

**PRZEDŁUŻANIE ŻYCIA
JAKO PROBLEM MORALNY**

MARCIN FERDYNUS

**PRZEDŁUŻANIE ŻYCIA
JAKO PROBLEM MORALNY**



Tarnów 2017

© by Marcin Ferdynus and Wydawnictwo BIBLOS, Tarnów 2017

ISBN 978-83-7793-447-0

Recenzenci:

ks. prof. dr hab. Andrzej Szostek

ks. prof. dr hab. Marian Machinek

Projekt okładki:

Artur Piątek

Druk:

Poligrafia Wydawnictwa BIBLOS

Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej

Biblos

Plac Katedralny 6, 33-100 Tarnów

tel. 14-621-27-77

fax 14-622-40-40

e-mail: biblos@biblos.pl

<http://www.biblos.pl>

SPIS TREŚCI

WSTĘP	11
 ROZDZIAŁ I	
DŁUGOŚĆ A WARTOŚĆ ŻYCIA	23
1. Podstawowe dane o długości życia i procesach starzenia	24
1.1. Czas biologicznego trwania	25
1.1.1. Długość życia roślin i zwierząt	25
1.1.2. Długość ludzkiego życia	29
1.2. Biologiczne teorie starzenia się	34
1.3. Przeciwdziałanie starzeniu się	40
1.3.1. Zdrowy i aktywny styl życia	40
1.3.2. Restrykcje kaloryczne	43
1.3.3. Zapobieganie uszkodzeniom oksydacyjnym	45
1.3.4. Terapia hormonalna	48
1.3.5. Terapia telomerowa	50
2. Projekty i technologie przedłużania życia: teraźniejszość i przyszłość	52
2.1. Transplantacje	53
2.2. Zastępowanie części ciała za pomocą komórek macierzystych	55
2.3. Modyfikacje genetyczne	60
2.4. Nanotechnologie	65
2.5. Strategie dla inżynierijskiego ograniczania starzenia (SENS)	67
3. Problem przeludnienia: konsekwencje dłuższego życia	71
3.1. Zmiany demograficzne na świecie	71
3.2. Odrażająca Konkluzja	77
3.3. Propozycje rozwiązania problemu przeludnienia	81

4. Długość, jakość, nieśmiertelność a istota wartości	
ludzkiego życia	84
4.1. Lepsza i gorsza śmierć	85
4.2. Niepożądana nieśmiertelność	88
4.3. Pragnienie istnienia: inklinacja do zachowania życia	96
4.4. Życie ludzkie jako wartość fundamentalna	100

ROZDZIAŁ II

DŁUGOŚĆ A JAKOŚĆ: TERAPEUTYCZNE GRANICE

PRZEDŁUŻANIA LUDZKIEGO ŻYCIA	107
---	------------

1. Problem rezygnacji z uporczywej terapii	108
1.1. Przedłużanie życia a przedłużanie umierania	109
1.1.1. Warunki odpowiedzialności podmiotu za działanie ...	109
1.1.1.1. Śmierć przez działanie i zaniechanie	109
1.1.1.2. Śmierć przez przyzwolenie i dopuszczenie	114
1.1.2. Uporczywa terapia a terapia medycznie daremna	121
1.1.2.1. Uporczywość leczenia	121
1.1.2.2. Medyczna daremność	127
1.1.2.3. Środki zwyczajne i nadzwyczajne	135
1.2. Warunki rezygnacji z uporczywej terapii	147
1.2.1. Niepodejmowanie lub zaprzestanie resuscytacji	
u przedwcześnie urodzonych noworodków	148
1.2.2. Warunki rezygnacji z uporczywej terapii	
u pacjentów dorosłych w stanie terminalnym	161
1.2.2.1. Poszanowanie autonomii pacjenta	161
1.2.2.2. Podejmowanie decyzji w imieniu pacjentów	
niekompetentnych	169
1.2.2.3. Sztuczne odżywianie i nawadnianie	174
1.2.2.4. Terminalna analgezja	181
1.2.2.5. Terminalna sedacja	185

