

Maria Nowacka

ORCID: 0000-0001-9696-7467
Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Etyka medyczna w perspektywie transhumanistycznej

Medical Ethics in a Transhumanist Perspective

Abstrakt

Etyka transhumanizmu, czyli etyka ulepszania człowieka, jest etyką deontologiczną z nakazem czynienia dobra jako podstawową normą moralną. Jednak konkretne praktyczne działania, poprzez które ma być realizowane dane dobro, są oceniane z uwagi na przewidywane konsekwencje. Etyka transhumanistyczna jest więc w istocie etyką konsekwencjalistyczną, a skoro postawa transhumanistyczna wyraża się w dążeniu do ulepszania człowieka, zatem każde zrealizowane „udoskonalenie” jest uznane za zwiększenie sumy dobra i w rezultacie zwiększenie dobrostanu człowieka. Tym samym etyka ulepszania człowieka jest etyką utilitarystyczną. Etyka medyczna ma charakter deontologiczny, ale w perspektywie transhumanistycznej staje się etyką utilitarystyczną – działanie „udoskonalające” oceniane jest jako moralne, jeżeli zwiększa sumę dobra. Musi to w istotny sposób zmieniać rozumienie podstawowych zasad etyki medycznej. Zmiana ta będzie fragmentem zmiany szerszej i bardziej podstawowej, polegającej na zatartiu granicy między działaniami terapeutycznymi a działaniami „udoskonalającymi” i nadaniu tym drugiemu wymiaru zarówno jednostkowego, jak i społecznego.

Słowa klucze: etyka medyczne, etyka transhumanizmu, ulepszanie

Abstract

The ethics of transhumanism, i.e. the ethics of human enhancement, is a deontological ethics with the imperative to do good as the basic moral norm. However, the specific practical actions through which a given good is to be realized are assessed in terms of the expected consequences. Thus, transhumanist ethics is essentially consequentialist ethics, and since the transhumanist attitude is expressed in the pursuit of human enhancement, so any "improvement" realized is considered to be an increase in the sum of the good as a result of increased human well-being. Thus, the ethics of human enhancement is a utilitarian ethics. Medical ethics is deontological in nature, but in a transhumanist perspective it becomes a utilitarian ethics – an "improvement" action is judged moral if it increases the sum of the good. This must significantly change the understanding of the basic principles of medical ethics. This change will be a part of a broader and more fundamental change, involving blurring the line between therapeutic and "improving" actions and giving the latter both individual and social dimensions.

Keywords: medical ethics, transhumanist ethics, enhancement

Wprowadzenie

Celem medycyny jest leczenie człowieka, czyli zwalczanie choroby i doprowadzanie ludzkiego organizmu do stanu możliwie bliskiego temu przed zachorowaniem. W ciągu wieków swojego rozwoju medycyna wypracowała zbiór norm moralnych, czyli zasad etycznych, których przestrzeganie w procesie terapeutycznym jest obowiązkiem lekarza. Niektóre z nich mają charakter podstawowy, tzn. muszą być przestrzegane w odniesieniu do każdego pacjenta i w każdej sytuacji terapeutycznej. Co prawda w pewnych sytuacjach wchodzi one ze sobą w kolizję i zmuszają do dokonania wyboru, której przyznać pierwszeństwo. Podobnie też stan chorego i zaistniałe okoliczności mogą zmuszać do odstępstwa od którejś z nich, ale fakt ten nie zmienia ich ogólnego i podstawowego charakteru, a jedynie wskazuje, że nie obowiązują one w sposób bezwzględny.

Transhumanizm to ideologia, wedle której możliwe jest i staje się naszą powinnością moralną ulepszanie człowieka we wszystkich aspektach jego człowieczeństwa, czyli fizycznym, psychicznym, umysłowym i moralnym za pomocą możliwości sukcesywnie pojawiających się wraz z rozwojem nauki i techniki. Transhumaniści zakładają, że rozwój wiedzy i technologii dokonuje się w dłuższej perspektywie czasowej nieprzerwanie, a każda nowa możliwość biotechnologicznego ulepszania

człowieka prędzej czy później zostanie zrealizowana. Powstaje pytanie, czy w procesie realizowania kolejnych projektów transhumanistycznych, czyli dokonywania określonych manipulacji na cielesności człowieka, nie będzie konieczne odstępstwo od podstawowych zasad etyki medycznej, a jeśli tak, to czy zostanie ono zaakceptowane z racji spodziewanych korzyści dla dobrostanu człowieka.

W poniższych rozważaniach nie przesadzamy, czy transhumanistyczne projekty ulepszania człowieka będą realizowane, w jakim stopniu i w jakim zakresie. Skądinąd sądzimy, że jest co najmniej wątpliwe, aby większość z nich w ogóle mogła być zrealizowana, jak też obawiamy się, że próby wprowadzania ich w życie mogą prowadzić do tragicznych konsekwencji¹. Jednak uważamy, że jest użyteczne poznawczo przemyślenie, jak dalece zmienić by się musiała etyka medyczna, gdyby zaczęto je urzeczywistniać. Refleksja nad tym problemem niewątpliwie pomoże w lepszym uświadomieniu niebezpieczeństw płynących z realizowania pewnych projektów ulepszania człowieka oraz w podjęciu właściwych działań zapobiegających.

Etyka medyczna jest jedną z etyk szczegółowych – określa zasady moralnego postępowania w relacjach między lekarzem a pacjentem². Jak w przypadku wszystkich etyk szczegółowych, również etyka medyczna występuje w różnych odmianach i opiera się na różnych teoriach filozoficznych³. W poniższych rozważaniach odwołujemy się do jednej z najbardziej popularnych propozycji zbudowania etyki medycznej, bazując na czterech zasadach: autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości⁴. Podstawą tej propozycji jest etyka deontologiczna brytyjskiego filozofa Williama Davida Rossa (1877–1971), uznająca istnienie obiektywnych i poznawalnych prawd moralnych. System etyczny Rossa jest więc opozycyjny względem dominującej w filozofii anglosaskiej

-
- 1 Zob. Jerzy Kopania, Maria Nowacka, „Od unieśmiertelniania człowieka do śmierci cywilizacji”, w: *Ulepszanie człowieka. Perspektywa filozoficzna*, red. Piotr Duchliński, Grzegorz Hołub (Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, 2018), 31–70. Profesorowi Jerzemu Kopani pragnę podziękować za dyskusję w trakcie pisania niniejszego artykułu i za szereg rad i wskazówek.
 - 2 Należy odróżniać etykę medyczną od deontologii lekarskiej. Ta druga jest etyką wykonywania zawodu i formułuje etyczne zasady i normy postępowania właściwe dla lekarzy, a niepokrywające się z zasadami i normami etyki ogólnej. Zakresy tych dwu dziedzin częściowo na siebie zachodzą. Zob. Kazimierz Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska* (Kraków: PAU, 1994).
 - 3 Zob. Grzegorz Hołub, „W stronę bioetyki personalistycznej”, *Seminare. Poszukiwania naukowe* 19 (2003): 177–194.
 - 4 Zob. Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jarczyński (Warszawa: Książka i Wiedza, 1996), 131–411.

etyki konsekwencjalistycznej, oceniającej moralność czynu z uwagi na jego konsekwencje. Odwołujemy się do koncepcji deontologicznej etyki medycznej, ponieważ projekty transhumanistyczne oceniane są przez zwolenników ideologii na gruncie etyki utilitarystycznej, a zatem uznanie, że ich realizacja polepszy dobrostan człowieka, przesądza o ich akceptacji. Naszym celem jest natomiast dokonanie oceny ich możliwych konsekwencji z punktu widzenia uznanych norm moralnych.

Wskazane cztery zasady etyki medycznej nie mają charakteru absolutnego, a więc jesteśmy moralnie zobowiązani do ich przestrzegania, o ile nie popadają w konflikt z zasadami o wyższej albo tej samej mocy. Gdy konflikt taki zachodzi między zasadami o równej mocy, znajdujemy się w sytuacji dylematu moralnego – nie mamy jasnej i jednoznacznej wskazówki, jak postąpić, i musimy zdać się na głos własnego sumienia. W odniesieniu do realizacji projektów transhumanistycznych należy poczynić dwie konstatacje. Po pierwsze, jeżeli realizacja danego projektu nie narusza danej zasady, nie wynika z tego, że jest moralnie dopuszczalna; w takiej sytuacji powinniśmy dokonać oceny moralnej owego projektu z punktu widzenia stosownej normy moralnej o charakterze absolutnym. Po drugie, jeżeli realizacja projektu narusza zasadę, wówczas albo może być ona moralnie dopuszczalna z racji uznania jakiejś zasady wyższej, albo nie może być ona moralnie dopuszczalna, ponieważ pozostaje w sprzeczności z jakąś absolutną normą moralną.

