

UNIWERSYTET PAPIESKI JANA PAWŁA II W KRAKOWIE
WYDZIAŁ TEOLOGICZNY

Ks. Roman Sala

OD RESTITUTIO AD INTEGRUM

DO TRANSFORMATIO AD OPTIMUM

OCENA ETYCZNA MEDYCZNEGO ULEPSZANIA CZŁOWIEKA

Rozprawa doktorska napisana
na seminarium z bioetyki pod kierunkiem
ks. dra hab. Andrzeja Muszali, prof. UPJPII w Krakowie

Kraków 2018

KARTA BIBLIOGRAFICZNA

Imię i nazwisko: Roman Sala

Tytuł pracy: Od *restitutio ad integrum* do *transformatio ad optimum*. Ocena etyczna medycznego ulepszania człowieka

Rok napisania: 2018

Stron: 370

Streszczenie:

We współczesnej medycynie, obok siebie współlistnieją dwa nurty: klasyczny, a więc terapeutyczny (*restitutio ad integrum*) oraz pozaterapeutyczny (*transformatio ad optimum*). Praca przybliży historię narodzin i rozwoju obu tych nurtów. Jej głównym celem jest namysł etyczny dotyczący zjawiska *medycznego wzmocnienia* człowieka. Z perspektywy personalizmu chrześcijańskiego pragnie ona ocenić aktywności medyczne o charakterze pozaterapeutycznym, wpisujące się w nurt *przemiany ku lepszemu*

Hasła:

Imienne:

Hipokrates, Galen, św. Tomasz z Akwinu, św. Bonawentura, św. Hildegarda, F. Bacon, Kartezjusz, N. Condorcet, K. Darwin, F. Galton, L. Kass, M. Sandel, F. Fukuyama, J. Savulescu, I. Persson, R. Kurzweil, N. Agar, A. Sandberg, T. Douglas, J. Harris, N. Bostrom, M. More, T. Biesaga, T. Kraj, A. Muszala, G. Hołub, P. Morciniec, M. Machinek, B. Chyrowicz i inni

Tematyczne:

Restitutio ad integrum (powrót do zdrowia), *transformatio ad optimum* (przemiana ku lepszemu), *enhancement*, *treatment*, terapia, wzmocnienie, leczenie, zdrowie, choroba, medycyna luksusowa, medycyna pragnień, *medical enhancement*, medyczne wzmocnienie, terapeutyczny, pozaterapeutyczny

SPIS TREŚCI

WSTĘP.....	10
Rozdział I:	
Okres supremacji idei <i>Restitutio ad integrum</i> w medycynie	18
1. POCZĄTKI.....	19
2. STAROŻYTNA GRECJA.....	20
2.1. Hipokrates.....	20
2.2. Ideał <i>homoiosis theo</i> - <i>ὁμοίωσις θεῶ</i> oraz platoński prymat duszy nad ciałem	24
2.3. Arystoteles i klasyczna koncepcja sztuki leczenia.....	27
2.4. Tendencje eugeniczne.....	30
2.5. Wychowanie fizyczne i troska o ciało	34
2.6. Wnioski.....	37
3. CESARSTWO RZYMSKIE I GALEN.....	37
4. PIERWSZE WIEKI CHRZEŚCIJAŃSTWA	40
4.1. Christus Medicus	42
4.2. Tendencje antymedyczne.....	46
4.3. Aprobata dla sztuki leczenia	53
4.4. Chrześcijańskie <i>homoiosis theo</i>	58
4.5. Teologiczne znaczenie powrotu do zdrowia.....	61
4.6. Wnioski.....	67
5. ŚREDNIOWIECZE	69
5.1. Trójpodział medycyny średniowiecznej	69
5.1.1. Medycyna łacińska	70
5.1.2. Medycyna grecka (Bizancjum).....	75
5.1.3. Medycyna arabska	76
5.2. Wieki średnie i silna pozycja starożytnych autorytetów.....	77

5.2.1. Spór o uniwersalia i jego wpływ na medycynę	78
5.2.2. Obraz świata	82
5.2.2.1. Bonawentura.....	82
5.2.2.2. Tomasz z Akwinu.....	84
5.2.2.3. Problem istnienia zła	89
5.2.2.4. Hildegarda z Bingen. Perfekcja stworzonego świata a medycyna.	89
5.3. Wnioski.....	92
6. PODSUMOWANIE	93
Rozdział II:	
Idea <i>Transformatio ad optimum</i>. Geneza i rozwój na przestrzeni wieków	
1. RENESANS.....	
1.1. Roger Bacon – średniowieczny prorok nowych perspektyw	102
1.2. Franciszek Petrarca.....	105
1.3. Giovanni Pico della Mirandola	107
1.4. Paracelsus.....	111
1.4.1. Doświadczenie i własny wysiłek kontra starożytne autorytety	112
1.4.2. Alchemia i homunkulus	115
1.5. Francis Bacon.....	119
1.6. Nowe odkrycia naukowe.....	124
1.6.1. Andrzej Wesaliusz i rozwój anatomii	124
1.6.2. Ambroży Paré i inni.....	127
1.7. Wnioski.....	128
2. ODWRÓT OD FIZJOLOGII HUMORALNEJ NA RZECZ JATROMECHANIKI	129
2.1. William Harvey.....	130
2.2. Kartezjusz i uzasadnienie istoty jatromechaniki	131
2.3. Thomas Hobbes	135
2.4. Julien Offray de La Mettrie.....	136

2.5. Wnioski	138
3. NOWE ROZUMIENIE NATURY, CZŁOWIEKA I JEGO MOŻLIWOŚCI	139
4. ENTUZJAZM WOBEC POSTĘPU I NOWYCH OSIĄGNIĘĆ	143
4.1. Prymat człowieka nad naturą	144
4.2. Idealne społeczeństwo	145
4.3. Rozwój nauk, w tym medycyny – możliwość kreowania człowieka.....	146
5. MARKIZ DE CONDORCET	147
6. IMMANUEL KANT.....	152
6.1. W duchu Oświecenia	152
6.2. Przedłużanie życia w praktyce. Korespondencja między Hufelandem i Kantem.....	155
6.3. Odrzucenie metafizyki, nihilizm i nowe pomysły usensowienia życia	157
6.3.1. Fryderyk Nietzsche.....	159
7. KAROL DARWIN I TEORIA EWOLUCJI.....	162
8. FRANCISZEK GALTON I EUGENIKA	166
9. POSTHUMANIZM I TRANSHUMANIZM.....	173
10. LITERACKIE WIZJE KREUJĄCE NOWE MOŻLIWOŚCI MEDYCYN.....	176
11. ABSOLUTYZACJA AUTONOMII PACJENTA.....	178
12. NAZEWNICTWO W OBSZARZE IDEI <i>TRANSFORMATIO AD OPTIMUM</i>.....	182
13. PODSUMOWANIE	183
 Rozdział III:	
<i>Transformatio ad optimum</i> w praktyce	189
1. PROCEDURA SZTUCZNEGO ZAPŁODNIENIA <i>IN VITRO</i>.....	190
1.1. Opis techniczno-medyczny.....	191
1.2. Nieterapeutyczność procedury <i>in vitro</i>	195
2. IMPLANTACJE.....	199
2.1. Opis techniczno-medyczny.....	200
2.1.1. W poszukiwaniu alternatywnych źródeł transplantów	203

2.1.2. Technologie NBCI.....	205
2.2. Nieterapeutyczne wymiary transplantologii i implantologii.....	207
3. ZWIĘKSZENIE WYDAJNOŚCI W SPORCIE	209
3.1. Opis techniczno-medyczny	215
3.1.1. Substancje oraz metody wspomaganie i dopingu	216
3.1.1.1. Wspomaganie ergogeniczne.....	216
3.1.1.2. Dopingu farmakologiczny	218
3.1.1.3. Dopingu fizjologiczny	220
3.1.1.4. Dopingu genetyczny.....	221
3.1.1.5. Pozostałe metody zwiększające wydajność w sporcie	226
3.2. Nieterapeutyczność dopingu	227
4. CHIRURGIA PLASTYCZNA (REKONSTRUKCYJNA I ESTETYCZNA).....	229
4.1. Opis techniczno-medyczny	232
4.2. Nieterapeutyczne aspekty <i>plastic surgery</i>	242
5. PODSUMOWANIE	244
 Rozdział IV:	
Dylematy etyczne związane z <i>transformatio ad optimum</i>.....	245
1. TERMIN ENHANCEMENT I JEGO MIEJSCE W OBSZARZE TRANSFORMATIO AD OPTIMUM	247
2. POJĘCIA ZDROWIA I CHOROBY	251
3. DYSKUSJA NAD CELAMI WŁAŚCIWYMI MEDYCYNIE	258
4. JAKA ANTROPOLOGIA?	266
4.1. Filozoficzne ujęcia ludzkiego ciała.....	266
4.2. Antropologia w bioetyce	269
4.3. Całościowe dobro osoby pacjenta.....	272
4.4. Właściwe rozumienie wolności	275
4.5. Główne koncepcje ludzkiej doskonałości	277
4.5.1. Doskonałość chrześcijańska	277

4.5.2. Doskonałość oparta na technicznej perfekcji.....	279
5. MEDYCZNE ULEPSZANIE I PROBLEMY ETYCZNE	284
5.1. Problem właściwego celu działań medycznych.....	284
5.2. Problem przewartościowania etosu lekarskiego, deontologii i etyki medycznej.....	286
5.3. Działania nietyczne w obrębie nurtu <i>transformatio ad optimum</i> , a kwestia sprawiedliwości społecznej	288
5.4. Debata etyczna wokół medycznego wzmacniania człowieka.....	292
5.4.1. Stanowisko konserwatywne.....	293
5.4.2. Stanowisko restrykcyjne	300
5.4.3. Stanowisko permissywne	301
6. POSTĘP BIOTECHNOLOGII – NADZIEJE I ZAGROŻENIA	302
7. GRANICE POPRAWY KU LEPSZEMU	306
8. PODSUMOWANIE	311
ZAKOŃCZENIE	314
BIBLIOGRAFIA	327
SUMMARY.....	368

WYKAZ SKRÓTÓW

Sigla ksiąg Pisma Świętego – za *Biblią Tysiąclecia*

- AULFP *Acta Universitatis Lodziensis, Folia Philosophica*, Łódź 1981-2015
BOK *Biblioteka Ojców Kościoła*, Kraków 1992 –
BT *Bioethics*, Oxford 1987 –
CJ *Cardiology Journal*, Gdańsk 1994 –
CiPS *Clinics in Plastic Surgery*, Elsevier 1974 –
CS Jan Paweł II, Encyklika *Centesimus Annus*, Watykan 1991
CzS *Czasopismo Stomatologiczne*, Kraków 1948 –
CQoHE *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Cambridge 1992 –
CV Benedykt XVI, Encyklika *Caritas in Veritate*, Watykan 2009
CzwK *Człowiek w Kulturze*, Lublin 1993 –
DM *Diametros*, Kraków 2004 –
DP Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas Personae*, Watykan 2008
DV Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum Vitae*, Watykan 1987
EB *Encyklopedia Bioetyki*, A. MUSZALA (red.), Radom 2007
EiP *Ethics in Progress*, Poznań 2010 –
EV Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium Vitae*, Watykan 1995
FML *Folia Medica Lodziensia*, Łódź 2002 –
FMR *Forum Medycyny Rodzinnej*, Gdańsk 2007 –
FPiED *Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna*, Poznań 2013 –
JAMA *Journal of the American Medical Association*, Boston 1883 –
JAP *Journal of Applied Philosophy*, Wiley 1984 –
JET *Journal of Evolution and Technology*, Institute for Ethics and Emerging Technologies, 1998 –
JME *Journal of Medical Ethics*, BMJ Group 1975 –
JHBS *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Wiley 1965 –
JHS *Journal of Happiness Studies*, Springer 2000 –
JIB *Journal International de Bioéthique*, Paris 1990 –
JMaP *The Journal of Medicine and Philosophy*, Oxford 1976 –

- KHNiT *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, Warszawa 1956 –
- LS Franciszek, Encyklika *Laudato si*, Watykan 2015
- MBR *Monash Bioethics Review*, Springer 1983 –
- MHCaP *Medicine, Health Care and Philosophy*, Kluwer 1998 –
- MP *Medycyna Praktyczna*, Cholerzyn 1991 –
- MR *Meander*, Warszawa 1946 –
- NA *Nauka*, Poznań 2004 –
- NF *New Formations*, Lawrence & Wishart 1987 –
- NL *Nowiny Lekarskie*, Poznań 1989-2014
- PC *Philosophy Compass*, Wiley 2006 –
- PE&H *Performance Enhancement & Health*, Elsevier 2012 –
- PG *Patrologiae graecae cursus completus*, J.P. MIGNE (ed.), Paris 1857-1866
- PL *Patrologiae latinae cursus completus*, J.P. MIGNE (ed.), Paris 1841-1864
- PLS *Politics and the Life Sciences*, Cambridge 1982 –
- PZH *Poznańskie Zeszyty Humanistyczne*, Poznań 2003 –
- PR *Przegląd Religioznawczy*, Warszawa 1992 –
- PSP *Pisma Starochrześcijańskich Pisarzy*, Warszawa 1969 –
- PHiE *Problemy Higieny i Epidemiologii*, Łódź 2005 –
- QA Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja *Questio de abortu*, Watykan 1974
- QP *Qui Parle*, Berkeley 1985 –
- SS Benedykt XVI, Encyklika *Spe Salvi*, Watykan 2007
- SSHT *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne*, Katowice 1968 –
- SW *Studia Warmińskie*, Olsztyn 1964 –
- TM *The Monist*, Oxford 1890 –
- ŻMT *Źródła Myśli Teologicznej*, Kraków 1996 –

WSTĘP

Postęp naukowo-techniczny sprzyja rozwojowi medycyny. Pojawiają się nowe, często jakościowo wyższe środki i narzędzia umożliwiające lekarzom skuteczniejszą walkę z chorobami. Doskonalsze metody terapii pomagają łatwiej i szybciej odzyskać zdrowie. Sytuacja ta sprawia, że obecna w sztuce leczenia – od zarania jej dziejów – terapeutyczna idea *powrotu do zdrowia (restitutio ad integrum)* realizuje się i wypełnia jako podstawowy cel medycyny.

Jednakże współczesnej sztuki leczenia nie można ograniczać jedynie do terapii. Nowe odkrycia i osiągnięcia wzmacniają równocześnie pozycję drugiej idei, która coraz silniej kształtuje oblicze dzisiejszej medycyny. Wpływa ona z mającego swe źródła już w epoce odrodzenia pozaterapeutycznego nurtu *przemiany ku lepszemu (transformatio ad optimum)*. Pacjenci XXI wieku coraz częściej korzystają z nowych technologii medycznych nie tylko po to, aby się leczyć, ale także w tym celu, aby wzmocnić i ulepszyć swoją psycho-fizyczną kondycję. Zjawisko to bywa różnie określane. Jedni definiują je jako: *medycyna wzmacniająca*, inni jako: *medycyna luksusowa* czy *medycyna pragnień*. Wydaje się, że coraz powszechniej do użycia wchodzi termin: *wzmocnienie medyczne (medical enhancement)* lub krócej: *wzmocnienie (enhancement)*. Działania podejmowane w jego obrębie wykorzystują zdobycze kolejnych dziedzin medycyny, a zwłaszcza: inżynierii genetycznej, inżynierii tkankowej, chirurgii plastycznej, medycyny sportu, psychofarmakologii i bioelektroniki. W ostatnich dziesięcioleciach w obszarze *transformatio ad optimum* narodziły się idee takie jak: posthumanizm i transhumanizm. Postulują one konieczność ulepszenia, udoskonalenia, a nawet zmiany natury ludzkiej z wykorzystaniem środków medycznych. Patrząc realistycznie, wydaje się, że w przyszłości – wraz z dalszym postępowaniem medycyny – ilość interwencji, których celem będzie poprawienie niektórych cech osób zdrowych, ulegnie znacznemu wzrostowi.

Z jednej strony *wzmocnienie medyczne* jawi się jako nadzieja dla człowieka i jego gatunku, z drugiej – wypływają z niego poważne zagrożenia i niebezpieczeństwa. Nie da się dokładnie przewidzieć, dokąd nas zaprowadzą odkrycia dokonywane na polu medycyny. Wchodzimy tutaj na nowe terytorium, swoistą *ziemię nieznaną* nie tylko w sensie medycznym, ale również antropologicznym, psychologicznym, politycznym i filozoficznym. W tym kontekście rzetelna i głęboka dyskusja dotycząca praktycznego zastosowania *enhancement* wydaje się niezbędna.

1. CEL ROZPRAWY

Głównym celem niniejszej rozprawy jest namysł etyczny nad zjawiskiem *medycznego wzmocnienia* człowieka. Podjęta zostanie próba oceny – z perspektywy personalizmu chrześcijańskiego – tego, co generuje nurt *przemiany ku lepszemu* (*transformatio ad optimum*). Chodzi nie tylko o działania będące już w realizacji, ale także o powstające projekty czy wizje przyszłości. Konieczne wydaje się udzielenie odpowiedzi na pytanie: co jest dobre, pozytywne, służące dobru osoby ludzkiej, a więc akceptowalne, a co budzi zastrzeżenia natury moralnej i jako takie winno być zaniechane?

Problematyki optymalizacji *homo sapiens* nie można zredukować tylko i wyłącznie do potencjału, jakim cieszy się współczesna medycyna, bazująca na osiągnięciach nauk przyrodniczych, na rozwoju techniki i technologii. Idea doskonalenia się człowieka nie jest czymś nowym, właściwym naszym czasom. Towarzyszy ona ludzkości od zarania dziejów. Stąd, chcąc ujrzeć ją w pełnej perspektywie, potrzeba odwołać się do wiedzy interdyscyplinarnej. Pochylenie się nad historią, w tym historią medycyny, nad myślą filozoficzną i teologiczną stanowi pasjonującą przygodę, pomagającą zrozumieć na czym naprawdę polega istota ludzkiej doskonałości.

Całość monografii podzielona jest na wstęp, cztery rozdziały i zakończenie.

Pierwszy rozdział pracy ukaże supremacyjną rolę, jaką w medycynie, aż do końca wieków średnich pełnił terapeutyczny nurt *powrotu do zdrowia* (*restitutio ad integrum*). Sednem tej części rozważań będzie przedstawienie i usystematyzowanie tych czynników, które w znacznym stopniu przyczyniły się do utrwalenia takiego stanu rzeczy. Ważne będzie udzielenie odpowiedzi na pytanie o istotę ludzkiej doskonałości. Jak ją postrzegano w tym

okresie? Z jaką sferą ją utożsamiano? Ponieważ rozprawa powstaje na Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie – dociekania w sposób szczególny uwzględnią chrześcijańską wizję doskonałości oraz wkład, jaki do rozwoju sztuki leczenia wnieśli uczniowie Chrystusa.

Drugi rozdział podejmie zagadnienie genezy i stopniowego rozwoju pozaterapeutycznego nurtu *przemiany ku lepszemu (transformatio ad optimum)* – od renesansu aż do czasów współczesnych. Wyszczególnione zostaną przesłanki, które spowodowały, że człowiek dostrzegł w medycynie narzędzie samodoskonalenia. Innymi słowy w centrum uwagi znajdzie się długotrwały proces, który nie tylko doprowadził do narodzin myśli dotyczącej medycznego ulepszania gatunku ludzkiego, ale sprawił również to, że ze sfery teoretycznych rozważań przeszła ona w praktykę.

Obecnie obserwuje się wielość działań medycznych wypływających z nurtu *przemiany ku lepszemu*, wykraczających poza tradycyjne, terapeutyczne rozumienie leczenia. Ich celem jest poprawa, wzmocnienie bądź udoskonalenie człowieka i jego gatunku. Wybrane działania medyczne zostaną zaprezentowane w trzecim rozdziale pracy.

Meritum naszych dociekań stanowi ostatnia, czwarta część rozprawy. Nurt *transformatio ad optimum* i jego praktyczne zastosowanie w ramach *medical enhancement* rodzi liczne dylematy i kontrowersje. Domagają się one przybliżenia i wyjaśnienia. Przedmiotem namysłu staną się następujące kwestie: sprawa określenia granicy zachodzącej pomiędzy *wzmocnieniem (enhancement)*, a *leczeniem (treatment)*; problem sporu o cele, jakie winna realizować medycyna; pytanie o naturę człowieka i wypływające z niej koncepcje ludzkiej doskonałości; zagadnienie nadziei i zagrożeń wynikających z rozwoju medycyny i biomedycyny; temat licznych obiekcji etyczno-moralnych, które rodzą się na bazie nowej dziedziny w medycynie; wreszcie próba określenia tego, co dopuszczalne i tego co zakazane w ramach praktyki *wzmocnienia medycznego*.

2. WYJAŚNIENIE POJEĆ

Tytuł rozprawy – *Od restitutio ad integrum do transformatio ad optimum. Ocena etyczna medycznego ulepszania człowieka* – domaga się wyjaśnienia, polegającego na uściśleniu terminów, jakie w sobie zawiera.

a. *Restitutio ad integrum*

Restitutio ad integrum (łac. – przywrócenie do stanu pierwotnego) – we współczesnym rozumieniu medycznym oznacza nurt obecny w sztuce leczenia od początków jej istnienia. Cechuje się rysem *stricte* terapeutycznym. W jego rozumieniu wszelkie działania medyczne sprowadzają się do stopniowego przywracania zdrowia, koncentrują się na powrocie do pierwotnego stanu integracji ciała, umysłu i ducha oraz jego jak najpełniejszej integralności¹. Nurt ten wpisuje się w klasyczną koncepcję sztuki leczenia. Do końca wieków średnich cieszył się wyłącznością panowania na polu medycyny.

b. *Transformatio ad optimum*

Transformatio ad optimum (łac. – przemiana ku lepszemu). Pod tym terminem kryje się dążenie, którego początków należy upatrywać w epoce odrodzenia. Nadaje on medycynie nowy pozaterapeutyczny wymiar. Widzi w niej skuteczne narzędzie przemiany człowieka, mogące nie tylko leczyć, ale i udoskonalać istotę ludzką. Początkowo idee z nim związane miały charakter teoretyczny, ale wraz z rozwojem techniki i technologii, zwłaszcza w ostatnich dziesięcioleciach nabrały wymiaru praktycznego. Obecnie nurt *transformatio ad optimum* nabiera coraz większego znaczenia i obok prądu *restitutio ad integrum* kształtuje oblicze współczesnej medycyny.

c. Medyczne ulepszanie człowieka

Medyczne ulepszanie człowieka wiąże się z aktywnościami lekarskimi, które nie są reakcją na chorobę lub jej symptomy², a więc cechują się nieterapeutycznością. Jego zdefiniowanie nie jest zadaniem łatwym, zwłaszcza wobec wielości określeń jakie występują w obrębie tego zjawiska. Wśród nich napotykamy następujące: *enhancement*, *wzmacnianie*, *doskonalenie*, *ulepszanie*, *poprawianie* czy *optymalizowanie*³. W niniejszej pracy pojęcia te występują zamiennie, a najczęstsze stosowanie znajduje termin *enhancement*.

¹ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, *Medical Enhancement and Posthumanity*, Cardiff 2008, s. 1. „Since times immemorial the regulative idea *restitutio ad integrum*, reinstatement of human wholeness or intactness, has dominated medicine”.

² Por. G. MCGEE, *Ethical Issues in Enhancement: An Introduction*, [w:] CQoHE, 9 (2000), nr 3, s. 299.

³ Por. J. HOLOCHER, U. KOSIELIŃSKA-GRABOWSKA, *Dopuszczalność ulepszania natury ludzkiej*, [w:] „Ethics in Progress”, 6 (2015), nr 1, s. 86.

d. Ocena etyczna

Rozprawa stara się ocenić praktyki *medycznego udoskonalania człowieka* z perspektywy personalistycznej, a więc z punktu widzenia integralnie pojętego dobra osoby ludzkiej. Wyznacznikiem oceny etyczno-moralnej jest świat obiektywnych, trwałych i niezmiennych wartości. Aby ułatwić dokonanie rozróżnienia pomiędzy tym, co etyczne, a tym co etycznym nie jest, przywołana zostanie myśl wybitnych filozofów oraz teologów (Arystoteles, św. Paweł, św. Tomasz z Akwinu, św. Jan Paweł II i inni), dotycząca odpowiedniej koncepcji człowieka jako bytu psycho-fizycznego.

3. METODA PRACY

Niniejsza praca stanowi opracowanie o charakterze interdyscyplinarnym. Odwołuje się do wiedzy z zakresu historii, historii medycyny, filozofii, teologii, egzegezy, bioetyki, etyki medycznej, medycyny, biomedycyny. Zasadniczo wykorzystano w niej metodę analityczno-syntetyczną. W oparciu o analizę tekstów, twierdzeń czy pojęć dokonano syntezy, czyli połączenia, zestawienia w koherentną całość wielu szczegółów, wyników badań i prac⁴. W ten sposób autor starał się uzyskać ogłęd problematyki związanej z istnieniem i wzajemną relacją nurtów *restitutio ad integrum* i *transformatio ad optimum* w płaszczyźnie myśli medycznej. Otrzymany wynik miał na celu wyciągnięcie wniosków umożliwiających podjęcie próby oceny etycznej fenomenu *medycznego wzmocnienia*. W osiągnięciu końcowego rezultatu przydatne okazały się również inne metody badawcze, a zwłaszcza metoda opisowa, porównawcza i historyczna.

4. AKTUALNY STAN BADAŃ, ŹRÓDŁA I SPOSOBY CYTOWANIA

W tym miejscu właściwe jest ukazanie aktualnego stanu badań oraz źródeł, z których korzystano w procesie redakcyjnym rozprawy.

I tak, w kwestii odnoszącej się do obecności idei *restitutio ad integrum* w medycynie, a także przyczyn jej dominacji na polu sztuki leczenia, aż do końca epoki średniowiecza najistotniejsze informacje wydają się być zawarte w artykule U. Wiesinga pt.

⁴ Por. A. PUZIO, *Wybrane zagadnienia z metodyki pracy naukowej*, Katowice 1998, s. 14.

*The History of Medical Enhancement: From Restitutio ad Integrum to Transformatio ad Optimum?*⁵. Ukazał się on w pracy zbiorowej zatytułowanej *Medical Enhancement and Posthumanity* pod redakcją B. Gordijna i R. Chadwicka⁶. Tematykę tę w sposób pośredni poruszają i rozszerzają opracowania z zakresu historii medycyny W. Szumowskiego⁷, Z. Gajdy,⁸ i P. Aszyka⁹. Najistotniejszymi jednak są, rzecz jasna pisma samych autorów okresu starożytności i średniowiecza dotyczące tej materii. Należą do nich teksty medyczne: Hipokratesa¹⁰ i Galena¹¹; filozoficzne: Arystotelesa, Platona; filozoficzne i teologiczne: Ojców Kościoła i późniejszych myślicieli chrześcijańskich, takich jak Tomasz z Akwinu, Bonawentura czy Hildegarda z Bingen. Wiele z nich przetłumaczone jest na język polski.

Zasadniczą rolę w aspekcie przybliżenia tematyki związanej z narodzinami i rozwojem nurtu *transformatio ad optimum* oprócz wspomnianego powyżej studium B. Gordijna i R. Chadwicka pełnią prace, których autorami są N. Bostrom¹², M. More¹³, M. Hauskeller¹⁴, M. Sandel¹⁵ czy F. Fukuyama¹⁶. Do ważnych opracowań zbiorowych należą: *Human Enhancement*¹⁷, *Enhancing Human Capacities*¹⁸, *The Ethics of Human Enhancement*¹⁹, *Enhancement: Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*²⁰ oraz *Encyclopédie du transhumanisme et du posthumanisme – L'humain et ses préfixes*²¹. Nie da się zrozumieć idei *przemiany ku lepszemu* bez odwołania do dzieł i tekstów, które powstały na kanwie historii – od przełomu średniowiecza i renesansu, aż do czasów obecnych. Do najbardziej wpływowych myślicieli i naukowców, kreujących oblicze nurtu *transformatio ad optimum* zaliczają się następujące postaci: R. Bacon, F. Petrarca, G. P. della Mirandola, Paracelsus, F. Bacon,

⁵ U. WIESING, *The History of Medical Enhancement: From Restitutio ad Integrum to Transformatio ad Optimum?*, [w:] B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 9-24.

⁶ B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt.

⁷ W. SZUMOWSKI, *Historia medycyny filozoficzne ujęta*, Kęty 2005.

⁸ Z. GAJDA, *Do historii medycyny wprowadzenie*, Kraków 2011.

⁹ P. ASZYK, *Etyczne oblicza starożytnej medycyny*, Warszawa 2010.

¹⁰ W.H.S. JONES, *Hippocrates with An English Translation*, Cambridge 1923; Tenże, *Hippocrates Collected Works*, Cambridge – Harvard 1968.

¹¹ C.G. KÜHN, *Claudii Galeni opera omnia*, Leipzig 1821-1833.

¹² N. BOSTROM, *A History of Transhumanist Thought*, [w:] JET, 14 (2005), nr 1, s. 1-25.

¹³ M. MORE, *The Transhumanist Reader*, John Wiley & Sons 2013.

¹⁴ M. HAUSKELLER, *Better Humans? Understanding the Enhancement Project*, Routledge 2014.

¹⁵ M. SANDEL, *Przeciwko udoskonalaniu człowieka. Etyka w czasach inżynierii genetycznej*, Warszawa 2014.

¹⁶ F. FUKUYAMA, *Koniec człowieka – Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, Kraków 2004.

¹⁷ J. SAVULESCU, N. BOSTROM (red.), *Human Enhancement*, Oxford 2009.

¹⁸ J. SAVULESCU, R. TER MEULEN, G. KAHANE (red.), *Enhancing Human Capacities*, Wiley-Blackwell 2011.

¹⁹ A. GIUBILINI, S. SANYAL, *The Ethics of Human Enhancement*, [w:] PC, 10 (2015), nr 4, s. 233-243.

²⁰ J.N. MISSA, L. PERBAL (red.), *Enhancement: Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris 2009.

²¹ G. HOTTOIS, J.N. MISSA, L. PERBAL (red.), *Encyclopédie du transhumanisme et du posthumanisme – L'humain et ses préfixes*, Paris 2015.

A. Wesaliusz, A. Paré, W. Harvey, Kartezjusz, T. Hobbes, J. O. de La Mettrie, N. de Condorcet, I. Kant, K. Darwin, F. Galton, M. Shelley, H. G. Wells, A. Huxley. Wybrane fragmenty ich twórczości staną się przedmiotem pogłębionej refleksji. Wśród najbardziej znanych, współczesnych entuzjastów i propagatorów *medical enhancement*, a także *transhumanizmu* czy *posthumanizmu* możemy wymienić niniejszych autorów: J. Savulescu, I. Perssona, R. Kurzweila, N. Agara, A. Sandberga, T. Douglasa, J. Harrisa czy wymienionych już wcześniej N. Bostroma oraz M. More'a.

Dla zrealizowania głównego celu rozprawy, jakim jest namysł etyczny nad fenomenem *medycznego wzmocnienia*, istotne będą treści przekazane przez współczesnych myślicieli, którzy do interesującego nas zagadnienia podchodzą z pewną dozą ostrożności, dostrzegając to, co dobre, a jednocześnie wskazując na czyhające niebezpieczeństwa i zagrożenia. Warto zauważyć, że przyjmując takie stanowisko bronią oni terapeutycznego wymiaru medycyny (*restitutio ad integrum*). W tym gronie znajdują się autorzy tacy jak: E. Pellegrino, L. Kass, a także przywołani uprzednio M. Sandel i F. Fukuyama. Niebagatelną rolę w wyjaśnieniu tej kwestii pełnią opracowania nurtu personalistycznego przygotowane na gruncie nauki polskiej. Wśród nich należy wymienić prace: T. Biesagi²², T. Kraja²³, A. Muszali²⁴, G. Hołuba²⁵, P. Morcińca²⁶, M. Machinka²⁷, B. Chyrowicz²⁸ czy M. Ferdynusa²⁹.

W cytowaniu tekstów źródłowych wykorzystano istniejące przekłady polskie, odnotowując tłumacza danego passusu lub dzieła w pierwszym przypisie. W sytuacji braku przekładu polskiego zastosowano tłumaczenie własne, które za każdym razem oznaczono: (tł. wł.). Cytaty, fragmenty tekstu, terminy i zwroty cieszące się istotnym znaczeniem przywołano zarówno w oryginale, jak i w tłumaczeniu na język polski. W przypadku, w którym dotarcie do tekstu oryginalnego okazało się niemożliwe – wykorzystano jego przekład w innym

²² T. BIESAGA, *Spór o podstawy etyki medycznej*, Kraków 2014.

²³ T. KRAJ, *Granice genetycznego ulepszania człowieka*, Kraków 2010.

²⁴ A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa – ocena etyczna nieterapeutycznych usług medycznych*, [w:] MP, (2006), nr 5, s. 28-34.

²⁵ G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014.

²⁶ P. MORCINIEC, *Medycyna ludzkich pragnień z perspektywy bioetycznej*, [Online]. http://www.morciniiec.mp.lay.net.pl/joomla/pdf/medycyna_pragnien.pdf, [dostęp: 03.02.2018].

²⁷ M. MACHINEK, *Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji lekarz – pacjent*, [Online]. http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej, [dostęp: 03.02.2018].

²⁸ B. CHYROWICZ, *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*, [w:] DM, 19 (2009), nr 1, s. 1-25.

²⁹ M. FERDYNUS, *Czy biomedyczne doskonalenie ludzkiej natury jest „zabawą w Boga”?*, [w:] SW, (2013), nr 50, s. 9-22.

dostępnym języku. Cytując teksty Nowego Testamentu skorzystano z V wydania Biblii Tysiąclecia.

Niniejsza rozprawa wpisuje się w zakres przytoczonych powyżej publikacji. Pragnie wnieść głos do toczącej się debaty bioetycznej dotyczącej etyczno-moralnych kwestii związanych z *medical enhancement*.

W tym miejscu autor pragnie wyrazić szczególną wdzięczność za specjalistyczną pomoc, cenne sugestie, cierpliwość i życzliwość swemu wykładowcy i promotorowi pracy ks. dr. hab. Andrzejowi Muszali, prof. UPJPII w Krakowie. Podziękowania kieruje również do innych wykładowców, którzy zainspirowali go do pochylenia się nad tematami bioetycznymi, a zwłaszcza do ks. prof. dr. hab. Tadeusza Biesagi, ks. dr. hab. Tomasza Kraja, ks. dr. hab. Grzegorza Hołuba i o. dr. hab. Jerzego Brusyły.

ROZDZIAŁ I

OKRES SUPREMACJI

IDEI RESTITUTIO AD INTEGRUM W MEDYCYNIE

Medycyna jest trudną do zdefiniowania dziedziną nauki. Na przestrzeni wieków wielu naukowców trudziło się nad wyjaśnieniem jej istoty. Pomimo ich wysiłków żadna z podanych dotychczas definicji tak naprawdę nikogo, kto zajmuje się medycyną na co dzień, w pełni nie zadowala¹. Choroba, ból i cierpienie są nieodłącznie związane z ludzką egzystencją. Od zarania dziejów towarzyszą człowiekowi. To one legły u początków medycyny. Jednak, jak trafnie zauważa Z. Gajda, same nie są jeszcze medycyną, bo medycyna nie zrodziła się z bólu i cierpienia, ale z potrzeby przyniesienia pomocy człowiekowi cierpiącemu z powodu choroby². G. Hołub stwierdza, że medycyna jest nauką tak starą, jak dążenie człowieka do zachowania zdrowia i przedłużenia życia³. Podobnie J. Miodoński przypomina, że medycyna jest tak stara, jak ludzkość, a jej narodziny związane są z chwilą, kiedy na drodze swego rozwoju istota ludzka stała się zdolną do współczucia i miłosierdzia⁴.

Dla lepszego zrozumienia i określenia istoty medycyny, koniecznym jest spojrzenie na nią przez pryzmat historii. Pierwszym celem niniejszego rozdziału, odwołującego się do dziejów sztuki leczenia jest ukazanie dominującego miejsca, jakie na gruncie medycyny klasycznej zajęła koncepcja terapeutyczna, ściśle powiązana z ideą *restitutio ad integrum*. W jej rozumieniu proces leczenia polega na stopniowym przywracaniu zdrowia, na powrocie do pierwotnego stanu integracji umysłu, ciała i ducha oraz jego jak najpełniejszej integralności⁵.

¹ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 23.

² Por. Tamże, s. 24.

³ Por. G. HOŁUB, *Medycyna*, [w:] EB, s. 341.

⁴ Por. J. MIODOŃSKI, *Z zagadnień etyki lekarskiej*, [w:] H. BORTNOWSKA (opr.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1984, s. 71.

⁵ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 1.

Drugim wątkiem, domagającym się szerszej prezentacji, jest wskazanie zasadniczych przyczyn i czynników, które zdecydowały o tak silnej i niepodważalnej pozycji, jaką zajęła ona na gruncie medycznym, począwszy od prób leczenia podjętych w kulturach pierwotnych, następnie w starożytności, w pierwszych wiekach chrześcijaństwa, aż po koniec okresu średniowiecza.

Dociekania te posłużą równocześnie do znalezienia odpowiedzi na pytanie, dlaczego w obszarze medycyny tych okresów nie było miejsca dla teorii *transformatio ad optimum*? Idei, która związana jest z ewentualną możliwością przekształcania osób będących w dobrej kondycji fizycznej w celu dalszej poprawy niektórych ich cech⁶.

1. POCZĄTKI

Pierwsze znane próby leczenia, rozumiane jako przywracanie zdrowia, dają się zauważyć w kulturach ludów pierwotnych. W zamierzonych czasach medycyna dość ściśle związana była z magią. Miała ona także charakter sakralny; lekarz niejednokrotnie należał do środowiska kapłańskiego. Człowiek pierwotny rozmaicie, często irracjonalnie, interpretował własne niedomagania, jak również nieznanne i tajemnicze zjawiska występujące w otaczającej go rzeczywistości. Jednak – obok praktyk magicznych – w medycynie pierwotnej zaczęły pojawiać się pierwsze skuteczne działania związane z zastosowaniem środków leczniczych oraz z podjęciem racjonalnych czynności terapeutycznych. Działania te można nazwać «empiryzmem leczniczym»; bazował on na doświadczeniach przeprowadzanych głównie na zwierzętach. Dotyczył przede wszystkim leczenia złamań kości, opatrywania ran i ziołolecznictwa i miał charakter ściśle terapeutyczny⁷. Świadczenia o podjęciu działań leczniczych, opartych na doświadczeniach, można odnaleźć w medycynie starożytnej Mezopotamii, Egiptu, Indii, Chin⁸ czy Izraela⁹.

⁶ Por. Tamże. „...the transformatio ad optimum idea, reshaping persons who are already in good physical shape to further improve certain characteristics”.

⁷ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 27-42; Z. GAJDA, dz. cyt., s. 23-37; H.E. SINGER, *A History of Medicine*, Oxford University Press New York 1961, vol. II, s. 3-7; A. NAWROCKA, *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008, s. 25.

⁸ Por. B. BUJAŁOWSKA, *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu*, [w:] T. BRZEZIŃSKI (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 28-37.

⁹ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 51-83.

Warto również zaznaczyć, że w medycynie żydowskiej spotykamy się z początkami medycyny zapobiegawczej, profilaktycznej. Wiadomości na ten temat znajdują się w Starym Testamencie i Talmudzie. Wiele przepisów natury higienicznej ustanowił Mojżesz, na przykład: izolację trędowatych, zakaz spożywania pewnych rodzajów mięs czy przestrogi związane z podjęciem współżycia z kobietą podczas menstruacji¹⁰.

2. STAROŻYTNA GRECJA

Geneza europejskiej sztuki leczenia związana jest z antyczną Grecją. Powstanie i rozwój tradycji medycznych zawdzięczamy słynnym szkołom znajdującym się na wyspie Kos, w Knidos i w Krotonie¹¹. Za ojca medycyny i najbardziej znanego lekarza uważa się Hipokratesa z Kos (V-IV w. przed Chr.). Jego nauka i autorytet mocno utrwaliły wymiar terapeutyczny sztuki leczenia. Nie inaczej było z poglądami filozoficznymi czy dyskursami prowadzonymi pośród starożytnych myślicieli, które w sposób znaczący przyczyniły się do ugruntowania terapeutycznej wizji medycyny. Należy tutaj wymienić następujące zagadnienia filozoficzne: kwestię upodobnienia się do bogów (*homoiosis theo*), platoński prymat duszy nad ciałem, a także arystotelesowską koncepcję sztuki.

Istotnymi problemami domagającymi się wyjaśnienia są także: kwestia kultury fizycznej oraz kontrowersyjne zjawisko dbałości o czystość społeczną. Było ono obecne w większości¹² greckich państw-miast. Ingerowano odgórnie nie tylko w proces kojarzenia par małżeńskich, ale również dopuszczano dzieciobójstwo. Jak jednak w świetle terapeutycznego modelu medycyny wyjaśnić eliminację dzieci nie tylko upośledzonych, chorych, słabych ale nawet nadliczbowych? Czy działania mające na celu troskę o tężyźnię fizyczną, a także o poprawę jakości zdrowia populacji nie przekraczają w jakiś sposób granic wyznaczonych poprzez ideę *restitutio ad integrum*?

2.1. Hipokrates

Działalność Hipokratesa (ok. 460-377 przed Chr.) przypadła w dobie rozkwitu nauki i sztuki greckiej. Wystarczy wspomnieć mistrza rzeźby Fidiasza czy filozofa Sokratesa, którzy żyli i tworzyli w tym samym okresie¹³.

¹⁰ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 73-83.

¹¹ Por. A. MUSZALA, *Embrion ludzki w starożytnej refleksji teologicznej*, Kraków 2009, s. 36.

¹² Por. H. KUPISZEWSKI, *Porzucenie dziecka w prawach antycznych*, [w:] MR, 11 (1956), nr 1-2, s. 58-59.

¹³ Por. Z. DOMOSŁAWSKI, *Wprowadzenie do medycyny*, Jelenia Góra 2007, s. 24; T. BIESAGA, *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, [w:] MP, (2006), nr 7-8, s. 20.

Jego medycynę można uznać za racjonalno-empiryczną. Racjonalizm opierał się na przyjęciu przez lekarza z Kos teorii humoralnej, tłumaczącej, czym jest zdrowie, a czym choroba¹⁴. Dla starożytnych Greków zdrowy organizm człowieka stanowił uporządkowany mikrokosmos – świat w miniaturze. Jego głównymi składnikami były cztery ciecze, tak zwane humory: krew, żółta żółć, czarna żółć i śluz. Składniki te odpowiadały czterem żywiołom wszechświata: powietrzu, ogniewi, ziemi i wodzie. Uznawano, że pomiędzy człowiekiem, a wszechświatem; między mikrokosmosem, a makrokosmosem rysuje się wyraźna analogia¹⁵. Chorobę postrzegano jako skutek zachwiania właściwej równowagi pomiędzy humorami. Innymi słowy, utrata zdrowia wiązała się ze stanem braku odpowiednich proporcji, czyli z tak zwaną *dyskrazją*¹⁶. W zaistniałej sytuacji zadaniem lekarza było przywrócić – poprzez odpowiednią terapię – pierwotny stan ludzkiego mikrokosmosu, stan *eukrasii*, właściwą równowagę pomiędzy czterema cieczami, decydującą o zdrowiu i dobrej kondycji organizmu¹⁷.

Empiryzm Hipokratesa wyływał z doświadczeń wykonywanych w Asklepieionie¹⁸, w którym pobierał nauki, z podpatrywania praktyki własnego ojca lekarza, z rozlicznych podróży, jakie odbywał po ówczesnych ośrodkach leczniczych. Jego wskazówką są słowa: *Ars medica tota in observatione – sztuka medycyny opiera się na obserwacji*¹⁹. Dla lekarza z Kos znajomość medycyny uwarunkowana była znajomością natury człowieka. Dopiero po jej wnikliwym zgłębieniu, po udzieleniu odpowiedzi na pytanie, kim jest istota ludzka, można było przystąpić do leczenia. Według niego to właśnie siły natury pomagają w przezwyciężeniu choroby. Dążą one do przywrócenia równowagi koniecznej dla zdrowia organizmu człowieka. W tym kontekście Hipokrates w swym dziele *O epidemiach* sformułował przestrożę – zalecenie, o którym każdy lekarz, zanim podejmie działanie, winien pamiętać. Streścił ją w następujących słowach: *Pomagaj lub przynajmniej nie szkodź*²⁰. W późniejszym czasie,

¹⁴ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 104.

¹⁵ Por. Tamże, s. 105.

¹⁶ *Dyskrazia* czyli nieprawidłowy skład podstawowych komponentów zdrowia, przeciwieństwo *eukrasii* – stanu harmonii i równowagi tychże składników. Por. M.D. GRMEK, B. FANTINI, *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*, Harvard 2002, s. 247-248.

¹⁷ Por. U. WIESING, dz. cyt. „If it's order, or the configuration of its individual components, became disturbed (if, for example, the 'good ratio between the humours' became imbalanced) this would then be the cause of disease. The task of the physician was, therefore, to reinstate the original order, the eucrasia of the human microcosm, and thus cure the disease, according to the concept of restitutio ad integrum”.

¹⁸ Więcej na temat Asklepieionu – por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 97-100.

¹⁹ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 98; Z. GAJDA, dz. cyt. s. 104 -106; Z. DOMOSŁAWSKI, dz. cyt., s. 23-25

²⁰ Por. HIPPOCRATES, *Epidemics*, book I, constitution 2, XI, [w:] *Hippocrates with An English...*, dz. cyt., t. 1, s. 165. „As to diseases, make a habit of two things — to help, or at least, to do no harm”; lub w tłumaczeniu alternatywnym: por. W.H.S. JONES (tr. ang.), *Of the Epidemics*, [Online]. <http://www.grtbooks.com/exitfram>,

w zlatynizowanej wersji przyjęło ono formę znanego powiedzenia: *Primum non nocere* (*Po pierwsze nie szkodzić*). Autorstwo ujętej w taki sposób sentencji nie jest znane, choć często przypisywane i kojarzone z osobą Hipokratesa. Lecznicza rola natury została przez niego podkreślona w tezach wynikających z obserwacji: *Natura sanat, medicus curat morbos* (Natura leczy, lekarz sprawuje pieczę nad chorym), a także: *Medicus minister naturae, non magister* (*Lekarz służy natury, nie nauczycielem*)²¹. Według Hipokratesa zadaniem lekarza jest:

„...uwalniać chorych od cierpienia, nieść ulgę w chorobie i powstrzymać się od leczenia tych chorych, którymi choroba totalnie zawładnęła, w takich bowiem przypadkach medycyna jest bezsilna”²².

Terapeutyczny wymiar medycyny kształtującej się na terenie Antycznej Grecji potwierdza tekst *Przysięgi* przypisywany lekarzowi z Kos²³. Czytamy w nim:

„Będę stosował zabiegi lecznicze wedle moich możliwości i rozeznania ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy. Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją. Nie będę operował chorych na kamice, pozostawiając to ludziom zawodowo stosującym ten zabieg. Do jakiegokolwiek wejdę domu, wejdę

asp?idx=0&yr=5000&aa=AA&at=AA&ref=hippocrates&URL=http://classics.mit.edu/Hippocrates/epidemics.html, book I, section II, 5, [dostęp: 11.02.2015]. „The physician must be able to tell the antecedents, know the present, and foretell the future - must mediate these things, and have two special objects in view with regard to disease, namely, to do good or to do no harm”; Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 41-42.

²¹ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 97-98; Z. GAJDA, dz. cyt., s. 108-109.

²² HIPPOCRATES, *The art III*, [w:] *Hippocrates with An English...*, dz. cyt., t. 2, s. 193. „In general terms, it is to do away with the sufferings of the sick, to lessen the violence of their diseases, and to refuse to treat those who are overmastered by their diseases, realizing that in such cases medicine is powerless”.

²³ Słynna *Przysięga* Hipokratesa obok takich dzieł jak: *Aforyzmy*, *O klimatach wodach i miejscach*, *Prognozy koskie* i inne zebrane są razem pod nazwą: *Corpus Hippocraticum*. Do dziś toczy się spór o autorstwo nie tylko *Przysięgi*, ale i całego zbioru, na który składają się 53 księgi zawierające teksty różnego pochodzenia. Czy twórcą jest sam Hipokrates czy jego uczniowie? Wydaje się, że to co przypisuje się Hipokratesowi należy raczej odnieść do wielowiekowej praktyki szkoły lekarskiej związanej z tamtejszym środowiskiem medycznym. Ważnym jest także postawienie pytania o wpływ innych kultur np. Starożytnego Egiptu na kształtowanie się sztuki medycznej i etosu lekarza. Teksty zawarte w *Corpus Hippocraticum* mogły być spisane w różnym okresie czasu, na przestrzeni od VI wieku przed Chr. do I wieku po Chr. włącznie. Jednakże spory toczące się wokół autorstwa nie przekreślają faktu, że tekst *Przysięgi* spełnił doniosłą rolę w historii medycyny od Starożytności po czasy współczesne. Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 110-111; T. BIESAGA, dz. cyt., s. 20; J. WOY-WOJCIECHOWSKI, *Aktualność Przysięgi Hipokratesa na progu trzeciego tysiąclecia*, [w:] „Czasopismo Aptekarskie”, 176-177 (2008), nr 8-9, s. 43-44; A. MUSZALA, *Embrion ludzki...*, dz. cyt., s. 36.

doń dla pożytku chorych, nie po to, żeby świadomie wyrządzać krzywdę lub szkodzić w inny sposób...”²⁴.

Według słów *Przysięgi* lekarz, mając na uwadze pożytek i dobro chorych, zobowiązuje się do troski o nich zgodnie z najlepszymi intencjami oraz według swej wiedzy, umiejętności i możliwości. Tekst zakłada nieszkodzenie pacjentowi. Prawda ta została wyrażona poprzez wyraźny zakaz podania środka, który spowodowałby śmierć czy to w formie eutanazji, czy aborcji. Oprócz tego został do tego dołączony zakaz operowania chorych na kamicy. Fragment ten sprawia wiele problemów interpretatorom tekstu *Przysięgi*²⁵. Jednym z możliwych wyjaśnień jest propozycja Z. Gajdy, który zwraca uwagę, że zakaz ten oznacza ogólnie: «zakaz wykonywania zabiegów chirurgicznych z ingerencją w jamy ciała»²⁶. Autor ten podkreśla, że w czasach, kiedy powstawała *Przysięga*, zabiegi chirurgiczne charakteryzowały się wysoką śmiertelnością. Wydaje się zatem, że zamieszczony zakaz miał być swoistą gwarancją, aby nie wiązano czynności podejmowanych przez lekarza z działaniami mogącymi wywołać sytuację bezpośredniego zagrożenia życia²⁷. Być może chodziło o próbę rozdzielenia kompetencji lekarza i chirurga²⁸. Wątek ten podejmuje A. Muszala podkreślając, że zapis szczegółowy: «Nie będę operował chorych na kamicy, pozostawiając to ludziom zawodowo stosującym ten zabieg» wskazuje, że proces kształtowania się specjalizacji lekarskich towarzyszył od początku naukowemu namysłowi nad medycyną. Ponadto jest on wezwaniem do unikania błędów lekarskich. W świetle tego imperatywu lekarz jest moralnie zobowiązany do odstąpienia od specjalistycznych czynności medycznych na rzecz innego kompetentnego lekarza – eksperta w danej dziedzinie. *Punctum saliens* przytoczonego fragmentu nie stanowi kamica jako taka (będąca jedynie przykładem zabiegu), ale zakaz przekraczania kompetencji właściwych dla konkretnej specjalizacji²⁹.

²⁴ Fragment przysięgi Hipokratesa za: J. KOWALSKI, *Przysięga lekarska*, [w:] EB, s. 476. Tekst w oryginale greckim: *Hippocrates Collected...*, dz. cyt., s. 130–131.

²⁵ Szerzej na ten temat możliwych interpretacji tego fragmentu: P. ASZYK, dz. cyt., s. 35-36.

²⁶ Z. GAJDA, dz. cyt., s. 115.

²⁷ Por. Tamże.

²⁸ Por. W.A. GREENHILL, *Chirurgia*, [w:] W. SMITH (ed.), *Dictionary of Greek and Roman Antiquities*, London 1875, s. 272. „The author of the Oath, commonly attributed to Hippocrates, binds his pupils not to perform the operation of lithotomy, but to leave it to persons accustomed to it (*ἐργάτησι πρῆξιός τῆσδε*); from which it would appear as if certain persons confined themselves to certain operations”.

²⁹ Por. A. MUSZALA, *Kodeks Etyki Lekarskiej: odcinek 17 – gdy przypadek kliniczny przerasta możliwości lekarza*, [w:] MP, (2014) nr 7-8, s. 128-129.

W powyższej perspektywie adept sztuki medycznej jawi się jako ten, który powołany jest do terapii, czyli przywracania zdrowia, niesienia ulgi w cierpieniu. Innymi słowy działalność lekarska służy idei *restitutio ad integrum* i nie powinna kojarzyć się jako ta, która niesie śmierć³⁰.

Corpus Hippocraticum przedstawia medycynę jako najznamienitszą ze sztuk. Utożsamia ją z mądrością, którą lekarz buduje na takich wartościach jak: dobre życie, altruizm, filantropia, wiedza, skromność, czystość, niezłomność, wolność od przesądów, prawdziwa pobożność³¹. Ważnym wydaje się zwrócenie uwagi, że mądrość zasadza się tutaj nie tylko na samym wykształceniu, czyli sumie zdobytej wiedzy, ale na całokształcie cech, które decydują o głębi człowieczeństwa³². Prawdę tę wyrażają kolejne dwie sentencje, które Hipokrates pozostawił w swej spuściźnie: «Lekarz filozof (miłujący mądrość) jest równy bogom»³³ oraz: «Gdzie jest miłość do człowieka, tam jest miłość do sztuki (leczenia)»³⁴.

2.2. Ideał *homoiosis theō* – *ὁμοίωσις θεῶν* oraz platoński prymat duszy nad ciałem

Dodatkowy argument na rzecz rozwoju i umacniania się terapeutycznego modelu medycyny został dostarczony przez greckich, antycznych filozofów³⁵. W myśli starożytnej postulującej dążenie do doskonałego życia pojawiła się idea upodobnienia do bogów/boga – *homoiosis theō*³⁶. Wypływała ona z pragnienia zakodowanego w samej ludzkiej naturze, dotyczącego przekraczania siebie samego³⁷. Oczywiście nie chodziło tutaj o łamanie granic

³⁰ Por. Z. GAJDA, dz. cyt. s. 115.

³¹ Por. P. ASZYK, dz. cyt. s. 41.

³² Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 121.

³³ HIPPOCRATES, *Decorum* 5, [w:] *Hippocrates with An English...*, dz. cyt., t. 2, s. 287. „For a physician who is a lover of wisdom is the equal of a god”.

³⁴ HIPPOCRATES, *Precepts* 6, [w:] *Hippocrates with An English...*, dz. cyt., t. 1, s. 319. „For where there is love of man, there is also love of the art”.

³⁵ Jest to o tyle ciekawe, że „Starożytność grecka znała kult ciała, filozofia jednak tego nie uzasadniała. Dla platonizmu ciało jest nieprzyjacielem duszy i trzeba się od niego uwolnić. Zjednoczenie duszy z ciałem jest następstwem grzechu popełnionego przed narodzeniem. Stoicy nie mieli tych dualistycznych założeń, czuli jednak odrazę do wszystkiego, co sprzeciwiało się rozumowi i ograniczało wolność. W ciele tkwią namiętności, które są przeszkodą do życia według *logosu*, do życia moralnego”. T. ŠPIDLÍK, I. GARGANO, V. GROSSI, *Duchowość Ojców Kościoła*, Kraków 2004, s. 83.

³⁶ Filozofia grecka oscylowała między dwoma przeciwnymi postawami. Pomiedzy starożytną tradycją religijną, która upominała człowieka, by nie przekraczał swoich granic i nie uważał się za równego bogom, a pragnieniem dorównania istotom boskim wyrażonego w idei *homoiosis theō*. Por. Tamże, s. 46-47.

³⁷ Por. W.J. TUREK, *Idea przebóstwienia człowieka we współczesnych opracowaniach patrystycznych*, [w:] „Studia Płockie”, (2004), t. 32, s. 60.

natury człowieka, ale o dążenie do osiągnięcia stanu pełnej harmonii i doskonałości na wzór boski.

Już w myśli pitagorejskiej obecny był praktyczny wymiar filozofii przejawiający się w filozoficznym sposobie życia³⁸. Według pitagorejczyków podstawowa zasada egzystencji wiązała się z poszukiwaniem mądrości, doskonaleniem się w cnocie sprawiedliwości. Dokonywało się to dzięki filozofii, która polegała na podążaniu za boskim wzorcem³⁹. Nowy styl życia, którego cel stanowiło osiągnięcie boskiej doskonałości, zaproponował także Sokrates. W jego ujęciu ową doskonałość można było zdobyć poprzez umiłowanie i pragnienie mądrości, poprzez kroczenie jej ścieżkami⁴⁰.

Dla lepszego zrozumienia zagadnienia warto odwołać się do dialogu Platona⁴¹ *Teajtet*:

„Ale zginąć zło nie może, musi zawsze istnieć jakieś przeciwieństwo dobra. U bogów zła nie umocujesz, ono się koniecznie koło natury śmiertelnej płatać musi i po tym świecie chodzić. Dlatego się też starać potrzeba, żeby stąd uciec tam jak najprędzej. Ucieczka — to upodobnienie się do boga (*ὁμοίωσις θεῶν*), według możliwości. Upodobnić się do niego to stać się sprawiedliwym i pobożnym, przy zachowaniu rozsądku. (...) Bóg nie jest w żadnym względzie i żadną miarą niesprawiedliwy, ale jest jak tylko można sprawiedliwy i nic nie jest do niego tak podobne, jak ten spośród nas, który się stanie jak najsprawiedliwszy”⁴².

Człowiek, chcąc uciec przed złem, w które uwikłana jest śmiertelna natura, musi upodobnić się do boga. Skoro sprawiedliwość jest boską cechą, to realizacja *homoiosis theo* zakłada konieczność doskonalenia się w tej cnocie. Wzrost ludzkiej perfekcji zależy więc od troski o sprawiedliwość, o jej rozwój⁴³. Zadaniem duszy jest wyzwolenie się z ciała, które jest

³⁸ Por. A. KAZIMIERCZAK-KUCHARSKA, *Aspekty procesu dążenia do doskonałego życia w filozofii greckiej i w chrześcijaństwie pierwszych wieków*, [Online]. http://www.katedra.uksw.edu.pl/publikacje/anna_kazimierzczak_kucharska/aspekty_i_proces_dazenia_do_doskonalego_zycia_w_filozofii_greckiej.pdf, s. 1, [dostęp: 08.05.2014].

³⁹ Por. P. ŚWIERCZ, *Jedność wielości. Świat, człowiek, państwo w refleksji nurtu orficko – pitagorejskiego*, Katowice 2008, s. 296.

⁴⁰ Por. A. KAZIMIERCZAK-KUCHARSKA, dz. cyt., s. 2.

⁴¹ Platon przejął ideę *stania się jak bogowie*, obecną już we wczesnej myśli helleńskiej i rozwinął. Jego zasada *homoiosis theo* była później wielokrotnie interpretowana i komentowana przez medioplatoników i neoplatoników. Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 10; E. OSEK, *Samopoznanie w Teajtecie*, [w:] A. PACEWICZ (red.), *Kolokwia Platonskie – Teajtet*, Wrocław 2007, s. 70.

⁴² PLATON, *Teajtet* 176 a-c, W. WITWICKI (tł.), Kęty 2002, s. 141-142. Inne teksty Platona, w których porusza on problematykę upodobnienia do bogów to: *Fajdros* 252 d – 253 c, *Timajos* 90 d, *Państwo* 500 c-d.

⁴³ Por. E. OSEK, dz. cyt., s. 72.

dla niej więzieniem, i zjednoczenie z bogiem⁴⁴. Dla Platona to filozofia jest narzędziem, dzięki któremu człowiek jest zdolny do samodoskonalenia się. Dzięki niej może on odkrywać prawdę, zwracać się w stronę cnót, a przez to wzrastać w doskonałości⁴⁵. Innymi słowy, kroczenie drogą *homoiosis theo* powoduje duchowe oraz moralne uszlachetnienie duszy⁴⁶.

W antropologii Platona widoczny jest ostry dualizm pomiędzy duszą i ciałem. Niematerialna dusza przeciwstawiona została materialnemu ciału. Jest ona nieśmiertelna, doskonalsza od ciała, posiada zdolność poznawania idei i upodabniania się do nich. Człowiek to nic innego jak dusza rządząca ciałem. Dla duszy ciało jest czymś niższym, zniewalającym, ograniczającym ją. Prawdziwe życie duszy rozpoczyna się w momencie śmierci ciała⁴⁷.

Idea *homoiosis theo* była również obecna w filozofii stoickiej⁴⁸. Diogenes Laertios w *Żywotach i poglądach słynnych filozofów* przekazał stoicką wizję boga:

„Bóg — wedle stoików — jest istotą żywą, nieśmiertelną, rozumną, doskonałą, albo — inaczej mówiąc — myślącym duchem zażywającym szczęścia, nie dopuszczającym do siebie żadnego zła, opatrnościowo troszczącym się o świat i o wszystko, co w nim się znajduje; nie jest jednak antropomorficzny. Bóg jest twórcą i niejako ojcem wszechrzeczy, przenika wszystkie rzeczy, zarówno w całości, jak i we wszystkich częściach, a nazywa się go stosownie do sił, jakie objawia”⁴⁹.

Stoicy, wyznając panteizm, utożsamiali naturę z bogiem. Według nich to natura – bóg zarządza całością uporządkowanego i celowego świata, w swojej opatrności troszczy się o niego. Każdy stworzony byt jest z nią zgodny i według niej się rozwija, by ostatecznie osiągnąć pełnię swej doskonałości⁵⁰. Według stoików harmonia zachodząca w świecie

⁴⁴ Por. W. TATARKIEWICZ, *Historia filozofii*, t. I, Warszawa 1990, s. 91.

⁴⁵ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 10.

⁴⁶ Por. K. PAWŁOWSKI, *Egzystencjalny wymiar filozoficznej mądrości według Platonańskiego „Teajeta”*. *Moralne i duchowe aspekty maieutyki sokratejskiej*, [w:] *Kolokwia...*, dz. cyt., s. 54.

⁴⁷ Por. W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. I, s. 91.

⁴⁸ Stoicy głosili, że istnieje harmonia między człowiekiem, który jest mikrokosmosem, a wszechświatem, który jest makrokosmosem. *Logos* (rozum lub dusza świata) kieruje wszechświatem, a ludzie powinni tylko sprawować kontrolę nad swoimi namiętnościami tak, aby żyć zgodnie z naturą i jej prawami. Stoicyzm jest przede wszystkim filozofią moralności, głosi jednak także panteistyczną kosmologię, według której wszystko jest przeniknięte przez Boga i przez Boże oddziaływanie. Przez stulecia był to przeważający pogląd wśród intelektualistów w świecie grecko-rzymskim; jego zwolennikiem był Seneka (ok. 4 przed Chr. do 65 po Chr.) i Marek Aureliusz (cesarz w latach 161-180 po Chr.). Por. G. O'COLLINS, E.G. FARRUGIA, *Leksykon pojęć teologicznych i kościelnych*, Kraków 2002, s. 174-175.

⁴⁹ DIOGENES LAERTIOS, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, I. KROŃSKA (tł.), Warszawa 2011, s. 436.

⁵⁰ Por. J. JARZĘBIAK, *Zarys teologii stoickiej*, [w:] AULFP, (2010), nr 23, s. 179-181.

świadczy o rozumności natury i należy określać ją rozumem świata⁵¹. Ludzie dzięki *apatii* – mogą kontrolować własne namiętności i w ten sposób żyć zgodnie z prawami natury. Takie zaś postępowanie to nic innego jak *homoiosis theo* – ciągle upodabnianie się do boga.

Platoński prymat duszy nad ciałem, a także zasada *homoiosis theo* pociągnęły za sobą dalekosiężne skutki. Wywarły mocny wpływ na powiązanie idei samodoskonalenia się człowieka z płaszczyzną ducha i moralności. Uwaga myślicieli została ukierunkowana jednowymiarowo. Skoncentrowała się na trosce o wewnętrzny postęp człowieka, wzrost w mądrości, poznanie intelektualne, rozwój cnót sprawiedliwości czy pobożności. Dążenie do doskonałości w takim rozumieniu pełniło i nadal pełni ważną rolę w procesie kształtowania jednostki ludzkiej. Posiada również pozytywny wpływ na życie społeczeństwa i na relacje międzyludzkie. Minusem tego ujęcia było zmarginalizowanie sfery cielesnej. Inaczej mówiąc charakteryzowało się ono brakiem harmonii, właściwej równowagi pomiędzy tym, co duchowe, a tym, co cielesne. To przesunięcie akcentu w stronę spirytualizmu spowodowało brak zainteresowania tematyką związaną z możliwością doskonalenia sfery cielesnej. Dodatkowo, w związku z postrzeganiem świata jako uporządkowanego uniwersum, kierowanego poprzez doskonałą rozumną naturę (*stoicyzm*), jakiegokolwiek dążenie do poprawy ludzkiego ciała, rozumiane jako wykraczanie poza naturę, traciło rację bytu. W tej perspektywie medycyna mogła rozwijać się jedynie w ramach nurtu terapeutycznego, pomagając w powrocie do zdrowia – pierwotnego, naturalnego stanu.

W dalszym biegu historii idea upodobnienia się do boga przyjęła rozmaite wersje, zarówno filozoficzne jak i teologiczne⁵². Swoją obecność zaznaczyła również w chrześcijaństwie⁵³.

2.3. Arystoteles i klasyczna koncepcja sztuki leczenia

Medycyna była sztuką leczenia nie tylko dla Hipokratesa, ale również dla Arystotelesa (384-322 przed Chr.), uważanego za największego filozofa starożytności. Jako syn lekarza króla macedońskiego już w młodości zapoznał się z przyrodoznawstwem oraz

⁵¹ Por. MARCUS TULLIUS CICERO, *O naturze bogów: O wróżbiarstwie, O przeznaczeniu*, Pisma Filozoficzne, t. 1, Warszawa 1960, s. 122.

⁵² Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 10.

⁵³ Por. E. OSEK, dz. cyt., s. 70.

medycyną. Jego dzieła i myśl stanowiły podstawę dla działalności wielu przyszłych pokoleń⁵⁴. Arystoteles stworzył podwaliny klasycznej koncepcji sztuki, która – jak się okazało – nie pozostała bez wpływu na medycynę.

Przyjrzyjmy się pokrótce myśli Stagiryty. Zdefiniował on sztukę⁵⁵ (τέχνη) jako «...trwałą dyspozycję do opartego na trafnym rozumowaniu tworzenia»⁵⁶. Owa «trwała dyspozycja» jawi się tutaj jako zdolność do wytwarzania bazująca na ludzkiej rozumności. W sztuce człowiek za pomocą rozumu ustala, co chce osiągnąć, czyli rozpoznaje cel. Następnie obmyśla plan, kieruje wszystkim, dobierając odpowiednie narzędzia i tworzywa niezbędne do tego, aby ustalony wcześniej cel osiągnąć. Tworzywem sztuki może być właściwie wszystko, co możemy przetworzyć, zarówno materia ożywiona, jak nieożywiona, ludzkie myśli oraz uczucia. Dla Arystotelesa sztuką była nie tylko interesująca nas medycyna, logika, rzeźbiarstwo, poezja, ale również uprawa, hodowla, szewstwo czy budownictwo. Oczywiście poszczególne umiejętności różnią się między sobą. Na czym innym polega leczenie, na czym innym budowanie domu, czy szycie butów. Dla Stagiryty sedno leży w tym, że w każdym z powyższych przypadków występuje wytwarzanie jako czynność świadoma i celowa. Należy tutaj zwrócić uwagę, że różne reguły czy zasady mogą prowadzić do osiągnięcia zamierzonego celu. Dla przykładu, celem medycyny jest odzyskanie zdrowia. Czymś oczywistym jest, że drogi terapii, a więc zastosowane środki prowadzące do wyeliminowania choroby, mogą być różne. Jeżeli lekarz perfekcyjnie opanuje zasady sztuki medycznej, a więc dąży do celu, jakim jest powrót pacjenta do zdrowia, kierując się namysłem dobiera odpowiednie narzędzia i środki oraz nie popełnia błędów, to spełnia warunki i kryteria pozwalające uznać go za mistrza medycyny⁵⁷.

Według Arystotelesa dziełem – wytworem sztuki – mogą być różne rzeczy. Może nim być kicz i arcydzieło; coś, co autentycznie sprzyja dobru i rozwojowi ludzkości, ale także coś, co może służyć destrukcji. Produktem ludzkiej myśli może być bardzo dobre lekarstwo, jak również skuteczna trucizna. Okazuje się, że człowiek może zaplanować i wykonać dzieło złe.

⁵⁴ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 107-108.

⁵⁵ Samo słowa sztuka jest przekładem łacińskiego *ars*, a to z kolei greckiego τέχνη i oznacza coś sztucznego, różnego od tego co powstało naturalnie, a także coś co zostało wytworzone umiejętnie, co jest dziełem. Por. H. KIEREŚ, *Klasyczna teoria sztuki*, [w:] T. RAKOWSKI (red.), *U źródeł tożsamości kultury europejskiej*, Lublin 1994, s. 201.

⁵⁶ ARYSTOTELES, *Etyka Nikomachejska*, 1140 a. 9, D. GROMSKA (tł.), [w:] ARYSTOTELES, *Dzieła wszystkie*, t. 5, Warszawa 2000.

⁵⁷ Por. H. KIEREŚ, *Klasyczna...*, dz. cyt., s. 201-218.

Jak zatem odróżnić sztukę dobrą od złej, czy fałszywej?⁵⁸. Stagiryta dał odpowiedź w słynnym zdaniu: «Sztuka naśladuje naturę»⁵⁹. Wprowadził w ten sposób zasadę *mimesis* (*μιμήσις* – *imitacja, podobieństwo*). Według niej sztuka naśladuje naturę. Co to oznacza?

Zdaniem Stagiryty w otaczającym nas świecie natura charakteryzuje się dynamizmem i celowością. W sposób właściwy dobiera ona środki i skutecznie osiąga własne cele. Zadaniem człowieka jest poznawanie praw natury, jej naśladowanie. Zdobyta w ten sposób wiedza i umiejętności mają służyć osiągnięciu własnych celów. Jak pisze U. Wiesing, z natury, która jest modelem, sztuka (*τέχνη*) czerpie wzór i, naśladowając ów model, dąży do własnej wewnętrznej entelechii (*ἐντελέχεια* – *ucelowienie*)⁶⁰. W tej perspektywie ludzka twórczość charakteryzuje się rozumnością i wolnością, ale jednocześnie jest ona ograniczona przez naturę, która stanowi kryterium celowości działalności człowieka, a także określa jej granice⁶¹. Innymi słowy prawdziwą, dobrą sztuką jest jedynie taka twórczość, która porusza się w granicach naśladowania natury. Działanie sprzeczne z naturą – nie może być uznane za sztukę.

W ujęciu Arystotelesa sztuka, w tym medycyna, jest aktywnością ludzką w sposób szczególny naśladującą działalność natury. Teoria ta niewątpliwie pomogła w utrwaleniu na polu medycznym idei *restitutio ad integrum*. Stagiryta na prawie dwa tysiące lat określił, co człowiek może, używając swojej mocy i umiejętności, uczynić w świecie i ze światem, a także z sobą samym⁶². Zakres ludzkich, aktywnych możliwości w ramach arystotelesowskiego *τέχνη* został ograniczony, a kierunek działań określony przez naturę⁶³. Co zrozumiałe, w takich warunkach idea *transformatio ad optimum*, roszcząca sobie pretensje do przekraczania granic natury, głosząca konieczność ulepszenia gatunku ludzkiego,

⁵⁸ Tamże.

⁵⁹ ARYSTOTELES, *Fizyka*, 194 a. 21-22, K. LEŚNIAK (tł.), Warszawa 1990.

⁶⁰ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 10. „With nature as such being the model, art (or *τέχνη*), following this model, will strive toward its inherent entelecheia”.

⁶¹ Por. H. KIEREŚ, *Praca i sztuka*, [w:] CzwK, (2005), nr 17, s. 38; Tenże, *Sztuka, a prawda*, [w:] CzwK, (1994), nr 2, s. 57.

⁶² Por. H. BLUMENBERG, „*Imitation of nature*”: *Toward a prehistory of the idea of the creative being*, [w:] QP, 12 (2000), nr 1, s. 17. „For almost two thousand years, it seemed as if the conclusive and final answer to the question, "What can the human being, using his power and skill, do in the world and with the world?" had been given by Aristotle when he proposed that „art” was the imitation of nature, thereby defining the concept with which the Greeks encompassed all the actual operative abilities of man within reality - the concept of *techné*”.

⁶³ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 10. „...the range of active possibilities for the human being within the framework of an Aristotelian *τέχνη* is limited, and the direction of his or her activities is already preset by nature”.

poprawy i wzmocnienia tego, co znajduje się w dobrej kondycji fizycznej⁶⁴, nie miała podstaw do zaistnienia i rozwoju.

2.4. Tendencje eugeniczne

W antycznej Grecji odnotować można także praktyki zmierzające do zapewnienia czystości społecznej, polegające na kojarzeniu par małżeńskich czy porzucaniu nowo narodzonych dzieci. Już wtedy, posługując się dzisiejszym nazewnictwem, miały zatem miejsce selektywne zabiegi eugeniczne⁶⁵. Powstaje pytanie, jak pogodzić eliminowanie dzieci upośledzonych i chorych z terapeutyczną wizją medycyny. Czy zgoda na takie postępowanie nie przemawia za tym, że już u starożytnych dopuszczano myślenie w kategoriach *transformatio ad optimum*? Odwołajmy się do kilku opinii znawców przedmiotu. Francuski historyk i znawca kultury Antyku H.I. Marrou tak opisuje zwyczaje starożytnych Spartan:

„Drobiazgowo i wścibskie wychowanie zajmuje się dzieckiem, zanim się jeszcze narodzi. To Sparta wypracowała całą politykę eugenizmu. Dziecko musi – tuż po przyjściu na świat – zostać przedstawione na *Lesche* (λέσχη) komitetowi starców. Przyjmują je oni jako przyszłego obywatela, tylko jeżeli jest piękne, dobrze zbudowane i silne. Niemowlęta wątłe i ułomne wyrzuca się na śmietnik”⁶⁶.

Platon w swojej utopii budowania państwa doskonałego odwoływał się do takich zabiegów jak: selekcja dzieci po urodzeniu czy kojarzenie par w celach urodzenia jak najlepszych i najzdrowszych osobników. W swym dialogu pt. *Państwo* napisał:

„I te wciąż rodzące się dzieci odbiera osobny urząd do tego celu ustanowiony, a zatrudniający mężczyzn albo kobiety, albo jednych i drugie, bo przecież chyba i w urzędach będą pracowały kobiety pospołu z mężczyznami. I dzieci lepszych ludzi, tak uważam, będą brały i zanosły do ochronki, do jakichś mamek, które

⁶⁴ Por. Tamże, s. 1.

⁶⁵ Por. T. SACHAJ, *Eugenika społeczna w ujęciu Platona*, [w:] „Archeus”, (2004), t. 5, s. 15.

⁶⁶ H. I. MARROU, *Historia wychowania w starożytności*, S. ŁOŚ (tł.), Warszawa 1969, s. 52. W starożytnej Sparcie pozbywano się noworodków posiadających wady rozwojowe. W celu wyeliminowania słabszych osobników dzieci zdrowe poddawano kąpieli w lodowatej wodzie. Por. P. LÉVÊQUE, *Świat grecki*, J. OLKIEWICZ (tł.), Warszawa 1973, s.168.

mieszkają osobno w pewnej dzielnicy miasta. A dzieci tych gorszych, gdyby się tym innym jakieś ułomne urodziło, to też w jakimś miejscu, o którym się nie mówi i nie bardzo wiadomo, gdzie by ono było, ukryją, jak się należy”⁶⁷.

Z przytoczonego tekstu wynika, że Platon w swojej koncepcji społecznej opowiadał się za ochroną populacji przed pojawieniem się w niej jednostek słabych, ułomnych, wadliwych. W imię dobra ogółu sugerował eliminowanie dzieci zbędnych, mogących w przyszłości stanowić obciążenie dla państwa. W postulatach dotyczących biologicznej reprodukcji Ateńczyk podkreślał, że należy rezygnować ze stanu kawalerskiego i kojarzyć małżeństwa dla spłodzenia potomstwa o jak najwyższej jakości⁶⁸. Drogą do osiągnięcia tego celu są odpowiednie normy orzekane przez prawodawcę, który:

„...powinien jak się należy dbać i przy pomocy pochwał i nagan wyróżnić właściwe i niewłaściwe związki małżeńskie, którymi się obywatele ze sobą łączą”⁶⁹.

Platon poszedł dalej i w swoich żądaniach dotyczących podnoszenia jakości „hodowli”⁷⁰ ludzi i określił kto i z kim powinien współżyć:

„Potrzeba przecież (...) cośmy uchwalili, żeby najlepsi mężczyźni obcowali z najlepszymi kobietami jak najczęściej, a najgorsi z najlichszymi jak najrzadziej, i potomków z tamtych par trzeba chować, a z tych nie, jeżeli trzoda ma być pierwszej klasy”⁷¹.

W takim ujęciu przed każdym obywatelem, który zawiera związek małżeński, jawi się misja do wykonania: zapewnienie państwu potomstwa o jak najlepszych możliwych cechach. Według Ateńczyka w dążeniu do właściwego funkcjonowania instytucji małżeństwa należałoby powołać specjalny nadzór prokreacyjny w postaci specjalnych dozorczyń⁷².

⁶⁷ PLATON, *Państwo*, V 460 b-c, W. WITWICKI (tł.), Kęty 2003.

⁶⁸ Por. T. SACHAJ, dz. cyt., s. 16.

⁶⁹ PLATON, *Prawa*, I 631, d, [w:] PLATON, *Państwo*, dz. cyt.

⁷⁰ Platon używa stwierdzenia *hodowla* ludzi. Czyni to przytaczając oczywiste dla siebie fakty. Skoro hoduje się psy i konie, skoro efekty są dobre to dlaczego tego samego nie uczynić z człowiekiem. Por. J. RADWANOWICZ-WANCZEWSKA, P. NICZYPORUK, K. KUŹMICZ (red.), *Jednostka a państwo na przestrzeni wieków*, Białystok 2008, s. 16.

⁷¹ PLATON, *Państwo...*, dz. cyt., V 459 d-e.

⁷² Por. T. SACHAJ, dz. cyt., s. 17-19.

W dalszej kolejności Platon podał próbę określenia najodpowiedniejszego wieku dla zawarcia małżeństwa: «Termin zamęścia dla dziewczyny jest od 16 lat do 20, to już najdalsza granica wieku, a dla chłopca od lat 30 do 35»⁷³. Podał także praktyczne wskazówki, pomocne w zapewnieniu dobrej jakości potomstwa. W *Prawach* napisał:

„Jeżeli ktoś poważnie traktuje sprawę małżeństwa (...) [wie że] w robieniu dziecka nie powinny brać udziału ciała złane pijaństwem. Zarodek powinien się tworzyć i krzepnąć spokojnie i bez błędu i rosnać cicho, jak los nadarzy. (...) W okresie płodzenia dzieci, trzeba się wystrzegać i nie robić tych rzeczy, które zdrowiu szkodzą, ani tych, które tchną wybrykiem lub niesprawiedliwością»⁷⁴.

Arystoteles, uczeń Platona, w *Polityce* opowiedział się za eliminacją dzieci upośledzonych:

„W kwestii usuwania i wychowania noworodków winno obowiązywać prawo, by nie wychowywać żadnego dziecka wykazującego kalectwo»⁷⁵.

Podobnie, jak jego nauczyciel, określił najlepszy wiek dla zawarcia małżeństwa:

„...wiekiem odpowiednim do małżeństwa jest dla dziewcząt mniej więcej 18 lat, dla mężczyzn 37 lub niewiele mniej. W takim wieku bowiem pożycie małżeńskie dokonuje się przy pełnym rozkwicie sił fizycznych»⁷⁶.

Dbłość o zapewnienie czystości społecznej związana była z troską o wartość nadrzędną jaką stanowiło dobro państwa i całej populacji. Dał temu świadectwo Plutarch, opisując zwyczaje Spartan:

„Jeśli niemowlę miało wadliwą budowę odsyłali je na miejsce zwane Apothetai, będące urwiskiem w górach Tajgetu. Sądzili bowiem, że lepiej było dla niego

⁷³ PLATON, *Prawa*, VI 785, b, dz. cyt.

⁷⁴ Tamże, VI 755 c-e.

⁷⁵ ARYSTOTELES, *Polityka*, VII 14, 10, L. PIOTROWICZ (tł.), Warszawa 2004.

⁷⁶ Tamże, VII 14, 6.

samego i dla polis, aby nie żyło, to, co od samego początku nie miało zdrowia i siły”⁷⁷.

Nie inaczej myśleli Platon i Arystoteles. Dla pierwszego z nich dobro jednostki było czymś wtórnym, mało liczącym się⁷⁸. Z kolei Stagiryta, mając na uwadze dobro społeczności i całego państwa, opowiedział się za możliwością ograniczania populacji ludzkiej⁷⁹, pisał:

„Można by zatem przyjąć, że zamiast ograniczeń co do majątku należałoby raczej zaprowadzić ograniczenia rodzenia dzieci, tak aby ich nie płodzić ponad pewną liczbę; liczbę tę należałoby określić, biorąc pod uwagę takie wypadki jak to, że niektóre dzieci umrą przedwcześnie, a niektóre małżeństwa okażą się bezdzietnymi. Jeśli zaś nie poczyni się żadnych ograniczeń urodzin, jak to się dzieje przeważnie w państwach, to z konieczności pociągnie to za sobą zubożenie obywateli, ubóstwo zaś wywołuje zaburzenia i zbrodnie”⁸⁰.

Z powyższych rozważań wynika, że pielęgnowanie czystości społecznej było istotnym aspektem życia w miastach-państwach starożytnej Grecji. Troska ta w znacznej mierze wpływała z mentalności ludzi żyjących w tamtej epoce⁸¹.

Pozostaje jeszcze udzielić odpowiedzi na dwa pytania postawione na wstępie.

Pierwsze z nich brzmiało: jak pogodzić zachowania eliminujące dzieci upośledzone czy chore z terapeutycznym modelem obowiązującym w medycynie klasycznej? Wyjaśnienie nie należy do łatwych. Wydaje się koniecznym wyznaczenie granicy oddzielającej terapeutyczny charakter działań medycznych, związanych z powrotem do zdrowia konkretnej jednostki, od zabiegów mających poprawić kondycję i jakość ogółu społeczeństwa, państwa. Zabiegi te w świetle dzisiejszych norm jawią się jednoznacznie jako eugeniczne i selektywne. Zachodzi tutaj relacja przeciwieństwa. Terapią będzie podjęcie środków, jakie pomogą człowiekowi w powrocie do zdrowia. Natomiast działania, które dynamizują osiągnięcie lepszej jakości społeczeństwa, ale kosztem jednostki i jej życia z terapią (w naszym rozumieniu) nie mają nic wspólnego.

⁷⁷ PLUTARCH, *Lycurgus*, 16, 1-2, cytat za: J. TAZBIROWA, E. WIPSYCKA, *Historia – Starożytność*, Warszawa 1997, s. 78.

⁷⁸ Por. T. SACHAJ, dz. cyt., s. 17.

⁷⁹ Por. B. BOROWSKA-BESZTA, *Niepelnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Kraków 2012, s. 20.

⁸⁰ Arystoteles, *Polityka*, II 3, 7, dz. cyt.

⁸¹ Por. T. SACHAJ, dz. cyt., s. 23.

I drugie pytanie: czy obecne w antycznej Helladzie praktyki dzieciobójstwa oraz kojarzenia małżeństw mające na celu doprowadzenie do poprawy i wzmocnienia kondycji społeczeństwa nie były przejawem początków formowania się zasady *transformatio ad optimum*? Wydaje się, że myśl taką należy odrzucić, ponieważ wszystkie te działania pozostawały, na co zwraca uwagę U. Wiesing, w ramach możliwości określonych przez samą naturę⁸². Nie można tutaj mówić o jakiegokolwiek próbie przekraczania jej granic. Praktyki te stanowiły formę prewencji mającej chronić organizm społeczny, a to coś różnego od *transformatio ad optimum*.

Warto także zaznaczyć, że idee tajgejskie postulujące konieczność uwolnienia społeczeństwa od jednostek nieużytecznych, nie przynoszących korzyści, a zatem słabych i chorych⁸³ nie były promowane przez lekarzy – hipokratyków. Medycy ci odżegnywali się od tego rodzaju praktyk, sprzecznych z etosem hipokratejskim, uderzających w porządek natury⁸⁴. Żądania tajgejskie wysuwane były przez środowiska pozamedyczne. Formułując je, kierowano się różnymi względami. W starożytnej Sparcie propagowali je urzędnicy państwowi (eforowie), czuwający nad zapewnieniem społeczności jak najlepszych kandydatów na przyszłych wojowników. W innych państwach-miastach o porzuceniu noworodka decydował poziom zamożności rodziców, a więc względy ekonomiczne⁸⁵. Problematykę tę poruszali prawnicy i filozofowie nie będący lekarzami. Dla przykładu można wymienić Platona, którego poglądy zostały przedstawione powyżej. Również na polu działań praktycznych – w zabiegach spędzania płodu nie brali udziału lekarze, lecz zawodowe akuszerki – truciicielki⁸⁶.

2.5. Wychowanie fizyczne i troska o ciało

J. Krasuski zauważa, że dla Helleńczyków idealnym człowiekiem był ktoś, kto rozwinął się pod względem fizycznym, umysłowym i moralnym. Na gruncie języka greckiego napotykaamy termin *καλοκάγαθία* (*kalokagathia*), który oddaje istotę greckiego ideału wychowawczego. Termin ten zbudowany jest z dwóch słów. Pierwsze *καλὸς* (*kalos*) oznacza

⁸² Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 11. „They remained as such within the possibilities predetermined by nature itself”.

⁸³ Por. J. GŁOWACKI, *Eutanazja – problem życia, a nie śmierci*, [w:] „Teologia i człowiek”, (2011), nr 18, s. 184.

⁸⁴ Por. A. MUSZALA, *Embrion ludzki...*, dz. cyt., s. 145, 156.

⁸⁵ Por. T. SACHAJ, dz. cyt., s. 15-16.

⁸⁶ Por. A. MUSZALA, *Embrion ludzki...*, dz. cyt., s. 149.

piękny, drugie *κάγαθος* (*kagathos*) – dobry⁸⁷. W takim ujęciu osiągnięcie sprawności fizycznej i duchowej doskonałości stanowiło istotę wychowania i było jego zasadniczym celem⁸⁸.

Pozostaje pokrótce przedstawić jak wyglądała troska o kulturę fizyczną w antycznej Grecji oraz jej powiązania z medycyną. Trafnie ujmuje to J. K. Stępniewski. Pisze on, że w palestrach i gimnazjach spotykamy licznych:

„...nauczycieli gimnastyki dla chłopców – *paidotribai*, których wiedza wspierana była doświadczeniem, czerpanym z bezpośrednich obserwacji na arenach sportowych i konieczności reagowania w nagłych wypadkach. *Paidotribai* musieli także metodycznie podnosić wytrzymałość swoich uczniów. Byli więc jednocześnie higienistami, masażystami, specjalistami zajmującymi się likwidowaniem zwichnięć i innych urazów kości i mięśni – można by ich obowiązki, jak i kompetencje uznać za zbliżone do zadań współczesnego lekarza sportowego. W swej hierarchii zawodowej byli podporządkowani *gymnastai* (...) *Gymnasta* grecki zaś sprawdzał oddziaływanie sportowego obciążenia na zdrowie zawodnika, ordynował odpowiednią dietę, bądź specjalny trening, w powiązaniu z usposobieniem, możliwościami i konstytucją ciała ucznia w gimnazjum, (...) określał rodzaj ćwiczenia, które każdy powinien rozwijać na bazie własnej konstytucji fizycznej i sprawdzał tych, którzy aspirowali do tego, by być zawodnikami, oceniając ich specjalne zdolności i umiejętności w rywalizacji. Były więc między nimi kategorie gimnastów, wyspecjalizowanych dla każdej dyscypliny sportowej: bieg, zapasy, pankration, boks, atletyka lekka i ciężka. Aktywność i działalność w ramach tych specjalności zbliżona była do poczynań medycznych. Terapie te miały jednak przede wszystkim charakter higieniczny i polegały, oprócz ćwiczeń fizycznych (biegi, spacer), na przepisach dietetycznych, z określeniem ilości i jakości pożywienia. Ordynowali także środki roślinne, które służyły do rozluźnienia niektórych partii ciała i wzmocnienia bądź rozgrzania innych. *Gymnaści* mieli do swej dyspozycji masażystów, którzy natłuszczali i nacierali mięśnie przed i po ćwiczeniach. Praktyka taka miała na celu wtarcie oliwy do skóry poprzez pory, co pozwalało na głębokie i rytmiczne oddychanie zawodników.

⁸⁷ Por. J. KRASUSKI, *Historia wychowania*, Warszawa 1985, s. 10-11.

⁸⁸ Por. E. SZUM, *Wychowanie fizyczne i intelektualne jako elementy życia społecznego antycznej Grecji*, [w:] „Rozprawy Społeczne”, 6 (2012), nr 1, s. 66.

Obowiązki masażystów nakazywały im praktyczną znajomość ciała i technik, które mogły być użyteczne do zachowania i podniesienia sił sportowców⁸⁹.

Wychowanie fizyczne było rozpowszechnione w systemie edukacji antycznej Hellady. Nie dziwi zatem fakt rozbudowy zaplecza oraz specjalistycznej kadry⁹⁰, która dbała nie tylko o właściwy rozwój dyscyplin sportowych, ale przede wszystkim o dobrą kondycję społeczeństwa polis. Jak wynika z tekstu, w greckich gimnazjach trenerzy spełniali funkcje bliskie czynnościom medycznym. B. Farrington jest podobnego zdania omawiając powyższe zagadnienie, zauważa:

„Posiadali oni nadzwyczaj dokładną znajomość anatomii zewnętrznej, wyrobili w sobie solidną umiejętność obchodzenia się ze zwichnięciami, a w ogólnej trosce zarówno o ochronę, jak i przywrócenie zdrowia swych klientów zwracali uwagę na masaż, dietę i systematyczne uprawianie stopniowanych ćwiczeń⁹¹”.

Jednak wszystkie podejmowane przez nich działania, również medyczne związane z dbałością o dobrą formę, konieczne dla osiągnięcia jak najlepszych wyników sportowych, mieściły się w ramach potencjału natury, możliwości i ograniczeń ludzkiego organizmu.

Wydaje się uprawnionym stwierdzenie, że idea ludzkiej optymalizacji w jakiejś formie była obecna w myśli starożytnych greckich atletów. Wyrażała się w dążeniu do osiągnięcia sukcesu. Służyły temu: systematyczny trening, odpowiednia dieta, masaż, leczenie urazów i kontuzji. Nigdy jednak nie przekroczyła ona barier wyznaczonych przez naturę.

Warto również przypomnieć, że troska o sprawność organizmu wynikała z tego, że tradycyjne greckie wartości wiązały się głównie ze sferą cielesności. Wśród nich należy wymienić: życie, zdrowie, tężyznę fizyczną, piękno; a także dobra zewnętrzne: władzę, bogactwo, sławę. Przewrotu w tym tradycyjnym systemie wartości dokonał Sokrates. Za nim poszli Platon i Arystoteles. Przyznano duszy wyższy status względem ciała. Pociągnęło to za

⁸⁹ J. K. STĘPNIEWSKI, *Sport i medycyna w starożytności klasycznej*, [w:] MR, 47 (1992), nr 11-12, s. 634. Szerzej na ten temat: C.M. LEHMANN, *Early Greek Athletic Trainers*, [w:] „Journal of Sport History”, (2009), vol. 36, nr 2, s. 187–204.

⁹⁰ Por. B. KUNICKI, *Kultura fizyczna antycznej Grecji*, [Online]. <http://www.wbc.poznan.pl/Content/1490/M317.html>, [dostęp: 01.03.2018].

⁹¹ B. FARRINGTON, *Nauka grecka*, Warszawa 1954, s. 91.

sobą konieczność przewartościowania istniejącej hierarchii wartości. Na pierwszym miejscu pojawiły się wartości duchowe i intelektualne⁹².

2.6. Wnioski

Podsumowując, w okresie starożytnej Grecji, na gruncie medycyny idea *restitutio ad integrum* cieszyła się dominującą i niezagrożoną pozycją. Utwierdzili ją zarówno Hipokrates, jak i filozofowie epoki, zwłaszcza Platon i Arystoteles. Jej autorytet nie został nadszarpnięty nawet przez działania mające na celu zapewnienie czystości społecznej w antycznym polis. Również troska o zachowanie kondycji fizycznej mieściła się w jej ramach.

3. CESARSTWO RZYMSKIE I GALEN

Antyczna Grecja może pochwalić się wieloma osiągnięciami na polu medycznym. Czasy Hipokratesa i Arystotelesa to okres, w którym helleńska sztuka leczenia osiągnęła szczyt swego rozwoju. Odmienna sytuacja panowała w Rzymie, gdzie, jak przekazał Pliniusz Starszy, w tym samym czasie nie było ani lecznictwa, ani lekarzy. Rzymianie mieli się obchodzić bez medyków przez pierwsze sześć wieków swojej historii⁹³. Czynniki takie jak: troska o zdrowie odżywianie, hartowanie ciała czy wysiłek fizyczny pozwalały na uniknięcie wielu chorób. Ponadto, przy ciągle niskiej średniej długości życia ludzkiego, stosunkowo rzadko spotykano się z chorobami związanymi z późnym wiekiem⁹⁴. W takich okolicznościach słowa Pliniusza stają się bardziej zrozumiałe.

Brak potrzeby spotkania z lekarzem wynikał również z mentalności rzymskiej, w której ważną rolę odgrywał dom. Był on nie tylko miejscem zamieszkania określonego, rodzinnego kręgu osób, ale także stanowił ważną instytucję społeczną tamtejszego świata, obejmującą wielką rodzinę, wraz z współpracownikami, sługami i niewolnikami⁹⁵. Na jego czele stał, obdarzony wielkim autorytetem i władzą ojciec rodziny – *pater familias*⁹⁶. Do niego odnoszono się w ważnych sprawach, także tych dotyczących zdrowia. Lecząc z choroby,

⁹² Por. E. SZUM, dz. cyt., s. 66.

⁹³ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 124.

⁹⁴ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 135.

⁹⁵ Por. T. WĘCŁAWSKI, *Wśród was tak nie jest*, [w:] „Znak”, 54 (2002), nr 570, s. 25.

⁹⁶ Por. A. ECKMANN, *Starożytna rodzina grecka i rzymska*, [w:] „Vox Patrum”, (1985), t. 8-9, s. 29-50.

korzystał on z doświadczeń empirycznych gromadzonych przez lata w gronie rodziny. Za przykład może posłużyć Katon Starszy, który z powodzeniem leczył siebie, a także członków swojej szeroko pojętej rodziny⁹⁷.

Niewątpliwie wiele uwagi Rzymianie poświęcali sprawom higieny publicznej. Wystarczy wymienić budowę akweduktów, kanalizacji czy łaźni. Wydali też przepisy zakazujące grzebania lub palenia zwłok w obrębie miasta. Działania te miały charakter prewencyjny, miały pomóc w utrzymaniu czystości, a zarazem zabezpieczyć przed ewentualną epidemią⁹⁸. Podobnie jak w starożytnym Izraelu, tak również tutaj możemy zauważyć początki medycyny profilaktycznej.

Medyczny dorobek Rzymian jest raczej skromny. Nie mogą poszczycić się oni jakimiś oryginalnymi osiągnięciami. Dlatego nie dziwi fakt, że ostatecznie zostali zdominowani przez medycynę grecką. Lekarze helleńscy, zarówno wolni, jak i niewolnicy, osiedlili się w Rzymie już od VII wieku przed Chrystusem. Działały tu greckie szkoły metodyków i encyklopedystów posiadające własny system i organizację. Wśród lekarzy największą sławę zdobyli Cornelius Celsus, Soranos z Efezu oraz Claudius Galenus znany jako Galen⁹⁹.

Pochodzący z Pergamonu Galen (ok. 130-200 po Chr.), pobierał nauki w Egipcie, w Aleksandrii. Przybył do Rzymu, gdzie został lekarzem dworu Marka Aureliusza. Rozwinął teorię humoralną obecną już w myśli Hipokratesa. W swoim dziele *De temperamentis* stwierdził, że w danym człowieku może dominować jeden z czterech humorów (płynów organicznych). Ciecz, która pełni rolę dominanta, decyduje o temperamencie osoby. Inaczej mówiąc typ jednostki zależy od proporcji między płynami organicznymi zawartymi w ciele ludzkim. Dany temperament decyduje o predyspozycjach organizmu w kierunku zapadalności na określone choroby. Teza ta odegrała ważną rolę w historii medycyny¹⁰⁰. Z tej perspektywy, jak pisze Z. Gajda:

„Lekarz nie zadawał sobie pytania: Na jaką chorobę cierpi mój pacjent? lecz: Co za człowiek znajduje się przede mną?¹⁰¹”

⁹⁷ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 135.

⁹⁸ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 124.

⁹⁹ Por. Z. DOMOSŁAWSKI, dz. cyt., s. 26-30; T. BRZEZIŃSKI (red.), *Historia Medycyny*, dz. cyt., s. 140.

¹⁰⁰ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 145-147.

¹⁰¹ Z. GAJDA, dz. cyt., s. 150.

W późniejszym okresie myślenie to utrwalili lekarze arabscy, w których pismach spotykamy się z podstawowymi czterema temperamentami: sangwinikiem, melancholikiem, cholerykiem i flegmatykiem. Już z punktu widzenia etymologii możemy zauważyć, że w nazwach tych zawarte są cztery elementy, znane starożytnym, a wchodzące w skład ludzkiego organizmu, decydujące o jego zdrowiu i chorobie: krew (*łac. sanguis*) – sangwinik, czarna żółć (*grec. Μέλας χολή*) – melancholik, żółć (*grec. Χολή*) – choleryk i wreszcie flegma (*grec. Φλέγμα*) – flegmatyk¹⁰². Medycyna humoralna ciesząc się pozycją oficjalnie uznawanej, oddziaływała na środowiska akademickie przez długi czas – nie tylko średniowiecza, ale aż do końca XVIII wieku¹⁰³.

«Według teorii czterech humorów *eukrasia* jest równowagą płynów ciała, o jakiegokolwiek możliwości poprawy (teoria ta) ani nie wspomina ani nie sugeruje.»¹⁰⁴ stwierdza U. Wiesing. Opinia ta potwierdza, że silna pozycja koncepcji humoralnej przekładała się na dominację modelu terapeutycznego w medycynie.

Galen – jako lekarz i filozof – spośród istniejących systemów podejmujących próbę wyjaśnienia rzeczywistości świata, wydaje się preferować system Arystotelesa. Najczęściej się na niego powoływał¹⁰⁵. Władysław Szumowski pisze:

„Wiele pojęć i poglądów filozofii perypatetycznej przeszło (...) do nauki Galena, jak monoteizm, teleologiczny pogląd na budowę organizmu, nauka o czworakiej przyczynie, nauka o materii i formie, o możliwości i rzeczywistości, o entelechii itd.»¹⁰⁶.

U Galena, podobnie jak u Stagiryty konstytucja organizmu człowieka charakteryzuje się celowością. Wszystkie elementy i szczegóły ludzkiego ciała są przystosowane i urządzone tak, jak trzeba¹⁰⁷. W terapii najważniejszą rolę odgrywa natura, która sama pomaga w powrocie do zdrowia. Zadaniem lekarza jest jej podpatrywanie, aby poznać sposoby, jakich używa ona

¹⁰² Por. Tamże; J. STRELAU, *Psychologia temperamentu*, Warszawa 1998, s. 17.

¹⁰³ Por. T. NASIEROWSKI, *Historia zaburzeń nastroju*, [w:] „Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej”, 7 (2007), nr 2, s. 82.

¹⁰⁴ U. WIESING, dz. cyt., s. 9. „According to the theory of the four humours, eukrasia is a balance of the bodily liquids, with any possibility of enhancement neither presumed nor suggested”, (tł. wł.).

¹⁰⁵ W. SZUMOWSKI, dz. cyt. s. 142.

¹⁰⁶ Tamże.

¹⁰⁷ Por. Tamże, s. 143.

w walce z chorobą. Wyraźnie wyczuwa się tutaj myśl nie tylko Arystotelesa¹⁰⁸, ale również Hipokratesa¹⁰⁹.

Koncepcja medycyny, dla której pokonanie choroby, powrót do zdrowia jest dobrem docelowym działań leczniczych, wynikała również ze spojrzenia na świat, który dla Galena stanowił rzeczywistość uporządkowaną, pochodzącą od bliżej nieokreślonego Boga. Claudius Galenus pozostawił następującą wypowiedź:

„Prawdziwa pobożność na tym polega, ażeby poznać i słać rozum, wszechmoc i nieskończoną dobroć Ojca wszechrzeczy. On to ma opiekę nad wszystkimi stworzeniami, On też każdemu dał wszystko, co mu naprawdę jest potrzebne.”¹¹⁰.

Skoro cechą Absolutu, od którego wszystko pochodzi, jest rozumność, wszechmoc i dobroć, i jeśli każde stworzenie otrzymało, wszystko co potrzebne do życia – to otaczający nas zewnętrzny świat nie wymaga poprawek. Galen jest tutaj bliski ideom stoicyzmu. Był lekarzem u cesarza Marka Aureliusza, którego stoickie poglądy nie były mu obce. Stoicy przyjmowali panteistyczny model świata, w myśl którego otaczająca nas rzeczywistość przeniknięta jest zewsząd bogiem i boskim działaniem. Patrząc z tej perspektywy, każda ingerencja dążąca do poprawy natury, wydaje się niemożliwa, ponieważ podważałaby na wskroś boski charakter uniwersum. Przytoczony powyżej passus sprawia, że niektórzy dostrzegają pewne podobieństwo między poglądami lekarza z Pergamonu, a myślą chrześcijańską (choć sam Galen chrześcijaninem nie był). W tekście tym w sposób wyraźny zostały przywołane: przymioty Boga, pojęcie Opatrzności oraz dobro stworzonego świata.

Podsumowując, wydaje się uprawnionym podkreślić, że tezy postawione przez Galena stanowią ilustrację rzymskiego spojrzenia na medycynę. Pogłębienie teorii humoralnej, przypomnienie o leczniczej roli natury, a także o harmonii otaczającego świata, którego twórcą jest Bóg, przyczyniły się do postawienia kolejnego kroku na drodze konstituowania dominanty medycyny terapeutycznej, zgodnie z ideą *restitutio ad integrum*. Warto zwrócić uwagę, iż Claudius Galenus swoje tezy formułował zgodnie z duchem czasu, w którym przyszło mu żyć

¹⁰⁸ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 10.

¹⁰⁹ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 147.

¹¹⁰ Cytat za: W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 142-143.

– w świecie, gdzie ścierały się rozmaite systemy filozoficzne, gdzie coraz większą rolę odgrywało również chrześcijaństwo¹¹¹.

4. PIERWSZE WIEKI CHRZEŚCIJAŃSTWA

Chrześcijaństwo charakteryzujące się uniwersalnym przesłaniem¹¹², proponując całościową wizję otaczającej nas rzeczywistości, stopniowo przenikało w świat helleńsko-rzymski¹¹³. Na drodze inkulturacji, opierając się na zasadzie przekazanej przez św. Pawła «Wszystko badajcie, a co szlachetne zachowujcie» (1 Tes 5, 21), obejmowało kolejne obszary związane z ludzkim życiem i działalnością¹¹⁴. Nie inaczej było w przypadku medycyny. Z jednej strony uczniowie Jezusa Chrystusa zaczerpnęli wiele z bogactwa myśli antycznej dotyczącej sztuki leczenia. Z drugiej - możemy mówić o wpływie wartości chrześcijańskich na kształtowanie się modelu medycyny, sposobu patrzenia na człowieka chorego czy opieki nad nim.

Pomimo tego, że w spuściznie wybitnych chrześcijańskich autorytetów tego okresu nie odnajdziemy całościowych traktatów poświęconych sztuce leczenia¹¹⁵, to jesteśmy w posiadaniu relacji historycznych, a także fragmentów dzieł patrystycznych, które odwołują się do tej problematyki. Na ich podstawie możemy zrekonstruować punkt widzenia pierwszych teologów chrześcijańskich odnoszący się do praktyki medycznej¹¹⁶. Nie sposób w nim pominąć następujących kwestii: Chrystus jako lekarz, tendencje antymedyczne, głosy aprobujące sztukę leczenia, chrześcijański ideał *homoiosis theo*, a także teologiczne znaczenie powrotu do zdrowia. Zagadnienia te dotyczące medycyny jako takiej nie pozostały bez wpływu na terapeutyczny wymiar jej aktywności. W tym znaczeniu domagają się pogłębionej refleksji i wyjaśnienia.

¹¹¹ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 158; W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 142.

¹¹² Na temat uniwersalnej misji Kościoła w ujęciu Ojców Apostolskich, Ireneusza z Lyonu, Orygenesesa, Tertuliana por. L. PADOVESE, *Wprowadzenie to Teologii Patrystycznej*, [w:] „Myśl Teologiczna”, (1994), t.1, s. 93-105.

¹¹³ Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 67.

¹¹⁴ Szerzej na temat inkulturacji: J. GÓRSKI, *Inkulturacja*, [w:] „Bielsko-Żywieckie Studia Teologiczne”, (1996), t. I, s. 183-192.

¹¹⁵ Wyjątek stanowi dzieło uznawanego za ostatniego Ojca Kościoła na Zachodzie – Izydora z Sewilli (560-636 po Ch.). Nosi ono tytuł: *Etymologie*. Składa się z dwudziestu ksiąg, a czwarta z nich poświęcona jest sztuce leczenia – *De medicina*. Por. B. ALTANER, A. STUIBER (red.), *Patrologia*, Warszawa 1990, s. 640.

¹¹⁶ Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 67.

4.1. Christus medicus

Jezus Chrystus zmienił historię świata. Jego nauka wpłynęła na kształt i sposób funkcjonowania wielu dziedzin dotyczących życia i działalności człowieka. Według relacji zawartej w Nowym Testamencie Mistrz z Nazaretu wielokrotnie pochylał się nad ludzką nędzą i cierpieniem, uzdrawiał ludzi z rozmaitych chorób: trędowatych, ociemniałych, głuchoniemych, paralityków. Pomimo licznych wydarzeń związanych z przywróceniem zdrowia, żaden z autorów Ewangelii nie nazwał Jezusa w sposób bezpośredni lekarzem¹¹⁷. Dlaczego tak się stało? Gdzie leży przyczyna takiego stanu rzeczy?

Wydaje się, że poszukując odpowiedzi na to pytanie warto zwrócić uwagę na następujące kwestie. Po pierwsze, dla Ewangelistów Chrystus był Zbawicielem (*grec. Σωτήρ*). To podstawowa, najważniejsza i niepodważalna prawda, jaką chcieli przekazać. Po drugie, określenie Chrystusa lekarzem mogłoby przesłonić zbawczą misję, jaką On miał do spełnienia. Po trzecie, stanowiłoby to pewnego rodzaju formę redukcjonizmu, ograniczania Jego działalności jedynie do praktyk medycznych. Wreszcie po czwarte, greckie terminy, używane w Nowym Testamencie *σώζω*, *σωτηρία*, *σωτήρ*, posiadają szeroką gamę znaczeniową. Słowo *σώζω* (zbawiać) oznacza nie tylko *ocalić* czy *wyciągnąć z niebezpieczeństwa*, ale również *uzdrowić*¹¹⁸. W tym kontekście widać, że Ewangelisci wcale nie musieli przypisywać Chrystusowi specjalnego tytułu lekarza. Przesłanie to niósł już w sobie, szeroki pod względem znaczeniowym termin: Zbawiciel.

Ostatecznie Ewangelie przekazują nam prawdę o Chrystusie, który przychodzi na świat, aby zbawić każdego człowieka. To jest istota Dobrej Nowiny. Uzdrawienia, których Jezus dokonuje stanowią zaledwie element, tło Jego misji. Nie były dokonywane na zasadzie magicznego zabobonu, ale zawsze w kontekście wiary samego chorego lub jego najbliższych¹¹⁹, a także z perspektywy bliskości Królestwa Bożego...

¹¹⁷ Według przekazu ewangelicznego Jezus odnosi do siebie termin lekarz, lecz jedynie pośrednio: „*Nie potrzebują lekarza zdrowi, ale ci, którzy się źle mają*” (Łk 5, 31).

¹¹⁸ J.C. Larchet zwraca uwagę, iż „często zapomina się, że (...) używany w Nowym Testamencie czasownik *σώζω* (zbawiać) oznacza nie tylko «ocalić» albo «wyciągnąć z niebezpieczeństwa», ale również «uzdrowić», i że słowo *σωτηρία* (zbawienie) oznacza nie tylko ocalenie, ale i uzdrowienie”. J.C. LARCHET, *Terapia chorób duchowych*, Hajnówka 2013, s. 6-7.

¹¹⁹ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 163-173.

„...niewidomi wzrok odzyskują, chromi chodzą, trędowaci doznają oczyszczenia, głusi słyszą, umarli zmartwychwstają, ubogim głosi się Ewangelię” (Mt 11, 5).

Przykład Jezusa pełnego troski o chorych był niewątpliwie bodźcem dla przyszłych pokoleń chrześcijan zaangażowanych w posługę miłości bliźniego. Oprócz czytelnego świadectwa doniosłą rolę odegrało przesłanie Mistrza z Nazaretu zawarte na kartach Ewangelii:

„Przykazanie nowe daję wam, abyście się wzajemnie miłowali, tak jak Ja was umiowałem (...). Po tym wszyscy poznają, żeście uczniami moimi, jeśli będziecie się wzajemnie miłowali” (J 13, 34-35),

a także:

„Zaprawdę, powiadam wam: Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili” (Mt 25, 40).

Nauka ta nadała nowy rys spojrzeniu na medycynę oraz ukształtowała model chrześcijańskiej dobroczynności. Z kolei przypowieść o miłosiernym Samarytaninie (Łk 10, 30-37), akcentująca potrzebę filantropii, stała się wyznacznikiem postępowania lekarza – ucznia Chrystusa¹²⁰.

Nowy Testament mówi wiele na temat pozamedycznych przyczyn odzyskiwania zdrowia. Odwołanie się do Bożej mocy i łaski; wiara i modlitwa prowadzą do uwolnienia z choroby. Dla zobrazowania czego? przywołajmy znany fragment pochodzący z *Listu św. Jakuba*:

„Choruje ktoś wśród was? Niech sprowadzi kapłanów Kościoła, by się modlili nad nim i namaścili go olejem w imię Pana. A modlitwa pełna wiary będzie dla chorego ratunkiem i Pan go podźwignie, a jeśliby popełnił grzechy, będą mu odpuszczone. Wyznawajcie zatem sobie nawzajem grzechy, módlcie się jeden za drugiego, byście odzyskali zdrowie. Wielką moc posiada wytrwała modlitwa sprawiedliwego” (Jk 5, 14-16).

¹²⁰ Por. Tamże, s. 186.

Rozwiązanie problemu, jakim jest choroba oraz towarzyszące jej cierpienie, następuje tutaj w perspektywie religijnej, dzięki wierze i modlitwie. Postawa zaufania Bogu może skutkować zarówno w sferze ducha, jak i ciała. Autor, poza wzmianką o namaszczeniu olejem, który był uznawany w starożytności za środek leczniczy, nie podejmuje wątku terapii czysto medycznej. Brak odwołania do *ars medica* i skupienie uwagi na Bożej mocy nie oznacza tutaj deprecjacji medycyny. Nigdzie na kartach Nowego Testamentu nie spotkamy się z potępieniem lub zakazem korzystania z usług sztuki lekarskiej. Nie znajdziemy również nakazu zastąpienia medycyny samą wiarą i modlitwą¹²¹. Wydaje się ważnym podkreślenie faktu, że zawód lekarza w pierwszych gminach chrześcijańskich nie znajdował się na liście zakazanych profesji¹²².

W literaturze wczesnochrześcijańskiej – inaczej niż w Ewangeliach – odnajdujemy wiele tekstów, w których Chrystus nazywany jest Lekarzem. Na ten temat pisze J.C. Larchet:

„Ojcowie niemal jednogłośnie i już od pierwszego wieku powszechnie przypisywali Mu [Chrystusowi] tytuł Lekarza, dodając doń często określenia «wielki», «niebiański», «najwyższy», precyzując ponadto, zależnie od kontekstu: «ciał», «dusz», częściej «dusz i ciał», podkreślając, że przyszedł On uzdrowić całego człowieka.¹²³»

Z. Gajda zwrócił uwagę na dwa powody pojawienia się w dziełach Ojców Kościoła terminu *Christus medicus*. Pierwszy wynikał z konieczności zmierzenia się z pogańskim, konkurencyjnym kultem Eskulapa – herosa uznanego później za boga lekarza, a nawet za zbawiciela (σωτήρ). Dla chrześcijan Zbawiciel był tylko jeden, prawdziwy i wyłączny – Jezus Chrystus. Drugim powodem było przypomnienie wskazania, obecnego już w medycynie pierwotnej, że powrót do zdrowia nie może dotyczyć tylko i wyłącznie somatycznej strony człowieka, ale również jego ducha, *psyche*¹²⁴. Ignacy Antiocheński w *Liście do Efezjan* napisał: «Jeden jest Lekarz cielesny i zarazem duchowy (...) Jezus Chrystus, nasz Pan»¹²⁵. Z kolei

¹²¹ Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 72-73; O. TEMKIN, *Hippocrates in a World of Pagans and Christians*, Baltimore 1991, s. 112.

¹²² Por. HIPOLIT, *Kanony* 12-15, [w:] *Canones Patrum Graecorum*, [w:] ŻMT, (2009), t. 49, s. 184*-185*.

¹²³ Por. J.C. LARCHET, dz. cyt., s.7.

¹²⁴ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 166-171. Więcej na temat kształtowania się terminu *Christus Medicus*: A. SZARSZEWSKI, *Christus Medicus*, [w:] K. BASIŃSKA, J. HALASZ (red.), *Etyka w medycynie wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2013, s. 15-28.

¹²⁵ IGNACY ANTIOCHEŃSKI, *Do Kościoła w Efezie*, [w:] PSP, (1990), t. 45, s. 68-69.

Ireneusz z Lyonu w *Adversus Haereses* dodał, że: «Pan przyszedł do chorych właśnie jako lekarz»¹²⁶.

W podobnym duchu w swej *Historii kościelnej* wypowiedział się Euzebiusz z Cezarei, kiedy nazwał Jezusa «Wielkim Lekarzem»¹²⁷. Dodatkowo w dziele tym odnajdujemy fragment zaczerpnięty z traktatu Hipokratesa:

„(Jezus) jak najlepszy lekarz, który, by wyleczyć chorych, «patrzy się na bóle, dotyka tego, co wstrętne, i z cudzych dolegliwości zbiera własne cierpienia»¹²⁸ (cytat za Hipokratesem), wybawił nas, którzy byliśmy nie tylko chorzy, nie tylko okryci strasznymi wrzodami i pełni jątrzących się ran, lecz nawet leżeliśmy już wśród trupów»¹²⁹.

Euzebiusz, porównując Chrystusa do najlepszego lekarza, przytoczył fragment pochodzący z *Corpus Hippocraticum*. Odwołanie się do autorytetu Lekarza z Kos podkreśliło ważność i rolę, jaką w środowisku chrześcijan pełniła sztuka leczenia. Była to jej swoista nobilitacja¹³⁰.

W tekstach patrystycznych odnajdujemy pozytywne wypowiedzi dotyczące osoby Hipokratesa i jego dorobku. Fakt ten wydaje się potwierdzać życzliwe spojrzenie na medycynę. Dla przykładu na lekarza z Kos powołuje się Hieronim ze Strydonu, pisząc:

„(Hipokrates) ...zaprzysięga uczniów, zanim ich zacznie uczyć i zmusza ich do powtarzania za sobą przyrzeczenia; przysięgą narzuca milczenie i przepisuje mowę, chód, strój i obyczaje»¹³¹.

Twórca Wulgaty, w nawiązaniu do przysięgi Hipokratesa, pragnął wskazać duchownym właściwy styl postępowania podczas wizyt składanych w domostwach. Szacunek,

¹²⁶ IRENEUSZ Z LYONU, *Zdemaskowanie i odparcie fałszywej gnozy*, A. BOBER (tł.), [w:] M. MICHALSKI (RED.), *Antologia Literatury Patrystycznej*, t. 1, Warszawa 1975, s. 170.

¹²⁷ EUZEBIUSZ Z CEZAREI, *Historia Kościelna*, A. CABA (tł.), [w:] ŻMT, (2013), t. 70, s. 656-657.

¹²⁸ HIPPOCRATES, *Breaths I*, [w:] *Hippocrates with An English...*, dz. cyt., t. 2, s. 226-227. „For the medical man sees terrible sights, touches unpleasant things, and the misfortunes of others bring a harvest of sorrows that are peculiarly his...”. Por. Tamże.

¹²⁹ EUZEBIUSZ Z CEZAREI, *Historia...*, dz. cyt., s. 654-657.

¹³⁰ Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 75-76.

¹³¹ HIERONIM, *List LII*, J. CZUJ (tł.), [w:] ŻMT, (2010), t. 55, s. 23*.

dyskrecja, ubiór to cechy, o których powinni pamiętać¹³². Wiele nakazów moralnych zawartych w *Corpus Hippocraticum* było zbieżnych z orędziem ewangelicznym. Były one stopniowo asymilowane przez chrześcijaństwo. Nie była to jednak droga łatwa. Sama przysięga rodziła pewne trudności. Wymagała oczyszczenia z elementów pogańskich¹³³. Wystarczy wspomnieć inwokację skierowaną do bogów (Apollo, Asklepios itd.), która dla uczniów Chrystusa stanowiła wyraźną apostazję. Ponadto w czasach prześladowań władze rzymskie wykorzystywały narzędzie prawne, jakim była przysięga, do przymusowej dechrystianizacji. Z punktu widzenia moralnego dla chrześcijan jakiegokolwiek akt składania przysięgi stanowił coś niejasnego lub wręcz nagannego¹³⁴, szczególnie w kontekście słów Jezusa przekazanych w Ewangelii św. Mateusza, na kartach której czytamy:

„A Ja wam powiadam: Wcale nie przysięgajcie. (...) Niech wasza mowa będzie:
Tak, tak; nie, nie. A co nadto jest, od Złego pochodzi” (Mt 5, 33-37).

Jednak, wraz z upływem czasu, bliskość etosu chrześcijańskiego i hipokratejskiego pozwoliła przezwyciężyć rodzące się kontrowersje. Tekst przysięgi lekarza z Kos niemal w całości został przejęty i zasymilowany przez środowisko uczniów Jezusa. Zmieniono jedynie inwokację. Chrześcijański medyk, składając swe przyrzeczenia, zamiast do bogów greckich odwoływał się do Boga Trójjedynego¹³⁵ lub do Chrystusa – prawdziwego i pierwszego z lekarzy¹³⁶.

4.2. Tendencje antymedyczne

Wśród uczniów Jezusa pojawiły się także głosy skrajne, odrzucające medycynę, zwłaszcza w grupach radykalnych, chcących kategorycznie odciąć się od tego, co przedchrześcijańskie. Zasadniczo były one marginalne i nie przetrwały próby czasu¹³⁷. Przykładem może być Tacjan Syryjczyk, który w *Mowie do Greków* napisał:

¹³² Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 82.

¹³³ Por. T. BIESAGA, *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, [w:] MP, (2006), nr 7-8, s. 22.

¹³⁴ Por. A. SZARSZEWSKI, M. ZAGIERSKI, *Wczesnochrześcijańska etyka lekarska*, [w:] FMR, (2011), t. 5, nr 6, s. 479.

¹³⁵ Por. A. MUSZALA, „Przysięgam na...” – formy przyrzeczenia lekarskiego od starożytności do dziś, [w:] MP, (2009), nr 5, s. 158-161.

¹³⁶ Por. Tenże, *Obraz Chrystusa – lekarza u Ojców Kościoła*, [w:] „Materiały Homiletyczne”, (2015), nr 294, s. 10.

¹³⁷ Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 78-79.

„Jak można przypisywać moc uzdrawiania materii, a nie Bogu? Przy pomocy swojej sztuczki demony odciągają ludzi od oddawania czci Bogu, a popychają do pokładania nadziei w korzeniach i trawach¹³⁸.

Dystans niektórych chrześcijan względem medycyny wynikał z troski o zachowanie czystości wiary. Obawiali się popaść w grzech bałwochwalstwa, odwrócenia się od Jedyne go Boga. W *Mowie przeciwko judaizantom i Żydom* św. Jan Chryzostom przestrzegał:

„...łatwo jest skłonić sztuką lekarską do oddania czci helleńskim bóstwom. (Niechrześcijanie) za pomocą swojej sztuki często leczyli wiele chorób i chorych przywracali do zdrowia. Cóż więc, to z tego powodu należy uczestniczyć w bałwochwalstwie? Nigdy! (...) Nawet gdybyśmy byli chorzy, to lepiej dla nas pozostać w słabości, aniżeli popaść w bezbożność, uwalniając się od choroby (...) Znoś cierpliwie chorobę ciała, a nie utracisz wiary i zbawienia duszy”¹³⁹.

Jeżeli medycyna miałaby prowadzić do negacji prawdziwego Boga, utraty wiary, to nie warto uciekać się do środków przez nią stosowanych. Dla Złotoustego zbawienie wieczne jest cenniejsze niż zdrowie ciała¹⁴⁰. Co nie oznacza, że odrzucał on sztukę lekarską.

W niełatwym procesie kształtowania się duchowości chrześcijańskiej, w konfrontacji z wielością nurtów filozoficznych, religijnych czy heretyckich (gnoza, neoplatonizm, montanizm czy manicheizm) pojawiały się tendencje dewaluujące wartość sztuki leczenia. Związane one były z negatywnym spojrzeniem na materię, a co za tym idzie, na ludzkie ciało.

Dla lepszego zrozumienia tej kwestii wydaje się koniecznym, aby zatrzymać się nad wczesnochrześcijańską refleksją dotyczącą ludzkiej cielesności. Uczynimy to pokrótce

¹³⁸ TACJAN SYRYJCZYK, *Mowa do Greków*, L. MISIARCZYK (tł.), [w:] J. NAUMOWICZ (red.), *Pierwsi apologeti greccy*, Kraków 2004, s. 330.

¹³⁹ JAN CHRYZOSTOM, *Mowy przeciw judaizantom i Żydom, Przeciwko Żydom i Hellenom*, J. ILUK (tł.), [w:] ŻMT, (2007), t. 41, s. 78-80.

¹⁴⁰ Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 80-81.

i w uproszczeniu, gdyż tematyka ta jest bardzo obszerna i wielowątkowa¹⁴¹. Nieco inaczej postrzega ciało Biblia, a inaczej filozofia grecka. W Piśmie Świętym człowiek i jego osobowość wyraża się poprzez ciało. Może to dotyczyć różnych sytuacji: stanu grzechu, służby i poświęcenia Chrystusowi, życia uwielbionego. Dla Greków ciało było zespołem kości i mięsa¹⁴². Język hebrajski dla określenia ciała posługiwał się jednym terminem *bašar*, a jego sens zależał od kontekstu w jakim został użyty. W grece istniały dwa pojęcia *sarx* i *sōma*. Święty Paweł w swoich listach używał obydwu tych terminów. Pierwszy, *sarx*, posiadał zazwyczaj sens czysto materialny, czasem, pejoratywny: to, co zmierza ku śmierci, co zginie. W *I Liście do Koryntian* czytamy: „Zapewniam was, bracia, że ciało (*sarx* – σαρκί) i krew nie mogą osiąść królestwa Bożego” (1Kor, 15, 50). Z kolei termin *sōma* posiadał wydźwięk bardziej pozytywny. Oznacza to, co przeznaczone jest ku Zmartwychwstaniu: „...ciało (*sōma* – σωμα) nie jest dla rozpusty, lecz dla Pana, a Pan dla ciała (*sōma* – σωμα). Bóg zaś i Pana wskrzesił i nas również swą mocą wskrzesi z martwych” (1Kor 6, 13-14)¹⁴³.

Powyższa terminologia oraz rozróżnienie znaczeniowe przełożyły się na nauczanie Ojców Kościoła. Można w nim zauważyć dwa odmienne stanowiska dotyczące ciała. Pierwsze *dogmatyczne*, a drugie *ascetyczne*. Ujęcie *dogmatyczne* stoi na straży wartości i ważności ciała, przypomina, że podstawowe prawdy chrześcijaństwa mówiące o Stworzeniu, Wcieleniu Chrystusa i Odkupieniu mówią, że ciało pełni istotną rolę, będąc składową ludzkiej natury. Z kolei w ujęciu *ascetycznym* autorzy wczesnochrześcijańscy często zdają się iść po linii filozofii greckiej, jak gdyby zapominając o tym, co na temat ciała orzeka dogmatyka chrześcijańska¹⁴⁴. Dla przykładu święty Ambroży z Mediolanu używał określeń ciało – grób, ciało – więzienie. W swym traktacie *De bono mortis*, używając języka neoplatońskiego, odwołując się do idei helleńskich, podkreślał potrzebę uwolnienia duszy ze skrepowania cielesnego¹⁴⁵. Ciało oskarżano nie tylko o bycie więzieniem dla duszy, ale również o wpływ na jej demoralizację. Taka sytuacja sprawiała, że wielu członków Kościoła nie troszczyło się

¹⁴¹ Szeroko na ten temat: M. SZRAM, *Ciało zmartwychwstałe w myśli patrystycznej przełomu II i III wieku*, Lublin 2010; A. MUSZALA, *Ciało ludzkie w starożytności chrześcijańskiej*, [w:] „Forum Teologiczne”, (2010), nr 10, s. 37-48; S. KOWALCZYK, *Ciało człowieka w refleksji filozoficznej*, Lublin 2009, s. 29-34.

¹⁴² Por. T. ŠPIDLÍK, I. GARGANO, V. GROSSI, dz. cyt., s. 83; X. LÉON-DUFOUR, *Corps*, [w:] *Vocabulaire de Théologie Biblique*, Paris 1970, s. 210-213; A. ŚWIERCZEK, *Ciało ludzkie*, [w:] EB, s. 103-109.

¹⁴³ Por. T. ŠPIDLÍK, I. GARGANO, V. GROSSI, dz. cyt., s. 83

¹⁴⁴ Por. Tamże, s. 83-86.

¹⁴⁵ Por. K. SORDYL, *Wpływ filozofii neoplatońskiej i autorów klasycznych na doktrynę pryscylianską*, [w:] „Warszawskie Studia Teologiczne”, 24 (2011), nr 2, s. 257; G. MADEC, *Saint Ambroise et la philosophie, Études Augustiniennes*, Paris 1974, s. 130.

o odpowiedni stan swego zdrowia cielesnego. Znane były przypadki wykroczeń przeciw ciału. Można tutaj wymienić przesadną ascezę, przejawiającą się w nadmiernych umartwieniach, niejednokrotnie na granicy przeżycia¹⁴⁶. Antoni Pustelnik swoim naśladowcom zalecał: «Ciało swoje tak osłabiaj, aby było takie jak ciało chorego leżącego w łóżku»¹⁴⁷. Wyrzeczenia, surowe posty, rezygnacja z dbałości o higienę osobistą były obecne w życiu Antoniego i jego uczniów. Zaświadczył o tym Atanazy Aleksandryjski: «...zawsze pościł (...) nie obmywał ciała z brudu ani wcale nie mył nóg, nawet nie moczył ich w wodzie bez wyraźnej potrzeby»¹⁴⁸.

Jezuita T. Špidlík zwraca uwagę, że gdyby oceniać tego typu wypowiedzi z punktu widzenia kryteriów metafizyki i chrześcijaństwa, to nie ulega wątpliwości, że są one błędne, a nawet niedopuszczalne¹⁴⁹. Usprawiedliwia je, stwierdzając:

„Ojcowie (...) chcieli wyrazić moralny wysiłek. (...) *Ciało, mięso* w tym przypadku naprawdę oznacza to, co święty Paweł nazywa *grzesznym ciałem*, podkreślając, że grzech zamieszkuje w *ciele* (Rz 8, 1nn). Jedno jest pewne: że tych słów nie można brać *na wrywki*, gdyż właściwe ich znaczenie zależy od okoliczności, w jakich zostały wypowiedziane, od autora, który ich użył, od jego duchowego doświadczenia. Asceci w tym przypadku nawiązywali do ujęcia biblijnego: dusza i ciało nie oznaczają części osoby, ale jej stan moralny, jej skłonność – ku Niebu lub ku ziemi»¹⁵⁰.

Inną praktyką, chroniącą przed grzechem, a pomagającą zachować czystość, miała być kastracja¹⁵¹. Kościół stał przed zadaniem określenia właściwej antropologii, wzajemnej relacji

¹⁴⁶ Por. A. SZARSZEWSKI, *Etyka lekarska w okresie późnego antyku i wczesnego średniowiecza — ideal a codzienność*, [w:] FMR, 7 (2013), nr 2, s. 99-100.

¹⁴⁷ ANTONI PUSTELNIK, *Napomnienia oraz różne przepisy dla jego synów mnichów*, Z. BRZOSTOWSKA (tł.), [w:] ATANAZY ALEKSANDRYJSKI, *Żywot św. Antoniego*, Warszawa 1987, s. 225.

¹⁴⁸ ATANAZY ALEKSANDRYJSKI, *Żywot św. Antoniego*, Z. BRZOSTOWSKA (tł.), Warszawa 1987, s. 84.

¹⁴⁹ Por. T. ŠPIDLÍK, I. GARGANO, V. GROSSI, dz. cyt., s. 85.

¹⁵⁰ Tamże, s. 85-86.

¹⁵¹ Por. Tamże, s. 100. „...kastrowanie występowało także (początkowo w starożytnym Rzymie, a potem kulturowana w cesarstwie bizantyńskim) wręcz jako element kulturowy. Rzezańcy stanowili niemal kastę ludzi na swój sposób uprzywilejowanych, kastę odgrywającą ogromną rolę polityczną, kulturalną i ekonomiczną, choć prawo w zasadzie zabraniano jej wykonywania. (W przypadku chrześcijaństwa) chodzi o trzebieenie umożliwiające mężczyznom zachowanie czystości, do czego nawoływała nowa nauka. Propagowanie z tych względów kastracji pojawia się w okresie późnego antyku nie tylko u chrześcijan, ale także u pisarzy niechrześcijańskich, jak np. filozofa żydowskiego Filona Aleksandryjskiego (przed 10 r. przed Chr. – po 40 r. po Chr.) czy też lekarza greckiego Sekstusa Empiryka (II/III w.). Zjawisko, jako występujące często, wspomina Epifaniusz z Salamin

duszy i ciała. Krokiem na tej drodze był Sobór Nicejski z 325 roku. To na nim odrzucono proceder samookaleczenia. W kanonie I czytamy słowa potępiające czyn kastracji w odniesieniu do duchownych:

„Jeśli ktoś został okaleczony przez lekarzy podczas choroby lub wykastrowany przez barbarzyńców, ten niech pozostanie w gronie duchownych. Lecz ten, kto będąc dobrego zdrowia sam siebie pozbawił męskości, powinien zostać wykluczony z grona duchownych, do którego już należał. Od tej chwili nie należy wyświęcać żadnego z tych, którzy w ten sposób postępują. Jest jednak oczywiste, że to, co powiedziano wyżej, dotyczy tylko tych, którzy uczynili to celowo i którzy sami chcieli się okaleczyć. Ci, co zostali okaleczeni przez barbarzyńców albo przez swoich panów, a uważani są za godnych, mogą, zgodnie z kanonem, zostać do stanu duchownego dopuszczeni”¹⁵².

