

T o m a s z Ż u r a d z k i

Ślepy traf a preimplantacyjna diagnostyka genetyczna*

Słowa kluczowe: preimplantacyjna diagnostyka genetyczna, teoria decyzji, autonomia, niepewność, racjonalność, Komitet Bioetyki PAN

W artykule przedstawiam oryginalny argument przemawiający za tym, że preimplantacyjna diagnostyka genetyczna (PDG) zostałaaby wybrana jako metoda selekcji przez racjonalne podmioty w hipotetycznej sytuacji wyboru, w której nie wszystkie embriony mogą zostać implantowane podczas procedury zapłodnienia *in vitro* i w której istnieje niepewność co do ich przyszłego stanu zdrowia. Tym samym argumentacja tu przedstawiona wskazuje, że PDG powinna być prawnie dopuszczalna, a jej przeprowadzenie jest pożądane w niektórych sytuacjach ze względu na wymogi racjonalności. Argument może być zaakceptowany przez zwolenników różnych doktryn moralnych, ponieważ nie odwołuje się do żadnej z nich, lecz oparty jest na powszechnie podzielanych kryteriach racjonalnych działań w sytuacji niepewności lub niepełnej wiedzy. Artykuł przyjmuje założenie – niekontrowersyjne, jak się wydaje – że decyzja dotycząca wyboru metody selekcji jest podejmowana w społeczności, w której procedura zapłodnienia *in vitro*, a tym samym tworzenie tzw. nadliczbowych embrionów są prawnie dopuszczalne i faktycznie wykonywane. Założenie to jest niekontrowersyjne m.in. dlatego, że procedura ta jest dopuszczalna prawnie we wszystkich krajach europejskich, także w tych, w których pozostałe kwestie dotyczące ochrony embrionu i płodu zostały uregulowane w sposób dość restrykcyjny (Irlandia, Polska).

Artykuł zacznę od hipotetycznego przykładu, który będzie stanowił podstawę moich dalszych rozważań¹. Następnie omówię istotne wedle przyjętej tu

* Praca naukowa finansowana ze środków budżetowych na naukę w latach 2012–2014 (projekt badawczy nr IP2011065171 w ramach programu „Iuventus Plus” MNiSW).

¹ Podobny przykład przedstawiłem po raz pierwszy w komentarzu do dyskusji Polskiego Towarzystwa Bioetycznego w sprawie diagnostyki preimplantacyjnej: T. Żuradzki, *Ślepy traf*

perspektywy fragmenty Stanowiska Komitetu przy Prezydium PAN nr 2/2012 z dnia 8. czerwca 2012 r. w sprawie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej² oraz zdań odrębnych zgłoszonych do tego dokumentu. Uzasadnię moją interpretację podanego poniżej przykładu oraz przywołam kilka wiążących się z nim kwestii filozoficznych, a także problemów odnoszących się do decyzji podejmowanych przez złożone z naukowców ciała doradcze na temat regulacji prawnych dotyczących osiągnięć naukowo-technicznych w sytuacji pluralizmu światopoglądów.

Przykład

Wyobraźmy sobie, że Anna i Jan, rodzeństwo w średnim wieku, bez wątplenia mające pełny status moralny wedle każdej doktryny normatywnej, znalazło się w niefortunnej sytuacji, która nie została przez nie sprowokowana. Zostali porwani przez grupę terrorystów, która wkrótce zamierza zabić jedno z nich. Terroryci nie żartują: ich grupa znana jest z regularnego porwania par turystów, zabijania jednego z nich i uwalniania drugiego. Przeprowadzili wiele takich akcji, o których głośno było na całym świecie. Co więcej, grupa jest tak perfidna, że decyzję o tym, kto ma zginąć, pozostawia samym porwanym: to Anna i Jan mają podjąć decyzję, które z nich zginie, a które zostanie przy życiu. Jeśli sami jej nie podejmą, terroryci zdecydują na podstawie losowania.

Jedno z porwanych jest nosicielem łatwo wykrywalnej ale nieuleczalnej choroby jednogennej i z całą pewnością umrze w ciągu roku. Drugie nie jest na nic chore i można rozsądnie oczekiwać, że przeżyje kolejnych 40 lat. Problem w tym, że nikt nie wie, które z nich jest zdrowe, a które chore. Tak się jednak szczęśliwie składa, że porwani mają możliwość wykonania testu, którego wynik jednoznacznie wskaże chorobę.

Czy w takiej sytuacji Anna i Jan, podejmując decyzję o tym, kto przeżyje, a kto nie, powinni zdać się na ślepy traf i pozwolić wybrać terrorystom? Czy też powinni się umówić, że zginie ten, kto po wykonaniu testu okaże się chory? Uważam, że w tak przedstawionej sytuacji wyboru każdy racjonalny podmiot powinien wybrać przeprowadzenie testu przesądzającego jednocześnie o tym, że przeżyje osoba zdrowa.

nie jest bardziej moralny niż selekcja oparta na powszechnie podzielanych kryteriach, Kraków 2012, http://www.ptb.org.pl/pdf/zuradzki_klazuza_1.pdf [07.12.2012].

² Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN, *Stanowisko nr 2/2012 z dnia 8. czerwca 2012 r. w sprawie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej*, Warszawa 2012, stanowisko i zdania odrębne dostępne na stronie: http://www.bioetyka.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=100:stanowisko-komitetu-bioetyki-przy-prezydium-pan-nr-22012-z-dnia-6-czerwca-2012-r-w-sprawie-preimplantacyjnej-diagnostyki-genetycznej&catid=45:stanowiska-komitetu&Itemid=50 [07.12.2012].

Z jednej strony, na przeprowadzeniu testu żadna z obu osób nic nie traci: bez względu na to, czy rzuca się monetą, czy przeprowadza test, prawdopodobieństwo przeżycia jest identyczne i wynosi 0,5. Z drugiej strony, jeśli założymy, że każdy racjonalny podmiot chce żyć jak najdłużej (w ramach obecnej ludzkiej skali), a w sytuacji niepewności stosuje standardowo rozumianą teorię decyzji, to powinien preferować przeprowadzenie testu. Zobaczmy, dlaczego.