2. „Części zamienne” w nadziei na przedłużenie życia	189
2.1. Problem pozyskiwania i przeszczepiania narządów	190
2.1.1. Śmierć mózgu jako konieczny warunek pobrania organów	191
2.1.2. Uzyskanie zgody na pobranie narządów od zmarłego dawcy	201
2.1.3. Kryteria warunkujące transplantacje <i>ex vivo</i>	207
2.1.4. Rola prognozowanego czasu przeżycia w alokacji narządów	213
2.2. Problem aplikacji innowacyjnych metod terapeutycznych ...	222
2.2.1. Zastępowanie funkcji organizmu za pomocą ksenotransplantów	223
2.2.2. Zastępowanie funkcji organizmu za pomocą elementów sztucznych	232
2.2.3. Problem wykorzystania komórek macierzystych	237
2.2.3.1. Status ludzkiego zarodka	239
2.2.3.2. Moralny wymiar użytych środków i zamierzonych celów	245

ROZDZIAŁ III

PRZEDŁUŻANIE ŻYCIA JAKO DOSKONALENIE GATUNKU

HOMO SAPIENS	251
1. Przekraczanie natury	252
1.1. Zdrowie a choroba	253
1.2. Leczenie a doskonalenie	261
2. Problem doskonalenia natury gatunku <i>Homo sapiens</i>	266
2.1. Nie-normatywny charakter natury ludzkiej	266
2.1.1. <i>Homo sapiens</i> a status moralny	266
2.1.2. Doskonalenie ludzkich cech jako działanie pożądane	274

2.1.3. „Postczłowiek” i „immortalizm” jako konsekwencje radykałnego doskonalenia	281
2.2. Normatywny charakter natury ludzkiej: integracja natury w osobie	290
3. Przedłużanie życia a „odgrywanie roli Boga”	296
3.1. Przyjmowanie niewłaściwych kryteriów decyzyjnych	298
3.2. Działanie w sytuacji niemożliwości przewidzenia jego skutków	301
3.3. Przypisywanie sobie przez człowieka boskich prerogatyw ...	307
3.4. Działanie „wbrew naturze”	310
4. Argumenty przeciwko doskonaleniu natury ludzkiej	313
4.1. Nienaruszalność „etyki gatunku” – Jürgen Habermas	314
4.2. „Otwartość na nieproszone” – Michael J. Sandel	320
4.3. Zachowanie „czynnika X” – Francis Fukuyama	328
ZAKOŃCZENIE	335
BIBLIOGRAFIA	339
SUMMARY	381

WSTĘP

Mityczny Asklepios, nazywany patronem bądź bogiem medycyny, w młodości przez długie lata kształcił się w szkole centaura Chejrona, bardzo mądrego starca, który jako pierwszy uprawiał zioła lecznicze w Tesalii. Asklepios pod okiem swego mistrza Chejrona szybko nabrał biegłości w sztuce leczenia i mógł zapobiegać najgroźniejszym chorobom trawiącym ludzki organizm. Wiele lat później ośmielił się nawet przywracać zmarłych do życia. Bogowie uznali jednak, że to narusza porządek rzeczy. Asklepios poniósł więc karę – Dzeus zabił go piorunem¹. Pierwszy bóg medycyny, wskrzeszając zmarłych, przywracając życie, przekroczył granicę wyznaczoną przez bogów ludzkiemu istnieniu. Z tego powodu pochłonął go ogień².

Mity zdają się odzwierciedlać odwieczne ludzkie pragnienia o życiu długim i szczęśliwym. Ludzie od zarania dziejów poszukiwali sposobów leczenia chorób i przywracania zdrowia. Przez całe tysiąclecia poszukiwano przede wszystkim kamienia filozoficznego, utożsamianego z eliksirem życia. Miał on bowiem oczyszczać ciało, zamieniać metale nieszlachetne w złoto, wydłużać życie o setki lat, starcom przywracać młodość. O mitycznym napoju nieśmiertelności, tajemnicy życia zaklętej w kamieniu, śnili poeci, malarze, pisarze, fanteści, zakochani i zwykli ludzie. Nade wszystko śnili o nim alchemicy. W podejmowanych przez alchemików próbach transmutowania materii i ducha tkwiło przekonanie, że nieśmiertelność była kiedyś naszym udziałem, a wszystkie arkana alchemii, którym namiętnie, noc w noc, oddawał się nawet Izaak Newton, zmierzały do odnalezienia

¹ J. Parandowski, *Mitologia*, Poznań: Wydawnictwo Poznańskie 1987, s. 99-100.

