

Eugenika zza tylnych drzwi

Marta Góral, Dagmara Andrzejczak

Otmar Freiherr von Verschuer podczas badań antropometrycznych bliźniąt
Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik (Berlin-Dahlem, 1942–1945)
fot. Archiwum Max-Planck-Gesellschaft
[s. 36, 45]



Dzisiaj eugenika
nie wchodzi
frontowymi drzwiami
jak hitlerowski projekt
Lebensborn.
Zamiast tego
wśliznie się od tyłu
pod postacią testów,
leków i terapii¹.

Współczesna kognitywistyka żywo interesuje się problemem ciało–umysł. Jak się okazuje, nie jest to już tylko kolejna nafaszerowana teoriami dyskusja filozofów, ale realny problem, który wkrótce może dotknąć naszych dzieci. W dobie informacji, kiedy nawet ludzkie ciało zaczęto traktować jako nośnik danych w formie DNA, trwają prace nad możliwościami kontrolowania cech naszego potomstwa, a tym samym próby tworzenia społeczeństwa bez jednostek chorych, agresywnych czy posiadających inne wady. Wizja kusząca i przerażająca zarazem, bo przypomina o innych próbach kontrolowania uposażenia genetycznego człowieka. Powstaje pytanie: a gdzie jest miejsce na ducha w maszynie?

Początki eugeniki

Koncept udoskonalenia ludzkości jako gatunku towarzyszy nam w jawnej formie już od 1883 roku, kiedy to Francis Galton, kuzyn Karola Darwina, stworzył pojęcie eugeniki. Samo słowo pochodzi z greki i znaczy tyle co

„dobrze urodzony”, idea zaś kryjąca się za tym pojęciem miała na celu zachęcić ludzi zamożnych i inteligentnych, by mieli dużo dzieci, co Galton nazywał pozytywną eugeniką. Wprowadził też pojęcie negatywnej eugeniki, które z kolei oznaczało wstrzymywanie się ludzi z niższych warstw społecznych i o słabym zdrowiu od prokreacji. Koncept ulepszania społeczeństwa zyskał w pierwszych dziesięcioleciach XX wieku wielu zwolenników na całym świecie, ale chyba nigdzie nie miał ich więcej niż w Niemczech po I wojnie światowej oraz w Stanach Zjednoczonych. Z powodu ograniczonej wiedzy na temat dziedziczenia ówczesni badacze zajmowali się korelacjami cech między krewnymi oraz studiowaniem drzew genealogicznych. Zakładano, że jeżeli w danej rodzinie na przestrzeni wielu pokoleń często występowała jakaś cecha, to musi mieć ona podłoże genetyczne.

Skąd się wzięły wizje?

Do znanych badań należą prace Harry’ego H. Laughlina, który zajmował się dziedziczeniem skłonności do popełniania przestępstw, upośledzeń umysłowych i innych wad przypisywanych rasom i grupom etnicznym. Wnioski, jakie wyciągnął ze swoich badań, sprawiły, że w Stanach Zjednoczonych w roku 1924 uchwalono Johnson-Reed Act, który ograniczał imigrację z Europy Wschodniej, Rosji i Bałkanów w celu zapobieżenia mieszanii się dobrych genów mieszkańców z gorszymi genami przybyszów. Na skutek tych krzywdzących dla europejskiej ludności badań w 35 stanach, które przyjęły uchwały o sterylizacji w celach eugenicznych, zabiegowi temu poddano ponad 60 tysięcy osób. W Niemczech statystyki są jeszcze gorsze. Opierając się na badaniach Laughlina, po roku 1933 doprowadzono do sterylizacji ponad 400 tysięcy osób. Później, +

Kultura masowa wtoczyła w nasze głowy obraz nowego społeczeństwa: pięknego, zdrowego, inteligentnego, bez wad, jednym słowem – idealnego, a w naszej wyobraźni żywy jest mit Genu – czynnika determinującego praktycznie wszystkie aspekty natury człowieka.

między innymi ze względów ekonomicznych, zaprzestano sterylizacji na rzecz eutanazji. Wydawałoby się, że po II wojnie światowej eugenika została zupełnie skompromitowana, jednak pozostawiła po sobie wiele śladów, jak choćby nakaz przyjmowania środków antykoncepcyjnych przez osoby pobierające stały zasiłek w Stanach Zjednoczonych.