W poniższych wywodach nie będziemy dokonywać oceny transhumanistycznych projektów ulepszania człowieka na gruncie określonych norm moralnych. Poprzestaniemy jedynie na wskazaniu, czy i na ile poszczególne cztery podstawowe zasady etyki medycznej są przez dany projekt naruszane, jakie są możliwe konsekwencje moralne tego naruszenia, oraz na rozważeniu, na ile prawdopodobna jest zmiana naszego dotychczasowego stanowiska etycznego z uwagi na spodziewane korzyści.

Etyka leczenia człowieka

Wskazane cztery zasady podstawowe etyki medycznej nie tworzą hierarchii, mogą też ze sobą kolidować; zachodzenie takich kolizji rodzi dylematy moralne, czyli sytuacje, gdy nie potrafimy rozstrzygnąć, której z kolidujących ze sobą zasad powinniśmy przyznać pierwszeństwo na gruncie wyznawanych przez nas wartości. Najmocniej zakorzeniona w moralności potocznej zdaje się zasada autonomii i obecnie w przestrzeni działań medycznych nie ma przyzwolenia na jej świadome i celowe łamanie, a jedynie dopuszczalne są konkretne wyjątki z uwagi na

stan pacjenta. Dlatego rozpoczniemy nasze rozważania od tej właśnie zasady, następnie opiszemy łącznie dwie kolejne, ponieważ dopełniają się wzajemnie i często są utożsamiane, odrębnie zaś omówimy zasadę czwartą. W skrótowym przedstawieniu zasad ukażemy te aspekty, które mają najistotniejsze znaczenie dla możliwych zmian etyki medycznej w perspektywie transhumanistycznej.

Poszanowanie autonomii pacjenta

Autonomia człowieka jest konsekwencją jego rozumnej natury i związanej z tym przyrodzonej godności osoby ludzkiej, a realizuje się w możliwości swobodnego dokonywania wyborów zgodnie z osobistymi dążeniami, oczekiwaniami czy planami. Autonomię można więc uważać za jedno z podstawowych praw człowieka, a tym samym jej pogwałcenie poprzez narzucenie jednostce (za pomocą siły, wprowadzenia w błąd, kłamliwej perswazji itp.) jakiejś decyzji czy określonego postępowania należy uznać za nieetyczne. W praktyce lekarskiej poszanowanie autonomii osoby polega na tym, że wszelkie działania terapeutyczne mogą być podjęte wyłącznie po udzieleniu przez pacjenta świadomej zgody.

Z punktu widzenia niniejszych rozważań istotne znaczenie ma kwestia, w jakim stopniu możliwe jest respektowanie zasady autonomii pacjenta. Zagadnienie to ma dwa aspekty. Po pierwsze, stan pacjenta często uniemożliwia uzyskanie od niego świadomej zgody na podjęcie określonych działań. Po drugie, nawet sam pacjent zazwyczaj nie jest kompetentny, aby ocenić, czy proponowany tok leczenia jest właściwy, a więc zdaje się na decyzje lekarza, czyli rezygnuje w jakimś stopniu z przysługującej mu autonomii⁵. Pierwszy problem skłonni jesteśmy widzieć raczej jako niekontrowersyjny – uznajemy za oczywiste, że w sytuacji zagrożenia życia pacjenta lekarz podejmuje stosowne decyzje i działania samodzielnie, skoro nie jest możliwe uzyskanie zgody; chcemy, aby lekarz działał natychmiast, jeśli sami znajdziemy się w takiej sytuacji, a lekarz zakłada, że taka jest nasza wola. Natomiast drugi problem rodzi wątpliwości i kontrowersje, co wyrazić można, pytając, na ile lekarz może i powinien przyjmować wobec pacjenta postawę paternalistyczną, jak też w jakim stopniu pacjent może i powinien rezygnować ze swej autonomii, zdając się na lekarza na różnych etapach terapii.

Postawa paternalistyczna w medycynie wyrasta zarówno z potrzeb psychicznych pacjenta, jak i z potrzeb psychicznych lekarza. Pacjent

5 Szersze omówienie zob. Maria Nowacka, *Autonomia pacjenta jako problem moralny* (Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 2005).

całkowicie podporządkowuje się decyzjom lekarza wtedy, gdy ma świadomość, iż nie potrafiłby racjonalnie uzasadnić swej odmowy, ale także wtedy, gdy natężenie strachu przed chorobą uniemożliwia podjęcie racjonalnej decyzji. Pacjent zachowuje więc swoją autonomię, jeśli jest zdolny dokonać trzeźwego osądu i racjonalnie ocenia, że może i powinien zaufać wiedzy lekarza. Lekarz natomiast na gruncie swojej wiedzy żywi przekonanie, że określone działania terapeutyczne są jedynie właściwe, a więc skłonny jest przymusić do ich zaakceptowania pacjenta, uznając, że jego odmowa jest nieracjonalna. Dopuszczalne prawnie przypadki zmuszania jednostki do poddania się określonym działaniom medycznym są nieliczne, a uzasadnia się je tym, że nie chcąc się do nich stosować, jednostka świadomie bądź nieświadomie szkodzi sobie lub innym jednostkom; jako przykład można podać leczenie niektórych chorób psychicznych, przymusowość pewnych szczepień, izolację i kwarantannę w przypadku niektórych chorób zakaźnych. Zazwyczaj przypadki naruszania autonomii pacjenta mają charakter perswazyjnej manipulacji ze strony lekarza lub instytucji opieki zdrowotnej.

Zakaz szkodenia a nakaz czynienia dobra

Zasada nieszkodzenia wyraża moralny zakaz podejmowania jakichkolwiek działań z intencją wyrządzenia krzywdy lub spowodowania szkody drugiemu człowiekowi. W przestrzeni działań medycznych jest ona rozumiana jako nie tylko zakaz świadomego i celowego działania na szkodę pacjenta, co zapewne dla każdego jest, a przynajmniej powinno być, oczywiste, ale także i przede wszystkim jako nakaz porównywania przewidywanych skutków korzystnych planowanej terapii z przewidywanymi skutkami niekorzystnymi oraz podejmowania działania jedynie w przekonaniu, że skutki pozytywne zdecydowanie przeważają nad negatywnymi⁶. Ten drugi aspekt zasady nieszkodzenia jest jednak z natury swej niejednoznaczny, ponieważ ocena, czy dany skutek jest, a jeśli tak, to w jakim stopniu, korzystny dla pacjenta, ma w jakiejś mierze charakter subiektywny. Ostateczna ocena należy, zgodnie z zasadą autonomii, do pacjenta; jednak może być ona sprzeczna z opartą na wiedzy medycznej oceną lekarza.

Należy zauważyć, że porównywanie przewidywanych skutków korzystnych interwencji medycznej z przewidywanymi skutkami negatywnymi i uznanie, że skutki korzystne przeważają, jest w istocie uznaniem,

6 Zob. David DeGrazia, Joseph Millum, *A Theory of Bioethics* (Cambridge: Cambridge University Press, 2021), 58–96.

że podejmując dane działanie, lekarz działał będzie dla dobra pacjenta; tym samym więc zasada nieszkodzenia jawi się jako aspekt (czy druga strona) zasady dobroczynności⁷. Zasada dobroczynności jest jednak przeciwnie nakierowana, tzn. nakazuje podjęcie pozytywnych działań zmierzających do udzielenia pomocy (wyświadczenia dobra), podczas gdy zasada nieszkodzenia nakazuje powstrzymanie się od działań przynoszących szkodę, czyli ma charakter negatywny. Stosowanie się do zasady dobroczynności może jednak również generować konflikty między oceną lekarza, co jest dobre dla pacjenta, a oceną pacjenta, co jest dobre dla niego. Ponadto mogą powstawać sytuacje konfliktowe, kiedy lekarz musi dokonywać wyboru, wobec którego z pacjentów powinien podjąć dane działanie, skoro nie może w tym samym czasie podjąć go wobec wszystkich; wskazuje to na swoiste przeciwieństwo zasad nieszkodzenia i dobroczynności⁸.

Zasada sprawiedliwości

Sprawiedliwość tradycyjnie rozumiana jest jako dawanie każdemu tego, co mu się należy; sformułowanie takie pochodzi od rzymskiego prawnika Ulpiana. To bardzo ogólne i dopuszczające wielość interpretacji rozumienie musi być na gruncie działań medycznych doprecyzowane i dookreślone, co czyni się przez wskazanie, że wszystkich pacjentów należy traktować równo, tzn. nie można nikogo ani dyskryminować, ani uprzywilejowywać ze względu na jego pochodzenie, stan społeczny, poglądy, religię itp. Równe traktowanie powinno być realizowane w relacjach personelu medycznego z pacjentem i w sferze dostępu do opieki medycznej oraz do środków leczniczych. Istotne jest, że zasada sprawiedliwości w medycynie ma dwa wymiary: indywidualny i społeczny. W wymiarze indywidualnym odnosi się do jednostkowych relacji między personelem medycznym a pacjentem, natomiast w wymiarze społecznym dotyczy organizacji opieki medycznej w skali całego kraju.