Faktem jest, że niekiedy duchowość chrześcijańska mogła sprzyjać kreowaniu idei czy postaw odrzucających sferę cielesną, jako mało wartościową, krępującą ducha lub duszę¹⁵³. Mogło to prowadzić do marginalizacji troski o zdrowie fizyczne, a – co za tym idzie – samej sztuki leczenia. Sytuacje takie miały miejsce, ale główne autorytety etyczne wczesnego

(ok. 315–403 r. po Ch.). Spośród chrześcijan osobą, co do której istnieją uzasadnione podejrzenia, że około 20. życia poddała się takiemu zabiegowi, był Orygenes (ok. 185–254 r. po Ch.)”.

¹⁵² A. BARON, H. PIETRAS, *Dokumenty Soborów Powszechnych*, T. WNEŹRZAK (tł.), [w:] ŻMT, (2002), t. 24, s. 26-27.

¹⁵³ W starożytności chrześcijańskiej u niektórych autorów spotykamy się z trychotomizmem. Był to pogląd, że ludzka natura składa się z ciała, z duszy zwierzęcej oraz duszy rozumnej. Por. J.N.D. KELLEY, *Początki doktryny chrześcijańskiej*, Warszawa 1988, s. 219. Źródłem koncepcji antropologii trychotomicznej w łonie chrześcijaństwa jest wyliczenie, jakie podaje św. Paweł w pozdrowieniu kończącym Pierwszy List do Tesaloniczan: *Sam Bóg pokoju niech was całkowicie uświęca, aby nienaruszony duch wasz, dusza i ciało bez zarzutu zachowały się na przyjście Pana naszego Jezusa Chrystusa* (Tes 5,23). Trychotomizm spotykamy u Orygenes, który nadał tej koncepcji formę spójnej syntezy. Jego trychotomia obejmuje całego człowieka; Por. H. CROUZEL, *Orygenes*, Bydgoszcz 1996, s. 131-137. Dla Orygenes (jak dla większości wcześniejszych Ojców) człowiek składa się niezmiennie z ciała, duszy i ducha. Duch jest elementem niebiańskim, zdolnym do przyjęcia łaski, który wprawdzie bywa przyjmowany przez potępionych, ale, który dopiero w zbawionych pozostaje na zawsze połączony z duszą. Dusza jest żywotnym elementem środkowym między materią i duchem, ale jako taka jest miejscem wyboru tego, czy człowiek chce być cielesnym czy duchowym. Gdy dusza wybiera ducha jako formę życia, zamienia się sama w „ducha”, jednak nie istotowo, tylko w jej najgłębszym sposobie bycia. Staje się „ciałem”, gdy wybiera to, co materialne. Por. H. BALTHASAR, *Wprowadzenie do tekstu*, [w:] ORYGENES, *Duch i ogień*, [w:] BOK, (1994), t. 4, s. 7-28; A. MUSZALA, *Koncepcja człowieka według św. Pawła i jej implikacje dla bioetyki*, [w:] K. JASIŃSKI, Z. KIELISZEK, M. MACHINEK (red.), *Mózg-umysł-dusza. Spór o adekwatną antropologię*, Olsztyn 2014, s. 125-140.

chrześcijaństwa, idąc po linii *dogmatycznego* spojrzenia na ciało, sprawę przedstawiały jednoznacznie odmiennie¹⁵⁴.

Dla przykładu odwołajmy się do wspomnianego wcześniej świętego Jana Chryzostoma. Złotousty sześć lat swego życia spędził w pustelni i można byłoby spodziewać się, że będzie z pogardą patrzył na ciało i deprecjonował wartość jego zdrowia. Tymczasem po powrocie z samotni stwierdził stanowczo, że zdrowie ciała jest człowiekowi niezbędne do tego, aby ten dzięki niemu dopomagał duszy w drodze do zbawienia. Dla Antiocheńczyka ciało i dusza współdziałają ze sobą, ciało stanowi instrument konieczny dla duszy, pomocny w wykonywaniu dobrych uczynków. Ponadto Jan w swoich dziełach doceniał sztukę lekarską, był pełen uznania dla jej osiągnięć i zaufania, jakim darzono odpowiednio wykształconych lekarzy¹⁵⁵.

Św. Grzegorz z Nyssy zwrócił uwagę, że natura stanowi wzorzec dla zdrowia¹⁵⁶. Według niego:

„...duch, przenikając cały instrument, [jakim jest ciało] (...) działa właściwie tylko w tych [częściach], które znajdują się w dobrym stanie, nie może natomiast działać w chorych, dlatego w nich pozostaje beczynny. Jest więc normalne, że działa właściwie w tym, co jest w stanie zgodnym z naturą, a oddziela się od tego, co jest z nią niezgodne”¹⁵⁷.

Dla ojca z Kapadocji właściwie funkcjonujący i zdrowy organizm działa zgodnie z zasadami określonymi przez naturę. Wynika stąd zobowiązanie do troski o zdrowie ciała w ramach właściwego korzystania z tego, co daje nam natura. W działaniach medycznych podpatrujemy i naśladujemy naturę, realizując tym samym konkretne dobro, jakim jest zdrowie. W ten sposób Grzegorz z Nyssy zbliżył się do arystotelesowskiej zasady *mimesis*.

Nyssenńczyk cenił sztukę leczenia jako pochodzącą od Boga. Zwracał uwagę na jej praktyczny wymiar wynikający z konkretnych potrzeb życia. Dodał również, iż jest ona czymś poszukiwanym, odkrywanym poprzez rozumowanie. Wydaje się, że Grzegorz zakładał

¹⁵⁴ Por. A. SZARSZEWSKI, *Etyka lekarska...* dz. cyt., s. 93-94.

¹⁵⁵ Por. W. CERAN, *Jan Chryzostom o leczeniu i lekarzach*, [w:] „Acta Universitatis Lodzensis, Folia Historica”, (1993), nr 48, s. 3–26.

¹⁵⁶ Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 87.

¹⁵⁷ GRZEGORZ Z NYSSY, *O stworzeniu człowieka*, M. PRZYBYCHOWSKA (tł.), [w:] *ŻMT*, (2006), t. 39, s. 78.

konieczność starań o rozwój medycyny. Wskazywał, że jest ona człowiekowi zadana. Prawdy te wyraził w *Contra Eunomium II*, gdzie zanotował:

„Każdy, kto nie chce zaprzeczyć prawdzie, może sprawdzić, że wszystkie rzeczy, które są użyteczne i wygodne dla ludzkiego życia i zostały odkryte w historii, zostały odkryte jedynie dzięki rozumowaniu. W moim rozumieniu, pomiędzy wszystkimi rzeczami dobrymi, które zostały nam dane w życiu i które istnieją w naszej duszy dzięki Opatrzności Bożej (...) rozumność [jest] (...) najbardziej doskonałą (...). Ten, kto dał naturze ludzkiej taką siłę do wymyślenia i spotkania rzeczy poszukiwanych, jest Tym samym, który nas przybliżył do tych umiejętności. Odnosząc się do ich przyczyny, wszystko, co się odkrywa i osiąga, musi być przypisane stwórcy tej zdolności. Potrzeby życia odkryły medycynę, ale jeśli się powie, że medycyna jest darem Boga, nie mylimy się”¹⁵⁸.

W kontekście całości powyższych rozważań nie dziwi fakt, że wybitny historyk medycyny W. Szumowski podkreślał, że pierwsze wieki chrześcijaństwa charakteryzowały się pewną nieufnością, dystansem wobec sztuki leczenia. Potrzeba było czasu, aby stanowisko wspólnoty Kościoła się wyklarowało:

„Chrześcijaństwo zajęło względem medycyny z początku stanowisko nieufne. Materialne działanie różnych zabiegów i leków i cała terapia somatyczna wydawały się co najmniej niepotrzebnym wobec potęgi Boga, a więc grzechem. Tę nieufność potęgowały zarzuty natury moralnej, gdyż medycyna grecka i rzymska, stykały się niekiedy z rozpustą lub nawet zbrodnią (otrucia)”¹⁵⁹.

Dla rodzącej się wspólnoty uczniów Chrystusa ważna była samoświadomość i samookreślenie. Proces ten dokonywał się w kontekście konkretnych wydarzeń historycznych, ściśle wiążąc się z codziennym życiem. Wobec czyhających zewnętrznych niebezpieczeństw i niezrozumienia, wobec zarzutów zarówno ze strony Rzymu, filozofów, jak i judaizmu, konieczna była troska o obronę wiary w jednego Boga. Zbawcze działanie Boga, Jego ewangeliczne przesłanie domagało się od chrześcijan odpowiedzi udzielonej przez wiarę i sposób życia. Z kolei odpowiedź ta stanowiła fundament zasad etycznych i chrześcijańskiej

¹⁵⁸ GRZEGORZ Z NYSSY, *Contra Eunomium II*. Cytat i tłumaczenie za: M. BRUGAROLAS, *Księga Hioba według Grzegorza z Nyssy*, [w:] „Biblica et Patristica Thoruniensia”, (2013), nr 6, s. 158.

¹⁵⁹ W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 158.

moralności¹⁶⁰. Jeżeli pośród ludzi trudniących się medycyną miały miejsce działania sprzeczne z moralnością, to zarówno one, jak i sama sztuka leczenia budziły uzasadnioną rezerwę u wyznawców Jezusa. Pliniusz Starszy w *Historii Naturalnej* dał takie świadectwo:

„Kto tylko ogłosi się lekarzem, natychmiast spotyka się z zaufaniem, choć to przecież dziedzina, w której szarlataneria pociąga najgroźniejsze skutki. Ale w to nie wnikamy bliżej; dla każdego tak bardzo pociągająca jest i słodka nadzieja własnego zdrowia! Poza tym nie ma żadnej ustawy, która by karała nieuctwo w tej dziedzinie, nie ma żadnego przykładu odstraszałej kary. Uczą się na nasze ryzyko i przeprowadzają doświadczenia kosztem naszego życia. Jedynie lekarzowi wolno bezkarnie zabić człowieka”¹⁶¹.

Nie zawsze świat pozachrześcijański stanowił dla Kościoła źródło zagrożeń i wrogości; otwierał także szerokie perspektywy rozwoju. Wzajemne przenikanie się, wspólny język, kultura helleńsko-rzymska sprzyjały odkrywaniu prawd służących dobru jednostki ludzkiej. Również teologiczne dyskusje i spory w łonie samego chrześcijaństwa, prowadzące nieraz do bolesnych rozdarć, pomogły w kształtowaniu właściwej wizji człowieka¹⁶². Ukazanie odpowiedniej relacji na linii ciało – dusza doprowadziło do określenia miejsca i roli medycyny w życiu wierzącego.

4.3. Aprobata dla sztuki leczenia

Dorobek przedchrześcijańskiej sztuki medycznej wysoko cenił jeden z największych Ojców Kościoła Orygenes. W *Contra Celsum* odnajdujemy fragmenty, w których zachęcał, a wręcz wzywał do korzystania z dobrodziejstw medycyny: «...jeśli nie ma innego sposobu odzyskania zdrowia poza skorzystaniem z pomocy sztuki lekarskiej, to jest rzeczą konieczną wezwanie lekarza...»¹⁶³. I dalej: «Sądzę, że jeśli ktoś chce żyć po prostu i zwyczajnie, powinien troskę o zdrowie ciała powierzyć sztuce lekarskiej...»¹⁶⁴.

¹⁶⁰ Por. P. GRECH, *Początki teologii chrześcijańskiej*, [w:] A. DI BERNARDINO, B. STUDER (red.), *Historia Teologii – Epoka Patrystyczna*, Kraków 2003, s. 111.

¹⁶¹ Cytat za: J. GAJDA, dz. cyt., s. 138; Por. K. Pliniusza Starszego *Historii Naturalnej ksiąg XXXVII*, J. ŁUKASZEWICZ (tł.), Poznań 1845, t. IX, s. 209.

¹⁶² Por. P. GRECH, dz. cyt., s. 111-112.

¹⁶³ ORYGENES, *Przeciw Celsusowi*, S. KALINKOWSKI (tł.), [Online]. <http://www.pistis.pl/biblioteka/Origen.pdf>, s. 74, [dostęp: 01.03.2018].

¹⁶⁴ Tamże, s. 381.

Ponadto Aleksandryczyk podkreślił, że: «...w łonie medycyny, która jest niewątpliwie przydatna, a nawet niezbędna dla ludzi, prowadzi się różnego rodzaju badania nad sposobem leczenia ciała i dlatego w Grecji istnieją, jak wiadomo różne szkoły medyczne...»¹⁶⁵. Dla Orygenesisa pochwała medycyny wiązała się jednocześnie z oddaniem czci Bogu, od którego ostatecznie zależy pozytywny wynik terapii: «...lekarze, którzy leczą chorych, bez Bożej pomocy nie potrafią przywrócić ciała zdrowia...»¹⁶⁶, a także: «Każdy pobożny człowiek uzna niewątpliwie, że dzięki łasce Bożej przybył do państw i narodów lekarz, który przywrócił zdrowie ludziom cierpiącym fizycznie; bo przecież nic, co jest korzystne dla człowieka, nie dzieje się bez udziału Boga»¹⁶⁷.

Właściwe miejsce, jakie zajmuje medycyna w hierarchii ważności, określił Aleksandryczyk w następującym fragmencie *Przeciw Celsusowi*:

„(Nie mówimy): «Unikajcie lekarzy», nie mówimy: «Strzeżcie się, by ktoś z was nie osiągnął wiedzy», nie twierdzimy, że wiedza jest złem, nie jesteśmy tak szaleni, by mówić, że poznanie pozbawia ludzi świętości duszy, nie powiemy, że jakkolwiek człowiek został zgubiony przez mądrość. Głosząc naukę nie mówimy: «Przywiązujcie się do mnie», lecz: «Przywiązujcie się do Boga wszechrzeczy i do Jezusa, Nauczyciela i Jego nauki». (...) Nie mówimy również, że «prawdziwi lekarze gubią tych, którym obiecali wyleczenie»¹⁶⁸.

Dla Orygenesisa i chrześcijan najważniejsza była relacja z Chrystusem oraz zdrowie duszy. Bóg był pierwszym i najwyższym lekarzem. Jednak medycyna, wpisująca się w nurt poszukiwań mądrości, także jawiła się w pozytywnym świetle. Co więcej, poznanie i zdobywanie wiedzy mogło zostać wykorzystane dla wzrostu «świętości duszy».

Pomimo dowartościowania sztuki leczenia Aleksandryczyk miał świadomość jej ograniczeń. Zdawał sobie sprawę, że nie jest ona w stanie zniwelować wszystkich cierpień i zła. Może to uczynić jedynie Bóg-Stwórca:

„Istnieją choroby i rany cielesne, wobec których medycyna jest bezsilna, nie ma jednak takiego zła, którego nie mógłby uleczyć najwyższy *Logos* i Bóg”¹⁶⁹.

¹⁶⁵ Tamże, s. 114.

¹⁶⁶ Tamże, s. 24.

¹⁶⁷ Tamże, s. 12.

¹⁶⁸ Tamże, s. 149.

¹⁶⁹ Tamże, s. 387.

W podobnym duchu na temat medycyny wypowiedzieli się inni pisarze starochrześcijańscy, podkreślając, że jest ona darem służącym dobru człowieka, pochodzącym od Boga. Teodoret z Cyru napisał:

„Bóg przeto, jako istota ze wszech miar mądra oraz jako Stwórca dusz, ciał i wszystkich rzeczy (...) obydwu naturom – ciału i duszy – udzielił odpowiednich lekarstw, a ponadto ustanowił lekarzy: jednych wykształcił w tej, a drugich w innej wiedzy oraz rozkazał przewodzić i zwyciężać w walce z chorobami”¹⁷⁰.

Bazyli Wielki, odwołując się do teorii humoralnej wypracowanej przez Hipokratesa i Galena, stwierdził, co następuje:

[Bóg] „...podarował nam – jako wzorzec uzdrawiania duszy – medycynę, która usuwa nadmiar i uzupełnia brak”¹⁷¹.

Według Ojca z Kapadocji sztuka leczenia, będąca darem samego Stwórcy, dąży do tego, aby przywrócić zdrowie dzięki zapewnieniu harmonii, stanu równowagi ludzkiego organizmu.

Na przykładzie obu powyższych tekstów, można stwierdzić, że dla pierwszych chrześcijan medycyna – związana z troską o zdrowie ciała – stanowiła namacalny, widzialny wzorzec dla „medycyny” ducha. Obie sfery – ciała i ducha – mają własnych lekarzy, odpowiednie lekarstwa, przy czym cielesność podporządkowana jest duchowości. Jako pochodząca od Boga praktyka lekarska, związana z troską o przywracanie zdrowia, zarówno w porządku ducha jak i ciała, jawi się w pozytywnym świetle. Co więcej, jest ona zgodna z całością chrześcijańskiego modelu postępowania¹⁷². Chrześcijanin to człowiek, który z pomocą Boskiego Lekarza w odpowiedni sposób potrafi zadbać o dobrą kondycję ducha i ciała. Święty Bazyli stwierdził, że uczniowie Jezusa Chrystusa powinni być:

„jak lekarze, którzy – według zasad nauki Pana – leczą z wielkim współczuciem choroby duszy, aby zapewnić im zdrowie i trwanie w Chrystusie”¹⁷³.

¹⁷⁰ TEODORET Z CYRU, *Leczenie chorób hellenizmu*, S. Kalinkowski (tł.), Warszawa 1981, s. 19.

¹⁷¹ BAZYLI WIELKI, *Reguły dłuższe* 55, J. NAUMOWICZ (tł.), [w:] BAZYLI WIELKI, *Pisma ascetyczne*, t. 2, Kraków–Tyniec 1995, s. 174.

¹⁷² Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 84-85.

¹⁷³ BAZYLI WIELKI, *Reguły moralne LXXX* 17, J. NAUMOWICZ (tł.), [w:] BAZYLI WIELKI, *Pisma ascetyczne*, t. 1, Kraków–Tyniec 1994, s. 242.

W innym miejscu przypomniał, że medycyna: «...została nam dana (...), abyśmy mogli cierpiącym przynosić choć trochę ulgi»¹⁷⁴. Biskup z Cezarei pisał te słowa do mnichów, zachęcając ich do przyjęcia właściwych postaw względem siebie i bliźnich. Mieli oni troszczyć się o obie sfery człowieka – duchową i cielesną. Dla Bazylego, podobnie jak dla Orygenesusa, patrząc z perspektywy zbawienia, zdrowie duchowe stoi na pierwszym miejscu. Jego przejawem jest wolność od grzechu i zjednoczenie z Chrystusem. Zdrowie fizyczne również jest ważne. Jeżeli sytuacja tego wymaga, chrześcijanin jest wezwany do tego, aby zwrócić się o pomoc lekarską. Musi jednak pamiętać, aby nie absolutyzować medycyny i jej możliwości. Bazyli Wielki, przypominając o teocentrycznej genezie medycyny, inspirował wyznawców Jezusa do zaangażowania na rzecz chorych poprzez przynoszenie ulgi w cierpieniu¹⁷⁵.

Biskup Cezarei nie poprzestał na samych słowach, lecz widząc ogrom ludzkiej biedy, niedolę i odrzucenie dotkniętych trędem, założył pierwszy chrześcijański szpital – słynną Bazyliadę. Składał się nań zespół budynków, w których lekarze, pielęgniarki i duchowni w duchu chrześcijańskiej miłości sprawowali opiekę nad ciężko chorymi. Wydawano żywność potrzebującym, pielęgnowano starców oraz przyjmowano podróżnych, którzy podupadli na zdrowiu¹⁷⁶.

Postulat chrześcijański niesienia szerokiej posługi chorym i cierpiącym stał się możliwy dzięki *novum*, jakie przesłanie ewangeliczne wniosło w starotestamentalne postrzeganie choroby. Według judaizmu choroba i związane z nią cierpienie było skutkiem grzechu, stanowiło karę za przewinienia. Utrata zdrowia mogła być wynikiem grzechu samego chorego, członków rodziny w poprzednich pokoleniach, a także grzechu pierworodnego. Chrześcijanie nie odrzucili całkiem tego poglądu, lecz wykładnia ich nauki podkreśliła inny, ważniejszy aspekt spojrzenia na problem obecności choroby w życiu człowieka¹⁷⁷. Wiele światła wnoszą tutaj słowa Chrystusa zapisane w Ewangelii św. Jana, które wypowiedział na wieść o chorobie swego przyjaciela Łazarza: «Choroba ta nie zmierza ku śmierci, ale ku chwale Bożej, aby dzięki niej Syn Boży został otoczony chwałą» (J 11, 4).

¹⁷⁴ BAZYLI WIELKI, *Reguły dłuższe...*, dz. cyt., s. 174.

¹⁷⁵ Por. P. ASZYK, dz. cyt., s. 95.

¹⁷⁶ Por. G.B. RISSE, *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*, New York 1999, s. 84; J. NAUMOWICZ, *Instytucje charytatywne św. Bazylego. „Bazyliada”*, [w:] „Vox Patrum”, (1996), t. 30-31, s. 125-139; B. DROŹDŹ, *Posługa charytatywna znakiem ewangelizacyjnej obecności Kościoła*, [w:] „Perspectiva” 12, (2008), nr 1, s. 55.

¹⁷⁷ Por. A. SZARZEWSKI, *Etyka lekarska...* dz. cyt., s. 93.

Bóg jedynie *dopuszcza* chorobę, a nie zsyła ją na człowieka, i to zwykle po to, by Jego moc i chwała mogła jeszcze bardziej zajaśnieć. Przywracając do zdrowia, chce okazać swoją miłość. W tej perspektywie zarówno pojawienie się choroby, jak również proces powrotu do pełni sił, stają się okazją do nawrócenia. Dla chorego doświadczenie słabości cielesnej może być pomocą w metamorfozie ducha. W ten sposób Stwórca nawet ze zła, jakim jest cierpienie, może wyciągnąć dobro owocujące zbawieniem duszy. Medycyna to nie tylko wiedza i wysiłki mające na celu powrót do zdrowia; jest ona naznaczona rysem teologicznym i moralnym. Chory to ktoś umiłowany przez Boga, wyjątkowo Mu bliski. Co za tym idzie, uczeń Jezusa jest wezwany do tego, by nieść ulgę w cierpieniu, troszczyć się o chorych, wspomagać w powrocie do zdrowia¹⁷⁸. Taką postawą cechowali się dwaj patronowie sztuki lekarskiej, święci męczennicy Kosma i Damian. Pochodzący z Arabii bracia bliźniacy (ok. 250-287) studiowali medycynę w Cylicji, by później z bezgranicznym oddaniem, bez pobierania zapłaty leczyć oraz ewangelizować¹⁷⁹.

Na temat wartości i roli jaką spełniła *Caritas Christiana* pisze Zdzisław Gajda:

„Miłość chrześcijańska. Jej owocem jest dobroczynność, o której można pisać tomy. Jej znaczenie w kulturze europejskiej jest powszechnie znane i uznane. Zrodziła się w gminie jerozolimskiej, a początek dali jej apostołowie. Do posługi bliżnim powołano diakonów, później diakonisy. Troską obejmowano ubogich, wdowy, sieroty, więźniów i chorych. Z czasem do opieki nad chorymi powstały zakony, później jeszcze szpitale, przytułki większe i mniejsze i to na terenie każdej niemal parafii”¹⁸⁰.

Żyjący na przełomie XIX i XX wieku brytyjski historyk i filozof W.E.H. Lecky trafnie zwrócił uwagę, że nie ma wątpliwości, iż ani w praktyce, ani w teorii, ani w założonych instytucjach, ani pod względem przypisanej skali obowiązków nie da się porównać miejsca, jakie dobroczynność zajmowała w starożytności do tego, jakie uzyskała w chrześcijaństwie. Wcześniej, niemalże cała pomoc była skutkiem działania państwa, podyktowana bardziej polityką niż życzliwością. Powszechna praktyka handlu dziećmi, gotowość biednych, by zostać gladiatorami, częste klęski głodu pokazują olbrzymią miarę

¹⁷⁸ Por. Tamże.

¹⁷⁹ Por. T. BRZEZIŃSKI (red.), *Historia medycyny*, dz. cyt., s. 44-45; Z. GAJDA, dz. cyt., s. 269-270.

¹⁸⁰ Z. GAJDA, dz. cyt., s. 186.

nieprzeniknionej cierpienia¹⁸¹. Sytuacja taka otwierała dobroczynności chrześcijańskiej szerokie perspektywy działania.

4.4. Chrześcijańskie *homoiosis theo*

Idea upodobnienia się do bogów, obecna w filozofii helleńskiej, nabrała swego wydzźwięku w świecie chrześcijańskim. Podobnie jak w starożytności klasycznej, tak również tutaj wywarła wpływ na rozwój medycyny i spojrzenia na człowieka chorego.

Podjmując refleksję nad *homoiosis theo*, uczniowie Jezusa odwoływali się do dwóch kluczowych wydarzeń z historii zbawienia: dzieła stworzenia i odkupienia. Z pierwszym z nich związana była prawda, która została zawarta już na początku *Księgi Rodzaju* w *Poemacie o Stworzeniu*:

„Uczyńmy człowieka na Nasz obraz, podobnego Nam. (...) Stworzył więc Bóg człowieka na swój obraz, na obraz Boży go stworzył: stworzył mężczyznę i niewiastę” (Rdz 1, 26-27).

Zaczerpnięte z tego tekstu terminy *obraz* i *podobieństwo* posłużyły Ojcom w określeniu właściwej antropologii, miejsca, jakie zajmuje człowiek w relacji do Stwórcy i otaczającego go świata. Oczywiście były one rozmaicie rozumiane i interpretowane w zależności od okoliczności oraz środowiska życia¹⁸².

Drugim wydarzeniem zbawczym – istotnym z punktu widzenia upodobnienia do Boga – było odkupienie. Klemens Aleksandryjski¹⁸³, odwołując się do przytoczonego już wcześniej platońskiego dialogu *Teajtet*, napisał:

„Nadszedł więc czas, abyśmy stwierdzili, że tylko chrześcijanin jest bogobojny, bogaty, rozumny, szlachetny i dlatego przez upodobnienie jest obrazem Boga;

¹⁸¹ Por. W.E.H. LECKY, *History of European Morals From Augustus to Charlemagne*, vol. II, New York 1870, s. 83. „There can, however, be no question that neither in practice nor in theory, neither in the institutions that were founded nor in the place that was assigned to it in the scale of duties, did charity in antiquity occupy a position at all comparable to that which it has obtained by Christianity. Nearly all relief was a State measure, dictated much more by policy than by benevolence, and the habit of selling young children, the innumerable expositions, the readiness of the poor to enroll themselves as gladiators, and the frequent famines, show how large was the measure of unrelieved distress”.

¹⁸² Więcej na ten temat: Por. T. ŠPIDLIK, I. GARGANO, V. GROSSI, dz. cyt., s. 66-74.

¹⁸³ Klemens jest tym, który do języka chrześcijańskiego wprowadził wyrażenie *przebóstwienie*. Por. Tamże, s. 47.

abyśmy powiedzieli i uwierzyli, że stał się on «sprawiedliwy i pobożny przy zachowaniu rozsądku»¹⁸⁴ przez Chrystusa, a następnie upodobnił się do samego Boga”¹⁸⁵.

Platon i inni filozofowie greccy podkreślali, że w celu doskonalenia się w cnocie mądrości i sprawiedliwości, w postępie na drodze zjednoczenia duszy z bóstwem, konieczne jest upodobnienie się do bogów, na ile tylko człowiek potrafi¹⁸⁶. Klemens dodał, że w chrześcijaństwie upodobnienie do Boga dokonuje się dzięki Chrystusowi. To *Logos*, poprzez fakt Wcielenia, wychodzi naprzeciw człowiekowi, daje mu poznać swą boską Istotę¹⁸⁷:

„Słowo stało się człowiekiem, abyś ty także nauczył się od człowieka, w jaki sposób, będąc człowiekiem, możesz stać się Bogiem”¹⁸⁸.

W podobnym duchu wypowiadali się inni Ojcowie¹⁸⁹: Ignacy Antiocheński, Ireneusz z Lyonu, Augustyn z Hippony, czy Atanazy Wielki, który w *Mowie przeciw Arianom* stwierdził:

„Logos bynajmniej nie należy do rzeczy stworzonych – przeciwnie, jest ich Stwórcą. Dlatego przyjął stworzone, ludzkie ciało, po to, by, odnawiając je jako jego Stwórcą, przebóstwić je w sobie samym i tym sposobem wprowadzić nas wszystkich do królestwa niebieskiego, w zależności od naszego do Niego upodobnienia. Ponieważ Słowo zjednoczyło się ze stworzeniem, człowiek nie zostałby ponownie przebóstwiony gdyby Syn nie był prawdziwym Bogiem. Człowiek nie znalazłby się bliżej Ojca, gdyby Ten, który przyjął ludzkie ciało, nie był naturalnym i prawdziwym Logosem Ojca”¹⁹⁰.

Na podstawie powyższych tekstów można stwierdzić, że, chcąc w sposób właściwy zrozumieć tematykę chrześcijańskiego *homoiosis theoi*, należy odwołać się do soteriologii.

¹⁸⁴ PLATON, *Teajtet* 176 b, dz. cyt., s. 141.

¹⁸⁵ KLEMENS Z ALEKSANDRII, *Protreptikos* 12, 122, 4, M. SZARMACH, A. ŚWIDERKÓWNA, J. SOŁOWIANIUK (tł.), [w:] PSP, (1988), t. 44, s. 201.

¹⁸⁶ Por. T. ŠPIDLIK, I. GARGANO, V. GROSSI, dz. cyt., s. 67.

¹⁸⁷ Por. W.J. TUREK, *Idea przebóstwienia...* dz. cyt., s. 58.

¹⁸⁸ KLEMENS Z ALEKSANDRII, *Protreptikos* 1, 8, (4), dz. cyt., s. 123.

¹⁸⁹ Więcej na ten temat: Por. I. ZOGAS-OSADNIK, *Przebóstwienie (Theosis) jako kategoria antropologiczna w ujęciu św. Gregoriusa Palamasa (1296-1359)*, Wrocław 2009, s. 37-58.

¹⁹⁰ ATANAZY ALEKSANDRYJSKI, *Orationes contra arianos*, PG 26, 296 AB, tł. za: I. ZOGAS-OSADNIK, dz. cyt., s. 39-40.

Logos – Stwórca, przyjmując ludzkie ciało, odnawia je i przebóstwia. Otwiera w ten sposób każdemu człowiekowi drogę do zbawienia. Z kolei zbawienie to nic innego jak upodobnienie do Chrystusa¹⁹¹, który jest obrazem Ojca i modelem dla chrześcijan¹⁹². Oczywiście w dążeniu do upodobnienia z Bogiem konieczna jest współpraca z Jezusem i Jego przebóstwiająca łaską¹⁹³, a także z Duchem Świętym¹⁹⁴. W tym miejscu warto przytoczyć słowa francuskiego, prawosławnego patrologa J.C. Larchet`a:

„Ostatecznym celem chrześcijaństwa jest przebóstwienie człowieka. «Bóg stał się człowiekiem, aby człowiek mógł stać się bogiem»: tak Ojcowie wielokrotnie w przeciągu wieków streszczali sens Wcielenia Słowa. Jednocześnie w Swej boskiej Osobie naturę boską z naturą ludzką, bez pomieszania czy rozdzielenia, Chrystus przywrócił tę ostatnią do jej pierwotnego stanu, jawiąc się w ten sposób jako Nowy Adam, a ponadto doprowadził ją do doskonałości, do jakiej jest ona przeznaczona: doskonałego podobieństwa Bożego, uczestnictwa w boskiej naturze (2P 1,4). Dzięki temu umożliwił On stanie się bogiem przez łaskę każdej ludzkiej osobie, która w Kościele (będącym Jego ciałem) zostanie z Nim zjednoczona dzięki Duchowi”¹⁹⁵.

Według A. Eckmanna tym, co diametralnie odróżniało przedchrześcijańskie ubóstwienie od wczesnochrześcijańskiego przebóstwienia, był fakt, że uczeń Chrystusa, upodabniając się do swego Mistrza w codziennym życiu, kierował się miłością bliźniego, nawet nieprzyjaciół¹⁹⁶. Prawda ta, jak pokazała przyszłość, znalazła praktyczne, szerokie zastosowanie w medycynie i dobroczynności chrześcijańskiej.

Skoncentrowanie się na doskonaleniu ludzkiego ducha zgodnie z zasadą *homoiosis theo* rozpowszechnione w świecie antycznym, przejęte i zmodyfikowane przez chrześcijaństwo, niewątpliwie stanowiło dodatkowy argument umacniający koncepcję terapeutyczną *restitutio ad integrum* obecną w medycynie klasycznej.

Należy również podkreślić, że dążenie do doskonałości drogą *homoiosis theo*, poprzez kształtowanie ducha czy wzrastanie w mądrości i cnotach, było i jest ideałem cennym

¹⁹¹ Por. Tamże, s. 39.

¹⁹² Por. T. ŠPIDLIK, I. GARGANO, V. GROSSI, dz. cyt., s. 67.

¹⁹³ Por. I. ZOGAS-OSADNIK, dz. cyt., s. 37.

¹⁹⁴ Por. BAZYLI WIELKI, *O Duchu Świętym* 19, A. BRZÓSTKOWSKA (tł.), Warszawa 1999.

¹⁹⁵ Por. J.C. LARCHET, dz. cyt., s. 5.

¹⁹⁶ Por. A. ECKMANN, *Przebóstwienie człowieka w pismach wczesnochrześcijańskich*, Lublin 2003, s. 227.

i ponadczasowym dla każdego człowieka. Dla chrześcijan – dodatkowo – upodobnienie do Boga otwiera szerszą perspektywę związaną z życiem wiecznym wypływającym z odkupieńczego dzieła Jezusa Chrystusa.

4.5. Teologiczne znaczenie powrotu do zdrowia

W chrześcijaństwie pojęcie powrotu do zdrowia, oprócz medycznego posiada również teologiczne znaczenie¹⁹⁷. Ojcowie Kościoła i Tradycja chrześcijańska postrzegają stan pierwszego Adama jako stan pierwotnego zdrowia ludzkości. J.C. Larchet pisze:

„Rajski stan, w którym człowiek żył zgodnie z pierwotną naturą, jawi się (...) jako stan zdrowia, kiedy to człowiek nie znał żadnej choroby zarówno duchowej, jak i ciała, i prowadził życie całkowicie normalne, ponieważ zgodne z jego naturą i z prawdziwym celem tej ostatniej”¹⁹⁸.

Niestety, na skutek grzechu pierworodnego całość jestestwa człowieka przeniknął wielopostaciowy stan choroby. Pojawiła się potrzeba zbawienego dzieła, którego dokonał Chrystus – nowy Adam. Dzięki Wcieleniu Słowa Bożego możliwy stał się proces uzdrowienia całej ludzkości, jej powrotu do pierwotnego stanu zdrowia¹⁹⁹.

Teologiczne znaczenie *restitutio ad integrum* dobrze oddaje myśl św. Grzegorza z Nyssy dotycząca apokatastazy osobowej²⁰⁰. Dla właściwego zrozumienia tej kwestii należy odwołać się do jego antropologii, która jawi się niezwykle pozytywnie. Bóg stwarza człowieka na swój obraz i podobieństwo, czyni go koroną stworzenia, wzywa do wspólnoty z sobą. Człowiek cieszy się miłością Stwórcy i darem wolnej woli²⁰¹. Doskonałość istot ludzkich wypływa z bożej doskonałości:

¹⁹⁷ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 12. „The notion of *restitutio ad integrum* (...) contained not only medical but theological significance as well”.

¹⁹⁸ J.C. LARCHET, dz. cyt., s. 18.

¹⁹⁹ Por. Tamże, s. 7-8; 18-19; 40-41.

²⁰⁰ „Termin apokatastaza posiada wiele znaczeń: powrót, odnowa, naprawa. W grece klasycznej odnoszono go do obszaru medycyny, gdzie oznaczał «przywrócenie zdrowia», w kontekście prawnym określał «odesłanie zakładników», w polityce «przywrócenie porządku państwowego», natomiast w astronomii antycznej «powrót gwiazdy na to samo miejsce, gdzie była w roku ubiegłym», zaś w kosmologii «cykliczność pór roku». L. MISIARCZYK, *Apokatastasis zrealizowana, aktualna i przyszła w tradycji biblijnej i patrystycznej przed Orygenesem*, [w:] SSHT, 36 (2003), nr 2, s. 460–461.

²⁰¹ Por. W. SZCZERBA, *Podwójne stworzenie, a soteriologia Grzegorza z Nyssy*, [w:] „Poznańskie Studia Teologiczne”, (2008), t. 22, s. 91-92; S. SWIEŻAWSKI, *Dzieje europejskiej filozofii klasycznej*, Warszawa 2011, s. 315-324.

„Bóstwo jest bowiem pełnią dobra, a natura ludzka jest jej obrazem; podobieństwo obrazu do wzoru polega zatem na tym, że jest pełen wszelkiego dobra”²⁰².

Grzegorz rozróżnia dwa etapy stworzenia człowieka. Czyni to w sensie bardziej logicznym niż chronologicznym²⁰³. W pierwszym stadium Bóg powołuje do istnienia całościową naturę ludzką. Komentując fragment Księgi Rodzaju: *I stworzył Bóg człowieka na obraz swój* (Rdz 1,27) Nysseńczyk stwierdza:

„Pismo, mówiąc, że Bóg stworzył człowieka, za pomocą nieokreślonego terminu ukazuje całą ludzkość. To stworzenie nie zostało jeszcze nazwane Adamem, jak to mówi dalsze opowiadanie. Imię nadane stworzeniu nie było indywidualne, ale ogólne. Przez powszechną nazwę natury każe nam rozumieć, że dzięki Bożemu przewidywaniu i mocy w pierwszym stworzeniu została zawarta cała ludzkość”²⁰⁴.

I w innym miejscu czytamy:

„Powstał zatem na obraz człowiek, [czyli] cała natura, dzieło podobne do Boga. Dzięki wszechmocnej mądrości powstała nie część całości, ale cała połączona pełnia natury”²⁰⁵.

Według cytowanego autora pierwotne *creatio* to nic innego jak stworzenie ludzkości ujętej całościowo, kolektywnie, poza czasem i przestrzenią²⁰⁶. Grzegorz używa tutaj pojęcia *pleroma* (πλήρωμα). Istotę tego terminu wyjaśnia M. Przyszychowska:

„...określa [on] rozciągłość ludzkiej natury: liczbę ludzkich jednostek, które się w niej zawierają. Jest to pełnia jeszcze nie zrealizowana (...). Jest ściśle określona i zrealizuje się z całą pewnością w historii świata od dnia stworzenia do dnia ostatniego”²⁰⁷.

A zatem pierwszą kreację możemy również rozumieć jako stworzenie całej społeczności ludzkiej lecz w formie potencjalnej lub załączkowej. Na tym etapie rozwój

²⁰² GRZEGORZ Z NYSSY, *O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 94.

²⁰³ Por. W. SZCZERBA, *Apokatastaza po Orygenesie – casus Grzegorza z Nyssy*, [w:] „Analiza i egzystencja”, (2006), s. 181.

²⁰⁴ GRZEGORZ Z NYSSY, *O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 95-96.

²⁰⁵ Tamże, s. 113.

²⁰⁶ Por. W. SZCZERBA, *Podwójne stworzenie...*, dz. cyt., s. 96.

²⁰⁷ M. PRZYSZYCHOWSKA, *Wstęp do: GRZEGORZ Z NYSSY, O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 23.

ludzkości, wzrost liczby ludzi dokonywałby się w jakiś tajemniczy sposób, aż do osiągnięcia stanu wypełnienia miary ludzkiej natury na podobieństwo egzystencji aniołów²⁰⁸. Nysseńczyk pisze:

„Jeśli ktoś bardzo chce znać sposób, w jaki rozmnażałby się człowiek, gdyby nie potrzebował do tego małżeństwa, zapytamy go i my o to samo odnośnie do aniołów: w jaki sposób jest ich nieprzeliczone mnóstwo; stanowią jedną substancję, a jednak można naliczyć ich wielu”²⁰⁹.

Stan ten uległ zachwianiu na skutek grzechu pierworodnego, niewłaściwego wykorzystania przez człowieka daru wolnej woli. Według tegoż autora Bóg przewidział możliwość zaistnienia takiej sytuacji:

„Gdy zatem [Bóg] przewidział, że wolny wybór [ludzkiej natury] nie zwróci się ku dobru, lecz odejście od anielskiego życia, skoro miała porzucić ów sposób, w jaki aniołowie wzrastają w liczbę aż do pełni, wtedy, aby nie uszczuplać pełni ludzkich dusz, przeznaczył ludzkiej naturze sposób rozmnażania się odpowiedni dla tych, którzy ześlizgnęli się w grzech: zamiast anielskiej wzniosłości zaszczerpił w ludzkiej naturze sposób rozmnażania się bydła i istot nierozumnych”²¹⁰.

Skutkiem upadku jest konieczność drugiego stworzenia, które uzdolni i dostosuje ludzkość do życia w nowych warunkach. Ludzka kondycja ulega przemianie. Schodzi ona na inny poziom egzystencji²¹¹. W miejsce tajemniczego, anielskiego pojawia się fizyczny, seksualny sposób rozmnażania. Następuje podział na płęć męską i żeńską. O wtórnym akcie kreacji Grzegorz pisze:

„[Pismo] powraca (...) do zagadnienia stworzenia i mówi: *Mężczyznę i kobietą stworzył ich*. Sądzę, że dla wszystkich jest jasne, że to [stworzenie] jest odległe od [swojego] wzoru, bo jak mówi Apostoł – w *Chrystusie Jezusie nie ma ani mężczyzny, ani kobiety* (Ga 3,28). Mimo to mówi Pismo, że człowiek został podzielony na dwie [płcie]. Powstanie naszej natury jest zatem w jakiś sposób

²⁰⁸ Por. Tamże; W. SZCZERBA, *Apokatastaza...*, dz. cyt., s. 181.

²⁰⁹ GRZEGORZ Z NYSSY, *O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 98.

²¹⁰ Tamże, s. 99.

²¹¹ Por. M. PRZYZYCHOWSKA, *Wstęp do: Grzegorz z Nyssy, O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 21.

podwójne: jedno na Boże podobieństwo, drugie zaś z podziałem na płcie. Pismo mówi o tym (...) najpierw: *Stworzył Bóg człowieka, na obraz Boży go stworzył, a następnie dodając: Mężczyznę i kobietę stworzył ich*²¹².

Ważnym jest zwrócenie uwagi na fakt, że po grzechu pierworodnym Stwórca nie porzuca swych zamiarów względem ludzkości. Nadal zmierza ona ku swemu celowi, którym jest aktualizacja i wypełnienie *pleromy* oraz eschatologiczne osiągnięcie pełni bliskości z Bogiem²¹³. Dla Nysseńczyka drugi akt stworzenia posiada wymiar soteriologiczny, a także pedagogiczny i prewencyjny. Prawdy te przypomina W. Szczerba pisząc:

„Bóg nie mści się, przewidując upadek człowieka, ani nie odcina się od tego, który upada, ale wychowuje i przygotowuje swoje dzieci do sytuacji, jaka zaistnieje po ich upadku, tak aby mogły żyć, rozwijać się i powrócić do stanu, jaki pierwotnie został im przypisany. Podział na płci staje się więc sposobem aktualizacji *pleromy*. Fizyczna śmierć [również cierpienie, ból, choroby ciała](...) jest drogą oczyszczenia człowieka ze zła, które przyłgnęło doń w czasie doczesnej egzystencji”²¹⁴.

Dla Nysseńczyka całość biblijnej historii zbawienia objawia boską pedagogię. W jej ramach mieszczą się: drugie stworzenie przygotowujące ludzkość do nowego wymiaru egzystencji, przykłady bohaterów wiary Starego i Nowego Testamentu, Chrystus i Jego dzieło zbawienia, działalność Kościoła, obecność Ducha Świętego, a także oczyszczająca rola cierpienia, które dotyka człowieka. Wszystkie te prawdy świadczą o soteriologicznym wymiarze bożej edukacji, o prowadzeniu człowieka ku świętości, ku wyzwoleniu się ze zła²¹⁵.

Na szczęście skutki grzechu pierworodnego nie dotknęły całości ludzkiej natury w jej upodobnieniu do Boga. Obraz boży w człowieku został przyćmiony, ale nie zniszczony. Owe skutki są jedynie zewnętrzne i czasowe. Ustąpią w dniu końca świata, w chwili zmartwychwstania umarłych²¹⁶, kiedy nastąpi *apokatastaza*, swoiste *re-creatio* pierwotnego,

²¹² GRZEGORZ Z NYSSY, *O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 92-93.

²¹³ Por. W. SZCZERBA, *Apokatastaza...*, dz. cyt., s. 182.

²¹⁴ Tenże, *Podwójne stworzenie...*, dz. cyt., s. 99-100.

²¹⁵ Por. Tenże, *Apokatastaza...*, dz. cyt., s. 186, 189.

²¹⁶ Por. M. PRZYSZYCHOWSKA, *Wstęp* do: Grzegorz z Nyssy, *O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 21.

idealnego i co istotne cielesnego²¹⁷ stanu bytowania, gdzie Bóg będzie *wszystkim we wszystkich* (1 Kor 15, 28)²¹⁸. Grzegorz podkreśla, że:

„Człowiek, który powstał w pierwszym stworzeniu i ten, który nastąpi na końcu czasów, są tacy sami, obaj noszą w sobie Boży obraz”²¹⁹.

Wtedy na nowo natura ludzka ukaże się w całej swej pełni, w swym prawdziwym kształcie, według pierwotnego zamysłu Boga²²⁰.

Podsumowując, dla naszego autora *re-creatio* tożsame jest z chwilą uwolnienia od cierpienia, choroby, śmierci i zła. Dokona się ono w czasach eschatologicznych, w dniu zmartwychwstania umarłych²²¹ poprzez powrót do pierwotnego idealnego stanu. W myśli Grzegorza można zauważyć obecność teologicznej idei powrotu do zdrowia. Ów powrót zawiera się w pewien sposób w teorii odnowienia wszystkiego. Dotyczy on zarówno sfery cielesnej, jak i duchowej. Bóg w akcie pierwszego stworzenia obdarzył człowieka darem nieśmiertelności ciała i duszy²²². Niestety grzech pierworodny zakłócił ten porządek. Odtąd ciało podlega śmierci, dusza narażona jest na ataki zła. Na końcu czasów wszystko powróci do pierwotnego stanu, chcianego przez Boga.

Bóg wszelkimi sposobami próbuje prowadzić człowieka do świętości i zbawienia. W swej pedagogii może dopuścić chorobę, cierpienie i śmierć, jako środki służące wewnętrznemu oczyszczeniu. Może też posłużyć się medycyną, którą Grzegorz wprost nazywa darem od Boga²²³. Odzyskanie zdrowia, wyjście z choroby mogą nie tylko umocnić wiarę, ale również w pewnym stopniu uprzedzają, partycypują w przyszłym zmartwychwstaniu, będącym ostatecznym powrotem do pełni zdrowia duszy i ciała²²⁴.

²¹⁷ Koniecznym jest tutaj dodanie, że według Nysseńczyka człowiek składa się z dwóch komponentów: duszy i ciała. Co istotne, Grzegorz przypisując duszy rolę priorytetową nie deprecjonuje cielesności jako takiej. Cechy takie jak nieśmiertelność, dobroć, bycie obrazem Boga – przynajmniej w pierwotnym i eschatologicznym sensie – dotyczą zarówno duszy jak i ciała. Por. W. SZCZERBA, *Apokatastaza...*, dz. cyt., s. 180-181.

²¹⁸ Por. W. SZCZERBA, *Podwójne stworzenie...*, dz. cyt., s. 100.

²¹⁹ GRZEGORZ Z NYSSY, *O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 96.

²²⁰ Por. M. PRZYSZYCHOWSKA, *Wstęp do: Grzegorz z Nyssy, O stworzeniu...*, dz. cyt., s. 21.

²²¹ Wielki wpływ na Grzegorza wywarła chrześcijańska nauka o zmartwychwstaniu ciał i przekonanie o jedności człowieka. Nysseńczyk idzie tak daleko, że w ogóle odrzuca jako zupełnie niemożliwe bytowanie duszy bez ciała. Ich związek jest ścisły po pierwszym stworzeniu, po drugim, a także po końcowym *re-creatio*. Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 318.

²²² Por. W. SZCZERBA, *Apokatastaza...*, dz. cyt., s. 180-181.

²²³ Por. GRZEGORZ Z NYSSY, *Contra Eunomium* II 183–184, [w:] *Gregorii Nysseni Opera* I, 277–278.

²²⁴ Por. U. WIESING, dz. cyt. s. 11. „The process by which human beings might recover from their sufferings was equated with the resurrection of mankind on the Day of Judgement. (...) ...earthly recovery to some extent pre-

Podobne idee odnajdziemy również u innych chrześcijańskich myślicieli. Dla przykładu wymienić można Ireneusza z Lyonu²²⁵, Orygenes²²⁶, Augustyna (z jego koncepcją pokoju doczesnego i wiecznego)²²⁷, czy Ambrozjastera, który rozwinął teorię *Unitas professionis* – wspaniałej harmonii panującej pośród stworzenia przed grzechem Szatana. Jedność ta została zniszczona, a całe dzieje to nic innego, jak tylko zabiegi Boga, zmierzające do jej przywrócenia. Zaistnieje ona z powrotem w sposób o wiele doskonalszy, niż była przed upadkiem aniołów, w momencie oddania władzy Ojcu przez Chrystusa (po powszechnym zmartwychwstaniu). Syn Boży tym gestem przekona wszystkich, że warunkiem jedności i zgody jest uznanie nad sobą władzy Ojca – Ojciec jest głową Chrystusa, Chrystus zaś głową wszelkiego stworzenia. Zapanuje idealna harmonia²²⁸.

Grzegorz z Nyssy pozostawił wymowny i piękny tekst posługujący się terminologią medyczną, mówiący o pierwotnym stanie zdrowia człowieka, o grzechu pierworodnym i jego konsekwencjach, a także o uzdrawiającej działalności Chrystusa. Jest nim fragment *IV homilii o Modlitwie Pańskiej*:

„Oto ludzkość cieszyła się ongiś pełnym zdrowiem duszy, gdy jej pierwiastki, mianowicie władze ducha, działały zgodnie w jedności dla cnoty. Z czasem jednak wzięta górę władza pożądawcza, pokonując przeciwną jej powściągliwość. Gdy jej nie zdołało odwrócić od zakazanych rzeczy, przyłgnął do natury ludzkiej grzech, śmiertelna choroba. Lecz prawdziwy Lekarz dusz, wszedłszy z miłości ku chorym w ludzkie życie, nauką o modlitwie usuwa chorobę i przywraca zdrowie naszej duszy. Zdrowie to zależy od gotowości pełnienia woli Bożej; przeciwnie – brak takiego usposobienia powoduje chorobę duszy, która wiedzie do śmierci. Gdy przez truciznę nieposłuszeństwa, której dużo wchłonęliśmy w siebie, popadliśmy w ciężką niemoc i straciliśmy błogie szczęście w raju, przyszedł prawdziwy Lekarz, aby – jak to wskazuje przedstawiona na początku uwaga – uleczyć zło przez

empted heavenly resurrection. Restitutio ad optimum, which means restitutio according to Gods plan, was, however, only possible in the life after death, and only through the mercy of God”.

²²⁵ Por. L. PADOVESE, dz. cyt., s. 90.

²²⁶ Por. W. SZCZERBA, *Podwójne stworzenie...*, dz. cyt., s. 100; H. CROUZEL, *Szkoła Aleksandryjska i jej losy*, [w:] A. DI BERNARDINO, B. STUDER (red.), *Historia Teologii – Epoka Patrystyczna*, Kraków 2003, s. 226-227.

²²⁷ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 12.

²²⁸ Por. E. STANIEK, *Tajemnica Kościoła u Ambrozjastera*, [w:] „Analecta Cracoviensia”, (1977), nr 9, s. 230-235; Szeroko na temat Ambrozjastera i jego nauki o stanie pierwotnym człowieka – Por. E. STANULA, *Nauka Ambrozjastera o stanie pierwotnym człowieka*, [w:] „Studia Antiquitatis Christianae”, 1 (1977), z. 2, s. 3-114.

przeciwny środek. Ponieważ popadliśmy w chorobę przez odstąpienie od woli Bożej, uwalnia nas od cierpień przez to, że znów nas łączy z wolą Bożą”²²⁹.

4.6. Wnioski

Powyższe rozważania dotyczyły wczesnochrześcijańskiego spojrzenia na medycynę, jej miejsca i roli, jaką winna spełniać w codziennym życiu. Na ich podstawie można wyciągnąć kilka konkluzji.

Po pierwsze, dla wczesnego chrześcijaństwa medycyna nie stanowiła ścisłego centrum zainteresowań, ale byłoby zbyt dużym uproszczeniem twierdzić, że traktowano ją marginalnie, jako mało ważną dziedzinę życia. Zrozumiałym jest, że tematy takie jak: dynamizm kształtowania się doktryny wiary, jej obrona przed zewnętrznymi zagrożeniami, prześladowania, wewnętrzne spory o wiele mocniej absorbowały uwagę Ojców Kościoła aniżeli te związane ze sztuką leczenia. Wynikało to z potrzeby chwili.

Po drugie, autorzy wczesnochrześcijańscy w przepowiadaniu zasad wiary posługiwali się analogiami zaczerpniętymi ze świata medycyny. Warto przypomnieć chociażby termin *Christus medicus*, który spotykamy u Ignacego Antiocheńskiego czy Ireneusza z Lyonu. Odwoływanie się do sztuki leczenia stanowiło pomoc w zobrazowaniu czy wyjaśnianiu rzeczywistości życia duchowego.

Po trzecie, w łonie chrześcijaństwa następowała stopniowa asymilacja sztuki leczenia. Wydaje się, że w tym procesie można wyróżnić trzy fazy:

1. Incydentalne tendencje antymedyczne wynikające nie tylko z troski o zachowanie ortodoksji, o obronę wiary, ale również z idei głoszonych w grupach heretyckich (np.: manichejczycy, montaniści, gnostycy) czy samych działań lekarskich kojarzonych niekiedy z szarlatanerią, oszustwami, trucicielstwem.
2. Nieufność wypływająca z dystansu wobec tego co pogańskie i przedchrześcijańskie.
3. Akceptacja medycyny przez główne nurty chrześcijaństwa.

Z upływem czasu, w wyniku dyskusji i sporów, stało się możliwe określenie właściwego miejsca dla sztuki leczenia, ról i zadań, jakie winna spełniać w życiu wierzącego.

²²⁹ GRZEGORZ Z NYSSY, *De Oratione Dominica IV*, PG 44, 1161-1164, tł. za: W KANIA, [w:] J. KRÓLIKOWSKI, Ł. WINCZURA (red.), *Świadkowie naszej Tradycji: pisma Ojców Kościoła*, Tarnów 2000.

Dokonało się to między innymi dzięki uściśleniu antropologii chrześcijańskiej, w której człowiek postrzegany jest jako jedność duchowo-cieleśna.

Po czwarte, medycyna nie tylko zyskała aprobatę, ale również została wkomponowana w całość chrześcijańskiego systemu teologicznego i moralnego. Uczeń Jezusa, naśladowując swego Mistrza, zobowiązany był do tego, aby w imię miłości bliźniego przynosić ulgę chorym, wspomagać w procesie powrotu do zdrowia, korzystać z osiągnięć sztuki leczenia. Takie uporządkowanie zagadnienia spowodowało rozwój dobroczynności i szpitalnictwa chrześcijańskiego.

Ponadto, wydaje się istotnym podkreślenie faktu, że chrześcijaństwo, wchodząc w świat helleńsko-rzymski, na drodze inkulturacji zaczerpnęło wiele z wcześniejszego dorobku naukowego, filozoficznego i kulturalnego, zwłaszcza antycznej Grecji. Medycyna nie stanowiła wyjątku od tej zasady. Idea *restitutio ad integrum*, odwołująca się do terapii, postrzegająca sztukę leczenia jako narzędzie w powrocie do zdrowia, została przejęta i utrwalona przez wyznawców Jezusa. Świadczą o tym odwołania autorów chrześcijańskich do Hipokratesa oraz aprobaty dla jego dorobku (Euzebiusz, Hieronim). Bazyli Wielki, zgodnie ze współczesnym sobie stanem wiedzy, przyjmował teorię humoralną, która zdrowie pojmowała jako równowagę płynów w organizmie. Grzegorz z Nyssy podkreślał boskie pochodzenie medycyny. Zwracał także uwagę, że natura jest wzorcem dla zdrowia. W ten sposób jego myśl była zbieżna z zasadą *mimesis* Arystotelesa głoszącą, że sztuka, w tym medycyna, stanowi imitację natury.

Z kolei, helleńskie ujęcie idei *homoiosis theo*, jak również jej chrześcijańska interpretacja wydają się potwierdzać obecną w człowieku ciągłą dążność do przekraczania samego siebie. Ludzie zawsze pragnęli doskonałości. Zasada upodobnienia do Boga/bogów dotyczyła sfery duchowej, wzrastania w mądrości, w cnotach. Taka postawa była niewątpliwie czymś cennym i ponadczasowym: sposobem życia, stałym wysiłkiem, przemianami siebie, a zatem prawdziwą filozofią, dzięki której człowiek podejmował trud doskonalenia samego siebie²³⁰. Skoncentrowanie uwagi na rozwoju pierwiastka duchowego, a także ówczesna, ograniczona wiedza dotycząca ciała stanowiły kolejny argument sprzyjający mocnej pozycji, jaką posiadała koncepcja terapeutyczna w medycynie starożytnej i wczesnochrześcijańskiej. Ponadto warto podkreślić, że chrześcijański ideał upodobnienia do Boga cechował się

²³⁰ Por. A. KAZIMIERCZAK-KUCHARSKA, dz. cyt., s. 4.

praktycznym wymiarem, wypływającym z przykazania miłości, także nieprzyjaciół. Dzięki temu wpłynął on na rozwój dzieł charytatywnych, a także diametralnie zmienił spojrzenie na człowieka chorego.

Na zakończenie, warto podkreślić, że w chrześcijaństwie samo pojęcie powrotu do zdrowia fizycznego i duchowego charakteryzuje się rysem teologicznym. W pewien sposób partycypuje w odnowieniu wszystkiego w Chrystusie na końcu czasów, w chwili powszechnego zmartwychwstania. Idee te odnajdujemy między innymi u Ireneusza z Lyonu, Orygenesza, Grzegorza z Nyssy, Augustyna czy Ambrozjastera.

5. ŚREDNIOWIECZE

W roku 395 za panowania cesarza Teodozjusza I Cesarstwo Rzymskie rozpadło się na dwie części – wschodnią i zachodnią. Z punktu widzenia historii medycyny wydarzenie to okazało się brzemienne w skutkach. Cesarstwo zachodnie posługiwało się łaciną, wschodnie greką. Z nadejściem średniowiecza Zachód i Rzym zostały mocno doświadczone przez burzliwe zawirowania historyczne. Nadeszły niełatwe wieki zniszczeń materialnych i zubożenia intelektualnego. W tym czasie Wschód i Konstantynopol cieszył się większym spokojem oraz dostępem nie tylko do spuścizny greckiej, ale także do całości dziedzictwa kultury starożytnej. Dzięki temu Bizancjum jeszcze przez tysiąc lat, aż do upadku Konstantynopola (1453) stało na straży osiągnięć epoki antyku²³¹.

Nowym, dodatkowym czynnikiem, który odcisnął piętno na historii medycyny, stała się ekspansja świata arabskiego, zjednoczonego w większości pod sztandarami nowej religii – islamu.

Reasumując, w okresie średniowiecza, w zależności od uwarunkowań kulturalno-społecznych i od regionu, sztuka leczenia cechowała się nieco odmiennym charakterem. Stąd przyjęto rozróżnienie na medycynę: łacińską, bizantyńską oraz arabską²³².

5.1. Trójpodział medycyny średniowiecznej

Celem poniższych rozważań będzie nie tylko przybliżenie trzech modeli medycyny średniowiecznej, ale również próba wydobycia tych czynników, które miały wpływ na silną pozycję nurtu *restitutio ad integrum*.

²³¹ Z. GAJDA, dz. cyt., s. 178.

²³² Por. Tamże, s. 177.

5.1.1. Medycyna łacińska

Najazdy Hunów na Europę, które rozpoczęły się już w drugiej połowie IV wieku, wywołały wielką wędrowkę ludów. Pod ich naporem plemiona germańskie zaczęły wdzierać się w granice *Imperium Romanum*. W pożogach ginęły rzymskie wsie i miasta, umierała kultura Rzymu²³³. Stolica Cesarstwa została dwukrotnie zdobyta i splądrowana. Najpierw w 410 roku przez Wizygotów, drugi raz w 455 roku przez Wandalów. Kilkanaście lat później Cesarstwo Zachodnie upadło. Był rok 476.

Zachodnia Europa pogrążyła się w walkach i chaosie. Zniszczone zostały ośrodki naukowe, zanikła literatura, wyginęła elita intelektualna: prawnicy, lekarze i artyści. Zniszczeniu uległa ogromna ilość dzieł sztuki, zaginęły rękopisy. Przed całkowitym unicestwieniem dorobek kultury starożytnej został ochroniony przez rozwijające się chrześcijaństwo i instytucje kościelne²³⁴.

Amerykański historyk i filozof W. Durant²³⁵, będący agnostykiem bronił takiej interpretacji, odpierając zarzuty tych, którzy postrzegali Kościół i religię – jako przyczynę upadku kultury antycznej. W czwartym tomie swojej *Historii cywilizacji* napisał:

„Podstawową przyczyną regresu kulturowego nie było chrześcijaństwo, ale barbarzyństwo; nie religia, lecz wojna. Masy ludzkie rujnowały lub rabowały miasta, klasztory, biblioteki, szkoły, a także utrudniały życie uczonym. Prawdopodobnie zniszczenia byłyby znacznie większe, gdyby nie Kościół utrzymujący pewien porządek w rozpadającej się cywilizacji”²³⁶.

Wielkie znamię na dziejach kultury, w tym także medycyny, odcisnął św. Benedykt z Nursji. W roku 529 powołał on do istnienia zakon benedyktynów z centralnym klasztorem

²³³ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 163.

²³⁴ Por. Tamże, s. 164.

²³⁵ Por. [Online]. <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/174157/Will-Durant>, [dostęp: 5.11.2014].

²³⁶ W. DURANT, *The age of faith – A history of medieval civilization – Christian, Islamic, and Judaic – from Constantine to Dante: A.D. 325-1300*, Michigan 1950, s. 79. „The basic cause of cultural retrogression was not Christianity but barbarism; not religion but war. The human inundations ruined or impoverished cities, monasteries, libraries, schools, and made impossible the life of the scholar or the scientist. Perhaps the destruction would have been worse had not the Church maintained some measure of order in a crumbling civilization”, (tł. wł.).

na górze Monte Cassino, w miejscu dawnej pogańskiej świątyni poświęconej Apollinowi. Słynna *Regula Benedictii* podkreślała godność każdego człowieka bez względu na jego status społeczny²³⁷ oraz zwracała uwagę, że w oczach Boga każda praca ma tę samą wartość²³⁸. Ścisły podział dnia na modlitwę, pracę i odpoczynek wyznaczał rytm życia. W krótkim czasie klasztory benedyktyńskie niczym sieć opłotły zachodnią Europę, przyczyniając się do krzewienia kultury oraz łagodzenia napięć wynikających z surowości obyczajów ówczesnych społeczeństw²³⁹. Tradycja benedyktyńska przetrwała okres wielkiego zamieszania, a klasztory pozostawały w tym czasie oazami porządku i spokoju²⁴⁰.

W ramach dobroczynności chrześcijańskiej, w imię zasady, iż bliźniego należy traktować jak samego Chrystusa, opieka nad chorymi, pielgrzymami i ubogimi należała do podstawowych obowiązków zakonników. Mnisi zainspirowani ewangeliczną przypowieścią o miłosiernym Samarytaninie w swych klasztorach otwierali szpitale, przytułki. Niesiono w nich pomoc duchową i cielesną wobec cierpiących oraz potrzebujących²⁴¹. Schronienie w tych zakładach dobroczynnych znajdowali nie tylko chorzy, ale również tułace, niepełnosprawni, starcy, sieroty oraz porzucone niemowlęta. Ciekawostką jest, że zarówno na Wschodzie jak i na Zachodzie przytułki te wzięły nazwę od słowa *przybysz*. Było to nawiązanie do ewangelicznych słów ze sceny sądu ostatecznego: „Byłem przybyszem, a przyjęliście mnie” (Mt 25, 35). W języku greckim przybysz to *ξένοσ*, w łacińskim *hospes*. Stąd odpowiadające im nazwy: na Wschodzie – *ksenodochia*, a na Zachodzie – *hospicja*²⁴².

Mnich Kasjodor, wcześniej senator rzymski i uczonec, w 560 roku rozszerzył regułę benedyktynów o obowiązek troski i pielęgnowania nauk. Zakonnicy coraz częściej interesowali się zagadnieniami związanymi ze sztuką leczenia. Gromadzili pisma poruszające tematykę medyczną, dokonywali przekładów i kopii ważnych manuskryptów medycznych²⁴³. W swoich zaleceniach Kasjodor nie tylko wskazywał na konieczność pogłębiania wiedzy, ale również wskazywał autorów szczególnie przydatnych na gruncie sztuki lekarskiej. Wśród nich poczesne

²³⁷ Por. T.E. WOODS, *How the Catholic Church Built Western Civilization*, Washington 2005, s. 27.

²³⁸ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 188-189.

²³⁹ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 166.

²⁴⁰ Por. T. E. WOODS, dz. cyt., s. 28. „During a period of great turmoil, the Benedictine tradition endured and its houses remained oases of order and peace”.

²⁴¹ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 166-167..

²⁴² Por. A. BARTOSZEK, *Hospicjum*, [w:] *EB*, s. 244.

²⁴³ Por. T. BRZEZIŃSKI (red.), *Historia medycyny*, dz. cyt., s. 64.

miejsce zajmował ojciec medycyny Hipokrates, a także rzymski lekarz Galen. Do dzisiaj, dzięki pracy zakonników dysponujemy kopiami dzieł medycznych tych dwóch autorów²⁴⁴.

Aby zrozumieć, jak silne było oddziaływanie benedyktynów również w przypadku promocji nauki i wiedzy, wystarczy przypomnieć, że w szczycie ich działalności zakon posiadał setki klasztorów²⁴⁵, pomiędzy którymi następował swobodny przepływ informacji. Dla zobrazowania roli, jaką odegrali zakonnicy, warto przytoczyć słowa, jakie wypowiedział amerykański historyk medycyny G.B. Risse:

„Po upadku Cesarstwa Rzymskiego, klasztory stopniowo stawały się podmiotami zorganizowanej opieki medycznej, która w innych częściach Europy nie była dostępna przez kilka dobrych stuleci. Biorąc pod uwagę ich organizację i lokalizację instytucje te były rzeczywiście oazami porządku, pobożności i stabilności, w których sztuka leczenia mogła się rozwijać. Aby sprawować praktykę opieki, pomiędzy piątym, a dziesiątym wiekiem, klasztory stały się miejscami kształcenia w dziedzinie medycyny. Okres ten nosi miano klasycznej medycyny klasztornej. Podczas odrodzenia karolińskiego w VIII wieku, klasztory spełniały również rolę głównych ośrodków nauki oraz przekazywania starożytnych tekstów medycznych”²⁴⁶.

Medycyna klasztorna straciła na znaczeniu, zwłaszcza po orzeczeniach obradującego w 1095 roku Synodu w Clermont. Jedną z uchwał zabraniała duchownym uprawiania lecznictwa. Zakaz argumentowano tym, że praktyka lekarska odciągała kapłanów od istotnych spraw związanych z zadaniami duszpasterskimi. Otworzyło to drogę do szerszej działalności dla lekarzy świeckich²⁴⁷.

Pionierską placówką medyczną o charakterze świeckim stała się szkoła w Salerno – miejscowości położonej nad Zatoką Neapolitańską. Trudno dokładnie określić datę jej

²⁴⁴ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 167.

²⁴⁵ Por. T. E. WOODS, dz. cyt., s. 28.

²⁴⁶ G.B. RISSE, *Mending Bodies...*, dz. cyt., s. 95. „Thus, following the fall of The Roman Empire, monasteries gradually became the providers of organized medical care not available elsewhere in Europe for several centuries. Given their organization and location, these institutions were virtual oases of order, piety, and stability in which healing could flourish. To provide these caregiving practices, monasteries also became sites of medical learning between fifth and tenth centuries, the classic period of so-called monastic medicine. During the Carolingian revival of the 800s, monasteries also emerged as the principal centers for the study and transmission of ancient medical texts”, (tł. wł.).

²⁴⁷ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 193; W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 238-239; Z. DOMOSŁAWSKI, dz. cyt., s. 32.

powstania. Jej początki związane były z tamtejszym klaszturem benedyktyńskim²⁴⁸. Wiadomo, że była znana i ceniona już w IX i X wieku. Pracowali w niej lekarze świeccy. Swą wiedzę i doświadczenie przekazywali nauczając świeckich adeptów sztuki leczenia. Ośrodek ten w XII wieku przyczynił się do powstania drugiej świeckiej szkoły medycznej w Montpellier²⁴⁹.

W Salerno odwoływano się do autorytetu lekarzy starożytnych. Prym wiedli Hipokrates i Galen. Przetłumaczono na język łaciński arabskie przekłady ich tekstów. W oparciu o ich pisma powstało *Compendium Salernitanum* – dzieło podejmujące całość problematyki medycznej, zwłaszcza praktycznej²⁵⁰. Innym ważnym pismem był poemat Jana z Mediolanu *Regimen Sanitatis Salernitanum*. Autor, który był zarazem lekarzem i poetą przy pomocy wierszy, w przystępnej formie przekazał wiedzę jaką szczyciła się tamtejsza szkoła medyczna²⁵¹.

Szkoły w Salerno i Montpellier przyczyniły się nie tylko do rozwoju medycyny świeckiej w Europie, ale także do umocnienia autorytetu Hipokratesa i jego poglądów. Lekarz z Kos cieszył się w nich uznaniem jednego z największych mistrzów sztuki leczenia. Niektórzy szkołę w Salerno na jego cześć nazywali *Civitas Hippocratica*²⁵².

Aby uświadomić sobie siłę oddziaływania myśli Hipokratesa czy Galena na medycynę średniowieczną, warto przytoczyć fragment dzieła *Regimen Sanitatis Salernitanum* – Jana z Mediolanu. Oto passus dotyczący obecności czterech humorów w ludzkim organizmie w tłumaczeniu Hieronima Olszowskiego z 1634 roku:

„Cztery w ciele człowieczem humory panują
Melankolią, Phlegmą i krwią i mianuią
Przy nich czwarta Cholera. Ta ogniu podobna.
Melankolią z ziemią porównać sposobna,
Powietrze z kompleksą krwawą swój kształt zgodzi,
Woda phlegmatykowi wilotna wygodzi”²⁵³.

²⁴⁸ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 193.

²⁴⁹ Por. Tamże, s. 197.

²⁵⁰ Por. T. BRZEZIŃSKI (red.), *Historia medycyny*, dz. cyt., s. 65.

²⁵¹ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 194.

²⁵² Por. T. BRZEZIŃSKI (red.), *Historia medycyny*, dz. cyt., s. 67.

²⁵³ L. ZEMBRZUSKI, *Średniowieczny utwór „Regimen Sanitatis Salernitanum” w oświetleniu niektórych dawniejszych autorów polskich*, [w:] „Archiwum historii i filozofji medycyny oraz historii nauk przyrodniczych”, 10 (1930), z. 1, s. 18.

Do przekazu myśli medycznej przyczyniły się powstające od XII i XIII wieku uniwersytety. Stanowiły one zupełnie *novum* w dziejach świata. Ani antyczna Grecja, ani starożytny Rzym nie mogły się pochwalić takimi instytucjami²⁵⁴. Nazwa «Uniwersytet» pochodzi od *universitas litterarium* co oznacza, że na uczelniach tych wykładano wszystkie nauki uprawiane w tamtych czasach. Składały się one z czterech wydziałów: teologii, filozofii, prawa i medycyny i posiadały prawo do nadawania stopni naukowych²⁵⁵. Powoływane były edyktem papieża, cesarza lub króla. Do pierwszych z nich należały: Bolonia, Paryż, Oxford i Cambridge²⁵⁶.

Znawca i historyk wieków średnich E. Grant w swojej pracy *Bóg i rozum w średniowieczu* broni tej epoki twierdząc, że zdobyła ona niezasłużone miano wieku przesądów, barbarzyństwa i braku rozsądku. Pisze:

„Co pozwoliło cywilizacji Zachodu rozwijać sferę nauk na drodze nie spotykanej w żadnej innej cywilizacji kiedykolwiek wcześniej? Jestem przekonany, że odpowiedź znajduje się we wszechobecnym i głęboko zakorzenionym duchu prowadzenia dociekań, które były naturalną konsekwencją nacisku na rozum, rozpoczętego w średniowieczu. Z wyjątkiem prawd objawionych rozum królował w średniowiecznych uniwersytetach, jako sędzia w większości intelektualnych argumentów i kontrowersji. Było czymś naturalnym, że uczeni ówczesnych środowisk akademickich odwoływali się do rozumu w sprawach, które dotąd nie zostały zbadane, a także dyskutowali na temat możliwości, które wcześniej nie były brane pod uwagę”²⁵⁷.

Średniowiecze, czego wyrazem było powstanie uniwersytetów, wysoko ceniło rozum i racjonalną argumentację. Niewątpliwie był to duży wkład, jaki wniosło do historii cywilizacji. W dziejach medycyny była to epoka dalszej konsolidacji pozycji modelu terapeutycznego. Sprzyjała temu metoda scholastyczna polegająca w głównej mierze na lekturze i dyskursie

²⁵⁴ Por. T.E. WOODS, dz. cyt., s. 47.

²⁵⁵ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 198.199.

²⁵⁶ Por. T.E. WOODS, dz. cyt., s. 47-48.

²⁵⁷ E. GRANT, *God and Reason in the Middle Ages*, Cambridge 2001, s. 356. „What made it possible for Western civilization to develop science and the social science in a way and no other civilization had ever done before? The answer I'm convinced lies in a pervasive and deep-seated spirit of inquiry that was a natural consequence of the emphasis on reason that began in the Middle Ages. With the exception of revealed truths, reason was enthroned in medieval universities as the ultimate arbiter for most intellectual arguments and controversies. It was quite natural for scholars immersed in a university environment to employ reason to probe into subject areas that had not been explored before, as well as to discuss possibilities that had not previously been seriously entertained”, (tł. wł).

rozumowym nad tekstami, pochodzącymi od uznanych autorytetów²⁵⁸ (w sztuce leczenia: Hipokrates, Galen). Dodatkowym jej wzmocnieniem było marginalne spojrzenia na doświadczenie i ćwiczenia medyczne²⁵⁹.

Dla przykładu odwołajmy się do anatomii. W wykładzie dotyczącym tego tematu dominowała teoria. Brak było empirycznego sekcjonowania, ponieważ było ono zakazane. Trafnie ujął to Z. Gajda:

„Czy znajomość anatomii była potrzebna lekarzowi? Wszelkie odkrycia zaczynają się od pytania: jak to jest? A skoro lekarz uwikłany w teorię o czterech humorach i ich właściwościach w zasadzie wszystko wiedział, co mu było potrzebne do stosowania sztuki lekarskiej, nie miał potrzeby wchodzenia w tajemnice budowy ciała ludzkiego. To, co podał Galen było wystarczające, a sekcjonowanie niepotrzebne, co więcej bezbożne”²⁶⁰.

Mając przed oczyma dzisiejszy stan wiedzy, nie tylko medycznej, można formułować wiele negatywnych wniosków dotyczących epoki średniowiecza, zarzucać hamowanie postępu, negację doświadczenia, intelektualną i kulturalną pustkę. Lecz takie podejście jest zdecydowanie uproszczeniem. Wydaje się, że w dziejach nauki i rozwoju cywilizacji wieki średnie odegrały istotną, właściwą sobie rolę, zwłaszcza poprzez promowanie ludzkiego umysłu i jego możliwości, poprzez intelektualne poszukiwania. Dokonywało się to przede wszystkim w obrębie powstających uniwersytetów, które jak wiemy z historii, przyczyniły się do rewolucji naukowej na Zachodzie Europy²⁶¹.

5.1.2. Medycyna grecka (Bizancjum)

Kultura bizantyńska dzięki bliskiemu dostępowi do dziedzictwa antyku stała się jego spadkobierczynią, strażniczką i przekazicielką. Na polu medycyny widać to doskonale. Autorzy tego okresu raczej porządkowali lub co najwyżej komentowali myśl starożytnych, aniżeli wnosili do niej coś nowego²⁶². Przykładem może być Oribasius z Pergamonu (ok. 320-400), który poprzez częste odwoływanie się do Galena utwierdził jego naukę i «nieomylny» autorytet. Dzieło

²⁵⁸ Por. K. KACZMAREK, *Prasocjologia św. Tomasza z Akwinu*, Poznań 1999, s. 55-57.

²⁵⁹ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 247.

²⁶⁰ Z. GAJDA, dz. cyt. s. 203.

²⁶¹ Por. T.E. WOODS, dz. cyt. s. 4.

²⁶² Por. Z. GAJDA, dz. cyt. s. 178.

Oribasiusa *Collecta medicinalia*, składające się z 70 ksiąg było kompilacją informacji pochodzących od wielu lekarzy, a zwłaszcza od Claudiusa Galenusa²⁶³.

Wybitnymi lekarzami związanymi z kręgiem Bizancjum byli Aleksander z Tralles (ok. 525-605) i Paweł z Eginu (ok. 625-690). Pierwszy jest autorem pracy *Dwanaście ksiąg o medycynie*, która stała się średniowiecznym podręcznikiem sztuki leczenia²⁶⁴. Drugi pozostawił po sobie dzieło *Kompendium medycyny w siedmiu księgach*. Zostało ono przetłumaczone na język arabski i w ten sposób przyczyniło się do wzajemnego przenikania medycyny greckiej i arabskiej²⁶⁵. Dla obu lekarzy niekwestionowanymi mistrzami na polu medycyny byli Hipokrates i Galen²⁶⁶.

5.1.3. Medycyna arabska

Na początku VII wieku Mahometowi udało się zjednoczyć większość plemion arabskich. Wkrótce nastąpiła ekspansja islamu. W niedługim czasie podbito ziemie od Atlantyku na Zachodzie, poprzez Północną Afrykę aż po Himalaje. Działania wojenne pociągnęły za sobą wiele zniszczeń kulturalnych. Jednak z biegiem czasu Arabowie zaczęli dostrzegać wiele korzyści, jakie wypływały z dziedzictwa cywilizacyjnego podbitych narodów. Rozpoczął się proces wyłaniania się i kształtowania kultury arabskiej. Jej cechą charakterystyczną, a zarazem bodźcem sprzyjającym rozwojowi, była umiejętność współdziałania na płaszczyźnie intelektualnej ludzi z różnych środowisk. Muzułmanie, żydzi i chrześcijanie jako *Ludy Księgi* wspólnie kształtowali myśl filozoficzną i teologiczną. Czynili to posługując się językiem arabskim²⁶⁷.

Czas wzrostu i rozkwitu nowej kultury trwał do XIII wieku. Głównymi ośrodkami naukowej działalności była Kordoba na Półwyspie Pirenejskim i Bagdad na Wschodzie. Zakładano szpitale i szkoły, troszczono się o przekaz wiedzy i umiejętności. Dzięki uczonym arabskim zachowało się wiele starożytnych rękopisów. Zbierano teksty greckie, syryjskie, hebrajskie, a następnie tłumaczono je na arabski. Przełożono między innymi teksty Platona i Arystotelesa, a z autorytetów medycznych Hipokratesa, Galena, Oribasiusa czy Pawła z Eginu²⁶⁸. W ten sposób kultura i medycyna arabska odegrała doniosłą rolę, stając się łącznikiem świata greckiego

²⁶³ Por. P. PRIORESCHI, *A history of medicine*, vol. III, *Roman Medicine*, Omaha 2001, s. 513-516; Z. DOMOSŁAWSKI, dz. cyt. s. 31, Z. GAJDA, dz. cyt. s. 179; W. SZUMOWSKI, dz. cyt. s. 171-172.

²⁶⁴ Por. P. PRIORESCHI, *A history of medicine*, vol. IV, *Byzantine and Islamic Medicine*, Omaha 2004, s. 57-65.

²⁶⁵ Por. Tamże, s. 65-80.

²⁶⁶ Por. Z. DOMOSŁAWSKI, dz. cyt. s. 31.

²⁶⁷ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 180-181.

²⁶⁸ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 175-177.

z łacińskim, który dopiero co powstawał z upadku spowodowanego przez najazdy barbarzyńskie²⁶⁹. Do najwybitniejszych lekarzy tego nurtu należeli: Arab Rhazes (ok. 850-932)²⁷⁰, Awicenna (980-1037)²⁷¹, Awerroes Ibn Rushd (1126-1198)²⁷².

Charakterystycznym rysem arabskiej sztuki leczenia był jej racjonalizm spekulatywny, obecny u Awicenny i Awerroesa²⁷³. W. Szumowski pisze o tym, następująco:

„chęć oparcia leczenia na ścisłych przesłankach rozumowych, które jednakże nie są wynikiem dokładnych badań eksperymentalnych ani uważnych obserwacji klinicznych, lecz jedynie rozumowania spekulacyjnego, wysnutego z głowy, opartego najczęściej dedukcyjnie na filozofii Arystotelesa”²⁷⁴.

Medycyna nieustannie odwoływała się do nauki Galena. Rzymski lekarz cieszył się niepodważalnym autorytetem, a jego tezy uchodziły za nieomyłne²⁷⁵.

Rozważania nad historią średniowiecznej medycyny łacińskiej, bizantyńskiej i arabskiej ukazują wzajemne przenikanie się i przepływ myśli europejskiej, bliskowschodniej i arabskiej. Pomimo różnic wynikających z kontekstu kulturowego, społecznego czy religijnego można wyróżnić wspólny mianownik, łączący wszystkie trzy modele sztuki leczenia. Jest nim charakterystyczne odwołanie się do myśli starożytnych klasyków. Ich twierdzenia i nauka cieszyły się niepodważalnym autorytetem. A to, jak pokazuje historia, nie pozostało bez wpływu na proces stabilizacji silnej pozycji medycyny rozumianej jako dążność do przywrócenia pierwotnego, właściwego stanu zdrowia.

5.2. Wieki średnie i silna pozycja starożytnych autorytetów

W kontekście powyższych rozważań rodzą się intrygujące pytania. Skąd w średniowieczu tak silna, wręcz dogmatyczna pozycja twierdzeń czy rozwiązań zaproponowanych przez lekarzy greckich i rzymskich? Czego pochodną stało się takie ustawienie problemu?

²⁶⁹ Por. Tamże, s. 184.

²⁷⁰ Por. C. ELGOOD, *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate: From the Earliest Times Until the Year A.D. 1932*, Cambridge 1951, s. 184-209.

²⁷¹ Por. Tamże.

²⁷² Por. L. SONNEBORN, *Averroes (Ibn Rushd): Muslim Scholar, Philosopher, and Physician of the Twelfth Century*, New York 2006.

²⁷³ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 185.

²⁷⁴ Tamże.

²⁷⁵ Por. Tamże.

Po pierwsze, wydaje się, że istotną rolę na tym polu odegrała wiara w nieomylny charakter odwiecznych prawideł. Z tej racji przemyślenia wymaga spór o powszechniki, a także jego wpływ na medycynę. Po drugie, nie bez znaczenia dla funkcjonowania określonego modelu sztuki leczenia pozostała przyjęta wizja kosmogoniczna. Średniowiecze niemal powszechnie odwoływało się do geocentrycznej koncepcji grecko-arabskiej, w której świat zbudowany był w sposób uporządkowany i harmoniczny. Jego Twórcą był Bóg cieszący się najwyższym autorytetem i przemawiający nie tylko poprzez swoje dzieła, ale również na kartach Ksiąg objawionych.

5.2.1. Spór o uniwersalia i jego wpływ na medycynę

Zagadnieniem, które wywarło znaczący wpływ na kształt i sposób średniowiecznego życia, również na sztukę leczenia był spór o *uniwersalia*²⁷⁶. Polemice podlegał sposób istnienia pojęć ogólnych. Czy istnieją one w ten sam sposób co inne przedmioty rzeczywiste np. krzesło, stół, a może są jedynie wytworem ludzkiego umysłu: myślą, wyrazem, nazwą?

Korzenie sporu sięgają filozofii antycznej: myśli Platona, Arystotelesa, a także stoików. Platon utrzymywał, że dostrzegalne zmysłowo konkretne jednostkowe przedmioty posiadają swój wzór w ideach wiecznych, tworzących wyższy i doskonalszy świat. Owe idee to *uniwersalia*, czyli przedmioty ogólne. Mimo że można je uchwycić wyłącznie abstrakcyjnie, w myśli, za pomocą pojęć, to ich istnienie jest jak najbardziej realne i niepodważalne, niezależne od rzeczy konkretnych. Dla Platona bytem rzeczywistym jest każdy konkretny koń, jak również idea konia, czyli koń «sam w sobie» - pojęcie ogólne, powszechniki. Stanowisko to podkreślające, że *uniwersalia* istnieją samoistnie i realnie nazwano później skrajnym realizmem pojęciowym²⁷⁷. Inne stanowisko zajął Arystoteles. Stagiryta potwierdził rzeczywisty byt pojęć ogólnych, lecz podważył ich niezależność od poszczególnych rzeczy, zanegował ich samoistność. Dla niego powszechniki istnieją jedynie w konkretnych rzeczach i są od nich zależne. Nie oznaczają rzeczy samej, a tylko określają pewną istotną jej własność. Taki punkt widzenia w historii filozofii nazwano umiarkowanym realizmem pojęciowym²⁷⁸.

²⁷⁶ Uniwersalia (powszechniki). Pojęcia ogólne oddające rozumienie rzeczy, czyli rodzaje i gatunki (np. istota żywa) jako odróżnienie rzeczy pojedynczych (jednostkowych). Por. A. JAROSZEWSKA, *Spór o uniwersalia*, [w:] FPiED, 1 (2012), nr 2, s. 140.

²⁷⁷ Por. M. SIKORA, *Różne oblicza realizmu i antyrealizmu*, [w:] *Realizm wobec wyzwań antyrealizmu*, M. SIKORA (red.), Wrocław 2011, s. 10; W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 235.

²⁷⁸ Por. M. SIKORA, dz. cyt., s. 10.

Stanowisko realizmu zarówno skrajnego jak i umiarkowanego zostało zanegowane w myśli stoickiej. W swym wykładzie stoicy podkreślali, że czymś rzeczywistym są wyłącznie przedmioty cielesne. Wiedzę na ich temat możemy zaczerpnąć poprzez doświadczenie zmysłowe. Pojęcia ogólne, powszechniki nie istnieją realnie, a zależą jedynie od naszych myśli i mowy²⁷⁹. Takie postawienie problemu dało początek konceptualizmowi i nominalizmowi.

Kwestia sporu o *uniwersalia* stała się głośna w średniowieczu. Ówczesni autorzy przejęli ją nie bezpośrednio od filozofów starożytnych, lecz dzięki Porfiriuszowi, który napisał *Wstęp do kategorii Arystotelesa* zwany *Isagogą*. Omówił w nim pięć orzeczników wyróżnionych przez Stagirytę w *Kategoriach*. Pośród nich znajdowały się rodzaje i gatunki, jako mogące być orzekane o rzeczach. Porfiriusz nie poprzestał na tym, lecz uczynił krok naprzód stawiając potrójne pytanie, na które osobiście nie dał żadnej odpowiedzi. Jednakże, jak pokazała przyszłość samo postawienie problemu okazało się brzemiennie w skutkach²⁸⁰. Owo pytanie brzmiało:

„Co się tyczy rodzajów i gatunków, to chcę rozważyć 1) czy istnieją (w przyrodzie), czy też tylko w umysłach jako myśl, 2) jeśli istnieją w przyrodzie, to czy są cielesne czy bezcielesne i 3) czy istnieją oddzielnie od rzeczy zmysłowych, czy też raczej w nich? ”²⁸¹.

Odpowiedzi na nie udzielił dopiero Boecjusz²⁸². Uczynił to nawiązując do poglądów Arystotelesa. Rodzaje i gatunki posiadają charakter uniwersaliów, które istnieją w połączeniu z rzeczami zmysłowo poznawalnymi, ale poznajemy je oddzielnie od ciał²⁸³. Boecjusz jednak w równym stopniu podlegał myśli arystotelesowskiej jak i stoickiej²⁸⁴, dlatego postawił kolejny znak zapytania:

„Czy kategorie zestawione przez Arystotelesa są gatunkami realnych rzeczy, czy też tylko znaków językowych?”

²⁷⁹ Por. G. REALE, *Historia filozofii starożytnej*, t. 3, Lublin 1999, s. 347-348.

²⁸⁰ Por. Tamże; W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. I, s. 232.

²⁸¹ Cytat za: W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. I, s. 232.

²⁸² Boecjusz podobnie jak Porfiriusz był komentatorem *Kategorii* Arystotelesa. Przetłumaczył na język łaciński *Isagogę*, udostępniając ją tym samym myślicielom średniowiecza. Por. Tamże.

²⁸³ Por. E. GILSON, *Historia filozofii chrześcijańskiej w wiekach średnich*, Warszawa 1966, s. 99-100.

²⁸⁴ Por. W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. I, s. 232.

Rozwiązując tę kwestię w duchu myśli stoickiej, utożsamiał orzeczniki z wyrazami. Zwrócił uwagę, że ich wspólną i fundamentalną cechą jest to, że oznaczają, charakteryzują cechy realnych przedmiotów. Dla niego *Kategorie* Stagiryty nie traktowały o tym, co istnieje rzeczywiście, lecz dotyczyły jedynie problematyki językowej²⁸⁵. W ten sposób, jak pisze W. Tatarkiewicz, kreował się nurt nominalizmu:

„wytworzyła się alternatywa: albo rzecz, albo wyraz. (...) powstało przeciwieństwo realizmu pojęciowego, który uznawał, że gatunkom odpowiadają realne przedmioty, i nominalizmu, który zaprzeczał istnieniu takich przedmiotów i w gatunkach widział tylko wyrazy”²⁸⁶.

Pytanie postawione przez Porfiriusza oraz stanowisko Boecjusza, niejednoznaczne i nieprecyzyjne, stało się zarzewiem dyskusji, która do historii przeszła jako spór o *uniwersalia*. Dysputa ta trwała przez niemal całe średniowiecze. Na jej kanwie wyodrębniły się i zostały intelektualnie dopracowane cztery główne stanowiska²⁸⁷. Z jednej strony dwie formy realizmu pojęciowego uznające realny byt powszechników. Wersja skrajna nawiązująca do myśli Platona oraz umiarkowana odwołująca się do poglądów Arystotelesa. Z drugiej strony – dwa prądy negujące rzeczywiste istnienie *uniwersaliów*. Konceptualizm, który widział w nich jedynie pojęcia i wreszcie będący jeszcze dalej w opozycji nominalizm redukujący je do nazw i wyrazów²⁸⁸.

Warto zwrócić uwagę na czas formowania się i występowania poszczególnych stanowisk. Wydaje się to istotnym, aby zrozumieć jak znaczne oddziaływanie wywierał spór o *uniwersalia* nie tylko na zwykłe życie mieszkańców epoki, ale również w procesie kształtowania się modelu medycyny. Wybitny historyk filozofii średniowiecznej S. Swieżawski dokonał następującego podziału chronologicznego:

„1. Skrajny realizm – IX-XII w. 2. Umiarkowany realizm – wykształca się w połowie XII w. 3. Poglądy zwalczające skrajny realizm, które przygotowują realizm umiarkowany i nominalizm – XII w. 4. Konceptualizm – XIV w.”²⁸⁹.

²⁸⁵ Por. Tamże; A. JAROSZEWSKA, dz. cyt., s. 140.

²⁸⁶ W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. I, s. 232.

²⁸⁷ Zrozumiałym jest, że myśliciele starożytni nie znali problemu uniwersaliów w takiej postaci. Kształtujące się stanowiska nawiązywały do ich poglądów i przemyśleń.

²⁸⁸ Por. K. AJDUKIEWICZ, *Zagadnienia i kierunki filozofii*, Warszawa 1983, s. 79-80.

²⁸⁹ S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 455.

W pierwszej fazie, w której trudno jeszcze mówić o otwartym konflikcie, dominował skrajny realizm. Przypomnijmy, że dla myślicieli uznających to stanowisko powszechniki były czymś, co istnieje samoistnie poza rzeczami jednostkowymi. Pogląd ten miał bezpośrednie przełożenie na codzienną egzystencję i jej przeżywanie. Zwrócił na to uwagę cytowany już wcześniej W. Szumowski:

„Społeczeństwo średniowieczne tworzy jeden uniwersalny naród, w którym różnice plemienne schodzą na dalszy plan, z jednym uniwersalnym językiem – łaciną; wszystkie ludy podlegały jednemu uniwersalnemu królowi, tj. cesarzowi (...), wszystkie ludy podlegają też jednemu uniwersalnemu Kościołowi; stylem uniwersalnym jest styl gotycki, nauką uniwersalną, nad wszystkimi stojącą – teologia. Nie jednostka jest rzeczywista, ale stan do którego jednostka należy. (...) Nie poszczególne myśli ludzkie, które mogą być błędne, zasługują na uwagę, lecz prawdy ogólne, wieczne i niezmiennie.”²⁹⁰.

Takie ustawienie sprawy nie pozostało bez wpływu na średniowieczną medycynę. Elementy właściwe dla skrajnego realizmu dają się odnaleźć w myśleniu i postępowaniu lekarzy tego czasu. Tym co, podstawowe i najważniejsze w działalności lekarskiej były poglądy i normy ogólne (uniwersalia), zwłaszcza te pochodzące od starożytnych autorytetów takich jak Galen czy Hipokrates. Ich myśl stanowiła fundament medycyny. W niej było źródło wszelkich rozwiązań zastosowanych podczas procesu leczenia. Wiara w nieomyślność powszechnych prawideł sprawiła, że w działalności lekarskiej płaszczyzna doświadczenia została zepchnięta na margines²⁹¹.

Wydaje się, że z upływem czasu, w miarę przybierania na sile sporu o *uniwersalia*, wraz z krystalizowaniem się stanowisk: realizmu umiarkowanego oraz opozycyjnych konceptualizmu i nominalizmu coraz szerzej otwierano się na zwykłe doświadczenie²⁹². Kolejne kroki na ścieżkach empiryzmu stały się zwiastunem nadchodzących zmian, które nie ominęły sztuki leczenia.

²⁹⁰ W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 235-236.

²⁹¹ Por. Tenże, dz. cyt., s. 235-237.

²⁹² Na temat roli, jaką w myśli europejskiej odegrał przewrót nominalistyczny XIV wieku – Por. J. STANISZKIS *Dwie rewolucje intelektualne w Europie: miejsce Polski*, [w:] J. STANISZKIS, *O władzy i bezsilności*, Kraków 2006, s. 49-99.

5.2.2. Obraz świata

Wizja kosmologiczna nie pozostaje bez wpływu na całokształt dorobku duchowego i materialnego społeczeństwa. Przyjęty obraz świata przekłada się na kulturę i życie umysłowe²⁹³. Tę zależność można zaobserwować również w epoce średniowiecza. W tym okresie koncepcja struktury rzeczywistości, pochodzenia wszechświata, a także miejsca, jakie zajmuje w nim człowiek, była zasadniczo wspólna i jednomyślna²⁹⁴. Powszechnie przyjmowano grecko-arabską²⁹⁵ geocentryczną strukturę świata składającego się z czterech żywiołów, gdzie *makrokosmos* i *mikrokosmos* współistniały w pełnej harmonii obok siebie. Kosmos to rzeczywistość, która w sposób doskonały została zorganizowana przez Stwórcę²⁹⁶.

Dla zobrazowania tej kwestii warto odwołać się do źródeł.

5.2.2.1. Bonawentura

Do najbardziej znanych myślicieli średniowiecza należy franciszkanin Giovanni Fidanza znany jako św. Bonawentura (ok. 1217 – 1274). W jego dziele *Breviloquium* odnajdujemy opis geocentrycznej struktury wszechświata. Według niego *universum* zbudowane jest z natury niebieskiej²⁹⁷ i czterech żywiołów. Wymienia trzy nieba, siedem planet, pośród nich słońce i księżyc. Świat żywiołów tworzą cztery sfery: ogień, powietrze, woda i ziemia²⁹⁸. Całość wywodu podsumowuje krótko:

²⁹³ Por. A.N. WHITEHEAD, *Adventures of Ideas*, Cambridge 1961, s. 19.

²⁹⁴ Por. N.M. WILDIERS, *Obraz świata, a teologia*, Warszawa 1985, s. 39. Człowiek średniowieczny „Żył (...) w spokojnym przeświadczeniu, że jego wyobrażenia o wszechświecie, a przynajmniej jego ogólne zarysy, w pełni odpowiadają rzeczywistości. (...) Nie miał żadnych wątpliwości co do prawdy tych wyobrażeń. Wierzył, iż są one potwierdzone Pismo Święte i wielkie umysły starożytności. Z wyjątkiem nielicznych pisarzy, których odrzucono jako nie mających większego znaczenia lub fanatyków, cała starożytność, zarówno pogańska jak i chrześcijańska, zdawała się głosić jedną i tę samą niezachwianą naukę. (...) Średniowieczny człowiek żył w spokojnym przeświadczeniu, że jego wizja kosmosu jest jedynie prawdziwa. Przekonanie to stało się powszechne zwłaszcza w XII i XIII wieku, w okresie rozkwitu scholastyki, która na nowo odkryła osiągnięcia nauki greckiej”. Tamże, s. 39-40.

²⁹⁵ Por. Tamże, s. 35, 53.

²⁹⁶ Por. Tamże, s. 40.

²⁹⁷ W kosmologii Bonawentury nieba umiejscowione są wyżej, ponad ziemią. Decyduje o tym hierarchia doskonałości. Powstały one z doskonalszej materii niż ziemia, która zbudowana jest z czterech żywiołów. Por. Tamże, s. 48.

²⁹⁸ „De natura corporea quantum ad esse haec tenenda sunt, quod corporalis mundi machina tota consistit in natura caelestis et elementari, ita quod caelestis distincta est in tres caelos principales, scilicet empyreum, crystallinum et firmamentum. Intra firmamentum autem, quod est caelum stellatum, continentur septem orbes septem planetarum, quae sunt: saturnus, iupiter, mars, sol, venus, mercurius, luna. Natura vero elementaris in quatuor sphaeras distinguitur, scilicet ignis, aëris, aquae et terrae; et sic procedendo a summo caeli cardine usque, ad centrum terrae, decem occurrunt orbes caelestes et quatuor sphaerae elementares...”. BONAVENTURA, *Breviloquium*, pars 2, cap. 3, [w:] BONAVENTURA, *Opera Omnia*, t. V, Florencja 1891.

„...cała materialna machina świata została zorganizowana w sposób dokładny, perfekcyjny i uporządkowany”²⁹⁹.

Dla franciszkanina wszechświat charakteryzuje się pięknem i porządkiem, jest dziełem sztuki. Człowiek obserwując wspaniałość i harmonię panującą w otaczającej go rzeczywistości, może dostrzec cienie i ślady pierwszej przyczyny – Boga³⁰⁰. To odkrycie Stwórcy, któremu należy się cześć stanowi miarę mądrości. Fianza tak to przedstawia:

„A zatem kto nie jest oświecony tak wielkim pięknem dzieł stworzonych, jest ślepy; kto nie przebudził się tak mocnym wołaniem, jest głuchy; kto nie chwali Boga za wszystkie jego wytwory, jest niemy; kto nie potrafi poznać pierwszej przyczyny dzięki tak wielkim znakom, jest głupi”³⁰¹.

Bonaventura uważa, że świat jest niczym lustro, zwierciadło, które odbija bożą doskonałość. W każdym stworzonym bycie dostrzegamy światło będące odblaskiem światła niestworzonego, którym jest Bóg³⁰². Każde stworzenie opowiada o mądrości Stwórcy³⁰³.

Człowiek, jako ten, który jest stworzeniem zarówno materialnym i duchowym, stanowi syntezę kosmosu, zajmuje w hierarchii stworzeń szczególne miejsce. Franciszkanin podkreśla zarówno wielką godność ciała, które charakteryzuje się doskonałą harmonią i proporcjonalnością w swej budowie³⁰⁴, jak i duszy będącej czymś czysto duchowym, w której

²⁹⁹ „...ex quibus integratur et constituitur tota machina mundi sensibilis distincte, perfecte et ordinate”. Tamże, (tł. wł.).

³⁰⁰ Por. E. GILSON, dz. cyt., s. 326.

³⁰¹ „Qui igitur tantis rerum creaturarum splendoribus non illustratur caecus est; qui tantis clamoribus non evigilat surdus est; qui ex omnibus his effectibus Deum non laudat mutus est; qui ex tantis indicibus primum principium non advertit stultus est”. BONAVENTURA, *Itinerarium Mentis in Deum*, cap. 1, n. 15, [w:] BONAVENTURA *Opera Omnia*, dz. cyt., (tł. wł.).

³⁰² Por. M. REMBIERZ, *Lux in tenebris lucet. Metafizyczny wymiar światła i widzialności świata w refleksji filozoficznej i teologicznej K. Michalskiego*, [w:] SSHT, (1998), t. 31, s. 252.

³⁰³ Por. „...totus mundus est sicut unum speculum plenum luminibus praesentantibus divinam sapientiam, et sicut carbo effundens lucem”. BONAVENTURA, *Collationes in Hexaemeron*, coll. II, n. 27, [w:] BONAVENTURA *Opera Omnia*, dz. cyt.

³⁰⁴ Bonaventura poświęcił stworzeniu ciała ludzkiego passus: *De productione hominis quantum ad corpus*. Por. BONAVENTURA, *Breviloquium*, dz. cyt., pars 2, cap. 10; Ł. SAMEC, *Franciszkańska estetyka teologiczna jako sposób celebrowania życia*, [w:] „Teologia w Polsce”, 7 (2013), nr 1, s. 199.

możemy odnaleźć, rozpoznać obraz Boga³⁰⁵. Ową sprawność duszy odnośnie do poznania Boga zawarł w zdaniu:

„Lecz Bóg obecny jest dla duszy i sam z siebie poznawalny, a zatem duszy dane jest poznanie Boga”³⁰⁶.

Wizja świata u Bonawentury jest pozytywna i optymistyczna. Postrzega on stworzenie w duchu swego mistrza św. Franciszka z Asyżu. W każdym bycie odkrywa oblicze Boga³⁰⁷. Dla podsumowania jego myśli warto odwołać się do krótkiego, ale trafnego zdania, jakie zawarł w swej *XX Konferencji o sześciu dniach stworzenia*: «Świat jest piękny od góry do dołu, od początku do końca»³⁰⁸.

5.2.2.2. Tomasz z Akwinu

Drugim myślicielem epoki średniowiecza, którego nie sposób pominąć w rozważaniach nad obrazem świata jest św. Tomasz z Akwinu (ok. 1225-1274).

Uściślijmy na początek kim dla Akwinaty jest Bóg. Jest On samym istnieniem («*Ja jestem, który jestem*» Wj 3,14), czystym aktem, doskonałością bez jakiegokolwiek uzupełniania³⁰⁹. W *Sumie przeciw poganom* Tomasz napisał:

„Bóg, który nie jest niczym innym, jak swoim istnieniem, jest bytem doskonałym pod każdym względem. I mówię: doskonałym pod każdym względem, to znaczy takim, któremu nie brak doskonałości żadnego rodzaju”³¹⁰.

Bóg stworzył świat, który jest odblaskiem Jego doskonałości. Jednak poszczególne stworzenia w różny sposób, niejednakowo odbijają bożą doskonałość. Zależy to od ich natury, pisze o tym, następująco:

³⁰⁵ Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 615; E. GILSON, dz. cyt., s. 327.

³⁰⁶ „Sed Deus praesentissimus est ipsi animae et se ipso cognoscibilis, ergo inserta est ipsi animae notitia Dei sui”. BONAVENTURA, *Quaestiones disputatae De mysterio Trinitatis*, quaest. 1, art. 1, n. 10, [w:] BONAVENTURA *Opera Omnia*, dz. cyt., (tł. wł.).

³⁰⁷ Por. E. GILSON, dz. cyt., s. 333.

³⁰⁸ „Sic ergo mundus, pulcher a summo ad imum, ab initio ad finem”. BONAVENTURA, *Collationes in Hexaemeron*, coll. XX, n. 8, [w:] BONAVENTURA, *Opera Omnia*, dz. cyt. (tł. wł.).

³⁰⁹ Por. E. GILSON, dz. cyt., s. 361-365.

³¹⁰ TOMASZ Z AKWINU, *Suma przeciw poganom*, I, 28.

„...im lepszy rzemieślnik, tym doskonalej wprowadza w materię formę swej twórczej myśli. Bóg zaś jest najdoskonalszą przyczyną. Było więc czymś właściwym, by Bóg w sposób doskonały wprowadzał swoje podobieństwo w rzeczy stworzone — na tyle, na ile odpowiada to naturze stworzonej”³¹¹.

Wielość rzeczy, bogactwo gatunków, a także różne stopnie doskonałości wśród stworzeń potwierdzają, że wszechświat cieszy się możliwie doskonałym podobieństwem do Boga³¹². Święty Tomasz tak to postrzega:

„Nie byłoby (...) we wszechświecie doskonałego podobieństwa do Boga, gdyby istniał tylko jeden stopień wszystkich bytów. Różnice wśród rzeczy stworzonych istnieją zatem dlatego, że rzeczy doskonalej osiągają podobieństwo do Boga przez wielość niż przez jedyność”³¹³.

Potwierdzają to również dalsze słowa dominikanina:

„Wielość dóbr jest czymś lepszym od jednego dobra skończonego, obejmuje bowiem to jedno dobro i jeszcze coś więcej. Doskonałość zaś każdego stworzenia jest skończona, gdyż nie dosięga doskonałości Bożej. Doskonalszy jest więc świat stworzeń, jeżeli jest wśród nich wiele stopni doskonałości, niż gdyby był tylko jeden stopień. Najwyższemu zaś dobru przystoi czynienie tego, co jest lepsze. Było więc czymś właściwym, by dobro to uczyniło więcej stopni wśród rzeczy”³¹⁴.

Całość wszechświata w ujęciu św. Tomasza zbudowana jest hierarchicznie³¹⁵. Stworzenia są uporządkowane według stopni swych doskonałości. Począwszy od

³¹¹ Tamże, II, 45.

³¹² Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 667. „Stworzenie bytu w pełni doskonałego jest niemożliwe, ponieważ istnieje tylko jeden czysty akt. Dlatego w stworzeniach tylko wielość bytów może dojść do możliwie doskonałego wyrażenia tego, co jednym aktem wyraża się w Bogu”; E. GILSON, dz. cyt., s. 368. „...stworzenie od pierwszego momentu przerzuciło most nad nieskończoną przepaścią pomiędzy Bogiem, a rzeczami, lecz jej nie usunęło, ponieważ przepaść ta nie może zostać usunięta. Podobieństwo świata do Boga jest w sposób nieunikniony niedostateczne”.

³¹³ TOMASZ Z AKWINU, *Suma przeciw poganom*, II, 45.

³¹⁴ Tamże.

³¹⁵ Por. N.M. WILDIERS, dz. cyt., s. 57.

najdoskonalszych do coraz mniej doskonałych. Na szczycie hierarchii stworzeń stoją aniołowie, jako byty niecielesne, niematerialne³¹⁶. Akwinata udowadniając ich istnienie i bezcielesność, odwołuje się do argumentu przytoczonego wcześniej, który głosi, że dla możliwie doskonałego upodobnienia wszechświata do Boga koniecznym jest istnienie wielu stopni doskonałości:

„Tym, co Bóg przede wszystkim zamierza [uskutecznić] w rzeczach stworzonych, jest dobro polegające na upodobnieniu [ich] do Boga. (...) By wszechświat był doskonały, należy przyjąć istnienie jakowegoś stworzenia bezcielesnego. (...) Jestestwa niecielesne są pośrednie między Bogiem a stworzeniami cielesnymi”³¹⁷.

W innym miejscu *Sumy Teologicznej*, w traktacie *O człowieku*, Tomasz zwraca uwagę:

„...że człowiek nie jest samą duszą tylko, ale jestestwem złożonym z duszy i ciała”³¹⁸.

Człowiek jako *compositum* ciała i duszy stanowi połączenie tego co materialne z tym, co bezcielesne³¹⁹. W hierarchii stworzeń stoi na szczycie świata materialnego. Jest w nim dzięki posiadanemu ciału, ale jednocześnie przekracza go dzięki swej duszy i staje w szeregu bytów niematerialnych³²⁰. Zstępując kolejny stopień niżej, napotykamy stworzenia cielesne. Choć mniej doskonałe również i one stanowią ontyczne dobro³²¹. Dotyczy to także ludzkiego ciała. Akwinata pisze:

„Stworzenie cielesne co do swej natury jest dobre; nie jest jednak dobrem powszechnym, pełnym, ale jakowymś dobrem partykularnym i zawężonym, (...) aczkolwiek każde z nich samo w sobie jest dobrem.”³²².

³¹⁶ Por. E. GILSON, dz. cyt., s. 368.

³¹⁷ TOMASZ Z AKWINU, *Suma Teologiczna*, I, 50, 1.

³¹⁸ Tamże, I, 75, 4.

³¹⁹ Por. S. KOWALCZYK, dz. cyt. s. 48.

³²⁰ Por. E. GILSON, dz. cyt. s. 368.

³²¹ Por. S. KOWALCZYK, dz. cyt. s. 48.

³²² TOMASZ Z AKWINU, *Suma Teologiczna*, I, 65, 1.

Według dominikanina Bóg nie tylko stwarza, ale również wyznacza ludziom miejsce i zadania do wypełnienia na świecie. W tym celu w sposób właściwy, perfekcyjny ich wyposaża. Dusza ludzka otrzymuje w ten sposób odpowiednie, najlepsze dla siebie ciało. Osoba ludzka jawi się dzięki temu jako istota w sposób naturalny doskonała³²³:

„Wszystkie rzeczy naturalne są dziełem arcyzmu Bożego i dlatego arcydziełami sztuki samego Boga. Otóż każdy artysta rzemieślnik zmierza ku temu, żeby swoje dzieło najlepiej przystosować: nie bezwzględnie najlepiej, ale w odniesieniu do celu. A jeśli z takowym przystosowaniem wiąże się jakiś brak, artyście rzemieślnikowi na nim nie zależy. Przykładowo: rzemieślnik – robiąc piłę do rżnięcia – robi ją z żelaza po to, żeby się nadawała do rżnięcia; i nie zależy mu na tym, żeby była zrobiona ze szkła, które jest piękniejszym materiałem, bo takowe piękno byłoby przeszkodą w osiągnięciu celu. Tak więc Bóg każdą naturalną rzecz najlepiej przystosował; wszelako nie bezwzględnie najlepiej, ale w odniesieniu do jej właściwego celu (...). Otóż najbliższym celem ludzkiego ciała jest dusza rozumna i jej czynności, (...). Powiadam więc tak: Bóg urządził ludzkie ciało, dając mu najlepsze przystosowanie, odpowiednio do takiej formy i do takich czynności”³²⁴.

Akwinata podkreśla również, że człowiek jest stworzony na obraz Boży:

„Jest zaś jasne, że w człowieku znajduje się jakieś podobieństwo Boga, które wywodzi się z Boga jako z prawzoru. Nie jest to jednak podobieństwo na miarę równości, gdyż ów prawzór przekracza nieskończenie takową rzecz odwzorowaną. I dlatego mówi się, że w człowieku widnieje obraz Boga: nie obraz doskonały, ale niedoskonały. I na to właśnie wskazuje Pismo św., gdy mówi, że człowiek został uczyniony, «na obraz Boga»; bowiem przyimek «na» wskazuje na jakoweś przybliżenie, które znamionuje rzecz z daleka stojącą”³²⁵.

³²³ Por. U. WIESING, dz. cyt. s. 11. „Since the whole of creation was regarded as perfect – being, as it was, of divine origins – human beings, as the pinnacle of creation, were also regarded as fundamentally and naturally perfect, not in the sense of a perfection alone pertaining to God but in the sense of the form of the created human being”.

³²⁴ TOMASZ Z AKWINU, *Suma Teologiczna*, I, 91, 3.

³²⁵ Tamże, I, 93, 1.

Uhierarchizowanie widać również w kosmologii Akwinaty, u którego podobnie jak u Bonawentury, spotykamy się z geocentrycznym modelem wszechświata.

Dominikanin podkreśla, że materia i forma stanowią składowe rzeczy stworzonych. Przy czym w zależności od miejsca zajmowanego przez daną rzecz we wszechświecie materia może być różna. Świat podksiężycowy zbudowany jest z czterech elementów, żywiołów. To, co ziemskie, charakteryzuje się przemijalnością i mniejszą doskonałością. Powyżej znajdują się ciała niebieskie, które zbudowane są z niezniszczalnego piątego elementu – *quinta essentia*³²⁶. Ich cechą jest większa szlachetność, doskonałość, nieprzemijalność, a także poruszanie się ruchem kolistym, po orbitach³²⁷. Formy ciał niebieskich, pomimo tego, że nie mogą być uważane za dusze, to są nieskończenie doskonalsze od form przedmiotów ziemskich, przemijających³²⁸.

Bonawentura i Tomasz z Akwinu są sztandarowymi przykładami teologów i filozofów wieków średnich, których cechowało dążenie do uporządkowania, hierarchizacji i syntezy³²⁹. Bez cienia wątpliwości głoszą oni, że Bóg w sposób doskonały zorganizował strukturę wszechświata. Wszystkie byty mają właściwe sobie miejsce. Ład i celowość stanowi regułę i zasadę rządzącą *universum*. Nie inaczej jest z człowiekiem, który jako uporządkowany *mikrokosmos* odpowiada uporządkowanemu *makrokosmosowi*. Na przykładzie obydwu myślicieli widać, jak silną pozycją cieszył się w epoce średniowiecza antropocentryzm. Wszystko, co istnieje ukierunkowane jest na człowieka, zostało przygotowane dla niego³³⁰. *Homo sapiens* otrzymał od swego Stwórcy najlepsze ciało (materia) przystosowane odpowiednio dla duszy (forma) i podejmowanych przez nią czynności. Dzieło stworzenia odzwierciedla doskonałość Boga. Z kolei człowiek czytając w odpowiedni sposób księgę świata zbliża się do Stwórcy, upodabnia się do Niego.

³²⁶ Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 669.

³²⁷ Dla św. Tomasza doskonałość tożsama jest z nieruchomością. Ruch kolisty, spośród wszystkich rodzajów ruchu jest dla niego najmniej niedoskonały. Obiekt poruszający się tym ruchem stale się obraca lecz nie zmienia miejsca. Por. N.M. WILDIERS, dz. cyt., s. 57.

³²⁸ Por. Tamże.

³²⁹ Por. Tamże, s. 67.

³³⁰ Por. Tamże, s. 65.

5.2.2.3. Problem istnienia zła

W obliczu tak pozytywnej, harmonijnej wizji wszechświata i człowieka wyjaśnienia domaga się jeszcze jeden wątek. Otóż, w życiu ludzi pojawiają się choroby, a więc konkretne zło. Sytuacja ta zmusza do postawienia odwiecznego pytania: *unde malum* – skąd cierpienie, ból, skąd zło?

Odpowiedź na nie jest ciągle aktualna i wielowątkowa. Nie stanowi jednak meritum naszych rozważań. Z tej racji ograniczymy się do pewnego uproszczenia. Jako przyczynę obecności zła w świecie myśliciele wieków średnich wskazują zasadniczo grzech pierworodny. To jego konsekwencją są wszelkie zakłócenia naruszające porządek stworzenia, również cierpienie czy schorzenia, które dotyczą ludzkie istoty³³¹. Innym wyjaśnieniem może być kwestia dopustu bożego. Bóg dopuszcza zło, ból czy chorobę, lecz w swojej mocy może je wykorzystać w celu pomnożenia dobra³³².

Wydaje się uprawnionym stwierdzenie, że doświadczenie istnienia zła nie podważa u autorów średniowiecznych przekonania o harmonii oraz porządku jaki występuje w świecie, zarówno w wymiarze makrokosmicznym jak i mikrokosmicznym. Przy każdej okazji, o czym świadczą przytoczone wyżej teksty źródłowe, starają się oni głosić pozytywną, optymistyczną wizję świata i Boga. Odwołują się przy tym do wcześniejszych autorytetów, jak również do Pisma Świętego, a zwłaszcza Księgi Rodzaju, mówiącej o doskonałości stworzenia³³³.

5.2.2.4. Hildegarda z Bingen. Perfekcja stworzonego świata a medycyna

Obecna w średniowieczu pozytywna wizja Boga, świata i człowieka nie pozostała bez wpływu na medycynę. Doskonałość, uporządkowanie i zhierarchizowanie otaczającej rzeczywistości umacniało, było zbieżne z terapeutyczną ideą *restitutio ad integrum*. Dla sztuki leczenia oznaczało to, że w przypadku utraty zdrowia jej zadaniem jest pomoc w powrocie do stanu pierwotnej, naturalnej perfekcji³³⁴.

Istotę rzeczy dobrze oddaje model medycyny, jaki zaproponowała św. Hildegarda z Bingen (1098-1179). Niemiecka mniszka, mistyczka i uzdrowicielka, przeorysza

³³¹ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 11.

³³² Por. N.M. WILDIERS, dz. cyt., s. 72-73.

³³³ Tamże.

³³⁴ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 11. „During the Middle Ages, the idea of *restitutio ad integrum* was compatible with the dominant notion that God created the world and all the creatures in it according to His omniscient conceptions”.

w klasztorach sióstr benedyktynek w Disibodenbergu, Rupertsbergu i Eibingen. Jest autorką, między innymi dwóch dzieł medycznych: *Liber Compositae Medicinae sive Causae et curae – Przyczyny i leczenie chorób*, a także: *Liber Simplicis Medicinae sive Physica – Uzdrawiająca siła natury*³³⁵.

W pierwszym z nich rozpatruje sztukę leczenia z perspektywy całości kosmosu. Porusza tematykę stworzenia świata, budowy *universum* miejsca i roli jaki zajmuje w nim człowiek. Omawia choroby i odpowiadające im środki lecznicze. Drugie dzieło przedstawia propozycje terapii za pomocą lekarstw, które daje sama natura³³⁶.

Hildegarda, zgodnie z duchem epoki, w której żyje, swą koncepcję medycyny opiera na patologii humoralnej³³⁷. Cały świat stworzony jest przez Boga i składa się z czterech żywiołów: ognia, powietrza, wody i ziemi. Są one ze sobą ściśle połączone, wypełniając sobą wszystko, co istnieje. Stwierdza

„Bóg dla chwały swojego imienia utworzył świat z czterech elementów i utwierdził je wiatrami, oplótł i oświetlił gwiazdami i wszystko napełnił resztą stworzeń. Otaczając i wyposażając nimi wszystkich człowieka na tym świecie, obdarzając wszystko wielką energią...”³³⁸.

Według niemieckiej mistyczki całość stworzonej natury, piękno oraz panująca w niej harmonia są manifestem wielkości i chwały Boga. Szczególną godnością, najważniejszego spośród wszystkich stworzeń cieszy się człowiek³³⁹:

„...w centrum struktury świata znajduje się człowiek, ponieważ jest doskonalszy od innych stworzeń żyjących, wprawdzie postawą drobny, lecz wielki siłą duszy...”³⁴⁰.

³³⁵ Por. B. PREGENZER, B. SCHMIDLE, *Św. Hildegarda z Bingen, Dieta i post*, Kraków 2013, s. 8-13.

³³⁶ Por. W. STREHLOW, *Św. Hildegarda z Bingen, Medycyna na każdy dzień*, Kraków 2009, s. 8.

³³⁷ Por. Tenże, *Hildegard of Bingen's Spiritual Remedies*, Rochester – Vermont 2002, s. 12.

³³⁸ „Deus qui ad gloriam nominis sui mundum elementis compilavit, ventis confirmavit, stellis innectens elucidavit, reliquis quoque creaturis replevit, hominem in eo omnibus his circumdans et muniens, maxima fortitudine ubique perfudit...” HILDEGARDIS, *Liber divinorum operum implicitis hominis*, pars I, viso II, PL 197, 755B, (tł. wł.).

³³⁹ Por. P. HARRISON, *The Bible, Protestantism, and the rise of natural science*, Cambridge 1998, s. 54.

³⁴⁰ „...quod in structura mundi quasi in medio eius homo est, quia ceteris creaturis in illa degentibus potentior existit, statura quidem pusillus, de virtute anime magnus...” HILDEGARDIS, *Liber divinorum...*, dz. cyt., pars I, viso II, PL 197, 761B; por. Tamże, pars I, viso IV, PL 197, 885C.

Istoty ludzkie stanowią część otaczającej je rzeczywistości zbudowane są z tych samych elementów:

„Albowiem ogień, powietrze, woda i ziemia są w człowieku i z nich on jest ukonstytuowany. Z ognia ma ciepło, z powietrza oddech, z wody krew, a z ziemi ciało...”³⁴¹.

Odpowiednie proporcje pomiędzy czterema elementami, ich harmonia i równowaga gwarantują stan właściwego funkcjonowania całego *universum* zarówno na płaszczyźnie makrokosmosu jak i mikrokosmosu.

Niestety, w historii świata i rodzaju ludzkiego pojawił się grzech pierworodny. To on jest przyczyną wszelkich chorób, rozbicia i destrukcji. Przez niego zostaje zakłócona stabilność i równowaga pomiędzy czterema elementami. Zaburzone proporcje powodują stany chorobowe. Warunkiem powrotu do zdrowia jest powrót harmonii, przywrócenie właściwych proporcji:

„...kiedy elementy działają w człowieku w sposób uporządkowany, przywracają oraz podtrzymują zdrowie, gdy zachodzi między nimi dysharmonia czynią go chorym i zabijają”³⁴².

Dla Hildegardy, w powrocie do zdrowia istotną rolę pełni całościowe, holistyczne spojrzenie na człowieka i otaczający świat. Wymienia ona cztery aspekty, które należy uwzględnić w procesie kompleksowego leczenia. Są one następujące: płaszczyzna boska, kosmiczna, cielesna i duchowa. Pomijając którąkolwiek z nich, nie można mówić o pełnym przezwyciężeniu choroby³⁴³.

Mistyczka z Bingen podkreśla, że na płaszczyźnie boskiej chodzi o naprawienie relacji z Bogiem. Wiara, powrót do Stwórcy, pełnienie Jego woli otwiera człowieka na uzdrowienie. Aspekt kosmiczny mówi o konieczności harmonii pomiędzy człowiekiem i światem, o równowadze żywiołów utrzymujących wszystko w całości. Płaszczyzna cielesna domaga się

³⁴¹ „Ignis enim, aer, aqua et terra in homine sunt, et ex his constat. Nam ex igne habet calorem, ex aere halitum, ex aqua sanguinem et ex terra carnem...”. HILDEGARDIS, *Causae et curae*, P. KAISER (ed.), Lipsk 1903, s. 49, (tł. wł.).

³⁴² „cum elementa ordinate in homine operantur, eum conservant et sanum reddunt; sed cum in eo discordant, eum infirmum faciunt et occidunt”. Tamże, s. 50.

³⁴³ Por. W. STREHLOW, *Św. Hildegarda z Bingen, Medycyna...* dz. cyt., s. 17-18; Z. GAJDA, dz. cyt., s. 272.

właściwych proporcji pomiędzy płynami ustrojowymi (krew, czarna żółć, żółć i flegma). Wreszcie aspekt duchowy wzywa do postawienia na pozytywne cechy ducha: budowanie jedności, uzdrawiające słowa, praktyki postne i wyrzeczenia. Żąda wyeliminowania konfliktów, sytuacji frustrujących i stresujących, wpływów złego otoczenia³⁴⁴.

Co ważne, Hildegarda mocno akcentuje, że stworzony świat zawiera w sobie wszystkie środki lecznicze niezbędne dla uzdrowienia duchowego i fizycznego. Metody jej terapii idą po linii medycyny naturalnej³⁴⁵.

Model medycyny zaproponowany przez św. Hildegardę z Bingen może być uważany za sztandarowy przykład kompatybilności pomiędzy wizją świata, a sposobem uprawiania sztuki leczenia. Na przykładzie jej refleksji jasno widać, w jaki sposób pozytywne spojrzenie na Boga, naturę, świat oraz człowieka przekłada się na ugruntowanie terapeutycznej idei *restitutio ad integrum*. *Universum* odbijające doskonałość Stwórcy, panujące piękno i harmonia, zdrowie duchowe i fizyczne ludzi, powołanie do zjednoczenia z Bogiem – to stan i cel do którego człowiek powinien nieustannie dążyć i powracać. W wyniku dysharmonii, jaką wniósł na świat grzech, na skutek pojawienia się chorób i cierpienia pojawiła się potrzeba medycyny terapeutycznej, której zadaniem jest przywrócenie człowiekowi pierwotnego stanu zdrowia zarówno w płaszczyźnie duchowej jak i cielesnej. Zatem idea *restitutio ad integrum* również i tutaj zawiera w sobie znaczenie nie tylko medyczne, ale i teologiczne. Pomaga w przywróceniu pierwotnego stanu doskonałości chcianego przez Stwórcę. W całej pełni nastanie on na końcu czasów dzięki odkupieńczej misji Chrystusa. Człowiek znajdzie się w idealnej harmonii ze Stwórcą, naturą i kosmosem, pełen życiodajnych sił duchowych i cielesnych³⁴⁶.

5.2.3. Wnioski

Podsumowując, należy stwierdzić, że średniowieczne wyobrażenie o pięknie i doskonałości wszechświata, jak również wizja człowieka i jego miejsce w hierarchii stworzeń mieszczą się w odwiecznym planie Boga. W tej perspektywie przewyciężenie choroby i powrót do zdrowia oznacza nic innego, jak przywrócenie pierwotnego stanu, chcianego i ustalonego przez Stwórcę, zgodnie z naturą. Coś, co może przekroczyć bożą rzeczywistość,

³⁴⁴ Por. W. STREHLOW, *Św. Hildegarda z Bingen, Medycyna...* dz. cyt., s. 20-22.

³⁴⁵ Por. Tamże, s. 22.

³⁴⁶ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 272.

wyjsić poza porządek natury, jak pisze U. Wiesing, jest nie do pomyślenia. U autorów żyjących w wiekach średnich nie pojawia się idea dotycząca możliwości medycznego poprawienia ludzkiego gatunku. Gdyby nawet założyć, że pojawiłby się jakiś pomysł poprawy ludzkiej kondycji fizycznej, to stanowiłby on wykroczenie przeciw Bogu i Jego prawu, wręcz bluźnierstwo³⁴⁷.

Warto przypomnieć, że człowiek średniowiecza w znacznym stopniu kładł nacisk na wysiłek samodoskonalenia intelektualnego i duchowego. Dążył do upodobnienia się do Stwórcy (*homoiosis theo*). Z pomocą łaski starał się postępować drogą rozwoju cnót moralnych³⁴⁸. Dzięki temu otwierała się przed nim perspektywa zbawienia i przyszłego zmartwychwstania. Inaczej mówiąc, postęp moralny związany z doskonaleniem człowieczeństwa na płaszczyźnie ducha i intelektu stanowił priorytet jego życia. Aspekty biologiczne pozostawały na dalszym planie; nie były przedmiotem większego zainteresowania³⁴⁹.

6. PODSUMOWANIE

Terapeutyczna idea *restitutio ad integrum* cieszyła się w medycynie – od jej początków do końca wieków średnich – wyłącznością panowania. Celem powyższych rozważań było przedstawienie czynników, które wpłynęły na tę silną, supremacyjną pozycję. Podsumowując całość dotychczasowych dociekań, możemy wskazać następujące spośród nich:

a. Odwołanie się do leczących sił natury

Leczącą rolę natury podkreślił już Hipokrates, według którego tkwiąca w niej moc pomaga w przezwyciężeniu choroby. Myśl tę ugruntował Arystoteles wprowadzając zasadę *mimesis*, według której sztuka, w tym medycyna, naśladuje naturę. Dla Stagiryty działania

³⁴⁷ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 11-12. „Any thought of human beings reaching beyond the preconceived plan of God in order to improve themselves did not occur, as nothing was capable of surpassing God’s plan. It would have been unimaginable and would also have endangered the image of God if one wished to improve human beings beyond what was a condition pre-determined by God”.

³⁴⁸ Więcej na temat roli cnoty w moralnym postępie człowieka – por. T. KRAJ, *Granice genetycznego ulepszania człowieka*, Kraków 2010, s. 256-264.

