

Wiara na rozdrożach współczesnej bioetyki

Artur Filipowicz SJ

FILIPOWICZ, A.: Faith on the Crossroads of Contemporary Bioethics. *Studia Aloisiana*, 5, 2014, 4, s. 43 – 55.

The subject of the analyses in the article is an attempt to present the attitudes in theology towards the challenges of the contemporary bioethics. The “challenges” are a “call” Jesus Christ directs to the contemporary humans.

In order to face the challenges of bioethics there is a need for a dialogue between a theologian and the believers, the agnostics and the atheists. There are four characteristic features of this dialogue: the ability to converse with those who think differently, the understanding of and experimenting with different views, honesty and the awareness of the rationality of faith.

In today’s post-secular Europe a domination of secular bioethics can be observed. A theologian is thus called to initiate an inter-bioethical dialogue between different cultures, religions and outlooks in defence of human life and biosphere; to commence an authentic quest for the lost wisdom; to build a bridge between secular and Christian bioethics; and finally, for the reconciliation of lay and Christian bioethical reflection on the beginnings (biogenesis), continuity (biotherapy) and the ending (biothanatology) of life

Keywords: bioethics, biogenesis, biotherapy, biothanatology, inter-bioethical dialogue

Przeszłość wpływa na terażniejszość. Teraźniejszość jest budulcem przyszłości. Przeszłość, terażniejszość i przyszłość – to trój etapowe kontinuum drogi życia: człowieka, ludzkości, Kościoła.

Kościół – jako wspólnota wiary Chrystusowi i wiary w Chrystusa – od początku poszukiwał zrozumienia wiary. Temu celowi służy teologia, która jako nauka zawiera w sobie także trój etapowe kontinuum. Posiada swą przeszłość. Rozwija się w terażniejszości. Ma przed sobą przyszłość.

Papież Franciszek, w wywiadzie dla jezuickiego pisma *La Civiltà Cattolica*, zachęca do zwrócenia baczniejszej uwagi na terażniejszość. Na sposób, w jaki Ewangelia jest odczytywana i aktualizowana „w dziś”. Zdaniem Papieża „istnieje bowiem pokusa szukania Boga w przeszłości albo w przyszłości. Bóg” – kontynuuje Papież – „jest z pewnością w przeszłości, ponieważ jest w śladach, które pozostawił. I jest także w przyszłości jako obietnica. Ale Bóg, konkretny, jest dzisiaj. Tradycja i pamięć przeszłości mają nam pomóc, by

mieć odwagę do otwierania nowych przestrzeni dla Boga. Dzisiejsze narzekania typu: dokąd zmierza ten barbarzyński świat, kończą się niekiedy pragnieniem stworzenia wewnątrz Kościoła porządku rozumianego jako czysta ochrona, konserwowanie, obrona. Nie,“ podkreśla Papież, „Bóg jest spotykany w dziś”¹.

Idąc tropem myślenia papieża Franciszka, wypada przyjrzyć się wierze. Jaka ona jest w dzisiejszym świecie. Pytania o wiarę płyną od świata. Wyrastają z ludzkich sytuacji. Z ludzkich osiągnięć i klęsk.

1. Dialog teologii ze współczesnym światem

Benedykt XVI zauważył, że „bez zdrowej i głęboko intelektualnej refleksji teologicznej – Kościołowi groziłoby to, że nie umiałby wyrazić pełnej harmonii między wiarą a rozumem. A bez wiernego przeżywania komunii z Kościołem, teologii nie udałoby się we właściwy sposób uzasadnić daru wiary”².

Dla teologów jest to ważne wskazanie. Każdy z nich staje przed wyzwaniem współczesności. Pytania o kształt wiary w dzisiejszym świecie stanowią dla teologa jedno z podstawowych wyzwań. To „wyzwanie” jest zarazem dla niego „wezwanie” Chrystusa. To znaczy, że Bóg jest obecny w tym wyzwaniu – i tam trzeba Go szukać.

Dlatego teolog powinien rozpoznać pytania dnia dzisiejszego. Jakie są pytania współczesnych ludzi? Czego dziś potrzebują? Pytania te są odmienne od pytań sprzed pięćdziesięciu czy dwudziestu lat. Teolog powinien usłyszeć nowe pytania. Poszukać na nie odpowiedzi w nowym duchu. W pełnej świadomości obecnej sytuacji. Temu celowi najlepiej sprzyja dialog teologa ze współczesnym światem.

Dialog nie jest monologiem. Wymaga otwartości na inne sposoby myślenia i perspektywy, które mogą rzucić nowe światło na różne problemy. Postawa otwartości i szacunku dla tych, którzy myślą inaczej, charakteryzuje jezuickie uczelnie od początku ich istnienia, czyli od 1551 r., kiedy to z inicjatywy Ignacego Loyoli powstała w Rzymie pierwsza jezuicka szkoła – Kolegium Rzymskie.

Dialog z dzisiejszym światem: z wierzącymi, agnastykami i ateistami wymaga odpowiedniego instrumentarium dia-logicznego. Takie instrumentarium, w swojej długiej tradycji, wypracowało Towarzystwo Jezusowe. Jezuickie instrumentarium dialogu charakteryzuje się czterema kluczowymi właściwościami.