Przestrzeganie zasady sprawiedliwości w opiece zdrowotnej nie jest sprawą łatwą i często napotyka przeszkody biorące się z naturalnych uwarunkowań konkretnych ludzi, błędnych rozwiązań organizacyjnych, braku środków leczniczych, zbyt niskich nakładów finansowych itp.; często

7 Zob. Raanan Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. Anna Alichniewicz i Anna Szczęśna (Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1997), 87–96 i 178–180.

8 Jest to naturalną konsekwencją faktu, że nie jest możliwe podjęcie pozytywnego działania wobec wszystkich ludzi. „Możemy powstrzymać się przed wyrządzeniem krzywdy wszystkim ludziom, ale nie możemy wszystkim wyświadczać dobra” (Beauchamp, Childress, *Zasady etyki medycznej*, 275).

powodują one powstawanie dylematów moralnych⁹. Należy także mieć na uwadze, że w sferze opieki medycznej nie jest możliwe przyjęcie jednej koncepcji sprawiedliwości w odniesieniu do problemu rozdziału środków opieki medycznej. W poszczególnych krajach i w różnych środowiskach medycznych przyjmuje się jedną z czterech koncepcji sprawiedliwości¹⁰. Według koncepcji libertariańskiej dystrybucja środków powinna dokonywać się według zasad rynkowych, czyli indywidualna możliwość zależy od możliwości finansowych, przy zapewnieniu w ograniczonym zakresie darmowej opieki osobom pozbawionym środków do życia. Zgodnie z koncepcją utylitarną dystrybucja środków powinna następować według zasady maksymalnej korzyści dla wszystkich. Zgodnie z koncepcją egalitarną dystrybucja środków powinna być realizowana ściśle według potrzeby. Według koncepcji restoratywnej dystrybucja środków powinna następować tak, aby była korzystna dla tych, którzy z powodu różnych zaszłości historycznych i społecznych są w niekorzystnej sytuacji. W większości krajów koncepcja libertariańska nie jest obecnie (przynajmniej w teorii) akceptowana; nie ma jednak zgody co do tego, która z pozostałych powinna zostać uznana za najwłaściwszą.

Oparcie etyki medycznej na określonych zasadach moralnych świadczy o tym, że jest to etyka deontologiczna. Przyjmuje się, że w procesie leczenia lekarz powinien kierować się tymi zasadami, ponieważ są one pochodne od pewnych podstawowych norm moralnych, co do których obowiązywania istnieje powszechna zgoda. Ponieważ stosowanie tych zasad może rodzić dylematy moralne, w sytuacjach takich może zachodzić konieczność oceny działań ze względu na ich skutki, czyli odwołanie się do etyki konsekwencjalistycznej. Jednak co do swej istoty etyka leczenia jest etyką powinności.

Etyka ulepszania człowieka

Transhumanizm można określić jako szeroko zakrojony projekt permanentnego ulepszania człowieka w celu doprowadzenia go do stanu postczłowieczeństwa¹¹. Nowy człowiek ma być doskonalszy od obecne-

9 Zob. Beata Szymańska, „Zasada sprawiedliwości a dostęp do opieki zdrowotnej”, *Prawo i Społeczeństwo* 12 (1) (2012): 159–178. Podstawą rozważań autorki jest koncepcja sprawiedliwości Johna Rawlsa.

10 Zob. John R. Willams, *Podręcznik etyki lekarskiej*, tłum. M. Szewczyński (World Medical Association, 2005), 55–59, <https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/> (dostęp: 25.02.2022).

11 Charakteryzując transhumanizm, korzystamy z dwu opracowań: Jerzy Kopania, „Kartezjanizm transhumanistyczny”, w: *Ulepszanie poznawcze człowieka. Perspektywa*

go człowieka w stopniu dla nas niewyobrażalnym – wszystko to, czym dysponuje obecnie, ma zostać wzmocnione i udoskonalone, nadto zaś ma on być wyposażony w nowe możliwości percepcyjne, rozumowe i psychiczne. W dalszej perspektywie postczłowiek ma się stać transcztłowiekiem, czyli bytem uwolnionym od ograniczeń biologicznych, umysłem przelany w sieć, co zapewni mu nieograniczone co do długości istnienie, może nawet nieśmiertelność. Jako że tak ulepszany i przemieniany człowiek będzie mógł żyć jedynie w stale przystosowywanym do jego potrzeb środowisku, to można powiedzieć, że transhumanizm jest zarazem projektem przekształcania i przemieniania świata¹². Metod i narzędzi, dzięki którym możliwe będzie stałe ulepszające modyfikowanie świata i człowieka, dostarczać ma ciągły rozwój nauki i techniki. A dokonywać ma się ten proces na dwu drogach: cyborgizacji i modyfikacji genetycznych.

Rozwój cyborgizacji zaszedł bardzo daleko i nie chodzi już tylko o zastępowanie lub wzmocnianie narządów człowieka urządzeniami mechanicznymi. Tworzone są coraz doskonalsze hybrydowe połączenia ludzi i maszyn neuroimplantami łączącymi mózg z urządzeniami mechanicznymi, dzięki czemu możliwe staje się sterowanie nimi za pomocą sygnałów myślowych. Co więcej, rozwój zastosowań nanotechnologii¹³ w medycynie umożliwić ma wprowadzanie w coraz większym zakresie nanostruktur do struktury organizmu, tak aby stawały się one jego częścią i oddziaływały na jego tkanki. Celem takich działań jest całościowe monitorowanie organizmu umożliwiające natychmiastowe reagowanie na wszelkie odstępstwa od normy, a także rozwój nanomedycyny

filozoficzna, red. Piotr Duchliński, Grzegorz Hołub (Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, 2021), 185–218; Jerzy Kopania, „Transhumanizm jako magia racjonalna”, w: *Bezpieczeństwo personalne a bezpieczeństwo strukturalne*, t. XI: *Instrumentarium wojny kulturowej*, red. Teresa Grabińska, Piotr Szczepański (Wrocław: Wydawnictwo Akademii Wojsk Lądowych, 2021), 139–167.

- 12 Ray Kurzweil, jeden z głównych przedstawicieli transhumanizmu, przewiduje, że nowy, niebiologiczny gatunek ludzki związany będzie z całym wszechświatem, analogicznie jak obecnie nasz umysł związany jest z naszym ciałem. „Ostatecznie cały wszechświat nasyci się naszą inteligencją. Taka będzie jego przyszłość. To my będziemy określać własny los, który raczej nie będzie zdeterminowany przez obecne ‘bezrozumne’, proste, maszynowe siły, które rządzą mechaniką nieba” (Ray Kurzweil, *Nadchodzi Osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*, tłum. E. Chodkowska i A. Nowosielska (Warszawa: Kurhaus, 2013), 41.
- 13 Przez nanotechnologię rozumie się tworzenie obiektów o rozmiarach od 1 do 100 nanometrów; nanometr to jedna milionowa milimetra. Perspektywy rozwoju nanotechnologii omawia Ed Regis, *Nanotechnologia, narodziny nowej nauki, czyli świat cząsteczka po cząsteczce*, tłum. M. Prywata (Warszawa: Prószyński i S-ka, 2001).

regeneracyjnej tworzącej mechanizmy samoodtworzenia organicznych struktur tkankowych.

Z cyborgizacją nanotechnologiczną łączy się wielkie nadzieje na wydłużenie ludzkiego życia i uczynienie go zdrowszym. Niewątpliwie w jakiejś mierze są to nadzieje zasadne. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że im bardziej posuniemy się skutecznie na tej drodze, w tym większym stopniu człowiek stawał się będzie hybrydą struktur organicznych i struktur sztucznych, a zapewne też struktury sztuczne, będące wytworami techniki, w coraz większym zakresie zastępować będą struktury organiczne. Transhumaniści przewidują taki właśnie rozwój cyborgizacji, popierają go z uwagi na zakładane korzyści i sądzą, że właśnie z tej racji akceptować będziemy stopniowe stawanie się cyborgami.

Szczególne nadzieje wiążą transhumaniści z rozwojem genetyki i biotechnologii. Coraz więcej wiemy o mechanizmach genetycznych, w szczególności o ekspresji genów¹⁴, a zatem coraz lepiej rozumiemy relacje między wrodzonymi treściami materiału genetycznego a oddziaływaniami zewnętrznymi, jak też potrafimy już w jakimś stopniu dokonywać modyfikacji genów. Można przewidywać, że z czasem udoskonalone zostaną metody biotechnicznego wpływania na ekspresję genów i metody inżynierii genetycznej, czyli metody wprowadzania pożądaných zmian do genomów i eliminowania genów szkodliwych. Transhumaniści są przekonani, że w niedalekiej przyszłości dzięki rozwojowi biotechnologii zapoczątkujemy proces genetycznego ulepszania człowieka.