³⁴⁹ Por. N.M. WILDIERS, dz. cyt., s. 52; U. WIESING, dz. cyt., s. 12. „One should not forget that the medieval efforts toward human self-improvement or perfecting are less concerned with the biological aspects; rather, these efforts were much more focused on the intellectual and spiritual side of human beings”.

sprzeczne z naturą nie mają nic wspólnego ze sztuką. Prawdziwa sztuka to taka, która porusza się w ramach wyznaczonych przez naturę. Prawdziwy sens i rację bytu posiadają jedynie te czynności, które ją podpatrują i wzorują się na niej. Również dla Galena natura odgrywa najważniejszą rolę w terapii, która sama dopomaga wyjść z choroby. W późniejszym okresie idea nieprzekraczania granic określonych przez Boga, Stwórcę natury obecna będzie w myśli chrześcijańskiej (np. Grzegorz z Nyssy, Bonawentura, Tomasz z Akwinu, Hildegarda z Bingen).

b. Doskonałość modelu wszechświata

Wizja kosmogoniczna była zasadniczo spójna dla starożytności i średniowiecza. Przyjmowano grecko-arabski, geocentryczny model świata, który był widziany jako uporządkowany makrokosmos zbudowany z czterech żywiołów, charakteryzujący się harmonią i ładem. Później to wyobrażenie przejęła i wzbogaciła nauka Kościoła głosząca piękno i doskonałość wszechświata, a także uprzywilejowaną pozycję człowieka w hierarchii stworzeń, będącego obrazem Boga.

c. Teoria humoralna

Jej narodziny, obecność i powszechne oddziaływanie odcisnęły trwałe znamię na medycynie na całe wieki (począwszy od jej twórcy Hipokratesa, przez Galena, po myślicieli i lekarzy chrześcijańskich czy arabskich). Według niej ludzki organizm (*mikrokosmos*) odpowiada ustrojowi wszechświata (*makrokosmos*). Tak jak otaczający świat zbudowany jest z czterech żywiołów, tak organizm z czterech cieczy (*humorów*). Zdrowie (*eukrasia*) to zachowanie równowagi, właściwego porządku pomiędzy humorami, składowymi ciała. Choroba (*dyskrasia*) to brak między nimi odpowiednich proporcji. Zadaniem lekarza jest terapia i podejmowanie takich działań, które pomogą przywrócić naturalną harmonię humorów, czyli stan decydujący o właściwym funkcjonowaniu cielesnego ustroju człowieka.

d. Ograniczoność możliwości i środków

Dążność do optymalizacji stanu ludzkiego ciała i poprawy jakości ludzkiej populacji była widoczna w antycznej Grecji. Wiązała się ona z troską o zapewnienie czystości społecznej oraz odpowiedniej kondycji fizycznej. Znane były praktyki eliminacji dzieci słabych, chorych,

upośledzonych (np. w Sparcie, w refleksji Platona), a także czynności na rzecz kojarzenia par w celu zapewnienia społeczności polis najlepszego potomstwa. Działania te z punktu widzenia dzisiejszej terminologii możemy nazwać jako eugeniczne. Ważnym jest jednak zwrócenie uwagi, że idee tajgejskie nie były głoszone w kręgach lekarskich, ale prawniczych i filozoficznych. Wiadoma jest również dbałość starożytnych Greków o formę sportową. Pielęgnowano ciało, poddając je odpowiedniemu treningowi i diecie, stosowano masaże, leczono kontuzje. Niemniej należy wyraźnie podkreślić, że czynności te nigdy nie przekraczały granic ustalonych przez naturę. Inną sprawą jest to, że ludzie na tym etapie historii posiadali ograniczony dostęp nie tylko do możliwości i środków technicznych, ale również do myśli medycznej, będącej w stadium wczesnego rozwoju.

e. Grecki i chrześcijański ideał upodobnienia się do bogów/Boga

Nie bez wpływu pozostawał obecny wśród starożytnych Greków (Sokrates, Platon, pitagorejczycy, stoicy) ideał upodobnienia do bogów (*homoiosis theo*) przejęty później i rozwinięty przez chrześcijaństwo (Ignacy Antiocheński, Klemens Aleksandryjski, Augustyn, Tomasz z Akwinu). Stanowił on pomoc w doskonaleniu sfery duchowej i moralnej, we wzroście cnót w życiu człowieka. Był niewątpliwie cenny i ponadczasowy zarówno dla jednostki jak i społeczności. Popierał rozwój człowieczeństwa poprzez naśladowanie wzoru Chrystusa oraz- co niezwykle istotne – otwierał człowieka na wymiar życia wiecznego.

f. Medycyna w chrześcijaństwie – przejęcie i utrwalenie terapeutycznego modelu

Chrześcijaństwo, wchodząc w historię ludzkości, na drodze inkulturacji czerpało wiele z myśli helleńsko-rzymskiej. Dotyczyło to również sztuki leczenia. Początkowa wrogość, czy nieufność wobec starożytnej medycyny pogańskiej z upływem czasu zamieniła się w postawę akceptacji. Ważnym elementem było wypracowanie właściwej antropologii, postrzegającej człowieka jako nierozdzielny zespół duszy i ciała. Dzięki temu udało się zwalczyć herezje, zwłaszcza te deprecjonujące wartość ciała. Wydaje się uprawnionym stwierdzenie, że właściwy nurt chrześcijaństwa przejął spuściznę medyczną Starożytności (odwołania do Hipokratesa, aprobaty dla jego dorobku, opowiedzenie się za teorią humoralną, przekonanie o boskim pochodzeniu medycyny), a także wzbogacił ją o nowe wartościowe elementy przejawiające się

zwłaszcza w chrześcijańskim miłosierdziu, dobroczynności, szpitalnictwie. Chrześcijańscy lekarze, często duchowni, byli ludźmi swojej epoki, prowadzili swą działalność zgodnie z ówczesnym stanem wiedzy oraz uwarunkowaniami historycznymi, w jakim przyszło im żyć i pracować. Na wzór Chrystusa – Lekarza (*Christus-Medicus*) starali się nieść pomoc chorym na ciele i duszy.

Co ważne, chrześcijaństwo podkreśliło obecne w człowieku pragnienie przekraczania samego siebie. Człowiek zawsze dążył do doskonałości. Idea upodobnienia się do Boga, o której była mowa w poprzednim punkcie, zaowocowała troską o rozwój życia duchowego i moralnego. Dla człowieka wierzącego wzrost człowieczeństwa, naśladowanie Jezusa, dążność do zbawienia dzięki łasce Boga były na pierwszym miejscu. Zdrowie ciała było ważne, ale nie najważniejsze.

Powrót do zdrowia w chrześcijaństwie charakteryzuje się również wymiarem teologicznym. Jak już wcześniej zostało powiedziane, człowiek stanowi nierozdzielny jedność duszy i ciała. Został stworzony na obraz i podobieństwo Boga. Po grzechu pierworodnym, Stwórca nie pozostawił ludzi samych sobie, ale dokonał dzieła odkupienia przez Chrystusa i w Chrystusie, który umarł i zmartwychwstał w ciele. Ostatecznym przeznaczeniem człowieka jest życie we wspólnocie z Bogiem, które w pełni objawi się na końcu czasów podczas powszechnego zmartwychwstania. Człowiek również zmartwychwstanie w ciele, które na powrót przyjmie pierwotną postać, jaką posiadał przed grzechem. W ten sposób, dzięki *re-creatio* ludzka kondycja duchowa, i co ważne cielesna, ulegnie odnowieniu. W takim kontekście pojęcie powrotu do zdrowia nie tylko duchowego, ale i fizycznego charakteryzuje się rysem teologicznym (Grzegorz z Nyssy, Augustyn, Ambrożyjaster, Hildegarda z Bingen).

g. Dogmatyzm względem starożytnych autorytetów

Wśród myślicieli i lekarzy, zwłaszcza średniowiecza, daje się odczuć olbrzymi szacunek do wcześniej żyjących autorytetów. W wiekach średnich był on zauważalny niemal powszechnie w medycynie zarówno łacińskiej, bizantyńskiej, jak i arabskiej. Wiązał się on z wiarą w nieomylny charakter odwiecznych prawideł, tez głoszonych przez dawne autorytety. Podstawę działalności lekarskiej stanowiły normy ogólne (uniwersalia), pochodzące od myślicieli takich jak Hipokrates i Galen. Najważniejsze były ich teoretyczne zalecenia i wskazówki dotyczące sposobu leczenia, jakkolwiek empiryzm schodził w nich na dalszy

plan. Średniowieczny spór o powszechniki, zwłaszcza jego pierwotna faza, w której dominował skrajny realizm, dopomagał takiemu stanowisku. W późniejszym okresie, wraz z rozwojem realizmu umiarkowanego i nominalizmu, drzwi do doświadczenia zostały szerzej otwarte.

U. Wiesing stwierdza, że «idea ludzkiej optymalizacji i własnego doskonalenia nie jest nowa. Istoty ludzkie, jak można wnioskować ze źródeł historycznych, były zawsze zainteresowane tworzeniem czy polepszaniem siebie»³⁵⁰. Podobnie uważa N. Bostrom podkreślając, że od początku istnienia gatunku ludzkiego, pragnieniem człowieka było zdobywanie nowych możliwości, poszerzanie granic swej egzystencji, zarówno na płaszczyźnie społecznej, geograficznej, jak również mentalnej, umysłowej³⁵¹.

Należy jednak podkreślić, co potwierdziły powyższe rozważania, że aż do końca epoki średniowiecza dążenie do doskonałości związane było zasadniczo ze sferą ducha i moralności, z postępem na drodze cnót. Prawdą jest, że na płaszczyźnie cielesnej obecna była troska o jak najlepszą czystość populacji, czy o stan optymalnej formy fizycznej. Jednak działania podejmowane w jej ramach nigdy nie wykaczały poza obręb ustalony przez naturę i Boga. Brak było elementów właściwych dla medycyny ulepszającej.

W takich okolicznościach nie dziwi fakt, że w tym okresie historii ludzkości, na polu medycyny królowała terapeutyczna idea *restitutio ad integrum*. Nie było jeszcze podatnego gruntu dla idei *transformatio ad optimum*, roszczącej sobie prawo do przekraczania barier wyznaczonych przez prawa natury czy wiarę. Jak pokazuje historia, sytuacja ta już wkrótce miała ulec zmianie. Dziś wielu myślicieli, zwłaszcza związanych z nurtem materialistycznym, poddaje surowej krytyce epokę, w której samotnie dominowała idea *restitutio ad integrum*. Stanowisko takie wydaje się być krzywdzącym dla okresu, będącego w rzeczy samej kolejnym cennym ogniwem w historycznym łańcuchu rozwoju społeczeństwa, kultury i nauki.

³⁵⁰ U. WIESING, dz. cyt., s. 11-12. „The idea of human optimization and self-perfecting is not new. Human beings, as far as we can judge from the historical sources, have always been interested in creating or bettering themselves...”, (tł. wł.).

³⁵¹ Por. N. BOSTROM, dz. cyt., s. 1. „The human desire to acquire new capacities is as ancient as our species itself. We have always sought to expand the boundaries of our existence, be it socially, geographically, or mentally”.

ROZDZIAŁ II

IDEA *TRANSFORMATIO AD OPTIMUM*. GENEZA I ROZWÓJ NA PRZESTRZENI WIEKÓW

Rozważania zawarte w poprzednim rozdziale ukazały, że na gruncie medycznym, aż do końca epoki średniowiecza, jedyną, niepodważalną i niezagrożoną pozycją cieszyła się terapeutyczna idea *restitutio ad integrum*. Jednakże wraz z nastaniem renesansu i czasów nowożytnych możemy mówić o stopniowym pojawianiu się nowej idei, związanej z *przemianą ku lepszemu (transformatio ad optimum)*. Rola pierwszej nadal pozostanie naczelną i dominującą, lecz druga wraz z rozwojem nauk empirycznych, dających możliwość ingerencji w naturę, panowania nad nią zyskiwać będzie coraz szersze pole zasięgu dla swych aktywności. U. Wiesing pisze:

„Podczas gdy ludzie starożytności widzieli siebie jako uporządkowany mikrokosmos, ludzie średniowiecza jako szczyt Bożego stworzenia, współcześni zobaczyli siebie na wiele różnych sposobów, bardziej jako maszynę w technicznym sensie i w końcu jako wadliwy produkt procesów ewolucyjnych”¹.

Powyższa wizja antropologiczna doprowadziła do narodzin kolejnych nurtów popierających doskonalenie zarówno ciała człowieka, jak również ludzkiego gatunku.

N. Bostrom w swoim artykule: *A History of Transhumanist Thought (Historia myśli transhumanistycznej)* ukazuje stopniowy proces przełamywania ograniczeń i poszerzania ludzkiego władania nad naturą. Rozpoczyna się on w renesansie, a prawdziwy rozkwit osiąga

¹ U. WIESING, dz. cyt., s. 13. „Whereas the people of antiquity viewed themselves as a well-ordered microcosm, and medieval people as the pinnacle of God’s creation, modern people saw themselves in many different ways, more like a machine, in a technical sense, and finally as the flawed result of chance evolutionary processes”, (tł. wł.).

w dobie oświecenia. Bostrom wymienia myślicieli, którzy w sposób szczególny przyczynili do stworzenia podwalin pod racjonalny humanizm. Są nimi: G. Pico della Mirandola, F. Bacon, T. Hobbes, J. Locke, I. Kant, a także Markiz de Condorcet. Ważną cechą racjonalnego humanizmu jest sposób zdobywania wiedzy o otaczającym nas świecie, o jego naturze, o miejscu jakie zajmuje w nim człowiek. Opiera się on na naukach empirycznych i krytycznym rozumie, posiada laicki charakter stroniąc na drogach poznania zarówno od Objawienia, jak i autorytetów religijnych².

Ważnym elementem, który przyczynił się do podejmowania działań mających na celu ulepszenie organizmu człowieka było ukazanie się pracy lekarza i filozofa J.O. de La Mettrie pt. *Człowiek maszyna* (1750). W swym dziele myśliciel ten zredukował człowieka do samej materii, postrzegając go w kategoriach zwierzęcia³, jako istotę działającą na podobieństwo maszyny⁴. Niebagatelną rolę w otwarciu na możliwość medycznej poprawy ludzkiej kondycji odegrała również praca K. Darwina: *O pochodzeniu gatunków* (1859). Przez pryzmat teorii ewolucji popatrzone nie tylko na świat roślin i zwierząt, ale także na istotę ludzką. Takie postawienie problemu postrzegało obecną postać człowieczeństwa nie jako końcowy produkt ewolucji, lecz jako możliwą, dosyć wczesną fazę, którą można kształtować, ulepszać⁵.

Tak więc, idei *transformatio ad optimum* sprzyjał nie tylko rozwój techniki, pociągający za sobą powstanie nowych technologii, stanowiących niezbędne narzędzie w ulepszaniu ludzkiego organizmu, ale również sama filozofia, która na taki stan rzeczy nie tylko przyzwalała, lecz wręcz go postulowała, zwłaszcza poprzez nurt materializmu czy fizykalizmu naukowego⁶.

Niniejszy rozdział stanowi próbę usystematyzowania wiedzy dotyczącej genezy oraz stopniowego rozwoju idei *transformatio ad optimum*. Z perspektywy historycznej pragnie ukazać nie tylko podejmowane stopniowo doświadczenia czy działania, ale również kierunki i prądy myślowe opowiadające się za możliwością, a nawet za koniecznością poprawy,

² Por. N. BOSTROM, dz. cyt., s. 2-4; T. KRAJ, dz. cyt., s. 67-68.

³ Por. J.O. DE LA METTRIE, *Człowiek maszyna*, S. RUDNIAŃSKI (tł.), [w:] J. O. DE LA METTRIE, *Dzieła filozoficzne*, Warszawa 2010, s. 289. „...człowiek jest zwierzęciem albo zespołem sprężyn nakręcających się wzajemnie...”.

⁴ „Człowiek jest maszyną tak złożoną, że nie można od razu wyrobić sobie o niej jasnego pojęcia, a w konsekwencji jej zdefiniować”. Tamże, s. 247.

⁵ Por. N. BOSTROM, dz. cyt., s. 3. „After the publication of Darwin’s *Origin of Species* (1859), it became increasingly plausible to view the current version of humanity not as the endpoint of evolution but rather as a possibly quite early phase”; T. KRAJ, dz. cyt., s. 68-69.

⁶ Por. Tamże.

wzmocnienia istot ludzkich. Interesujący nas przedział czasowy wyznaczają ramy od renesansu do współczesności.

1. RENESANS

Koniec epoki średniowiecza i nastanie renesansu (fr. *renaissance* – odrodzenie, powtórne narodzenie) wiąże się z czasem ożywienia kulturalnego, kiedy to szerzej zainteresowano się cywilizacją starożytnej Grecji i Rzymu. Ruch odrodzenia rozpoczął się w XIV wieku we Włoszech, a następnie rozprzestrzenił się na całą Europę i trwał w niektórych jej rejonach aż do przełomu XVI i XVII wieku⁷. Głównym prądem intelektualnym renesansu na płaszczyźnie kultury, literatury, wychowania i nauki stał się humanizm, który dokonał antropocentrycznego zwrotu. W centrum zainteresowania stanął człowiek, a dyskurs dotyczący Boga utracił miano pierwszeństwa⁸. B. Kumor wymienia trzy faktory właściwe dla renesansu: po pierwsze – afirmacja życia przejawiająca się w chęci poznania człowieka, a także natury; po drugie – wyodrębnianie się poszczególnych narodów powiązane z nacjonalizmem; po trzecie – uświadomienie i rozwój elementu laickiego⁹.

Aby uzyskać całościową, obiektywną wizję tego okresu, a także obecnych w nim nurtów myślowych, wydaje się istotnym uzmysłowienie sobie, że niełatwą rzeczą, a nawet niemożliwą jest wytyczenie ostrej, jasnej granicy między średniowieczem, a renesansem. Zwraca na to uwagę S. Swieżawski:

„Nie umiemy w każdym, poszczególnym wypadku powiedzieć stanowczo, czy dany pogląd jest średniowieczny, czy nowożytny; brak nam wyraźnych kryteriów. W dziejach filozofii posługujemy się konwencjami i za nowożytne będziemy uważali te poglądy, które znamionują renesans. Do cech istotnych zaliczymy więc antyścholastyczność, rozszerzenie znajomości tekstów starożytnych, odrodzenie sztuki i literatury starożytnej, rosnącą laicyzację. Oczywiście, znamiona te

⁷ Por. *Renesans*, [w:] *Słownik encyklopedyczny Filozofia*, G. VESEY, P. FOULKES (red.), Warszawa 1997, s. 284.

⁸ Por. *Humanizm*, [w:] Tamże, s. 135.

⁹ Por. B. KUMOR, *Historia Kościoła – Jesień kościelnego średniowiecza*, Lublin 1991, s. 173-174.

spotkaliśmy już w niejednym średniowiecznym systemie, a cechy im przeciwnie będą obecne przez całą nowożytność”¹⁰.

W podobnym tonie wypowiada się J. Bartyzel, ukazując odrodzenie jako czas obecności i zmagania się ze sobą wielu sprzecznych stanowisk:

„...znamienne, że największe odkrycia naukowe XVI w. w dziedzinie fizyki (Leonardo da Vinci), astronomii (Kopernik) i medycyny (Paracelsus, Paré) znakomita większość humanistów przyjmowała z obojętnością lub sceptycyzmem, kontrastującym z zainteresowaniem okazywanym magii, astrologii i alchemii; jedną z przyczyn tego regresu humanizmu w dziedzinie nauk ścisłych był właśnie nawrót ku starożytności, który nakazywał ignorować odkrycia «ciemnych mnichów», a trzymać się poglądów autorytetów starożytnych, toteż niejednen humanista «bardziej wierzył Pliniuszowi niż własnym oczom» (H. Hauser); ta postawa obojętności wczesnego humanizmu w stosunku do wiedzy przyrodniczej ma pewne podobieństwo z analogicznym nastawieniem św. Augustyna w epoce patrystycznej, z tą jednak istotną różnicą, że pozytywnie zainteresowanie humanistów koncentruje się na poznaniu człowieka, a poznanie Boga schodzi na plan dalszy.¹¹

W odrodzeniu pierwszoplanową rolę zajęły nauki humanistyczne: historia, literatura, sztuka, język. W dużej mierze wyływało to z filologicznej postawy, właściwej dla humanizmu renesansowego. W tym okresie za normę doskonałości uchodził język i styl Cycerona. Aby dorównać temu standardowi, dążono do zrekonstruowania klasycznej łaciny «skażonej» przez łacinę średniowieczną. W tym duchu na nowo tłumaczono i wydawano krytyczne edycje najważniejszych dzieł literatury na czele z Biblią. Znajomość języków klasycznych, a więc: hebrajskiego, greki i łaciny stanowiła cechę idealnego humanisty. Wśród nich byli i tacy jak: C. Salutati (1331-1406) dla którego filologia stała ponad filozofią, a mądrość była tożsama z wymową, czy A. Poliziano (1454-1494), który podkreślał, że całość historii została zapisana w języku, a poezja i erudycja pozwoliły ludzkości opuścić stan dzikości i wyjść naprzeciw Boga¹².

¹⁰ S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 900.

¹¹ J. BARTYZEL, *Humanizm*, [Online]. <http://www.legitymizm.org/ebp-humanizm>, [dostęp: 20.04.2015].

¹² Por. Tamże.

Badacze tej epoki zwracają jednak uwagę, że renesans poza obszarami związanymi ze sztuką charakteryzował się raczej regresem aniżeli postępem. Ta stagnacja dotyczyła nie tylko zachodniej filozofii, ale całości życia naukowego w Europie¹³. Co więcej, odrodzenie w wielu dziedzinach stanowiło okres irracjonalny. Wystarczy wymienić niespotykany dotąd w historii rozwój alchemii, czy astrologii. Również prześladowania i procesy kobiet oskarżanych o czary, niesłusznie przypisywane wiekom średnim, właśnie wtedy przybierały na sile¹⁴.

Niemniej jednak w tym okresie pojawiły się jednostki wybitne, które całkowicie zmieniły naukę i sposób patrzenia na świat; ludzie, których przesłanie stanowiło podwaliny pod narodziny i rozwój idei *transformatio ad optimum*. To myśliciele, którzy podkreślali konieczność zrozumienia człowieka i jego natury, zwracali uwagę na ogromną rolę, jaką w procesie poznawczym pełni doświadczenie empiryczne oraz postulowali zerwanie ze ślepą wiarą w autorytety. Ich naukowy wysiłek pozwolił człowiekowi uzmysłwić sobie drżące w nim możliwości, a także poszerzył spojrzenie na otaczający świat. Należą do nich: żyjący jeszcze w wiekach średnich franciszkanin Roger Bacon, dalej humaniści Franciszek Petrarca i Giovanni Pico; filozof Francis Bacon; lekarze Paracelsus, Andrzej Wesaliusz, Ambroży Paré; astronom Mikołaj Kopernik oraz artyści Michał Anioł i Leonardo da Vinci¹⁵. Przyjrzyjmy się pokrótce ich dokonaniom na rzecz rozwoju nauki.

1.1. Roger Bacon – średniowieczny prorok nowych perspektyw

Zanim przejdziemy do przedstawicieli właściwych *stricte* epoce renesansu, cofnijmy się nieco w czasie i przywołajmy postać myśliciela, który żyjąc i tworząc jeszcze w średniowieczu, przekraczał ramy i granice wyznaczone przez tę epokę; uczonego, który stał się keryksem tego, co nowe. Franciszkanin Roger Bacon, bo o nim mowa, urodził się w Anglii w drugiej dekadzie

¹³ Por. T. E. WOODS, dz. cyt., s. 125-126; R. STARK, *For the Glory of God. How Monotheism Led to Reformations, Science, Witch-hunts, and the End of Slavery*, Princeton 2003, s. 125.

¹⁴ Por. T. E. WOODS, dz. cyt., s. 126. „One could even say that the Renaissance was in many regards a time of irrationalism. It was during the Renaissance that alchemy reached its height, for example. Astrology grew ever more influential. Persecutions of witches erroneously associated with the Middle Ages, became widespread only during the fifteenth and sixteenth centuries”.

¹⁵ Warto również podkreślić, że do lepszego zrozumienia otaczającej nas rzeczywistości przyczyniły się wielkie odkrycia geograficzne dokonane przez podróżników: Krzysztofa Kolumba, Vasco da Gamę czy Ferdynanda Magellana.

XIII wieku¹⁶, a zmarł po 1292r. Nazywany był chlubą Oksfordu, jedną z najoryginalniejszych postaci wieków średnich¹⁷. Jego trafną charakterystykę podaje S. Świeżawski:

„Rogera Bacona cechują właściwości całkowicie sobie przeciwne: skrajny racjonalizm i gwałtowne plany reform; dziecięca miłość do Kościoła i cierpka jego krytyka, wprost pedantyczna gorliwość zakonnika i żarliwa miłość wolnej nauki. Roger był zarazem wyznawcą augustynizmu i przyrodnikiem. Całe życie spędził w ogromnym napięciu. Przewidział wielkość nauk doświadczalnych i gorzko wyrzucał scholastykom, że nie mieli zrozumienia dla doświadczeń i obserwacji”¹⁸.

Franciszkanin z Oksfordu w swoim dziele *Opus maius*, w części *Scientia experimentalis* pisał:

„Dwa są bowiem sposoby poznawania, mianowicie poprzez rozumowanie i przez doświadczenie. Rozumowanie prowadzi do wniosków i zmusza nas do ich przyjęcia, lecz nie daje pewności ani nie usuwa wątpliwości, aby umysł spoczął w oglądzie prawdy, chyba że odnajdzie ją drogą eksperymentu”¹⁹.

I dalej wzmocnił swoją wypowiedź dodając:

„Wszystko więc winno być sprawdzone poprzez drogę doświadczenia”²⁰.

Warto podkreślić, że Bacon rozróżniał dwa rodzaje doświadczenia. Pierwszym był eksperyment zewnętrzny, dzięki któremu możemy poznawać świat, który nas otacza. Można go było dokonać przy udziale zmysłów, za pomocą odpowiednich narzędzi, a także matematyki²¹. Jednakże dodał, że eksperyment fizyczny powinien być uzupełniony drugim typem doświadczenia, odwołującym się do wymiaru wewnętrznego, duchowego:

¹⁶ Por. A. POWER, *Roger Bacon and the Defence of Christendom*, Cambridge 2013, s. 29.

¹⁷ Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 584-585.

¹⁸ S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 586.

¹⁹ R. BACON, *Opus maius*, VI, 1, Oxford 1897, s. 167. „Duo enim sunt modi cognoscendi, scilicet per argumentum et experimentum. Argumentum concludit et facit nos concedere conclusionem, sed non certificat neque removet dubitationem, ut quiescat animus in intuitu veritatis, nisi eam inveniat via experientiae”, (tł. wł.).

²⁰ Tamże, s. 169. „Oportet ergo omnia certificari per viam experientiae”, (tł. wł.).

²¹ Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 594-595.

„Doświadczenie jest podwójne; jedno poprzez zmysły zewnętrzne (...) lecz ono nie wystarcza człowiekowi (...) konieczne jest zatem, aby intelekt został wsparty w inny sposób, (...). Łaska wiary oświeca wielu, a boskie natchnienia oddziałują nie tylko na rzeczy duchowe, lecz również na cielesne i na nauki filozoficzne”²².

Tak więc franciszkanin do swojego systemu nauki wprowadził doświadczenie duchowe. Charakteryzowało się ono siedmioma stopniami rozwoju. Na najwyższych z nich człowiek osiągał szczyty życia wewnętrznego i mistycyzmu²³. Stało się to udziałem patriarchów i świętych²⁴.

Pomimo tego, że eksperyment zewnętrzny znajduje się poniżej doświadczenia mistycznego, to jednak jest on źródłem wielu korzyści. Według Bacona dzięki niemu bada się i sprawdza wyniki innych nauk, można odkryć wiele ważnych prawd, których nie jesteśmy w stanie poznać *a priori*. Stanowi pomoc w poznawaniu tajemnic przyrody, co sprzyja wynalazczości i postępowi²⁵. Jak pisze S. Swieżawski:

„Bacon przewiduje najrozmaitsze cuda techniki: planetarium poruszające się siłą ciał niebieskich, możliwość przedłużenia życia ludzkiego prawie że w nieskończoność, przemianę metali, nie gasnące lampy, materiały wybuchowe w artylerii itd.”²⁶.

Podsumowując, można powiedzieć, że Roger Bacon był jednym z pionierów nowoczesnej metody naukowej w Europie. Jego postulat, aby problemy naukowe rozstrzygać nie tyle dzięki teoretycznym spekulacjom, ale poprzez eksperyment²⁷ stanowił *novum* w świecie, w którym autorytety stanowiły ostateczny weryfikator tego, co prawdziwe, jedyne i słuszne. W tym świetle, nie dziwi fakt, że musiał niejednokrotnie zmagać się z wieloma

²² R. BACON, dz. cyt., s. 169. „Sed duplex est experientia; una est per sensus exteriores, (...) sed haec experientia non sufficit homini, (...). Ergo oportet quod intellectus hominis aliter iuventur, (...) gratia fidei illuminat multum, et divinae inspirationes, non solum in spiritualibus, sed corporalibus et scientis philosophiae”, (tł. wł.)

²³ Por. E. GILSON, dz. cyt., s. 305.

²⁴ Por. R. BACON, dz. cyt., s. 169.

²⁵ Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 595.

²⁶ Tamże.

²⁷ Por. A. SIEMIENIEWSKI, *Skąd się wziął świat? Historyczne lekcje duchowości sejentystycznej*, Wrocław 2012, s. 72-73.

przeciwnościami, które pojawiały się na drogach rozwoju jego myśli. Bacon to inspirująca osobowość, kreśląca nowe perspektywy na przyszłość, będącą kreatorem nowożytnych rozwiązań.

1.2. Franciszek Petrarka

Prawdę o silnym zogniskowaniu ówczesnej myśli na tym, co ludzkie, dobrze oddają słowa jednego z prekursorów włoskiego odrodzenia Franciszka Petrarki (1304-1374). W słynnym dziele *O ignorancji swojej i innych (De sui ipsius et multorum ignorantia*²⁸) pisał:

„...na cóż mi się przyda znajomość natury dzikich zwierząt, ptaków, ryb i węży, skoro ignoruję, nie staram się poznać natury człowieka, nie wiem dlaczego przyszlśmy na świat, skąd przybywamy i dokąd zdążamy”²⁹.

Stwierdzeniem tym Petrarka postulował konieczność skierowania wysiłków poznawczych na ludzką naturę. Skoncentrowanie uwagi na człowieku stało się dla niego priorytetem. Na polu sztuki leczenia odrzucił i wyśmiał ślełą wiarę w autorytety. Słusznie podkreślił, że nawet tacy mistrzowie jak Hipokrates czy Galen nie charakteryzowali się bezwzględną nieomylnością. Głosił potrzebę obserwacji i w tym znaczeniu uchodzi za jednego z pionierów empiryzmu³⁰.

Petrarka, uchylając drzwi w kierunku szerszego zainteresowania naturą istot ludzkich, postawił krok na drodze w kierunku jej dalszego, lepszego zrozumienia. Z drugiej jednak strony, co zauważamy w cytowanym fragmencie, cechował go pewien dystans do nauk przyrodniczych. Zawęził on naukę i filozofię do studiów nad człowiekiem. Podejście to korespondowało z myślą innych przedstawicieli renesansu. Zwraca na to uwagę R. Duda:

„Głównym obiektem zainteresowań humanistów stał się człowiek, a nie przyroda. Człowiek był przez nich uważany za miarę wszystkiego, niechętnie natomiast

²⁸ Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 897.

²⁹ F. PETRARCA, *Dell'ignoranza sua e d'altrui*, Florencja 1904, s. 273. „Io infatti mi domando a che giovi il conoscere la natura delle belve e degli uccelli e dei pesci e dei serpenti, ed ignorare o non curar di sapere la natura dell'uomo, perché siam nati, donde veniamo, dove andiamo”, (tł. wł.).

³⁰ Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 391.

odnosili się do obserwacji i badań naukowych, bo te odwracały uwagę od człowieka i niewiele o nim mogły powiedzieć³¹.

Omawiając myśl Franciszka Petrarcki, wydaje się ważnym przypomnienie faktu, że był on duchownym³² i człowiekiem głębokiej wiary³³. Zależało mu na odnowieniu teologii w duchu humanizmu³⁴. Pisze o tym S. Swieżawski:

„Dla Petrarcki (...) barbarzyńskim będzie (...) ten okres, w którym kultura antyku, a zwłaszcza wymowa i starożytne piśmiennictwo były w zapomnieniu. (...) Dla niego dzieje kultury od Alkuina po wiek XIV (...) stanowią jedno wielkie barbarzyńskie interludium. (...) Majestatyczny nurt kultury rzymskiej ciągnie się od Cyncerona przez Ojców do Boecjusza, ale już od IX wieku sztuka wymowy zostaje zagubiona, a wraz z nią i prawdziwa mądrość. Powolny ale stały zanik prawdziwej kultury słowa doprowadza do upadku najwyższej z nauk, teologii. Tak właśnie, zdaniem Petrarcki, postąpiło z teologią średniowiecze i dlatego uważa je za epokę barbarzyńską (...). Dla Petrarcki program renesansu zdaje się być niczym innym jak tylko manifestem ochrony teologii³⁵.

Na podstawie powyższych rozważań można orzec, że Franciszek Petrarca jawi się jako osobowość niezwykle ciekawa i inspirująca. To ktoś stojący gdzieś na pograniczu dwóch epok, wyłaniający się z komnat średniowiecza i przechodzący ku odrodzeniu, ku temu, co nowe. Cechował go głęboki antropocentryzm. Punktem kulminacyjnym swych zainteresowań uczynił człowieka, wzywał do empirycznego poznawania i zgłębiania ludzkiej natury. Jednocześnie nie odrzucał wiary w Boga. Dostrzegał słabości scholastycznej teologii i pragnął odnowić ją poprzez powrót do kultury patrystycznej, tak ściśle związanej z epoką klasyczną. Podobnie jak inni wcześnie humaniści charakteryzował się pewnym dystansem wobec nauk przyrodniczych, stawiając w pierwszym rzędzie na nauki humanistyczne.

³¹ R. DUDA, *Matematyka a dzieje myśli*, [Online]. http://www.jaszczur.czn.uj.edu.pl/mod/book/view.php?id=1893&chap_terid=10941, [dostęp: 29.04.2015].

³² Por. W. SZUMOWSKI, dz. cyt., s. 391.

³³ Por. Z. DROZDOWICZ, *Filozofia włoska w epoce odrodzenia i oświecenia*, Poznań 2012, s. 47.

³⁴ Por. S. SWIEŻAWSKI, dz. cyt., s. 898-899.

³⁵ Tamże, s. 899-900.

1.3. Giovanni Pico della Mirandola

Dzisiejsi zwolennicy modyfikacji natury człowieka chętnie odwołują się do myśli innego przedstawiciela renesansu, jakim był Giovanni Pico della Mirandola (1463-1494). W nim upatrują prekursora idei poprawy kondycji ludzkiej. Czyni tak między innymi M. More czy przywoływany już wcześniej N. Bostrom. Obaj powołują się na fragment pochodzący z dzieła G. Pico pt. *Oratio de dignitate homine (Mowa o godności człowieka)*. W tekście tym Stwórca zwrócił się do człowieka następującymi słowami:

„«Nie wyznaczam ci, Adamie, ani określonej siedziby, ani własnego oblicza, ani też nie daję ci żadnej swoistej funkcji, ażebyś jakiegokolwiek siedziby, jakiegokolwiek oblicza lub jakiegokolwiek funkcji zapragniesz, wszystko to posiadał zgodnie ze swoim życzeniem i swoją wolą». «Natura wszystkich innych istot została określona i zawiera się w granicach przez nas ustanowionych. Ciebie zaś, nieskrępowanego żadnymi ograniczeniami, oddaję w twoje własne ręce, abyś swą naturę sam sobie określił, zgodnie z twoją wolą. Umieściłem cię pośrodku świata, abyś tym łatwiej mógł obserwować wszystko, co się w świecie dzieje. Nie uczyniłem cię ani istotą niebiańską, ani ziemską, ani śmiertelną, ani nieśmiertelną, abyś jako swobodny i godny siebie twórca i rzeźbiarz sam sobie nadał taki kształt, jaki zechcesz. Będziesz mógł degenerować się i staczać do rzędu zwierząt; i będziesz mógł odradzać się i mocą swego ducha wznosić się do rzędu istot boskich»³⁶.

N. Bostrom stwierdza, że renesansowy humanizm wypracował ideał gruntownie wykształconej osoby, wysoce rozwiniętej pod względem naukowym, moralnym, kulturowym i duchowym. Jego zdaniem powyższy tekst Mirandoli stanowi szczyt epoki renesansu, punkt zwrotny w myśleniu. Człowiek nie posiada jakiegokolwiek gotowej formy, ale jest odpowiedzialny za kształtowanie siebie samego³⁷. Z kolei M. More daje do zrozumienia, że G. Pico przedstawił

³⁶ GIOVANNI PICO DELLA MIRANDOLA, *Godność człowieka*, Z. KALITA, (tł.), [w:] *Filozofia włoskiego Odrodzenia*, A. NOWICKI (red.), Warszawa 1967, s. 139.

³⁷ Por. N. BOSTROM, dz. cyt., s. 2. „Renaissance humanism also created the ideal of the well-rounded person, one who is highly developed scientifically, morally, culturally, and spiritually. A landmark of the period is Giovanni Pico della Mirandola's *Oration on the Dignity of Man* (1486), which proclaims that man does not have a readymade form and is responsible for shaping himself”.

Boga jako rzemieślnika, który wyjaśnił ludzkości jej naturę w sposób bliższy ideom transhumanizmu aniżeli religijnej wizji świata³⁸.

W podobnym duchu wypowiada się M. Hauskeller, filozof i badacz zagadnień związanych z ideą wzmocnienia, poprawy człowieka. Dla niego pierwsze strony *Mowy o godności człowieka* stanowią *locus classicus* dla myśli transhumanistycznej, a sam Mirandola w jakimś stopniu jawi się jako pierwszy transhumanista³⁹. Na polskim gruncie przytoczony fragment komentuje Z. Drozdowicz podkreślając, że w ujęciu G. Pico, Bóg po ukończeniu dzieła stworzenia nie ma już zbyt wiele do roboty. Pracę do wykonania ma natomiast człowiek. Chodzi o rozwijanie tych wszystkich uzdolnień, w które w postaci zarodkowej wyposażył go Stwórca⁴⁰.

Powyżsi komentatorzy w słowach Mirandoli, w mniejszym lub większym stopniu dopatrują się proklamacji idei głoszącej niczym nieskrępowaną wolność człowieka jako kreatora samego siebie. Nie są w tej dziedzinie pionierami. Wcześniej od nich podobne stanowisko przyjęli J. Burckhardt, E. Cassirer, P.O. Kristeller czy K. Jaspers⁴¹.

W opozycji wobec takiego postawienia problemu staje W.G. Craven. Zauważa on, że badacze pochylający się nad twórczością J. Pico niemal powszechnie interpretują interesujący nas fragment *Oracji* w sposób dosłowny⁴². Postuluje postawienie pytania, czy takie ujęcie jest uprawnione. Czy rzeczywiście fragment ten można rozumieć literalnie? Udzielając nań odpowiedzi, stwierdza, że jest to niedopuszczalne. Jego zdaniem wolność, którą proklamował Mirandola jest wolnością filozofów i powinna być traktowana tylko i wyłącznie metaforycznie⁴³. Argumentując swoje stanowisko, przypomina, że pierwotna nazwa *Oracji*

³⁸ Por. M. MORE, *The Philosophy of Transhumanism*, [Online]. http://www.media.johnwiley.com.au/product_data/excerpt/99/1118_3342/1118334299-106.pdf, [dostęp: 22.04.2015]. „In his 1486 piece, *Oration on the Dignity of Man*, he portrays God as the Craftsman explaining to humanity its nature in a way that sounds much closer to transhumanism than to the religious worldview”.

³⁹ Por. M. HAUSKELLER, *Better Humans? Understanding...*, dz. cyt., s. 82. „I said not surprisingly because the first few pages of Pico's *Oration* strike me as the *locus classicus* of transhumanist thought. In a sense Pico was the first transhumanist, because he provided transhumanism with its paradoxical normative anthropology by describing man as an animal whose nature it is not to have a nature”.

⁴⁰ Por. Z. DROZDOWICZ, *Filozofia włoska...*, dz. cyt., s. 54-55.

⁴¹ Por. D. NOWAKOWSKI, *Absolutnie wolny? Wolność człowieka w filozofii Giovanniego Pico della Mirandoli*, [w:] AULFP, (2011), nr 24, s. 9-18.

⁴² Por. W.G. CRAVEN, *Giovanni Pico della Mirandola, Symbol of his age: Modern interpretations of a renaissance philosopher*, Genewa 1981, s. 28. „A literal understanding of Gods words to Adam is almost universal among historians who discuss or refer to Pico's ideas”; Tamże, s. 35. „It is difficult to see why historians have been so consistently unwilling to admit that Pico was speaking metaphorically of the moral order”.

⁴³ Por. Tamże; D. NOWAKOWSKI, dz. cyt., s. 11.

brzmiała *Oratio ad laudes philosophiae*⁴⁴. Dowodzi również, że J. Pico posługując się pojęciem «natury» cały czas używał go i rozumiał w duchu scholastycznym. To «natura» ludzka określa granice, wyznacza cele jakie człowiek może sobie stawiać, do których może dążyć i które może osiągać⁴⁵. Dla zobrazowania odwołuje się do fragmentu pochodzącego z dzieła *De ente et uno*, w którym Mirandola orzekł, że wszystkie stworzenia pragną swego naturalnego dobra. Dla człowieka będzie nim jego człowieczeństwo, dla kamienia jego kamieniowatość itd. Owo naturalne dobro jest określone przez to, czym dane stworzenie jest z natury⁴⁶. W żadnym wypadku J. Pico nie postrzegał człowieka jako niezależnego twórcy swej własnej «natury», nie głosił tezy o jego nieograniczonej wolności⁴⁷. W.G. Craven dochodzi do takich wniosków uwzględniając kontekst całości myśli Mirandoli, zestawiając fragment dialogu pomiędzy Stwórcą i Adamem z innymi tekstami⁴⁸ zwłaszcza tymi, które powstały w bliskości czasowej *Oracji*.

Dla amerykańskiego uczonego cytowany fragment *Mowy* stanowi retoryczne wezwanie, skierowane do człowieka, aby ten podjął trud samodoskonalenia się pod kątem moralnym. Dążenie to ma polegać na poznaniu i umiejętnym wykorzystaniu zdolności, w jakie człowiek został wyposażony przez własną naturę⁴⁹. Metaforyczne rozumienie słów J. Pico, mówiących o nieograniczoności człowieka, o określaniu i ustalaniu przez istoty ludzkie swej własnej natury sprawia, że tracą one na swej mocy i oryginalności. Wyobrażenie o człowieku wznoszącym się ku górze i degenerującym się zależnie od sposobu swego życia i postępowania było obecne wcześniej – w literaturze patrystycznej i średniowiecznej. W podobnym duchu wypowiadał się między innymi żyjący nieco wcześniej Mikołaj z Kuzy (1401-1464)⁵⁰.

⁴⁴ Tytuł *Oratio de dignitate homine* po raz pierwszy pojawia się dziesięć lat po śmierci Mirandoli. Pochodzi z niemieckiego, uszkodzonego reprintu zbioru jego dzieł. *Oratio ad laudes philosophiae* to prawdopodobnie pierwotny tytuł tego dzieła. Por. GIOVANNI PICO DELLA MIRANDOLA, *Oration on the Dignity of Man: A New Translation and commentary*, Cambridge 2012, s. 46-47; Tenże, *New Essays*, M.V. DOUGHERTY (red.), Cambridge 2008, s. 63; D. NOWAKOWSKI, dz. cyt., s. 9.

⁴⁵ Por. W. G. CRAVEN, dz. cyt., s. 32 i n.; W. ŻEŁANIEC, *O pojmowaniu godności człowieka*, [w:] M. PIECHOWIAK, T. TUROWSKI (red.), *Szkice o godności człowieka*, Zielona Góra 2012, s. 12-13.

⁴⁶ Por. GIOVANNI PICO DELLA MIRANDOLA, *De ente et uno*, [w:] *Opera omnia*, Bazylea 1557, s. 253. „Est enim primo esse naturale rerum ut homini esse hominem, leoni esse leonem, lapidi esse lapidem, quod esse et naturalis bonitas individue sequitur (...) Sicut ergo omnia appetunt bonum, ita omnia appetunt esse et primo quidem appetunt bonitatem quae esse naturale consequitur”.

⁴⁷ Por. W. ŻEŁANIEC, dz. cyt., s. 10-12.

⁴⁸ Obok przywołanego wcześniej *De ente et uno* są nimi: *Commento sopra una canzone d'amore oraz Heptaplus*. Por. Tamże, s. 12.

⁴⁹ Por. Tamże, s. 13.

⁵⁰ Por. W. G. CRAVEN, dz. cyt., s. 35. „...if man's choosing his nature is a metaphor, then there is nothing very remarkable about it. The idea of man rising or sinking according to the way he acts was (...) a favourite one among

Pozycję umiarkowaną co do rozumienia i interpretacji, zajmującego naszą uwagę passusu *Oracji* przedstawia Z. Almási. Zgadza się on z tezą, że ów fragment posiada konstrukcję retoryczną, że należy potraktować go jako mowę⁵¹. Podkreśla jednak, że retoryczna jakość przemówienia nie pociąga za sobą konieczności traktowania zawartych w nim idei jedynie metaforycznie⁵².

Wydaje się trafnym odwołanie do komentarza, jaki proponuje D. Nowakowski:

„Almási uznaje, (...) iż celem przedmowy Pico było jedynie wskazanie i zachęcenie do obrania etycznej «drogi filozoficznego życia»; nie miał on zatem zamiaru wyklądać w niej swojej antropologii czy kosmologii. Tak więc poszukując odpowiedzi na pytanie o to, jak wyglądała u Pico koncepcja wolnej woli, należy zwrócić się także do innych jego dzieł i korespondencji. Jak już wspomnieliśmy wcześniej, najczęściej błędnie kojarzy się Pico z proto-nowoczesną, wręcz surrealistyczną, koncepcją wolności, podczas gdy on sam nie rezygnował wcale z podstawowych kategorii średniowiecznej filozofii. I chociaż prawdą jest, że nie można brać go za bezkompromisowego scholastyka, to jednak nie sposób nie zauważyć, że niesiony przez Pico bagaż intelektualny w sposób niedwuznaczny stawia go po stronie Tomasza z Akwinu, Dunska Szkota i Alberta Wielkiego”⁵³.

Na podstawie przytoczonych stanowisk można uczynić krótkie podsumowanie. Dla propagatorów *human enhancement* fragment *Mowy o godności człowieka*, potraktowany dosłownie stanowi swego rodzaju przełom w patrzeniu na istotę ludzką, na jej wolność. Otwiera przed nią horyzont nieograniczonych wręcz możliwości oddziaływania na swą własną naturę. Z kolei interpretacja czysto metaforyczna, kładąca nacisk na moralny aspekt doskonalenia, pozbawia go oryginalności i siły wyrazu.

Wydaje się, że sam Mirandola balansował gdzieś pomiędzy tymi dwoma ujęciami. Aby właściwie zrozumieć jego przesłanie konieczne jest nie tylko odniesienie się do całości jego

the Fathers and the twelfth century spiritual writers, and there is a particularly close parallel to Pico's version of it in Nicholas of Cusa”.

⁵¹ Z. Almási przypomina, że *Oracja* pierwotnie była przygotowana jako przemówienie. Por. Z. ALMÁSI, *Fable or Philosophical Claim? Thomas of Aquinas in Pico's Oratio*, [w:] „Verbum”, 6 (2004), nr 1, s. 193. „The *Oratio* must bear the strong marks of rhetoric, as it was originally intended to be a speech, the opening speech of an international conference on nine hundred theses put together by Pico”.

⁵² Por. Tamże. „The rhetorical quality of the speech does not, however, entail necessarily that the ideas should only be taken as metaphors...”.

⁵³ D. NOWAKOWSKI, dz. cyt., s. 11.

twórczości, nie wrywanie nic z kontekstu, ale również uwzględnienie szerszej perspektywy obejmującej czasy, w jakich żył i działał. Były one niezwykle ciekawe i stanowiły okres przejściowy pomiędzy średniowieczem, a nowożytnością. Występowały w nich różne prądy duchowe i myślowe. Jedne z nich tkwiły jeszcze w wiekach średnich, inne zapowiadały już to, co nowe⁵⁴. Istotnym jest także przypomnienie faktu, że J. Pico był osobowością ponadprzeciętną, wybitnym humanistą i retorem, ale równocześnie filozofem i teologiem; człowiekiem otwartym na poszukiwania, a zarazem mającym przed oczyma przesłanie ewangeliczne. D. Nowakowski pisze, że według Mirandoli:

„...nawet sama osławiona *dignitas hominis* (...) wywodzi się z doskonałości najlepszego z ludzi, Chrystusa. A zatem traktowanie problemu ludzkiej wolności w filozofii Mirandoli w oderwaniu od wartości chrześcijańskich, w oderwaniu od Bożego wsparcia i posłannictwa Ewangelii jest tak samo nieuzasadnione, jak rozkazanie latać ptakowi pozbawionemu skrzydeł”⁵⁵

Działalność i myśl pierwszych humanistów, w tym Franciszka Petrarki czy Giovanniego, Pico uchyliła drzwi do narodzin idei *transformatio ad optimum*. Stało się to dzięki postulatowi wnoszonym na gruncie rozszerzającego się antropocentryzmu. Postawiony na piedestale człowiek stawał się coraz większym wyzwaniem dla samego siebie. Pojawiła się konieczność poznawania i refleksji nad ludzką naturą.

1.4. Paracelsus

Paracelsus, a właściwie Philipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541) był niemieckim medykiem, przyrodnikiem, alchemikiem, a zarazem filozofem⁵⁶. Postacią wyjątkową, prekursorem tego, co nowe w medycynie⁵⁷.

⁵⁴ Por. B. KUMOR, dz. cyt., s. 173.

⁵⁵ D. NOWAKOWSKI, dz. cyt., s. 14.

⁵⁶ Por. E. WEEKS, *Introduction*, [w:] *Paracelsus (Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493–1541)*, Leiden – Boston 2008, s. 1. Szeroko biografię Paracelsusa przedstawia W. Pagel. Por. W. PAGEL, *Paracelsus. An Introduction to Philosophical Medicine in the Era of the Renaissance*, New York 1982, s. 5-49. Co ciekawe, jak pisze W. Pagel, Paracelsus będąc lekarzem i przyrodnikiem nie był równocześnie ani logikiem, ani oratorem, prawnikiem czy humanistą. „Paracelsus (...) was no logician, no orator, no jurist, no humanist”. Tamże, s. 9.

⁵⁷ Por. Z. DOMOSŁAWSKI, dz. cyt., s. 35.

1.4.1. Doświadczenie i własny wysiłek kontra starożytne autorytety

Paracelsus był jednym z pierwszych lekarzy epoki renesansu, który zdecydował się zerwać z poglądami takich autorytetów medycznych jak Galen czy Avicenna⁵⁸. W Bazylei, na znak sprzeciwu, publicznie spalił ich dzieła⁵⁹, wykrzykując wobec swych oponentów:

„Ja jestem Theophrast, (...) ja jestem królem lekarzy (...). Pozwól, że ci to powiem: każdy mały włos na moim karku wie więcej niż ty i wszyscy twoi pisarze i zapinki moich butów są bardziej uczone niż twój Galen i Avicenna, a moja broda posiada więcej doświadczenia aniżeli wszystkie twoje wyższe uczelnie”⁶⁰.

Z nieco innej perspektywy patrzył na ojca medycyny Hipokratesa⁶¹. Twierdził, że posiadał on zmysł medyczny. Niestety, także jego nauka i poglądy zostały wypaczone przez Galena, a także jemu podobnych⁶². Według Paracelsusa ta rygorystyczna, ślepa wierność względem dotychczasowych klasyków medycyny stanowiła przyczynę wielu szkód, które ponieśli pacjenci:

„Któż tego nie wie, że w dzisiejszych czasach większość lekarzy wyrządziła chorym bardzo poważne szkody, przywiązując się zbyt niewolniczo do słów Hipokratesa, Galena, Awicenny i innych”⁶³.

⁵⁸ Por. Tamże.

⁵⁹ Por. W.D. SMITH, *The Hippocratic tradition*, Michigan 1979, s. 15.

⁶⁰ „I am Theophrastus (...) I am monarcha medicorum (...) Let me tell you this: every little hair on my neck knows more than you and all your scribes, and my shoe buckles are more learned than your Galen and Avicenna, and my beard has more experience than all your high colleges”, (tł. wł.). Cytat za: A.G. DEBUS, *The Chemical Philosophy*, Mineola New York 2013, s. 52. W oryginale niemieckim z 1530 roku: „Ich bin Theophrastus (...) Ich bin (...) monarcha medicorum (...). Ich sage euch: Meine gauchaar im genick weiß mer dann ir und alle eure sribenten und meine schuchrinken seind gelerter dan euer Galenus und Avicenna und mein bart hat mer erfaren dan alle euer hohe schulen”. THEOPHRAST VON HOHENHEIM, *Sämtliche Werke*, K. SUDHOFF (ed.), Monachium 1924, vol. VIII, s. 63-65.

⁶¹ Por. R. MIERZECKI (rec.), J. JACOBI (red.), *Paracelsus, Arzt und Gottsucher an der Zeitwende, Eine Auswahl aus seinem Werk von Jolante Jacobi, mit einer Einführung vom Gerhardt Wehr*, Olten-Freiburg 1991, [w:] KHNiT, 38 (1993), nr 3, s. 153.

⁶² Por. W. D. SMITH, dz. cyt., s. 14.

⁶³ „Wer weiß es denn nicht, daß die meisten Ärzte heutiger Zeit zum größten Schaden der Kranken in übelster Weise daneben gegriffen haben, da sie allzu sklavisch am Worte des Hippokrates, Galenos und Avicenna und anderer geklebt haben”, (tł. wł.). Cytat za: W.U. ECKART, *Geschichte der Medizin*, Springer-Verlag 2013, s. 156.

Stąd Paracelsus postulował konieczność oczyszczenia medycyny z barbarzyńskich naleciałości, przywrócenia jej dawnego blasku i reputacji. Jego zdaniem proces ten byłby możliwy do realizacji dzięki odcięciu się od reguł ustalonych przez starożytne autorytety i zwróceniu się ku prawidłom wynikającym z poznania natury rzeczy, wpływającym z własnych przemyśleń, które swą podstawę mają w przeprowadzanych doświadczeniach i próbach⁶⁴. Ponadto uważał, że: «Nie tytuł, nie elokwencja, nie umiejętności językowe czy lektura wielu książek...»⁶⁵ czynią z człowieka prawdziwego lekarza, ale: «...najwyższe poznanie natury i jej tajemnic...»⁶⁶.

W jego opinii zdobywanie sztuki medycznej wiązało się z prowadzeniem doświadczeń, ciężką pracą i wysiłkiem. Działania te określił mianem najlepszych nauczycieli sztuki leczenia. Słuchaczom medycyny zalecał praktyczną i teoretyczną naukę medycyny wewnętrznej i chirurgii⁶⁷.

W ten sposób Paracelsus, doceniając medycynę praktyczną, opartą na doświadczeniu stał się pionierem szerokiego zastosowania empirii w sztuce leczenia, prekursorem badań i wyciągania wniosków. Stanowiło to istotną nowość, jaką wniósł on w świat lecznictwa. Owo *novum* z całą siłą stanie się udziałem badaczy działających w XVII wieku i później⁶⁸.

⁶⁴ Por. L. BÜRGIN, *Błędy nauki, Zapoznani geniusze – ich droga przez mękę*, Warszawa 1998, s. 17. Paracelsus w mowie z 5 czerwca 1527 roku oświadczył: „Da von allen Wissenschaften allein die Medizin, gleichsam als eine Gottesgabe, nach dem Urteil der heiligen und profanen Schriftsteller als notwendig bezeichnet wird und nur sehr wenige Doktoren sie heute mit Erfolg ausüben, erschien es notwendig, sie wieder zu ihrem früheren Ruhm und Ansehen zu bringen; sie werden wir allerdings vom Schmutze der Barbaren und uns von den schwersten Irrtümern zu reinigen haben. Dabei halten wir uns nicht an die Vorschriften der Alten, sondern lediglich an das, was wir teils durch Hinweise der Natur, teils durch unser eigenes ringendes Bemühen gefunden und durch lange Anwendung und Erfahrung erprobt haben”. Cytat za: W. TRILLITZSCH, *Der Deutsche Renaissance-Humanismus*, Lipsk 1981, s. 556.

⁶⁵ „Nicht der Titel, nicht die Beredsamkeit nicht die Sprachkenntnis noch die Lektüre vieler Bücher...”, (tł. wł.). Tamże.

⁶⁶ „...die höchste Kenntnis der Natur und ihrer Geheimnisse...”. Tamże.

⁶⁷ Por. „Um indessen kurz meine Lehrweise zu beschreiben, so will ich also vor allem, was mich selbst betrifft, auf die ansehnliche Bestallung der Herren von Basel hin zwei Stunden täglich die Bücher der praktischen und der theoretischen Medizin sowie der inneren Medizin und der Chirurgie, die ich selbst verfaßt habe, mit größtem Fleiß und zu großem Nutzen der Hörer öffentlich erklären. Ich habe dieselben aber nicht nach der Gepflogenheit anderer von Hippokrates oder Galen oder irgendwelchen anderen erbettelt, sondern habe sie durch die höchste Lehrmeisterin der Dinge, Erfahrung und Bemühung, erlangt. Will ich demnach etwas erproben, so sind für mich Erfahrungen und Überlegung anstelle der Autoren maßgebend”. Tamże.

⁶⁸ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 341.

Okazuje się jednak, że dla Paracelsusa doświadczenie empiryczne nie było najważniejsze na drodze poznania rzeczywistości, w tym chorób czy sposobów terapii. Było niezbędne, ale nie najistotniejsze. W swoim dziele *Opus Paramirum* napisał:

„...człowieka można poznać jedynie z punktu widzenia makrokosmosu, istota ludzka nie może się poznać sama z siebie. Lekarz osiąga doskonałość dopiero wtedy, gdy pojmie tę zgodność”⁶⁹.

W świetle tych słów człowiek powinien zostać ujęty całościowo, holistycznie, jako jedność pierwiastków fizycznych⁷⁰ i duchowych, jako byt ściśle związany z *uniwersum*, stanowiący nierozdzieloną jego część, mikrokosmos w makrokosmosie⁷¹. Ostatecznie Paracelsus temu właśnie ujęciu przypisał uprzywilejowaną pozycję w dokonującym się procesie poznawczym.

Przyjmując taką podstawę Paracelsus nakreślił własną wizję nowej medycyny. Gmach sztuki leczenia oparł na czterech filarach, które prowadzą do całościowego ujęcia człowieka. Były nimi filozofia, astronomia, alchemia i etyka. R. Mierzecki pisze:

„Jako filary medycyny Paracelsus wymienia: filozofię, astronomię, alchemię i etykę. Lekarz musi zatem być specjalistą w tych czterech dziedzinach. Alchemia zawiera tajemnice działania lekarstw, astronomia wobec jedności przyrody pozwala przewidzieć związek między stanem niebios, a stanem człowieka, związek między mikro-, a makroświatem. Zdaniem Paracelsusa lekarza tworzy Bóg, a nie człowiek i to Bóg leczy człowieka poprzez lekarza”⁷².

⁶⁹ K. BIELAU (ed.), *Paracelsus-Lesebuch: Die Arznei - das Wort Gottes*, Verlag – Birnbach 2004, s. 44. „Der Mensch kann nur vom Makrokosmos aus erfasst werden, nicht aus sich selbst heraus. Erst das Wissen um diese Übereinstimmung vollendet den Arzt“, (tł. wł.).

⁷⁰ Paracelsus nie odszedł od teorii mówiącej o czterech elementach i ich konsekwencji w postaci czterech humorów ustrojowych, lecz uzupełnił ją o trzy substancje chemiczne: sól, siarka, rtęć. Por. Z. Gajda, dz. cyt., s. 341. Ciekawy artykuł dotyczący silnej pozycji teorii humoralnej w renesansie i jej wpływu na teorię afektów ukazał się na wydziale filologii Uniwersytetu A. Mickiewicza w Poznaniu: A. RAUBO, *Antyczne źródła renesansowej teorii afektów*, [w:] „Symbolae Philologorum Posnaniensium Graecae et Latinae”, 22 (2012), nr 1, s. 145–166.

⁷¹ Por. K. KOPIAS-ŁOKUCIEJEWSKA, *Koncepcja człowieka i jego miejsce we wszechświecie w doktrynach Paracelsusa i Boehmego*, [w:] „Medycyna Nowożytna”, 8 (2001), z. 1, s. 5.

⁷² Por. R. MIERZECKI, dz. cyt., s. 157.

Cztery filary medycyny, wymienione przez niemieckiego lekarza, ujawniają jak mocno tkwił on w realiach epoki, w której żył. Dla przykładu spójrzmy na jeden z nich, na astronomię. Paracelsus zalecał lekarzom pogłębianie znajomości nauki dotyczącej ciał niebieskich. W tej dziedzinie powinni byli stać się ekspertami.

W czasach Paracelsusa, przypomnijmy to jeszcze raz, powszechnie i zgodnie przyjmowano wpływ makrokosmosu na mikrokosmos. Dwie rzeczywistości: wszechświat i człowiek oddziaływały na siebie wzajemnie. Składały się z tych samych żywiołów, pierwiastków przez co podlegały jednakowym prawidłom i zasadom. W tym kontekście wiedza dotycząca ciał niebieskich pełniła ważną rolę, pomagając poznać oraz zrozumieć człowieka. Inaczej mówiąc, odwołanie do astronomii było jednym z czynników pozwalających ująć istotę ludzką całościowo i holistycznie, zgodnie z postulatem Paracelsusa.

Podsumowując powyższe rozważania, wydaje się uzasadnionym stwierdzenie, że Paracelsus z jednej strony wciąż tkwił we współczesnym mu sposobie pojmowania człowieka oraz otaczającego świata (makrokosmos, mikrokosmos, patologia humoralna), a z drugiej przekraczał go, zwłaszcza poprzez wezwanie do zerwania z czysto teoretycznymi zaleceniami medycznych autorytetów⁷³ oraz dzięki podkreśleniu szczególnej wartości własnego doświadczenia i pracy.

1.4.2. Alchemia i homunkulus

Badacze idei *transformatio ad optimum* podkreślają, że na drodze jej rozwoju istotną rolę odegrały czynniki takie jak: właściwe zrozumienie ludzkiej natury, rosnące możliwości człowieka czy wzrastająca kreatywna pewność siebie. Spowodowały one, że arystotelesowska zasada *mimesis* mówiąca, iż sztuka jest naśladowaniem natury straciła moc i siłę swego oddziaływania⁷⁴.

Współcześni uczeni wiążą genezę nabywania owej kreatywnej pewności siebie nie z kim innym, jak właśnie z postacią Paracelsusa. Uważał on, że ukoronowaniem sztuki leczenia

⁷³ Z. Gajda przypomina, że Paracelsus pozostał dzieckiem swojej epoki, nie obalając starych autorytetów, pomimo wznoszenia takich haseł. Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 341.

⁷⁴ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 13. „With the beginning of the Modern Age, a transformation took place regarding how one understood Nature, human beings and the possibility of human intervention; a creative self-confidence slowly emerged. The *mimesis* principle from Aristotle's concept of *techne* lost its strength while the creativity of human beings was discovered”.

będzie homunkulus – karłowaty, mały człowieczek, który może zostać powołany do życia w probówce. Stworzenie takiej istoty potwierdziłoby ostatecznie dominację człowieka nad porządkiem natury⁷⁵. Jako środek do realizacji tego celu miały służyć możliwości techniczne oferowane przez nowe metody alchemiczne⁷⁶.

Paracelsus opisał proces rozwoju homunkulusa w dziele z 1537 roku: *O naturze rzeczy*⁷⁷ (*De natura rerum*). Wpierw zadał pytanie, którego nie pozostawił bez odpowiedzi:

„...czy możliwe było dla natury czy sztuki utworzenie człowieka poza ciałem kobiety i poza naturalnym łonem? Odpowiadam na nie, że nie stoi to w sprzeczności ze sztuką spagiryczą⁷⁸ i naturą, więcej jest to całkowicie możliwe”⁷⁹.

Następnie przeszedł do skomplikowanego, szczegółowego przedstawienia, w jaki sposób ten cel osiągnąć:

„Niech nasienie mężczyzny rozpuszcza się w zaplombowanej cucurbicie w [procesie] najwyższej putrefakcji⁸⁰ z końskim łajnem przez czterdzieści dni, dopóty dopóki nie zacznie w końcu żyć, poruszać się, mieszać co będzie łatwo dostrzec. Po tym czasie będzie w jakimś stopniu podobny do człowieka niemniej jednak przeźroczysty i bez ciała. Następnie, każdego dnia powinien on być rozważnie, roztropnie karmiony i żywiony tajemnicą ludzkiej krwi, trzymany przez czterdzieści tygodni w permanentnym i stałym cieple właściwym brzuchowi końskiemu; od tego czasu, stanie się on prawdziwym i żyjącym dzieckiem-

⁷⁵ Por. A. SZCZEKLIK, *Narodziny, śmierć i medycyna*, [Online]. <http://www miesiecznik.znak.com.pl/4423/narodziny-smierci-i-medycyna>, [dostęp: 8.05.2015].

⁷⁶ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 13. „Technical possibilities offered new means for Alchemy”.

⁷⁷ Autorstwo tego dzieła jest przypisywane Paracelsusowi, choć nie do końca potwierdzone. Por. P. PISZCZATOWSKI, *Przerwane opus magnum. O powieści Elfriede Jelinek Dzieci umarłych z Celanem w tle*, [w:] „Acta Philologica”, (2014), nr 45, s. 196.

⁷⁸ Spagiria to medyczna gałąź alchemii. Jej nazwa wywodzi się z Greki: *span*, oznacza wyciągać, a *ageirein*, łączyć razem, gromadzić. Por. L. PRINCIPE, *The Secrets of Alchemy*, Chicago 2013, s. 129.

⁷⁹ „...whether it was possible to Nature and Art, that a man should be begotten without the female body and the natural womb. I answer hereto, that this is in no way opposed to Spagyric Art and to Nature, nay, that it is perfectly possible”, (tł. wł.). THEOPHRAST VON HOHENHEIM, *De natura rerum*, 14.2, [w:] N. GOODRICK-CLARKE (selected and translated), *Paracelsus, Essential Readings*, Berkeley 1999, s. 175.

⁸⁰ Putrefakcja to proces alchemiczny. Pod wpływem ciepła, na drodze rozkładu miał doprowadzić do oczyszczenia i uszlachetniania substancji, nadania nowych form. Na gruncie polskim wywiązała się polemika związana z tym procesem pomiędzy R. Bugajem, a W. Hubickim. Por. W. HUBICKI, *W sprawie Koffskiego i jego traktatu. Odpowiedź mgrowi R. Bugajowi*, [w:] KHNiT, 2 (1957), nr 2, s. 355-371; R. BUGAJ, *W sprawie Koffskiego i jego traktatu. Odpowiedź prof. drowi Wł. Hubickiemu*, [w:] KHNiT, 4 (1959), nr 2, s. 331-335.

człowieczkiem, mającym wszystkie członki dziecka urodzonego przez kobietę, lecz sporo mniejsze. Takiego nazywamy homunkulusem...⁸¹.

Swój opis Paracelsus skonkludował stwierdzając, że stworzenia procesu alchemicznego:

„...staną się olbrzymami, karłami i innego rodzaju wielkimi, cudownymi istotami, które będą użyteczne jako potężne narzędzia i instrumenty...⁸².

U. Wiesing zwraca uwagę, że opis Paracelsusa dotyczący zdolności powołania do życia homunkulusa został w późniejszych czasach, zwłaszcza w dobie oświecenia uznany za przesąd

⁸¹ Propozycja tłumaczenia własna na podstawie kilku źródeł (teksty i interpretacje). W związku z napotkanymi rozbieżnościami wydaje się uzasadnionym ich przytoczenie. Tak więc, profesor Uniwersytetu w Bonn B. Sorg w swoich wykładach przytacza następujący tekst Paracelsusa: „nämlich daß das Sperma eines Mannes in verschlossenen Kukurbiten per se putrefiziert [unter Wärmeeinwirkung chemisch verarbeitet] werde auf 40 Tage oder so lang, bis er lebendig werde und sich bewege. So er nun nach diesem täglich mit dem arcano sanguinis humani [Geheimnis des menschlichen Blutes] gar weislich gespeiset und ernähret wird bis auf 40 Wochen und in steter gleicher Wärme erhalten, wird ein rechtes, lebendiges, menschliches Kind daraus, mit allen Gliedmaßen wie ein anderes Kind, das von einem Weibe geboren wird, doch viel kleiner. Dasselbe wir einen homunculus nennen“. B. SORG, *Homunculus als übermensch: utopien des transhumanen in literarischen texten*, Bonn 2003/2004, s. 37, [Online]. http://www.germanistik.uni-bonn.de/institut/abteilungen/abteilung-fuer-neuere-deutscheliteraturwissenschaft/abteilung/personal/sorg_bernhard/lehrmaterialien/homunculusalsuebermensch.pdf, [dostęp: 11.05.2015]. N. Goodrick-Clarke w wyborze tekstów Paracelsusa podaje angielskie tłumaczenie: „Let the semen of a man putrefy by itself in a sealed cucurbit with the highest putrefaction of the venter equinus (horse's womb) for forty days, or until it begins at last to live, move, and be agitated, which can easily be seen. After this time it will be in some degree like a human being, but, nevertheless, transparent and without body. If now, after this, it be every day nourished and fed cautiously and prudently with the arcanum of human blood, and kept for forty weeks in the perpetual and eternal heat of a venter equinus, it becomes, thenceforth a true and living infant, having all the members of a child that is born from a woman, but much smaller. This we call a homunculus...” N. GOODRICK-CLARKE (selected and translated), *Paracelsus, Essential Readings*, Berkeley 1999, s. 175. U. Wiesing powołując się na tekst Paracelsusa pisze: „An artificially created human being could exist when human sperm was kept in a glass flask along with horse dung at a constant warm temperature, »until it becomes a living thing, and is moving and stirring«. This living being was to be nurtured over time under specific conditions so that Homunculi might develop”. U. WIESING, dz. cyt., s. 13. W języku polskim napotykamy następujące wersje: „...męska sperma jest putrefikowana w zamkniętych kolbach przez 40 dni, albo do czasu, aż ożyje i zacznie się poruszać, co bez trudu zobaczyć można. Po tym czasie będzie to wyglądało mniej więcej jak człowiek, ale przezrzysty, bo bez ciała”. P. PISZCZATOWSKI, dz. cyt., s. 196; „[...] nasienie jakiegoś mężczyzny w zamkniętym naczyniu (cucurbicie) *per se* użyżnia się z najwyższą putrefakcją, *Ventre equino*, przez 40 dni lub tak długo, aż stanie się żywym i poruszy się, co łatwo spostrzec. Po tym czasie będzie on ogólnie biorąc podobny do człowieka, lecz przezroczysty i bez ciała. Dalej ma być on *Arcano sanguinis humani* mądrze żywiony, aż do 40 tygodnia, i trzymany w ciepłe, równym ciepłu brzucha kobyły: z tego staje się kompletny, prawdziwy człowieczek-dziecko, ze wszystkimi członkami, jak inne dziecko urodzone z kobiety, lecz dużo mniejsze; dlatego nazywa się go Homunkulusem...”. M. BŁASZKOWSKA, „Mały człowieczek” czy „istota o ludzkim kształcie”? *Homunkulus w literaturze*, [w:] „Maska”, (2014), nr 21, s. 102.

⁸² „...will become giants, dwarfs, and other types of great wondrous beings, who will become useful as mighty tools and instruments ...”. Cytat za: U. WIESING, dz. cyt., s. 13.

i zabobon⁸³. Trudno się z takim stanowiskiem nie zgodzić. Z drugiej jednak strony nie można pominąć faktu, że w jakiś sposób stanowi on punkt wyjścia dla podjęcia spekulacji, dotyczących problematyki związanej ze sztuczną prokreacją (poza łonem kobiety), a także podnosi kwestie możliwości realizacji projektu nowego człowieka czy zmian w naturze ludzkiej, jeśli nie całkowitych to przynajmniej częściowych. Podważa także boskie prawo stwórcze, cedując je na rzecz człowieka⁸⁴.

Takie ustawienie problemu w sposób uprawniony stawia Paracelsusa w szeregu prekursorów głoszących ideę *transformatio ad optimum*.

Paracelsus nie dążył jak inni alchemicy do odnalezienia kamienia filozoficznego, czyli substancji, dzięki której możliwa jest przemiana metali nieszlachetnych w złoto, transmutacja materii nieszlachetnej w szlachetną⁸⁵. W inny sposób pojmował uprawianą przez siebie alchemię. Na ten temat pisze B. Ciećko:

„Wśród idei alchemiczno-farmaceutycznych szczególnie doniosłe znaczenie miało określenie celu prawdziwej alchemii, którym według Paracelsusa jest poszukiwanie i wykrywanie nowych, skutecznych leków, nie zaś przemiana nieszlachetnych metali w złoto i srebro. Aby osiągnąć ten cel, dokonywał niezliczonych doświadczeń i prób chemicznych, w wyniku których poznawał właściwości wielu substancji i otrzymywał nowe preparaty”⁸⁶.

Według Paracelsusa ludzkim ustrojem zarządzał wewnętrzny alchemik, zwany *Archeuszem*. To jemu podlegały procesy zachodzące w organizmie. On nimi zarządzał, zazwyczaj skutecznie. Bywały jednak sytuacje, w których konieczna była pomoc. Wtedy należało użyć leków prostych, tak zwanych *arkanów*⁸⁷. Paracelsus sprzeciwił się tutaj galenowskiemu zawołaniu: «lud domaga się leków», w myśl którego pacjentom przepisywano recepty tasiemcowe zawierające nieraz po kilkadziesiąt składników. Wprowadził on do lecznictwa leki proste, substancje chemiczne o silnym działaniu. Były nimi związki jednorodne

⁸³ Por. Tamże. „Paracelsus’ description of the creation of a Homunculus, (...) a being similar to a human and conceived through alchemy, was read by later authors, especially during the time of the Enlightenment, as superstition”.

⁸⁴ Por. B. SORG, dz. cyt., s. 36.

⁸⁵ Por. M. WNUK, *Kamień filozoficzny*, [Online]. <http://www.ptta.pl/pef/pdf/k/kamienfil.pdf>, [dostęp: 14.05.2015].

⁸⁶ Por. B. CIEĆKO, *Wpływ niektórych dzieł Theophrasta Paracelsusa na rozwój farmaceutycznej techniki recepturowej*, [w:] KHNiT, 28 (1983), nr 1, s. 159.

⁸⁷ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 340.

lub oparte na łatwej recepturze z małą liczbą składników. W ten sposób w medycynie pojawiła się, obowiązująca do dzisiaj reguła celowego podawania leku obalająca zasadę ilościową⁸⁸.

Niemiecki medyk w swojej terapii stosował nie tylko leki roślinne, ale sięgał również po leki mineralne, wykorzystywał środki chemiczne oparte na bazie preparatów antymonu, ołowiu, rtęci, żelaza czy miedzi. W tym znaczeniu można go uważać za twórcę farmacji⁸⁹.

Kończąc omawianie postaci Paracelsusa, warto przypomnieć, że dla niego Bóg i natura stanowiły jedno, były rzeczywistościami tożsamymi ze sobą. Natura jako boska posiadała w sobie zdolność leczenia. Teofrast uważał, że lekarz jest sługą natury i jako taki powinien sięgać po środki naturalne: spokój, dietę, świeże powietrze, wody mineralne⁹⁰. W tym znaczeniu jawi się on jako zwolennik idei *restitutio ad integrum*, która wciąż pełni zasadniczą i dominującą rolę w medycynie.

1.5. Francis Bacon

Empiryczne i antropocentryczne dążenia epoki renesansu nabrały pełni wyrazu w myśli angielskiego filozofa Franciszka Bacona (1561–1626)⁹¹. Głosił on pochwałę ludzkiej wiedzy, podkreślając konieczność jej oczyszczenia. Proces ten miał się dokonać dzięki odrzuceniu fantazjowania, a także bezpłodnych metod naukowych, prowadzących na manowce fałszu. Zdaniem Anglika, tak uwolniona wiedza w sposób pewny mogłaby służyć poprawie jakości życia człowieka, pomóc mu osiągnąć szczęście⁹², odnowić jego władzę nad światem⁹³.

Filozof ten był prekursorem *empiryzmu metodycznego*. Doświadczenie zmysłowe i metoda indukcyjna, postępująca od szczegółu do ogółu stały się dla niego najbardziej pewnymi środkami prowadzącymi do zdobycia wiedzy naukowej⁹⁴, a więc wiedzy

⁸⁸ Por. R.W. GRYGLEWSKI, *Medycyna w czasach Kopernika*, [Online]. <http://www.copernicus.torun.pl/nauka/medycyna/2/>, [dostęp: 14.05.2015]; B. CIEĆKO, dz. cyt., s. 166.

⁸⁹ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 340.

⁹⁰ Por. Tamże, s. 339.

⁹¹ Por. W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. II, s. 23.

⁹² Por. B. ANDRZEJEWSKI, *Od Bacona do Hume'a – istota i odcienie empiryzmu w nowożytnej Anglii*, [w:] FPiED, 1 (2012), nr 2, s. 147.

⁹³ Na ten temat pisze K. Żydek: „...jakie są cele nauki u Bacona, świadczą nawet tytuły jego dzieł. Na przykład: «Największy płód czasu, czyli wielka odnowa panowania ludzkiego nad światem» (*Temporis partus maximus sive instauratio magna imperii humani in Universum*). Tak samo «Novum Organum» ma podtytuł: «Aforyzmy o tłumaczeniu przyrody i królestwie człowieka» (*Aphorismi de interpretatione naturae, et regno hominis*). K. ŻYDEK, *Franciszek Bacon – reformator nauki?*, [w:] CzWK, (1995), nr 4-5, s. 107.

⁹⁴ Por. B. ANDRZEJEWSKI, dz. cyt., s. 147.

intersubiektywnie powtarzalnej, sprawdzalnej i komunikowalnej⁹⁵. W swym dziele *Novum Organum* Bacon pisał:

„Dwie są i tylko dwie mogą istnieć drogi poszukiwania i odkrywania prawdy. Jedna od zmysłów i twierdzeń szczegółowych wznosi się od razu do twierdzeń najbardziej ogólnych, i na podstawie tych zasad naczelnych i ich niewzruszonej prawdziwości ocenia i odkrywa twierdzenia średniej, ogólności; ta droga jest normalnie w użyciu. Druga wyprowadza twierdzenia ogólne ze zmysłów i twierdzeń szczegółowych, posuwając się nieprzerwanie i stopniowo wzwyż, aby na końcu dojść do tego, co najbardziej ogólne; ta droga jest prawdziwa, lecz nie uczęszczana”⁹⁶.

I nieco dalej:

„Jedna i druga droga wychodzi od zmysłów i szczegółów, a kończy się na tym, co najbardziej ogólne. Wszelako istnieje też między nimi niezmierna różnica. Podczas gdy pierwsza mimochodem tylko dotyka doświadczenia i szczegółów, druga zajmuje się nimi należycie i systematycznie; pierwsza już na początku ustanawia jakieś oderwane i bezużyteczne uogólnienia, druga stopniowo wznosi się do tego, co w rzeczywistości jest bardziej znane według natury”⁹⁷.

Angielski filozof zafascynowany sferą zmysłów i metodą indukcyjną, podkreślał, że umysł ludzki, na drodze poznania może ulegać różnego rodzaju pozazmysłowym złudzeniom. Owe złudzenia nazywał idolami⁹⁸:

„Idole i fałszywe pojęcia, które opanowały już rozum ludzki i głęboko w nim zapuściły korzenie, nie tylko w ten sposób osaczają umysły ludzi, że prawda z trudem tylko znajduje do nich dostęp, lecz nawet po otwarciu i uzyskaniu dostępu, przy samej odnowie nauk znowu stawać będą na drodze i przeszkadzać,

⁹⁵ Por. R. KAZIBUT, *Mechaniczizm Roberta Boyle'a. Od chaosu «rzeki Heraklita» do piękna zegara ze Strasburga*, [w:] „Scripta Neophilologica Posnaniensia”, (2012), t. 12, s. 48-49.

⁹⁶ F. BACON, *Novum Organum*, ks. I, XIX, J. WIKARJAK (tł.), Warszawa 1955.

⁹⁷ Tamże, ks. I, XXII.

⁹⁸ Por. B. ANDRZEJEWSKI, dz. cyt., s. 147-148.

jeżeli ludzie, z góry ostrzeżeni, w miarę swych możliwości przed nimi się nie zabezpieczą”⁹⁹.

Bacon wyróżnił cztery rodzaje idoli: *plemienia*, *jaskini*, *rynku* i *teatru*. Złudzeniem *plemienia* był dla niego antropomorfizm, złudzeniem *jaskini* – przesady, idolem *rynku* – wieloznaczność pojęć i niedoskonałość języka, wreszcie złudzenia *teatru* – wynikały z błędnych spekulacji filozoficznych¹⁰⁰. Wszystkie one były przeciwnikami wiedzy naukowej, fałszowały proces poznawczy. W tej perspektywie człowiek powinien dążyć do wyeliminowania idoli. Może tego dokonać za pomocą eksperymentu niwelującego braki zmysłów oraz dzięki prawdziwej indukcji wyrównującej złudzenia rozumu¹⁰¹.

Autor *Novum Organum* uważał, że zadaniem nauki jest wprowadzanie prawdziwego postępu. Powinna ona odrzucić zbędne spekulacje i skoncentrować się na pomnażaniu tego co pożyteczne¹⁰², co służy człowiekowi:

„Prawdziwy zaś i właściwy cel nauk – to nic innego, jak wyposażenie życia ludzkiego w nowe wynalazki i środki”¹⁰³.

Rozwój techniki i wynalazczość to droga do zapewnienia szczęścia całej ludzkości. Nauka, poprzez systematyczne i metodyczne badanie przyrody, powinna prowadzić do coraz to większych osiągnięć. Niedopuszczalne jest, aby nowe wynalazki pojawiały się jedynie przez przypadek, jak to miało miejsce dotychczas¹⁰⁴. Dla Bacona wiedza stanowiła potęgę, była władzą. Poznaawszy tajemnice świata przyrody, człowiek może i powinien zdobyć nad nią pełnię panowania¹⁰⁵.

Podobne myśli, zawiera inne dzieło angielskiego myśliciela pt. *Nowa Atlantyda*. Wydane zostało rok po śmierci autora w 1627 roku. Jest pracą nieukończoną o charakterze utopijnym, pisaną po załamaniu się kariery politycznej Bacona. Stanowi wyraz

⁹⁹ F. BACON, dz. cyt., ks. I, XXXVIII.

¹⁰⁰ Por. Tamże, ks. I, XLI – XLIV; T.T. KACZMAREK, *Metodologia badań naukowych. O wiedzy i prawdzie w naukach ekonomicznych*, [w:] „Myśl Ekonomiczna i Polityczna”, 29 (2010), nr 2, s. 18-19.

¹⁰¹ Por. Tamże, s. 19.

¹⁰² Por. K. ŻYDEK, dz. cyt., s. 105.

¹⁰³ F. BACON, dz. cyt., ks. I, LXXXI.

¹⁰⁴ Por. Tamże, ks. I, LXXXII; K. ŻYDEK, dz. cyt. s. 105-106.

¹⁰⁵ Por. W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. II, s. 24-25.

marzeń i tęsknoty za idealnym państwem, którego nie dane było autorowi doświadczyć w siedemnastowiecznej Anglii¹⁰⁶.

Tytułowa *Nowa Atlantyda* to wymagowane państwo na wyspie Bansalem. Żyje tam społeczeństwo perfekcyjnie poukładane, szczęśliwe, kierujące się wiarą w potęgę ludzkiego rozumu. Najważniejszym urzędem jest Dom Salomona. Stanowi on swoisty instytut naukowo-badawczy¹⁰⁷, którego celem jest:

„...zglobianie stosunków, zmian i sił wewnętrznych natury tudzież rozszerzanie – jak tylko to będzie możliwe – granic władztwa ludzkiego nad nią”¹⁰⁸.

Dzięki prowadzonym eksperymentom i doświadczeniom badacze dążą do ujarznienia otaczającej natury, a tym samym do zapanowania nad światem. Życie mieszkańców *Nowej Atlantydy* tworzy harmonijną całość, ponieważ oparte jest na zasadach rozumu oraz ubogacane technicznymi wynalazkami. Według Bacona gwarancją trwałości tego systemu stanowi ludzki geniusz¹⁰⁹. W swoich poglądach angielski myśliciel jest również jednym z pionierów mechanicyzmu. W jego wizji, uczeni na wyspie Bansalem tworzą latające urządzenia naśladujące ptaki, okręty a także perpetuum mobile – maszyny będące w nieustannym ruchu¹¹⁰.

Istotnym jest zwrócenie uwagi na fakt, że do angielskiego wydania *Nowej Atlantydy* z 1628 roku, dołączono dziełko *Magnalia naturae, praecipue quoad usus humanos*¹¹¹. Bacon poszerzył w nim działalność badaczy z Domu Salomona o listę zadań w stosunku do przyrody. Ich spełnienie tożsame jest z zapewnieniem ludziom szczęśliwego życia¹¹². Wśród nich nasz filozof wymienił następujące: przedłużanie życia, przywracanie w pewnym stopniu młodości, opóźnianie starości, powiększanie przyjemności zmysłowych, uśmierzanie bólu, wzmaganie siły i zdolności do czynu¹¹³.

Warto zauważyć, że postulaty te, poruszające problematykę wydłużenia do maksimum długości ludzkiego życia oraz poprawy cech fizycznych i psychicznych, możemy regularnie

¹⁰⁶ Por. A. GUNIA, *Aspekty globalizacji zawarte w dziele Francisa Bacona «Nowa Atlantyda»*, Katowice 2010, s. 37.

¹⁰⁷ Por. M. MACHINEK, *Mit o idealnym państwie. Nowożytne utopie*, [Online]. http://www.uwm.edu.pl/tmor/h_opr/opr_02.htm, [dostęp: 11.07.2015].

¹⁰⁸ F. BACON, *Nowa Atlantyda*, W. KORATOWSKI, J. WIKARJAK (tł.), Warszawa 1995, s. 52.

¹⁰⁹ Por. M. MACHINEK, dz. cyt.

¹¹⁰ Ł. STEFANIAK, *Utopijny model nauki i jego implikacje*, [w:] CzWK, (2009/2010), nr 21, s. 128.

¹¹¹ Por. A. DĄBRÓWKA, *Teatr i sacrum w średniowieczu: Religia – cywilizacja – estetyka*, Toruń 2012, s. 205.

¹¹² Por. Ł. STEFANIAK, dz. cyt., s. 128.

¹¹³ Por. F. BACON, *The works*, London 1730, s. 259.

spotkać w pismach współczesnych zwolenników medycznego wzmocnienia oraz idei *transformatio ad optimum*. B. Gordijn i R. Chadwick uważają, że autor *Nowej Atlantydy* należy do trzech najbardziej wpływowych uczonych, którzy w XVII i XVIII wieku rozwinęli poglądy dotyczące możliwości poprawy ludzkiej natury¹¹⁴.

F. Bacon wpisał się na listę wybitnych empirystów brytyjskich, którą rozpoczął jeszcze w średniowieczu R. Bacon, a którą przedłużą w epoce oświecenia J. Locke, G. Berkeley czy D. Hume.

Na temat ogromnej roli, jaką odegrała myśl Bacona, wypowiada się również papież Benedykt XVI. Jego słowa pośrednio ukazują genezę narodzin idei *transformatio ad optimum*. W swej Encyklice *Spe Salvi* najpierw używa stwierdzenia zgodnego z teologicznym znaczeniem idei *restitutio ad integrum*:

„...dotąd odzyskania tego, co człowiek utracił wraz z wygnaniem z raju ziemskiego oczekiwano od wiary w Jezusa Chrystusa i w niej upatrywano «odkupienia»”
(SS 17).

Przesłanie tej myśli jest jasne: po grzechu pierworodnym, człowiek w duchu wiary oczekiwał zbawienia, owego powrotu do pierwotnego stanu zdrowia – sprzed upadku pierwszych rodziców – dzięki osobie Jezusa Chrystusa – Jedyne Odkupiciela. Według papieża, tezy Bacona przyczyniły się do zmiany tej sytuacji:

„Teraz tego «odkupienia», odzyskania utraconego «raju», nie oczekuje się już od wiary, ale od świeżo odnalezionego związku pomiędzy nauką i praktyką. Nie przeczy się tu zwyczajnie wierze; jest ona raczej przesunięta na inny poziom – poziom jedynie prywatny i pozaziemski – a równocześnie staje się w jakiś sposób nieistotna dla świata. Ta programowa wizja zdeterminowała bieg czasów nowożytnych i wpływa również na aktualny kryzys wiary, który konkretnie rzecz biorąc jest przede wszystkim kryzysem chrześcijańskiej nadziei. Toteż i nadzieja u Bacona otrzymuje nową formę. Teraz nazywa się wiarą w postęp. Dla Bacona jest

¹¹⁴ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 1. „Three scholars in particular were to advance influential optimistic views about improving human nature through further medical developments: Francis Bacon (1561–1626) in his *New Atlantis* (1627), (...). These works touch upon central themes regularly to be found in writings of modern proponents of medical enhancement. These themes include extension of the maximum human lifespan and the improvement of physical and mental traits”.

bowiem jasne, że odkrycia i wynalazki wówczas wprowadzane w życie są jedynie początkiem; że dzięki współpracy nauki i praktyki będzie można dojść do całkiem nowych odkryć, wyłoni się zupełnie nowy świat, królestwo człowieka. I tak przedstawił wizję przewidywalnych wynalazków – aż do samolotu i okrętu podwodnego. W późniejszym rozwoju ideologii postępu radość z powodu widzialnego rozszerzania możliwości człowieka pozostaje stałym potwierdzeniem wiary w postęp jako taki” (SS 17).

Zgodnie z myślą Bacona przed człowiekiem otwierają się nowe perspektywy. Powiązane ze sobą nauka i doświadczenie prowadzą go do wyzwolenia. Rodzi się wiara w postęp i rosnące możliwości. Odkrycia i wynalazki stają się drogą człowieka. Zadaniem ludzkości jest budowanie nowego świata, doskonałego królestwa nad którym władzę sprawuje *homo sapiens*. Tu leży geneza idei *transformatio ad optimum*. Pokłosiem tych haseł są postulaty mówiące o konieczności ingerencji i medycznego wzmacniania istot ludzkich, ruchy posthumanistyczne czy transhumanistyczne.

1.6. Nowe odkrycia naukowe

Nie bez wpływu na wzrost poczucia kreatywnej pewności siebie pozostały odkrycia i osiągnięcia naukowe dokonane przez innych myślicieli epoki odrodzenia. Zarówno na gruncie medycyny, jak i poza nim.

1.6.1. Andrzej Wesaliusz i rozwój anatomii

W rozwoju leczenia, począwszy od renesansu, ogromną rolę odegrał rozwój anatomii i idące za tym poznanie budowy ludzkiego ciała. Wcześniej nie poświęcano temu zagadnieniu szerszej, należytej uwagi. Postawa ta wynikała z kilku zasadniczych powodów. Po pierwsze, autorytet Galena i Herofilosa oraz przekazane przez nich informacje na temat anatomii cieszyły się wielką estymą i przyjmowane były jako pewnik. Po drugie, powszechnie królowała teoria patologii humoralnej. Te dwie kwestie powodowały, że ówczesni lekarze, tak naprawdę uważali znajomość anatomii za coś zbędnego. I wreszcie po trzecie, istniały czynniki, które wpływały z pobudek religijnych, etycznych czy estetycznych, wstrzymujące bardziej

wnikliwe badania anatomiczne¹¹⁵. Takie, a nie inne uwarunkowania sprawiły, że na anatomię patrzono z rezerwą. Niekiedy zdarzały się oficjalne przypadki zakazu dokonywania sekcji zwłok wydawane przez władzę zarówno kościelną jak i świecką¹¹⁶. Jak pisze K. Park, historyk nauki z Uniwersytetu Harvarda sytuacja zaczęła się zmieniać po koniec średniowiecza:

„Wykonywanie sekcji zwłok w celu nauczania medycyny i prowadzenia badań, co do dziś jest praktykowane w akademiach medycznych, zapoczątkowano około roku 1300 w Bolonii (...) nauczyciele i studenci medycyny w Bolonii zaczęli badać ludzkie ciała. (...) Początkowo sekcje zwłok przeprowadzały tylko włoskie uniwersytety, (...) a także uniwersytet w Montpellier we Francji. Jednakże pod koniec XVI wieku sekcje zwłok rozpowszechniły się na wydziałach medycznych w północnej Europie, a w XVI wieku wykonywano je powszechnie na uniwersytetach i uczelniach medycznych na terenach zamieszkiwanych zarówno przez katolików, jak i protestantów”¹¹⁷.

Warto także zacytować, zwłaszcza wobec zarzutów, jakoby średniowieczny Kościół miał oficjalnie zakazywać sekcjonowania zwłok, jeszcze jedną wypowiedź pani profesor K. Park:

„Większość średniowiecznych władz kościelnych tolerowała, a nawet popierała otwieranie i rozczłonkowanie ludzkich zwłok w celach religijnych: usuwanie wnętrzności z ciał świętych poddawanych balsamowaniu; dzielenie tych ciał w celu uzyskania relikwii; badanie narządów wewnętrznych świętych mężczyzn i kobiet w poszukiwaniu oznak świętości”¹¹⁸.

Anatomię na szerokie tory rozwoju skierował¹¹⁹ Andrzej Wesaliusz (1514-1564). Urodził się w Brukseli, studiował w Louvain, Paryżu i Padwie. Po uzyskaniu tytułu doktora medycyny objął stanowisko kierownika Katedry Chirurgii i Anatomii przy Uniwersytecie

¹¹⁵ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 303-304.

¹¹⁶ Por. K. PARK, *The criminal and the saintly body: autopsy and dissection in Renaissance Italy*, [w:] „Renaissance Quarterly”, 47 (1994), nr 1, s. 1-33.

¹¹⁷ K. PARK, *Mit V O tym, że średniowieczny Kościół zakazywał sekcji zwłok*, [w:] R.L. NUMBERS (red.), *Wyrok na Galileusza i inne mity o nauce i religii*, Warszawa 2010, s. 70-71. W swoim artykule K. Park z wielką dbałością o szczegóły demaskuje mit, jakoby Stolica Apostolska zakazywała sekcjonowania zwłok. Autorka omawia między innymi bullę Bonifacego VIII, która rzekomo takie obostrzenie wprowadzała.

¹¹⁸ Tamże, s. 69.

¹¹⁹ Ważne zdanie w tym kontekście notuje Z. Gajda: „Ponieważ nastąpiło to w Europie, medycyna europejska wyprzedziła medycynę innych kultur, zwłaszcza w zakresie chirurgii”. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 303.

padewskim. Dokonał przewrotu, zmieniając formę prowadzenia wykładów z anatomii. Dotychczas pod kierunkiem profesora studenci czytali klasyczne teksty, zazwyczaj pochodzące od Galena. Podczas lektury obserwowali dokonywaną przez cyrulika sekcję zwierząt. Wesaliusz odciał się od takiego sposobu przekazu wiedzy¹²⁰. Przypomniawszy, że Galen nie wykonywał sekcji zwłok ludzkich. Przeprowadzał je na małpach, przenosząc uzyskane wyniki jako dane anatomiczne dotyczące ciała człowieka. Stąd w jego przekazie znalazło się wiele błędów i nieścisłości. To wszystko trzeba było zweryfikować, oczyścić. Wymagały tego fakty poznane dzięki sekcji zwłok ludzkich. W ten sposób Wesaliusz podważył obowiązujące przez długie stulecia klasyczne poglądy medyczne, dopowiedział jednak, że jego intencją nie było poniżanie autorytetu Galena, posiadającego tak wielkie zasługi dla sztuki leczenia, lecz podanie prawdy wypływającej z przeprowadzonego, bezpośrednio na ludzkim ciele doświadczenia¹²¹. Swoim studentom proponował wykłady, podczas których obserwowali oni dokonywaną osobiście przez niego sekcję zwłok człowieka, a dla lepszego zobrazowania, tego co się działo, posługiwał się szczegółowymi rycinami przedstawiającymi budowę ludzkiego ciała. Jest on autorem pierwszego, kompletnego podręcznika poświęconego anatomii człowieka. Ukazał się on w 1543 roku i nosi tytuł: *Budowa ludzkiego ciała. (De humani corporis fabrica)*¹²².

Pisząc o postępach, jakie poczyniono w dziedzinie anatomii nie sposób pominąć artysty i naukowca jakim był Leonardo da Vinci (1452-1519)¹²³. Leonardo interesował się anatomią do końca swego życia. Prowadził zapiski, sporządzał ryciny poszczególnych części ludzkiego ciała. Nosił się nawet z zamiarem wydania atlasu poświęconego anatomii¹²⁴. Jednak na przeszkodzie stanęła śmierć anatoma¹²⁵, z którym współpracował. Wywód, dotyczący działalności Leonarda, Z. Gajda puentuje ciekawym spostrzeżeniem:

„Zapewne Leonardowi przypadłaby palma pierwszeństwa w otwarciu nowej epoki w medycynie, jaka nastąpiła z rozwojem anatomii, gdyby nie fakt, że badania jego pozostały ogółowi nie znane. Dopiero pod koniec XVIII wieku, w pałacu

¹²⁰ Por. K.S. JĘDRZEJEWSKI, *Andreas Vesalius i jego wielkie dzieło: De humani corporis fabrica*, [w:] FML, 40 (2013), nr 2, s. 155-206.

¹²¹ Por. K. ROWIŃSKI, *400-lecie śmierci Andrzeja Wesaliusza*, [w:] KHNiT, (1965), nr 3, s. 334-335.

¹²² Por. Tamże, s. 339.

¹²³ Por. C.J. FARAGO (red.), *Biography and Early Art Criticism of Leonardo Da Vinci*, University of Colorado 1999.

¹²⁴ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 309.

¹²⁵ Był nim Marek Antonio della Torre (1481-1511), przedwcześnie zmarły na dżumę. Por. Tamże.

Kensington, bibliotekarz Jerzego III znalazł w nieotwieranej od lat szafie (...) spuściznę anatomiczną Leonarda. Ryciny i notatki wkrótce znalazły się w rękach Williama Huntera (1718-1783), chirurga i ginekologa, ale głównie anatoma i to związanego z Akademią Sztuki. On to powiedział: «Jestem zupełnie przekonany, że Leonardo był największym anatomem na świecie na owe czasy». Od tej pory zaczyna się długa historia studiów nad dziełem anatomicznym mistrza da Vinci»¹²⁶.

1.6.2. Ambroży Paré i inni

Drugim lekarzem, który dokonał przełomu w medycynie, był współczesny Wesaliuszowi (prawdopodobnie jego przyjaciel), Francuz Ambroise Paré (ok. 1510-1590)¹²⁷. Opracował on i spopularyzował nowe techniki chirurgiczne związane z leczeniem obrażeń ludzkiego ciała¹²⁸. Co ważne, dzięki własnym obserwacjom, prowadzonym pośród rannych żołnierzy odszedł on od zalewania ran wrzącym olejem, proponując w zamian, jak się okazało dużo skuteczniejsze zwykłe opatrunki i maści¹²⁹. Paré powrócił również do znanej już Celsusowi, a zapomnianej przez wieki metody podwiązki tętnic przy amputacjach, porzucając przyżeganie ich rozpalonym do czerwoności żelazem¹³⁰. Choć dziś jest uznawany przede wszystkim za ojca i prekursora nowoczesnej chirurgii, to był także pionierem protetyki i położnictwa. Wśród jego wynalazków służących naprawie uszkodzeń ciała ludzkiego znalazły się między innymi: sztuczne kończyny, protezy nosa i oczu, lekkie pasy przepuklinowe i inne¹³¹.

Wielkim erudyta epoki renesansu był Michel de Nostredame (1503-1566), znany szerzej jako Nostradamus. Zajmował się nie tylko astrologią, matematyką czy jasnowidztwem, ale również sztuką leczenia i aptekarstwem. Na uniwersytecie w Montpellier uzyskał doktorat

¹²⁶ Tamże; Por. J. KUBICKI, *Historia największych odkryć anatomicznych ludzkiego ciała*, [w:] „Puls uczelni”, 9 (2015), nr 1, s. 42.

¹²⁷ Por. J.G. SIMMONS, *Doctors and Discoveries: Lives that Created Today's Medicine*, Boston 2002, s. 119. „Paré was a contemporary and probably a friend of the great anatomist Vesalius”.

¹²⁸ Por. Tamże. „Ambroise Paré developed and popularized a profusion of new surgical techniques for coping with insults to the human body”.

¹²⁹ Maść składała się z żółtek jaj, terpentyny i oleju różanego. Por. Tamże, s. 120. „...Paré covered the wounds with a salve composed of egg yolk, turpentine and oil of roses”.

¹³⁰ Por. S. KONIECZNA, *Od przypadku, precedensu do przełomu w medycynie – wybrane przykłady*, [w:] PZH, (2014), z. 21, s. 34.

¹³¹ Por. J. G. SIMMONS, dz. cyt., s. 121. „Paré was also a pioneer prosthetics and obstetrics. He invented artificial limbs and eyes, nasal prosthesis, lightweight trusses for hernia, and many other contrivances »to repair or supply the natural or accidental defects or wants in Man's bodie«”.

z medycyny. W swej działalności lekarskiej propagował metody naturalne, ziołolecznictwo, higienę i dietę. Podczas epidemii dżumy aktywnie zaangażował się w leczenie zarażonych i opiekę nad nimi. Był przeciwnikiem zabiegów upuszczania krwi¹³². Wprowadzał do medycyny nowe metody terapii, wpisujące się w klasyczny model sztuki leczenia, zgodny z ideą *restitutio ad integrum*.

Również działalność naukowców, niezwiązanych ściśle z samą tylko medycyną, sprzyjała budowaniu nowego spojrzenia na świat, a także pogłębianiu świadomości o rosnących możliwościach człowieka. Należą do nich uczeni, będący zarazem artystami: Michał Anioł (1475-1564)¹³³ czy wspomniany wcześniej Leonardo da Vinci. Obaj dla celów sztuki wykorzystywali anatomię¹³⁴. Uczonym, którego nie można pominąć na drodze kreowania nowej wizji otaczającego świata był Mikołaj Kopernik (1473-1543). Jego dzieło: *O obrotach sfer niebieskich (De revolutionibus orbium coelestium)*, podważające układ geocentryczny i promujące heliocentryczny model spowodowało naukowy przełom w rozumieniu otaczającego nas świata i miejsca, jakie zajmuje w nim człowiek¹³⁵. Co ciekawe, ukazało się ono w tym samym roku co *Fabrica* A. Wesaliusza (1543)¹³⁶.

1.7. Wnioski

Na podstawie powyższych rozważań można z przekonaniem stwierdzić, że renesans nie stanowi wyraźnej opozycji względem epoki średniowiecza. On niejako z niej wyrasta, uzupełnia ją¹³⁷. niesprawiedliwością jest nazwanie wieków średnich czasami ciemnymi i wnoszenie do pełni chwały jedynie okresu odrodzenia. Każdy z omawianych autorów wyraża

¹³² Por. E. LEONI, *Nostradamus and His Prophecies*, New York 2013, s. 15-40.

¹³³ Por. G. BULL, P. PORTER (red.), *Michelangelo, Life, Letters, and Poetry*, New York 1999, s. XVIII-XXIV.

¹³⁴ Por. Z. GAJDA, dz. cyt., s. 306-309.

¹³⁵ Prawdziwości teorii heliocentrycznej w późniejszym czasie dowodził Galileusz (1564-1642). Por. T.E. WOODS, dz. cyt., s. 67-74.

¹³⁶ Por. R. W. GRYGLEWSKI, dz. cyt.

¹³⁷ Tezę tę potwierdzają punkty, które podaje E. Woods, komentując epokę renesansu: 1. Ważne innowacje artystyczne występowały wcześniej, jeszcze przed czasem, który tradycyjnie kojarzony jest z odrodzeniem; 2. W obszarach nie związanych ze sztuką renesans był stadium stagnacji, a nawet regresu; 3. trend ku sekularyzmowi był oczywiście widoczny w tym czasie, ale 4. zdecydowana część sztuki renesansowej cechowała się religijnym charakterem i możemy ją do dziś podziwiać dzięki mecenatowi ówczesnych papieży. Por. T.E. WOODS, dz. cyt., s. 125. „1. Important artistic innovation were already occurring prior to the time frame traditionally associated with the Renaissance; 2. In areas other than art, Renaissance period was one of stagnation or even retrogression; 3. A trend toward secularism was certainly evident during that time, but 4. The vast bulk of Renaissance art was religious in nature and can be enjoyed by us today thanks to the patronage of the Renaissance popes”.

nowe, ważne i ciekawe idee jednocześnie, w mniejszy lub większy sposób czerpiąc z dziedzictwa wypracowanego wcześniej.

Do czynników, które spowodowały impuls dla genezy i stopniowego rozwoju idei *transformatio ad optimum*, możemy zaliczyć: po pierwsze, antropocentryzm i związane z nim wezwanie do poznania ludzkiej natury (Petrarka, Mirandola, F. Bacon); po drugie, ustawienie człowieka na piedestale domagające się określenia na nowo granic ludzkiej wolności i stojących przed nim możliwości (Mirandola, F. Bacon); po trzecie, dowartościowanie doświadczenia empirycznego (R. Bacon, Petrarka, Paracelsus, F. Bacon); po czwarte, zerwanie ze ślepą wiarą w nieomylność wcześniejszych autorytetów (Petrarka, Paracelsus); po piąte, świadomość rosnącej kreatywności twórczej człowieka wypływająca z prowadzonych doświadczeń i z nowych osiągnięć nauki (Paracelsus, Wesaliusz, Paré, Michał Anioł, Da Vinci, Kopernik, F. Bacon); po szóste, utopijne pragnienia sztucznego stworzenia istoty podobnej człowiekowi – *homunkulusa* (Paracelsus i alchemicy); i wreszcie po siódme, postulaty – marzenia dotyczące opanowania praw przyrody i zapewnienia człowiekowi szczęśliwego życia (F. Bacon).

2. ODWRÓT OD FIZJOLOGII HUMORALNEJ NA RZECZ JATROMECHANIKI

Na przestrzeni wieków patologia humoralna służyła pomocą w wyjaśnieniu wszelkich problemów fizycznych dotyczących człowieka. Odpowiednie proporcje czterech soków ustrojowych decydowały o chorobie lub zdrowiu. Teorię tę zaczęto kwestionować już w renesansie podważając autorytet jej twórców Hipokratesa i Galena, by ostatecznie porzucić w połowie XIX stulecia. Fizjologia humoralna znalazła się w stopniowej, stałej defensywie. Sytuacji tej sprzyjały rozwijające się koncepcje jatromechanistyczne, w myśl których prawa i zjawiska zachodzące w ludzkim organizmie tożsame są z procesami mechanicznymi¹³⁸. Jatromechanika rozwijała się pod wpływem też Galileusza (1564-1642), zakładała, że żyjący organizm zbudowany jest z małych maszyn spełniających funkcje organiczne. Jej celem było poszukiwanie owych struktur, ich opis, ukazanie zasad działania¹³⁹.

T. Stępień zwraca uwagę, że prosperity mechaniczne, jakie nastąpiło od XVI wieku, swe źródło zawdzięcza postępowi na gruncie matematyki i geometrii. Uчени tamtych czasów

¹³⁸ Por. M. WNUK, *Człowiek jako reprodukujący się mechanizm*, [w:] *Dusza Umysł Ciało. Spór o jedność bytów człowieka*, A. MARYNIARCZYK, K. STĘPIEŃ (red.), Lublin 2007, s. 183-184.

¹³⁹ Por. J. STROJNOWSKI (rec.), *Frühe Anatomie. Eine Anthologie*, Stuttgart 1967, [w:] KHNiT, 14 (1969), nr 3, s. 551.

uświadomili sobie, że dowodzenie matematyczne cieszy się większą ścisłością od filozoficznego. Pojawiły się zatem liczne głosy, aby zastąpić filozofię – matematyką. Takie stanowisko odegrało kluczową rolę w dziedzinie mechaniki. Oto przed badaczami otworzyła się perspektywa świata mierzalnego. Człowiek mógł teraz nie tylko mierzyć wiele różnych wielkości, ale także przedstawiać wyniki swoich pomiarów w ustalonych wcześniej jednostkach. Mógł również swoje czysto teoretyczne wyliczenia wykorzystać w praktyce – stając się twórcą coraz to bardziej skomplikowanych i doskonalszych mechanizmów¹⁴⁰. Kluczową rolę w rozwoju mechaniki odegrał I. Newton (1642-1727). W swym dziele *Philosophiae naturalis principia mathematica* wyłożył prawa rządzące ruchem i mechaniką¹⁴¹. Głosił pogląd, że cały wszechświat to ogromny mechanizm, stworzony przez Boga, który działa na podobieństwo zegara. Nie był jednak deistą – podkreślał aktywną rolę, jaką Stwórca pełni w dziejach świata¹⁴².

Sytuacja ta nie pozostała bez wpływu na postrzeganie i rozumienie ludzkiego ciała. Powoli, lecz systematycznie postępowały zmiany. Odtąd organizm istot ludzkich postrzegany był bardziej jako funkcjonująca maszyna, aniżeli uporządkowany mikrokosmos. Dla badaczy korzystających z coraz popularniejszych metod obserwacyjnych, empirycznych- ważniejszym stało się ustalenie «jak działa» ludzkie ciało, od udzielenia odpowiedzi na pytanie: «czym ono jest?»¹⁴³.

2.1. William Harvey

Już Leonardo da Vinci na drodze intuicji i spekulacji doszedł do odkrycia krążenia krwi, lecz pierwszym lekarzem, który na bazie doświadczenia opisał czynności serca i krwioobiegu, posługując się czysto mechaniczną metaforyką był Anglik W. Harvey (1578-1657)¹⁴⁴. Uczynił to swoim dziele pt. *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus* (*Studium anatomiczne na temat pracy serca i przepływu krwi u zwierząt*) znanym w skrócie: *De motu*, opublikowanym w 1628 roku. Harvey podkreślił w nim, że krew krąży po ciele w jednym, dużym i zamkniętym obiegu. Serce jest motorem tej wędrówki. Wyrzuca ono

¹⁴⁰ Por. T. STĘPIEŃ, *Człowiek jako maszyna. Uwagi na temat początków rozumienia człowieka jako maszyny*, [w:] *Nauki humanistyczne i socjologia*, J.W. CZERSKI (red.), Warszawa 2010, s. 483-493; M. HELLER, J. ŻYCIŃSKI, *Wszechświat – maszyna czy myśl? Filozofia mechanicyzmu: powstanie – rozwój – upadek*, Kraków 1998, s. 41.

¹⁴¹ Por. J. KIERUL, *Isaac Newton Bóg, światło i świat*, Wrocław 1996, s. 179-186.

¹⁴² Por. Tamże, s. 261-270.

¹⁴³ Por. T. STĘPIEŃ, dz. cyt.

¹⁴⁴ Por. Tamże.

krw podczas skurczu, co powoduje, że dociera ona do wszystkich komórek ludzkiego ciała. Dla zobrazowania swoich twierdzeń angielski lekarz posłużył się dwoma metaforami, porównując czynności serca do pracy skałkówki strzelby oraz pompy¹⁴⁵.

Konkluzje, które przedstawił Harvey, obaliły obowiązujące do tej pory tezy dawnych mistrzów medycyny, zwłaszcza Galena¹⁴⁶. Myśl Anglika stanowiła naukowy przewrót w spojrzeniu na sposób pracy i roli, jaką w ludzkim organizmie pełni serce i układ krwionośny. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że lekarz ten, choć mocno akcentował rolę doświadczenia empirycznego w procesie poznawania serca człowieka, to równocześnie postrzegał je i rozumiał w kategoriach duchowych, jako siedlisko duszy, pochodzący od Boga fundament życia, narzędzie w Jego ręku, źródło witalności i wszelkiej aktywności¹⁴⁷.

2.2. Kartezjusz i uzasadnienie istoty jatromechaniki

Systemowego uzasadnienia jatromechaniki dokonał francuski filozof Kartezjusz (1596-1650)¹⁴⁸. O ile Harvey opisywał serce z odniesieniem do idei Boga i duszy, o tyle Descartes rozumiał je jedynie jako zwyczajny silnik¹⁴⁹. S. i T. Amidon piszą:

„W *Rozprawie o metodzie* (1637), wydanej dekadę po publikacji *De motu*, francuski filozof Kartezjusz przypisał Harveyowskiej metaforze pompy radykalnie materialistyczną wymowę. Dla Francuza ciało było maszyną, «mechanicznym urządzeniem», automatem, którego działania podlegały podobnym prawom jak działanie zegara. Organizm ludzki składał się z ruchomych części, potrzebował paliwa, psuł się, a wówczas oddany w zręczne ręce – mógł zostać naprawiony. Przy życiu utrzymywała go identyczna siła, jaka ożywiała kota czy begonię”¹⁵⁰.

¹⁴⁵ Por. S. AMIDON, T. AMIDON, *Genialna maszyna. Biografia serca*, Kraków 2012, s. 89- 95.

¹⁴⁶ Na ten temat pisze K.M. Zaręba: „...grecki lekarz Galen poświęcił się badaniu ludzkiego ciała; stwierdził on, że istnieją dwa rodzaje krwi, które przemieszczają się osobnymi drogami i spełniają różne funkcje. Według Galena krew odżywcza, którą produkuje wątroba, jest transportowana żyłami do różnych narządów i używana przez nie. Serce natomiast produkuje krew życiodajną, która jest tłoczona przez tętnice i przenosi „duchy ożywcze”. Galen twierdził ponadto, że w sercu przepływ krwi odbywa się przez przegrodę międzykomorową przez liczne drobne otwory, a krew tłoczą tętnice, które mają własności pulsacyjne. Jego poglądy przetrwały przez 14 wieków — do czasu, gdy William Harvey objaśnił rzeczywistą naturę układu krążenia”. K.M. ZARĘBA, *Circulation over the centuries: William Harvey (1578–1657)*, [w:] CJ, 14 (2007), nr 2, s. 214.

¹⁴⁷ Por. S. AMIDON, T. AMIDON, dz. cyt., s. 93-94; K. M. ZARĘBA, dz. cyt., s. 215.

¹⁴⁸ Por. M. WNUK, dz. cyt., s. 184.

¹⁴⁹ Por. S. AMIDON, T. AMIDON, dz. cyt., s. 96.

¹⁵⁰ Tamże, s. 94.

Takie ujęcie problemu wypływało z przyjętej przez Kartezjusza metafizyki. Rozróżnił on dwa rodzaje bytu. Pierwszy to substancja rozciągnięta (*res extensa*), drugi substancja myśląca (*res cogitans*). Właściwości obu są odmienne. To, co rozciągnięte, posiada rozmiar, kształt, może się poruszać, jest podzielne i umiejscowione. Z kolei atrybutami *res cogitans* jest zdolność myślenia, odczuwania, formułowania twierdzeń, wyrażania woli. Pomiedzy tymi dwoma substancjami zachodzi diametralna różnica. Każda z nich może istnieć samodzielnie, niezależnie od drugiej¹⁵¹. Descartes w swej *Rozprawie o metodzie* podkreślił, że istnienie *res cogitans*:

„...nie zależy od żadnego przedmiotu materialnego”¹⁵².

Co więcej umysł, dusza, a więc myślące «ego»:

„jest całkowicie odrębna od ciała (...), gdyby nie było wcale ciała, dusza nie przestałaby być tym wszystkim, czym jest”¹⁵³.

Tak więc, dla Kartezjusza *res extensa* i *res cogitans* stanowiły dwa odrębne i niezależne światy. Świat rozciągnięty, materialny złożony jest z ciał oddziaływujących na siebie według zasad mechaniki. Tworzą go wszystkie byty cielesne, zarówno nieorganiczne jak i organiczne. Zwierzęta posiadają ciała, lecz nie posiadają duszy. Świat *res cogitans* to rzeczywistość myśli, świadomości, funkcji psychicznych, uczuć i woli. Nie da się go wyjaśnić mechanistycznie. O istnieniu duszy decyduje jej zdolność myślenia: *myślę, więc jestem!* Descartes postrzegał duszę jedynie jako czynnik myśli, zerwał w ten sposób z klasyczną, grecką tradycją, według której dusza stanowi zasadę życia¹⁵⁴.

Jedynym wyjątkiem, specyficznym rodzajem bytu, w którym obie substancje są połączone jest istota ludzka¹⁵⁵. Francuski myśliciel uważał, że świadoma i myśląca dusza

¹⁵¹ Por. P. PASIEKA, *Kartezjańska koncepcja zwierzęcia-maszyny*, [w:] „Filo–Sofija”, 17 (2012), nr 2, s. 52.

¹⁵² R. DESCARTES, *Rozprawa o metodzie właściwego kierowania rozumem i poszukiwania prawdy w naukach*, W. WOJCIECHOWSKA (tł.), Warszawa 1988, s. 39.

¹⁵³ Tamże.

¹⁵⁴ Por. W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. II, s. 48; P. PASIEKA, dz. cyt., s. 52.

¹⁵⁵ Por. W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. II, s. 51.

umiejscowiona jest w ludzkim mózgu, konkretnie w szyszynce¹⁵⁶. Dusza, choć odpowiada za niektóre działania człowieka,

„...wątpi, pojmuje, twierdzi, przeczy, chce, nie chce, a także wyobraża sobie i czuje”¹⁵⁷,

Jednak, jak czytamy w dalszej części wywodu, nie kontroluje podstawowych czynności fizjologicznych organizmu. Funkcje duszy i ciała są tutaj jasno rozdzielone¹⁵⁸. Ludzkie ciało, zgodnie z metafizyką Kartezjusza, nie różniło się niczym od zwierzęcego – było maszyną zbudowaną z materii, a więc substancji, która może zostać opisana za pomocą praw fizyki¹⁵⁹. Każdy proces w nim zachodzący, stanowił skutek prawideł fizykalno-mechanistycznych¹⁶⁰. Jak pisze M. Wnuk:

„Wszelkie procesy fizjologiczne Kartezjusz wyjaśniał przez automatyczne ruchy poszczególnych części i tzw. przetworzenia chemiczne, np. cząstki pokarmu są podczas trawienia rozdzielane przez sok żołądkowy i wprawiane w ruch. Układ nerwowy jest według niego podobny do systemu hydraulicznego, to jest rur wypełnionych wodą”¹⁶¹.

U Kartezjusza myślące *ego* (dusza, umysł) nie było zasadą życia i ruchu. Pisał on o tym we fragmencie, w którym postrzegał ludzkie ciało jako:

„...mechanizm tak urządzony i złożony z kości, nerwów, mięśni, żył, krwi i skóry, że gdyby wcale nie było w nim żadnego umysłu, to jednak miałyby wszystkie te same ruchy, które teraz się w nim odbywają nie z nakazu woli, a więc i nie pochodzą od umysłu”¹⁶².

¹⁵⁶ Por. D. DES CHENE, *Spirits and Clocks: Machine and Organism in Descartes*, New York 2001, s. 144; S. AMIDON, T. AMIDON, dz. cyt., s. 94; M. WNUK, dz. cyt., s. 184.

¹⁵⁷ R. DESCARTES, *Medytacje o pierwszej filozofii*, M. K. AJDUKIEWICZ (tł.), Kęty 2001, s. 51.

¹⁵⁸ Por. S. AMIDON, T. AMIDON, dz. cyt., s. 95.

¹⁵⁹ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 13. „Rene Descartes (1596–1650), in the tradition of Iatromechanics, understood an organism as a machine that could be described completely through physical laws.”

¹⁶⁰ Por. J. BARTOSZEWSKI, *Filozofia przyrody, Kartezjusz i porządek życia społecznego*, Lublin 2010, s. 68-70; M. WNUK, dz. cyt., s. 184.

¹⁶¹ Tamże.

¹⁶² R. DESCARTES, *Medytacje...*, dz. cyt., s. 98.

Skąd zatem w świecie materialnych ciał ruch? Jeśli nie dusza, to co lub kto jest jego przyczyną? Descartes odwołał się tutaj do Boga jako przyczyny stwórczej. Ciała materialne w Nim mają swe źródło. Według francuskiego myśliciela ciało należy uważać:

„...za maszynę, która jako wykonana ręką Boga jest nieporównanie lepiej urządzona i ma w sobie ruchy bardziej zadziwiające aniżeli jakakolwiek z maszyn wymyślonych przez człowieka”¹⁶³.

Zasadą ruchu jest Bóg. Organizmy to maszyny wprowadzone w ruch i pobudzone do rozwoju przez Stwórcę u początków kreacji świata¹⁶⁴. Wszelkie ciało jawi się niczym nakręcony uprzednio zegar:

„I tak samo jak zegar sporządzony z kółek i ciężarków niemniej dokładnie zachowuje wszelkie prawa natury, gdy jest źle wykonany i wskazuje fałszywe godziny, jak i wtedy, gdy pod każdym względem czyni zadość życzeniu twórcy – tak samo rzecz się ma, gdy rozważam ciało ludzkie jako pewien mechanizm ...”¹⁶⁵.

Kartezjusz podobnie jak F. Bacon wierzył w możliwość opóźniania procesów starzenia się człowieka. Był przekonany, że w przyszłości medycyna będzie w stanie przedłużać ludzkie życie¹⁶⁶. Postulat ten wpisuje się w nurt idei *transformatio ad optimum*. Descartes w swoim dziele *Człowiek. Opis ciała ludzkiego* pisał:

„Nic nie może być bardziej owocnym zajęciem niż próby poznawania samego siebie. Użyteczność, jakiej winno się oczekiwać od owej wiedzy, nie dotyczy jedynie dziedziny duchowej (*la morale*), jak początkowo wielu sądziło, lecz także zwłaszcza medycyny; wierzę, iż w niej moglibyśmy znaleźć wiele pewnych zasad postępowania, uczących, jak leczyć choroby, jak im zapobiegać, a nawet jak opóźnić nadejście starości, gdybyśmy się dostatecznie starali poznać naturę

¹⁶³ Tenże, *Rozprawa o metodzie...*, dz. cyt., s. 65.

¹⁶⁴ Por. M. WNUK, dz. cyt., s. 185.

¹⁶⁵ R. DESCARTES, *Medytacje...*, dz. cyt., s. 98.

¹⁶⁶ Por. I. ZIEMIŃSKI, *Metafizyka śmierci*, Kraków 2010, s. 15.

naszego ciała i nie przypisywali duszy czynności, które zależą tylko od ciała i od przestrzennego rozmieszczenia jego narządów”¹⁶⁷.

2.3. Thomas Hobbes

Możliwościami mechaniki zafascynował się angielski myśliciel Thomas Hobbes (1588-1679). W jego poglądach cieszyła się ona dominującą pozycją. Autor ten uważał, iż całą rzeczywistość można opisać i wyjaśnić sprowadzając ją do zasad działania maszyny. Poprzez pryzmat mechaniki patrzył na ludzkie ciało i życie, na procesy takie jak poznanie czy rozumowanie. Wreszcie według klucza mechaniki opracował swą koncepcję polityczną i społeczną¹⁶⁸. Dzieło dotyczące budowania i funkcjonowania państwa pt. *Lewiatan*, Hobbes rozpoczął od przedstawienia człowieka jako niezmiernie skomplikowanej maszyny:

„Sztuka ludzka naśladuje naturę (sztukę, którą Bóg stworzył świat i nim rządzi), podobnie jak w wielu innych rzeczach, tak i w tym, że może skonstruować sztuczne zwierzę. Widząc bowiem, że życie nie jest niczym innym jak ruchem członków, którego początek jest w jakiejś podstawowej części wewnętrznej ciała, czyż nie możemy powiedzieć, że wszelkie automaty (maszyny, które poruszają się z pomocą sprężyn i kół jak zegar) mają sztuczne życie? Czymże bowiem jest serce, jeśli nie sprężyną; i czymże nerwy, jeśli nie licznymi nićmi; i czymże stawy, jeśli nie licznymi kołami, które dają ruch całemu ciału...”¹⁶⁹.

T. Stępień zwraca uwagę, że w tym tekście kluczowym wydaje się zupełnie nowe rozumienie życia. Przypomina, że zgodnie z nauką Arystotelesa dusza, czyli forma ożywia ciało, jest jego życiodajnym źródłem. Pogląd taki głoszony był przez prawie wszystkich filozofów począwszy od Talesa z Miletu a skończywszy na autorach średniowiecznych. Tymczasem Hobbes zmienił rozumienie życia i jego przyczyn. Dla niego życie było jedynie ruchem poszczególnych członków, zespołem mechanicznych procesów, które zachodzą w ciele¹⁷⁰.

¹⁶⁷ R. DESCARTES, *Człowiek. Opis ciała ludzkiego*, A. BEDNARCZYK (tł.), Warszawa 1989, s. 79

¹⁶⁸ Por. T. STĘPIEŃ, dz. cyt.

¹⁶⁹ T. HOBBS, *Lewiatan czyli materia, forma i władza państwa kościelnego i świeckiego*, C. ZNAMIEROWSKI (tł.), Warszawa 2005, s. 81.

¹⁷⁰ Por. T. STĘPIEŃ, dz. cyt.

O ile dla Kartezjusza, bogaty w swych przejawach świat *res cogitans* swe podłoże posiadał w substancji duchowej, o tyle dla Hobbesa zjawiska te stały się czymś czysto fizycznym, dającym się zamknąć i opisać za pomocą praw mechaniki. W ten sposób angielski filozof przyjął stanowisko monizmu materialistycznego.

Dziś niejednokrotnie uważa się, że Hobbes był ateistą. Ostrożnie do takiego ujęcia podchodzi F. Copleston¹⁷¹. W swej *Historii filozofii*, powołując się na wybrane fragmenty z twórczości angielskiego myśliciela pisze:

„Filozofia Hobbesa jest przeto filozofią materialistyczną w tym sensie, że nie bierze pod uwagę przedmiotów innych niż ciała. Ów materializm można nazwać metodologicznym w takim stopniu, w jakim wykluczenie Boga i świata duchowego jest kwestią arbitralnie przyjętej definicji. Hobbes nie twierdzi, że Bóg nie istnieje; twierdzi jedynie, że Bóg nie jest przedmiotem badań filozofii”¹⁷².

To dopiero w następnym stuleciu La Mettrie uzna za czystą bajkę i fikcję istnienie duszy jako niematerialnej części istoty ludzkiej¹⁷³.

2.4. Julien Offray de La Mettrie

La Mettrie (1709-1751) francuski lekarz i filozof znany jest głównie jako autor głośnego dzieła pt.: *Człowiek maszyna*. Zostało ono opublikowane pod koniec 1747 roku w holenderskiej Lejdzie i od razu wywołało burzę¹⁷⁴.

W swych rozważaniach poszedł on dalej aniżeli Kartezjusz czy Hobbes. Zafascynowany cudami ówczesnej techniki, maszynami wykonanymi przez J. de Vaucansona (1709-1782) – grającym flecistą, doboszem czy kaczką szukającą pokarmu¹⁷⁵ oraz odwołując się do swego doświadczenia i erudycji lekarskiej, doszedł do wniosku, że ludzie to istoty, działające ściśle według zasad mechaniki¹⁷⁶. La Mettrie pisał:

¹⁷¹ Por. F. COPLESTON, *Historia filozofii - Od Hobbesa do Hume'a*, Warszawa 1997, s. 11-14.

¹⁷² Tamże, s. 11.

¹⁷³ Por. T. STĘPIEŃ, dz. cyt.

¹⁷⁴ Por. M. SKRZYPEK, *Wprowadzenie do filozofii La Mettriego*, [w:] J. O. DE LA METTRIE, *Dzieła filozoficzne*, Warszawa 2010, s. XV.

¹⁷⁵ Por. Tamże, s. XLIII.

¹⁷⁶ Por. M. WNUK, dz. cyt., s. 186.

„Człowiek jest maszyną tak złożoną, że nie można od razu wyrobić sobie o niej jasnego pojęcia, a w konsekwencji jej zdefiniować”¹⁷⁷.

Więcej, mechanizmy istot ludzkich są całkowicie materialne. Według francuskiego myśliciela wszystkie czynności, które mamy w zwyczaju przypisywać duszy, tak naprawdę zależą od funkcjonowania ciała człowieka¹⁷⁸, ich źródło bije w materii. La Mettrie, podkreślając materialność ludzkiej duszy zanotował:

„Nie będę się dłużej rozwodził nad drobniejszymi sprężynami ciała, które są powszechnie znane. Jest jednak wśród nich sprężyna bardziej subtelna, bardziej cudowna, która je wszystkie ożywia; jest źródłem wszelkich naszych uczuć, przyjemności, namiętności, wszelkich naszych myśli; mózg ma swoje mięśnie, aby myśleć, tak jak nogi mają mięśnie, aby chodzić. Chciałbym pomówić o tej zasadzie pobudzającej i nadającej impet, którą Hipokrates nazywa enormwn (dusza). Ta zasada istnieje, ma swoją siedzibę w mózgu u nasady nerwów, poprzez którą sprawuje swą władzę nad całą resztą ciała”¹⁷⁹.

Francuski myśliciel, głosząc poglądy materialistyczne i uważając się za ateistę, stanął w opozycji do Kartezjusza, odrzucając boże sprawstwo ruchu. W *Naturalnej historii duszy* odnajdujemy następujący fragment:

„Descartes, geniusz zrodzony, by torować nowe drogi i błądzić, utrzymywał wraz z kilkoma innymi filozofami, że Bóg jest jedyną przyczyną sprawczą ruchu i że go udzielał w każdej chwili wszystkim ciałom. Jednak ten pogląd jest tylko hipotezą, którą chciał przystosować do światła wiary; wówczas jednak przestał mówić w sposób filozoficzny i do filozofów, a zwłaszcza do tych, których można przekonać jedynie siłą oczywistości”¹⁸⁰.

¹⁷⁷ J.O. DE LA METTRIE, *Człowiek maszyna*, M. SKRZYPEK (tł.), [w:] J.O. DE LA METTRIE, *Dzieła filozoficzne*, Warszawa 2010, s. 247.

¹⁷⁸ Por. M. WNUK, dz. cyt., s. 186.

¹⁷⁹ J. O. DE LA METTRIE, *Człowiek maszyna...*, dz. cyt., s. 286.

¹⁸⁰ Tenże, *Naturalna historia duszy*, M. SKRZYPEK (tł.), [w:] J.O. DE LA METTRIE, *Dzieła filozoficzne*, Warszawa 2010, s. 12.

Wedle La Mettriego materia stanowi sama dla siebie motor napędowy. Myśliciel oddał to słowami:

„...materia zawiera tę siłę poruszającą, która ją ożywia i która jest bezpośrednią przyczyną wszystkich praw ruchu”¹⁸¹.

W *Człowieku maszynie* znajdujemy tekst o podobnym przesłaniu:

„Ciało ludzkie jest maszyną, która sama nakręca swoje sprężyny. Jest to żywy obraz *perpetuum mobile*”¹⁸².

2.5. Wnioski

Rozwój mechaniki wpłynął na nową wizję natury. Odtąd nie stanowiła już ona uporządkowanego kosmosu, ale raczej, w przeważającej części, dobrze funkcjonującą maszynę¹⁸³. Częściami składowymi tej wielkiej naturalnej maszyny są pomniejsze mechanizmy ciał nieorganicznych i organicznych, w tym organizmy ludzkie i zwierzęce. Teoria humoralna ze swym rozumieniem świata i człowieka, dominująca od wielu wieków, zajęła pozycję coraz bardziej defensywną.

Historia pokazuje, że ujęcie ciała ludzkiego jako maszyny stało się impulsem do rozwoju koncepcji związanych z konstruowaniem i sprawowaniem kontroli nad organizmem człowieka. Dualistyczne poglądy Kartezjusza walnie przyczyniły się do stopniowej absolutyzacji ludzkiego ciała. Wydaje się, że proces ten osiągnął swą pełnię już w materializmie La Mettriego. Skoro człowiek jest tylko materią, to jego ciało można dowolnie kształtować, zmieniać i poprawiać. W tym kontekście, nie bez podstaw B. Gordijn i R. Chadwick uważają, że Descartes ze swą *Rozprawą o metodzie* należy do ścisłej czołówki uczonych żyjących w XVII i XVIII wieku, którzy wywarli wpływ na przyszły rozwój poglądów promujących medyczną poprawę istot ludzkich¹⁸⁴.

¹⁸¹ Tamże, s. 13.

¹⁸² J. O. DE LA METTRIE, *Człowiek maszyna...*, dz. cyt., s. 251.

¹⁸³ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 13. „Nature was no longer a well ordered cosmos but rather a well-functioning machine, for the most part”.

¹⁸⁴ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 1.