Nowa eugenika

Eugenika przełomu wieków różni się ideologicznie od tej z pierwszej połowy XX stulecia. Kultura masowa wtoczyła w nasze głowy obraz nowego społeczeństwa: pięknego, zdrowego, inteligentnego, bez wad, jednym słowem – idealnego, a w naszej wyobraźni żywy jest mit Genu – czynnika determinującego praktycznie wszystkie aspekty natury człowieka.

Poglądy te tłumaczą akceptację różnych form ingerencji w organizm na poziomie biologicznym, a nawet przedkładanie ich nad poszuki-

wanie rozwiązań oferujących poprawę życia poszczególnych jednostek w społeczeństwie.

Taka idea redukcjonizmu genetycznego jest potencjalnie bardzo niebezpieczna, ponieważ może prowadzić do powstania nowego rodzaju dyskryminacji. Umożliwią ją najnowsze techniki medyczne, wykorzystujące pogłębiającą się szybko w ostatnich latach wiedzę z zakresu genetyki.

Diagnostyka prenatalna i preimplantacyjna

W 1958 roku w czasopiśmie „The Lancet” ukazał się artykuł, w którym Ian Donald, profesor położnictwa i ginekologii na Uniwersytecie w Glasgow, opisał metodę wykorzystującą echosondę do nieinwazyjnych badań płodu. Po raz pierwszy możliwe stało się obserwowanie rozwoju ludzkiego życia wewnątrz macicy matki. Ta przełomowa publikacja wyznaczyła nowe nurty w dziedzinie położnictwa, które dały początek perinatologii, czyli inaczej medycynie maczyno-płodowej, posługującej się obecnie molekularną diagnostyką prenatalną (Prenatal Genetic Testing PGT) i genetyczną diagnostyką preimplantacyjną (Pre-implantation Genetic Diagnosis PGD)².

Pierwsza z nich, obejmująca badania genetyczne płodu już rozwijającego się w łonie matki, staje się coraz bardziej powszechna i popularna. Jednakże – co ciekawe – wykrywane przy jej pomocy schorzenia są, w większości przypadków, nieuleczalne, co podaje w wątpliwość terapeutyczny cel tych badań. Doktor Cezary Żekanowski, pracownik Międzynarodowego Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie, słusznie zauważa również, że: Nieliczne choroby, na przykład mukowiscydoza, fenyloketonuria, galaktozemia, porfiria, ce-

liakia, choroba Wilsona, betatalasemia, choroba Gauchera, Niemana-Picka, Fabryego czy hemofilia mogą być leczone dopiero po urodzeniu. Diagnoza przedurodzeniowa wymienionych chorób w żaden sposób nie ułatwia dalszego postępowania terapeutycznego³.

Badania molekularne płodu zaczęto po raz pierwszy wykorzystywać w latach 70. XX wieku – początkowo w celu diagnozowania zespołu Downa, później także innych chorób, między innymi dystrofii mięśniowej Duchenne’a czy (wspomnianej już) mukowiscydozy. Różnego rodzaju testów jest coraz więcej, ale potrafimy leczyć zaledwie ułamek wszystkich rozpoznawanych przypadłości. Natomiast wykrycie choroby dziedzicznej może skutkować (i, jak pokazują statystyki, najczęściej skutkuje) decyzją rodziców o przerwaniu ciąży. W Niemczech aborcji dokonuje się w ponad 90 procentach przypadków zdiagnozowania schorzeń genetycznych, a we Francji w latach 1989–1992 gwałtownie spadł odsetek narodzin dzieci obciążonych chorobą Downa, ponieważ prawie 100 procent prenatalnych rozpoznań tego zespołu skutkowało usunięciem płodu. Powoli zaczynamy skupiać się nie na szukaniu nowych metod terapeutycznych, ale raczej na eliminowaniu tego, czego nie potrafimy leczyć.

Drugim rodzajem omawianych tu metod jest diagnostyka preimplantacyjna. Badań tego typu dokonuje się na embrionie zapłodnionym metodą *in vitro*, aby umożliwić rodzicom wybór „egzemplarza” niezagrożonego konkretną chorobą (której próba wykrycia jest podejmowana). Diagnostyka bywa przeprowadzana również na jeszcze niższym poziomie – możliwy jest wybór „zdrowych” oocytów. W 2002 roku sławny lekarz genetyk Yury Verlinsky wykorzystał tę metodę, umożliwiając kobiecie z rodziną postać choroby Alzheimera urodzenie dzieci nieobciążonych wadą genetyczną.