Po pierwsze, dialog to umiejętność rozmowy z innymi. Jeden z pierwszych towarzyszy św. Ignacego – Piotr Faber – posiadał szczególną zdolność rozmawiania z innymi. Udzielał wskazówek, w jaki sposób rozmawiać z pro-

1 SPADARO, A.: *Serce wielkie i otwarte na Boga: Wywiad z papieżem Franciszkiem*. <http://www.deon.pl> (sierpień 2014).

2 BENEDYKT XVI: *Teolog ma być człowiekiem adwentu*. <http://info.wiara.pl> (wrzesień 2014).

testantami. W jaki sposób ich kochać. Drugą cechą autentycznego dialogu jest zrozumienie i wypróbowanie innych poglądów. Już św. Tomasz z Akwinu zauważył, że wartość autorytetu poznaje się po wartości jego argumentów. Trzecią właściwością skutecznego dialogu jest uczciwość, czyli nienaciąganie wypreparowanych argumentów do „obrony” własnej tezy sformułowanej *a priori*. Czwarta wreszcie cecha prawdziwego dialogu to świadomość, że wiara jest racjonalna. Rozsądna. Nie może być jednak zamknięta w zasadach racjonalistycznych.

Teolog żyje dziś w określonej kulturze. W świecie post-oświecenia i post-idei. W kulturze tymczasowości i powierzchowności. Teolog staje przed wyzwaniem, w jaki sposób można się uwolnić od kultury tymczasowości, by dotrzeć do istoty problemów. Do zrozumienia serca człowieka.

Uprawianie teologii, które jest zarazem służbą na rzecz wiary w Kościele i Kościołowi, wymaga od teologa głębi, kreatywności a także życia w Duchu.

Dzisiejsi ludzie posiadają wiele informacji. Nie wchodzą jednak głębiej w ich treść. Wyszukiwarka *Google* zastąpiła wiedzę. Teolog powinien pójść „pod prąd”. Poszukać odpowiedzi na pytania, na które *Google* nie potrafi znaleźć odpowiedzi. Wobec ryzyka powierzchowności teolog musi zaproponować głębię. Jest to jedna z najlepszych posług, jakie dziś może on zaoferować Kościołowi. Głębia badań teologicznych opiera się na studium, refleksji, dyskusji i modlitwie. Dziś teolog musi być także kreatywny. Świat szybko się zmienia. Pytania i odpowiedzi odziedziczone z przeszłości mogą już nie wystarczać. Dzisiejsi ludzie mają inne pytania, na które nie znajdują odpowiedzi. Teolog powinien więc rozwijać w sobie umiejętność słuchania. O co pytają ludzie w tej części Europy? Na Słowacji? Czego szuka młodzież? Być może ludzie odchodzą od Kościoła, ponieważ nie słyszą swoich własnych pytań. A nie słyszą dlatego, że teolodzy nie słuchają ich pytań. Odpowiadają na pytania, o które nikt nie pyta. W teologii istnieje tendencja „kanonizowania” utartych opinii teologicznych. Kiedy pojawia się nowe pytanie i udzielana jest na nie nowa odpowiedź, niektórzy teolodzy – z punktu widzenia ortodoksji – dezawuuują merytoryczną jakość wypracowanej odpowiedzi. Trzecim priorytetem teologa jest życie w Duchu. Teolog powinien wypełniać swoje badania, poszukiwania mocą i głębią Ducha Świętego. Chodzi o kontakt ze źródłami teologicznymi – na tym polega praca teologa – a zarazem o źródłowy kontakt z Bogiem.

Głębia, kreatywność i życie w Duchu – te trzy opcje pozwolą teologom pójść na granice. Granice są takimi niebezpiecznymi miejscami, gdzie nie wszyscy chcą iść. Dla teologów te granice są wezwaniem Chrystusa. Mają by tam być – bo On tam jest. Teolog musi dziś wyjść na peryferie geograficzne i egzystencjalne. Musi wyjść ku tajemnicy grzechu, cierpienia, niesprawiedliwości, nędzy. W kierunku ukrytych zakamarków duszy, gdzie każdy człowiek doświadcza radości i cierpień. Na tych granicach musi poznawać ludzi. Wiedzieć jak oni myślą, co czują, jak żyją.

2. Wyzwania dzisiejszej bioetyki

Istnieje kilka nowych granic (wyzwań) w postsekularnej Europie. Rejestruje się rosnącą sekularyzację społeczeństw europejskich. Towarzyszy jej pluralizm światopoglądowy wraz z dynamicznie rozwijającą się i brzmiącą jak oksymoron „duchowością ateistyczną”. Na Starym Kontynencie zauważalna jest erozja wartości chrześcijańskich. Jej symptomem są, na płaszczyźnie politycznej, próby defragmentacji Ukrainy czy wzrost nacjonalizmów i populizmów w krajach Unii Europejskiej. Na płaszczyźnie aksjologicznej symptomem erozji wartości jest deifikacja celebrytów pokroju Thomasa Neuwirtha – bardziej znanego jako Conchita Wurst.