² A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Kraków: Wydawnictwo „Znak” 2009, s. 31-32.

drogi powrotu do raju. Utracony z powodu grzechu pierworodnego raj znów miał być przywrócony dzięki „lekarstwu nieśmiertelności”³.

W parze z pragnieniem długiego życia idzie pragnienie wiecznej młodości. W przeciwnym razie – osiągnąwszy jedynie bardzo długie życie bez wiecznej młodości – bylibyśmy skazani na los Sybilli Kumańskiej. Zgodnie z mitem prosiła ona Apolla o nieśmiertelność. Kiedy bóg spełnił prośbę, Sybilla odmówiła mu obiecanej nagrody – swego ciała. Została za to ukarana. Ponieważ prosząc o nieśmiertelność, zapomniała nadmienić, że pragnie również zachować nienaruszoną urodę i młodość, wraz z upływem lat starzała się, kurczyła, aż kapłani umieścili ją w butelce i powiesili na ścianie. Gdy podróżni pytali ją: „Czego sobie życzysz, Sybillo?”, odpowiadała: „Pragnę umrzeć”⁴.

Możliwości współczesnej medycyny miałyby stanowić szansę ziszczenia się marzeń człowieka o nieśmiertelności i wiecznej młodości. To one miałyby być ratunkiem dla Sybilli Kumańskiej. Współczesna biomedycyna wspólnie z technologiami wydłużania życia miałyby uwalniać od chorób wieku starczego, zachowywać pełnię sił witalnych, zatrzymywać proces starzenia, obdarowywać dobrym zdrowiem, jak również sprawiać, by ludzie mogli cieszyć się bardzo długim życiem. Ogarnięci prometejską wizją uszczęśliwiania ludzi współcześni „kapłani biotechnologii”, a wśród nich zwolennicy biomedycznego doskonalenia i transhumaności dokładają starań, by za wszelką cenę przekonać, że kierunek działań wyznaczony przez postęp jest nieuchronny, a obawy przed niepożądanymi konsekwencjami wydłużania życia, zwłaszcza zaś wykraczania poza dostępną dla naszego gatunku górną granicę jego długości, pozbawione są dostatecznych podstaw. Adwokaci radykalnego wydłużania życia uspokajają, że problemy, takie jak: przeludnienie, nuda, obciążenie systemu ubezpieczeń społecznych, niesprawiedliwy dostęp do nowych tech-

³ A. Szczeklik, *Nieśmiertelność. Prometejski sen medycyny*, Kraków: Wydawnictwo „Znak” 2012, s. 36.

⁴ A. Szczeklik, *Medycyna regeneracyjna a mit wiecznej młodości*, „Nauka” 2 (2004), s. 7.

nologii i wiele innych, opierają się na naiwnych wyobrażeniach o tym, jak będzie wyglądała nasza przyszłość. Problemy, co do których żywimy obawy, mogą się w ogóle nie pojawić, a jeśli nawet się pojawią, nic nie stoi na przeszkodzie, by szukać nowych rozwiązań⁵.