Diagnostyka preimplantacyjna pozornie tylko wydaje się stanowić rozwiązanie dla dylematów moralnych dotyczących PGT. Dzięki PGD można uniknąć aborcji i tragedii kobiet, które się na nią decydują.

Niestety, problemy natury etycznej pojawiają się również i w tej dziedzinie. Abstrahując od faktu, że akceptacja metod *in vitro* wiąże się z dyskusją nad ontologicznym statusem embrionu, zdarzają się przypadki, gdy dziecko zostaje „zaprojektowane” jako forma protezy. Ma to miejsce na przykład w sytuacji, gdy rodzice decydują się na kolejnego potomka z zamiarem wykorzystania go w roli dawcy szpiku dla ich innego, chorego dziecka. Wybierają embrion, który będzie miał największą zgodność genetyczną z urodzonym już bratem czy siostrą. Stanowi to jaskrawy i dramatyczny przykład sytuacji, w której osoba nie jest celem samym w sobie, ale środkiem pozwalającym na realizację danego celu. Trudno jest dawać wiary zapewnieniom takich rodziców o tym, że kochają swoje dzieci same w sobie. Ich działania podnoszą również bardzo ważne pytanie o to, gdzie powinny stać granice władzy jednej osoby nad drugą i czy człowiek ma prawo decydować nie tylko o tym, czy będzie rodzicem, ale również o tym, „czym” rodzicem ma być.

Dożywotnia gwarancja

Wspomniane wyżej instrumentalne traktowanie nowego życia (czy też „innego” życia w ogóle) budzi często oburzenie, a nawet przerażenie. Jednak już w łagodniejszej, subtelnej wręcz wersji jest bardzo powszechne. Francuski socjolog David Le Breton zauważa, że diagnostykę preimplantacyjną nierzadko traktuje się jako pewnego rodzaju zabezpieczenie. Przeprowadzone bowiem badania mają +

zagwarantować otrzymanie dobrego produktu – „zdrowego” potomka, osoby, która będzie się mieścić w społecznej normie. Choroba jest traktowana jako wada produkcyjna, którą można wręcz reklamować. W Niemczech, Francji, USA i wielu innych krajach wprowadzono prawo do urodzenia się zdrowym i w pełni funkcjonalnym, co spowodowało, że przez sądy zaczęła przetaczać się fala procesów. Przykładowo, w 1999 roku Sąd Najwyższy Austrii przyznał odszkodowanie rodzicom upośledzonego dziecka, jakie zapłaci lekarz, który nie zdiagnozował zaburzeń rozwoju płodu. W efekcie, zamiast przerwać ciążę, doprowadził do narodzin chorego potomka.

Okazuje się też, iż dzieci podczas przesłuchań zeznają, że wolałyby się nie urodzić, niż żyć ze swoimi chorobami czy deformacjami. W skrajnych przypadkach pozywają one również rodziców, a wszystko to w imię prawa do zdrowia, prawa, które powinno im przysługiwać z racji urodzenia.

Ale skoro zdrowie powinno być wartością typu default przy narodzinach, to co możemy powiedzieć o statusie ludzi upośledzonych i ich równości wobec tak zwanych osób normalnych? Czy naprawdę możemy skazywać niepełnosprawne dzieci na życie ze świadomością, że urodziły się jako wynik lekarskiej pomyłki albo że ich rodzice zdecydowali się świadomie na życie z ciężarem obowiązków, które niesie ich choroba, choć większość osób postawionych w ich sytuacji usunęłoby ciążę? Jak bardzo wzrośnie napiętnowanie takich ludzi w społeczności? W jaki sposób eliminacja inności za wszelką cenę ma pomóc w szerzeniu tolerancji? Jedno jest pewne – dyskryminacja w żadnej postaci nie może być elementem poprawnie rozwijającego się społeczeństwa. Historia wielokrotnie uczyła nas, co się dzieje, kiedy o tym zapominamy.