Kluczowe jednak wyzwanie, z którym musi się zmierzyć współczesny teolog, dotyczy różnorodnego spektrum zagadnień wyrastających z problematyk bioetycznych odnoszących się do początku, trwania i końca życia. Warto zasygnalizować najistotniejsze z nich.

2.1. Biogeneza

Problematyką dotyczącą sztucznego ingerowania w życie człowieka od momentu poczęcia do narodzin, z analogicznymi odniesieniami do życia przyrody ożywionej, zajmuje się biogeneza. W jej ramach można skatalogować szereg ważnych kwestii bioetycznych.

2.1.1. Sztuczne techniki reprodukcji *in vitro*

Pierwszą z nich stanowi medycznie wspomaganą reprodukcją *in vitro*. Współcześnie stosowane są różne jej warianty: 1. zapłodnienie pozaustrojowe i domaciczny transfer zarodka (*In Vitro Fertilization-Embryo Transfer*); 2. zapłodnienie pozaustrojowe i dojajowodowe przeniesienie zygoty (*In Vitro Fertilization-Zygote Intrafallopian Transfer*); 3. zapłodnienie pozaustrojowe i transfer zarodka w stadium przedjądrzy (*In Vitro Fertilization-Pronucleated Stage Transfer*); 4. zapłodnienie wspomaganie mikrochirurgicznie (*Microassisted Fertilization*); 5. pozaustrojowe dojrzewanie komórek jajowych, zapłodnienie pozaustrojowe i przeniesienie zarodka (*In Vitro Maturation – In Vitro Fertilization – Embryo Transfer*).³

2.1.2. Genetyczna Diagnostyka Preimplantacyjna (PGD)

Technikom *in vitro* towarzyszy zazwyczaj genetyczna diagnostyka preimplantacyjna (PGD – *Preimplantation Genetic Diagnosis*). Za pomocą PGD eliminowane są embryony, u których defekt genetyczny mógłby osiągnąć ekspresję w okresie postnatalnym i zostać przekazany następnemu pokoleniu. Genetyczna diagnostyka preimplantacyjna bywa wykorzystywana jako instru-

3 FILIPOWICZ, A.: Sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe *in vitro* – biomedyczne dylematy medycyny reprodukcyjnej. In: *Pediatrics Polska*, 3, 2009, s. 276–280.

ment kontroli demograficznej, poprzez selekcję embrionów ze względu na płeć, pożądaną z punktu widzenia potrzeb jednostki lub populacji.⁴

2.1.3. Diagnostyka Prenatalna (PD)

Zarodki uzyskane metodą *in vitro*, a następnie implantowane do organizmu kobiety są stale monitorowane. Systematyczna analiza płodów pozwala na wychwycenie ewentualnych wad genetycznych i rozwojowych niezdiagnozowanych za pomocą PGD. Monitorowanie embrionów dokonywane jest przy użyciu diagnostyki prenatalnej (*Prenatal Diagnosis* – PD). Dzięki diagnostyce prenatalnej diagnozuje się anatomiczną budowę oraz stan zdrowia embrionu.

2.1.4. Aborcja

W zależności od wyników diagnostyki prenatalnej dokonywana jest selektywna eliminacja lub redukcja liczby płodów. Selektywna eliminacja (*Selective termination* – ST) polega na usunięciu tych embrionów, u których stwierdzono wadę genetyczną. Redukcja liczby płodów (*Multifetal Pregnancy Reduction* – MFPR) oznacza zaś usunięcie słabiej rozwijających się embrionów w celu zmniejszenia ich liczby w macicy.⁵

2.1.5. Macierzyństwo zastępcze

Z problematyką sztucznej reprodukcji jest związana instytucja macierzyństwa zastępczego (*Surrogate Motherhood*). Stanowi ono rodzaj umowy między rodzicami genetycznymi a kobietą (surogatką), która zgadza się na implantowanie do swojej macicy obcego zarodka, na przejście całego okresu ciąży i na oddanie urodzonego dziecka rodzicom genetycznym.⁶

2.1.6. Klonowanie

Kolejnym dylematem bioetycznym klasyfikowanym przez biogenezę jest klonowanie reprodukcyjne i terapeutyczne. W procedurze klonowania reprodukcyjnego chodzi o powielenie całego organizmu. Ten rodzaj klonowania pozostaje w fazie eksperymentalnej.⁷ O wiele istotniejszy wydaje się problem klonowania terapeutycznego. Służy ono tworzeniu zarodków ludzkich, wyłącznie jako źródła embrionalnych komórek macierzystych (ESCs – *Embryonic Stem Cells*). Znajdują się one we wnętrzu kilkudniowej blastocysty. Zachowują właściwości totipotencji, czyli zdolności do rozwoju i przekształcenia się w wyspecjalizowaną tkankę. Zarodkowe komórki macierzyste są swego rodzaju producentami tkanek. Zapoczątkowują ich rozwój w organizmie. Istnieje technologiczna możliwość przeprogramowywania pobranych zarodkowych

4 FILIPOWICZ, A.: Sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe *in vitro* – biomedyczne dylematy medycyny reprodukcyjnej. In: *Pediatrics Polska*, 3, 2009, s. 281.

5 FILIPOWICZ, A.: Sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe *in vitro* – biomedyczne dylematy medycyny reprodukcyjnej. In: *Pediatrics Polska*, 3, 2009, s. 281.