Ulepszanie genetyczne człowieka dokonywać się ma we wszystkich trzech aspektach jego bytowości: cielesnym, psychicznym i umysłowym¹⁵. Przez ulepszanie ludzkiego ciała transhumaniści rozumieją nie tylko wzmacnianie sił fizycznych i zdrowotności, co skutkować ma życiem zdrowszym i dłuższym, ale także dodawanie właściwości, którymi obecnie człowiek nie dysponuje, w szczególności wzmacnianie zmysłów i dodawanie nowych możliwości zmysłowych. Genetyczne ulepszanie psychiki człowieka polegać ma na wzmacnianiu pozytywnych uczuć i emocji, a przytłumianiu lub eliminowaniu negatywnych. Proces genetycznego ulepszania umysłu dotyczyć ma pamięci, wyobraźni, zdolności poznawczych i sprawności myślenia. Transhumaniści zakładają, że

14 Zob. George Orphanides, Danny Reinberg, „A Unified Theory of Gene Expression”, *Cell* 108 (4) (2002): 439–451. Chodzi o to, że wprawdzie wszyscy mamy ten sam materiał genetyczny, a mimo to każda jednostka jest inna, ponieważ w naszych komórkach dokonuje się na różnych etapach różna ekspresja genów.

15 Zob. Nick Bostrom, „Why I Want to Be a Posthuman When I Grow Up”, w: *Medical Enhancement and Posthumanity*, red. Bert Gordijn, Ruth Chadwick (Dordrecht: Springer, 2008), 107–137.

zmiany genetyczne wprowadzane będą już na etapie życia płodowego, ponieważ umożliwi to ich dziedziczenie; realizowanie tych planów będzie więc powoływaniem do życia kolejnych pokoleń ulepszonych w porównaniu z pokoleniami poprzednimi.

Etyka medyczna wobec projektów transhumanistycznych

Gdyby rozpoczęto realizowanie projektów transhumanistycznych, zapewne nie prowadziłoby to do odrzucenia żadnej z uznawanych przez nas zasad etyki medycznej – należy raczej zakładać, że zaczęto by tak je interpretować, aby podejmowane działania nadal pozostawały z nimi w zgodzie, lub też zaczęto by argumentować, że dane działanie stanowi uzasadniony wyjątek. Wolno domniemywać, że proces taki rozwijałby się analogicznie jak obecne procesy swoistego dostosowywania zasad etyki medycznej do nowej wiedzy medycznej i nowych możliwości terapeutycznych. Na przykład zasadę autonomii interpretuje się tak, aby możliwe było niestosowanie jej wobec określonej kategorii osób, jak też uzasadnia się jej złamanie w określonych sytuacjach. Jak wskazano powyżej, projekty transhumanistyczne mieszczą się w sferach cyborgizacji i manipulacji genetycznych; należy więc przedyskutować konsekwencje etyczne ewentualnych realizacji projektów z jednej i drugiej sfery oddzielnie w odniesieniu do projektów ulepszania człowieka na etapie życia dojrzałego (samoświadomego) i w odniesieniu do etapu życia nie-autonomicznego, w szczególności życia płodowego.

Etyka cyborgizacji

Nie wydaje się, aby proces wprowadzania do organizmu człowieka elementów sztucznych (nieorganicznych) powodował opory moralne. Raczej należy domniemywać, że kolejne możliwości wzmacniania sił organizmu poprzez wszczepianie różnego rodzaju protez i poprzez wprowadzanie nanocząstek zostaną uznane za pożądane, jeśli tylko zwiększać będą dobrostan jednostki. Z pełnym poczuciem oczywistości akceptujemy przecież wprowadzanie do organizmu struktur sztucznych, na przykład protez stawu biodrowego czy rozruszników serca, więc będziemy akceptować kolejne możliwości, łącznie ze zwiększaniem udziału nanorobotów w ludzkim ciele. W sferze działań medycznych w coraz większym stopniu zaczynamy traktować nasze ciało jako obiekt względem nas zewnętrzny, który możemy dowolnie modyfikować i uzupełniać. W decydujący sposób przyczynił się do tego rozwój chirurgii transplantacyjnej.

Skuteczność w ratowaniu życia drogą przeszczepów sprawia, że obecnie powszechnie akceptujemy zastępowanie „zużytych” części organizmu częściami pobranymi z innego organizmu, także organizmu zwierzęcego; tym bardziej więc akceptować będziemy obecność w naszym ciele coraz większej ilości części nieorganicznych.

Na tej podstawie możemy domniemywać, że rozwój procesu cyborgizacji zrazu nie będzie powodował żadnych zmian w rozumieniu podstawowych czterech zasad etyki medycznej. Nie tylko wprowadzanie w życie kolejnych możliwości terapeutycznych, ale nawet realizowanie planów ulepszania organizmu przez zastępowanie elementów organicznych nieorganicznymi lub wprowadzanie nanorobotów nie będzie wymagało zmiany rozumienia zasady poszanowania autonomii pacjenta, zakazu działania na jego szkodę, nakazu czynienia dobra i przestrzegania zasady sprawiedliwości. Wszystkie problemy, jakie powstają w konkretnych sytuacjach, gdy chcemy te zasady stosować, pozostaną w swej istocie takie same. Jednak można także przewidywać, że od pewnego momentu rozwoju i doskonalenia procesu cyborgizacji musiałyby zacząć zmieniać się – choć początkowo nie byłoby to powszechnie zauważalne – rozumienie podstawowych zasad medycznych. Inaczej mówiąc, człowiek od pewnego poziomu swej cyborgizacji musi inaczej rozumieć świat i samego siebie, jak też inne muszą stać się relacje międzyludzkie. Grunt pod tę zmianę jest przygotowywany już obecnie, choć jeszcze nie w pełni jesteśmy tego świadomi.

Wiadomo, jak duży nacisk kładzie się obecnie na profilaktykę zdrowotną; całkiem zasadnie argumentuje się, że lepiej jest zapobiegać powstawaniu chorób niż leczyć chorych. Zgadza się z tą oczywistą tezą, należy jednak mieć na uwadze, że warunkiem koniecznym skutecznego zapobiegania jest posiadanie jak najwcześniej i w jak największej ilości informacji o aktualnym stanie organizmu i przewidywanym stanie przyszłym. Musimy zatem jak najskuteczniej i jak najbardziej wszechstronnie monitorować na bieżąco procesy zachodzące w organizmie. Taki monitoring staje się obecnie coraz powszechniejszy – mierzymy ciśnienie tętnicze, poziom cholesterolu, wykonujemy różne badania kontrolne wątroby, tarczycy, kobiety wykonują badania piersi, a mężczyźni badania prostaty, nabieramy nawyku zaglądania do smartfonu, aby sprawdzić, ile kroków zrobiliśmy w ciągu dnia. To oczywiście tylko przykłady, a rozwój techniki medycznej i analitycznej daje nam coraz większe możliwości w tym zakresie i coraz chętniej z nich korzystamy. Niewątpliwie rozwój nanorobotyki zwiększał będzie możliwości ciągłego monitorowania organizmu.

Lekarz i futurolog medyczny Bertalan Mesko w książce *My Health: Upgraded* dzieli się przewidywaniami, jak innowacyjne biotechnologie zmieniać będą opiekę zdrowotną¹⁶. W szczególności dowodzi – na podstawie rozmów z pacjentami i lekarzami, a także na własnym przykładzie – że już obecnie przygotowujemy się mentalnie i psychicznie do coraz pełniejszego akceptowania ciągłej kontroli stanu organizmu. Jego zdaniem przyszła opieka zdrowotna kształtowana będzie przez cyfrową technologię zdrowotną, a my już dziś jesteśmy na to gotowi. Na własnym przykładzie ukazuje, jak dzięki codziennemu monitoringowi tak zmienia swoje nawyki i zachowania, by powiększało to jego dobrostan fizyczny i psychiczny. W jednym z wywiadów, polecając swoją książkę, mówi, jak dalece sam stosuje się do podawanych przez siebie zaleceń, i wyjaśnia, dlaczego to czyni.