Założmy, że każdy rok życia to jednostka jakiejś miary. W przypadku wyboru na podstawie ślepego trafu oczekiwana wartość wyrażona w latach życia to $10,25 [0,5 \times (1+40)/2]$; w przypadku wyboru na podstawie testu jest to $20 [0,5 \times 40]$. Jest tak dlatego, że w pierwszym przypadku nie wiadomo, czy osoba, która zostanie wylosowana, jest chora, czy zdrowa: nie dość, że istnieje prawdopodobieństwo wynoszące 0,5 samego wylosowania, to po wylosowaniu istnieje prawdopodobieństwo wynoszące 0,5, że wylosowana osoba jest zdrowa. W drugim przypadku wiadomo, że osoba, która zostanie wybrana na podstawie testu, przeżyje kolejnych 40 lat, a prawdopodobieństwo bycia chorym wynosi 0,5.

Eliminacja a selekcja

Powyższy wyidealizowany przykład ma stanowić analogię do sytuacji, w której mamy do czynienia z dwoma embrionami stworzonymi metodą *in vitro* i tylko jeden może zostać zaimplantowany: porwani to embriony, terroryści to rodzice podejmujący decyzję oraz lekarze, którzy ją wprowadzają w życie. Przykład ma obrazować sytuację embrionów, których jedno z rodziców jest nosicielem choroby genetycznej dziedziczonej autosomalnie dominująco (np. płasawica Huntingtona). Znaczy to, że statystycznie połowa potomstwa, bez względu na płeć, będzie chora. Faktyczne zagrożenie chorobą w przypadku, w którym dla każdego z embrionów istnieje prawdopodobieństwo wynoszące 0,5, że dziedziczy chorobę, jest więc nieco odmienne od opisanego powyżej, ponieważ dla dwóch losowo wybranych embrionów zarówno oba mogą być chore, jak i oba zdrowe. Jednak ta zmiana nie wnosi nic istotnego do mojej argumentacji: można założyć, że w sytuacji, gdy rodzeństwo jednocześnie jest zdrowe lub chore, o przeżyciu decydujemy na podstawie losowania i te przypadki pomijamy. Podobnie nieistotny jest faktyczny sposób przeprowadzania procedury zapłodnienia *in vitro*, który jest oczywiście bardziej skomplikowany (tworzenie większej liczby embrionów, zamrażanie zarodków przeznaczonych do implantacji itd.). Możliwe jest też skonstruowanie analogicznych przykładów dla mutacji genetycznych dziedziczonych w inny sposób lub powstających samoistnie, w przypadku których prawdopodobieństwo choroby jest inne niż 0,5. Dla uproszczenia będę tu również zakładał, że wszystkie pozostałe po

procedurach zapłodnienia pozaustrojowego embriony ludzkie zostaną wcześniej czy później zniszczone. Założenie to z pewnością nie jest dalekie od prawdy, szczególnie w Polsce, gdzie nie prowadzi się np. badań na embrionalnych komórkach macierzystych, a prawo nie reguluje tzw. macierzyństwa zastępczego i zakłada się, że tego typu umowy są nieważne.

Przykład ten pokazuje, że przyjęcie nawet skrajnie konserwatywnego stanowiska w kwestii statusu moralnego wczesnych embrionów (czyli uznanie ich za byty, które mają pełny status moralny i pełne prawo do życia) nie wystarczy jeszcze, by skutecznie argumentować przeciw dopuszczalności preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej w sytuacji, w której nie da się zagwarantować przeżycia wszystkich stworzonych embrionów. Nawet jeśli ktoś uważa zamrażanie, a potem niszczenie nadliczbowych embrionów pozostałych po procedurze *in vitro* za równie niemoralne co zabijanie dorosłych ludzi, zaś lekarzy wykonujących zabiegi lub potencjalnych rodziców decydujących się na przeprowadzenie PDG zrównuje pod względem moralnym z terrorystami z powyższego przykładu, to wciąż powinien się zgodzić na dopuszczalność PDG jako metody selekcji embrionów.

Przykład ten pokazuje także, że główna teza stanowisk konserwatywnych odnosi się przede wszystkim do moralnej oceny dopuszczalności kreowania sytuacji, w których zmuszeni jesteśmy *eliminować* niektóre embriony. Dotyczy więc moralnej (a zapewne także prawnej) dopuszczalności przeprowadzania standardowej procedury *in vitro*, w czasie której powstają nadliczbowe zarodki. Stanowisko konserwatywne nie ma jednak zastosowania do moralnej oceny samego procesu i wyboru kryteriów *selekcji* embrionów, czym w rzeczywistości jest procedura PDG. Tym samym stanowiska konserwatywne w kwestii statusu embrionu mają znaczenie przy regulowaniu dopuszczalności samej procedury *in vitro*, ale nie przy debatach o dopuszczalności PDG w sytuacji, gdy procedura *in vitro* jest dopuszczalna prawnie i wykonywana, a także dopuszczalne jest tworzenie nadliczbowych zarodków.

Zanim przejdę do uzasadnienia tego stanowiska oraz omówienia podanego powyżej przykładu, przedstawię kilka uwag wstępnych.