Warto również podkreślić, że takie przedstawienie zagadnienia prowadzi do redukcjonizmu w medycynie¹⁸⁵, wiążąc ją ze sferą somatyczną, pomijając jednocześnie sferę duchową i psychiczną. Medycyna w ten sposób traci swój wymiar całościowy, holistyczny, który do tej pory mocno akcentowała teoria humoralna. W podobnym duchu wypowiadają się A. Ostrzyżek i J. T. Marcinkowski:

„Pojawienie się renesansowej idei dualizmu ciała i duszy stworzyło podstawy do szybkiego rozwoju nauk medycznych, równoległe jednak, na wiele lat, skierowało uwagę praktyków medycyny na sferę somatyczną, dostępną obiektywnemu badaniu klinicznemu. Zgodnie z biomedycznym pojmowaniem zdrowia, ciało człowieka uznawane było za maszynę, zaś choroba była weryfikowalnym odchyleniem od normy. Zdrowie było utożsamiane z brakiem zakłóceń w biologicznym funkcjonowaniu człowieka i grupowało subiektywne stany organizmu. Mechanistycznej wizji wyjaśniania funkcjonowania złożonych struktur organizmu człowieka towarzyszyło nomotetyczne przekonanie o uniwersalnych wymiarach kształtowania różnych aspektów osobowości. W ujęciu bardziej radykalnym model ten zakładał, że choroba przebiega poza wszelką kontrolą podmiotu jej doświadczającej, a leczenie jest wyłącznie zadaniem profesjonalistów medycyny. Biomedyczny model zdrowia skupił się na czynnikach czysto biologicznych, nie obejmując całego pozostałego „otoczenia choroby”, a więc wpływów psychologicznych, środowiskowych i społecznych. W terapii nacisk położony został na poszukiwanie usterek biofizycznych i analizę wyników badań, a dobre zdrowie było jedynie wykładnią nieobecności bólu, dysfunkcji czy choroby”¹⁸⁶.

3. NOWE ROZUMIENIE NATURY, CZŁOWIEKA I JEGO MOŻLIWOŚCI

Przejście z epoki średniowiecznej do nowożytnej nie dokonało się nagle, ale stopniowo. Wraz z upływającym czasem pojawiały się kolejne symptomy, które pociągnęły za sobą przewartościowanie rozumienia natury i samego człowieka.

¹⁸⁵ Por. M. JUŚ, *Spór o redukcjonizm w medycynie: Studium filozoficzne i metodologiczne*, Warszawa 2014, s. 67.

¹⁸⁶ A. OSTRZYŻEK, J. T. MARCINKOWSKI, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, [w:] PHiE, 93 (2012), nr 4, s. 683.

Dla uchwycenia istoty problemu przypomnijmy pokrótce kilka kwestii poruszonych w pierwszym rozdziale. W ujęciu starożytnym natura, była uporządkowanym *makrokosmosem* – organizmem; stanowiła ona model dla ludzkiej aktywności (Arystoteles). Człowiek, poznając ów wzór, naśladując go, (*μιμήσις*) stawał się twórcą prawdziwej sztuki, (*τέχνη*) służącej wielu praktycznym aspektom codziennego życia (uprawa, hodowla, budownictwo, medycyna ale również poezja, rzeźbiarstwo itd.).

W średniowiecznej Europie miała miejsce synteza greckiej filozofii przyrody z rzymską techniką i tradycją chrześcijańską¹⁸⁷. Odpowiednio zorganizowany i piękny świat uważano za ślad i znak jego Stwórcy; człowieka postrzegano jako obraz i podobieństwo samego Boga¹⁸⁸. Panująca harmonia i ład znalazły odbicie w nauce i sztuce. Wystarczy przywołać wspaniałe gotyckie katedry, budowane i ozdabiane według określonych zasad. Na gruncie nauki warto wspomnieć o wielkich syntezach filozoficznych i teologicznych. Filozofia przyrody wykładana na ówczesnych uniwersytetach, będąc wyraźnie animistyczną, cieszyła się ortodoksyjnością. Każdy z bytów, a więc rośliny, zwierzęta i człowiek posiadał odpowiedni dla siebie rodzaj duszy¹⁸⁹.

Upraszczając, w takim świetle człowiek jawił się jako część, jeden z elementów doskonałej natury stworzonej (*natura naturata*). Byt stwarzający (*natura naturans*) to Bóg. Zwolennicy idei *transformatio ad optimum*, a także medycznego wzmocnienia podkreślają, że w takim modelu działalność człowieka była mocno ograniczona, sprowadzona jedynie do poznawania natury, jej kontemplacji i naśladowania. Człowiek nie posiadał możliwości podejmowania kreatywnych działań. Jak pisze U. Wiesing zmiana, jaka nastąpiła wraz z początkiem nowożytności:

„...odnosiła się do właściwego rozumienia natury, istot ludzkich i możliwości interwencji człowieka; pojawiała się powoli kreatywna pewność siebie”¹⁹⁰.

¹⁸⁷ Por. Z. HAJDUK, *Przyroda, natura*, [Online]. http://www.kul.pl/files/57/encyklopedia/hajduk_natura.pdf, [dostęp: 14.07.2015].

¹⁸⁸ Por. Z. LIANA, *Inspiracje chrześcijańskie w rozwoju myśli naukowej we wczesnym średniowieczu (V-XIIw.)*, [w:] „Zagadnienia filozoficzne w nauce”, (1993), t. 15, s. 25.

¹⁸⁹ Por. Z. HAJDUK, dz. cyt.

¹⁹⁰ U. WIESING, dz. cyt., s. 13. „With the beginning of the Modern Age, a transformation took place regarding how one understood Nature, human beings and the possibility of human intervention; a creative self-confidence slowly emerged”.

Rozwój owego „właściwego” (według stronników ingerowania w naturę) rozumienia natury, człowieka i jego możliwości nastąpił dzięki czynnikom, o których była mowa we wcześniejszych dwóch paragrafach. Wydaje się uzasadnionym dokonanie ich krótkiej syntezy.

Po pierwsze, do przewartościowania spojrzenia na świat i przyrodę przyczyniła się zmiana antropologiczna. W średniowieczu z teocentryzmu wypływał antropocentryzm. Bóg stworzył dobry i piękny świat, który powierzył do zagospodarowania człowiekowi. Istoty ludzkie, umiłowane przez Boga, stworzone na Jego obraz i podobieństwo zajmowały centralne miejsce w całym *universum*, stały na szczycie drabiny powołanych do istnienia bytów. Wraz z nadejściem epoki odrodzenia poglądy te ulegały stopniowym zmianom. Pojawiły się idee stawiające na piedestale człowieka, spychające Boga na dalszy plan. W jakimś stopniu były one pierwszymi krokami w stronę przyszłego antropocentryzmu bez Boga, który z całą siłą objawił się w dobie oświecenia. Nowa antropologia głosiła hasła zgłębiania ludzkiej natury, podkreślała wolność człowieka i drzemiące w nim możliwości.

Po drugie, nowemu ujęciu otaczającej rzeczywistości sprzyjały przednaukowe jeszcze praktyki alchemiczne. Wyzwalając kreatywność w działaniu, odegrały istotną rolę w nabywaniu przez człowieka pewności siebie. Sztandarowym przykładem jest tutaj osoba Paracelsusa i jego opis o powołaniu do życia *homunkulusa*. Tekst ten dotyka istotnych problemów związanych z postrzeganiem i oddziaływaniem na naturę: sztuczna kreacja nowego życia, możliwość dokonywania zmian w naturze, potencjał stwórczy przeniesiony z Boga na człowieka. W ten sposób naturę można kształtować według własnej woli, dopasowywać do konkretnych ludzkich celów¹⁹¹. Zdaniem niemieckiego filozofa H. Blumenberga teoria Stagiryty krępowała ludzkość przez całe wieki¹⁹². Dopiero odkrycie kreatywności człowieka pozwoliło ją przewyciężyć¹⁹³, pomogło odwrócić się od arystotelesowskiego rozumienia *τέχνη* i powiązanej z nim zasady *μιμήσις*. Uruchomiony został mechanizm odchodzenia od naśladownictwa natury na rzecz

¹⁹¹ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2. „Developments in the biology, chemistry, physics and the engineering sciences were thought to facilitate the endeavor of molding nature so as to flawlessly fit our human ends”.

¹⁹² Por. H. BLUMENBERG, dz. cyt., s. 17.

¹⁹³ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 14. „The mimesis principle from Aristotle’s concept of *techne* lost its strength while the creativity of human beings was discovered”.

prawdziwego postępu, nieskrępowanych możliwości – ku nieodkrytym jeszcze obszarom królestwa przyrody¹⁹⁴.

Po trzecie, niebagatelną rolę w procesie rozumienia i możliwości przekształcania przyrody odegrało odwołanie się do doświadczenia empirycznego. Wyniki dokonywanych obserwacji i eksperymentów nie tylko objawiały oblicze natury¹⁹⁵, ale również pociągnęły za sobą podważenie ślepego zaufania do tez sformułowanych przez autorytety starożytności. Widać to zwłaszcza na przykładzie rozwoju anatomii. Podejmowane doświadczenia stały się zacznym nowym spojrzenia na człowieka, a także otworzyły perspektywę nowych możliwości¹⁹⁶. To, że dzięki doświadczeniu zmysłowemu można daną rzeczywistość zważyć, zmierzyć i opisać stało się impulsem do rozwoju nauk z matematyką na czele. Z upływem czasu, dzięki kolejnym osiągnięciom i wynalazkom pojawiła się wiara w postęp oraz naukowy optymizm. Uważano, że nauka ze swoim potencjałem potrafi wyjaśnić całość otaczającej rzeczywistości, doprowadzić człowieka do pełni szczęścia.

Czwartym czynnikiem zmieniającym rozumienie natury było zepchnięcie do defensywy teorii humoralnej i przyjęcie mechanicznego modelu świata i ciała ludzkiego. Organizm człowieka przestał być rozumiany jako zbudowany z żywiołów świata mikrokosmos; stał się maszyną, która żyje dzięki określonym zasadom działania. Do najbardziej znanych głosicieli mechanicyzmu należeli Kartezjusz, Hobbes i La Mettrie. O ile ten pierwszy widział jeszcze przyczynę ruchu w Bogu, o tyle pozostali dwaj, a zwłaszcza La Mettrie, jej źródła upatrywali jedynie w materii. W ten sposób idea ciała jako maszyny doprowadziła do materialistycznej, pozbawionej duchowego pierwiastka wizji świata. Jeśli człowiek to jedynie materia, sprawnie działająca maszyna – to do badania natury uprawnione są wyłącznie nauki przyrodnicze. Ich pomoc jest niezbędna do konstruowania, wprowadzania zmian i sprawowania kontroli nad ciałem jako maszyną. Warto dodać, że w takiej perspektywie nie ma już potrzeby uprawiania filozofii człowieka, traci ona rację bytu¹⁹⁷.

¹⁹⁴ Por. Tamże, s. 14. „In turning away from the Aristotelian understanding of techne and the associated mimesis principle, a tendency developed «away from the dependency on the imitation of nature, while pushing forward from nature into the untrodden realm»”.

¹⁹⁵ Por. Tamże, s. 13. „New methods, through observation and scientific experimentation, changed the approach to Nature. Nature was held to be an object that could be recognized simply through the methods of natural science. Nature was to be revealed through precise observation and experiment”.

¹⁹⁶ Por. Tamże. „Beginning with Anatomy and Physiology, the concept of human and of the possibilities of intervention became transformed”.

¹⁹⁷ Por. T. STĘPIEŃ, dz. cyt.

Ostatecznie, konsekwencje omówionych czynników okazały się daleko idące. Z jednej strony podkreślenie wartości ludzkiej kreatywności, empiryzm, przyczyniły się do rzeczywistego postępu nauk przyrodniczych. W medycynie, dzięki anatomii rozwijała się znajomość ludzkiego ciała, odkrywano zasady rządzące funkcjonowaniem ludzkiego organizmu, stopniowo następowało odchodzenie od teorii humoralnej. Z drugiej strony umacnianie się stanowiska, że natura jest podatną na zmiany¹⁹⁸ otworzyło drogę do odrzucenia Boga i rzeczywistości duchowej, zredukowania otaczającej rzeczywistości tylko i wyłącznie do materii oraz odrzucenia filozofii spekulatywnej.

4. ENTUZJAZM WOBEC POSTĘPU I NOWYCH OSIĄGNIĘĆ

Silny rozwój nauk przyrodniczych, nowe wynalazki techniczne – czynniki te sprawiły, że w XVII i XVIII wieku zapanowała atmosfera entuzjazmu. W oświeceniu człowiek uwierzył, że jest w stanie zapewnić sobie idealną, szczęśliwą przyszłość. Aby ten cel osiągnąć, musiał tylko odpowiednio wykorzystać swój intelekt, a także uporządkować naukę, rozwijając ją w sposób metodologicznie poprawny¹⁹⁹. Na tej kanwie dokonano podziału nauk na ścisłe i humanistyczne. Nauki takie, jak filozofia czy teologia trafiły do drugiej grupy, narażając się z czasem na zarzuty «nienaukowości» oraz «empirycznej nieweryfikowalności». Co ważne, ujęcie takie doprowadziło z czasem do zredukowania człowieka do sfery materialnej. Duchowość stała się niczym innym jak tylko czystą socjobiologią²⁰⁰.

Wraz z rozwojem techniki i technologii jakość przyrządów i narzędzi rosła, ułatwiając tym samym pracę oraz jej efektywność. Wierząc w uporządkowany i harmonijny rozwój cywilizacji technicznej²⁰¹ francuski filozof i encyklopedysta D. Diderot (1713-1784) pisał:

„Prace ludzi zawsze były proporcjonalne do ich siły i do jakości przyrządów, którymi się posługiwali. Bez nauki mechaniki i wynalazku maszyn nie ma wielkich pomników. Bez astrolabium i teleskopu nie ma wspaniałych postępów

¹⁹⁸ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 13. „As a consequence of the success accompanying the natural sciences, the idea prevailed that Nature can be influenced”.

¹⁹⁹ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2. „It was widely accepted that human beings are able to craft their own ideal future, if only they make proper use of their intellect and organize and develop science in a methodically correct way”.

²⁰⁰ Por. A. MUSZALA, *Etyka, biologia, medycyna. Czy możliwa jest płaszczyzna porozumienia?*, [w:] MP, (2009), nr 5.

²⁰¹ Por. M. SKRZYPEK, *Filozofia Diderota*, Warszawa 1996, s. 76.

w astronomii i precyzji w jej obserwacjach. Bez żelaza nie ma młotów, obcęgow, kowadeł, kuźni, pił, siekier, toporów, żadnego wytworu z metalu, który zasługiwałby na uwagę, żadnego murarstwa, żadnego ciesielstwa, żadnego stolarstwa, żadnej architektury, żadnego grawerstwa, żadnego rzeźbiarstwa”²⁰².

Oto rodzaj ludzki stanął wobec nowej perspektywy. Optymistyczna przyszłość człowieka spoczęła w jego rękach, zależała od niego samego. B. Gordijn i R. Chadwick zwracają uwagę, że ta entuzjastyczna wizja znalazła uszczegółowienie w narodzinach i rozwoju trzech specyficznych idei: prymatu człowieka nad naturą, wiary w ukształtowanie doskonałego społeczeństwa oraz możliwości kontrolowania i konstruowania ludzkiego ciała²⁰³.

4.1. Prymat człowieka nad naturą

Pierwsza z nich głosiła, że człowiek może zapanować nad naturą, że powinien sprawować rządy nad całością środowiska²⁰⁴. M. Kwapiszewska-Antas pisze:

„Franciszek Bacon twierdził, że człowiek został stworzony po to, aby opanować świat natury. (...) [Ten] sposób myślenia w pełni aprobował Kartezjusz, który twierdził, że jesteśmy po to, aby być panami i posiadaczami natury. (...) Podobny ton przebrzmiewa w wypowiedziach większości wybitnych ludzi tej doby. Sławią oni człowieka jako władcę przyrody, bezwzględnie podporządkowującego sobie całą dostępną mu rzeczywistość”²⁰⁵.

W procesie przekształcania natury podkreślano rolę nauk ścisłych, szczegółowych. Ich zadaniem było podpowiadanie właściwych rozwiązań, dostarczanie środków i narzędzi niezbędnych do osiągnięcia celów służących dobru i szczęściu ludzkości.

²⁰² D. DIDEROT, *Pensées détachées: contributions à l'Histoire des deux indes*, Siena 1976, s. 383. Cytat za: M. SKRZYPEK, *Filozofia...*, dz. cyt., s. 76.

²⁰³ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2. „This basic optimistic thought was then set out in detail in three more specific ideas”.

²⁰⁴ Por. Tamże. „The first idea was that of ruling over the living and inorganic environment surrounding us”.

²⁰⁵ M. KWAPISZEWSKA-ANTAS, *Człowiek wobec zwierząt na przestrzeni dziejów*, [w:] „Słupskie Studia Filozoficzne”, (2007), nr 6, s. 104-105.

4.2. Idealne społeczeństwo

Drugi projekt zakładał możliwość ukształtowania doskonałego społeczeństwa²⁰⁶. Już w epoce renesansu powstały znane utopie autorstwa nie tylko omawianego wcześniej F. Bacona, ale również T. Morusa i T. Campanellego²⁰⁷. Stanowiły one nie tylko przejaw tęsknot za idealnym ustrojem społeczno-politycznym, ale także (choć nie zawsze) kontestację dotychczasowego porządku, domagającą się radykalnych przemian na rzecz lepszej przyszłości i trwałego szczęścia człowieka.

Podbudowę dla tych odrodzeniowych wizji, na co zwraca uwagę A. Flis w swej książce *Chrześcijaństwo i Europa*, stanowiły dwa założenia, obecne już w *Państwie* Platona. Pierwsze z nich zakładało w sposób aksjomatyczny, że osobowość ludzka jest zdeterminowana poprzez warunki społeczne. W tym świetle nowy człowiek jawi się jako dzieło nowego ustroju²⁰⁸. Drugie założenie podkreślało, że «kryterium oceny każdego ustroju stanowi uniwersalne prawo natury»²⁰⁹. Zgodnie z nim ustrojem doskonałym będzie tylko taki, który pozwala jednostkom realizować w pełni swoje potencjalne zdolności, innymi słowy zapewnia egzystencję zgodną z tym, co stanowi prawdziwą istotę człowieka²¹⁰.

W przyszłości te dwa założenia obecne będą w nurcie oświecenia. Myśl utopijna tego okresu posunęła się jednak dalej, nabierając głębokiego przekonania, że urzeczywistnienie wizji perfekcyjnego, nowego społeczeństwa jest jedynie kwestią niedalekiej przyszłości. Środkiem do osiągnięcia tego celu miały być teorie naukowe oparte na historycznych, socjologicznych i politycznych przesłankach²¹¹. A. Flis pisze dalej:

„Do tych dwóch renesansowych przesłanek myślenia utopijnego epoka oświecenia dodała dwie następne, będące jej rysem szczególnym i przejawem optymistycznego racjonalizmu zarazem. Można je wyrazić (...) następującym stwierdzeniem: wszelka natura jest rozumna, a rozum przynależy do natury. Konsekwencją tego posuniętego do skrajności racjonalizmu był nieposkromiony

²⁰⁶ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2. „The second idea was that of shaping a perfect society...”.

²⁰⁷ Por. B. GUTOWSKI, *Przestrzeń marzycieli. Miasto jako projekt utopijny*, Warszawa 2006, s. 57.

²⁰⁸ Por. A. FLIS, *Chrześcijaństwo i Europa: studia z dziejów cywilizacji Zachodu*, Kraków 2001, s. 437.

²⁰⁹ Tamże.

²¹⁰ Por. Tamże.

²¹¹ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2. „...on the basis of historical, sociological or political scientific theories”.

optymizm historyzoficzny: rozum wyzwolony z więzów przesądów i partykularnych ograniczeń zdoła w ciągu kilku pokoleń urzeczywistnić utopię społeczną na europejskiej ziemi”²¹².

Głębsza analiza powyższych rozważań prowadzi do ważnego wniosku. Marzenia o zbudowaniu idealnej społeczności, utopijne wizje nowego człowieka wykreowanego poprzez doskonały ustrój połączone z hasłami o konieczności zapanowania nad naturą, o możliwości jej dowolnego przekształcania, wydają się wpisywać w nurt idei *transformacji ku lepszemu*. Oczywiście w sensie społecznym. W takim ujęciu celem wspólnot ludzkich powinno być nieustanne dążenie do poprawy kondycji i «zdrowia» organizmu społeczeństwa. Pomocą na tej drodze ma służyć ciągły postęp cywilizacyjny. Również samo pojęcie *cywilizacji* może powiedzieć wiele na ten temat. L. Gawor zauważa, że pojawiło i upowszechniło się ono właśnie w epoce oświecenia i oznaczało:

„...stan wyzwolenia ludzi od natury, określało zaawansowany poziom wiedzy o świecie i moralne ułożenie stosunków międzyludzkich, stanowiło kryterium postępu – rozwoju materialnego i duchowego człowieka. Słowem, cywilizacja to efekt długoletniej progresywistycznej aktywności ludzkiej wobec świata natury i świata społecznego”²¹³.

4.3. Rozwój nauk, w tym medycyny – możliwość kreowania człowieka

Wreszcie trzecia idea, mająca wprowadzić człowieka w świat nowych perspektyw, otworzyć przed nim drzwi szczęścia, związana była z możliwością kontrolowania i konstruowania ludzkiego ciała. Oczekiwano, że postęp nauk przyrodniczych i rozwój nowych technologii wpłynie na nauki medyczne, a to z kolei umożliwi nie tylko wprowadzanie zmian w organizmie człowieka ale także, w dalszej perspektywie, przełoży się na możliwość doskonalenia ludzkiej natury²¹⁴. W ten sposób idea *transformatio ad optimum* nabrała swej pełni

²¹² A. FLIS, dz. cyt., s. 437.

²¹³ L. GAWOR, *Idea zrównoważonego rozwoju w kontekście historyzoficznym*, [w:] „Problemy Ekorozwoju”, (2007), nr 2, s. 19.

²¹⁴ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2. „The last idea was that of controlling and constructing the human body, as well as perfecting human nature, to be achieved by advances in medical science and technology”.

znaczeniowej w sensie medycznym. Sztuka leczenia to już nie tylko *powrót do zdrowia*, nie tylko sama terapia, ale coś więcej. To możliwość ingerencji w naturę, w jej poprawianie, to modyfikacja zdrowych cech. Innymi słowy, to brama do spełniania ludzkich pragnień, droga do osiągnięcia szczęścia.

Oczywiście nie można zapomnieć, że możliwości medycyny w XVII czy XVIII wieku były nieporównywalne z dzisiejszymi. Ówczesne rozumienie *medycznego wzmacniania* było związane raczej z teoriami filozoficznymi, podparte panującym wtedy naukowym optymizmem²¹⁵. Dziś *medical enhancement* posiada nie tylko szeroką podbudowę filozoficzną, ale cechuje go również stale poszerzający się wachlarz zastosowań praktycznych w medycynie.

5. MARKIZ DE CONDORCET

B. Gordijn i R. Chadwick wymieniają trzech uczonych, którzy ich zdaniem najbardziej przyczynili się do rozwoju idei *transformatio ad optimum*. Poglądy dwóch pierwszych: F. Bacona i Kartezjusza zostały już przedstawione. Trzeci to Jean Antoine Nicolas Caritat Markiz de Condorcet (1743–1794), francuski filozof – racjonalista, autor wpływowego dzieła *Szkic obrazu postępu ducha ludzkiego poprzez dzieje*²¹⁶, twórca społecznej teorii postępu²¹⁷.

W dorobku naukowym Condorceta wydają się ogniskować główne idee i założenia oświecenia. Dzięki temu jego filozofia może posłużyć jako sztandarowy przykład myśli obowiązującej w tej epoce²¹⁸.

Poglądy Condorceta były na wskroś optymistyczne²¹⁹. Uważał, że istotą ludzkiej egzystencji i rozwoju jest ciągły, niepohamowany postęp²²⁰. Był głęboko przekonany, że nadejdzie taka chwila w historii ludzkości, w której wszyscy mieszkańcy ziemi cieszyć się będą pełnym dostępem do osiągnięć myśli europejskiej, zwłaszcza do zdobyczy techniki

²¹⁵ Por. Tamże. „In the early days philosophical ideas about medical enhancement were firmly embedded in a more general sort of prevailing scientific optimism”.

²¹⁶ Por. Tamże, s. 1.

²¹⁷ Por. J. SZACKI, *Historia myśli socjologicznej*, Warszawa 2006, s. 98-99.

²¹⁸ Por. K. TOMCZYK, *Spór o powszechność kultury europejskiej na przykładzie poglądów Antoine'a Condorceta oraz Mikołaja Danilewskiego*, [w:] „Społeczeństwo i Polityka”, 15 (2008), nr 2, s. 166.

²¹⁹ Por. P. NIERODKA, *Czy eutyfronika jest etyką interesu?*, [w:] „Archeus”, (2009), t. 10, s. 86.

²²⁰ Por. J. KAMIŃSKA, *Nowe wspaniałe światy*, Kraków 2012, s. 43.

i rozwiązań ustrojowych²²¹. Era globalnej szczęśliwości stanie się faktem, zbudowana zostanie na fundamencie ludzkiego rozumu²²².

Condorcet podkreślał, że natura nie wyznaczyła jakichkolwiek granic doskonaleniu się istot ludzkich. Człowiek jest wezwany do nieustannego pomnażania wiedzy, bogactwa i cnoty²²³. Francuski filozof we wstępie do *Szkicu* określił cel swego dzieła. Pisał, że pragnie w nim dowieść:

„...na podstawie rozumowania i faktów, że nie zakreślono żadnej granicy rozwojowi ludzkich uzdolnień, że człowiek posiada nieograniczone możliwości doskonalenia się, że jego postęp niezależny jest od wszelkich potęg, które chciałyby go zahamować, że jedynym jego kresem jest kres trwania globu, na który rzuciła nas natura. Niewątpliwie, postęp ten dokonuje się ruchem szybszym lub wolniejszym, nigdy jednak nie będzie to ruch wsteczny, przynajmniej dopóty, dopóki Ziemia zajmować będzie to samo miejsce w układzie wszechświata...”²²⁴.

W innym miejscu przekonywał:

„...natura nie wyznaczyła żadnego kresu naszym nadziejom i możliwościom”²²⁵.

L. Gawor podkreśla, że w ujęciu Condorceta cywilizacja ogólnoludzka pełniła rolę podmiotu procesu historycznego. Na przestrzeni dziejów ów podmiot doskonalił się w technicznym opanowywaniu przyrody, w kreowaniu i wzroście instytucji społecznych, a także poprzez rozwój nauki²²⁶. Zostały tutaj wymienione trzy przytoczone w poprzednim paragrafie projekty, stanowiące uszczegółowienie oświeceniowej, optymistycznej wizji przyszłości ludzkości i świata: 1. Ujarzmienie natury, 2. Rozwój społeczeństwa, 3. Postęp naukowy (również w dziedzinie medycyny).

Projekt trzeci zakłada, że wraz z rozwojem nauk rozwija się także sztuka leczenia. Dla Condorceta medycyna powinna cechować się praktycznością, wyzwalać się z krępujących

²²¹ Por. Tamże, s. 167.

²²² Por. J. LEJMAN, *Ekologizm a globalizacja*, [w:] „Radzyński Rocznik Humanistyczny”, (2007), t. 5, s. 238.

²²³ Por. L. ŁYSIEN, *Zmierzch chrześcijaństwa, chrześcijaństwo zmierzchu*, [w:] „Świat i Słowo”, 21 (2013), nr 2, s. 58.

²²⁴ A.N. CONDORCET, *Szkic obrazu postępu ducha ludzkiego poprzez dzieje*, E. HARTLEB (tł.), Warszawa 1957, s. 5.

²²⁵ Tamże, s. 213.

²²⁶ Por. L. GAWOR, dz. cyt., s. 20.

więzów autorytetów, bazować na doświadczeniu. Myśliciel wypowiedział się na ten temat następująco:

„Medycyna (...) uczy wierzyć jedynie doświadczeniu. Pomnożyła swe środki, nauczyła się lepiej je łączyć i stosować. I jeśli w niektórych dziedzinach postępy jej są niejako negatywne, ograniczają się bowiem do usuwania niebezpiecznych praktyk i szkodliwych przesądów, niemniej jednak nowe metody studiowania medycyny chemicznej zapowiadają bardziej realne i dalej sięgające postępy”²²⁷.

Medycyna jest także drogą prowadzącą do przedłużania życia ludzkiego²²⁸. Condorcet spekuluje na ten temat:

„Nikt chyba nie wątpi, że postępy medycyny zapobiegawczej, zdrowe posiłki i mieszkanie, tryb życia rozwijający siły przy pomocy ćwiczeń fizycznych, a nie wyniszczający ich przez nadmierny wysiłek i wreszcie usunięcie dwóch podstawowych przyczyn zepsucia: nędzy i nadmiernego bogactwa, przedłużą życie człowieka, zapewnią mu stałe zdrowie, silniejszą konstytucję fizyczną. Zdajemy sobie sprawę, że rozwój medycyny zapobiegawczej, która stałaby się bardziej skuteczna dzięki postępom rozumu i społecznego ładu, z czasem przyczyni się do zaniku chorób (...) doskonalenie się rodzaju ludzkiego jest nieograniczone i nadejdą czasy, gdy śmierć będzie już tylko skutkiem nadzwyczajnego wypadku albo powolnego zaniku sił życiowych (...). Niewątpliwie człowiek nie stanie się nieśmiertelny, czyż jednak nie może nieustannie zwiększać się przestrzeń oddzielająca moment, w którym zaczął istnieć, od momentu, gdy wskutek naturalnego biegu rzeczy, a nie wskutek choroby czy jakiegoś wypadku, nie może już dalej żyć?”²²⁹.

W tym świetle sztuka leczenia nie stanowi jedynie pomocy w powrocie do zdrowia, ale również zapobiega chorobie; nie tylko chce chronić zdrowie, ale także wzmacniać je i co najważniejsze, rości sobie prawo do przedłużania ludzkiego życia. W ten sposób obok klasycznej idei *restitutio ad integrum* współwystępuje tutaj wyraźny trend ku teorii *transformatio ad optimum*.

²²⁷ A.N. CONDORCET, dz. cyt., s. 193-194.

²²⁸ Por. N. BOSTROM, dz. cyt., s. 3.

²²⁹ A.N. CONDORCET, dz. cyt., s. 244-245.

Warto również zaznaczyć, że Condorcet swą ideę postępu wiązał z koniecznością osłabienia roli i wpływów Kościoła. Był on zwolennikiem sekularyzacji państwa. W *Szkicu* znajdują się liczne wypowiedzi antykościelne i antyklerykalne. Z. Drozdowicz zwraca jednak uwagę, że nie należy łączyć antyklerykalizmu Condorceta z ateizmem, ale raczej z oświeceniowym deizmem²³⁰. Przypomina, że deiści (nazywani wówczas również oświeconymi teistami) sprowadzają Boga do roli Wielkiego Kreatora. Świat naturalny, w tym świat ludzkiej natury, stanowią Jego dzieło. Stworzenie to jest zorganizowane na tyle doskonale, że nie wymaga od swego Twórcy ani podtrzymywania w istnieniu, ani jakiegokolwiek pomocy w funkcjonowaniu. Człowiek egzystując w takim świecie znajduje w nim wszystko, co jest potrzebne do zaspokojenia jego fundamentalnych potrzeb²³¹.

W ujęciu Condorceta religia stanowiła przeszkodę na drodze postępu. W najlepszym przypadku pełniła rolę hamulcowego zarówno w procesie nabywania wiedzy, jak również w rozwoju społecznym i moralnym²³². Stąd głosił on postulat uwolnienia z jarzma ograniczeń religii. Jednak nie do końca mu się to udało. Głębsza analiza jego tekstów prowadzi do wniosku, że jego myślenie i postrzeganie rzeczywistości nadal przesiąknięte było religijnością. Tak naprawdę Condorcet nie odrzucał wiary. Zamienił wiarę w chrześcijańskiego Boga na inny rodzaj religijności. J. Iwanicki oddaje to słowami:

„W tych świeckich «przepowiedniach» pojawiają się refleksje kryptoreligijne. Należy do nich przekonanie, że życie ludzkie dzięki rozwojowi nauki będzie można coraz bardziej wydłużać, niemal do nieskończoności (...). Wielkim marzeniem autora jest «obraz rodzaju ludzkiego wyzwolonego z wszelkich pęt, oswobodzonego z władzy przypadku i wrogów postępu, zdecydowanie zmierzającego ku prawdzie, cnocie i szczęściu»^{233»²³⁴}.

Nieco dalej stwierdza, że sekularna koncepcja postępu, jaką prezentował Condorcet, w pewnym momencie stała się swego rodzaju «świeckim» projektem nowej wiary. Jego wizja

²³⁰ Por. Z. DROZDOWICZ, *Racjonalizacja religii a dominacja społeczna. Od Woltera i wolterianizmu do rozdziału Kościoła od państwa*, [w:] PR, 242 (2011), nr 4, s. 51-53.

²³¹ Por. Tamże, s. 83.

²³² Por. J. IWANICKI, *Procesy sekularyzacyjne a filozofia sekularna i postsekularna. Tradycje i współczesność*, Poznań 2014, s. 47; Tenże, *Koncepcja sekularyzacji życia społecznego Jeana Antoine Condorceta*, [w:] PR, 243 (2012), nr 1, s. 51-59.

²³³ A. N. CONDORCET, dz. cyt., s. 246.

²³⁴ J. IWANICKI, *Procesy ...*, dz. cyt., s. 47.

rozwoju i doskonalenia ludzkości przestała być naukowym zamysłem i zamieniła się²³⁵ w «marzenie wysnute z wiary i nadziei»²³⁶.

W oświeceniowej filozofii Condorceta człowiek i postęp zajęły miejsce Boga. Sytuacja ta, a także kult rozumu, wiedzy i nauki sprzyjały myśleniu zgodnemu z ideą *transformatio ad optimum*. Ludzie nie tylko mogą, ale są zobowiązani do twórczego rozwoju. Dokonuje się on na drodze ujarzmiania natury, kształtowania samych siebie, budowania coraz doskonalszego i szczęśliwszego społeczeństwa. Condorcet wierzył również, że ciągły progres w dziedzinie nauk i technologii spowoduje postęp moralny – ludzie będą się stawać coraz lepszymi. W tym duchu wypowiada się P. Wasyluk:

„Pozbycie się koncepcji Opatrzności i grzechu pierworodnego sprzyjało upodmiotowieniu człowieka. Dzieje ludzkie ograniczone były tylko możliwościami samego człowieka, to on stawał się jedynym twórcą postępu. Kierunek rozwoju dziejów wytyczony był jedynie przez pragnienie zbudowania wyższej formy kultury czy cywilizacji. Rozwój cywilizacyjny sprzyjał ogólnemu dobrobytowi i pozwalał wartościować dzieje. Postęp naukowo-przemysłowy warunkował postęp moralny: dzięki wiedzy ludzie stawali się lepsi. Wzrost wykształcenia i popularyzacja wiedzy przyczyniały się do wyeliminowania zła społecznego, a ludzki rozwój nie był ograniczony wyłącznie przez myślenie w kategoriach religijnych, a jedynie przez rozum i możliwość przekształcania przyrody”²³⁷.

W ten sposób filozofia Condorceta przyczyniła się do wykreowania obrazu człowieka nowoczesnego, który zgadza się, aby nauka kierowała jego życiem, troszczyła się o jego dobro na płaszczyźnie ekonomicznej i społecznej. Ów człowiek zaakceptował naukę jako dziedzinę, w której możliwości leży rozwiązanie wszystkich problemów. A jeśli jeszcze tego nie uczyniła, to powodem takiej sytuacji jest niekompletność danych i wiedzy. Nadejdzie jednak czas, kiedy prawda dotycząca organizacji świata zostanie zgłębiona i poznana. Nastąpi to dzięki stopniowemu, ciągłemu przyrostowi wiedzy²³⁸.

²³⁵ Por. K. LÖWITH, *Historia powszechna i dzieje zbawienia. Teologiczne przesłanki filozofii dziejów*, Kęty 2002, s. 92.

²³⁶ Por. J. IWANICKI, *Procesy...*, dz. cyt., s. 47.

²³⁷ P. WASYLUK, *Kategorie filozofii dziejów*, [w:] „Kultura i edukacja”, (2007), nr 4, s. 16.

²³⁸ Por. G. GAJEWSKA, *Organizacja świata i zamieszkującego go człowieka w historiografii modernistycznej*, [w:] „Kultura i Historia”, 2002, nr 2, s. 34-51.

Wiara w optymistyczne jutro ludzkości, a także w ciągły, nieskończony postęp rozumu cechowała myśl oświecenia. Oprócz Condorceta przekonanie to dzielili m.in. D. Diderot, A.R.J. Turgot i F.M.A. Wolter. W XIX wieku do ich myśli nawiązał i ją rozwinął twórca pozytywizmu A. Comte (1798-1857)²³⁹. Filozofię opierał on na doświadczeniu i obserwacji, odrzucał jakiegokolwiek spekulacje metafizyczne. Swą teorię wyłożył w dziele *Rozprawa o duchu filozofii pozytywnej* zwłaszcza poprzez opis trzech faz rozwoju cywilizacji i nauki: teologiczną, metafizyczną i naukową (pozytywną). Swoje stanowisko wyprowadził z obserwowalnego faktu postępu w naukach. Według Comte'a każda nauka w swym rozwoju przechodzi przez poszczególne etapy: najpierw teologiczny, potem metafizyczny by w końcu osiągnąć etap najwyższy – pozytywny²⁴⁰.

6. IMMANUEL KANT

N. Bostrom jako zwolennik myśli transhumanistycznej interpretuje dzieje człowieka jako ciągły wysiłek, którego celem jest łamanie ograniczeń i poszerzanie ludzkich rządów nad naturą²⁴¹. Jego zdaniem do grona filozofów, których myśl i poglądy w sposób zasadniczy wspomogły oraz przyspieszyły ów proces, należy również zaliczyć Immanuela Kanta (1724-1804)²⁴².

6.1. W duchu oświecenia

Uzasadniając swoje stanowisko, N. Bostrom przywołuje pierwsze zdania ze słynnego eseju filozofa z Królewca, wydanego w 1784 roku pt. *Co to jest oświecenie?*²⁴³ Brzmia one następująco:

„Oświeceniem nazywamy wyjście człowieka z niedojrzałości, w którą popadł z własnej winy. Niedojrzałość to niezdolność człowieka do posługiwania się swym własnym rozumem, bez obcego kierownictwa. Zawinioną jest ta niedojrzałość wtedy, kiedy przyczyną jej jest nie brak rozumu, lecz decyzji i odwagi

²³⁹ Por. M. SKRZYPEK, *Filozofia...*, dz. cyt., s. 15; P. WASYLUK, dz. cyt., s. 16.

²⁴⁰ Por. *Comte August*, [w:] G. VESEY, P. FOULKES (red.), *Słownik encyklopedyczny Filozofia*, Warszawa 1997, s. 64; *Pozytywizm*, Tamże, s. 258.

²⁴¹ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 68.

²⁴² Por. N. BOSTROM, dz. cyt., s. 4.

²⁴³ Por. Tamże.

posługiwania się nim bez obcego kierownictwa. *Sapere aude!* Miej odwagę posługiwać się swym własnym rozumem – tak oto brzmi hasło oświecenia²⁴⁴.

Powyższa wypowiedź Kanta ukazuje go jako typowego kontynuatora epoki oświecenia²⁴⁵. Obraz taki wzmacniają dalsze wypowiedzi tego myśliciela. Pierwsza dotyczy lenistwa i tchórzostwa intelektualnego:

„To bardzo wygodne być niedojrzałym. Jeśli posiadam książkę, która zastępuje mi rozum, opiekuna duchownego, który zamiast mnie posiada sumienie, lekarza, który zamiast mnie ustala moją dietę (...), nie muszę sam o nic się troszczyć²⁴⁶.

Druga kwestia uderza w opiekunów, którzy swoich podopiecznych oraz ich stan niedojrzałości wykorzystują do własnych celów. Kant zarzucał im, że czerpią rozmaite zyski i korzyści z nieświadomości innych²⁴⁷:

„Nie potrzebuję myśleć, jeśli tylko mogę za wszystko zapłacić; inni już zamiast mnie zajmą się tą kłopotliwą sprawą. O to, by większa część ludzi (a wśród nich cała pleć piękna) uważała krok ku dojrzałości już sam dla siebie trudny, także za niebezpieczny – o to troszczą się już ich opiekunowie, którzy łaskawie podjęli się trudów nadzorowania. Kiedy już udało się im ogłupić ten swój inwentarz domowy i zatroszczyli się o to, by te spokojne stworzenia nie odważyły się zrobić ani kroku bez kojca dla niemowląt, do którego sami ich wsadzili, ukazują im niebezpieczeństwa, jakie grożą im w wypadku, gdyby próbowali samodzielnie chodzić”²⁴⁸.

Według Kanta, sytuacja ta wymaga zmiany. Podkreśla on konieczność wyzwolenia się spod dominacji innych, mówi o odrzuceniu krępujących dogmatycznych twierdzeń²⁴⁹. Wzywa do myślenia, do twórczego korzystania z rozumu – ku pożytkowi publicznemu. Postęp dokonuje

²⁴⁴ I. KANT, *Co to jest Oświecenie*, cytata za: [Online]. <http://www.kant.cba.pl/Aufklarung.pdf>, [dostęp: 27.07.2015].

²⁴⁵ Por. P. SZYMANIEC, *Państwo i prawo w filozofii dziejów Immanuela Kanta*, [w:] „Wrocławskie Studia Erazmiańskie. Zeszyty studenckie”, (2009), z. 2, s. 33.

²⁴⁶ I. KANT, *Co to jest...*, dz. cyt., s. 1.

²⁴⁷ Por. P. SZYMANIEC, dz. cyt., s. 33.

²⁴⁸ I. KANT, *Co to jest...*, dz. cyt., s. 1.

²⁴⁹ Por. P. SZYMANIEC, dz. cyt., s. 33.

się stopniowo, ewolucyjnie i jawi się jako wzrost poznania racjonalnego²⁵⁰. Filozof z Królewca dodaje, że ku oświeceniu prowadzi droga wolności, wolnego myślenia:

Do wejścia na drogę Oświecenia nie potrzeba niczego prócz wolności: i to wolności najniezgodniejszej spośród wszystkiego, co nazwać można wolnością, mianowicie wolności czynienia wszechstronnego, publicznego użytku ze swego rozumu²⁵¹.

Stąd żąda wolności słowa i wolności w sprawach religii²⁵². Zarzuca, że ograniczenia wolności są powszechne:

...ze wszystkich stron słyszę pokrzykiwanie: nie myśleć! Oficer woła: nie myśleć! Ćwiczyć! Radca finansowy: nie myśleć! Płacić! Ksiądz: nie myśleć! Wierzyć! (...) Wszędzie więc mamy do czynienia z ograniczeniami wolności²⁵³.

Hasła przewijające się w powyższych rozważaniach – wychodzenie z niedojrzałości, wyzwolenie spod dominacji, wykorzystanie rozumu, wolność myślenia – są zbieżne z dzisiejszymi postulatami ruchów transhumanistycznych, a zarazem tworzą podwaliny pod egzystencję idei *transformatio ad optimum*. Są one również bliskie przesłaniu Condorceta i francuskich filozofów oświecenia. Stąd nie dziwi fakt, że dla N. Bostroma myśliciel z Królewca należy do grona najważniejszych pionierów myśli transhumanistycznej. Oczywiście przedstawiony tutaj materiał stanowi jedynie niewielki wycinek w spuściźnie Immanuela Kanta. Jest swego rodzaju uproszczeniem. Obok zbieżności jest i wiele różnic. Dla przykładu Kant odrzuca, obecną u francuskich przedstawicieli oświecenia ideę mówiącą, że wraz z rozwojem nauk szczegółowych następuje postęp moralny człowieka. Jego zdaniem rozwój moralny dokonuje się, ale wyłącznie jako postulat rozumu²⁵⁴. Kant nie podziela również właściwej oświeceniu, euforycznej postawy co do możliwości przedłużania życia ludzkiego.

²⁵⁰ Por. R. DUPKALA, *Wokół problematyki mesjanistycznych podstaw koncepcji historycystycznych w filozofii dziejów*, [w:] „Parerga – międzynarodowe studia filozoficzne”, (2007), nr 4, s. 20-21.

²⁵¹ I. KANT, *Co to jest...*, dz. cyt., s. 1.

²⁵² Por. P. SZYMANIEC, dz. cyt., s. 34.

²⁵³ I. KANT, *Co to jest...*, dz. cyt., s. 1-2.

²⁵⁴ Por. P. SZYMANIEC, dz. cyt., s. 29.

6.2. Przedłużanie życia w praktyce. Korespondencja między Hufelandem i Kantem

Jak wiemy, kwestie dotyczące możliwości wpływania na wiek człowieka podjęli już wcześniej myśliciele tacy jak: F. Bacon, Kartezjusz czy Condorcet. Cechowały się one optymizmem i wiarą, odnośnie do otwierających się coraz szerzej perspektyw zapanowania nad długością życia. Niemiecki lekarz – praktyk Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836) postrzegał ten problem zupełnie z innej perspektywy. W swym słynnym dziele pt. *Makrobiotyka to jest sztuka przedłużania życia ludzkiego*²⁵⁵ mówił o niemożności przełamywania barier natury. U. Wiesing komentuje to następująco:

„Hufeland (...) nie widzi możliwości «wprowadzania zmian w wielkim planie natury», ale podkreśla, że żywotność przypisana przez naturę może być, co najwyżej wydłużona poprzez zdrowy styl życia lub przez sztuczne środki”²⁵⁶.

Kierując się rozumem, Hufeland sformułował zasady higieny i zdrowego życia mające sprzyjać jego wydłużeniu²⁵⁷. Natura udziela człowiekowi pewnej ilości siły, mocy witalnej²⁵⁸. Siedliskiem owej siły życiowej jest materia i dokonujące się w niej procesy chemiczno-fizyczne. Dzięki niej życie się urzeczywistnia, a ciało funkcjonuje²⁵⁹. Z upływem czasu, kiedy ilość siły witalnej wyczerpie się, wtedy ciało obumiera. Hufeland podkreślał, że dzięki dobremu gospodarowaniu siłą życiową, np. poprzez odpowiednią ilość snu jesteśmy w stanie wydłużyć własną żywotność. Tyle możemy uczynić, ale nic więcej²⁶⁰.

Warto odnotować, że Hufeland swym nowo wydanym dziełem *Makrobiotyka* (1797) obdarował I. Kanta. W wyniku tego faktu między myślicielami nawiązała się wymiana korespondencji dotycząca tematyki niezdolności przedłużania i konserwowania życia²⁶¹.

²⁵⁵ Por. T.H. BROMAN, *The Transformation of German Academic Medicine, 1750-1820*, Cambridge 2002, s. 102-127.

²⁵⁶ U. WIESING, dz. cyt., s. 14. „Hufeland (...) does not see any possibility in «bringing about change to the grand scheme of nature» but rather sees at best that the lifespan prescribed by nature could be lengthened through a healthy way of life and through «künstliche Mittel» (artificial means)”.

²⁵⁷ Por. A. BEDNARYCZK, *Podstawy filozoficzno-teoretyczne makrobiotyki Ch. W. Hufelanda*, [w:] KHNiT, 49 (2004), nr 3/4, s. 97.

²⁵⁸ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 14. „Nature grants a certain amount of «Lebenskraft» or vis vitalis (vital power) to human beings”.

²⁵⁹ Por. A. BEDNARYCZK, dz. cyt., s. 78-79.

²⁶⁰ Por. U. WIESING, dz. cyt. s. 14. „When this amount is consumed then each living creature will die. By being careful with the vis vitalis and taking certain pains in rejuvenating one’s vitality by, for example, getting enough sleep, human beings may be able to lengthen their lifespan, but no more”.

²⁶¹ Więcej na ten temat: Por. A. BEDNARYCZK, dz. cyt., s. 89-90.

Podeszły już w latach Kant podzielał punkt widzenia Hufelanda. Dał temu wyraz w swoim *Konflikcie między wydziałami*²⁶². Jedną z części tego dzieła jest niewielka rozprawa pt. *O potędze ducha*. Czytamy w niej następujące słowa:

„Tym się też tłumaczy, jak ten lub ów może się chwalić, że jest zdrow jak na swój wiek, aczkolwiek, gdy idzie o pewne obowiązkowe dlań zajęcia, powinno się go zapisać w poczet chorych. Ponieważ bowiem niemoc powstrzymuje używanie, a tym samym także zużywanie i wyczerpanie siły życiowej, ponieważ ów człowiek niejako na niższej tylko stopie żyć jest zdolny (jako istota wegetująca), gdyż potrafi tylko jeść, pić, patrzeć i spać, co wprawdzie nazywa się zdrowiem, gdy idzie o żywot zwierzęcy, ale gdy o żywot obywatelski idzie (obowiązujący do zajęć publicznych) zowie się chorobą, tj. ułomnością – przeto ów kandydat do śmierci w zupełnej pozostaje zgodzie ze swoim twierdzeniem. Oto dokąd wiedzie sztuka przedłużania ludzkiego życia: człek staje się w końcu ot tak cierpiącym tylko między żyjącymi, a to naprawdę nie należy do rzeczy najprzyjemniejszych”²⁶³.

Tak więc, zarówno Kanta jak i Hufelanda cechował dystans wobec euforycznego stanowiska promującego nieograniczone możliwości człowieka w gestii przedłużania życia ludzkiego.

Podsumowując, można powiedzieć, że pierwszym pomysłem medycznej poprawy od początku towarzyszyło przekonanie o olbrzymich możliwościach drzemających w sztuce leczenia. Jednak, co ważne, entuzjazm ten bazował bardziej na teoretycznych dociekaniach, na przewidywaniach co do przyszłości, aniżeli na możliwościach praktycznych. Dostyc szybko został on zweryfikowany przez doświadczenie. Tak naprawdę stan faktyczny medycyny wieku XVII i XVIII nie pozwalał jeszcze na wiele. Ograniczano się do łagodzenia objawów choroby, niesiono wsparcie moralne dla pacjentów²⁶⁴.

²⁶² Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 14. „This is also a point of view shared by Immanuel Kant (1724–1804) in his «Conflict between the Faculties» of 1798”.

²⁶³ I. KANT, *O potędze ludzkiego ducha*, [Online]. <http://www.wolnelektury.pl/katalog/lektura/o-potedze-ducha.html>, s. 19, [dostęp: 1.08.2015]; Por. Tenże, *O potędze ludzkiego ducha*, Lwów 1913, s. 68-69.

²⁶⁴ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 3. „From the moment the first ideas about medical enhancement emerged, the discipline of medicine was assigned enormous potential. However, in the 17th century medicine was de facto capable of very little. The general lack of medical knowledge and expertise meant that it was reduced to the alleviation of symptoms and moral support for patients. Initial enthusiasm surrounding the potential of medicine was therefore based chiefly on purely theoretical considerations and extrapolations”.

Ostatecznie wydaje się uprawnionym stwierdzenie, że myśliciele epoki oświecenia w swych teoriach wyprzedzili to, na co pozwalała i czym dysponowała współczesna im medycyna. Praktykujący lekarze, spotykający się na co dzień z chorymi, wykazywali się większą ostrożnością i rezerwą, co do możliwości wzmocnienia i poprawy człowieka²⁶⁵. Teorie Hufelanda, lekarza- praktyka są tego dobrym przykładem.

6.3. Odrzucenie metafizyki, nihilizm i nowe pomysły usensowienia życia

Krakowski bioetyk T. Kraj dowodzi, że filozofia Kanta wpłynęła na rozwój refleksji związanej z przekształcaniem konstrukcji biologicznej człowieka jeszcze z innej strony²⁶⁶. Autor ten, rozpoczynając swą argumentację odwołuje się do myśli św. Tomasza z Akwinu i filozoficznej koncepcji prawdy rzeczy. Przypomina, że koncepcja ta:

„...pomaga zrozumieć teologiczną prawdę odnoszącą się do dzieła stworzenia: tę mianowicie, iż Bóg nie tylko stworzył świat i człowieka, ale też stworzył swe dzieła według jakiegoś zamysłu, który człowiek jest w stanie poznać i który winien uszanować. To bowiem, że rzeczy są prawdziwe, oznacza też, że są one otwarte wobec poznającego rozumu, są inteligibilne. Dzięki temu ludzki rozum poznający dzieło stworzenia «widzi» nie tylko, że Bóg ma pewien zamysł odnoszący się do stworzenia, ale też jest w stanie rozpoznać treść owego Bożego zamysłu (planu). Jednym z jego najważniejszych wskazań jest ukierunkowanie stworzeń (m.in. człowieka) na cel właściwy każdemu z nich»²⁶⁷.

Następnie podkreśla, że w filozofii nowożytnej koncepcja prawdy rzeczy utraciła swoją pozycję. Odrzucono filozofię spekulatywną, zwłaszcza metafizykę. Na pierwszy plan wysunęły się nauki cechujące się praktycznością oraz użytecznością. Już nie poznawanie świata i rzeczywistości, ale opanowanie natury stało się celem nauki. Kolejni myśliciele, począwszy od F. Bacona, przez Kartezjusza, a skończywszy na Marksie, pogłębiali zmianę znaczenia filozofii. Bacon wartość wiedzy dostrzegał jedynie w nowych odkryciach oraz

²⁶⁵ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 14. „Medical practitioners are by rule more cautious with regard to the enhancement of human beings”.

²⁶⁶ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 216-219.

²⁶⁷ Tamże, s. 216-217.

w dostarczanych środkach, Kartezjusz domagał się zastąpienia starej i teoretycznej filozofii nową – praktyczną, a Marks zadaniem filozofii uczynił przemianę świata. Koncepcję prawdy rzeczy podważali kolejno Spinoza, Hobbes czy Leibniz²⁶⁸. T. Kraj zauważa, że do definitywnego jej odrzucenia przyczyniły się dzieła I. Kanta. Pisze:

„Zdaniem Kanta, koncepcja prawdy rzeczy jest tautologią i nie powinna więc być przedmiotem zainteresowania filozofii. Stwierdzenie to, będące w gruncie rzeczy odrzuceniem klasycznej metafizyki, pociąga za sobą poważne konsekwencje. Oznacza bowiem, iż człowiek nie jest w stanie poznać bytu i jego natury. W tym też kierunku rozwinęła się myśl filozofa z Królewca. Chociaż nie odrzuca on prawdy jako takiej, to właściwe jej *adaequatio* nie jest już zgodnością intelektu z rzeczą (...) «intelekt jest uznawany tylko za władzę dokonującą połączeń, która nadaje formy a priori materii zmysłowej²⁶⁹» nie mamy natomiast do czynienia z rozumowym ujęciem całej rzeczywistości”²⁷⁰.

T. Kraj dodaje, że nieprzekraczalna bariera pomiędzy myślą, a bytem stała się przyczyną niemożności poznania prawdy rzeczy. To z kolei doprowadziło do narodzin nihilizmu teoretycznego²⁷¹, który jak pisze A. Gudaniec, oznacza przede wszystkim «unicestwienie prawdy bytu, tj. prawdy rozumianej jako odsłanianie się bytu»²⁷².

T. Kraj uzupełniając, stwierdza:

„To, o czym człowiek był dotąd przekonany, że jest prawdą, musi ustąpić przekonaniu, iż nie ma obiektywnej prawdy, a nawet gdyby istniała, nie jest ona człowiekowi dostępna”²⁷³.

Nihilizm teoretyczny według krakowskiego bioetyka doprowadził do nihilizmu, który przybrał formę praktyczną, zjawiska społeczno-kulturowego, obejmującego coraz szersze

²⁶⁸ Por. Tamże, s. 217.

²⁶⁹ V. POSSENTI, *Nihilizm teoretyczny i „śmierć metafizyki”*, Lublin 1998, s. 23.

²⁷⁰ T. KRAJ, dz. cyt., s. 218.

²⁷¹ Por. Tamże.

²⁷² A. GUDANIEC (rec.), *Nihilizm teoretyczny a „śmierć metafizyki”*, [Online]. http://www.ptta.pl/index.php?id=teksty_recenzje_nihilizm_rec, [dostęp: 28.07.2015].

²⁷³ T. KRAJ, dz. cyt., s. 219.

środowiska, dającego teoretyczne podstawy i roszczonego sobie prawo do rozwiązywania problemów zarówno całej społeczności, jak i poszczególnych jednostek. Idąc za V. Possentim, T. Kraj wymienia charakterystyczne cechy nihilizmu: rozkład wszelkich fundamentów, negacja jakiegokolwiek celowości w kosmosie i człowieku, bezcelowość egzystencji, zredukowanie podmiotu do czystej funkcji itd.²⁷⁴.

W nihilizmie, który odrzuca wszelkie wartości, lub nie uznaje rzeczy wartościowych za wartościowe²⁷⁵, niczym po równi pochyłej człowiek stacza się ku przyjęciu stwierdzenia o bezsensowności świata i istnienia. Prawda taka nie pozostaje bez przełożenia na praktykę. Nihilista, będąc konsekwentnym, odrzucając wartość życia – albo popełni samobójstwo, albo popadnie w niekonsekwencję i pograży się w pesymizmie i agnostycyzmie²⁷⁶.

T. Kraj zauważa, że projekty zmiany ludzkiej konstrukcji biologicznej, zwłaszcza te radykalne, stanowią próbę nadania egzystencji ludzkiej nowego sensu. Tak więc, nihilizm w jakimś stopniu leży u ich podstaw²⁷⁷. A może więcej? Może stanowią one swego rodzaju rozpaczliwą próbę wyrwania się z nihilizmu i przewyciężenia go? T. Kraj pisze:

„...poprzez zmianę i dostosowanie ludzkiego jestestwa do nowych funkcji, jakie miałyby sprawować w nowym społeczeństwie jutra, chce się nadać ludzkiej egzystencji nowy sens. U podstaw stoi przekonanie, iż obecna ludzka kondycja jest skutkiem działania ślepych sił przyrody i dopiero teraz nastał właściwy czas, by je zastąpić racjonalnym ludzkim działaniem, projektując i stwarzając człowieka na nowo. Dopiero teraz wraz z aktem stworzenia nowego człowieka zostanie mu nadana prawdziwa wartość”²⁷⁸.

6.3.1. Fryderyk Nietzsche

Tezę T. Kraja dotyczącą nihilizmu, jako punktu wyjścia dla prób nadania nowego sensu życiu istot ludzkich wydaje się potwierdzać filozofia F. Nietzschego (1844-1900). Myśliciel ten w dziele pt. *Tako rzecze Zaratustra* wypowiedział słynne zdanie: «Bóg umarł: niechże za naszą wolą nadczłowiek teraz żyje»²⁷⁹.

²⁷⁴ Por. Tamże, s. 218-219.

²⁷⁵ Por. *Nihilizm*, [w:] G. VESEY, P. FOULKES (red.), dz. cyt., s. 227.

²⁷⁶ Por. Tamże.

²⁷⁷ Por. T. KRAJ, dz. cyt. s. 219.

²⁷⁸ Tamże.

²⁷⁹ F. NIETZSCHE, *Tako rzecze Zaratustra. Książka dla wszystkich i dla nikogo*, W. BERENT (tł.), Warszawa 1990, s. 356.

Twierdzenie, że Bóg umarł, uśmierca racje istnienia wszelkich wartości, zwłaszcza moralnych. Oznacza rozkład fundamentu i sensu²⁸⁰. Skutkuje automatycznie postawą nihilizmu w takich płaszczyznach jak: moralność, aksjologia, metafizyka. Nietzsche patrzył z pogardą na każdą z tych płaszczyzn. Stanowiły one dla niego jedynie swego rodzaju preludium prowadzące do odbudowania wartości na nowym, solidnym fundamencie, były wstępem do ich całkowitego przewartościowania. Proces ten, zdaniem Nietzschego, dokona się dzięki przyjęciu koncepcji «nadczołowieka» i «woli mocy»²⁸¹.

Tak więc Nietzsche będąc nihilistą usiłował ów nihilizm przewyciężyć, uporać się z nim. Chciał nadać życiu człowieka nowy sens. W. Tatarkiewicz pisze:

„Jakkolwiek różnorodne były idee moralne, jakie zna historia Europy, to jedno przekonanie było im wspólne: życie ludzkie ma swój cel. Wielu ludzi sądziło, że celu tego nie zna, że jeszcze go nie znalazło; ale nikt nie wątpił, że istnieje. To przekonanie zachwiało się dopiero w XIX wieku. A wyrazem tego zachwiania była filozofia Schopenhauera: życie nie ma celu, jest bezcelowym, bezrozumnym parciem naprzód. Do tego nawiązał Nietzsche: przyznał Schopenhauerowi rację. Jednakże częściowo. Bo człowiek nie ma istotnie celu poza sobą, ale ma go w samym sobie: samo życie jest celem”²⁸².

W ten sposób Nietzsche przekroczył nihilizm i pesymizm Schopenhauera, tworząc swój własny ideał człowieka, nazywając go nadczołowiekiem. W otaczającej nas rzeczywistości on nie istnieje, ale jest możliwym, a nawet koniecznym, jak twierdził, używając swego biologicznego języka, jego wyhodowanie. Początki ludzkości związane były z moralnością panów, i aby zrealizować ów ideał nadczołowieka, należy do niej powrócić. Gdy do tego dojdzie, nadczołowiek będzie cieszył się nie tylko perfekcją pod względem biologicznym, odpowiednią żywotnością, ale również doskonałością duchową. Cechować go będzie dostojność i żelazna twardość zarówno wobec siebie jak i innych²⁸³.

Słowa te współbrzmiały z hasłami i postulatami głoszonymi przez dzisiejszych zwolenników *human enhancement*. Podobnie jak w przypadku Nietzschego, tak i obecnie próby

²⁸⁰ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 218.

²⁸¹ Por. *Nihilizm*, [w:] G. VESEY, P. FOULKES (red.), dz. cyt., s. 227-228.

²⁸² W. TATARKIEWICZ, dz. cyt., t. III, s. 168.

²⁸³ Por. Tamże.

nadania życiu ludzkiemu nowego sensu, wprowadzania gatunku ludzkiego na nowe tory, wynikają w jakimś stopniu z nihilizmu, w jaki popchnęła świat filozofia odrzucająca koncepcję prawdy rzeczy.

W tej perspektywie obok I. Kanta, również F. Nietzsche jawi się jako jeden z najbardziej wpływowych prekursorów dzisiejszych ruchów popierających i wzywających do *przemiany ku lepszemu* człowieka i jego gatunku. Według N. Bostroma myśl niemieckiego filozofa wydaje się stanowić główną inspirację dla nurtu transhumanistycznego²⁸⁴. Bostrom dla poparcia swojej myśli cytuje Nietzschego:

„Uczę cię nadczłowieka. Człowiek jest czymś, co będzie przewyżnione. Co uczyniłeś, aby go zwyciężyć? Wszystkie istoty do tej pory stworzyły coś poza nimi samymi; a ty chcesz być kresem tego wielkiego nurtu, a nawet wrócić do bestii raczej niż przewyżnić człowieka?”²⁸⁵.

Rozważania te warto zakończyć fragmentem pochodzącym ze wstępu do książki V. Possentiego pt. „*Nihilizm teoretyczny*” a *śmierć metafizyki*. Autor podkreśla, że istnieje inna droga wiodąca do przewyżnienia nihilizmu. Jest nią powrót do solidnych fundamentów realistycznej metafizyki:

„...nie oczekujemy zmięzchu Zachodu, lecz zmięzchu nihilizmu, który, zanim stał się znaczącym ruchem historycznym, był błędem myśli. Nie istnieje żaden definitywny sąd o końcu dziejów metafizyki na Zachodzie, jej historia pozostaje wciąż otwarta. (...) Filozofia nie rezygnuje z wysiłku tworzenia pojęć i wydawania sądów, w których postmetafizyczny nihilizm widzi jedynie projekcje subiektywności, konwencje, gry językowe (...). Kiedy jakiś rodzaj myśli wyczerpuje się, nie oznacza to, że wszystko jest skończone: pozostaje bowiem rzeczywistość. Jeśli na pustyni nihilizmu wydaje się, że nie ma ku czemu się zwrócić, zwróćmy się ku bytowi i ku rzeczom, które mamy przed sobą. Na takim powrocie (...) polega ocalenie myśli i szansa na to, że nauka o bycie wypracowana

²⁸⁴ Por. N. BOSTROM, dz. cyt., s. 4. „It might be thought that the German philosopher Friedrich Nietzsche (...) would have been a major inspiration for transhumanism”.

²⁸⁵ Tamże. Autor cytuje: F. NIETZSCHE, *Tako rzecze Zaratustra. Książka dla wszystkich i dla nikogo*. Tłumaczenie za: T. KRAJ, dz. cyt., s. 69.

w tradycji realistycznej przemówi na nowo. To, co niegdyś zostało oparte na solidnym fundamencie, może na nowo stać się przedmiotem medytacji²⁸⁶.

7. KAROL DARWIN I TEORIA EWOLUCJI

Opublikowane w 1859 roku dzieło Karola Darwina (1809-1882)²⁸⁷ pt. *O pochodzeniu gatunków* stanowi kolejny ważny choć nie bezpośredni krok na drodze rozwoju idei *transformatio ad optimum*. Angielski naukowiec w rozprawie tej wyłożył swą słynną teorię dotyczącą ewolucji. Warto zaznaczyć, że w kręgach biologów aspekt ewolucyjności był dyskutowany już wcześniej, lecz dopiero Darwin jako pierwszy ideę tę przedstawił w sposób szeroki i systematyczny²⁸⁸.

Ewolucja to proces bardzo złożony, dokonujący się w czasie i nieodwracalny. Jego skutkiem jest «różnorodność i postęp szczebli organizacji materii»²⁸⁹. Obejmuje on wszelkie zmiany zachodzące w świecie zjawisk fizycznych, biologicznych czy ludzkich²⁹⁰. W sensie biologicznym teoria ewolucji wyjaśnia mechanizm i przyczyny procesu zmian i przekształceń jakie zachodzą w żywej materii w skali czasu obejmującej wiele pokoleń²⁹¹. W celu przystosowania się do dynamicznych warunków środowiskowych gatunki na drodze długofalowego rozwoju podlegają stopniowym zmianom, dając w ten sposób istnienie nowym. Przechodzą od form niższych w kierunku wyżej zorganizowanych. Przyjmuje się, że w świecie zwierząt gatunki pochodzą jedne od drugich, a swój początek biorą od wspólnego przodka.

W swym dziele Darwin odniósł ewolucję do królestwa roślin i zwierząt. Nie podjął kwestii pochodzenia człowieka. Wyjątkiem jest jeden fragment, w którym stwierdził, że jego teoria może rzucić światło także na dzieje i pochodzenie gatunku ludzkiego. Uczynił to później, w 1871 roku, kiedy w pracy pt. *O pochodzeniu człowieka i doborze w odniesieniu do płci*

²⁸⁶ V. POSSENTI, *Nihilizm teoretyczny...*, dz. cyt. Cytat za: A. GUDANIEC, dz. cyt.

²⁸⁷ Por. R. GREENBERGER, *Darwin and the Theory of Evolution*, New York 2005, s. 52-53.

²⁸⁸ Na ten temat pisze N.M. Wildiers: „Również i Darwin miał swoich poprzedników (...). W kręgach biologów znana była już od XVIII wieku idea rozwoju form życia jako możliwa hipoteza. Należeli do nich tacy uczeni jak Buffon (1707-1788) i Erazm Darwin (1731-1802). Nawet Carl von Linné (1707-1778) wydający się początkowo całkowicie opowiadać za niezmiennością wyraził przypuszczenie, że z biegiem czasu powstają nowe gatunki. Jean-Baptiste de Monet, Chevalier de Lamarck w książce *Philosophie zoologique* (1809) podjął ważną próbę naukowego uzasadnienia ewolucji form życia i wyjaśnienia tego fenomenu”. N.M. WILDIER, dz. cyt., s. 111.

²⁸⁹ J. ŁUKOMSKI, *Ewolucja*, [w:] EB, s. 196.

²⁹⁰ Por. Tamże.

²⁹¹ J. DZIK, *Ewolucja*, [Online]. http://www.paleo.pan.pl/people/Dzik/Publications/Ewolucja_liceum.pdf, [dostęp: 02.10.2015].

(*Descent of Man and Selection in Relation to Sex*) stwierdził, że zasady ewolucji dotyczą również człowieka i wyjaśniają jego pochodzenie²⁹².

Teorię Darwina niemal od razu w sposób skrajny wykorzystali zwolennicy ateizmu i materializmu. Podważyli oni akt stwórczy Boga. Dla nich człowiek nie był już Jego dziełem, ale wynikiem przypadkowych procesów ewolucyjnych, nie różniącym się niczym istotnym od zwierząt. Innymi słowy stanowił on jedynie jedną z wielu form w długim łańcuchu istot żyjących²⁹³. W odpowiedzi Kościół katolicki dopuścił jako niesprzeczną z przesłaniem biblijnym akceptację hipotetycznego ewolucjonizmu umiarkowanego, przyjmującego możliwość pochodzenia ciała ludzkiego, ale nie duszy od niższych form zwierzęcych. Dał temu wyraz papież Pius XII w encyklice *Humani Generis* z 1950 roku²⁹⁴:

„Urząd nauczycielski Kościoła nie zabrania uczonym przyrodnikom i teologom odpowiednio do dzisiejszego stanu nauk świeckich i teologicznych zajmować się w swych badaniach i dyskusjach teorią «ewolucji», mianowicie o ile ona bada początki ciała ludzkiego, powstałego z już istniejącej i żyjącej materii. Wiara bowiem katolicka nakazuje nam uznać bezpośrednie stworzenie dusz przez Boga...”²⁹⁵.

W środowisku współczesnej nauki zasada ewolucji cieszy się wysokim prestiżem i stanowi poważną teorię naukową²⁹⁶. Potwierdzają ją postępujące na przestrzeni czasu odkrycia naukowe. Dotyczą one nie tylko paleontologii, ale również anatomii porównawczej, embriologii, genetyki itd. Niemniej prawdą jest także to, że historia ewolucji i jej mechanizmy nadal generują wiele takich pytań, na które wciąż nie znamy odpowiedzi²⁹⁷.

Na płaszczyźnie prowadzonego dialogu pomiędzy nauką, filozofią i teologią Jan Paweł II postawił kolejny krok, stwierdzając, że «nowe zdobycze nauki każą nam uznać, że teoria ewolucji jest czymś więcej niż hipotezą»²⁹⁸. W ten sposób została ona doceniona i dowartościowana. Z drugiej jednak strony K. Wojtyła jasno i wyraźnie uwypuklił mankamenty

²⁹² N.M. WILDIERS, dz. cyt., s. 112.

²⁹³ Por. B. WIECZOREK, *Transhumanizm utopia cyborgizacji człowieka*, [w:] „Frona”, (2006), nr 3, s. 17.

²⁹⁴ Por. T. BRZEGOWY, *Pięcioksiąg Mojżesza*, Tarnów 2002, s. 292-293.

²⁹⁵ Cytat za: Tamże, s. 293.

²⁹⁶ Por. P. TARASIEWICZ, *Jan Paweł II wobec ewolucjonizmu*, [w:] P. JAROSZYŃSKI (red.), *Ewolucjonizm czy kreacjonizm. Przyszłość Cywilizacji Zachodu*, Lublin 2008, s. 212.

²⁹⁷ Por. N.M. WILDIERS, dz. cyt., s. 112.

²⁹⁸ JAN PAWEŁ II, *Orędzie życia. Przesłanie Ojca Świętego do członków Papieskiej Akademii Nauk* (22 października 1996 r.), [w:] „W drodze”, (1997), nr 9, s. 43-46.

obecne w antropologii ewolucyjnej mówiące o przypadkowym i naturalistycznym pochodzeniu człowieka²⁹⁹.

Niestety, do owych mankamentów odwołują się dzisiejsi zwolennicy transhumanizmu. Przypadkowość i naturalistyczne pochodzenie człowieka stanowią dla nich źródło dodatkowej argumentacji na rzecz możliwości *przekształcania ku lepszemu* organizmów istot ludzkich³⁰⁰. N. Bostrom zwraca uwagę, że na korzyść transhumanizmu przemawia teza wypływająca z darwinowskiego założenia, że ludzkość w obecnym stadium swego rozwoju nie stanowi celu ewolucji, jej końca, ale dopiero początek, jedną z pierwszych faz³⁰¹. W tym znaczeniu teoria Darwina stanowi kolejny ważny krok na drodze rozwoju idei *transformatio ad optimum*.

Uszczegóławiając, wcześniejsze stwierdzenia, można powiedzieć, że w myśl procesu doboru naturalnego gatunek ludzki jawi się jako przypadkowy produkt ewolucji³⁰². Więcej, człowiek jest wytworem dalekim od doskonałości, posiadającym wiele wad, niekompletnym, negatywnie predysponowanym w odniesieniu do dalszych wyzwań wynikających z postępujących procesów ewolucyjnych. Teoria ta sprawiła, że ludzie z jednej strony uwierzyli, że są zagrożeni upadkiem, że gatunek ludzki, któraś z jego ras mogą ulec zmianie na gorsze, zdegenerować się, a nawet wyginąć. Z drugiej strony do ich świadomości doszedł głos, że ludzkie cechy nie są stałe, że są elastyczne i otwarte do naszej dyspozycji, że można je modyfikować w celu ulepszenia i wzmacniania. Niebagatelną rolę w tym procesie miały odegrać powstające nowe ośrodki naukowe, a także rozwój techniki i technologii. Sprzyjały one rysującym się coraz szerzej perspektywom ingerencji w ludzką naturę³⁰³.

²⁹⁹ Por. P. TARASIEWICZ, dz. cyt., s. 221.

³⁰⁰ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 68.

³⁰¹ Por. K. ADAMSKI, *Transhumanizm – między utopią, biotechnologią a gnozą*, [w:] „Roczniki teologii moralnej”, 59 (2012), nr 4, s. 108; N. BOSTROM, dz. cyt., s. 3. „After the publication of Darwin’s Origin of Species (1859), it became increasingly plausible to view the current version of humanity not as the endpoint of evolution but rather as a possibly quite early phase”.

³⁰² Por. R. SKRZYPCZAK, *Pozłacany fetysz czy żyła złota? Rozważania o personalizmie*, [w:] „Frona”, (2006), nr 3, s. 100.

³⁰³ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 15. „As a result of the theory, the human being becomes the product of chance in the course of evolution. This product is not perfect but rather, in all manners of speaking, deficient and predisposed to further deficiencies in relation to the evolutionary challenges. The boundaries demarking categories of species became accidental products of history, while new, even altered species could come into being. This knowledge was, on the one hand, a threat. The human being, his genus or a specific race could change for the worse, degenerate and even become extinct. (...) People believed themselves to be threatened with decline. On the other hand, the theory of evolution allowed for the possibility of improvement above all in connection with future scientific means. The characteristics, which placed humans in a specific genus, were no longer fixed and were therefore fundamentally flexible, open to our disposal. One could improve human beings – and not only a few believed that one must change human beings...”.

N.M. Wildiers zwraca uwagę, że XIX wiek charakteryzował się olbrzymim rozwojem w dwóch dziedzinach. Pierwszą z nich były nauki przyrodnicze, drugą – metoda historyczna, mająca fundamentalne znaczenie dla coraz lepszego poznawania przeszłości. Początkowo wydawało się, że pomiędzy tymi dwoma dziedzinami nie ma bliższego związku. Jak się później okazało, teoria Darwina, a zwłaszcza jej nadinterpretacje połączyły je, przerzuciły pomiędzy nimi most³⁰⁴. Wildiers pisze:

„... do naszej wizji natury została włączona historia przyjmująca coraz bardziej postać wielkiego procesu historycznego, w którym wszystko jest ze sobą wzajemnie powiązane”³⁰⁵.

Owo połączenie nie tylko przyczyniło się do unicestwienia takiego obrazu świata, w którym to, co nas otacza cechuje się stałością, niezmiennością, jest uporządkowane, ale również wytyczyło szerokie perspektywy ku kreowaniu³⁰⁶ «całkowicie nowej wizji rzeczywistości»³⁰⁷.

Reasumując, teoria ewolucji Karola Darwina, a przede wszystkim jej nadinterpretacje, dały kolejny silny impuls do promowania nauki jako tej, która winna kształtować naturę, manipulować ją i przekształcać. Dotyczyło to zwłaszcza dziedziny biologii, stając się jej naczelnym i głównym zadaniem³⁰⁸. Skoro świat jest zmienny, niedoskonały, znajduje się w stanie ciągłego przekształcania, to człowiek ma nie tylko prawo, ale obowiązek podejmowania takich działań, które sprawią, że nie tylko otaczająca rzeczywistość, ale również on sam stanie się lepszym i doskonalszym.

Warto na koniec podkreślić, że sam Darwin badał i opisywał przeszłość, interesowało go, w jaki sposób wyewoluowały istoty ludzkie. Natomiast ku przyszłości, ku możliwościom ingerencji i wprowadzania zmian w obrębie gatunku ludzkiego, zwrócili się dopiero interpretatorzy jego teorii, zwłaszcza Francis Galton.

³⁰⁴ N.M. WILDIERS, dz. cyt., s. 113.

³⁰⁵ Tamże.

³⁰⁶ Por. Tamże.

³⁰⁷ Tamże.

³⁰⁸ Szerzej na ten temat w pracy: S.M. ROTHMAN, D.J. ROTHMAN, *The Pursuit of Perfection: The Promise and Perils of Medical Enhancement*, New York 2003, s. 3-21.

8. FRANCISZEK GALTON I EUGENIKA

Darwinowska teoria ewolucji stała się istotną przesłanką dla narodzin ruchu eugenicznego³⁰⁹. W wyniku prowadzonych obserwacji zauważono stopniowy i postępujący proces fizycznej degeneracji gatunku ludzkiego. Domniemywano, że sytuacja ta stanowi realne zagrożenie dla ludzkości. Pionierem teoretycznych prac poświęconych temu zagadnieniu był kuzyn Darwina – Franciszek Galton (1822-1911). Dążył on do stworzenia praktycznego programu, który przeciwdziałałby temu zjawisku³¹⁰. Odnosił do niego wywiedziony z języka greckiego termin «*eugenika*» oznaczający *dobrze urodzony* (gr. *Eu* – dobry, *gennao* – rodzę)³¹¹. W ten sposób rodziła się nauka, której celem stało się dążenie do «polepszania składu genetycznego rodzaju ludzkiego»³¹². Pomimo, że Galton nie dysponował jeszcze wiedzą dotyczącą genu i dziedziczenia cech,³¹³ to w dziele pt. *Geniusz dziedziczny (Hereditary Genius)* podkreślał i udowadniał, że dobre i ponadprzeciętne cechy, zdolności czy predyspozycje są często przekazywane potomstwu w kolejnych pokoleniach³¹⁴. Analogiczna sytuacja dotyczy również cech negatywnych, niepożądanych. Pod wpływem tych wniosków postulował podejmowanie takich działań, które w sposób skuteczny doprowadzą do zapewnienia odpowiedniej jakości populacji. Stanie się to wówczas, gdy zwiększy się liczba ludzi, charakteryzujących się dobrymi i pożądanymi cechami³¹⁵.

Powstające na początku XX wieku ruchy eugeniczne charakteryzowały się dążnością do rozmaitych celów. Rodziło się wiele dylematów i pytań. Co jest ważniejsze? Czy powinno się unikać złego potomstwa (eugenika negatywna), czy raczej podejmować takie działania, które sprzyjałyby rozprzestrzenianiu się istot ludzkich o właściwych i pożądanymi cechach genetycznych (eugenika pozytywna)³¹⁶.

³⁰⁹ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 15. „The Darwinian theory of evolution was the prerequisite for the eugenic movement”.

³¹⁰ Por. T. ŚLIPKO, *Bioetyka – Najważniejsze problemy*, Kraków 2012, s. 94.

³¹¹ Por. B. CHYROWICZ, *Eugenika*, [w:] EB s. 182; A. MUSZALA, A. RUDZIEWICZ, *Bioetyka w szkole*, Kraków 2007, s. 57.

³¹² R. TOKARCZYK, *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Warszawa 2012, s. 162.

³¹³ Por. B. CHYROWICZ, dz. cyt., s. 183. Wiedzy dotyczącej dziedziczenia cech nie posiadali także naśladowcy Galtona, działający w latach dwudziestych i trzydziestych XX wieku, pomimo tego, że znane już były wyniki prac G. Mendla (1822-1884) uważanego za «ojca» genetyki oraz T. Morgana (1866-1945) autora chromosomowej teorii dziedziczności. Por. Tamże.

³¹⁴ Por. F. FUKUYAMA, *Koniec człowieka – Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, Kraków 2004, s. 37.

³¹⁵ Por. A. MUSZALA, A. RUDZIEWICZ, dz. cyt., s. 57.

³¹⁶ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 16. „The varying eugenic movements were striving toward different goals. Should one hinder “bad” offspring (negative eugenics) or should one encourage the propagation of people with a better genetic inheritance (positive eugenics)?”.

Odpowiedzi były różne. W odniesieniu do ludzi zdrowych, silnych, inteligentnych czy należących do określonej rasy sądzono, że należy nie tylko wspierać ich rozmnażanie, lecz wręcz wymuszać ich częste współżycie w celu wydania na świat potomstwa dobrej, wysokiej jakości. Gdy nie ma takiej gwarancji, gdy pojawia się zagrożenie powołania do życia istot słabych, sugerowano takie formy rozwiązań, jak: podjęcie dobrowolnej abstynencji seksualnej, czy sztuczne zapobieganie niechcianemu rozmnażaniu. Stawiano także pytanie o możliwość ewentualnej eliminacji istot ludzkich obciążonych wadami rozwojowymi³¹⁷.

Mówiąc najprościej, ruchy eugeniczne przyjmowały założenie, że cechy istot ludzkich są przeważnie uwarunkowane dziedzicznie, przenoszone na kolejne pokolenia³¹⁸. W naturalnym środowisku dokonuje się selekcja, która eliminuje osobniki słabe, chore czy upośledzone, nie dopuszczając w ten sposób do przekazu posiadanych przez nie niepożądanych cech. Tymczasem w społeczności ludzkiej często zachodzi sytuacja przeciwna naturze. Człowiek leczy, pomaga i ochrania osobniki swego gatunku, charakteryzujące się niską jakością życia. W naturalnych warunkach jednostki takie uległyby eliminacji, a w populacji ludzkiej otrzymują one szansę przeżycia; co więcej, niejednokrotnie posiadają później własne potomstwo³¹⁹.

Według zwolenników ruchów eugenicznych ów zanik efektywności naturalnej selekcji powoduje nadmierny przyrost osobników o cechach niepożądanych. Ma to realny wpływ na obniżenie jakości całej populacji gatunku ludzkiego. W tej perspektywie postulaty i działalność eugeników jest niczym innym, jak usiłowaniem zrównoważenia negatywnych skutków wywołanych przez brak naturalnej selekcji³²⁰. Ich zadaniem jest dążność do zapewnienia jak najlepszej jakości rodzaju ludzkiego poprzez zwiększenie ilości osobników charakteryzujących się właściwą, zdrową konstytucją organizmu.

Lata 20 i 30 ubiegłego wieku to czas, w którym ruch eugeniczny ogarnął swym zasięgiem wiele krajów, a zwłaszcza USA, kraje skandynawskie i Niemcy³²¹. Postulaty eugeniczne wkomponowano tam w program polityczny. Do argumentów, idących po linii

³¹⁷ Por. Tamże. „The question of which measures should be implemented also brought on varying responses. Should one support only wished for propagation, should one encourage voluntary abstinence with regard to unwanted propagation, should one force the copulation of people with a «good» genetic structure and prevent by force unwanted propagation, or should people with a bad genetic make-up be eliminated?».

³¹⁸ Por. Tamże. „, They assume that behaviour and the personal characteristics of human beings are overwhelmingly conditioned by hereditary...”.

³¹⁹ Por. W. JAREMEK, *Eugenika*, [w:] „Galen”, (2011), nr 9-10, s. 12.

³²⁰ Por. Tamże; U. Wiesing, dz. cyt., s. 16. „, and that the quality of the genetic make-up of the population in civilised countries is deteriorating due to unnatural conditions that impede selection”.

³²¹ Por. B. CHYROWICZ, dz. cyt., s. 183.

myślenia eugenicznego odwoływały się ugrupowania sceny politycznej³²². Na gruncie amerykańskim idee udoskonalenia gatunku ludzkiego głosił Charles Davenport (1866-1944). Pod wpływem jego działalności wiele stanów uchwalilo prawa zakazujące zawierania małżeństw przez osoby charakteryzujące się negatywnymi cechami, a także nakazujące przymusowe ubezpłodnienie ludzi, względem których zaistniało podejrzenie, że mogą wydać na świat potomstwo o niskiej jakości. Davenport uważał, że ludzie czarnoskórzy, Żydzi, a także emigranci z Europy Wschodniej charakteryzują się, mówiąc współczesnym językiem, «najslabszym materiałem genetycznym». Poglądy te przyczyniły się nie tylko do pogłębienia podziałów rasowych, ale również do ścisłej i surowej kontroli emigracyjnej³²³.

Amerykański autor żydowskiego pochodzenia J. Rifkin zwraca uwagę, że *higiena rasowa (Rassenhygiene)* nie jest tylko i wyłącznie niemieckim wynalazkiem. Przypomina, że była ona mocno zakorzeniona w świadomości osób sprawujących rządę w Stanach Zjednoczonych. Dla potwierdzenia stanowiska przywołuje zapis, jaki na swym sztandarze umieścił Theodore Roosevelt, piastujący urząd prezydenta w latach 1901-1909³²⁴:

„Pewnego dnia zrozumiemy, że najwyższym obowiązkiem, nieuniknionym obowiązkiem dobrych obywateli jest przekazanie swej krwi potomstwu, i że nie możemy pozwolić na rozmnażanie się obywateli złego rodzaju. Wielki problem cywilizacji polega na zapewnieniu relatywnego wzrostu wartościowych elementów ludności i spadku elementów mniej wartościowych lub wręcz szkodliwych. (...) Ten problem możemy rozwiązać tylko przy uwzględnieniu ogromnego wpływu skłonności dziedzicznych. (...) Chciałbym, by można było powstrzymać niewłaściwych ludzi przed rozmnażaniem się; a powinno to być koniecznie możliwe, gdy zły charakter takich ludzi jest całkiem ewidentny. Kryminaliści powinni być sterylizowani, a ludziom o niskiej inteligencji powinno być zabronione pozostawianie po sobie potomstwa. (...) Powinniśmy się starać o to, aby rozmnażali się przede wszystkim ludzie wartościowi”³²⁵.

³²² Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 16. „Many civilised countries incorporated eugenic thought into their political agenda and, as an example of this, limited the immigration of particular population groups. There were more or less influential eugenic societies in many countries. Liberal and left-leaning political parties also argued from a eugenic point-of-view, not only the political parties tending toward the right”.

³²³ Por. A. MUSZALA, A. RUDZIEWICZ, dz. cyt., s. 57-58.

³²⁴ Por. G. KUBY, *Globalna rewolucja seksualna – Likwidacja wolności w imię wolności*, Kraków 2013, s. 33.

³²⁵ J. RIFKIN, *Was macht euch so ängstlich? Amerikas Kraft ist Amerikas Leitkultur: Eine Anfrage an die Deutschen*, [w:] „Frankfurter Allgemeine Zeitung“, (2000), nr 269, s. 41. „Eines Tages werden wir erkennen, daß die oberste Pflicht,

Z upływem czasu w Europie pojawiły się szczególnie sprzyjające warunki dla rozwoju idei eugenicznych i ich zastosowania w praktyce. Nazistowskie Niemcy stały się państwem, w którym eugenika osiągnęła najwyższy poziom upolitycznienia, gdzie przestano się liczyć z tradycyjną moralnością³²⁶. To tam w 1933 roku, w celu zapobieżenia złemu dziedziczeniu, wprowadzono ustawę o przymusowej sterylizacji. Uczyniono to, wnosząc hasła dotyczące czystości rasy (*Rassenhygiene*)³²⁷. Na tym nie poprzestano. Wkrótce podjęto działania mające na celu kontrolowane rozdzielanie poszczególnych ras. Następnie zajęto się eliminacją osób upośledzonych i chorych umysłowo. Ostatnim etapem działań eugenicznych stała się planowa zagłada innych narodów, zwłaszcza żydowskiego. To właśnie na przykładzie niemieckiego narodowego socjalizmu i II wojny światowej widać wyraźnie, jak straszliwe mogą być konsekwencje biologicznej myśli, która wprzężona zostaje w tryby politycznego programu³²⁸.

Te tragiczne wydarzenia sprawiły, że historię ruchów eugenicznych dzieli się dzisiaj zasadniczo na dwa okresy. Pierwszy: od lat osiemdziesiątych XIX wieku do zakończenia II wojny światowej i drugi: powojenny, który część autorów wiąże z narodzinami inżynierii genetycznej³²⁹. Od początku tego drugiego okresu zwolennicy idei eugenicznych niezbyt chętnie posługiwali się terminem *eugenika*³³⁰. Wskazywał on na związki z polityką rasową prowadzoną przez nazistów, których postawa i działania doprowadziły do tego, że świat podchodził i nadal podchodzi do eugeniki z pewną dozą zrozumiałej rezerwy i dystansu. Zasadniczo nadal postrzega ją jako coś negatywnego.

die unvermeidliche Pflicht guter Bürger darin besteht, ihr Blut der Nachwelt zu hinterlassen; und daß es uns nicht darum gehen kann, die Fortpflanzung von Bürgern des falschen Typs zu erlauben. Das große Problem der Zivilisation besteht darin, einen relativen Zuwachs der wertvollen und nicht der weniger wertvollen oder gar schädlichen Elemente in der Bevölkerung sicherzustellen. (...) Dieses Problem können wir nur bewältigen, wenn wir dem immensen Einfluß der Erbanlagen Rechnung tragen. (...) Ich wünschte, man könnte die ungeeigneten Menschen davon abhalten, sich fortzupflanzen; und wenn der böse Charakter dieser Menschen allzu eklatant ist, sollte dies unbedingt möglich sein. Kriminelle sollten sterilisiert werden, und Minderbegabten sollte verboten werden, Nachkommen zu hinterlassen. (...) Wir sollten dafür sorgen, daß sich vor allem die geeigneten Menschen fortpflanzen." Polskie tłumaczenie za G. KUBY, dz. cyt., s. 33. Na temat działań eugenicznych podjętych w Stanach Zjednoczonych Ameryki pisze E. Black. Por. E. BLACK, *Wojna przeciw słabym*, Warszawa 2004.

³²⁶ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 17. „The history of eugenics reached its political high point, and its moral low point, with National Socialism in Germany”.

³²⁷ Por. B. CHYROWICZ, dz. cyt., s. 183.

³²⁸ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 17. „Here we see clearly what it means to find the peculiarly horrific consequences of biological thought becoming part of a political agenda. Initially, “hereditarily defective” offspring were prevented through legally based forced sterilization; afterwards the separation of the races was controlled, then handicapped and mentally ill individuals were murdered and finally the Jews faced extermination”.

³²⁹ Por. T. KRAJ, *Eutanazja a eugenika we współczesnej praktyce medycznej*, [w:] T. BIESAGA (red.), *Systemy bioetyki*, Kraków 2003, s. 199-200.

³³⁰ Por. B. CHYROWICZ, dz. cyt., s. 183.

M. Klichowski zwraca uwagę, że pomimo szerokiego odrzucenia i społecznej krytyki, jaka spadła na idee eugeniczne po II wojnie światowej,

„...eugeniczny system myślenia dalej, intymnie partycypuje w formowaniu kształtów dyskursów o człowieku. W wielu przypadkach w dyskursach tych rekonstruuje się wszelkie eugeniczne idee, nie używając jednak eugenicznej terminologii”³³¹.

I akcentuje, że takie myślenie, które jest samo w sobie w pełni eugeniczne, choć takim nie nazwane i nieokreślone, nazwać możemy *kryptoeugeniką*³³². Podstawową zasadą jest tutaj umiejętne kamuflowanie «eugenicznych ideałów przy użyciu oświeconych postulatów genetyki»³³³. Można więc stwierdzić, że staroeugeniczna – fenotypowa klasyfikacja jednostek ludzkich nie została odrzucona, ale jedynie zamieniona na pojmowaną, tym razem już w kategoriach *nowej eugeniki*³³⁴ klasyfikację genotypową³³⁵.

W ten sposób głównym narzędziem w rękach eugeniki powojennej stała się genetyka. Jej ciągły rozwój i nowe osiągnięcia, będące nie do przecenienia z punktu widzenia biologii i medycyny, otworzyły jednocześnie szansę dla realizacji projektów doskonalszego człowieka wnoszonych przez współczesnych eugeników³³⁶. Z ich punktu widzenia szczególnie ważnym wydarzeniem było opisanie w 1953 roku struktury DNA³³⁷. Jak pisze B.M. Stafford, dla zwolenników myśli eugenicznej DNA jawi się «w mniejszym stopniu jako zbiór molekuł, a w większym, jako zbiór informacji»³³⁸. Nie trudno domyślić się, że informacje zdobyte w ten sposób mogą stanowić istotną pomoc w celu klasyfikacji i segregacji istot ludzkich³³⁹.

³³¹ M. KLICHOWSKI, *Narodziny cyborgizacji. Nowa eugenika, transhumanizm i zmierzch edukacji*, Poznań 2014, s. 62.

³³² Por. Tamże; E. RAMSDEN, *A differential paradox: The controversy surrounding the Scottish mental surveys of intelligence and family size*, [w:] JHBS, 43 (2007), nr 2, s. 125.

³³³ M. KLICHOWSKI, dz. cyt., s. 62.

³³⁴ Określenie *nowa eugenika* wprowadził biolog R.L. Sinsheimer (1969). Wiązało się ono z nową techniką rekombinacji DNA, dzięki której pojawiła się możliwość manipulowania genomami organizmów żywych. Por. B. CHYROWICZ, dz. cyt., s. 184.

³³⁵ M. KLICHOWSKI, dz. cyt., s. 62.

³³⁶ Por. B. CHYROWICZ, dz. cyt., s. 184.

³³⁷ Por. M.M. GABRYELSKA, M. SZYMAŃSKI, J. BARCISZEWSKI, *DNA – cząsteczka, która zmieniła naukę. Krótka historia odkryć*, [w:] NA, (2009), nr 2, s. 119.

³³⁸ B.M. STAFFORD, *Self-Eugenics: The Creeping Illusionising of Identity from Neurobiology to Newgenics*, [w:] NF, (2007), vol. 60, s. 104. Cytat za: M. KLICHOWSKI, dz. cyt., s. 62.

³³⁹ Por. Tamże.

Teoria ta wkrótce została przekuta w czyn. Swe zastosowanie znalazła w praktyce eliminowania płodów, które nie spełniały wymagań genetycznych. Dokonanie pierwszego sztucznego, pozaustrojowego zapłodnienia *in vitro* (1978) otworzyło drogę do selekcjonowania embrionów. W ten sposób rodząca się eugenika genetyczna otrzymała nowe narzędzia w postaci selekcji prenatalnej i przedimplantacyjnej³⁴⁰.

Również kolejne zdobycze nauki, tak ważne z punktu widzenia poszerzenia wiedzy o człowieku i jego organizmie, zostały wykorzystane przez zwolenników *nowej eugeniki*. Wystarczy wymienić sukcesy odnoszone na gruncie poznania DNA, a zwłaszcza zmapowanie genomu ludzkiego (2001)³⁴¹. Siła genetyki sprawiła, że entuzjaści myśli *nowo eugenicznej* postanowili wytyczyć nowe cele i zadania do jakich należy dążyć. W ich świetle *nowa eugenika* powinna:

„«uwolnić ludzkość z więzów dewiacji DNA», zdefiniować «genetyczną normalność» i doprowadzić do «konwersji» ludzkości na «najwyższy poziom genetyczny»»³⁴².

Obecnie modyfikacji i kreacji lepszych ludzi ma służyć, wykorzystujące najnowsze osiągnięcia nauki *genetic enhancement* (*genetyczne wzmocnienie*)³⁴³.

Wydaje się, że w dzisiejszym świecie myśl eugeniczna na nowo nabiera mocy i popularności. Prawdą jest, że bulwersujące wykorzystanie jej osiągnięć przez rasistów czy nazistów wyraźnie osłabiły siłę jej oddziaływania, jednakże obecnie wiele wskazuje na to, że osłabienie to było jedynie przejściowe³⁴⁴. Przykład nowoczesnej formy aktywności eugenicznej stanowią poradnie genetyczne działające na terenie Japonii. Funkcjonują one w ramach tzw. centrów poradnictwa ochrony eugenicznej. Ich działalność firmuje tamtejsze Ministerstwo Zdrowia. Do zadań poradni genetycznych należy między innymi: planowanie rodziny, testy genetyczne, informacja o stopniu ryzyka wystąpienia chorób dziedzicznych, leczenie chorób

³⁴⁰ Por. Tamże, s. 65-66.

³⁴¹ Por. B. CHYROWICZ, dz. cyt., s. 184.

³⁴² M. KLICHOWSKI, dz. cyt., s. 62.

³⁴³ Por. T. KRAJ, dz. cyt.; G. HOŁUB, *Creating Better People? Some Considerations on Genetic Enhancement*, [w:] „The National Catholic Bioethical Quarterly”, (2010), vol. 4, s. 723-740.

³⁴⁴ Por. R. TOKARCZYK, *Prawa narodzin...*, dz. cyt., s. 165.

genetycznych, diagnoza prenatalna, zapobieganie wadom wrodzonym itd.³⁴⁵. Działalność i popularność tychże poradni wydaje się pokazywać szeroki zakres przyzwolenia społecznego na usunięcie z własnej populacji genetycznych nieprawidłowości. Należy dodać, że zazwyczaj nosicielami owych zaburzeń są jednostki będące w najwcześniejszych stadiach życia i to one podlegają eliminacji³⁴⁶.

Eugenika poprzez ciągłe dążenie do zapewnienia wyższej jakości gatunku ludzkiego jest spójna z przesłaniem idei *transformatio ad optimum*. Przemiana na lepsze jest jej głównym celem i założeniem.

Analizując historię myśli dotyczącej biologicznej poprawy człowieka, wydaje się uprawnionym wyróżnić pewien łańcuch przyczynowo skutkowy. Teoria ewolucji Darwina, a przede wszystkim jej interpretacje, przygotowały grunt pod narodziny eugeniki. W pierwszym swoim okresie myśl eugeniczna klasyfikowała ludzi pod względem fenotypu, zachowania, zdolności przystosowania się do życia społecznego itd. Jej upolitycznienie w pierwszej połowie XX wieku doprowadziło do tragicznych wydarzeń, których skutkiem stało się jej napiętnowanie. Odrzucenie to okazało się jednak pozorne. Myśl ta przetrwała i wypłynęła znów na światło dzienne, zwłaszcza pod wpływem nowych możliwości, jakie dała genetyka. Człowiek objawił się naukowcom w swoim genotypie. Zaczęto klasyfikować istoty ludzkie, biorąc pod uwagę ich jakość genetyczną. Obok tego, co pozytywne, obok nowych perspektyw leczenia, eliminowania wad i chorób pojawiły się istotne i niebezpieczne pokusy. Pierwsza z nich, idąca po linii eugeniki negatywnej, promuje eliminację jednostek słabych, wadliwych genetycznie. Pomocą służy tu narzędzie selekcji przedimplantacyjnej i prenatalnej. W niektórych kręgach bioetycznych (P. Singer, H.T. Engelhardt, A. Giubilini, F. Minerva) pojawiają się głosy postulujące zalegalizowanie dzieciobójstwa upośledzonych noworodków, będącego również niczym innym jak praktyką selekcyjną. Jego zwolennicy odwołują się do kryterium psychologicznego, według którego byt ludzki rozpoczyna swe istnienie wraz z nabywaniem samoświadomości³⁴⁷. Druga pokusa związana jest z rosnącym potencjałem

³⁴⁵ Warto zaznaczyć, że praktyki te same w sobie nie noszą znamion nieetyczności. Mogą być używane w sposób właściwy. Nabierają one wymiaru nieetycznego dopiero wtedy, gdy zostaną one powiązane z myśleniem eugenicznym oraz praktyką aborcji selektywnej.

³⁴⁶ Por. A. RUDZIEWICZ, *Eugenika, a osiągnięcia współczesnej genetyki*, [w:] „Semina Scientiarum”, (2005), nr 4, s. 119-120.

³⁴⁷ Por. A. GIUBILINI, F. MINERVA, *After-birth abortion: Why should the baby live?*, [w:] JME, 39 (2013), nr 5, s. 261-263; ANETTA BRECKO, AGATA BRECKO, *Era genetyki reprodukcyjnej. O spełniających się*

eugeniki na poziomie molekularnym. Pokusa ta, w obliczu zagrożenia wystąpienia zaburzeń i schorzeń dziedzicznych, postuluje ich eliminację przez techniki inżynierii genetycznej. Innymi słowy, pragnie uwolnić człowieka z kajdan narzuconych przez uwikłania DNA. Idąc dalej, sugeruje konieczność stworzenia lepszego człowieka, «normalnego» zdrowego gatunku. Tym sposobem wkracza na teren myślenia posthumanistycznego i transhumanistycznego.

9. POSTHUMANIZM I TRANSHUMANIZM

Posthumanizm i transhumanizm będąc wynikiem postępującej technicyzacji roszczą sobie prawo do projektowania współczesności. Z jednej strony jako efekt działań korporacji i technonauki już dziś cechują się praktycznością i użytecznością³⁴⁸. Widać to zwłaszcza na gruncie medycyny, gdzie podejmowane są praktyczne działania mające na celu wydłużanie życia ludzkiego, eliminację chorób, rozwój inżynierii organów i tkanek, pozwalającej na tworzenie sztucznych organów czy rozszerzenie zdolności intelektualnych człowieka³⁴⁹. Z drugiej strony nurty te posiadają warstwę teoretyczną, abstrakcyjną w tym znaczeniu, że tworzą one projekty dotyczące przyszłej wizji świata i człowieka. Oba kierunki wzajemnie się uzupełniają i przenikają³⁵⁰. R. Ilnicki podaje ich definicję:

„Posthumanizm zakłada zatrzymanie człowieka w jego biologicznych i symbolicznych ramach, akceptując technicyzację tylko do stopnia, w którym idea człowieka jest możliwa do zachowania. Transhumanizm rezygnuje z istotowo pojętego człowieka na rzecz postgatunkowych form jakie może on przyjąć w wyniku nieograniczonego postępu technologicznego”³⁵¹.

Tak więc dla obu kierunków fundamentem i punktem wyjścia jest postęp dokonujący się w sferze nauki i techniki. Łączy je podejmowanie działań umożliwiających poprawę,

„proroctwach” Aldousa Huxleya, [w:] „Krytyka Prawa”, 6 (2014), nr 1, s. 237–238. Na temat współczesnych poglądów dotyczących ochrony życia ludzkiego po narodzeniu pisze: J. BRZEZIŃSKA, *O ochronie życia ludzkiego w fazie postnatalnej. Rozważania etyczne*, [w:] „Kwartalnik Prawo-Społeczeństwo-Ekonomia”, (2015), nr 1, s. 4-14.

³⁴⁸ Por. R. ILNICKI, *Posthumanizm/transhumanizm*, [Online]. <http://www.pl.scribd.com/doc/79513261/posthumanizmtranshumanizm#scribd>, [dostęp: 18.11.2015].

³⁴⁹ Por. L. SYKULSKI, *Rosja i postczłowiek. Rosyjski transhumanizm i idea nieśmiertelności*, [Online]. <http://www.geopolityka.net/rosja-i-postczlowiek-rosyjski-transhumanizm-i-idea-niesmiertelnosci>, [dostęp: 27.01.2016].

³⁵⁰ Por. R. ILNICKI, *Posthumanizm/transhumanizm*, dz. cyt.

³⁵¹ Tamże.

ulepszenie i wzmocnienie człowieka (*human enhancement*³⁵²). Kwestią dyskutowaną, sporną stanowi polemika dotycząca istoty człowieczeństwa w wymiarze biologicznym, kulturowym czy metafizycznym. Można powiedzieć, że w sytuacji przekraczania ram człowieczeństwa posthumanizm przeistacza się w transhumanizm³⁵³.

Od początku niniejszego rozdziału refleksji poświęconej genezie i rozwojowi idei *przemiany ku lepszemu* towarzyszą wzmianki odwołujące się do myśli transhumanistycznej. Przeplatają się one raz po raz z tematyką przełamywania ludzkich ograniczeń, panowania nad naturą, zmienionego postrzegania ludzkiego ciała itd. Aby zrozumieć, dlaczego tak się dzieje, przyjrzyjmy się bliżej istocie transhumanizmu i jego związkom z ideą *transformatio ad optimum*.

Nurt ten rozwija się w sposób dynamiczny od lat siedemdziesiątych XX wieku. Za jego prekursora uchodzi rosyjski filozof prawosławny Nikołaj F. Fiodorow (1829-1903). W przekonaniu tego myśliciela nieśmiertelność znajduje się w zasięgu ręki człowieka. Jej osiągnięcie jest jedynie kwestią czasu. Rozwój nauki i techniki sprawi, że już wkrótce pokonane zostaną choroby i śmierć, otwarta zostanie droga do wskrzeszania zmarłych żyjących we wcześniejszych pokoleniach³⁵⁴. Poglądy Fiodorowa odnajdujemy w jego osobistej, niezwykle oryginalnej interpretacji Apokalipsy św. Jana Apostoła³⁵⁵.

W dzisiejszym ujęciu filozofia transhumanistyczna postuluje wykorzystanie rozwijającej się techniki w celu przewyższania biologicznych ograniczeń istot ludzkich, dąży do poprawy kondycji człowieka, pragnie uwolnić go od chorób, wyeliminować procesy starzenia, mówi o konieczności zastępowania organów naturalnych elementami sztucznymi. Całokształt tych działań ma doprowadzić człowieka do pełni szczęścia w życiu doczesnym³⁵⁶. Transhumanizm rości sobie pretensje do zmiany natury ludzkiej, jego aspiracją jest nadanie

³⁵² Por. J. SAVULESCU, N. BOSTROM, (ed.), *Human Enhancement*, Oxford 2009, s. 1-22.

³⁵³ Por. R. ILNICKI, *Posthumanizm/transhumanizm*, dz. cyt.

³⁵⁴ Por. L. SYKULSKI, dz. cyt.

³⁵⁵ Por. K. ADAMSKI, dz. cyt., s. 106,112; S. MAZUREK, *Rosyjski renesans religijno-filozoficzny. Próba syntezy*, Warszawa 2008, s. 48-51; E. BENDYK, *Utopia posthumanizmu*, [w:] P. ŻUK (red.), *Spotkania z utopią w XXI wieku*, Warszawa 2008, s. 113-114.

³⁵⁶ Por. A. BERGSMAN, *Transhumanism and the Wisdom of Old Genes is Neurotechnology as Source of Future Happiness?*, [w:] JHS, 1 (2000), nr 3, s. 401-417.

człowiekowi nowej jakości³⁵⁷ poprzez kreację transczłowieka i postczłowieka³⁵⁸. Innymi słowy pragnie go «przepracować (...) przetwarzając jego istotę»³⁵⁹.

Max More, jeden z czołowych przedstawicieli tego nurtu podkreśla, że transhumanizm stanowi przedłużenie odrodzeniowego humanizmu. Oba kierunki cechują się szacunkiem wobec nauki i rozumu. Ważny jest dla nich postęp ludzkości. Oczywiście oprócz tego, co wspólne, są również różnice. W odróżnieniu od humanizmu, transhumanizm dopuszcza daleko idące i radykalne ingerencje w naturę ludzką, w możliwości człowieka. Dysponuje przy tym najnowocześniejszymi narzędziami i technologiami³⁶⁰. Dla osiągnięcia zamierzonych celów zwolennicy tej filozofii wspierają i promują badania w zakresie «biotechnologii, nanotechnologii, biocybernetyki i technologii informacyjnej, jak również technologie przyszłości, takie jak sztuczna inteligencja czy transfer umysłu»³⁶¹. Zmiana gatunkowa ma dokonać się poza naturalną ewolucją, na drodze rozwoju technologicznego GRIN, a więc dzięki współdziałaniu czterech wiodących obecnie technologii: genetyki (G), robotyki (R), informatyki (I) oraz nanotechnologii (N)³⁶².

Obok More'a czołowymi przedstawicielami transhumanizmu są między innymi: Marvin Lee Minsky, Hans Moravec, cytowany wielokrotnie Nick Bostrom³⁶³, czy Raymond Kurzweil, którego tygodnik *Time* w 2011 roku sklasyfikował na 30 miejscu listy najbardziej wpływowych ludzi świata³⁶⁴. Znany ośrodkiem rozwijającym projekty związane z myślą transhumanistyczną jest dotowany przez NASA, amerykański Uniwersytet Osobliwości (Singularity Univeristy), mający swą siedzibę w Dolinie Krzemowej³⁶⁵.

W świetle powyższych rozważań idea *przemiany ku lepszemu* jawi się jako kluczowa dla nurtu transhumanistycznego. Jego geneza, a także realizacja postulatów, urzeczywistnienie celów jakie głosi powiązane są ściśle z jej rozwojem. Perspektywa ta wyjaśnia, dlaczego

³⁵⁷ Por. E. BENDYK, dz. cyt., s. 107-108.

³⁵⁸ Por. M. KLICHOWSKI, *Czy nastaje zmierzch edukacji? Kilka refleksji na marginesie koncepcji cyborgizacji*, [w:] J. PYŻALSKI (red.), *Wychowawcze i społeczno-kulturowe kompetencje współczesnych nauczycieli. Wybrane konteksty*, Łódź 2015, s. 58; [Online]. <http://www.transhumanizm.pl/transcz322owiek.html>, [dostęp: 13.11.2015].

³⁵⁹ Por. R. ILNICKI, dz. cyt.

³⁶⁰ Por. E. BENDYK, dz. cyt., s. 108.

³⁶¹ Por. S. BORSKA, *Transhumanizm czyli marzenia o „człowieku” idealnym*, [Online]. <http://www.wszystkoona.jwazniejsze.pl/sylwia-borska-transhumanizm-czyli-marzenia-o-czlowieku-idealnym>, [dostęp: 18.11.2015].

³⁶² Por. T. GRABIŃSKA, *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego w ideologii transhumanizmu*, [w:] „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka-Praktyka-Refleksje”, (2015), nr 18, s. 53.

³⁶³ Por. E. BENDYK, dz. cyt., s. 115-118.

³⁶⁴ Por. [Online]. http://www.content.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,2058044_2061021_2061023_00.html, [dostęp: 27.01.2016].

³⁶⁵ Por. L. SYKULSKI, dz. cyt.

zwolennicy wprowadzania radykalnych zmian w naturze ludzkiej tak często odwołują się do kolejnych etapów historii myśli europejskiej – od renesansu – przez oświecenie – po czasy obecne, szukając w nich potwierdzenia swoich tez i założeń.

Oczywiście na polu medycyny idea *przemiany ku lepszemu* cieszy się szerszym zakresem zainteresowania i działania aniżeli transhumanizm. Tak więc nie każdy zwolennik medycznego wzmocnienia będzie *ipso facto* transhumanistą, ale każdy transhumanista zobligowany jest do przyjęcia, akceptacji i poruszania się w obrębie idei *transformatio ad optimum*.

10. LITERACKIE WIZJE KREUJĄCE NOWE MOŻLIWOŚCI MEDYCyny

Niebagatelną rolę w procesie kształtowania się idei *przemiany ku lepszemu* odegrała twórczość literacka. W jej dorobku odnajdujemy dzieła, których tematyka dotyka kwestii przyszłości, nowych możliwości medycyny, ingerowania w procesy życiowe itd. Utwory te w znacznym stopniu sygnalizują problemy, z jakimi przyjdzie się zmierzyć następnym pokoleniom. Innymi słowy «na długo przed możliwością technicznej realizacji poprawy człowieka, autorzy zajęli się tym tematem»³⁶⁶.

Wpływowym dziełem poruszającym to zagadnienie stała się opublikowana w 1818 roku nowela pt. *Frankenstein czyli nowoczesny Prometeusz*³⁶⁷. Jej autorką była uchodząca za prekursorkę powieści *Science Fiction* Mary Shelley (1797–1851)³⁶⁸. Utwór ten może być wielorako interpretowany, jednakże jednym z jego głównych przesłań pozostaje „ocena nauki i jej możliwości, ukazanych (...) jako kontrolowanie biologicznych podstaw życia”³⁶⁹.

W 1896 Herbert George Wells (1866-1946) wydał powieść pt. *Wyspa doktora Moreau*³⁷⁰. Tytułowy bohater mieszkający na odległej i niedostępnej wyspie prowadzi własne badania, tworzy nowe gatunki, powołuje do życia hybrydy. Wells w swym dziele poruszył kwestie związane z teorią Darwina, z rodzącą się eugeniką, wskazał na zagrożenia wypływające z niewłaściwego i niekontrolowanego przebiegu badań naukowych. Utwór ten

³⁶⁶ U. WIESING, dz. cyt., s. 17. „Long before the technical realization of human enhancement, literary authors took up the subject”.

³⁶⁷ M. SHELLEY, *Frankenstein czyli nowoczesny Prometeusz*, Czerwonak 2013.

³⁶⁸ Por. U. WIESING, dz. cyt., s. 17.

³⁶⁹ J. TURNEY, *Ślady Frankenstein. Nauka, genetyka i kultura masowa*, Warszawa 2001, s. 42.

³⁷⁰ Por. H.G. WELLS, *Wyspa doktora Moreau*, Warszawa 1988.

nie pozostał bez wpływu na dyskurs związany z określeniem granic możliwości medycyny czy prowadzenia działań eksperymentalnych³⁷¹.

Swoistym wieszczem genetyki reprodukcyjnej³⁷² stał się Aldous Huxley (1894-1963). W 1931 roku przekraczając bariery terażniejszości stworzył futurystyczną wizję świata. Zamieścił ją w swej książce pt. *Nowy, wspaniały świat*³⁷³. W rzeczywistości wykreowanej przez Huxleya ludzie nie przychodzą na świat żyworodnie, lecz stanowią efekt sztucznego zapłodnienia lub klonowania. Jest rok 2540. W laboratorium dokonuje się wyboru najlepszych jaj, które mają być przeznaczone do unasiennienia. Laboratorium czuwa nad tym, by powołany do życia organizm odpowiadał potrzebom społecznym, aby posiadał właściwe i pożądane cechy, zarówno fizyczne jak i charakterologiczne³⁷⁴. W nowym świecie każdy jest szczęśliwy. Wyeliminowane zostały brzydota, choroby, a także dolegliwości związane ze starszym wiekiem. Sensem życia stała się zabawa i przyjemność³⁷⁵.

A. Huxley ukazując potęgę medycyny wyraźnie przekroczył bariery współczesnej sobie sztuki leczenia. Przyszłość pokazała jednak, że jego wizja w znacznej części nabrała realnych kształtów. Między innymi świadczą o tym wykonywane dzisiaj na szeroką skalę zabiegi sztucznego zapłodnienia czy praktyka selekcji przedimplantacyjnej³⁷⁶.

Nowy, wspaniały świat to powieść, która powstała na kanwie niepokoju, jaki narodził się w wyniku postępu biotechnologicznego dokonującego się w medycynie i genetyce³⁷⁷. Co ważne przedstawiona przez Huxleya rzeczywistość ostatecznie okazuje się negatywna i zła. Prawdą jest, że dzięki technikom zastosowanym w leczeniu człowiek jest zdrowy, piękny i idealny, ale prawdą jest także to, że staje się on produktem, niewolnikiem technologii pozbawionym tego, co związane jest z istotą człowieczeństwa – zdolności kochania, dokonywania wyborów moralnych itd.

Ostatecznie wizja *nowego świata* ukazana w powieści winna budzić refleksję, skłaniać do zastanowienia nad możliwymi konsekwencjami sztucznej prokreacji. Mogą one być różne.

³⁷¹ Por. A. BRECZKO, *Prawo natury i prawo stanowione w obliczu problemów genetyki reprodukcyjnej*, [w:] „Rocznik Teologii Katolickiej”, 13 (2014), nr 1, s. 22.

³⁷² Por. Tamże. s. 23.

³⁷³ A. HUXLEY, *Nowy, wspaniały świat*, Warszawa 2011. Pierwsze wydanie miało miejsce w 1932 roku. Por. G. KUBY, dz. cyt., s. 23..

³⁷⁴ Por. ANETTA BRECZKO, AGATA BRECZKO, dz. cyt., s. 229.

³⁷⁵ Por. G. KUBY, dz. cyt., s. 23.

³⁷⁶ Por. ANETTA BRECZKO, AGATA BRECZKO, dz. cyt., s. 231-232.

³⁷⁷ Por. A. BRECZKO, dz. cyt., s. 23.

Począwszy od kształtowania, modelowania jednostek ludzkich, a na ich kopiowaniu skończywszy³⁷⁸.

Nie bez znaczenia dla propagowania idei *przemiany ku lepszemu* pozostaje literatura *Science Fiction* promująca w dużej mierze myśl transhumanistyczną. Wielu autorów jest polecanych przez zwolenników transhumanizmu. Do najbardziej poczytnych należą: Carl Sagan, Isaac Asimov, Greg Egan, Neal Stephenson, Bruce Sterling, a także Stanisław Lem³⁷⁹. Nurt ten angażuje się także w kinematografię lansując dzieła zbieżne swoim poglądom. Do sztandarowych dzieł należy *Gattaca*. Film ten przedstawia świat, w którym genetyczne projektowanie dzieci dokonuje się na porządku dziennym; podstawą przekazu życia jest sztuczna reprodukcja³⁸⁰.

Patrząc z perspektywy czasu można pokusić się o stwierdzenie, że przytoczone powyżej przykłady twórczości literackiej nie pozostają bez wpływu na rzeczywistość. Niejednokrotnie są one tuż obok nas, bardzo blisko realnego świata.

11. ABSOLUTYZACJA AUTONOMII PACJENTA

Kolejną, bardzo istotną przyczynę rosnącego znaczenia idei *przemiany ku lepszemu* stanowi obserwowane we współczesnej medycynie odejście od paternalistycznego modelu relacji lekarz – pacjent. Został on wyparty przez model partnerski, podkreślający bardzo mocno autonomię pacjenta w trakcie trwania procesu leczenia.

Wróćmy do historii. Mający swe korzenie w tradycji hipokratejskiej wielowiekowy, paternalistyczny model relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem uległ zakwestionowaniu w drugiej połowie XX wieku. W modelu tym odwoływano się do sugestywnego obrazu troskliwego ojca (łac. *pater*). Tak jak ojciec darzy swe dziecko miłością, wie, co dla niego najlepsze, co służy jego dobru, tak lekarz, posiadający odpowiednie kompetencje, wiedzę i umiejętności jest najodpowiedniejszym podmiotem decyzyjnym w sprawach dotyczących dobra pacjenta³⁸¹. Role zarówno lekarza jak i pacjenta zostały tutaj jasno i precyzyjnie określone. Chory miał dostosować się do wskazań i poleceń lekarza, a ten z kolei jednostronnie,

³⁷⁸ Por. ANETTA BRECZKO, AGATA BRECZKO, dz. cyt., s. 232-233.

³⁷⁹ Por. Ł. JONAK, *Technologie - ideologie – literatura*, [w:] „Nowa Fantastyka”, (2000), nr 12, s. 66-67.

³⁸⁰ Por. L. CIEPIAŁ, *Spoleczno-ekonomiczne aspekty transhumanizmu*, [w:] „Kwartalnik Horyzonty”, (2011), nr 1, s. 29.

³⁸¹ Por. R. TOKARCZYK, *Medycyna a normy*, Warszawa 2011, s. 35-36.

autorytarnie orzekał o sposobie i metodach procesu leczenia. Model ten stracił na znaczeniu w wyniku zaistnienia splotu kilku ważnych okoliczności. Dokonało się to pod wpływem postępującej demokratyzacji, a także liberalizacji życia społecznego. W dużej mierze do podważenia dominacji decyzyjnej lekarzy przyczynił się intensywny rozwój myśli związanej z ochroną praw człowieka, w tym pacjenta. Rosnąca świadomość o niezbywalnej godności każdego człowieka, o posiadaniu równych praw, zwłaszcza prawa do podejmowania wolnych wyborów w aspekcie swego życia i zdrowia przyczyniło się zmiany sposobu postrzegania ról w relacji: lekarz – pacjent. Z upływem czasu chorzy coraz częściej zaczęli wysuwać roszczenia dotyczące współdecydowania o przebiegu leczenia. Paternalizm znalazł się w wyraźnym odwrocie. Przełom lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego stulecia to początek tworzenia pierwszych dokumentów normujących prawa pacjentów. Prym w tej dziedzinie wiodły Stany Zjednoczone i Wielka Brytania³⁸². Wśród najważniejszych regulacji można wymienić między innymi prawo osoby chorej do informacji o stanie własnego zdrowia, o możliwych metodach terapii czy prawo do odrzucenia lub akceptacji proponowanego świadczenia medycznego³⁸³.

Na gruncie promowania autonomii pacjenta należy wymienić pracę opublikowaną w 1979 roku przez Toma L. Beauchamp'a i J.F. Childress'a pt. *Principles of Biomedical Ethics (Zasady etyki medycznej)*. Autorzy wymienili w niej cztery podstawowe zasady bioetyki/etyki medycznej: autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości. Według nich pryncypium autonomii pacjenta stanowi zasadę nadrzędną, a szacunek względem niej jest podstawą w podejmowaniu jakichkolwiek decyzji w medycynie³⁸⁴.

Krytyka paternalizmu doprowadziła do pojawienia się modelu partnerskiego, w którym lekarz przestał być jedynym decydentem w sprawach zdrowia i życia chorego. W nowym modelu pacjent zostaje wyrwany z bierności i poprzez współpracę z lekarzem bierze aktywny udział w trwającym procesie leczenia. Niejednokrotnie dochodzi do sytuacji, w której

³⁸² Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, *Uzdrowianie czy spełnianie życzeń? Spór o cele medycyny*, [Online]. <http://www.academia.edu>

/12128366/Uzdrowianie_czy_spe%C5%82nianie_%C5%BCycze%C5%84_Sp%C3%B3r_o_cele_medycyny_Healing_or_wish-fulfilling_On_the_goals_of_medicine_, [dostęp: 04.02.2016].

³⁸³ Por. G.J. ANNAS, *A.H.A. Bill of Rights*, [w:] „Trial”, 9 (1973), nr 6, s. 59-61.

³⁸⁴ Por. B. CHYROWICZ, *Bioetyka prima facie*, [w:] „Znak”, (1998), nr 515, s. 156-161; . T. BIESAGA, *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, [w:] MP, (2005), nr 6. Beauchamp i Childress nie określili bliżej treści owych czterech zasad. Doprowadziło to do konfliktu między nimi. Szczególnie na linii autonomia pacjenta, a autonomia i dobroczynność lekarza czy autonomia, a sprawiedliwość. Szerzej na ten temat zobacz: Tamże.

głos pacjenta staje się głosem wiodącym, a lekarz powinien się jemu podporządkować³⁸⁵. T. Biesaga zwraca uwagę, że na skutek absolutyzacji autonomii pacjenta pojawiły się dalsze, uszczegóławiające modele o charakterze partnerskim, zachodzące na linii pacjent – lekarz:

„W literaturze bioetycznej wymienia się model legalistyczny, w którym z jednej strony jest lekarz, a z drugiej klient (*legalistic model: physician-client*), model ekonomiczny lub biznesowy, konsumencki, w którym lekarz ma do czynienia z konsumentem (*economic, consumer model: physician-consumer*), model negocjacyjny i kontraktalistyczny, w którym relacja między lekarzem a pacjentem ogranicza się do negocjacji lub do zawarcia kontraktu (*negotiated contract model*) oraz model religijny (*religious model*), w którym relacja między lekarzem a pacjentem jest rozumiana jako przyrzeczenie, zobowiązanie moralne i religijne”³⁸⁶.

Wydaje się, że zmianę wzajemnych stosunków w relacji lekarz – pacjent, jaka zachodzi pomiędzy modelem paternalistycznym, a partnerskim należy uznać za rewolucyjną, nadającą nowe oblicze sztuce leczenia.

Z jednej strony krytyka postawy autorytatywnej przyjmowanej przez lekarza w procesie leczenia słusznie podkreśliła rolę chorego, jego wolność i godność, z drugiej jednak naraziła medycynę otwartą na autonomię pacjenta na niebezpieczeństwo zredukowania jej do praktyki służącej zaspokajaniu ludzkich pragnień, ambicji, a nawet roszczeń³⁸⁷. W gabinetach lekarskich coraz częściej możemy spotkać osoby zdrowe, chcące poddać się procedurom medycznym, mającym tak naprawdę nic lub niewiele wspólnego z terapią. Pacjenci ci żądają, aby lekarz, jako profesjonalista, dopomógł im osiągnąć wymarzony stan psychosomatyczny. Obecnie prym w dziedzinie spełniania życzeń wiodą dermatologia oraz chirurgia plastyczna. Ulepszenie wyglądu, korygowanie urody, odwracanie efektów starzenia czy wzmacnianie niektórych cech fizycznych to działania towarzyszące na co dzień współczesnej praktyce medycznej. Również na innych płaszczyznach sztuki leczenia można zaobserwować tendencję do wychodzenia naprzeciw życzeniom formułowanym przez pacjentów. W praktykę tę zaangażowani są specjaliści zajmujący się medycznym wspomaganem prokreacji, diagnostyką

³⁸⁵ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.

³⁸⁶ T. BIESAGA, *Autonomia lekarza...*, dz. cyt.

³⁸⁷ Por. Tamże.

preimplantacyjną i prenatalną. To do nich zgłaszają się pary pragnące uzgodnić wymarzone cechy przyszłego potomstwa. W spełnianie życzeń pacjentów coraz częściej angażowani są profesjonaliści z zakresu psychiatrii, neurologii, endokrynologii, geriatriczki czy eksperci zajmujący się kresem życia ludzkiego³⁸⁸.

Należy podkreślić, że sam model partnerski nie jest czymś negatywnym. Wręcz przeciwnie jawi się on w pozytywnym świetle. Wyważa przecież proporcje między rolą pacjenta i lekarza w procesie terapii. Niebezpieczeństwo pojawia się wtedy, gdy głos pacjenta staje się decydujący, a rola lekarza zredukowana do spełniania jego życzeń i pragnień.

Wydaje się, że zjawisko absolutyzacji autonomii pacjenta w połączeniu z bezprecedensowym rozwojem wiedzy i techniki medycznej, jaki dokonał się w ostatnich kilkudziesięciu latach wzmacnia obecność idei *transformatio ad optimum* we współczesnej sztuce leczenia. Więcej, sprawia, że znalazła ona silne zastosowanie praktyczne.

Podejmowanie działań omówionych powyżej, w których tak naprawdę nie występują wskazania medyczne, budzi wiele kontrowersji zarówno w środowisku lekarzy jak i etyków. Pojawiają się pytania, czy praktyki takie należą do zadań profesji medycznej? Czy nie wykraczają poza to, czym powinni zajmować się lekarze – profesjonaliści? Czy nie stanowią one obcego, zewnętrznego celu dla medycyny, narzucającego zadania sprzeczne z jej wewnętrzną naturą? Całość zaistniałej sytuacji i rodzące się dylematy przyczyniły się do ożywienia dyskusji nad zasadami etycznymi, jakimi winni kierować się lekarze, a także nad właściwymi celami medycyny. Historia sztuki leczenia pokazuje, że medycyna na przestrzeni wieków dążyła do pomagania chorym, niosła ulgę w cierpieniu. Postrzegano ją bardziej jako powołanie, aniżeli zawód, który nastawiony jest na konkretny zysk. Lekarz jawił się jako osoba posiadająca wiedzę, odpowiednie umiejętności, postępująca zgodnie z określonymi zasadami, wierna wyznawanym wartościom. Przez stulecia naczelnym pryncypium profesji medycznej była zasada działania na rzecz dobra pacjenta. Obecnie nadal stanowi ona fundament, na którym opiera się etyka medycyny. Jednakże przeakcentowanie autonomii człowieka chorego w przebiegu procesu leczenia, a także praktyczne zastosowanie idei *przemiany ku lepszemu* sprawiły, że zasada dobroczynności straciła oczywistość swego znaczenia³⁸⁹.

³⁸⁸ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.

³⁸⁹ Por. Tamże.

12. NAZEWNICTWO W OBSZARZE IDEI *TRANSFORMATIO AD OPTIMUM*

Spełnianie ludzkich marzeń, życzeń i aspiracji za pomocą środków medycznych staje się coraz powszechniej przyjmowaną i akceptowaną praktyką. Sytuacja ta pociągnęła za sobą konieczność uściślenia nazewnictwa, które byłoby adekwatne dla działań, jakie są podejmowane w ramach idei *przemiany ku lepszemu*. W literaturze możemy znaleźć kilka propozycji będących próbą zdefiniowania tego zjawiska.

Nazwa *wzmocnienie medyczne (medical enhancement)* wielokrotnie padała w niniejszej pracy. Polskie nazewnictwo posługuje się terminem *medycyna luksusowa*, a niekiedy *medycyna pragnień (desire medicine)*³⁹⁰. Pokrótkie przyjrzymy się tym dwóm ostatnim.

Pojęcia *medycyna luksusowa* używa krakowski bioetyk A. Muszala. Jest on autorem szeregu artykułów na ten temat³⁹¹. Rozróżnia cztery główne cechy, właściwe *medycynie luksusowej*. Zalicza do nich: po pierwsze, nieterapeutyczny charakter interwencji medycznych; po drugie, generowanie wysokich kosztów, niewspółmierne do osiągniętych efektów, a także stosowanie środków nieproporcjonalnych leczenia; po trzecie, dążenie do celu, jakim jest realizacja ludzkich aspiracji, marzeń, niekiedy nawet fantazji odnośnie do własnego ciała i wreszcie, po czwarte, wskazuje, że niektóre okoliczności mogące sprawić, iż nawet zabiegi medycyny klasycznej stają się działaniami z zakresu *medycyny luksusowej*. Dla zobrazowania autor podaje przypadek braku akceptacji przez pacjenta swego własnego statusu i dążenie z tego powodu np. do zmiany płci lub koloru skóry. W takim przypadku operacja plastyczna przekracza granice terapii i wkracza na obszar luksusu³⁹².

Powyższe cztery elementy w sposób wyraźny oddają różnicę zachodzącą pomiędzy klasycznym, terapeutycznym rozumieniem sztuki leczenia, a *medycyną luksusową*, bazującą na idei *transformatio ad optimum*.

Zwolennikiem nazwy *medycyna pragnień* jest P. Morciniec z Uniwersytetu Opolskiego. Prowadząc dyskurs z A. Muszalą podkreśla, że ujęcie *medycyna pragnień* obejmuje o wiele szersze spektrum podejmowanych problemów, aniżeli *medycyna luksusowa*. Zauważa również,

³⁹⁰ A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa – ocena...*, dz. cyt.

³⁹¹ Do zbioru artykułów autorstwa A. Muszali dotyczących tej tematyki należą: *Medycyna luksusowa – ocena...*, dz. cyt.; *Medycyna luksusowa*, [w:] EB, s. 354-355, a także: *Medycyna luksusowa w kontekście polskiej biedy*, [w:] *Oblicza polskiej biedy – stan i zagrożenia*, M. DUDA (red.), Kraków, 2007, s. 47-60.

³⁹² Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa...*, dz. cyt., s. 354-355.

