

2015

SZÁZAD V. É. C.

BIOETIKA

Nagy a kísértés arra, hogy magát a bioetikát valamilyen más, gyakorlati szempontból használhatóbb szabályrendszerre redukáljuk, amelynek hivatkozási alapja vagy a politikai pragmatizmus, vagy valamely természettudomány módszertana, vagy éppen az aktuális társadalmi értékítélet, nem pedig a filozófusok szórszálhaso- **76** gatása



BARCSI Tamás (1978, Pécs) a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának egyetemi adjunktusa, az MTA Pécsi Területi Bizottság Filozófiai Munkabizottságának titkára. Kutatási területei: erkölcs-, társadalomfilozófia, irodalom és filozófia. Legutóbbi kötetei: *A kivonulás mint lázadás* (Pécs, Publikon, 2012); *Az emberi méltóság filozófiája* (Budapest, Typotex, 2013).

KOVÁCS Gusztáv (1980, Kőszeg) a Pécsi Püspöki Hittudományi Főiskola docense, az Emberi Méltóság és Társadalmi Igazságosság Tanszék vezetője. Kutatási területei: bioetika és szociáletika, különös tekintettel az emberi élet kezdetéhez kapcsolódó etikai kérdésekre, valamint a nemek és a család szerepváltozásainak társadalometikai vonatkozásaira. Legutóbbi kötete: *Új szülők, új gyermekek. Miképpen változtatja meg szülői felelősségünket a reprodukciós medicina* (Pécs, PPHF, 2014).

NEMES László (1971, Dunaujváros) filozófus, bioetikus. Korábban a Debreceni Egyetem oktatója volt, ahol különböző filozófiai témák mellett főleg bioetikát és orvosi antropológiát tanított. Jelenleg az egri Eszterházy Károly Főiskola oktatója. Fő kutatási területei: tudományfilozófia, bioetika és filozófiai praxis. E területeken kiterjedt oktatói és publikációs tevékenységet fejt ki.

NYIRKOS Tamás (1966, Helsinki) a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar Politológia Tanszékének munkatársa. Kutatási területei: a vallás és a politika kapcsolata, a modernitás kritikái, forradalom- és háborúelméletek. Legutóbbi kötete: *Az ötféjú sas: teológia és politika a francia ellenforradalomban* (Gödöllő-Máriabesnyő, Attraktor, 2014). Tanulmánya lapunkban: Kommunizmus a harmadik évezred számára? (71. szám).

SZÁZAD V·E·G

Szerkesztőségek:

DEMETER TAMÁS • PÓCZA KÁLMÁN • ZUH DEODÁTH

A *Bioetika* szám vendégszerkesztője: **NEMES LÁSZLÓ**

G. Fodor Gábor • Demeter Tamás • Mándi Tibor • Szűcs Zoltán Gábor

Balázs Zoltán • Bódy Zsombor • Cieger András • Csíste András • G. Fodor Gábor • Kapitány Balázs • Szalai Ákos

Spéder Zsolt • Kerékgyártó Béla • Körösényi András • Kövér György • Sági Gábor • Stumpf István • Tóth István György

Pethő Sándor • Bárány Anzelm • Huoranszki Ferenc • Kovács M. Mária • Körösényi András • Liptay Gabriella • Ruzsa Ágnes • Szilágyi Márton

Gyurgyák János • Fellegi Tamás • Gyekiczki András • Kövér László • Kövér Szilárd • Máté János • Orbán Viktor • Stumpf István • Varga Tamás • Weber Attila

Szerkesztőbizottság:

**LÁNCZI ANDRÁS • ACZÉL PETRA • LEE CONGDON • CSEJTEI DEZSŐ • EGEDY GERGELY
FEHÉR M. ISTVÁN • FODOR PÁL • G. FODOR GÁBOR • HORKAY HÖRCHER FERENC
KARÁCSONY ANDRÁS • KÖRÖSÉNYI ANDRÁS • KÖVECSES ZOLTÁN • KULCSÁR SZABÓ ERNŐ
MEZEI BALÁZS • SPÉDER ZSOLT • STUMPF ISTVÁN • SZILÁGYI MÁRTON**

Olvasószerkesztő: *Lehotka Gábor*

Szerkesztőségi titkár: *Tóth Krisztián*

© Századvég Kiadó

A szerkesztőség címe:

Századvég Politikai Iskola Alapítvány, 1037 Budapest, Hidegkúti Nándor utca 8–10.

Telefon: (1)-479-5298 • fax: (1)-479-5290 • e-mail: kiado@szazadveg.hu

ISSN 0237-5206

Tipográfia és lapterv: *Élőfej Bt.*

Műszaki szerkesztő: *Fodor Gábor*

Nyomdai munkálatok: *Prime Rate Kft.*

Honlapunk: www.szazadveg.hu | Keressen minket a Facebookon is!

SZÁZAD VÉG

—• ÚJ FOLYAM 76. SZÁM 2015. 2. •—
—• BIOETIKA •—

Nyirkos Tamás: A bioetikai viták retorikai közege • 5

Barcsi Tamás: Emberi méltóság és bioetika • 27

Nemes László: Narratív medicina és bioetika • 43

Kovács Gusztáv: Hol a helye a gyermeknek? A reprodukciós medicina és az életutak logikája • 69

Sándor Judit: A feminista bioetika szerepe a kortárs biotechnológia területén • 87

Rózsa Erzsébet: Bioetika Németországban versus német bioetika • 105

Tari Gergely: A „mentális zavar” fogalom definiációs nehézségei • 135



Beszélgetés Vekerdy Tamás gyermekpszichológussal az MTV stúdiójában 1979-ben
© RTV Újság/Fortepan

Nyirkos Tamás

A bioetikai viták retorikai közege

„A filozófiai bioetika olykor pusztá retorikának tűnik, és egy ügyes filozófus valóban úgy tudja csúrní-csavarni a fogalmakat, a szavakat és az érveket, hogy szinte bármilyen normatív tartalom igazolhatóvá válik.”

(Takala–Herissone–Kelly–Holm 2009, 1.)

Minden kérdés filozófiai?

a bioetikával kapcsolatos filozófiai vitákat gyakran éri az a vád, hogy az egyes filozófiai iskolák – vagy akár egyes szerzők – eltérő alapfeltevései és fogalomhasználata miatt csekély az esély bármilyen konszenzus kialakítására, miközben mind a politikai döntéshozók, mind a biológiai és orvosi kutatásokban érdekelt szakemberek, mind az egészségügyben dolgozók, de a laikus közvélemény is világos és egyértelmű válaszokat várnak olyan kérdésekre, amelyek itt és most merülnek fel, és megoldásuk nem halasztható a távoli jövőre. Ezért aztán nagy a kísértés arra, hogy magát a bioetikát valamilyen más, gyakorlati szempontból használhatóbb szabályrendszerre redukáljuk, amelynek hivatkozási alapja vagy a politikai pragmatizmus, vagy valamely természettudomány módszertana, vagy épp az aktuális társadalmi értékítélet, nem pedig a filozófusok szórszálhasogatása, amely, mint tudjuk, Szókratész óta alapelvek és meghatározások hiábavaló keresésében merül ki.

Tisztában vagyok tehát azzal, hogy nem a legnépszerűbb utat választom, amikor definíciókból indulok ki. Ahogy Chesterton mondta:

„Képzelnék el, hogy valami okból, teszem azt, egy lámpaoszlop miatt, nagy felbolydulás támad az utcán. Befolyásos emberek le



akarják azt dönteni. Előkerül egy szürke csuhás szerzetes, aki nem más, mint a Középkor szelleme, és egy skolasztikus filozófus száraz modorában elkezd magyarázni: »Mindenekelőtt is, testvéreim, vegyük fontolóra, hogy miben áll a világosság értéke! Mert ha a világosság jó önmagában...« S ekkor, némiképp menthetően, a szerzetest leütik.” (Chesterton 1991, 12.)

Hozzá hasonlóan persze magam is úgy vélem, hogy a politikusok, a szakemberek és a laikusok türelmetlensége némiképp menthető. A kérdések megválaszolása valóban nem halasztható a végtelenségig, csupán két dolgot kell megértenünk: az egyik az, hogy a filozófiai válaszok pragmatikus, tudományos, demokratikus vagy bármilyen más kerülő úton való kiküszöbölése valójában illúzió, vagy erősebben fogalmazva, olyan konstrukció, amely egyes filozófiai válaszokat magától értetődőnek véve autoritatív módon foglal állást ezek mellett. A másik, hogy bár a válaszok szükségképpen filozófiaiak, a válaszokat nem „a” filozófia adja meg, hanem a különböző filozófiák válaszai közül kell kiválasztanunk a legmeggyőzőbbeket. Egyetlen filozófia sem ment fel az állami, társadalmi vagy egyéni döntés felelőssége alól, ugyanakkor az alól sem, hogy a fogalmi pontosságot és az ésszerű érvelést tekintsük döntésünk alapjának, ne pedig a mottóban említett „puszta retorikát” – bár kérdéses, hogy a bioetika esetében eltekinthetünk-e attól a retorikai közegtől, amelyben a filozófiai érveknek meg kell jelenniük.

Ahogy a problémafelvetés is jelzi, az itt következő írás nem tart igényt arra, hogy eredeti gondolatokat fogalmazzon meg egyes bioetikai kérdésekről, csupán a kortárs vitáknak néhány olyan sajátosságát járja körül, amelyek leginkább alkalmasak arra, hogy a fogalomhasználatot verbális erőszakkal, az érvelést pedig retorikai fogásokkal helyettesítsék. A konkrét bioetikai kérdések tekintetében már csak azért sem tekintem magam szakértőnek, mert egy részben orvosi, részben filozófusi végzettség legfeljebb arra alkalmas, hogy ne teljesen idegenként mozogjon valaki a két terület határmezsgyéjén, nem pedig arra, hogy rögtön bioetikusként lépjen fel.¹

Ami a viták sajátosságait illeti, az írás a bioetika meghatározása után a racionális diskurzus neutralista felfogását veszi szemügyre, mielőtt elhelyezné annak elvont elveit a viták tényleges retorikai közegében. Ezt követően néhány példán szemlélteti, hogy a racionális vitának általában nem az álláspontok gyökeres különbözősége a legfőbb akadály,

¹ Bár sajnálatos módon ma már arra is van példa, hogy valaki egy-két egyetemi félév vagy – az amerikai Georgetown Egyetemen – egy kéthetes nyári kurzus eredményeként „bioetikusi” képzettséget szerezzen (Shalit 1997, 24–28).

hanem – akár kisebb nézeteltérések esetén is – a vita politikai és társadalmi aktualitása, vagy inkább lezáratlansága. A diszkurzív közeget azonban nem „a” politika vagy „a” közvélemény határozza meg, hanem ezek összjátéka, amely maga is egy nagyobb ideológiai összefüggés része, ahol az ideológiai átrendeződés épp napjainkban érhető tetten. Zárásul a bioetikai nézetek közvetítésének néhány olyan példájára utalok, ahol maga a közvetítés, sőt a közvetíthetőség válik kérdésessé. Ennek célja megint csak nem az, hogy közvetett módon egyes normatív állítások tartalma mellett érveljen; csupán az, hogy felmutassa a modern társadalmi diskurzus ellentmondásainak szaporodását abban az esetben, ha nem pusztán egyéni vélemények ütköznek, hanem a vélemények egy része intézményes képviselettel rendelkezik. Különösen megvilágító erejű annak bemutatása, hogy az ütközések nagy része éppen ebből a képviseletből, helyesebben annak problematikus voltából következik, és pedig nemcsak az adott intézmény és a kívülállók között, hanem az adott intézmény által képviselt közösségen belül is. De kezdjük a meghatározásokkal!

A bioetika mint morálfilozófia

Amit az írásom elején idézett szöveg filozófiai bioetikának nevez, az természetesen csupán a bioetika egy lehetséges felfogása: az egyik gond a kortárs vitákkal ugyanis éppen az, hogy még maga a bioetika fogalma sem mentes a többértelműségtől, nem is beszélve az általa használt további fogalmakról. Ha definiálni kívánjuk, mit értünk bioetikán, máris több lehetőség merül fel:

- a morálfilozófia azon ága, amely a biológiai tudományokban, azok alkalmazásában és az orvosi ellátásban felmerülő erkölcsi kérdéseket vizsgálja;
- az említett erkölcsi kérdések vizsgálata a velük összefüggő társadalmi, jogi és gazdasági kérdésekkel együtt tehát egyfajta interdiszciplináris társadalomtudomány;
- az emberi és nem emberi élet és halál, a félelemre és szenvedésre képes organizmusoknak okozott ártalmak erkölcsi aspektusainak vizsgálata;
- a biológiai kutatások, biotechnológiai fejlesztések és orvosi kezelések alkalmazott etikája (vö. Wuketits 2006, 30–31; Viens–Singer 2008, 1; Hellsten 2009, 11–12).

A felsorolás meglehetősen önkényes, és kellő fantáziával tetszőleges számú további meghatározás is előállítható. Első látásra természetesen a



morálfilozófiai megközelítés tűnik a legkezelhetőbbnek, hiszen a második definíció a társadalomtudományok irányába tágítva nyilvánvalóan elhagyja a *bioetika* területét, a harmadikról pedig nehezen látható be, miért lenne specifikusan *bioetikai*, és nem etikai a szó legáltalánosabb értelmében.² Arra azonban mindkettő helyesen mutat rá, hogy a bioetikáról legfeljebb analitikus szempontból érdemes szűk értelemben vett morálfilozófiaként beszélni, nem pedig abban az értelemben, mintha elválasztható lenne akár a társtudományoktól, akár a filozófia egészétől. A jelen vizsgálódás éppenséggel abban az értelemben „metabioetikai”, hogy a bioetikai viták társadalmi közegével foglalkozik; a példákbl pedig látható lesz, hogy magam sem ragaszkodom mindig a klasszikus bioetikai témákhoz, hanem kitérek olyan kérdésekre is, amelyekkel megítélésem szerint lényegileg összefüggenek. Etika tankönyvekben nem csupán a felsorolás szintjén következnek egymásra az agresszió tilalmáról, a jogos védelemről, az igazságos háborúról, a halálbüntetésről, az abortuszról, az öngyilkosságról, az eutanáziáról, a nemi erkölcslről és a házasságról szóló fejezetek, hanem az érvelés logikája szerint is egymásra épülnek (például Turgonyi 2012).

Mindezek természetesen maguk is az alkalmazott etika tárgykörébe esnek, még ha a negyedik definícióban említett biológiai–biotechnológiai–orvosi alkalmazásoknál tágabb értelemben is. Az alkalmazott etika ugyanakkor különösen élesen veti fel a deskriptív és a normatív szempontok keveredésének lehetőségét, amelytől persze az általános etika és a semlegesnek vélt társadalomtudományok sem mentesek, de azoknál jóval inkább hajlamos filozófiai előfeltevésekből és morális előítéletekből fakadó előírásokat tényekként – adott esetben tudományos tényekként – prezentálni, részben a társadalom, részben a politikai döntéshozók számára (Hellsten 2012, 14–15). Sarkosabban fogalmazva, az alkalmazott etikaként felfogott bioetikának az első három definícióban meghatározottaknál is nagyobb az esélye a biopolitikává válásra; a kritikai távolságtartás azonban mindegyik megközelítéssel szemben indokolt.

² „Legtágabb értelmében a bioetika az etika szinte minden aspektusát lefedni látszik, hiszen az etika szükségképpen kapcsolatban áll olyan problémákkal, mint az emberi élet, a halál és a szenvedés, de a környezeti értékek és az állatok morális státusza is.” (Hellsten 2009, 12.)



Relativizmus és semlegesség

A filozófiai viták leginkább zavarba ejtő tulajdonsága az, hogy nem szoktak véget érni, ami különösen a morálfilozófiai viták esetében nyugtalanító. Nem arról van szó, hogy az egyes filozófiai iskolák (a filozófiai bioetika esetében leginkább az utilitárius, a kantianus, az arisztotelianus vagy keresztény természetjogi iskolák) ne fogalmazzanak meg univerzális erkölcsi elveket, és ne érvelnének ezek mellett racionális módon, hanem arról, hogy érveiket maguk sem gondolják – legalábbis pszichológiai értelemben – kényszerítő erejűnek. X vagy Y utilitárius vagy keresztény szerző, legyen bár a fogyatékos gyermekek megölésének híve vagy az abortusz ellenzője, maga sem gondolja komolyan, hogy ellenfele, végiggondolva az általa felsorakoztatott érveket, hirtelen a „Nahát, erre nem is gondoltam!” gesztusával átáll az ellenkező táborba. Mindketten filozófusok lévén persze meg tudják magyarázni, hogy mindez nem teszi feleslegessé a filozófiai érvelést, hiszen az érvek elsőrendű célja a saját álláspont ésszerűségének bizonyítása, és nem elfogadásának kikényszerítése; a kívülállót azonban ez aligha vigasztalja. A kívülállót – ha egyáltalán valamiről – csak arról sikerül meggyőzni, hogy az igazság relatív: ami az egyik filozófus számára igaz, az a másik számára nem; az előítéletek, a neveltetés, a kulturális háttér különbségei (nem is beszélve a különböző történelmi korokról és civilizációkról) pontosan annyiféle felfogást tesznek lehetővé, ahány különböző konstellációja létezik az előbbieknél. Az, hogy a történelem során egyaránt van példa az életképtelen gyermekek vagy a magatehetetlen öregek megölésének helyeslésére vagy tilalmára, vagy az, hogy a magzat ember voltának kezdetét különböző kultúrákban különböző időpontokra teszik, éppenséggel nem utalnak bármilyen univerzálisan érvényes erkölcsi törvényre.

A relativizmusnak ez a kényelmes fajtája természetesen megkíméli az egyént attól, hogy állást kelljen foglalnia, de vajon lehet-e a közösség is hasonlóképpen semleges az említett kérdésekben? A modern világnézeti pluralizmus – egyesek szerint „hiperpluralizmus” (Gregory 2012, 11–12) – körülményei közepette logikusan merül fel a világnézeti semlegességnek az az erős követelménye, hogy az állam ne csupán vallási vagy metafizikai kérdésekben tartózkodjék a véleménynyilvánítástól, hanem általában minden „átfogó” morális nézet ügyében is. Az állam világnézeti semlegessége elleni érvek egyik legerősebbike, az úgynevezett lehetetlenségérv ugyanakkor arra hívja fel a figyelmet, hogy az ilyesfajta semlegesség illúzió: a gyermekgyilkosság vagy az eutanázia engedélyezése vagy tilalma, az abortusz szabaddá tétele, feltételeinek rögzítése vagy épp feltétlen tilalma olyan döntések, amelyek lefedik a



lehetőségek teljes körét, tehát nem létezik olyan szabályozás – a nem szabályozást is beleértve – amely egy ezeken „kívül” eső álláspontot, amolyan „senki földjét” képviselne (Kis 1997, 76).³

A semlegesség hívei általában nem is vitatják az érvet, csupán további szabályokat adnak arra nézve, hogy miként lehet az összes érintettet figyelembe vevő „legkevésbé megterhelő” megoldást választani. (Rendkívül leegyszerűsítve: mivel például az abortusz ellenzőjének csupán általános, pszichológiai terhet jelent, hogy olyan társadalomban kell élnie, ahol a terhességmegszakítás – amely szerinte gyilkosság – elfogadott gyakorlat, az abortuszt igénylő nőnek viszont személyes pszichológiai és fizikai terhet okozna, ha ki kellene hordania egy nem kívánt terhességet, az államnak úgy kell döntenie, hogy az utóbbi terhet küszöböli ki. A magzat mint legfőbb terhelt nem játszik szerepet, mert az államnak csak a vitában kell semlegesnek lennie, a magzat viszont nem nyilvánított véleményt a vitában.)