Witamy w Sparcie

Odwołując się do odległej już historii, warto wspomnieć, że w Sparcie o losie człowieka od jego urodzenia decydowała rada starszych. Słabe czy upośledzone w jakikolwiek sposób dzieci zrzucano ze skał albo porzucano w górach. Takie praktyki dzisiaj uważamy za barbarzyńskie i niehumanitarne. Osobliwy zatem wydaje się fakt, że sami również dokonujemy selekcji podobnej do tej spartańskiej, a co więcej, przyświecają nam podobne intencje – chęć budowania zdrowego społeczeństwa i ograniczenia cierpienia. I choć metody stały się bardziej subtelne, to jednak współczesne „rady starszych” (w osobach lekarzy i przyszłych rodziców) nadal się zbierają w celu podjęcia decyzji o losie nowego życia. Embrion poddaje się analizie – ocenia się stopień jego „normalności”, szacuje wielkość cierpienia, jakiego może doświadczyć w przyszłości, po to, by – wobec wszystkich tych czynników – zdecydować, czy ten potencjalny człowiek wolałby zaistnieć, czy nie. W tym zapale zapomina się o kilku istotnych faktach. Część chorób genetycznych istnieje tylko w formie predyspozycji. Mogą się one nigdy nie rozwinąć dzięki wpływowi środowiska lub mogą się manifestować w odmiennym natężeniu. Dzieci chore na zespół Downa są upośledzone w różnym stopniu, a nawet – jeśli to upośledzenie jest głębokie – są w stanie przeżyć satysfakcjonujące je same i ich rodziny życie.

W przypadku takich chorób, jak na przykład płasawica Huntingtona, rodzice często decydują się na aborcję, żeby zaoszczędzić dziecku cierpienie, zapominając o tym, że najpierw może ono bezobjawowo przeżyć szczęśliwe 40 lat (czy też 20 lat w przypadku mukowiscydozy lub dystrofii mięśniowej).

Geny nie są
ze swojej natury
ani „dobre”, ani „złe”.
[...] Nie potrafimy
przewidzieć zagrożeń
ani chorób, które
mają szansę pojawić się
w przyszłości, możliwa
zdaje się sytuacja,
w której geny dzisiaj
uważane za szkodliwe,
jutro będą nas chronić.

Problemem są więc kryteria, jakie się stosuje przy podejmowaniu decyzji w sprawie przyszłości embrionu/płodu. Od eliminacji poważnych chorób, takich jak hemofilia czy mukowiscydoza, łatwo jest przejść do zespołu Downa, daltonizmu, głuchoty, a potem może i do otyłości, alkoholizmu albo ADHD. W końcu każda z wyżej wymienionych jest jakąś formą odchylenia od społecznej normy. Już teraz zdarzają się sytuacje, kiedy decyzja o usunięciu ciąży jest podyktowana otrzymaniem informacji o deformacji kończyny czy rozszczepieniu wargi, a przecież są to ułomności, które współczesna medycyna, w odróżnieniu od starożytnej, jest w stanie korygować!

Kto mieczem wajuje...

W beztróskich próbach eliminowania pewnych genetycznie uwarunkowanych cech z populacji zapomina się także o zagrożeniach, jakie00 może to ze sobą nieść. Jak dowodzi Le Breton, geny nie są ze swojej natury ani „dobre”, ani

„złe”. To warunki, w których się manifestują, takimi je czynią. Choroby najczęściej wywołane są przez interakcje wielu genów, a skoro nie znamy i nie potrafimy przewidzieć zagrożeń ani chorób, które mają szansę pojawić się w przyszłości, możliwa zdaje się sytuacja, w której geny dzisiaj uważane za szkodliwe, jutro będą nas chronić.