Zmiany, jakie obserwujemy w świecie, zwłaszcza zaś zmiany demograficzne, w tym szybko starzejące się społeczeństwa, pozwalają przypuszczać, że renesans drugiej młodości pozbawionej chorób i cierpienia staje się mało wiarygodny. Często zderzamy się z rzeczywistością, która diametralnie różni się od wizji przyszłości kreowanej przez zwolenników radykalnego wydłużania życia. W wyniku porównania tych dwóch światów: „realnie istniejącego” i „przyszłego”, niemal natychmiast przychodzi moment otrzeźwienia, zwłaszcza wtedy, gdy przekraczamy próg szpitala. Oddziały szpitalne nasycone są aparaturą najnowszej technologii. Nigdzie nie widać tego tak wyraźnie jak na oddziałach intensywnej terapii. W tym szczególnym miejscu ratuje się życie człowieka, który jeszcze dziesięć czy dwadzieścia lat temu nie miałby najmniejszych szans na przeżycie. Jeśli zawodzą płuca, wspomaga je respirator bądź zastępuje zewnętrzny oksygenator, balon pulsujący w aortalnej pompie krew, kiedy sercu brakuje siły, dializa podejmuje funkcje nerek, które przestają działać. Nieprzytomnego pacjenta karmi się przez sondę wprowadzoną do żołądka, jelit lub bezpośrednio do krwi, a ruchome łóżko i wyszukane zabiegi rehabilitacyjne chronią chorego przed negatywnymi skutkami bezruchu⁶. Wśród ciężko chorych znajdujących się na granicy życia i śmierci coraz częściej pojawiają się pacjenci, którzy przyszli na świat przedwcześnie. Wśród nich szczególnie miejsce zajmują noworodki urodzone na granicy możliwości przeżycia. Podejmowanie działań terapeutycznych uzależnione jest tutaj głównie od szansy na przeżycie. W sytuacji, kiedy lekarz (lub zespół lekarzy) potrafi określić, że kondycja biologiczna dziecka urodzonego na granicy możliwości przeżycia daje zni-

⁵ M. Zdanowska, *Adwokat długowieczności*, „Znak” 698-699 (2013), s. 7.

⁶ A. Szczeklik, *Nieśmiertelność...*, dz. cyt., s. 103.

kome szanse na przeżycie, podejmowanie terapii może przybierać znamiona terapii uporczywej. Pośród chorych nie brakuje i takich, którzy dniami, miesiącami, a może nawet latami oczekują na przeszczep. Nie wszystkim ciężko chorym pacjentom dane jest żyć dłużej.

Postęp, jaki dokonał się w medycynie w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, przyniósł nie tylko sukcesy, ale wygenerował również nowe, dotychczas nieistniejące problemy. Rozpatrując istotę tych problemów, trzeba odwołać się do ich genezy. Nowe technologie umożliwiły nie tylko leczenie dotychczas nieuleczalnych chorób, zastępowanie funkcji niewydolnych narządów, ale również odwracanie procesu umierania. Zmienione zostały kryteria śmierci i definicja zdrowia. Przedmiotem badań stały się biologiczne aspekty śmierci koncentrujące się wokół kwestii definiowania śmierci klinicznej, śmierci mózgu, pnia mózgu, jak również śmierci poszczególnych komórek. Nowo powstałe i wciąż rozwijające się procedury medyczne, wśród nich reanimacja, transplantologia, intensywna terapia, wpłynęły znacząco na możliwość wydłużenia życia w stanach jego bezpośredniego zagrożenia. Ponadto zmieniły się oczekiwania społeczne, nastąpił wzrost zapotrzebowania na korzyści związane z pojawieniem się nowych technologii, a wraz z nimi dążenie do przedłużenia życia, które będzie jednocześnie życiem o dobrej jakości. Zmieniła się również dysproporcja między wzrastającymi kosztami nowych technologii a możliwościami ich finansowania. Paralelnie do osiągnięć medycyny zmieniła się też relacja między lekarzem a pacjentem. Dominujący przez wieki paternalizm, opierający się na przeświadczeniu, że lekarz wie najlepiej, co jest dobre dla chorego, został osłabiony czy wręcz podważony przez potrzebę pozostawienia pacjentowi prawa do wolnego wyboru, prawa do autonomii. Wszystko to wpłynęło na możliwość przedłużenia życia, i to życia z lepszą jego jakością⁷.

⁷ J. Suchorzewska, K. Basińska, M. Olejniczak, *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka – refleksje klinicysty*, [w:] B. Chyrowicz (red.), *Przedłużanie życia jako problem moralny*, Lublin: TN KUL 2008, s. 59-60.