Skrajnie konserwatywnym stanowiskiem określam pogląd głoszący, że embrion ludzki od momentu zapłodnienia (przy czym w tym kontekście jest nieistotne, czy za zapłodnienie uznamy moment wnikięcia plemnika do komórki jajowej, połączenie materiału genetycznego czy pierwszy podział) ma status ontologiczny, który sprawia, że należy mu przypisać pełny status moralny i pełne prawo do życia – takie samo, jakim cieszą się zdrowi, dorośli ludzie, którzy nie stanowią zagrożenia dla innych³. Stanowiskiem konserwa-

³ Stanowisko takie prezentują np. R.P. George i C. Tollefsen, *Embryo. A Defense of Human Life*, New York, Doubleday 2008.

tywnym będą określał obecne (obowiązujące od drugiej połowy XIX w.) stanowisko Kościoła katolickiego, które głosi, że embriony ludzkie od momentu zapłodnienia należy traktować tak, jak gdyby miały pełny status moralny i pełne prawo do życia, nawet jeśli nie mamy pewności na temat ich statusu ontologicznego ani momentu powstania osoby ludzkiej, która na gruncie przyjętej przez Kościół tomistycznej doktryny metafizycznej musi następować w momencie wcielenia przez Boga duszy rozumnej. Stanowisko to zostało przedstawione np. w Deklaracji o przerywaniu ciąży, opublikowanej przez Kongregację Nauki Wiary w 1974 r., w której czytamy: „Deklaracja ta świadomie nie podkreśla problemu chwili animacji. Nie ma bowiem co do tego jednoznacznej tradycji i autorzy współcześnie jeszcze różnią się między sobą. Jedni twierdzą, że animacja następuje w pierwszej fazie życia, drudzy, że dopiero wtedy, gdy zarodek zatrzyma się we właściwym miejscu”⁴. Zostało ono potem powtórzone w kolejnych dokumentach (*Evangelium Vitae* z 1994 r., *Instrukcja „Dignitatis Personae” dotycząca niektórych problemów bioetycznych* z 2008 r.).

Preimplantacyjna diagnostyka genetyczna (wedle definicji przedstawionej przez Komitet Bioetyki PAN) to metoda umożliwiająca analizę i ocenę materiału genetycznego zarodka (w tym artykule pomijam PDG polegającą na analizie materiału genetycznego samej tylko komórki jajowej) powstałego na drodze zapłodnienia pozaustrojowego przed przeniesieniem go do macicy. Badanie polega na biopsji blastomeru (-ów) sześć- do ośmiokomórkowego zarodka lub kilku komórek trofektodermi pięcio- lub sześciodniowej blastocysty. Przyjmuje się, że pobranie komórek nie prowadzi do istotnego ograniczenia potencjału rozwojowego embrionu. PDG pozwala na stwierdzenie u zarodków wytworzonych metodą *in vitro* wad genetycznych spowodowanych przez dziedziczną mutację genetyczną (np. płasawica Huntingtona) albo przez zaburzenie chromosomowe przenoszone przez jednego lub obojga biologicznych rodziców. Możliwe też jest badanie zarodków pod kątem samoistnych wad genetycznych, które nie są wynikiem dziedziczenia. Celem przeprowadzania PDG jest zazwyczaj zmniejszenie ryzyka urodzenia chorego dziecka, choć możliwe są też inne cele: dobór zarodka zwiększający skuteczność metody zapłodnienia *in vitro*, selekcja zarodka zgodnego genetycznie z innym żyjącym już osobnikiem (np. rodzeństwem), wybór zarodka o oczekiwanym materiale genetycznym. To ostatnie otwiera drogę do wielu możliwych kombinacji, np.

⁴ Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o przerywaniu ciąży*, Watykan 1974, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_deklaration-abortion_pl.html [07.12.2012]. Więcej na temat rozumienia konserwatywnych argumentów na temat statusu embrionu ludzkiego, patrz: T. Żuradzki, *Argument z niepewności normatywnej a etyczna ocena badań naukowych wykorzystujących ludzkie embriony*, „Diametros” 2012, nr 32, s. 131–159.

czynniki genetyczne, przy spełnieniu odpowiednich warunków środowiskowych, są w istotnym stopniu współodpowiedzialne za wzrost, budowę ciała czy nawet wysoki poziom inteligencji. W zależności od celu przeprowadzania PDG niektórzy rozróżniają selekcję pozytywną (pożądane cechy) i negatywną (cechy niepożądane), choć podział ten bywa kwestionowany. W Stanowisku przesądono (zresztą jeszcze w części zatytułowanej *Medyczne aspekty diagnostyki preimplantacyjnej*, przed omówieniem problemów etycznych związanych z PDG), które cele diagnostyki są „niedopuszczalne”, a które dopuszczalne, i choć ten podział można uznać za arbitralny i słusznie spotkał się z krytyką jednego z autorów zdań odrębnych (Włodzimierz Galewicz), to jest to problem, którego nie będę tu omawiał.

Autonomia i interes pacjenta

Przedstawiony na początku tekstu przykład pokazuje wyraźnie, że PDG w określonej sytuacji wyboru, w której jesteśmy w stanie implantować tylko niektóre ze stworzonych przez nas zarodków, byłaby racjonalnie preferowana nie tylko przez obserwatorów i decydentów zewnętrznych ze względu na jakieś interesy niezależne od interesów samych embrionów (np. obniżenie kosztów opieki medycznej, preferencje rodziców), ale i przez te osoby, którymi wedle stanowiska konserwatywnego są już embriony (gdyby tylko założyć, że mogłyby one mieć pewne preferencje w momencie podejmowania decyzji o przeprowadzeniu PDG). Tak więc powinniśmy uznać PDG za pożądaną metodę selekcji ze względu na szacunek dla hipotetycznych wyborów, których dokonałyby same zainteresowane strony w określonej sytuacji, gdyby tylko miały taką możliwość. Co więcej, nawet przyjmując bardzo konserwatywne założenia dotyczące statusu moralnego embrionów, można by argumentować, że ten, kto nie przeprowadziłby procedury PDG w sytuacji, w której nie jest możliwe implantowanie wszystkich stworzonych embrionów oraz istnieje istotne ryzyko wystąpienia np. choroby jednogenowej, nie wykazywałby należytego szacunku dla hipotetycznych wyborów swojego potomstwa, a zatem postępowałby niemoralnie.