6 SAFJAN, M.: Prawne problemy zastępczego macierzyństwa. In: LANG, W. (ed.): *Prawne problemy ludzkiej prokreacji*. Toruń, 2000, s. 292–294.

7 MODLIŃSKI, J. A.: Biologiczne aspekty klonowania człowieka. In: *Studia Bobolanum*, 2, 2004, s. 17.

komórek macierzystych w dowolnie wybraną tkankę ludzkiego organizmu. Przeprogramowane embrionalne komórki macierzyste mają być wykorzystywane do leczenia wielu chorób: Alzheimerera, Parkinsona, stwardnienia rozsianego czy chorób nowotworowych.⁸

2.1.7. Terapia genowa linii zarodkowej

Wiele kontrowersji wywołuje terapia genowa linii zarodkowej, polegająca na zastąpieniu, we wczesnym stadium rozwoju embrionalnego, zdefektowanego genu przez zdrowy gen. Terapia taka dotyczyłaby całego człowieka we wszystkich jego tkankach, organach i typach komórek. Poddany jej człowiek przekazałby sztucznie wprowadzoną zmianę genetyczną potomstwu, a tym samym następnym pokoleniom.⁹

2.1.8. Genetycznie Modyfikowane Organizmy (GMO)

Biogeneza kataloguje ponadto spektrum zagadnień dotyczących tworzenia genetycznie modyfikowanych organizmów GMO (*Genetically Modified Organisms*). Ich genom zostaje zmieniony za pomocą laboratoryjnych technik rekombinacji DNA. W przypadku roślin modyfikacje zmierzają do zachowania dłuższego okresu świeżości, odporności na choroby i szkodniki, mróz czy zasolenie gleby. W przypadku zwierząt modyfikacje genetyczne powodują ich szybszy wzrost, odporność na choroby, a także większą wydajność bioenergetyczną i żywieniową.¹⁰

2.2. Bioterapia

Kolejnym obszarem klasyfikowanym przez bioetykę jest bioterapia. Obejmuje ona rozległą problematykę ingerencji w życie człowieka i biosfery od narodzin aż do śmierci. W obszarze bioterapii, podobnie jak w przypadku kwestii dotyczących początków życia, klasyfikuje się wiele bio-dylematów.

2.2.1. Transplantacje

Pierwszy z nich generują przeszczepy komórek, tkanek i narządów. Transplantacja jest metodą terapeutyczną, polegającą na pobraniu z organizmu żywego człowieka, zmarłego lub z organizmu zwierzęcia (dawca) ważnej dla życia tkanki lub ukrwionego narządu i wszczępieniu go przewlekle ciężko choremu pacjentowi (biorca) w miejsce schorzałego organu. Eksplantuje się tkanki, organy wewnętrzne pojedyncze lub podwójne, inne ważne części ludzkiego ciała, a także komórki embrionalne i fetalne. Przeszczepy mogą być

8 FILIPOWICZ, A.: Homo clonus : Bioetyczne aspekty klonowania człowieka. In: *Studia Bobolanum*, 3, 2002, s. 73-74.

9 WINTER, P. C., HICKEY, G. I., FLECHTER, H. L. (ed.): *Genetyka*. Warszawa, 2003, s. 355.

10 MALEPSZY, S.: Rośliny transgeniczne – nauka i praktyka rolnicza. In: KAMIENIECKI, K., KOSSOBUDZKI, P., NUCZYŃSKA, I. (ed.): *Genetycznie Modyfikowane Organizmy : Kto ma rację?* Warszawa, 2003, s. 27-37.

dokonywane w obrębie tego samego organizmu (autotransplantacja), między bliźniętami, czyli osobami posiadającymi identyczny materiał biogenetyczny (izotransplantacja), między osobami niespokrewnionymi genetycznie (homotransplantacja) oraz między istotami (człowiek – zwierzę) przynależącymi do różnych gatunków (ksenotransplantacja).¹¹

Z powodu niedostatecznej liczby dawców organów prowadzone są prace nad sztucznymi implantami i interfejsami nowej generacji, wprowadzanymi do organizmu człowieka. Niedawno skonstruowano tzw. „Wrota Mózgu”, czyli interfejs, umożliwiający sterowanie komputerem wyłącznie za pomocą procesów myślowych.¹²

2.2.2. Neurochirurgia psychiatryczna

Nową dziedzinę biomedycyny, kreującą dylematy bioetyczne, stanowi neurochirurgia psychiatryczna. Współczesnym trendem w neuropsychochirurgii jest elektryczna lub magnetyczna stymulacja mózgu za pomocą elektrod wprowadzonych do struktur mózgowych. Stosuje się ją w terapiach niektórych chorób neurodegeneracyjnych: Parkinson, drżenie samoistne, depresja endogenna, dystonia.¹³