Mivel itt és most nem a semlegesség elméletének elemzése a cél, elegendőnek látszik arra a felvetésre utalni, amit az elmélet képviselői kétségkívül rokonszenves, bár némileg életszerűtlen módon javasolnak.

„Tisztességesen meg kell hallgatni a törvény ellen szóló érveiket, méghozzá mind döntés előtt, mind pedig döntés után. Amíg egy mélyen megosztó nézeteltérésen nem jut túl a társadalom, köteles tovább folytatni a vitát, és kíváncsi érdeklődéssel figyelni, hogy mit tudnak a vesztesek felhozni álláspontjuk mellett.” (I. m., 123.)

A filozófiai viták ártalmatlansága

De vajon kíváncsi-e bárki bárkire? Az, hogy az imént magam is ösztönyszerűen az abortusz példájára hivatkoztam elsőként, nem véletlen, bár közelebbről szemügyre véve egyáltalán nem magától értetődő. Az abortusz a nyugati országok nagy többségében államilag engedélyezett, az egészségügy által biztosított, a társadalom túlnyomó része által elfogadott gyakorlat: némi túlzással lezárt ügy. Természetesen nem arról van szó, hogy a szabályozás konkrét feltételeiről ne folynának viták, vagy hogy akár a politikusok, akár az orvosi szakma, akár a közvélemény valamilyen erkölcsi „jónak”, netán követendő példának tartaná a

³ Másképpen fogalmazva: ha az állam nem foglal állást arról, hogy valamilyen cselekedetet tilt vagy engedélyez, akkor ezt nehéz másként értelmezni, mint hogy engedélyezi.



terhességmegszakítást. Annak esélye azonban, hogy a jelenleg érvényes megengedő attitűd a közeljövőben gyökeresen megváltozzék, minimális. Ennek fényében különösen meglepő, hogy a morálfilozófiában továbbra is problémaként jelentkezik, ami első látásra igazolni látszik a feltételezést, hogy a modern társadalomban a már megszületett döntés után is „kíváncsi érdeklődés” kíséri a kisebbség érveit.

De valóban erről van-e szó? A morálfilozófusok érdeklődése nyilvánvaló: sem a szűkebb, szakmai közönségnek írt munkák, sem a tágabb közönségnek szánt írások nem tesznek úgy, mintha a kérdés egyszer s mindenkorra *ad acta* lenne téve. Csak egyetlen példát idézve az utóbbira: olyan népszerű tankönyvek, mint a *Teach Yourself Ethics*, oldalakon keresztül taglalják az abortusz elleni érveket, és az elfogulatlan olvasónak aligha támadhat az a benyomása, hogy az érvek nyilvánvalóan ésszerűtlenek vagy kevésbé erősek volnának, mint az abortusz mellettiek (Thompson 2006, 202–206). Ennek ellenére – és dacára a hasonló könyvek vélelmezhetően magas példányszámának – semmi nyoma annak, hogy a közönség bármely célországban komolyan mérlegelné az abortusz újbóli betiltását, vagy legalábbis olyan fokú korlátozását, amely azt kizárólag az anya életének megmentése érdekében tenné lehetővé. (Ez ugyanis az egyetlen eset, amikor *egy* élet áll szemben *egy* élettel, tehát az abortusz következetes ellenzője egyáltalán mérlegelheti, hogy az egyik élet megmentése érdekében feláldozható-e egy másik, feltéve persze, hogy az utóbbi nem a beavatkozás elsődleges célja, csupán elkerülhetetlen velejárója. Minden más esetben önellentmondásba keveredik: erre példa az az eset, amikor az abortusz olyan szabályozása mellett érvel valaki, amely megengedné a nemi erőszak áldozatának, hogy a terhességmegszakítás mellett döntsön. Hiszen vagy azt állítja, hogy a magzat személy, és ártatlan személy elpusztítása önmagában vett rossz, ami sohasem lehet egy cselekedet elsődleges célja, csupán egy másik ártatlan élet megóvásának másodlagos hatása; vagy azt, hogy mégiscsak vannak olyan megfontolások, amelyek – függetlenül a magzat személy voltától, ártatlan voltától, hiszen az erőszak elkövetéséért nyilvánvalóan nem felelős – pusztán pszichológiai okokból, egy másik érintett fél akaratából megengedik ezt. Erre az ellentmondásra egyes logikatankönyvek nem is mulasztják el felhívni a figyelmet, de tegyük hozzá, hogy a logikai hiba pontosan abból származik, hogy az érvelés társadalmi kontextusa egyszerűen nem teszi lehetővé a következetes érvelést. Az abortusz mérsékelt ellenzője valószínűleg nem azt mondja, amit valójában gondol, hanem engedményt tesz annak a közegnek, amely elfogadhatatlannak tartaná, ha egy erőszakot szenvedett nőt arra *kényszerítene* bárki, hogy nem kívánt terhességét kiviselje.)



„Kíváncsi érdeklődésről” beszélni lehet tehát, de a kíváncsiság inkább azzal magyarázható, hogy a filozófiai érvelés a vita mai közegében ártalmatlannak tűnik, tekintettel a kérdés lezárt vagy legalábbis az uralkodó vélemény szintjén erősen behatárolt voltára.

Az „ártalmatlanság vélelme” persze pontosításra szorul. Joggal vehető fel, hogy az Egyesült Államok abortuszklinikái elleni támadások, amelyeket olyan szerzők, mint Mark Juergensmeyer, egyenesen a vallási terrorizmus fokozódásának globális trendjébe illesztenek (Juergensmeyer 2000, 20–24), éppenséggel nem az érvek ártalmatlanságát igazolják. A helyzetet közelebbről megvizsgálva azonban kiderül (és ezt maguk a szerzők is elismerik), hogy ilyen esetekben távolról sem a filozófiai érvelés, hanem valami egészen más: a minden érveléssel szembeni szkepticizmus, az álláspontok, sőt identitások közvetíthetetlen különbözősége vagy akár a „kozmosz háború” kevésbé filozófiai eszméje játszanak szerepet (i. m., 154; Selengut 2003, 45).

A fentiek persze extrém példák, de korántsem irrelevánsak: pontosan arra utalnak, ami a jelen írásnak is központi tézise, nevezetesen, hogy a bioetikai viták retorikai kontextusa jóval meghatározóbb, mint maguknak a vitákban elhangzó érveknek a logikai érvényessége vagy helytállósága. A retorika persze nem mindig és nem szükségképpen vezet fizikai erőszakhoz, de az abortuszvitában használatos olyan kifejezések, mint *pro-life* és *pro-choice*, már a nyelv szintjén generálják azokat az aszimmetrikus fogalompárokat (életpártiak kontra életellenesek, szabadságpártiak kontra szabadságellenesek), amelyek közegében a racionális érvelés legjobb esetben is csak járulékos elem lehet. Ahogy arra korábban – nem liberális, inkább schmittiánus alapon – utaltam: a gyakorlati döntés felelőssége nem kerülhető meg. Annak valószínűsége pedig, hogy egy adott társadalomban racionális vita folyik (például az abortuszról), alighanem fordítottan arányos a vita várható gyakorlati következményeivel.

Frankensteinizmus

Jól illusztrálja a fentieket egyetlen olyan, kiragadott példa, amely az abortusz kérdéséhez képest kevésbé látszik ugyan végletesnek (nem *közvetlenül* élet-halál kérdés), de épp eldöntetlensége okán talán még nagyobb indulatokat vált ki. Aki tett már kísérletet arra, hogy, mondjuk, a génmódosított organizmusok kérdésében rámutasson a mindkét oldalon megtalálható irracionálizmusra, a „mindenható” génekkel kapcsolatos túlzó várakozások és félelmek egyaránt szinte misztikus

voltára, az pontosan tudja, hogy maga sem maradhat mentes a tudomány ellensége vagy éppen a Frankenstein fizetett cinkosa címkéktől (Szántó 2010).⁴ Érdemes ugyanakkor figyelni néhány sajátos tényre. Miközben a hasonló írások szerzői maguk is retorikai okokkal magyarázzák a diskurzus félresiklását (például azzal, hogy a frankensteini retorika túlságosan is hatásos ahhoz, hogy az aktivisták lemondjanak róla), ők is alkalmaznak olyan retorikai stratégiákat, amelyek *ad hominem* érvekkel támadják az egyébként valóban logikai ellentmondásba keveredő ellenfelet, akinek következetlenségét olyan egzisztenciális okok magyarázzák, mint hogy ellenkező esetben „ esetleg új elfoglaltság után kellene néznie” (uo.). Érdekesebb azonban, hogy a vita közegét ez esetben is legalább annyira meghatározzák a közvélemény civil elvárásai, mint az olyan metafizikai, sőt vallási kifejezések, mint „Isten nyelve”, „metafizikai határátlépés”, „a DNS misztikája”, vagy a biotechnológia „bigott hívei”. Úgy tűnik, hogy a közvélemény által formált politika és a politika által formált közvélemény egyaránt metapolitikai megalapozásra szorulnak, bár ezt kevesen fogják nyíltan beismerni: mintha a schmitti politikai teológia mintájára egyfajta bioetikai teológiáról lenne szó, amely a maga szekularizált módján alkalmaz a vallásival strukturálisan analóg fogalomkészletet és igazolási sémákat.

A továbbiakban látunk még példát arra, hogy a vallási igazolásnak célszerűbb rejtve maradnia; annyi azonban már az eddigiekből is világos, hogy a viták lezáratlansága és hevesége közötti összefüggés nem írható kizárólag az egyszerű dichotómiákban gondolkodó közvélemény számlájára, hanem legalább ennyire a véleményformálók konstrukciója, akik – mint Szántó Veronika írja – „maguk is érzik, hogy e racionális érvek nem elegendők, hiszen ezek – szemben az irracionális indulatokkal – racionálisan megkérdőjelezhetők és megválaszolhatók” (uo.). Bár a magam részéről úgy vélem, hogy nem pusztán irracionális indulatokról van szó, hanem az aszimmetrikus fogalomképzés jól ismert és a maga módján nagyon is átgondolt technikájáról, érdemes vetni egy pillantást arra, hogy pontosan miként is érvényesül ez a technika a gyakorlatban.

⁴ Az említett cikk szerzőjének személyes közlése szerint az írás megjelenését követően számos fenyegető hangú levélben gyanúsították azzal, hogy valamelyik érdekelt fél fizetett gnyőnként járt el.



Közvélemény és politika

Ahogy az eddigiekből kitűnt, a politikai és társadalmi vitákban minden szereplő használ olyan aszimmetrikus fogalompárokat – amikor is „a konkrét csoport kizárólagos igényt formál az általánosságra azáltal, hogy egy nyelvileg univerzális fogalmat csak saját magára vonatkoztat, és elutasít ezzel kapcsolatban mindenféle viszonyítást” (Koselleck 1997, 7) –, amelyek az életpártiakat választják el (kimondva vagy kimondatlanul) a „halálpártiaktól”; a szabadság és az egyéni önrendelkezés híveit a szabadság ellenségeitől; a haladást az elmaradottságtól, a tudományt a tudománytalanságtól, vagy épp az ökológiai tudatosságot a gazdasági érdekeknek való behódolástól. Voltaképpen nem is ez az érdekes, hiszen a politikai és társadalmi viták alapvető, mindenki által ismert sajátosságáról van szó, hanem az, hogy egyes aszimmetrikus megnevezések szemmel láthatólag sikeresebbek másoknál.

Visszatérve első példánkra, különösen figyelemreméltó, hogy az abortusz esetében – de, mint látni fogjuk, az emberi reprodukcióval és szexualitással összefüggő egyéb esetekben is – a szabadsággal kapcsolatos dichotómiák hatásosabb eszköznek látszanak még az étellel kapcsolatosaknál is; mintha a többség jobban tartana attól, hogy a szabadság ellenségeként bélyegzik meg, mint hogy gyilkosként tekintenek rá.

Ennek magyarázata természetesen lehetne egyfajta összeesküvés-elmélet. Kétségtől nagy a kísértés arra, hogy valaki a pénz, a politikai lobbik vagy a média – csupa kontingens tényező – hatalmának tulajdonítsa azt, ami valójában szélesebb társadalmi összefüggések eredője. Jegyezzük meg azonban (és ez is egyfajta definíció), hogy az összeesküvés-elméletek sajátossága nem az, hogy összeesküvéseket tételeznek fel, holott ilyenek nincsenek, de még csak nem is az, hogy ezeket kizárólag az ellenfélnek tulajdonítják. Összeesküvések, vagy tárgyszerűben fogalmazva, a politikát a nyilvánosság elől elzárt módon befolyásolni kívánó törekvések mindig is léteztek: az összeesküvés-elméletek lényegi eleme azonban az, hogy az ellenfél összeesküvése (gazdasági befolyása, lobbitevékenysége, médiahatása) valamiért eredményesebb, mint a sajátunk, anélkül, hogy ennek egyéb körülményeit elemeznénk.

Az elemzés ugyanis könnyen rámutathatna arra, hogy – visszatérve példáinkra – a „moderneks szabadsága”, az egyéni autonómia újkori elvei eleve olyan közeget teremtenek a nyugati társadalmakban, hogy ezekkel szemben érvelni valamilyen nagyobb jó nevében majdhogynem kilátástalan vállalkozás. Mivel maga az úgynevezett közvélemény is az egyéni preferenciák aktuális többségének szinonimája, a közvélemény válik a végső erkölcsi instanciává, amelyre hivatkozni lehet. Habár nyíltan talán ezt sem mondja ki senki, az a tény, hogy példának okáért



az abortuszt egy adott társadalom 90, az eutanáziát pedig 55 százaléka támogatja, minden más filozófiai érvet felülír, és egy demokratikus társadalomban majdhogynem anomáliának számít, ha ezt a döntéshozók nem veszik figyelembe.⁵

A kérdés persze korántsem intézhető el ilyen könnyedén, és a társadalmat konstituáló elvek, a közvélemény, illetve a politikai vagy jogi döntéshozók viszonya sem ilyen egyszerű. Első látásra mégis úgy tűnik, hogy az eutanázia, illetve az ahhoz közvetlenül kapcsolódó öngyilkosság kérdésében a társadalmi megítélés világosan mutat egy adott irányba: az öngyilkosságot bűncselekményként meghatározni ma már a történelmi kuriózumok körébe tartozik, és nyilván ezzel kapcsolatos az eutanázia mint asszisztált öngyilkosság növekvő elfogadottsága is, ahol inkább az asszisztencia feltételei vitatottak, mintsem maga az öngyilkossághoz való „emberi jog”.

Az eutanázia esete is mutatja azonban, hogy a törvényhozás és a jogalkalmazás nem automatikusan követi a közvélekedés átalakulását. Bonyolult kölcsönhatásról van szó, ahol a politikai és jogi döntések legalább annyira formálják a közvélekedést, mint az utóbbi az előbbieket. Az emberölés olyan, államilag jóváhagyott formáiról például, mint a halálbüntetés, Magyarországon nem tartottak népszavazást, és pedig éppen azért, mert a kilencvenes években a lakosság többsége minden közvélemény-kutatás szerint a halálbüntetés fenntartása mellett foglalt volna állást. Amikor pedig a kérdést a magyar Országgyűlés tárgyalta, a köztársasági elnök előre bejelentette, hogy a képviselők döntésétől függetlenül minden későbbi halálraítéltnek meg fog kegyelmezni, ezzel is jelezve, hogy bizonyos kérdésekben nem a többségi demokrácia elveit, hanem más, univerzális elveket tart szem előtt. (Az államilag jóváhagyott emberölés olyan eseteiről, mint a bioetikához már valóban csak közvetve kapcsolódó „igazságos háború” elmélete, Magyarországon természetesen vita sem folyt, ami persze inkább a világpolitikában játszott marginális szerepünkkel magyarázható.⁶ Az Egyesült Államokban és egyes nyugat-európai országokban azonban a háború morális megítélése ma is heves polémiák tárgya, anélkül, hogy bárki is komolyan mérlegelné egy olyan népszavazás kiírását, ahol az „Egyetért-e azzal, hogy az

⁵ Lásd az ATV csatorna tavaly novemberi adását az eutanáziáról: <http://www.atv.hu/belfold/20141113-vita-az-eutanaziarol-megosztja-a-kerdes-a-magyar-tarsadalmat>, utolsó letöltés: 2015. február 28.

⁶ Saját tapasztalatom szerint, ami persze nem statisztikai tény, még a nemzetközi és politológia szakos egyetemi hallgatók túlnyomó többsége sincs tisztában azzal, hogy a Magyar Honvédség milyen arányban vesz részt katonai akciókban, hány halálos áldozattal jártak ezek, és milyen jogi vagy erkölcsi alapon igazolhatók.



államnak joga van külföldi állampolgárokat katonai eszközökkel megsemmisíteni?” kérdésére egyszerű igennel vagy nemmel lehetne válaszolni.)

A halálbüntetés és a háború témája persze olyan kérdések, amelyeket valóban csak a legtágabb definíció értelmében lehet a bioetika körébe sorolni. Vannak azonban olyan témák is, amelyek – mint az emberi reprodukció és a szexualitás témái, vagy ezek társadalmi kontextusa, a genderkérdés és a házasság szabályozása – közvetlenül érintkeznek bioetikai kérdésekkel. Ezek esetében különösen figyelemreméltó, hogy a politikai és jogi szabályozás mennyire ellentmondásos módon viszonyul a közvélemény alakulásához. Az Egyesült Államokban, ahol az egynemű párok házasságának tiltásáról egyes tagállamokban népszavazás döntött, a bíróság semmisítette meg az eredményt azon az alapon, hogy a döntés alkotmányosértő, vagyis olyan általános elvekkel ütközik, amelyek attól függetlenül érvényesek, hogy az emberek többsége egyetért-e velük vagy sem. Ugyanakkor az a tény, hogy más tagállamokban – vagy Európa egyes országaiban – a lakosság többsége támogatja az egyneműek házasságát, sokak számára mégiscsak amellet szolgál érvül, hogy ez a helyes döntés. Némi malíciával azt is mondhatnánk, hogy egy liberális demokráciában a népet minden esetben meg kell kérdezni, kivéve, ha előre tudjuk, hogy rosszul fog dönteni; döntése pedig végső és megfellebbezhetetlen, kivéve, ha a várakozásokkal szemben mégiscsak rosszul dönt. Az érvelésnek ezek az ide-oda mozgásai azonban nem csak a demokrácia értelmezésével kapcsolatosak: a morálfilozófiai iskolák közötti választás esetében mind az ideológia, mind a politika, mind a közvélemény hasonlóan képlékenynek mutatkozik, bár egy gondosabb elemzés szemszögéből inkább egyirányú elmozdulásról beszélhetünk.

Az érvelés elmozdulásai

A liberális érvelés említett dominanciája ugyanis valójában látszólagos. Az ellenvetések elnémításához megfelelő kiindulópontként szolgál ugyan, de konkrét esetekben az igazolás rendszerint elhagyja az egyéni önrendelkezésre való hivatkozást, mintha maga az érvelő is érezné, hogy ennél többre van szükség.