Najpierw musimy dowiedzieć się, co jest nie tak z naszym zdrowiem, z radzeniem sobie z chorobami, ze stylem życia. Kiedy byłem nastolatkiem, miałem dość huśtawek nastroju, na które cierpi każdy nastolatek. Jednego dnia możesz szczęśliwie skupić się na tym, co ważne, innego jesteś przygnębiony bez powodu. Jako dość racjonalna osoba postanowiłem to zmienić. Ale do tego potrzebowałem danych. Zacząłem przypisywać punktację od jednego do dziesięciu do mojego codziennego stanu emocjonalnego, fizycznego i psychicznego, aby śledzić zmiany w czasie. Pomyślałem, że to może zmniejszyć moje wahania nastroju. Zadziałało. I wciąż codziennie zapisuję swoje oceny. Od 21 lipca 1997 r. nie opuściłem ani jednego dnia. Na początku używałem prostych notatek. Teraz zapisuję swoje dane w dokumencie Google. Zajmuje mi to kilka sekund dziennie. W ten sposób mogę dostosować swój styl życia za każdym razem, gdy zauważę jakąś tendencję lub spadek na wykresie mojego życia. Odkryłem, że mój wynik fizyczny jest ogólnie stabilny i wysoki (czyli dobry) w dni powszednie, mój wynik psychiczny spada w ciągu weekendu, a mój wynik emocjonalny jest najwyższy w piątek i w sobotę. Ponadto odkryłem silną korelację między większą ilością ćwiczeń a sprawnością umysłową – teraz ćwiczę codziennie, aby móc się skoncentrować. Taka prosta rzecz doprowadziła do poważnych konsekwencji. Dane pomogły mi zdecydować, co dodać lub usunąć z mojego rutynowego stylu życia. Pomogły mi żyć inaczej i znaleźć równowagę, której szuka tak wiele osób. Dopiero gdy wiesz, co poprawić, powinieneś zacząć szukać odpowiedniej technologii, która pomoże mierzyć wyniki¹⁷.

16 Zob. Bertalan Mesko, *My Health: Upgraded. Revolutionary Technologies to Bring a Healthier Future* (Webicina Kft., 2015).

17 Bertalan Mesko [interview], *A Medical Futurist Discusses Health and Transhumanism*, www.psychologytoday.com/us/blog/the-transhumanist-philosopher/201511/

Zauważmy, że zgodnie z powyższą wypowiedzią nie tylko rozwój biotechnologii ma zmieniać i kształtować nasze nawyki i zachowania, lecz także my sami powinniśmy niejako ten rozwój wyprzedzać, rozszerzać swoje nawyki i działania prozdrowotne, a w konsekwencji stymulować tworzenie kolejnych środków biotechnologicznych umożliwiających lepszą kontrolę stanu organizmu. Autor wypowiedzi podaje przykłady takich narzędzi, z których znaczna część to środki zwiększające cyborgizację człowieka. Niewątpliwie świadczą to o naszej gotowości do akceptowania procesu jej zwiększania, ale rodzi też pytanie, czy od pewnego poziomu cyborgizacji ilość docierających do nas danych o stanie organizmu nie spowoduje zmian w rozumieniu, co jest, a co nie jest moralne w sferze działań wzmacniających i ulepszających za pomocą cyborgizacji nasz organizm. Gdy celem cyborgizacji jest zwalczanie choroby, korygowanie wad cielesnych lub zastępowanie niesprawnych organów, nie ma powodów, aby w odniesieniu do tego rodzaju działań inaczej rozumieć sens podstawowych zasad etyki medycznej. Konieczność zmiany ich sensu musi jednak pojawić się w momencie, gdy celem cyborgizacji stanie się coraz pełniejsze permanentne monitorowanie stanu organizmu za pomocą nanorobotów.

Przede wszystkim pojawia się pytanie, w jakim stopniu człowiek-cyborg, do którego na bieżąco docierają informacje o aktualnym stanie jego organizmu, pozostawał będzie nadal osobą autonomiczną. Medyczna zasada autonomii niewątpliwie odnosić się będzie do niego w sytuacjach wyrażania (albo niewyrażania) zgody na dokonanie kolejnych ingerencji w jego organizm, tj. wymiany lub wprowadzenia nowych elementów organicznych lub nieorganicznych w celu „ulepszenia” go. Jednak w sytuacjach, gdy dostarczane informacje wskazują na konieczność dokonania określonych działań leczniczych farmakologicznych lub chirurgicznych (w tym także terapeutycznego wszczepienia nowych elementów nieorganicznych), człowiek-cyborg będzie skłonny z góry akceptować działania zalecane przez odpowiednie algorytmy terapeutyczne, ponieważ z jednej strony coraz trudniej będzie mu zrozumieć to, co się dzieje w jego organizmie, w którym pewne działania naprawcze będą dokonywane automatycznie przez nanoroboty, z drugiej strony zaś coraz większą ufność będzie pokładał w ustaleniach dokonywanych przez lekarzy wspomaganych przez sztuczną inteligencję. Można zatem przewidywać, że im większa liczba nanorobotów w organizmie,

medical-futurist-discusses-health-and-transhumanism (dostęp: 15.03.2022). Wywiad przeprowadził w listopadzie 2015 r. Zoltan Istvan, dziennikarz, futurysta i transhumanista, autor powieści science fiction *The Transhumanist Wager*.

tym większy stopień paternalizmu medycznego. A ujmując tę kwestię w innym aspekcie, możemy powiedzieć, że zasada autonomii osoby ludzkiej będzie w tym mniejszym stopniu stosowana w przestrzeni działań medycznych, w im większym stopniu i zakresie organizm człowieka poddawany będzie stałemu monitoringowi zdrowotnemu. Być może byt ludzki otrzymujący pełną informację bieżącą o stanie swego organizmu nie byłby bytem autonomicznym w sferze działań medycznych.

Zmniejszanie się sfery podejmowania decyzji autonomicznych musi modyfikować rozumienie pozostałych zasad etyki medycznej. Jeśli chodzi o zasadę nieszkodzenia i zasadę czynienia dobra, to w odróżnieniu od medycznej zasady autonomii, realizującej się w rezultacie wolnej decyzji osoby poddawanej działaniom terapeutycznym, te dwie zasady realizowane są przez wykonawców działań terapeutycznych. Oczywiście jest, że im mniejsza stawać się będzie sfera autonomicznych decyzji osoby poddawanej takim działaniom, w tym większym stopniu ich wykonawcy sami decydować będą, czy i na ile szkodzić one mogą pacjentowi, jak też w jakim stopniu zwiększają one jego dobrostan. W tym aspekcie będzie więc zachodził proces zmiany rozumienia nie samych tych zasad, lecz zmiany rozumienia tego, co jest dobre i wskazane dla pacjenta. Można domniemywać, że w sferze działań medycznych za dobro uznawane będzie wszystko, co zwiększa dobrostan fizyczny i psychiczny człowieka, a ocena, czy dane działanie ten dobrostan zwiększa, należeć będzie w coraz mniejszym stopniu do potencjalnego pacjenta, a w coraz większym do specjalistów z dziedzin medycznych i biotechnologicznych.

Analogiczne przewidywanie odnieść można do medycznej zasady sprawiedliwości. W tym wypadku również wolno domniemywać, że sama zasada sprawiedliwości nie będzie inaczej pojmowana, lecz dojdą nowe problemy związane z rozstrzygnięciem, co jest sprawiedliwe w sytuacji niemożności zapewnienia równego dostępu do środków zwiększających skuteczność i zakres monitorowania organizmu. Dylemat polegałby na konieczności dokonania wyboru: czy w pierwszej kolejności dajemy tym, którzy mają mniej, czy tym, którzy już mają więcej. Za pierwszą opcją przemawiają racje raczej emocjonalne, ponieważ jesteśmy skłonni w pierwszej kolejności pomagać bardziej potrzebującym; za wyborem drugiej opcji mogą przemawiać względy racjonalne, mianowicie wnioskowanie, że rozszerzanie i wzmacnianie w pierwszej kolejności kontroli organizmu osób młodszych i zdrowszych zmniejsza konieczność dokonywania u nich zewnętrznych badań kontrolnych, zwiększając tym samym środki, które można przeznaczyć na profilaktykę i leczenie osób starszych i w gorszym stanie zdrowia. Oczywiście do tego rodzaju dywagacji należy podchodzić z dużą dozą ostrożności.

Etyka zmian genetycznych

Projekty ulepszania ludzi za pomocą metod bioinżynierii są w istocie projektami eugenicznymi. Określenie to jest obciążone silnie negatywnymi konotacjami z uwagi na fakt, że działania eugeniczne miały najpierw wyłącznie, a potem w przeważającej liczbie charakter negatywny, tzn. polegały na uniemożliwianiu rozmnażania się jednostkom uznanym za niepełnowartościowe lub w skrajnych przypadkach (np. w nazistowskich Niemczech) wręcz na pozbawianiu ich życia. Obecnie projekty eugeniczne mają charakter pozytywny, tzn. są próbami ulepszającego modyfikowania genetycznego, choć liczne są także głosy usprawiedliwiające aborcje eugeniczne. O ile eugenika negatywna jest zdecydowanie odrzucana, o tyle liczba zwolenników stosowania eugeniki pozytywnej zdaje się wzrastać. Podstawą ich argumentacji jest przekonanie, że nie da się zatrzymać rozwoju genetyki i biotechnologii, a zatem nie powinniśmy bezwarunkowo sprzeciwiać się strategiom ulepszania człowieka, lecz powinniśmy prowadzić w tym zakresie rozsądną politykę¹⁸.