Taka interpretacja odwołuje się do szeroko omawianego w tekstach z zakresu etyki medycznej pojęcia autonomii. Współcześnie przyjmuje się, że decyzje medyczne powinny być podejmowane przy poszanowaniu autonomii pacjenta, tj. umożliwiając mu uczestniczenie w procesie decyzyjnym, który go dotyczy, a także wyrażenie sprzeciwu względem proponowanych mu zabiegów diagnostycznych, leczniczych i zapobiegawczych. Dla przykładu art. 13 pkt. 1 polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej głosi, że „obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decy-

zji dotyczących jego zdrowia”⁵. Decyzje są autonomiczne, gdy są swobodne i świadome, co oczywiście nie jest możliwe w przypadku embrionów. Jeśli nie ma możliwości ustalenia tego, jaka jest rzeczywista wola – co niekiedy ma miejsce także w przypadku dorosłych ludzi, którzy na przykład stracili świadomość – decyzje podejmuje się na podstawie tego, co leży w najlepiej pojętym interesie pacjenta.

Jaka decyzja leżałaby w najlepiej pojętym interesie ludzi z powyższego przykładu? Czy byłoby to zdanie się na ślepy traf, czy przeprowadzenie testu? Żeby upodobnić ten przykład do problemu podejmowania decyzji dotyczącej implantacji embrionów, załóżmy, że Anna i Jan są nieprzytomni, terroryści są jednak na tyle „mili”, że pozwolili osobom postronnym, które nie znały ich wcześniejszych poglądów ani przekonań moralnych, podjąć decyzję w zastępstwie porwanych. Dodajmy też, że Anna i Jan nie byli przygotowani na taką okoliczność i nie zostawili żadnego „testamentu życia” na wypadek takiej sytuacji. Jaką decyzję należałoby więc podjąć w zastępstwie Anny i Jana?

W moim przekonaniu odpowiedź jest jasna: nie znając konkretnych preferencji danej jednostki, należałoby przyjąć, że podejmując decyzję w jej imieniu, powinniśmy kierować się maksymalizacją oczekiwanych i dostępnych w jej sytuacji „dóbr pierwotnych”, czyli tego rodzaju rzeczy, o które zabiega każdy racjonalny podmiot, gdyż są one niezbędne do realizacji wszelkich planów życiowych⁶. Jest to tym bardziej zasadne, że w przytoczonym przeze mnie przykładzie dobro, które byłoby maksymalizowane, to oczekiwane lata życia, czyli dobro fundamentalnie istotne przy realizacji jakichkolwiek planów (zakładamy, że w przypadku zdrowej osoby byłoby to „normalne” życie, którego jakość nie będzie szczególnie niska). Oczywiście w sytuacji, w której embriony miałyby świadomość, zasada autonomii pacjenta nakazywałaby zapytać je o zgodę. W takim wypadku – choć powyżej stwierdziłem, że powinno być to preferowane przez każdy racjonalny podmiot – wcale nie jest oczywiste, że każdy faktycznie istniejący podmiot wybrałby maksymalizację oczekiwanych lat życia. Mógłby bowiem zastosować jakieś własne kryteria decyzji, niezgodne ze standardowym pojęciem racjonalności. Mógłby chcieć np. „poświęcić się” dla drugiego (obniżając tym samym oczekiwaną długość życia w momencie wyboru) i taka decyzję zapewne należałoby uszanować – jakkolwiek by się ją oceniało – na podobnej zasadzie, na jakiej lekarze często szanują decyzje pacjentów, którzy nie chcą poddać się zabiegowi ratującemu ich życie. Kiedy więc piszę, że jakieś dobro byłoby „preferowane przez każdy

⁵ Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, Warszawa 1991 (wraz z późniejszymi zmianami), http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [07.12.2012]

⁶ J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, przeł. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 89.

racjonalny podmiot”, używam pewnej idealizacji, która odnosi się do hipotetycznej sytuacji wyboru, a nie sugeruję, że faktyczne wybory jednostek byłyby właśnie takie. Takie podejście da się pogodzić ze współczesnym rozumieniem zasady autonomii pacjenta⁷.

PDG w ocenie Stanowiska Komitetu Bioetyki PAN i zdań odrębnych

W świetle przedstawionego tu przykładu wyraźnie widać kilka nieporozumień, które pojawiły się w Stanowisku Komitetu Bioetyki PAN, w zdaniach odrębnych, a także w dyskusji na temat tego Stanowiska, toczzonej na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Bioetycznego (PTB)⁸.

Główna myśl tego artykułu jest więc polemiczna wobec niektórych tez Stanowiska Komitetu Bioetyki (choć oczywiście nie wobec samego postulatu formalnej legalizacji tej procedury w Polsce) oraz zdań odrębnych. Zarówno autorzy Stanowiska, jak i autorzy zdań odrębnych uznali, że jednym z głównych problemów etycznych wiążących się z diagnostyką preimplantacyjną jest właśnie nierozstrzygalność sporu na temat statusu moralnego ludzkich zarodków, zaś ci, którzy uznają, że wczesne zarodki mają pełny status moralny, nie mogą się zgodzić na diagnostykę preimplantacyjną. W Stanowisku można przeczytać: „Brak moralnej aprobaty dla metod zapłodnienia *in vitro* z konieczności oznacza także sprzeciw wobec tej formy diagnostyki” (s. 2). A dalej: „W przypadku diagnostyki dokonywanej na embrionach, ocena moralna tej procedury zależy zatem od stanowiska w sprawie statusu moralnego najwcześniejszych form ludzkiego życia” (s. 3).

Podobne stanowisko zajęli wszyscy autorzy czterech zgłoszonych zdań odrębnych. Włodzimierz Galewicz, przywołując racje, które wedle autorów Stanowiska przemawiają na korzyść uregulowania prawnego kwestii PDG, stwierdził: „wszystkie te racje są co prawda dobre, ale jedynie dla tych, którzy zajmują określone stanowisko w kwestii statusu ludzkiego embrionu, lub też przynajmniej nie wyznają jednego z możliwych w tej sprawie stanowisk – poglądu, zgodnie z którym wczesny ludzki zarodek jest już pełnoprawną osobą. Dla zwolenników tego embriologicznego personalizmu przytoczone «dobre racje» nie będą tak dobre”. Racje wymienione w Stanowisku są następujące: 1) ograniczenie liczby aborcji w następstwie diagnozy prenatalnej, 2) szansa na urodzenie zdrowego dziecka przez pary obciążone genetycznie,

⁷ D. Brudney, *Choosing for Another: Beyond Autonomy and Best Interests*, „Hastings Center Report” 2009, nr 2 (39), s. 31–37.