że postrzeganie medycyny jako tej, która spełnia ludzkie pragnienia, stało się możliwe dopiero w ostatnich dziesięcioleciach ubiegłego wieku. Wcześniej nie było takiej opcji. Oczywiście w różnych epokach ludzkich dziejów były «pewne przejawy nastawienia emocjonalnego, [miał miejsce] swoisty koncert życzeń dotyczących życia i zdrowia»³⁹³, ale stan techniczny rozwoju medycyny, radykalnie odmienna od dzisiejszej koncepcja sztuki leczenia oraz wypływające z niej zasady etosu lekarskiego nie pozwalały spojrzeć na medycynę w kategoriach dziedziny, realizującej ludzkie marzenia i pragnienia. Dziś sytuacja uległa diametralnej zmianie. Nastąpiła eksplozja medycyny technicznej, narodziły się nowe koncepcje medycyny płynące w nurcie *transformatio ad optimum*. Zmianie uległy podstawy etyki życia³⁹⁴. W rzeczywistości, w której możliwe staje się przekształcanie człowieka, jego nowa medyczna kreacja, używanie terminu *medycyna pragnień* wydaje się jak najbardziej adekwatne. Warto dodać, że w literaturze dotyczącej tej problematyki niekiedy możemy spotkać zamienną nazwę, która brzmi: *medycyna spełniająca życzenia (wish-fulfilling medicine)*³⁹⁵.

Należy również zaznaczyć, że w języku francuskim zastosowano określenie *medycyna ulepszająca (la médecine de l'amélioration)*. Pojęcie to charakteryzuje się węższym zakresem znaczeniowym aniżeli termin *medycyna pragnień*³⁹⁶. Dotyczy niektórych, wybranych działań, których celem jest «zbliżenie się do jakiegoś wyimaginowanego perfekcyjnego stanu człowieka»³⁹⁷.

13. PODSUMOWANIE

Wraz z nastaniem czasów nowożytnych pojawiły się w Europie nowe prądy intelektualne, które stworzyły sprzyjające warunki dla narodzin i rozwoju idei *transformatio ad optimum*. Na gruncie medycyny jej rola i moc oddziaływania stopniowo rosły. Proces ten nie zakończył się i jest nadal obserwowany. Obecnie nurt terapeutyczny (*restitutio ad integrum*) wciąż odgrywa podstawową i pierwszoplanową rolę, ale nie cieszy się już wyłącznością supremacji. Ustąpił pola działaniom, których celem stała się *przemiana ku lepszemu*. Myśl związana z *medical enhancement* zajmuje w dzisiejszej świadomości

³⁹³ P. MORCINIEC, *Medycyna ludzkich pragnień...*, dz. cyt.

³⁹⁴ Por. Tamże.

³⁹⁵ A.M. BUYX, *Be Careful What you Wish For? Theoretical and Ethical Aspects of Wish-Fulfilling Medicine*, [w:] MHCaP, 11 (2008), nr 2, s. 133-143.

³⁹⁶ Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa – ocena...*, dz. cyt.

³⁹⁷ Tamże.

medycznej trwałą i znaczącą pozycję, ciesząc się poparciem wielu zwolenników. Co więcej, dzięki rozwojowi wiedzy i technik medycznych, jaki dokonał się w ostatnich dziesięcioleciach, posiada przełożenie na coraz szerszy zakres zastosowań praktycznych. Wydaje się, że działania poprawiające ludzką naturę, dążące do jej wzmocnienia, a więc wykraczające poza terapię, są coraz powszechniej dopuszczane i akceptowane.

Sytuacja ta sprawia, że do gabinetów lekarskich trafia coraz więcej osób, które nie wymagają terapii. Nie cierpią one na żadne z oficjalnie uznanych schorzeń medycznych. Przychodzą, ponieważ dzięki pomocy lekarza specjalisty dążą do osiągnięcia pożądanego, wykreowanego przez siebie lub media, stanu fizycznego czy psychicznego. Dla przykładu wystarczy wymienić pacjenta, który pragnie poprawić, skorygować swój wygląd zewnętrzny, lub sportowca, którego celem jest osiągnięcie lepszej wydolności organizmu. W ten sposób sztuka leczenia zostaje pozbawiona swej tradycyjnej, terapeutycznej roli, a nabiera rysu tej, która służy pomocą w realizacji ludzkich pragnień, ambicji czy roszczeń.

Celem niniejszego rozdziału było ukazanie i systematyzacja czynników, które wpłynęły na genezę i rozwój nurtu *przemiany ku lepszemu*. Na kanwie procesu historycznego podjęto próbę wyodrębnienia najważniejszych z nich. Czynniki te charakteryzują się zarówno wymiarem teoretycznym, jak i praktycznym. Można powiedzieć, że przenikają się one wzajemnie. Z jednej strony praktyka buduje na teorii. Widać to chociażby na przykładzie renesansowego przełomu antropologicznego. Nowe spojrzenie na człowieka i miejsce, jakie zajmuje on w świecie; wezwanie do zrozumienia jego natury stały się bodźcem dla podejmowania badań empirycznych. Z kolei rosnąca rola doświadczenia przyczyniła się wzrostu postępu technicznego i technologicznego. Z drugiej strony teoria wyrasta z praktyki, jest przez nią kształtowana i weryfikowana. Dla zobrazowania tej zależności wystarczy odwołać się do wyników doświadczeń anatomicznych. Dzięki nim w nowy sposób popatrzone na człowieka i strukturę jego ciała. Postawienie kolejnego kroku i zestawienie otrzymanych danych z mechanistyczną wizją rzeczywistości, doprowadziło do odrzucenia błędnej choć obowiązującej przez wieki teorii humoralnej. W ten sposób pojawiła się konieczność opisanie na nowo ludzkiej cielesności. Innymi słowy, doświadczenie empiryczne spowodowało odejście od starej, a przyjęcie nowej teorii.

Dzisiejsze praktyczne działania dokonujące się w obrębie *medical enhancement* posiadają zatem podbudowę teoretyczną i praktyczną. Historycznie sięgają one przełomu

średniowiecza i renesansu. Spróbujmy pokrótce uporządkować przyczyny rozwoju idei *transformatio ad optimum* dokonując ich podziału na te związane z teorią oraz te, które cechują się wymiarem praktycznym:

a. Czynniki o charakterze teoretycznym (chronologicznie):

- Narodziny nowej antropologii, której towarzyszy wezwanie do zrozumienia człowieka i jego natury (F. Petrarka, G. Pico),
- Nowe spojrzenie na Boga. Jest On nadal obecny, ale ustępuje miejsca człowiekowi, który staje w ścisłym centrum zainteresowania,
- Postulaty wolnościowe – człowiek kreatorem samego siebie (G. Pico, M. Condorcet, De La Mettrie, I. Kant),
- Zerwanie z bezkrytycznym zaufaniem wobec starożytnych autorytetów (F. Petrarka, Paracelsus),
- Odejście od teorii humoralnej,
- Optymizm oświecenia dotyczący ujarznienia natury, stworzenia idealnego społeczeństwa i rozwoju nauk, jako drogi do powszechnej eudajmonii (M. Condorcet),
- Marzenia o możliwości przedłużania ludzkiego życia (F. Bacon, Kartezjusz, M. Condorcet),
- Wiara w postęp, wynikający z nowych osiągnięć naukowych (M. Condorcet, A. Comte),
- Podział na nauki ścisłe i humanistyczne (oświecenie),
- Absolutyzacja ludzkiego ciała, redukcjonizm materialistyczny i odrzucenie Boga (De La Mettrie),
- Ujęcie człowieka jako przypadkowego, niedoskonałego i naturalistycznego produktu ewolucji (interpretatorzy K. Darwina),
- Myśl eugeniczna (F. Galton i następcy),
- Literackie wizje przyszłości człowieka (M. Shelley, H.G. Wells, A. Huxley),
- Przekreślenie (absolutyzacja) autonomii pacjenta,
- Posthumanizm i transhumanizm,
- *Medical enhancement* jako próba usensowienia od nowa ludzkiego życia. Odpowiedź na nihilizm wpływający z odrzucenia klasycznej metafizyki (współcześni zwolennicy idei *transformatio ad optimum* w odwołaniu do filozofii nadczłowieka F. Nietzschego).

b. Czynniki związane ze sferą praktyczną:

- Podkreślenie roli empiryzmu (R. Bacon, F. Petrarca, Paracelsus, F. Bacon),
- Utopijne próby powołania do życia *homunkulusa* (alchemicy i Paracelsus),
- Szersze zastosowanie doświadczenia w medycynie (A. Paré, W. Harvey), a zwłaszcza w anatomii (A. Wesaliusz),
- Wzrost pewności i kreatywności w działaniu,
- Rozwój jatromechaniki (Galileusz) i mechaniki (W. Harvey, Kartezjusz, T. Hobbes, De La Mettrie),
- Postęp naukowy związany z nowymi osiągnięciami poszczególnych dziedzin, w tym medycyny,
- Zastosowanie nowych metod i technologii w medycynie,
- Autonomia pacjenta w praktyce procesu leczenia,
- Narodziny i rozwój genetyki,
- Doświadczenia i badania w zakresie biotechnologii, nanotechnologii czy biocybernetyki (posthumanizm i transhumanizm).

Wyżej wymienione czynniki stanowią teoretyczny i praktyczny fundament dla ściśle powiązanej z *medical enhancement* idei *przemiany ku lepszemu*. Ale to nie wszystko. Patrząc z szerszej perspektywy, przyczyny te nie pozostały bez wpływu na inne obszary wiedzy i życia człowieka. Dla przykładu zmianie uległo spojrzenie na teologię i jej sposób uprawiania; pojawiły się kolejne, nowe koncepcje antropologiczne; w sferze polityki mocną pozycję zajęły wizje przyszłego, doskonałego społeczeństwa; chęć zapanowania nad naturą zrodziła poważne problemy ekologiczne.

Patrząc w perspektywie historii, możemy powiedzieć, że nieumiarkowana i przesadna wiara w technikę i nieograniczone ludzkie możliwości przyniosła w wielu dziedzinach ogrom rozczarowań. Entuzjizm, co do możliwości okiełznania i kontrolowania natury, osłabł. Podobnie stało się z wiarą w możliwość stworzenia idealnego społeczeństwa, zwłaszcza w perspektywie straszliwych konsekwencji jakie przyniosły totalitaryzmy XX wieku³⁹⁸.

³⁹⁸ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2. „...enthusiasm regarding unbridled technological intervention in our environment in order to control nature has dwindled. In addition, enthusiasm about shaping ideal societies has dulled significantly. More and more, it became clear that endeavors to radically improve our societies can have severe and uncontrollable downsides. The effects of 20th century attempts to change societies motivated by political ideologies such as Leninism, Stalinism, Maoism and Nazism have been unprecedented in terms of death and destruction”.

Inaczej ma się sprawa z rozwojem medycyny oraz możliwością wzmacniania i kreowania nowego człowieka. Idea poprawy gatunku ludzkiego, dzięki środkom medycznym, wciąż wzbudza wiele emocji i nadziei. Na ten temat piszą B. Gordijn i R. Chadwick:

„Tak więc, w przeciwieństwie do dwóch pomysłów: rządzenia otaczającym nas żywym i nieorganicznym środowiskiem oraz kształtowania doskonałego społeczeństwa – idea poprawy nas samych za pomocą środków medycznych wydaje się wciąż realna i inspirująca³⁹⁹.

We współczesnym świecie obserwowane jest zjawisko potwierdzające powyższą tezę. Chodzi o tak zwaną medykalizację życia i ludzkiego ciała. Medycyna jest w nim postrzegana jako skuteczne antidotum na wszelkie ludzkie problemy, jako uniwersalne narzędzie służące rozwiązywaniu nie tylko kwestii terapeutycznych (*restitutio ad integrum*), ale również takich, które nie wiążą się z jej właściwym celem (*transformatio ad optimum*)⁴⁰⁰. Jak pisze M. Leźnicki:

„Efektem nagłego progresu medykacji stało się (...) wyjaśnianie rozlicznych problemów, natury społecznej (jak choćby, alkoholizmu, narkomanii, bezrobocia, homoseksualizmu, samotności, alienacji, czy atomizacji społeczeństwa), prawnej (by przywołać kwestię przestępczości), jak również kwestii związanych z życiem prywatnym i naszą obecnością w świecie, w tym sensem życia i zadowoleniem z niego, obłaskawieniem śmierci, problemem wieku, płci, życia seksualnego, planowaniem rodziny, pracą zawodową, relacjami międzyludzkimi i wieloma innymi⁴⁰¹.

Innymi słowy, medykaliacja wykorzystując osiągnięcia medycyny, kontroluje i zarządza ciałem człowieka. W wielu płaszczyznach postuluje działania, których celem jest poprawa funkcjonowania organizmu ludzkiego nie tylko na poziomie fizycznym czy psychicznym, ale również w kontekście społecznym, wpływając na kreowanie określonych standardów dotyczących zachowań, wyglądu, wyników sportowych itd.

³⁹⁹ Tamże. „Thus, in contrast to the other two ideas of ruling over the living and inorganic environment surrounding us and shaping a perfect society, the idea of improving ourselves with medical means still seems to be viable and inspiring”.

⁴⁰⁰ Por. M. LEŹNICKI, *Medykaliacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych*, [w:] „Scientia et Fides”, 1 (2013), nr 1, s. 215.

⁴⁰¹ Tamże, s. 215-216.

Wydaje się istotnym, aby ukazać główne działania, jakie współczesna medycyna podejmuje w ramach idei *przemiany ku lepszemu*, wybrane z nich przedstawić i wreszcie podjąć próbę dokonania oceny etycznej *medical enhancement* z punktu widzenia medycyny klasycznej i personalizmu chrześcijańskiego. Tematyka ta stanie się *punctum saliens* kolejnych części pracy.

ROZDZIAŁ III

TRANSFORMATIO AD OPTIMUM W PRAKTYCE

Dotychczasowe rozważania uwzględniające kontekst historyczny, filozoficzny i teologiczny wykazały, że współczesne oblicze medycyny kreowane jest przez dwa nurty.

Zasadniczą i nadrzędną rolę odgrywa prąd terapeutyczny, odwołujący się do idei *restitutio ad integrum*. Jest on obecny w sztuce leczenia od zarania jej dziejów. Postrzega działania medyczne jako środek służący przewyciężeniu stanu chorobowego i odzyskaniu pierwotnego zdrowia. Obok niego współistnieje nurt, który postuluje możliwość, a nawet konieczność wyjścia poza granice terapii. Opiera się on na zasadzie *transformatio ad optimum* i dąży do ulepszania istot ludzkich.

Zagadnienie poprawy i wzmocnienia własnej kondycji zawsze interesowało człowieka, jednakże właściwy i systematyczny namysł intelektualny poświęcony tej tematyce rozpoczął się dopiero w epoce renesansu. Na możliwości praktyczne przyszło czekać jeszcze dłużej – bo aż do czasów współczesnych. Obecnie spectrum działań związanych ze sferą *praxis* poszerza się. Zjawisku temu sprzyja ciągły rozwój nauk medycznych, a także ciągle postępująca technicyzacja i technologizacja¹.

Analiza zaistniałej sytuacji, ukazuje wielość praktyk przekraczających tradycyjne, a więc terapeutyczne rozumienie leczenia². Należą do nich: niektóre eksperymenty medyczne, czynności techniczne w zakresie sztucznej reprodukcji, inżynieria genetyczna, transplantologia i implantologia dążąca do ulepszania ludzkiej kondycji, wiele zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej i kosmetycznej, kastracja i sterylizacja, operacje zmiany płci, stosowanie dopingu w sporcie, czynności lekarskie narzucone przez władze i wiele innych. Ze względu na coraz większe spektrum technik wychodzących poza terapeutyczne cele medycyny nie jest możliwe omówienie ich wszystkich. Zresztą nie ma takiej potrzeby – założenia filozoficzno-antropologiczne, jakie za nimi stoją mają wspólny mianownik: poprawianie lub zmienianie

¹ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 223.

² Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa...*, dz. cyt.

ludzkich cech naturalnych. W związku z tym w niniejszej części pracy ograniczymy się do przedstawienia wybranych, przykładowych czynności lekarsko-technicznych, wpisujących się w różnym stopniu w nurt *transformatio ad optimum*. Analizie zostaną poddane: procedura sztucznego zapłodnienia *in vitro*, implantacje, zwiększenie wydajności w sporcie oraz chirurgia plastyczna.

W pierwszej kolejności opiszemy każde z wymienionych od strony techniczno-medycznej. Dalej przywołane zostaną czynniki decydujące o jej nieterapeutycznej kwalifikacji, a zarazem o jej przynależności do nurtu *przemiany ku lepszemu*, głoszącego konieczność poprawy, wzmocnienia bądź ulepszenia człowieka i jego gatunku.

1. PROCEDURA SZTUCZNEGO ZAPŁODNIENIA *IN VITRO*

Niepłodność stanowi narastający problem społeczny i zdrowotny. Światowa Organizacja Zdrowia WHO szacuje, że około 80 milionów par na świecie dotknięta jest na stałe lub okresowo dramatem niepłodności. W krajach wysoko rozwiniętych bezdzietność wynikająca z niepłodności dotyczy 10-15% par będących w wieku rozrodczym³.

Ministerstwo Zdrowia Rzeczypospolitej Polskiej wśród najważniejszych przyczyn niepłodności wymienia: po stronie kobiet – nieprawidłowości związane z funkcjonowaniem jajników, patologie wynikające ze zmian w jajowodach (zrosty, niedrożność, upośledzenie funkcji), negatywne czynniki rzutujące na prawidłowe funkcjonowanie macicy (polipy, mięśniaki, zrosty czy wady budowy. Do niepłodności żeńskiej mogą przyczynić się również: nosicielstwo chorób zakaźnych, endometrioza, późny wiek, przyczyny psychogenne, a także jatrogenne (pooperacyjne, po leczeniu onkologicznym). Po stronie mężczyzny wylicza: brak lub zbyt małą ilość plemników w nasieniu, zaburzenia ich ruchliwości i budowy, a także nieprawidłowości zachodzące podczas współżycia płciowego i ejakulacji⁴.

W zaistniałej sytuacji procedura zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro*⁵ (FIVET – ang. *fertilizatio in vitro embryo transfer*) jawi się jako metoda, która może umożliwić sukces

³ Por. MINISTERSTWO ZDROWIA RP, *Program – Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013 – 2016*, s. 5-6, [Online]. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/leczenie-niepłodności-metoda-zapłodnienia-pozauustrojowego-in-vitro/>, [dostęp: 30.03.2016].

⁴ Por. Tamże, s. 4.

⁵ Warto zaznaczyć, że w naszych rozważaniach pomijamy metodę sztucznej inseminacji czyli sztucznego zapłodnienia wewnątrzustrojowego (*in vivo* „na żywo”), jakie ma miejsce w organach rozrodczych przyszłej matki. Por. A. MUSZALA, A. RUDZIEWICZ, dz. cyt., s. 81-82; O. NAWROT, *Ludzka biogeneza w standardach bioetycznych Rady Europy*, Warszawa 2011, s. 152-153.

prokreacyjny parom, które zmagają się z problemem niepłodności. W dzisiejszej praktyce medycznej techniki sztucznego zapłodnienia są daleko zaawansowane i w sposób skuteczny mogą służyć powoływaniu ludzkiego życia. Na świecie, wskutek szerokiego wdrożenia metod wspomaganego rozrodu pojawiło się już kilka milionów istnień ludzkich⁶. Pierwszą osobą urodzoną dzięki metodzie *in vitro* jest Lousie Joy Brown. Przyszła ona na świat 25 lipca 1978 roku w Royal Oldham Hospital (Wielka Brytania)⁷. Do jej narodzin przyczynili się współpracujący ze sobą dwaj uczeni: biolog R.G. Edwards i lekarz ginekolog P.C. Steptoe⁸.

1.1. Opis techniczno-medyczny

Zapłodnienie *in vitro* polega na zainicjowaniu ludzkiego życia poza organami rodnymi kobiety, a więc z wykluczeniem naturalnego środowiska jego powstawania⁹. Pobrane wcześniej gamety zostają połączone ze sobą w sztucznych warunkach, w laboratorium, «w szkle», «w probówce», «w retorcie»¹⁰. Innymi słowy, w procesie tym wykorzystany zostaje szereg odpowiednich technik, mających na celu zapłodnienie poza aktem płciowym mężczyzny i kobiety¹¹. Dopiero w późniejszym czasie niektóre z powstałych w ten sposób embrionów zostają przeniesione i umieszczone w kobiecym układzie rozrodczym w celu dalszego ich rozwoju¹².

Procedura *in vitro* przebiega w czterech etapach: 1. pozyskanie gamet, 2. sztuczne zapłodnienie, 3. wybór najlepiej rokujących embrionów, 4. Implantacja 1-3 zarodków ludzkich do łona kobiety.

Pierwszym etapem w kierunku przeprowadzenia zapłodnienia pozaustrojowego jest pozyskanie męskich i żeńskich gamet rozrodczych. Uzyskanie męskiego nasienia odbywa się zwykle na drodze masturbacji; dużo rzadziej za pomocą punkcji jąder. Sytuacja komplikuje się w przypadku gamet żeńskich. Droga ich pozyskania jest o wiele dłuższa i żmudniejsza. Poprzedza je stymulacja organizmu kobiety za pomocą odpowiednich środków hormonalnych

⁶ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 204.

⁷ Por. T. PASZKOWSKI, W. WRONA, *Miejsce technik wspomaganego rozrodu we współczesnej medycynie*, [w:] *Metody wspomaganego prokreacji: sukces czy porażka?*, B. CHYROWICZ (red.), Lublin 2006, s. 21.

⁸ Por. K. SZYNCEL, *Sztuczne zapłodnienie. Jeśli nie in vitro, to co?*, Kraków 2010, s. 20.

⁹ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 204.

¹⁰ Por. T. ŚLIPKO, *Bioetyka*, dz. cyt., s. 170.

¹¹ Por. R. LUCAS LUCAS, *Bioetyka dla każdego*, Częstochowa 2001, s. 51.

¹² Por. T. ŚLIPKO, *Bioetyka*, dz. cyt., s. 170.

w celu uzyskania tak zwanej «hiperowulacji», czyli do wyprodukowania przez jajniki kilku dojrzałych komórek jajowych (zazwyczaj 6-8, ale bywa, że więcej) w jednym cyklu. Aby pobrać dojrzałe oocyty specjaliści posługują się jedną z dwóch metod. W pierwszej obserwują jajniki za pomocą laparoskopu, aby wykryć dojrzałe pęcherzyki Graafa, a następnie pobierają je przy pomocy specjalnej igły. W drugiej metodzie nakłuwa się sklepienie pochwy lub powłokę brzuszną igłą do pobrania oocytów, następnie pod kontrolą ultrasonografu zasysa się komórki jajowe. Po tej punkcji jajników komórki jajowe umieszcza się w odpowiednim roztworze, zbliżonym do naturalnego. Następnie oczyszcza się je i poddaje ocenie pod kątem przydatności w procesie zapłodnienia. Również komórki męskie weryfikowane są pod względem jakości. Często wybiera się te plemniki, które odznaczają się odpowiednią budową i ruchliwością, licząc na dalszy, pozytywny przebieg procedury *in vitro*¹³.

Drugi etap stanowi już samo sztuczne zapłodnienie. Połączenia gamet rozrodczych męskich i żeńskich dokonuje się po kilku godzinach od chwili punkcji jajnikowej. Dojrzałe komórki jajowe wraz z plemnikami trafiają do właściwego sobie środowiska laboratoryjnego na szalce Petriego, gdzie samoistnie dochodzi do ich połączenia, co skutkuje powstaniem ludzkich embrionów¹⁴. Niekiedy stosuje się bardziej skomplikowaną metodę mikroiniekcji, polegającą na bezpośrednim wstrzyknięciu plemnika do cytoplazmy oocytu¹⁵. Niecałą dobę od momentu połączenia gamet dokonuje się analizy i oceny, czy doszło do zapłodnienia¹⁶. W przypadku pozytywnym, zygoty są pobierane i umieszczane w nowym środowisku, tj. w płynie inkubacyjnym pozbawionym plemników, gdzie w odpowiedniej temperaturze następuje dalszy ich rozwój. Około 28-32 godzin po zapłodnieniu następuje pierwszy podział zarodkowy i uwidaczniają się dwa blastomery. W drugiej dobie zarodki składają się już z 3-5 komórek, po kolejnych 48-72 godzinach przechodzą w stadium moruli i blastocysty¹⁷. W płynie inkubacyjnym zarodki oczekują na właściwy moment transferu do jamy macicy kobiety. Dokonuje się on zazwyczaj po około 42-52 godzinach od momentu zapłodnienia¹⁸. W zależności od zastosowanej metody *in vitro* przeniesienie to może nastąpić w późniejszym

¹³ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 205; A. MUSZALA, *Sztuczne zapłodnienie...*, dz. cyt., s. 535.

¹⁴ Por. Tamże; [Online]. <http://www.invitroinfo.pl>, [dostęp: 14.09.2017].

¹⁵ Na przykład w sytuacji gdy plemnik nie może przedostać się przez osłonkę przejrzystą (*zona pellucida*) wokół komórki jajowej. Obecnie częstym zabiegiem jest tzw. docytoplazmatyczne wstrzyknięcie plemnika do komórki jajowej – ICSI (*Intracytoplasmic sperm Injection*). Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 205; [Online]. <http://www.invitroinfo.pl>, [dostęp: 14.09.2017].

¹⁶ Por. Tamże.

¹⁷ Por. MINISTERSTWO ZDROWIA RP, *Program – Leczenie niepłodności...*, dz. cyt., s. 7.

¹⁸ Por. [Online]. <http://www.invitroinfo.pl>, [dostęp: 14.09.2017].

czasie, do szóstej doby włącznie¹⁹. Embriony nie przeznaczone do implantacji zostają zamrożone i przechowywane w specjalnym banku w celu ewentualnego wykorzystania ich w przyszłości²⁰.

G. Hołub zwraca uwagę, że powołane do istnienia embriony można implantować do organów rodnych kobiety właściwe zaraz po zapłodnieniu. Jednakże obecnie jest kilka powodów, które przemawiają za tym, aby uczynić to później, nawet w piątym lub szóstym dniu od ich zaistnienia – wtedy, kiedy osiągną stan rozwojowy zwany blastocystą²¹. Krakowski bioetyk pisze:

„Dzięki temu embriony, które posiadają jakieś wady genetyczne, ujawnią swoją niezdolność rozwojową i następuje ich samoczynne obumarcie. Te natomiast, które przetrwają, będą miały większe szanse na pomyślną implantację. Innym powodem transferu z pewnym opóźnieniem jest umacniająca się wśród eksperymentatorów tendencja do badania ich struktury morfologicznej i aspektów funkcjonalnych w ramach tak zwanej diagnostyki preimplantacyjnej. Niektóre geny embrionu (istotne dla tego etapu rozwoju) są na początku uśpione i ich aktywacja to kwestia 3–4 dnia. Stąd zwłoka w transferze zygot do organizmu kobiety może być podyktowana koniecznością prześledzenia jak funkcjonują na przykład geny odpowiedzialne za proces wewnętrznych podziałów”²².

Warto również zaznaczyć, że zarodki w stadium 5–6 dnia od chwili zapłodnienia (w tym okresie – w warunkach naturalnych – embrion w fazie blastocysty opuszcza jajowód i rozpoczyna się proces implantacji) mają większe szanse na zagnieżdżenie się w jamie macicy, aniżeli te, które implantowano w stadium wcześniejszych faz rozwojowych. Dla embrionu w stadium 4 blastomerów prawdopodobieństwo zagnieżdżenia się wynosi 10–20%, z kolei na etapie blastocysty wzrasta ono do 30–40%. Nie zmienia to jednak faktu, że skuteczność metody *in vitro* daleka jest ciągle od doskonałości i wciąż pozostawia wiele do życzenia²³.

¹⁹ Por. J. GAWINEK, B. NAWORSKA, *Zapłodnienie in vitro jedną z metod leczenia niepłodności w Polsce*, [w:] „Problemy Pielęgniarstwa”, 22 (2014), nr 1, s. 102.

²⁰ Por. O. NAWROT, *Ludzka biogeneza...*, dz. cyt., s. 154.

²¹ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 206.

²² Tamże.

²³ Por. O. NAWROT, *Ludzka biogeneza...*, dz. cyt. s. 154.

Trzeci etap procedury sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego stanowi obserwacja rozwijających się embrionów oraz diagnostyka preimplantacyjna. Do implantacji wybiera się te zarodki, które rokują największe szanse na skuteczny przebieg całości procesu²⁴. Niestety sztuczna selekcja daje «możliwość eliminacji słabszych, obciążonych defektami genetycznymi embrionów oraz dobór pożądanых cech u mającego się narodzić potomstwa»²⁵. Tym samym *in vitro* staje się narzędziem służącym realizacji celów nowej eugeniki na poziomie molekularnym.

Czwartym etapem jest transfer embrionów do organów rodnych bioreczeni. Zazwyczaj kobiecie podaje się progesteron w celu przygotowania macicy do implantacji zarodków. Aby zwiększyć prawdopodobieństwo zagnieżdżenia się embrionu, przenosi się do trzech zarodków w jednej procedurze²⁶ (tak zwany transfer grupowy). Do kobiet młodszych (do 35 roku życia) przeważnie implantuje się dwa zarodki, a do starszych – trzy²⁷. Przeniesienie naraz więcej niż jednego embrionu podnosi szanse na pomyślne zagnieżdżenie się któregoś z nich w ścianie macicy. Dość często zdarza się, że proces ten i tak kończy się niepowodzeniem, wymagając nawet parokrotnego powtórzenia. W takiej sytuacji rezerwę stanowią pozostałe embriony przechowywane w zbiornikach kriogenicznych²⁸.

Obecnie w zależności od czasu i sposobu transferu embrionów do ustroju kobiety stosuje kilka odmian metody *in vitro*. Do najczęściej stosowanych należą: 1. ET (*Embryon Transfer*) – klasyczna metoda, w której zapłodniony zarodek przenosi się do macicy, 2. PROST (*Pronucleated Stage Transfer*) – zarodki w stadium przedjądrzy transferowane są do jajowodu od strony szyjki macicy, 3. ZIFT (*Zygote Intrafallopian Transfer*) – zapłodniony oocyt zostaje wprowadzony od strony ujścia brzusznej jajowodu, 4. TET (*Tubal Embryo Transfer*) – za pomocą laparoskopu zarodki przenoszone są do ujścia brzusznej jajowodu, 5. TV-TEST (*Times Vaginal Tubal Embryo Stage Transfer*) – zabieg analogiczny do TET, lecz embriony transferowane są od strony szyjki macicy²⁹.

Pomyślny przebieg całej procedury, a więc udana implantacja i stopniowy rozwój ciąży, nie wyczerpuje całości dyskusji poświęconej tematyce związanej z *in vitro*. Do rozwiązania

²⁴ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 206-207.

²⁵ M.J. GRUSZKA, *Od eugeniki do procedury zapłodnienia in vitro*, [w:] „Seminare”, 36 (2015), nr 3, s. 61.

²⁶ Por. K. SZYNCEL, dz. cyt., s. 26; [Online]. <http://www.invitroinfo.pl>, [dostęp: 14.09.2017].

²⁷ Por. J. GAWINEK, B. NAWORSKA, dz. cyt., s. 102.

²⁸ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 207.

²⁹ Por. A. MUSZALA, *Sztuczne zapłodnienie...*, dz. cyt.; J. GAWINEK, B. NAWORSKA, dz. cyt., s. 102-103; O. NAWROT, *Ludzka biogeneza...*, dz. cyt. s. 155; K. SZYNCEL, dz. cyt., s. 27.

pozostaje kwestia pozostałych embrionów – tak zwanych „nadliczbowych”. W wypadku powodzenia implantacji zarodki te poddawane są procesowi zamrożenia w ciekłym azocie (-196°C) i przechowywane w tym stanie. Istnieją specjalne banki, a czas przechowywania zamrożonych embrionów jest różny, w zależności od regulacji prawnych obowiązujących w danym państwie (w Polsce 20 lat). Przebywanie w tym stanie nie służy kondycji zdrowotnej tych mikroskopijnych organizmów. Oblicza się, że nawet 30-50% z nich ginie w wyniku procesu kriokonserwacji³⁰. U tych, którym udaje się przetrwać i które zostają implantowane, wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia rozmaitych nieprawidłowości oraz wad rozwojowych. To z kolei powoduje ostrożność i rodzi dystans co do ich ewentualnej przyszłej implantacji. Powstaje tutaj pytanie, czy nie lepiej powtórzyć całości cyklu, powołując do istnienia nowe embriony, aniżeli sięgać po starsze, naznaczone większym ryzykiem upośledzenia?³¹.

Wraz z upływem czasu szanse przeżycia zarodków nieimplantowanych maleją w sposób drastyczny. Dodatkowo działania, którym poddaje się embriony nadliczbowe, budzą wiele dylematów natury etycznej. Dotyczy to zarówno procesu kriokonserwacji, jak również praktyki niszczenia zarodków czy wreszcie eksperymentów na embrionach (także w celach naukowych)³².

Na koniec warto rozpatrzyć sprawę dawstwa gamet. Pod tym względem sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe dzieli się na homologiczne (gamety pochodzą od kobiety i mężczyzny w obrębie związku jaki tworzą) lub heterologiczne (przynajmniej jedna z gamet pochodzi od osoby trzeciej spoza związku kobiety i mężczyzny)³³. *In vitro* wprowadza także problem tak zwanego macierzyństwa zastępczego³⁴.

1.2. Nieterapeutyczny charakter procedury *in vitro*

Zwolennicy i przeciwnicy metody *in vitro*, zarówno w Polsce jak i na forum międzynarodowym, toczą dyskurs dotyczący dopuszczalności sztucznego kreowania człowieka. Debata ta porusza wiele problemów natury etycznej, prawnej i medycznej.

³⁰ Por. M.L. DI PIETRO, *Bioetica e familia*, Roma 2008, s. 168.

³¹ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 207-208; A. MUSZALA, *Troska lekarza o ochronę początkowych stadiów życia ludzkiego*, [Online]. http://www.mp.pl/etyka/poczatki_zycia/157213,kel-troska-lekarza-o-ochrone-poczatkowych-stadiow-zycia-ludzkiego, [dostęp: 09.03.2018].

³² Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 208.

³³ Por. R. LUCAS LUCAS, dz. cyt., s. 51-55.

³⁴ Więcej na ten temat: por. K. SZYNCEL, dz. cyt., s. 33-41.

Jednym z przejawów tej dyskusji jest próba uściślenia pozycji, jaką powinna zajmować procedura *in vitro* w przestrzeni medycznej. Zwolennicy sztucznego zapłodnienia podkreślają, że jest to forma nowoczesnego leczenia. M. Szamatowicz – profesor i ginekolog, który jako pierwszy dokonał w Polsce udanego zabiegu tą metodą (1987) – stwierdza:

„Chciałbym, żeby wreszcie zakończyła się dyskusja o tym, czy *in vitro* to procedura medyczna. Jest to normalne nowoczesne leczenie, dające szansę na ciążę i poród dla ponad połowy bezpłodnych par”³⁵.

Ministerstwo Zdrowia RP wypowiedziało się w podobny sposób. Dokument wdrażający finansowanie procedury *in vitro* ze środków publicznych nosi znamienne nazwę: „*Program – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016*”³⁶. W dyplomatycznym tonie przedstawia swe stanowisko Naczelna Rada Lekarska. Procedurę zapłodnienia ustrojowego określa jako „*metodę postępowania medycznego w przypadku niepłodności*”³⁷.

Kontestatorzy metody *in vitro* odmawiają jej leczniczego charakteru. Na łamach *Rzeczpospolitej* T. Krzyżak, polemizując z B. Arłukowiczem (ministrem zdrowia RP w latach 2011-2015), pisze:

„Tylko z jedną tezą ministra zdrowia jestem w stanie się zgodzić: «niepłodność nie ma poglądów politycznych, nie jest ani prawicowa, ani lewicowa, ale jest chorobą, którą nowoczesna medycyna jest w stanie leczyć». Ma Pan rację, Panie Ministrze, niepłodność jest chorobą, którą da się wyleczyć. Problem w tym, że zapłodnienie pozaustrojowe nie leczy niepłodności. Dzięki niemu człowiek jest w stanie uzyskać dziecko, ale niepłodność nie zanika”³⁸.

M.J. Gruszka zwraca uwagę, że «Procedura *in vitro* jest jedynie techniką, która powoduje, że niepłodna kobieta rodzi dziecko, nadal pozostając niepłodną»³⁹.

³⁵ M. SZAMATOWICZ, *In vitro to normalne leczenie dające szansę na ciążę i poród*, [Online]. <http://www.wiadomosci.wp.pl/kat,1027191,title,Prof-Szamatowicz-in-vitro-to-normalne-leczenie-dajace-szanse-na-ciaze-i-porod,wid,15091774,wiadomosc.html>, [dostęp: 02.04.2016].

³⁶ MINISTERSTWO ZDROWIA RP, *Program – Leczenie niepłodności...*, dz. cyt. s. 1.

³⁷ Pismo NRL/SP/1212/15 z 17.07.2015.

³⁸ T. KRZYŻAK, *In vitro nie leczy niepłodności*, [Online]. <http://www.rp.pl/arttykul/1025297-In-vitro-nie-leczy-niepłodności.html#ap-1>, [dostęp: 02.04.2016].

³⁹ M.J. GRUSZKA, *Od eugeniki...*, dz. cyt., s. 64-65.

W podobnym tonie wypowiada się S. Cebrat, kierownik Zakładu Genomiki Uniwersytetu Wrocławskiego. Podkreśla on, że nazywanie *in vitro* metodą leczenia niepłodności jest wielkim absurdem. Dla potwierdzenia swej tezy posiłkuje się następującym przykładem:

„Porozmawiajmy o tym, jak wygląda samo *in vitro*, gdy mężczyzna jest niepłodny. Mężczyzna może być niepłodny z powodu braku wykształconych nasieniowodów lub ich niedrożności spowodowanej łagodną formą mukowiscydozy (na ogół to choroba śmiertelna). W tym przypadku mamy do czynienia z łagodną formą – mężczyzna nie ma wykształconych nasieniowodów, ale nie jest on sterylny. Produkuje plemniki, ale nie może doprowadzić do zapłodnienia w naturalny sposób. Plemniki można pobrać dzięki biopsji jąder i użyć ich do zapłodnienia komórki jajowej. I co – ten człowiek został wyleczony? Trudno to nazwać wyleczeniem, bo będzie miał dziecko, ale stan jego organizmu absolutnie nie poprawił się”⁴⁰.

Autor ten zwraca uwagę, że procedura *in vitro* we współczesnym świecie stanowi ogromny biznes⁴¹. W takiej perspektywie nie dziwi fakt, że dla jej promocji sięga się po chwyt marketingowe pozwalające wywołać odpowiednie, pozytywne skojarzenia⁴². Nazwanie sztucznego zapłodnienia leczeniem niepłodności nosi znamiona takiego właśnie działania.

Podważanie leczniczego charakteru metody *in vitro* w znacznym stopniu wpływa z jej nieterapeutycznego charakteru. Konsekwencje sztucznego zapłodnienia jakimi są: doprowadzenie do urodzenia jednego dziecka kosztem obumarcia wielu embrionów, dalsza niepłodność w obrębie pary starającej się o dzieci, komplikacje i przeciążenie organizmu kobiety po nieraz kilkukrotnej inicjacji cykli hiperowulacji, zwiększenie ryzyka anomalii zdrowotnych u noworodków poczętych *in vitro*⁴³ stoją w wyraźnej opozycji do zasady *restitutio ad integrum*, obowiązującej w medycynie od zarania dziejów. W takim znaczeniu procedura *in vitro* rzeczywiście nie może być nazwana leczeniem rozumianym jako osiągnięcie powrotu do pełni zdrowia, do jego pierwotnego stanu.

⁴⁰ S. CEBRAT, *In vitro niczego nie leczy. To biznes, a nie badania naukowe*, [Online]. <http://www.gazeta.wroclawska.pl/artukul/626099,prof-cebrat-in-vitro-to-wielki-biznes-a-nie-nauka,id,t.html>, [dostęp: 02.04.2016].

⁴¹ Por. Tamże.

⁴² O. PANKIEWICZ, *Projekt ustawy o in vitro niezgodny z Konstytucją*, [Online]. <http://www.pch24.pl/mec--pankiewicz-projekt-ustawy-o-in-vitro-niezgodny-z-konstytucja,24830,i.html#ixzz44fpPbuq>, [dostęp: 02.04.20016].

⁴³ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 208-210.

Ponadto *in vitro* stanowi furtkę do ewentualnej realizacji dalszych działań medycznych o charakterze pozaterapeutycznym. Należą do nich:

- Klonowanie,
- Powołanie do istnienia tak zwanych chimer lub hybryd,
- Tworzenie zarodków nadliczbowych,
- Zakładanie banków embrionów,
- Eksperymenty badawcze na embrionach,
- Selekcja przedimplantacyjna,
- Implantacja zarodków kobietom w wieku po prokreacyjnym,
- Eksperymenty z wykorzystaniem komórek macierzystych,
- Ingerencje w genom ludzki,
- Projektowanie dzieci na zamówienie,
- Wykorzystanie sztucznej macicy,
- *In vitro* z wykorzystaniem materiału od trzech rodziców⁴⁴.

We współczesnym świecie możliwość ewentualnej, praktycznej realizacji powyższych działań wciąż wzrasta. Sytuacji takiej sprzyja ciągły rozwój technik i technologii medycznych. Praktyki te bardzo często służą spełnianiu ludzkich pragnień, ambicji i żądań oraz dążą do poprawy i wzmocnienia człowieka (*enhancement*). Tym samym wpisują się w nurt *transformatio ad optimum*. Dodatkowo, charakteryzując się nieterapeutycznością, przełamują koncepcję właściwie rozumianej medycyny⁴⁵. Okazuje się, że w rękach lekarzy i naukowców spoczywa coraz większy potencjał kreacji nowego pozaterapeutycznego celu działań medycznych. Liczy się już nie tylko powrót do zdrowia, ale również ulepszenie człowieka i jego gatunku.

Z perspektywy nowego celu medycyny – zbieżnego z ideą *przemiany ku lepszemu* – metoda *in vitro* i inne wypływające z niej nieterapeutyczne praktyki jawią się jako czynności jak najbardziej właściwe lekarzom i sztuce leczenia. Takie ustawienie sprawy bez większych problemów pozwala nazwać sztuczne zapłodnienie nowoczesną formą leczenia,

⁴⁴ Por. A. MUSZALA, *Bioetyka w dialogu*, [Online]. <http://www.ratujemyembriony.pl/wp-content/uploads/2016/02/Bioetyka-w-dialogu.pdf>, [dostęp: 14.09.2017].

⁴⁵ Por. Tenże, *Medycyna luksusowa – ocena etyczna...*, dz. cyt.

a przynajmniej, jak uczyniła to Naczelna Rada Lekarska, «metodą postępowania medycznego»⁴⁶. W klasycznym ujęciu medycyny, zgodnym z zasadą *restitutio ad integrum*, takiej możliwości nie ma. *In vitro* pozostanie tutaj typowym działaniem pozamedycznym, zabiegiem technicznym – «sztuczną technologią reprodukcyjną»⁴⁷.

2. IMPLANTACJE

Wydaje się słuszne, aby rozważania dotyczące zabiegów implantacyjnych rozpocząć od pojęcia transplantacji. Wynika to z dwóch przesłanek: po pierwsze, praktyki implantacyjne stanowią szczególny rodzaj transplantacji⁴⁸; po drugie, wykorzystują one szeroko techniki medyczne wypracowane i stosowane w obrębie transplantologii⁴⁹.

Termin transplantologia pochodzi od łacińskiego słowa *transplantare*, które oznacza *szczepić, przesadzać*. Transplantologia stanowi dział medycyny zajmujący się problematyką operacyjnego przenoszenia komórek, tkanek i narządów z jednego osobnika na drugi lub też w obrębie tego samego organizmu na inne miejsce⁵⁰.

Początki technik transplantacyjnych sięgają swymi korzeniami przełomu średniowiecza i renesansu. Już wtedy ubytki cielesne, powstałe u żołnierzy na skutek działań wojennych, próbowano uzupełniać za pomocą wycinków skórnych pobranych z ramienia⁵¹. Pierwsze próby transfuzji krwi miały miejsce najprawdopodobniej pod koniec XV wieku. Pomimo podejmowanych wielokrotnie prób kolejne stulecia nie przyniosły większych sukcesów dotyczących tej kwestii⁵². Sytuacja uległa zasadniczej zmianie w drugiej połowie XX wieku, kiedy to dokonano pierwszych udanych przeszczepów organów wewnętrznych. Dziś zabiegi transplantacyjne znajdują się w centrum zainteresowania sztuki leczenia. Możemy powiedzieć, że słowa takie jak: *dawca, biorca czy przeszczep (transplant)*⁵³ na trwałe zadomowiły się w przestrzeni języka medycznego⁵⁴.

⁴⁶ Por. Pismo NRL/SP/1212/15 z 17.07.2015.

⁴⁷ Por. K. SZYNCEL, dz. cyt., s. 19. (ang. Artificial Reproductive Technologies).

⁴⁸ Por. R. TOKARCZYK, *Prawa narodzin...*, dz. cyt., s. 228.

⁴⁹ Stąd też w dalszej części paragrafu, zwłaszcza w opisie techniczno-medycznym wydaje się koniecznym szerokie odwołanie do transplantologii.

⁵⁰ Por. P. MORCINIEC, *Przeszczepy narządów*, [w:] EB, s. 467; M. MASTERNAK, J. NAPIÓRKOWSKA, *Transport organów, czyli liczy się każda sekunda*, [w:] „TransLogistics”, (2014), s. 15.

⁵¹ Por. B. ŚWIECZKO-ŻUREK, *Biomateriały*, Gdańsk 2009, s. 30.

⁵² Por. T. ŚLIPKO, *Bioetyka*, dz. cyt., s. 264-265.

⁵³ Por. R. TOKARCZYK, *Zarys regulacji transplantacji organów ludzkich*, [w:] „Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny”, 62 (2000), z. 1, s. 15.

⁵⁴ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 252.

Nazwa implantacja wywodzi się również z języka łacińskiego – od słowa *implantare* oznaczającego *wszczepiać, zakorzeniać*⁵⁵. Dziedzina ta zajmuje się sposobami wszczepiania implantów czyli sztucznych organów lub sztucznych elementów ciała w strukturę żywego organizmu. O ile w transplantologii używa się przeszczepów o charakterze naturalnym, o tyle w implantologii mamy do czynienia ze sztucznymi, niebiologicznymi protezami⁵⁶ wykonanymi z jednego lub więcej biomateriałów⁵⁷.

Patrząc z perspektywy historii, «próby wszczepiania obcych materiałów do tkanek ludzkich sięgają praktycznie początków medycyny. Stosowane były różne materiały – drewno, kości zwierząt, metale szlachetne (złoto, srebro)»⁵⁸. Już w zamierzchłych czasach ludzie próbowali uzupełniać braki w uzębieniu. Fakt ten potwierdzają znaleziska pierwszych uzupełnień protetycznych pochodzące z okresu starożytności (Egipcjanie, Etruskowie). Jednak właściwy rozkwit implantologii rozpoczął się, podobnie jak całej transplantologii, w II połowie XX wieku⁵⁹. Obecnie na coraz większą skalę niezdolne do właściwego funkcjonowania narządy ludzkiego organizmu zastępuje się implantami. Ich zastosowanie ma na celu przywrócenie prawidłowej pracy w obrębie systemu biologicznego człowieka⁶⁰. W ten sposób praktyki implantacyjne wpisują się w klasyczny, terapeutyczny nurt medycyny (*restitutio ad integrum*). Warto zaznaczyć, że coraz szerszemu stosowaniu sztucznych implantów sprzyjają przede wszystkim problemy związane z niedostateczną ilością dawców naturalnych organów i tkanek⁶¹.

2.1. Opis techniczno-medyczny

W transplantologicznej praktyce medycznej możemy wyróżnić kilka rodzajów przeszczepów:

- a) Autogeniczny (autoprzyszczep) – oznacza wykorzystanie własnej tkanki lub organu

⁵⁵ Por. L.A. KARACOLOFF, *Orthopedics*, Michigan 1987, s. 366.

⁵⁶ Por. R. TOKARCZYK, *Zarys regulacji transplantacji...*, dz. cyt., s. 15.

⁵⁷ Por. D.F. WILLIAMS (ed.), *The Williams Dictionary of Biomaterials*, Liverpool 1999, s. 173.

⁵⁸ Por. B. ŚWIECZKO-ŻUREK, *Biomateriały...*, dz. cyt., s. 33.

⁵⁹ Por. J. ZAPPA-GAWŁOWSKA, T. CIEŚLIK, *Od obsydianu do tytanu, czyli historia wszczepów śródkostnych – na podstawie piśmiennictwa*, [w:] CzS, 61 (2008), nr 5, s. 366-372.

⁶⁰ Por. *Implanty i sztuczne narządy*, [Online]. <http://www.ib.us.edu.pl/index.php/o-studiach/implanty-i-sztuczne-narzady>, [dostęp: 21.04.2016].

⁶¹ Por. R. EVANS, C. ORIAN, N. ASCHER, *The potential supply of organ donors; an assessment of the efficacy of organ procurement efforts in the United States*, [w:] JAMA, 267 (1992), nr 2, s. 239-246; A. FILIPOWICZ, *Wiara na rozdrożach współczesnej bioetyki*, [w:] „Studia Aloisiana”, 5 (2014), nr 4, s. 49.

i przeniesienie go z jednego miejsca organizmu w drugie. W tym wypadku dawcą i biorcą pozostaje ta sama osoba⁶². Przeszczepów tego typu dokonuje się między innymi w ortopedii, hematologii czy chirurgii plastycznej.

- b) Izotransplantacja – przeniesienie organów pomiędzy osobami charakteryzującymi się identycznym materiałem biogenetycznym (bliźnięta jednojajowe)⁶³.
- c) Allogeniczny (homotransplantacja) – ten rodzaj przeszczepu dokonywany jest w obrębie tego samego gatunku. Transplantacja z człowieka na człowieka nazywana jest niekiedy śródgatunkową lub bliźniopodobną⁶⁴.
- d) Ksenotransplantacja (heterotransplantacja) – czyli przeszczepianie organów pomiędzy różnymi gatunkami⁶⁵.
- e) Alloplastyka – inaczej proces wszczepienia sztucznego przedmiotu, czyli działanie właściwe dla implantologii⁶⁶.

Powyższy podział ukazuje wielość potencjalnych powiązań między dawcą i biorcą przeszczepianych komórek, tkanek czy narządów⁶⁷. Biorca może być dawcą sam dla siebie; może otrzymać konieczny narząd od dawcy, który jest jego najbliższym krewnym (bliźniak jednojajowy); od dawcy w obrębie ludzkiego gatunku i wreszcie od osobnika innego gatunku – zwierzęcia. Szczególny przypadek stanowi wszczepienie biorcy sztucznego implantu.

W przypadku przeszczepów dokonywanych w obrębie gatunku ludzkiego, «ze względu na witalny stan dawcy»⁶⁸ mówi się o transplantacji *ex mortuo*, czyli z ciała zmarłego lub *ex vivo* – z ciała żywego⁶⁹.

Kolejny podział obecny w tej gałęzi medycyny stanowi rozróżnienie na transplantacje narządów zewnętrznych (np. rogówka oka, operacja plastyczna) i wewnętrznych (np.

⁶² Por. A. KAMIŃSKI, M. ZASACKA, H. WANYURA, *Demineralizowana macierz kostna – przygotowanie i zastosowanie w leczeniu stomatologicznym*, [w:] CzS, 60 (2007), nr 9, s. 603-604.

⁶³ Por. A. FILIPOWICZ, dz. cyt., s. 49.

⁶⁴ Por. R. TOKARCZYK, *Zarys regulacji transplantacji...*, dz. cyt., s. 15-16.

⁶⁵ Por. Z. SMORAĞ, R. SŁOMSKI, *Ksenotransplantacja – możliwości i ograniczenia*, [w:] NA, (2005), nr 4, s. 133; B. WÓJCIK, *Ksenotransplantacje*, [w:] EB, s. 312-316.

⁶⁶ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 254.

⁶⁷ Por. R. TOKARCZYK, *Prawa narodzin...*, dz. cyt. s. 228.

⁶⁸ Tamże, s. 229.

⁶⁹ Por. K. MIASKOWSKA-DASZKIEWICZ, *Prawne aspekty transplantacji komórek, tkanek i narządów*, [w:] „Przegląd Prawno-Ekonomiczny”, (2007), nr 1, s. 5.

przeszczep szpiku kostnego czy transfuzja krwi)⁷⁰.

Biorąc pod uwagę przeszczepy narządów wewnętrznych, koniecznym jest dokonanie jeszcze jednego podziału. Zabiegi transplantacyjne mogą dotyczyć organów parzystych (występujących podwójnie w organizmie człowieka, np. nerka, płat płucny) lub nieparzystych (pojedynczych, np. wątroba, serce, trzustka)⁷¹.

Istotną kwestią, zwłaszcza dla allogenicznych przeszczepów organów pojedynczych *ex mortuo*, stało się ustalenie momentu śmierci dawcy⁷². Komisja Harwardzka w 1968 roku określiła nowe, neurologiczne kryterium śmierci istot ludzkich. Ustalono, że człowiek umiera nie w chwili zatrzymania pracy serca i zaniku krążenia krwi, ale w momencie całkowitego i nieodwracalnego ustania funkcji mózgu (kory i pnia). Z chwilą śmierci mózgowej organizm zostaje pozbawiony ośrodka koordynującego czynności życiowe, jest niezdolny do samodzielnej egzystencji. Obecnie definicję śmierci mózgowej, pomimo podnoszonych głosów krytycznych, akceptuje się jako wyznacznik zgonu istoty ludzkiej⁷³.

Przyjęcie takiego stanowiska przy jednoczesnym potencjale dzisiejszej medycyny, zdolnej «dzięki sztucznej wentylacji oraz wymuszonej akcji serca i nerek»⁷⁴ podtrzymywać życie wegetatywne organizmu, pozwoliło rozwiązać ważne problemy dotyczące eksplantacji organów z ciała osoby zmarłej. Zapewniło dostęp do narządów funkcjonujących prawidłowo pod względem biologicznym, a także przyczyniło się do wzrostu ilości potencjalnych dawców⁷⁵.

Historia medycyny dowodzi, jak bardzo istotnym dla transplantologii było odkrycie mechanizmów immunologicznych. Istniejąca niezgodność immunologiczna sprawiała, że często przeszczepy kończyły się niepowodzeniem. Inaczej mówiąc, organizm biorcy rozpoznawał, że wszczepiona komórka, tkanka, czy narząd pod względem biologicznym

⁷⁰ Por. A. MUSZALA, A. RUDZIEWICZ, dz. cyt., s. 97-98.

⁷¹ Por. T. ŚLIPKO, *Bioetyka*, dz. cyt., s. 267.

⁷² Narząd wewnętrzny, nieparzysty, aby nadawał się do przeszczepu musi poprawnie funkcjonować pod względem biologicznym. A zatem można go pobrać jedynie z żyjącego organizmu. Stara definicja śmierci mówiąca, że zgon następuje z chwilą zatrzymania akcji serca i ustania krążenia przekreślała możliwość pobrania narządu w celach transplantacji. Dyskwalifikacja ta wynikała z zachodzących w szybkim tempie zmian martwiczych w obrębie organu. Por. A. MUSZALA, A. RUDZIEWICZ, dz. cyt., s. 99.

⁷³ Por. P. MORCINIEC, *Przeszczepy narządów...*, dz. cyt., s. 469; J.L. BERNAT, *Ethical Issues in Neurology*, Philadelphia 2008, s. 254-286.

⁷⁴ Tamże.

⁷⁵ Por. R. TOKARCZYK, *Prawa narodzin...*, dz. cyt., s. 230.

stanowi obce ciało, niekompatybilne z nim pod względem genetycznym. Pociągało to za sobą reakcję obronną, przejawiającą się w odrzuceniu i obumarciu przeszczepu. Opracowanie metod, które w sposób skuteczny przełamałyby ową barierę, stało się priorytetem na drodze postępu transplantologii⁷⁶. «Odkrycie antygenów zgodności tkankowej»⁷⁷ czy zastosowanie leków immunosupresyjnych sprawiło, że ryzyko odrzucenia uległo znacznemu zmniejszeniu. W ten sposób znacznie przedłużono właściwe funkcjonowanie przeszczepionego narządu⁷⁸.

Kwalifikację do zabiegu transplantacji poprzedza wywiad dotyczący cech, jakie posiadają zarówno dawca jak i biorca. Pod uwagę bierze się między innymi wiek, grupę krwi, brak infekcji i schorzeń. Nie bez znaczenia pozostają względy społeczne, psychologiczne czy psychiatryczne. Najlepszymi dawcami są osoby młode, zdrowe, zazwyczaj zmarłe w sposób nagły⁷⁹. Czas pomiędzy pobraniem narządu a wszczepieniem go biorcy bywa różny. Zależy on od rodzaju transplantu, sposobu jego transportu, przechowywania czy zastosowanych płynów konserwujących. Dla przykładu nerkę można skutecznie przechowywać do 48 godzin od pobrania; organy takie jak wątroba, trzustka czy serce znacznie krócej. Wciąż trwają badania nad płynami umożliwiającymi jak najdłuższe, skuteczne przetrzymywanie narządów przeznaczonych do transplantacji⁸⁰.

2.1.1 W poszukiwaniu alternatywnych źródeł transplantów

Ciągły niedobór organów koniecznych do przeszczepów sprawił, że zwrócono uwagę na inne źródła pozyskiwania narządów i tkanek. Jednym z nich stały się zabiegi ksenotransplantacyjne, czyli przeszczepy międzygatunkowe. W praktyce klinicznej, z różnym skutkiem podejmowane są próby wszczepiania ludziom tkanek i organów pochodzenia zwierzęcego⁸¹. Specyficzną grupę dawców stanowią tutaj zwierzęta transgeniczne. Dzięki zabiegom inżynierii genetycznej organizm takiego zwierzęcia zostaje przystosowany do potrzeb człowieka. Do jego genotypu wprowadzane są ludzkie geny, których zadaniem jest sprawić, aby pobierany w późniejszym czasie organ został łatwiej zaakceptowany przez

⁷⁶ Por. Tamże, s. 229.

⁷⁷ P. MORCINIEC, *Przeszczepy narządów...*, dz. cyt., s. 467.

⁷⁸ Por. M. NOWICKI, *Generyczne leki immunosupresyjne w transplantologii — korzyści i zagrożenia*, [w:] „Forum Nefrologiczne”, (2013), nr 2, s. 90-96.

⁷⁹ Por. R. TOKARCZYK, *Prawa narodzin...*, dz. cyt., s. 229.

⁸⁰ Por. M. MASTERNAK, J. NAPIÓRKOWSKA, *Transport organów...*, dz. cyt., s. 27-29.

⁸¹ Por. B. WÓJCIK, *Ksenotransplantacje...*, dz. cyt., s. 312-313.

ludzkiego biorcę⁸². Kolejne źródło transplantów stanowi inżynieria tkankowa (*Tissue Engineering*). Wykorzystując komórki somatyczne i macierzyste, dąży ona do uzyskania materiału biologicznego, który z powodzeniem zastąpiłyby uszkodzone tkanki lub całe narządy⁸³. W zasięgu bioinżynierów leży już wytwarzanie skóry, chrząstek, kości, mięśni czy naczyń krwionośnych⁸⁴. Działania te są możliwe dzięki hodowlom komórek w warunkach *in vitro*⁸⁵. W ramach dalszych poszukiwań źródeł transplantów zdarzają się głosy postulujące, aby dzieci urodzone z bezmózgowiem były traktowane jako potencjalni dawcy organów. Mówi się również o ewentualnym zalegalizowaniu klonowania istot ludzkich, co byłoby równoznaczne z otwarciem przed transplantologią nowych, szerokich perspektyw dalszego rozwoju⁸⁶.

Alternatywę dla poszukiwania źródeł transplantów naturalnych stanowią badania dotyczące wszczepiania narządów sztucznych. Praktyka pokazuje, że implanty znajdują coraz szersze zastosowanie we współczesnej medycynie. Według *Słownika Biomateriałów* implantem określa się:

„...urządzenie medyczne – wykonane z jednego lub więcej biomateriałów, które w sposób zamierzony umieszcza się w ciele – całkowicie lub częściowo pozostające pod powierzchnią nabłonka”⁸⁷.

W produkcji implantów wykorzystuje się odpowiednie biomateriały, charakteryzujące się akceptowalnością przez organizm człowieka⁸⁸. Chodzi o odpowiednią biotolerancję (biokompatybilność), inaczej zgodność biologiczną umożliwiającą osiągnięcie stanu harmonii interakcji w obrębie materii żywej. Optymalna biotolerancja zapewnia brak ostrych lub chronicznych reakcji, nie powoduje stanów zapalnych i nie przeszkadza właściwemu różnicowaniu amputowanego otoczenia tkanek⁸⁹.

⁸² Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 255; Tenże, *Transgeniczne organizmy*, EB, s. 598-602.

⁸³ Por. *Hodowla komórek i tkanek*, S. STOKŁOSOWA (red.), Warszawa 2006, s. 1; M GROLIK, *Inżynieria tkankowa – nowe narzędzie w rekonstrukcji tkanek*, [w:] „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ – Nauki Ścisłe”, 3 (2011), nr 2, s. 33.

⁸⁴ Por. R. TOKARCZYK, *Prawa narodzin...*, dz. cyt., s. 231.

⁸⁵ Por. M GROLIK, *Inżynieria tkankowa...*, dz. cyt., s. 33; E. PAMUŁA, *Inżynieria tkankowa – nowa metoda leczenia tkanek i narządów*, [Online]. <http://www.ceramika.agh.edu.pl/pl/2016-01-20-13-11-44/ciekawie-o/483inzynieria-tkankowa-nowa-metoda-leczenia-tkanek-i-narzadow-2>, [dostęp: 09.03.2018].

⁸⁶ Por. R. TOKARCZYK, *Prawa narodzin...*, dz. cyt., s. 231.

⁸⁷ „...medical device made from one or more biomaterials that is intentionally placed within the body, either totally or partially buried beneath an epithelial surface”. D.F. WILLIAMS (ed.), *The Williams Dictionary...*, dz. cyt., s. 173.

⁸⁸ Por. B. ŚWIECZKO-ŻUREK, *Biomateriały...*, dz. cyt., s. 33.

⁸⁹ Por. J. MARCINIAK, *Biomateriały*, Gliwice 2002, s. 71.

Na stronie amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia (z siedzibą w Bethesda – Maryland) odnajdujemy poniższą definicję biomateriału:

„...biomateriał to każda substancja (odmienna od leku) lub kombinacja substancji pochodzenia syntetycznego bądź naturalnego, która może być wykorzystana w dowolnym okresie czasu, w całości albo w części celem leczenia, powiększenia lub zastąpienia tkanek narządu, organu czy funkcji ciała”⁹⁰.

Obecnie w konstruowaniu różnorodnych postaci implantów wykorzystuje się biomateriały metalowe, ceramiczne, polimerowe, węglowe i kompozytowe⁹¹. Do najbardziej rozpowszechnionych zalicza się: implanty uzupełniające ubytki pokrywy czaszki, protezy zębowe, rozruszniki, zastawki serca, stenty, sztuczne stawy i ścięgna, protezy naczyń krwionośnych, protezy moczopłciowe, implanty kosmetyczne, domaciczne wkładki antykoncepcyjne i inne⁹².

2.1.2 Technologie NBIC

Nie bez znaczenia dla rozwoju implantologii pozostają technologie NBIC (nano-bio-info-cogno). NBIC to połączenie osiągnięć najnowszych technologii w dziedzinie nanotechnologii, biotechnologii, informatyki i kognitywistyki. Jednym z celów NBIC jest ekspansja potencjału gatunku ludzkiego z wykorzystaniem nano-bio-info-cogno implantów⁹³. Wybiegając ku przyszłości prognozuje się między innymi wszczepianie chipów bezpośrednio do mózgu. Dzięki nim możliwe będzie szybsze pochłanianie wiedzy, przepływ informacji czy zwiększenie inteligencji. W ludzkim ciele mają zamieszkiwać specjalne roboty, zbudowane w nanoskali, których zadaniem będzie monitorowanie tętna, ciśnienia krwi, ostrzeżenie przed zawałem czy wykrycie raka we wczesnym stadium. Mówi się o zaprogramowaniu gatunku

⁹⁰ „a *biomaterial* was defined as any substance (other than a drug) or combination of substances, synthetic or natural in origin, which can be used for any period of time, as a whole or as a part of a system which treats, augments, or replaces any tissue, organ, or function of the body”. Biomaterials Consensus Conference at the National Institute of Health, Clinical Applications of Biomaterials. NIH Consensus Statement 1982 Nov 1-3; 4(5): 1-19, [Online]. <http://www.consensus.nih.gov/1982/1982Biomaterials034html.htm>, [dostęp: 10.05.2016].

⁹¹ Por. J. MARCINIAK, *Biomateriały...*, dz. cyt., s. 70.

⁹² Por. R. BĘDZIŃSKI, *Biomechanika inżynierska*, Wrocław 1997, s. 54.

⁹³ Por. A. STABRYŁA, S. WAWAK (red.), *Metody badania i modele rozwoju organizacji*, Kraków 2012, s. 93.

ludzkiego w nowe zmysły np. echolokacji (podobnie jak u nietoperzy)⁹⁴. Na stronie «Nanotechnology Now» wymienione zostały obszary badań nanomedycyny. W głównym kręgu jej zainteresowania pozostaje:

„Kompleksowe monitorowanie, kontrola, budowa, remont, obrona oraz poprawa wszystkich ludzkich układów biologicznych, zaczynając od poziomu molekularnego z wykorzystaniem inżynierii nanourządzeń i nanostruktur”⁹⁵.

Dzięki technologii NBIC ludzkie ciało będzie się charakteryzować większą trwałością, odpornością na rozmaite rodzaje stresu, zagrożeń biologicznych, procesów starzenia. Będzie bardziej energiczne i łatwiejsze do naprawy. Już dziś specjaliści od bioniki⁹⁶ dysponują interfejsami mózg-maszyna, dzięki którym możliwe jest, aby sygnały nerwowe wysyłane z mózgu współpracowały poprawnie z protezami bionicznymi⁹⁷ (bioniczne kończyny, bioniczne oko i ucho)⁹⁸. Implanty tego typu, stanowiące alternatywę dla transplantacji⁹⁹ oparte na nanotechnologii stanowią bazę części zamiennych dla zużytych ludzkich organów¹⁰⁰.

Fuzja implantologii z technologiami NBIC przyczynia się do powstawania wielu nowych pozaterapeutycznych projektów, stanowiących techniczne «aktualizacje» – wzmacniające i doskonalące ludzkie organizmy, a tym samym kreujące nowego człowieka – *homo bionicus*. Połączenie to rodzi wielkie nadzieje wśród zwolenników nurtu *transformatio ad optimum*, w którym ciało człowieka, choć zdrowe z punktu widzenia medycyny klasycznej, definiowane jest jako ograniczone i wadliwe. Potrzebuje ono ciągłego udoskonalania, które

⁹⁴ Por. *Converging Technologies for Improving Human Performance – Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science*, Report commissioned by the U.S. National Science Foundation and Department of Commerce, 2002, s. 95-98.

⁹⁵ „The comprehensive monitoring, control, construction, repair, defense, and improvement of all human biological systems, working from the molecular level, using engineered nanodevices and nanostructures”. [Online]. <http://www.nanotech-now.com/nanotechnology-medicine-glossary.htm>, [dostęp: 10.05.2016].

⁹⁶ Bionika lub inaczej biomimetyka to nauka zajmująca się adaptowaniem rozwiązań istniejących w przyrodzie na grunt techniki, w celu skonstruowania urządzeń działających na podobieństwo organizmów żywych. Por. M. MALEC, M. MORAWSKI, D. WOJTAS, J. ZAJĄC, *Cyberyba – podwodny robot mobilny*, [w:] „Pomiary Automatyka Robotyka”, 14 (2010), nr 2, s. 331.

⁹⁷ Por. I. KOŁODZIEJCZYK, *Kontrolowana myślami proteza bioniczna działa!*, [Online]. <http://www.biotechnologia.pl/biotechnologia/Doniesienia-naukowe/kontrolowana-myslami-protezebioniczna-dziala,12978>, [dostęp: 11.05.2016].

⁹⁸ Por. G. WOLBRING, *Enhancement Medicine*, [Online]. <http://www.bioethicsanddisability.org/foe.html>, [dostęp: 12.05.2016].

⁹⁹ Por. B. MATEJKO, J. GŁADYSZ, *Idea protez bionicznych w nowoczesnej protetyce*, [w:] „ZN TD UJ Nauki Ścisłe”, (2010), nr 1, s. 35.

¹⁰⁰ Por. *NBIC – Zabawa w Boga. Obraz świata w 2025 roku*, [Online]. http://www.prisonplanet.pl/nauka_i_technologia/nbic_zabawa_w_boga_obraz,p1220355957, [dostęp: 11.05.2016].

staje się możliwe dzięki pojawianiu się coraz to nowszych technologii (na podobieństwo komputera, wymagającego ciągłych aktualizacji oprogramowania)¹⁰¹.

2.2. Nieterapeutyczne wymiary implantologii

Podczas analizy działań transplantacyjnych i implantacyjnych na pierwszy plan wysuwa się ich charakter terapeutyczny. Wykonuje się je głównie w celach leczniczych. Stosowane są one w celu odzyskania zdrowia, ratowania życia, przywrócenia właściwego wyglądu czy naturalnego funkcjonowania organizmu¹⁰². Zabiegi te często podejmowane są w sytuacjach skrajnych i nieraz stanowią jedyną szansę na uratowanie pacjenta¹⁰³. W tym znaczeniu zgodne są z ideą *restitutio ad integrum* obecną w medycynie od zarania jej dziejów.

Głębsza refleksja pokazuje jednak, że niejednokrotnie występują takie okoliczności, które sprawiają, iż zabiegi te mogą przyjąć formę działań zbieżnych z nurtem *transformatio ad optimum*.

Wymiar terapeutyczny transplantologii, akceptowany i popierany przez etykę personalistyczno-chrześcijańską zagrożony jest niekiedy myśleniem utylitarystycznym, sugerującym, by w ramach poszukiwań alternatywnych źródeł transplantów sięgać po środki lub metody pozaterapeutyczne, godzące w ludzkie życie i godność osoby. Zaniepokojenie muszą budzić pomysły pozyskania nowych wszczepów kosztem dzieci bezmózgowych, ludzkich klonów czy w wyniku hodowli wykorzystującej embrionalne komórki macierzyste (klonowanie terapeutyczne komórek embrionalnych). W tym przypadku postuluje się, aby do osiągnięcia dobrego celu, jakim jest transplantacyjne leczenie pacjenta (*restitutio ad integrum*) wykorzystać środki niegodziwe. Jednakże, zgodnie z zasadą podwójnego skutku, «działanie złe nie może być przyczyną pożądanego skutku dobrego ani środkiem służącym do jego osiągnięcia»¹⁰⁴; takie propozycje należy zatem odrzucić.

Z kolei implantologia dąży nie tylko do przywrócenia zdrowia i zgodnego z naturą funkcjonowania organizmu, ale niekiedy wkracza na teren *medical enhancement*. Pragnie ulepszyć działanie ludzkiego ciała, sprawić by ono stało się doskonalsze. Innymi słowy istnieją

¹⁰¹ Por. G. WOLBRING, *Enhancement...*, dz. cyt., „The human body – no matter how conventionally «medically healthy» – is defined as limited and defective, in need of constant improvement made possible by new technologies appearing on the horizon (a little bit like the constant software upgrades we do on our computers)”.

¹⁰² Por. P. MORCINIEC, *Przeszczepy narządów*, [w:] EB, s. 467.

¹⁰³ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 253.

¹⁰⁴ Por. R. LUCAS LUCAS, dz. cyt., s. 28..

takie płaszczyzny, w których implantologia staje się instrumentem służącym realizacji postulatów promowanych przez nurt *transformatio ad optimum*. Typowym przykładem są niektóre operacje plastyczne, zwłaszcza te, których intencją jest wyłącznie poprawa estetycznego wyglądu pacjenta¹⁰⁵, jak na przykład: operacje powiększania lub pomniejszania piersi¹⁰⁶ lub też plastyczne przemodelowanie ciała w zakresie zewnętrznych organów płciowych u osoby transseksualnej chcącej dokonać zmiany płci¹⁰⁷.

Z wielką nadzieją i sporymi oczekiwaniami względem implantologii, występują nurty postulujące konieczność ulepszenia ludzkiej natury (transhumanizm, posthumanizm), a także medycyna wzmacniająca. Widzą w niej narzędzie do realizacji wyznaczonych przez siebie celów. Poprzez techniczną modyfikację ciała ludzkiego dążą nie tylko do poprawy funkcji właściwych gatunkowi *homo sapiens*, ale również do wzbogacenia go o nowe, dodatkowe cechy¹⁰⁸.

Szczególną rolę w zwiększeniu wydajności ludzkiego organizmu odgrywa technologia NBIC. Implanty bioniczne mają stanowić nie tylko części zamienne ludzkich organów, ale również jako nanoroboty kontrolować zdrowie, a w razie zagrożenia interweniować w celach terapeutycznych¹⁰⁹. Jednakże w wyniku tych działań zmianie może ulec istota człowieczeństwa. Pojawi się człowiek bioniczny (*homo bionicus*), w którym nową postać hybrydy tworzyć będzie połączenie tego, co naturalne i tego, co sztuczne¹¹⁰.

R. Kurzweil, zwolennik myśli transhumanistycznej podejmuje tematykę związaną z technologią NBIC i przedstawia szerokie spektrum jej możliwości:

„Jednym z najlepszych przykładów zastosowania precyzyjnego, molekularnego sterowania w procesie produkcji będzie wykorzystanie miliardów lub nawet bilionów nanorobotów: małych robotów wielkości ludzkich komórek krwi, a nawet mniejszych, które będą mogły podróżować w krwioobiegu. Ta idea nie jest futurystyczna, jak można by sądzić. W oparciu o nią przeprowadzono udane

¹⁰⁵ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 253.

¹⁰⁶ Por. Tenże, *Operacje plastyczne*, [w:] *EB*, s. 418-423

¹⁰⁷ Por. S. KORNAS, *Transseksualizm*, Tamże, s. 602-608.

¹⁰⁸ Por. G. WOLBRING, *Enhancement...*, dz. cyt. „Enhancement medicine, using NBIC technology, is an emerging field that seeks to modify the human body beyond its *Homo sapiens* typical boundaries by improving on existing capabilities or by adding new capabilities”.

¹⁰⁹ Por. *NBIC – Zabawa w Boga*, dz. cyt.

¹¹⁰ Por. A. BRECZKO, *Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomedycznego*, Białystok 2011, s. 84.

eksperymenty na zwierzętach i w ich krwi działa już wiele mikrouządzeń. (...) Zastanówmy się nad kilkoma przykładami technologii nanorobotów, które dzięki miniaturyzacji i redukcji kosztów będą osiągalne za mniej więcej dwadzieścia pięć lat. (...) W naszym krwioobiegu krążyć będą miliardy nanorobotów. Będą niszczyć patogeny, poprawiać błędy DNA, eliminować toksyny i wykonywać wiele innych zadań, by poprawić nasze fizyczne samopoczucie. W rezultacie będziemy w stanie żyć bez końca, nie starzejąc się. W naszych mózgach ogromna ilość nanorobotów będzie wchodzić w interakcje z naszymi neuronami biologicznymi. To zapewni dostęp ze środka naszego układu nerwowego do pełnej rzeczywistości wirtualnej obejmującej wszystkie zmysły, a także neurologiczne korelaty naszych emocji. Także, co jeszcze ważniejsze, ścisłe połączenie między naszym myśleniem biologicznym a inteligencją nie biologiczną, którą tworzymy, znacznie poszerzy ludzką inteligencję”¹¹¹.

Do wizji Kurzweila wielu naukowców podchodzi ze sporym sceptycyzmem (C.C. Hook, A. Saniotis). Nazywana jest ona czasem «nanoutopią». Owszem, nanourządzenia wspomogą i ułatwią leczenie wielu chorób oraz zagwarantują dostęp do wielu nowych informacji, ale raczej nie zdołają wzmocnić ludzkiej inteligencji oraz sprawić, że człowiek stanie się nieśmiertelny¹¹². Człowiek bowiem to nie tylko organizm biologiczny, to także duch, którego przejawy nie dają się sprowadzić do gry neuronów.

3. ZWIĘKSZENIE WYDAJNOŚCI W SPORCIE

Sport stanowi istotną składową współczesnej kultury masowej¹¹³. Zasadniczo można go podzielić na wyczynowy i amatorski (powszechny). Głównym celem sportu wyczynowego jest współzawodnictwo i osiągnięcie zwycięstwa. Z kolei amatorskie uprawianie sportu dąży do zapewnienia właściwej kondycji fizycznej człowieka, pragnie zaspokoić potrzebę aktywności ruchowej, a także pozwala aktywnie spędzać czas wolny¹¹⁴.

¹¹¹ R. KURZWEIL, *Nadchodzi Osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*, Warszawa 2013, s. 246-247; 297.

¹¹² Por. M. KLICHOWSKI, *Edukacja cyborgów. Jak działać, by nowe technologie były sprzymierzeńcem, a nie wrogiem?*, [w:] J. PYŻAŁSKI (red.), *Kompetencje wychowawcze i społeczno-kulturowe współczesnych nauczycieli*, Poznań 2015, s. 6, [Online]. <http://www.repozytorium.amu.edu.pl/handle/10593/14333>, [dostęp: 11.05.2016].

¹¹³ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 45-46.

¹¹⁴ Por. P. GODLEWSKI, *Globalny i lokalny wymiar współczesnego sportu*, [w:] „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 78 (2011), nr 689, s. 10.

W 2002 roku podczas przemówienia z okazji piłkarskiego Mundialu rozgrywanego w Korei Południowej i Japonii ówczesny prezes Międzynarodowej Federacji Piłkarskiej (FIFA) – Joseph Blatter wypowiedział znamienne słowa: «oczy świata są zwrócone w kierunku stadionu»¹¹⁵. Stwierdzenie to brzmi znamienne. Imprezy sportowe o zasięgu globalnym, a więc olimpiada czy mistrzostwa w danej dyscyplinie, notują wciąż rosnącą popularność. Dzięki środkom społecznego przekazu coraz więcej kibiców na bieżąco śledzi zmagania zawodników. Ilość zainteresowanych rywalizacją podczas turniejów rangi światowej podaje się w milionach, a czasem nawet w miliardach¹¹⁶.

W ostatnich dziesięcioleciach sport, przybierając formę widowiska masowego, połączył się ściśle z biznesem¹¹⁷. W 2009 roku oszacowano, że jako gałąź gospodarki generuje około 2% światowego PKB, pozytywnie wpływając na produkcję, zatrudnienie i turystykę¹¹⁸. Sport wyczynowy nabrał istotnego znaczenia na arenie politycznej, stając się narzędziem mogącym służyć osiągnięciu celów pozasportowych. Sukcesy zawodnicze na arenach i stadionach traktowane są przez wiele państw jako manifestacja ich siły i pozycji politycznej; wykorzystuje się je dla tworzenia «pozytywnego, dobrego samopoczucia» w obrębie narodu¹¹⁹.

Obserwując zaistniałą sytuację, P. Godlewski wymienia cztery główne filary, na jakich opiera się współczesny sport wyczynowy. Są nimi: widowiskowość (sport spektatorski, popkultura, czas emisyjny, teatralizacja sportu), komercjalizacja (profesjonalizacja, marketing w sporcie, patologie), globalizacja (ponadnarodowe organizacje np.: MKOL, przenikanie kultur – dyfuzja, światowa rywalizacja) i wreszcie uniwersalizm, unifikacja (fair play, homo sportivus)¹²⁰.

Tendencja do bicia kolejnych rekordów, nabywania większej jakości czy przekraczania różnorodnych barier przynależy ściśle do świata sportu, stanowi jego wewnętrzną, immanentną cechę. W rywalizacji ważnym jest to, aby zrobić krok dalej względem tego, co zostało już zdobyte, doświadczone czy wypróbowane. Innymi słowy, chęć do permanentnego ulepszania działalności ludzkiej stanowi principium konstytuujące przestrzeń świata sportu. Nie ma w nim

¹¹⁵ Za: A. JAWŁOWSKI, *Oczy świata są zwrócone w kierunku stadionu – rzecz o współczesnym widowisku kulturowym*, [w:] Ł. ROGOWSKI, R. SKROBACKI (red.), *Spoleczne zmagania ze sportem*, Poznań 2011, s. 21.

¹¹⁶ Por. Tamże.

¹¹⁷ Por. S. JUDYCKI, *Filozofia sportu*, [Online]. http://www.kul.pl/materialy-do-pobrania/art_19301.html, [dostęp: 30.07.2016].

¹¹⁸ Por. P. GODLEWSKI, dz. cyt., s. 11.

¹¹⁹ Por. M.M. KOBIERECKI, *Polityka sportowa i polityka sportu w świetle naukowego piśmiennictwa anglosaskiego*, [w:] „Atheneum. Polskie Studia Politologiczne”, (2014), nr 43, s. 128.

¹²⁰ Por. P. GODLEWSKI, dz. cyt., s. 11.

miejsca dla stagnacji, nie istnieje *status quo* – cała uwaga jest skoncentrowana na osiągnięciu nowego, lepszego rezultatu¹²¹.

Również czynniki zewnętrzne, takie jak: popularność sportu, świadomość zawodnika, że jest obserwowany i podziwiany¹²², presja związana z oczekiwaniami osiągnięcia wyniku (ze strony federacji narodowych, klubów, sponsorów), własne aspiracje czy wreszcie profity finansowe sprawiają, że sportowcy dążą do osiągnięcia jak najlepszych rezultatów. Wszystko to sprawia, że dewiza olimpijska: szybciej, wyżej, mocniej (*citius – altius – fortius*)¹²³ nabrała nowego, mocniejszego znaczenia, przyjmując formę: «jeszcze» szybciej, wyżej, mocniej¹²⁴.

Wspomaganiu maksymalizacji osiągniętych wyników służą dziś ogromne nakłady finansowe oraz rozmaite gałęzie przemysłu i technologii¹²⁵. Wprowadzane coraz to nowe rodzaje sprzętu sportowego, takie jak: ochraniacze, obuwie, odzież itd. mają za zadanie wspomagać zawodników w rywalizacji¹²⁶. Za klasyczny przykład mogą posłużyć skoki narciarskie, podczas których specjalnie dobrany strój, charakteryzujący się odpowiednio podwyższonym kołnierzem i opuszczonym krokiem dodaje skoczkom «lotności» pozwalającej uzyskać większe odległości¹²⁷. Ostatecznie, zaawansowany technologicznie sprzęt umożliwia jego użytkownikowi uzyskanie przewagi nad rywalem (również psychicznej), optymalizuje jego wysiłki, a co za tym idzie, ułatwia osiągnięcie lepszego wyniku¹²⁸.

Niezwykle istotną rolę w doskonaleniu formy zawodnika pełni prawidłowo zbilansowana dieta. W przypadku sportowców, w wyniku wysiłku, utraty wody i składników mineralnych wzrasta zapotrzebowanie energetyczne i pokarmowe. Koniecznym jest zatem dostarczenie do organizmu odpowiedniej ilości kalorii, tłuszczu, białek i węglowodanów, a także zapobieżenie niedoborowi witamin czy makro i mikroelementów. Współczesne technologie żywienia starają się wyjść naprzeciw zapotrzebowaniom świata sportu. Zależnie od uprawianej dyscypliny, podaje się zawodnikom odpowiednie suplementy

¹²¹ Por. P. NOSAL, *Technologia i życie społeczne. Analiza relacji na przykładzie współczesnego świata sportu*, Poznań 2012, s. 132.

¹²² Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 46.

¹²³ Por. W. LIPONSKI, *Od Aten do Malty. Minihistoria nowożytnych igrzysk olimpijskich 1896-1996*, Poznań 1996, s. 15.

¹²⁴ Por. K. SOLAREWICZ, *(Jeszcze) szybciej, wyżej, mocniej. Wartości w debacie nad ulepszaniem człowieka w sporcie*, [Online]. http://www.academia.edu/8764353/_Jeszcze_szybciej_wy%C5%BCej_mocniej._Warto%C5%9Bci_w_debacie_nad_ulepszaniem_cz%C5%82owieka_w_sporcie_wersja_robocza_, [dostęp: 01.08.2016].

¹²⁵ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 46.

¹²⁶ Por. P. NOSAL, dz. cyt., s. 142-151.

¹²⁷ Por. S. ROSS, *Higher, Further, Faster: Is technology improving sport?*, Chichester 2008, s. 48-49.

¹²⁸ Por. P. NOSAL, dz. cyt., s. 145.

węglowodanowe, białkowe, witaminowe, kwasy tłuszczowe, preparaty poprawiające koncentrację i inne. Ich zadaniem jest zapewnienie właściwego i jak najlepszego funkcjonowania organizmu – takiego, które pozwoli osiągnąć zamierzony efekt końcowy¹²⁹.

W poszukiwaniu sukcesu sportowego istotnym jest dobranie wykwalifikowanej kadry trenerskiej, która w sposób profesjonalny od strony fizycznej, psychicznej i taktycznej poprowadzi i przygotuje zawodników. W świecie sportu można zauważyć swoisty rynek trenerski. Rozchwytywani są szkoleniowcy, cieszący się doświadczeniem, odwołujący się do innowacyjnych technik treningu, którzy nie tylko potrafią wyszkolić sportowca, ale również zaskoczyć konkurencję¹³⁰. W zawodowych klubach powołuje się specjalne sztaby szkoleniowe, czuwające nad całością przygotowań koniecznych dla osiągnięcia pożądanego wyniku. Dla przykładu w niemieckim zespole piłkarskim Bayer 04 Leverkusen, oprócz głównego trenera, w skład sztabu wchodzi między innymi: lekarz klubowy, psycholog sportowy, trener fitness, trenerzy od przygotowania sportowego i analizy gry przeciwników oraz fizjoterapeuci¹³¹.

Tak więc we współczesnym sporcie talent i wrodzone zdolności zawodnika wspomagane są poprzez coraz lepszy sprzęt, coraz lepsze technologie żywienia, coraz lepsze metody treningu i wreszcie coraz bardziej zaawansowaną medycynę.

W świetle powyższych faktów rzeczywistość świata sportu jawi się jako niezwykle złożona i skomplikowana. Na ostateczny sukces, jakim jest zamierzony wynik, składa się wiele czynników. Olbrzymią rolę w zapewnieniu równych szans walczącym o zwycięstwo pełnią rozmaite komisje regulaminowe, mające za zadanie czuwać, nad czystością przebiegu rywalizacji, w duchu fair play¹³². Jak pisze T. Kraj, nie bez wątpliwości dopuszczają one najnowsze zdobywcze techniki, umożliwiające zawodnikom osiąganie coraz to lepszych rezultatów. Ich zastrzeżenia dotyczą nie tylko sprzętu sportowego, metod treningu czy suplementów diety. Płaszczyznę, która budzi największe kontrowersje stanowi sfera ingerencji w możliwości własne sportowców, a więc charakteryzujące konkretnego, tego i tylko tego zawodnika¹³³. Presja wyniku w mariażu z możliwościami współczesnej technologii sportowej stanowi dla wielu zbyt dużą pokusę. Media co jakiś czas donoszą o kolejnych przypadkach

¹²⁹ Por. M. DYMKOWSKA-MALESA, Z. WALCZAK, *Suplementacja w sporcie*, [w:] NL, 80 (2011), nr 3, s. 199-204.

¹³⁰ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 47.

¹³¹ Por. D. SIEKLIŃSKI, G. JUSZCZAK, *Sprawozdanie ze stażu trenerskiego w klubie Bayer 04 Leverkusen*, [w:] „Trener”, (2015), nr 5, s. 12.

¹³² Por. H. ZDEBSKA-BIZIEWSKA, *Aksjologiczny kontekst fair play – etyka współpracy*, [w:] K. HĄDZELEK, M. REJF, H. ZDEBSKA-BIZIEWSKA, R. ŻUKOWSKI (red.), *Czysta gra – fair play*, Kraków 2014, s. 191.

¹³³ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 47.

«ulepszania» zawodników – polegających na wzmocnieniu ich naturalnego potencjału. Dla przykładu wystarczy przytoczyć aferę związaną ze stosowaniem dopingu przez sportowców rosyjskich podczas igrzysk olimpijskich w Soczi (2014). Były szef laboratorium antydopingowego w Moskwie G. Rodczenkow ujawnił proceder oszustwa. Całą sprawę opisano na łamach «New York Timesa». Pod osłoną nocy podmieniano próbki zawodników, u których wykryto niedozwolone substancje, tuszując w ten sposób pozytywne wyniki testów antydopingowych. Wszystko to działo się pod kuratelą służb specjalnych i za przyzwoleniem Rosyjskiego Ministerstwa Sportu. Dla osiągnięcia sukcesu sportowego opracowano również specjalny państwowy program dopingu obejmujący określoną liczbę zawodników¹³⁴. Sprawy posunęły się tak daleko, że przed letnimi igrzyskami w Rio de Janeiro (2016) powstało ogromne zamieszanie dotyczące dopuszczenia rosyjskich sportowców do udziału w olimpiadzie. Ostatecznie Rosjanie wzięli w niej udział. Inaczej stało się dwa lata później. Międzynarodowy Komitet Olimpijski wykluczył Rosję z zimowych igrzysk w Pjongczangu (2018). W Korei zezwolono wystąpić jedynie tym zawodnikom rosyjskim, którzy okazali się «czyści» i nie mieli żadnego związku ze skandalem dopingowym. Zostali oni zaproszeni do startu pod flagą olimpijską, pod akronimem OAR (*Olympic Athlete from Russia*)¹³⁵.

J. Tolleneer i P. Schotsmans, odwołując się do T. Burtyna, określają na czym polega ulepszanie sportowca (*athletic enhancement*)¹³⁶. Są to działania, które wykorzystują:

„...innowacje, zmieniające wyposażenie fizyczne i/lub psychiczne stosujących je sportowców, zacierając tym samym tradycyjne ramy możliwości człowieka”¹³⁷.

Prawdą jest, że sportowy świat zaakceptował dotąd wiele różnorodnych środków wzmacniających i wspomagających, chociażby takich jak stosowanie rozmaitych diet, technik

¹³⁴ Por. *Rosjan dopingują nie tylko kibice*, [Online]. <http://www.pdf.edu.pl/aleksandra-miniak/dziekuje-postoje/rosjan-dopingujanie-tylko-kibice>, [dostęp: 05.08.2016].

¹³⁵ Por. [Online]. <http://www.olympic.org/news/olympic-athlete-from-russia-oar-invitation-review-panel-releases-list-of-information-used-as-part-of-its-deliberations>, [dostęp: 09.03.2018]; [Online]. <http://www.przegladsportowy.pl/igrzyska-olimpijskie/pjongczang-2018/rosyjscy-sportowcy-nie-wystapia-na-igrzyskach-w-pjongczangu>, [dostęp: 09.03.2018].

¹³⁶ Por. J. TOLLENEER, P. SCHOTSMANS, *Self, Other, Play, Display and Humanity Development of a Five-Level Model for the Analysis of Ethical Arguments in the Athletic Enhancement Debate*, [w:] J. TOLLENEER, S. STERCKX, P. BONTE (red.), *Athletic Enhancement, Human Nature and Ethics: Threats and Opportunities of Doping Technologies*, Springer 2013, s. 22.

¹³⁷ „innovations which alter the physical and/or psychological make-up of athletes who employ them, and which therefore ultimately confound traditional definition of human performance”, Tamże, za: T. BUTRYN, *Cyborg Horizons: Sport and the Ethics of Self-Technologization*, [w:] A. MIAH, S. EASSOM (red.), *Sport Technology: History, Philosophy and Policy*, Oxford 2002, s. 112.

żywienia¹³⁸ czy kriotechniki (krioterapii)¹³⁹. Zasadniczo jednak nie akceptuje on ulepszeń przybierających formę dopingu, również w postaci modyfikacji genetycznych organizmu sportowca¹⁴⁰.

W. Gawroński zwraca uwagę, że pojęcie dopingu stało się bardzo wieloznaczne. Na przestrzeni lat wysuwano różne propozycje, dotyczące właściwego jego podziału. Ten «szum informacyjny» trwał aż do roku 1999, kiedy to w Lozannie powstała Światowa Agencja Antydopingowa – WADA (*World Anti Doping Agency*)¹⁴¹. Jej misją stało się prowadzenie działalności na forum międzynarodowym, zmierzającej do uwolnienia sportu od zjawiska dopingu. Agencja ta zajmuje się badaniami naukowymi, edukacją, wdrażaniem procedur antydopingowych, a także czuwa nad przestrzeganiem Światowego Kodeksu Antydopingowego (*World Anti Doping Code*)¹⁴². WADA sporządziła i na bieżąco aktualizuje listę metod oraz substancji zabronionych. Stwierdzenie obecności którejkolwiek z nich w organizmie sportowca traktowane jest jednoznacznie jako «przewinienie dopingowe»¹⁴³. Uściślono również definicję dopingu. Jest nim: «1. Użycie środka (substancji lub metody), który jest potencjalnie szkodliwy dla zdrowia zawodników i/lub może wpływać na zwiększenie ich wydolności. 2. Obecność w organizmie zawodników zabronionych substancji lub potwierdzenie ich użycia, a także stwierdzenie zastosowania zabronionych metod»¹⁴⁴.

¹³⁸ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 47.

¹³⁹ Por. A. JONAK, A. SKRZEK, *Krioterapia w odnowie biologicznej sportowców – przegląd badań*, [w:] „Acta Bio-Optica et Informatica Medica”, 15 (2009), nr 4, s. 319-321.

¹⁴⁰ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 227.

¹⁴¹ Por. W. GAWROŃSKI, *Wspomaganie w sporcie fakty i mity, Medycyna oparta na faktach (EBM) o wspomaganianiu zawodnika poddanego treningowi wysokościami*, s. 64-66, [Online]. <http://www.insp.home.pl/akademiatrenerska/images/stories/metisrod/Gawronski.pdf>, [dostęp: 19.08.2016].

¹⁴² Por. [Online]. <http://www.wada-ama.org/>, [dostęp: 04.08.2016].

¹⁴³ Por. R. PIECHOTA, *Reguły antydopingowe w prawie międzynarodowym*, [w:] „Studia Iuridica Toruniensia”, (2010), t. 6, s. 158. Lista ma charakter otwarty, wciąż się poszerza, a w paragrafie wstępnym S0 czytamy: „Każda substancja farmakologiczna, której nie ujęto w żadnej z dalszych sekcji listy i dla której żaden rządowy organ regulacyjny do spraw zdrowia nie wydał pozwolenia na dopuszczenie do obrotu jako produktu leczniczego stosowanego u ludzi (np. leki będące w fazie badań przedklinicznych lub klinicznych lub nad którymi badania zostały wstrzymane, zmodyfikowane narkotyki, substancje zatwierdzone do stosowania tylko w weterynarii) jest substancją zabronioną w sporcie, w każdym czasie”. Lista Substancji i Metod Zabronionych w 2016 roku – Światowy Kodeks Antydopingowy, [Online]. http://www.antydoping.pl/pl/informacje_dla_sportowcow/lista_zabroniona, [dostęp: 08.08.2016].

¹⁴⁴ Por. W. GAWROŃSKI, dz. cyt., s. 66. „Za doping uznane są również: niewyrażenie zgody lub niezgłoszenie się na kontrolę antydopingową, unikanie pobrania próbki, nieprzedstawienie wymaganych informacji na temat miejsca pobytu sportowca, manipulowanie lub próba manipulowania jakkolwiek częścią kontroli antydopingowej, posiadanie substancji lub metod zabronionych, handel nimi, podanie lub próba ich podania zawodnikowi, jak również pomaganie, zachęcanie, ułatwianie, podżeganie, ukrywanie lub każdy inny rodzaj współdziałania wiążący się z naruszeniem przepisów antydopingowych”. D. TUROWSKI, D. KOŃCZAK, D. MICHALAK, A. POKRYWKA, *Zasady postępowania w astmie i nadreaktywności oskrzeli u sportowców wyczynowych*, [w:] „Alergia Astma Immunologia”, 19 (2014), nr 3, s. 139.

3.1. Opis techniczno-medyczny

Analizując historię zmagania sportowych, można wyodrębnić wiele działań, których celem było usprawnienie funkcjonowania ludzkiego organizmu. Już w starożytności – podczas olimpiad greckich, w dążeniu do zwiększenia wydolności zawodnika zalecano mu spożywanie zróżnicowanych substancji odżywczych. Osoby zachęcające do przyjmowania określonych środków wspomagających można porównać do dzisiejszych lekarzy medycyny sportowej¹⁴⁵. Przekazy Filostrata i Galena potwierdzają, że dla poprawienia wyników wykorzystywano rozmaite substancje. Atleci sięgali po różne rodzaje mięsa, krew, bycze jądra, zioła czy grzyby halucynogenne. Do podobnych praktyk uciekano się na arenach Rzymu (wyścigi rydwanów, walki gladiatorów). Wiedzę dotyczącą wzmacniania siły organizmu wykorzystywano również na polu walki¹⁴⁶.

Ostatnie dziesięciolecie XIX wieku to początki ery nowożytnego dopingu. W tym czasie odnotowano pierwsze, potwierdzone przypadki używania środków wspomagających. Już w 1865 roku w Amsterdamie opisano sytuację zastosowania bliżej nieokreślonego specyfiku mającego wzmocnić zawodnika podczas zawodów pływackich¹⁴⁷. Wraz z upływem lat sięgano po wielorakie mieszanki, takie jak: połączenie alkoholu z kofeiną i nitrogliceryną, alkoholu z kokainą czy kokainy z heroiną¹⁴⁸. Triumfator maratonu podczas igrzysk olimpijskich w Saint Louis (1904) Thomas Hicks podczas biegu był wspomagany mieszanką strychniny, białka jaj i francuskiej brandy¹⁴⁹. W latach XX wieku uzyskano amfetaminę, która wkrótce weszła do masowej produkcji. Swoje przeznaczenie znalazła nie tylko w sporcie¹⁵⁰, ale również podczas działań II wojny światowej. Powszechnie stosowano ją zarówno w wojskach osi, jak i u aliantów. Miała pomóc żołnierzom usunąć objawy zmęczenia, przezwyciężyć stany lękowe, wyzwolić agresję¹⁵¹.

¹⁴⁵ Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/de/doping-in-general/history-of-doping.html>, [dostęp: 09.08.2016].

¹⁴⁶ Por. R.K. MÜLLER, *History of Doping and Doping Control*, [w:] D. THIEME, P. HEMMERSBACH (red.), *Doping in Sports*, Springer 2009, s. 2.

¹⁴⁷ Por. K. DEBERNY, *Silny jak koń i mądry jak but, czyli krótko na temat dopingu*, [w:] „Magazyn Olimpijski – Dodatek Edukacyjny «Olimpionik»”, (2010), nr 3, s. 2.

¹⁴⁸ Por. R. K. MÜLLER, dz. cyt., s. 4.

¹⁴⁹ Por. CH.J.P. LUCAS, *The Olympic Games – 1904*, St. Louis 1905, s. 52.

¹⁵⁰ Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/de/doping-in-general/history-of-doping.html>, [dostęp: 09.08.2016].

¹⁵¹ Por. K. NASIADKA, *Toksykologiczne i społeczne aspekty działania amfetaminy i jej analogów*, Kraków 2001, s. 9.

Lata sześćdziesiąte XX wieku to czas gwałtownego wzrostu sięgania po środki dopingujące. Praktyki te przyniosły tragiczne żniwo. W wyniku nadużywania amfetaminy zmarli kolarze: Duńczyk Knut Jensen (IO Rzym 1960) i Brytyjczyk Tommy Simpson (Tour de France 1967). Mieszanka amfetaminowa przyczyniła się do śmierci niemieckiego boksera Jupp'a Elze (1968)¹⁵², a przedawkowanie heroiny wywołało zgon amerykańskiego biegacza Dick'a Howarda (1967)¹⁵³ oraz sztangisty Billy Bello (1963)¹⁵⁴.

Jak pisze R. K. Müller, śmiertelne przypadki wśród sportowców przyczyniły się do zwiększenia świadomości społecznej dotyczącej problemu wspomagania wydajności w sporcie. W niedługim czasie wprowadzono pierwsze oficjalne badania dotyczące obecności środków dopingujących w organizmie zawodników. Międzynarodowa Unia Kolarska (UCI) w 1966 roku, na organizowanych przez siebie mistrzostwach świata zarządziła kontrole antydopingowe. Podobnie uczyniła Międzynarodowa Federacja Piłki Nożnej (FIFA). Również MKOl powołał własną komisję medyczną, a także sporządził pierwszy wykaz niedozwolonych substancji wzmacniających. Testy antydopingowe zaczęły obowiązywać podczas letnich igrzysk olimpijskich w Meksyku (1968)¹⁵⁵.

3.1.1. Substancje oraz metody wspomagania i dopingu

Analiza literatury tematu oraz przypadków, w których zastosowano środki zwiększające wydajność sportowców, pozwala wyróżnić następujące rodzaje wspomagania i dopingu:

3.1.1.1 Wspomaganie ergogeniczne

Pod wpływem wzmożonego wysiłku fizycznego, wraz z przyspieszonymi procesami metabolicznymi w organizmie sportowca wzrasta zapotrzebowanie na podstawowe składniki pokarmowe¹⁵⁶. Należą do nich: białko, węglowodany, witaminy, tłuszcze i minerały¹⁵⁷. Aby

¹⁵² Por. M. ŁASECKI, *Wszystko, co musisz wiedzieć, zanim zaczniesz stosować – Środki dopingujące*, Toruń 2013, s. 12-13.

¹⁵³ Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/de/doping-in-general/history-of-doping.html>, [dostęp: 09.08.2016].

¹⁵⁴ Por. [Online]. http://www.boxrec.com/media/index.php/Billy_Bello, [dostęp:09.08.2016].

¹⁵⁵ Por. R. K. MÜLLER, dz. cyt., s. 4, 7.

¹⁵⁶ Zapotrzebowanie to „...w zależności od uprawianej dyscypliny sportowej może przekraczać nawet kilkakrotnie normy przewidziane dla osób, które nie są aktywne fizycznie”. A. MORAWSKA, I. BOLESŁAWSKA, J. PRZYŚLAWSKI, SZ. CHRZANOWSKI, P. JAGIELSKI, *Wartość energetyczna oraz podstawowe składniki odżywcze w całodziennych racjach pokarmowych (CRP) mężczyzn uprawiających karate*, [w:] PHiE, 94 (2013), nr 3, s. 514.

¹⁵⁷ Por. Tamże.

uniknąć ich niedoborów, sięga się po tak zwane środki ergogeniczne (charakteryzujące się tendencją do zwiększania efektów pracy¹⁵⁸). Występują one w pokarmach w sposób naturalny, lecz podawane w odpowiednio zwiększonych dawkach polepszają zdolności wysiłkowe lub/i wytrzymałościowe sportowca¹⁵⁹. Ich zadaniem jest stymulowanie procesów produkcji energii, a także wpływanie na wzrost masy i siły mięśniowej¹⁶⁰. K. Klukowski dodaje, że środki określane mianem ergogenicznych używane są przez osoby uprawiające sport w celu poprawienia ich fizjologicznych, psychologicznych i biomechanicznych funkcji¹⁶¹. Innymi słowy, substancje te zwiększają wydolność fizyczną organizmu, poprawiając jednocześnie efektywność treningu¹⁶².

Gama dostępnych na rynku suplementów żywnościowych wciąż się poszerza. Ważnym jest, aby były one skuteczne, bezpieczne i zgodne z konwencją antydopingową¹⁶³. WADA nie tylko dopuszcza, ale nawet zaleca stosowanie większości z nich (wyjątki znajdują się na jej «czarnej» liście)¹⁶⁴. Australijski Instytut Sportu (AIS) w oparciu o rzetelną i krytyczną analizę wyników badań naukowych opracował specjalny program dotyczący właściwej suplementacji osób zawodowo zajmujących się sportem¹⁶⁵. Środki ergogeniczne zostały w nim podzielone na cztery kategorie¹⁶⁶:

Grupa A – substancje zalecane dla sportowców, ich skuteczność wspomagająca i wzmacniająca została potwierdzona dzięki odpowiednim badaniom naukowym. Należą do nich między innymi: kreatyna, kofeina, wapń czy magnez.

¹⁵⁸ European Medical Dictionary - Dictionary of Medicine and Human Biology definiuje efekt ergogeniczny jako zmierzający do powiększenia pracy (*Tending to increase work*), [Online]. http://www.theodora.com/medical_dictionary/ergocristine_erythralgia.html, [dostęp: 19.08.2016].

¹⁵⁹ Por. M. ŁASECKI, dz. cyt., s. 15.

¹⁶⁰ Por. B. FRĄCZEK, M. GACEK, A. GRZELAK, *Żywnościowe wspomaganie zdolności wysiłkowych w grupie sportowców wyczynowych*, [w:] PHiE, 93 (2012), nr 4, s. 817; „Ergogenics are substances that are supposed to help athletes enhance their athletic performance by increasing the athlete's physical power (energy production)”. L.M. FORNESS, *Don't Get Duped: A Consumer's Guide to Health and Fitness*, Amherst – New York 2013, s. 142.

¹⁶¹ Por. K. KLUKOWSKI, *Odżywki i napoje energetyczne dla osób trenujących – wskazania i skuteczność*, [Online]. <http://www.dieta.mp.pl/sport/72954,odzywki-i-napoje-energetyczne-dla-osob-trenujacych-wskazania-iskuteczosc>, [dostęp: 12.08.2016].

¹⁶² Por. Z. JASTRZĘBSKI, K. KALKA, *Doping jako zagrożenie współczesnego sportu*, [w:] Z. JASTRZĘBSKI (red.), *Teoria i praktyka wychowania fizycznego i sportu*, t. 3, Łódź 2013, s. 144.

¹⁶³ Por. K. KLUKOWSKI, dz. cyt.

¹⁶⁴ Por. M. ŁASECKI, dz. cyt., s. 15.

¹⁶⁵ Por. J. MALCZEWSKA-LENCZOWSKA, *Suplementy diety/odżywki*, [Online]. http://www.antydoping.pl/pl/informacje_dla_sportowcow/suplementy_diety_odzywki, [dostęp: 16.08.2016].

¹⁶⁶ Por. [Online]. <http://www.ausport.gov.au/ais/nutrition/supplements>, [dostęp: 16.08.2016]; Por. M. ŁASECKI, dz. cyt., s. 15-16.

Grupa B – odżywki do «ewentualnego» zastosowania w procesie treningu zawodniczego. Istnieją naukowe przesłanki dotyczące ich efektywności, ale wciąż wymagają prowadzenia dalszych badań. Do tej grupy zaliczono np. glutaminę, glukozaminę, karnitynę, olej rybi czy owoce egzotycznych jagód acai.

Grupa C – suplementy niewskazane, o słabej, potwierdzonej badaniami skuteczności. AIS na swojej stronie dodaje uwagę, że jeżeli danego środka lub produktu nie można odnaleźć w grupie A, B lub D to prawdopodobnie jego miejsce znajduje się właśnie w grupie C¹⁶⁷.

Grupa D – substancje niezalecane ze względu na istotne ryzyko zanieczyszczenia środkami dającymi pozytywny wynik antydopingowy, a także suplementy zabronione wprost przez WADA o efektywności porównywalnej lub większej od odżywek należących do grupy A. Wśród nich AIS wymienia: efedrynę, strychninę, DHEA, *Tribulus terrestris* (buzdyganek naziemny) i inne.

3.1.1.2. Doping farmakologiczny

Zjawisko to polega na podaniu zawodnikowi biologicznie czynnych związków chemicznych¹⁶⁸, zakazanych przez Międzynarodowy Komitet Olimpijski¹⁶⁹ i agencję WADA¹⁷⁰.

Wiele z substancji dopingujących stanowią środki farmakologiczne¹⁷¹, które zazwyczaj stosuje się w medycynie w celach terapeutycznych, w leczeniu szczególnie ciężkich chorób. Ich użycie, obok skuteczności w walce z chorobą, pociąga za sobą wielość niechcianych skutków ubocznych. Owe efekty niepożądane są do zaakceptowania w obliczu minimalizacji jeszcze większego, nieraz krytycznego zagrożenia, jakie niesie ze sobą dane ciężkie schorzenie. Problem dopingu polega na tym, że zdrowy sportowiec sięga po środki farmakologiczne w celu poprawienia wydolności swojego organizmu i osiągnięcia lepszego wyniku sportowego. Nadużywanie leków wspomagających wydajność sportową (dawki suprafarmakologiczne)

¹⁶⁷ „The rest — if you can't find an ingredient or product in Groups A, B or D, it probably deserves to be here”. www.ausport.gov.au/ais/nutrition/supplements/groupe, [dostęp: 16.08.2016].

¹⁶⁸ Por. J. HOLOCHER, U. KOSIELIŃSKA-GRABOWSKA, *Dopuszczalność ulepszania natury ludzkiej...*, dz. cyt., 101.

¹⁶⁹ Por. M. MĘDRAŚ, P. JÓŹKÓW, *Zastosowanie testosteronu i steroidów androgenno-anabolicznych w sporcie*, [w:] „Endokrynologia Polska”, 60 (2009), nr 3, s. 204.

¹⁷⁰ Por. Z. MANICKA, W. STRZELECKI, *Świadomość niepożądanych efektów zdrowotnych stosowania dopingów przez sportowców wśród uczniów szkół średnich*, [w:] „Pielęgniarstwo Polskie”, 38 (2010), nr 4, s. 174.

¹⁷¹ Por. U. DURLAK, *Doping a zdrowie*, [w:] „Medyczne Zeszyty Naukowe”, (2014), nr 1, s. 143.

niesie ze sobą zagrożenie wystąpienia negatywnych, niszczących powikłań. W wielu przypadkach efekty te mogą być nieodwracalne¹⁷². Jak pisze T. Łobożewicz:

„Doping jest to wprowadzenie do zdrowego organizmu obcych mu albo fizjologicznych substancji w dawkach przekraczających normy, w celu sztucznego i nieetycznego podwyższenia wydolności wysiłkowej podczas zawodów sportowych”¹⁷³.

Wspomaganie farmakologiczne stało się składową współczesnego sportu, a liczba niedozwolonych substancji wciąż wzrasta¹⁷⁴. Pokusa polepszenia swej wydolności jest na tyle mocna, że zawodnicy wciąż sięgają po związki chemiczne, zapominając jednocześnie, że są one najłatwiejsze do wykrycia podczas testów antydopingowych¹⁷⁵.

Obecnie do najbardziej popularnych środków dopingowych, zakazanych przez WADA należą sterydy anaboliczno-androgenne (SAA), a wśród nich: testosteron, nandrolon, stanozolol, metandienon, oksandrolon¹⁷⁶. Wyniki badań komisji antydopingowych wykazały, że SAA należą do najczęściej stosowanych farmakologicznych środków wspomagających na świecie¹⁷⁷. Zawodnikom zabrania się również używania innych hormonów, a także substancji o przybliżonej do nich strukturze chemicznej lub analogicznym działaniu biologicznym¹⁷⁸. Wśród nich możemy wymienić między innymi: erytropoetykę (EPO) pobudzającą wzrost ilości erytrocytów¹⁷⁹, ludzki hormon wzrostu czy insulinę sprzyjające wzrostowi tkanki mięśniowej¹⁸⁰. Kolejną zakazaną grupę stanowią tak zwane stymulanty: amfetamina, ecstasy, efedryna, metylokatynon, modafinil i ich pochodne. Substancje te działają pobudzająco, minimalizują odczuwanie bólu; stosuje się je także w celu zmniejszenia poczucia zmęczenia oraz zwiększenia czujności i agresji. Niedopuszczalne jest również stosowanie środków

¹⁷² Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/pl/doping-prevention/teaching-material.html>, [dostęp: 17.08.2016].

¹⁷³ T. ŁOBOŻEWICZ, *Bezpieczeństwo, higiena i ochrona zdrowia w sporcie, wychowaniu fizycznym i turystyce*, Warszawa 1978, s. 108.

¹⁷⁴ Por. M. MĘDRAŚ, P. JÓŹKÓW, dz. cyt., s. 204.

¹⁷⁵ Por. U. DURLAK, dz. cyt., s. 143.

¹⁷⁶ Por. M. ŁASECKI, dz. cyt., s. 45-82.

¹⁷⁷ Por. M. MĘDRAŚ, P. JÓŹKÓW, dz. cyt., s. 204.

¹⁷⁸ Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/pl/substances-and-methods/hormones-andrelatedsubstances/hormones-and-related-substances.html>, [dostęp: 17.08.2016].

¹⁷⁹ Por. CH. REICHEL, G. GMEINER, *Erythropoietin and Analogs*, [w:] D. THIEME, P. HEMMERSBACH (red.), *Doping in Sports*, dz. cyt., s. 251-286.

¹⁸⁰ Por. M. ŁASECKI, dz. cyt., s. 30.

moczopędnych (diuretyków)¹⁸¹ czy substancji powodujących rozszerzenie się oskrzeli i łagodzących objawy astmy (beta2 agoniści)¹⁸². Z pełnym wykazem zabronionych substancji farmakologicznych można zapoznać się na przywoływanej już wcześniej liście Światowej Agencji Antydopingowej.

3.1.1.3 Doping fizjologiczny

Zjawisko dopingu fizjologicznego wiąże się z ingerencją w skład substancji tworzących ludzki organizm, a także z zastosowaniem metod, które przyczyniają się do intensyfikacji i przyspieszenia naturalnych procesów fizjologicznych¹⁸³. Celem takiego działania jest czasowe wzmocnienie wydolności zawodnika.

Jedną z najpopularniejszych metod z tej grupy jest modyfikacja składu krwi dokonywana za pomocą transfuzji. Zabieg ten umożliwia powiększenie liczby erytrocytów odpowiedzialnych za szybki transfer tlenu do mięśni¹⁸⁴. Zwiększona ilość erytrocytów wiąże się ze wzrostem wytrzymałości, jak również poprawia zdolność do wzmoczonego, krótkotrwałego wysiłku fizycznego¹⁸⁵.

WADA za doping krwią uważa magazynowanie i wprowadzenie do układu krążenia każdej ilości krwi własnej (alogenicznej, homologicznej) lub obc pochodnej (heterologicznej – pochodzącej od odpowiednich, wyselekcjonowanych dawców). Zabrania również stosowania jakichkolwiek preparatów wpływających na zwiększenie ilości krwinek czerwonych¹⁸⁶, a także produktów sztucznie wspomagających transport lub dostarczanie tlenu np. efaprosiralu czy zmodyfikowanych produktów hemoglobiny¹⁸⁷.

Podobnie jak w przypadku dopingu farmakologicznego również tutaj zdrowym zawodnikom proponuje się zastosowanie określonych środków i metod w celach pozaterapeutycznych. Zabiegi transfuzji mogą pociągnąć za sobą szkodliwe skutki uboczne,

¹⁸¹ Por. P. VAN EENOO, F.T. DELBEKE, *β-Adrenergic Stimulation*, [w:] D. THIEME, P. HEMMERSBACH (red.), *Doping in Sports*, dz. cyt., s. 231; 227-246.

¹⁸² Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/pl/substances-and-methods/beta-2-agonists/beta-2-agonists.html>, [dostęp: 20.06.2016].

¹⁸³ Por. W. GAWROŃSKI, dz. cyt., s. 66.

¹⁸⁴ Por. S. GIRAUD, P.E. SOTTAS, N. ROBINSON, M. SAUGY, *Blood Transfusion in Sports*, [w:] D. THIEME, P. HEMMERSBACH (red.), *Doping in Sports*, dz. cyt., s. 295. „Blood transfusion is an effective and unmediated means of increasing the number of red blood cells in the circulation in order to enhance athletic performance”.

¹⁸⁵ Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/pl/substances-and-methods/enhancement-of-oxygen-transfer>, [dostęp: 19.08.2016].

¹⁸⁶ Por. [Online]. http://www.antydoping.pl/pl/informacje_dla_sportowcow/lista_zabroniona, [dostęp: 19.08.2016].

¹⁸⁷ Por. Tamże.

takie jak: przeciążenie układu krwionośnego, zagrożenie tworzeniem się skrzepów krwi, ryzyko zarażenia wirusami (żółtaczką, HIV, malarii), niebezpieczeństwo chorób nerek, reakcji gorączkowych czy uczuleniowych¹⁸⁸.

Od kilku lat trwają ciągłe prace nad Paszportem Biologicznym sportowca (API – Athletes Biological Passport)¹⁸⁹. Ma on stanowić silny środek służący odstraszeniu od wszelkich rodzajów dopingów, w tym od wszystkich form transfuzji krwi¹⁹⁰.

Do rzadziej stosowanych form dopingów fizjologicznych zalicza się przeszczepy szpiku kostnego, przeszczepy tkanek (ścięgna i mięśnie) lub zabiegi mające na celu zabicie masy zawodnika dzięki operacjom chirurgicznemu usunięcia tkanki tłuszczowej¹⁹¹. W historii sportu, specyficzną metodą dopingów fizjologicznych stanowił proceder jaki miał miejsce w dawnej Niemieckiej Republice Demokratycznej. W celu zwiększenia wydolności sportsmenów nakłaniano je do zajęcia w ciążę w odpowiednim czasie¹⁹² przed zawodami, a później, już po zakończeniu zmagania, w większości przypadków ciążę tę usuwano¹⁹³.

3.1.1.4 Doping genetyczny

Celem terapii genowej jest rekompensacja zaburzeń genetycznych. Aby usunąć dany defekt, podejmowane są próby wprowadzania właściwych sekwencji DNA, zaś w sytuacji, gdy geny produkują produkty białkowe szkodliwe dla organizmu, dąży się do wyciszenia ich ekspresji. Wyróżniamy dwa typy terapii genowej: germinalny¹⁹⁴ (dotyczy gamet

¹⁸⁸ Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/pl/substances-and-methods/enhancement-ofoxygentransfer/sideeffects.html>, [dostęp: 19.08.2016].

¹⁸⁹ „Paszport biologiczny to umowna nazwa nowego sposobu wykrywania dopingów: nie na podstawie obecności zakazanej substancji, ale zmian, które wywołuje. Od zawodników pobiera się w różnym okresie próbki krwi, które następnie bada pod kątem zmian zachodzących w różnych obszarach. Naukowcy wytypowali, jakie wskaźniki ulegają zmianie pod wpływem dopingów. Zmiany te utrzymują się długo po tym, gdy zakazanej substancji nie ma już w organizmie”. M. NAGÓREK, *Doping w sporcie. Paszport biologiczny, a sprawa turecka*, [Online]. <http://www.magazynbieganie.pl/doping-w-sporcie-paszport-biologiczny-sprawa-turecka/>, [dostęp: 19.08.2016].

¹⁹⁰ Por. S. GIRAUD, P. E. SOTTAS, N. ROBINSON, M. SAUGY, dz. cyt., s. 295.

¹⁹¹ Por. J. HOLOCHER, U. KOSIELIŃSKA-GRABOWSKA, dz. cyt., 101.

¹⁹² Wzrost wydolności organizmu kobiety ciężarnej obserwuje się zwłaszcza do trzeciego miesiąca trwania ciąży włącznie. Por. B. KMIECIAK, *Doping genetyczny – wiemy, że nic nie wiemy*, [Online]. <http://www.biotechnologia.pl/bioetyka/aktualnosci/doping-genetyczny-wiemy-ze-nic-nie-wiemy,13661>, [dostęp: 22.08.2016].

¹⁹³ Por. Tamże.

¹⁹⁴ Terapia genowa germinalna pociąga za sobą dziedziczenie wprowadzonych sekwencji. Dochodzi w niej do integracji terapeutycznego genu z genomem biorcy. Zaistniała w genomie rodzica mutacja, powodująca chorobę, przestaje istnieć, a dziecko otrzymuje właściwy gen. Terapia ta rodzi wiele kontrowersji i wątpliwości etycznych. Obecnie uznano, iż ryzyko wystąpienia patologicznych zmian będących wynikiem manipulacji na ludzkich komórkach rozrodczych przewyższa możliwe, korzystne skutki tego zabiegu. Stąd eksperymenty tego typu są

i komórek znajdujących się we wczesnym stadium rozwoju, tych z których rozwija się nowy organizm) i somatyczny¹⁹⁵ (działania podejmowane są na komórkach somatycznych organizmu). Geny można wprowadzać do ludzkiego ciała metodą *in vivo* (dostarczenie genu bezpośrednio do organizmu) lub *ex vivo* (komórki pobiera się z organizmu, wprowadza do nich odpowiedni gen, a następnie z powrotem transferuje do ciała dawcy). Do transportu materiału genetycznego wykorzystuje się techniki wirusowe i niewirusowe¹⁹⁶. Obecnie, pomimo ciągłego rozwoju technologii i metodologii, zastosowanie terapii genowej w praktyce medycznej okazuje się niezwykle trudne. Jest ona wciąż w fazie eksperymentów, pociągając za sobą wiele zagrożeń i znaków zapytania. Sytuacja ta obliuguje naukowców do ciągłej pracy i wysiłku, aby uczynić tę metodę nie tylko skuteczną, ale przede wszystkim bezpieczną¹⁹⁷.

Świat sportu uważnie obserwuje rozwój i postępy terapii genowej. Pojawia się pokusa zastosowania dopingu genowego, czyli modyfikacji prawidłowo funkcjonujących komórek organizmu zawodnika poprzez wprowadzenie do nich nowej informacji genetycznej¹⁹⁸. W orbicie zainteresowania znajdują się geny odgrywające rolę w rozwoju mięśni, dostarczaniu tlenu do komórek, koordynacji nerwowo-mięśniowej, a nawet w kontroli bólu¹⁹⁹. Tym samym, w celu osiągnięcia przewagi nad konkurencją, zdobycze inżynierii genetycznej mogą zostać wykorzystane w sposób niewłaściwy. Autorzy platformy informacyjnej *Doping Prevention*, powstałej przy zaangażowaniu Uniwersytetu Technicznego w Monachium, podkreślają, że terapia genowa, niosąc w sobie potencjalną możliwość wpływania na wzrost masy i siły mięśniowej oraz na zwiększenie wytrzymałości fizycznej ludzkiego organizmu, generuje równocześnie niebezpieczeństwo powstania nadużyć w sporcie²⁰⁰.

prawnie zakazane. Por. M. MANIECKA, *Terapia genowa – czym jest i jej perspektywy*, [Online]. <http://www.laboratoria.net/artukul/12555.html>, [dostęp: 20.08.2016].

¹⁹⁵ Wprowadzenie genu do komórek organizmu łagodzi lub usuwa skutki mutacji. Dotyczy to tylko i wyłącznie danego pacjenta, który podlega terapii. Choć zmiany zaistniałe w komórkach somatycznych nie są dziedziczne to w komórkach rozrodczych pacjenta nadal występuje wadliwy gen i on będzie przekazywany dalszym pokoleniom. Por. Tamże.

¹⁹⁶ Por. H.M.E. AZZAZY, *Gene Doping*, [w:] D. THIEME, P. HEMMERSBACH (red.), *Doping in Sports*, dz. cyt., s. 485; 490. Szerzej na ten temat: Tamże, s. 485-509.

¹⁹⁷ Por. M. MANIECKA, dz. cyt.

¹⁹⁸ Por. I. BEDNAREK, K. CHOLEWA, M. CZAJKA-UHRYN, *Wprowadzenie informacji genetycznej do komórek, wektory molekularne, metody transferu*, [w:] I. BEDNAREK (red.), *Inżynieria genetyczna i terapia genowa*, Katowice 2008, s. 29.

¹⁹⁹ Por. H. M. E. AZZAZY, dz. cyt., s. 486.

²⁰⁰ Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.sp.tum.de/pl/substances-and-methods/gene-doping/genedoping.html>, [dostęp: 22.08.2016].

Po raz pierwszy doping genetyczny, jako metoda zabroniona, znalazł się na liście WADA w 2003 roku. Rok później do wykazu dołączono definicję tego zjawiska. Określono je jako: «Nieterapeutyczne użycie genów, elementów genetycznych i/lub komórek, posiadających zdolność poprawienia osiągnięć sportowych»²⁰¹.

T. Kraj powołując się na amerykański Raport Prezydenckiej Rady Bioetyki z 2003 roku (*Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness*) wymienia trzy techniki²⁰², które mogą być teoretycznie wykorzystane do wszczepiania genów do organizmu człowieka. Pierwsza z nich polega na wstrzyknięciu odpowiednio przygotowanego genu bezpośrednio do mięśni (posługując się np. wektorami wirusowymi). Druga z technik, wykorzystując metodę *in vitro*, dąży do przeprogramowania DNA embrionu. Taka interwencja pociągałaby za sobą zmiany (analogicznie do terapii genowej linii zarodkowej) we wszystkich komórkach organizmu, również mięśniowych. Niesie ona jednak w sobie istotne zagrożenie. W sytuacji niepożądanych skutków ubocznych powikłania mogą okazać się trwałe i przekazywane z pokolenia na pokolenia. Trzeci sposób odwołuje się do technik powiązanych z komórkami macierzystymi. Odpowiednią ilość przygotowanej poza organizmem tkanki mięśniowej, wzbogaconej o pożądany gen, wszczepiano by do organizmu w zależności od zapotrzebowania. Pierwsza z powyższych technik budzi największe nadzieje²⁰³ w odniesieniu do ewentualnej możliwości jej praktycznego zastosowania²⁰⁴. T. Kraj pisze dalej:

„Interwencję taką można zacząć od niewielkich zmian genetycznych i obserwować efekty. W przypadku niekorzystnych zmian można przerwać zabiegi i «wyłączyć» już wprowadzone geny. Trzeba jednak oddziaływać osobno na poszczególne mięśnie (zabieg ten co do procedury przypominałby terapię genową linii somatycznej), licząc się z możliwością reakcji immunologicznej na obecność wektora wirusowego, przy pomocy którego wprowadzany byłby gen odpowiadający za stymulację mięśni»²⁰⁵.

²⁰¹ „In 2004, gene doping was included in the WADA Prohibited List with the following definition: «Gene or cell doping is defined as the non-therapeutic use of genes, genetic elements and/or cells that have the capacity the enhance athletic performance»”. *Drugs in Sport*, D.R. MOTTRAM, N. CHESTER, (ed.), London – New York 2015, s. 157.

²⁰² Por. A Report of The President’s Council on Bioethics: *Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, Washington D.C. 2003, s. 116.

²⁰³ Technika ta rozbudza nadzieje nie tylko wśród lekarzy chcących leczyć choroby np. zanik mięśni (sarkopenia), który dotyka ludzi w starszym wieku, ale także w środowisku sportowym, które może ją wykorzystać w celach dopingowych. Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 50

²⁰⁴ Por. Tamże, s. 49-51.

²⁰⁵ Tamże, s. 50.

Mówiąc o dopingu genetycznym, należy przypominać o niebezpieczeństwach i skutkach ubocznych jakie niesie ze sobą ewentualne jego stosowanie. Należą do nich między innymi: wzrost zagrożenia nowotworami, a także ryzyko silnych reakcji immunologicznych²⁰⁶. W przeciwieństwie do terapii genowej, prowadzonej w ściśle kontrolowanych warunkach, działania związane z dopingiem genetycznym nie gwarantują odpowiedniego bezpieczeństwa i środków ochronnych. Ich brak może spowodować chemiczne lub biologiczne zanieczyszczenie wektorów wirusowych, służących do transferu genów. Sytuacja taka może stanowić istotne zagrożenie zdrowia i życia nie tylko dla sportowców, ale również ogółu populacji²⁰⁷.

Tak więc, choć stosowanie dopingu genetycznego wiąże się ze znacznym stopniem ryzyka, to jednak, patrząc na potencjalne korzyści sportowe, finansowe, społeczne i psychologiczne, nie należy wykluczyć, że znaleźli się już tacy zawodnicy, którzy ulegli pokusie i dobrowolnie to ryzyko podjęli²⁰⁸.

Trudność wykrycia dopingu genetycznego pociąga za sobą brak jednoznacznych dowodów, które potwierdziłyby jego praktykowanie w sporcie wyczynowym. Biorąc jednak pod uwagę ciągły rozwój technik terapii genowej, prawdopodobieństwo nadużyć w tej dziedzinie zwiększa się i wciąż będzie narastać²⁰⁹. Przykładem może być preparat genetyczny brytyjskiej firmy farmaceutycznej *Oxford Biomedica* o nazwie Repoxygen²¹⁰. Produkt ten został eksperymentalnie przygotowany dla osób chorujących na anemię. Lek ten zawiera modyfikację ludzkiego DNA z genem odpowiedzialnym za stymulację produkcji erytropoetyny (EPO). Jego zastosowanie w terapii genowej miało na celu zwiększenie czerwonych krwinek w organizmie chorego²¹¹. W 2006 roku lekiem tym zainteresowały się osoby związane ze światem sportu²¹². Dostrzeżono możliwość zastąpienia nim łatwego do wykrycia podczas

²⁰⁶ Por. A. ZEMBRON-ŁACNY, *Doping genowy 7 – wykrywanie i powikłania zdrowotne dopingu genowego*, [Online]. http://www.awfgorzow.edu.pl/awf/images/stories/zaklady/z_medycyny/Wyklady%20monograficzne/DOPING%20GENOWY%207.pdf, [dostęp: 22.08.2016].

²⁰⁷ Por. E. BRZEZIAŃSKA, D. DOMAŃSKA, A. JEGIER, *Gene doping in sport – perspectives and risks*, [Online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203840/>, [dostęp: 22.08.2016]; H.M.E. AZZAZY, dz. cyt., s. 501.

²⁰⁸ Por. Tamże.

²⁰⁹ Por. T. VAN DER GRONDE, O. DE HON, H.J. HAISMA, T. PIETERS, *Gene doping: an overview and current implications for athletes*, [w:] „British Journal of Sports Medicine”, Online First, published on January 15, (2013), s. 1. [Online]. <http://www.bjism.bmj.com/content/early/2013/01/14/bjsports-2012-091288.abstract>, [dostęp: 22.08.2016].

²¹⁰ Por. S. CAMPORESI, *From Bench to Bedside, to Track & Field – The Context of Enhancement and its Ethical Relevance*, San Francisco 2014, s. 73.

²¹¹ Por. K. BURDA, *Geny na koksie*, [Online]. <http://www.newsweek.pl/nauka/geny-na-koksie,54051,1,1.html>, [dostęp: 22.08.2016].

²¹² W celu zakupu Repoxygeny z firmą *Oxford Biomedica* kontaktował się T. Springstein – trener niemieckich lekkoatletów. Por. S. CAMPORESI, dz. cyt., s. 73.

testów dopingowych syntetycznego EPO. Repoxygen jako wektor wirusowy niosący w sobie gen EPO²¹³ po wstrzyknięciu domięśniowym, wiąże się z DNA komórkowym człowieka, pobudzając je do wzmożonej produkcji erytropoetyny. Wzrost ilości tego hormonu pociąga za sobą podwyższenie ilości erytrocytów i zwiększenie wydolności zawodnika. Co istotne, organizm nie otrzymuje tutaj syntetycznej substancji, ale dzięki odpowiedniej stymulacji rozpoczyna proces wytwarzania własnych białek, które wzmacniają siłę i sprawność mięśni²¹⁴.

Doping w takiej formie jest niezwykle trudny do zdemaskowania i udowodnienia. Do tej pory nie istnieje miarodajny test na jego wykrycie. Trwają jednak szeroko zakrojone badania nad metodami, które pozwoliłyby ten cel osiągnąć. Specjaliści od genetyki twierdzą, że możliwość tę otwiera zabieg biopsji mięśniowej. Badanie pobranej tkanki może wykazać znamiona obecności wirusowego nośnika lub zmodyfikowanych genów. Niestety, jest to metoda inwazyjna, a tym samym niechętnie aprobowana w sporcie²¹⁵. Podczas trwania igrzysk olimpijskich w Rio de Janeiro (2016), Międzynarodowy Komitet Olimpijski zapowiedział, że dysponuje już odpowiednimi testami na doping genetyczny, a próbki sportowców zostaną im poddane, w «któryms» - na razie bliżej nieokreślonym momencie - już po olimpiadzie²¹⁶. Warto dodać, że sam Repoxygen został umieszczony na liście substancji zabronionych (WADA) w 2009 roku²¹⁷.