Odnosząc omawiane zagadnienie wyłącznie do osób autonomicznych, czyli zdolnych do świadomego i wolnego podejmowania decyzji, zauważymy, że dokonywanie modyfikacji genetycznych ich organizmów nie spowoduje zmian w rozumieniu czterech podstawowych zasad etyki medycznej. Mamy do czynienia z sytuacją analogiczną jak w omówionym wyżej przypadku cyborgizacji polegającej na wprowadzaniu do organizmu elementów nieorganicznych. Problem polega jednak na tym, że technologie umożliwiające dokonywanie modyfikacji genomu człowieka autonomicznego nie są jeszcze dostępne. Wprawdzie dokonuje się już pewnych ingerencji w ludzki genom w celach terapeutycznych, jednak ani nie prowadzi to do naruszenia medycznej zasady autonomii pacjenta, ani nie skłania do jakiegoś nowego rozumienia pozostałych zasad. Nie wiemy jednak, i nie potrafimy przewidzieć, jak bardzo zmienić się może ich rozumienie przez ludzi poddanych daleko posuniętym ingerencjom

18 Wybitny filozof i etyk John Rawls (1921–2002) uważał, że jest to i nieuniknione, i moralnie wskazane. „Dążenie do roztropnej polityki w tej mierze jest czymś, co pokolenia wcześniejsze winne są następującym po nich, jest to więc kwestia powstająca pomiędzy generacjami. Z czasem więc społeczeństwo winno podjąć kroki, by przynajmniej zachować ogólny poziom naturalnych możliwości i zapobiec rozprzestrzenianiu się poważnych defektów. Środki te mają opierać się na zasadach, które strony zechciałyby zaakceptować dla dobra swych następców. (...) Możemy przypuszczać, że w dalszej perspektywie, jeśli istnieje jakaś górna granica ludzkich możliwości, osiągnęlibyśmy ostatecznie społeczeństwo o maksymalnej i równej wolności, którego członkowie cieszyliby się jak największymi równymi talentami” (John Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, tłum. M. Panufnik (Warszawa: PWN, 1994), 154.

genetycznym zmieniającym ich psychikę i umysłowość. Niewątpliwie rozumienie rzeczywistości i samych siebie przez ludzi ulepszonych genetycznie będzie inne niż nasze, jednak nie wiedząc, jak daleko zajdziemy na tej drodze, nie potrafimy zasadnie prognozować, jak dalece będzie ono inne; tym samym nie potrafimy też przewidywać, jak zmienił się będzie sens czterech podstawowych zasad medycznych.

Niewątpliwie będziemy podejmować próby i wykorzystywać pojawiające się możliwości poprawiania naszego materiału genetycznego. Znany i głośny futurolog z przekonaniem twierdzi, że w pogoni za zdrowiem i szczęściem ludzie permanentnie będą poddawać się modyfikacjom, aż w końcu przestaną być ludźmi w naszym rozumieniu tego słowa. Już rozpoczęliśmy na razie niezauważalne, ale coraz głębsze zmienianie naszego „ja”:

Na naszych oczach technologie genetyczne włączają się w nasze codzienne życie, a my nawiązujemy coraz bliższe związki ze swoim DNA. Wraz z tym procesem na głębszym poziomie może dokonywać się jeszcze większe rozmywanie się pojedynczego „ja”, a autentyczny wewnętrzny głos może zniknąć w tłumie hałaśliwych genów. Stając wobec trudnych dylematów i decyzji, mogą przestać szukać własnego wewnętrznego głosu, a zamiast niego radzić się wewnętrznego parlamentu genetycznego¹⁹.

Ten „wewnętrzny głos” to głos sumienia. Jeżeli w rezultacie działań bioinżynierii otrzymamy nowe, inne sumienie, to znaczy, że będziemy kierować się inną etyką i wyznawać inną hierarchię wartości. Tym samym zmieniają się zasady etyki medycznej, jednak nie mamy podstaw do przewidywania, na czym te zmiany będą polegać. Rodzi to poważne obawy, że kiedy dostrzeżemy, iż niezauważalne początkowo zmiany prowadzą nas w złym kierunku, może być za późno, aby zatrzymać procesy, które je wywołują. Tym bardziej ważny jest namysł nad możliwymi konsekwencjami przyszłych działań eugenicznych. Szczególnym terenem, na którym taki namysł może i powinien być dokonywany, są próby modyfikowania ludzkiego genomu na etapie życia płodowego.

Etyka ulepszeń dziedziczonych

Transhumaniści wiążą wielkie nadzieje z postęпами w dziedzinie modyfikacji genetycznych dokonywanych na etapie życia płodowego,

19 Yuval Noah Harari, *Homo deus. Krótka historia jutra*, tłum. M. Romanek (Kraków: Wydawnictwo Literackie, 2018), 421.

ponieważ wprowadzone zmiany byłyby dziedziczne, a zatem ludzie z kolejnych pokoleń byłiby „ulepszeni” w coraz większym stopniu. Ponieważ decyzję o poddaniu płodu modyfikacjom genetycznym z natury rzeczy podejmowałby ktoś niejako w imieniu przyszłej osoby dorosłej (autonomicznej), więc musiałoby to prowadzić do zmiany rozumienia medycznej zasady autonomii. Zasada ta w innym sensie rozumiana być musi w odniesieniu do osób autonomicznych, a w innym do osób, które dopiero staną się autonomiczne. W szczególności nie ma ona bezpośredniego zastosowania w przypadku osób na etapie życia płodowego – jest niejako scedowana na rodziców²⁰. Dotychczas wszelkich działań medycznych na osobach niecieszących się jeszcze pełną autonomią dokonywano w celach leczniczych, na podstawie zasadnego założenia, że będą one w przyszłości wdzięczne za wyleczenie. Celem ulepszających modyfikacji genetycznych nie jest jednak terapia.

Szybki rozwój genetyki i biotechnologii zapewne dawał będzie rodzicom niewyobrażalne obecnie możliwości kształtowania organizmu, psychiki i umysłowości mającego się narodzić dziecka. Natychmiast pojawia się pytanie, jak dalece rodzice mają prawo ingerować w genotyp dziecka. Powstaje dylemat: człowiek dorosły (autonomiczny) może oskarżać swych rodziców zarówno o to, że wyposażyli go we właściwości, których on teraz nie chce, jak i o to, że nie wyposażyli go we właściwości, które teraz chciałby posiadać. To oczywiście, że rodzice chcą wyposażyc swoje potomstwo w jak najwięcej umiejętności przydatnych w życiu dorosłym, marzą, by ich dzieci osiągnęły większy sukces życiowy niż oni, żywią nadzieję, że dziecku uda się zrealizować to, czego im się nie udało. Jak dotąd jedyną drogą, na której można starać się jak najlepiej ukształtować swoje potomstwo, są szeroko pojęte edukacja i wychowywanie, które jednak ani nie gwarantują sukcesu, ani nie mogą zastąpić brakujących uzdolnień i talentów. Jeśli pojawiać się zaczną możliwości kształtowania dziecka za pomocą inżynierii genetycznej, niewątpliwie większość rodziców będzie chciała z nich skorzystać. Problem, czym kierować się będą w doborze pożądanых cech i w jakim zakresie, stanowi odrębny temat, którego teraz nie podejmiemy, gdyż nie jest to konieczne dla rozważań nad możliwymi zmianami sensu podstawowych zasad medycznych. Należy natomiast wskazać ogólną zasadę, która stanowić będzie podstawę dokonywanych w przyszłości rozstrzygnięć.

20 Nie ma także bezpośredniego zastosowania w odniesieniu do noworodków, niemowląt, małych dzieci czy osób niepełnoletnich. Dla ułatwienia rozważań będziemy mówić jedynie o osobach na etapie życia płodowego, ponieważ pozostałe przypadki nie wnoszą nic istotnie nowego do kwestii zmian rozumienia podstawowych zasad medycznych.