⁸ Polskie Towarzystwo Bioetyczne, *Dyskusja w sprawie diagnostyki preimplantacyjnej*, Kraków 2012, http://www.ptb.org.pl/opinie_preimplantacyjna2.html [07.12.2012].

3) zwiększenie skuteczności *in vitro*, 4) uspojnienie polskiego systemu prawnego. Przedstawiony na początku artykułu przykład pokazuje, że w sytuacji, w której procedura *in vitro* jest prawnie dopuszczalna i faktycznie wykonywana, wszystkie te racje dają się zaakceptować nawet przez zwolenników stanowiska konserwatywnego (które przez Autora tego zdania odrębnego określane jest jako „embriologiczny personalizm”).

Barbara Chyrowicz napisała: „Ponieważ nie znajduję wystarczającej racji dla wykluczenia normatywnego statusu ludzkich zarodków, za moralnie kontrowersyjne uznaję ich celowe niszczenie, które – w przypadku stwierdzenia wad natury genetycznej lub strukturalnej – zakłada diagnostyka preimplantacyjna”. Autorka tego zdania odrębnego sugeruje więc, że samo dostrzeżenie braku „wystarczającej racji do wykluczenia normatywnego statusu ludzkich zarodków” sprawia, że Stanowisko jest nie do przyjęcia i należy postępować tak, jak gdyby embriony taki pełny status posiadały, a także zgodnie z tym przekonaniem tworzyć regulacje normatywne. Stwierdza, że samo stanowisko konserwatywne jest wystarczającą przesłanką do uznania PDG za moralnie niedopuszczalne, ponieważ tego typu diagnostyka „zakłada” celowe ich niszczenie.

Takie stwierdzenie nie wydaje się jednak trafne: w rzeczywistości PDG jest jedynie metodą diagnostyczną, narzędziem selekcji embrionów, i sama w sobie nie „zakłada” niszczenia embrionów. Wyobraźmy sobie, że w przyszłości nauka będzie pozwalała na „naprawienie” zepsutego materiału genetycznego embrionu. W takiej sytuacji można sobie wyobrazić, że PDG będzie prowadzone po to, by dowiedzieć się, które embriony mają wady genetyczne i które trzeba w związku z tym „naprawić”. Ten przykład pokazuje, że w samej „istocie” tego typu diagnostyki nie ma założenia na temat celowego niszczenia embrionów. Podobnie rzut monetą, rozumiany jako metoda podejmowania decyzji na temat tego, który embrion zostanie implantowany, nie zakłada jeszcze sam z siebie niszczenia embrionów. Uważam więc, że w rzeczywistości podstawą sprzeciwu autorki względem PDG nie jest przyjęcie stanowiska konserwatywnego na temat statusu wczesnych embrionów ludzkich, ale dodatkowa przesłanka, a mianowicie uznanie, że ślepy traf czy też „natura” są bardziej „moralną” metodą wyboru w omawianej tu sytuacji niepewności niż decyzje oparte na podstawie jakości materiału genetycznego. Do tej sprawy wrócę poniżej.

Andrzej Paszewski uznał, że Stanowisko opiera swoją rekomendację tylko na jednym z możliwych poglądów etycznych, bez wyraźnego zaznaczenia, że jest ono jednym z możliwych. Autor nie precyzuje jednak, na jakim poglądzie opiera się Stanowisko. Wyraźną sugestią, o jaki pogląd chodzi, można znaleźć w tekście Tadeusza Tołłoczki, który uznaje, że „tok myślenia prezentowany w Stanowisku Komitetu jest typowym przykładem myślenia utylitarystycznego” (s. 1). Podobnie tezę Stanowiska rozumie też Marian Machinek, który

w komentarzu do dyskusji PTB zatytułowanym *Co wynika z nierozstrzygalności sporu o status ludzkiego embrionu?* napisał: „akceptuje się selekcję zarodków (p. 10 *Stanowiska*), a zatem faktycznie podporządkowuje status embrionów interesom tych, w których rękach się znajdują”.

Nie wydaje się, by Stanowisko reprezentowało pogląd wyłącznie utylitarystyczny. Oczywiście autorzy ci mają rację sugerując, że u podłoża poparcia PDG leżą niekiedy argumenty natury utylitarystycznej, pokazujące, że z różnych względów społecznych korzystne jest przeprowadzanie selekcji na podstawie PDG. W świetle przedstawionej tu argumentacji nie mają jednak racji, jakoby moralna i prawna dopuszczalność PDG zakładała akceptację jakiejś formy utylitarizmu. Oczywiście argumenty za PDG niekiedy odwołują się do tego, że status moralny wczesnych embrionów jest na tyle niski, że wolno je niszczyć, by osiągnąć różnego rodzaju cele społeczne lub indywidualne (zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej ze względu na rodzenie się zdrowszych dzieci, zaspokojenie oczekiwań rodziców chcących mieć jak najzdrowsze dziecko itp.). Nie jest to bardzo kontrowersyjne założenie i uwidacznia się ono w wielu praktykach społecznych i systemach prawnych. W zdecydowanej większości systemów etycznych, prawnych czy religijnych (także wedle oficjalnej doktryny katolickiej do XIX wieku) przyjęło się, że embriony ludzkie we wczesnej fazie mają specjalny status moralny, ale nie mają statusu równego statusowi dziecka czy osoby dorosłej. Przyjmuje się więc, że status ludzkich embrionów, szczególnie we wczesnej fazie ich rozwoju, jest tego rodzaju, iż niekiedy ważne interesy społeczne, a w niektórych wypadkach osobiste, mogą przeważać ich prawo do życia. Stąd we wszystkich państwach europejskich prawo dopuszcza procedurę IVF (prowadzącą do powstania nadliczbowych embrionów), postkoitalne środki antykoncepcyjne przeciwdziałające m.in. zagnieżdżeniu się embrionów, a w ostatnich latach w wielu krajach zalegalizowano badania naukowe na embrionach, prowadzące do ich zniszczenia.