2.2.3. Psychofarmakologia kosmetyczna

Deficyty poznawcze i emocjonalne rosnącej liczby osób skłoniły biomedycynę do projektowania leków psychotropowych nowej generacji. Ich celem miałyby być polepszenie nastroju, koncentracji, pamięci, sprawności motorycznej. Prognozuje się, iż psychofarmakologia kosmetyczna zacznie ewoluować w trzech kierunkach. Pierwszy z nich to doping intelektualny, polegający na stosowaniu farmaceutyków poprawiających pamięć i koncentrację u osób zdrowych, wykonujących zawody wymagające zwiększonej sprawności intelektualnej. Drugi kierunek ewolucji psychofarmakologii to doping emocjonalny za pomocą leków poprawiających nastrój oraz potęgujących percepcję i uczucia. Wreszcie trzeci kierunek rozwoju psychofarmakologii kosmetycznej stanowi doping hedonistyczny wywołany stosowaniem medykamentów pobudzających układ nagrody oraz stymulujących odczucia rekreacyjne i usprawniające aktywność seksualną.¹⁴

2.2.4. Eksperymenty i badania medyczne

Sporo dylematów wywołują eksperymenty medyczne. Są one wielofazowym badaniem, w którym człowiek (zdrowy lub chory) albo zwierzę stanowią przedmiot, za pośrednictwem którego lub na którym zamierza się sprawdzić

11 SZEWCZYK, K.: *Bioetyka : Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa, 2009, t. 2, s. 133.

12 LEIGH, R.: Neuronal Ensemble Control of Prosthetic Devices by a Human with Tetraplegia. In: *Nature*, 442, 2006, s. 164–171.

13 GILDENBERG, P. L.: Evolution of Neuromodulation. In: *Stereotactic and Funcional Neurosurgery*, 2–3, 2005, s. 71–79.

14 VETULANI, J.: Quo vadis, medicinae? In: *Wiedza i życie*, 12, 2009, s. 27–28.

skuteczność nieznanego w pełni zabiegu farmakologicznego, teratologicznego, chirurgicznego czy jakiegokolwiek innej interwencji biomedycznej.¹⁵

2.2.5. Nieheteronormatywne zachowania seksualne

Przedmiot analiz klasyfikowanych przez bioterapię stanowią także nieheteronormatywne zachowania seksualne: homoseksualizm, biseksualizm i transgenderyzm. Zauważa się, iż akceptacja nieheteronormatywności znacząco wpływa na kwestie społeczno-kulturowe. Redefinicji poddaje się ideę męskości, kobiecości i małżeństwa. Konsekwentnie walor małżeństwa przypisuje się związkom monopłciowym. Zanikają dystynkcje między małżeństwami heteronormatywnymi i nieheteronormatywnymi, związkami dwupłciowymi i monopłciowymi.¹⁶ W przypadku transseksualizmu, klasyfikowanego w ramach transgenderyzmu, diagnozuje się dodatkowo fenomen chirurgicznej alternacji płci, wraz z towarzyszącą jej kastracją i sterylizacją.¹⁷

2.2.6. Patologiczne zachowania seksualne

Odrębną kategorię patologicznych zachowań seksualnych rejestrowanych przez bioterapię stanowi pedofilia, należąca do zaburzeń preferencji seksualnych. W terapii pedofilów podnoszona jest kwestia skuteczności kastracji farmakologicznej.¹⁸

2.3. Biotanatologia

Ostatnie spektrum zagadnień klasyfikowanych przez bioetykę rejestruje biotanatologia. Od strony przedmiotowej dotyczy ona sztucznych ingerencji u kresu ludzkiego życia i analogicznie innych gatunków istot ożywionych.

2.3.1. Eutanazja

Pierwszym z dylematów biotanatologii jest eutanazja. W ścisłym i właściwym sensie oznacza ona czyn lub zaniedbanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Legislacje niektórych państw Unii Europejskiej dopuściły eutanazję bierną i czynną. Eutanazja bierna (negatywna) polega na przerwaniu lub niepodejmowaniu leczenia celem przyśpieszenia śmierci chorego. Eutanazja czynna (pozytywna) rozumiana jest jako podjęcie takiego działania w wyniku którego świadomie przyśpiesza się śmierć pacjenta.

Eutanazja czynna może przybierać formę eutanazji zabójczej lub samobójczej. Eutanazja czynna zabójcza polega na zabiciu chorego. Może być

15 SZEWCZYK, K.: *Bioetyka : Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa, 2009, t. 2, s. 68–71.

16 SHANKLE, M. D.: *The Handbook of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health : A Practitioner's Guide to Service*. New York, 2006, s. 35–37.

17 CARROLL, R. A.: Rozpoznanie i leczenie zespołu dezaprobaty płci. In: LEIBLUM, S. R., ROSEN, R. C. (ed.): *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk, 2005, s. 450–457.