H.M.E. Azzazy przypomina, że każdy gen, który przyczynia się do zwiększenia możliwości ruchowych, transportu tlenu, koordynacji nerwowo-mięśniowej, wzrostu masy mięśniowej czy minimalizacji bólu stanowi kandydaturę do zastosowania w ramach dopingu genetycznego. Wśród nich wymienia: wspomnianą już wcześniej erytropoetynę (EPO), czynnik indukowany hipoksją (HIF), hormon wzrostu (GH), insulinopodobny czynnik wzrostu (IGF-1), miostatyna (GDF-8), receptory aktywowane przez proliferatory peroksydomów – d (PPAR-d), czynnik wzrostu śródbłonna naczyniowego (VEGF), inhibitory konwertazy angiotensyny (ACE-I), a także endorfiny²¹⁸.

²¹³ Por. T. VAN DER GRONDE, O. DE HON, H. J. HAISMA, T. PIETERS, dz. cyt., s. 4. „Repoxygen is a viral vector containing the EPO-gene...”

²¹⁴ Por. K. BURDA, dz. cyt.

²¹⁵ Por. H. M. E. AZZAZY, dz. cyt., s. 502;

²¹⁶ Por. A. ŁOŚ, *Doping genetyczny – czy możliwy już na igrzyskach w Brazylii?*, [Online]. <http://www.biotechnologia.pl/biotechnologia/doping-genetyczny-czy-mozliwy-juz-na-igrzyskach-w-brazylia,16344>, [dostęp: 22.08.2016].

²¹⁷ Por. H.M.E. AZZAZY, dz. cyt., s. 498; G. WRÓBEL, *Doping genetyczny*, [Online]. <http://www.docplayer.pl/6347873-Doping-gene-tyczny-mgr-grzegorz-wrobel.html>, [dostęp: 23.08.2016].

²¹⁸ Por. H.M.E. AZZAZY, dz. cyt., s. 495-500.

3.1.1.5 Pozostałe metody zwiększające wydajność w sporcie

Obecnie w procesie szkolenia najlepszych zawodników biorą udział specjaliści z różnych dziedzin. Ich celem jest wyzwolenie do maksimum potencjału sportowca i przełożenie go na jak najlepszy wynik. Wśród osób bezpośrednio zaangażowanych w przygotowanie zawodników, od lat osiemdziesiątych XX wieku, obserwuje się tendencję rosnącej liczby psychologów sportu, którzy podejmują się roli trenerów mentalnych. Ta forma treningu, posługując się «środkami», jakie posiada ludzki umysł, a więc: mową, pamięcią, wyobraźnią, spostrzeganiem, uczuciami, emocjami, światem myśli itd., dąży nie tylko do rozwoju umiejętności psychicznych, ale również do poprawy psychomotoryki, a zwłaszcza do wzmocnienia kontroli nad własną aktywnością ruchową. Działania takie przekładają się na wymierną poprawę wyników, stanowiąc psychologiczne narzędzie na drodze doskonalenia sprawności motorycznej, taktyki i umiejętności technicznych²¹⁹.

Sportowcy, korzystający z treningu mentalnego, charakteryzują się między innymi: umiejętnością kierowania stresem w sytuacjach trudnych, wzmocnioną umysłową koncentracją i kontrolą uwagi, cieszą się większą pewnością siebie, są bardziej zrelaksowani²²⁰. Udowodniono też, że pozytywne emocje, dobry nastrój przekłada się na osiąganie lepszych rezultatów podczas rywalizacji sportowej. W ten sposób okazało się, iż wydajność w sporcie zależy nie tylko od sfery fizycznej człowieka, ale w znacznej mierze również od psychiki²²¹. Przykładem może być polski skoczek Adam Małysz, którego pełny, mistrzowski potencjał został wyzwolony dopiero pod wpływem treningu mentalnego²²².

Techniki psychologiczne wykorzystane są tutaj w celach wzmacniających. Jak do tej pory żadna z tych metod nie została zakazana przez WADA, więc mogą być stosowane. Obecnie daje się zauważyć trend dążący do ominięcia konwencjonalnej psychologii. Poszukiwane są nowe sposoby zwiększające emocje czy nastrój zawodnika. Zwolennicy neuronauki (*neuroscience*), a także producenci różnych farmaceutyków obiecują nowe substancje, zabiegi i urządzenia, mające charakteryzować się lepszą efektywnością niż

²¹⁹ Por. J. KŁODECKA-RÓŻAŁSKA, *O treningu mentalnym, dorobku i przyszłych zastosowaniach psychologii w polskim sporcie*, [Online]. <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=259>, [dostęp: 25.08.2016].

²²⁰ Por. P.J. Mróz, *Trening mentalny. Psychologia sukcesu w biznesie i sporcie*, [Online]. http://www.sii.org.pl/static/img/007353/m_roz/pawel-mroz-opis-treningu-wallstreet.pdf, [dostęp: 25.08.2016].

²²¹ Por. J.L. PÉREZ TRIVIÑO, *Mood enhancement and doping*, [w:] PE&H, 3 (2014), nr 1, s. 26-30.

²²² Por. P. J. MRÓZ, dz. cyt.

klasyczna psychologia²²³. Z jednej strony mogą to być tak zwane poprawiacze nastroju np. *Prozac* (terapeutycznie stosowany w leczeniu ciężkich epizodów depresyjnych czy zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych), a z drugiej urządzenia służące wzmocnieniu pewnych funkcji organizmu²²⁴. Podczas igrzysk w Rio de Janeiro firma *Halo Neuroscience*²²⁵ podała do wiadomości, że niektórzy ze startujących tam sportowców korzystali z zaprojektowanego przez nią urządzenia *Halo Sport*. Zostało ono zaprojektowane w celu elektrycznej stymulacji mózgu, zwiększenia jego zdolności przystosowania się do treningu. Przypomina ono zestaw słuchawkowy. Znajdują się w nim dwie elektrody, generujące niewielki prąd elektryczny, rzędu od 1,5 do 2 miliamperów. Jego zadaniem jest pobudzenie aktywności neuronów. Technika ta ma skracać czas reakcji, wprowadzać mózg w stan hiperplastyczności, a dzięki temu przyspieszać procesy uczenia się. Przedstawiciele producenta przekonują, że stosowanie urządzenia dopomaga w utrwaleniu poszczególnych ruchów, pozwala lepiej wykonywać ćwiczenia, a tym samym zwiększać wydajność zawodnika²²⁶.

3.2. Nieterapeutyczność dopingu

Podsumowując analizę zjawiska dopingu, warto odwołać się do słów Paracelsusa: «Wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, bo tylko dawka czyni trucizną»²²⁷. Stosujący doping powinni mieć świadomość, że w ich przypadku lekarstwo może zamienić się w truciznę²²⁸, a terapia – w *athletic enhancement* (wzmocnienie atletyczne). Winni też pamiętać, że skutki takich działań mogą okazać się niezwykle destrukcyjne dla zdrowia i życia organizmu.

Klasyczny nurt medycyny, zgodny z ideą *restitutio ad integrum*, dąży nieustannie do przezwyciężenia choroby. Poszukuje się nowych substancji farmakologicznych, opracowywane są innowacyjne metody leczenia, rozwija się inżynieria genetyczna.

²²³ Por. J.L. PÉREZ TRIVIÑO, dz. cyt.

²²⁴ Por. Tamże.

²²⁵ Por. [Online]. <http://www.haloneuro.com/>, [dostęp: 25.08.2016].

²²⁶ Por. *Rio 2016 - elektryczna stymulacja mózgu, czyli nowa forma dopingu?*, [Online]. <http://www.nt.interia.pl/raporty/raport-medycyna-przyszlosci/medycyna/news-rio-2016-elektryczna-stymulacja-mozgu-czylin-o-waformadopin,nId,2248357>, [dostęp: 25.08.2016].

²²⁷ Por. P. MASTALERZ, *Ekologiczne kłamstwa ekowojowników*, Wrocław 2012, s. 28.

²²⁸ Por. M. ŁASECKI, dz. cyt., s. 13.

A wszystko po to, aby terapia stała się skuteczniejszą, bezpieczniejszą (minimalizacja niepożądanych skutków ubocznych), aby łatwiej i szybciej dopomóc w powrocie do zdrowia.

Stosując doping, (Lista WADA) sięga się po substancje farmakologiczne lub nowe metody leczenia niezgodnie z ich terapeutycznym przeznaczeniem. Środki te (służące leczeniu), wprowadza się do organizmu zdrowego człowieka w celu wzmocnienia jego wydolności, wytrzymałości i siły. Dla osiągnięcia zamierzonego efektu sportowego niejednokrotnie stosuje się dawki, które mogą wywołać i wzmocnić natężenie negatywnych skutków ubocznych. Przykładem mogą być działania, które dążą do zwiększenia ponad normę ilości czerwonych krwinek, odpowiedzialnych za transport tlenu w organizmie. Zwiększoną ilość erytrocytów w krwi zawodnika można osiągnąć w oparciu o każdy z trzech głównych sposobów doping: farmakologiczny (podanie EPO syntetycznego), fizjologiczny (przetaczanie krwi) czy genetyczny (podanie Repoxygenu). W ten sposób naturalne predyspozycje sportowca zostają wzmocnione, wzrasta kondycja, jednocześnie jednak zawodnik naraża się na poważne komplikacje zdrowotne. Podwyższona ilość czerwonych ciałek sprawia, że krew gęstnieje, a wtedy wzrasta ryzyko powstawania zatorów i zakrzepów. Stosowanie EPO przyczynia się również do wzrostu ciśnienia tętniczego. W takich okolicznościach słusznym wydaje się stwierdzenie/ czyje?/, że:

„...każdy lek²²⁹, wywierający jakiegokolwiek działanie na organizm, jest także trucizną – tym silniejszą, im silniejsze własności «lecznicze» posiada”²³⁰.

Można powiedzieć, że część medycyny sportu, działająca w ramach nurtu *transformatio ad optimum*, jest wątpliwa pod względem prawnym i moralnym, zwłaszcza wtedy, gdy lekarze wykorzystują nowoczesną wiedzę medyczną i zdobycze techniki w celach pozaterapeutycznych, na rzecz nieuczciwego wzmocnienia naturalnych predyspozycji zawodników (*athletic enhancement*).

Warto przypomnieć, że za doping nie uważa się stosowania suplementów diety (środków ergogenicznych). WADA dopuszcza, a nawet zaleca, stosowanie niektórych z nich²³¹. Dopingiem nie jest również stosowanie tradycyjnych metod psychologicznych (formy

²²⁹ W tym wypadku erytropoetyna. Jako lek stosuje się ją w leczeniu anemii i niewydolności nerek.

²³⁰ Por. M. ŁASECKI, dz. cyt., s. 13.

²³¹ Por. Tamże, s. 15.

treningu mentalnego). Wątpliwości budzą produkty «nowej» psychologii. Są nimi tak zwane nowe wzmocniacze nastroju (*news mood enhancers*), takie jak *Prozac*, a także wynalazki nurtu *neuroscience*²³². W ich przypadku należy postawić pytanie: czy nie powinny znaleźć się na Liście WADA?

Na koniec dopowiedzmy, że World Anti-Doping Agency określiła, na czym polega okoliczność «wyłączająca» z odpowiedzialności za doping. Jest nią wyłączny cel terapeutyczny (*Therapeutic Use Exemption – TUE*). Wyłączeniu takiemu podlega sportowiec posiadający udokumentowaną chorobę, wymagającą zastosowania zabronionej substancji lub metody. W takim przypadku zawodnik musi uzyskać stosowną zgodę Komisji do Zwalczania Doping w Sporcie. Sytuacja wyłączenia dla celów terapeutycznych miała miejsce między innymi w grupie biegaczek narciarskich reprezentujących Norwegię, chorujących na astmę²³³. WADA może wydać zgodę na zastosowanie środka w celach leczniczych, lecz może też nie udzielić zgody na ten sam preparat ze względu na pozaterapeutyczne skutki dopingujące, niszczące piękno rywalizacji sportowej oraz zagrażające niejednokrotnie zdrowiu i życiu zawodnika.

4. CHIRURGIA PLASTYCZNA (REKONSTRUKCYJNA I ESTETYCZNA)

Nowożytność i czasy współczesne mocno zaakcentowały estetyczno-dekoracyjny wymiar ludzkiej cielesności. Projektowaniu i modelowaniu sylwetki człowieka, zarówno kobiety jak i mężczyzny, służą odpowiednio przygotowywane diety, ćwiczenia fizyczne (*fitness*) czy chirurgia plastyczna (*plastic surgery*)²³⁴.

Dbłość i troska o estetyczny wygląd wiążą się ściśle ze zjawiskiem «komercjalizacji» ludzkiego ciała. Organizacja konkursów piękności, eksponowanie ciała w miejscach publicznych, odsłanianie poszczególnych jego części, a także prezentowanie nagości w prasie, telewizji czy Internecie,²³⁵ sprzyjają kreowaniu świadomości społecznej, która nie tylko aprobuje i docenia działania upiększające wygląd człowieka, ale również widzi w nich nieodzowny środek na drodze prowadzącej do realizacji przyjętego w danym okresie kryterium

²³² Por. J. L. PÉREZ TRIVIÑO, dz. cyt.

²³³ Por. D. JAGIELŁO, *Ramy odpowiedzialności i postępowanie dowodowe w związku z podejrzeniem stosowania doping w sporcie*, [w:] T. GARDOCKA, D. JAGIELŁO (red.), *Problemy prawne na styku sportu i medycyny*, Warszawa 2015, s. 7.

²³⁴ Por. A. BUCZKOWSKI, *Społeczne tworzenie ciała. Płec kulturowa i płec biologiczna*, Kraków 2005, s. 300-305.

²³⁵ Por. S. KOWALCZYK, dz. cyt., s. 178.

estetyki i piękna. Innymi słowy, ciało stało się swoistym eksponatem, obiektem do podziwiania²³⁶. Dzisiejszy świat często nim manipuluje, kształtuje je w zależności od potrzeby chwili, zmienia jego rozmiary czy kolory²³⁷. Faktem jest, że wiele osób w krajach bogatych, może nawet ich większość, stojąc w obliczu uznawanych powszechnie kanonów piękna, pozostaje niezadowolona ze swego wyglądu, postrzegając swoje ciało jako niedoskonałe w aspekcie estetycznym²³⁸. Sytuacja ta sprawia, że zasadniczą rolę w zaspakajaniu potrzeb korekcyjnych, poprawiających urodę pełni medycyna estetyczna i wykonywane w jej ramach operacje plastyczne. Jak zauważa S. Kowalczyk:

„Dawniej (...) stosowano [je] przy rekonstrukcji fragmentów ciała ludzi, którzy ulegli wypadkom. Obecnie jest to często stosowany środek nie tylko przez kobiety, ale również przez mężczyzn, służący modyfikacji ich ciała w celu dostosowania do obowiązujących modeli piękności”²³⁹.

Będący dzisiaj w użyciu termin: *chirurgia plastyczna* jest dużo młodszy aniżeli zespół czynności związanych z korygowaniem wad ludzkiej urody²⁴⁰. Człowiek od wieków dążył do poprawienia swojego wyglądu. Starożytni Egipcjanie stosowali zabiegi upiększające rysy twarzy. Operacji plastycznych nosa, warg i uszu dokonywano w Indiach siedem wieków przed narodzeniem Chrystusa. Celsus opisał praktyki współczesnych mu lekarzy rzymskich związane z dziedziną estetyki ciała²⁴¹. Medycyna od zarania swoich dziejów jawiła się jako ta, która może pomóc w naprawie skaz wyglądu cielesnego, zarówno tych będących wynikiem zdarzeń losowych (wypadki, choroby), jak i tych, z którymi człowiek przychodzi na świat lub pojawiającymi się wraz ze starzeniem się organizmu. Od początku lekarze podejmowali działania, których celem było spełnienie oczekiwań estetycznych pacjentów. Jednakże stan wiedzy dotyczący przyczyn i natury procesów infekcyjnych, a także niedoskonałość stosowanych technik chirurgicznych powodowały niewielką skuteczność tychże zabiegów. Dopiero z czasem, kiedy poznano i udoskonalono metody postępowania aseptycznego,

²³⁶ Por. D. MROCKOWSKA, *Ciało w centrum*, [w:] B. ZIÓLKOWSKA, A. CWOJZIŃSKA, M. CHOŁODY (red.), *Ciało w kulturze i nauce*, Warszawa 2009, s. 28.

²³⁷ Por. E. ŻYŁKIEWICZ, *Tabu czy kult ciała w ponowoczesności?*, [w:] *Retoryka ciała w dyskursie publicznym*, R. CIEŚLAK (red.), Toruń 2008, s. 165.

²³⁸ Por. J. KOPANIA, *Etyczne aspekty chirurgii estetycznej*, [w:] NL, 76 (2007), nr 2, s. 182.

²³⁹ Por. S. KOWALCZYK, dz. cyt., s. 178.

²⁴⁰ Por. G. HOLUB, *Operacje plastyczne*, [w:] EB, s. 419.

²⁴¹ Por. Tamże; O. PELZER, *Chirurgia*, Jelenia Góra 2008, s. 5-6; P. SANTONI-RUGIU, P.J. SYKES, *A History of Plastic Surgery*, Berlin-Heidelberg-New York 2007, s. 5-6.

zwiększyły się możliwości i efektywność chirurgii estetyczno-korekcyjnej²⁴². Z punktu widzenia historii medycyny rozwój *plastic surgery* był możliwy dzięki postępowi badań dotyczących anatomii ludzkiego ciała. Coraz precyzyjniejsze poznanie budowy konkretnych narządów – zwłaszcza systemu naczyniowego skóry, jej kolejnych warstw, a także zasad działania układu limfatycznego – odegrało w tej dziedzinie fundamentalną rolę²⁴³.

XX wiek to czas wzmożonego zainteresowania możliwościami chirurgii plastycznej. Dwie wojny światowe i zastosowanie nowych rodzajów broni pociągnęły za sobą konieczność minimalizacji powstałych szkód dotyczących zdrowia i wyglądu rannych żołnierzy. Już latach 30-ych ubiegłego stulecia w szpitalach publicznych zaczęły powstawać pierwsze oddziały *plastic surgery* (pionierską rolę odegrał tu szpital miejski w Nowym Jorku)²⁴⁴. W 1931 roku G. Aufricht i J. Maliniac zainicjowali działalność Amerykańskiego Stowarzyszenia Chirurgów Plastycznych (*American Society of Plastic Surgeons – ASPS*)²⁴⁵. Z upływem kolejnych dziesięcioleci świadomość społeczna, dotycząca problematyki operacji plastycznych, podlegała ciągłemu wzrostowi, zwłaszcza dzięki nowemu medium, jakim stała się telewizja²⁴⁶. Współcześnie główną rolę na płaszczyźnie przekazu tej wiedzy pełni Internet.

W latach siedemdziesiątych XX wieku powstały działające do dziś dwie międzynarodowe organizacje zrzeszające lekarzy zajmujących się poprawą estetyki ludzkiego ciała. Pierwszą z nich jest Międzynarodowe Towarzystwo Chirurgii Plastycznej i Estetycznej (*International Society of Aesthetic Plastic Surgery – ISAPS*) założone w 1970 roku²⁴⁷. Stowarzysza ono chirurgów plastycznych, kompleksowo i starannie wykształconych w dziedzinie chirurgicznych jak i niechirurgicznych zabiegów estetycznych²⁴⁸. W naszym kraju działalność w tym zakresie prowadzi Polskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej²⁴⁹.

²⁴² Por. J. KOPANIA, dz. cyt., s. 182

²⁴³ Por. P. SANTONI-RUGIU, P. J. SYKES, dz. cyt., s. 2. „For the last 200 years anatomical studies have focused with increasing precision on specific organs, systems and regions such as the lymph vessels, the cutaneous vascular system, and the strata and substrata of the skin. Many of these studies, (...) would have direct consequences for the development of plastic surgery”.

²⁴⁴ Por. G. HOŁUB, *Operacje...*, dz. cyt., s. 419.

²⁴⁵ Por. [Online]. <http://www.plasticsurgery.org/about-asps/history-of-asps?sub=ASPRS>, [dostęp: 13.10.2016].

²⁴⁶ Por. [Online]. <http://www.plasticsurgery.org/about-asps/history-of-asps?sub=The+1950%27s#section-title>, [dostęp: 13.10.2016].

²⁴⁷ Por. [Online]. <http://www.isaps.org/medical-professionals/history>, [dostęp: 17.10.2016].

²⁴⁸ Por. K. PECUSZOK, *Współczesny kult ciała i operacje plastyczne w aspekcie psychologiczno-społecznym*, [w:] PZH, (2014), z. 24, s. 5.

²⁴⁹ Por. [Online]. <http://www.ptchprie.pl>, [dostęp: 17.10.2016].

Początki drugiej organizacji wiążą się z Francją. To tam w 1973 z inicjatywy endokrynologa J.J. Legrana powołano do istnienia Towarzystwo Medycyny Estetycznej. Wkrótce podobne stowarzyszenia powstały we Włoszech, Belgii i Hiszpanii²⁵⁰. W 1978 roku państwa te zawiązały Międzynarodową Unię Medycyny Estetycznej (*Union Internationale de Médecine Esthétique – UIIME*) z siedzibą w Paryżu. Obecnie związek ten zrzesza ponad dwadzieścia krajów z całego świata²⁵¹. Od 1995 roku należy do niego Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i *Anti-Aging*²⁵².

P.M. Prendergast nazywa medycynę estetyczną sztuką i nauką, która dąży do poprawienia i wzmocnienia prezencji, struktury i konturów skóry, twarzy i ciała²⁵³. Zabiegi wykonywane w jej obrębie możemy podzielić na dwie grupy²⁵⁴:

- a) Chirurgia plastyczna rekonstrukcyjna – dąży do przywrócenia naturalnego wyglądu pacjenta poprzez usuwanie anomalii wrodzonych lub oszpeceń będących skutkiem choroby bądź wypadku.
- b) Chirurgia plastyczna estetyczna – zgodnie z życzeniem pacjenta – koryguje wady wyglądu, tym samym poprawiając i doskonaląc jego urodę.

4.1. Opis techniczno-medyczny

Obecnie chirurgia plastyczna cechuje się szerokim wachlarzem działań kosmetycznych i medycznych umożliwiających korekcję rozmaitych defektów ciała ludzkiego. Do najważniejszych możemy zaliczyć²⁵⁵:

- a) *Zabiegi w obrębie głowy:*
 - Rhytidektomia (*face lifting*) – zabieg redukujący zmarszczki twarzowe dzięki usunięciu nadmiaru skóry²⁵⁶.

²⁵⁰ Por. J. DYLEWSKA-GRZELAKOWSKA, *Kosmetyka stosowana*, Warszawa 2009, s. 267.

²⁵¹ Por. [Online]. <http://www.uimeweb.org>, [dostęp: 13.10.2016].

²⁵² Por. [Online]. <http://www.ptmeiaa.pl>, [dostęp: 13.10.2016].

²⁵³ Por. P.M. PRENDERGAST, *Defining Aesthetic Medicine*, [w:] P.M. PRENDERGAST, M.A. SHIFFMAN (red.), *Aesthetic Medicine: Art and Techniques*, Berlin-Heidelberg 2011, s. 3. „Aesthetics medicine is an art and a science. It is an emerging branch of medicine that relies on procedures and techniques to improve and enhance the appearance, texture, and contours of the skin, face and body”.

²⁵⁴ Por. J. DYLEWSKA-GRZELAKOWSKA, dz. cyt., s. 267; G. HOŁUB, *Operacje...*, dz. cyt., s. 420.

²⁵⁵ Przetworzone informacje dotyczące metod stosowanych w chirurgii plastycznej, jak również sam podział zabiegów – w głównej mierze opierają się na pozycji: A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny Estetycznej*, Białystok 2014.

²⁵⁶ Por. I. PITANGUY, *Aesthetic Plastic Surgery of Head and Body*, Berlin-Heidelberg-New York 2012, s. 165-199.

- Lifting czoła (*forehead lifting*) – działania chirurgiczne polegające na podciągnięciu skóry w górnych częściach twarzy wraz z umieszczonymi pod nią tkankami celem podniesienia brwi i zlikwidowania zmarszczek²⁵⁷.
- Blefaroplastyka – czynności chirurgii estetycznej mające na celu korekcję lub łagodzenie zmian zachodzących w obrębie powiek²⁵⁸.
- Rhinoplastyka – poprawienie wyglądu nosa²⁵⁹.
- Otoplastyka – modelowanie uszu²⁶⁰.
- Operacje korygowania konturu ust – polegające na zmianie zarysu czerwieni wargowej lub plastyce kształtu warg²⁶¹.
- Resekcja bródki²⁶².
- Trychologia – przeszczepy włosów²⁶³.

W celu uzyskania pożądanego efektu estetycznego wykorzystuje się następujące środki:

- Wypełniacze tkankowe (*tissue fillers*) posiadające zdolność uzupełniania ubytków, a także modelowania wyglądu twarzy. Dzięki odpowiednio dobranym technikom iniekcji są one wprowadzane do skóry. Ich zastosowanie zmierza do likwidacji lub redukcji zmarszczek, a także służy pomocą w uwypuklaniu okolic jarzmowych, spłycaaniu bruzd głębokich czy powiększaniu ust. Wypełniacze dzieli się na naturalne (własna tkanka tłuszczowa, własne – termicznie koagulowane osocze pacjenta, a także kolagen²⁶⁴ czy kwas hialuronowy) oraz sztuczne (żel poliakrylamidowy, hydroksyapatyt wapnia czy kwas polimlekowy)²⁶⁵.

²⁵⁷ Por. Tamże, s. 202-214.

²⁵⁸ Por. G. CASSANO, *Casi di errori in chirurgia estetica e risarcimento del danno*, Santarcangelo di Romagna 2016, s. 127.

²⁵⁹ Por. R.J. ROHRICH, W.P. ADAMS, J. AHMAD, J. GUNTER (red.), *Dallas Rhinoplasty: Nasal Surgery by the Masters*, CRC Press, Taylor & Francis Group 2014.

²⁶⁰ Por. J. DAVIS, *Otoplasty: Aesthetic and Reconstructive Techniques*, New York 2012.

²⁶¹ Por. [Online]. <http://www.dr.sankowski.com/chirurgia-plastyczna/>, [dostęp: 31.10.2016].

²⁶² Por. Tamże.

²⁶³ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 65-74.

²⁶⁴ Por. D. ŻELASZCZYK, A. WASZKIELEWICZ, H. MARONA, *Kolagen - struktura oraz zastosowanie w kosmetologii i medycynie estetycznej*, [w:] „Estetologia Medyczna i Kosmetologia”, 2 (2012), nr 1, s. 14-20.

²⁶⁵ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 23-37.

- Toksyna botulinowa (*Botoks*)²⁶⁶. Jest ona silną białkową neurotoksyną, hamującą w organizmie przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. Blokując przewodzenie impulsów z nerwów do unerwianych przez nie mięśni. Blokada ta ma charakter czasowy i działa przez okres kilku miesięcy. Botoks wstrzyknięty w odpowiednich, niewielkich dawkach do określonych mięśni powoduje ich paraliż, a więc długotrwałe rozluźnienie, a to w przypadku mięśni mimicznych przeciwdziała marszczeniu się i fałdowaniu skóry. Skóra, która znajduje się nad rozluźnionymi w ten sposób mięśniami, «odpoczywa», nie jest przez nie marszczona oraz ma czas na regenerację i odnowę²⁶⁷. Użycie botoksu jest jednym z najpopularniejszych zabiegów w ramach medycyny estetycznej. Stosuje się go w celu usunięcia zmarszczek (najczęściej tak zwanych «kurzych łapek», czyli zmarszczek mimicznych wokół oczu, ale także zmarszczek na czole, szyi, brodzie, w okolicach ust) lub korekcji wyglądu (uniesienie kątek ust, podniesienie opadających powiek itd.)²⁶⁸.
- Osocze bogatopłytkowe (*Platelet Rich Plasma – PRP*)²⁶⁹. Stanowi autologiczny koncentrat kumulujący znaczną ilość ludzkich płytek krwi w niewielkiej ilości osocza. Płytki krwi zawierają w sobie ponad 60 rozmaitych substancji biorących udział w procesach naprawy i odnowy tkanek, przyspieszają tworzenie się naczyń włosowatych (*angiogeneza*) oraz modyfikują procesy zapalne. Wysokie stężenie płytek w PRP oraz jego pełna biokompatybilność (pozyskuje się go z własnej krwi pacjenta) umożliwia zastosowanie autologicznej terapii komórkowej (*Autologous Cellular Regeneration – ACR*), która skutkuje odnawianiem i rewitalizacją tkanek. W chirurgii plastycznej osocze bogatopłytkowe wykorzystuje się między innymi do biostymulacji i regeneracji skóry twarzy i głowy po zabiegach estetycznych (np. face-lifting chirurgiczny), pilingach, zabiegach laserem. PRP stosowane jest

²⁶⁶ Por. R. SMALL, D. HOANG, *A Practical Guide to Botulinum Toxin Procedures*, Philadelphia 2012.

²⁶⁷ Por. P. STYCZEŃ, *Botoks na zmarszczki i nie tylko*, [Online]. <http://www.artofbeauty.com.pl/article.php?id=688>, [dostęp: 14.10.2016].

²⁶⁸ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 38-44.

²⁶⁹ Por. I.B. JAMES, S.R. COLEMAN, J.P. RUBIN, *Fat, Stem Cells and Platelet-Rich Plasma*, [w:] CiPS, 43 (2016), nr 3, s. 475.

w celu usuwania zmarszczek, zahamowania wypadania włosów, a także do zabiegów mających na celu redukcję blizn czy rozstępów²⁷⁰.

- Nici liftingujące (*threads lift*)²⁷¹. W chirurgii plastycznej szerokie zastosowanie znajdują różnego rodzaju nici ułatwiające modelowanie owalu twarzy (np.: APTOS, złote, hialuronowe). Pomagają one zapewnić skórze właściwe napięcie, dzięki czemu zapobiegają jej nadmiernemu opadaniu²⁷².

b) *Zabiegi w obrębie tkanki tłuszczowej*

- Liposukcja – zabieg, którego celem jest poprawa sylwetki²⁷³. Dokonuje się go poprzez usunięcie nadmiaru tłuszczu z przestrzeni podskórnej. Zbędna tkanka odsysana jest w sposób inwazyjny, za pomocą cienkich, tępo zakończonych rurek (kanikuły). Liposukcję najczęściej wykonuje się w obrębie brzucha i talii, zewnętrznej i wewnętrznej strony ud, ramion, pośladków, męskich piersi czy podbródka²⁷⁴.
- Obecnie poszukuje się metod, które zastąpiłyby inwazyjność liposukcji²⁷⁵. Pewną alternatywę wydaje się stanowić lipoliza, czyli usuwanie tłuszczu pozbawione ingerencji operacyjnej. Rozróżnia się jej trzy rodzaje. Po pierwsze, *lipoliza iniekcyjna*²⁷⁶ (do tkanki tłuszczowej wstrzykuje się odpowiednie preparaty skutkujące rozpadem komórek tłuszczowych). Po drugie, *lipoliza ultradźwiękowa* (nie przerywa ciągłości skóry, a rozpad komórek tłuszczowych dokonuje się dzięki zjawisku kawitacji – w komórkach tłuszczowych powstają pęcherzyki gazu wywołane poprzez przenikające do tkanki ultradźwięki emitowane przez specjalny aparat masujący). Po trzecie, *lipoliza*

²⁷⁰ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 45-47.

²⁷¹ Por. R. LOVREGLIO, G. FABBROCINI, M. DELFINO, *The Nonsurgical Thread Lift for Facial Rejuvenation*, [w:] G. FABBROCINI, M. PIA DE PADOVA, A. TOSTI (red.), *Nonsurgical Lip and Eye Rejuvenation Techniques*, Springer 2016, s. 85-95.

²⁷² Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 47-51.

²⁷³ Por. M.A. SHIFFMAN, A. DI GIUSEPPE, *Liposuction: Principles and Practice*, Springer 2016.

²⁷⁴ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 75-77.

²⁷⁵ Por. J. KENNEDY, S. VERNE, R. GRIFFITH, L. FALTO-AIZPURUA, K. NOURI, *Non-invasive subcutaneous fat reduction: a review*, [w:] „Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology”, 29 (2015), nr 9, s. 1679–1688.

²⁷⁶ Por. D.S. CHANG, *Ancillary Nonsurgical Treatments: Trunk and abdomen*, [w:] N. SCUDERI, B.A. TOTH (ed.), *International Textbook of Aesthetic Surgery*, Springer 2016, s. 518-520.

niskotemperaturowa (w celu redukcji fałdu tłuszczowego obniża się jego temperaturę – do właściwego poziomu i na określony czas)²⁷⁷.

- Autologiczne przeszczepianie tłuszczu. Od pacjenta za pomocą liposukcji pobiera się komórki tłuszczowe. Następnie, zgodnie z metodą FAMI (*Facial Autograft Muscle Injection*²⁷⁸), odpowiednio przygotowaną tkankę implantuje się do miejsca przeznaczenia. Początkowo były nim przede wszystkim okolice twarzy. Obecnie coraz częściej sposób ten wykorzystuje się w zabiegach mających na celu powiększenie piersi lub pośladków²⁷⁹.
- Pozyskiwanie komórek macierzystych²⁸⁰ z tkanki tłuszczowej. Komórki macierzyste nazywane inaczej pierwotnymi lub pnia (*stem cells*) mogą dać początek jakiegokolwiek komórce i tkance nowopowstającego organizmu. Istnieją dwa rodzaje komórek macierzystych. Po pierwsze embrionalne – ESC (*Embryonic Stem Cells*) tworzące embrion w jego najwcześniejszych stadiach rozwojowych. Są one totipotentne, a więc zdolne wytworzyć cały organizm z wszystkimi jego komórkami. Drugi rodzaj stanowią komórki macierzyste dorosłe – ASC (*Adult Stem Cells*) nazywane również somatycznymi. Biorą one udział w procesach naprawy organizmu. Dzieląc się, zastępują umierające komórki i regenerują uszkodzone tkanki. Wśród nich wyróżniamy: pluripotencjalne, czyli mogące przekształcić się w jakikolwiek rodzaj komórki organizmu (z wyjątkiem łożyska) lub multipotentne – stanowiące źródło komórek w obrębie pnia do którego należą²⁸¹.

Spośród ASC szczególne zainteresowanie medycyny estetycznej wzbudzają tak zwane mezenchymalne komórki macierzyste – MSC (*Mesenchymal Stem Cell*). Termin «mezenchyma» określa rozwijającą się z mezodermy tkankę łączną zarodka. Komórki mezenchymy charakteryzują się unikatowymi zdolnościami do samoodnowy i przekształcenia się w inne rodzaje komórek,

²⁷⁷ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 77-78.

²⁷⁸ Metodę tę w 1998 roku opracował dr Roger Amar z Marsylii. Szczegółowy jej opis znajduje się na jego stronie internetowej. Por. [Online]. http://www.drrogeramar.com/fami_step_step.php, [dostęp: 24.10.2016].

²⁷⁹ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 79-80.

²⁸⁰ Szeroko na temat komórek macierzystych: P. VAN PHAM (red.), *Stem Cell Processing*, Springer 2016.

²⁸¹ Komórki macierzyste krwi mogą stać się źródłem białych ciałek, czerwonych, płytek, ale nie komórek kości, nabłonka itd. Por. R. LUCAS LUCAS, dz. cyt., s. 86-87.

stanowiących budulec dla tkanek dorosłego, ludzkiego organizmu: krwi, mięśni, fibroblastów, chrząstek, ścięgien, tkanki nerwowej czy tłuszczowej. Dodane do tkanki kostnej, przybierają postać komórek kostnych, wprowadzone do tkanki mięśniowej – mięśniowych itd. MSC znajdują się w ciele człowieka przez całe życie, ale wraz z upływem lat ich potencjał samoodnowy oraz ilość ulegają stopniowemu obniżaniu. Proces ten powoduje starzenie się organizmu²⁸².

Dorośle komórki macierzyste ASC (w tym MSC) mogą być pobierane z różnych źródeł: ze skóry, krwi obwodowej dorosłego człowieka, szpiku kostnego, tkanki tłuszczowej czy mięśniowej. Jak dotąd najlepiej poznanym źródłem pozyskiwania ASC pozostaje szpik kostny, jednakże ilość komórek dostarczana tą metodą jest stosunkowo niewielka. Okazuje się, że najbogatsze źródło komórek macierzystych stanowi tkanka tłuszczowa. Znajduje się w niej nawet do 70 razy więcej ASC aniżeli w szpiku kostnym. Tkanka tłuszczowa występuje w wielu miejscach ludzkiego organizmu, jest obfita i łatwo dostępna. Dzięki liposukcji można uzyskać znaczną ilość mezenchymalnych komórek macierzystych, które z powodzeniem znajdują zastosowanie w medycynie i w medycynie estetycznej²⁸³. Od pacjenta pobiera się tkankę tłuszczową, z której po odpowiednim przygotowaniu pozyskuje się MSC. Komórki te, za pomocą podskórnych iniekcji, podawane są miejscowo w okolice wymagające regeneracji. Ponieważ materiał jest autologiczny (pochodzi od tego samego pacjenta), nie stanowi przyczyny podrażnień czy reakcji alergicznych²⁸⁴.

Medycyna estetyczna i chirurgia plastyczna wykorzystuje komórki macierzyste w zakresie tkanek miękkich, podczas korekcji kształtu części kostnych twarzy, w rekonstrukcji tkanek po zmianach wypadkowych i chorobowych, w odtworzeniu piersi po mastektomii. MSC stosowane są w zabiegach uniesienia brwi i skroni, powiększania ust, policzków i brody, korekty nosa czy wygładzania zmarszczek mimicznych. Użycie komórek macierzystych nie pozostaje obojętne w zabiegach dermatologicznych. Stan

²⁸² Por. K. WOJNO, J. KOCKI, *Mezenchymalne komórki macierzyste w medycynie regeneracyjnej*, [Online]. http://www.rsi2004.lubelski.e.pl/doc/sty5/art/Wojno_K_art.pdf; [Online]. http://www.drszczyt.pl/zabiegi/medycyna_estetyczna/komorki-macierzyste/, [dostęp: 27.10.2016].

²⁸³ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 81-82.

²⁸⁴ Por. [Online]. <http://www.drszczyt.pl/zabiegi/medycyna-estetyczna/komorki-macierzyste/>, [dostęp: 27.10.2016].

skóry poprawia się i odmładza. Jest ona bardziej napięta, sprężysta i gładka²⁸⁵.

c) *Chirurgia estetyczna piersi*

W obrębie piersi wykonywane są następujące zabiegi plastyczne:

- Powiększanie piersi – jego celem jest zwiększenie objętości biustu kobiety, a także korekcja jego kształtu²⁸⁶.
- Rekonstrukcja piersi – polega na odtworzeniu właściwych kształtów po mastektomii, po urazach będących przyczyną częściowej lub całkowitej utraty piersi lub w celu zminimalizowania wad wrodzonych²⁸⁷.

W zabiegach tych wykorzystywane są specjalne implanty piersiowe wypełnione żelem silikonowym lub roztworem soli fizjologicznej. W ostatnich latach coraz większą popularnością cieszy się tak zwany lipomodeling. Posługuje się on metodą przeszczepu autogennej tkanki tłuszczowej – FAMI, nie wymagając przy tym użycia implantów²⁸⁸. W przypadku zabiegów rekonstrukcyjnych sięga się również po tkanki własne. Płaty skóry, tkankę tłuszczową i mięśniową przenosi się z innego miejsca ciała. Mogą one pochodzić z brzucha, górnej części pleców, bioder, a także z pośladków.

Innymi interwencjami chirurgicznymi dokonywanymi w obrębie biustu są:

- Lifting piersi – zabieg mastopeksji polegający na chirurgicznym podniesieniu biustu i przywróceniu mu właściwego napięcia²⁸⁹. Za pomocą odpowiedniego rodzaju cięć zmierza on do nadania piersiom estetycznego kształtu i wyglądu²⁹⁰.
- Redukcja piersi – operacja znajdująca zastosowanie w wyniku nienaturalnego przerostu biustu (*macromastia, hipertrofia piersi*)²⁹¹. Usuwa się nadmiar tkanek: tłuszczowej, gruczołowej i skórnej, a następnie modeluje się rozmiar

²⁸⁵ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 83.

²⁸⁶ Por. Tamże, s. 86-90; M. A. SHIFFMAN, *Breast Augmentation: Principles and Practice*, Springer 2010.

²⁸⁷ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 91-93.

²⁸⁸ Por. [Online]. <http://www.drszczyt.pl/chirurgia-plastyczna-piersi/powiekszenie-piersi-tkanka-tluszczowa/>, [dostęp: 24.10.2016].

²⁸⁹ Por. D.W. BUCK II, *Review of Plastic Surgery*, Elsevier 2015, s. 92-94.

²⁹⁰ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 93-94.

²⁹¹ Por. M.A. SHIFFMAN, *Mastopexy and Breast Reduction: Principles and Practice*, Springer 2009.

piersi proporcjonalnie do sylwetki pacjentki. Redukcji biustu dokonuje się przez cięcie lub przez liposukcję²⁹².

- Korekcja i rekonstrukcja brodawek piersiowych – dla poprawienia estetyki podejmuje się zabiegi w wypadku powiększenia brodawek (*hipertrofia*), nadmiernie wyciągniętych lub wciągniętych sutków²⁹³.
- Ginekomastia – zmniejszenie objętości męskiej piersi w wyniku przerostu tkanki tłuszczowej, gruczołowej i włóknistej²⁹⁴. Korekcji dokonuje się przez liposukcję lub wycięcie gruczołu piersiowego wraz z nadmiarem skóry²⁹⁵.

d) *Chirurgia estetyczna sylwetki (tułowia i kończyn)*

Zabiegi dermatochirurgiczne wymagają wiedzy dotyczącej biomechanicznych właściwości skóry, a także kierunków wyboru nacięć chirurgicznych. Planując operację, chirurg winien pamiętać o tak zwanych liniach Langera, zauważalnych mniej lub bardziej wyraźnie na całym ciele człowieka. Są to umowne linie zmniejszonego napięcia skóry, które przebiegają prostopadle do długiej osi mięśni znajdujących się pod skórą. Cięcia chirurgiczne wykonywane wzdłuż nich minimalizują destrukcję włókien skórnych i pozwalają uzyskać lepszą estetykę blizn, decydując w ten sposób o sukcesie operacyjnym i wpływającej z niej satysfakcji, zarówno dla lekarza jak i pacjenta²⁹⁶. Przypomnienie tych informacji wydaje się uzasadnionym, szczególnie przed przedstawieniem gamy zabiegów dotyczących sylwetki człowieka, a więc obszaru o największej powierzchni skórnej.

Zabiegi dotyczące tułowia i kończyn człowieka można podzielić następująco:

- Body lifting – nazywany niekiedy plastyką lub modelowaniem ciała. Zabieg ten stosuje się u osób po znacznej redukcji wagi, a także u starszych, których skóra uległa zwiotczeniu i obwiśnięciu. Polega on na usunięciu nadmiaru skóry lub tkanki tłuszczowej. Rozróżnia się body lifting: górnej części ciała (piersi i ramion), środkowej (brzucha) i dolnej (bioder, pośladków i ud). W zależności

²⁹² Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 95-96.

²⁹³ Por. Tamże, s. 96-97.

²⁹⁴ Por. [Online]. <http://www.gynecomastia.org>, [dostęp: 01.11.2016]; M.J. YOST, *Demystifying Gynecomastia: Men with Breasts*, Demystifying Gynecomastia 2006.

²⁹⁵ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 97-98.

²⁹⁶ Por. M. TRYBUS, *Podstawy chirurgii plastycznej - cz. I*, [Online]. <http://www.mp.pl/chirurgia/chirurgia-plastyczna/11215>, podstawy -chirurgii-plastycznej-cz-i.html, [dostęp: 26.10.2016].

od zapotrzebowania istnieje możliwość przeprowadzenia kompleksowej plastyki ciała podczas jednej operacji. Celem body liftingu jest nadanie skórze młodszego wyglądu, odpowiednie jej wyszczuplenie i napięcie²⁹⁷.

- Abdominoplastyka – stanowi zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu nadmiaru obwisłej skóry, a także podskórnej tkanki tłuszczowej z obszaru podbrzusza i śródbrzusza²⁹⁸. Celem jest uzyskanie płaskiego brzucha o napiętej skórze²⁹⁹.
- Korekcja i implanty łydek.
- Implanty pośladków.
- Zabiegi z zakresu chirurgii intymnej. Do najczęściej wybieranych należą: *labioplastyka* (chirurgiczna korekta rozmiaru i kształtu warg sromowych³⁰⁰), *clitoplastyka* (zredukowanie napletka łechtaczki umożliwiające wzmożone doznania podczas zbliżenia), *rewitalizacja i wypełnianie warg sromowych*, *waginoplastyka* (zmiana rozmiarów pochwy i/lub jej przedsionka), *hymenoplastyka* (odbudowanie błony dziewiczej) i *hymenotomia* (usunięcie błony dziewiczej w wyniku jej przerostu), *liporedukcja* (odsysanie tłuszczu w okolicach intymnych)³⁰¹ i *perineoplastyka* (odtworzenie prawidłowych kształtów krocza, zwłaszcza po urazach poporodowych)³⁰².
- Zabieg zmiany płci – SRS (*Sex Reassignment Surgery*) – jego celem jest zniesienie konfliktu, jaki zachodzi między płcią psychiczną a anatomiczną u transseksualisty. Proces ten dąży do zharmonizowania sfery gonadalnej z psychiczną. Chirurgiczny zabieg zmiany płci poprzedza rozciągnięty w czasie (nawet do dwóch lat) cykl podawania odpowiednich hormonów. Transseksualiście męskiemu podaje się hormony żeńskie (estrogeny i progesteron), powodujące jego «feminizację». Wygląd jego ciała ulega stopniowym zmianom, następuje zmiana barwy głosu, powiększenie piersi czy

²⁹⁷ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 99-101.

²⁹⁸ Por. A. MATARASSO, D. MOORE MATARASSO, E.J. MATARASSO, *Abdominoplasty: Classic Principles and Technique*, [w:] CiPS, 41 (2014), t. 4, s. 655-672.

²⁹⁹ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 101-102.

³⁰⁰ Por. C. ISAC, A. ISAC, N. ANTOHI, T.I. BRATU, *Lablioplasty*, [w:] M.A. SHIFFMAN, A. DI GIUSEPPE (red.), *Cosmetic Surgery: Art and Techniques*, Springer 2012, s. 1101-1110.

³⁰¹ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 105.

³⁰² Por. [Online]. <http://www.drsczyt.pl/zabiegi/ginekologia-estetyczna/perineoplastyka/>, [dostęp: 27.10.2017].

odkładanie się tłuszczu na biodrach. Z kolei transseksualiście żeńskiemu, aplikuje się hormony męskie (androgeny). Jego «maskulinizacja» objawia się zwiększeniem masy mięśniowej, zmniejszeniem piersi, pojawieniem się zarostu³⁰³. Po etapie hormonalnym przystępuje się do właściwej operacji zmiany płci, która przebiega w kilku fazach. U mężczyzn usuwa się jądra, nasieniowody i mosznę. Z górnej części żołądka formuje się łechtaczkę, a ze skóry penisa wytwarza się pochwę. U kobiet usuwa się piersi (mastektomia), macicę (histerektomia), jajniki (oforektomia) i wytwarza członka (faloplastia)³⁰⁴.

- Chirurgia bariatryczna – w jej ramach wykonuje się operacje balonikowania żołądka, a także zabiegi zmniejszające jego pojemność oraz ograniczające wchłanianie³⁰⁵. Ich celem jest zredukowanie masy ciała osób otyłych, dzięki zmniejszeniu ilości przyjmowanego pokarmu³⁰⁶.
- Flebologia estetyczna – dziedzina zajmująca się redukcją wizualnych następstw schorzeń żylnych i limfatycznych, głównie kończyn dolnych³⁰⁷.
- Redukcja i leczenie cellulitu.
- Zabiegi służące upodobnieniu się do zwierząt – człowiek kot, człowiek jaszczurka³⁰⁸.

e) Chirurgia estetyczna skóry

W trosce o właściwy wygląd skóry stosuje się następujące zabiegi³⁰⁹:

- Korekcja i eliminacja blizn.
- Leczenie bliznowców.
- Leczenie rozstępów skórnych.
- Korekta i usuwanie tatuaży.

³⁰³ Por. S. KORNAS, *Transseksualizm*, [w:] EB, s. 602-608.

³⁰⁴ Por. Tamże, s. 605.

³⁰⁵ Por. S. BRETHAUER, P.R. SCHAUER, B.D. SCHIRMER (red.), *Minimally Invasive Bariatric Surgery*, Springer 2015.

³⁰⁶ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 106-108.

³⁰⁷ Por. Tamże, s. 108-110.

³⁰⁸ Por. J. MONSTER, *10 najbardziej zmodyfikowanych fizycznie ludzi świata*, [Online]. <http://www.joemonster.org/art/7795>, [dostęp: 18.09.2017].

³⁰⁹ Więcej na ten temat: J.K. ROBINSON, C.W. HANKE, D.M. SIEGEL, A. FRATILA, A.C. BHATIA, T. E. ROHRER (red.), *Surgery of the Skin: Procedural Dermatology*, Elsevier 2014.

- Zabiegi rewitalizujące skórę – mikronakłuwanie, peeling medyczny, peeling kosmetyczny, mikrodermabrazja, dermabrazja i mezoterapia³¹⁰.

Medycyna estetyczna w swojej działalności z powodzeniem wykorzystuje zabiegi laserowe. Cieszą się one dużą skutecznością w leczeniu zmian naczyniowych (np. pajączaki na nogach), w usuwaniu plam starczych, zbędnego owłosienia, tatuaży i blizn, w redukcji rozstępów. W podobnych celach stosuje się metodę silnego impulsu światła – IPL (*Intense Pulse Light*). Jeszcze innym, nieinwazyjnym i nowym rozwiązaniem jest użycie fal wysokiej częstotliwości radiowej. Fale te nagrzewają włókna kolagenowe, które pod wpływem wyższej temperatury ulegają skurczeniu i skręceniu. W ten sposób wywołują podciągnięcie zwiotczalej skóry. Zastosowanie fal wysokiej częstotliwości daje pozytywne efekty między innymi w: liftingu twarzy, szyi i dekoltu; poprawie kolorytu cery; ujędrnieniu ciała, eliminacji zwiotczeń, poprawie elastyczności skóry ramion itd.³¹¹.

f) Stomatologia estetyczna³¹²

Do procedur stomatologicznych pomagających zachować odpowiednią prezencję uzębienia należą:

- Bleaching – wybielanie zębów.
- Licówki naklejane na zęby.
- Implanty dentystyczne.
- Stosowanie aparatów ortodontycznych³¹³.

4.2. Nieterapeutyczne aspekty *plastic surgery*

Chirurgia plastyczna wydaje się stanowić kolejny krok na drodze medykalizacji życia i ciała ludzkiego. Zabiegi medyczne znalazły się na usługach «idealnego», zgodnego z obowiązującym kanonem wyglądu³¹⁴. Ciało człowieka w aspekcie estetyki i piękna znalazło się pod jurysdykcją medycyny.

³¹⁰ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 113-130.

³¹¹ Por. Tamże. s. 131-138.

³¹² Por. M. GEISSBERGER, *Stomatologia estetyczna w praktyce klinicznej*, Elsevier 2013.

³¹³ Por. A. PRZYLIPIAK (red.), *Podstawy Medycyny...*, dz. cyt., s. 139-141.

³¹⁴ Por. K. PECUSZOK, *Współczesny kult ciała...*, dz. cyt., s. 4-5.

Z jednej strony, wiele operacji plastycznych cechuje się wymiarem terapeutycznym. Przede wszystkim należy tu wymienić zabiegi rekonstrukcyjne, których celem jest przywrócenie właściwego wyglądu ciała – zdeformowanego na skutek wypadku czy też chorób lub wad wrodzonych³¹⁵. Szereg lekarzy postrzega charakter leczniczy operacji plastycznych w tym, że niwelują one u pacjenta zaburzenia psychiczne³¹⁶. Z drugiej jednak strony, wśród zabiegów estetycznych są i takie, u których próżno doszukiwać się znamion terapii.

ISAPS podało, że na świecie – w 2016 roku najpopularniejszymi zabiegami w obrębie chirurgii plastycznej były: powiększenie piersi (blisko 1,7 mln przypadków), liposukcja (blisko 1,5 mln), chirurgiczna korekcja powiek (ponad 1,3 mln) i wreszcie abdominoplastyka (prawie 770 tys.). W zakresie procedur niechirurgicznych prym wiodły: wstrzykiwanie botoksu (ponad 4,9 mln) i kwasu hialuronowego (ponad 3,3 mln)³¹⁷.

Wymienione powyżej «najpopularniejsze» działania dowodzą, że w medycynie estetycznej czy chirurgii plastycznej wykonuje się szereg zabiegów, które w świetle klasycznie rozumianej medycyny uznać należy za nieterapeutyczne. Motywem ich podjęcia nie jest fakt wystąpienia jakiegś anatomiczno-fizjologicznej patologii, ale raczej dążność do realizacji własnych fantazji, do wyimaginowanego wzorca idealnie wyglądającego człowieka czy po prostu zwykła, ludzka próżność. Niekiedy może to być presja wywoływana przez otoczenie (konieczność pozostania na rynku, chęć pracy dorównania innym czy zdobycia miłości)³¹⁸.

Wśród przykładowych działań pozaterapeutycznych można wymienić: stosowanie sztucznych implantów powiększających piersi, interwencje chirurgiczne w zabiegach zmiany płci czy liczne i skomplikowane operacje kosmetyczne, których celem jest przedłużenie poczucia młodości³¹⁹.

Tak więc, w zależności od okoliczności, czynności lekarskie w obrębie medycyny estetycznej mogą zatracić swój wymiar terapeutyczny (*restitutio ad integrum*), stając się w coraz większym stopniu sprawnością prowadzącą do zapewnienia lepszego, pożądanego i satysfakcjonującego wyglądu cielesnego (*transformatio ad optimum*). Zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej sprawiają, że lekarz coraz częściej staje się bardziej rzemieślnikiem, artystą

³¹⁵ Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa – ocena etyczna...*, dz. cyt.

³¹⁶ Por. R. KĘDZIORA, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009, s. 403.

³¹⁷ Por. [Online]. <http://www.isaps.org/news/isaps-global-statistics>, [dostęp: 10.03.2018].

³¹⁸ Por. L. KIRWAN, *Bez skazy. Chirurgia plastyczna bez tajemnic*, Poznań 2006, s. 21-28.

³¹⁹ Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa – ocena etyczna...*, dz. cyt.

pracującym nad estetyką ludzkiego ciała, aniżeli tym, który podejmuje czynności terapeutyczne, prowadzące do przywrócenia zdrowia³²⁰.

Na koniec, mówiąc o pozaterapeutycznych wymiarach *plastics surgery*, nie sposób pominąć faktu o zagrożeniu wystąpienia negatywnych skutków ubocznych. Jak każda operacja, również zabiegi plastyczne niosą w sobie ryzyko niepowodzenia czy powikłań³²¹.

5. PODSUMOWANIE

Medykalizacja dotyka coraz większej ilości dziedzin ludzkiego życia. Zakres czynności, w które angażuje się dzisiejsza medycyna rozszerza się w dynamicznym tempie. Często są to praktyki przekraczające tradycyjne, terapeutyczne rozumienie leczenia (*restitutio ad integrum*) i ukierunkowane na poprawę i wzmocnienie tego, co w sposób prawidłowy, zgodnie z naturą funkcjonuje w ludzkim organizmie (*transformatio ad optimum*). Innymi słowy, w otaczającej nas rzeczywistości, mamy do czynienia ze zjawiskiem wielości działań pozaterapeutycznych, w które uwikłano współczesną sztukę leczenia. W niniejszej pracy wybrano jedynie cztery obszary czynności lekarskich, które łamią granice terapii, wkraczając na płaszczyznę działań właściwych dla nurtu *przemiany ku lepszemu*. Wykazana została nieterapeutyczność sztucznego zapłodnienia *in vitro* (1). Zwrócono uwagę na okoliczności i sytuacje, w których nieterapeutycznymi stają się zabiegi implantologii (2), medycznego zwiększenia wydajności w sporcie (3), a także chirurgii plastycznej (4). Mając przed oczyma przytoczone przykłady medycznych praktyk pozaterapeutycznych, w obliczu rosnącej ilości działań zgodnych z ideą *przemiany ku lepszemu* należy postawić pytanie dotyczące ich etyczności: Co można zaakceptować i rozwijać, a co należy odrzucić jako moralnie niedopuszczalne? Kwestie te zostaną poruszone w ostatniej, czwartej części pracy.

³²⁰ Por. J. KOPANIA, dz. cyt., s. 182.

³²¹ Por. M. WIECZORKOWSKA, *Dylematy etyczne medycyny estetycznej – medycyna naprawcza, czy urynkowienie ciała?*, [Online]. http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2007/2007_02_wieczorkowska_95_102.pdf, [dostęp: 18.09.2017].

ROZDZIAŁ IV

DYLEMATY ETYCZNE ZWIĄZANE Z *TRANSFORMATIO AD OPTIMUM*

Nurt *transformatio ad optimum*, wykorzystując środki medyczne, dąży do realizacji projektów, których celem jest poprawienie natury człowieka, a także ulepszenie gatunku ludzkiego. Podejmowane w jego obrębie działania charakteryzują się rysem pozaterapeutycznym i często ukierunkowane są na spełnianie ludzkich życzeń, marzeń czy aspiracji. Pozycja nurtu na gruncie współczesnej medycyny wydaje się nieustannie rosnać w siłę. Rozwój wiedzy, nowe techniki i technologie, a także coraz szersza akceptacja społeczna sprzyjają pojawianiu się kolejnych, nowych zastosowań praktycznych.

We wcześniejszych częściach pracy pojawiły się rozmaite określenia, będące owocem namysłu nad fenomenem owego zjawiska, stanowiące próbę jego zdefiniowania. Należą do nich: *wzmocnienie człowieka (human enhancement)*, *medycyna wzmacniająca (medical enhancement)*, *genetyczne wzmocnienie (genetic enhancement)*, *medycyna ulepszająca (la médecine de l'amélioration)*, *medycyna pragnień (desire medicine)* lub *medycyna spełniająca życzenia (wish-fulfilling medicine)*, czy wreszcie *medycyna luksusowa*. Zostały również przywołane nazwy ruchów naukowo-ideologicznych proklamujących konieczność przemiany kondycji ludzkiej takie jak: *posthumanizm* czy *transhumanizm*.

Określenia te mocno i na stałe wpisują się w nurt *transformatio ad optimum*. Można powiedzieć, że w znacznym stopniu kreują go. Z jednej strony, ich wielość ukazuje złożoność interesującej nas problematyki – zwłaszcza, że każde z nich z nieco odmienną perspektywą, w właściwym dla siebie aspekcie, uzasadnia i wyjaśnia istotę interwencji medycznych o charakterze ulepszającym. Z drugiej strony, tworzą one jeden całościowy system, a scala je ze

sobą – wspomniana wcześniej – aprobatą dla działań pozaterapeutycznych, dążących do zapewnienia człowiekowi nowej, lepszej jakości.

Okoliczności, o których mowa powyżej, prawdopodobnie umożliwią ludzkości, oczywiście o ile wyrazi na to zgodę, zmianę natury człowieka¹. *Homo sapiens* w coraz szerszym zakresie staje się architektem samego siebie, a więc *homo faber sui*². Na naszych oczach dokonywane są kolejne próby realizacji projektu nowego człowieka – silniejszego, sprawniejszego i mądrzejszego, żyjącego dłużej, odpornego na choroby i procesy starzenia. Wdrażane są mniej lub bardziej skuteczne środki, mające na celu: doskonalenie pamięci, poprawę charakteru, wzmocnienie samokontroli czy dostarczanie bogatszych doznań emocjonalnych³. Na polu podjętych działań wykorzystuje się coraz szerszą wiedzę dotyczącą fizjologii człowieka. Nie inaczej rzecz się ma z farmakologią. Nowe perspektywy otwierają genetyka i inżynieria genetyczna⁴.

Czwarty, ostatni rozdział pracy omawia dylematy etyczne związane z praktyką medycznego ulepszania człowieka. Na początek w centrum uwagi znajdzie się termin *enhancement*. Wyjaśnienie tego pojęcia pomoże odkryć rolę, jaką pełni on w ramach nurtu *przemiany ku lepszemu*. Drugi paragraf ukaże współczesne definicje *zdrowia* i *choroby* oraz ich wpływ na określenie granicy zachodzącej pomiędzy wzmocnieniem (*enhancement*) a leczeniem (*treatment*). W trzecim zostaną przypomniane cele klasycznej sztuki leczenia, zgodne z ideą *powrotu do zdrowia*, a także te, które proponowane są w obrębie nurtu *transformatio ad optimum*, dążące do narzucania medycynie nowych płaszczyzn i kierunków działania. Kolejny, czwarty paragraf, dotyczyć będzie odmiennej wizji antropologicznej – sporu o człowieka, jaki toczy się we współczesnej przestrzeni medycznej. W paragrafie piątym podjęta zostanie tematyka ukazująca główne problemy etyczne, zrodzone na gruncie praktyki medycznego ulepszania. W dalszej kolejności zostaną przedstawione nadzieje i zagrożenia, jakie niesie ze sobą postęp naukowy i techniczny w dziedzinie medycyny i biomedycyny. Na koniec naszych rozważań podjęta zostanie próba określenia granic dla nieterapeutycznych działań ulepszających człowieka, właściwych dla nurtu *przemiany ku lepszemu*.

¹ Por. M. FERDYNUS, dz. cyt., s. 10.

² Por. A. MAURON, *Homo faber sui: quelques questions d'éthique démiurgique*, [w:] J.N. MISSA, L. PERBAL (red.), *Enhancement: Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris 2009, s. 203-220.

³ Por. M. FERDYNUS, dz. cyt., s. 10.

⁴ Por. G. HOLUB, dz. cyt., s. 223-224.

1. TERMIN *ENHANCEMENT* I JEGO MIEJSCE W OBSZARZE *TRANSFORMATIO AD OPTIMUM*

G. McGee, snując przemyślenia nad zjawiskiem postępu medycznego, wnosi postulat dotyczący konieczności zdefiniowania tych aktywności lekarskich, które nie stanowią odpowiedzi na chorobę lub jej symptomy⁵. Zadanie to nie należy do łatwych. W znacznej mierze utrudnia je fakt wielości pojęć, jakie funkcjonują w obrębie tego zagadnienia. Wśród nich możemy wymienić następujące: *enhancement*, *wzmacnianie*, *doskonalenie*, *ulepszanie*, *poprawianie* czy *optymalizowanie*⁶. Spośród nich kluczową rolę odgrywa termin *enhancement* i jako taki wydaje się być najbardziej reprezentatywnym dla całości nurtu *transformatio ad optimum*. Tę jego pozycję potwierdza występujące w obrębie szczegółowych działań klinicznych nazewnictwo: wzmocnienie kognitywne (*cognitive enhancement*⁷), poprawa nastroju (*mood enhancement*⁸), poprawa fizyczna (*physical enhancement*⁹), a nawet wzmocnienie moralne (*moral enhancement*¹⁰).

Niestety, pojęcie to nie jest wolne od wieloznaczności i zróżnicowanych interpretacji. Według J. Savulescu niesie ono w sobie dwa podstawowe, priorytetowe znaczenia. Pierwsze z nich wskazuje na *udoskonalanie funkcjonalne*, czyli wzmocnienie konkretnych cech takich jak: słuch, wzrok, wydolność, inteligencja itd. Drugie znaczenie, to *udoskonalenie ontyczne*, mające na celu poprawę samej istoty bytu¹¹. W szerokim kontekście znaczeniowym można wyróżnić następujące ujęcia terminu *enhancement*: socjologiczno-pragmatyczne, ideologiczne, funkcjonalne oraz niemedyce¹². Dla naszych rozważań istotnym, wymagającym pogłębionej refleksji, jest ostatnie z nich, dotyczące kontekstu niemedyceznego, rozumiejące *enhancement* jako wykraczanie

⁵ Por. G. MCGEE, *Ethical Issues in Enhancement...*, dz. cyt., s. 299. „Other routine cases raise questions about how to define medical activity that is not a response to any symptom or illness”.

⁶ Por. J. HOLOCHER, U. KOSIELIŃSKA-GRABOWSKA, *Dopuszczalność ulepszania...*, dz. cyt., s. 86.

⁷ Por. J. PROUST, *Cognitive enhancement, human evolution and bioethics*, [w:] JIB, 22 (2011), nr 3-4, s. 153-173.

⁸ Por. J. SAVULESCU, A. SANDBERG, G. KAHANE, *Well-Being and Enhancement*, [w:] J. SAVULESCU, R. TER MEULEN, G. KAHANE, (red.), *Enhancing Human Capacities*, Wiley-Blackwell 2011, s. 3-18.

⁹ Por. J. SAVULESCU, R. TER MEULEN, G. KAHANE, (red.), *Enhancing Human Capacities...*, dz. cyt.

¹⁰ Por. Tamże.

¹¹ Por. J. SAVULESCU, A. SANDBERG, G. KAHANE, *Well-Being...*, dz. cyt., s. 3. M. Ferdynus komentując ów podział znaczeniowy zwraca uwagę, że w jego ocenie: „dystynkcje dokonane przez autorów artykułu są co najmniej wątpliwe metodologicznie z tej racji, iż przyjmują, że doskonalenie funkcjonalne (*functional enhancement*) i doskonalenie człowieka (*human enhancement*) mają różne znaczenia. Wydaje się, że doskonalenie człowieka zawiera w sobie również doskonalenie funkcjonalne, a skoro tak, to mamy do czynienia z jednym znaczeniem (ewentualnie w szerszym bądź węższym zakresie). M. FERDYNUS, dz. cyt., s. 10-11.

¹² Szerzej na ten temat: J. SAVULESCU, A. SANDBERG, G. KAHANE, *Well-Being...*, dz. cyt., s. 3-18; M. FERDYNUS, dz. cyt., s. 11-12.

poza leczenie stanów chorobowych lub utraconego zdrowia¹³. W rozumieniu niemedycznym *enhancement* ujmuje T. Kraj. Czyni to w odwołaniu do słów E. Pellegrino, który określa go jako:

„wychodzenie «poza» to, co istnieje w pewnym momencie, czy jest to jakiś stan, funkcja czy cecha lub ogólne ograniczenie właściwe naturze ludzkiej”¹⁴.

W podobnym tonie wypowiada się E.T. Juengst. Zwraca on uwagę, że pojęcie *enhancement* używane jest jak w bioetyce:

„...zazwyczaj dla scharakteryzowania interwencji, których celem jest poprawa ludzkiej formy lub funkcjonowania, wykraczająca poza to, co konieczne do utrzymania lub przywrócenia dobrego stanu zdrowia”¹⁵.

N. Bostrom, zwolennik i propagator idei transhumanizmu, definiuje *enhancement* bardziej radykalnie, uściślając, że są to:

„...interwencje ulepszające funkcjonowanie niektórych podsystemów w organizmie, wykraczające poza ich źródłowy stan, albo sprawiające ich całkowicie nowe działanie, albo (zaistnienie) nowego podsystemu organizmu, którego ten wcześniej nie posiadał”¹⁶.

Podobnie brzmiącą definicję przytacza A. Buchanan:

„*Enhancement* to interwencja – wszelkiego ludzkiego działania – poprawiająca pewne cechy (lub własności), które zwykle posiadają istoty ludzkie lub, bardziej radykalnie, wytwarzająca nowe cechy”¹⁷.

¹³ Por. Tamże, s. 12.

¹⁴ T. KRAJ, dz. cyt., s. 20. W oryginale: „...«beyond» what exists at some moment, whether it is a certain state of affairs, a bodily function or trait, or a general limitation built into human nature”. E. PELLEGRINO, *Biotechnology, Human Enhancement, and the Ends of Medicine*, [Online]. <http://www.cbhd.org>, [dostęp: 06.05.2017], T. KRAJ (tł.), dz. cyt., s. 20.

¹⁵ „The term *enhancement* is usually used in bioethics to characterize interventions designed to improve human form or functioning beyond what is necessary to sustain or restore good health”. E.T. JUENGST, *What Does Enhancement Mean?*, [w:] E. PARENS (ed.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Washington 2000, s. 29, (tł. wł.).

¹⁶ „*Enhancement*: An intervention that improves the functioning of some subsystem of an organism beyond its reference state; or that creates an entirely new functioning or subsystem that the organism previously lacked”. N. BOSTROM, *Dignity and Enhancement*, [Online]. <http://www.nickbostrom.com/ethics/dignity-enhancement.pdf>, s. 7, [dostęp: 29.03.2017], (tł. wł.).

¹⁷ „An enhancement is an intervention - a human action of any kind - that improves some capacity (or characteristic) that normal human beings ordinarily have or, more radically, that produces a new one”. A. BUCHANAN, *Better than Human: The Promise and Perils of Enhancing Ourselves*, Oxford 2011, s. 5, (tł. wł.).

Tak ujęty *enhancement* obejmuje swym zasięgiem ingerencje, które nie tylko wzmacniają daną funkcję, właściwą dla organizmu ludzkiego, ale również takie, których skutkiem będzie całkowite *novum* w kwestii jego działania i uposażenia. W ten sposób, dzięki *enhancement*, przyszła forma czy postać nowego człowieka staje się zadaniem możliwym do wykonania, choć na razie pozostaje jeszcze jakimś bliżej nieokreślonym projektem. Kim w takiej sytuacji będzie przyszły postczłowiek? Sztuczną inteligencją? Programem? Awatarem poruszającym się w świecie? A może nadal istotą biologiczną, ale zmodyfikowaną technologicznie lub ze zmienionym DNA¹⁸? Według zwolenników transhumanizmu odpowiedzi na te pytania zależą od dalszego rozwoju nauk i skutków dokonującej się ewolucji biotechnologicznej¹⁹.

Enhancement to nie tylko ingerencje w zdrowy organizm człowieka, w jego normalnie funkcjonujące ciało lub psychikę, nie jest to tylko udoskonalanie człowieka, poszerzenie i optymalizacja typowych dla jego gatunku predyspozycji ponad zwykły, statystycznie określony poziom, także nie jest to tylko wyposażanie ludzi w nowe cechy i właściwości. *Enhancement* postrzegany jest przede wszystkim jako narzędzie i środek prowadzący do osiągnięcia i zapewnienia wyższej jakości życia. Tematykę troski o właściwy, dobry byt porusza tak zwana welfarystyczna²⁰ definicja ludzkiego doskonalenia (*welfarist definition of human enhancement*). Według niej *enhancement* oznacza:

„Dowolne zmiany w biologii czy psychice osoby zwiększające szanse na prowadzenie dobrego życia w odpowiednim zestawie okoliczności”²¹.

Owe zmiany możemy realizować, wprowadzać w życie po uwzględnieniu wyniku specjalnego «testu», na który składa się udzielenie odpowiedzi na kilka zasadniczych pytań. Brzmiały one następująco: 1. Jakiego rodzaju samopoczucie, uznawane za kryterium «dobrego życia» należy wziąć pod uwagę?, 2. Czy modyfikacja powiększy szanse danej osoby w kwestii prowadzenia dobrego życia w okolicznościach, które mogłyby być uzyskane?, 3. Czy istnieją

¹⁸ Por. N. BOSTROM, *The Transhumanist FAQ – A General Introduction*, [Online]. <http://www.nickbostrom.com/views/transhumanist.pdf>, s. 5-6, [dostęp: 30.03.2017].

¹⁹ Por. K. SZYMAŃSKI, *Transhumanizm*, [w:] „Kultura i wartości”, (2015), nr 13, s. 137-138.

²⁰ „Teorie welfarystyczne głoszą, że istotny jest wyłącznie dobrobyt materialny jednostki”. D. FUJIWARA, *Wykorzystywanie ewaluacji wpływu do podejmowania decyzji dotyczących polityk: od ewaluacji do wyceny*, [w:] *(R)ewaluacja. Poszukiwanie nowych metod oceny efektów*, A. HABER, Z. POPIS (red.), Warszawa 2013, s. 80.

²¹ „Any change in the biology or psychology of a person which increases the chances of leading a good live in the relevant set of circumstances”. J. SAVULESCU, A. SANDBERG, G. KAHANE, dz. cyt., s. 16, (tł. wł.).

powody, dla których powinniśmy preferować zmiany środowiska naturalnego lub społecznego?, 4. Czy dokonana modyfikacja wyrządzi krzywdę innym lub spowoduje bądź nasili niesprawiedliwość²²?

W ten sposób wprowadzanie zmian w obrębie *human enhancement* uwarunkowane jest maksymalizacją wartości dobrego życia, w którym naczelną rolę odgrywa odpowiedni jakościowo stan właściwego, pozytywnego samopoczucia²³.

Analizując przytoczone definicje, można powiedzieć, że termin *enhancement*, rozumiany w kontekście niemedycznym, znamionuje się wysoką skalą nieterapeutyczności. Interwencje podejmowane w jego obszarze znajdują się poza zakresem zabiegów, których celem jest przywracanie zdrowia, powrót do pierwotnego stanu. Dodatkowo samo określenie perspektywy z jakiej został on tutaj ujęty: «kontekst niemedyczny» suponuje, że mamy do czynienia z działaniami sprzecznymi z wizją terapeutyczną, właściwą medycynie klasycznej. Zauważa to G. Hołub:

„Leczenie (*treatment*) jest działaniem, które podejmuje się zawsze wobec pojawiającego się braku równowagi zdrowotnej, a osiągnięcie jej zwykle kończy cały proces. Ulepszenie (*enhancement*) z kolei nie przyjmuje w punkcie wyjścia konieczności uporania się ze stanem patologicznym. Zwykle jest to próba uzyskania wyższej jakości tego, co samo w sobie jest dobre”²⁴.

W takim świetle wydaje się uzasadnionym stwierdzenie, że interesujący nas termin *enhancement* najadekwatniej²⁵ spośród innych stosowanych określeń oddaje pozaterapeutyczną istotę nurtu *transformatio ad optimum* i zasadniczo stanowi przeciwieństwo dla leczenia (*treatment*), charakteryzującego terapeutyczną ideę *restitutio ad integrum*.

Dychotomia: *treatment* – *enhancement* rozdziela to, co terapeutyczne, od tego, co terapeutycznym nie jest. Rozróżnienie to domaga się jednak dalszych uściśleń. Okazuje się, że

²² Por. M. FERDYNUS, dz. cyt., s. 13-14.

²³ Por. Tamże, s. 14.

²⁴ G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 226-227.

²⁵ B. Gordijn i R. Chadwick wskazują, że zjawisko przekształcania osób znajdujących się w dobrej formie fizycznej, w celu dalszego poprawiania niektórych ich cech powszechnie nazwano wzmocnieniem. „This phenomenon is commonly called «enhancement»”. Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 1.

w codziennej praktyce medycznej obserwujemy takie działania, które nie są ani klasycznym leczeniem (*terapia*), ani typowym ulepszeniem (*enhancement*)²⁶. Równocześnie niosą one «w sobie coś z leczenia i ulepszenia»²⁷. Typowy przykład stanowią tutaj szczepionki. Ich stosowanie ma na celu zapobieżenie chorobom, a więc prewencję. Nietrudno jednak zauważyć, że w tym przypadku wyższy, zamierzony poziom odporności organizmu osiągnąć jest na drodze pozanaturalnej²⁸. Sytuacja równoczesnego zaistnienia leczenia i ulepszenia niejednokrotnie ma miejsce w środowisku sportowców. Przyjmowanie leków – z faktyczną intencją terapii – może niekiedy wpłynąć pozytywnie na wynik walki sportowej, wzmocnić organizm siłowo czy wytrzymałościowo. Jako przykład może tu posłużyć cała gama leków znajdujących zastosowanie w leczeniu stanów grypowych, astmy, w schorzeniach dróg oddechowych. Różne leki należące do tej grupy zawierają środki dopingujące: efedrynę, izoetarynę, fenoterol czy fenylpro-panolaminę²⁹.

W tej perspektywie granica zachodząca pomiędzy *treatment*, a *enhancement* rysuje się nieostro. Rodzi się istotne pytanie, gdzie tak naprawdę kończy się terapia, a gdzie rozpoczyna ulepszenie? Od wyjaśnienia tej wątpliwości, od precyzyjnego rozróżnienia – co jest leczeniem, a co udoskonaleniem – zależy właściwe określenie zadań i obowiązków właściwych profesji lekarskiej³⁰.

Aby precyzyjniej uchwycić różnicę, jaka zachodzi pomiędzy leczeniem, a ulepszeniem, potrzeba pochylenia się nad definicjami zdrowia i choroby oraz nad celami do jakich winna dążyć medycyna.

2. POJĘCIA ZDROWIA I CHOROBY

Codzienne doświadczenia pozwalają człowiekowi szybko i dość precyzyjnie określić czym są zdrowie i choroba. Jednakże szersza refleksja dotycząca tych pojęć ujawnia głębię ich złożoności³¹.

²⁶ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 34.

²⁷ G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 225.

²⁸ Por. Tamże, s. 225-226. Niektórzy proponują trychotomiczny podział wszelkich interwencji medycznych. Ich zdaniem podział terapia – wzmocnienie powinien zostać zastąpiony rozróżnieniem: terapia – prewencja – wzmocnienie. Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 34.

²⁹ Por. K. SAS-NOWOSIELSKI, *Koniec wieku niewinności - doping we wspinaczce sportowej*, [w:] „Taternik”, (2000), nr 1-2, s. 27-30.

³⁰ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 226.

³¹ J. DOMARADZKI, *O definicjach zdrowia i choroby*, [w:] FML, 40 (2013), nr 1, s. 6.

W historii medycyny powstało wiele definicji «zdrowia» (szacuje się, że jest ich około sto dwadzieścia). Ich fundament stanowią rozmaite płaszczyzny: biologiczna, psychiczna czy społeczna. Rozumienie pojęcia «zdrowia» zależy od wielu czynników. Nie tylko od postępu i osiągnięć naukowych, ale również od uwarunkowań społeczno-kulturowych, od wyznawanej aksjologii i ideologii, od systemów społeczno-polityczno-ekonomicznych. Innymi słowy cele, okoliczności, a także intencje twórców danej definicji determinują znaczenie terminu «zdrowie» (podobnie jest w przypadku pojęcia «choroby»)³². W tej perspektywie «zdrowie» może być rozumiane jako: «brak choroby», «norma gatunkowa», «funkcjonowanie organizmu», «zdolność adaptacyjna» czy «dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny» itd.³³. Wielość definicji komplikuje ustalenie jasnych kryteriów dotyczących «zdrowia» i «choroby», czyli tego, co należy uznać za stan normalny i tego, co stanowi zaburzenie domagające się podjęcia interwencji medycznej. Podobnie, jak w przypadku relacji *terapia – ulepszanie* również tutaj, na styku «zdrowie» – «choroba», mamy do czynienia z brakiem ostrej, wyraźnej granicy pomiędzy oba tymi stanami, zachodzi między nimi pewne *continuum*³⁴.

Ustalenie definicji «zdrowia», pomogłoby wyznaczyć punkt, gdzie kończy się «choroba», a rozpoczyna «zdrowie», a więc kiedy mamy do czynienia z leczeniem, a kiedy wykonujemy zabiegi i czynności, które leczeniem już nie są. Umożliwiłoby to precyzyjne rozgraniczenie, określenie właściwych obszarów działania terapii i ulepszenia³⁵. Tym samym zostałyby uwypuklona odrębność, jaka zachodzi pomiędzy ideami: *restitutio ad integrum* i *transformatio ad optimum*. Mówiąc inaczej, poszukiwana jest taka definicja, która pozwoliłaby wydzielić precyzyjną linię oddzielającą: «chorobę» – czyli stan nienormalny – wymagający terapii (*treatment*) podjętej w obrębie nurtu *restitutio ad integrum*, od «zdrowia» – czyli stanu normalnego – mogącego jednak zostać poddany procesom ulepszenia (*enhancement*) w ramach idei *transformatio ad optimum*. Czy jest to w ogóle możliwe?

Powstała w 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sformułowała najbardziej znaną, przyjętą przez wiele państw definicję zdrowia. Brzmi ona następująco:

³² Por. Tamże, s. 6-7.

³³ Por. H.T. ENGELHARDT, *Ideology and etiology*, [w:] JMaP, 1 (1976), nr 3, s. 256-268.

³⁴ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 32-33.

³⁵ Por. Tamże, s. 22, 33.

„Pojęcie zdrowia oznacza stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego (dobrostan), a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania”³⁶.

Niewątpliwą zaletą, tak ujętego pojęcia: «zdrowia», jest wskazanie, że jest ono nie tylko brakiem «choroby», że oprócz sfery fizycznej dotyczy także ludzkiej psychiki oraz, że posiada ono odniesienie do wymiaru społecznego³⁷. Z drugiej strony należy zwrócić uwagę, że tak sformułowana definicja powstała po doświadczeniach II wojny światowej. To wtedy rozpoczął się proces uświadamiania sobie, że pomysły zapanowania człowieka nad naturą czy ukształtowania doskonałego społeczeństwa są utopijne³⁸. Jako oręż na polu walki z problemami nękającymi ludzkość pozostała medycyna. Takie przeświadczenie zapanowało w wiodących kręgach myślicieli, naukowców i polityków. W celu rozwiązania trudności, wystarczyło nadać lekarzom odpowiednie prerogatywy w powojennej rzeczywistości, legitymizujące ich działania. Odpowiednio przygotowana, ideologiczna definicja «zdrowia» mogła ułatwić osiągnięcie tego celu³⁹.

Określenie «zdrowia» jako dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego odsłania szerokie, maksymalistyczne jego znaczenie. Jest to stan pewnego spełnienia, a nawet szczęścia, realizującego się na płaszczyźnie rozmaitych aktywności ludzkich⁴⁰. W ten sposób medycyna uzyskała dostęp do tych dziedzin życia ludzkiego, które dotąd pozostawały poza orbitą jej zainteresowań. Z upływem czasu roszczenia medycyny rosły, postępowała medykalizacja otaczającej człowieka rzeczywistości. Dziś, dążąc do zapewnienia ludzkości szczęścia, medycyna pragnie rozwiązywać kwestie natury społecznej, demograficznej, a zarazem ekonomicznej⁴¹.

Idea *transformatio ad optimum* i dokonywane w jej obrębie działania ulepszające, poprawiające nas samych za pomocą środków medycznych,⁴² właśnie tutaj, w definicji sformułowanej przez WHO, znajdują solidny fundament i oparcie.

³⁶ Cytat za: A. SŁOPIECKA, *Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty*, [w:] „Studia Medyczne”, (2012), nr 25, s. 85.

³⁷ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 25.

³⁸ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2.

³⁹ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 22-23.

⁴⁰ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 225.

⁴¹ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 23-24.

⁴² Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2.

«Zdrowie» rozumiane szeroko – jako pełne, dobre samopoczucie – tak naprawdę wzywa świat lekarski do odpowiedzialności za całość ludzkiej aktywności, za wszystkie jej dziedziny. W ten sposób zwolennicy nurtu *przemiany ku lepszemu* otrzymują argument usprawiedliwiający użycie środków medycznych w celu wzmocnienia pewnych ludzkich cech, funkcjonujących co prawda właściwie, ale często nie zapewniających owej pełni dobrego samopoczucia. Więcej, takie ustawienie problemu sprawia, że każde działanie w ramach *medical enhancement* jawi się jako terapia, dążąca do zapewnienia stanu pożądanego dobrego samopoczucia⁴³.

Skoro nie ma działań pozaterapeutycznych, jak postuluje definicja WHO, skoro wszystko jest terapią – zarówno leczenie (*treatment*) jak i udoskonalanie (*enhancement*), to sens tracą jakiegokolwiek dywagacje dotyczące istnienia i odrębności nurtów *restitutio ad integrum* oraz *transformatio ad optimum*. Dychotomia: *terapeutyczne – nieterapeutyczne* nie istnieje, a zatem nie jesteśmy w stanie precyzyjnie określić, czym jest *medical enhancement*, a także wskazać, gdzie przebiega granica pomiędzy leczeniem i ulepszeniem.

Podsumowując: definicja WHO wydaje się być sformułowana w niezbyt fortunny sposób. Na przestrzeni lat stała się obiektem wielu dyskusji. Podejmowano próby jej modyfikacji (D. Callahan, C. Boorse, L. Kass, N. Daniels czy L. Nordenfelt)⁴⁴, gdyż w takim brzmieniu nie daje możliwości precyzyjnego rozróżnienia tego, co stanowi terapię, a co nią nie jest. Potrzeba zatem innej, lepszej definicji.

Na przeciwnym biegunie do maksymalistycznej wykładni «zdrowia», promowanej przez WHO, znajduje się definicja o charakterze minimalistycznym traktująca «zdrowie jako brak choroby czy stanu patologicznego»⁴⁵; ujmująca je jako «normalny» stan funkcjonowania ludzkiego organizmu, a także jego organów, podczas którego nie ujawnia się żaden ze znanych stanów chorobowych i patologii. «Choroba» jawi się tutaj jako stan zaburzający, uniemożliwiający funkcjonowanie lub powodujący niesprawność konkretnych narządów czy układów organizmu człowieka⁴⁶. W myśl tej definicji działalność lekarska skupia się przede wszystkim na usuwaniu wszelkich aberracji chorobowych.

⁴³ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 28-29.

⁴⁴ Szerzej na ten temat: Tamże, s. 26-29.

⁴⁵ G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 225.

⁴⁶ Por. J. DOMARADZKI, *O definicjach...*, dz. cyt., s. 17-18.

Okazuje się jednak, że i w tak ujętej definicji «zdrowia» możemy zaobserwować obecność tendencji ulepszających, zgodnych z ideą *transformatio ad optimum*⁴⁷. Wcześniej wykazano, że w klasycznej medycynie zdarzają się takie praktyki, które łączą w sobie leczenie z ulepszaniem (szczepionki). Komentując tę sytuację, G. Hołub zadaje pytanie, a następnie udziela odpowiedzi:

„A co by się stało, gdyby wynaleziono szczepionki przeciwko wirusowi HIV, do walki z AIDS czy nowotworami? Byłyby to niewątpliwie przejawy prewencji – leczenia, ale i zarazem radykalne formy ulepszania ludzkiego organizmu. Ten bowiem nie posiada naturalnej odporności (czy odporności, którą można uzyskać naturalną drogą) na schorzenia nowotworowe”⁴⁸.

W tym świetle widać, że definicja «zdrowia» ujęta minimalistycznie, nie jest w stanie dopomóc w ścisłym określeniu granicy, jaka zachodzi pomiędzy leczeniem a ulepszaniem.

Skoro istnieją tak wielkie trudności związane ze sformułowaniem definicji «zdrowia», to może należy skierować uwagę na pojęcie «choroby»? Niestety i tutaj napotykamy nie mniejsze perturbacje⁴⁹.

W środowisku medycznym termin «choroba» został ujęty dwojako: w znaczeniu ontologicznym i fizjologicznym⁵⁰. Koncepcja ontologiczna pojmuje chorobę jako konkretny byt, istniejącą rzecz. Skupia swą uwagę na bodźcach wywołujących stan chorobowy (wirusy, patogeny, pasożyty, środowisko, historia życia i inne), bada zewnętrzne czynniki decydujące o zaistnieniu danej aberracji. Z kolei podejście fizjologiczne, dowartościowując realność pacjenta, zakłada że choroba może zostać wyjaśniona w ramach fizjologicznego funkcjonowania organizmu, procesów mających miejsce w jego ciele⁵¹.

W świetle promowanych przez definicję «zdrowia» WHO subiektywnych odczuć pacjenta oba powyższe ujęcia «choroby» nabierają nowego wymiaru, przekształcając się w analogiczne modele medycyny. W modelu ontologicznym obserwacja obiektywnych

⁴⁷ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 225.

⁴⁸ Tamże, s. 226.

⁴⁹ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 31.

⁵⁰ Por. A. KAPUSTA, *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, [w:] „Zagadnienia naukoznawstwa”, 204 (2015), nr 2, s. 169.

⁵¹ Por. Tamże; T. KRAJ, dz. cyt., s. 31.

przejawów choroby winna prowadzić do podjęcia decyzji o zastosowaniu właściwej terapii, a w przypadku podjętych wcześniej działań klinicznych – o ich ewentualnej weryfikacji. Minusem tego podejścia jest zagrożenie wynikające z możliwości zredukowania pacjenta do pewnych procesów zachodzących w jego organizmie. Osoba pacjenta w postępowaniu leczniczym może zejść na dalszy plan, a nawet zniknąć z pola widzenia. W modelu fizjologicznym sprawa wygląda odmiennie. Pacjent pełni dominującą, kluczową rolę. Zadaniem lekarza jest skupienie uwagi na jego odczuciach. Niestety i w tym przypadku istnieje pewne niebezpieczeństwo. Polega ono na możliwości zaistnienia takiej sytuacji, w której przedmiotem leczenia stanie się fikcyjna, wyimaginowana choroba⁵². W wyniku subiektywnie odczuwanego złego stanu zdrowia pacjent może czuć się chory, chociaż faktycznie nie cierpi na żadną chorobę⁵³ z katalogu WHO⁵⁴.

Rozumując dalej, okazuje się, że obu tym modelom możemy przypisać zbliżone, odpowiadające im, koncepcje zdrowia. Pierwsza z nich skoncentrowana będzie na obiektywnych symptomach zdrowia, druga – na subiektywnych odczuciach chorego. Obiektywny stan zdrowia winien być określany przez specjalistów, a nie przez pacjenta. Wiąże się on z brakiem «widocznych oznak odstępstwa od standardu uznanego za normalność»⁵⁵. Z kolei zdrowie ujęte subiektywnie, jawi się jako stan satysfakcji lub jej brak określony i odczuwany przez osobę, będącą podmiotem kuracji⁵⁶. Nietrudno zauważyć, że w przypadku, w którym stan zdrowia determinowany jest przez pacjenta, można zaobserwować wysoki stopień podatności na propozycje jakie niesie ze sobą nurt *przemiany ku lepszemu*. Przykładem może być klient gabinetu medycznego, który czuje się niezdrowo, choć nie stwierdzono u niego obiektywnych przejawów choroby. Problemy życiowe, brak satysfakcji, poczucia szczęścia, niespełnienie stają się powodem, że poszukuje on pomocy w ramach rozwiązań proponowanych przez *medical enhancement*⁵⁷. Koncepcja zdrowia, oparta na obiektywnych jego symptomach, również nie jest wolna od pewnej otwartości na tendencje ulepszające. Wynika to z faktu, że lekarz, chcąc nie chcąc, podlega naciskom społecznym czy kulturowym⁵⁸.

⁵² Por. Tamże, s. 31-32.

⁵³ Por. E. NOWINA-SROCZYŃSKA, S. LATOCHA, T. SIEMIŃSKI (red.), *Oblicza choroby w czasach płynnej nowoczesności*, Bytów-Łódź 2016, s. 13-14.

⁵⁴ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10.

⁵⁵ T. KRAJ, dz. cyt., s. 32.

⁵⁶ Por. Tamże.

⁵⁷ Por. Tamże.

⁵⁸ Por. K. KOWAL, J. JĄBLECKI, A. CHEŁMOŃSKI, *Ciało zrekonstruowane. Społeczno-kulturowe uwarunkowania transplantacji kończyn górnych*, [w:] NL, 81 (2012), nr 5, s. 440-446.

Ponadto jako ekspert stawiający diagnozę zawsze, w jakimś stopniu, podejmuje współpracę z pacjentem, biorąc pod uwagę (w mniejszym lub większym zakresie) jego subiektywne odczucia⁵⁹.

Podsumowując, refleksja nad pojęciem «choroby», podobnie jak wcześniejsze definicje «zdrowia» (maksymalistyczna i minimalistyczna), nie pozwala na wyznaczenie precyzyjnej granicy zachodzącej pomiędzy *treatment*, a *enhancement*. E. Pellegrino zwraca uwagę, że «niemal każdy współczesny komentator podkreśla trudności, niemożliwość czy bezcelowość jakiegokolwiek definicji, mającej na celu rozróżnienie pomiędzy ulepszaniem, a terapią»⁶⁰. Pomimo tego świat medyczny, a zwłaszcza codzienna praktyka kliniczna, potrzebuje własnego kryterium, które pozwoli odróżnić to, co jest patologią wymagającą leczenia (*restitutio ad integrum*), od tego, co możemy uznać za stan normalny, mogący stać się przedmiotem działań wzmacniających (*transformatio ad optimum*). Dla lekarza rozróżnienie to posiada kluczowe znaczenie w podejmowanych przez niego decyzjach⁶¹. T. Kraj, odwołując się do myśli E. Pellegrino, pisze:

„W trudniejszych przypadkach na te decyzje mogą mieć wpływ preferencje pacjenta, wartości uznawane przez samego lekarza, świadomość, jakie środki pozostają do dyspozycji, (...). «Kulturowe i społeczne kryteria mogą odgrywać znaczną rolę, lecz jakiś punkt musi zostać określony na owym *continuum*, oddzielającym normalne od nienormalnego, jako funkcjonalne, jeśli już nie ontologiczne rozróżnienie»»⁶².

I przyjmuje, że punkt ten stanowi zobowiązanie lekarza i medycyny względem pacjenta. Zwykła praktyka kliniczna pokazuje, że «chorobę» lub «zdrowie» można i należy ująć za pomocą opisu obiektywnych danych, którego dokonuje «przede wszystkim» lekarz specjalista, a nie «przede wszystkim» odwołujący się do własnych, subiektywnych odczuć pacjent⁶³. W tej perspektywie «zdrowie» można określić jako:

⁵⁹ T. Kraj wskazuje, że istnieje przekonanie, że subiektywne odczucia pacjenta winny być zawsze, w każdym przypadku brane pod uwagę. Por. Tamże, s. 31.

⁶⁰ „Almost every present-day commentator underscores the difficulties, impossibility, or futility of any definition that seeks to distinguish enhancement from therapy”. E. PELLEGRINO, *Biotechnology, Human Enhancement...*, dz. cyt.

⁶¹ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 32-33.

⁶² Tamże, s. 33.

⁶³ Por. Tamże.

„...stan, w którym nie ma widocznych odstępstw o charakterze fizjologicznym, psychologicznym lub biochemicznym od obiektywnych standardów normalności”⁶⁴.

Zdaniem T. Kraja dopiero tak ujęta definicja, pozwala określić *medical enhancement* jako medyczne ulepszanie niechorobowych parametrów człowieka⁶⁵.

Nietrudno zauważyć, że sformułowanie to tworzy nową wizję celów do jakich winna dążyć medycyna. Przejdźmy zatem do polemiki dotyczącej zadań, jakie stawiane są współczesnej sztuce leczenia.

3. Dyskusja nad celami właściwymi medycynie

Już w starożytności podjęto próby określenia fundamentalnych zasad dotyczących pracy adeptów sztuki leczenia. Papirus Edwina Smitha, pochodzący z XVII w przed Chr., ale odwołujący się do starszych o tysiąc lat pism przypisywanych egipskiemu kapłanowi Imhotepowi, obok opisów anatomicznych, instrukcji przeprowadzania interwencji chirurgicznych czy recept, zawiera uwagi dotyczące – mówiąc językiem współczesnym – principiów etyki lekarskiej⁶⁶. Jak wiemy, Hipokrates sformułował zasady etyczne, które zostały wprowadzone do medycyny europejskiej przez jego uczniów w formie «przysięgi Hipokratesa». Pomimo upływu czasu, mimo tego, że jej zmodyfikowana wersja współczesna (Deklaracja Genewska) odbiega od starogreckiego oryginału, przysięga ta nadal wyznacza standardy dotyczące etycznego postępowania w obrębie działalności medycznej, określając cele właściwe sztuce leczenia. Należą do nich: zapobieganie chorobom, ich rozpoznawanie i leczenie⁶⁷. Można powiedzieć, że klasyczne cele medycyny, sformułowane w przysiędze Hipokratesa, charakteryzują się rysem ponadczasowości, a ich realizacja zmierza do przywrócenia zdrowia, a więc właściwego funkcjonowania organizmu jako całości⁶⁸.

⁶⁴ Tamże.

⁶⁵ Por. Tamże.

⁶⁶ Por. J. VETULANI, *Medyczne usprawnianie człowieka*, [Online]. <http://www.instytucja.pan.pl/index.php/internet-owy-universytet-medyczny/archiwum/4227-medyczne-usprawnianie-czlowieka>, [dostęp: 19.04.2017].

⁶⁷ Por. Tamże.

⁶⁸ Por. L.R. KASS, *The end of medicine and the pursuit of health*, [w:] L.R. KASS, *Toward a more natural science*, New York 2008, s. 174.

Kodeks Etyki Lekarskiej w artykule 2, punkcie 1 stanowi, co następuje:

„Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem”⁶⁹.

A. Muszala zwraca uwagę, że autorzy powyższego zapisu w sposób jasny i precyzyjny określili cele medycyny. Są one zgodne z klasycznym nurtem *restitutio ad integrum*. Należą do nich w porządku chronologicznym: 1) prewencja (profilaktyka, zapobieganie chorobom); 2) terapia (również rehabilitacja i różne aspekty opieki nad chorym); 3) łagodzenie bólu, cierpienia i towarzyszenie w umieraniu⁷⁰.

Nurt *przemiany ku lepszemu* w sposób dynamiczny wpływa na kształtowanie nowego wizerunku medycyny, jej zadań i principów do jakich winna dążyć. Obecnie, wraz z ciągłym rozwojem technik i technologii medycznych, sztuce leczenia stawiane są nowe, szersze wymagania, wykraczające poza jej tradycyjne cele. Żąda się od niej, aby poprawiała jakość życia, wzmacniała siłę i wytrzymałość zdrowego człowieka, walczyła ze śmiercią, czyniła ludzi szczęśliwszymi, aby poprawiała, a nawet zmieniała ludzką naturę. Roszczenia te wypływają z nacisków społecznych, ekonomicznych czy kulturowych. W wielu przypadkach są odpowiedzią na frustracje, zachcianki czy pragnienia pacjentów⁷¹. L. Kass, stwierdzając wszechobecność medycyny, pisze:

„[dawniej] ...jej władza była mniejsza, jej cele były jaśniejsze. (...) Dziś choć w pełni uzbrojeni i gotowi do służby, lekarze uświadamiają sobie, że ich cele nie są już dłużej jasne ani dla nich ani dla nas”⁷².

Narastający od drugiej połowy XX wieku proces absolutyzacji autonomii pacjenta stanowi wzorcowy przykład czynnika mającego wpływ na kreowanie nowych celów

⁶⁹ KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ, [Online]. <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>, [dostęp: 19.04.2017].

⁷⁰ Por. A. MUSZALA, *Kodeks Etyki Lekarskiej, Odcinek 9: Jaki jest cel medycyny?*, [Online]. http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej, [dostęp: 19.04.2017].

⁷¹ Por. A. IRSAK, *Postrzeganie dobra pacjenta*, [Online]. <http://www.ethos.lublin.pl>, [dostęp: 21.04.2017].

⁷² L.R. KASS, *Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health*, [w:] „Public Interest”, (1975), nr 40, s. 12. „When its powers were fewer, its purpose was clearer. (...) Today, though fully armed and eager to serve, the doctor finds that his target is no longer clear to him or to us”, J. DOMARADZKI (tł.), *O definicjach...*, dz. cyt., s. 24.

stawianych medycynie. Zaowocował on krytyką i odrzuceniem klasycznego modelu paternalistycznego, w którym autorytetem był lekarz. W jego miejsce na linii lekarz – pacjent pojawił się model partnerski, podkreślający autonomię chorego, jego prawo do wolności, mówiący o konieczności podmiotowego traktowania pacjenta. Oba modele – paternalistyczny i partnerski – zostały sobie przeciwstawione, stając w głębokiej opozycji względem siebie. Czy słusznie? M. Machinek dostrzega potrzebę ich komplementarności:

„Dowartościowanie autonomii pacjenta stanowi niewątpliwie pozytywny zwrot we współczesnej etyce medycznej. Radykalny paternalizm lekarza, równoznaczny z nieliczeniem się z opinią pacjenta, nie może być uznany za etyczną miarę działań lekarskich. Nie można go jednak również zastępować równie nieograniczoną autonomią pacjenta. Autonomia ta jest ze swej natury relatywna i musi być z jednej strony postrzegana w kontekście ogólnej kondycji pacjenta, z drugiej zaś znajduje naturalną granicę w autonomii lekarza”⁷³.

Zwolennicy partnerstwa w relacji lekarz – pacjent podkreślają, że prowadzi ono «do humanizacji medycyny, do odrzucenia modelu lekceważenia i zniewolenia chorego, do rezygnacji ze sprawowanego przez doktorów *rzędu dusz i ciał*»⁷⁴. obrońcy paternalizmu zadają pytanie: «Czy medycyna określana mianem paternalistycznej powinna wstydlawie wycofywać się ze sceny publicznej, uprzejmie ustępując miejsca lansowanej współcześnie tzw. medycynie partnerskiej»⁷⁵? Podkreślają oni, że medycyna nie stanowi jakiegoś specyficznego supermarketu, w którym o dostępie do określonych dóbr decyduje nieskrępowana wolność lub zasobność portfela⁷⁶.

Postulat szerokiej autonomii pacjenta wnieśli, wspomniani już we wcześniejszej części pracy, T.L. Beauchamp i J.F. Childres. Spośród czterech wymienionych przez nich podstawowych zasad etyki medycznej: autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości, jako zasadę nadrzędną, postrzegają tę pierwszą – zasadę autonomii. W ich opinii domaga się ona szacunku, który jest fundamentem w podejmowaniu jakichkolwiek

⁷³ M. MACHINEK, *Autonomia jako wartość...*, dz. cyt.

⁷⁴ W. T. GAJEWSKI, *Z problematyki bioetycznej. Paternalizm czy partnerstwo?*, [Online]. <http://www.oil.org.pl>, [dostęp: 20.04.2017].

⁷⁵ K. KNYPL, *Ciężkie życie prawdy*, [w:] „Gazeta Lekarska”, (2005), nr 6, s. 31.

⁷⁶ Por. Tamże, s. 30.

decyzji w medycynie⁷⁷. Stanowisko to, jak łatwo zauważyć, bagatelizuje szacunek względem chorego jako osoby, pomija pojęcie godności na rzecz takich lub innych podejmowanych przez pacjenta decyzji⁷⁸. Idąc dalej, ujęta skrajnie wolność wyboru, w myśl nowopowstałej zasady: *voluntas aegroti suprema lex est* (wola chorego jest najwyższym prawem), pozwala stawiać i realizować nowe cele, niemieszczące się w klasycznej wizji sztuki leczenia, a właściwe dla nurtu *transformatio ad optimum*, dążące do ulepszenia (enhancement) zdrowego człowieka. Za przykład mogą posłużyć zabiegi prowadzące do wzmocnienia wydolnościowego dla potrzeb sportu czy operacje modyfikujące ludzkie ciało (człowiek-kot, człowiek-leopard, człowiek-jaszczurka⁷⁹). Działania te budzą uzasadnione zastrzeżenia natury etycznej, prowokują pytania o kryteria postępowania lekarskiego.

Niewątpliwie zaistniała sytuacja domaga się pogłębionej refleksji dotyczącej systematyzacji zasad, jakimi winni kierować się adepci współczesnej sztuki leczenia oraz celów właściwych medycynie. Koniecznym jest określenie, które z nich są rzeczywiste, prawdziwe, a które fałszywe. Do najistotniejszych głosów w tej materii należą propozycje wypracowane w dwóch najważniejszych amerykańskich ośrodkach bioetycznych. Chodzi o nowojorskie *Hastings Center* oraz o *Kennedy Institute of Ethics* w Georgetown University w Waszyngtonie⁸⁰.

W 1996 roku został sporządzony *Raport Hastings Center*, w którym określono cztery podstawowe cele medycyny, decydujące o jej integralności. Należą do nich:

- „zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia,
- przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu spowodowanym przez choroby,
- opieka nad tymi, którzy są dotknięci chorobami, ich leczenie, oraz opieka nad tymi, którzy nie mogą być wyleczeni,
- zapobieganie przedwczesnej śmierci i dążenie do zapewnienia spokojnej śmierci”⁸¹.

⁷⁷ Por. T. BIESAGA, *Autonomia lekarza...* dz. cyt.

⁷⁸ Por. Tenże, *Spór o podstawy etyki medycznej*, Kraków 2014, s. 317-318.

⁷⁹ Por. J. MONSTER, *10 najbardziej zmodyfikowanych fizycznie ludzi świata*, [Online]. <http://www.joemonster.org/art/7795>, [dostęp: 21.04.2017].

⁸⁰ Por. T. BIESAGA, *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, [w:] MP, (2004), nr 5, s. 20.

⁸¹ THE HASTINGS CENTER, *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*, [w:] „Hastings Center Report”, (1996), nr 6, Special Supplement, s. 1-27, T. BIESAGA (tł.), *Właściwe...*, dz. cyt., s. 20.

Autorzy raportu, będący ekspertami w dziedzinie bioetyki i etyki medycznej na czele z D. Callahanem, reprezentowali czternaście krajów z Europy, Azji i Ameryki, charakteryzujących się różnym poziomem rozwoju cywilizacyjnego, odmiennymi tradycjami kulturowymi i intelektualnymi. Jak pisze T. Biesaga:

„...nie doszli [oni] do porozumienia w kwestii hierarchii wymienionych celów, a tym bardziej rozstrzygnięcia, który z nich jest najważniejszy. Sformułowali jednak sposób ich rozumienia, co stanowi podstawę dalszych uściśleń...»⁸².

Chociaż twórcy raportu nie stworzyli pełnej, właściwie uhierarchizowanej drabiny celów właściwych medycynie, to jednak udało się im na nowo podjąć temat dotyczący powołania i natury sztuki leczenia⁸³.

W toku dalszej dyskusji swoje stanowisko przedstawili inni znawcy etyki medycznej L. Kass i związany z *Kennedy Institute of Ethics* E. Pellegrino. Stoją oni na stanowisku, że to natura medycyny określa jej cele⁸⁴. Element odróżniający medycynę od innych działań społecznych stanowi dobro, do którego dąży ona ze swej istoty. Według Pellegrino spotkanie kliniczne lekarza z pacjentem stanowi *locus ethicus* całej medycyny i charakteryzuje się wewnętrzną teleologią. Przejawia się ona w ukierunkowaniu na osiągnięcie właściwego dobra, do którego owo spotkanie (chorego z lekarzem) dąży i dla którego zaistniało⁸⁵.

W raporcie *Hastings Center* leczenie chorych sklasyfikowano na trzeciej pozycji wśród czterech integralnych celów medycyny. W ujęciu L. Kassa i E. Pellegrino stanowi ono dla sztuki leczenia cel główny, nadrzędny, pozwalający w sposób właściwy uhierarchizować i zrozumieć pozostałe trzy cele. W ich opinii leczenie, a więc przywracanie zdrowia, jest zadaniem wypływającym z samej natury medycyny⁸⁶, jest dobrem, bez którego sztuka leczenia przestałby być tym, czym jest⁸⁷.

⁸² T. BIESAGA, *Właściwe...*, dz. cyt., s. 20.

⁸³ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.

⁸⁴ Szeroko na ten temat: Por. T. BIESAGA, *Spór o podstawy...*, dz. cyt.

⁸⁵ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.; E.D. PELLEGRINO, *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, [w:] JMaP, 26 (2001), nr 6, s. 559–579 .

⁸⁶ Por. T. BIESAGA, *Właściwe...*, dz. cyt., s. 22; E. D. PELLEGRINO, *The internal morality...*, dz. cyt.

⁸⁷ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.

L. Kass uważa, że praktyki znamionujące się brakiem wskazań medycznych, a więc w wielu przypadkach zgodne z ideą *transformatio ad optimum*, mijają się z prawdziwym celem medycyny, stanowią cele fałszywe, sprzeczne z klasycznie rozumianą troską o zdrowie pacjenta. Zalicza do nich⁸⁸:

- dążenie do zapewnienia stanu szczęścia i przyjemności poprzez spełnianie ambicji, subiektywnych roszczeń czy pragnień pacjentów (np. farmakologiczna poprawa nastroju czy operacje chirurgii kosmetycznej lub zmiany płci),
- realizowanie zadań społecznych, politycznych i ekonomicznych takich jak: eliminacja przestępstw, wykroczeń nieletnich, dyskryminacji rasowej, redukcja ubóstwa, walka z uzależnieniami, formowanie porządných obywateli, polepszenie dobrobytu ludzkości,
- zmienianie natury ludzkiej, zarówno w sferze psychiki jak i ciała (eksperymenty na embrionach, klonowanie),
- zapobieganie śmierci, rozumiane jako ciągła walka o nieśmiertelność. Chodzi o utopijne dążenie do przedłużania życia, gdzie każdy zgon traktowany jest jako przedwczesny, jako porażka. Zdaniem Kassa błędne jest założenie dotyczące możliwości pokonania śmierci. Rzeczywistość pokazuje, że zwycięża ona zawsze, a zmianie ulega jedynie jej przyczyna.

Kass wnosi sprzeciw wobec wykorzystywania wiedzy i umiejętności lekarskich w celach innych aniżeli promowanie, podtrzymywanie i przywracanie zdrowia pacjentów. Aby nie dyskredytować klasycznej medycyny proponuje stworzenie nowych «specjalności» różnych od profesji medycznej, których celem stałoby się spełnianie pozazdrowotnych żądań jednostek⁸⁹. Wśród nich wymienia: aborcjonistę, sztucznego inseminatora, zabójcę z litości, chirurgicznego upiększacza, poprawiacza nastroju czy doradcę eugenicznego⁹⁰. Według Kassa realizacja celów fałszywych doprowadza do utraty przez medycynę jej profesjonalnej integralności⁹¹, a lekarz staje się jedynie technikiem lub inżynierem od ciała, skalpelem do

⁸⁸ Por. L.R. KASS, *Regarding the End of Medicine...*, dz. cyt., s. 11-42; T. BIESAGA, *Właściwe...*, dz. cyt., s. 23-25; J. DOMARADZKI, *O definicjach...*, dz. cyt., s. 24-25.

⁸⁹ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.

⁹⁰ Por. L. R. KASS, *Regarding the End of Medicine...*, dz. cyt., s. 34. „In some cases, people have called for completely separate professions of, say abortionist, artificial inseminators, mercy killers, surgical beautifiers, mood elevators, and eugenic counsellors”.

⁹¹ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.

wynajęcia, sprzedającym swoje usługi na żądanie⁹². W jego opinii taka działalność sprzeciwia się etosowi lekarskiemu, według którego wiedza i umiejętności lekarzy powinny służyć promowaniu, podtrzymywaniu i przywracaniu zdrowia pacjentów⁹³.

T. Biesaga przypomina, że «określenie właściwego celu i wewnętrznej moralności medycyny, w przeciwieństwie do zadań i norm narzucanych z zewnątrz, broni jej autonomii jako specyficznej profesji oraz autonomii spełniającego swoje powołanie lekarza»⁹⁴. R. Veatch, emerytowany profesor *Kennedy Institute of Ethics*, pisze:

„...traktowanie lekarza jako stróża postępu ekonomicznego (*economic gatekeeper*), jako tego który z miłosierdzia zabija (*mercy killer*), wyzwala od niechcianej ciąży (*reliver of unwanted pregnancy*), współdziała w wojnie nuklearnej (*illicit accomplice in nuclear war*) i stanowi narzędzie ideologii państwowej (*tool of state ideology*). (...) Przypomina lekarzom, całemu personelowi medycznemu, a także osobom niepracującym w ochronie zdrowia, że w pewne działania medycyna i lekarz nie mogą być wciągani. (...) Wzywa do odrzucenia takich zadań przydzielanych lekarzowi, które nieuchronnie prowadzą do zniszczenia właściwej praktyki medycznej»⁹⁵.

Na przeciwnym biegunie stoją bioetycy nurtu liberalnego. Należy do nich między innymi H.T. Engelhardt Junior. Odmawiają oni racji bytu wewnętrznym celom medycyny. Podkreślają, że istnieją jedynie cele poszczególnych, indywidualnych pacjentów⁹⁶.

We właściwie rozumianym modelu partnerskim dominuje postawa szacunku dla autonomii pacjenta. Jednakże należy zauważyć, że nie stanowi ona pryncypium najważniejszego, jak chcieli tego T. L. Beauchamp i J. F. Childres. Jest ona istotna, ale obok niej istnieją równie ważne, inne zasady etyczne. Wśród nich doniosłą rolę odgrywa, uznawana za fundamentalną dla etosu adeptów sztuki leczenia – zasada działania na rzecz dobra pacjenta.

⁹² Por. L. R. KASS, *Regarding the End of Medicine...*, dz. cyt., s. 12. „...and the doctor at risk of becoming merely a technician and engineer of the body, a scalpel for hire, selling his services upon demand”.

⁹³ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.

⁹⁴ T. BIESAGA, *Właściwe...*, dz. cyt., s. 24.

⁹⁵ R. VEATCH, *Internal and external sources of morality for medicine*, [w:] D.C. THOMASMA, J.L. KISSELL, (red.), *The health care professional as friend and healer – Building on the Work of Edmund D. Pellegrino*, Georgetown 2000, s. 75. Cytat i tłumaczenie za: T. BIESAGA, *Właściwe...*, dz. cyt. s. 24-25.

⁹⁶ Por. J. RÓŻYŃSKA, B. FIJAŁKOWSKA, dz. cyt.

Cały problem polega na tym, aby we właściwy sposób ustawić relacje zachodzące pomiędzy zasadami autonomii i dobroczynności⁹⁷. Próby takiej dokonał E. Pellegrino określając, że u podstaw etyki medycznej leży *dobroczynność w zaufaniu*. Odwołując się do jego myśli, T. Biesaga pisze:

„...wymaga (...) egzystencjalnej i realnej odpowiedzi, wyznacza (...) sposób podejścia do realizacji terapii, sposób włączenia w nią autonomii. Określa, czy pacjent w określonym wieku i stanie jest zdolny czy niezdolny do aktów w pełni autonomicznych. Zarówno autonomia pacjenta, jak i lekarza ma być podporządkowana potrzebom pacjenta, jego dobru, nie odwrotnie. To nie autonomia, ale osoba jest wartością absolutną. Godności osoby nie należy redukować do jej wolności. Z wolności bowiem płyną godne i niegodne zachowania ludzkie. Kryterium dobra jest godność, a nie wolność. To poprzez szacunek dla osoby szanujemy jej autonomię. Szanujemy autonomiczne wybory świętego, gdyż są dobrymi wyborami, ale nie szanujemy autonomicznych wyborów przestępcy, gdyż są złymi wyborami. Autonomia pacjenta jest aspektem jego dobra, ale nie jest aspektem jedynym”⁹⁸.

Podsumowując, wydaje się uprawnionym stwierdzenie, że zjawisko szacunku dla autonomii chorego, w wielu aspektach niezwykle pozytywne, otworzyło także drogę do pewnych nadużyć. Pełna akceptacja wolnych wyborów⁹⁹, w tym także żądań i roszczeń pacjentów, niesie w sobie niebezpieczeństwo działań sprzecznych z wewnętrzną naturą i celami medycyny. Działania podejmowane przez lekarzy niejednokrotnie przybierają formę praktyk mijających się z rzeczywistymi wskazaniami medycznymi, są ich pozbawione. Czynności te w znacznym stopniu zgodne są z nurtem *transformatio ad optimum* i stanowią nic innego jak medyczne wzmocnienie (*medical enhancement*).

Nie dziwi fakt, że sytuacja ta wywołała dyskusję nad zasadami i celami właściwymi sztuce leczenia. Na kanwie tej debaty wyłoniły się dwa odrębne, przeciwstawne sobie stanowiska. Pierwsze deklarują obrońcy wewnętrznych celów medycyny. Ich zdaniem sztuka leczenia pozbawiona *τέλος* (*telos*) wypływającego z jej natury przestałaby być tym, czym jest

⁹⁷ Por. Tamże.

⁹⁸ T. BIESAGA, *Autonomia lekarza...*, dz. cyt.; Por. Tenże, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, [w:] „*Studia Philosophiae Christianae*”, 40 (2004), nr 1, s. 153-165.

⁹⁹ Wolność sama w sobie nie jest czymś złym, złym jest jedynie wolność (autonomia) absolutna, bez wartości i granic moralnych.

(L. Kass, E. Pellegrino). L. Kass podkreśla, że tak naprawdę istnieje potrzeba powołania nowych specjalności, niezależnych od «zawodu» lekarza. To ich domeną stałaby się realizacja celów zewnętrznych, narzucanych „siłą” medycynie, zgodnych w znacznym stopniu z ideą przemiany ku lepszemu. W ten sposób działania nieterapeutyczne, o charakterze wzmacniającym, znalazłyby się poza orbitą działalności *stricte* lekarskiej. Drugie stanowisko reprezentuje między innymi H. T. Engelhardt. Liberalni bioetycy podważają istnienie wewnętrznych celów medycyny. Kładą nacisk na absolutyzację autonomii klienta gabinetu lekarskiego. Dla nich rację bytu posiada sam pacjent oraz jego indywidualne cele i pragnienia. Środowisko to postrzega działania pozbawione wskazań medycznych jako zadania właściwe profesji lekarskiej. Innymi słowy, w ujęciu tym idea *transformatio ad optimum*, praktyki medycznego wzmocnienia, czynności nieterapeutyczne akceptowane są jako kolejny, nowy dział wchodzący w skład całości systemu leczenia.

Wydaje się, że współczesne społeczeństwa nastawione często utylitarystycznie, absolutyzujące wolność, świadome możliwości współczesnych technik medycznych, podatne na reklamę, dbające o jakość życia, do których nie dociera pogłębiona refleksja dotycząca problematyki medyczno-etycznej, zdominowane zostały poprzez drugie, liberalne stanowisko. Tymczasem pogląd, propagujący wewnętrzne cele medycyny, wart jest przemyślenia, zwłaszcza w kontekście zachowania właściwego lekarskiego etosu.

4. JAKA ANTROPOLOGIA?

Chcąc dokonać oceny moralnej działań podejmowanych w obrębie nurtu *transformatio ad optimum*, należy odwołać się do wizji człowieka i jego życia – do adekwatnej antropologii.

4.1. Filozoficzne ujęcia ludzkiego ciała

W refleksji filozoficznej możemy odnaleźć różne koncepcje próbujące ująć to, co w człowieku materialne, a co duchowe. Z punktu widzenia cielesności człowieka prym wydają się wieść trzy stanowiska: dualistyczne, materialistyczne i personalistyczne¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Por. A. ŚWIERCZEK, *Ciało ludzkie*, EB, s. 104.

W dualizmie dusza i ciało są sobie przeciwstawne. Już w starożytności Platon traktował zniszczalne, śmiertelne ciało jako opozycję względem czystej, boskiej, wiecznotrwałej duszy. W jego antropologii ciało stanowi element ograniczający duszę, jest dla niej przejściowym siedliskiem (reinkarnacja), więzieniem, genezą fizycznego i moralnego zła człowieka. Ciało jest dla duszy ciężarem, który «tysięczne nam kłopoty sprawia (...), sprawia nam zamieszanie i niepokój, myśli płoszy, tak że niepodobna przy nim dojrzeć prawdy»¹⁰¹. Ciało to źródło wszelkiego zła, niepokoju i namiętności. Z kolei «ze wszystkiego, co posiadamy, jest nasza dusza czymś najbardziej boskim (...), a dla nas, czymś najbardziej własnym i naszym»¹⁰². Dusza wolna od ciała byłaby szczęśliwsza. Do zwolenników dualizmu w epoce nowożytnej można zaliczyć takich filozofów jak Kartezjusz czy Malebranche¹⁰³. W tak ujętą, negatywną ontologię cielesności wydają się wpisywać niektóre postulaty zrodzone na gruncie transhumanizmu. Chodzi o pomysły mające na celu przewyciężenie ograniczeń ludzkiej natury, zwłaszcza te, które dążą do zaistnienia w przyszłości inteligencji pozabiologicznej, będącej wynikiem przeniesienia «wzorców człowieka do odpowiedniego, niebiologicznego myślącego substratu»¹⁰⁴. Konkludując, można powiedzieć, że działania podejmowane w ramach nurtu *przemiany ku lepszemu* w dualizmie otrzymują szeroką legitymizację. Ciało pojęte w kategoriach dualizmu, a więc pesymistycznie z jednej strony można poddawać dowolnym zabiegom ulepszającym, z drugiej może nastąpić sytuacja, kiedy będzie trzeba całkowicie je odrzucić. Chodzi o przypadek, w którym może ono stanowić przeszkodę do osiągnięcia nieśmiertelności (skopiowanie umysłu, transfer świadomości do komputera).

Akceptacja i poparcie dla nurtu *transformatio ad optimum* odnajdą swe uzasadnienie także na gruncie antropologii materialistycznej, która całą rzeczywistość sprowadza do materii. Wszystko jest materią lub jej produktem. To, co duchowe nie istnieje. Dusza ludzka nie ma prawa bytu; człowiek jest bytem czysto biologicznym. W starożytności takie poglądy głosili Epikur i Demokryt. W czasach nowożytnych grono zwolenników tego typu myślenia znacznie

¹⁰¹ PLATON, *Fedon*, 66 b-d, W. WITWICKI (tł.), [w:] PLATON, *Dialogi*, t. I, Kęty 1999, s. 630.

¹⁰² Tenże, *Prawa*, V, 726 a, M. MAYKOWSKA (tł.), Warszawa, 1997, s. 161. Por. S. KOWALCZYK, dz. cyt. s. 22-26.

¹⁰³ Por. A. ŚWIERCZEK, dz. cyt., s. 104.

¹⁰⁴ R. KURZWEIL, *Nadchodzi Osobliwość...*, dz. cyt., s. 370. J. Savulescu myśli podobnie. Jego zdaniem jedną z najbardziej zaawansowanych możliwości ludzkiego postępu stanowi przesyłanie informacji z ludzkich umysłów do systemów sztucznej inteligencji. Por. J. SAVULESCU, *The Human Prejudice and the Moral Status of Enhanced Beings: What Do We Owe the Gods?*, [w:] J. SAVULESCU, N. BOSTROM (red.), *Human Enhancement*, Oxford 2009, s. 211-247.

się powiększyło, między innymi o takich filozofów jak: L. Feuerbach, K. Marks, F. Nietzsche czy J. P. Sartre¹⁰⁵. Feuerbach w swoim dziele *O istocie chrześcijaństwa* używa następujących sformułowań: «Bytem rzeczywistym różnym od wiary, uczucia i myślenia» jest jedynie «byt zmysłowy». Byt duchowy jest «czystą fantazją» i «bytem abstrakcyjnym»¹⁰⁶. Jak łatwo zauważyć, środowiska materialistyczne, redukujące wartość życia ludzkiego wyłącznie do doskonałości cielesnej, postrzegające je jedynie jako rzeczywistość biologiczną, będą dążyć nie tylko do coraz szerszej aprobaty dla *medical enhancement*, ale będą również podkreślać konieczność dalszych badań i eksperymentów, których celem jest ulepszenie człowieka¹⁰⁷.

Do działań związanych z *enhancement* z nieco innej perspektywy, z większą ostrożnością podchodzą zwolennicy personalistycznej wizji człowieka i życia. Spojrzenie to powstało w odwołaniu do myśli Arystotelesa (teoria hylemorfizmu¹⁰⁸) oraz św. Tomasza z Akwinu, dla którego wszelkie byty stworzone, w tym ludzkie ciało, stanowią ontyczne dobro. Dla Akwinaty dusza ludzka, jako byt niematerialny, jest nieśmiertelna. Pomimo tego, że jest ona zdolna do samoistnienia po śmierci ciała, to jednak nie stanowi pełni człowieka, rozumianego jako gatunek. Dopiero złożenie ciała i duszy, dwóch integralnych elementów ludzkiej natury konstituuje całego człowieka¹⁰⁹. Personalizm mocno akcentuje jedność duchowo-cielesną oraz podkreśla podmiotowy charakter «ja osobowego». Ciało i dusza współistnieją ze sobą, razem uzupełniając się. Nie zachodzi pomiędzy nimi relacja wzajemnego wykluczenia czy przeciwstawienia. Do najbardziej znanych myślicieli tego nurtu w dobie współczesnej należą: M. Scheller, E. Mounier, J. Maritain oraz K. Wojtyła¹¹⁰. Niezwykle mocno wartość ludzkiej cielesności dowartościował ten ostatni. Jako papież Jan Paweł II, odnosząc się do nauki Chrystusa i św. Pawła, twierdził, że możemy mówić o «antropologii zmartwychwstania»¹¹¹. Jego zdaniem:

¹⁰⁵ Por. A. ŚWIERCZEK, dz. cyt., s. 104-105.

¹⁰⁶ Cytaty za: S. KOWALCZYK, dz. cyt., s. 64-65; por. L. FEUERBACH, *O istocie chrześcijaństwa*, Warszawa 1958, s. 72, 331.

¹⁰⁷ Por. J. NAGÓRNY, *Wartość życia ludzkiego*, Lublin 2009, s. 221.

¹⁰⁸ Arystoteles „wypracował (...) teorię hylemorfizmu, czyli złożenia z materii i formy, wg której dusza (wegetatywna, sensorywna czy rozumna), pozostając immanentną w aktach ludzkich, także fizjologicznych, formuje materię i stanowi o naturze danego bytu. Ciało i dusza tworzą jedność i istnieją wyłącznie w tej jedności”. A. ŚWIERCZEK, dz. cyt., s. 105.

¹⁰⁹ Por. S. KOWALCZYK, dz. cyt., s. 47-50

¹¹⁰ Por. A. ŚWIERCZEK, dz. cyt., s. 105.

¹¹¹ Por. S. KOWALCZYK, dz. cyt., s. 119.

„...prawda o zmartwychwstaniu posiadała kluczowe znaczenie dla ukształtowania całej teologicznej antropologii, tak dalece, że można ją nawet po prostu rozumieć jako „antropologię zmartwychwstania” (...). Zmartwychwstanie bowiem, przynajmniej pośrednio, świadczy o tym, że ciało nie jest w całokształcie złożonego bytu ludzkiego doraźnie tylko i czasowo dołączone do duszy (jakby jej ziemskie «więzienie», jak mniemał Platon), ale że wraz z duszą współstanowi o jedności i integralności bytu ludzkiego»¹¹².

Jan Paweł II podkreśla, że w wieczności człowiek nie ulegnie jakiemuś odcielesnieniu, ale znajdzie się w stanie nowej jakości, którą charakteryzować będzie «inny rodzaj (można by powiedzieć inny stopień) uduchowienia jego cielesnej natury»¹¹³. Eschatologiczna przyszłość człowieka jawi się więc jako współistnienie duszy i zmartwychwstałego ciała – wolnego od ograniczeń związanych ze sferą biologiczno-wegetatywną. Nastąpi wówczas stan ostatecznej i doskonałej integracji¹¹⁴.

Tak ujęta antropologia postrzega sztukę leczenia jako tę, która w doczesności ochrania harmonię działania elementów strukturalnych człowieka jakimi są ciało i dusza. Medycyna rozważa i ustala, czym i w jaki sposób przywrócić stan zdrowia (*restitutio ad integrum*)¹¹⁵. Terapia polega na wprowadzeniu do ciała ludzkiego «...otaczających nas i brakujących nam substancji fizycznych. Zabezpieczają one równowagę działania organów ciała i równowagę działania władz duchowych, zawsze korzystających z władz zmysłowych sytuujących się w organach cielesnych»¹¹⁶. W takiej perspektywie jakiegokolwiek działania podejmowane w ramach *medical enhancement (transformatio ad optimum)* redukujące człowieka wyłącznie do materii lub do samej tylko świadomości należy odrzucić.

4.2. Antropologia w bioetyce

Bioetyk B. Chyrowicz zauważa, że przyjmowanie metafizycznych racji w uzasadnianiu słuszności działania przez dany model bioetyczny zależy od tego, do jakiej konkretnej teorii

¹¹² JAN PAWEŁ II, *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich*, t. III, Lublin 1993, s. 29.

¹¹³ Tamże.

¹¹⁴ Por. S. KOWALCZYK, dz. cyt., s. 119.

¹¹⁵ Por. M. GOGACZ, *Etyka i medycyna*, [Online]. http://www.katedra.uksw.edu.pl/gogacz/ksiazki/etyka_i_medycyna.pdf, s. 4, [dostęp: 14.03.2018].

¹¹⁶ Tamże.

etycznej ów model się odwołuje. Dla przykładu wymienia utylitaryzm, personalizm i tomizm. Spośród nich najrzadziej do metafizyki odwoływać się będzie utylitaryzm, a w najwyższym stopniu będzie to czynił tomizm¹¹⁷ i odwołujący się do niego personalizm¹¹⁸. Pytanie o naturę ludzką znajduje się w ścisłym kręgu zainteresowania bioetyków nurtu personalistycznego. W proponowanych rozwiązaniach odwołują się oni do metafizycznych (antropologicznych) założeń, jak również do argumentacji etycznej¹¹⁹.

Odmierna sytuacja ma miejsce w przypadku pozapersonalistycznych systemów bioetycznych. Metafizyczne ujęcie natury ludzkiej podlega w nich znacznej redukcji, a niekiedy zostaje całkowicie wykluczone. Innymi słowy, z jednej strony spłyceciu podlega spojrzenie na człowieka i jego naturę (np. sprowadzenie jej do czysto biologicznego wymiaru), a z drugiej – w wyniku twierdzeń eliminujących metafizykę z etyki odrzuca się pojęcie natury, jako nieadekwatne i nieistotne w debacie¹²⁰. Komentując pierwsze podejście, G. Hołub zauważa:

„To pierwsze nachylenie bioetyki, posiadające swoje źródło w naturalizmie, nie wydaje się być zadawalające. Stawiając bowiem etyczne pytania o życie, o godziwość ingerencji w poszczególne fazy ludzkiego istnienia, pytamy zarazem o samego człowieka, całego człowieka i o to, co go wyróżnia na tle innych fenomenów życia, w aspekcie jego działania. Stąd zredukowanie istoty ludzkiej do jednego z przejawów świata naturalnego jest rozwiązaniem pochopnym i wysoce kontrowersyjnym”¹²¹.

Z kolei w nawiązaniu do drugiego przypadku B. Chyrowicz pisze:

„Pozbawiona filozoficznych podstaw refleksja bioetyczna ma najczęściej typowo pozytywny charakter. Postulowane rozstrzygnięcia bioetycznych dylematów są

¹¹⁷ Por. B. CHYROWICZ, *Bioetyka a metafizyka*, [w:] DM, 2 (2004), nr 2, s. 174-179. Obecnie, w uzasadnianiu słuszności działania teoria utylitaryzmu jest najczęściej przyjmowaną przez współczesnych bioetyków, a tomizm najrzadziej. Por. Tamże, s. 175.

¹¹⁸ Por. Tamże, s. 177-179; K. GUZOWSKI, *Personalizm polski*, [Online]. <http://www.hosting0800050.az.pl>, [dostęp: 17.05.2017]; Tenże, *Personalizm polski na tle personalizmu europejskiego*, [w:] „Biblioteka Teologii Fundamentalnej”, (2008), t. 3, s. 453, 457.

¹¹⁹ Por. K. SZEWCZYK, *Debatujmy, poszukujmy, uprawiajmy (Uwagi do wypowiedzi prof. Barbary Chyrowicz Bioetyka a metafizyka)*, [Online]. <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl>, [dostęp: 17.05.2017].