Niemniej, przedstawiony w tym artykule argument nie odwołuje się do żadnych społecznych korzyści, a tym samym nie zakłada jakiegokolwiek „ważenia” indywidualnych interesów embrionu z potencjalnymi społecznymi korzyściami. Argumentacja przedstawiona w tym artykule pokazuje więc, że tego typu utylitarystyczne argumenty nie są w ogóle potrzebne, by uzasadnić moralną i prawną dopuszczalność PDG. Tym samym argumentacja ta ma wyraźną przewagę nad tymi, które odwołują się do społecznych korzyści: może być preferowana przez każdy racjonalny podmiot, bez względu na to, jaki światopogląd wyznaje czy jakiej doktryny moralnej jest zwolennikiem, także przez tych, którzy uznają, że embriony od samego początku mają status moralny równy statusowi dorosłych i żeby przeważać prawo do życia embrionu potrzebne są te same racje, co w przypadku dorosłego człowieka (np. samoobrona).

Wydaje się, że autorzy trzech zdań odrębnych (Barbara Chyrowicz, Andrzej Paszewski, Tadeusz Tołłoczko) kwestionowałiby jakiegokolwiek metody selekcji w opisanym powyżej hipotetycznym przykładzie i uznali, że podejmując tak tragiczny wybór, należy zdać się na ślepy traf czy też naturę, która jest bardziej odpowiednią moralnie metodą.

Tadeusz Tołłoczko w swoim zdaniu odrębnym uznaje, że „uzurpowanie prawa do dysponowania i decydowania o życiu i śmierci tej jednostki jest postępowaniem niemoralnym”. Owo uzurpowanie odnosi się oczywiście do zwolenników legalizacji PDG. Po pierwsze, w obecnie istniejącej w całej Europie sytuacji prawnej, w której metoda zapłodnienia *in vitro* jest prawnie dozwolona i faktycznie wykonywana, także decyduje się o „życiu i śmierci” embrionów i to bez względu na to, czy PDG jest dopuszczalna prawnie, czy nie. Autor tego zdania odrębnego sugeruje więc, że wybierając na podstawie ślepego trafu lub po prostu unikając zastanawiania się nad tą kwestią zachowujemy „czyste ręce”, próbując zaś ustalić jakieś kryteria wyboru, postępujemy niemoralnie.

Niechęć względem jakichkolwiek metod selekcji najwyraźniej widać w zdaniu odrębnym Barbary Chyrowicz, która napisała: „Natura «daje jednak szansę» jakiejś części z nich [embrionów – T.Ż.], tj. tym, które mimo wad (chorób dziedziczonych genetycznie, nieprawidłowych kariotypów) spełniają kryteria ludzkich organizmów – rodzą się chore dzieci. Diagnostyka preimplantacyjna takiej szansy nie pozostawia (jest bardziej restryktywna od natury), inaczej nie miałyby sensu”. W cytowanym powyżej fragmencie błędne jest przede wszystkim zestawianie ze sobą „natury” i PDG: „natura” przyczynowo odpowiada za wady embrionów, zaś PDG jest tylko narzędziem diagnostycznym, a nie źródłem choroby. Zakazywanie PDG na tej podstawie, że jest bardziej restrykcyjna od „natury”, przypomina zabijanie posłańca tylko za to, że przyniósł złą nowinę.

Z tym zdaniem odrębnym wiąże się jednak poważniejszy problem: z jednej strony, z subiektywnej perspektywy podmiotów (lub osób podejmujących w ich imieniu decyzje) z mojego przykładu jest tak, że obie metody selekcji (ślepy traf, test genetyczny) dają równe szanse przeżycia. Z drugiej strony, oczywiście selekcja na podstawie testu genetycznego nie daje szansy przeżycia osobie chorej. Tyle że w momencie przeprowadzania testu nie wiadomo jeszcze, która z nich jest chora, a która nie. Z tego właśnie względu uważam, że w takiej sytuacji epistemicznej, jaką opisałem w przykładzie, każdy racjonalny podmiot preferowałby wykonanie PDG, ponieważ na jego przeprowadzeniu nic nie traci, ale może zyskać. Dlaczego więc – jak zdaje się twierdzić autorka zdania odrębnego – mielibyśmy przedkładać ślepy traf, skoro test genetyczny byłby preferowany z jednostkowej perspektywy samych embrionów w sytuacji niewiedzy na temat swojego przyszłego stanu zdrowia? Co jest takiego pocią-

gającego w ślepych trafie (czy to naturalnym, czy kreowanym przez człowieka, jak rzut monetą), że ma być preferowany jako metoda wyboru w sytuacji tragicznego dylematu? Jedyne uzasadnienie, jakie jestem tu w stanie dostrzec, wygląda następująco: u podłoża przekonania, że ślepy traf jest bardziej moralny niż wybór na podstawie dających się racjonalnie zaakceptować kryteriów, musi istnieć jakaś magiczna wiara w mądrość natury, jakiegoś jej stwórcy lub po prostu w opatrność – wiara w to, że gdy sprawy pozostawimy własnemu biegowi, to będą się one toczyły we „właściwy” sposób, a my zachowamy czyste ręce. Takie założenie – jakkolwiek niektórym oczywiście wydaje się atrakcyjne – z całą pewnością nie może być podstawą regulacji prawnych w państwie demokratycznym, w sytuacji pluralizmu światopoglądów. W szczególności jest ono niestosowne, jeśli stanowi podstawę do wydania opinii na temat regulacji kwestii związanych z postępem nauki i technologii przez złożone z naukowców ciała doradcze.