18 POSPISZYL, I.: *Patologie społeczne*. Warszawa, 2008, s. 246.

dobrowolna, niedobrowolna, lub „wbrew woli“. Eutanazja czynna zabójcza dobrowolna ma miejsce wówczas, gdy chory samodzielnie podejmuje decyzję i wyraża zgodę na podjęcie działań zmierzających do zakończenia swojego życia przez osoby trzecie. Eutanazja czynna zabójcza niedobrowolna odbywa się bez zgody pacjenta. O skróceniu życia decyduje lekarz, rodzina lub prawni opiekunowie umierającego. Eutanazja czynna zabójcza „wbrew woli“ to eutanazja przymusowa. Chory zawsze sprzeciwiał się eutanazji, nigdy nie wyrażał na nią zgody, a mimo to osoby trzecie podjęły decyzję o zakończeniu jego życia. Eutanazja czynna samobójcza, w odróżnieniu od zabójczej, polega na odebraniu sobie życia przez samego chorego. Eutanazja samobójcza przybiera zazwyczaj dwie formy: eutanazji czynnej samobójczej wspomagananej lub samodzielnej (autoeutanazja).¹⁹

2.3.2. Uporczywa terapia

Od eutanazji odróżnia się rezygnację z uporczywej terapii, czyli stosowanie uciążliwych i kosztownych zabiegów medycznych, nierokujących oczekiwanej poprawy jakości życia. W sytuacji jednak, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale, bolesne i uciążliwe przedłużenie życia.

Rezygnując z uporczywych terapii nie należy przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory. Każdemu umierającemu należne jest żywienie i pojenie – także sztuczne (dożołądkowe, dojelitowe). Jeśli jednak przestają być one skuteczne, uprawnione jest zaniechanie sztucznego pojenia i odżywiania. Rezygnacja z nich nie może być uważana za eutanazję lub samobójstwo. Stanowi po prostu przyjęcie śmierci. Decyzja w tej sprawie należy do pacjenta lub kompetentnej osoby działającej w jego interesie.²⁰

2.3.3. Testament życia i Pełnomocnictwo do spraw zdrowia

Z problematyką stosowania lub zaprzestania uporczywej terapii związane są zagadnienia testamentu życia oraz pełnomocnictwa do spraw zdrowia. Testament życia jest spisany dokumentem adresowanym do lekarzy, by w fazie terminalnej stosowano wobec pacjenta terapię proporcjonalną (zwyczajną) i paliatywną. Pełnomocnictwo do spraw zdrowia stanowi zaś dokument wyznaczający osobę trzecią do reprezentowania pacjenta w terminalnej fazie choroby.²¹

2.3.4. Kryterium śmierci

Z biomedycznego punktu widzenia przyjmuje się, że śmierć następuje na skutek nieodwracalnego zaniku funkcji krążeniowo-oddechowych lub ustania wszelkich funkcji mózgu. Zauważa się jednocześnie, iż o śmierci można mówić już w przypadku totalnego i nieodwracalnego ustania czynności całego

19 SZEROCZYŃSKA, M.: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków, 2004, s. 40–43.

20 KOWALSKI, E.: *Osoba i bioetyka*. Kraków, 2009, s. 316–321.

21 SZEROCZYŃSKA, M.: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków, 2004, s. 299–317.

mózgu: funkcji kresomózgowia i pnia mózgu. Zahamowanie funkcji kardio-oddechowych prowadzi nieuchronnie do śmierci mózgu.²² Śmierć ludzka jest długim procesem, który rozpoczyna się ze śmiercią mózgu, a kończy wraz z całkowitą śmiercią całego organizmu biologicznego. Wprawdzie śmierci mózgowej nie można utożsamiać ze śmiercią całego człowieka (śmiercią biologiczną), niemniej jest ona możliwym do przyjęcia kryterium śmierci osoby – czyli nieodwracalnie końcowego stadium jej życia. Można je wprawdzie wydłużać poprzez stosowanie sztucznej aparatury, jednakże nie można przy jej użyciu zapobiec śmierci, która nieuchronnie nastąpi.²³

3. Anachroniczne *status quo*

Zasygnalizowane problematyki dotyczące początku, trwania i końca życia, stanowią przedmiot analiz bioetycznych. Współczesna bioetyka nie jest jednak monolityczną dziedziną wiedzy. W odróżnieniu od pierwotnych założeń bioetyki – zaproponowanych po raz pierwszy w 1970 r. przez Van Reansselle'a Potter'a²⁴ – dzisiejsza bioetyka uległa defragmentacji.

W postsekularnej Europie konkurują ze sobą *toutes proportions gardées* dwa podstawowe typy bioetyki: bioetyka chrześcijańska i bioetyka laicka. Przedstawiciele bioetyki chrześcijańskiej (katolicy, prawosławni, protestanci) zakładają realizm poznawczy, (powszechność i uniwersalność ludzkiego poznania) oraz istnienie obiektywnego porządku moralnego (powszechność i uniwersalność wartości i norm moralnych). Ich źródłem, fundamentem i gwarantem jest Bóg-Stwórca. Dawca i Pan życia. Reprezentanci bioetyki laickiej (subiektywiści, relatywiści, konsekwencjaliści, partykularyści, proporcjoniści, pryncypjaliści) nie odwołują się *a priori* do Absolutu i danych Objawienia. Konstruują swoją argumentację na podstawie danych nauk bioeksperymentalnych a także na bazie różnych założeń filozoficznych, negujących uniwersalność i powszechność poznania oraz istnienie obiektywnego porządku moralnego.²⁵

W Europie zaczęła dominować bioetyka laicka. Świadczy o tym znaczna obecność na rynku wydawniczym publikacji z zakresu bioetyki (głównie medycznej) o wyraźnej proveniencji laickiej.²⁶ Bioetycy laicki są inicjatorami i organizatorami kongresów oraz seminariów bioetycznych. Zmieniennym faktem jest niska obecność teologów w komitetach bioetycznych czy bioetycznych komisjach rządowych państw UE.²⁷ Wspólną cechą bioetyków laickich, bez