Az abortusz és a születésszabályozás kérdésében jellemző példával szolgál Ludassy Mária közelmúltban megjelent kötete, amely Condorcet kapcsán érvel úgy, hogy „az eljövendő nemzedék iránti felelősségünknek nem feltétlenül az a legjobb formája, ha korlátlanul életet adunk min-



denkinek, aki számára az emberi élet feltételeit nem tudjuk biztosítani, s hogy a minőségi élet érdekében korlátozhatjuk a születések számát” (Ludassy 2014, 103). A jelen gondolatmenet szempontjából itt nem az az érdekes, hogy az *emberi* élet milyen könnyen azonosul a *minőségi* étellel (pedig analitikusan talán elég jól elkülöníthető a kettő), és nem is az, hogy a születések számának korlátozása homályban hagyja ennek módszereit. A lényeges az, hogy az egyébként liberális szerző érvelése nem az anya – vagy jobb esetben mindkét szülő – azon jogára hivatkozik, hogy eldöntsék, akarnak-e gyermeket, hanem egy olyan, utilitárius elvre, amely szerint kevesebb ember nagyobb boldogsága jobban szolgálja a többség javát, mint több ember kisebb boldogsága, bár az utilitarizmus ellenfelei mindig is szkeptikusak lesznek az ilyen számígtatókkal szemben. De valójában ennél is többről van szó: az „eljövendő nemzedék iránti felelősség” érzete nehezen olvasható másként, mint egyfajta erényként, amely nem is utilitárius, hanem kommunitárius módon szolgálja a közjót (a nemzedék nyilván maga is közösségi fogalom), és ez nem egyedi lapszus.

Michael Sandel, aki az amerikai kommunitarizmus hagyományának megfelelően egyszerre csodálója és kritikusa a Rawls-féle liberalizmusnak, nem győzi elégszer hangsúlyozni, hogy az eutanázia (mint „támogatott öngyilkosság”) engedélyezésének elfogadható alapja nem az egyéni önrendelkezés liberális joga – bár eredete nyilván ide nyúlik vissza –, hanem az emberi méltóság, a teljes emberi élet fogalma, amely *per definitionem* közösségi érték (Sandel 2012, 92). Ennél is világosabban utal arra az átmenetre, amely egyetlen bírósági ítéleten belül (a massachusettsi legfelsőbb bíróság 2003-as ítéletéről van szó) jut el az azonos neműek házasságkötésének liberális indoklásától („az azonos nemű párok kizárása a házasság intézményéből összeegyeztethetetlen az egyén szabadságának és törvény előtti egyenlőségének tiszteletben tartásával”) az immár átdefiniált házasság kommunitárius himnuszáig, amely „a kölcsönösség, a partnerség, az intimitás, a hűség, a család eszméjét” társadalmi szempontból nem is jóváhagyja, hanem mint a közösség legmegbecsültebb intézményét „ünnepli” (i. m., 298–300).

A kérdés megint csak nem az, hogy mit keresnek a bírósági ítélettől jogosan elvárható racionális érvelés kontextusában az olyan kiküszöbölhetetlenül homályos fogalmak, mint a partnerség, az intimitás vagy az ünnep. Sokkal érdekesebb, hogy miként alakul át a szabadság formális meghatározása követendő normává, és hogyan szolgálnak meghatározások ennek az átalakulásnak az alapjául. (A definíciók persze enyhén szólva is esetlegesek: a massachusettsi bíróság még „két ember mélyen személyes elköteleződéséről” beszélt, de valójában sem a „két ember”,



sem az „elköteleződés” szavak nem maguktól értetődők. A többszereplős, *polyamorous* kapcsolatok állami elismertetéséért ma már számos országban folynak küzdelmek, az elköteleződésről pedig épp az azonos neműek házassága melletti tüntetések plakátjai fejtették ki, hogy a házasság „nem a genderről szól, hanem a szerelemről”, ami persze a házasság hagyományos értelmének – elkötelezzük magunkat, hogy akkor is együtt maradunk, ha már nem leszünk szerelmesek – 180 fokos megfordítása.)

Akárhogy is legyen, az a tendencia egyértelműnek látszik, hogy a liberális, pusztán az önrendelkezés jogára hivatkozó érvelések a 2000-es években egyre inkább átadják a terepet egy olyan retorikának, amely a liberalizmus vívmányait immár erényekként és értékeként kívánja újrafogalmazni és – bármilyen furcsán hangozzék is – konzerválni.

A szerepek felcserélése

Aki többé-kevésbé követi a nyugati világ jelenlegi kultúrharcainak alakulását, pontosan tudja, hogy a formálódóban lévő új ortodoxiával és annak politikai diktátumaival szemben éppen a korábban konzervatívnek nevezett szereplők hivatkoznak mind gyakrabban olyan liberális elvekre, mint hogy az egyént – adott esetben az orvost – senki sem kényszerítheti arra, hogy saját meggyőződésével ellentétes beavatkozásban vegyen részt; hogy a katolikus egyetem autonómiájának – lényegében vallásszabadságának – megsértése, ha köteles anyagilag hozzájárulni saját alkalmazottai abortuszának költségeihez; vagy hogy a keresztény örökbefogadási irodák üzemeltetőit lelkiismereti szabadságukban korlátozza, ha nem dönthetnek szabadon arról, hogy csupán különböző vagy azonos nemű párokat is ügyfeleik közé fogadnak-e.

Az ellenfelet saját fegyvereivel legyőzni persze nem eleve reménytelen vállalkozás – egyes amerikai katolikus intézmények egyelőre sikeresen alkalmazzák –, de nem vesz tudomást arról a tényről, hogy az érvelés imént említett hangsúlyeltolódásait már korábban megalapozta a szóhasználat olyan átalakítása, amely hosszú távon kétségessé teszi a hasonló törekvések sikerét. A fenti példáknál maradva: a „magzat-elhajtás” archaikus, morálisan terhelt kifejezését mára sikerült lecserélni a „terhességmegszakítás” technikai terminusára; a lelkiismereti és vallásszabadsághoz való jogot pedig olyan kontextusba helyezni, ahol ezek – alárendelve az egyenlőség elvének – lényegében az önkényes diszkrimináció, ha nem egyenesen a törvényenkívüliség követe-



léseként jelennek meg.⁷ A férfi és a női nem biológiai megkülönböztetése (*sex*) mára olyan mértékben létjogosultságát veszítette a társadalmi nemek megkülönböztetésével szemben (*gender*), hogy paradox módon egyes orvosi kutatások is „biológiai gendereket” emlegetnek. Az olyan új kifejezések, mint a „meleg” (*gay*), szemben a „homoszexuálissal”, hasonlóan messzemenő társadalmi és politikai következményekkel járnak: a „homo-” előtag használata például egyre inkább negatív kifejezésekre korlátozódik (lásd a „homofóbia” önmagában is különös esetét, mintha az *azonostól* való *félelemről* volna szó, holott sem azonosságról, sem félelemről nincs szó, hanem bizonyos szexuális cselekmények – nem pedig adott orientációjú személyek – erkölcsi, és nem pszichológiai értékeléséről).

A szóhasználat átalakítása és a diskurzus szabályainak rögzítése, amely már a nyelvi kifejezés szintjén is lehetetlenné teszi az ellenállást, hamisítatlanul modern jelenség, amelyet érdekes módon inkább a posztmodern képviselői szoktak szóvá tenni, sőt egyenesen nyelvi terrorként megbélyegezni:

„Terroron az abból nyert hatékonyságot értjük, hogy a nyelvjátékból kirekesztjük vagy kirekesztéssel fenyegetjük a korábbi játszótársunkat. A partner nem azért némul el vagy adja beleegyezését, mert megcáfolták, hanem azért, mert fenyegetik, hogy megfosztják attól, hogy játsszon... A döntéshozók gögje a terror gyakorlásával egyenlő.” (Lyotard 1993, 137.)

Lyotard és társai persze aligha gondolták, hogy egyszer majd az egyéni szabadság kiteljesítésének élharcosai kerülnek abba a helyzetbe, hogy konzervatív módon kell védelmezniük az elért eredményeket a konzervatívok liberalizmusával szemben; abban azonban kétségkívül igazuk volt, hogy a harc a nyelv, a szóhasználat, a retorika területére fog áthelyeződni.

⁷ Ahogy a *konzervatív* brit miniszterelnök fogalmazott: „Úgy vélem, az a helyes, ha ebben az országban világos szabályok vannak a diszkrimináció ellen. (...) Ami a katolikus örökbefogadási ügynökségeket illeti, személy szerint nem hiszem, hogy helyes volna általános felmentést adni számukra a törvény alól.” <http://www.christiantoday.com/article/cameron.opposes.optout.for.church.on.gay.adoption/9323.htm>, utolsó letöltés: 2015. március 15.



Természet és intézmény

Ám ha mindez igaz, akkor milyen alapon lehet egyáltalán érvelni? A jelenlegi nyugati felfogás – függetlenül attól, hogy nyíltan vagy burkoltan liberális, utilitárius vagy komunitárius elvekre támaszkodik-e – abban egységesnek tűnik, hogy nem a morális univerzalizmust utasítja el általában,⁸ csupán annak bizonyos megnyilvánulásait, elsősorban azokat, amelyek valamilyen kinyilatkoztatott vallási tanításon alapulnak, tehát nem hozzáférhetőek azok számára, akik nem az adott vallást követik. A középkori keresztény teológusok – lásd Chesterton bevezetőben idézett szerzetesét – mindig is tudatában voltak ennek a különbségnek, amely a filozófiai definíciókat választja el a vallási parancsoktól, és a katolikus tanítás, szemben például a islámmal, ma sem kizárólag a kinyilatkoztatásra hivatkozik bioetikai kérdésekben, hanem a természetjogra, ami elvileg kielégíti azt a semlegességi követelményt, hogy egy plurális társadalomban csupán olyan érvekre támaszkodhatunk, amelyekre igaz, hogy a „releváns tudásközösség” egybeesik a társadalom egészével (Kis 1997, 115–116). A természetjogra való hivatkozás ráadásul legtöbbször megfelel annak a további követelménynek is, hogy összekapcsolja a természet középkori felfogását (a természetes emberi ésszel belátható törvények összességét) a természet modern felfogásával, amely azt elsősorban biológiai törvényszerűségek összességének látja, és a kettő összhangját hangsúlyozza (például Turgonyi 2012, 231–234).

Amikor tehát a természetjogi érvelést azon az alapon utasítja el valaki, hogy az egy adott vallási közösségre különösen jellemző, akkor olyan csúsztatással él, amely retorikailag indokolható ugyan, de valójában az érdemi vitát óhajtja ideológiai alapon elkerülni.⁹ Ha ilyen esetben az intézmény – például a Katolikus Egyház Tanítóhivatala, valamely ország püspöki konferenciája vagy egy egyházmegye püspöke – autoritatív módon nyilvánít véleményt egy kérdésben, akkor maga a vélemény kinyilvánítása válik kontraproduktívvá, és pedig nem

⁸ A morális univerzalizmus nem azonos a morális abszolutizmussal. Az előbbi azt fejezi ki, hogy egyes morális elvek egyetemesen érvényesek, az utóbbi azt, hogy a morális elvek függetlenek minden más, nem morális megalapozástól.

⁹ Ma is emlékszem néhány jellegzetesen hisztérikus olvasói hozzászólásra John Finnis könyve, a *Natural Law and Natural Right* kilencedik kiadásával kapcsolatban a Google Bookson: „Elegem van a természetes jogokból!”, „Gyűlölöm a természetes jogokat!”, amelyeket akkor, 1997-ben, első olvasásra nem is értettem, csupán később világosodott meg számomra, hogy a természetjogi gondolkodást legkövetkezetesebb módon képviselő katolikus felfogással szembeni elemi ellenszenv megnyilvánulásairól volt szó.



csupán a közösségen kívül állók, de olykor még a közösség saját tagjai számára is. (Ez volt a helyzet már VI. Pál pápa 1968-as *Humanae Vitae* enciklikájával is, de ma már arra is van példa, hogy egy eutanáziaellenes egyházi megnyilatkozás kimutathatóan *növeli* az eutanázia támogatóinak arányát az adott közösségben, lásd: Cavanaugh 2009, 617).¹⁰

Az intézmények mint intézmények tekintélye a mai korban a nullához közelít, és ha korábban azt mondtuk, hogy politikai és jogi döntések legalább annyira formálják a közvéleményt, mint amennyire a közvélemény az előbbieket, akkor ez csupán azzal a megszorítással érvényes, hogy a politikai és jogi intézmények kizárólag akkor tarthatnak számot elismerésre, ha döntéseik intézményes indokait gondosan elrejtik a közvélemény elől, vagy még inkább: ha döntéseiket a közvéleményre, vagy legalábbis annak valamely gondosan kiválasztott szegmensére való hivatkozással bátyázzák körül.

Mindez azonban csak még inkább aláhúzza a retorikai közeg jelentőségét: azt a nagyon egyszerű tényt, hogy a bioetika kérdései a viták legtöbb résztvevője szerint rég túl vannak a racionális megvitathatóság keretein, és – ha egyáltalán valahogy – csak kerülő utakon vezethetnek eredményhez.

Következtetés

Ha a bioetikát mindezek után is a morálfilozófia egyik ágának tekinti valaki – és én a magam részéről minden fenntartásom dacára is annak tekintem –, akkor nem mondhat mást, mint hogy érvelései filozófiaiak, következtetései betartják a logika szabályait, premisszái pedig a világnézeti semlegesség követelményeinek megfelelően tiszteletben tartják a releváns tudásközösséggel kapcsolatos elvárásokat.

Tény ugyanakkor, hogy bizonyos érvekre sem a közvélemény, sem a politikai döntéshozók nem fogékonyak (vagyis sajnálatos módon hiányzik belőlük a „kíváncsi érdeklődés”), és valódi filozófiai vitára leginkább olyan esetekben kerül sor, amikor az érvek ártalmatlanítása többé-kevésbé eleve garantálható: ennek legmegfelelőbb közegét pedig egy egyetemi előadóterem vagy egy bioetikai tanulmánykötet szolgáltatják. Minden más esetben Frankenstein árnya vetül a vitatkozókra: a biotechnológiai cégek fizetett ügynöke küzd a tudomány ellenségével, a

¹⁰ További példák: http://www.lifeissues.net/writers/may/may_42secularization.html, utolsó letöltés: 2015. április 30.



vallási fundamentalista az erőszakos ateistával, a demokrácia ellenfele a felelőtlen demagóggal, és az aszimmetrikus ellenfogalmak sora még tetszés szerint folytatható. Fontos azonban megjegyezni, hogy az ilyen fogalmaknak helyet adó diszkurzív közeg nem valamiféle eredendő adottság, hanem maga is ideológiai termék: ideológiák pedig adott esetben nem csupán a közvéleményt írják felül, hanem a tudomány politikailag korrekt megállapításainak körét is behatárolják (lásd Fukuyama példáit a *Poszthumán jövődők* című kötet első fejezetében, ahol maga is megjegyzi, hogy egyes tudományos kérdésekről „politikai okok miatt lehetetlen értelmes vitát folytatni”; Fukuyama 2003, 51).

A bioetika tehát egy ponton elkerülhetetlenül biopolitikává válik. Ezért aztán – tetszik vagy sem – egy posztmodern korban a bioetikai problémákra való reflexió sem lehet pusztán morálfilozófiai, hanem a diskurzus feltételeinek ennél átfogóbb, politikafilozófiai kritikáján kell alapulnia. Amíg nem válik világossá, hogy a vita feltételeinek rögzítése – egy eredendően politikai aktus – eleve egyenlőtlen feltételeket teremt a különböző résztvevők számára, addig nemcsak hiábavaló, de egyenesen önpusztító vállalkozás a vitában való részvétel; hiszen vagy azt sugallja, hogy a vesztes fél valódi vitában maradt alul, vagy azt, hogy pusztán retorikai csatározásról van szó, amelyet helyesebb olyan, megkérdőjelezhetetlen tekintélyekre való hivatkozással lezárni, mint a tudomány, a közvélemény vagy a politikai pragmatizmus, bármit is jelentsen ez.

A bioetikai viták közegének kritikája persze nem hoz azonnali eredményt, hanem kitartó aknamunkát igényel. A kritika elindítása azonban annál is sürgetőbb feladat, mivel a hagyományos biológiai kategóriák határainak bizonytalanná válása a jövőben előreláthatóan egyre nagyobb teret enged majd ezek politikai újradefiniálásának. Ahogy Allen Hertzke fogalmaz:

„A biogenetikai tervezés eredményei egyre komolyabb kihívást jelentenek az Isten képére és hasonlatosságára teremtett személy egyediségének teológiai felfogása számára. Habár sok vallási közösség látókörében ez még nem jelent meg, a genetikai tervezés súlyos kérdéseket vet fel az emberi élet méltóságával, vagy akár magának az emberi életnek a definíciójával kapcsolatban. A klónozás, a magzattenyésztés, egyes életformák szabadalmaztatása, a specifikus tulajdonságokkal bíró dizájnerbébik létrehozása, vagy az olyan, ember-állat hibridek kimérája, amelyeket szervtenyésztésre használnak, már feltűnt a horizonton. Miközben az abortuszvita ma is



akörül forog, hogy mikor kezdődik az emberi élet, a genetikai forradalom már olyan kérdéseket tol előtérbe, hogy mi is az ember, ki dönti ezt el, és mi lesz az új teremtményekkel.” (Hertzke 2009, 61.)

Filozófiai kérdésekre persze kizárólag filozófiai válaszok adhatók. Megfelelő közeg hiányában tehát nem valódi válaszokat fogunk kapni, hanem politikai diktátumokat, amelyek ráadásul – ahogy korábban láttuk – már ma is hajlamosak nem a szabadság, hanem inkább egy új értékrend, egy mesterségesen kialakítandó konszenzus nevében fellépni.

Irodalom

- Cavanaugh, William T. 2009: If You Render Unto God What Is God's, What Is Left for Caesar? *The Review of Politics*, 71., 2009/4. (ősz), 607–619.
- Chesterton, Gilbert Keith 1991: *Eretnekek* (ford. Lukácsi Huba). Budapest, Szent István Társulat.
- Copi, Irving M. 1986: *Informal Logic*. New York, Macmillan.
- Fukuyama, Francis 2003: *Poszthumán jövődönk: a biotechnológiai forradalom következményei* (ford. Tomori Gábor). Budapest, Európa.
- Gregory, Brad S. 2012: *The Unintended Reformation: How a Religious Revolution Secularized Society*. Cambridge (MA), Belknap Press of Harvard University Press.
- Hellsten, Sirkku K. 2009: Why „Definitions” Matter in Defining Bioethics. In Takala, Tuija – Herissone-Kelly, Peter – Holm, Soren (szerk.): *Cutting Through the Surface: Philosophical Approaches to Bioethics*. Amsterdam, Rodopi. 9–18.
- Hertzke, Allen D. 2009: The Catholic Church and Catholicism in Global Politics. In Haynes, Jeffrey (szerk.): *Routledge Handbook of Religion and Politics*. London, Routledge. 48–63.
- Juergensmeyer, Mark 2000: *Terror in the Mind of God: The Global Rise of Religious Violence*. Berkeley (CA), University of California Press.
- Kis János 1997: *Az állam semlegessége*. Budapest, Atlantisz.
- Koselleck, Reinhart 1997: *Az aszimmetrikus ellenfogalmak történeti-politikai szemantikája* (ford. Szabó Márton). Budapest, Józsvöveg.
- Ludassy Mária 2014: *Felvilágosodástól elsötétítésig*. Budapest, Atlantisz.
- Liotard, Jean-François 1993: A posztmodern állapot. In Bujalos István (szerk.): *A posztmodern állapot: Jürgen Habermas, Jean-François Lyotard, Richard Rorty tanulmányai*. Budapest, Századvég.
- Sandel, Michael J. 2012: *Mi igazságos... és mi nem? A helyes cselekvés elmélete és gyakorlata* (ford. Felcsuti Péter). Budapest, Corvina.