W opinii społeczeństwa medycyna stała się niemal wszechmocna, a lekarz, niczym mityczny Asklepios, stał się bogiem, który potrafi powstrzymać lub co najmniej opóźnić śmierć⁸. Gdy człowiek znajdzie się w krytycznym stanie, prawie natychmiast zapada decyzja o umieszczeniu go w szpitalu. Przeświadczenie o wysokiej skuteczności zabiegów resuscytacyjnych oraz intensywnej terapii doprowadziło do tego, że resuscytacja w warunkach szpitalnych poprzedza niemal każdy zgon, a intensywna terapia stosowana jest u osób umierających, u których szanse przeżycia są znikome. Coraz częściej uważa się, że prawie każdy człowiek powinien umierać w szpitalu, zwłaszcza na oddziale intensywnej terapii, ponieważ właśnie tam są największe szanse przeżycia. W taki oto sposób oddziały, które powstały w celu ratowania życia w stanach jego bezpośredniego zagrożenia, stały się oddziałami zapełnionymi beznadziejnie chorymi i umierającymi⁹; oddziały te stały się ostatnim przystankiem, na którym w drodze do śmierci zatrzymują się chorzy. Nad nimi zaś czuwają lekarze, którzy nie znają „życia niewartego życia”¹⁰. Bywa niestety i tak, że nawet wtedy, kiedy tracą nadzieję na sukces, zamiast zgodzić się z niedoskonałością medycyny i nieuchronnością śmierci, kontynuują nieskuteczną terapię, wciąż wierząc, że pokonają śmierć. Skupieni niejednokrotnie na eskalacji kosztownej terapii lekarze poddają się na samym końcu, po rodzinie i pielęgniarkach. Lekarska etyka „do rangi najwyższej zasady wyniosła bowiem imperatyw na przekór wszelkim przeciwnościom losu”¹¹.

Przedstawione powyżej w zarysie zmiany stanowią istotne tło toczącej się obecnie dyskusji na temat przedłużania ludzkiego życia. Dyskusja ta posiada charakter interdyscyplinarny i prowadzona jest

⁸ Z. Szawarski, *Jak umiera człowiek? Etyka i problemy opieki terminalnej*, „Etyka” 34 (2001), s. 120.

⁹ J. Suchorzewska, K. Basińska, M. Olejniczak, *Trudne decyzje...*, art. cyt., s. 62-63.

¹⁰ T. Kielanowski, *Rozmyślania o przemijaniu*, Warszawa: „Wiedza Powszechna” 1984, s. 79.

¹¹ A. Szczeklik, *Nieśmiertelność...*, dz. cyt., s. 104.

zarówno przez przedstawicieli nauk szczegółowych, jak i humanistów. Problem przedłużania życia interesuje biologów, lekarzy, socjologów, demografów, prawników, teologów i filozofów. Dyskusja prowadzona w tej książce będzie angażowała przede wszystkim tych ostatnich, a wśród nich etyków, zwłaszcza zaś bioetyków, gdyż to właśnie bioetyka stara się zmierzyć z problemami natury moralnej, które zostały wygenerowane przez rozwój biomedycznych możliwości¹². Nie będziemy analizować wszelkich bioetycznych problemów, lecz głównie te, które wiążą się z praktycznym wykorzystaniem technologii przedłużania życia. Mowa o technologiach, ponieważ wtedy, kiedy wydłuża się życie przy pomocy zdrowego stylu życia i właściwego sposobu odżywiania, nie budzi to żadnych kontrowersji natury moralnej. Problem pojawi się między innymi wtedy, gdy w projekty wydłużania życia wpisane są technologie (np. inżynieria genetyczna), a uzyskana dzięki ich zastosowaniu długość mogłaby wykraczać poza górny pułap długości życia dostępny dla gatunku *Homo sapiens*. Mowa o projektach, czy też o planowanych celach, ponieważ na chwilę obecną nie jest jeszcze możliwe doskonalenie gatunkowo uwarunkowanej długości ludzkiego życia. Niemniej jednak przedmiot i cel prognozowanych ingerencji jest znany, a one same mieszczą się w ramach ingerencji biomedycznych, możemy więc antycypować ich moralną ocenę¹³. Zgoła odmienna gama problemów wiąże się z praktykowanymi już biomedycznymi ingerencjami w naturę człowieka mającymi na celu przedłużanie ludzkiego życia. Mieszczą się one w szeroko rozumianej terapii, wciąż jednak pozostają moralnie kontrowersyjne. Nie jest bowiem wcale takie oczywiste, czy powinniśmy czynić wszystko, co leży w naszej mocy, by wszelkimi dostępnymi środkami, jakimi dys-