Świadomość tych faktów jest niepokojąco niska, natomiast zarówno w środowisku lekarzy, jak i genetyków (choć w mniejszym stopniu) zastępują ją idee ewidentnie eugeniczne. Amerykańska badaczka Dorothy Wertz przeprowadziła w latach 90. ubiegłego stulecia serię badań ankietowych, w których wzięło udział ponad 3 tysiące respondentów z 37 krajów (również z Polski), a wyniki jej badań doktor Cezary Żekanowski podsumowuje następująco: Na przykład ze zdaniem, iż „ważnym celem poradnictwa genetycznego jest zmniejszenie liczby szkodliwych genów w populacji”, zgadza się 13 procent genetyków w Wielkiej Brytanii, ponad 50 procent w krajach Europy Środkowej i blisko 100 procent w Chinach i Indiach. Prawie wszyscy (98 procent) genetycy zgadzają się, że zapobieżenie pojawieniu się choroby lub defektowi jest istotnym celem poradnictwa genetycznego. Średnio 20 procent genetyków w krajach angielskojęzycznych i na północy Europy zgadza się, iż ze względu na dostępność testów prenatalnych nie jest w porządku wobec społeczeństwa posiadanie dzieci poważnie obciążonych genetycznie. Ze zdaniem tym zgadza się większość (do 100 procent) genetyków w pozostałych krajach⁴.

Dane te mówią same za siebie. Płyń z nich jeden ważny wniosek, który warto podkreślić. Skoro tak duża grupa genetyków zgadza się ze stwierdzeniem, że posiadanie chorych dzieci jest „nie fair”, trudno się dziwić, że zdanie to podzielają również inni członkowie społeczeństwa. +

Przecież to ci sami lekarze prowadzą poradnictwo genetyczne i omawiają z przyszłymi rodzicami losy ich dzieci. Zgodnie z zaleceniami Amerykańskiego Towarzystwa Genetyki Medycznej, porady takie powinny być bezstronne, ale badania przeprowadzone z wykorzystaniem rejestracji audiowizualnej wykazują, że sytuacja prezentuje się zgoła odmiennie. Okazuje się bowiem, że informacje, których udziela się na przykład na temat zespołu Downa, są dużo bardziej negatywne przed urodzeniem się chorego dziecka niż po jego urodzeniu. Wyniki tych badań nie są odosobnione, a niektórzy specjaliści uważają nawet, że stronniczość jest normą wśród lekarzy udzielających porad.

Szukając oszczędności

Oprócz samego nastawienia lekarzy na scenę wkracza również polityka państwa. Nie ulega wątpliwości, że diagnostyka prenatalna ma duże znaczenie dla sytuacji ekonomicznej danego kraju. Koszty przeprowadzania badań w grupach wysokiego ryzyka i ewentualne koszty procedur aborcyjnych stanowią jedynie niewielki ułamek tych, jakie ponosi państwo w przypadku leczenia i utrzymywania na przykład dziecka chorego na zespół Downa. Na Sycylii częstość występowania beta-talasemii gwałtownie spadła, gdy z powodów finansowych wdrożony został program diagnostyki prenatalnej w jej kierunku i poradnictwa, które skutkowało aborcjami zagrożonych ciąży.

Rozpatrując sprawę w szerszej perspektywie, możemy przyznać, że dokonuje się postęp w leczeniu rozmaitych chorób, a państwa mogą powoli przeznaczać coraz więcej środków na utrzymanie ochrony zdrowotnej. Zatem wydaje się, że w przyszłości sytuacja może się poprawić, ale dr Żekanowski zadaje bardzo waż-

ne i zarazem niepokojące pytanie: czy w momencie, gdy państwo będzie w stanie finansować leczenie, znajdą się jeszcze tacy, którzy będą chcieli z niego skorzystać?

A nie chciałbyś nie być...

Łatwo można sobie wyobrazić, jakie jest stanowisko ludzi z różnymi upośledzeniami i niepełnosprawnościami, skoro podejmuje się działania prowadzące do wyeliminowania ze społeczeństwa osób chorych i mniej odpowiadających ideałowi. W krótkim artykule Nicolas Kristof przyjmuje taką właśnie perspektywę – człowieka chorego w obliczu nowej eugeniki. Prowadzi rozmowę ze swoim dalekim kuzynem Thomasem Shakespearem chorym na achondroplazję, odmianę karłowatości. Według jego kuzyna, ludzie z niepełnosprawnością czują się skrzywdzeni entuzjazmem innych w stosunku do możliwości, jakie oferuje rozwój nauk genetycznych:

„Społeczeństwo widzi niepełnosprawność jako najgorszą rzecz, jaka może się zdarzyć”, mówi Tom. „To jedna z rzeczy, jakie mogą się zdarzyć, ale nie najgorsza”⁵.