- Selengut, Charles 2003: *Sacred Fury: Understanding Religious Violence*. Lanham (MD), Altamira.
- Shalit, Ruth 1997: When We Were Philosopher Kings. *The New Republic*, április 28., 24–28.
- Szántó Veronika 2010: Frankenstein érvei. *Magyar Nemzet Online*, 2010. december 21. (http://mno.hu/migr_1834/frankenstein_ervei-208691, utolsó letöltés: 2015. február 28.)
- Takala, Tuija – Herissone-Kelly, Peter–Holm, Soren 2009: Bioethics: What Lies Under the Surface? In uők (szerk.): *Cutting Through the Surface: Philosophical Approaches to Bioethics*. Amsterdam, Rodopi. 1–8.
- Thompson, Mel 2006: *Teach Yourself Ethics*. London, Hodder Education.
- Turgonyi Zoltán 2012: *Etika* (2., jav. kiad.). Budapest, Kairosz.
- Viens, Adrian M. – Singer, Peter A. (szerk.) 2008: *The Cambridge Textbook of Bioethics*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Wuketits, Franz M. 2006: *Bioethik*. München, C. H. Beck.

B U D A P E S T I K Ö N Y V S Z E M L E

BUDAPESTI KÖNYVSZEMLE

KRITIKAI ÍRÁSOK

A TÁRSADALOMTUDOMÁNYOK

KÖRÉBŐL

BÍRÁLAT

SZABÓ JUDIT – KORNAI JÁNOS

LAKI MIHÁLY – FORDULAT 21

NÉMETH ÁKOS – HAVASRÉTI JÓZSEF

BOKA LÁSZLÓ – RÁKAI ORSOLYA

AGÓRA KISS ZSUZSANNA – MITSCHERLICH

MIKLÓSI ZOLTÁN – KIS JÁNOSRÓL
SURÁNYI LÁSZLÓ – HERMANN IMRÉRŐL

HADAS MIKLÓS – BOURDIEU-RŐL

FARKAS TAMÁS – MOISÉS NAÍMRÓL

PROBLÉMA

TENGELYI LÁSZLÓ (1954–2014)

SZELÉNYI IVÁN, PETŐ IVÁN, FORGÁCS ÉVA,
RADNÓTI SÁNDOR, BAYER JUDIT, POPOVICS ZOLTÁN,
CZÉTÁNY GYÖRGY, SZITÁS PÁL, VARGA PÉTER ANDRÁS,
KISS TIBOR NOÉ, P. MÜLLER PÉTER, PINTÉR JUDIT NÓRA

SZEMLE

MI A PÁLYA?

AGONIZÁLÓ EGYETEMEK

FONTOS KÖNYVEK

BIBLIOGRÁFIA

2014. ÉVI ÖSSZESÍTETT TARTALOMJEGYZÉK

M E G J E L E N I K

2015. TAVASZ-NYÁR

N E G Y E D É V E N T E



Férfi Budapesten, a városmajori templom árkádsora előtt
1940-ben © Lissák Tivadar/Fortepan

Emberi méltóság és bioetika

a tanulmányban az emberi méltóság fogalmáról, illetve az emberi méltóság tisztelete elvének egy lehetséges levezetéséről lesz szó, amely elv normatív kiindulópontját jelentheti a bioetikai tárgyú vitáknak.¹ A *méltóság* fogalmát több vonatkozásban is használjuk. Kolnai Aurél szerint a méltóság minden kifejeződési módjában a „magasságot” tapasztaljuk, amely tiszteletet parancsol, és a meghajlás gesztusát kényszeríti ki (Kolnai 1995). A latin *dignitas* kifejezés eredetileg *társadalmi-állami rangot* jelentett, a méltóságot ma is használjuk ilyen értelemben (például közjogi méltóság), de az idők során ezt meghaladó jelentéseket is felvett a fogalom. Az *emberi méltóság* fogalmával az emberi státuszt jelöljük, és arra a minőségre utalunk, ami miatt *minden embernek kijár egy minimális tisztelet*. A méltóság fogalmát emberi méltóság értelemben először Cicero használta. A következőkben ebben az értelemben lesz szó méltóságról. Beszélhetünk *erkölcsi méltóságról* is: ez már szűkebb értelmezése a méltóságnak, mint az előző: a tisztelet nem jár mindenkinek, csak annak, aki *jó életet* él, és a *jónak tartott erkölcsi tulajdonságok* alapján cselekszik. Persze az, hogy mi minősül erkölcsi szempontból jónak, és mit értenek jó élet alatt, korszakonként, kultúránként, társadalmanként változhat, illetve ezeken belül is több elképzelés élhet egymás mellett. A fentiekén kívül

¹ Az írás *Az emberi méltóság filozófiája* című könyvemem alapul (Barcsi 2013). Az emberi méltóság ebben az írásban nem érintett (elismeréseméleti, jogi) értelmezési lehetőségeit, továbbá az értékkorlátos diskurzusetika, illetve az emberi méltóság tisztelete elv részletes kibontását lásd a könyvben.



számos vonatkozásban használjuk a méltóság kifejezést, például utalhatunk a külső megjelenés méltóságára (ami mozdulatokban, gesztusokban jelenik meg: ez lehet pusztán külsődlegesség, de lehet egy állami-társadalmi méltóság jellemzője vagy éppen az erkölcsi méltóság velejárója, erről is ír Cicero vagy Schiller).

Az emberi méltóság antropológiai-etikai és morálfilozófiai felfogása

Az *emberi egység gondolata* Nyugaton az emberi méltóság fogalmához kötődően jelent meg Cicerónál, majd a keresztény emberfelfogásban. Az emberi méltósággal foglalkozó elméletekben a szerzők kiemelik minden ember alapvető egységét, és ebből etikai elvárásokat vezetnek le. Meg kell jegyezni, hogy az emberi méltósággal foglalkozó korai teóriákban az elméletalkotók felvetik ugyan az emberi egyenlőség gondolatát, de a belőle következő etikai vonatkozásokat nem részletezik, inkább az ember erkölcsi kiválóságként értett méltóságáról értekeznek.

A sztoikus iskolához tartozó Cicero a *De officiis I. (A kötelességekről, Kr. e. 44)* című könyvében a *dignitas hominis* fogalmával arra utal, hogy egy bizonyos szintű *tisztelet minden embernek, ember voltából adódóan kijár*, mivel mindenkit jellemez az észhasználat képessége, természete (a mindenki számára közös *persona*) révén minden ember hasonló istenhez (Cicero 1987; 2014). A szűkebb értelemben vett tisztelet csak azoknak jár, akik eszes természetüknek megfelelően élnek és cselekednek. Vannak, akik úgy gondolják, hogy az emberi méltóság fogalmának leírásakor Cicero Rodoszi Panaitiosz görög sztoikus filozófus gondolataira támaszkodott, azonban – mivel Panaitiosz vonatkozó műve elveszett – ez csak feltételezés (Cancik 2002).

A keresztény felfogás szerint az ember méltóságának alapja istenképűsége: *az embert Isten saját képmására alkotta*. Az ember istenképűségének első megjelenése a *Szentírásban* a Teremtés könyvében található (*Biblia* 1996, 17; Genézis, 1, 27–29). Mivel minden embert Isten teremtett saját képmására, ezért *minden ember egyenlő*, minden ember *azonos méltósággal rendelkezik*. A keresztény tanítás hangsúlyozza továbbá minden egyes ember személy voltát. Adamik Tamás szerint az ember istenképűségére alapozott első keresztény értelmezést az ember méltóságáról Antiochiai Theophilosz (a Kr. u. 2. század második fele) *Ad Autolycum* című művében találjuk (amely az első keresztény kommentár a Genézis elejéhez). A szerző a Teremtés könyvének vonatkozó



részéről azt írja, hogy ezen a helyen „Elsőként utal Isten az emberi méltóságra... mert csak az ember teremtését tartja méltónak arra, hogy saját kezével végezze.” (Adamik 2005, 16.) A nagy keresztény gondolkodók (így Szent Ágoston és Aquinói Szent Tamás is) ebben a keretben értelmezik az emberi méltóságot. Dante nemességfelfogása az ókori és a keresztény méltóságfelfogás ötvözeteként is értelmezhető. Dante a Vendégség (*Convivio*, 1304–1306) című írásában a *De Officiis* alapján utal arra, hogy mindenkinek minden ember segítségére kell sietnie, pusztán azért, mert ember („Kimondhatjuk immár, az igazi barátság az emberek között abból áll, hogy mindenki szeret mindenkit teljes egészében”; Dante 1965, 249). Az emberi nemnek olyannak kell lennie, amilyen az ősszülő, Ádám volt: „Tehát ha Ádám nemes volt, valamenynyien azok vagyunk, s ez annyit jelent, hogyha ezen állapotok megkülönböztetését megszüntetjük, megszüntetjük magukat az állapotokat. És azt mondja, amikor az előbbi így folytatja: Hogy mindnyájunk alantas vagy nemes lény.” (I. m., 305.) Dante úgy látja, hogy a nemesség minden ember osztályrész, de valójában ez csak egy lehetőség, mert az igazi nemesség virtuson és tudáson alapul.

Az itáliai *quattrocentó*ban több olyan értekezés jelent meg az emberi természetéről, amelyben a keresztény szemlélet mellett megtalálhatjuk például a cicerói antropológia hatását is. 1452-ben keletkezett Giannozzo Manetti *De dignitate et excellentia hominis* című műve, amelyben a szerző Arisztotelészre, Ciceróra és a Bibliára egyaránt hivatkozva elmélkedik az ember felsőbbrendűségéről. Pico della Mirandola (*Oratio de hominis dignitate*, 1486) az ember istenképűségét az emberi önteremtésben látja megnyilvánulni, új értelmet adva a teremtés fogalmának: a legfőbb teremtő Isten, általa létezik az ember, az istenivé válás azonban csak egy lehetőség, az embertől függ, hogyan él ezzel a lehetőséggel, mivé teszi, teremti magát (Mirandola 1984). Az újkorban számos elmélet született az ember lényegéről, mibenlétéről, amelyek a legtöbb esetben nem tekinthetők méltóságelméletnek, hiszen az erkölcsi vonatkozások kevésbé vagy egyáltalán nem hangsúlyozódnak. Ebben a korszakban az antropológiai felfogások mellett azonban megjelenik a morálfilozófiai emberi méltóság értelmezése is.

Az emberi méltóság morálfilozófiai felfogásához sorolható elméletekben a hangsúly az emberi méltóságból következő *racionális erkölcsi elv* levezetésén van, ami mögött természetesen áll egy emberfelfogás, de nincs szó az emberi méltóság mibenlétének részletes antropológiai értelmezéséről (az erkölcsi elv megállapítása kapcsán), ahogy a jó élet etikai követelményeinek rögzítéséről sem beszélhetünk: a racionális morál előírásai mindenkire vonatkoznak, függetlenül attól, hogy ki milyen elképzeléseket vall magáénak a jó életről. Nem véletlen, hogy ez



a szemlélet (az emberi méltóságra alapozott erkölcsfelfogás) a felvilágosodás korában lesz meghatározó: a jó élet sokféle módon értelmezhető, a cél a mindenki számára követendő erkölcsi minimum megalapozása.

Immanuel Kant Az erkölcsök metafizikájának alapvetésében (*Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, 1785) a *categoricus imperativus* („Cselekedj úgy, mintha cselekedeted maximájának akaratod révén általános természettörvénnyé kellene válnia”; Kant 1991, 53) leírása után bizonyítani kívánja, hogy létezik-e valóban ilyen *imperativus*, van-e olyan gyakorlati törvény, amelyik teljesen, mindenfajta mozgatórugó nélkül, önmagában is parancsoló jellegű, és hogy e törvény követése valóban kötelesség. Ha van valami, aminek létezése önmagában abszolút értékű, ami *önmagában vett cél*, akkor ebben és csakis ebben lelhetjük fel egy lehetséges *categoricus imperativus*, azaz a gyakorlati törvény alapját – állapítja meg Kant. *Az ember és általában minden eszes lény öncélként létezik*, és nem pusztán eszközként, amely egy másik akarat tetszés szerinti használatára szolgál. A gyakorlati *imperativus* tehát a következő lesz: „Cselekedj úgy, hogy az emberiségre mind saját személyedben, mind bárki máséban mindenkor mint célra, sohasem mint pusztá eszközre legyen szükséged.” (I. m., 62.) A célok birodalmában mindennek vagy ára van, vagy méltósága. Aminek ára van, annak helyébe egyenérték gyanánt másvalamit is állíthatok, ami viszont minden ár fölött áll, ami az öncél létrejöttének egyedüli előfeltétele, annak belső értéke, vagyis méltósága van. Mivel a moralitás az egyedüli feltétel, amelynek megléte egy eszes lényt öncéllá tehet, ennél fogva egyedül az erkölcsiségnek és az emberiségnek – amennyiben erkölcsiségre képes – van méltósága. Friedrich Schiller Kellemről és méltóságról (*Über Anmut und Würde*, 1793) című írása Kant erkölcsfilozófiájának hatását mutatja, bár a szerző bizonyos vonatkozásokban eltér attól. Schiller felfogásában az esztétikai és az etikai szempont szorosán összefonódik: *a moralitás két módját* különbözteti meg, és ezek esztétikai vonatkozásait is hangsúlyozza (Schiller 1960). A kanti morálfilozófia ma is nagy hatást fejt ki az erkölcsről való gondolkodásban. Tágabb értelemben kantiánus koncepciónak tekinthető például Rawls igazságosságelmélete, amely a társadalmi együttélés legfontosabb morális elveit adja, a szerződéselmélet gondolatához visszanyúlva, illetve azt megújítva. Az apeli, habermasi diskurzusetika a kanti univerzalizációs elv interszubjektív átalakítását végzi el.

A Karl-Otto Apel és Jürgen Habermas által képviselt diskurzusetika (a két szerző elmélete bizonyos vonatkozásokban eltér egymástól, koncepciójuk alapjait a hetvenes, nyolcvanas években dolgozták ki) a kanti erkölcsfilozófiához hasonlóan kognitív, formális és univerzális etika, amely azonban egy lényeges ponton eltér a kanti felfogástól: az érvé-

nyes normák nem az egyén által a *categoricus imperativus*nak megfelelően elvégzett általánosításon, hanem az egymást kölcsönösen elismerő feleknek az érvelő vitában kialakított konszenzusán alapulnak. Jürgen Habermas diskurzusetikája a kommunikatív cselekvés elméletén alapul, mivel a gyakorlati diskurzus a kommunikatív cselekvés összefüggéseibe ágyazódik be. A diskurzusetika elmélete tehát feltételezi *A kommunikatív cselekvés elmélete* (*Theorie des kommunikativen Handelns*, 1981) című művében foglaltakat. Habermas szerint az univerzalizáció alapelvének kanti megfogalmazása és a *kantiánus értelmezések problémásak*, mert ezek azt kívánják, hogy *minden cselekvő egymaga végezze el az adott maxima igazolását*, márpedig az ellentmondás egyénileg elvégzett empirikus próbája (tehát annak megvizsgálása, hogy a cselekvési maximánk ellentmondás nélkül általánosítható-e) *nem biztosítja a pártatlan ítéletalkotást*. Az általánosíthatóság eszméjében kifejeződő intuíció azt kívánja meg, hogy az érvényes normának *minden* érintett személy elismerését ki kell érdemelnie, ez pedig csak egy olyan elv által biztosítható, amely minden érintettet arra kényszeríti, hogy az érdekek mérlegelésekor *mindenki más* nézőpontjára helyezkedjen (Habermas 2001, 137–138). Az *univerzalizáció alapelvének* tehát univerzális szerepcserét kell kikényszerítenie. Habermas ezt az elvet ([U]-elv) a következőképpen írja le:

„Minden érvényes norma meg kell, hogy feleljen annak a feltételnek, hogy minden érintett elfogadhassa (és az ismert alternatív szabályozási lehetőségekkel szemben előnyben részesíthesse) azokat a következményeket és mellékhatásokat, amelyek mindenkor általános követéséből – előreláthatólag – *minden* egyes személy érdekeinek kielégítése szempontjából adódnak.” (I. m., 139.)

Habermas az univerzalizációs elvet *transzcendentál-pragmatikai úton* alapozza meg, tehát az érvelés előfeltételeiből vezeti le azt. A szerző az univerzalizáció elve mint a normamegalapozó diskurzusokban alkalmazandó érvelési szabály mellett megfogalmazza a *diskurzusetikai alapelvet* is ([D]-elv), amelyben a diskurzusetika alap gondolata jut kifejezésre. „Egy norma csak akkor tarthat számot érvényességre, ha minden, általa – feltehetően – érintett személy egy gyakorlati vita résztvevőjeként egyetértésre jut (vagy jutna) abban, hogy érvényes.” (Uo.) A Habermas által leírt diskurzusetika feltételezi minden kommunikációra képes személy egyenlőségének és szabadságának elismerését, hiszen minden beszédre és cselekvésre képes személy egyenlő résztvevője lehet a vitának, amelynek során szabadságát semmi sem korlátozhatja (a legjobb érv kényszermentes kényszerén túl).



Az értékcorlátos diskurzusetika

Úgy vélem, hogy az emberi méltóság fogalmának leírása csak egy morálfilozófiai elmélet keretében történhet meg, a korábbi, nagy jelentőségű ilyen jellegű koncepciókat némileg átalakítva, újragondolva, a fogalommal kapcsolatos – ebben az írásban nem tárgyalt – kritikákat is figyelembe véve.²

A kanti etika hátterében ott áll az *emberi személy értéként való elismerése* – erre mutatott rá Heller Ágnes is (Heller 1976) –, az ember értékét a morális autonómiája adja, a *categoricus imperativus* valamenynyi ember öncélként való létezésének figyelembevételét kívánja meg. Ugyanígy Habermasnál az emberi személy értékének elismerése nélkülözhetetlen a diskurzusetikában: a diskurzusok során előfeltételezett normatív elvárás, hogy mindenki szabadon és másokkal egyenlő módon vehet részt a vitában, és a norma elfogadása során minden emberi személy érdekét figyelembe kell venni. Mindkét elmélet tehát végső soron az *emberi személy méltóságának elismerésére* épül, ennek mibenlétét pedig a morális autonómiával magyarázzák a szerzők: az ember erkölcsi törvényhozó, saját maga adja az erkölcsi törvényt magának, ehhez azonban kötve is van (Kantnál), illetve minden kommunikációképes felnőtt ember egyenrangú részese a morálról folytatott vitának (Habermasnál). Ugyanakkor mindkét esetben *problémás az emberi személy fogalma*. Kantnál ez morális képességeket feltételez, Habermasnál pedig a morális normáról folytatott vitában csak kommunikációra (és a morálról vitatkozni) képes felnőtt emberek vehetnek részt: kérdés, hogy az általánosítás során figyelembe veendő emberi személyek fogalmát is így vagy ennél tágabban értelmezzük.