¹² B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin: TN KUL 2000, s. 11.

¹³ B. Chyrowicz, *Spór o poprawianie ludzkiej natury*, [w:] B. Chyrowicz (red.), *Etyka i technika w poszukiwaniu ludzkiej doskonałości*, Lublin: TN KUL 2004, s. 57.

ponuje współczesna medycyna, przedłużać ludzkie życie¹⁴. Stąd też tytuł książki: *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Jej zasadniczy problem wyraża się w pytaniu: czy przedłużanie ludzkiego życia za wszelką cenę jest działaniem moralnie dopuszczalnym? Analizować go będziemy w trzech rozdziałach.

Rozdział pierwszy, najmniej zaangażowany filozoficznie, przedstawia empiryczny kontekst interesującego nas problemu i jako taki stanowi punkt odniesienia dla analiz prowadzonych w kolejnych rozdziałach. W tej części książki przywołamy podstawowe dane o długości życia i procesach starzenia, projekty i technologie przedłużania życia. Zwrócimy także uwagę na dokonujące się w świecie zmiany demograficzne, zastanawiając się, czy dłuższe życie nie prowadzi przypadkiem do negatywnych następstw. Postaramy się też poszukać racji motywujących człowieka do przedłużania życia. Analizy doprowadzą nas do tego miejsca w dyskusji, w którym będziemy chcieli zastanowić się, czy usilne zabieganie o to, by życie trwało jak najdłużej, stanowi „tu i teraz” wartość godną pożądaną. Co więcej, będziemy chcieli odpowiedzieć na pytanie: jaką wartością jest ludzkie życie? Przeanalizowanie wymienionych kwestii pozwoli podjąć dyskusję nad badanym problemem w kolejnych dwóch rozdziałach.

Drugi rozdział podejmuje dwa obszary problemowe: pierwszy stanowi rezygnacja z uporczywej terapii, a drugi – pozyskiwanie i aplikowanie „części zamiennych” w celu przedłużania życia. W tej części książki pojawi się pytanie o granice postępowania lekarza zmierzającego do przedłużania życia pacjentów, zwłaszcza osób dorosłych znajdujących się w terminalnym stanie choroby oraz przedwcześnie urodzonych noworodków. Istnieją bowiem obawy, że wraz z rozwojem nowych technologii medycznych wzrastać będą żądania pacjentów domagających się od lekarzy, by ci za wszelką cenę przedłużali im życie. Bywa, że

¹⁴ Z. Zalewski, *Jak długo mamy obowiązek żyć?*, [w:] B. Chyrowicz (red.), *Przedłużanie życia...*, dz. cyt., s. 41.

terapia okazuje się nieskuteczna (przedłużyć jedynie okres umierania), a pacjent (także jego rodzina, pełnomocnik), opierając się na złudnych nadziejach, domaga się, by ją kontynuować. W sytuacji, gdy pacjenta nie da się wyleczyć, jedyną słuszną decyzją będzie rezygnacja z uporczywej terapii. Przeprowadzone analizy doprowadzą nas do takiego miejsca, w którym będziemy chcieli zapytać o warunki umożliwiające pozyskiwanie i zastosowanie „części zamiennych” w celu przedłużania ludzkiego życia. W kręgu naszych zainteresowań pozostaną jedynie te obszary biomedycznych ingerencji, w których pojawia się najwięcej kontrowersji moralnych związanych z przedłużaniem życia. Analizy ograniczymy do transplantacji *ex mortuo*, transplantacji *ex vivo*, kseno-transplantacji, zastępowania niewydolnych części organizmu elementami sztucznymi i zewnętrznymi w stosunku do organizmu procedurami medycznymi, wykorzystania komórek macierzystych.