Thomas przyznaje, że bardzo irytują go ludzie pytający, czy nie wolałby nie być taki niski, bo dla niego pytanie to brzmi: a nie wolałbyś wcale się nie urodzić? Jest pogodzony z tym, kim jest, i sam twierdzi, że jego choroba nie pozbawiła go wielu życiowych szans, których mógłby nie mieć, gdyby urodził się w uboższej rodzinie.

Co ciekawe, Thomas w rozmowie przyjmuje też punkt widzenia rodzica i, mając już jedno dziecko dotknięte tą samą chorobą co on, nie chce mieć kolejnych dzieci. Z perspektywy rodziców ważniejsza od podobieństwa potomstwa do nich samych jest możliwość zaofero-

Kto powie stop?
 Problemem bowiem
 moralnym eugeniki
 nie jest sama chęć walczenia
 z chorobami genetycznymi,
 ale wyznaczenie
 pewnej granicy.

wania mu wszystkiego, co w życiu najlepsze. To ukazuje, jak większość z nas odnosi się do pomysłu manipulacji genami. Mimo tego, że instynktownie czujemy, iż czai się w tym coś moralnie niewłaściwego, to jednak czymże jest moralność, kiedy chodzi o nasze dzieci i ich dobro? Mimo iż uczymy nasze pociechy tolerancji i wyrozumiałości wobec innych, to jednak dla wielu z nas opieka nad niepełnosprawnym dzieckiem byłaby zbyt dużym wyzwaniem.

Projekt „dziecko”

Nie wydaje się opłacalne⁶ inwestowanie czasu, energii i środków finansowych w potomka, który jest „wadliwy”, zwłaszcza kiedy genetycy z entuzjazmem piszą dla nas scenariusze, w których będziemy mogli wpływać na to, jakie będą nasze dzieci. W 2002 roku Gregory Stock, biofizyk z Uniwersytetu w Los Angeles, stwierdził, iż z czasem coraz bardziej akceptowane będzie to, że dzieci są zbyt ważne, by podejmować ryzyko, że coś pójdzie nie tak⁷.

Pogląd taki nie jest odosobniony, a można się nawet pokusić o stwierdzenie, że jest popularny. „Projektowanie” dzieci to marzenie wielu rodziców. Żekanowski podaje, że 43 procent Amerykanów deklaruje akceptację dla terapii genowej, która miałaby na celu ulepszenie fizycznych cech ich potomstwa. Zresztą w USA już od połowy lat 80. możliwy jest wybór płci dziecka. Rodzice mogą więc dokonywać wyboru wedle swoich preferencji lub, co gorsze, odrzucać embryony zagrożone chorobą sprzężoną z płcią.

W przeszłości pojawiły się także głosy, jak na przykład Craiga Ventera (naukowca pracującego przy Projekcie Poznania Ludzkiego Genomu, prezesa Celera Genomics), mówiące o tym, że w razie odkrycia potencjalnego genu homoseksualizmu matka miałaby możliwość dokonania aborcji płodu obciążonego takim „defektem”.

Rodzi się więc pytanie: kto powie stop? Problemem bowiem moralnym eugeniki nie jest sama chęć walczenia z chorobami genetycznymi, ale wyznaczenie pewnej granicy. Jeżeli możliwa będzie manipulacja genami do tego stopnia, by zagwarantować sobie dziecko wolne od genetycznych defektów, to dlaczego nie skorzystać z okazji i nie popracować nad kolorem jego oczu czy włosów? To z kolei prowadzi do kolejnych moralnych problemów i dylematów dotyczących produkcji dzieci na zamówienie i przyszłości ludzkiego gatunku.

Bogaci biorą wszystko

Eugenika w dalszej przyszłości nie będzie się ograniczała do wspomnianych już badań, ale otworzy całe spektrum usług, jakie będą oferować lekarze, naukowcy i genowi designerzy. Będzie można nie tylko badać potomstwo, ale +

Czy nie mylił się
antropolog Franz Boas,
mówiąc, że
eugenika to rasizm
w przebraniu nauki?