Alláspontom szerint *az emberi méltóság elismerésével az emberi személy önértékéből következő alapvető érdekeit ismerjük el*. Minden emberi személy már pusztán létezésével olyan értéket valósít meg, amely abszolút tiszteletet érdemel: az emberi személynek alapvető érdeke, hogy életének fennmaradásához és kiteljesedéséhez szükséges követelményeket – életét, egyenlő szabadságát és egyedi személyiségét – a többi ember tiszteletben tartsa. Minden ember szabadságából adódóan részese a morálról folytatott vitának, azonban ennek során az összes emberi személy (a kommunikációs képességgel nem rendelkező, racionális morális vita lefolytatására képtelen személyek is ide tartoznak) alapvető érdekeire tekintettel kell lenni. De hogy milyen

² Bizonyos irányzatok és gondolkodók problémásnak tartják az emberi méltóság fogalmát. Erről részletesen lásd: Barcsi 2013, 225–281.

módon értelmezzük az önértékéből következően abszolút tisztelettel bíró emberi személy fogalmát (például hogy az emberi magzat személynek minősül-e vagy sem), illetve, hogy mikortól beszélhetünk morális vitára képes emberi személyről, arról a kommunikációképes, felnőtt emberek folytathatnak normatív vitát az emberi méltóság értelmezése során. Minden racionális morális vitában implicit módon tekintettel kell lenni az emberi méltóságra. Ennek fontosságát explicit módon is hangsúlyozhatjuk mint az érvényes normákról folytatott diskurzust elsődlegesen korlátozó értékelvet.

A morális diskurzusok *elsődleges értékcorlátja az emberi személy méltóságának tisztelete*. Ezt az emberi méltóság tiszteletének elvében foglalhatjuk össze (természetesen más megfogalmazás is elképzelhető, de a tartalmi elemek nem mellőzhetők): *Az emberi személy létezéséből adódóan önértékkel rendelkezik, ebből következően alapvető érdeke, hogy életének „szentségét”, lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét más személyekével egyenlő módon tiszteljék*. Az emberi méltóság elve a racionális normamegalapozó diskurzust korlátozó elsődleges értékelv.

Tekintetbe kell vennünk a morálról folytatott vita során egy *másodlagos értékcorlátot* is. Olyan értékek figyelembevételét követeljük meg, amelyektől egy racionálisan gondolkodó, felelősségteljes ember nem tekinthet el: az emberi civilizáció fennmaradásáról és a természeti értékek megóvásáról van szó. Ezt is kifejezhetjük egy elvben, például így: *Az emberi személyek és közösségek kötelesek figyelembe venni tevékenységük során az emberi civilizáció fennmaradásának és a természeti értékek megóvásának követelményét*. Ahogy az emberi méltóság elvének értelmezéséről, úgy arról is vitát lehet folytatni, hogy milyen követelmények származnak az emberi civilizáció, illetve a természeti értékek megóvásából. Az emberi civilizáció fennmaradása és a természeti értékek pusztításának megfékezése csak együttesen értelmezhető, és az elsődleges értékcorlát miatt egyik követelmény sem elégíthető ki oly módon, hogy az emberi személyek alapvető érdekei sérüljenek (tehát nem hozható olyan intézkedés, amely konkrét emberi személyek méltóságából származó elvárások sérelmével járna). A természetet nem csak emberi érdekek miatt kell védeni, hiszen egyre többen felismerik minden élőlény önértékét, a biotikus közösség „rendszerértékét” (Holmes Rolston III. kifejezésével élve, Rolston 2005). *A természet az ember számára életközösséget jelent*. Az élet minden megvalósulási formájában tiszteletet érdemel. Ez nem azt jelenti, hogy az ember nem használhatja fel a természeti létezőket élete fenntartásához, de ezt az élet csodálatos és titokzatos rendjének, a biotikus közösség és az egyes élő természeti entitások értékének tiszteletben tartásával kell tennie.



Az értékkorlátok bevezetésével feladjuk ugyan azt, hogy az erkölcsi diskurzusok során csak a legjobb érv kényszermentes kényszere érvényesül, de az értékkorlátok olyan alapvető értékek figyelembevételét követelik meg, amelyeket mindenki elfogadhat, aki racionális és felelősségteljes gondolkodásra képes, világnézeti-vallási-filozófiai alapállásától, kulturális hovatartozásától függetlenül (továbbá az elsődleges értékkorlát a morális diskurzusokban eleve előfeltételezett alapvető normatív elvárás explicit, részletező megfogalmazása, amely elkerüli az [U]-elv személyfogalmának ellentmondásait). Nagyon fontos rámutatni, hogy *az értékekhez, nem pedig az értékek egy bizonyos értelmezéséhez vannak kötve* a morális diskurzus résztvevői: mivel ezeket sokféleképpen lehet értelmezni, ezen értékek mibenlétéről – kétség esetén – normatív vitát kell folytatni. Az emberi személy méltósága, az emberi civilizáció, a természeti értékek olyan értékeket jelentenek, amelyekre – bármi is legyen az ember célja – tekintettel kell lennie. Természetesen az alapértékek értékként való leírása, köztük az emberi méltóság alapértékké válása hosszas fejlődési folyamat eredménye. Ezeket nyilván nem „találtuk”, hanem „létrehoztuk”, hiszen egy szellemi fejlődési folyamat (és elismerési „harcok”, amelyek az egyes értékek értelmezéséhez kapcsolódóan folynak tovább) nyomán létrejött konstrukciók.

Az értékkorlátos diskurzusetika alapján azt mondhatjuk, hogy vannak olyan erkölcsi kérdések, amelyekben csak általánosan érvényes normák alapján történhet a cselekvés: az érvényesség kritériuma, hogy mindenki számára nyitott normatív diskurzusokban kialakított konszenzuson alapuljanak a normák. E koncepcióban *az emberi méltóság alapja az emberi személyként létezés mint sajátos, önértékű minőség*. Nem valamilyen képességre alapozzuk az emberi méltóság fogalmát, mert a képességek, beleértve az erkölcsi képességeket, nem állandóak és azonos fokúak minden ember esetében (ez persze nem zárja ki, hogy „általános” emberi képességekként utaljunk rájuk). Az emberi méltóság tiszteletének elve az ember önértékéből fakadó „minimális” követelményeket fogalmazza meg. Az ember létezéséhez kapcsolódó önérték elvehetetlen, eljátszhatatlan és sérthetetlen. Sérelemről csak az önértékből következő alapvető érdekek vonatkozásában beszélhetünk.

Ugyanakkor az emberi méltóság tisztelete elvének – illetve magának az értékkorlátos diskurzusetikának, melynek keretében elhelyeztük ezt az elvet – háttérben is áll valamiféle emberkép. Ha azt állítjuk, hogy racionális morálról csak a diskurzusetika vonatkozásában beszélhetünk, ezzel azt is mondjuk, hogy az ember morális, racionális, kommunikatív lény. Ha azt állítjuk, hogy az emberi személy önértékéből élete szentségének, legkiterjedtebb szabadságának, egyedi személyiségének



tisztelete következik, ezzel azt is mondjuk, hogy az ember szabadságra képes lény, aki sajátos személyiséggel rendelkezik. *Az elv a konkrét emberi személyt részesíti védelemben*, mert az emberi személy már létezésével értéket valósít meg (tehát a létezéshez tapadó önértéken kívül mindenfajta képességtől, emberi jellemzőtől függetlenül megilleti a védelem), de az elv leírásával egyúttal egy minimális emberképet is tételezünk.

Az alapvető érdekek sérelme esetén az emberi személy önértékének fenntartásához vagy kiteljesítéséhez szükséges alapvető feltételek sérülnek. Ezen alapvető feltételek hiánya esetén nem beszélhetünk az emberi személy méltóságának tiszteletéről. Az emberi méltóság tisztelete elvének követelménye megfogalmazható *alapvető kötelezettség* formájában: az embernek alapvető kötelessége egyenlő tiszteletben tartani más emberek életének szentségét, lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét. De *alapvető jogként* is leírhatjuk a méltóságélv követelményét: az emberi személynek joga van ahhoz, hogy másokéval egyenlő tiszteletben tartsák életének szentségét, a lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét. Az emberi jogi elméletek, a nemzetközi egyezmények, a nemzeti alkotmányok ezekre az elvárásokra *emberi jogként* utalnak, mint élethez való jog, szabadsághoz való jog, egyenlőséghez való jog, a személyiség integritásához való jog.

Bioetikai kérdések és az emberi méltóság tiszteletének elve

A bioetikai problémák vizsgálatakor is az emberi méltóság tiszteletének elve lehet a kiindulópont. Az abortusz megengedhetőségével kapcsolatban az a legfőbb kérdés, hogy a méhmagzat esetében beszélhetünk-e emberi méltóságról, tehát személynek tekintjük-e. Az nem vitás, hogy az eutanáziát emberi méltósággal rendelkező individuumon hajtják végre, a kérdés itt az, hogy a nagy szenvedéseket átélő beteg embernek szabadságában áll-e eutanáziát kérni, illetve az eutanázia végrehajtója jogosult-e a beteget halni hagyni (passzív eutanázia) vagy halálba segíteni (aktív eutanázia), különösen, ha a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotban van. A humán biotechnológiai eljárások esetében kérdéses, hogy hivatkozhatunk-e az emberi méltóság tisztelete elvének sérelmére vagy sem. A számos felmerülő probléma részletes vizsgálatára ezen a helyen nincs mód, csupán az önkéntes aktív eutanázia, illetve a halálhoz való viszony, továbbá a tökéletesítő célú humán bio-



technológiai eljárások kapcsán tennék néhány megjegyzést. A következőkben az emberi méltóság elve bizonyos elemeinek *egy lehetséges értelmezését* adom, amely – mint megfontolásra érdemes elméleti adalék – figyelembe vehető a bioetikai tárgyú morális diskurzusokban.

Az emberi méltóság tiszteletének elvéből következő szabadságból adódik, hogy az *emberi személy* a maga *egyéni módján foghatja fel az élet szentségének elvét*, hogy saját válaszokat adhat az étellel és halállal kapcsolatos kérdésekre. Ez *nem lehet ellentétes* azonban az ételszentség elvének olyan értelmezésével, amelyről *morális konszenzus* van: ez áll fenn a *gyilkosság elutasításánál*. Nincs morális konszenzus arról, hogy az abortusz gyilkosság-e, hiszen eltérő nézeteket találhatunk az emberi élet kezdetével kapcsolatban, vitatott, hogy embernek kell-e tekinteni a méhmagzatot. Az államnak ezért semleges álláspontot kell képviselnie a kérdésben, és lehetővé kell tennie az abortuszt (ugyanakkor meg kell tennie mindent az abortuszok számának csökkentése érdekében). Az önvédelemből (illetve jogos védelemből) elkövetett emberölés mellett a halálbüntetést az emberölés megengedett esetének tartják bizonyos nézetek, mondván, itt szó sem lehet gyilkosságról, mivel az állam a törvényes büntető hatalmát gyakorolja ily módon, nyomós okok fennállása esetén. Ez az álláspont azonban nem tartható: halálbüntetés esetén egy, már a létezésével önértéket megvalósító emberi személy életének szándékos kioltásáról van szó, amelynek indoka a megtorlás, az elrettentés: ekkor állami célok érdekében eszközként kezelnek egy emberi lényt, ez összeegyeztethetetlen az élet szentségének elvével, bárhogya is értelmezzük azt. Az önkéntes aktív eutanázia esetében is egy önértéket megvalósító emberi személy életének szándékos kioltása történik. Azonban ekkor egy *nagy szenvedéseket átélő, gyógyíthatatlan ember saját kérése alapján* valósul meg az ölési cselekmény (például egy méreginjekció beadása), amelyet az eutanáziát végző személy *a beteg érdekében* végez el, hogy *mentesítse őt a szenvedésektől*. Vannak olyan etikai álláspontok, melyek szerint viszont az ember soha nem kérheti saját életének szándékos kioltását, nem lehet erre jó indoka (még az elviselhetetlen szenvedés sem az), ezért az önkéntes aktív eutanázia is gyilkosságnak minősül.

Véleményem szerint az öngyilkossághoz és az önkéntes passzív eutanáziához hasonlóan az emberi személy *egyéni etikai felfogásától* függ, hogy el tudja-e fogadni az önkéntes aktív eutanáziát. De amíg az öngyilkosság esetében a személy maga vet véget az életének, az eutanázia végrehajtása *feltételez más személyt is*, ezért *szükségszerűen avatkozik be* ezekben az esetekben *az állam*. Az önkéntes passzív eutanázia esetén a beteg kezelését nem kezdik el, vagy nem folytatják a beteg kérésére: itt az orvos olyan beavatkozást mellőz, amely egyébként kötelessége



lenne, ezért ez csak bizonyos szabályok betartásával mehet végbe (a visszautasító nyilatkozat formai követelményeit, elbírálásának módját stb. jogszabályban kell tisztázni), de konszenzus van arról, hogy a betegnek meg kell adni a lehetőséget, hogy visszautasíthassa az életmentő és -fenntartó kezeléseket. Az önkéntes aktív eutanáziával kapcsolatban az államnak a „semlegesség” álláspontját kellene elfoglalnia: hiszen olyan etikai kérdésről van szó, amelyben nem alakítható ki konszenzus. Kis János az abortusz kapcsán ír az eltérő erkölcsi teher figyelembevételének szükségességéről. Abban egyetérthetünk, hogy akinek a meggyőződése szerint a magzat személy, annak *erkölcsi teher* egy olyan társadalomban élni, ahol az abortusz megengedett, és aki szerint nem személy a magzat, annak erkölcsi teher egy olyan társadalomban élni, ahol az abortusz tilos. De az előbbi esetben a teher csupán *közvetett*: politikai közösségünk másoknak megengedi azt, ami az ő felfogásában bűn, az utóbbi esetben viszont a teher *közvetlen* lehet, amikor a terhes nő számára megtiltják azt, ami az ő felfogásában nem bűn. Mivel a közvetlen teher súlyosabb a közvetett tehernél, adódik a szabályozási mód is (Kis 1997, 262). Az erkölcsi terheket vizsgálva az eutanáziával összefüggésben is azt mondhatjuk, hogy nagyobb (mert közvetlen) az erkölcsi teher azon a személyen, aki nem tartja etikailag problémásnak az önkéntes aktív eutanáziát, de olyan államban kell élnie, ahol ez tiltott, mint azon a személyen, aki olyan államban él, ahol ezt megengedik, pedig az ő felfogása szerint ez elvetendő (ekkor az erkölcsi teher közvetett). Azonban nem teljesen ugyanaz a helyzet, mint az abortuszkérdés tekintetében: itt az utóbbi felfogást valló személy erkölcsi terhe súlyosabb, mintha abortusztól lenne szó. Természetesen fel sem merül, hogy annak, aki elutasítja a művi terhességmegszakítást, bármi köze is lehet ilyen beavatkozáshoz (tehát senkinek sem kell attól tartania, hogy akarata ellenére végezik el rajta az eljárást), míg az eutanáziát elutasító személynek *félelmei lehetnek* azzal kapcsolatban is, hogy *nem élnek-e vissza ezzel a lehetőséggel*. Önkéntes aktív eutanáziát valóban csak olyan államokban lehet bevezetni, ahol olyan egészségügyi intézményrendszer van, hogy a visszaéléseket meg tudják előzni. Ahol ezek a feltételek nem állnak fenn, ott az állam elvonhatja az önkéntes aktív eutanázia lehetőségét ezen feltételek megvalósulásáig.³ Természetesen társadalmi morális

³ Ezt a gondolatot fejtette ki a magyar Alkotmánybíróság is a 1236/B/1993. határozatában (2003-ban): Magyarországon a jelenlegi társadalmi-intézményi-tudományos feltételek mellett nem biztosítható a beteg döntésének befolyásmentessége, ezért az aktív eutanázia alkotmányellenes, de ha a befolyásmentes döntés biztosítható lesz, változhat az alkotmányos megítélés is.



vitát kell folytatni az önkéntes aktív eutanázia megengedhetőségéről, illetve arról, hogy bevezetési feltételei megvannak-e.

Értelmezésben az emberi méltóság tiszteletének elve azt kívánja meg, hogy az emberi személy a „saját” halálát halja: ez a halállal *egyéni felfogásának megfelelő módon és környezetben* való szembenézés lehetőségét jelenti. Ennek elsősorban nem az eutanázia tilalma a gátja: egyértelmű, hogy a nyugati társadalmakra jellemző a halál *tabuvá tétele, medikalizálódása*. Nyugaton a XX. század harmincas éveitől teljesen megváltozott a halállal szembeni attitűd. Korábban a haldoklás családi és baráti körben történt, „társadalmi esemény” volt, ettől az időszaktól kezdve azonban a halál szinte teljesen *klinikai eseményné vált*. A haldoklás és a halál *demetafizikálódott*: egyre inkább egy mindennapi és privát, magányos és néma eseményként, pusztán biológiai tényként jelenik meg a köztudatban. Napjainkban már *alig beszélhetünk a halál kultúrájáról*, a halál „eltüntetésével” jár, hogy az emberek többsége nem tudja értelmezni a haldoklást és a halált, sőt nem is gondol rá, amíg megteheti. A halál bizonyosságának elfojtásával párhuzamosan technicizálódott és medikalizálódott a haldoklás folyamata, az orvosok mindent megtesznek azért, hogy minél tovább életben tartsák a reménytelen állapotú betegeket. Izolált és idegen környezetben végbemenő, technicizált és magányos esemény az esetek többségében a kórházi halál (Ariés 1987, 398–413; Elias 2000; Csejtej 2002, 470–504). Ennek megváltoztatására törekszik, de az aktív eutanázia lehetőségét nem támogatja a *hospice-mozgalom*, amely a halálba kísérés elméletének elfogadásán, illetve a palliatív orvostudomány alkalmazásán alapul: lényege a súlyos szenvedéseket átélő beteg ember számára méltóságának megfelelő ápolást és környezetet biztosítani. Ez megvalósulhat a beteg otthonában, illetve egy kórház külön osztályán vagy egy önálló hospice-intézményben. A halálhoz és a haldoklóhoz való viszony átalakításának fontosságát hangsúlyozza Bitó László *euteliakoncepciója* (*eutelia*: jó vég) is. Ez támogatja az önkéntes aktív eutanázia lehetőségét is, de az eutanázia bevezetésénél többre van szükség (Bitó 2005). Az *eutelia* az életből való elkerülhetetlen kilépésünkhöz a szellemi felkészülést-felkészítést helyezi előtérbe, az eutanáziát egyes esetekben szükségesnek, de amennyire lehetséges, elkerülendőnek tekinti. Az *eutelia* „intézményei” hozzásegítenek ahhoz, hogy nyugodalmasabb legyen életünk utolsó szakasza, és elősegítik, hogy visszaszoruljon az illegális halálba segítség. Bitó úgy véli, hogy nem jó megoldás, ha orvos hajtja végre az eutanáziát (sérülhet a beteg és az orvos közti bizalmi viszony általában), egy *szakértő átsegítőkből álló intézményre* van szükség (ezeket „kristófereknek” nevezi). Az átsegítők feladata lenne a haldokló és környezete felké-



szítése, de adminisztratív és jogi problémák megoldása és bizonyos esetekben az eutanázia végrehajtása is.⁴

Másféle kérdéseket vetnek fel a tökéletesítő (tehát nem terápiás) célú humán biotechnológiai eljárások. Ezekben az esetekben az emberi méltóság tiszteletének elve mögött álló „*minimális*” emberkép (amely az elv leírásához elengedhetetlen) *sérelmének veszélye* áll fenn, hiszen ezek az eljárások veszélyeztethetik azokat az emberi jellemzőket, amelyek meglétét feltételezi az emberi méltóság tiszteletének elve. A „*minimális*” emberkép sérelmének megakadályozása az értékkorlátos diskurzusetikában mint az emberi civilizáció fennmaradásához kapcsolható követelmény jelenik meg. Az ember e „*minimális*” emberkép szerint többek között racionális gondolkodásra és kommunikációra képes, morális lény (képes vitát folytatni a morálról), képes a szabadságra, sérülékeny, örömet és fájdalmat érző lény, és minden ember egyedi személyiséggel bír. Nem juthatunk el oda, hogy olyan emberi lényeket állítsanak elő, akikkel kapcsolatban ezen jellemzők valamelyike már értelmezhetetlen lenne (természetesen nem minden esetben vannak jelen ma sem ezek a képességek egy emberi személyben, például valamilyen fogyatékosság miatt, de attól még általános emberi képességeknek tekinthetők, míg a vizsgált eljárások vonatkozásában pont ezen képességeknek általános emberi képességként való eltűnéséről vagy átalakulásáról van szó különböző mesterséges beavatkozások következményeképpen). Fukuyama bizonyos szempontból hasonló álláspontot fejt ki: véleménye szerint az emberi méltóság „*absztrakt*” fogalmát az „*emberi természetre*” kell alapoznunk. Ez alatt az értelem, a morális választás, a nyelv, a szociabilitás, az érzések, az érzelmek, a tudat és más hasonló, ember voltunk vonatkozásában elengedhetetlennek tételezett minőségek emberi egészként érvényre jutó összjátékát érti. Ezek a minőségek egységet alkotnak és feltételezik egymást, egyik sem létezhet a másik nélkül. Csak olyan biotechnológiai beavatkozások engedélyezhetők, amelyek nem sértik az emberi természet ilyen módon meghatározott fogalmát. (Fukuyama 2003, 145–176). A *sérülékenység csökkentésének problémája* a tökéletesítő célú génszűrészi beavatkozásokkal kapcsolatban merül fel. Az emberi sérülékenység csökkentése az emberi kultúra alapvető jellemzője, de ezt nem lehet oly módon megvalósítani, hogy alapvető emberi jellemzők módosulásához, a szabadság megélési lehetőségének beszűküléséhez vezessen. Regina

⁴ Az *eutelia* legfőbb célja a kulturálisan belénk plántált halálfélelem feloldása. Az *euteliás* rítusok közül megemlítendő az „*utolsó vacsora*” rítusa: ekkor a haldokló (ha lehetőség van rá) maga köré gyűjti a szeretteit egy búcsúszertartás keretében, ez az elengedés elősegítése miatt fontos Bitó szerint (Bitó 2005).