Inne kontrargumenty

Przeciwko mojej interpretacji można wytoczyć kontrargumenty, które nie zostały podniesione w zdaniach odrębnych ani w dyskusji PTB. Jeden z nich odnosi się do tzw. problemu nietożsamości⁹. Krytyk mojego argumentu mógłby twierdzić, że PDG wcale nie jest korzystna dla obu zainteresowanych stron, a jedynie dla tej, która okaże się w testach zdrowa. Dla strony, która okaże się chora, decydowanie na podstawie PDG jest niekorzystne, ponieważ na skutek przyjęcia takiej a nie innej metody wyboru będzie musiała zginąć, gdyby zaś zdecydować na podstawie ślepego trafu, miałyby szansę, by żyć. Odnosząc się do embrionów można więc powiedzieć – zdaniem krytyka mojego argumentu – że PDG ani nie przynosi korzyści tym, którzy się urodzą, ani ich nie krzywdzi, bo gdyby tej diagnostyki nie przeprowadzać, to mogłyby się urodzić inne dzieci (inne, czyli mające inny materiał genetyczny) niż te, które faktycznie będą istniały.

Ten argument nie jest jednak trafny. W przedstawionej tu argumentacji nie twierdzę, że przeprowadzenie testu jest *korzystne* czy to dla obojga rodzeństwa z mojego przykładu, czy dla wszystkich embrionów, czy wreszcie dla tych embrionów, z których urodzą się dzieci. Twierdzę jedynie, że taką decyzję należałoby podjąć, kierując się najlepszym interesem czy to przykładowego rodzeństwa, czy też embrionów w danej sytuacji epistemicznej, w której nikt nie wie (ani sami zainteresowani, ani podmiot wykonujący test), która jednostka jest chora, a która zdrowa. Twierdzę też, że taką metodę wyboru tego, kto ma przeżyć, wybraliby sami zainteresowani, gdyby kierowali się chęcią maksymalizacji oczekiwanej długości życia. Tak więc choć przeprowadzenie testu

⁹ D. Parfit, *Reasons and Persons*, Clarendon Press, Oxford 1984.

genetycznego nie jest oczywiście *korzystne* dla wszystkich stron, to można jednak mówić, że PDG *leży w interesie* obu embrionów w momencie podejmowania decyzji i w sytuacji niewiedzy na temat stanu ich zdrowia.

Podobny zarzut mógłby dotyczyć tego, że nie rozróżniam prawdopodobieństwa obiektywnego od subiektywnego¹⁰. W moim przykładzie posługiwałem się oczywiście prawdopodobieństwem subiektywnym: to niewiedza na temat zdrowia rodzeństwa sprawia, że oczekiwane prawdopodobieństwo przeżycia jest równe dla obu porwanych i wynosi w moim przykładzie 0,5. W sensie obiektywnym, w przypadku przeprowadzania testów, jedno z nich ma oczywiście prawdopodobieństwo przeżycia równe 1, a drugie 0. Prawdopodobieństwo obiektywne nie ma jednak żadnego znaczenia w przypadku, w którym mamy podjąć decyzję, skoro nie wiadomo, która osoba (lub embrion w momencie przeprowadzania PDG) jest zdrowa, a która chora.

Moja teza wydaje się więc nieco słabsza od zaproponowanej niedawno przez Marka Walkera, który na podstawie przykładu podobnego do przedstawionego w tym tekście uznał, że „jeśli mamy działać tak, by było to najbardziej korzystne dla potencjalnie ponadliczbowych embrionów, to powinniśmy testować je genetycznie pod kątem tych cech, które korelują z ogólnym dobrobytem (*wellbeing*)”¹¹. Moja teza jest słabsza z dwóch względów: po pierwsze, jak widać z powyższej argumentacji, nie twierdzę, jakoby przeprowadzenie testu (lub PDG) było *najbardziej korzystnym* rozwiązaniem dla każdej strony z osobna. Po drugie, nie twierdzę, że testowanie genetyczne powinno odbywać się pod kątem poszukiwania genetycznych korelatów ogólnego dobrobytu. Ta ostatnia kwestia rodzi oczywiście bardzo interesujące pytania w kontekście mojego przykładu. Co gdyby różnica pomiędzy rodzeństwem nie polegała na tym, że jedno z nich szybko umrze na skutek choroby genetycznej, a drugie nie, ale na tym, że jedno na skutek czynników istniejących w momencie podejmowania decyzji, choć nieznanymi nikomu, będzie po uwolnieniu przez terrorystów zdrowe, a drugie chore (przy podobnej oczekiwanej długości życia)? Albo na tym, że jedno stanie się bardziej inteligentne, a drugie mniej (przy założeniu, że wyższy poziom inteligencji koreluje z ogólnym dobrobytem)? Albo wreszcie jedno będzie miało charakter, który pozwoli mu czerpać radość z życia w znacznie większym stopniu niż drugiemu? We wszystkich tych przypadkach Walker twierdzi, że gdyby tylko dało się przetestować te cechy w momencie podejmowania decyzji, to decyzję o tym, kto ma przeżyć, należałoby podjąć na podstawie wyniku tego typu testu (przeżywają najinteligentniejsi, ci, którzy mają optymistyczną osobowość itd.). Tym samym twier-

¹⁰ K. Popper, *Logika odkrycia naukowego*, przeł. U. Niklas, Aletheia, Warszawa 2002.

¹¹ M. Walker, *Eugenic Selection Benefits Embryos*, „Bioethics” 29 lipca 2012 (Early View), DOI: 10.1111/j.1467-8519.2012.02000.x, s. 5.

dzi on, że to, co przyjęło się niekiedy określać jako „eugenikę pozytywną”, jest korzystne dla wszystkich embrionów.