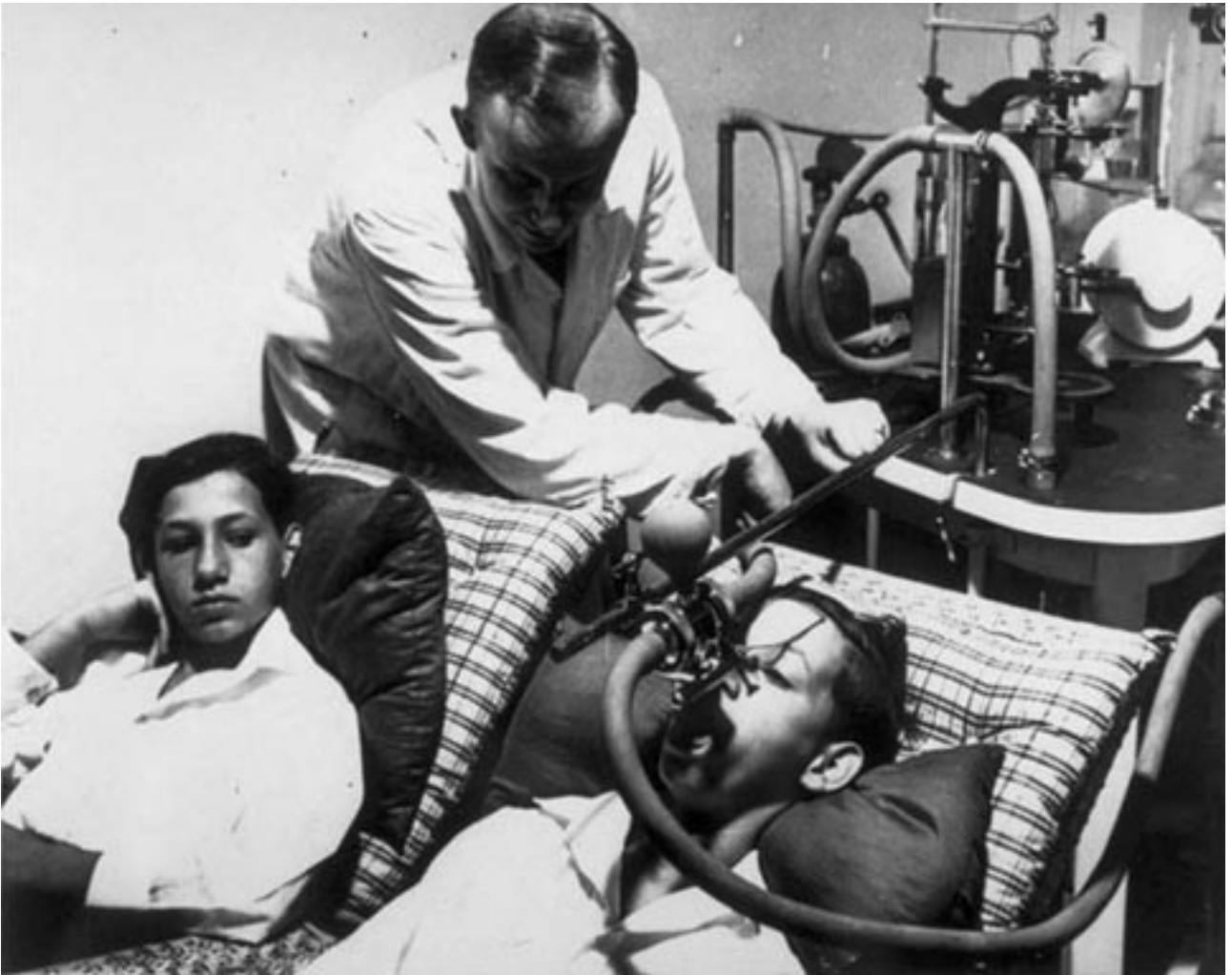
także je ulepszać, a za większą opłatą nawet kreować. Oczywiście kluczowym słowem w tym projekcie jest „opłata”. Już teraz się borykamy z głębokimi różnicami między poszczególnymi grupami społecznymi, a coś dopiero, gdy bogaci będą mogli kupić zdrowie i inteligencję dla swoich dzieci? Różnice społeczne nie tylko się pogłębią, ale także, jak przekonuje Marcy Darnofsky, cytując Lee M. Silvera, twórcę „Remaking Eden: Cloning and Beyond in a Brave New World”⁸, zmienią się one w klasy biologiczne. W książce Silvera mamy wizję 2350 roku, kiedy świat dzieli się na dwie klasy, a później i podrasy ludzi. 10 procent społeczeństwa tworzą ludzie, którzy powstałi w laboratorium, genetyczni arystokraci, jak ich określa Silver, mający kontrolę nad całą gospodarką, a pozostali to siła robocza, która wprowadza tę gospodarkę w ruch. Między biednymi a bogatymi jest nie tylko przepaść finansowa, ale również – jak przekonuje Silver – biologiczna. Dwie klasy wkrótce mogą stać się dwoma osobnymi gatunkami: ludźmi naturalnymi oraz nadludźmi, którzy mogą sami sterować swoją ewolucją. Oczywiście, taki scenariusz wydaje się trochę niepokojący, ale autor książki przekonuje, że jeśli taka technologia zostanie wynaleziona, to na pewno zostanie użyta, dość trafnie tłumacząc, że takie są pra-