22 SZEWCZYK, K.: *Bioetyka : Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa, 2009, t. 2, s. 136–138.

23 NOWACKA, M.: *Etyka a transplantacje*. Warszawa, 2003, s. 75.

24 POTTER, V. R.: Bioethic s: The Science of Survival. In: *Perspectives in Biology and Medicine*, 14, 1970, s. 120–153.

25 KOWALSKI, E.: *Osoba i bioetyka*. Kraków, 2009, s. 31–34.

26 BEAUCHAMP, T. L., CHILDRES, J. F.: *Zasady etyki medycznej*. Warszawa, 1996; MEPHAM, B.: *Bioethics : An Introduction for the Biosciences*. Oxford, 2005.

27 BOMPIANI, A.: La natura e il metodo del comitato nazionale per la bioetica. In: LORENZETTI, L. (ed.): *Teologia e bioetica laica : Dialogo, convergenze, divergenze*. Bologna, 1994, s. 92–99.

względem na prezentowane przez nich opcje aksjologiczne, jest dystansowanie się od bioetyki chrześcijańskiej. W ich przekonaniu jest ona bezużyteczna i pryncypialna. Uzurpuje sobie prawo do ostatecznych rozstrzygnięć problematyki bioetycznych. Bezużyteczność bioetyki chrześcijańskiej wyraża się, zdaniem reprezentantów bioetyki laickiej w tym, że operuje ona argumentami płynącymi z Objawienia, nie zaś opartymi na faktach empirycznych. Bioetycy laicy zarzucają bioetyce chrześcijańskiej monizm i fideizm w interpretacji fenomenów biologicznych. Są przeświadczeni, że bioetycy chrześcijańscy naruszają zasadę równości i tolerancji w pluralistycznym społeczeństwie.²⁸

Zasygnalizowane zarzuty, kierowane pod adresem bioetyki chrześcijańskiej pozwalają przypuszczać, iż jej oponenti apriorycznie negują możliwość religijnego dyskursu bioetycznego. Odrzucają istnienie absolutnego, stałego i hierarchicznego systemu wartości i norm etycznych. Wyrazem tej postawy jest istniejący w obrębie bioetyki laickiej pluralizm przeciwstawnych opcji bioetycznych. Nie można jednak nie zauważyć, iż w imię bioetycznego pluralizmu w bioetyce laickiej, dochodzi do zanegowania osoby jako racjonalnego i autonomicznego podmiotu. Odnosi się wrażenie, że bioetycy laicy, wbrew deklaracjom, deprecjonując życie reifikują człowieka.²⁹

Przedstawiciele bioetyki chrześcijańskiej i laickiej odmiennie uzasadniają bioetyczne kwalifikacje, dotyczące sztucznych ingerencji w procesy początku, trwania oraz końca życia człowieka i biosfery. Sytuacja taka przyczyniła się do polaryzacji bioetycznych stanowisk w postsekularnej Europie. Bioetyka przestała być – wbrew intencjom jej twórcy – miejscem dialogu w obronie życia.³⁰

4. Bioetyka dia-logiczna

Linie demarkacyjną między racjami bioetyków chrześcijańskich i laickich wyznaczają ich odmienne założenia metafizyczne i aksjologiczne. Nie oznacza to jednak niemożliwości prowadzenia przez nich konstruktywnego dialogu w obronie zagrożonego życia na Ziemi. Dialog wymaga jednak kooperacji, polegającej m. in. na zrozumieniu perspektywy argumentacyjnej strony przeciwnej.

Bioetycy laicy muszą się chronić przed arbitralnym i niesprawiedliwym wykluczeniem argumentów podnoszonych przez bioetyków chrześcijańskich. Wykazywać zrozumienie dla artykulacyjnej siły języków religijnych, przenikających debatę bioetyczną. Bioetycy chrześcijańscy powinni się natomiast odznaczać większą umiejętnością przekładania własnych przekonań wynika-

²⁸ FLAMIGNI, C.: Manifesto di bioetica laica. In: *Il Corriere della sera*, 10 lutego 1998, s. 31.

²⁹ VATTIMO, G.: Etica della provenienza. In: *Micromega*, 1, 1997, s. 73.

³⁰ POTTER, V. R.: Global Bioethics with Humility and Responsibility. In: *Studia Bobolanum*, 4, 2003, s. 103–104.

jących z wiary na język świecki, tak aby ich argumentacja bioetyczna mogła zyskać aprobatę większości społeczeństwa.³¹

Przed dzisiejszym teologiem-bioetykiem stają wyzwania dotyczące znalezienia adekwatnych odpowiedzi normatywnych, odnoszących się do nieznanych wcześniej problematyk bioetycznych. Przede wszystkim jednak jest on wezwany do autentycznego dialogu z przedstawicielami bioetyki laickiej. Bioetyka dia-logiczna jest zarazem bioetyką wiarygodną. Teolog, który formułuje oceny bioetyczne lub zaleca określone normy postępowania, powinien móc je racjonalnie uzasadnić, uwzględniając wszelkie dobre racje (*evidence*). Są one konsekwencją adekwatnej analizy określonej problematyki bioetycznej odczytanej w świetle wartości wynikających z wiary.