Nie przesądzając tu, czy jego pogląd jest trafny, czy nie, należy zauważyć, że nic takiego nie wynika z mojej argumentacji: racjonalny podmiot w sytuacji niepewności ma racje, by postępować na podstawie oczekiwanej długości życia, ponieważ ten „parametr” z całą pewnością należy do dóbr pierwotnych, czyli takich, które są podstawą realizacji każdego planu życiowego. Podobnie jest ze zdrowiem – przynajmniej w przypadku bardzo dotkliwych chorób, wiążących się z trwałym upośledzeniem pewnych funkcji organizmu. Do tego typu dóbr nie należy jednak ani poziom inteligencji, ani predyspozycje charakteru. Należy przy tym zaznaczyć, że moja argumentacja nie podważa kryterium zaproponowanego przez Walkera (w sytuacji niepewności należy maksymalizować szanse przeżycia tych embrionów, którym można przypisać największy poziom oczekiwanego dobrobytu). Zaproponowałem jedynie metodę selekcji, która byłaby preferowana przez każdy racjonalny podmiot bez względu na to, jaki światopogląd wyznaje, czy jakiej doktryny moralnej jest zwolennikiem. Kryterium Walkera nie posiada tej cechy chociażby dlatego, że samo rozumienie pojęcia ogólnego dobrobytu częściowo uzależnione jest od tego, jaką doktrynę moralną czy światopogląd się akceptuje.

Podsumowanie

Wnioski z przedstawionego tu rozumowania są następujące: wbrew temu, co głosi Stanowisko, ocena diagnostyki dokonywanej na embrionach nie zależy od poglądu na temat statusu moralnego najwcześniejszych form ludzkiego życia. Ponadto trzy z czterech zdań odrębnych zgłoszonych do Stanowiska (Barbara Chyrowicz, Andrzej Paszewski, Tadeusz Tołłoczko) *de facto* postulują delegalizację procedury *in vitro*, w czasie której powstają nadliczbowe embriony. Wedle przedstawionej tu argumentacji ten, kto wprost uznaje – jak autorzy tych trzech zdań odrębnych – że embriony mają pełny status moralny od momentu poczęcia (lub też kto uznaje, że nie da się tego wykluczyć), powinien jasno stwierdzić, że jego poglądy przemawiają wyłącznie przeciwko dopuszczalności kreowania samej sytuacji, w której musimy wybierać, który z embrionów przeżyje, a nie przeciwko PDG w sytuacji, gdy tworzone są nadliczbowe embriony. Ten zaś, kto akceptuje dopuszczalność standardowej procedury *in vitro* (tworzenie większej liczby zarodków niż liczba implantowanych zarodków), albo powinien też akceptować PDG, pozwalającą wykryć choroby istotnie przyczyniające się do skrócenia życia, albo przedstawić jakieś dobre racje, dla których ślepy traf miałby być bardziej „moralną” metodą wyboru w sytuacji niepewności niż selekcja na podstawie kryteriów, które są do zaakceptowania przez wszystkich.

Bibliografia

- Brudney D., *Choosing for Another: Beyond Autonomy and Best Interests*, „Hastings Center Report” 2009, nr 2 (39), s. 31–37.
- George R.P., Tollefsen C., *Embryo. A Defense of Human Life*, New York, Doubleday 2008.
- Naczelna Izba Lekarska, *Kodeks Etyki Lekarskiej*, Warszawa 1991 (wraz z późniejszymi zmianami), http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf [07.12.2012].
- Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o przerywaniu ciąży*, Watykan 1974, http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19741118_declaration-abortion_pl.html [07.12.2012].
- Parfit D., *Reasons and Persons*, Clarendon Press, Oxford 1984.
- Polskie Towarzystwo Bioetyczne, *Dyskusja w sprawie diagnostyki preimplantacyjnej*, Kraków 2012, http://www.ptb.org.pl/opinie_preimplantacyjna2.html [07.12.2012].
- Popper K., *Logika odkrycia naukowego*, przeł. U. Niklas, Aletheia, Warszawa 2002.
- Rawls J., *Teoria sprawiedliwości*, przeł. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
- Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN, Stanowisko nr 2/2012 z dnia 8 czerwca 2012 r. w sprawie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej, Warszawa 2012, http://www.bioetyka.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=100:stanowisko-komitetu-bioetyki-przy-prezydium-pan-nr-22012-z-dnia-6-czerwca-2012-r-w-sprawie-preimplantacyjnej-diagnostyki-genetycznej&catid=45:stanowiska-komitetu&Itemid=50 [07.12.2012].
- Walker M., *Eugenic Selection Benefits Embryos*, „Bioethics”, 29 lipca 2012 (Early View), DOI :10.1111/j.1467-8519.2012.02000.x.
- Żuradzki T., *Argument z niepewności normatywnej a etyczna ocena badań naukowych wykorzystujących ludzkie embriony*, „Diametros” 2012, nr 32, s. 131–159.
- Żuradzki T., *Ślepy traf nie jest bardziej moralny niż selekcja oparta na powszechnie podzielanych kryteriach*, Kraków 2012, http://www.ptb.org.pl/pdf/zuradzki_kluczula_1.pdf [07.12.2012].

Streszczenie

Wedle Stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 2/2012 z dnia 8. czerwca 2012 r. w sprawie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej (PDG) jednym z głównych problemów wiążących się z prawnym uregulowaniem PDG jest nierozstrzygalność sporu na temat statusu moralnego ludzkich zarodków. Stanowisko to i zgłoszone do niego zdania odrębne stwierdzają, że ci, którzy uznają, że wczesne zarodki mają pełny status moralny, nie mogą się zgodzić na diagnostykę preimplantacyjną. W artykule pokazuję, że przyjęcie nawet skrajnie konserwatywnego poglądu na status wczesnych embrionów ludzkich, czyli uznanie ich za byty mające pełny status moralny i pełne prawo do życia, nie wystarczy, by skutecznie argumentować przeciw dopuszczalności PDG w sytuacji, w której nie możemy zagwarantować przeżycia wszystkich embrionów. Przedstawiony tu argument opiera się na powszechnie akceptowanej obecnie w etyce medycznej zasadzie poszanowania autonomii oraz odwołuje się do sposobu podejmowania decyzji w sytuacji niepewności, charakterystycznego dla klasycznie rozumianej teorii decyzji.