Wolno przewidywać, że będzie nią tzw. zasada otwartej przyszłości²¹. Sformułował ją amerykański filozof prawa Joel Feinberg (1926–2004), wyróżniając cztery rodzaje praw przysługujących członkom rodziny: prawa odnoszące się i do dorosłych, i do dzieci, prawa odnoszące się tylko do dorosłych i starszych dzieci, prawa odnoszące się aktualnie tylko do dzieci oraz prawa odnoszące się do dzieci, ale nie aktualnie, lecz w przyszłości²². Ostatnie z nich Feinberg określił jako „prawa oparte na zaufaniu” (*rights in trust*); dysponuje nimi człowiek dorosły, ale dziecko nie jest jeszcze zdolne do korzystania z nich, a zatem powinny one być jakby zarezerwowane dla dziecka na przyszłość. Wynika z tego, że z jednej strony dorośli nie powinni czynić niczego, co mogłoby uniemożliwić dziecku dysponowanie w przyszłości którymś z tych praw, z drugiej strony zaś powinni czynić wszystko, co w przyszłości umożliwi dziecku dysponowanie nimi. W praktyce oznacza to zarówno nakazywanie dziecku pewnych zachowań czy działań uznanych za wskazane, jak i zabranianie innych, uznanych za szkodliwe. Jak twierdzi J. Feinberg, właśnie względem przyszłą autonomię dziecka, gdy będzie już osobą dorosłą, często wymaga niedopuszczenia, by wolno mu było dokonać wolnego wyboru teraz. Czasowe ograniczenie autonomii dziecka jest więc konieczne dla zapewnienia mu prawa do otwartej przyszłości.

Na obecnym etapie rozwoju genetyki i biotechnologii nie jest jeszcze możliwe dokonywanie głębszej modyfikacji płodu. Rozwój autonomii dziecka jest więc realizowany poprzez podejmowanie działań wychowawczych, które sprzyjać będą rozwojowi autonomii dziecka, i poprzez powstrzymywanie się od działań, które ograniczałyby przyszłe korzystanie z autonomii przysługującej człowiekowi dorosłemu. Jeśli jednak w przyszłości stanie się możliwe charakterologiczne i umysłowe determinowanie mającego się narodzić dziecka, to niewątpliwie z tej możliwości zaczniemy korzystać w coraz większym stopniu. Będzie to rodzić wiele wątpliwości i dylematów sprowadzających się w istocie do problemu, w jakim stopniu rodzice mają prawo kształtować osobowość swego dziecka, a jeśli nie jest to prawo nieograniczone, to kto powinien – i na jakiej podstawie – nakładać bądź zdejmować konkretne ograniczenia. Ta „otwarta przyszłość” nie jest przecież kategorią bezwzględną, lecz relatywną, a jej treść wyznaczana jest zarówno przez wyznawane wartości i obyczaje rodziców, jak przez społeczny kontekst kulturowy, a nadto

21 Zob. Maria Nowacka, „Etyczne podstawy prawa dziecka do otwartej przyszłości”, *Studia Redemptorystowskie* 16 (2018): 33–53.

22 Zob. Joel Feinberg, „The Child’s Right to an Open Future”, w: Joel Feinberg, *Freedom and Fulfilment. Philosophical Essays* (Princeton: Princeton University Press, 1992), 76–97.

czynniki te podlegają zmianom. Należy też mieć na uwadze, że nie możemy przewidzieć, jak będzie wyglądała przyszłość, w której przyjdzie żyć dziecku, gdy już wydorosłeje.

Nie jest możliwe podanie w miarę jednoznacznego rozwiązania tego rodzaju problemów. Możemy jedynie stwierdzić, że prawo dziecka do otwartej przyszłości powinno być rozumiane jako nakaz rodzicielskiego sumienia, ponieważ to ono nakazuje rodzicom troszczyć się o dziecko i czynić wszystko, co w ich rozumieniu i na miarę ich możliwości zwiększa jego szanse na jak najlepsze życie. Niestety sumienie nie wskazuje, jakie są właściwe sposoby i metody jak najlepszego wypełniania moralnego obowiązku zapewnienia dziecku prawa do otwartej przyszłości. Rodzice muszą posługiwać się swoim rozumem, zachowywać się rozsądnie i kierować mądrze swoimi emocjami. Nie jest to ani łatwe, ani niezawodne. Transhumaniści są świadomi tych trudności, ale nie mają wątpliwości, że jest naszym moralnym obowiązkiem korzystać ze zwiększających się możliwości działań eugenicznych²³. Ich zdaniem przyspieszający dynamicznie rozwój wiedzy i technologii powodował będzie coraz większe zagubienie człowieka w rzeczywistości, która go otacza. Dlatego będziemy musieli ulepszać genetycznie kolejne pokolenia, zapewniając im w ten sposób przystosowanie do nowej, ciągle zmieniającej się rzeczywistości. Można też przewidywać, że wraz z przyrostem wiedzy z zakresu genetyki i zwiększaniem się możliwości biotechnologii coraz więcej decyzji dotyczących kształtowania osobowości przyszłych pokoleń podejmowana będzie nie przez jednostki, lecz przez instytucje państwowe, decydujące, jakich modyfikacji genetycznych należy dokonywać w okresie płodowym, aby urodzone dziecko weszło w świat stojący przed nim otworem.

W ramach projektów transhumanistycznych prawo dziecka do otwartej przyszłości nabiera nowego sensu²⁴. Nie chodzi już tylko o takie wychowywanie i takie ulepszenie genetyczne dziecka, aby w jak

23 „Dążąc do tego, by mieć jak najlepiej przystosowane do życia dziecko (*the most advantaged child*), musimy wyrobić sobie rozsądne opinie w trudnych pytaniach o istotę dobrostanu i dobrego życia oraz o wagę, jaką powinniśmy przywiązywać do rozważań na temat perspektyw przyszłych dzieci, gdy wchodzi one w kolizję z innymi względami moralnymi. Niektórzy ludzie woleliby unikać takich pytań. Są to jednak pytania, których nie możemy unikać, jeśli mamy dokonywać właściwych wyborów prokreacyjnych” (Julian Savulescu, Guy Kahane, „The Moral Obligation to Create Children with the Best Chance of the Best Life”, *Bioethics* 23 (5) (2009): 278).

24 Zob. Maria Nowacka, „Transhumanistyczny sens prawa dziecka do otwartej przyszłości”, w: *Ulepszanie moralne człowieka. Perspektywa filozoficzna*, red. Piotr Duchliński, Grzegorz Hołub (Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, 2019), 93–119.

największym stopniu i jak najskuteczniej korzystało z możliwości, które otworzą się przed nim w dorosłym życiu – celem staje się takie ukształtowanie osobowości mającego się narodzić dziecka, aby w ogóle mogło ono funkcjonować w nowej rzeczywistości w sposób właściwy człowiekowi. A ponieważ dziecko niepoddane modyfikacjom genetycznym radziłoby sobie gorzej w dorosłym życiu, więc aby zapobiec powstawaniu drastycznych nierówności społecznych, prawo dziecka do otwartej przyszłości może zacząć być interpretowane jako wyrażające powszechny obowiązek dokonywania takich modyfikacji. Na gruncie współczesnej etyki medycznej przyjmuje się, że dziecko dysponuje właściwym dla swego wieku zakresem autonomii, a działania medyczne mają służyć do jej poszerzenia; obowiązuje więc zasada, że uprawnione są tylko takie formy paternalizmu wobec dziecka, które zwiększają jego autonomię²⁵. Proces modyfikacji genetycznych płodów w pewnym momencie musiałby znieść tak rozumianą medyczną zasadę autonomii w odniesieniu do dzieci – zostałaby ona zastąpiona jakąś zasadą administracyjnego przymusu zapewniania dziecku otwartej przyszłości.

Podsumowanie

Projekty i oczekiwania transhumanistów motywowane są powinnością podejmowania działań na rzecz zwiększania dobrostanu człowieka we wszystkich aspektach jego bytowości. Patrząc z tego punktu widzenia, można by uznać, że etyka transhumanizmu, czyli etyka ulepszania człowieka, jest etyką deontologiczną z nakazem czynienia dobra jako podstawową normą moralną. Jednak konkretne praktyczne działania, poprzez które ma być realizowane dane dobro, nie są oceniane na podstawie zgodności z przyjętą uprzednio normą moralną, lecz z uwagi na przewidywane konsekwencje. Transhumanista przyjmuje niejako aksjomatycznie, że każde zwiększenie dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, dokonane dzięki rozwojowi wiedzy i technologii, jest moralnie dobre, i przy tym założeniu ocenia, czy planowane działanie do tego się przyczyni. Przykładowo: ponieważ zwiększanie za pomocą manipulacji genetycznych mocy ludzkiego intelektu uznane zostało za pożądane, a nawet konieczne z uwagi na dynamikę rozwoju naukowego i technicznego, zatem należy w każdym przypadku ocenić, czy to oto konkretne działanie bioinżynierii podejmowane w tym celu przyniesie

25 Zob. Amy Mullin, „Children, Paternalism and the Development of Autonomy”, *Ethical Theory and Moral Practice* 17 (3) (2014): 413–426.

pożądane rezultaty. Etyka transhumanistyczna jest więc w istocie etyką konsekwencjalistyczną, a skoro postawa transhumanistyczna wyraża się w dążeniu do ulepszania człowieka, zatem każde zrealizowane „ulepszenie” jest uznane za zwiększenie sumy dobra w rezultacie polepszania dobrostanu człowieka. Tym samym etyka ulepszania człowieka jest etyką utylitarystyczną; gdy transhumanista mówi o czynieniu ludzi „lepszymi”, używa tego słowa zarazem w sensie prakseologicznym i etycznym²⁶.