Ammicht-Quinn utal rá, hogy a szenvedés csökkentésének legitim igénye és a szenvedés mindenáron történő elkerülése közötti választóvonal nagyon keskeny. Az optimalizált ember már nem is ember lesz, hanem egyfajta gép, hiszen fontos emberi jellemzőknek lesz híján. Ezért rá kell mutatni, hogy a *sebezhetőség* egy magas emberi minőség, a gépek elromlanak, de sohasem szenvednek, a méltóság akár sebezhetőségként is értelmezhető az ember esetében – véli a szerző (Ammicht-Quinn 2003, 42).⁵ Ezzel elutasítjuk a Huxley-féle „szép új világ”-hoz (Huxley 2003) hasonló társadalmi berendezkedéseket. Huxley az ötvenes évek végén tanulmányt publikált *Visszatérés a szép új világhoz* (*Brave New World Revisited*, Huxley 2008) címmel, amelyben a korábbi, 1932-ben megjelent, híressé vált könyvében felvázolt jövőképet veti össze az akkori társadalmi viszonyokkal, és úgy találja, hogy számos jóslata megvalósulni látszik. Bár Huxley disztópiájában nem csak biotechnológiai eljárásokat alkalmaznak a mesterséges „boldogság” rendjének fenntartása érdekében, a jövőben ezek a technikák is elvezethetnek az ember radikális átalakításához, ezért elengedhetetlen, hogy folyamatosan morális vitákat folytassunk az új humán biotechnológiai eljárások megengedhetőségéről. Ezekhez, csakúgy, mint a többi bioetikai kérdés vizsgálatához is, kiindulópontként szolgálhat az emberi méltóság tisztetetének elve.

Irodalom

- Adamik Tamás 2005: Az emberi méltóság fogalma Cicerónál. *PoLíSz*, 80., 2004. december–2005. január, 14–18.
- Ammicht-Quinn, Regina 2003: Whose Dignity is Inviolable? Human Beings, Machines and the Discourse of Dignity. In: *The Discourse of Human Dignity. Concilium*, 2003/2. (London, SCM Press), 35–45.
- Ariés, Philippe 1987: *Gyermek, család, halál* (ford. Csákó Mihály, Szapor Judit). Budapest, Gondolat.
- Barcsi Tamás 2013: *Az emberi méltóság filozófiája*. Budapest, Typotex.
- Biblia* 1996. Budapest, Szent István Társulat.
- Bitó László 2005: *Boldogabb élet – jó halál. Eutelia – eutanázia*. Budapest, Athenaeum 2000.
- Cancik, Hubert 2002: „Dignity of Man” and „Persona” in Stoic Anthropology: Some Remarks on Cicero, *De Officiis* I. 105–107. In Kretzmer, David – Klein, Eckart

⁵ Fukuyama is megfogalmazza, hogy a legcsodálatosabbnak vélt emberi minőségek gyakran azzal állnak kapcsolatban, hogy milyen magatartást tanúsítunk a fájdalommal, a szenvedéssel és a halállal szemben. Mindezek nélkül nem létezne rokonszenv, együttérzés, bátorság, hősiesség, szolidaritás (Fukuyama 2003, 233–234).



- (szerk.): *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse*. Hága, Kluwer Law International. 19–39.
- Cicero, Marcus Tullius 1987: A kötelességekről (ford. Havas László). In: *Cicero válogatott művei* (vál. Havas László). Budapest, Európa. 289–345.
- Cicero, Marcus Tullius 2014: *De officiis I*. <http://www.thelatinlibrary.com/cicero/off1.shtml#105>, utolsó letöltés: 2014. szeptember 1.
- Csejtei Dezső 2002: *Filozófiai metszetek a halálról*. Budapest, Pallas Stúdió – Attraktor.
- Dante, Alighieri 1965: Vendégség (ford. Csorba Győző, Szabó Mihály). In: *Dante Alighieri összes művei* (szerk. Kardos Tibor). Budapest, Magyar Helikon. 155–346.
- Elias, Norbert 2000: *A haldoklók magányossága* (ford. Glavina Zsuzsa). Budapest, Helikon.
- Fukuyama, Francis 2003: *Poszthumán jövődönk* (ford. Tomori Gábor). Budapest, Európa.
- Habermas, Jürgen 2001: Feljegyzések a diskurzusetika megalapozásának programjához (ford. Felkai Gábor). In uő: *A kommunikatív etika* (szerk. Felkai Gábor). Budapest, Új Mandátum. 122–168.
- Heller Ágnes 1976: Kant etikái. In uő: *Portrévázlatok az etika történetéből*. Budapest, Gondolat. 212–288.
- Huxley, Aldous 2003: *Szép új világ* (ford. Szentmihályi Szabó Péter). Budapest, Konkrét Könyvek.
- Huxley, Aldous 2008: *Visszatérés a szép új világhoz* (ford. Szűr-Szabó Katalin). Budapest, Cartaphilus.
- Kant, Immanuel 1991: Az erkölcsök metafizikájának alapvetése (ford. Berényi Gábor). In uő: *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. A gyakorlati ész kritikája. Az erkölcsök metafizikája*. Budapest, Gondolat. 13–101.
- Kis János 1997: *Az állam semlegessége*. Budapest, Atlantisz.
- Kolnai, Aurel 1995: Dignity. In Dillon, Robin S. (szerk.): *Dignity, Character and Self-Respect*. New York – London, Routledge. 53–75.
- Mirandola, Giovanni Pico della 1984: Az ember méltóságáról (ford. Kardos Tiborné). In Vajda Mihály (szerk.): *Reneszánsz etikai antológia*. Budapest, Gondolat. 212–244.
- Rolston, Holmes III. 2005: A környezeti etika időszerű kérdései (ford. Csipes Zoltán, Scheiring Gábor). In Lányi András – Jávor Benedek (szerk.): *Környezet és etika. Szöveggyűjtemény*. Budapest, L'Harmattan. 85–111.
- Schiller, Friedrich 1960: Kellemről és méltóságról (ford. Székely Andorné). In: *Schiller válogatott esztétikai írásai* (vál. Vajda György Mihály). Budapest, Magyar Helikon. 107–166.



Ápolók beszélgetése 1941-ben © Mészöly Eleonóra/Fortepan

Nemes László

Narratív medicina és bioetika

Bevezetés

„Délután kisüt a nap. Valami olyan jóleső, békés nyugalom fog el. Keresem az okát. Mi lehet az? Talán mert nem kell dolgoznom, ürgyem van henyélni? Nem, ez túlságosan felületes magyarázat. Valami van a hangulatomban, amit soha nem éreztem. Először élvezem a *teljes felelőtlenség* boldogító állapotát. Hogy magyarázzam a normális, rendes embereknek? Értsétek meg, az ilyen görcsös lélek, amilyen az enyém, állandóan és szüntelenül abban a feszültségben szorong, amibe ti, boldogok, csak egyszer-kétszer kerültök egy élet folyamán: az élet minden pillanatában kénytelen vagyok az *egész életemre* gondolni. Nekem minden percem olyan, mint nektek, ha a hatodik emeletről zuhantok alá, vagy elkaptott a forgósél – ostoba érzékenység, hogy lehetne kigyógyulni belőle?”

e mondatok Karinthy Frigyes *Utazás a koponyám körül* című könyvéből származnak, a saját betegségtörténetek elbeszélésének irodalmi klasszikusából (Karinthy 1987, 76). A gyilkos kórral diagnosztizált, azzal küszködő ember szavai ezek a *többiekhez*. Egyszerre fejezi ki a helyzet felfoghatatlanságát és mások számára való kifejezhetetlenségét, illetve azt az elementáris igényt, hogy valahogy mégis értelmezhetővé váljon a betegség uralta emberi létállapot. A beteg ember világa a többi embertől, az egészségesektől elzárt világ, sajátos törvényszerűségekkkel, bizonyosságokkal és kétségekkel.

Kérdés, hogy érdekel-e bárkit is a beteg belső, tapasztalati világa. Mert mit is akar valójában a beteg? Meggyógyulni. Ehhez elsősorban pontos diagnózisra, gyógyszerekre, műtétekre van szüksége. Ahhoz, hogy



meggyógyuljon, talán felesleges, netán hátráltató lehet elmélyedni érzéseinek és gondolatainak kusza szövedékében. A felfogás, miszerint a testi tünetek, problémák, betegségek megszüntetése, valamint az élet megmentése olyan célok, amelyek bármiféle eszközt szentesítenek, az elmúlt évtizedekben újra megkérdőjeleződött. A betegség és mulandóság nem kizárólag biológiai jelenségek, hanem az ember teljes *személyét*, ezzel együtt környezetét is érintő kritikus kihívások.

„Being *somebody* is not just a matter of being some *body*” – vallja Grant Gillett új-zélandi orvos és bioetikus (Gillett 2008, 1). A ma uralkodó orvosi szemlélet és az arra épülő intézményrendszer túl gyakran feledkezik meg arról, hogy az emberek betegségeikben mint emberi személyek érintettek, nem csupán testi mivoltukban. Az emberek/pácienstek egyre gyakrabban fejezik ki azt az igényüket, hogy az egészségügyi intézményrendszer vegye figyelembe, hogy betegségük bár sebezhetővé teszi őket és megváltoztathatja prioritásaikat, mégsem csak kezelésre váró biológiai organizmusok. Ahogy hétköznapi erkölcsi meggyőződéseinkben is leértékelőnek, sőt sértőnek számít, ha csak testnek (például szexuális tárgynak) tekintünk egy másik emberi lényt, úgy az orvoslás etikájában is kulcskérdés, hogy a beteg ember továbbra is megőrizze testi meghatározottságán túlmutató emberi méltóságát.

Írásomban egy olyan, újabban a figyelem középpontjába kerülő etikai megközelítést mutatok be, amelynek középpontjában az a kérdés áll, hogy klinikai vonatkozásban miként őrizhető meg, illetve állítható vissza a beteg ember személyi státusza, teljes emberi lényként való elismertsége. Ennek egyik lehetséges kulcsa az egyéni történetek szerepének előtérbe állítása. Az embert a történetei teszik személlyé, ezek a történetek határozzák meg identitását. Két ember közötti etikai viszonyulás alapja a másik történeteire való nyitottság. E felfogásnak ma már számos híve, sőt neve is van: *narratív medicina*.

A narratív medicina kibontakozása

A szokásos történeti áttekintések szerint a narratív medicina kifejezés 2000-ben jelent meg nyomtatásban először Rita Charon amerikai belgyógyász egyik cikkében, aki néhány évvel később önálló könyvet is publikált ezzel a címmel (Charon 2006). A mögöttes elgondolás azonban korábbi történeti előzményekre nyúlik vissza, amennyiben a kilencvenes évektől egyre több klinikai etikus fordult az akkoriban a filozófiában és pszichológiában megfogalmazott olyan feltevések felé, amelyek szerint az egyéni történetek lényegi szerepet játszanak a sajátosan emberi

létállapot meghatározásában, a személyi identitás alakulásában és a személyek közötti etikai viszonyban.¹ A narratív medicina eszméje az emberi *személy* narratív identitásáról a filozófiában és pszichológiában kidolgozott koncepcióknak, valamint a narratív etika megközelítésének a klinikai etikán belül való érvényesítésére tett kísérletként fogható fel.

A narratív medicina az elmúlt években jól érzékelhető módon került egyre inkább a figyelem középpontjába. Bár továbbra is egyfajta „alternatív” felfogásként értelmezhető, olyan szerzők révén, mint például (az említett) Rita Charon, Arthur Kleinman, Brian Hurwitz, Tod Chambers, Arthur W. Frank, Kathryn Montgomery, Jerry Vannatta, Bradley Lewis, Richard M. Zaner vagy Helmut Dubiel, számottevő területté, ténylegesen a klinikai bioetika talán legígéretesebb újabb fejleményévé vált, amely köré egyes országokban ma már önálló oktatási programokat is szerveznek.

A narratív medicina egyszerre jelent határozott (belső) kritikát a klinikai orvosi praxis és az orvos-beteg kapcsolat megszokott gyakorlatával, illetve a mai bioetika főáramának elméleti elköteleződéseivel szemben. A narratív medicina eszméje azonban mégsem elsősorban kritikai indítatású. Sokkal fontosabb, hogy konstruktív alternatívát fogalmaz meg, egyúttal világos útmutatást az orvostudomány átalakítására, az orvos-beteg kapcsolat humánusabbá tételére és az egészségügyi dolgozók szakmai reflexiójára vonatkozóan.

Ami a megfogalmazott kritikákat illeti, alapvetően *két* pontot kell hangsúlyoznunk. Az egyik, hogy az orvosi gyakorlatnak fel kell ismernie, hogy nem általánosításokkal, statisztikai adatokkal, hanem egyedi esetekkel kerül kapcsolatba. A beteg minden esetben *különleges*. Ez a belátás sajátos feszültséget idéz elő az orvostudomány ma elterjedt megközelítéseivel, lévén az hatékonysága „bizonyítékait” elsősorban tudományos módszerekkel szerzett *statisztikai* adatokra alapozza. A nagy számokra való hivatkozás gátját képezi az egyéni páciensek sajátos helyzetére való odafigyelésnek. Ahogy Eric J. Cassell amerikai belgyógyász és etikus fogalmaz: „[A] tudomány nem egyénekkel foglalkozik, módszerei csak általánosításokra alkalmasak. Az orvoslásnak egyénekkel kell foglalkoznia, punctum.” (Cassell 2004, 17.)

A narratív medicinával kapcsolatban gyakran utalnak a nevezetes *Flexner-jelentés* káros hatásaira. Abraham Flexner 1910-ben készítette el az orvostudomány akkori amerikai állapotára vonatkozó beszámolóját

¹ John Arras már a kilencvenes években felfigyelt a narratív és a történetmesélés iránti érdeklődés élénkülésére a bioetikában (Arras 1997).



és fogalmazott meg ajánlásokat annak átalakítására. Flexner jelentős szerepet játszott az orvoslás tudományosításának folyamatában, annak pozitív és negatív hatásaival együtt. Bradley E. Lewis a következő szavakkal írja le a jelentés következményeit:

„A beszámoló készítésekor Flexner az orvoslás valódi célját leszűkítve »a betegség elleni harc megvívására tett kísérletként« határozta meg azt. Érvelése szerint a patológia, a terapeutika és a medicina jövője azokon múlik, akik képzetek a természettudomány módszereit illetően. A klinikusoknak röviden »a biológia alapvető igazságaival áthatottnak« kell lenniük. Mint Flexner vallja: »Az emberi test az állatvilághoz tartozik...« [...] Flexner számára az emberek és állatok között tett analógia azt jelentette, hogy minden orvosképzés központi tartalmát a biológiai tudományoknak kell biztosítaniuk.” (Lewis 2011b, 10.)

Az orvoslásnak mindenképpen előnyére válik, ha tudományos bizonyítékokra támaszkodik, mondjuk, tudományosan megalapozatlan vagy kifejezetten áltudományos elképzelések helyett. Ez a szembeállítás azonban figyelmen kívül hagy további lényeges szempontokat. A természettudományi megközelítés dominanciája azzal a következménnyel is jár, hogy a humán szempontok kiszorulnak az orvosképzésből, ezen keresztül az orvosi szemléletből, a gyógyítás gyakorlatából. Az elmúlt évtizedekben éppen ezért Flexner belátásait számos kritika érte. Lewis így folytatja:

„Intézményes sikere ellenére azonban egyre több orvos és tudós ébredt rá fokozatosan, hogy Flexner radikális felfogása az orvoslásról – szinte kizárólag a testre, biológiára és természettudományokra irányuló érdeklődésével – alapvetően elhibázott. Az emberek nem ugyanolyanok, mint az állatok. Testükön, szerveiken és szöveteiken kívül értelmközpontú életet élnek, valamint bonyolult érzelmi és történeti viszonyuk van testükhöz. Flexner víziója az orvosképzésről olyan orvosok képzéséhez vezetett, akik az orvoslás állati részét, a biológiai változókat és a biológiai beavatkozásokat illetően gazdagon árnyalt tudással rendelkeznek, ám túl gyakran vesztik el a kapcsolatot az egészségügy és a klinikai találkozás emberi aspektusaival.” (I. m., 10–11.)