Teolog – w sytuacji pluralizmu bioetyki laickiej i negocjowania przez jej przedstawicieli dyskursu z bioetyką chrześcijańską – staje przed wyzwaniem zainicjowania międzybioetycznego dialogu różnych kultur, religii i światopoglądów w obronie życia człowieka i biosfery. Do rozpoczęcia autentycznej „kampanii na rzecz zagubionej mądrości”³². Do budowania swoistego „mostu” pomiędzy bioetyką laicką i chrześcijańską, a tym samym do pojednania – przy zachowaniu własnych założeń metabioetycznych – laickiej i chrześcijańskiej refleksji bioetycznej.

Literatura

- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRES, J. F.: *Zasady etyki medycznej*. Warszawa, 1996.
- BENEDYKT XVI: *Teolog ma być człowiekiem adwentu*. <http://info.wiara.pl> (wrzesień 2014).
- BOMPIANI, A.: La natura e il metodo del comitato nazionale per la bioetica. In: LORENZETTI, L. (ed.): *Teologia e bioetica laica : Dialogo, convergenze, divergenze*. Bologna, 1994, s. 92–99.
- CARROLL, R. A.: Rozpoznanie i leczenie zespołu dezaprobaty płci. In: LEIBLUM, S. R., ROSEN, R. C. (ed.): *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk, 2005, s. 385–457.
- FILIPOWICZ, A.: Homo clonus : Bioetyczne aspekty klonowania człowieka. In: *Studia Bobolanum*, 3, 2002, s. 67–90.
- FILIPOWICZ, A.: Sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe in vitro – biomedyczne dylematy medycyny reprodukcyjnej. In: *Pediatrics Polska*, 3, 2009, s. 274–287.
- FLAMIGNI, C.: Manifesto di bioetica laica. In: *Il Corriere della sera*, 10 lutego 1998, s. 31.
- VATTIMO, G.: Etica della provenienza. In: *Micromega*, 1, 1997, s. 73–80.

31 HABERMAS, J.: *Przyszłość natury ludzkiej : Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?* Warszawa, 2003, s. 112–114.

32 POTTER, V. R.: *Bioethics : Bridge to the Future*. Englewood Cliffs (NJ), 1971, s. 183–184.

- GILDENBERG, P. L.: Evolution of neuromodulation. In: *Stereotactic and Functional Neurosurgery*, 2-3, 2005, s. 71-79.
- HABERMAS, J.: *Przyszłość natury ludzkiej : Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?* Warszawa, 2003.
- KOWALSKI, E.: *Osoba i bioetyka*. Kraków, 2009.
- LEIGH, R.: Neuronal Ensemble Control of Prosthetic Devices by a Human with Tetraplegia. In: *Nature*, 442, 2006, s. 164-171.
- MALEPSZY, S.: Rośliny transgeniczne – nauka i praktyka rolnicza In: KAMIENIECKI, K., KOSSOBUDZKI, P., NUCZYŃSKA, I. (ed.): *Genetycznie Modyfikowane Organizmy : Kto ma rację?* Warszawa, 2003, s. 27-37.
- MEPHAM, B.: *Bioethics : An introduction for the Biosciences*. Oxford, 2005.
- MODLIŃSKI, J. A.: Biologiczne aspekty klonowania człowieka. In: *Studia Bobolanum*, 2, 2004, s. 5-24.
- NOWACKA, M.: *Etyka a transplantacje*. Warszawa, 2003.
- POSPISZYL, I.: *Patologie społeczne*. Warszawa, 2008.
- POTTER, V. R.: *Bioethics : Bridge to the Future*. Englewood Cliffs (NJ), 1971.
- POTTER, V. R.: Bioethics : The Science of Survival. In: *Perspectives in Biology and Medicine*, 14, 1970, s. 120-153.
- POTTER, V. R.: Global Bioethics with Humility and Responsibility. In: *Studia Bobolanum*, 4, 2003, s. 97-104.
- SAFJAN, M.: Prawne problemy zastępczego macierzyństwa. In: LANG, W. (ed.): *Prawne problemy ludzkiej prokreacji*. Toruń, 2000, s. 292-305.
- SHANKLE, M. D.: *The Handbook of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Public Health : A practitioner's Guide to Service*. New York, 2006.
- SPADARO, A.: *Serce wielkie i otwarte na Boga : Wywiad z papieżem Franciszkiem*. <http://www.deon.pl> (sierpień 2014).
- SZEROCZYŃSKA, M.: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków, 2004.
- SZEWCZYK, K.: *Bioetyka : Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa, 2009, t. 2.
- VETULANI, J.: Quo vadis, medicinae? In: *Wiedza i życie*, 12, 2009, s. 27-28.
- WINTER, P. C., HICKEY, G. I., FLECHTER, H. L.: *Genetyka*. Warszawa, 2003.

Dr. Artur Filipowicz SJ
Papieski Wydział Teologiczny
Collegium Bobolanum
ul. Rakowiecka 61
02-532 Warszawa, Polska