¹²⁰ Por. G. HOŁUB, *Czy bioetyka potrzebuje pojęcia natury ludzkiej*, [w:] A. MARYNIARCZYK, K. STĘPIEŃ, A. GAUDANIEC (red.), *Spór o naturę ludzką*, Lublin 2014, s. 497-511.

¹²¹ Tamże.

tutaj oparte o wyniki nauk szczegółowych, czyli zależą od możliwości współczesnej biomedycyny. Zwolennikami takiego ujęcia są często fascynaci naukowego postępu, dla których to, co możliwe, staje się już z tego tytułu moralnie dopuszczalne¹²².

W tej perspektywie wydaje się, że refleksja bioetyczna, chcąc zachować status niezależności od nacisków kulturowych, społecznych; wobec myślenia utylitarystycznego czy scjentystycznego, winna sięgać i korzystać ze spuścizny metafizycznej i antropologicznej w rozumieniu klasycznym. Posiadając odpowiednią koncepcję człowieka, można łatwiej zrozumieć i, co najważniejsze, właściwie ocenić (pod kątem etycznym) poszczególne sytuacje, jakie mogą zaistnieć w jego życiu, zwłaszcza trudne momenty graniczne¹²³. Tak więc, namysł etyczny nad dopuszczalnością działań służących *przemianie ku lepszemu*, winien nieustannie sięgać do refleksji nad istotą człowieka oraz natury ludzkiej. G. Hołub pisze:

„Obok takich kwestii, jak pojęcie: dobra, wartości, normy moralnej, osoby, kwestia zrozumienia podstawowej struktury ludzkiego istnienia winna tworzyć swoisty punkt wyjścia dla dojrzałych analiz bioetycznych¹²⁴.

W historii filozofii podjęto wiele prób zdefiniowania natury ludzkiej. W naszych rozważaniach odwołamy się do stanowiska K. Wojtyły. Rozumie on naturę ludzką dwojako.

W pierwszym znaczeniu natura określa człowieka jako niezależne istnienie, swoisty byt charakteryzujący się dynamizmem oraz wewnętrzną specyfiką, ujawniającymi się w działaniu¹²⁵. Drugie znaczenie podkreśla, że człowiek to byt osobowy cieszący się nieusuwalną podmiotowością¹²⁶. W ten sposób Wojtyła ujmuje człowieka substancjalistyczne i personalistyczne. Zawsze istnieje on jako specyficzna, wyjątkowa substancja, a jednocześnie jako konkretna osoba¹²⁷.

¹²² B. CHYROWICZ, *Bioetyka...*, dz. cyt., s. 173.

¹²³ Por. G. HOŁUB, *Czy bioetyka potrzebuje...*, dz. cyt.

¹²⁴ Por. Tamże.

¹²⁵ Wojtyła pisze, że „«natura» to tyle, co istota ludzkiego bytu jako przejawiająca się w działaniu, które bytowi temu jest wrodzone i w tym sensie właściwe”. K. WOJTYŁA, *Miłość i odpowiedzialność*, [Online]. <http://www.krapiecfoundation.com>, s. 13, przypis 9, [dostęp: 15.05.2017].

¹²⁶ „«Natura» to właściwa samej osobie jako osobie (a nie jako substancji) swoistość lub konstytucja jej podmiotowości ściśle osobowej (o relacjonalnej, aksjologicznej proveniencji). Tamże.

¹²⁷ Por. G. HOŁUB, *Czy bioetyka potrzebuje...*, dz. cyt.

Tak rozumiana natura świadczy o wielkości człowieka, ukazuje, że odgrywa on szczególnie doniosłą rolę pośród całego stworzenia. Posiadanie jej stanowi swoiste dobro, a realizacja potencjalności w niej zawartych pozwala człowiekowi osiągnąć swój dobrostan. Sytuacja taka sprawia, że ludzka natura jawi się nam jako coś cennego, coś, co chcemy zachować i chronić¹²⁸, «nawet jeśli chcielibyśmy poszerzyć jej możliwości»¹²⁹. Ujęcie takie domaga się przyjęcia postawy ostrożności względem postulatów głoszonych w ramach *medical enhancement*. Chodzi o dostrzeżenie i odrzucenie takich działań, które redukowałyby lub niszczyły godność i wielkość człowieczeństwa.

4.3. Całościowe dobro osoby pacjenta

Personalisci zwracają uwagę, że lekarz podejmując działania kliniczne, potrzebuje wiedzy dotyczącej ich odbiorcy. Kim jest pacjent? Co jest dla niego dobre? I nie chodzi tu tylko o dobro widziane z perspektywy nowych technologii czy rozwijającej się techniki. Fundamentalną rolę w określeniu autentycznego dobra pacjenta odgrywa odwołanie się do jego osobowej godności, do zrozumienia, na czym polega jego duchowa pełnia. Szczególnie należy tutaj podkreślić jedność i nierozzerwalność duchowo-cieleśną osoby¹³⁰.

W tej perspektywie, według E. Pellegrino,¹³¹ określenie całościowego dobra pacjenta powinno uwzględnić następujące, wpływające z natury osoby ludzkiej, dobra składowe:

- dobro ściśle medyczne, związane z ciałem jakie człowiek posiada (bazujące na dorobku badań empirycznych),
- dobro przeżywane przez pacjenta (według dalszych planów na życie, nabytego doświadczenia),
- dobro osoby ludzkiej (wypływające z jej godności),
- dobro duchowe (związane z najważniejszymi wartościami w życiu pacjenta).

¹²⁸ Por. Tenże, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 228.

¹²⁹ Tamże.

¹³⁰ Por. A. IRSAK, *Postrzeganie...*, dz. cyt.

¹³¹ Por. E.D. PELLEGRINO, D.C. THOMASMA (red.), *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford 1988, s. 72-75.

Zdaniem amerykańskiego bioetyka, składowe te należy odpowiednio uhierarchizować. Najważniejszą z nich jest dobro duchowe pacjenta, dalej dobro pacjenta jako osoby, dobro przez niego przeżywane i wreszcie dobro medyczne¹³². Inne wartościowanie powyższych dóbr niesie ze sobą zagrożenie dla osoby ludzkiej, a także uderza w podstawy etyki lekarskiej¹³³.

Dla zobrazowania niebezpieczeństw, wynikających z rozpadu tak ułożonej hierarchii, odwołajmy się do trzech przykładów.

Po pierwsze, jeżeli najważniejszy akcent zostanie położony na dobro przeżywane przez pacjenta, to w pewnych sytuacjach może zrodzić się zagrożenie wpływające z niemożności realizacji jego pragnień, co prowadzi do frustracji¹³⁴. Przykładem może tu być przypadek człowieka-kota (D. Avner), który przeszedł szereg operacji plastycznych w celu upodobnienia się do tygrysa¹³⁵.

Po drugie, gdy pierwszoplanową rolę pełni dobro *stricte* medyczne, pojawia się niebezpieczeństwo zredukowania osoby pacjenta tylko i wyłącznie do jej biologicznego, cielesnego wymiaru. Ciało ludzkie, ujęte czysto materialistycznie, staje się surowcem, można w nie dowolnie ingerować czy modyfikować za pomocą coraz to nowocześniejszych narzędzi, jakimi dysponuje biotechnologia¹³⁶. *In vitro*, selekcja genetyczna i inne zabiegi jawią się jako jak najbardziej dopuszczalne. Misja medycyny ulega jednak wypaczeniu, a osiągnięcie integralnego dobra pacjenta staje się niemożliwe. Innymi słowy, dobra rozumianego całościowo nie da się urzeczywistnić nawet za pomocą najnowocześniejszych technologii, metod i działań klinicznych, podjętych w oderwaniu od pozostałych wymiarów, które to dobro tworzą.

Po trzecie, w przypadku myśli transhumanistycznej mamy do czynienia z sytuacją wyraźnego redukcjonizmu godności osoby ludzkiej. Zwolennicy transhumanizmu traktują człowieka jako projekt będący w ciągłej realizacji. Poszukują dróg prowadzących do wyzwolenia *homo sapiens* z ograniczeń cielesności¹³⁷. Między innymi zakładają możliwość «przetransferowania» umysłu ludzkiego na dysk komputera. Internet i prasa doniosły

¹³² Por. Tamże, s. 177; T. BIESAGA, *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny*, [w:] „Systemy Bioetyki”, Kraków 2003, s. 20.

¹³³ Por. A. IRSAK, *Postrzeżanie...*, dz. cyt.

¹³⁴ Por. Tamże.

¹³⁵ Por. „*Stalking Cat*” *Daniel Avner found dead in apparent suicide after years of body modification to look like a feline*, [Online]. <http://www.independent.co.uk>, [dostęp: 12.05.2017].

¹³⁶ Por. A.J. KATOŁO, *Ciało ludzkie przedmiotem manipulacji? Perspektywa bioetyczno-teologiczna*, [w:] „Poznańskie Studia Teologiczne”, (2002), t. 12, s. 184.

¹³⁷ Por. A. IRSAK, *Postrzeżanie...*, dz. cyt.

o pierwszym robocie, który w styczniu 2017 roku otrzymał formalny akt urodzenia i uzyskał obywatelstwo Belgii. *Fran Pepper* to robot płci żeńskiej wyprodukowany w 2016 roku przez firmę Softbank Robotics. Obecnie Parlament Unii Europejskiej jest w trakcie prac dotyczących określenia praw i obowiązków «osoby elektronicznej». Działania te doprowadziły do rozszerzenia pojęcia «osoby» o maszynę. Ukazały także tendencję do bagatelizacji czy wręcz działania na szkodę klasycznej definicji osoby wypracowanej w kręgach kultury zachodniej¹³⁸.

Ripostując, warto jeszcze raz odwołać się do spuścizny Jana Pawła II. Ten wybitny personalista podkreśla, że ciało stanowi konstytutywny, podstawowy element natury ludzkiej:

„Człowiek jest podmiotem nie tylko przez samo-świadomość i samo-stanowienie, ale równocześnie przez swoje ciało. Konstytucja tego ciała jest taka, że umożliwia mu być sprawcą specyficznym ludzkiego działania”¹³⁹.

Pragnienie odseparowania ludzkiej świadomości od tego, co biologiczne, neguje ludzką cielesność, a więc godzi w naturę osoby człowieka. Czynności takie nie służą dobru pacjenta, nie są w stanie zrealizować jego pełni i jako takie nie powinny być utożsamiane z działaniami właściwymi medycynie¹⁴⁰.

W tym miejscu warto jeszcze zauważyć, że niektórzy spośród personalistów postulują przekroczenie tradycyjnego rozumienia człowieka – jako osoby składającej się z dwóch składników: ciała i duszy. W odwołaniu do Pisma Świętego podkreślają, że interesujące i jednocześnie inspirujące wydaje się ujęcie człowieka w kategoriach rdzenie biblijnych, wskazujących na trychotomię ciała, duszy i ducha¹⁴¹. Zwracają oni uwagę, że podejmowane działania kliniczne dotyczą każdej z owych trzech warstw¹⁴², wywołując tym samym dogłębne reperkusje w obrębie całości wewnętrznego świata pacjenta. W tym świetle pełna troska o chorego wiąże się z zapewnieniem mu kompleksowego (holistycznego) wsparcia we wszystkich sferach jego życia, również w sferze duchowej, związanej bardziej

¹³⁸ Por. T. JAKLEWICZ, *Koniec człowieka?*, [w:] „Gość Niedzielny”, (2017), nr 17, s. 30-31. W zachodniej kulturze „...pojęcie «osoby» (podmiot o rozumnej naturze) (...) wskazywało na rozumienie człowieka jako bytu odrębnego od świata rzeczy i zwierząt (a podobnego Bogu!). Osoba to podstawa godności, praw i obowiązków”. Tamże.

¹³⁹ JAN PAWEŁ II, *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich*, t. I, Lublin 1987, s. 34.

¹⁴⁰ Por. A. IRSAK, *Postrzeganie...*, dz. cyt.

¹⁴¹ Por. A. MUSZALA, *Koncepcja człowieka według św. Pawła...* dz. cyt.; P. BORTKIEWICZ, *Złożoność człowieka: ciało-umysł-duch*, [w:] G. ŚWIĄTECKA (red.), *Humanizm chrześcijański w medycynie*, Gdańsk 2016, s. 69.

¹⁴² Por. *Mózg-umysł-dusza. Spór...*, dz. cyt.

z rzeczywistością określaną jako doświadczenie wiary, doświadczenie duchowe, aniżeli ze stanami psychiki¹⁴³.

4.4. Właściwe rozumienie wolności

Współczesny świat kładzie nacisk na ludzką wolność. Niestety, bardzo często redukuje ją do przestrzeni swobody, braku skrupowania czy niezależności¹⁴⁴. Jej zdobywanie utożsamia z przełamywaniem i znoszeniem kolejnych barier czy zakazów moralnych¹⁴⁵. W imię tak pojętej wolności, która staje się niczym innym jak autonomią bez jakichkolwiek ograniczeń¹⁴⁶ realizowany jest w praktyce szereg projektów powstałych w obrębie nurtu *transformatio ad optimum*. Lekarze coraz częściej spełniają subiektywne i pozaterapeutyczne życzenia, pragnienia, a nawet żądania pacjentów.

Jan Paweł II w encyklice *Evangelium Vitae* przestrzega, że «pojęcie wolności, które absolutyzuje znaczenie jednostki ludzkiej (EV 19)» leży u podstaw «kultury śmierci»¹⁴⁷. W orędziu do Sekretarza Generalnego ONZ zwraca się z pytaniem: «Któż może zaprzeczyć, że dzisiaj indywidualne osoby i władze państwowe bezkarnie łamią podstawowe prawa człowieka, takie jak prawo do narodzenia się, do życia, do odpowiedzialnej prokreacji (...)?»¹⁴⁸. Papież zauważa, że niektórzy są skłonni do wybiórczego traktowania praw człowieka, przestrzegając tylko tych, które przynoszą im korzyść, a lekceważą pozostałe, sprzeczne z ich doraźnymi interesami. Inni znów celowo odrywają poszczególne prawa od właściwego im kontekstu, aby móc tym swobodniej działać wedle własnego upodobania, myląc często wolność z samowolą, albo żeby zapewnić sobie określone korzyści¹⁴⁹. Zaistniałej sytuacji winny jest wpływający z ateizmu, negujący transcendentną godność człowieka błąd antropologiczny. To on przyzwala na rozumienie wolności jako samowoli. W Encyklice *Centesimus Annus* Jan Paweł II pisze:

¹⁴³ Por. P. BORTKIEWICZ, *Złożoność człowieka...*, dz. cyt., s. 69.

¹⁴⁴ Por. J. GALAROWICZ, *Powołani do odpowiedzialności – elementarz etyczny*, Kraków 1993, s. 23.

¹⁴⁵ Por. Ł. RYSZKA, *Wkład Kościoła na rzecz kultury politycznej*, [w:] J. MAZUR (red.), *Polityka społeczna wobec «rzeczy nowych». 25-lecie encykliki Centesimus Annus św. Jana Pawła II*, Kraków 2016, s. 146.

¹⁴⁶ Por. P. MORCINIEC, *Medycyna ludzkich pragnień...*, dz. cyt., s. 6.

¹⁴⁷ Por. Tamże.

¹⁴⁸ JAN PAWEŁ II, *Orędzie do Sekretarza Generalnego ONZ* (02.10.1979), [w:] *Nauczanie społeczne 1978-1979*, t. II, Warszawa 1982, s. 310.

¹⁴⁹ Por. Tenże, *Przesłanie z okazji 50. rocznicy Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka* (30.11.1998), [Online]. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/przeslanie_50_onz.html, [dostęp: 15.03.2018].

„Błąd ten (...) kryje się w koncepcji ludzkiej wolności oderwanej od posłuszeństwa prawdzie, a zatem również od obowiązku poszanowania praw innych ludzi. Treścią wolności staje się wówczas miłość samego siebie posunięta aż do wzgardzenia Bogiem i bliźnim, miłość, która prowadzi do bezgranicznej afirmacji własnej korzyści i nie daje się ograniczyć żadnymi nakazami sprawiedliwości” (CS 13).

Potrzeba zatem właściwego ujęcia wolności, w duchu personalizmu chrześcijańskiego. Dla K. Wojtyły wolność jest wartością, której człowiek nie posiada, lecz nieustannie zdobywa¹⁵⁰. Jego zdaniem być wolnym:

„...to umieć używać swej wolności w prawdzie, (...) to nie znaczy, (...) czynić wszystko, co mi się podoba, na co mam ochotę. Wolność zawiera w sobie kryterium prawdy, dyscyplinę prawdy. Bez tego nie jest prawdziwą wolnością. Jest zakłamaniem wolności. Być prawdziwie wolnym — to znaczy: używać swej wolności dla tego, co jest prawdziwym dobrem. W dalszym ciągu więc: być prawdziwie wolnym — to znaczy: być człowiekiem prawego sumienia, być odpowiedzialnym, być człowiekiem dla drugich”¹⁵¹.

Św. Paweł Apostoł w 1 Liście do Koryntian zanotował: «Wszystko wolno, ale nie wszystko przynosi korzyść. Wszystko wolno, ale nie wszystko buduje.» (1Kor 10,23). W świetle tych słów wolność uwzględniająca prawdę nie wybierze czegoś, co nie jest pożyteczne, co redukuje godność osoby ludzkiej. Jak pisze R. Guardini «...wolny czyn nabiera swojego pełnego sensu dopiero wtedy, gdy jego przedmiotem nie jest cokolwiek, lecz to co należyte»¹⁵², co sprawia, że człowiek dąży do swego osobowego spełnienia, którego kresem jest zbawienie w Jezusie Chrystusie.

We współczesnej medycynie ścierają się dwie opcje: realistyczna podkreślająca niezmienną naturę osoby ludzkiej i egzystencjalistyczna traktująca człowieka jako tworzywo, które dzięki nowym technikom, w duchu wolności absolutnej można dowolnie przekształcać¹⁵³. Która z nich zwycięży? Wszystko zależy od antropologii jaka zostanie przyjęta.

¹⁵⁰ Por. Ł. RYSZKA, *Wkład Kościoła...*, dz. cyt., s. 150.

¹⁵¹ JAN PAWEŁ II, *List do Młodych całego świata Parati Semper* (31.03.1985), [Online]. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/listy/parati.html, [dostęp: 15.03.2018].

¹⁵² Cytat za: J. GALAROWICZ, *Powołani do odpowiedzialności...*, dz. cyt., s. 26.

¹⁵³ Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa...*, dz. cyt.

4.5. Główne koncepcje ludzkiej doskonałości

W kontekście coraz szerszego oddziaływania nurtu *przemiany ku lepszemu* wydaje się uzasadnione porównanie ze sobą dwóch głównych koncepcji ludzkiej doskonałości – zwłaszcza, że obie odwołują się do właściwej sobie antropologii. Z jednej strony chodzi o model chrześcijański, nawiązujący do myśli św. Tomasza z Akwinu¹⁵⁴. Z drugiej natomiast, o wizję doskonałości budowanej w oparciu o techniczną perfekcję – mającą swą genezę w myśli filozofii nowożytnej, która uprzywilejowane miejsce w doskonaleniu istoty ludzkiej przypisała naukom empirycznym¹⁵⁵.

4.5.1. Doskonałość chrześcijańska

W starożytności postęp realizujący się w świecie postrzegany był jako «wtórny rezultat (...) rozwoju człowieka. Uwaga była zwrócona na wewnętrzną kulturę człowieka, jego cnoty, które miał rozwijać...»¹⁵⁶. Starożytni podkreślali, że jednym z głównych zadań, jakie stoją przed człowiekiem, jest troska o «uprawę ludzkiego ducha». Wypełnianie tego obowiązku pokrywało się z grecką *paideią*, która zakładała wyedukowanie człowieka mądrego i pięknego, charakteryzującego się szlachetnością, wysoką moralnością i dobrocią. W ten nurt wpisało się chrześcijaństwo, które do katalogu cech człowieka doskonałego wniosło nową kategorię. Chodzi o przymiot określany mianem *świętości*, podkreślający nowy wymiar ludzkiego życia wypływający z Objawienia¹⁵⁷.

Zdaniem św. Tomasza z Akwinu istotę ludzkiej doskonałości stanowi aktualizacja potencjalności, jakie człowiek w sobie posiada. Z jednej strony Akwinata wymienia «możności naturalne», a z drugiej mówi o tak zwanej «możności uległości» wobec Stwórcy. Potencjalności naturalne to ludzki rozum, wola i emocje. Wszystkie one w swym działaniu winny być aktualizowane, a więc usprawniane według zasad rozumu, a ich rozwój winien zmierzać do osiągnięcia swej pełni. Chodzi o wykształcenie w sobie życia cnót zarówno intelektualnych, moralnych, jak również tych, które związane są z działalnością artystyczno-

¹⁵⁴ O chrześcijańskim dążeniu do doskonałości drogą *homoiosis theo* była już mowa w pierwszym rozdziale niniejszej pracy.

¹⁵⁵ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 274, 276-277.

¹⁵⁶ M. KRĄPIEC, *Idea „postępu” w krzywym zwierciadle ekologii*, [w:] CzWK, (1994), nr 2, s. 17.

¹⁵⁷ Por. Tamże.

twórczą. «Możność uległości» wobec Stwórcy oznacza ludzką naturę racjonalną, o ile ta otwiera się na działanie zbawcze Boga. Innymi słowy człowiek, wykorzystując pracę swego rozumu, winien zwrócić się ku najwyższemu, nieskończonemu dobru, jakim jest Bóg – wybrać Dawcę ostatecznego i pełnego szczęścia¹⁵⁸. W *Sumie Teologicznej* Akwinata pisze:

„...zadaniem człowieka jest, w miarę możliwości, jak najwyższe zbliżanie się do spraw Bożych, zgodnie z nauką Filozofa [Arystoteles] oraz często powtarzanego w Piśmie Św. przykazania: „Bądźcie tedy doskonali jako i Ojciec wasz niebieski jest doskonały” (Mt. 5, 48)”¹⁵⁹.

W odpowiedzi Bóg udzieli mu swojej pomocy, w postaci łaski, która ostatecznie zaktualizuje wspomnianą «możność uległości». Tak więc, w ujęciu św. Tomasza z Akwinu, teologia i filozofia chrześcijańska postrzega postęp i doskonalenie człowieka jako nieustanną pracę nad samym sobą¹⁶⁰, jako dążenie do cnoty we właściwy sposób, zgodny z *ordo rationis*. Akwinata zakłada tutaj pełną prawdę o człowieku, uwzględniającą wszystkie jego wymiary, zarówno to, co dziś badają nauki empiryczne, jak również to, co stanowi przedmiot zainteresowania filozofii (metafizyka i antropologia filozoficzna) oraz teologii¹⁶¹.

Chrześcijański model doskonałości zakłada przyjęcie całościowej prawdy o człowieku. W oparciu o nią każdy z nas, z pomocą Bożej łaski, winien w odpowiedni sposób kształtować siebie, własne człowieczeństwo, dążąc do upodobnienia się do Chrystusa, do osobowego spełnienia, którego pełnia nastąpi w chwili zjednoczenia z Bogiem. Zestawiając to ujęcie z działaniami podejmowanymi w ramach nurtu *transformatio ad optimum*, możemy dostrzec znaczącą rozbieżność. W *medical enhancement* dominuje przyzwolenie na przekraczanie granic natury; często zamierzony cel chce się osiągnąć za pomocą jak najmniejszego wysiłku¹⁶². Z kolei, osiągnięcie doskonałości chrześcijańskiej nie wiąże się z usuwaniem ograniczeń wpływających z ludzkiej natury, ale raczej z komplementarną i permanentną pracą nad sobą, zarówno nad rozwojem talentów jaki i nad wyeliminowaniem własnych słabości¹⁶³.

¹⁵⁸ Por. Tamże, s. 18-19.

¹⁵⁹ TOMASZ Z AKWINU, *Suma Teologiczna*, XI, 61, 5.

¹⁶⁰ M. KRAPIEC, *Idea „postępu”...*, dz. cyt., s. 18-19.

¹⁶¹ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 278.

¹⁶² Wystarczy wymienić doping w sporcie czy podawanie psychotropów dzieciom z syndromem ADHD.

¹⁶³ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 278-279.

Należy podkreślić, że model chrześcijański nie nakazuje człowiekowi przyjęcia postawy wrogiej wobec tego, co dzieje się w świecie, nie wzywa do bierności czy braku zaangażowania w rzecz rozwoju. Jak pisze T. Kraj:

„Przyjęcie prawdy o sobie oznacza (...) uznanie specyficznego miejsca człowieka w świecie i związanego z nim specyficznego traktowania każdego człowieka, także siebie samego, gdzie jest miejsce zarówno na ludzki wysiłek, jak i przyjęcie Bożego daru w postaci cnót nadprzyrodzonych”¹⁶⁴.

W tym świetle chrześcijański lekarz czy naukowiec winien postępować zgodnie z etyką *świętości życia*, podchodzić do każdego człowieka, na każdym etapie życia, z należnym szacunkiem, uwzględniając jego osobową godność. Powinien postrzegać postęp dokonujący się w świecie nie jako zdeterminowaną konieczność, jako zadanie, które należy wykonać, ale raczej – jak to zostało wcześniej zasygnalizowane – jako wtórny rezultat rozwoju człowieka¹⁶⁵.

4.5.2. Doskonałość oparta na technicznej perfekcji

Już w średniowieczu dostrzeżono, że nauki fizyczne podlegają rozwojowi, że nauka może kształtować praktykę. Żyjący w XIII wieku Roger Bacon, a także jeden z pionierów magnetyzmu Petrus Peregrinus de Maricourt¹⁶⁶ zauważyli, że wynalazczość może przyczynić się do ułatwienia życia ludzkiego. Powoli w ludzkim przekonaniu rodziła się myśl, że celem nauki, poprzez postęp i nowe wynalazki, jest dążenie do uszlachetnienia ludzkiego życia¹⁶⁷.

Dualizm kartezjański rozdzielił świat ducha (*res cogitans*) od świata materii (*res extensa*) i skierował uwagę badawczą na materię. Możliwość jej różnorodnej «mierzalności» stała się genezą postępu w naukach przyrodniczych. To postęp, zdaniem Leibniza, kierując coraz bardziej zmatematyzowaną i stechnicyzowaną nauką, handlem i życiem społecznym, ma

¹⁶⁴ Tamże, s. 279.

¹⁶⁵ M. KRAPIEC, *Idea „postępu”...*, dz. cyt., s. 17.

¹⁶⁶ W 1269 roku opisał on „własności magnesu operując pojęciem bieguna magnetycznego i zwracając uwagę, że bieguny magnesu przyciągają się lub odpychają. Podał też sposób magnesowania ciał żelaznych za pomocą magnetytu”. [Online]. <http://www.wynalazki.andrej.edu.pl/index.php/wynalazki/27-m/352-magnes>, [dostęp: 19.05.2017].

¹⁶⁷ Por. M. KRAPIEC, *Idea „postępu”...*, dz. cyt., s. 19-20.

doprowadzić do pełnego uszczęśliwienia człowieka. W przekonaniu Voltaire'a postęp obejmie całą ludzkość, a dokona się to dzięki wymianie handlowej i propagowaniu nowych racjonalistycznych idei¹⁶⁸. Jak pisze W. Werner:

„W kulturze nowożytnej idea postępu była jednym z pojęć fundamentalnych, co oznacza niemalże jej wszechobecność. Można ją odnaleźć w pismach Bodina, F. Bacona, Kartezjusza, Montesquieu, Voltaire'a, Turgota, encyklopedystów, Rousseau, Chastellux, przedstawicieli szkockiego oświecenia, niemieckich romantyków, słowem wszędzie”¹⁶⁹.

Przywołajmy cytowane już we wcześniejszej części pracy słowa, których autorami są B. Gordijn i R. Chadwick: «Powszechnie przyjęto, że ludzie są w stanie wykreować swoją własną, idealną przyszłość, jeśli tylko odpowiednio wykorzystają swój intelekt oraz uporządkują naukę i będą ją rozwijać w sposób metodologicznie poprawny»¹⁷⁰. W ten sposób narodziła się wiara w nieograniczony postęp realizowany na drodze rozwoju nauk empirycznych.

Boski kult uszczęśliwiającego postępu, wiara w możliwości poznawcze nauk empirycznych zrodziły przekonanie, że uda się stworzyć idealne warunki do realizacji postulatów etycznych. Pojawiły się utopijne projekty przyszłego idealnego społeczeństwa. Wraz z poszerzaniem wiedzy kolejne pokolenia miały wzrastać w cnocie, której nabycie zależało od poznania tego, co dla człowieka najlepsze¹⁷¹. Obecnie zwolennicy transhumanizmu opowiadają się za ulepszeniem ludzkiej moralności, wykorzystując w tym celu osiągnięcia biotechnologii. Według nich ulepszenie moralne miałyby polegać na kreowaniu w danej osobie odpowiednich dyspozycji – takich, które zwiększyłyby prawdopodobieństwo, że podejmie ona właściwy osąd, co do wyboru najszlachetniejszej z możliwych linii działania, jak również, że będzie ona postępować zgodnie z dokonany wcześniej wyborem¹⁷². W 2009 roku M. Walker

¹⁶⁸ Por. Tamże, s. 20.

¹⁶⁹ W. WERNER, *Antropologia wiedzy. Dylemat historyczności*, [w:] B. PŁONKA-SYROK (red.), *Nauka i społeczeństwo w stulecie szczególnej teorii względności Alberta Einsteina (1905–2005)*, Wrocław 2006, s. 130.

¹⁷⁰ „It was widely accepted that human beings are able to craft their own ideal future, if only they make proper use of their intellect and organize and develop science in a methodically correct way”. Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 2.

¹⁷¹ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 275.

¹⁷² Por. J. SAVULESCU, I. PERSSON, *Moral Enhancement, Freedom, and the God Machine*, [w:] TM, 95 (2012) nr 3, s. 403.

ogłosił *Projekt Cnoty Genetycznej (The Genetic Virtue Project)*¹⁷³. Uważa on, że *moral enhancement* polega na ulepszaniu genetycznych korelatów prawego zachowania. Twierdzenie to oparł na następujących przesłankach: po pierwsze, cnoty stanowią część charakteru człowieka, po drugie – są trwałymi dyspozycjami dla określonych zachowań i wreszcie po trzecie, cechy charakteru uwarunkowane są podłożem genetycznym¹⁷⁴. Walker utrzymuje, że skoro geny mają wpływ na zachowania człowieka, nie determinując ich, to zmiana indywidualnych uwarunkowań genetycznych przełoży się na sposób postępowania przyszłej osoby. Zadaniem *inżynierii genetycznej cnoty* jest promocja takich genów, które przyczynią się do nabycia trwałych dyspozycji dla określonych, pożądaných zachowań. Według Walkera w nieodległej przyszłości, dzięki odpowiedniej wiedzy, za pomocą technik diagnostyki preimplantacyjnej, będzie można przeprowadzać selekcję embrionów pod kątem odpowiednich genetycznych dyspozycji moralnych¹⁷⁵.

Analizując zjawisko nieograniczonego postępu, można stwierdzić, że na drodze jego rozwoju fundamentalną wartość stanowi skuteczność. To ona jest miarą dobra, tego, co najlepsze. Liczą się coraz lepsze i efektywniejsze wynalazki techniki i nowe technologie. Przez pryzmat technicznego ideału patrzy się także na człowieka, stwarzając tym samym nowy ideał ludzkiej doskonałości. Mierzy się ją wkładem, jaki obywatel wnosi na rzecz rozwoju społeczeństwa, w którym żyje. Im człowiek wydajniejszy i sprawniejszy, tym wartość jego życia wzrasta. Mówiąc o skuteczności, nie sposób pominąć aspektu ekonomicznego, który również decyduje o ocenie człowieka i jego wartości¹⁷⁶. T. Kraj komentując to zjawisko przywołuje słowa, których autorem jest J. Passmore:

„Nasze własne społeczeństwo (...) rozwinęło się (...) w wyspecjalizowane (...) w wyniku ekonomicznej presji; jak dotąd, jeśli mówi się o nim, że jest zdominowane przez ideał, to jest to raczej ideał materialnego dobrobytu lub ekonomicznego wzrostu niż ideał doskonałości (perfection). Ale w ramach ideału maksymalnej wydajności, przejął on jako częściowy ideał (sub-ideal) ideę technicznej perfekcji, skuteczności.

¹⁷³ Por. M. WALKER, *Enhancing Genetic Virtue. A Project for Twenty-first Century Humanity?*, [w:] PLS, 28 (2009) nr 2, s. 27-47.

¹⁷⁴ Por. A. WARMBIER, *Arystotelesowska etyka cnot i posthumanistyczny projekt doskonalenia natury ludzkiej*, [w:] „Ethos”, 28 (2015), nr 3, s. 95-113.

¹⁷⁵ Por. Tamże.

¹⁷⁶ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 275-276.

Osądza on ludzi na podstawie ich zdolności do pracy, nie prace poprzez ich zdolność dla człowieka¹⁷⁷.

Jak łatwo zauważyć postęp, rozumiany jako ciągły rozwój nauki i techniki, wiodący ku doskonaleniu społeczeństwa, odgrywa nadrzędną rolę wobec jednostki, miejsca jakie zajmuje ona w świecie i funkcji, jakie w nim pełni. Innymi słowy, podporządkowuje sobie człowieka, redukując go do mniej lub bardziej skutecznego narzędzia. W tym świetle uprawnionym wydaje się stwierdzenie, że tak naprawdę ideał doskonałego społeczeństwa, budowany w oparciu o techniczną perfekcję, jawi się jako odczłowieczający i osłabiający ludzki «humanizm»¹⁷⁸.

Jak zauważono we wcześniejszych częściach pracy, historyczne próby tworzenia idealnych społeczeństw zakończyły się niepowodzeniem. Mimo to nie osłabł zapał w odniesieniu do możliwości medycznego wzmocnienia człowieka i jego gatunku. Zainteresowanie tematyką udoskonalenia, uczynienia człowieka bardziej sprawnym, wydajnym jest jak najbardziej aktualne i nadal wzrasta. Na tym polu nowożytny model doskonałości człowieka szeroko akceptuje i legitymizuje działania podejmowane w ramach nurtu *transformatio ad optimum*¹⁷⁹.

Zestawienie obu modeli ludzkiej doskonałości: chrześcijańskiego i nowożytnego – opartego na technicznej perfekcji – oddaje trafność rozróżnienia jakie proponuje G. Hołub. Wymienia on dwa terminy: «usprawnienie» i «ulepszenie». Pierwszy z nich odpowiada modelowi chrześcijańskiemu, drugi – nowożytnemu. Usprawnienie jawi się przede wszystkim, jako udoskonalenie czegoś, co zostało człowiekowi dane, kim on jest. Z kolei ulepszenie wiąże się z działaniem przekraczającym granice możliwości natury ludzkiej¹⁸⁰. Usprawnienia są w stanie wydobyć na światło dzienne możliwości, jakie drzemią w naturze człowieka. Wysiłek i tytaniczna praca mogą wyrazić i spotęgować pewne ludzkie uzdolnienia. Efekty usprawnień prowadzą niejednokrotnie do postawy zadziwienia, a nawet zachwytu. Ulepszenia możemy zaobserwować w świecie techniki, a także technologii. Mogą one ułatwić codzienne życie, ale jako sztuczne, w zestawieniu z czymś, co naturalne powodują mieszane

¹⁷⁷ J. PASSMORE, *The Perfectibility of Man*, New York 1970, s. 280-281. Cytat i tłumaczenie za: T. KRAJ, dz. cyt., s. 276,

¹⁷⁸ Por. Tamże, s. 275-276.

¹⁷⁹ Por. B. GORDIJN, R. CHADWICK, dz. cyt., s. 3.

¹⁸⁰ Por. G. HOŁUB, *Osoba w labiryncie...*, dz. cyt., s. 227.

odczucia, a często brak akceptacji¹⁸¹. Klasyczny przykład stanowi satysfakcja z rezultatu uzyskanego przez sportowca, będąca wynikiem systematycznego i ciężkiego treningu (usprawnienie), zestawiona z osiągnięciami dopingowicza, korzystającego z najnowszych technologii niedozwolonego wspomaganie (ulepszenie).

Niniejszy paragraf został zatytułowany: «Jaka antropologia?» Podsumowując rozważania w nim zawarte, można wysunąć kilka istotnych wniosków dotyczących nurtu *przemiany ku lepszemu*.

Po pierwsze, w debacie bioetycznej daje się zaobserwować trwający spór o człowieka, wynikający z odmiennych stanowisk dotyczących rozumienia ludzkiej natury.

Po drugie, u zwolenników *transformatio ad optimum* można zauważyć brak całościowej, ujętej filozoficznie koncepcji natury ludzkiej (negują oni antropologię filozoficzną, metafizykę, a także teologię). Człowiek nie jest postrzegany integralnie, jako jedność cielesno-duchowa, jako byt obdarzony godnością osobową. Ich zdaniem poznanie pełni prawdy o człowieku uzależnione jest tylko i wyłącznie od badań i osiągnięć nauk empirycznych. Tymczasem, co jasno należy podkreślić, nauki te nie są w stanie zagwarantować poznania i zrozumienia całej prawdy dotyczącej istot ludzkich.

Po trzecie, nurt *przemiany ku lepszemu* postrzega człowieka i jego jakość (również w sensie jakości gatunku ludzkiego) jako zadanie do wykonania, jako nieskończony projekt przeznaczony do realizacji.

Po czwarte, propagatorzy *medical enhancement* nie widzą problemu w przełamywaniu granic natury. Pośród nich dominuje przekonanie, że to co normalne, naturalne, niejednokrotnie jest czymś słabym, wymagającym korekty, naprawy, ulepszenia. Obowiązuje zasada: po co być normalnym, przecież to za mało, przecież można być kimś lepszym – dla przykładu – cyborgiem.

Po piąte, wyznacznikiem do podjęcia działań klinicznych stają się subiektywne odczucia pacjenta, jego życzenia, pragnienia, a nawet frustracje.

Po szóste, doskonałość człowieka, jest postrzegana przez pryzmat technicznej sprawności. Im efektywniejszy, wydajniejszy przedstawiciel *homo sapiens* tym lepiej. Dla «bubli», w nowym, lepszym świecie miejsca nie ma. Stąd przyzwolenie na eliminację

¹⁸¹ Por. Tamże, s. 227-228.

embrionów genetycznie słabszych czy na aborcję dziecka, u którego wykryto chorobę czy niepełnosprawność.

Po siódme, w wyniku zamierzeń indywidualnych czy grupowych, podbudowanych między innymi myśleniem scjentyistycznym, utylitarystycznym czy materialistycznym narodziła się etyka «jakości życia», oddzielająca życie biologiczne od życia osobowego¹⁸², stojąca w opozycji względem etyki «świętości życia» (personalizm).

I po ósme, wielu zwolenników medycznego ulepszania stanowią entuzjaści osiągnięć naukowych – postępu technicznego i technologicznego. Dla nich często to, co technicznie możliwe, już z tego tylko tytułu, staje się dopuszczalnym pod względem moralnym.

Niewątpliwie dyskusja dotycząca nurtu *transformatio ad optimum* wymaga dalszej pogłębionej i rzetelnej refleksji antropologicznej, pochylenia się nad pojęciem natury ludzkiej. Namysł ten ułatwi właściwą ocenę coraz to nowszych działań i praktyk podejmowanych w ramach *medical enhancement*.

5. ETYCZNE ASPEKTY MEDYCZNEGO ULEPSZANIA CZŁOWIEKA

Ekspansja nurtu *transformatio ad optimum*, nowe techniki i technologie stosowane w ramach *medical enhancement* stały się źródłem wielu dylematów etycznych. We wcześniejszych częściach pracy były one wielokrotnie sygnalizowane. Poniższy paragraf stanowi próbę ich uporządkowania i systematyzacji.

5.1. Problem właściwego celu działań medycznych

W obecnych czasach można zaobserwować zjawisko rosnącej medykalizacji. Postęp dokonujący się w medycynie i biologii sprawia, że od lekarzy żąda się i wymaga coraz więcej. Obok roszczeń stawianych przez indywidualnych pacjentów (wypływających często z ich pragnień lub frustracji) pojawiają się silne naciski społeczne, ekonomiczne, polityczne czy ideologiczno-kulturowe. Dąży się do narzucenia nowej wizji medycyny, która rozszerzając pole swego działania, dzięki aneksji kolejnych dziedzin ludzkiego życia, przyczyniałby się do

¹⁸² Por. A. MUSZALA, *Jakość życia czy świętość życia*, [Online]. http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/35037jakosc-zycia-czy-swietosc-zycia, [dostęp: 24.05.2017].

ukształtowania nowego, lepszego człowieka. Sytuacja ta powoduje ciągły wzrost interwencji o charakterze nieterapeutycznym.

Poszerzająca się paleta działań zgodnych z ideą *przemiany ku lepszemu* rodzi konieczność jasnego określenia zakresu kompetencji, jakie należą do sztuki leczenia. Istotnym jest, aby udzielić odpowiedzi na pytania: czy medycyna jest uprawniona do tego, aby przekraczać właściwe sobie, klasyczne cele terapeutyczne?¹⁸³; czy może ona wykorzystywać środki medyczne z zamiarem osiągnięcia niemedycznych, pozaterapeutycznych celów?

Jednoznaczne opowiedzenie się za nurtem *transformatio ad optimum* i porzucenie klasycznej, terapeutycznej wizji medycyny niesłoby ze sobą zagrożenie uwikłania sztuki leczenia w układy ekonomiczne czy polityczne. Bardzo łatwo może ona zostać wykorzystana jako narzędzie służące urzeczywistnianiu postulatów jakiejś ideologii lub w celu realizacji takiej czy innej wyimaginowanej utopii¹⁸⁴. Trafny przykład działań medycznych, będących na usługach myślenia utopijnego, stanowi sugerowana przez M. Walkera, a przywołana w poprzednim paragrafie, możliwość wykorzystania technik preimplantacyjnych dla przeprowadzenia selekcji embrionów pod kątem ich predyspozycji genetycznych¹⁸⁵. Innym wymownym przykładem może być zgoda na użycie (w przyszłości) sztucznej macicy w celach instrumentalnego traktowania embrionów¹⁸⁶.

Cenny wkład w wyjaśnienie tematyki dotyczącej określenia celów właściwych medycynie wnieśli E. Pellegrino i L. Kass¹⁸⁷. Przypomnijmy, że w ich opinii przywracanie zdrowia, a więc leczenie chorych stanowi podstawowy i nadrzędny cel medycyny. Wobec stosowania praktyk charakteryzujących się brakiem wskazań medycznych, a więc nieterapeutycznych, dokonują oni rozróżnienia na *wewnętrzne* cele medycyny – zgodne z jej naturą, oraz *zewnętrzne* – fałszywe i sprzeczne z klasycznie pojętą troską o zdrowie pacjenta. Realizacja celów zewnętrznych pokrywa się z dążeniami *przemiany ku lepszemu*, i wiąże się z *medical enhancement*. L. Kass uważa wiele z tych działań za pozytywne, ale jednocześnie podkreśla, że nie powinny one należeć do zadań właściwych profesji lekarskiej. Dlatego widzi konieczność powołania nowych specjalności – takich, które

¹⁸³ Tenże, *Medycyna luksusowa*, dz. cyt.

¹⁸⁴ Por. Tamże.

¹⁸⁵ Por. M. WALKER, *Enhancing Genetic Virtue...*, dz. cyt., s. 28.

¹⁸⁶ Por. A. MUSZALA, *Dylematy moralne związane z wykorzystaniem sztucznej macicy*, [w:] J. BRUSIŁO, A. ŚWIERCZEK (red.), *Evangelium Vitae – most ku przyszłości*, Kraków 2011, s. 54.

¹⁸⁷ W Polsce na tym polu należy podkreślić wkład, jaki do tej tematyki wniósł T. Biesaga, zwłaszcza przez przybliżenie myśli E. Pellegrino i L. Kassa.

pozwołyby realizować owe praktyki poza terenem aktywności lekarskiej. Jego zdaniem, aby medycyna pozostała medycyną, musi realizować swój cel główny, którym jest przywracanie zdrowia, a więc *restitutio ad integrum*.

5.2. Problem przewartościowania etosu lekarskiego, deontologii i etyki medycznej

A. Nawrocka zauważa, że analiza etosu hipokratesowego lekarza w aspekcie historycznym pozwala stwierdzić, iż na przestrzeni 2500 lat (od IV wieku przed Chrystusem do końca drugiej wojny światowej) medycynę i nauki z nią związane postrzegano jako dziedzinę powołaną do służenia każdemu człowiekowi, który potrzebuje pomocy, choremu i cierpiącemu; człowiekowi, który pozostaje dla lekarza i innych przedstawicieli zawodów medycznych wartością naczelną. W aspekcie podejmowanych działań lekarskich podkreślano rolę odpowiedniego przygotowania zawodowego i etycznego. Zaufanie do lekarza wpływało z jego opiekuńczej i filantropijnej postawy, a także z perfekcji poznania i praktycznego zastosowania wiedzy medycznej. Wysoki poziom moralny, bezinteresowny altruizm oraz poszanowanie ludzkiego życia, od początku do naturalnego kresu, decydowały o jego wiarygodności. W modelu hipokratejskim i chrześcijańskim (samarytańskim) powinności lekarskie określone były i są z perspektywy szacunku należnego każdej ludzkiej osobie. Etos ten sprawia, że lekarz staje się obrońcą godności i praw tejże osoby, zwłaszcza w sytuacjach zagrażających jej życiu lub zdrowiu¹⁸⁸.

Tymczasem rozwój i praktyczne zastosowania idei *transformatio ad optimum* generują sytuacje, w których powyższe hipokratejskie i chrześcijańskie ukierunkowanie medycyny, odwołujące się do pewnych trwałych wartości, broniące ontycznej tożsamości człowieka i jego niezmiennej natury, ulega swoistej dewaluacji¹⁸⁹. Naruszone zostają fundamentalne założenia klasycznego etosu lekarskiego. Jako przykład może posłużyć medyczne urzeczywistnianie postulatów transhumanistycznych, wykorzystujące osiągnięcia postępu technicznego i odwołujące się do niczym nieograniczonej wolności absolutnej, redukujące człowieka i jego naturę do projektu będącego w ciągłej realizacji. Okoliczności te sprawiają, że współczesna medycyna staje na rozdrożu. Pojawia się, postawione już we wcześniejszej części pracy pytanie: co wybrać? Tradycyjną opcję realistyczną, podkreślającą stałość ludzkiej natury, czy

¹⁸⁸ Por. A. NAWROCKA, *Etos w zawodach...*, dz. cyt., s. 326-327.

¹⁸⁹ Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa...*, dz. cyt.

też koncepcję egzystencjalno-idealisticzną, traktującą człowieka jako obiekt przeznaczony do nieustannego ulepszenia i poprawy?¹⁹⁰.

Wybór drugiej opcji pociąga za sobą głębszy problem moralny wiążący się ze zmianą etosu lekarskiego, deontologii i etyki medycznej. E. Nowak zwraca uwagę, że medycyna ujęta klasycznie, podejmując działania terapeutyczne, stara się konsekwentnie praktykować swą wewnętrzną aksjologię i deontologię. Pojawia się jednak dylemat: czy z czasem nie wchłonie ona aksjologii proponowanej przez *medical enhancement*, otwarcie się do tego przyznając, czy też zachowa właściwą sobie suwerenność względem działań ulepszających pozaterapeutycznych. Wydaje się, że «pacjenci» poddający się zabiegom ulepszającym nie posiadają zwykle rozwiniętej świadomości normatywnej. Podążają za modą, własnymi pragnieniami lub aksjologiami. Często niezdolni do głębszego, etycznego namysłu poddają się naciskom społecznym. Z drugiej strony oferenci interwencji wzmacniających, dbając o swój interes ekonomiczny, redukują deontologię lekarską do legalnej legitymizacji prowadzonej przez nich działalności. Ich aksjologia i deontologia odbiegają zasadniczo od aksjologii i deontologii proponowanej przez nurt *restitutio ad integrum*¹⁹¹.

A. Muszala wskazuje na komplikacje, jakie napotyka współczesna medycyna w zakresie określenia właściwych powinności lekarskich:

„Coraz trudniej dziś odróżnić to, co jest sztuczne, od tego co jest naturalne; czym jest zdrowie, a czym choroba; co jest rzeczywistą potrzebą, a co wyimaginowanym pragnieniem. Pojawia się problem, jak dalece lekarz ma spełniać pragnienia, życzenia i fantazje pacjenta, zwłaszcza gdy domaga się on działań ryzykownych, niekoniecznych, o nieznanym konsekwencjach.”¹⁹².

Autor ten podkreśla dalej, że w personalistycznym modelu medycyny niezmienna natura ludzka postrzegana jest jako dar otrzymany od Boga. W takim świetle jej niszczenie czy modyfikacja, będąca wynikiem subiektywnych pragnień, upodobań lub mająca na celu ulepszenie gatunku ludzkiego, a nawet stworzenie nowego¹⁹³, odczytywana jest jako symptom

¹⁹⁰ Por. Tamże.

¹⁹¹ Por. E. NOWAK, *Doskonałość. Z genealogii human enhancement*, [w:] „Humaniora”, 5 (2014), nr 1, s. 99.

¹⁹² A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa...*, dz. cyt.

¹⁹³ Por. *Do 2050 roku powstanie nowy gatunek człowieka*, [Online]. <http://www.interia.pl/raporty/raport-medycyna-przyszlosci/medycyna/news-do-2050-roku-powstanie-nowy-gatunek-czlowieka,nId,1500072>, [dostęp: 06.07.2017].

przemocy wobec osoby ludzkiej i zamach na jej wolność¹⁹⁴. Z punktu widzenia klasycznego etosu lekarskiego działania te nie mieszczą się w orbicie powinności adepta medycyny. Jeśli zostaną do takich zaliczone, to uprawnionym wydaje się stwierdzenie, że deontologia i etyka medyczna uległa nie tylko przewartościowaniu, ale wręcz totalnej rewolucji.

5.3. Działania nieetyczne w obrębie nurtu *transformatio ad optimum*, a kwestia sprawiedliwości społecznej

Z jednej strony zwolennicy nurtu *przemiany ku lepszemu* ukazują jego optymistyczne cele. Należą do nich między innymi: medyczna poprawa kondycji psychofizycznej człowieka, a także biotechnologiczne doskonalenie zachowań społecznych, zmieniających na lepsze warunki życia samej jednostki, jak również społeczeństwa w którym przyszło jej żyć. Innymi słowy chodzi o uszczęśliwienie poszczególnej istoty ludzkiej oraz o pomyślny rozwój całej cywilizacji¹⁹⁵. Z drugiej strony, pogłębiona analiza zjawiska dążności do medycznego wzmocnienia ukazuje, że niejednokrotnie dobór środków służących realizacji powyższych celów narusza wypracowany w obrębie kultury chrześcijańskiej i zachodniej system etyczny. Odmienna wizja antropologii czy ludzkiej doskonałości, nastawienie o odcieniu hedonizmu utylitarne¹⁹⁶, chęć zysku lub sławy za wszelką cenę sprawiają, że praktycznemu zastosowaniu podlegają działania, które z punktu widzenia klasycznego etosu lekarskiego jawią się jako głęboko nieetyczne. Wśród nich możemy wymienić następujące:

- *Nieuczciwość*. Wystarczy wskazać na działania medyczne dążące do zwiększenia wydolności lub wytrzymałości sportowca celem osiągnięcia przewagi nad rywalami. Doping w sporcie określany jest jako czyn nieuczciwy i niosący w sobie zagrożenie dla zdrowia i życia zawodnika¹⁹⁷.
- *Łamanie zasad prokreacji*. Przykładem oddającym istotę rzeczy jest szerokie wykorzystywanie technik *in vitro*¹⁹⁸. Kongregacja Nauki Wiary w Instrukcji Dotyczącej

¹⁹⁴ A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa...*, dz. cyt.

¹⁹⁵ Por. T. GRABIŃSKA, dz. cyt., s. 54.

¹⁹⁶ Por. Tamże, s. 68

¹⁹⁷ Por. [Online]. <http://www.doping-prevention.com/pl/doping-w-sensie-ogolnym/definicja-dopingu.html>, [dostęp: 07.07.2017].

¹⁹⁸ Nie tylko w celu zrodzenia potomstwa, ale również klonowania ludzi, selekcji embrionalnej czy manipulacji genetycznych.

Niektórych Problemów Bioetycznych *Dignitas Personae* zwraca szczególną uwagę na hipotezę dotyczącą stosowania inżynierii genetycznej dla celów pozaterapeutycznych, mających udoskonalić i wzmocnić wyposażenie genetyczne gatunku ludzkiego. Autorzy dokumentu podkreślają, że manipulacje tego typu «...sprzyjają mentalności eugenicznej i pośrednio nakładają społeczne piętno na osoby nieposiadające określonych cech. Uwypuklają jednocześnie cechy cenione w tych kulturach i społecznościach, które same w sobie nie stanowią o ludzkiej specyfice. Byłoby to sprzeczne z podstawową prawdą o równości wszystkich istot ludzkich, przekładającą się na zasadę sprawiedliwości, której pogwałcenie, w dalszej perspektywie, stałoby się zamachem na pokojowe współżycie jednostek. (...) Efekt takich zabiegów, prędzej czy później, przyniósłby szkodę dobru wspólnemu, tworząc sytuację, w których wola jednych przeważałaby nad wolnością pozostałych» (DP 27). Kongregacja zabiegi te ocenia jako etycznie naganne, przyczyniające się do niesprawiedliwego panowania człowieka nad człowiekiem¹⁹⁹. Łamaniem zasad prokreacji jest również aborcja. Papież Franciszek, odwołując się do nauczania Benedykta XVI w encyklice *Laudato si* opowiada się po stronie życia:

„Ponieważ wszystko jest ze sobą powiązane, nie da się pogodzić obrony przyrody z usprawiedliwianiem aborcji. Niewykonalny wydaje się proces edukacyjny na rzecz przyjęcia osób słabych, przebywających wokół nas, które są czasami uciążliwe lub kłopotliwe, jeśli nie otacza się opieką ludzkiego embrionu, mimo że jego pojawienie się może być powodem trudności i problemów: «Jeśli dochodzi do utraty wrażliwości osobistej i społecznej na przyjęcie nowego życia, również inne formy otwarcia przydatne dla życia społecznego ulegają wyjałowieniu» (CV 28)” (LS 120).

- *Szkodzenie własnemu zdrowiu*. Każdy zabieg operacyjny wiąże się z powstaniem urazu chirurgicznego²⁰⁰, z mniejszym lub większym ryzykiem wystąpienia powikłań zagrażających zdrowiu lub życiu²⁰¹. W tej perspektywie rodzi się pytanie o celowość

¹⁹⁹ Por. (DP 17).

²⁰⁰ Por. J. HASIAK, *Stres okołoperacyjny – operacja*, [Online]. <http://www.przegladurologiczny.pl/artykul.php?2255>, [dostęp: 06.07.2017].

²⁰¹ Por. L. NEUMAYER, D. VARGO, *Chirurgiczne zasady postępowania w okresie przedoperacyjnym i podczas operacji*, [Online]. http://www.edraurban.pl/layout_test/book_file/68/chirurgiasabiston-r12.pdf, [dostęp: 06.07.2017].

zabiegów chirurgicznych o charakterze pozaterapeutycznym, ekstremalnie modyfikujących ludzkie ciało (człowiek kot, człowiek jaszczurka, mężczyzna lampart itd.)²⁰². Czy warto ingerować w zdrowy organizm w imię realizacji własnych pragnień, marzeń czy frustracji?

- *Używanie środków nieproporcjonalnych.* Medycyna rozporządza coraz szerszą paletą zabiegów leczniczych, również w kwestii przedłużania życia. Terapie te wiążą się z ogromnymi nakładami finansowymi, niejednokrotnie wykorzystują działania o wysokim stopniu uciążliwości, które i tak nie przynoszą pacjentowi spodziewanych efektów w postaci poprawy zdrowia. W takiej sytuacji zrodziła się konieczność określenia, czy chory, rodzina, lekarze i społeczeństwo mają obowiązek podejmowania kuracji tego typu, a jeżeli tak, to jak długo? W celu ustalenia, które metody i środki leczenia medycznego cechują się charakterem obowiązkowym, a które nie, dokonano podziału na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne. W rozróżnieniu tym chodzi o uchwycenie właściwej miary jaka winna zachodzić pomiędzy środkami i celem, który chce się dzięki nim osiągnąć. Medycyna klasyczna uznaje za obowiązkowe stosowanie proporcjonalnych środków leczenia, dopuszczając jednocześnie możliwość rezygnacji z podjęcia takiego zabiegu medycznego, który wykorzystuje środki nieproporcjonalne, a więc ryzykownego, nadzwyczajnego, generującego wysokie koszty, którego efekty są niewspółmierne do spodziewanych rezultatów²⁰³. Nurt *transformatio ad optimum*, w ramach prowadzonej przez siebie działalności, wykorzystuje środki medyczne nieproporcjonalne, a w dodatku czyni to w celach pozaterapeutycznych. Zabiegi dokonywane w jego obrębie często cechują się niewspółmiernym nakładem środków w stosunku do osiąganych lub spodziewanych rezultatów. Są niezwykle kosztowne, uciążliwe i niezbyt skuteczne²⁰⁴. Dla zobrazowania przywołajmy jeszcze raz postać D. Avnera znanego jako «człowiek kot». Koszt całej serii operacji plastycznych, które przeszedł wycenia się na około 200000 dolarów amerykańskich. Sam Avner nigdy nie potwierdził tej kwoty, a pytanie o poniesione wydatki skwitował jednym słowem:

²⁰² Por. 14 najbardziej ekstremalnych modyfikacji ludzkiego ciała, [Online]. <http://www.weekendowo.pl/ciekawostki/p,14najbar dziej-ekstremalnych-modyfikacji-ludzkiego-ciala.html>, [dostęp: 06.07.2017].

²⁰³ Por. K. BOMBER, O. KOMARNICKA-JĘDRZEJEWSKA, *Godność i śmierć w umieraniu*, [w:] A. GUZOWSKI, E. KRAJEWSKA-KULAK, G. BEJDA, (red.), *Kultura śmierci, kultura umierania*, Białystok 2016, s. 58-59; A. BARTOSZEK, *Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne leczenia*, [w:] EB, s. 554-560.

²⁰⁴ Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa...*, dz. cyt.

«dużo»²⁰⁵. Abstrahując od tych spekulacji, wydaje się uprawnionym stwierdzenie, że poniesiony przez niego nakład finansowy był i tak ogromny, uciążliwość związana z przeżyciem zabiegów plastycznych nie mniejsza, a skuteczność z punktu widzenia obiektywnego stanu zdrowia wręcz negatywna.

Akceptacja powyższych działań uderza w zasadę sprawiedliwości społecznej²⁰⁶. Grozi ona nasileniem konfliktów międzyludzkich, wynikających z pogłębiania przepaści i nierówności, jakie zachodzą pomiędzy społeczeństwami bogatymi i biednymi, zwłaszcza w kwestii dostępu do dobra wspólnego (w tym osiągnięć medycyny) i jego sprawiedliwego podziału. Skrajne niebezpieczeństwo polegające na stworzeniu nowego rodzaju nierówności społecznych, wyrażające się w kastowości, wydają się nieść ze sobą, obecne w nurcie *przemiany ku lepszemu* idee transhumanistyczne. Sugeruje się, że ewentualny podział na kasty rysowałby się następująco: na szczycie drabiny społecznej – kasta scyborgizowanych, niżej – scyborgiozwani w mniejszym stopniu, a na samym dole – grupa naturalnych ludzkich osobników. Nietrudno zauważyć, że taka sytuacja to stan totalitaryzacji, nowa forma niewolnictwa w społeczności transhumanów²⁰⁷. Podobne przesłanie niesie nakręcony w 1997 roku przez Andrew Niccolà film *Gattaca*, ukazujący między innymi potencjalne konsekwencje rewolucji biotechnologicznej. Fabuła przenosi widza w nieodległą przyszłość, w której rozwinięte manipulacje genetyczne są codziennością, gdzie normą staje się zapłodnienie *in vitro*. Rodzice pragnący dziecka, z pomocą specjalistów mogą zaprogramować jego genotyp. Powstałe sztucznie ludzkie zarodki poddawane są modyfikacjom genetycznym polegającym na usuwaniu wrodzonych wad lub eliminowaniu negatywnych inklinacji, takich jak alkoholizm czy skłonność do przemocy. W wyniku prowadzonych działań struktura społeczeństwa ulega wyraźnej polaryzacji. Z jednej strony stanowią ją «doskonali» bądź «prawie doskonali» pod względem genetycznym (*valids*), a z drugiej «wybrakowani» (*in-valids*), będący dziełem przypadku, a więc poczęci drogą naturalną. Główny bohater filmu Vincent, poczęty przez

²⁰⁵ Por. V.R. CASAVANT, *Catman's transformation raises concerns over extreme surgery*, [Online]. <http://www.seattletimes.com/seattle-news/catmans-transformation-raises-concerns-over-extreme-surgery/>, [dostęp: 07.07.2017].

²⁰⁶ „Idea sprawiedliwości społecznej zawiera dwa istotne elementy: 1) afirmacja podmiotowości i praw wszystkich grup społecznych i całych społeczności; 2) postulat tworzenia ich dobra wspólnego i proporcjonalnego z niego korzystania”. J. KOWALCZYK, *Idea sprawiedliwości społecznej w kontekście procesu globalizacji*, [w:] „Annales. Etyka w życiu gospodarczym”, 11 (2008), nr 1, s. 221.

²⁰⁷ Por. T. GRABIŃSKA, dz. cyt., s. 70.

przypadek, a więc «wybrakowany», postanawia wbrew panującemu dyktatowi zdobyć stanowisko, które zarezerwowane jest jedynie dla «doskonałych» i zostać astronautą w planowanej misji na Tytana²⁰⁸.

5.4. Debata etyczna wokół medycznego wzmacniania człowieka

Debata etyczna dotycząca doskonalenia człowieka za pomocą środków biotechnologicznych nasiliła się na przestrzeni ostatnich lat. Roztrząsane są kwestie dopuszczalności, a niekiedy nawet obowiązkowości zastosowania konkretnego rodzaju medycznego wzmocnienia. Jak dotąd nie udało się wypracować zgody na to, jak najlepiej sklasyfikować różne stanowiska przyjmowane w tym dyskursie²⁰⁹. Generalnie przyjmuje się, że spór toczy się pomiędzy biokonserwatystami, a więc tymi, którzy z mniejszą lub większą powściągliwością oceniają możliwość dopuszczalności praktycznego zastosowania technik medycznej poprawy człowieka, i zwolennikami ulepszania, nazywanymi niekiedy bioliberalami²¹⁰ (np.: posthumaniści, transhumaniści). Ujęcia te nie są jednak jednolite. Ich przedstawiciele odwołują się do różnych tradycji filozoficznych (widać to szczególnie u biokonserwatystów), a poglądy przez nich prezentowane charakteryzują się wewnętrznym zróżnicowaniem²¹¹.

Do najbardziej znanych biokonserwatystów możemy zaliczyć: L. Kassa, F. Fukuyamę, J. Habermasa czy M. Sandela²¹². Po przeciwnej, bioliberalnej stronie znajdują

²⁰⁸ Por. K. SOLAREWICZ, *Nadnatura. Wzjęcie człowieka przyszłości we współczesnej debacie naukowej i popularnonaukowej*, [w:] „Acta Universitatis Wratislaviensis – Prace kulturoznawcze”, 14 (2012), nr 2, s. 104-106.

²⁰⁹ Por. A. GIUBILINI, dz. cyt., s. 233-234.

²¹⁰ Szerzej na temat bioliberalizmu i biokonserwatyizmu por. R. ROACHE, S. CLARKE, *Bioconservatism, bioliberalism, and the wisdom of repugnance*, [w:] MBR, 28 (2009), nr 1, s. 1–21. A.L. Caplan w celu uniknięcia konotacji politycznych terminów bioliberalizm i biokonserwatyizm sugeruje, aby określać zwolenników medycznego wzmacniania meliorystami, a przeciwników antymeliorystami. Por. A.L. CAPLAN, *Good, better or best*, [w:] J. SAVULESCU, N. BOSTROM (red.), *Human Enhancement*, Oxford 2009, s. 199-209.

²¹¹ M. SONIEWICKA, *Biologiczne podstawy moralności w kontekście genetycznego ulepszania człowieka*, [w:] B. BROŻEK, K. ELIASZ, Ł. KUREK, J. STELMACH (red.), *Naturalizm prawniczy: interpretacje*, Wolters Kluwer 2015, s. 279-280. Środowisko biokonserwatywne stanowi konglomerat różnych punktów widzenia. W kręgach tych problem praktycznego zastosowania technologii poprawy i doskonalenia człowieka rozpatrywany jest wieloaspektowo. Rozważane są rozmaite argumenty za i przeciw. Bierze się pod uwagę możliwość pojawienia się w przyszłości negatywnych konsekwencji *medical enhancement*. Sytuacja ta sprawia, że niejednokrotnie postuluje się zachowanie dalekowzroczności czy mniejszej lub większej ostrożności odnośnie do wyrażenia zgody na działania tego typu.

²¹² Por. M. SONIEWICKA, *Transhumanizm: kilka uwag na temat filozoficznych źródeł sporu o ideę biomedycznego ulepszania moralnego*, [w:] EiP, 6 (2015), nr 1, s. 39.

się entuzjaści medycznego ulepszania. Wśród nich możemy wymienić: takich przedstawicieli, jak: J. Savulescu, I. Persson, N. Bostrom, R. Kurzweil, N. Agar, A. Sandberg, G. Kahane, T. Douglas czy J. Harris²¹³. Mówiąc najkrócej, pierwsza grupa, wychodząc z rozmaitych założeń, promuje ochronę i zachowanie tego, co naturalne. Druga, podważa wartość ludzkiej natury, dostrzegając jej niedoskonałości i braki, dążąc do jej poprawy²¹⁴.

W celu uporządkowania powyższego podziału A. Giubilini i S. Sanyal proponują, aby zamiast dychotomii biokonserwatyzm – bioliberalizm używać trójpodziału²¹⁵ na stanowiska: konserwatywne, restrykcyjne i permissywne. Grupa pierwsza, a więc konserwatywni to ci, którzy sprzeciwiają się użyciu biotechnologii w celu radykalnej zmiany natury ludzkiej. Drugą grupę tworzą ci, którzy ją w jakimś stopniu ograniczają (*restrictive*) – nie wnoszą oni zastrzeżeń co do istoty działań ulepszających i akceptują je, ale obawiają się o niezamierzone konsekwencje konkretnej praktyki udoskonalającej²¹⁶. I wreszcie trzecie stanowisko zajmują entuzjaści wzmocnienia, czyli zalecający (*permissive*) takie działania. Przyjrzyjmy się w zarysie tym trzem grupom zapatrywań na kwestie biomedyczne.

5.4.1. Stanowisko konserwatywne

W debacie dotyczącej doskonalenia człowieka obóz konserwatywny wnosi wyraźny sprzeciw wobec stosowania osiągnięć biotechnologicznych w celu wprowadzania głębokich, radykalnych²¹⁷ zmian w ludzką naturę. Swój punkt widzenia uzasadnia argumentami, które można zgrupować w dziewięć punktów²¹⁸:

Po pierwsze, przedstawiciele ci odwołują się do tak zwanego argumentu «z mądrości natury»²¹⁹, przypominając, że do naturalnego porządku świata należy odnosić się

²¹³ Por. M. SONIEWICKA, *Biologiczne podstawy moralności...*, dz. cyt., s. 279-280.

²¹⁴ Por. M. SONIEWICKA, *Transhumanizm: kilka uwag...*, dz. cyt., s. 39.

²¹⁵ A. Giubilini, S. Sanyal dokonując trójpodziału nie podają wprost, jakich autorów należy zaliczyć do danej grupy. Czytelnik może do tego dojść odnajdując w grupie konserwatywnych, restrykcyjnych bądź permissywnych konkretny argument i jego autora.

²¹⁶ Por. A. GIUBILINI, S. SANYAL, dz. cyt.

²¹⁷ Radykalnych, czyli takich, które w konsekwencji mogłyby doprowadzić do całkowitej transformacji natury ludzkiej, do czego dążą transhumaniści. Stanowisko konserwatywne nie głosi idei, że w żadnym przypadku nie powinno się ingerować w naturę ludzką. Gdyby tak było, trzeba by zakazać wszelkich zabiegów, których celem jest poprawa zdrowia człowieka, nawet takich, jak operacje wyrostka robaczkowego, podawanie antybiotyków, czy transplantacje. Por. M. FERDYNUS, dz. cyt., s. 17-18.

²¹⁸ Por. A. GIUBILINI, S. SANYAL, dz. cyt., s. 238-241.

²¹⁹ Por. T. ŻURADZKI, *Nowa liberalna eugenika: krytyczny przegląd argumentów przeciwko biomedycznemu poprawianiu ludzkiej kondycji fizycznej lub umysłowej*, [w:] DM, (2014), nr 24, s. 218-220.

z pokorą, a także nie żywić złudzeń, że dzięki interwencjom biotechnologicznym człowiek jest w stanie z łatwością go poprawić²²⁰. Pomimo ciągłego rozwoju nauki i wiedzy nasze zrozumienie złożoności ludzkiej natury wciąż jest ograniczone. Dotyczy to zwłaszcza genotypu ludzkiego. Według F. Fukuyamy interakcje zachodzące pomiędzy pojedynczymi genami i cechami fenotypowymi są bardzo złożone. Zmiana dowolnego pojedynczego genu lub sekwencji genetycznej w celu uzyskania pożądanej cechy może mieć negatywne, niezamierzone konsekwencje dla ekspresji innych cech²²¹. Dla zobrazowania posłużmy się przykładem użytym przez samego Fukuyamę:

„Allel odpowiedzialny za anemię sierpowatą daje również odporność na malarię, co wyjaśnia, dlaczego posiada go tak wielu czarnoskórych ludzi – ich przodkowie pochodzą z Afryki, gdzie malaria była bardzo rozpowszechnioną chorobą. Naprawienie genu warunkującego anemię sierpowatą może więc zwiększyć podatność na malarię, co nie miałyby wielkiego wpływu na życie ludzi w Ameryce Północnej, lecz zaszkodziłoby posiadaczom nowego genu w Afryce”²²².

Zbieżny pogląd dotyczący negatywnych, niepożądanych konsekwencji działań poza-terapeutycznych, związanych z poprawą człowieka wyraziła w 2003 roku Prezydencka Rada Bioetyki w swoim Raporcie *Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness*. Przewodniczył jej wtedy cytowany wielokrotnie w niniejszej pracy L. Kass²²³. W raporcie podkreślono, że

„Ludzkie ciało i umysł, wysoce złożone, finezyjnie zrównoważone wynikiem stopniowej i wytężonej ewolucji narażone jest na ryzyko wypływające z jakiegokolwiek źle pojętej próby «poprawy»”²²⁴.

Po drugie, poddanie się technologicznemu imperatywowi może spowodować tak zwany efekt «równi pochyłej». Argument ten przestrzega przed sytuacją, w której działanie

²²⁰ Por. F. FUKUYAMA, *Koniec człowieka...*, dz. cyt., s. 125.

²²¹ Por. A. GIUBILINI, S. SANYAL, dz. cyt., s. 238.

²²² F. FUKUYAMA, *Koniec człowieka...*, dz. cyt., s. 101-102.

²²³ Por. A. GIUBILINI, S. SANYAL, dz. cyt., s. 238.

²²⁴ A Raport of The President's Council on Bioethics: *Beyond Therapy. Biotechnology...*, dz. cyt., s. 287. „The human body and mind, highly complex and delicately balanced as a result of eons of gradual and exacting evolution, are almost certainly at risk from any ill-considered attempt at «improvement»”.

wyjściowe w wyniku kolejnych, następujących po sobie, związanych z nim działań, doprowadza do negatywnych konsekwencji. Można powiedzieć, że argument ten kieruje do podmiotu decyzyjnego wezwanie: «Uważaj, nie ryzykuj!» Jego skrajne przyjęcie, a więc potraktowanie na serio obaw, które formułuje mogłoby doprowadzić do sytuacji zatrzymania wszelkiego postępu²²⁵. Na pewno nie o to chodzi. Wydaje się, że paradygmat rozwoju powinien zawsze uwzględniać i budować na postawie roztropności oraz ostrożności. B. Chyrowicz zauważa:

„Dyskusja wokół argumentu «równi pochyłej» to (...) dyskusja nad moralną oceną ryzyka towarzyszącego praktycznym zastosowaniom osiągnięć współczesnej nauki. (...) Sama etyka nie odpowie na pytanie o realność katastrofalnych skutków. Jeśli argument «równi pochyłej» wykorzystywany będzie np. w dyskusji na temat zagrożeń związanych z genetycznymi manipulacjami na ludzkim embrionie, koniecznym warunkiem uprawomocnienia argumentu okaże się odwołanie do szczegółowej wiedzy z zakresu genetyki człowieka. Posługujący się argumentem «równi pochyłej» dyskutant musi zatem dysponować wiedzą na temat «inkryminowanej» ingerencji, w przeciwnym razie bardzo łatwo mu o stawianie arbitralnych tez niemających pokrycia w rzeczywistości»²²⁶.

Po trzecie, jeśli mowa o ryzyku związanym z podejmowanymi działaniami wzmacniającymi człowieka i jego gatunek, nie sposób pominąć argumentu «z odpowiedzialności za przyszłe pokolenia», który porusza kwestię dalekosiężnych skutków tychże działań²²⁷.

Po czwarte, natura ludzka posiada wewnętrzną, niezbywalną wartość. Człowiek dysponuje wrodzoną godnością, którą w wyniku radykalnych działań związanych z *medical enhancement* może utracić²²⁸. Ta krucha esencja człowieczeństwa, zagrożona rewolucją biotechnologiczną, dla człowieka religijnego jest darem pochodzącym od Boga. Dla niewierzącego może nią być natura ludzka wraz z cechami właściwymi gatunkowi *homo*

²²⁵ Por. B. CHYROWICZ, *Argumentacja we współczesnych...*, dz. cyt., s. 17-18.

²²⁶ Tamże, s. 18.

²²⁷ Por. Tamże, s. 20-22.

²²⁸ Por. E. KACZMAREK, *Autentyczność emocji w bioetycznym sporze o ulepszenie człowieka. Czy „pigulka szczęścia” może dać prawdziwe szczęście?*, [Online]. http://www.etyka.uw.edu.pl/wp-content/.../1Autentycznosc_emocji__EKaczmarek_pre print.pdf, [dostęp: 17.07.2017].

sapiens, wspólnymi wszystkim ludziom²²⁹. F. Fukuyama pisze, że największa obawa wiąże się z tym, iż:

„Biotechnologia w końcu w jakiś sposób odbierze nam człowieczeństwo – pewną nieodłączną cechę, która zawsze, mimo wszystkich zewnętrznych zmian w ludzkiej kondycji na przestrzeni dziejów, była podstawą naszego poczucia, kim jesteśmy i dokąd zmierzamy. Co gorsza, możemy doprowadzić do takiej zmiany, nie zauważając, że straciliśmy coś o wielkiej wartości. Możemy znaleźć się po drugiej stronie przepaści między historią człowieka, a historią poczwóliczą i nawet nie dostrzec, że już przekroczyliśmy granicę, ponieważ zapomnieliśmy, czym była ta nieodłączna cecha”²³⁰.

W podobnym duchu, pojmując życie ludzkie jako dar wypowiada się M. Sandel. Zwraca on uwagę, że działania udoskonalające ludzką naturę powodują, że nie potrafimy w pełni «docenić daru w postaci umiejętności i osiągnięć człowieka»²³¹. Chodzi o to, aby

„Mieć świadomość, że ludzkie talenty i zdolności nie są wyłącznie naszą zasługą i nie należą w pełni do nas, mimo naszych wysiłków, żeby je rozwijać i wykorzystywać. To mieć świadomość, że nie wszystkim możemy dowolnie rozporządzać”²³².

Zdaniem Sandela praktyki udoskonalające propagują i uczą niewłaściwych postaw i jako takie powinny spotkać się z moralnym sprzeciwem. Przykładem może być nieposkromiona pycha u rodziców, którzy projektują własne potomstwo, roszcząc sobie prawo do kontroli nad tajemnicą życia²³³. Choć Sandel deklaruje, że jego sprzeciw względem projektów *human enhancement* ma charakter świecki, a nie religijny trudno oprzeć się wrażeniu, że w swej argumentacji bardzo często wykorzystuje sformułowania teologiczne, choćby wyrażenie «dar życia»²³⁴.

²²⁹ Por. F. FUKUYAMA, *Koniec człowieka...*, dz. cyt., s. 129-130.

²³⁰ Tamże, s. 129.

²³¹ M. SANDEL, *Przeciwko udoskonalaniu człowieka...*, dz. cyt., s. 34.

²³² Tamże.

²³³ Por. T. ŻURADZKI, *Nowa liberalna eugenika...*, dz. cyt., s. 214.

²³⁴ Por. Tamże, s. 215.

Kolejny, piąty argument związany jest z dążeniem do doskonałości chrześcijańskiej. W perspektywie wiary życie ludzkie jawi się nie tylko jako dar²³⁵ otrzymany od Stwórcy, ale również jako zadanie²³⁶. Osiągnięcie doskonałości stanowi istotną część tego zadania. W procesie nabywania doskonałości chrześcijańskiej chodzi, nie tyle o zmaganie się z niedoskonałościami ludzkiej natury (właściwie *human enhancement*), ale raczej o to, aby przyjąć prawdę o człowieku, o jego naturze i w oparciu o nią formować siebie i swoje człowieczeństwo²³⁷. Jak pisze T. Kraj:

„W grę wchodzi (...) kształtowanie własnego człowieczeństwa dokonywane nie wyłącznie o własnych siłach i nie w oparciu o własne pomysły pomijające prawdę o człowieku i o celu jego życia, jakim jest osobowe spełnienie, osiągające swą pełną i najdoskonalszą postać w zjednoczeniu z Bogiem”²³⁸.

Autor ten wskazuje równocześnie, że sprzeciw wobec radykalnych form ludzkiego wzmocnienia nie oznacza przyjęcia postawy bierności czy braku zaangażowania w sprawy związane z życiem na tym świecie. Akceptacja prawdy o sobie wiąże się z uznaniem specyficznego miejsca, jakie człowiek zajmuje w świecie i związanego z nim swoistego traktowania siebie i każdego innego człowieka, w którym jest miejsce na ludzki wysiłek, a także na przyjęcie Bożego daru, jakim jest życie otwarte na współpracę z łaską, zwłaszcza na cnoty nadprzyrodzone²³⁹.

Po szóste, biomedyczne udoskonalanie człowieka może prowadzić do naruszenia ludzkiej autonomii. Projekty ulepszające linii zarodkowej mające na celu kreację «istot ludzkich dobranych według płci lub innych wcześniej ustalonych właściwości»²⁴⁰ niosą zagrożenie w postaci biologicznego niewolnictwa. Genetyczna modyfikacja potomstwa jawi się jako forma rozporządzania życiem przyszłych pokoleń i degradacji dzieci do rangi rzeczy. W tym przypadku wolność osobista i wolność etyczna ulegają znacznemu ograniczeniu²⁴¹. J. Habermas pisze:

²³⁵ Por. DV, [w:] *W trosce...*, dz. cyt., s. 371.

²³⁶ Por. J. GUZOWSKI, *Życie ludzkie jako dar i zadanie*, [w:] SW, (2010), nr 47, s. 231-246.

²³⁷ Por. T. Kraj, dz. cyt., s. 278.

²³⁸ Tamże, s. 278-279.

²³⁹ Por. Tamże, s. 279.

²⁴⁰ DV, [w:] *W trosce...*, dz. cyt., s. 371.

²⁴¹ Por. S. WARZESZAK, *Etyka odpowiedzialności za życie*, Warszawa 2008, s. 268-269; T. KRAJ, dz. cyt., s. 189-190; J. HABERMAS, *Przyszłość natury ludzkiej. Czy mierzymy do eugeniki liberalnej?*, Scholar 2003.

„Ulepszające ingerencje eugeniczne naruszają etyczną wolność w tej mierze, w jakiej krępują pacjenta odrzucanymi przezeń, ale nieodwracalnymi zamiarami osób trzecich i tym samym nie pozwalają, by pojmował sam siebie jako wyłącznego autora własnego życia”²⁴².

Po siódme, niektórzy przedstawiciele konserwatywności w celu ukazania, że praktyka ulepszania ludzi pociąga za sobą negatywne i złe konsekwencje posiłkują się argumentem intuicyjno-emocjonalnym. Odwołują się w znacznym stopniu do etycznych intuicji, obaw czy spontanicznego poczucia odrazy, obrzydzenia, niesmaku, jakie pojawiają się u człowieka podczas wyobrażeń dotyczących zabiegów ulepszających istoty ludzkie np. w przypadku ich genetycznej modyfikacji²⁴³. Y. Levin zwraca uwagę, że po sklonowaniu owcy *Dolly* w 1996 roku, gdy perspektywa klonowania istot ludzkich nagle stała się realna, niemal natychmiast ponad 90% Amerykanów intuicyjnie opowiedziało się przeciw takiej praktyce. Uczynili to zanim zdążono sformułować jakiegokolwiek poważne, rzeczowe argumenty przeciw klonowaniu człowieka. Ten sam autor zauważa, że ważnym zadaniem bioetyki konserwatywnej jest przekształcenie intuicji, uczuć moralnych w silne argumenty moralne²⁴⁴.

Ósmy argument stanowi przekonanie, że w życiu człowieka niezbędne są negatywne strony egzystencji, takie jak: cierpienie, ból, choroba, smutek czy wreszcie śmierć. Są one właściwe człowiekowi, wpisane w jego jestestwo. Czy przedstawiciel *homo sapiens* zmodyfikowany genetycznie, nie odczuwający bólu, «szczęśliwy» będzie charakteryzować się właściwym stopniem empatii? Czy będzie potrafił wczuć się w sytuację innej, cierpiącej istoty ludzkiej? Czy jest możliwy świat, w którym wszyscy i zawsze będą «szczęśliwi», pozbawieni cierpienia? W perspektywie tych pytań widać, że dążenie do całkowitego wyeliminowania negatywnych stron życia ludzkiego jest obraniem niewłaściwego kierunku. Wydaje się, że miejsce postawy dążącej do przekraczania wszelkich ograniczeń natury ludzkiej powinna zająć postawa ich przyjęcia i akceptacji²⁴⁵. Z punktu widzenia chrześcijanina, w tym miejscu należy przypomnieć i podkreślić prawdę o zbawczym wymiarze cierpienia.

²⁴² Tamże, s. 71.

²⁴³ Por. E. KACZMAREK, *Autentyczność emocji*, dz. cyt.

²⁴⁴ Por. Y. LEVIN, *The Paradox of Conservative Bioethics*, [Online]. <http://www.thenewatlantis.com/publications/the-paradox-of-conservative-bioethics>, [dostęp: 17.07.2017].

²⁴⁵ Por. E. KACZMAREK, *Autentyczność emocji*, dz. cyt.

I wreszcie, po dziewiąte, wprowadzanie radykalnych zmian w naturze ludzkiej jest niczym innym jak «zabawą w Boga» lub inaczej «odgrywaniem roli Boga». Argument ten znany jest w świecie bioetycznym jako zarzut *playing God*²⁴⁶. Jak pisze B. Chyrowicz:

„Metafora «odgrywanie roli Boga» pojawiła się w literaturze już w latach siedemdziesiątych minionego wieku. Oznaczała ona (i oznacza do dziś) nieuprawnione przypisywanie sobie przez człowieka boskich prerogatyw, takich jak na przykład decydowanie o życiu i śmierci pacjentów przez praktykowanie eutanazji lub stosowanie metod wspomaganej prokreacji (...). Argument oparty o metaforę odgrywania roli Boga zakłada najogólniej, że pewne formy ingerowania przez człowieka w naturę są moralnie niedopuszczalne»²⁴⁷.

Co istotne, kontekst występowania tego argumentu nie jest tylko i wyłącznie teologiczny. Literatura przedmiotu podaje różne wersje argumentu zabawy w Boga²⁴⁸. Próbę ich uporządkowania podjął N. Holtung. Wymienia je w następującej kolejności²⁴⁹: (1) przypisywanie sobie przez człowieka boskich prerogatyw, (2) działanie wbrew naturze, (3) podejmowanie decyzji opartych na niewłaściwym oszacowaniu jakości życia oraz (4) manipulowanie naturą, którego skutków człowiek nie jest w stanie przewidzieć. Wydaje się, że pierwsze dwa warianty mają charakter teologiczny, a trzeci i czwarty odnoszą się do kontekstu filozoficznego²⁵⁰. Obecnie argument *playing God* nabiera szczególnej wyrazistości w perspektywie działań *medical enhancement* – takich, które mogłyby spowodować radykalną zmianę natury ludzkiej. Zdaje się on ostrzegać, że praktyki te stanowią zagrożenie, zwłaszcza co do nieprzewidywalności i dalekosiężności skutków, które mogą wywołać²⁵¹.

Warto na koniec zaznaczyć, że nazwa «konserwatywne» nadana pierwszemu stanowisku jest dosyć pejoratywna. Tytułu tego chętnie używa się w kręgach popierających wszelkie interwencje prowadzące do *przemiany ku lepszemu*. Chodzi o to, aby zdeprecjonować przeciwników i ich argumenty. W ten sposób dąży się do marginalizacji środowisk, które

²⁴⁶ Por. M. FERDYNUS, dz. cyt., s. 14. Szerzej na ten temat por. C.A.J. COADY, *Playing God*, [w:] J. SAVULESCU, N. BOSTROM (red.), *Human Enhancement*, Oxford 2009, s.155–180.

²⁴⁷ B. CHYROWICZ, *Argumentacja we współczesnych...*, dz. cyt., s. 14-15.

²⁴⁸ Por. Tamże, s. 15.

²⁴⁹ Por. N. HOLTUNG, *Altering Humans - The Case For and Against Human Gene Therapy*, [w:] CQoHE, 6 (1997), nr 2, s. 158-159. Cytat za: B. CHYROWICZ, *Argumentacja...*, dz. cyt., s. 15; por. M. FERDYNUS, dz. cyt., s. 16.

²⁵⁰ Por. Tamże.

²⁵¹ Por. Tamże, s. 18.

w rzeczywistości odznaczają się «zdrowym sposobem myślenia». Wydaje się, że właściwszą nazwą byłoby tutaj określenie «stanowisko realistyczne».

5.4.2. Stanowisko restrykcyjne

Przedstawiciele tego kierunku, akceptując *przemianę ku lepszemu*, podnoszą argumenty związane z potencjalnym zagrożeniem, jakie płynie z wdrożenia konkretnego działania wzmacniającego. Wyrażają oni następujące obawy:

- Brak sprawiedliwego dostępu do drogich technologii poprawy człowieka spowoduje znaczne zaostrzenie nierówności pomiędzy biednymi a bogatymi²⁵².
- Przesunięcie zainteresowania lekarzy specjalistów na «realizowanie się» w intratnej branży *medical enhancement* i na spełnianie pragnień bogatych pacjentów²⁵³ może skutkować zmniejszeniem ilości personelu medycznego zaangażowanego w tradycyjną opiekę kliniczną. W ten sposób standardowy nadzór medyczny może okazać się gorszy jakościowo, trudniej dostępny i droższy. A to z kolei nie pozostanie bez wpływu na sytuację biedniejszej większości świata²⁵⁴.
- *Medical enhancement* stosowany na przestrzeni kolejnych pokoleń niesie ze sobą ryzyko zaistnienia dwóch osobnych gatunków, z których jeden zdominuje drugi²⁵⁵.
- Społeczeństwo rozwarstwione w wyniku działań związanych z *genetic enhancement* może zdestabilizować i zagrozić wypracowywanej przez wieki zachodniej tradycji demokratycznej²⁵⁶.
- Niektóre spośród ulepszeń mogą być zwykłym oszustwem. Sytuacja ta dotyczy wspomaganie nieuczciwej rywalizacji w sporcie czy stosowania leków wzmacniających zdolności poznawcze takie jak: pamięć, koncentracja, lepsza

²⁵² Por. M.J. MEHLMAN, J.R. BOTKIN, *Access to the Genome: The Challenge to Equality*, Georgetown 1998.

²⁵³ Por. E. PELLEGRINO, *Biotechnology, Human Enhancement...*, dz. cyt.

²⁵⁴ Por. M.J. SELGELID, *Moderate eugenics and human enhancement*, [w:] MHCaP, 17 (2014), nr 1, s. 11.

²⁵⁵ Por. L.M. SILVER, *Remaking Eden: Cloning, Genetic Engineering and the Future of Human Kind*. London 1999; W. DUCH, *Gdzie nas zaprowadzą neuronauki?*, [w:] E. DRYGALSKA (red.), *Interfejsy, kody, symbole – przyszłość komunikowania*, Wrocław 2016, s. 39-40.

²⁵⁶ Por. M.J. MEHLMAN, *Wondergenes: Genetic Enhancement and the Future of Society*, Indiana University Press 2003, s. 120.

umiejętność rozwiązywania problemów w celu zdobycia przewagi nad konkurencją na rynku pracy czy też podczas trwania toku edukacji²⁵⁷.

- Niektóre z działań podejmowanych w obrębie nurtu *transformatio ad optimum* noszą znamiona podobieństwa do praktyk eugenicznych z okresu pierwszej połowy XX wieku. Zagrożenie realizacji postulatów eugenicznych w ramach tak zwanej «nowej eugeniki» powiązanej z *medical enhancement* wydaje się jak najbardziej realne²⁵⁸.

M. Sandel stwierdza:

„Cień eugeników wisi nad dzisiejszymi debatami dotyczącymi inżynierii genetycznej oraz wzmocnienia”²⁵⁹.

5.4.3. Stanowisko permisywne

Zwolennicy *human enhancement* odrzucają argumenty swych oponentów, odwołując się do tak zwanego argumentu «*status quo*»²⁶⁰. Według nich środowiska przeciwnie udoskonalaniu człowieka uznają «obecną kondycję umysłową i fizyczną, która jest wynikiem procesów ewolucji, za optymalną»²⁶¹. Mając awersję wobec ewentualnych strat postanawiają utrzymywać i bronić obecnego stanu rzeczy, pozbawiając się tym samym możliwych zysków²⁶². W wielu przypadkach, jak pisze T. Żuradzki, «jest to niewłaściwa (nieracjonalna) skłonność do faworyzowania danej opcji wyłącznie ze względu na niechęć do naruszenia zastanego stanu rzeczy»²⁶³.

Entuzjaści medycznego doskonalenia człowieka w uzasadnieniu swojego stanowiska powołują się również na racje welfarystyczne. Skoro *enhancement* przyczynia się do budowania i maksymalizacji lepszej jakości życia, do wzrostu dobrobytu, to jest on jak najbardziej dopuszczalny, a w niektórych, konkretnych przypadkach wręcz obligatoryjny²⁶⁴.

²⁵⁷ Por. A. GIUBILINI, S. SANYAL, dz. cyt., s. 236-237.

²⁵⁸ Por. F. FUKUYAMA, *Koniec człowieka...*, dz. cyt., s. 96.

²⁵⁹ M.J. SANDEL, *The Case Against Perfection. What's wrong with designer children, bionic athletes, and genetic engineering*, [Online]. <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2004/04/the-case-against-perfection>, [dostęp: 15.07.2017].

²⁶⁰ Por. W. LEWANDOWSKI, *Biokonserwatyzm i preferencja status quo*, [w:] *EiP*, 6 (2015), nr 1, s. 72-84.

²⁶¹ T. ŻURADZKI, *Nowa liberalna eugenika...*, dz. cyt., s. 220.

²⁶² Por. D. KAHNEMAN, A. TVERSKY, *Prospect Theory: An Analysis of Decisions under Risk*, [w:] „*Econometrica*”, 47 (1979), nr 2, s. 263-292.

²⁶³ T. ŻURADZKI, *Nowa liberalna eugenika...*, dz. cyt., s. 221.

²⁶⁴ Por. A. GIUBILINI, S. SANYAL, dz. cyt., s. 234-235.

Na przykład I. Persson wraz z J. Savulescu wnioskuje, że doskonalenie moralne (*moral enhancement*) jest konieczne²⁶⁵ przynajmniej w celu zapobieżenia pewnym negatywnym postawom i zachowaniom. Do zachowań tych zaliczają ataki terrorystyczne czy zagrażającą istnieniu gatunku ludzkiego grabieżczą gospodarkę zasobami naturalnymi. Środek zaradczy upatrują w odpowiednich interwencjach genetycznych czy aplikowaniu środków farmakologicznych, służących pokonaniu luk moralnych²⁶⁶ poprzez zaprogramowanie u danej osoby wyższego poziomu empatii czy obniżenie agresji²⁶⁷. Uważają, że skoro edukatorom moralnym, stosującym tradycyjne metody nauczania (rozumowanie, myślenie, kazuistyka) nie udało się przez długie tysiąclecia osiągnąć zadowalających wyników, to najwyższy czas, aby sięgnąć po nowe, takie, które skutecznie pozwolą ludzkości na konsekwentną, praktyczną realizację reguł współżycia społecznego²⁶⁸.

J. Savulescu argumentuje ponadto, że rodzice decydujący się na procedurę sztucznego zapłodnienia *in vitro* są moralnie zobowiązani do dokonania selekcji preimplantacyjnej właściwego embrionu. Powinni wybrać taki, który rokuje najwyższe prawdopodobieństwo życia z najlepszym samopoczuciem²⁶⁹.

6. POSTĘP BIOTECHNOLOGII – NADZIEJE I ZAGROŻENIA

Po przedstawieniu dylematów etycznych związanych z *medical enhancement* i przybliżeniu stanowisk obecnych we współczesnej debacie bioetycznej przejdźmy do personalistyczno-chrześcijańskiego ujęcia postępu biotechnologicznego.

Słowa Boga zawarte w Księdze Rodzaju, a skierowane do człowieka: «...abyście zaludnili ziemię i uczynili ją sobie poddaną...» (Rdz 1, 28) obligują do tego, aby w sposób racjonalny gospodarować zasobami świata. Słowa te nie oznaczają przyzwolenia na tyranie wyrażającą się w bezwzględny i instrumentalny obchodzeniu się ze światem osób i rzeczy. Owszem, chodzi o dominację, ale rozumianą jako postawa mądrego, roztropnego

²⁶⁵ I. PERSSON, J. SAVULESCU, *The Perils of Cognitive Enhancement and the Urgent Imperative to Enhance the Moral Character of Humanity*, [w:] JAP, 25 (2008), nr 3, s. 166–167.

²⁶⁶ Por. *Moral enhancement*, [Online]. http://www.philosophynow.org/issues/91/Moral_Enhancement, [dostęp: 12.07.2017].

²⁶⁷ Por. A. GIUBILINI, S. SANYAL, dz. cyt. s. 235; I. PERSSON, J. SAVULESCU, *Unfit for the Future. The Need for Moral Enhancement*, Oxford University Press 2012; M. SONIEWICKA, *Biologiczne podstawy moralności...*, dz. cyt. s. 280.

²⁶⁸ Por. E. NOWAK, *Doskonałość. Z genealogii...*, dz. cyt. s. 82.

²⁶⁹ Por. J. SAVULESCU, *Procreative beneficence: why we should select the best embryos*, [w:] BT, 15 (2001), nr 5-6, s. 425.

i odpowiedzialnego zarządzania; racjonalnego, pełnego szacunku traktowania osób i rzeczy; troski o otaczający świat, o jego przyszłość i przyszłość pokoleń, które nadchodzą. Człowiek jako zarządca świata jawi się jako ten, który ma swój współdział w dalszym kreowaniu otaczającej rzeczywistości, stając się tym samym współpracownikiem Boga²⁷⁰. J. Brusilo dodaje, że działanie ludzkie wypływające z nakazu «czynienia sobie ziemi poddaną» powinno zgadzać się z wolą Bożą, służyć dobru człowieka i budować jedność świata stworzonego²⁷¹. Instrukcja Kongregacji Nauki Wiary *Dignitas Personae* w swoim zakończeniu zawiera stwierdzenie, że podstawą nauczania moralnego Kościoła jest:

„uznanie i rozwijanie wszystkich darów, jakimi Stwórca obdarzył człowieka, takich jak życie, poznanie, wolność i miłość. Zatem należy w szczególny sposób docenić nie tylko poznawczą działalność człowieka, ale także jego działalność praktyczną, taką jak praca czy technologia. Człowiek, mający udział w stwórczej mocy Boga, jest powołany, by przez tę działalność przekształcać stworzenie, porządkując jego rozliczne zasoby, tak by służyły godności i dobrobytowi wszystkich ludzi i całego człowieka, a także ma strzec jego wartości i naturalnego piękna” (DP 36).

W tej perspektywie rozwój i postęp medycyny, genetyki i biotechnologii jawi się jako rzeczywistość pożądana, rodząca nadzieje związane z realizacją dobra całej ludzkości. Osiągnięcia naukowe odzwierciedlają nie tylko wielkość Stwórcy, ale również dostarczają nowych informacji, koniecznych do lepszego poznania biologicznej struktury człowieka. Otwierają nowe, szersze możliwości w zakresie leczenia chorób czy troski o zdrowie²⁷².

Niestety, obok czynników pozytywnych pojawiają się i nadużycia, które są niemożliwe do zaakceptowania²⁷³. Dla zobrazowania problemu odwołajmy się do przykładu prac związanych z konstruowaniem sztucznego łona. Projekt «sztucznej macicy», choć dosyć daleko zaawansowany, wciąż pozostaje w fazie badań i eksperymentów. Niemniej należy przypuszczać, iż już w niedługim czasie zamiar ten zostanie urzeczywistniony²⁷⁴. Jego realizacja z jednej strony umożliwiłaby rozwiązanie niezwykle trudnych dla personalistycznej

²⁷⁰ Por. M. FERDYNUS, dz. cyt. s. 15-16.

²⁷¹ Por. J. BRUSILO, *Wielkie religie świata wobec roślin i ich modyfikacji*, [w:] „Zeszyty Problemowe Postępów Nauk Rolniczych”, (2006), z. 523, s. 22.

²⁷² Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 156-166.

²⁷³ Por. DP 37.

²⁷⁴ Por. A. MUSZALA, *Dylematy moralne...*, dz. cyt., s. 39.

myśli etycznej dylematów, a z drugiej mogłaby stanowić dodatkowe zagrożenie dalszego pogłębienia «komercjalizacji» i «technicyzacji» ludzkiej prokreacji²⁷⁵. Sponuje się możliwość powstania dwóch rodzajów sztucznego łona. Pierwszy, to tak zwana «macica wczesna» mogąca przyjąć zarodki ludzkie zaraz po ich powstaniu (ektogeneza całkowita²⁷⁶) i drugi, czyli «macica późna» jako łono zapasowe, do którego trafiałyby embriony czy płody w późniejszym okresie rozwoju (częściowa ektogeneza), niezdolne do przeżycia w organizmie matki²⁷⁷. Skupmy najpierw naszą uwagę na drugim przypadku, gdyż on wydaje się nieść w sobie mniej problemów moralnych. Na jego korzyść przemawia sytuacja, w której (*per analogiam* do stosowanych inkubatorów) «macica późna» stanowi pomoc w ratowaniu życia dziecka w przypadkach ciąży pozamacicznej, choroby nowotworowej narządów rodnych matki i konieczności poddania się histerotomii w okresie ciąży, w sytuacji zatrucia organizmu rodzicielki, zagrażającemu życiu dziecka, w trudnościach z donoszeniem ciąży, w wypadku śmierci matki²⁷⁸.

«Macica wczesna» i jej ewentualne użycie wiąże się z wieloma nieetycznymi praktykami. Problematykę tę podejmuje Instrukcja Kongregacji Nauki Wiary *Donum Vitae*. Wymienia on działania, które stoją w opozycji względem moralności chrześcijańskiej. Należą do nich²⁷⁹:

- «Sztuczność» procesu,
- Stosowanie technik *in vitro*,
- Połączony z techniką *in vitro* transfer embrionu,
- Uniemożliwienie embrionowi/płodowi przebywania w naturalnym środowisku łona matki,
- Umiejscowienie embrionu w obcym środowisku,
- Możliwość eksperymentowania na embrionach. Obecnie z racji niedoskonałości skonstruowanych przyrządów umieszczenie embrionów w sztucznym łonie nie spełnia wszystkich kryteriów dopuszczalności działań eksperymentalnych. Chodzi o sytuację nabrania pewności odnośnie do nie wyrządzenia szkody embrionom²⁸⁰.

²⁷⁵ Por. Tamże, s. 41.

²⁷⁶ Por. W. SURMIAK, *O ciąży bez kobiety w ciąży – ektogeneza i próba jej bioetycznej oceny*, [Online]. [http://www.wtl.us.edu.pl/stih/1,2/STiH_01,2\(2011\)120-130.pdf](http://www.wtl.us.edu.pl/stih/1,2/STiH_01,2(2011)120-130.pdf), s. 121-123, [dostęp: 24.07.2017].

²⁷⁷ Por. A. MUSZALA, *Dylematy moralne...*, dz. cyt., s. 41-42.

²⁷⁸ Por. Tamże, s. 57.

²⁷⁹ Por. Tamże, s. 46-54.

²⁸⁰ Por. Tamże, s. 54. Kryteria moralnej dopuszczalności eksperymentów na ludzkich embrionach por. Tamże.

Jedynym przypadkiem, który byłby moralnie dopuszczalny i uzasadniony to skonstruowanie sztucznej macicy o rozmiarach pozwalających przenieść ją do organizmu kobiety (na zasadzie implantacji). Przy czym do zapłodnienia musiałoby dochodzić na drodze naturalnej, a nie dzięki *in vitro*. Chodzi tutaj o umożliwienie pełnego macierzyństwa kobietom, u których zdiagnozowano poważne uszkodzenie, deformację lub brak macicy²⁸¹. A. Muszala w swoich rozważaniach dotyczących sztucznego łona, pisze:

„...nie można być naiwnym i bezkrytycznie myśleć, iż sztuczna macica wykorzystana będzie do szlachetnych celów. Można podejrzewać, że niejednokrotnie znajdą się w niej zarodki powstałe na drodze zapłodnienia *in vitro*, niechciane płody, a nawet embriony adoptowane przez pary homoseksualne. Co więcej, dzięki istnieniu zewnętrznej wczesnej macicy teoretycznie możliwe byłoby nawet przeżywanie «macierzyństwa» przez mężczyznę pragnącego samotnie wychowywać swoje dziecko! Istnieje zatem poważne niebezpieczeństwo nieetycznego wykorzystania tego medycznego wynalazku. Jednakże fakt ten nie dyskredytuje całkowicie dążeń naukowców do jego wytworzenia, gdyż (...) można wskazać przynajmniej kilka przypadków, kiedy to sztuczna macica umożliwiała ratowanie ludzkiego życia w fazie prenatalnej lub spełnienie przez niepłodnych małżonków pragnienia dziecka z zachowaniem wszelkich chrześcijańskich zasad płciowości i rodzicielstwa”²⁸².

Sztuczne łono i jego ewentualne praktyczne zastosowania ukazują, w jaki sposób można wykorzystać współczesne osiągnięcia nauki i medycyny. Z jednej strony sztuczna macica może poszerzyć spectrum terapeutyczne umożliwiając przeżycie dziecka w sytuacjach skrajnych, zagrażających jego istnieniu (*restitutio ad integrum*). Z drugiej, może stać się narzędziem w rękach zwolenników idei *transformatio ad optimum* dopuszczających jej nieetyczne użycie w celach nieterapeutycznych.

Analogiczną sytuację obserwujemy w przypadku technologii NBIC. Nanourządzenia nie tylko umożliwiają dostęp do nowych informacji, ale mogą również wspomóc oraz ułatwić

²⁸¹ Por. Tamże, s. 54-56. A. Muszala pisze: „Gdyby (...) prace badawcze zakończyły się sukcesem, wówczas zarówno zapłodnienie, jak i cały prenatalny rozwój dziecka mógłby odbywać się wewnątrz organizmu matki. Mielibyśmy zatem do czynienia z zadziwiającą sytuacją zastosowania wczesnej sztucznej macicy bez ektogenezy! Ponieważ macica – w przeciwieństwie do jajników – należy do tzw. narządów funkcjonalnych, nie zaś decydujących o tożsamości osobowej, zatem taki zabieg jawiłby się jako moralnie akceptowalny”. Tamże, s. 56.

²⁸² Tamże, s. 57.

procesy leczenia wielu chorób (*restitutio ad integrum*). Czy jednak zdołają udoskonalić inteligencję człowieka lub sprawić, że stanie się on nieśmiertelny²⁸³, do czego dążą entuzjaści *medical enhancement*?

Kongregacja Nauki Wiary w Deklaracji *Questio de abortu* przypomina o pozytywnych i negatywnych konsekwencjach rozwoju naukowego:

„Postęp naukowy dostarcza technice, i będzie dostarczał w coraz większym stopniu, znakomitych środków, których następstwa mogą być bardzo poważne tak w dobrym, jak i w złym znaczeniu (...) (QA 17).

Z kolei Instrukcja *Dignitas Personae* zwraca uwagę, że na przestrzeni historii człowiek nadużywał i wciąż nadużywa swej władzy i zdolności. Robiąc zły użytek ze swoich umiejętności, stał się niekiedy wrogiem samego siebie. Nie inaczej jest w dobie, kiedy wyznacznikiem postępu człowieka stała się informatyka, badania na polu genetyki, medycyny i biotechnologii. Ich stosowanie względem gatunku ludzkiego prowadzi niejednokrotnie do oczywistych i niemożliwych do zaakceptowania nadużyć²⁸⁴. W tej perspektywie konieczne jest wskazanie granic *medical enhancement*; określenia, które z działań są dopuszczalne, a które nie pod względem etycznym.

7. GRANICE POPRAWY KU LEPSZEMU

Zanim podejmiemy próbę określenia granic ulepszania człowieka w ramach całości nurtu *transformatio ad optimum* odwołajmy się do stanowiska Jana Pawła II dotyczącego konkretnego przypadku medycznego wzmocnienia, jakim są manipulacje genetyczne.

Jan Paweł II wielokrotnie wyrażał swoje uznanie dla wysiłków prowadzonych przez uczonych, badaczy i lekarzy²⁸⁵. W 1993 roku podczas sympozjum zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk na temat *Aspekty prawne i etyczne badań nad genomem ludzkim*, zwrócił uwagę, że należy popierać te badania, które otwierają na nowe możliwości leczenia i terapii genetycznej, szanując jednocześnie życie i nietykalność podmiotów oraz zmierzające

²⁸³ Por. M. KLICHOWSKI, *Edukacja cyborgów...*, dz. cyt., s. 6.

²⁸⁴ Por. DP 36-37.

²⁸⁵ Por. S. KORNAS, *Współczesne badania prenatalne, a Encyklika Jana Pawła II Evangelium Vitae*, [w:] A. MŁOTEK, T. REROŃ, (red.), *Życie – dar nienaruszalny. Wokół Encykliki Evangelium Vitae*, Wrocław 1995, s. 137.

do ochrony lub przywrócenia zdrowia pacjentów, narodzonych lub mających się narodzić, dotkniętych śmiertelnymi chorobami. Przestrzegał równocześnie przed wykorzystaniem nowych odkryć w celach sprzeciwiających się poszanowaniu ludzkiej godności (eliminowanie na zasadzie selekcji embrionów dotkniętych przez choroby genetyczne lub charakteryzujące się patologicznymi cechami genetycznymi)²⁸⁶.

W odniesieniu do osiągnięć genetyki Jan Paweł II rozróżnia dwa rodzaje interwencji: terapeutyczne, zgodne z nurtem *restitutio ad integrum*, które są ukierunkowane na naturalny rozwój istoty ludzkiej i zmierzają do leczenia zaburzeń i chorób; oraz nieterapeutyczne, przekraczające granice ściśle pojętej terapii²⁸⁷, a popierane przez kręgi skupione wokół idei *transformatio ad optimum* i działań związanych z *human enhancement*. Według niego zabieg ściśle terapeutyczny zawiera się w logice chrześcijańskiej tradycji moralnej. Jego celem jest uzdrowienie z różnych chorób, również tych, które są wynikiem chromosomowych niedoborów²⁸⁸ i «w zasadzie będzie [on] zalecany byleby zmierzał do rzeczywistego, osobistego dobra człowieka i jednocześnie nie naruszał jego integralności, ani też nie szkodził jego zdrowiu»²⁸⁹.

Papież zauważa, że problem pojawia się w przypadku ingerencji w dziedzictwo genetyczne, przekraczające granice terapii *sensu stricto*²⁹⁰. Jan Paweł II nie odrzuca interwencji nieterapeutycznych, ale określa, jakie warunki, muszą zostać spełnione, a także jakie założenia zaakceptowane, aby można było je uznać za moralnie dopuszczalne²⁹¹.

Punktem wyjścia dla określenia podstawowych kryteriów dotyczących podejmowania decyzji dotyczących zabiegów «nie będących w ścisłym sensie terapeutycznymi, takich jak np. zabiegi zmierzające do poprawy stanu biologicznego człowieka»²⁹², jest antropologiczna wizja uznająca, że «natura biologiczna każdego człowieka jest nienaruszalna w tym sensie, że stanowi ona o osobistej tożsamości jednostki w ciągu całej jej historii»²⁹³. W ujęciu personalistycznym każda osoba ludzka jest bytem absolutnie niepowtarzalnym, jednością duszy i ciała dzięki czemu «w ciele i poprzez ciało dociera się do tej samej osoby w jej konkretnej rzeczywistości»²⁹⁴.

²⁸⁶ Por. JAN PAWEŁ II, *Etyczne problemy genetyki*, [w:] *W trosce...*, dz. cyt., s. 249.

²⁸⁷ Por. Tenże, *Podstawy deontologii lekarskiej*, [w:] *W trosce...*, dz. cyt., s. 206-207.

²⁸⁸ Por. Tamże, s. 206.

²⁸⁹ Tamże.

²⁹⁰ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 170-171.

²⁹¹ Por. JAN PAWEŁ II, *Podstawy deontologii...*, dz. cyt., s. 207.

²⁹² Tamże.

²⁹³ Tamże.

²⁹⁴ Tamże.

Nienaruszanie godności człowieka wiąże się zatem z poszanowaniem tej właściwej jemu identyczności²⁹⁵. Innymi słowy chodzi o postawę respektowania specyfiki ludzkiego gatunku, transcendentnego powołania ludzi i ich z niczym nieporównywalnej godności²⁹⁶.

Według papieża działania nieterapeutyczne, ingerujące w dziedzictwo genetyczne człowieka, mogą zostać zaakceptowane jeżeli spełniają następujące założenia²⁹⁷:

- Szanują naturalny początek życia ludzkiego. Chodzi o respekt dla prokreacji związanej nie tylko z biologicznym, ale i z duchowym zjednoczeniem rodziców, których łączy węzeł małżeński. Prokreacja winna mieć miejsce w akcie małżeńskim
- Respektują ludzką godność, a także wspólną naturę biologiczną człowieka, będącą fundamentem jego wolności.
- Unikają manipulacji, których celem byłaby modyfikacja patrymonium genetycznego oraz tworzenie klas ludzi odmiennych niż inni, co skutkowałoby nowymi podziałami w społeczeństwie.
- Nie wpływają z motywów redukujących pojęcie dobra ludzkiego, rasistowskich czy materialistycznych.
- Nie są podejmowane z pobudek ideologicznych lub ze względu na jedynie naukową lub społeczną użyteczność²⁹⁸.

Jan Paweł II podkreśla:

„Manipulacja genetyczna staje się arbitralna i niesprawiedliwa, gdy redukuje życie ludzkie do roli przedmiotu, gdy zapomina, że ma do czynienia z podmiotem ludzkim, zdolnym do myślenia i do wolności, godnym szacunku, niezależnie od tego, jakie są jego ograniczenia; lub gdy go traktuje według kryteriów nie opartych na integralnej rzeczywistości osoby ludzkiej, ryzykując naruszenie jego

²⁹⁵ Por. Tamże.

²⁹⁶ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 171.

²⁹⁷ Por. JAN PAWEŁ II, *Podstawy deontologii...*, dz. cyt., s. 207; T. KRAJ, dz. cyt., s. 171; Tenże, *Etyczne Aspekty genetycznej modyfikacji człowieka*, [Online]. <http://www.docplayer.pl/25640544-Tomasz-kraj-etyczne-aspekty-genetycznej-modyfikacji-czlowieka-symposium-6-1-9-79-90.html>, [dostęp: 26.07.2017].

²⁹⁸ Por. JAN PAWEŁ II, *Discorso di Giovanni Paolo II all'unione giuristi...*, dz. cyt., „Inoltre, nessuna utilità sociale o scientifica e nessuna motivazione ideologica potranno mai motivare un intervento sul genoma umano, che non sia terapeutico, cioè in se stesso finalizzato al naturale sviluppo dell'essere umano”.

godności. W tych przypadkach naraża ona człowieka na to, że będzie zdany na kaprys innych, pozbawiając go jego własnej autonomii»²⁹⁹.

W tym świetle postęp nauki, w tym biomedycyny, winien zachować maksymalny szacunek wobec wartości moralnych, stojących na straży godności osoby ludzkiej. A skoro życie człowieka oraz jego zdrowie w hierarchii wartości medycznych zajmują najwyższe miejsce, są dobrem fundamentalnym, to pojawia się konieczność podkreślenia i respektowania zasady podstawowej³⁰⁰: «najpierw zapobiegać wszystkiemu, co szkodzi, następnie zaś poszukiwać i dążyć do dobra»³⁰¹.

T. Kraj zauważa, że entuzjastów wykorzystania osiągnięć technologii genetycznej w celu modyfikowania ludzkich cech można podzielić na dwie grupy. Pierwszą z nich stanowią transhumaniści, dążący do kreacji nowej, «doskonałej» istoty – tzw. «postczłowieka». Druga grupa to zwolennicy mniej radykalnych zmian postulujący pojedyncze interwencje, koncentrujący się na doskonaleniu wybranych ludzkich cech. W świetle moralnych wskazań Magisterium Kościoła katolickiego projekty transhumanistyczne są jednoznacznie nie do zaakceptowania. Ocena mniej radykalnych form rodzi pewne trudności, zwłaszcza, że w nauczaniu moralnym Kościół dopuszcza niektóre nieterapeutyczne zabiegi genetyczne, dotyczące osób dorosłych. Czyni to, co prawda, w sposób ogólny, ale faktem jest, że w ten sposób nie zamyka bramy do wszelkich poszukiwań na tym terenie. Dalsza dyskusja ze zwolennikami genetycznego ulepszania wymaga uwzględnienia różnych punktów widzenia, sięgnięcia po argumenty nie tylko teologiczne, ale również filozoficzne (rozumowe), w tym metafizyczne³⁰².

T. Kraj, trzymając się tej dewizy, formułuje interesującą tezę, że granicę genetycznych manipulacji, mających ulepszyć człowieka stanowi *cnota*, czyli «ludzki sposób osiągnięcia doskonałości właściwej człowiekowi»³⁰³. W swej argumentacji autor ten przypomina, że ludzka egzystencja jest dynamiczna i zmierza ku swej pełni, ku doskonałości, a więc ku ludzkiemu osobowemu spełnieniu, które wyraża się poprzez harmonijny rozwój wszystkich, tkwiących w człowieku potencjalności. Owego spełnienia nie da się osiągnąć bez partycypacji w pewnych

²⁹⁹ JAN PAWEŁ II, *Podstawy deontologii...*, dz. cyt., s. 207.

³⁰⁰ Por. Tamże.

³⁰¹ Tamże.

³⁰² Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 296-298.

³⁰³ Tamże, s. 298.

ludzkich dobrach. Nabycie tych dóbr wiąże się z trudem, przede wszystkim duchowym. Owoc tego wysiłku, poza konkretnym dobrem stanowi również swoista zręczność wprowadzania rozumnego ładu w sferę ludzkich dążeń i pragnień. Nabycie tej umiejętności to nic innego jak właśnie *cnota*. Istnieje jednak silna pokusa, aby zwolnić się z «ludzkiego» wysiłku i zastąpić go technicznymi środkami. Ulegnięcie jej skutkuje brakiem wypracowania w sobie *cnoty*, porządkującej ludzkie wnętrze i zapewniającej osiągnięcie szczytu doskonałości ludzkiej (osobowe spełnienie)³⁰⁴.

Idąc dalej krakowski bioetyk stwierdza:

„W oparciu o analizę *ludzkiego* działania, można powiedzieć, iż granicą dozwolonej genetycznej manipulacji ulepszającej jest cnota i to wszystko, co ją umożliwia i do niej prowadzi. Jeśli manipulacja genetyczna przez siebie samą lub poprzez swe skutki utrudnia lub uniemożliwia osiągnięcie cnoty, czyli uniemożliwia lub przeszkadza do właściwej człowiekowi doskonałości, to nie może ona uzyskać aprobaty moralnej. Podobnie wszelkie manipulacje mające na celu lub sprawiające skutek, jakim jest zastąpienie sprawności właściwej człowiekowi jako istocie rozumnej i wolnej, albo które utrudniają osiągnięcie danej sprawności na sposób *ludzki*, należy uznać za niemożliwe do zaakceptowania”³⁰⁵.

Entuzjaści genetycznych manipulacji ulepszających twierdzą, że zapewnią wyższy poziom ludzkiej doskonałości. Zapominają niestety, że środki techniczne eliminując to, co «ludzkie» w człowieku skutecznie zamykają sobie drogę do osiągnięcia tego celu. W tym świetle granicę genetycznych modyfikacji człowieka stanowi to, co w człowieku określane jest jako «*humanum*», którego przejawem charakterystycznym dla ludzkiej doskonałości jest cnota, stanowiąca w związku z tym kryterium moralnej akceptacji wszelkich ulepszających projektów»³⁰⁶.

Omówiony powyżej przykład dotyczący możliwych do zaakceptowania manipulacji genetycznych stanowi jedynie wycinek, szczegółowy przypadek szerszego zagadnienia jakim są granice dopuszczalności wszelkich działań poza terapeutycznych, rozumianych obecnie jako *medical enhancement*, a postulowanych w ramach nurtu *transformatio ad optimum*. W jego

³⁰⁴ Por. Tamże.

³⁰⁵ Tamże, s. 298-299.

³⁰⁶ Tamże, s. 299.

obrębie nauka i technika (farmakologia, informatyka, nanotechnologia itd.) może zostać wykorzystana w celu udoskonalenia człowieka, jego życia i działania. Postęp biomedycyny może sprawić, że istota ludzka żyć będzie dłużej, lepiej i przyjemniej, że jej działania będą sprawniejsze i skuteczniejsze. Pozostaje jednak istotne pytanie: gdzie leży granica stosowania osiągnięć techniki i nauki w celach wzmacniających człowieka i jego naturę?³⁰⁷

Wydaje się uzasadnione, aby kryteria określone przez Magisterium Kościoła względem nieterapeutycznych interwencji genetycznych przenieść *per analogiam* na całość działań postulowanych na gruncie *przemiany ku lepszemu* (np. operacje plastyczne, suplementacja i wzmocnienie fizyczne, technologie NBIC). Zabieg taki z pewnością ułatwi ich ocenę pod kątem etycznym, pomoże określić czy są one moralnie dopuszczalne czy też nie. Można również jak pisze T. Kraj «pokusić się o stwierdzenie, iż podobnie jak w przypadku genetycznej modyfikacji człowieka tą granicą będzie *humanum*. To, co ludzkie, należy rozwijać, nie zaś eliminować, wprowadzając w to miejsce rzeczowe substytuty, które ostatecznie ograniczają *ludzkie* nimi władanie»³⁰⁸.

8. PODSUMOWANIE

Z punktu widzenia personalizmu chrześcijańskiego postęp w dziedzinie medycyny i biomedycyny jest czymś pozytywnym i jako taki domaga się kontynuacji. Jednak, jak przypomina papież Franciszek, prawdziwą miarą postępu jest to, czy zważa on na dobro każdego człowieka i całego człowieka³⁰⁹ i dlatego winien on zawsze uwzględniać normy moralne wypływające z integralnej wizji osoby ludzkiej.

Zwolennicy *transformatio ad optimum* dążą do udoskonalenia człowieka i jego gatunku za pomocą *medical enhancement*. Dysponują oni coraz szerszym zakresem środków technicznych, które umożliwiają poprawienie istot ludzkich. W swoich dociekaniach snują wizje przyszłości tworząc projekty *nowego człowieka*.

Przed etyką chrześcijańską stoi zadanie rozwikłania dylematu, które z technik i metod stosowanych w ramach *przemiany ku lepszemu* są do zaakceptowania pod względem moralnym, a które nie. Odwołanie się do wspomnianej powyżej integralnej wizji osoby ludzkiej,

³⁰⁷ Por. Tamże.

³⁰⁸ Tamże.

³⁰⁹ Papież w swej wypowiedzi powołuje się na słowa swego poprzednika Pawła VI. Por. FRANCISZEK, *Address of his Holiness Pope Francis to participants...*, dz. cyt.

a także uwzględnienie tego, iż dążenie do doskonałości, do osobowego spełnienia winno realizować się na sposób ludzki, wypływający z niczym nieporównywalnej godności człowieka (*powołanie transcendentne, humanum, rozwój cnót*) stanowi pomoc w rozwiązaniu tej kwestii.

I tak: niemożliwe do zaakceptowania pod względem moralnym są wszelkie techniki, metody i projekty postulowane w ramach *transformatio ad optimum*, które nie pozwalają człowiekowi na osiągnięcie danej sprawności na sposób *ludzki (humanum)*³¹⁰; które uprzedmiotawiają jego życie, nie szanują jego naturalnych początków, nie dostrzegają w nim ludzkiego podmiotu, zdolnego do myślenia, obdarzonego godnością i wolnością; które nie respektują jego integralnej rzeczywistości jako osoby³¹¹. Zakazane są praktyki mające podłoże: rasistowskie, materialistyczne, redukcjonistyczne, ideologiczne, użyteczności naukowej i społecznej. Należy wykluczyć czynności, które mogą wpłynąć negatywnie na kondycję przyszłych pokoleń, jak również te, które sprzyjają wprowadzaniu nowych podziałów klasowych³¹².

W niniejszej pracy skoncentrowano się na kilku przykładach pozaterapeutycznych działań podejmowanych w ramach współczesnej medycyny. Namysł dotyczący techniczno-medycznej strony tych praktyk zestawiony z personalistycznymi kryteriami etyczności pozwala uznać za niedopuszczalne pod względem moralnym:

- Czynności wykorzystujące procedurę sztucznego zapłodnienia *in vitro*.
- Niektóre zabiegi implantacyjne – te, których celem jest udoskonalenie naturalnych funkcji istoty ludzkiej lub wyposażenie jej w jakąś zupełnie nową cechę.
- Stosowanie dopingu w rywalizacji sportowej.
- Operacje plastyczne, których motywem staje się realizacja własnych fantazji i pragnień, chęć upodobnienia się do idealnego wzorca, a także zwykła próżność.

Oczywiście w ramach nurtu *przemiany ku lepszemu* można wymienić jeszcze inne działania dokonywane za pomocą środków medycznych, które winny zostać zakazane. Należą do nich między innymi:

³¹⁰ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 299.

³¹¹ Por. JAN PAWEŁ II, *Podstawy deontologii...*, dz. cyt., s. 207.

³¹² Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 195; JAN PAWEŁ II, *Podstawy deontologii...*, dz. cyt., s. 207; Tenże, *Discorso di Giovanni Paolo II all'unione giuristi...*, dz. cyt.

- Projekty transhumanistyczne.
- Aborcja i eutanazja.
- Diagnostyka preimplantacyjna.
- Kastracja i sterylizacja.
- Tworzenie ludzkich chimer i hybryd.
- Zabiegi ksenotransplantacyjne zmieniające naturę człowieka.
- Tworzenie cyborgów.
- Podejmowane w ramach *genetic enhancement*: eugeniczna inżynieria linii zarodkowej i klonowanie człowieka poprzez transfer jądra komórkowego.

Normy etyczne przyjęte w ramach nurtu personalistyczno-chrześcijańskiego mają za zadanie chronić człowieka przed złym użyciem osiągnięć nauki. Tymczasem – jak widać na podstawie przytoczonych powyżej przykładów – entuzjaści *transformatio ad optimum*, pragnąc udoskonalić człowieka i jego gatunek, niejednokrotnie sięgają po środki etycznie niegodziwe. Tym samym łamią obowiązującą w etyce zasadę, że nie tylko cel musi być dobry, ale również działania, które do niego prowadzą.

Należy podkreślić, że nie każdy rozwój jest postępem. Nauka powinna się rozwijać, ale uwzględniając odpowiednią koncepcję człowieka. Prawdziwy postęp, jest zawsze poprawą, czyli taką zmianą, której celem jest integralne ulepszenie kondycji ludzkiej we wszelkich jej wymiarach: duchowym, materialnym, indywidualnym i społecznym.

Jakie są zatem osiągnięcia naukowe, techniki i metody medyczne zgodne z nurtem *przemiany ku lepszemu*, które są do zaakceptowania pod względem moralnym? Jak zaznaczono we wcześniejszych fragmentach pracy niezwykle trudno jest uchwycić granicę pomiędzy *treatment* a *enhancement*. Wymienione poniżej metody i środki stosowane w medycynie niekiedy naruszają granice ściśle pojętej terapii, lecz ich stosowanie jest dopuszczalne w przypadku wzięcia pod uwagę ewentualnych zagrożeń i respektowania norm etyki personalistyczno-chrześcijańskiej:

- Szczepionki polepszające naturalną odporność ludzkiego organizmu.
- Wszczepianie sztucznych implantów.
- Suplementy diety.

- Wykorzystanie późnej sztucznej macicy w celach zachowania przy życiu płodów, które nie przeżyłyby w naturalnych warunkach.
- Diagnostyki prenatalne.
- Podejmowane w ramach *genetic enhancement*: terapia genowa linii somatycznej i klonowanie DNA (ich replikacja) oraz komórek (namnażane komórki tworzą linie komórkowe np. sztucznej skóry).

Przytoczone praktyki stanowią jedynie ilustrację dla rozpatrywanego problemu dotyczącego etyczności aktywności medycznych, które wykraczają poza obręb terapii *sensu stricto*. Ich katalog jest bardzo szeroki i niewątpliwie w najbliższym czasie będzie się poszerzać.

Na koniec jeszcze kilka istotnych wniosków dotyczący nurtu *przemiany ku lepszemu*:

Po pierwsze, w nurcie *transformatio ad optimum* brak jest zainteresowania wypełnianiem klasycznych, zasadniczych celów medycyny (prewencja, terapia, przynoszenie ulgi w bólu, opieka nad chorymi). Akcent kładzie się na osiągnięcie stanu nowej, lepszej jakości życia; zwiększenie «naturalnej» wydajności czy wytrzymałości organizmu człowieka. Tym samym akceptuje się nowe, nieterapeutyczne cele działalności medycznej.

Po drugie, rodzi się pytanie, skoro idea *przemiany ku lepszemu* odchodzi od zasadniczych celów sztuki leczenia, to czy uprawnione jest stosowanie terminu «medycyna» względem praktyk podejmowanych w jej obrębie? A. Muszala porusza ten wątek w swych rozważaniach dotyczących zjawiska *medycyny luksusowej*. Zwraca on uwagę, że działania tego typu- choć pretendują do bycia medycyną – w rzeczywistości nią nie są. Stanowią jedynie pewien rodzaj usługi, wykorzystujący wiedzę i techniki medyczne. W tym świetle postuluje rezygnację z terminu *medycyna luksusowa* i zastąpienie go nazwą «nieterapeutyczne usługi medyczne»³¹³. Analogiczna sytuacja ma miejsce w przypadku innych określeń – takich jak: *medycyna pragnień* czy *medycyna wzmacniająca*. Wykorzystanie tutaj terminu «medycyna» wydaje się być zwykłym nadużyciem.

Po trzecie, polemika dotycząca dopuszczalności *transformatio ad optimum* stanowi składową sporu o model medycyny. Na jej kanwie widać doskonale różnice antropologiczne,

³¹³ Por. A. MUSZALA, *Medycyna luksusowa – ocena etyczna...*, dz. cyt.

jakie dzielą przeciwników i zwolenników *medical enhancement*. Do rozstrzygnięcia pozostaje niezwykle istotna kwestia «czy nauki biomedyczne mają służyć integralnie pojętemu dobru osoby ludzkiej, czy też jakimś innym priorytetom indywidualnym i społecznym?»³¹⁴.

Po czwarte, dążenie do *przemiany ku lepszemu* wyływające zasadniczo z pobudek materialistycznych, ideologicznych, utylitarnych itp. osłabia klasyczny etos lekarski wypracowany przez wieki w ramach nurtu *restitutio ad integrum*, przewartościowując równocześnie świat deontologii medycznej. Dla nauk biomedycznych niejednokrotnie ważniejszym staje się spełnianie egoistycznych zachcianek (zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym), aniżeli wierność obiektywnym, stałym i niezmiennym wartościom.

W świetle powyższych faktów widać, że nurt *transformatio ad optimum* niesie w sobie istotne zagrożenia, dotyczące klasycznej wizji medycyny. Nie jest to jednak powód do zanegowania go i odrzucenia w całej rozciągłości. To, co dobre, co zgodne z mającą swe korzenie w przysiędze Hipokratesa koncepcją personalistyczną, należy zachować i wykorzystać. W tym miejscu rodzi się potrzeba czujności, aby postęp technologiczny, nowe osiągnięcia biomedycyny, w tym środki i metody pozaterapeutyczne, spełniając określone warunki ich etycznego zastosowania, służyły całościowemu dobru osoby ludzkiej, a nie spełnianiu indywidualnych zachcianek czy wyimaginowanych i utopijnych społecznych wizji.

W celu rozwiązywania współczesnych problemów moralnych istotne wydaje się przypomnienie postulatu dotyczącego powoływania przy uczelniach oraz instytutach medycznych komisji etycznych i bioetycznych. W ich skład oprócz lekarzy specjalistów winni wchodzić przedstawiciele innych zawodów: pielęgniarki, prawnicy, filozofowie i teologowie³¹⁵. Jak pisze D. Ślęczek-Czakon:

„Problemy moralne współczesnych cywilizacji mogą i muszą być podejmowane na drodze rzeczowej, racjonalnej dyskusji, w której każda orientacja moralna będzie mogła przedstawić swoje argumenty, a także konfrontować je z argumentami innych orientacji”³¹⁶.

³¹⁴ Tamże.

³¹⁵ Por. A. NAWROCKA, *Etos w zawodach...*, dz. cyt., s. 140-142.

³¹⁶ D. ŚLĘCZEK-CZAKON, *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, Katowice 2004, s. 31.

ZAKOŃCZENIE

Medycyna, w dobie postępu technicznego i technologicznego, jawi się jako coraz bardziej skuteczne antidotum na wszelkiego rodzaju ludzkie dylematy i trudności. Dostrzega się w niej uniwersalne narzędzie mogące służyć wyjaśnieniu i rozwiązaniu rozmaitych problemów związanych z egzystencją człowieka – nie tylko w wymiarze indywidualnym, ale również społecznym czy prawnym. W ten sposób nasila się zjawisko określane jako medykalizacja życia lub medykalizacja ludzkiego ciała. Aktywności lekarskie nie ograniczają się tylko i wyłącznie do terapii (*restitutio ad integrum*). W praktyce medycznej coraz częściej wykorzystywane są działania pozaterapeutyczne (*transformatio ad optimum*), a więc niestanowiące odpowiedzi na chorobę lub jej objawy, ale dążące do *wzmocnienia, udoskonalenia* czy *poprawy* kondycji człowieka i jego gatunku (*enhancement*).