Az általánosító tendencia nemcsak a tudományos orvoslásban jelentkezik, hanem az azzal szoros összefüggésben kialakult bioetikában is. A modern bioetikát nagyban meghatározzák bizonyos általános etikai

alapelvek, illetve az ezekre épülő jogi nyelvezet. A bioetika általános elméleti keretei között az egyéni szempontok ritkán kerülnek elő. Sok bioetikus fontos ügyének tartja például a nők választási jogának biztosítását arra, hogy döntést hozzanak arról, hogy meg akarják-e szülni az esetleges nem kívánt terhességükből származó gyermeküket, vagy hogy egy kompetens, gyógyíthatatlan beteg visszautasíthasson akár életmentő-életfenntartó kezeléseket is. Ezek fontos, de leginkább általános szempontok. Az, hogy egy nőnek *joga* van az abortuszhoz vagy egy betegnek a kezelés visszautasításához, csak egy *lehetőség*. Ebből azonban arra nézve, hogy ténylegesen mit tegyen, milyen döntést hozzon az egyedi helyzetben, még nem kap érdemi eligazítást. Egy súlyos áttéket mutató rákbetegnek ma joga van visszautasítani a palliatív kemoterápiát, egy várandós, egyedülálló ifjú egyetemista nőnek pedig arra, hogy az abortuszt válassza. Bizonyára lesznek közöttük, akik élnek a társadalom által biztosított jogaikkal, mások azonban más döntést hoznak. Ami itt fontos, hogy a jogok biztosítása általános megfontolásokon alapul, míg az egyéni döntések az egyedi helyzet és az egyén személyes megfontolásaiból, szándékaiból, értékrendjéből, lehetőségeiből fakadnak. Az etikai szempontok nem merülnek ki a jogi lehetőségek biztosításában, ténylegesen valójában inkább akkor kerülnek elő a maguk teljességében, amikor a rendelkezésre álló döntési lehetőség tudatában kell egy életre szóló döntést meghozni. Az igazi etika mindig ott kezdődik, nem ott végződik, ahol jogokat kapunk a döntésre.

A másik, ezzel összefüggő kritikai szempont az ember *személyként* való kezelésének gyakori háttérbe szorulására vonatkozik. Az emberek identitásában és erkölcsi státuszában az a szempont, hogy *személyként* fogják fel magukat, és elvárják másoktól is, hogy így tekintsenek rájuk, meghatározó jelentőségű. A másik ember *személyként* való felfogása akkor sérül, ha például pusztán testi mivoltában fogjuk fel, biológiai organizmusként viszonyulunk hozzá. Ennek veszélye az orvoslás vonatkozásában különösen élesen merül fel. Ma gyakran halljuk azt a panaszt, hogy jóllehet az orvosok a tudományos ismeretek terén jól felkészültek, technológiai lehetőségeik elvileg a legmagasabb szinten állnak, a betegekkel való közvetlen bánásmódot illetően napi munkájuk mégis kívánnivalót hagy maga után. Sokszor úgy gondolunk erre a helyzetre, mint ami esetleges, az anyagi források növelésével, valamint a tudományos tudás és technológia fejlődésével, illetve a tudományos ismeretek terjesztése révén automatikusan kezelhető. Érthető, hogy ma időnként elégedetlenek a betegek az egészségügyi ellátással, ennek az áldatlan helyzetnek az orvoslására nem kell egyebet tennünk, mint még több pénzt fordítani a diagnosztikai eljárások és a gyógyítás technikai feltételeinek fejlesztésére.



Ez azonban tévedés. A betegek problémáinak jelentős része nemhogy nem oldható meg a technikai fejlesztések előmozdításával, éppen ellenkezőleg, pont abból fakad, hogy az orvoslás mára túlságosan is személytelenné, tudományossá, gépiessé, bürokratikussá és üzleti jellegűvé vált, miközben az emberi tényező a gyógyító munka során a háttérbe szorult. Havi Carel, halálos betegséggel diagnosztizált angol filozófusnő saját tapasztalatait a következőképpen foglalja össze: „Az elmúlt két évben napi kapcsolatban voltam más angol és egyéb nyugati országokból származó páciensekkel. A panasz, ami szinte univerzálisnak tűnik ebben az összefüggésben, ez: miért nem kezelnek személyként?” (Carel 2008, 44.) A mai egészségügyi rendszer egyre gyakrabban felismert hiányossága az emberi személy eltűnése a gyógyítási folyamatból. A test és a testi folyamatok kerülnek előtérbe, ami önmagában is etikai probléma. Csejtei Dezső szavaival: „A kórház az az ipari üzem, melyben az ember úgy adja le a testét javításra, akár az autójavítóba a lerobbant kocsit: a tulajdonosnak egyikbe sincs beleszólása.” (Csejtei 2002, 86.)

Újabban sokat hallunk az úgynevezett „személyre szabott orvoslás” fontosságáról, ez azonban, ha jól figyelünk, inkább az egyedi humán organizmusra alkalmazott biológiai megközelítést fedi le, nem pedig a *személy* sajátos szempontjainak tényleges figyelembevételét.² A beteg egyedi helyzetének szem előtt tartása nem merülhet ki abban, hogy testének, genetikai hajlamainak sajátosságait, a gyógyszerelésben vagy más terápiákban megnyilvánuló egyéni igényeit figyelembe vesszük. Az orvosi terápia egyénre szabása kétségtől nagy áttörés lehet az orvoslásban, azonban önmagában nem elégíti ki a komplex egészségügyi ellátással szemben megfogalmazott igényeket.

A narratív medicina eszméje erre igyekszik megoldást kínálni. A betegek saját betegségüket egy hosszabb és jelentéssel áthatott történet részeként értelmezik, míg az orvos csak rövid ideig találkozik a beteggel, és főleg a testi folyamatokra összpontosít, azokra is elsősorban statisztikai megfontolások keretében. A beteg perspektívája, illetve igényei és az orvosi szemlélet között diszkrépancia áll fenn. Egy teljesebb, a beteg személyi státuszát figyelembe vevő etika sokat profitálhat abból, ha az

² „A személyre szabott orvoslás, amely Észak-Amerikából indult, az egész orvoslásban szemléletváltást jelent. [...] A lényege, hogy a különböző molekuláris biológiai vizsgálatok segítségével az egyének génállománya és a rájuk ható környezeti tényezők feltérképezésével mutatható ki, hogy kinek melyik gyógyszer a legbiztonságosabb és leghatékonyabb.” (<http://napidoktor.hu/blog/korkep/belgyogyaszat/szemelyre-szabott-orvoslas/>, utolsó letöltés: 2015. június 10.)

orvosok a beteg narratív identitására is hangsúlyt fektetnek. Amikor egy emberre mint történetek alanyára, hordozójára és mesélőjére tekintek, mást látok benne, mint amikor fizikai-biológiai entitásként értelmezem, vagy absztrakt döntéshozatali mechanizmusok alanyaként fogom fel.

A bioetikát eredetileg olyan emberek kezdeményezték, akik komolyan hittek abban, hogy a szellemtudományi megközelítéseket és a humanista értékeket az orvoslás mindinkább tudományos érdeklődésűvé váló világában is érvényesíteni kell és lehet. Ahogy azonban a bioetika egyre önállóbb akadémiai kutatóterületté vált, a bioetikusok ilyen irányú ambíciói is a háttérbe szorultak. A bioetika ugyan nem vesztette el teljesen az érdeklődését a klinikai orvoslás humánusabbá tételének lehetőségei iránt, a tudományos kutatások és a biotechnológia áttöréseire való koncentrációja révén maga is erősítette az orvoslás tudományos-technológiai vállalkozásként való reprezentációját (Nemes 2014). A narratív medicina egyik fő célja az orvoslással kapcsolatos etikai megfontolások visszavezetése a klinikai praxis mindennapjaihoz, abból a célból, hogy a sajátosan humanisztikus szempontok hatékonyan egészíthessék ki a tudományos-technológiai gyógyítás szemléletét.

A narratív medicina felfogása mára az egészségügy nagyon sok területén megjelent. A *pszichológiában*, a mentális problémákkal élő emberek sajátos helyzetének feltárásában a narratív megközelítésnek hosszú hagyománya van, amire sokan újra felhívják a figyelmet. A *narratív pszichiátria* újabban ehhez a gyakorlathoz igyekszik a pszichiátriát érő mai bírálatok orvoslásával csatlakozni (Carrey 2007; Lewis 2011a; Thomas 2014). A klinikai *neurológia* narratív megközelítésének vonatkozásában feltétlenül meg kell említenünk Oliver Sacks nevét. Sacks (aki Karinthy könyvének angol kiadásához előszót írt) nálunk is jól ismert írásaival önálló műfajt teremtett (Mergenthaler 2000). Az általa bemutatott esetek kiválóan példázzák a narratív medicina megközelítését és hatását: az egyes orvosi esetek összetettebb értelmezését, az egyéni történet bemutatását, ezáltal a medikalizáció hatásának csökkentését, az emberi méltóság növelését és a társadalmi stigmák feloldását. E leírásokból lassan, de biztosan bontakozik ki a másik ember világa és személye.

A narratív medicina erőteljes megjelenését tapasztaljuk olyan területeken is, mint a fogyatékossgal élő (Garden 2010), progresszív leépüléssel szembenézõ emberek (Carel 2008), illetve a daganatos vagy haldokló betegek élethelyzete és orvosi ellátása. Az élet végével való szembesülés különösen élesen veti fel a narratív értelmezés igényét. A halál közeledte kényszerítõ erõvel hat az emberekre azt illetõen, hogy gondolják át életük egészét, abban találjanak valami *értelmet*, koherens értelmezési lehetõséget (Jones 2012). Nem véletlen, hogy a narratív medicina egyik legerõsebb területe éppen a halálos diagnózist kapó vagy már haldokló



emberek gondozásában, a palliatív kezelés vagy *hospice* vonatkozásában jelenik meg³ (Wittenberg-Lyles 2006; Stanley–Hurst 2011).

Fontos azonban felismernünk, hogy a narratív medicina nem csak drámai helyzetekben érvényesül. A narratív medicina egyik legfontosabb üzenete éppen az, hogy az etikai viszonyulásnak életünk minden egyes apró rezdülésében helye van. A bioetika gyakran nagy etikai dilemmákra, élet-halál kérdésekre vagy más értelemben kritikus döntésekre összpontosít, ami könnyen azt sugallja, hogy etikai viszony csak viszonylag ritkán alakul ki az orvosok és az egészségügy többi szereplőjének munkájában. A narratív medicina ezt a gyakorlatot is korrigálni igyekszik (Nemes 2014).

Bár itt főleg az etikai szempontokra figyelünk, fontos figyelembe venni, hogy a narratív medicina nem korlátozódik azokra. A narratív medicina magába foglal *episztemológiai* aspektusokat is (Meza–Passerman 2011; Schleifer–Vannatta 2013; Vannatta–Vannatta 2013). Sokan felhívták a figyelmet arra, hogy a diagnózisalkotás, valamint a terápia megtervezésének és kivitelezésének folyamatában fontos a betegek saját narratív beszámolójának helyes értelmezése. A jó orvos odafigyel arra, amit a beteg mond, vagy amit éppen elhallgat, az erre való érzékenység az orvos gyakorlati szakmai tudásának részét képezi. A *phronészisz* arisztotelészi felfogása a gyakorlati tudás, döntéshozatali képesség és bölcsesség alkalmazásáról az orvosi gyakorlatban is hasznos irányelvül szolgálhat (Hunter 1996; Schultz–Flasher 2011). Az orvos a hétköznapi gyakorlata során nem mindig támaszkodhat az általa elsajátított formális tudományos ismeretekre, a gyógyító tevékenység bonyolult kontextusban zajlik, és kifinomult készségek szükségesek hozzá.

Narratív identitás, narratív etika

Jerome Bruner amerikai kognitív pszichológus egy nevezetes tanulmányában amellet érvelt, hogy a gondolkodásnak, annak, ahogy a világ dolgait felfogjuk és értelmezzük, két alapvető formája különül el:

„[A]z értelem működésének kétféle formája létezik – ez a gondolkodás két válfaja, amelyek más-más módon rendezik el a tapasztalatokat, konstruálják a valóságot. A kettő (legyenek akár egymás kiegészítései) egymásra visszavezethetetlen.” (Bruner 2005, 19.)

³ „A haldoklás, mint sok történet, saját megfelelő végét keresi; történet arról, hogyan találhat jó véget a történetnek.” (Frank 2004, 132.)

Bruner a gondolkodás e két formáját a következőképpen írja le:

„Az egyik, a paradigmaticus vagy logikai-tudományos mód a leírás és magyarázat formális, matematikai rendszerének ideálját próbálja kielégíteni. Kategorizációval és elvont fogalmakkal él, s olyan műveleteket alkalmaz, amelyek által a kategóriák egy rendszert alkotva megalapozzák, példázzák, idealizálják, s viszonyokba szervezik egymást. Kötőelemei a formákat illetően olyan fogalmakat ölelnek fel, mint a konjunkció és diszjunkció, fölé- és alárendelés, a szigorú implikáció, s olyan eszközöket, amelyek révén általános kijelentéseket vonunk ki sajátos kontextusban megfogalmazott állításokból. [...] A narratív mód invenciózus alkalmazása ezzel szemben jó történetekhez, felkavaró drámákhoz, hihető (bár nem feltétlenül »igaz«) történeti beszámolókhöz vezet. Emberi szándékokkal és cselekedetekkel, azok viszontagságaival és fordulataival, illetve következményeivel foglalkozik. Igyekszik időtlen csodáit átalakítani a tapasztalatok sajátosságivá, s az élményeket időben és térben elhelyezni.” (Bruner 2005, 20.)

Mindkét megismerési mód arra törekszik, hogy összefüggéseket állapítson meg, ezáltal koherens egészként értelmezze a tapasztalatokat. A „logikai-tudományos” gondolkodás másként teszi ezt, mint a „narratív”. Másként néz ki egy tudományos elmélet koherenciája, mint mondjuk, egy regényé. A személyes azonosság kérdését illetően hasonló a helyzet. A kérdés a következő: amikor kialakítjuk saját identitásunkat, magyarázatot adunk a velünk történő események sorozatára, gondolatainkra, értékrendünkre és cselekedeteinkre, inkább úgy járunk el, mint egy *tudós*, vagy úgy, ahogy egy *regényíró*? Bruner elmélete azt sugallja, hogy mindkét megközelítésnek megvan a maga helye és illetékessége. Ugyanakkor azt is megállapítja, hogy a narratív identitás megközelítése nem kapja meg a megfelelő figyelmet, és fontos lenne nagyobb hangsúlyt fektetni rá.

A történetek erősebben maradnak meg emlékezetünkben, mint az elméleti megfontolások. Ez éppúgy hatással van a közösségi identításra, mint az egyéni önmeghatározásra. A közösségi világnézeti elköteleződések és a csoportos összetartozás mintázatai tipikusan inkább kötődnek legendás történeti alakok köré szőtt elbeszélésekhez, mint tiszta eszmékhez. Szókratész, Jézus, Mátyás király, Kossuth vagy Gandhi olyan karakterek, akik nem elsősorban a tanaikkal, hanem a körjük szövődött legendák révén épülnek be identitásunkba. Hasonlóak a közösség életében meghatározó szerepet játszó *események* is. Az egyéni életünkben, személyes azonosságunk megalkotásában is az efféle történetek játszószák a főszerepet. Amikor arra kérnek minket, hogy határozzuk meg



önmagunkat, gyakran nem elméleti álláspontokra, hanem életünk alakulásában meghatározó szerepet játszó eseményekre, azok narratív rekonstrukciójára hivatkozunk. *Ez és ez történt velem, ezek és ezek* az események alakították azt, aki ma vagyok. Vagy még inkább: ezeknek a történeteknek a halmaza képezi azt, ami aktuálisan *vagyok*. Ha azt kérdezik, miféle emberek vagyunk, hogy jutottunk oda, ahol tartunk, milyen értékrendünk van, mik a terveink, leggyakrabban történeteket mesélünk magunkról. Családi események, iskolák, munkahelyek, költözések mellett az esetleges balesetek vagy betegségek is döntő tényezők ezekben a történetekben. Életünk eseményei nem önmagukban jelennek meg ezekben a történetekben, hanem interpretált formában, összefüggő, értelemmel ellátott narratív struktúrában.

A személy mivolt és a személyes azonosság kérdései a bioetikában központi szerepet kapnak. Egyrészt az ún. „marginális” esetek vonatkozásában, például amikor a kérdés úgy merül fel, hogy személynek tekinthető-e egy magzat vagy egy újszülött, egy súlyos pszichiátriai vagy neurológiai problémával (például előrehaladott Alzheimer-kór) élő ember vagy egy komplexebb kognitív képességekkel rendelkező állat (például kutya vagy csimpánz). A személyt egyes etikai elméletek sajátos erkölcsi státusszal ruházzák fel. A személyekkel szemben olyan erkölcsi és jogi köteleességeink vannak, amelyek a nem személyekkel nem állnak fenn. Ezért nagyon fontos eldönteni, hogy egy etikai döntésben érintett lény személynek számít-e vagy nem.

Talán ennél is nagyobb szerepet játszanak a bioetikában a személyes azonosság *autonómiával*, autonóm *döntésekkel* összefüggésben megjelenő szempontjai. Az autonómia a beteg önrendelkezésének bioetikai alapelve, illetve az ennek mentén megfogalmazott betegjogok alapja. Egy kompetens felnőtt páciens autonómiájának elismerése azt jelenti, hogy elfogadjuk és tiszteletben tartjuk, hogy van egy bizonyos értékrendje, és aszerint hoz önálló döntést. Megfelelő tájékoztatást követően rábízunk a döntést. Mi, bioetikusok sokat tettünk azért, hogy e szempontok mára elfogadottá váltak az egészségügyi intézményekben és az orvosi gyakorlatban. Az autonómia önmagában azonban nem elég. A páciensre bízni a döntést, ráruházni a felelősséget gyakran azzal egyenlő, hogy nem figyelünk rá eléggé, mintegy az autonómiára és jogaira hivatkozva magára hagyjuk döntéseiben.

A narratív megközelítés nem értékeli le az egyéni szabadságot, éppen ellenkezőleg, annak hangsúlyozásával, hogy az embereknek nincs eleve adott énjük, eleve adott értékrendjük és véleményük, ehelyett személyi azonosságukat folytonosan újra kell alakítaniuk, éppenséggel az egyéni felelősséget állítja előtérbe. Mint Arthur W. Frank írja:

„Ha az autonómia a bioetika domináns érve és hozzájárulása volt, a narratív etika posztautonómiaként gondolható el. [...] A narratív etika posztautonómiai annak felismerése révén, hogy az autonómia mint elkülönült elv üres, szükséges kezdet, de ritkán a végpont.” (Frank 1998b, 18–19.)

Többen felhívták a figyelmet arra, hogy a narratív önteremtés felfogása a modern kor kihívásaiból ered (Dubiel 2011; Kovács 2015). Egyre kevésbé bízhatunk abban, hogy a társadalom, tágabb vagy szűkebb környezetünk, a hagyományok és intézmények egyértelmű eligazítást nyújtanak abban, hogyan gondolkodjunk, mit tegyünk. Az egyéni felelősség ebben a helyzetben felértékelődik, ezzel együtt annak belátása is, hogy énünk alakításában nekünk magunknak kell szerepet vállalnunk. Ahelyett, hogy abban bíznanék, hogy (sok mai pszichológiai megközelítéssel összhangban) feltárnánk a bennünk szunnyadó „valódi” énünket, fel kell ismerünk, hogy ez az én kontingens jellegű, folyamatosan alakul életünk és másokkal kialakított kapcsolataink során. Az autonómia nem *adott*, hanem tudatos erőfeszítések révén létrejövő *konstrukció*. Ez a narratív felfogás egyik központi belátása.