W rozdziale trzecim kontekst analiz będzie dotyczył nie tyle biomedycznych działań terapeutycznych, ile biomedycznych ingerencji wykraczających poza obszar terapeutyczny, a mówiąc dokładniej, biomedycznego doskonalenia. Te dwa obszary biomedycznych ingerencji: terapeutyczny i nieterapeutyczny, stanowią kryterium podziału drugiego i trzeciego rozdziału. W trzecim rozdziale będziemy chcieli zapytać o to, czy wolno doskonalić naturę gatunku *Homo sapiens*, czy chodzi tu o doskonalenie poszczególnych jednostek, czy też całego gatunku, czy ludzka natura stanowi swoiste *constans* i nie powinna być w swej optymalnej dla gatunku strukturze zmieniana, czy też nie stanowi niezmiennej, metafizycznej „stałej”, a więc nie jest aż tak „nietykalna”, by nie można było w nią ingerować (modyfikować). Zapytamy również o to, czy usilne starania o wydłużanie życia przy pomocy biomedycznego doskonalenia nie zniszczą tego, co wydaje się dla nas bezcenne, a więc wyjątkowego charakteru ludzkiego życia. Opinie w tej sprawie są podzielone, a każda ze stron sporu stara się uzasadnić swoje racje, odwołując się do odmiennych przesłanek antropologicznych i etycznych. Ponieważ dyskutowane w książce ingerencje bio-

medyczne (terapeutyczne i nieterapeutyczne) dotyczą człowieka, odpowiedź na pytanie o ich zastosowanie jest związana z fundamentalnym rozstrzygnięciem dotyczącym tego, kim jest człowiek i co jest dla niego dobre. Ponieważ każdy rozdział (także każdy paragraf) poprzedzony został wprowadzeniem tłumaczącym porządek prowadzonej dyskusji, dlatego też pomijam we wstępie dokładne wyjaśnienie planu i poprzestaję jedynie na ogólnej prezentacji treści.

Problem przedłużania życia jest współcześnie żywo dyskutowany i ma niezwykle bogatą literaturę. Nie sposób uwzględnić wszystkich publikacji książkowych i artykułów, które poświęcono tej problematyce. Zmusza to do selekcji dostępnej literatury. Kryterium selekcji zawężimy do aspektu przedłużania życia w zakresie wyróżnionych powyżej obszarów biomedycznych ingerencji¹⁵. Pozycji, w których podejmowany jest problem przedłużania życia nie brakuje w języku polskim¹⁶. Spora ich część to tłumaczenia z języków obcych¹⁷. Nie brak też pozycji obcojęzycznych, zwłaszcza zaś anglojęzycznych¹⁸. Na szczególną uwagę

¹⁵ Poniżej przywołuję jedynie przykładowe publikacje, które podejmują interesujący mnie problem. Pozostałe pozycje czytelnik znajdzie w bibliografii.

¹⁶ B. Chyrowicz, *Bioetyka. Anatomia sporu*, Kraków: Wydawnictwo „Znak” 2015; J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa: Wolters Kluwer 2013; K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN 2009; T. Ślipko, *Bioetyka. Najważniejsze problemy*, Kraków: Wydawnictwo „Petrus” 2012; T. Kraj, *Granice genetycznego ulepszania człowieka*, Kraków: Wydawnictwo św. Stanisława BM 2010; M. Machinek, *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*, Olsztyn: Wydawnictwo „Hosianum” 2004.