Fenomen *wzmocnienia medycznego* wyzwała obecnie mnóstwo emocji. Z jednej strony napawa optymizmem pozwalając z nadzieją patrzeć w przyszłość, z drugiej stanowi źródło wielu zagrożeń i niebezpieczeństw. Jako taki domaga się oceny etycznej. Niniejsza rozprawa starała się podjąć to wyzwanie. W zamyśle piszącego stanowiła próbę namysłu etycznego nad fenomenem *medical enhancement*. Z punktu widzenia personalizmu chrześcijańskiego pragnęła wskazać to, co w nim dobre, służące integralnie pojętemu dobru osoby ludzkiej i to, co budzi zastrzeżenia natury moralnej, co powinno być zakazane.

Analiza źródeł i opracowań dotyczących interesującego nas zagadnienia pokazała, że rzetelna ocena etyczna *medycznego wzmocnienia* nie byłaby możliwa bez odwołania się do wiedzy interdyscyplinarnej. Innymi słowy, aby ukazać problematykę ludzkiego doskonalenia w szerokiej, całościowej perspektywie konieczne stało się uwzględnienie kontekstu historycznego, filozoficznego, a także teologicznego.

Pracę podzielono na wstęp, cztery rozdziały i zakończenie.

W rozdziale pierwszym zostały przybliżone dzieje klasycznej, terapeutycznej idei *restitutio ad integrum* postrzegającej medycynę jako tę, której celem i zadaniem jest leczenie, przywracanie zdrowia. Ukazano przyczyny, które sprawiły, że na gruncie *ars medica* aż do

końca średniowiecza idea ta cieszyła się wyłącznością. W tym okresie sztuka leczenia nie była zainteresowana poprawianiem człowieka. Dążenie do ludzkiej doskonałości posiadało wymiar duchowy, moralny, związany z rozwojem cnót. Wpływało ono z refleksji filozoficznej i teologicznej. Jak pokazała historia, sytuacja ta z czasem uległa zmianie. Wraz z nastaniem renesansu i czasów nowożytnych narodził się pozaterapeutyczny nurt *przemiany ku lepszemu* (*transformatio ad optimum*). Ludzie w nowym świetle spojrzeli na świat, siebie i medycynę. Dostrzegli w niej narzędzie, które umożliwia doskonalenie człowieka i jego gatunku. Proces uświadamiania sobie tego faktu rozciągnął się w czasie i stopniowo od początkowych, teoretycznych rozważań przeszedł do sfery *praxis*.

W drugim rozdziale przedstawiono historię nurtu *przemiany ku lepszemu*, jego genezę i rozwój, a także wskazano główne czynniki, które wpłynęły na taki, a nie inny stan rzeczy.

Wnioski dotyczące obu nurtów, wypływające z analizy materiału zgromadzonego w pierwszym i drugim rozdziale można ująć w formę tabeli:

NURT	<i>RESTITUTIO AD INTEGRUM</i>	<i>TRANSFORMATIO AD OPTIMUM</i>
Cel działań medycznych	Terapeutyczny <i>Leczenie (treatment)</i>	Pozaterapeutyczny <i>Wzmocnienie (enhancement)</i>
Czas wpływu na oblicze medycyny	Od początków medycyny do dzisiaj	Od renesansu do dzisiaj
Płaszczyzna doskonalenia	Sztuka leczenia nie jest zainteresowana udoskonalaniem człowieka	Medyczne udoskonalanie człowieka i jego gatunku
GLÓWNE CZYNNIKI UMACNIAJĄCE POZYCJĘ NURTU (w danym okresie)		
<i>RESTITUTIO AD INTEGRUM</i> (od początków medycyny do końca średniowiecza)		<i>TRANSFORMATIO AD OPTIMUM</i> (od renesansu do dzisiaj)
1. Położenie akcentu na doskonalenie sfery duchowej i moralnej. Wpływa ono z filozoficzno-teologicznych przesłanek, greckiego i chrześcijańskiego ideału upodobnienia do bogów/Boga (<i>homoiosis theoi</i>) – Pitagorejczycy, Stoicy, Sokrates, Platon, Klemens Aleksandryjski, Atanazy Wielki, Tomasz z Akwinu.		1. Absolutyzacja ciała człowieka. Akcent przesunięty na doskonalenie za pomocą środków medycznych. Poprawa funkcjonowania ludzkiego organizmu, psychiki i zachowań społecznych. Odrzucenie filozofii spekulatywnej, idei Boga i duchowości, redukcja otaczającej rzeczywistości wyłącznie do materii.

<p>2. Ograniczone możliwości i środki techniczne. Niewielka wiedza dotycząca ludzkiego ciała.</p> <p>3. Odwołanie do leczących sił samej natury (Hipokrates). Postulat nieprzekraczania jej granic: prawdziwa sztuka naśladowuje naturę (Arystoteles i zasada <i>mimesis</i>); natura stworzona przez doskonałego Boga (Grzegorz z Nyssy, Tomasz z Akwinu, Hildegarda z Bingen).</p> <p>4. Ogólnie przyjęta doskonałość modelu wszechświata. Wizja kosmogoniczna zasadniczo spójna dla starożytności i średniowiecza. Geocentryczny model świata, postrzegany jako uporządkowany makrokosmos zbudowany z czterech żywiołów, charakteryzujący się harmonią i ładem (Tomasz z Akwinu, Bonawentura).</p> <p>5. Przyjęcie teorii humoralnej (Hipokrates, Galen). Ludzki organizm (<i>mikrokosmos</i>) odpowiada ustrojowi wszechświata (<i>makrokosmos</i>). Tak jak otaczający świat zbudowany jest z czterech żywiołów, tak organizm ludzki składa się z czterech cieczy (<i>humorów</i>). Zdrowie (<i>eukrasia</i>) to zachowanie równowagi, właściwego porządku pomiędzy humorami, składowymi ciała. Choroba (<i>dyskrasia</i>) to brak między nimi odpowiednich proporcji. Zadania lekarza są tutaj terapeutyczne i polegają na podjęciu takich praktyk, które pomogą przywrócić naturalną harmonię humorów, czyli stan decydujący o właściwym funkcjonowaniu cielesnego ustroju człowieka.</p> <p>6. Wiara w nieomylny charakter odwiecznych prawideł, w tezy głoszone przez dawne autorytety. Podstawą działalności lekarskiej normy ogólne (<i>uniwersalia</i>), pochodzące od myślicieli takich jak Hipokrates i Galen. Najważniejsze są ich teoretyczne zalecenia i wskazówki dotyczące sposobu leczenia. Empiryzm schodzi tutaj na dalszy plan.</p>	<p>2. Dowartościowanie doświadczenia. Poznanie ludzkiego ciała. Nowe możliwości wypływające z postępu naukowo-technicznego. Świadomość rosnącej kreatywności twórczej człowieka (Paracelsus, A. Wesaliusz, A. Paré, Michał Anioł, F. Bacon).</p> <p>3. Postawienie człowieka na piedestale. Postulat określenia na nowo granic ludzkiej wolności i stojących przed nim możliwości (G. Mirandola, F. Bacon). Wezwanie do poznania ludzkiej natury (F. Petrarca, G. Mirandola). Rosnące przeświadczenie, że przekraczanie granic natury jest nie tylko dozwolone, ale wręcz wskazane. Opanowanie praw przyrody drogą do zapewnienia człowiekowi szczęścia. (F. Bacon, N. de Condorcet, posthumaniści, transhumaniści).</p> <p>4. Świat jest zmienny, niedoskonały, znajduje się w stanie ciągłego przekształcania. Człowiek ma nie tylko prawo, ale i obowiązek podejmowania takich działań, które sprawią, że nie tylko otaczająca rzeczywistość, ale również on sam stanie się lepszym i doskonalszym (M. Condorcet).</p> <p>5. Stopniowe odejście od fizjologii humoralnej na rzecz jatromechaniki i mechaniki. Proces ten rozpoczął się już w renesansie, by ostatecznie zakończyć się w połowie XIX stulecia. (I. Newton, W. Harvey, Kartezjusz, T. Hobbes, J. O. De La Mettrie). Teoria humoralna ze swym rozumieniem świata i człowieka, dominująca od wielu wieków została zakwestionowana. Ujęcie ciała ludzkiego jako maszyny, jak pokazuje historia, stało się impulsem do rozwoju koncepcji związanych z konstruowaniem i sprawowaniem kontroli nad organizmem człowieka.</p> <p>6. Zerwanie ze ślepą wiarą w nieomylność wcześniejszych autorytetów (F. Petrarca, Paracelsus). Otwarcie na empirię, na rozwój nauk, nowych technik i technologii. Wiara w postęp (M. Condorcet, A. Comte).</p> <p>7. Marzenia o możliwości przedłużania ludzkiego życia (F. Bacon, Kartezjusz, M. Condorcet) i literackie wizje przyszłości człowieka (M. Shelley, H.G. Wells, A. Huxley)</p> <p>8. Ujęcie człowieka jako przypadkowego, niedoskonałego i naturalistycznego produktu ewolucji (interpretatorzy K. Darwina). Myśl eugeniczna (F. Galton i jego następcy)</p>
--	--

	<p>9. Absolutyzacja autonomii pacjenta. Uwaga skierowana na spełnianie jego marzeń, pragnień czy żądań.</p> <p>10. Posthumanizm i transhumanizm (N. Bostrom, M. More, J. Savulescu, I. Persson, R. Kurzweil, J. Harris i inni).</p>
<p>Uwaga!</p> <p>Medycyna klasyczna opiera się na terapeutycznej idei <i>powrotu do zdrowia</i>. Czynniki, które sprzyjały jej mocnej pozycji do końca średniowiecza były różne. Niektóre z nich, jak pokazuje historia okazały się błędne (np. teoria humoralna), inne wyływały z uwarunkowań epoki czy aktualnego stanu wiedzy (np. ograniczone możliwości i środki techniczne), a inne są wciąż aktualne (np. podkreślanie wymiaru terapeutycznego medycyny).</p> <p>Obecnie pozycji idei <i>restitutio ad integrum</i>, a co za tym idzie klasycznej wizji medycyny bronią myśliciele i lekarze dostrzegający zagrożenia i niebezpieczeństwa, jakie niesie w sobie nurt <i>transformatio ad optimum</i>. Należą do nich między innymi: L. Kass, M. Sandel, F. Fukuyama, T. Biesaga, T. Kraj, A. Muszala, G. Hołub, P. Morciniec, M. Machinek, B. Chyrowicz.</p>	

Współczesne oblicze medycyny kreowane jest przez oba nurty. Zasadniczą i nadrzędną rolę w tym procesie nadal pełni prąd terapeutyczny, odwołujący się do idei *restitutio ad integrum*. Jednak obok niego, coraz silniejszą pozycję zajmuje nurt wnoszący postulaty pozaterapeutyczne, wzywające do poprawy istot ludzkich (*transformatio ad optimum*). Do aktywności lekarskich, które przekraczają granice terapii możemy zaliczyć między innymi: eksperymenty, praktyki medyczne związane z zagadnieniami prokreacji, zabiegi przerywania ciąży, inżynierię genetyczną, implantologię, chirurgię plastyczną i kosmetyczną, kastrację i sterylizację, operacje zmiany płci, stosowanie doping w sporcie czy czynności lekarskie narzucane przez władze.

W trzecim rozdziale pracy przybliżono cztery wybrane działania medyczne, które w różnym stopniu wpisują się w nurt *przemiany ku lepszemu*. Łamią one wprost lub pośrednio (w zależności od okoliczności) granice terapii.

Po pierwsze, wykazano nieterapeutyczność procedury sztucznego zapłodnienia *in vitro*. Skoro w terapii chodzi o przywrócenie stanu pierwotnego (*restitutio ad integrum*), jakim jest płodność to technikę, dzięki której niepłodna kobieta może urodzić dziecko, pozostając dalej niepłodną – bardzo trudno nazwać leczeniem.

Po drugie, zwrócono uwagę na sytuacje i okoliczności, w których wymiaru pozaterapeutycznego nabierają zabiegi implantacyjne. Dzieje się tak w przypadku technicznej

ingerencji w organizm ludzki, mającej na celu udoskonalenie funkcji właściwych człowiekowi lub wyposażenia go w jakąś nową, dodatkową cechę.

Po trzecie, przywołano zagadnienie doping w sporcie. Rosnący potencjał medycyny sprawia, że problem sztucznego zwiększania wydolności organizmu wydaje się narastać. Pomimo, że działania te charakteryzują się ewidentną nieterapeutycznością i są zakazane przez WADA, to wciąż znajdują się ci, którzy dla osiągnięcia wyniku i sukcesu decydują się je wykorzystać.

I wreszcie jako czwarte, przedstawiono praktyki medyczne wchodzące w zakres chirurgii plastycznej. Ich terapeutyczność lub nieterapeutyczność wypływa z powodu, dla którego są wykonywane. I tak, w przypadku wystąpienia konkretnej anatomiczno-fizjologicznej patologii operacja plastyczna stanowi zabieg terapeutyczny. Inaczej jest w sytuacji, w której chirurg staje się realizatorem fantazji, próbuje przeciwdziałać frustracji czy ulega pragnieniom wynikającym z ludzkiej próżności pacjenta. Trudno jest określić jako terapeutyczną operację, której celem jest upodobnienie człowieka do kota (D. Avner).

Pomimo swej nieterapeutyczności wiele spośród medycznych działań wzmacniających jest coraz powszechniej dopuszczanych i akceptowanych. Rośnie ilość pacjentów, którzy zgłaszają się do gabinetów lekarskich w celu skorzystania z tego typu usług. Nie cierpią oni na żadne z oficjalnie uznanych schorzeń medycznych. Przychodzą, ponieważ dzięki pomocy lekarza specjalisty pragną osiągnąć pożądaną przez siebie odpowiedni stan fizyczny czy psychiczny.

W czwartym, ostatnim rozdziale dokonano próby oceny etycznej pozaterapeutycznych aktywności lekarskich podejmowanych w ramach *medical enhancement*. Celem prowadzonego namysłu było ukazanie zasadniczych różnic, jakie dzielą *terapię (treatment)* i *wzmocnienie (enhancement)*. Można je ująć w formie tabeli porównawczej:

TREATMENT	ENHANCEMENT
<p>1. Realizuje klasyczne cele medycyny (prewencja, terapia, przynoszenia ulgi w bólu, opieka nad chorymi).</p> <p>2. Medycyna <i>sensu stricto</i>.</p>	<p>1. Akcent kładzie na osiągnięcie stanu nowej, lepszej jakości życia; na zwiększenie «naturalnej» wydajności czy wytrzymałości organizmu człowieka.</p> <p>2. Brak realizacji klasycznych celów medycyny rodzi dylemat czy działania te można nazwać medycyną, czy może raczej nieterapeutycznymi usługami medycznymi (T. Biesaga, A. Muszala).</p>

<p>3. Urzeczywistnia klasyczny etos lekarski w ramach deontologii medycznej. Umiejętności lekarzy służą promowaniu, podtrzymywaniu i przywracaniu zdrowia pacjentów (L. Kass).</p>	<p>3. Rodzi wielość działań nieetycznych (nieuczciwość, łamanie zasad prokreacji, uszkodzenie zdrowia, używanie środków nieproporcjonalnych). Osłabia etos lekarski i powoduje przewartościowanie świata deontologii lekarskiej. Z powodów materialistycznych, ideologicznych, utylitarnych ważniejszym staje się spełnianie egoistycznych zachcianek (zarówno w wymiarze indywidualnym jak i społecznym), aniżeli wierność obiektywnym, stałym i niezmiennym wartościom.</p>
<p>4. Zwolenników i przeciwników <i>medical enhancement</i> dzielą różnice antropologiczne. Kierują się oni odmienną wizją antropologiczną. Kwestią sporną pozostaje udzielenie odpowiedzi na pytanie: Czemu mają służyć nauki biomedyczne? Integralnie pojętemu dobru osoby ludzkiej czy też jakimś innym priorytetom indywidualnym i społecznym?</p> <p>5. Dychotomia <i>treatment – enhancement</i> porządkuje przestrzeń działań medycznych, pomaga określić zadania i obowiązki właściwe profesji lekarskiej. Oddziela klasyczne leczenie od czynności ulepszających. Czy jednak do końca? W codziennej praktyce lekarskiej można zaobserwować interwencje, które cechują się równoczesną terapeutycznością i nieterapeutycznością. Nie można ich zaliczyć ani do klasycznego leczenia, ani do typowego ulepszania. Przykładem jest zwykła szczepionka. Stosuje się ją prewencyjnie, aby zapobiec chorobie. Łatwo jednak dostrzec, że w tym przypadku osiągnięcie zwiększonego poziomu odporności organizmu dokonuje się na drodze pozanaturalnej. Okazuje się, że granica, jaka zachodzi pomiędzy <i>treatment</i>, a <i>enhancement</i> jest nieostra. Trudno wskazać punkt, w którym kończy się leczenie, a zaczyna ulepszanie. Sytuacji tej nie ułatwiają problemy związane ze zdefiniowaniem pojęć <i>zdrowia</i> i <i>choroby</i> (T. Kraj, G. Hołub). Codzienna praktyka kliniczna i związane z nią decyzje podejmowane przez lekarza domagają się jednak własnego kryterium, które pozwoli odróżnić co jest patologią wymagającą leczenia (<i>restitutio ad integrum</i>) od tego, co możemy uznać za stan normalny, mogący stać się przedmiotem działań wzmacniających (<i>transformatio ad optimum</i>). Punkt ten wydaje się stanowić zobowiązanie lekarza i medycyny względem pacjenta. Doświadczenie lekarskie pokazuje, że chorobę lub zdrowie można i należy ująć za pomocą opisu obiektywnych danych, którego dokonuje przede wszystkim lekarz specjalista, a nie odwołujący się do własnych, subiektywnych odczuć pacjent. I w tej perspektywie zdrowie może być zdefiniowane jako stan, w którym nie ma widocznych odstępstw o charakterze fizjologicznym, psychologicznym lub biochemicznym od obiektywnych standardów normalności (E. Pellegrino). Dopiero takie ujęcie definicji, pozwala określić <i>medical enhancement</i> jako medyczne ulepszanie niechorobowych parametrów człowieka (T. Kraj).</p>	

Debata etyczna dotycząca medycznego doskonalenia człowieka nasila się na przestrzeni ostatnich lat. Podnoszone są kwestie dopuszczalności, a niekiedy nawet obowiązkowości zastosowania konkretnego rodzaju medycznego wzmocnienia. Przyjmuje się, że polemika rozgrywa się pomiędzy *biokonserwatystami*, a więc tymi, którzy w mniejszym lub większym stopniu nie dopuszczają możliwości praktycznego zastosowania technik medycznej poprawy człowieka a zwolennikami ulepszania, nazywanymi niekiedy *bioliberalami*. Istnieje propozycja (A. Giubilini, S. Sanyal), aby w miejsce dychotomii *biokonserwatyzm – bioliberalizm* używać trójpodziału na stanowiska: *konserwatywne, restrykcyjne i permissywne*.

Pierwsza grupa stanowisk *konserwatywnych* sprzeciwia się użyciu biotechnologii w celach radykalnej zmiany natury ludzkiej. Dla uzasadnienia swych racji przywoływane są następujące argumenty:

- mądrości natury,
- efektu równi pochyłej,
- odpowiedzialności za przyszłe pokolenia,
- zagrożenia wewnętrznej, niezbywalnej wartości natury ludzkiej,
- dążenia do doskonałości związanego z formowaniem własnego człowieczeństwa,
- nienaruszania ludzkiej autonomii,
- argument intuicyjno-emocjonalny,
- niezbędności negatywnych stron ludzkiej egzystencji,
- zabawy w Boga (*playing God*).

Warto podkreślić, że epitet «konserwatywny» kojarzy się dosyć pejoratywnie. Terminu tego, bardzo chętnie używają zwolennicy *medical enhancement*. Wszystko po to, aby zdeprecjonować i osłabić stanowisko swych oponentów. Zabieg ten sprawia, że wymienione powyżej argumenty, choć zdroworozsądkowe, ulegają marginalizacji. Wydaje się, że właściwszą nazwą, oddającą istotę tego kręgu poglądów byłoby określenie «stanowisko realistyczne».

Druga grupa poglądów – tzw. *restrykcyjna (ograniczająca)* – nie neguje działań ulepszających, ale jednocześnie podkreśla niebezpieczeństwo wystąpienia niezamierzonych konsekwencji konkretnej praktyki udoskonalającej. Przedstawiciele tego obozu zwracają uwagę na następujące zagrożenia:

- zaostrzenie nierówności pomiędzy biednymi, a bogatymi w wyniku braku równego dostępu do drogich technologii ulepszających,
- spadek jakości i dostępności standardowego nadzoru medycznego w wyniku przepływu lekarzy specjalistów do intratnej branży *medical enhancement*,
- w dłuższej perspektywie ryzyko zaistnienia dwóch osobnych gatunków, z których jeden zdominuje drugi,
- destabilizacja zachodniej tradycji demokratycznej w wyniku rozwarstwienia społeczeństwa,

- zdobycie przewagi i oszukiwanie innych w rywalizacji sportowej, na rynku pracy czy w toku edukacyjnym,
- powrót do praktyk eugenicznych.

I wreszcie trzecią grupę stanowią myśliciele o nastawieniu *permissywnym (zalecającym)*, czyli entuzjaści medycznego doskonalenia człowieka i jego gatunku. Odrzucają oni argumentację swoich oponentów. Powołują się przy tym na tak zwaną zasadę *status quo*. Podkreślają, że środowiska wrogie *medical enhancement* uznają obecną kondycję umysłową i fizyczną, która jest wynikiem procesów ewolucji, za optymalną. W wyniku awersji względem ewentualnych strat utrzymują i bronią zastany stan rzeczy, pozbawiając się jednocześnie potencjalnych zysków (T. Żuradzki). *Permissywni* posługują się również racjami welfarystycznymi. Skoro metody *medycznego doskonalenia* budują i maksymalizują lepszą jakość życia, przyczyniają się do wzrostu dobrobytu, to są one nie tylko dopuszczalne, ale wręcz obligatoryjne. Dla przykładu można wymienić postulat mówiący o konieczności *doskonalenia moralnego (moral enhancement)*, które ma się okazać skutecznym narzędziem służącym przezwyciężeniu negatywnych postaw i zachowań ludzkich. Innymi słowy odpowiednie interwencje genetyczne czy środki farmakologiczne mają umożliwić praktyczną realizację reguł współżycia społecznego (I. Persson, J. Savulescu). Do grupy *permissywnych* należą również transhumaniści dążący do przeprojektowania i stworzenia gatunku ludzkiego nowej jakości (N. Bostrom, M. More, J. Harris)

Należy zaznaczyć, że powyższe ujęcia nie stanowią jakiegoś filozoficznego i światopoglądowego monolitu. Ich przedstawiciele odwołują się do różnych tradycji filozoficznych, a poglądy przez nich prezentowane charakteryzują się wewnętrznym zróżnicowaniem.

Z perspektywy personalizmu chrześcijańskiego rozwój i postęp medycyny, genetyki oraz biotechnologii jawi się jako rzeczywistość pożądana, tchnąca optymizmem i rodząca wielkie nadzieje związane z realizacją dobra osoby ludzkiej i całej ludzkości. Niestety, obok pozytywów pojawiają się zagrożenia. W deklaracji Kongregacji Nauki Wiary *Questio de abortu* czytamy: «Postęp naukowy dostarcza technice, i będzie dostarczał w coraz większym stopniu, znakomitych środków, których następstwa mogą być bardzo poważne tak w dobrym, jak i w złym znaczeniu (...)» (QA 17).

Gdzie zatem leży granica zastosowania nieterapeutycznych interwencji medycznych? Pomocą w udzieleniu odpowiedzi na to pytanie jest stanowisko Jana Pawła II. Zostało ono sformułowane w odniesieniu do jednej z form *medical enhancement*, jakim jest *wzmocnienie genetyczne (genetic enhancement)*. Papież podkreślał, że celem praktyk ściśle terapeutycznych, które zawarte są w logice chrześcijańskiej tradycji moralnej jest uzdrowienie z różnych chorób (*restitutio ad integrum*), również tych, które są wynikiem chromosomowych niedoborów. W zasadzie zabiegi te będą zalecane byleby zmierzały do rzeczywistego, osobistego dobra człowieka i jednocześnie nie naruszały jego integralności, ani też nie szkodziły jego zdrowiu¹. Papież zauważa, że problem pojawia się wtedy, gdy ingerencja w dziedzictwo genetyczne przekracza granice ściśle pojętej terapii. Jan Paweł II nie odrzuca interwencji nieterapeutycznych (*transformatio ad optimum*), ale określa jakie warunki, muszą zostać spełnione, a także jakie założenia zaakceptowane, aby można było je uznać za moralnie dopuszczalne².

Kryteria te uzależnione są od antropologicznej wizji uznającej, że «natura biologiczna każdego człowieka jest nienaruszalna w tym sensie, że stanowi ona o osobistej tożsamości jednostki w ciągu całej jej historii»³. W ujęciu personalistycznym każda osoba ludzka postrzegana jest jako byt absolutnie niepowtarzalny, jedność duchowo-cieleśna, dzięki czemu «...w ciele i poprzez ciało dociera się do tej samej osoby w jej konkretnej rzeczywistości»⁴. Nienaruszalność godności człowieka wypływa z poszanowania tej właściwej jemu identyfikacji⁵. Innymi słowy, chodzi tu o postawę respektowania specyfiki ludzkiego gatunku, transcendentnego powołania ludzi i ich z niczym nieporównywalnej godności (T. Kraj).

Według Jana Pawła II zabiegi nieterapeutyczne dokonywane w obrębie *genetic enhancement* są do zaakceptowania jeśli spełniają następujące wymagania⁶:

- szanują wszelkie zasady etyczne dotyczące początków życia ludzkiego. Chodzi o respekt dla prokreacji związanej nie tylko z biologicznym, ale i z duchowym zjednoczeniem rodziców, których łączy węzeł małżeński.

¹ Por. JAN PAWEŁ II, *Podstawy deontologii lekarskiej*, [w:] „W trosce...”, dz. cyt., s. 206-207.

² Por. Tamże, s. 207.

³ Tamże.

⁴ Tamże.

⁵ Por. Tamże; T. KRAJ, dz. cyt., s. 171.

⁶ Por. JAN PAWEŁ II, *Podstawy deontologii...*, dz. cyt., s. 207; T. KRAJ, dz. cyt. s. 171.

- respektują ludzką godność, a także wspólną naturę biologiczną człowieka, będącą fundamentem jego wolności.
- unikają manipulacji, których celem byłaby modyfikacja patrymonium genetycznego oraz tworzenie klas ludzi odmiennych niż inni, co skutkowałoby nowymi podziałami w społeczeństwie.
- nie wypływają z motywów redukujących wizję człowieka, rasistowskich czy materialistycznych; nie są podejmowane z pobudek ideologicznych lub ze względu na jedynie naukową lub społeczną użyteczność⁷.

Przez pryzmat powyższych kryteriów, dotyczących akceptacji nieterapeutycznych interwencji genetycznych można popatrzeć na każde konkretne działanie postulowane w ramach nurtu *przemiany ku lepszemu* (np. operacje plastyczne, suplementacja i wzmocnienie fizyczne, technologie NBIC). Takie ustawienie sprawy ułatwia ocenę danej praktyki ulepszającej pod kątem etycznym i pomaga określić, czy jest ona dopuszczalna pod względem moralnym, czy też nie.

Papież Franciszek przypomina, że wciąż ważna i aktualna pozostaje zasada, zgodnie z którą nie wszystko to, co jest technicznie możliwe i wykonalne jest jednocześnie do zaakceptowania pod względem etycznym. W odwołaniu do słów Pawła VI podkreśla on, że prawdziwą miarą postępu jest to, czy zważa on na dobro każdego człowieka i całego człowieka⁸. W duchu personalistycznym wypowiada się krakowski bioetyk T. Kraj. Według niego granicą zastosowania nieterapeutycznych interwencji medycznych będzie to, co w człowieku określane jest jako *humanum*. Przejawem tej rzeczywistości w aspekcie doskonałości jest cnota, która nie tylko porządkuje ludzkie wnętrze, ale również umożliwia osiągnięcie szczytu ludzkiej perfekcji, jakim jest osobowe spełnienie. To ona stanowi wyznacznik tego, co dozwolone w ramach *transformatio ad optimum*. Aprobataę otrzymują te działania, które pomagają w jej zdobyciu i do niej prowadzą. Każda praktyka podjęta w ramach *enhancement*, która utrudnia lub uniemożliwia osiągnięcie cnoty, a więc przeszkadza w osiągnięciu właściwej osobie ludzkiej doskonałości – jest nie do zaakceptowania z moralnego

⁷ Por. JAN PAWEŁ II, *Discorso di Giovanni Paolo II all'unione giuristi...*, dz, cyt.

⁸ Por. FRANCISZEK, *Address of his Holiness Pope Francis to participants in The Plenary Session of The Pontifical Council for Culture*, 17.11.2017, [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/francesco/en/speeches/2017/november/documents/papafrancesco_20171118_plenaria-cultura.html, [dostęp: 28.02.2018].

punktu widzenia. Innymi słowy wszystko to, co ludzkie powinno być rozwijane, a nie eliminowane czy zastępowane jakąkolwiek formą rzeczowego substytutu⁹.

Medical enhancement niesie ze sobą istotne zagrożenia. Nie stanowi to jednak powodu, aby całkowicie go zanegować czy odrzucić. Prawdą jest, że pojawiają się projekty, które w świetle wskazań moralnych Magisterium Kościoła są jednoznacznie nie do zaakceptowania (*transhumanizm*). Jednocześnie należy podkreślić, że są także inicjatywy i pomysły, których realizacja może przyczynić się do osiągnięcia integralnie pojętego dobra osoby ludzkiej.

Sytuacja ciągłego postępu medycznego i biomedycznego rodzi potrzebę permanentnej czujności. Chodzi o to, by rozwój rzeczywiście służył człowiekowi i jego osobowemu spełnieniu. Tematyka ta domaga się rzetelnej, pogłębionej dyskusji. Niniejsza rozprawa, choć posiada swoje ograniczenia, z których autor zdaje sobie sprawę, stanowi próbę włączenia się w ten jakże ciekawy choć niełatwy dyskurs.

⁹ Por. T. KRAJ, dz. cyt., s. 299.

BIBLIOGRAFIA

Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Biblia Tysiąclecia, wydanie V, Poznań-Warszawa 1999.

NAUCZANIE PAPIESKIE I DOKUMENTY KOŚCIOŁA

PIUS XII, Encyklika *Humani Generis* (12.08.1950); [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/pius-xii/en/encyclicals/documents/hf_pxii_enc_12081950_humanigeneris.html.

JAN PAWEŁ II, *Orędzie do Sekretarza Generalnego ONZ* (02.10.1979); [w:] *Nauczanie społeczne 1978-1979*, t. II, Warszawa 1982, s. 310-321.

JAN PAWEŁ II, *Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego. Podstawy deontologii lekarskiej* (29.10.1983); [w:] SZCZYGIEŁ K. (red.), *W trosce o życie*, t. 1, Tarnów 1998, s. 204-208.

JAN PAWEŁ II, *Discorso di Giovanni Paolo II all'unione giuristi cattolici italiani*, (05.12.1987); [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/johnpaulii/it/speeches/1987/december/documents/hf_jpii_sp_19871205_giuristicattolici.html.

JAN PAWEŁ II, *List do Młodych całego świata Parati Semper* (31.03.1985); [Online]. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/listy/parati.html.

JAN PAWEŁ II, Encyklika *Centesimus Annus* (01.05.1991); [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/john-paulii/pl/encyclicals/documents/hf_jpii_enc_01051991_centesimusannus.html.

- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium Vitae* (25.03.1995); [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/john-paulii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangeliumvitae.html.
- JAN PAWEŁ II, *Orędzie życia. Przesłanie Ojca Świętego do członków Papieskiej Akademii Nauk* (22.10.1996); [w:] „W drodze”, (1997), nr 9, s. 43-46.
- JAN PAWEŁ II, *Mężczyznę i niewiastę stworzył ich*, t. I, Lublin 1987.
- JAN PAWEŁ II, *Mężczyznę i niewiastę stworzył ich*, t. III, Lublin 1993.
- BENEDYKT XVI, Encyklika *Spe Salvi* (30.11.2007); [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/benedictxvi/pl/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20071130_spe-salvi.html.
- BENEDYKT XVI, Encyklika *Caritas in Veritate* (29.06.2009); [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/benedictxvi/pl/encyclicals/documents/hf_benxvi_enc_20090629_caritasinveritate.html.
- FRANCISZEK, Encyklika *Laudato si* (24.05.2015); [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/francesco/pl/encyclicals/documents/papafrancesco_20150524_enciclica-laudato-si.html.
- FRANCISZEK, *Address of his Holiness Pope Francis to participants in The Plenary Session of The Pontifical Council for Culture* (17.11.2017); [Online]. http://www.w2.vatican.va/content/francesco/en/speeches/2017/november/documents/papafrancesco_20171118_plenariacultura.html.
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych *Dignitas Personae* (08.09.2008); [w:] BRUSIŁO J. (red.), *W trosce o życie*, t. 2, Tarnów 2012, s. 465-486.
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania *Donum Vitae* (22.02.1987); [w:] SZCZYGIEŁ K. (red.), *W trosce o życie*, t. 1, Tarnów 1998, s. 360-385.
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, Deklaracja o przerywaniu ciąży *Questio de abortu* (18.11.1974); SZCZYGIEŁ K. (red.), [w:] *W trosce o życie*, t. 1, Tarnów 1998, s. 303-315.

LITERATURA PRZEDMIOTU

- ADAMSKI K., *Transhumanizm – między utopią, biotechnologią a gnozą*, [w:] „Roczniki teologii moralnej”, 59 (2012), nr 4, s. 105-129.
- AJDUKIEWICZ K., *Zagadnienia i kierunki filozofii*, Warszawa 1983.
- ALMÁSI Z., *Fable or Philosophical Claim? Thomas of Aquinas in Pico’s Oratio*, [w:] „Verbum”, 6 (2004), nr 1, s. 189-198.
- ALTANER B., STUIBER A. (red.), *Patrologia*, Warszawa 1990.
- AMIDON S., AMIDON T., *Genialna maszyna. Biografia serca*, Kraków 2012.
- ANDRZEJEWSKI B., *Od Bacona do Hume’a – istota i odcienie empiryzmu w nowożytnej Anglii*, [w:] FPiED, 1 (2012), nr 2, s. 146-154.
- ANNAS G.J., *A.H.A. Bill of Rights*, [w:] „Trial”, 9 (1973), nr 6, s. 59-61.
- ARYSTOTELES, *Etyka Nikomachejska*, Warszawa 2000.
- ARYSTOTELES, *Fizyka*, Warszawa 1990.
- ARYSTOTELES, *Polityka*, Warszawa 2004.
- ASZYK P., *Etyczne oblicza starożytnej medycyny*, Warszawa 2010.
- ATANAZY ALEKSANDRYJSKI, *Orationes contra arianos*, PG 26, 11-526.
- ATANAZY ALEKSANDRYJSKI, *Żywot św. Antoniego*, Warszawa 1987.
- AZZAZY H.M.E., *Gene Doping*, [w:] THIEME D., HEMMERSBACH P. (red.), *Doping in Sports*, Springer 2009, s. 485-509.
- BACON F., *Novum Organum*, Warszawa 1955.
- BACON F., *Nowa Atlantyda*, Warszawa 1995.
- BACON R., *Opus maius*, Oxford 1897.
- BALTHASAR H., *Wprowadzenie do tekstu*, [w:] ORYGENES, *Duch i ogień*, BOK, t. 4, Kraków 1994, s. 7-28.

- BARON A., PIETRAS H., *Dokumenty Soborów Powszechnych*, [w:] ŻMT, t. 24, Kraków 2002.
- BARTOSZEK A., *Hospicjum*, [w:] EB, s. 243-250.
- BARTOSZEK A., *Środki proporcjonalne i nieproporcjonalne leczenia*, [w:] EB, s. 554-560.
- BARTOSZEWSKI J., *Filozofia przyrody, Kartezjusz i porządek życia społecznego*, Lublin 2010.
- BARTYZEL J., *Humanizm*, [Online]. <http://www.legitymizm.org/ebp-humanizm>.
- BAZYLI WIELKI, *Pisma ascetyczne*, t. 1, Kraków–Tyniec 1994.
- BAZYLI WIELKI, *Pisma ascetyczne*, t. 2, Kraków–Tyniec 1995.
- BAZYLI WIELKI, *O Duchu Świętym*, Warszawa 1999.
- BASIŃSKA K., HALASZ J. (red.), *Etyka w medycynie wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2013.
- BEDNAREK I., CHOLEWA K., CZAJKA-UHRYN M., *Wprowadzenie informacji genetycznej do komórek, wektory molekularne, metody transferu*, [w:] BEDNAREK I. (red.), *Inżynieria genetyczna i terapia genowa*, Katowice 2008, s. 28-49.
- BEDNARYCZK A., *Podstawy filozoficzno-teoretyczne makrobiotyki Ch. W. Hufelanda*, [w:] KHNiT, 49 (2004), nr 3/4, s. 71-106.
- BENDYK E., *Utopia posthumanizmu*, [w:] ŻUK P. (red.), *Spotkania z utopią w XXI wieku*, Warszawa 2008, s. 103-114.
- BERGSMAN A., *Transhumanism and the Wisdom of Old Genes is Neurotechnology as Source of Future Happiness?*, [w:] JHS, 1 (2000), nr 3, s. 401-417.
- BERNAT J.L., *Ethical Issues in Neurology*, Philadelphia 2008.
- BĘDZIŃSKI R., *Biomechanika inżynierska*, Wrocław 1997.
- BIELAU K. (ed.), *Paracelsus-Lesebuch: Die Arznei - das Wort Gottes*, Verlag-Birnbach 2004.
- BIESAGA T., *Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny*, [w:] MP, (2005), nr 6, s. 20-24.
- BIESAGA T., *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, [w:] „Studia Philosophiae Christianae”, 40 (2004), nr 1, s. 153-165.

- BIESAGA T., *Edmunda D. Pellegrino filozofia medycyny*, [w:] „Systemy Bioetyki”, Kraków 2003, s. 9-22.
- BIESAGA T., *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, [w:] MP, (2006), nr 7-8, s. 20-25.
- BIESAGA T., *Spór o podstawy etyki medycznej*, Kraków 2014.
- BIESAGA T. (red.), *Systemy bioetyki*, Kraków 2003.
- BIESAGA T., *Właściwe i niewłaściwe cele medycyny*, [w:] MP, (2004), nr 5, s. 20-25.
- BLACK E., *Wojna przeciw słabym*, Warszawa 2004.
- BLUMENBERG H., „*Imitation of nature*”: *Toward a prehistory of the idea of the creative being*, [w:] QP, 12 (2000), nr 1, s. 17-54.
- BŁASZKOWSKA M., „*Mały człowieczek*” czy „*istota o ludzkim kształcie*”? *Homunkulus w literaturze*, [w:] „Maska”, (2014), nr 21, s. 100-116.
- BOMBER K., KOMARNICKA-JĘDRZEJEWSKA O., *Godność i śmierć w umieraniu*, [w:] GUZOWSKI A., KRAJEWSKA-KUŁAK E., BEJDA G. (red.), *Kultura śmierci, kultura umierania*, Białystok 2016, s. 52-61.
- BONAVENTURA, *Opera Omnia*, Florencja 1891.
- BOROWSKA-BESZTA B., *Niepelnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*, Kraków 2012.
- BORSKA S., *Transhumanizm czyli marzenia o „człowieku” idealnym*, [Online]. <http://www.wszystkoconajwazniejsze.pl/sylwia-borska-transhumanizm-czyli-marzenia-o-czlowieku-idealnym>.
- BORTKIEWICZ P., *Złożoność człowieka: ciało-umysł-duch*, [w:] ŚWIĄTECKA G. (red.), *Humanizm chrześcijański w medycynie*, Gdańsk 2016, s. 57-72.
- BOSTROM N., *A History of Transhumanist Thought*, [w:] JET, 14 (2005), nr 1, s. 1-25.
- BOSTROM N., *Dignity and Enhancement*, [Online]. <http://www.nickbostrom.com/ethics/dignity-enhancement.pdf>.
- BOSTROM N., *The Transhumanist FAQ – A General Introduction*, [Online]. <http://www.nickbostrom.com/views/transhumanist.pdf>.

- BRECZKO A., *Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomedycznego*, Białystok 2011.
- BRECZKO A., *Prawo natury i prawo stanowione w obliczu problemów genetyki reprodukcyjnej*, [w:] „Rocznik Teologii Katolickiej”, 13 (2014), nr 1, s. 19-34.
- BRECZKO ANETTA, BRECZKO AGATA, *Era genetyki reprodukcyjnej. O spełniających się „prorocत्वach” Aldousa Huxleya*, [w:] „Krytyka Prawa”, 6 (2014), nr 1, s. 225-245.
- BRETHAUER S., SCHAUER P.R., SCHIRMER B.D. (red.), *Minimally Invasive Bariatric Surgery*, Springer 2015.
- BROMAN T.H., *The Transformation of German Academic Medicine 1750-1820*, Cambridge 2002.
- BRUGAROLAS M., *Księga Hioba według Grzegorza z Nyssy*, [w:] „Biblica et Patristica Thoruniensia”, (2013), nr 6. s. 149-165.
- BRUSIŁO J., ŚWIERCZEK A. (red.), *Evangelium Vitae – most ku przyszłości*, Kraków 2011.
- BRUSIŁO J., *Wielkie religie świata wobec roślin i ich modyfikacji*, [w:] „Zeszyty Problemowe Postępów Nauk Rolniczych”, (2006), z. 523, s. 11-32.
- BRZEGOWY T., *Pięcioksiąg Mojżesza*, Tarnów 2002.
- BRZEZIAŃSKA E., DOMAŃSKA D., JEGIER A., *Gene doping in sport – perspectives and risks*, [Online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4203840/>.
- BRZEZIŃSKA J., *O ochronie życia ludzkiego w fazie postnatalnej. Rozważania etyczne*, [w:] „Kwartalnik Prawo-Społeczeństwo-Ekonomia”, (2015), nr 1, s. 4-14.
- BRZEZIŃSKI T. (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 1988.
- BÜRGIN L., *Błędy nauki, Zapoznani geniusze – ich droga przez mękę*, Warszawa 1998.
- BUCK D.W. II, *Review of Plastic Surgery*, Elsevier 2015.
- BUCZKOWSKI A., *Społeczne tworzenie ciała. Płeć kulturowa i płeć biologiczna*, Kraków 2005.
- BUGAJ R., *W sprawie Koffskiego i jego traktatu. Odpowiedź prof. drowi Wł. Hubickiemu*, [w:] KHNiT, 4 (1959), nr 2, s. 331-335.

- BUCHANAN A., *Better than Human: The Promise and Perils of Enhancing Ourselves*, Oxford 2011.
- BUJAŁOWSKA B., *Spontaniczny rozwój medycyny od empirii do medycyny kapłańskiej. Medycyna jako przedmiot kultu*, [w:] BRZEZIŃSKI T. (red.), *Historia medycyny*, Warszawa 1988, s. 23-44.
- BULL G., PORTER P. (red.), *Michelangelo, Life, Letters, and Poetry*, New York 1999.
- BURDA K., *Geny na koksie*, [Online]. <http://www.newsweek.pl/nauka/geny-nakoksie,54051,1,1.html>.
- BUTRYN T., *Cyborg Horizons: Sport and the Ethics of Self-Technologization*, [w:] MIAH A., EASSOM S. (red.), *Sport Technology: History, Philosophy and Policy*, Oxford 2002, s. 111-134.
- BUYX A.M., *Be Careful What you Wish For? Theoretical and Ethical Aspects of Wish-Fulfilling Medicine*, [w:] MHCaP, 11 (2008), nr 2, s. 133-143.
- CAMPORESI S., *From Bench to Bedside, to Track & Field – The Context of Enhancement and its Ethical Relevance*, San Francisco 2014.
- CAPLAN A.L., *Good, better or best*, [w:] SAVULESCU J., BOSTROM N. (red.), *Human Enhancement*, Oxford 2009, s. 199-209.
- CASAVANT V.R., *Catman's transformation raises concerns over extreme surgery*, [Online]. <http://www.seattletimes.com/seattle-news/catmans-transformation-raisesconcernsover-extreme-surgery/>.
- CASSANO G., *Casi di errori in chirurgia estetica e risarcimento del danno*, Santarcangelo di Romagna 2016.
- CEBRAT S., *In vitro niczego nie leczy. To biznes, a nie badania naukowe*, [Online]. <http://www.gazeta.wroclawska.pl/artykul/626099,prof-cebrat-in-vitro-to-wielki-biznes-a-nienauka,id,t.html>.
- CERAN W., *Jan Chryzostom o leczeniu i lekarzach*, [w:] „Acta Universitatis Lodzensis, Folia Historica”, (1993), nr 48, s. 3–26.
- CHANG D.S., *Ancillary Nonsurgical Treatments: Trunk and abdomen*, [w:] SCUDERI N., TOTH B.A. (ed.), *International Textbook of Aesthetic Surgery*, Springer 2016, s. 515-524.

- CHYROWICZ B., *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*, [w:] DM, 19 (2009), nr 1, s. 1-25.
- CHYROWICZ B., *Bioetyka a metafizyka*, [w:] DM, 2 (2004), nr 2, s. 170-183.
- CHYROWICZ B., *Bioetyka prima facie*, [w:] „Znak”, (1998), nr 515, s. 156-161.
- CHYROWICZ B., *Eugenika*, [w:] EB, s. 182-188.
- CHYROWICZ B. (red.), *Metody wspomaganie prokreacji: sukces czy porażka?*, Lublin 2006.
- CIEĆKO B., *Wpływ niektórych dzieł Theophrasta Paracelsusa na rozwój farmaceutycznej techniki recepturowej*, [w:] KHNiT, 28 (1983), nr 1, s. 159-168.
- CIEPIAŁ L., *Spoleczno-ekonomiczne aspekty transhumanizmu*, [w:] „Kwartalnik Horyzonty”, (2011), nr 1, s. 22-31.
- COADY C.A.J., *Playing God*, [w:] SAVULESCU J., BOSTROM N. (red.), *Human Enhancement*, Oxford 2009, s.155–180.
- CONDORCET A.N., *Szkic obrazu postępu ducha ludzkiego poprzez dzieje*, Warszawa 1957.
- COPELSTON F., *Historia filozofii - Od Hobbesa do Hume'a*, Warszawa 1997.
- CRAVEN W.G., *Giovanni Pico della Mirandola, Symbol of his age: Modern interpretations of a renaissance philosopher*, Genewa 1981.
- CROUZEL H., *Orygenes*, Bydgoszcz 1996.
- CROUZEL H., *Szkoła Aleksandryjska i jej losy*, [w:] DI BERNARDINO A., STUDER B. (red.), *Historia Teologii – Epoka Patrystyczna*, Kraków 2003, s. 197-242.
- CZERSKI J.W. (red.), *Nauki humanistyczne i sozologia*, Warszawa 2010.
- DAVIS J., *Otoplasty: Aesthetic and Reconstructive Techniques*, New York 2012.
- DĄBRÓWKA A., *Teatr i sacrum w średniowieczu: Religia – cywilizacja – estetyka*, Toruń 2012.
- DE LA METTRIE J.O., *Człowiek maszyna*, [w:] DE LA METTRIE J. O., *Dzieła filozoficzne*, Warszawa 2010, s. 235-304.
- DE LA METTRIE J. O., *Dzieła filozoficzne*, Warszawa 2010.

- DE LA METTRIE J. O., *Naturalna historia duszy*, [w:] DE LA METTRIE J. O., *Dzieła filozoficzne*, Warszawa 2010, s. 3-104.
- DEBERNY K., *Silny jak koń i mądry jak but, czyli krótko na temat dopingu*, [w:] „Magazyn Olimpijski – Dodatek Edukacyjny «Olimpionik»”, (2010), nr 3, s. 2-3.
- DEBUS A.G., *The Chemical Philosophy*, Mineola New York 2013.
- DES CHENE D., *Spirits and Clocks: Machine and Organism in Descartes*, New York 2001.
- DESCARTES R., *Człowiek. Opis ciała ludzkiego*, Warszawa 1989.
- DESCARTES R., *Medytacje o pierwszej filozofii*, Kęty 2001.
- DESCARTES R., *Rozprawa o metodzie właściwego kierowania rozumem i poszukiwania prawdy w naukach*, Warszawa 1988.
- DI BERNARDINO A., STUDER B. (red.), *Historia Teologii – Epoka Patrystyczna*, Kraków 2003.
- DI PIETRO M.L., *Bioetica e familia*, Roma 2008.
- DIDEROT D., *Pensées détachées: contributions à l'Histoire des deux indes*, Siena 1976.
- DIOGENES LAERTIOS, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*, Warszawa 2011.
- DOMARADZKI J., *O definicjach zdrowia i choroby*, [w:] FML, 40 (2013), nr 1, s. 5-29.
- DOMOSŁAWSKI Z., *Wprowadzenie do medycyny*, Jelenia Góra 2007.
- DROZDOWICZ Z., *Filozofia włoska w epoce odrodzenia i oświecenia*, Poznań 2012.
- DROZDOWICZ Z., *Racjonalizacja religii a dominacja społeczna. Od Woltera i wolterianizmu do rozdziału Kościoła od państwa*, [w:] PR, 242 (2011), nr 4, s. 51-60.
- DROŹDŹ B., *Posługa charytatywna znakiem ewangelizacyjnej obecności Kościoła*, [w:] „Pespertiva”, 12 (2008), nr 1, s. 48-65.
- DUCH W., *Gdzie nas zaprowadzą neuronauki?*, [w:] DRYGALSKA E. (red.), „*Interfejsy, kody, symbole – przyszłość komunikowania*”, Wrocław 2016, s. 21-40.
- DUDA R., *Matematyka a dzieje myśli*, [Online]. http://www.jaszczur.czn.uj.edu.pl/mod/book/view.php?id=18_93&chapterid=10941.

- DUPKALA R., *Wokół problematyki mesjanistycznych podstaw koncepcji historycyistycznych w filozofii dziejów*, [w:] „Parerga – międzynarodowe studia filozoficzne”, (2007), nr 4, s. 13-34.
- DURANT W., *The age of faith – A history of medieval civilization – Christian, Islamic, and Judaic – from Constantine to Dante: A.D. 325-1300*, Michigan 1950.
- DURLAK U., *Doping a zdrowie*, [w:] „Medyczne Zeszyty Naukowe”, (2014), nr 1, s. 141-151.
- DYMKOWSKA-MALESA M., WALCZAK Z., *Suplementacja w sporcie*, [w:] NL, 80 (2011), nr 3, s. 199-204.
- DZIK J., *Ewolucja*, [Online]. http://www.paleo.pan.pl/people/Dzik/Publications/Ewolucja_liceum.Pdf.
- ECKART W.U., *Geschichte der Medizin*, Springer-Verlag 2013.
- ECKMANN A., *Przebóstwienie człowieka w pismach wczesnochrześcijańskich*, Lublin 2003.
- ECKMANN A., *Starożytna rodzina grecka i rzymska*, [w:] „Vox Patrum”, (1985), t. 8-9, s. 29-50.
- ELGOOD C., *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate: From the Earliest Times Until the Year A.D. 1932*, Cambridge 1951.
- ENGELHARDT H.T., *Ideology and etiology*, [w:] JMaP, 1 (1976), nr 3, s. 256-268.
- EUZEBIUSZ Z CEZAREI, *Historia Kościelna*, [w:] ŻMT, t. 70, Kraków 2013.
- EVANS R., ORIANI C., ASCHER N., *The potential supply of organ donors; an assessment of the efficacy of organ procurement efforts in the United States*, [w:] JAMA, 267 (1992), nr 2, s. 239-246.
- FARAGO C. J. (red.), *Biography and Early Art Criticism of Leonardo Da Vinci*, University of Colorado 1999.
- FARRINGTON B., *Nauka grecka*, Warszawa 1954.
- FERDYNUS M., *Czy biomedyczne doskonalenie ludzkiej natury jest „zabawą w Boga”?*, [w:] SW, (2013), nr 50, s. 9-22.
- FEUERBACH L., *O istocie chrześcijaństwa*, Warszawa 1958.
- FILIPOWICZ A., *Wiara na rozdrożach współczesnej bioetyki*, [w:] „Studia Aloisiana”, 5 (2014), nr 4, s. 43-55.

- FLIS A., *Chrześcijaństwo i Europa: studia z dziejów cywilizacji Zachodu*, Kraków 2001.
- FORNESS L.M., *Don't Get Duped: A Consumer's Guide to Health and Fitness*, Amherst– New York 2013.
- FRĄCZEK B., GACEK M., GRZELAK A., *Żywieniowe wspomaganie zdolności wysiłkowych w grupie sportowców wyczynowych*, [w:] PHiE, 93 (2012), nr 4, s.817-823.
- FUJIWARA D., *Wykorzystywanie ewaluacji wpływu do podejmowania decyzji dotyczących polityk: od ewaluacji do wyceny*, [w:] HABER A., POPIS Z. (red.), *(R)ewaluacja. Poszukiwanie nowych metod oceny efektów*, Warszawa 2013, s. 79-98.
- FUKUYAMA F., *Koniec człowieka – Konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, Kraków 2004.
- GABRYELSKA M.M., SZYMAŃSKI M., BARCISZEWSKI J., *DNA – cząsteczka, która zmieniła naukę. Krótka historia odkryć*, [w:] NA, (2009), nr 2, s. 111-134.
- GAJDA Z., *Do historii medycyny wprowadzenie*, Kraków 2011.
- GAJEWSKI T., *Z problematyki bioetycznej. Paternalizm czy partnerstwo?*, [Online]. <http://www.oil.org.pl>.
- GALAROWICZ J., *Powołani do odpowiedzialności – elementarz etyczny*, Kraków 1993.
- GAWINEK J., NAWORSKA B., *Zapłodnienie in vitro jedną z metod leczenia niepłodności w Polsce*, [w:] „Problemy Pielęgniarstwa”, 22 (2014), nr 1, s. 99-106.
- GAWROŃSKI W., *Wspomaganie w sporcie fakty i mity, Medycyna oparta na faktach (EBM) o wspomaganiu zawodnika poddanego treningowi wysokościowemu*, [Online]. <http://www.insp.home.pl/akademiatrenerska/images/stories/metisrod/Gawronski.pdf>.
- GUDANIEC A. (rec.), *Nihilizm teoretyczny a „śmierć metafizyki”*, [Online].http://www.ptta.pl/index.php?id=teksty_recenzje_nihilizm_rec.
- GAJEWSKA G., *Organizacja świata i zamieszkującego go człowieka w historiografii modernistycznej*, [w:] „Kultura i Historia”, 2002, nr 2, s. 34-51.
- GAWOR L., *Idea zrównoważonego rozwoju w kontekście historiozoficznym*, [w:] „Problemy Ekorozwoju”, 2 (2007), nr 2, s.19-25.
- GEISSBERGER M., *Stomatologia estetyczna w praktyce klinicznej*, Elsevier 2013.

- GILSON E., *Historia filozofii chrześcijańskiej w wiekach średnich*, Warszawa 1966.
- GIRAUD S., SOTTAS P.E., ROBINSON N., SAUGY M., *Blood Transfusion in Sports*, [w:] THIEME D., HEMMERSBACH P. (red.), *Doping in Sports*, Springer 2009, s. 295-304.
- GIUBILINI A., MINERVA F., *After-birth abortion: Why should the baby live?*, [w:] JME, 39 (2013), nr 5, s. 261-263.
- GIUBILINI A., SANYAL S., *The Ethics of Human Enhancement*, [w:] PC, 10 (2015), nr 4, s. 233-243.
- GŁOWACKI J., *Eutanazja – problem życia, a nie śmierci*, [w:] „Teologia i człowiek”, (2011), nr 18, s. 175-214.
- GODLEWSKI P., *Globalny i lokalny wymiar współczesnego sportu*, [w:] „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, 78 (2011), nr 689, s. 9-22.
- GOGACZ M., *Etyka i medycyna*, [Online]. http://www.katedra.uksw.edu.pl/gogacz/ksiazki/etyka_i_medycyna.pdf.
- GOODRICK-CLARKE N. (selected and translated), *Paracelsus, Essential Readings*, Berkeley 1999.
- GORDIJN B., CHADWICK R., *Medical Enhancement and Posthumanity*, Cardiff 2008.
- GÓRSKI J., *Inkulturacja*, [w:] „Bielsko-Żywieckie Studia Teologiczne”, (1996), t. 1, s. 183-192.
- GRABIŃSKA T., *Zagrożenia bezpieczeństwa społecznego w ideologii transhumanizmu*, [w:] „Kultura Bezpieczeństwa. Nauka-Praktyka-Refleksje”, (2015), nr 18, s.52-73.
- GRANT E., *God and Reason in the Middle Ages*, Cambridge 2001.
- GRECH P., *Początki teologii chrześcijańskiej*, [w:] DI BERNARDINO A., STUDER B. (red.), *Historia Teologii – Epoka Patrystyczna*, Kraków 2003, s. 39-116.
- GREENBERGER R., *Darwin and the Theory of Evolution*, New York 2005.
- GREENHILL W.A., *Chirurgia*, [w:] SMITH W. (ed.), *Dictionary of Greek and Roman Antiquities*, London 1875, s. 272.
- GRMEK M.D., FANTINI B., *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*, Harvard University Press 2002.

- GROLIK M., *Inżynieria tkankowa – nowe narzędzie w rekonstrukcji tkanek*, [w:] „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ - Nauki Ścisłe”, 3 (2011), nr 2, s. 33-41.
- GRUSZKA M.J., *Od eugeniki do procedury zapłodnienia in vitro*, [w:] „Seminare”, 36 (2015), nr 3, s. 55-68.
- GRYGLEWSKI R.W., *Medycyna w czasach Kopernika*, [Online]. <http://www.copernicus.torun.pl/nauka/medycyna/2/>.
- GRZEGORZ Z NYSSY, *De Oratione Dominica*, PG 44, 1161-1178.
- GRZEGORZ Z NYSSY, *O stworzeniu człowieka*, [w:] ŻMT, t. 39, Kraków 2006.
- GUNIA A., *Aspekty globalizacji zawarte w dziele Francisa Bacona «Nowa Atlantyda»*, Katowice 2010.
- GUTOWSKI B., *Przestrzeń marzycieli. Miasto jako projekt utopijny*, Warszawa 2006.
- GUZOWSKI J., *Życie ludzkie jako dar i zadanie*, [w:] SW, (2010), nr 47, s. 231-246.
- GUZOWSKI K., *Personalizm polski*, [Online]. <http://www.hosting0800050.az.pl>.
- GUZOWSKI K., *Personalizm polski na tle personalizmu europejskiego*, [w:] „Biblioteka Teologii Fundamentalnej”, (2008), t. 3, s.441-468.
- HABERMAS J., *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*, Warszawa 2003.
- HAJDUK Z., *Przyroda, natura*, [Online]. http://www.kul.pl/files/57/encyklopedia/hajduk_natura.pdf.
- HARRISON P., *The Bible, Protestantism, and the rise of natural science*, Cambridge 1998.
- HASIAK J., *Stres okołoperacyjny – operacja*, [Online]. <http://www.przegladurologiczny.pl/artykul.php?2255>.
- HAUSKELLER M., *Better Humans? Understanding the Enhancement Project*, Routledge 2014.
- HĄDZELEK K., REJF M., ZDEBSKA-BIZIEWSKA H., ŻUKOWSKI R. (red.), *Czysta gra – fair play*, Kraków 2014.
- HELLER M., ŻYCIŃSKI J., *Wszechświat – maszyna czy myśl? Filozofia mechanicyzmu: powstanie – rozwój – upadek*, Kraków 1998.

- HIERONIM, *List LII*, [w:] *ŻMT*, t. 55, Kraków 2010, s 12-24.
- HILDEGARDIS, *Causae et curae*, Lipsk 1903.
- HILDEGARDIS, *Liber divinorum operum implicitis hominis*, [w:] PL 197, 739-1036.
- HIPPOCRATES, *Breaths*, [w:] HIPPOCRATES (tr. ang. W.H.S. JONES), t. 2, Cambridge 1923, s. 219-254.
- HIPPOCRATES, *Decorum*, [w:] HIPPOCRATES (tr. ang. W.H.S. JONES), t. 2, Cambridge 1923, s. 267-302.
- HIPPOCRATES, *Epidemics*, [w:] HIPPOCRATES (tr. ang. W.H.S. JONES), t. 1, Cambridge 1923, s. 139-288.
- HIPPOCRATES, *Precepts*, [w:] HIPPOCRATES (tr. ang. W.H.S. JONES), t. 1, Cambridge 1923, s. 303-334.
- HIPPOCRATES, *The art*, [w:] HIPPOCRATES (tr. ang. W.H.S. JONES), t. 2, Cambridge 1923, s. 185-218.
- HIPOLIT, *Kanony. Canones Patrum Graecorum*, [w:] *ŻMT*, t. 49, Kraków 2009.
- HOBBS T., *Lewiatan czyli materia, forma i władza państwa kościelnego i świeckiego*, Warszawa 2005,
- HOLOCHER J., KOSIELIŃSKA-GRABOWSKA U., *Dopuszczalność ulepszania natury ludzkiej*, [w:] *EiP*, 6 (2015), nr 1, s. 85-115.
- HOLTUNG N., *Altering Humans - The Case For and Against Human Gene Therapy*, [w:] *CQoHE*, 6 (1997), nr 2, s. 157-174.
- HOŁUB G., *Creating Better People? Some Considerations on Genetic Enhancement*, [w:] „The National Catholic Bioethical Quarterly”, (2010), vol. 4, s. 723-740.
- HOŁUB G., *Czy bioetyka potrzebuje pojęcia natury ludzkiej*, [w:] MARYNIARCZYK A., STĘPIEŃ K., GAUDANIEC A. (red.), *Spór o naturę ludzką*, Lublin 2014, s. 497-511.
- HOŁUB G., *Medycyna*, [w:] *EB*, s. 341-346.
- HOŁUB G., *Operacje plastyczne*, [w:] *EB*, s. 418-423.
- HOŁUB G., *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014.
- HOŁUB G., *Transgeniczne organizmy*, [w:] *EB*, s. 598-602.

- HOTTOIS G., MISSA J.N., PERBAL L. (red.), *Encyclopédie du transhumanisme et du posthumanisme – L'humain et ses préfixes*, Paris 2015.
- HUBICKI W., *W sprawie Koffskiego i jego traktatu. Odpowiedź mgrowi R. Bugajowi*, [w:] KHNiT, 2 (1957), nr 2, s. 355-371.
- HUXLEY A., *Nowy, wspaniały świat*, Warszawa 2011.
- IGNACY ANTIOCHEŃSKI, *Do Kościoła w Efezie*, [w:] PSP, t. 45, Warszawa 1990, s. 66-73.
- ILNICKI R., *Posthumanizm/transhumanizm*, [Online]. <http://www.pl.scribd.com/doc/79513261/posthumanizmtranshumanizm#scribd>.
- IRENEUSZ Z LYONU, *Zdemaskowanie i odparcie fałszywej gnozy*, [w:] MICHALSKI M., „*Antologia Literatury Patrystycznej*”, t. 1, Warszawa 1975. 160-170.
- IRSAK A., *Postrzeganie dobra pacjenta*, [Online]. <http://www.ethos.lublin.pl>.
- ISAC C., ISAC A., ANTOHI N., BRATU T.I., *Labioplasty*, [w:] SHIFFMAN M.A., DI GIUSEPPE A. (red.), *Cosmetic Surgery: Art and Techniques*, Springer 2012, s. 1101-1110.
- IWANICKI J., *Procesy sekularyzacyjne a filozofia sekularna i postsekularna. Tradycje i współczesność*, Poznań 2014.
- IWANICKI J., *Koncepcja sekularyzacji życia społecznego Jeana Antoine Condorceta*, [w:] PR, 243 (2012), nr 1, s. 51-59.
- JACOBI J. (red.), *Paracelsus, Arzt und Gottsucher an der Zeitwende, Eine Auswahl aus seinem Werk von Jolante Jacobi, mit einer Einführung vom Gerhardt Wehr*, Olten-Freiburg 1991.
- JAGIEŁŁO D., *Ramy odpowiedzialności i postępowanie dowodowe w związku z podejrzeniem stosowania dopingu w sporcie*, [w:] GARDOCKA T., JAGIEŁŁO D. (red.), *Problemy prawne na styku sportu i medycyny*, Warszawa 2015, s. 3-11.
- JAKLEWICZ T., *Koniec człowieka?*, [w:] „Gość Niedzielny”, (2017), nr 17, s. 30-31.
- JAMES I.B., COLEMAN S.R., RUBIN J.P., *Fat, Stem Cells and Platelet-Rich Plasma*, [w:] CiPS, 43 (2016), nr 3, s. 473-488.

- JAN CHRZYSTOM, *Mowy przeciw judaizantom i Żydom, Przeciwno Żydom i Hellenom*, [w:] ŻMT, t. 41, Kraków 2007.
- JAREMEK W., *Eugenika*, [w:] „Galen”, (2011), nr 9-10, s. 12-13.
- JAROSZEWSKA A., *Spór o uniwersalia*, [w:] FPIED, 1 (2012), nr 2, s. 139-145.
- JARZĘBIAK J., *Zarys teologii stoickiej*, [w:] AULFP, (2010), nr 23, s. 173-192.
- JASIŃSKI K., KIELISZEK Z., MACHINEK M. (red.), *Mózg-umysł-dusza. Spór o adekwatną antropologię*, Olsztyn 2014.
- JASTRZĘBSKI Z., KALKA K., *Doping jako zagrożenie współczesnego sportu*, [w:] JASTRZĘBSKI Z. (red.), *Teoria i praktyka wychowania fizycznego i sportu*, t. 3, Łódź 2013, s. 143-153.
- JAWŁOWSKI A., *Oczy świata są zwrócone w kierunku stadionu – rzecz o współczesnym widowisku kulturowym*, [w:] ROGOWSKI Ł., SKROBACKI R. (red.), *Společne zmagania ze sportem*, Poznań 2011, s. 21-34.
- JĘDRZEJEWSKI K.S., *Andreas Vesalius i jego wielkie dzieło: De humani corporis fabrica*, [w:] FML, 40 (2013), nr 2, s. 155-206.
- JUDYCKI S., *Filozofia sportu*, [Online]. http://www.kul.pl/materialy-dopobrania,art_19301.html.
- JUENGST E.T., *What Does Enhancement Mean?*, [w:] PARENS E. (ed.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Washington 2000, s. 29-47.
- JONAK A., SKRZEK A., *Krioterapia w odnowie biologicznej sportowców – przegląd badań*, [w:] „Acta Bio-Optica et Informatica Medica”, 15 (2009), nr 4, s. 319-321..
- JONAK Ł., *Technologie - ideologie – literatura*, [w:] „Nowa Fantastyka”, (2000), nr 12, s. 66-67.
- JONES W.H.S., *Hippocrates Collected Works*, Cambridge – Harvard 1968.
- JONES W.H.S., *Hippocrates with An English Translation*, t. 1, Cambridge 1923.
- JONES W.H.S., *Hippocrates with An English Translation*, t. 2, Cambridge 1923.
- JUŚ M., *Spór o redukcjonizm w medycynie: Studium filozoficzne i metodologiczne*, Warszawa 2014.

- KACZMAREK E., *Autentyczność emocji w bioetycznym sporze o ulepszanie człowieka. Czy „pigulka szczęścia” może dać prawdziwe szczęście?*, [Online]. http://www.etyka.uw.edu.pl/wp-content/.../1-Autentycznoscemocji__EKaczmarek_preprint.pdf.
- KACZMAREK K., *Prasocjologia św. Tomasza z Akwinu*, Poznań 1999.
- KACZMAREK T.T., *Metodologia badań naukowych. O wiedzy i prawdzie w naukach ekonomicznych*, [w:] „Myśl Ekonomiczna i Polityczna”, 29 (2010), nr 2, s. 13-27.
- KAHNEMAN D., TVERSKY A., *Prospect Theory: An Analysis of Decisions under Risk*, [w:] „Econometrica”, 47 (1979), nr 2, s. 263-292.
- KAMIŃSKA J., *Nowe wspaniałe światy*, Kraków 2012.
- KAMIŃSKI A., ZASACKA M., WANYURA H., *Demineralizowana macierz kostna – przygotowanie i zastosowanie w leczeniu stomatologicznym*, [w:] CzS, 60 (2007), nr 9, s. 601-610.
- KANT I., *Co to jest Oświecenie*, cytata za: [Online]. <http://www.kant.cba.pl/Aufklarung.pdf>.
- KANT I., *O potędze ludzkiego ducha*, [Online]. <http://www.wolnelektury.pl/katalog/lektura/o-potedze-ducha.html>.
- KAPUSTA A., *Problem obiektywności w medycynie na przykładzie pojęcia choroby*, [w:] „Zagadnienia naukoznawstwa”, 204 (2015), nr 2, s. 167-174.
- KARACOLOFF L.A., *Orthopedics*, Michigan 1987.
- KASS L.R., *Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health*, [w:] „Public Interest”, (1975), nr 40, s. 11-42.
- KASS L.R., *The end of medicine and the pursuit of health*, [w:] KASS L.R., *Toward a more natural science*, New York 2008, s. 157-186.
- KATOŁO A.J., *Ciało ludzkie przedmiotem manipulacji? Perspektywa bioetyczno-teologiczna*, [w:] „Poznańskie Studia Teologiczne”, (2002), t. 12. s. 177-185.
- KAZIBUT R., *Mechanicizm Roberta Boyle’a. Od chaosu «rzeki Heraklita» do piękna zegara ze Strasburga*, [w:] „Scripta Neophilologica Posnaniensia”, (2012), t. 12, s. 47-56.
- KAZIMIERCZAK-KUCHARSKA A., *Aspekty procesu dążenia do doskonałego życia w filozofii greckiej i w chrześcijaństwie pierwszych wieków*, [Online]. <http://www.katedra.uksw>

.edu.pl/publikacje/anna_kazimierczak_kucharska/aspekty_i_proces_dazenia_do_doskonalego_zycia_w_filozofii_greckiej.pdf.

KELLEY J.N.D., *Początki doktryny chrześcijańskiej*, Warszawa 1988.

KENNEDY J., VERNE S., GRIFFITH R., FALTO-AIZPURUA L., NOURI K., *Non-invasive subcutaneous fat reduction: a review*, [w:] „Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology”, 29 (2015), nr 9, s. 1679-1688.

KĘDZIORA R., *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009.

KIEREŚ H., *Klasyczna teoria sztuki*, [w:] RAKOWSKI T. (red.), *U źródeł tożsamości kultury europejskiej*, Lublin 1994, s. 201-218.

KIEREŚ H., *Praca i sztuka*, [w:] CzWK, (2005), nr 17, s. 33-39.

KIEREŚ H., *Sztuka, a prawda*, [w:] CzWK, (1994), nr 2, s. 51-69.

KIERUL J., *Isaac Newton Bóg, światło i świat*, Wrocław 1996.

KIRWAN L., *Bez skazy. Chirurgia plastyczna bez tajemnic*, Poznań 2006.

KLEMENS Z ALEKSANDRII, *Protreptikos*, [w:] PSP, t. 44, Warszawa 1988, s. 116-201.

KLICHOWSKI M., *Czy nastaje zmierzch edukacji? Kilka refleksji na marginesie koncepcji cyborgizacji*, [w:] PYŻALSKI J. (red.), *Wychowawcze i społeczno-kulturowe kompetencje współczesnych nauczycieli. Wybrane konteksty*, Łódź 2015, s. 54-64..

KLICHOWSKI M., *Edukacja cyborgów. Jak działać, by nowe technologie były sprzymierzeńcem, a nie wrogiem?*, [w:] PYŻALSKI J. (red.), *Kompetencje wychowawcze i społeczno-kulturowe współczesnych nauczycieli*, Poznań 2015, s. 2-11.

KLICHOWSKI M., *Narodziny cyborgizacji. Nowa eugenika, transhumanizm i zmierzch edukacji*, Poznań 2014.

KLUKOWSKI K., *Odżywki i napoje energetyczne dla osób trenujących – wskazania i skuteczność*, [Online]. <http://www.dieta.mp.pl/sport/72954,odzywki-i-napoje-energetyczne-dla-osob-trenujacychwskazania-i-skuteczosc>.

- KŁODECKA-RÓŻAŁSKA J., *O treningu mentalnym, dorobku i przyszłych zastosowaniach psychologii w polskim sporcie*, [Online]. <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=259>.
- KMIECIAK B., *Doping genetyczny – wiemy, że nic nie wiemy*, [Online]. <http://www.biotechnologia.pl/bioetyka/aktualnosci/doping-genetyczny-wiemy-ze-nic-nie-wiemy,13661>.
- KNYPL K., *Ciężkie życie prawdy*, [w:] „Gazeta Lekarska”, (2005), nr 6, s. 30-31.
- KOBIERECKI M.M., *Polityka sportowa i polityka sportu w świetle naukowego piśmiennictwa anglosaskiego*, [w:] „Atheneum. Polskie Studia Politologiczne”, (2014), nr 43, s. 125-143.
- KODEKS ETYKI LEKARSKIEJ, [Online]. <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>.
- KOŁODZIEJCZYK I., *Kontrolowana myślami proteza bioniczna działa!*, [Online]. <http://www.biotechnologia.pl/biotechnologia/Doniesienia-naukowe/kontrolowana-myslami-proteza-bioniczna-dziala,12978>.
- KONIECZNA S., *Od przypadku, precedensu do przelomu w medycynie – wybrane przykłady*, [w:] PZH, (2014), z. 21, s. 32-38.
- KOPANIA J., *Etyczne aspekty chirurgii estetycznej*, [w:] NL, 76 (2007), nr 2, s. 182-186.
- KOPIAS-ŁOKUCIEJEWSKA K., *Koncepcja człowieka i jego miejsce we wszechświecie w doktrynach Paracelsusa i Boehmego*, [w:] „Medycyna Nowożytna”, 8 (2001), z. 1, s. 5-55.
- KORNAS S., *Transseksualizm*, [w:] EB, s. 602-608.
- KORNAS S., *Współczesne badania prenatalne, a Encyklika Jana Pawła II Evangelium Vitae*, [w:] MŁOTEK A., REROŃ T. (red.), *Życie – dar nienaruszalny. Wokół Encykliki Evangelium Vitae*, Wrocław 1995, s. 129-139.
- KOWAL K., JABŁECKI J., CHEŁMOŃSKI A., *Ciało zrekonstruowane. Społeczno-kulturowe uwarunkowania transplantacji kończyn górnych*, [w:] NL, 81 (2012), nr 5, s. 440-446.
- KOWALCZYK J., *Idea sprawiedliwości społecznej w kontekście procesu globalizacji*, [w:] „Annales. Etyka w życiu gospodarczym”, 11 (2008), nr 1, s. 219-224.
- KOWALCZYK S., *Ciało człowieka w refleksji filozoficznej*, Lublin 2009.

- KOWALSKI J., *Przysięga lekarska*, [w:] EB, s. 472-477.
- KRAJ T., *Granice genetycznego ulepszania człowieka*, Kraków 2010.
- KRAJ T., *Etyczne Aspekty genetycznej modyfikacji człowieka*, [Online]. <http://www.docplayer.pl/25640544-Tomasz-kraj-etyczne-aspekty-genetycznej-modyfikacji-czlowiekasympozjum-6-197990.html>.
- KRAJ T., *Eutanazja a eugenika we współczesnej praktyce medycznej*, [w:] BIESAGA T. (red.), *Systemy bioetyki*, Kraków 2003, s. 197-221.
- KRASUSKI J., *Historia wychowania*, Warszawa 1985.
- KRAPIEC M., *Idea „postępu” w krzywym zwierciadle ekologii*, [w:] CzWK, (1994), nr 2, s. 17-29.
- KRÓLIKOWSKI J., WINCZURA Ł. (red.), *Świadkowie naszej Tradycji: pisma Ojców Kościoła*, Tarnów 2000.
- KRZYŻAK T., *In vitro nie leczy niepłodności*, [Online]. <http://www.rp.pl/artukul/1025297-In-vitro-nie-leczy-nieplodnosci.html#ap-1>.
- KUBICKI J., *Historia największych odkryć anatomicznych ludzkiego ciała*, [w:] „Puls uczelni”, 9 (2015), nr 1, s. 42-44.
- KUBY G., *Globalna rewolucja seksualna – Likwidacja wolności w imię wolności*, Kraków 2013.
- KUMOR B., *Historia Kościoła – Jesień kościelnego średniowiecza*, Lublin 1991.
- KUNICKI B., *Kultura fizyczna antycznej Grecji*, [Online]. <http://www.wbc.poznan.pl/Content/1490/M317.html>.
- KUPISZEWSKI H., *Porzucenie dziecka w prawach antycznych*, [w:] MR, 11 (1956), nr 1-2, s. 57-60.
- KURZWEIL R., *Nadchodzi Osobliwość. Kiedy człowiek przekroczy granice biologii*, Warszawa 2013.
- KÜHN C.G., *Claudii Galeni opera omnia*, Leipzig 1821-1833.
- KWAPISZEWSKA-ANTAS M., *Człowiek wobec zwierząt na przestrzeni dziejów*, [w:] „Słupskie Studia Filozoficzne”, (2007), nr 6, s. 97-110.
- LARCHET J.C., *Terapia chorób duchowych*, Hajnówka 2013.

- LECKY W.E.H., *History of European Morals From Augustus to Charlemagne*, vol. II, New York 1870.
- LEHMANN C.M., *Early Greek Athletic Trainers*, [w:] „Journal of Sport History”, 36 (2009), nr 2, s. 187–204.
- LEJMAN J., *Ekologizm a globalizacja*, [w:] „Radzyński Rocznik Humanistyczny”, (2007), t. 5, s. 226-246.
- LEON-DUFOUR X., *Corps, Vocabulaire de Théologie Biblique*, Paris 1970, s. 210-213.
- LEONI E., *Nostradamus and His Prophecies*, New York 2013.
- LEVIN Y., *The Paradox of Conservative Bioethics*, [Online]. <http://www.thenewatlantis.com/publications/the-paradox-of-conservative-bioethics>.
- LEWANDOWSKI W., *Biokonserwatyzm i preferencja status quo*, [w:] *EiP*, 6 (2015), nr 1, s. 72-84.
- LEŻNICKI M., *Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych*, [w:] „Scientia et Fides”, 1 (2013), nr 1, s. 213-230.
- LÉVÊQUE P., *Świat grecki*, Warszawa 1973.
- LIANA Z., *Inspiracje chrześcijańskie w rozwoju myśli naukowej we wczesnym średniowieczu (V-XIIw.)*, [w:] „Zagadnienia filozoficzne w nauce”, (1993), t. 15, s. 23-36.
- LIPÓŃSKI W., *Od Aten do Malty. Minihistoria nowożytnych igrzysk olimpijskich 1896-1996*, Poznań 1996.
- LOVREGGIO R., FABBROCINI G., DELFINO M., *The Nonsurgical Thread Lift for Facial Rejuvenation*, [w:] FABBROCINI G., PIA DE PADOVA M., TOSTI A. (red.), *Nonsurgical Lip and Eye Rejuvenation Techniques*, Springer 2016, s. 85-96.
- LÖWITH K., *Historia powszechna i dzieje zbawienia. Teologiczne przesłanki filozofii dziejów*, Kęty 2002.
- LUCAS CH.J.P., *The Olympic Games – 1904*, St. Louis 1905.
- LUCAS LUCAS R., *Bioetyka dla każdego*, Częstochowa 2001.

- ŁASECKI M., *Wszystko, co musisz wiedzieć, zanim zaczniesz stosować – Środki dopingujące*, Toruń 2013.
- ŁOBOŻEWICZ T., *Bezpieczeństwo, higiena i ochrona zdrowia w sporcie, wychowaniu fizycznym i turystyce*, Warszawa 1978.
- ŁOŚ A., *Doping genetyczny – czy możliwy już na igrzyskach w Brazylii?*, [Online]. <http://www.biotechnologia.pl/biotechnologia/doping-genetyczny-czy-mozliwy-juz-na-igrzyskach-w-brazylia,16344>.
- ŁUKASZEWICZ J., *K. Pliniusza Starszego Historii Naturalnej ksiąg XXXVII*, Poznań 1845.
- ŁUKOMSKI J., *Ewolucja*, [w:] EB, s. 196-201.
- ŁYSIEN L., *Zmierzch chrześcijaństwa, chrześcijaństwo zmięchu*, [w:] „Świat i Słowo”, 21 (2013), nr 2, 53-66.
- MACHINEK M., *Autonomia jako wartość i problem moralny w relacji lekarz – pacjent*, [Online]. http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej.
- MACHINEK M., *Mit o idealnym państwie. Nowożytne utopie*, [Online]. http://www.uwm.edu.pl/tmor/h_opr/opr_02.htm.
- MADEC G., *Saint Ambroise et la philosophie, Études Augustiniennes*, Paris 1974.
- MALCZEWSKA-LENCZOWSKA J., *Suplementy diety/odżywk*, [Online]. http://www.anty doping.pl/pl/informacje_dla_sportowcow/suplementy_diety_odzywki.
- MALEC M., MORAWSKI M., WOJTAS D., ZAJĄC J., *Cyberyba – podwodny robot mobilny*, „Pomiary Automatyka Robotyka”, 14 (2010), nr 2, s. 331-340.
- MANICKA Z., STRZELECKI W., *Świadomość niepożądanych efektów zdrowotnych stosowania dopingu przez sportowców wśród uczniów szkół średnich*, [w:] „Pielęgniarstwo Polskie”, 38 (2010), nr 4, s. 173-180.
- MANIECKA M., *Terapia genowa – czym jest i jej perspektywy*, [Online]. <http://www.laboratoria.net/artukul/12555.html>.
- MARCUS TULLIUS CICERO, *O naturze bogów: O wróżbiarstwie, O przeznaczeniu*, Pisma Filozoficzne, Warszawa 1960.

- MARROU H.I., *Historia wychowania w starożytności*, Warszawa 1969.
- MARCINIAK J., *Biomateriały*, Gliwice 2002.
- MARYNIARCZYK A., STĘPIEŃ K. (red.), *Dusza Umysł Ciało. Spór o jedność bytową człowieka*, Lublin 2007.
- MARYNIARCZYK A., STĘPIEŃ K., GAUDANIEC A. (red.), *Spór o naturę ludzką*, Lublin 2014.
- MASTALERZ P., *Ekologiczne kłamstwa ekowojowników*, Wrocław 2012.
- MASTERNAK M., NAPIÓRKOWSKA J., *Transport organów, czyli liczy się każda sekunda*, [w:] „TransLogistics”, (2014), s. 15-40.
- MATARASSO A., MOORE MATARASSO D., MATARASSO E.J., *Abdominoplasty: Classic Principles and Technique*, [w:] CiPS, 41 (2014), t. 4, s. 655-672.
- MATEJKO B., GŁADYSZ J., *Idea protez bionicznych w nowoczesnej protetyce*, [w:] „ZN TD UJ Nauki Ścisłe”, (2010), nr 1, s. 34-44.
- MAURON A., *Homo faber sui: quelques questions d'éthique démiurgique*, [w:] MISSA J.N., PERBAL L. (red.), *Enhancement: Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris 2009, s. 203-220.
- MAZUREK S., *Rosyjski renesans religijno-filozoficzny. Próba syntezy*, Warszawa 2008.
- MCGEE G., *Ethical Issues in Enhancement: An Introduction*, [w:] CQoHE, 9 (2000), nr 3, s. 299-303.
- MEHLMAN M.J., BOTKIN J.R., *Access to the Genome: The Challenge to Equality*, Georgetown 1998.
- MEHLMAN M.J., *Wondergenes: Genetic Enhancement and the Future of Society*, Indiana University Press 2003.
- MĘDRAŚ M., JÓŻKÓW P., *Zastosowanie testosteronu i steroidów androgenno-anabolicznych w sporcie*, [w:] „Endokrynologia Polska”, 60 (2009), nr 3, s. 204-209.
- MIAH A., EASSOM S. (red.), *Sport Technology: History, Philosophy and Policy*, Oxford 2002.

- MIASKOWSKA-DASZKIEWICZ K., *Prawne aspekty transplantacji komórek, tkanek i narządów*, [w:] „Przegląd Prawno-Ekonomiczny”, (2007), nr 1, s. 5-12.
- MIERZECKI R. (rec.), *Paracelsus, Arzt und Gottsucher an der Zeitwende, Eine Auswahl aus seinem Werk von Jolante Jacobi, mit einer Einführung vom Gerhardt Wehr*, J. JACOBI (red.), Olten-Freiburg 1991, [w:] KHNiT, 38 (1993), nr 3, s. 153-164.
- MINISTERSTWO ZDROWIA RP, *Program – Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2013 – 2016*, [Online]. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/zdrowie-matki-i-dziecka/leczenie-nieplodnosci-metoda-zaplodnienia-pozaustrajowego-in-vitro/>.
- Miodoński J., *Z zagadnień etyki lekarskiej*, [w:] BORTNOWSKA H. (opr.), *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*, Kraków 1984, s. 67-90.
- MIRANDOLA G.P., *Godność człowieka*, [w:] NOWICKI A. (red.), *Filozofia włoskiego Odrodzenia*, Warszawa 1967, s. 137-142.
- MIRANDOLA G.P., *New Essays*, [w:] DOUGHERTY M.V. (red.), Cambridge 2008.
- MIRANDOLA G.P., *Opera omnia*, Bazylea 1557.
- MIRANDOLA G.P., *Oration on the Dignity of Man: A New Translation and commentary*, Cambridge 2012.
- MISIARCZYK L., *Apokatastasis zrealizowana, aktualna i przyszła w tradycji biblijnej i patrystycznej przed Orygenesem*, [w:] SSHT, 36 (2003), nr 2, s. 459-476.
- MISSA J.N., PERBAL L. (red.), *Enhancement: Éthique et philosophie de la médecine d'amélioration*, Paris 2009.
- MONSTER J., *10 najbardziej zmodyfikowanych fizycznie ludzi świata*, [Online]. <http://www.joemonster.org/art/7795>.
- MORAWSKA A., BOLESŁAWSKA I., PRZYŚLAWSKI J., CHRZANOWSKI SZ., JAGIELSKI P., *Wartość energetyczna oraz podstawowe składniki odżywcze w całodziennych racjach pokarmowych (CRP) mężczyzn uprawiających karate*, [w:] PHiE, 94 (2013), nr 3, s. 514-517.

- MORCINIEC P., *Medycyna ludzkich pragnień z perspektywy bioetycznej*, [Online]. http://www.morciniiec.mplay.net.pl/joomla/pdf/medycyna_pragnien.pdf.
- MORCINIEC P., *Przeszczepy narządów*, [w:] EB, s. 467-472.
- MORE M., *The Philosophy of Transhumanism*, [Online]. http://www.media.johnwiley.com.au/product_data/excerpt/99/11183342/1118334299-106.pdf.
- MORE M., *The Transhumanist Reader*, John Wiley & Sons 2013.
- MOTTRAM D.R., CHESTER N. (ed.), *Drugs in Sport*, London – New York 2015.
- MROCKOWSKA D., *Ciało w centrum*, [w:] ZIÓŁKOWSKA B., CWOJZIŃSKA A., CHOŁODY M. (red.), *Ciało w kulturze i nauce*, Warszawa 2009, s. 23-29.
- Mróz P.J., *Trening mentalny. Psychologia sukcesu w biznesie i sporcie*, [Online]. <http://www.sii.org.pl/static/img/007353/mroz/pawel-mroz-opis-treningu-wallstreet.pdf>.
- MUSZALA A., RUDZIEWICZ A., *Bioetyka w szkole*, Kraków 2007.
- MUSZALA A., *Ciało ludzkie w starożytności chrześcijańskiej*, [w:] „Forum Teologiczne”, (2010), nr 10, s. 37-48.
- MUSZALA A., *Dylematy moralne związane z wykorzystaniem sztucznej macicy*, [w:] BRUSIŁO J., ŚWIERCZEK A. (red.), *Evangelium Vitae – most ku przyszłości*, Kraków 2011, s. 39-58.
- MUSZALA A., *Embrion ludzki w starożytnej refleksji teologicznej*, Kraków 2009.
- MUSZALA A. (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2007.
- MUSZALA A., *Etyka, biologia, medycyna. Czy możliwa jest płaszczyzna porozumienia?*, [w:] MP, (2009), nr 5, s. 144-146.
- MUSZALA A., *Jakość życia czy świętość życia*, [Online]. http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/35037,jakosc-zycia-czy-swietosc-zycia.
- MUSZALA A., *Kodeks Etyki Lekarskiej: Odcinek 9: Jaki jest cel medycyny?*, [Online]. http://www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej.
- MUSZALA A., *Kodeks Etyki Lekarskiej: odcinek 17: gdy przypadek kliniczny przerasta możliwości lekarza*, [w:] MP, (2014) nr 7-8, s. 128-139.

- MUSZALA A., *Koncepcja człowieka według św. Pawła i jej implikacje dla bioetyki*, [w:] JASIŃSKI K., KIELISZEK Z., MACHINEK M. (red.), *Mózg-umysł-dusza. Spór o adekwatną antropologię*, Olsztyn 2014, s. 125-140.
- MUSZALA A., *Medycyna luksusowa*, [w:] EB, s. 354-358.
- MUSZALA A., *Medycyna luksusowa – ocena etyczna nieterapeutycznych usług medycznych*, [w:] MP, (2006), nr 5, s. 28-34.
- MUSZALA A., *Medycyna luksusowa w kontekście polskiej biedy*, [w:] DUDA M. (red.), *Oblicza polskiej biedy – stan i zagrożenia*, Kraków 2007, s. 47-60.
- MUSZALA A., *Obraz Chrystusa – lekarza u Ojców Kościoła*, [w:] „Materiały Homiletyczne”, (2015), nr 294, s. 5-13.
- MUSZALA A., „Przysięgam na...” – *formy przyrzeczenia lekarskiego od starożytności do dziś*, [w:] MP, (2009), nr 5, s. 158-161.
- MUSZALA A., *Bioetyka w dialogu*, [Online]. <http://www.ratujemyembriony.pl/wp-content/uploads/2016/02/Bioetyka-w-dialogu.pdf>.
- MUSZALA A., *Troska lekarza o ochronę początkowych stadiów życia ludzkiego*, [Online]. http://www.mp.pl/etyka/poczatki_zycia/157213,kel-troska-lekarza-o-ochronepoczatkowychstadiowzycialudzkiego.
- MÜLLER R.K., *History of Doping and Doping Control*, [w:] THIEME D., HEMMERSBACH P. (red.), *Doping in Sports*, Springer 2009, s. 1-24.
- NACZELNA RADA LEKARSKA, *Pismo NRL/SP/1212/15*, 17.07.2015.
- NAGÓREK M., *Doping w sporcie. Paszport biologiczny, a sprawa turecka*, [Online]. <http://www.magazynbieganie.pl/doping-w-sporcie-paszport-biologiczny-sprawa-turecka/>.
- NAGÓRNY J., *Wartość życia ludzkiego*, Lublin 2009.
- NASIADKA K., *Toksykologiczne i społeczne aspekty działania amfetaminy i jej analogów*, Kraków 2001.
- NASIEROWSKI T., *Historia zaburzeń nastroju*, [w:] „Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej”, 7 (2007), nr 2, s. 75-86.

- NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, *Consensus Statement 1982 Nov 1-3; 4(5):1-19*, [Online].
<http://www.consensus.nih.gov/1982/1982Biomaterials034html.htm>.
- NAUMOWICZ J., *Instytucje charytatywne św. Bazylego. „Bazyliada”*, [w:] „Vox Patrum”, (1996), t. 30-31, s. 125-139.
- NAWROCKA A., *Etos w zawodach medycznych*, Kraków 2008.
- NAWROT O., *Ludzka biogeneza w standardach bioetycznych Rady Europy*, Warszawa 2011.
- NEUMAYER L., VARGO D., *Chirurgiczne zasady postępowania w okresie przedoperacyjnym i podczas operacji*, [Online]. http://www.edraurban.pl/layout_test/book_file/68/chirurgia_sabiston-r12.pdf.
- NIERODKA P., *Czy eutyfronika jest etyką interesu?*, [w:] „Archeus”, (2009), t. 10, s. 81-93.
- NIETZSCHE F., *Tako rzecze Zaratustra. Książka dla wszystkich i dla nikogo*, Warszawa 1990.
- NOSAL P., *Technologia i życie społeczne. Analiza relacji na przykładzie współczesnego świata sportu*, Poznań 2012.
- NOWAK E., *Doskonałość. Z genealogii human enhancement*, [w:] „Humaniora”, 5 (2014), nr 1, s. 77-102.
- NOWAKOWSKI D., *Absolutnie wolny? Wolność człowieka w filozofii Giovanniego Pico della Mirandoli*, [w:] AULFP, (2011), nr 24, s. 9-18.
- NOWINA-SROCZYŃSKA E., LATOCHA S., SIEMIŃSKI T. (red.), *Oblicza choroby w czasach płynnej nowoczesności*, Bytów-Łódź 2016,
- NOWICKI A. (red.), *Filozofia włoskiego Odrodzenia*, Warszawa 1967.
- NOWICKI M., *Generyczne leki immunosupresyjne w transplantologii — korzyści i zagrożenia*, [w:] „Forum Nefrologiczne”, (2013), nr 2, s. 90-96.
- NUMBERS R.L. (red.), *Wyrok na Galileusza i inne mity o nauce i religii*, Warszawa 2010.
- O'COLLINS G., FARRUGIA E.G., *Leksykon pojęć teologicznych i kościelnych*, Kraków 2002.
- ORYGENES, *Duch i ogień*, [w:] BOK, t. 4, Kraków 1994.
- ORYGENES, *Przeciw Celsusowi*, [Online]. <http://www.pistis.pl/biblioteka/Origen.pdf>.

- OSEK E., *Samopoznanie w Teajtecie*, [w:] PACEWICZ A. (red.), *Kolokwia Platońskie – Teajtet*, Wrocław 2007, s. 59-84.
- OSTRZYŻEK A., J. MARCINKOWSKI T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, [w:] PHiE, 92 (2012), nr 4, s. 682-686.
- PACEWICZ A. (red.), *Kolokwia Platońskie – Teajtet*, Wrocław 2007.
- PADOVESE L., *Wprowadzenie to Teologii Patrystycznej*, [w:] „Myśl Teologiczna”, Kraków 1994.
- PAGEL W., *Paracelsus. An Introduction to Philosophical Medicine in the Era of the Renaissance*, New York 1982.
- PAMUŁA E., *Inżynieria tkankowa – nowa metoda leczenia tkanek i narządów*, [Online]. <http://www.ceramika.agh.edu.pl/pl/2016-01-20-13-11-44/ciekawie-o/483-inzynieria-tkankowa-nowa-metodaleczenie-tkanek-i-narzadow-2>.
- PANKIEWICZ O., *Projekt ustawy o in vitro niezgodny z Konstytucją*, [Online]. <http://www.pch24.pl/mec--pankiewicz--projekt-ustawy-o-in-vitro-niezgodny-z-konstytucja,24830,i.html#ixzz44fpfPbuq>.
- PARENS E. (ed.), *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, Washington 2000.
- PARK K., *Mit V O tym, że średniowieczny Kościół zakazywał sekcji zwłok*, [w:] NUMBERS R.L. (red.), *Wyrok na Galileusza i inne mity o nauce i religii*, Warszawa 2010, s. 67-75.
- PARK K., *The criminal and the saintly body: autopsy and dissection in Renaissance Italy*, [w:] „Renaissance Quarterly”, 47 (1994), nr 1, s. 1-33.
- PASIEKA P., *Kartezjańska koncepcja zwierzęcia-maszyny*, [w:] „Filo–Sofija”, 17 (2012), nr 2, s. 51-64.
- PASSMORE J., *The Perfectibility of Man*, New York 1970.
- PASZKOWSKI T., WRONA W., *Miejsce technik wspomaganego rozrodu we współczesnej medycynie*, [w:] CHYROWICZ B. (red.), *Metody wspomaganie prokreacji: sukces czy porażka?*, Lublin 2006, s. 19-28.
- PAWŁOWSKI K., *Egzystencjalny wymiar filozoficznej mądrości według Platońskiego „Teajteta”. Moralne i duchowe aspekty maieutyki sokratejskiej*, [w:] PACEWICZ A. (red.), *Kolokwia Platońskie – Teajtet*, Wrocław 2007, s. 43-58.

- PÉREZ TRIVIÑO J.L., *Mood enhancement and doping*, [w:] PE&H, 3 (2014), nr 1, s. 26-30.
- PECUSZOK K., *Współczesny kult ciała i operacje plastyczne w aspekcie psychologiczno-społecznym*, [w:] PZH, (2014), z. 24, s. 2-11.
- PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C. (red.), *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*, Oxford 1988.
- PELLEGRINO E.D., *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, [w:] JMaP, 26 (2001), nr 6, s. 559-579.
- PELLEGRINO E.D., *Biotechnology, Human Enhancement, and the Ends of Medicine*, [Online]. <http://www.cbhd.org>.
- PELZER O., *Chirurgia*, Jelenia Góra 2008.
- PERSSON I., SAVULESCU J., *The Perils of Cognitive Enhancement and the Urgent Imperative to Enhance the Moral Character of Humanity*, [w:] JAP, 25 (2008), nr 3, s. 162-177.
- PERSSON I., SAVULESCU J., *Unfit for the Future. The Need for Moral Enhancement*, Oxford University Press 2012.
- PETRARCA F., *Dell'ignoranza sua e d'altrui*, Florencja 1904.
- PIECHOTA R., *Reguły antydopingowe w prawie międzynarodowym*, [w:] „Studia Iuridica Toruniensia”, (2010), t. 6, s. 152-181.
- PIECHOWIAK M., TUROWSKI T. (red.), *Szkice o godności człowieka*, Zielona Góra 2012.
- PISZCZATOWSKI P., *Przerwane opus magnum. O powieści Elfriede Jelinek Dzieci umarłych z Celanem w tle*, [w:] „Acta Philologica”, (2014), nr 45, s. 195-200.
- PITANGUY I., *Aesthetic Plastic Surgery of Head and Body*, Berlin-Heidelberg-New York 2012.
- PLATON, *Fedon*, Kęty 1999.
- PLATON, *Państwo*, Kęty 1997.
- PLATON, *Prawa*, PLATON, *Państwo*, Kęty 1997, s. 339-502.
- PLATON, *Teajtet*, Kęty 2002.

- PLUTARCH, *Lycurgus*, [w:] TAZBIROWA J., WIPSYZKA E., *Historia – Starożytność*, Warszawa 1997.
- POSSENTI V., *Nihilizm teoretyczny i „śmierć metafizyki”*, Lublin 1998.
- POWER A., *Roger Bacon and the Defence of Christendom*, Cambridge 2013.
- PREGENZER B., SCHMIDLE B., *Św. Hildegarda z Bingen, Dieta i post*, Kraków 2013.
- PRENDERGAST P.M., SHIFFMAN M.A. (red.), *Aesthetic Medicine: Art and Techniques*, Berlin-Heidelberg 2011.
- PRINCIPE L., *The Secrets of Alchemy*, Chicago 2013.
- PRIORESCHI P., *A history of medicine*, vol. III, *Roman Medicine*, Omaha 2001.
- PRIORESCHI P., *A history of medicine*, vol. IV, *Byzantine and Islamic Medicine*, Omaha 2004.
- PROUST J., *Cognitive enhancement, human evolution and bioethics*, [w:] JIB, 22 (2011), nr 3-4, s. 153-173.
- PRZYLIPIAK A. (red.), *Podstawy Medycyny Estetycznej*, Białystok 2014.
- PUZIO A., *Wybrane zagadnienia z metodyki pracy naukowej*, Katowice 1998.
- RADWANOWICZ-WANCZEWSKA J., NICZYPORUK P., KUŹMICZ K. (red.), *Jednostka a państwo na przestrzeni wieków*, Białystok 2008.
- RAKOWSKI T. (red.), *U źródeł tożsamości kultury europejskiej*, Lublin 1994.
- RAMSDEN E., *A differential paradox: The controversy surrounding the Scottish mental surveys of intelligence and family size*, [w:] JHBS, 43 (2007), nr 2, s. 109-134.
- RAUBO A., *Antyczne źródła renesansowej teorii afektów*, [w:] „Symbolae Philologorum Posnaniensium Graecae et Latinae”, 22 (2012), nr 1, s. 145–166.
- REALE G., *Historia filozofii starożytnej*, t. 3, Lublin 1999.
- REICHEL CH., GMEINER G., *Erythropoietin and Analogs*, [w:] THIEME D., HEMMERSBACH P. (red.), *Doping in Sports*, Springer 2009, s. 251-294.
- REMBIERZ M., *Lux in tenebris lucet. Metafizyczny wymiar światła i widzialności świata w refleksji filozoficznej i teologicznej K. Michalskiego*, [w:] SSHT, (1998), t. 31, s. 237-273.

- REPORT COMMISSIONED BY THE U.S. NATIONAL SCIENCE FOUNDATION AND DEPARTMENT OF COMMERCE, *Converging Technologies for Improving Human Performance – Nanotechnology, Biotechnology, Information Technology and Cognitive Science*, 2002.
- REPORT OF THE PRESIDENT’S COUNCIL ON BIOETHICS: *Beyond Therapy. Biotechnology and the Pursuit of Happiness*, Washington D.C. 2003.
- RIFKIN J., *Was macht euch so ängstlich? Amerikas Kraft ist Amerikas Leitkultur: Eine Anfrage an die Deutschen*, [w:] „Frankfurter Allgemeine Zeitung“, (2000), nr 269, s. 41.
- RISSE G.B., *Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*, New York 1999.
- ROACHE R., CLARKE S., *Bioconservatism, bioliberalism, and the wisdom of repugnance*, [w:] MBR, 28 (2009), nr 1, s. 1–21.
- ROBINSON J.K., HANKE C.W., SIEGEL D.M., FRATILA A., BHATIA A.C., ROHRER T.E. (red.), *Surgery of the Skin: Procedural Dermatology*, Elsevier 2014.
- ROGOWSKI Ł., SKROBACKI R. (red.), *Spoleczne zmagania ze sportem*, Poznań 2011.
- ROHRICH R.J., ADAMS W.P., AHMAD J., GUNTER J. (red.), *Dallas Rhinoplasty: Nasal Surgery by the Masters*, Taylor & Francis Group 2014.
- ROSS S., *Higher, Further, Faster: Is technology improving sport?*, Chichester 2008.
- ROTHMAN S.M., ROTHMAN D.J., *The Pursuit of Perfection: The Promise and Perils of Medical Enhancement*, New York 2003.
- ROWIŃSKI K., *400-lecie śmierci Andrzeja Wesaliusza*, [w:] KHNiT, 10 (1965), nr 3, s. 333-341.
- RÓŻYŃSKA J., FIJAŁKOWSKA B., *Uzdrowianie czy spełnianie życzeń? Spór o cele medycyny*, [Online]. http://www.academia.edu/12128366/Uzdrowianie_czy_spe%C5%82nianie_%C5%BCycze%C5%84_Sp%C3%B3r_o_cele_medycyny_Healing_or_wish-fulfilling_On_the_goals_of_medicine.
- RUDZIEWICZ A., *Eugenika, a osiągnięcia współczesnej genetyki*, [w:] „Semina Scientiarum”, (2005), nr 4, s. 105-123.

- RYSZKA Ł., *Wkład Kościoła na rzecz kultury politycznej*, [w:] MAZUR J. (red.), *Polityka społeczna wobec «rzeczy nowych». 25-lecie encykliki Centesimus Annus św. Jana Pawła II*, Kraków 2016, s. 143-161.
- SACHAJ T., *Eugenika społeczna w ujęciu Platona*, [w:] „Archeus”, (2004), t. 5, s. 15-24.
- SAMIEC Ł., *Franciszkańska estetyka teologiczna jako sposób celebrowania życia*, [w:] „Teologia w Polsce”, 7 (2013), nr 1, s. 185-200.
- SANDEL M., *Przeciwko udoskonalaniu człowieka. Etyka w czasach inżynierii genetycznej*, Warszawa 2014.
- SANDEL M.J., *The Case Against Perfection. What's wrong with designer children, bionic athletes, and genetic engineering*, [Online]. <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2004/04/the-case-against-perfection>.
- SANTONI-RUGIU P., SYKES P.J., *A History of Plastic Surgery*, Berlin-Heidelberg-New York 2007.
- SAS-NOWOSIELSKI K., *Koniec wieku niewinności - doping we wspinaczce sportowej*, [w:] „Taternik”, (2000), nr 1-2, s. 27-30.
- SAVULESCU J., BOSTROM N. (red.), *Human Enhancement*, Oxford 2009.
- SAVULESCU J., TER MEULEN R., KAHANE G. (red.), *Enhancing Human Capacities*, Wiley-Blackwell 2011.
- SAVULESCU J., PERSSON I., *Moral Enhancement, Freedom, and the God Machine*, [w:] TM, 95 (2012) nr 3, 399-421.
- SAVULESCU J., *Procreative beneficence: why we should select the best embryos*, [w:] BT, 15 (2001), nr 5-6, s. 413-426.
- SAVULESCU J., *The Human Prejudice and the Moral Status of Enhanced Beings: What Do We Owe the Gods?*, [w:] SAVULESCU J., BOSTROM N. (red.), *Human Enhancement*, Oxford 2009, s. 211-247.

- SAVULESCU J., SANDBERG A., KAHANE G., *Well-Being and Enhancement*, [w:] SAVULESCU J., TER MEULEN R., KAHANE G., (red.), *Enhancing Human Capacities*, Wiley-Blackwell 2011, s. 3-18.
- SELGELID M.J., *Moderate eugenics and human enhancement*, [w:] MHCaP, 17 (2014), nr 1, s. 3-12.
- SHELLEY M., *Frankenstein czyli nowoczesny Prometeusz*, Czerwonak 2013.
- SHIFFMAN M.A., DI GIUSEPPE A., *Liposuction: Principles and Practice*, Springer 2016.
- SHIFFMAN M.A., *Mastopexy and Breast Reduction: Principles and Practice*, Springer 2009.
- SIEKLIŃSKI D., JUSZCZAK G., *Sprawozdanie ze stażu trenerskiego w klubie Bayer 04 Leverkusen*, [w:] „Trener”, (2015), nr 5, s. 10-14
- SIEMIENIEWSKI A., *Skąd się wziął świat? Historyczne lekcje duchowości scjentyistycznej*, Wrocław 2012.
- SIGERIST H.E., *A History of Medicine*, Oxford University Press New York 1961.
- SIKORA M., *Różne oblicza realizmu i antyrealizmu*, [w:] SIKORA M. (red.), *Realizm wobec wyzwań antyrealizmu*, Wrocław 2011, s. 9-29.
- SILVER L.M., *Remaking Eden: Cloning, Genetic Engineering and the Future of Human Kind*. London 1999.
- SKRZYPCZAK R., *Pozłacany fetysz czy żyła złota? Rozważania o personalizmie*, [w:] „Fronda”, (2006), nr 3, s. 88-111.
- SKRZYPEK M., *Filozofia Diderota*, Warszawa 1996.
- SKRZYPEK M., *Wprowadzenie do filozofii La Mettriego*, [w:] DE LA METTRIE J.O., *Dziela filozoficzne*, Warszawa 2010, s. VII-XC.
- SIMMONS J.G., *Doctors and Discoveries: Lives that Created Today's Medicine*, Boston 2002.
- SŁOPIECKA A., *Współczesna koncepcja zdrowia i jej determinanty*, [w:] „Studia Medyczne”, (2012), nr 25, s. 85-88.
- SMALL R., HOANG D., *A Practical Guide to Botulinum Toxin Procedures*, Philadelphia 2012.
- SMITH W.D., *The Hippocratic tradition*, Michigan 1979.

- SMORAŃ Z., SŁOMSKI R., *Ksenotransplantacja – możliwości i ograniczenia*, [w:] NA, (2005), nr 4, s. 133-148.
- SOLAREWICZ K., *(Jeszcze) szybciej, wyżej, mocniej. Wartości w debacie nad ulepszaniem człowieka w sporcie*, [Online]. http://www.academia.edu/8764353/_Jeszcze_szybciej_wy%C5%BCej_mocniej._Warto%C5%9Bci_w_debacie_nad_ulepszaniem_cz%C5%82owieka_w_sporcie_wersja_robocza.
- SOLAREWICZ K., *Nadnatura. Wizje człowieka przyszłości we współczesnej debacie naukowej i popularnonaukowej*, [w:] „Acta Universitatis Wratislaviensis – Prace kulturoznawcze”, 14 (2012), nr 2, s. 97-108.
- SONIEWICKA M., *Biologiczne podstawy moralności w kontekście genetycznego ulepszania człowieka*, [w:] BROŻEK B., ELIASZ K., KUREK Ł., STELMACH J. (red.), *Naturalizm prawniczy: interpretacje*, Wolters Kluwer 2015, s. 279-298.
- SONIEWICKA M., *Transhumanizm: kilka uwag na temat filozoficznych źródeł sporu o ideę biomedycznego ulepszania moralnego*, [w:] EiP, 6 (2015), nr 1, s. 38-55.
- SONNEBORN L., *Averroes (Ibn Rushd): Muslim Scholar, Philosopher, and Physician of the Twelfth Century*, New York 2006.
- SORDYL K., *Wpływ filozofii neoplatońskiej i autorów klasycznych na doktrynę pryscyliańską*, [w:] „Warszawskie Studia Teologiczne”, 24 (2011), nr 2, s. 255-264.
- SORG B., *Homunculus als übermensch: utopien des transhumanen in literarischen texten*, Bonn 2003/2004.
- STABRYŁA A., WAWAK S. (red.), *Metody badania i modele rozwoju organizacji*, Kraków 2012.
- STAFFORD B.M., *Self-Eugenics: The Creeping Illusionising of Identity from Neurobiology to Newgenics*, [w:] NF, 60 (2006), nr 3, s. 102-111.
- STANIEK E., *Tajemnica Kościoła u Ambrozjastera*, [w:] „Analecta Cracoviensia”, (1977), nr 9, s. 207-236.
- STANISZKIS J., *Dwie rewolucje intelektualne w Europie: miejsce Polski*, [w:] STANISZKIS J., *O władzy i bezsilności*, Kraków 2006, s. 49-99.

- STANULA E., *Nauka Ambrozjastera o stanie pierwotnym człowieka*, [w:] „*Studia Antiquitatis Christianae*”, 1 (1977), z. 2, s. 3-114.
- STARK R., *For the Glory of God. How Monotheism Led to Reformations, Science, Witch-hunts, and the End of Slavery*, Princeton 2003.
- STROJNOWSKI J. (rec.), *Frühe Anatomie. Eine Anthologie*, Stuttgart 1967, [w:] KHNiT, 14 (1969), nr 3, s. 548-553.
- STEFANIAK Ł., *Utopijny model nauki i jego implikacje*, [w:] CzWk, (2009/2010), nr 21, s. 125-139.
- STĘPIEŃ T., *Człowiek jako maszyna. Uwagi na temat początków rozumienia człowieka jako maszyny*, [w:] CZERSKI J.W. (red.), *Nauki humanistyczne i socjologia*, Warszawa 2010, s. 483-493.
- STĘPNIEWSKI J.K., *Sport i medycyna w starożytności klasycznej*, [w:] MR, 47 (1992), nr 11-12, s. 633-640.
- STOKŁOSOWA S. (red.), *Hodowla komórek i tkanek*, Warszawa 2006.
- STREHLOW W., *Hildegard of Bingen's Spiritual Remedies*, Rochester – Vermont 2002.
- STREHLOW W., *Św. Hildegarda z Bingen, Medycyna na każdy dzień*, Kraków 2009.
- STRELAU J., *Psychologia temperamentu*, Warszawa 1998.
- STYCZEŃ P., *Botoks na zmarszczki i nie tylko*, [Online]. <http://www.artofbeauty.com.pl/article.php?id=688>.
- SURMIAK W., *O ciąży bez kobiety w ciąży – ektogeneza i próba jej bioetycznej oceny*, [Online]. [http://www.wtl.us.edu.pl/stih/1,2/STiH_01,2\(2011\)120-130.pdf](http://www.wtl.us.edu.pl/stih/1,2/STiH_01,2(2011)120-130.pdf).
- SWIEŻAWSKI S., *Dzieje europejskiej filozofii klasycznej*, Warszawa 2011.
- STERCKX S., BONTE P. (red.), *Athletic Enhancement, Human Nature and Ethics: Threats and Opportunities of Doping Technologies*, Springer 2013.
- SYKULSKI L., *Rosja i postczłowiek. Rosyjski transhumanizm i idea nieśmiertelności*, [Online]. <http://www.geopolityka.net/rosja-i-postczlowiek-rosyjski-transhumanizm-i-idea-niesmiertelnosci>.

- SZACKI J., *Historia myśli socjologicznej*, Warszawa 2006.
- SZAMATOWICZ M., *In vitro to normalne leczenie dające szansę na ciążę i poród*, [Online]. <http://www.wiadomosci.wp.pl/kat,1027191,title,Prof-Szamatowicz-in-vitro-to-normalnelecze-niedajace-szanse-na-ciaze-i-porod,wid,15091774,wiadomosc.html>.
- SZARSZEWSKI A., *Christus Medicus*, BASIŃSKA K., HALASZ J. (red.), *Etyka w medycynie wczoraj i dziś. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2013, s. 15-28.
- SZARSZEWSKI A., *Etyka lekarska w okresie późnego antyku i wczesnego średniowiecza – ideał a codzienność*, [w:] FMR, 7 (2013), nr 2, s. 91-102.
- SZARSZEWSKI A., ZAGIERSKI M., *Wczesnochrześcijańska etyka lekarska*, [w:] FMR, 5 (2011), nr 6, s. 475-484.
- SZCZERBA W., *Apokatastaza po Orygenesie – casus Grzegorza z Nyssy*, [w:] „Analiza i egzystencja”, (2006), nr 3, s. 175-195.
- SZCZERBA W., *Podwójne stworzenie, a soteriologia Grzegorza z Nyssy*, [w:] „Poznańskie Studia Teologiczne”, (2008), t. 22, s. 91-101.
- SZCZEKLIK A., *Narodziny, śmierć i medycyna*, [Online]. http://www.miesiecznik.znak.com.pl/44_23/narodziny-smierc-i-medycyna.
- SZEWCZYK K., *Debatujmy, poszukujmy, uprawiajmy (Uwagi do wypowiedzi prof. Barbary Chyrowicz Bioetyka a metafizyka)*, [Online]. <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl>.
- SZRAM M., *Ciało zmartwychwstałe w myśli patrystycznej przełomu II i III wieku*, Lublin 2010.
- SZUM E., *Wychowanie fizyczne i intelektualne jako elementy życia społecznego antycznej Grecji*, [w:] „Rozprawy Społeczne”, 6 (2012), nr 1, s. 64-78.
- SZUMOWSKI W., *Historia medycyny filozoficzne ujęta*, Kęty 2005.
- SZYMANIEC P., *Państwo i prawo w filozofii dziejów Immanuela Kanta*, [w:] „Wrocławskie Studia Erazmiańskie. Zeszyty studenckie”, (2009), z. 2, s. 26-52.
- SZYMAŃSKI K., *Transhumanizm*, [w:] „Kultura i wartości”, (2015), nr 13, s. 133-152.
- SZYNCCEL K., *Sztuczne zapłodnienie. Jeśli nie in vitro, to co?*, Kraków 2010.

- ŚLĘCZEK-CZAKON D., *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, Katowice 2004.
- ŚLIPKO T., *Bioetyka – Najważniejsze problemy*, Kraków 2012.
- ŚWIĄTECKA G. (red.), *Humanizm chrześcijański w medycynie*, Gdańsk 2016.
- ŚWIECZKO-ŻUREK B., *Biomateriały*, Gdańsk 2009.
- ŚWIERCZ P., *Jedność wielości. Świat, człowiek, państwo w refleksji nurtu orficko – pitagorejskiego*, Katowice 2008.
- ŚWIERCZEK A., *Ciało ludzkie*, [w:] EB, s. 103-109.
- ŠPIDLÍK T., GARGANO I., GROSSI V., *Duchowość Ojców Kościoła*, Kraków 2004.
- TACJAN SYRYJCZYK, *Mowa do Greków*, [w:] NAUMOWICZ J. (red.), *Pierwsi apologety greccy*, Kraków 2004, s. 295-366.
- TARASIEWICZ P., *Jan Paweł II wobec ewolucjonizmu*, [w:] JAROSZYŃSKI P. (red.), *Ewolucjonizm czy kreacjonizm. Przyszłość Cywilizacji Zachodu*, Lublin 2008, s. 207-222.
- TATARKIEWICZ W., *Historia filozofii*, Warszawa 1990.
- TAZBIROWA J., WIPSYZKA E., *Historia – Starożytność*, Warszawa 1997.
- TEODORET Z CYRU, *Leczenie chorób hellenizmu*, Warszawa 1981.
- THE HASTINGS CENTER, *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*, [w:] „Hastings Center Report”, (1996), nr 6, s. 1-27.
- THEOPHRAST VON HOHENHEIM, *Sämtliche Werke*, SUDHOFF K. (ed.), Monachium 1924.
- THIEME D., HEMMERSBACH P. (red.), *Doping in Sports*, Springer 2009.
- THOMASMA D.C., KISSELL J.L. (red.), *The health care professional as friend and healer – Building on the Work of Edmund D. Pellegrino*, Georgetown 2000.
- TOKARCZYK R., *Medycyna a normy*, Warszawa 2011.
- TOKARCZYK R., *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Warszawa 2012.

- TOKARCZYK R., *Zarys regulacji transplantacji organów ludzkich*, [w:] „Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny”, 62 (2000), z. 1, s. 15-31.
- TOLLENEER J., SCHOTSMANS P., *Self, Other, Play, Display and Humanity Development of a Five-Level Model for the Analysis of Ethical Arguments in the Athletic Enhancement Debate*, [w:] TOLLENEER J., STERCKX S., BONTE P. (red.), *Athletic Enhancement, Human Nature and Ethics: Threats and Opportunities of Doping Technologies*, Springer 2013, s. 21-44.
- TOMASZ Z AKWINU, *Suma przeciw poganom*, Poznań 2003-2011.
- TOMASZ Z AKWINU, *Suma Teologiczna*, [Online]. http://www.katedra.uksw.edu.pl/suma/suma_indeks.htm.
- TOMCZYK K., *Spór o powszechność kultury europejskiej na przykładzie poglądów Antoine'a Condorceta oraz Mikołaja Danilewskiego*, [w:] „Społeczeństwo i Polityka”, 15 (2008), nr 2, s. 165-182.
- TRILLITZSCH W., *Der Deutsche Renaissance-Humanismus*, Lipsk 1981.
- TRYBUS M., *Podstawy chirurgii plastycznej - cz. I*, [Online]. <http://www.mp.pl/chirurgia/chirurgia-plastyczna/11215,podstawy-chirurgii-plastycznej-cz-i.html>.
- TUREK W.J., *Idea przeobótwienia człowieka we współczesnych opracowaniach patrystycznych*, [w:] „Studia Płockie”, (2004), t. 32, s. 51-61.
- TURNER J., *Ślady Frankenstein. Nauka, genetyka i kultura masowa*, Warszawa 2001.
- TUROWSKI D., KOŃCZAK D., MICHALAK D., POKRYWKA A., *Zasady postępowania w astmie i nadreaktywności oskrzeli u sportowców wyczynowych*, [w:] „Alergia Astma Immunologia”, 19 (2014), nr 3, s. 135-143.
- VAN DER GRONDE T., DE HON O., HAISMA H.J., PIETERS T., *Gene doping: an overview and current implications for athletes*, [w:] „British Journal of Sports Medicine”, [Online]. <http://www.bjbm.bmj.com/content/early/2013/01/14/bjsports-2012-091288.abstract>.
- VAN EENOO P., DELBEKE F.T., *β -Adrenergic Stimulation*, [w:] THIEME D., HEMMERSBACH P. (red.), *Doping in Sports*, Springer 2009, s. 227-250.

- VAN PHAM P. (red.), *Stem Cell Processing*, Springer 2016.
- VEATCH R., *Internal and external sources of morality for medicine*, [w:] THOMASMA D.C., KISSELL J.L. (red.), *The health care professional as friend and healer – Building on the Work of Edmund D. Pellegrino*, Georgetown 2000, s. 75-86.
- VESEY G., FOULKES P. (red.), *Słownik encyklopedyczny Filozofia*, Warszawa 1997.
- VETULANI J., *Medyczne usprawnianie człowieka*, [Online]. <http://www.instytucja.pan.pl/index.php/internetowy-universytet-medyczny/archiwum/4227-medyczne-usprawnianie-czlowieka>.
- WALKER M., *Enhancing Genetic Virtue. A Project for Twenty-first Century Humanity?*, [w:] PLS, 28 (2009) nr 2, s. 27-47.
- WARMBIER A., *Arystotelesowska etyka cnót I posthumanistyczny projekt doskonalenia natury ludzkiej*, [w:] „Ethos”, 28 (2015), nr 3, s. 95-113.
- WARZESZAK S., *Etyka odpowiedzialności za życie*, Warszawa 2008.
- WASYLUK P., *Kategorie filozofii dziejów*, [w:] „Kultura i edukacja”, (2007), nr 4, s. 7-24.
- WELLS H.G., *Wyspa doktora Moreau*, Warszawa 1988.
- WEEKS E., *Introduction, Paracelsus (Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493–1541)*, Leiden – Boston 2008, s. 1-60.
- WERNER W., *Antropologia wiedzy. Dylemat historyczności*, [w:] PŁONKA–SYROK B. (red.), *Nauka i społeczeństwo w stulecie szczególnej teorii względności Alberta Einsteina (1905–2005)*, Wrocław 200, s. 119-135.
- WĘCŁAWSKI T., *Wśród was tak nie jest*, [w:] „Znak”, 54 (2002), nr 570, s. 16-40.
- WHITEHEAD A.N., *Adventures of Ideas*, Cambridge 1961.
- WIECZOREK B., *Transhumanizm utopia cyborgizacji człowieka*, [w:] „Frona”, (2006), nr 3, s. 14-28.
- WIECZORKOWSKA M., *Dylematy etyczne medycyny estetycznej – medycyna naprawcza, czy urynkowanie ciała?*, [Online]. http://www.annalesonline.uni.lodz.pl/archiwum/2007/2007_02_wieczorkowska_95_102.pdf.

- WIESING U., *The History of Medical Enhancement: From Restitutio ad Integrum to Transformatio ad Optimum?*, [w:] GORDIJN B., CHADWICK R., *Medical Enhancement and Posthumanity*, Cardiff 2008, s. 9-24.
- WILDIERS N.M., *Obraz świata, a teologia*, Warszawa 1985.
- WILLIAMS D. F. (ed.), *The Williams Dictionary of Biomaterials*, Liverpool 1999.
- WNUK M., *Człowiek jako reprodukujący się mechanizm*, [w:] MARYNIARCZYK A., STĘPIEŃ K. (red.), *Dusza Umysł Ciało. Spór o jedność bytową człowieka*, Lublin 2007, s. 179-204.
- WNUK M., *Kamień filozoficzny*, [Online]. <http://www.ptta.pl/pef/pdf/k/kamienfil.pdf>.
- WOJNO K., KOCKI J., *Mezenchymalne komórki macierzyste w medycynie regeneracyjnej*, [Online]. http://www.rsi2004.lubelski.e.pl/doc/sty5/art/Wojno_K_art.pdf.
- WOJTYŁA K., *Miłość i odpowiedzialność*, [Online]. <http://www.krapiecfoundation.com>.
- WOLBRING G., *Enhancement Medicine*, [Online]. <http://www.bioethicsanddisability.org/foe.html>.
- WOODS T.E., *How the Catholic Church Built Western Civilization*, Washington 2005.
- WOY-WOJCIECHOWSKI J., *Aktualność Przysięgi Hipokratesa na progu trzeciego tysiąclecia*, [w:] „Czasopismo Aptekarskie”, 176-177 (2008), nr 8-9, s. 43-50.
- WÓJCIK B., *Ksenotransplantacje*, [w:] EB, s. 312-316.
- WRÓBEL G., *Doping genetyczny*, [Online]. <http://www.docplayer.pl/6347873-Dopinggenetyczny-mgr-grzegorz-wrobel.html>.
- YOST M.J., *Demystifying Gynecomastia: Men with Breasts*, Demystifying Gynecomastia 2006.
- ZAPPA-GAWŁOWSKA J., CIEŚLIK T., *Od obsydianu do tytanu, czyli historia wszczepów śródkostnych – na podstawie piśmiennictwa*, [w:] CzS, 61 (2008), nr 5, s. 366-372.
- ZARĘBA K.M., *Circulation over the centuries: William Harvey (1578–1657)*, [w:] CJ, 14 (2007), nr 2, s. 214-215.
- ZDEBSKA-BIZIEWSKA H., *Aksjologiczny kontekst fair play – etyka współpracy*, [w:] HĄDZELEK K., REJF M., ZDEBSKA-BIZIEWSKA H., ŻUKOWSKI R. (red.), *Czysta gra – fair play*, Kraków 2014, s. 190-197.

- ZEMBRON-ŁACNY A., *Doping genowy 7 – wykrywanie i powikłania zdrowotne dopingu genowego*, [Online]. http://www.awfgorzow.edu.pl/awf/images/stories/zaklady/z_medyliny/Wyklady%20monograficzne/DOPING%20GENOWY%207.pdf.
- ZEMBRZUSKI L., *Średniowieczny utwór „Regimen Sanitatis Salernitanum” w oświetleniu niektórych dawniejszych autorów polskich*, [w:] „Archiwum historii i filozofii medycyny oraz historii nauk przyrodniczych”, 10 (1930), z. 1, s. 1-19.
- ZIEMIŃSKI I., *Metafizyka śmierci*, Kraków 2010.
- ZOGAS-OSADNIK I., *Przebóstwienie (Theosis) jako kategoria antropologiczna w ujęciu św. Gregoriusa Palamasa (1296-1359)*, Wrocław 2009.
- ŻELASZCZYK D., WASZKIELEWICZ A., MARONA H., *Kolagen – struktura oraz zastosowanie w kosmologii i medycynie estetycznej*, [w:] „Estetologia Medyczna i Kosmetologia”, 2 (2012), nr 1, s. 14-20.
- ŻELANIEC W., *O pojmowaniu godności człowieka*, [w:] PIECHOWIAK M., TUROWSKI T. (red.), *Szkice o godności człowieka*, Zielona Góra 2012, s. 7-20.
- ŻUK P. (red.), *Spotkania z utopią w XXI wieku*, Warszawa 2008.
- ŻURADZKI T., *Nowa liberalna eugenika: krytyczny przegląd argumentów przeciwko biomedycznemu poprawianiu ludzkiej kondycji fizycznej lub umysłowej*, [w:] DM, (2014), nr 24, s. 204-226.
- ŻYDEK K., *Franciszek Bacon – reformator nauki?*, [w:] CzwK, (1995), nr 4-5, s. 103-119.
- ŻYŁKIEWICZ E., *Tabu czy kult ciała w ponowoczesności?*, [w:] CIEŚLAK R. (red.) *Retoryka ciała w dyskursie publicznym*, Toruń 2008, s. 163-175.

SUMMARY

The dynamic progress of medical technologies facilitates an increasingly effective battle against diseases. Restoring health turns out to be easier and faster owing to the application of new, more enhanced means and methods of therapy. The therapeutic idea of *complete restoration to health (restitutio ad integrum)* – as present in classical medicine – has become realised and fulfilled.

However, contemporary medical activities cannot be limited solely to therapy. Simultaneously, the scientific and technical progress strengthens the position of the second, non-therapeutic idea, which increasingly determines the face of today's medicine. It stems from the school of thought originating in the Renaissance period - that of "transformatio *ad optimum*", or "a change for the better". Clinical practice shows that 21st century patients are increasingly using new medical technologies not only to heal themselves, but also to boost and strengthen their psychophysical condition. Various definitions are sometimes given to this phenomenon. Some are defined as: *medical enhancement*, others as: *luxury medicine* or *desire medicine*. It seems that the term *medical enhancement* or *enhancement for short* is becoming more commonly used.

In order to improve the human condition, it is postulated that further areas of medicine should be involved, particularly: genetic engineering, tissue engineering, plastic surgery, sports medicine, psychopharmacology and bioelectronics. *Post-humanism* and *trans-humanism* are the movements which have developed during the last decades. These two promote the need to enhance, improve and even modify human nature with the use of medical means. Realistically speaking, it seems that in the future – along with further advances in medicine – the number of interventions aimed at improving some of the characteristics of healthy people will increase significantly.

On the one hand, the phenomenon of *medical enhancement* appears to constitute hope for man and his species, but on the other hand, it generates serious threats and dangers. It is impossible to predict where exactly the discoveries made in the field of medicine will lead us. Here we are venturing into a new territory – into a specific terra incognita, and not only in the medical sense, but also in terms of anthropological, psychological, political and philosophical.

In this context, a reliable and profound discussion on the practical application of *enhancement* seems to be indispensable.

This dissertation constitutes an ethical reflection on the phenomenon of *medical enhancement* among the human being. It attempts to assess – from the perspective of Christian personalism – what generates the movement of *transformatio ad optimum* (i.e. *change for the better*). It does not only concern activities which have already been in progress, but also the emerging projects or visions of the future. This work aims to indicate and distinguish what is good, positive, serving the good of humanity, and, therefore, what is acceptable from that, which raises moral objections and, as such, should be abandoned.

The problematic aspects of optimising *homo sapiens* cannot be reduced only to the potential of modern medicine. It is also based on the achievements of natural sciences as well as on the development of technology and various techniques. The idea of perfecting human beings is not new or typical of our times. It has accompanied humanity since the dawn of civilisation. Therefore, in order to see it in full perspective, it is necessary to refer to interdisciplinary knowledge. Peering into history, including the history of medicine as well as into the philosophical and theological thought, is an exciting adventure that helps us to understand what the essence of human perfection really is.

The entire monograph is divided into the introduction, four chapters and the conclusion.

The first chapter of my work demonstrates the superiority of role that the therapeutic *complete restoration to health (restitutio ad integrum)* movement had and which had lasted until the end of the Middle Ages. During the Middle Ages period, the pursuit of perfection was connected with the realm of the spirit. The essence of this chapter is to present and systematise these factors, which have significantly contributed to the consolidation of that state of affairs.

The second chapter deals with the issue of the genesis and gradual development of the non-therapeutic trend of *change for the better (transformatio ad optimum)* which began in the Renaissance and has been present since then. It lists the reasons that urged man to perceive medicine as a tool of self-improvement. It constitutes an analysis of a long-lasting process which led to the birth of ideas concerning the medical improvement of the human species, and what is more, caused them to be put into practice away from the sphere of theoretical considerations.

The third chapter presents select medical procedures aimed at improving, strengthening or refining man and his species. They flow from the *change for the better* movement and, as such, go beyond the limits of therapy.

The fourth part of the dissertation constitutes the essence of these considerations. The *transformatio ad optimum* movement and its practical application under *medical enhancement* raise numerous dilemmas and controversies. These demand approximation and explanation. The following issues are the subject of reflection: the matter of determining the boundary between *enhancement* and *treatment*; the problem concerning the dispute on the goals that medicine should pursue; the question about the nature of man and the concepts of human perfection stemming therefrom; the issue of hope and the threats resulting from the development of medicine and biomedicine; the subject of numerous ethical and moral objections, which are born on the basis of a new field in medicine; finally, an attempt to determine what is acceptable and what is forbidden within the framework of the practice of *medical enhancement*.

The scientific and technological progress and its application within the framework of *medical enhancement* raises the need for permanent vigilance. The point is to make sure that the development really serves the human being and his personal fulfilment. This subject matter calls for a continuous, reliable and in-depth discussion. This dissertation constitutes an attempt to take part in this highly interesting, yet problematic discourse.