Etyka medyczna, z istoty swej mająca charakter deontologiczny, w perspektywie transhumanistycznej staje się etyką utylitarystyczną – działanie „ulepszające” oceniane jest jako moralne, jeżeli zwiększa sumę dobra. Musi to w istotny sposób zmieniać rozumienie podstawowych zasad etyki medycznej. Powinniśmy jednak być świadomi, że zmiana ta będzie jedynie fragmentem zmiany szerszej i bardziej podstawowej, polegającej na zatarciu granicy między działaniami terapeutycznymi a działaniami „ulepszającymi” i nadaniu tym drugim wymiaru wręcz kosmicznego. Robert L. Sinsheimer (1920–2017), amerykański biofizyk i biolog molekularny, jeden z inicjatorów projektu poznania ludzkiego genomu²⁷, tak o tym pisał:

Być może w najbliższej przyszłości najważniejszą konsekwencją naszej nowej wiedzy o nas samych będzie nowe rozumienie władzy i odpowiedzialności – kluczowej roli – człowieka w tym wszechświecie. Kopernik i Darwin usunęli człowieka z jego chwalebego centralnego miejsca we wszechświecie, czyniąc go jedynie aktualnie szczytowym punktem zwierzęcej linii rozwojowej na nieznaczącej planecie. W zwierciadle naszej nowszej wiedzy możemy zacząć dostrzegać, że faktycznie jesteśmy czymś znacznie więcej niż tylko inną efemeryczną formą w łańcuchu ewolucji.

26 Jeden ze znanych transhumanistów wyraził to następująco: „Skoro (...) ulepszenia nie tylko są w oczywistym stopniu dla nas dobre, ale to dobro można uzyskać w bezpieczny sposób, to ludzie nie tylko powinni mieć prawo dostępu do tych dóbr dla siebie i dla tych, którymi się opiekują, ale też mają wyraźne powody moralne, być może sprowadzające się do obowiązku, aby to zrobić” (John Harris, *Enhancing Evolution. The Ethical Case for Making Better People* (Princeton and Oxford: Princeton University Press, 2007), 35).

27 14 kwietnia 2003 r. ogłoszono, że zakończono sekwencjonowanie 99% ludzkiego genomu z trafnością 99,99%; zob. *International Consortium Completes Human Genome Project*, https://web.archive.org/web/20060420000816/http://www.genoscope.cns.fr/externe/English/Actualites/Presse/HGP/HGP_press_release-140403.pdf (dostęp: 19.03.2022). W cytowanym dokumencie wyrażono następującą opinię: „Międzynarodowe osiągnięcie, polegające na przeprowadzeniu sekwencjonowaniu 3 bilionów liter DNA ludzkiego genomu jest przez wielu uważane za najbardziej ambitne przedsięwzięcie naukowe wszech czasów, porównywalne z rozszczepieniem atomu i lądowaniem na Księżycu”.

Jesteśmy raczej historyczną innowacją. Możemy być czynnikiem przejścia na zupełnie nowy poziom ewolucji. Jest to wydarzenie w skali kosmicznej²⁸.

Ogromne nadzieje związane z rozwojem biotechnologii, szczególnie w aspekcie zwiększania dobrostanu człowieka, osłabiać będą istniejące obawy przed nieprzewidywanymi a niepożądanymi konsekwencjami ingerencji w ludzki materiał genetyczny. Niewątpliwie zmieniać to będzie nasze postawy moralne i nasze rozumienie podstawowych zasad etyki medycznej. Nie potrafimy zasadnie przewidywać, jak daleko zajdziemy na drodze zmieniania naszej natury. Należy jednak mieć świadomość związanych z tym niebezpieczeństw i kierując się poczuciem odpowiedzialności, starać się powściągać nadmierny optymizm.

Bibliografia

Książki i monografie

- Beauchamp Tom L., Childress James F., *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacó-rzyński (Warszawa: Książka i Wiedza, 1996).
- DeGrazia David, Millum Joseph, *A Theory of Bioethics* (Cambridge: Cambridge University Press, 2021).
- Gillon Raanan, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz i A. Szczęsa (Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1997).
- Harari Yuval N., *Homo deus. Krótka historia jutra*, tłum. M. Romanek (Kraków: Wydawnictwo Literackie, 2018).
- Harris John, *Enhancing Evolution. The Ethical Case for Making Better People* (Princeton–Oxford: Princeton University Press, 2007).
- Kurzweil Ray, *Nadchodzi Osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*, tłum. E. Chodkowska i A. Nowosielska (Warszawa: Kurhaus, 2013).
- Mesko Bertalan, *My Health: Upgraded. Revolutionary Technologies to Bring a Healthier Future* (Webicina Kft., 2015).
- Nowacka Maria, *Autonomia pacjenta jako problem moralny* (Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, 2005).
- Rawls John, *Teoria sprawiedliwości*, tłum. M. Panufnik (Warszawa: PWN, 1994).
- Regis Ed, *Nanotechnologia, narodziny nowej nauki, czyli świat cząsteczka po cząsteczce*, tłum. M. Prywata (Warszawa: Prószyński i S-ka, 2001).
- Szewczyk Kazimierz, *Etyka i deontologia lekarska* (Kraków: PAU, 1994).

28 Robert L. Sinsheimer, „The Prospect of Designed Genetic Change”, w: *Ethics, Reproduction and Genetic Control*, red. Ruth F. Chadwick (London: Routledge, 1992), 146.

Czasopisma

- Hołub Grzegorz, „W stronę bioetyki personalistycznej”, *Seminare. Poszukiwania naukowe* 19 (2003): 177–194.
- Mullin Amy, „Children, Paternalism and the Development of Autonomy”, *Ethical Theory and Moral Practice* 17 (3) (2014): 413–426.
- Nowacka Maria, „Etyczne podstawy prawa dziecka do otwartej przyszłości”, *Studia Redemptorystowskie* 16 (2018): 33–53.
- Orphanides George, Reinberg Danny, „A Unified Theory of Gene Expression”, *Cell* 108 (4) (2002): 439–451.
- Savulescu Julian, Kahane Guy, „The Moral Obligation to Create Children with the Best Chance of the Best Life”, *Bioethics* 23 (5) (2009): 274–290.
- Szymańska Beata, „Zasada sprawiedliwości a dostęp do opieki zdrowotnej”, *Prawo i Społeczeństwo* 12 (1) (2012): 159–178.

Rozdziały w monografiach

- Bostrom Nick, „Why I Want to Be a Posthuman When I Grow Up”, w: *Medical Enhancement and Posthumanity*, red. Bert Gordijn, Ruth Chadwick (Dordrecht: Springer, 2008), 107–137.
- Feinberg Joel, „The Child’s Right to an Open Future”, w: Joel Feinberg, *Freedom and Fulfilment. Philosophical Essays* (Princeton: Princeton University Press, 1992), 76–97.
- Kopania Jerzy, „Kartezjanizm transhumanistyczny”, w: *Ulepszanie poznawcze człowieka. Perspektywa filozoficzna*, red. Piotr Duchliński, Grzegorz Hołub (Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, 2021), 185–218.
- Kopania Jerzy, „Transhumanizm jako magia racjonalna”, w: *Bezpieczeństwo personalne a bezpieczeństwo strukturalne, t. XI: Instrumentarium wojny kulturowej*, red. Teresa Grabińska, Piotr Szczepański (Wrocław: Wydawnictwo Akademii Wojsk Lądowych, 2021), 139–167.
- Kopania Jerzy, Nowacka Maria, „Od unieśmiertelniania człowieka do śmierci cywilizacji”, w: *Ulepszanie człowieka. Perspektywa filozoficzna*, red. Piotr Duchliński, Grzegorz Hołub (Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, 2018), 31–70.
- Nowacka Maria, „Transhumanistyczny sens prawa dziecka do otwartej przyszłości”, w: *Ulepszanie moralne człowieka. Perspektywa filozoficzna*, red. Piotr Duchliński, Grzegorz Hołub (Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, 2019), 93–119.
- Sinsheimer Robert L., „The Prospect of Designed Genetic Change”, w: *Ethics, Reproduction and Genetic Control*, red. Ruth F. Chadwick (London: Routledge, 1992), 136–146.

Źródła internetowe

Mesko Bertalan [interview], *A Medical Futurist Discusses Health and Transhumanism*, www.psychologytoday.com/us/blog/the-transhumanist-philosopher/201511/medical-futurist-discusses-health-and-transhumanism (dostęp: 15.03.2022).

Willams John R., *Podręcznik etyki lekarskiej*, tłum. M. Szewczyński (World Medical Association, 2005), <https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/> (dostęp: 25.02.2022).