¹⁷ E. Schockenhoff, *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*, tłum. K. Glombik, Opole: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża 2014; W. Galewicz (red.), *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki*, t. 1, tłum. A. Tomaszewska i inni, Kraków: Universitas 2009; M.Á. Monge (red.), *Etyka w medycynie. Ujęcie interdyscyplinarne*, tłum. K. Zdrzenicka, Warszawa: MediPage 2012; B. Gert, Ch.M. Culver, K.D. Clouser, *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, tłum. M. Chojnacki, Gdańsk: Wydawnictwo słowo/obraz terytoria 2009.

¹⁸ J. Savulescu, R. ter Meulen, G. Kahane (red.), *Enhancing Human Capacities*, Oxford: Wiley-Blackwell 2011; J. Savulescu, N. Bostrom (red.), *Human Enhancement*, Ox-

zasługują jednak artykuły znajdujące się w pracy zbiorowej, stanowiącej pokłosie dyskusji zorganizowanej przez Katedrę Etyki Szczegółowej KUL, której tytuł brzmi dokładnie tak samo jak tytuł niniejszej książki: *Przedłużanie życia jako problem moralny*¹⁹. Zamieszczone w tomie artykuły nie wyczerpują wyznaczonej w tytule publikacji problematyki, jak zauważa redaktor opracowania, stanowią jednak cenny przyczynek do dalszej dyskusji nad możliwościami i kontrowersjami, które wiążą się z przedłużaniem ludzkiego życia²⁰. Wyrażona opinia stała się inspiracją do podjęcia przeze mnie poszukiwań w tym zakresie.

Propozycje odpowiedzi na szereg pytań i wątpliwości, które pojawiają się w trakcie prowadzonych analiz uzależnione są od konkretnych założeń antropologicznych i etycznych. Przyjęcie w punkcie wyjścia takich a nie innych założeń prowadzi w konsekwencji do różnych odpowiedzi. W książce opowiadał się za rozstrzygnięciami problemów w oparciu o założenia etyki personalistycznej, ale nie rezygnuję z dyskusji z innymi metodami współczesnej etyki. Nie jest moim zamiarem napisanie wyczerpującej analizy każdego z problemów związanych z przedłużaniem ludzkiego życia (prawdopodobnie każdy z nich może stanowić podstawę do odrębnego opracowania) ani drobiazgowo ich rozpatrywanie. Nazbyt szczegółowa prezentacja stanu dyskusji toczącej się wokół wymienionych obszarów biomedycznych ingerencji (transplantacji, komórek macierzystych itd.) nie jest zresztą tu potrzebna, skoro przedmiotem uwagi są nie tyle one same, ile raczej związany z nimi aspekt przedłużania ludzkiego życia.

ford: Oxford University Press 2011; M. Hauskeller, *Better Humans? Understanding the Enhancement Project*, Durham: Acumen 2013; A. Buchanan, *Better than Human. The Promise and Perils of Enhancing Ourselves*, Oxford: Oxford University Press 2011; R. Blackford, *Humanity Enhanced. Genetic Choice and the Challenge for Liberal Democracies*, Cambridge, Massachusetts, London: MIT Press 2014.

¹⁹ B. Chyrowicz (red.), *Przedłużanie życia...*, dz. cyt.

²⁰ B. Chyrowicz, *Życie: długość, jakość i moralność. Wprowadzenie*, [w:] B. Chyrowicz (red.), *Przedłużanie życia...*, dz. cyt., s. 21.

* * *

Książka powstała w oparciu o rozprawę doktorską obronioną w 2016 roku na Wydziale Filozofii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Jej Recenzentom, ks. prof. Andrzejowi Szostkowi i ks. prof. Marianowi Machinkowi, pragnę podziękować za krytyczne uwagi i cenne sugestie, które wpłynęły na ostateczny kształt książki. Nie zawsze zastosowałem się do ich rad, dlatego też odpowiedzialność za wszelkie błędy spoczywa wyłącznie na mnie. Nade wszystko pragnę wyrazić wdzięczność mojemu Promotorowi i Mistrzowi, s. profesor Barbarze Chyrowicz, za wieloletnią opiekę naukową, okazywaną mi pomoc, jak również za każdy gest życzliwości.