wa rynku. Skoro chcemy dużo zapłacić, by nasze dzieci miały to, co najlepsze, i uczyły się w najlepszych szkołach, to czemu nie kupić im też jak najlepszych genów?

O ile jeszcze nie borykamy się z tak poważnymi problemami, jak programowanie cech własnych dzieci, o tyle ta perspektywa wydaje się wcale nie taka daleka. Nie da się spowolnić rozwoju nauki, ale już teraz można stawiać pytania, na które odpowiedź jest bardzo trudna. Gdzie są granice między dużym upośledzeniem a małym? Kto decyduje o tym, że chore dziecko nie będzie się cieszyło z choćby krótkiego życia, jakie jest mu dane? Czy rodzice, którzy mają dbać o interes swoich dzieci, prawdę o tym pamiętają, czy jedynie szukają wygodnych rozwiązań, by nie zajmować się chorym dzieckiem? Czy każdego będzie stać na to, by móc w ten sposób decydować o swoich dzieciach? I co najważniejsze: czy nie mylił się antropolog Franz Boas, mówiąc, że eugenika to rasizm w przebraniu nauki?⁹ ○

¹ Le Breton D., **Genetic Fundamentalism or the Cult of the Gene**, „Body & Society” 10(4)/2004, s. 10, tłum. własne.

² Termin „diagnostyka prenatalna” obejmuje wszystkie badania, które można wykonać przed narodzeniem się dziecka. Większość z nich nie budzi żadnych zastrzeżeń natury etycznej, lecz wręcz przeciwnie – uznawane są one za bardzo pomocne zarówno dla lekarzy, jak i rodziców. Odpowiednio wczesne wykrycie pewnych schorzeń może pomóc w ich leczeniu – zarówno przed, jak i po urodzeniu, a rodzicom pozwala się przygotować na ich przyjęcie. Dr hab. n. med. Joanna Dangel w swoim artykule **Diagnostyka prenatalna – mity i rzeczywistość**



obszernie opisuje zalety diagnostyki kardiologicznej okresu prenatalnego. Natomiast autorki artykułu skupiają się głównie na badaniach pozwalających na diagnozę chorób genetycznych, których najczęściej współczesna medycyna nie potrafi leczyć i których wykrycie najczęściej prowadzi do aborcji.

³ Żekanowski C., **Osoba i osobnik, czyli meandry eugeniki** (cz. 1), „Retina – Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Retinis Pigmentosa” 1(10)/2003; http://www.retinaamd.org.pl/biuletyn_10.php#eugenika (1.12.2010).

⁴ Żekanowski C., op. cit.

⁵ Kristof N., **The New Eugenics**, „New York Times” 4.07.2003, za:

<http://edition.cnn.com/2003/US/07/04/nyt.kristof/index.html> (1.12.2010).

⁶ Używamy słowa „optacalny” świadomie i z pełną premedytacją.

⁷ Wywiad Katharine Mieszkowski z Gregorym Stockiem, **Our shiny happy clone future**, Salon.com, 28.05.2002, <http://www.salon.com/technology/feature/2002/05/28/goodclones> (2.12.2010).

⁸ Zob.: Silver L. M., **Remaking Eden: Cloning and Beyond in a Brave New World**, Nowy Jork 1998.

⁹ Garland A. E., **Essays on science and society: Is a new eugenics afoot?**, „Science” 294/2001, s. 59–61; tłum. własne.