A narratív megközelítés elsősorban két módon jelenik meg az etikai megfontolásokban. Az egyik annak a szempontnak a hangsúlyozása, hogy az emberi személy narratív konstrukció, tehát amikor a másik embert személyként ismerjük el, a történeteire kell fókuszálnunk. A narratív értelmezés a kulcsa a személyes azonosságnak és autonómiának. A másik az a feltevés, hogy erkölcsi érzékünk nagyrészt narratív módon működik, tehát kevésbé általános etikai elveken vagy egyszerű zsigeri reakciókon alapul, hanem jól strukturált történeteken. Ahhoz, hogy egy másik emberi lényvel erkölcsi viszonyt alakítsunk ki, a legfontosabb, hogy tágabb kontextusban, egy történet keretében tudjuk értelmezni a sorsát, érzéseit, vágyait, igényeit, reményeit, félelmeit, kiszolgáltatottságát, szenvedését, megalázottságát. Ma sok vita folyik arról, hogy erkölcsi döntéseinkben inkább az érzések és intuíciók játszanak nagyobb szerepet, vagy racionálisabb, kognitív következtetések. A narratív megközelítés mindkét tényezőt fontosnak tartja. Egyéni történetek feldolgozása olyan komplex kognitív folyamat, amelyben fontos szerepet játszanak az érzések is, illetve ami hatékonyan mozgósítja empátiánkat és szimpátiánkat.

Olyan kiemelkedő filozófusok, mint Charles Taylor, Alasdair MacIntyre, Paul Ricoeur, Colin McGinn, Richard Rorty, Martha Nussbaum, alapozták meg a narratív etika filozófiai felfogását, de még az egyébként más jellegű etikai elköteleződéseiről ismert neves bioetikus Peter Singer (Singer–Singer 2004) is a narratív etika hívévé vált. A filozófiai



etikán belül a narratív megközelítés elfogadása még ma is inkább csak marginális pozíció, viszont a klinikai etika új hangsúlyai révén jelentős további erősödésre számíthat a közeli jövőben.

Szöveg, film, dialógus

A *narratív* vagy *narratíva* kifejezések leginkább írásos szövegeket idéznek elénk. És csakugyan, a gondolkodásunkban beálló „narratív fordulat” sokat merít a hetvenes, nyolcvanas évek posztmodernista elméletalkotóinak textualista elköteleződéséből. A narratíva tipikus megjelenési formája a *regény*, illetve a regény jellegű fiktív vagy nem fiktív történet. A betegségstörténetek ily módon való megjelenítése nem új dolog. A XIX. század második felétől elterjedtek az egyéni betegségstörténetekre összpontosító írások. A nagy orosz írók (például Dosztojevszkij, Tolsztoj, Csehov vagy Szolzsenyicin) éppúgy szívesen nyúltak betegségekkel kapcsolatos témákhoz, mint, mondjuk, Thomas Mann vagy Albert Camus. Az egzisztencialista írók műveiben nagy hangsúlyt kaptak a betegségek és a személyes halálhoz való viszonyulás témái. Olyan elbeszélések és regények, mint Tolsztoj *Ivan Iljics*e, Thomas Mann *Varázshegye*, Simone de Beauvoir *Könnyű halál* című elbeszélése vagy Fritz Zorn *Mars* című könyve, a mai napig fontos mintái a betegek belső világát feltáró irodalmi vállalkozásoknak.

A regény sajátos műfaj. Regények olvasása révén betekintést nyerünk az emberi lélek mélységeibe. Elhibázott az a regény, amely általános doktrínákat kíván megfogalmazni. A regény akkor van igazán elemében, amikor az egyedi emberi sorsot ábrázolja, annak egyszeri és megismételhetetlen komplexitásában. Roman Krznaric filozófus szavaival: „Legyen szó magaróptű irodalomról vagy népszerű regényről, a jó regényíró egy empatikus mágus, aki – ha csak időlegesen is – képessé tesz minket arra, hogy levessük bőrünket, és másképp lássuk a világot.” (Krznaric 2014, 154.) Ez egyszersmind egy etikai küldetést is magába foglal: annak érzékeltetése révén, hogy az emberi élet azáltal nyeri el különlegességét, hogy makacsul ellenáll az általánosításoknak. Ahogy Milan Kundera fogalmazott: „A regény szelleme a sokféleség szelleme. Nincs regény, mely azt ne mondaná olvasójának: »Bonyolultabbak a dolgok, mintsem hiszed.«” (Kundera 1992, 31.)

Az elmúlt években látványosan megszorodott az olyan könyvek száma, amelyek valóságos betegségstörténeteket írnak le. Halálos betegséggel küzdő, súlyos balesetet szenvedő, fogyatékossgal élő emberek vagy betegséggel, fogyatékossgal született gyermekek szülei írják meg

sorra saját szubjektív történeteiket. Ezek a személyes beszámolók a narratív medicina fontos értelmezési alapjaiként szolgálnak. E könyvek olvasói mintegy automatikusan abban a helyzetben találják magukat, hogy behelyezkednek a beteg és hozzátartozói perspektívájába, ezáltal empatikus viszonyt alakítanak ki az abban szereplőkkel.

Jelen pillanatban is tucatnyi ilyen jellegű kiadvány szerepel a hazai könyvesboltok sikerlistáin. Csak néhányat említve ezek közül: Asperján György *Karcinóma: Egy tüdőrákbeteg regénye*, Mittelholcz Dóra *Tündérmese kis szépséghibával. Egy méhnyakrákos lány négy éve*, Susannah Cahalan: *Lángoló agy. Egy hónapig örült voltam*, Anne-Dauphine Julliand: *Két kis lábnyom a homokban. Egy anya vallomása* vagy Singer Magdolna *Mindhalálíg* című regénye, amely egy hospice-önkéntes életének fényében nyújt (fiktív) betekintést a haldokló betegek és a róluk gondoskodók világába. E könyvek vélhetően tízezrekhez jutnak el, és alakítják a betegségekről, beteg emberekről és az egészségügyi intézményrendszerrel kialakított véleményüket. Egy-egy ilyen könyv megírása mögött sokféle indíték (akár önterápiás feldolgozás igénye) húzódnak meg, ezek között akár háttérbe is szorulhat az etikai szempont. Mégis, valamiféle etikai hatás nyilvánvalóan érvényesül, még akkor is, ha az etikára utaló nyelvezet nem is jelenik meg kimondott formában.

Nagy népszerűségnek örvendő közönségfilmek, mint az *Esőember*, a *Forrest Gump*, az *Egy csodálatos elme*, a *Bakancslista*, a *Marvin szobája*, *A nővérem húga*, az *Éltrevalók* vagy az élete végén Alzheimer-kórral élő brit író és filozófus Iris Murdoch történetét bemutató *Iris*, erőteljesen hozzájárultak a beteg emberek társadalmi reprezentációjának megváltoztatásához, bizonyos betegségekhez társult stigmák felszámolásához. Európai művészfilmek, mint *A belső tenger*, a *Biutiful*, a *Lány kilenc parókával*, a *Járhatatlan út*, a *Das weisse Rauschen* (Fehér hang) vagy az *Alabama és Monroe*, más stílusban és más közönségre gyakoroltak hasonló hatást. Ebben a vonatkozásban gyakran említett filmes példa Jean-Dominique Bauby esetének bemutatása. Bauby a francia *Elle* divatmagazin főszerkesztője volt, 1995-ben súlyos stroke-ot kapott, majd az úgynevezett bezártság- (*locked-in*) szindróma állapotába került, ami azzal járt, hogy bár tudata és kognitív képességei jórészt érintetlenek maradtak, bénult testébe zárva a környezetével képtelenné vált a kommunikációra, egyik szemének mozgásképességét leszámítva. Egy speciális technikával, pislogással „diktálta le” az állapotát leíró, magyarul is megjelent *Szkafander és pillangó* című könyvét (Bauby 2008). A regény és a belőle készült film, ami betekintést nyújt a világtól elzárt beteg belső világába, hamar világsikerré vált.

E filmek hasonló (sokak számára még elemibb, könnyebben befogadható) hatással vannak ránk, mint Karinthy regénye vagy Sacks esettanul-



mányai: közelebb visznek a beteg személy *emberi* sorsához. A megfelelő részletességgel, nemritkán szívbemarkoló érzékletességgel bemutatott betegség történetek valósággal kizökkenenek minket a kórokkal és beteg emberekkel kapcsolatos sztereotípiáink szűkre szabott kereteiből. Ez a kizökkenő perspektívaváltás mintegy *automatikusan* megy végbe a befogadóban, pusztán azáltal, hogy követi az események sorozatát, tehát nem szükséges különösebb elméleti reflexió az etikai attitűd megváltozásához.

Hangsúlyozni kell, hogy a betegség narratíva nem attól lesz hiteles és hatásos, hogy kifejezetten pozitív tanulságot igyekszik megfogalmazni. Ha kellőképp megértjük a narratív etika mechanizmusát, rájöhetünk, hogy nem valami mögöttes üzenet lesz az erkölcsi változás kulcsa, hanem *maga* a történet. Ezért aztán kerülni kell a túlinterepretált történeteket a narratív medicinában is. Sokkal inkább hagyni kell a történetet, hogy feltárja önmagát, s így fejtse ki hatását. A nagy erkölcsi tanulság vagy az esetleges *happy end* nem tesznek erkölcsileg hatásosabbá egy történetet; épp ellenkezőleg: didaktikussága vagy illuzórikus volta miatt hiteltelenné válik. Hollywoodi filmek, szándékoltan pozitív kisugárzású könyvek ezért nem a legjobb példák a narratív etika érvényesülésére, hiszen ez utóbbi egyedi és valós emberi történetekre, nem pedig általános tanulságokra összpontosít. Fennáll a veszélye annak, hogy az idealizált narratívák az életüket nem mindig előre megtervezett forgatókönyvek alapján élő emberekkel szemben olyan elvárásokat támasztanak, hogy ahhoz hasonló fejlődést és végkifejletet érjen a történetük, mint ami a népszerű filmekben vagy a pozitív pszichológiai könyvekben megszokott.

Etikai esetek elemzésében nincs semmi új. Ténylegesen az esetelemzések az orvosi etikán és bioetikán belül is jelentős szerepet játszanak. A *kazuisztika* hagyományosan fontos eleme volt az általános gyakorlati etikai dilemmák bemutatásának és megvitatásának. A mögöttes elképzelés szokásosan az, hogy az egyedi (valós vagy képzelt) esetek *illusztrációként* szolgálhatnak az etikai elméletek számára. Ma talán úgy mondanánk, hogy az esetelemzések hasznosak lehetnek a problémák vonatkozásában relevánsnak számító erkölcsi *intuíciók* mérlegelésében. A bioetikán belül az esetelemzések helyét részben átvették a *gondolat-kísérletek*, amelyek áramvonalasított formájukból kifolyólag talán még inkább alkalmasnak tűnnek az elméleti pozíciók tisztázásához. Emellett azonban életben maradt a valós esetek elemzésének szokása is. Gyakran a nagy nyilvános érdeklődésre szert tett esetek jelennek meg a bioetikai szakirodalomban, mint például Karen Ann Quinlan, Nancy Cruzan, Terri Schiavo vagy Dax Cowart esete, amelyekre gyakran hivatkoznak,



és amelyekről számos tanulmány, köztük önálló kötetek is megjelentek. Ezek hátránya lehet, hogy a nagy médiavisszhangot kiváltó, inkább szenzációs esetekre irányítja a figyelmet, viszont megvan az az előnyük, hogy ennek révén ezekről az egyéni esetekről igen sok apró részletet is tudhatunk.

Amellett, hogy általános bioetika-óráimon előszeretettel használok híres vagy kevésbé ismert eseteket, a Debreceni Egyetemen évekig volt egy *Bioetikai esetek* című választható kurzusom, amely kifejezetten valós esetek tükrében igyekezett bemutatni bizonyos bioetikai problémákat és a felmerülő megoldási lehetőségeket. Tapasztalataim szerint ezek az esetek nemcsak hogy hatékonyabban indították be a részt vevő hallgatók etikai gondolkodását, mint a tisztán elméleti vagy jogi szempontok, de az esetek megvitatásának kifejezetten interaktív formájából adódóan a közös etikai problémamegoldás gyakorlatának elsajátításához is hozzásegítette őket.

A narratív etika *más*, mint a hagyományos esetelemzés. A narratív etikában és medicinában az esetek nem illusztrációként, elméleti álláspontok mérlegeléseként jelennek meg, hanem saját jogukon. Az eseteket itt úgyszólván nem kell átfordítani az etikai alapelvek nyelvére, hanem egyszerűen megjelennek és önmaguktól fejtik ki erkölcsi hatásukat. A narratív medicina esetei éppen arra hívják fel a figyelmet, hogy etikai érzékenységünk fejlesztésében el kell tekintenünk a teoretikus általánosításoktól. Richard Rorty amerikai filozófus egy helyen azt sugallta, hogy az amerikai feketék társadalmi emancipációjához hatékonyabban járult hozzá Harriet Beecher Stowe *Tamás bátya kunyhója* című regénye, mint Kant metafizikai alapú etikai rendszere (Rorty 1998). Hasonlóképpen hatnak a betegségtörténetek is: bár mindenképpen fontos az elméleti belátás, az attitűdváltáshoz sokszor fontosabbak a személyes (akár fiktív, akár valós) történetek. Az egyéni történet a maga kontextusával és részleteivel ellenállhatatlanul hat ránk és változtatja meg erkölcsi érzékünket, tágítja ki azoknak a körét, akikkel szemben empatikus viszonyt alakítunk ki.

Eddig főként a narratív leírások írásos és filmes formáiról volt szó. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a narratív medicina perspektívája nem merül ki ezekben. Sőt, kifejezetten félrevezető a narratív megközelítést erre korlátozni. A narratív viszony legáltalánosabb módon emberek közvetlen szóbeli interakciójában valósul meg, *beszélgetés* formájában. Amikor két ember beszélget, nem csupán információk megosztásáról van szó, hanem egymás világának feltárásáról, még inkább egymás világának alakításáról. A beszélgetésre sokszor úgy gondolunk, mint ami előre megformált vélemények kölcsönös kinyilvánításáról szól, pedig a valódi



beszélgetés inkább azt jelenti, hogy nézeteinket, ezen keresztül énünk egészét konstruáljuk. Amikor beszélgetni kezdünk, hagyjuk, hogy mások aktuális nézeteinek fényében alakuljanak a sajátjaink. A beszélgetés az énalakítás legalapvetőbb forrása, mint ahogy annak is legközvetlenebb módja, ahogy mások világába betekintést nyerhetünk.

A beszélgetésnek természetesen sokféle formája és indítéka létezik. Abban mindenesetre megegyezhetünk, hogy az egészségügyi ellátásnak nem a beszélgetés a fő célja. Ugyanakkor a narratív alapú beszélgetés elengedhetetlennek tűnik ahhoz, hogy az orvosi intézményrendszerbe belépő, betegséggel küszködő embert teljes emberi személy mivoltában fogadják el. Mindaz, amit a regény és film narratív vonatkozásairól eddig elmondtunk, az orvosi gyakorlatban, a páciens-orvos viszonyban leginkább a közvetlen szóbeli kommunikáció formájában jelenik meg. Úgy is mondhatnánk, hogy a narratív medicina fő kérdése az, hogy a főleg írásos narratívákkal kapcsolatban az emberi személyről, énről és etikáról megfogalmazott belátásokból milyen tanulságok szűrhetők le a páciens-orvos viszony szóbeli közegére vonatkozóan.

A történeteket eredetileg *mesélték* az emberek, azaz szóban mondták el azokat egymásnak. Talán fel sem tűnik, de a narratív történetalkotás és történetmegosztás leggyakoribb formája ma is a szóbeliség. A szóban elmesélt történet bizonyos értelemben tisztább formában mutatja a narratív felfogás alapvető sajátosságait, mint az írásos. Bár az írott szövegek interpretációi folyamatosan változnak, az írásos modell mégis azt sugallja, hogy a narratíva állandósult jellegű, miközben a szóbeli inkább a folytonos változást, alakulást, újraszerveződést állítja előtérbe. A szóbeliség közege dinamikusabb, mint az írásbeliségé.

Az egészségügyi közegében a páciensek, hozzátartozók és az egészségügyi személyzet közötti narratív jellegű beszélgetés több formában jelenhet meg. Richard M. Zaner amerikai filozófus, az úgynevezett *narratív klinikai etikai tanácsadás* eszméjének kidolgozója évtizedek óta a klinikai világban praktizál a fenomenológia interszónális felfogása alapján. Beszélgetéseken alapuló módszerét egyfajta etikai viszonyként értelmezi, de nem a hagyományos klinikai etikai tanácsadás értelmében, tehát nem etikai és jogi tanácsokat ad, hanem hozzásegíti beszélgetőpartnereit ahhoz, hogy jobban megértsék helyzetüket és ennek tükrében alakítsák ki véleményüket, hozzák meg döntéseiket. Zaner az autonómia konstruktivista felfogását vallja, tehát nem hisz a személyes autonómia eleve adott voltában, ehelyett úgy véli, hogy az autonóm döntések a személyek közötti interakciókban alakulnak ki. Mint írja:

„A szabadság nem a magányos tudat vagy a tiszta akarat aktusa, hanem egy kölcsönösen lehetőségeket adó aktus, amely – amikor és amennyiben megtörténik – az erkölcsi dialógus szívében jelenik meg. [...] A szabadság tehát nem az autonómiáról szól, hanem a kölcsönösségről.” (Zaner 1989, 57–58.)

Ahogy Zaner tisztelője, Arthur W. Frank írja:

„Amire Zaner gondol, nem az, amit a bioetikusok autonómiának neveznek. Zaner olyan felvilágosult orvosi intézményekben dolgozott, ahol ennek elismerése eleve adott volt. A páciensek gondja az, hogy mit kezdjenek a kapott autonómiával. Hogy hogyan legyünk autonómok, akkor válik problémává, amikor egyetlen rendelkezésre álló választás sem jó, az emberek pedig kizökkennek tudásuk, általánosításaik és magától értetődőnek tekintett előfeltevéseik normális kerékvágásából, beleértve azt a feltételezést is, hogy bármely dilemma esetében kell lennie legalább egy jó választásnak. Létezni engedni az embereket [Zaner kifejezése] nem azt jelenti, hogy magukra hagyjuk őket abban, hogy saját forrásaikat használják a döntések meghozatalában.” (Frank 2011, 157.)

Az etikai tanácsadás világszerte terjedőben lévő intézménye nagyszerű dolog, de az orvosi gyakorlatban nyilvánvalóan nem számíthatunk mindig egy filozófus-etikus közvetítőre a felmerülő kérdések tisztázásához. Erre azonban többnyire nincs is szükség. Az orvosok és más egészségügyi szakemberek maguk is elsajátíthatják és alkalmazhatják a narratív kommunikációhoz szükséges készségeket. A narratív medicina célkitűzése végső soron ez; az így megvalósuló kommunikáció hatékonyabb orvosi munkát tesz lehetővé, növeli a páciensek elégedettségét és etikai elvárásainak teljesülését, fokozhatja az orvos szakmai reflexióját, személyiségének és munkájának kiteljesedését.

A narratív medicina az oktatásban és a gyakorlatban

A narratív medicina eszméje világos és egyértelmű gyakorlati iránymutatást fogalmaz meg. A gyakorló klinikai orvos a betegség és kezelés természetétől függően szokásosan néhány percet, órát, napot, hetet vagy hónapot tölt a betegével, természetesen nem folyamatosan, leginkább az egészségügyi probléma szűken értelmezett vonatkozásait szem



előtt tartva. Ez időszak alatt a hangsúly többnyire a betegség és terápia szempontjaira korlátozódik, az orvos sok esetben nem tud meg többet a betegéről, mint amennyi a betegségtörténet egészségügyi dokumentációjából, a leletekből és a vizitek során szerzett információból rendelkezésére áll.

A betegekről szóló orvosi konzíliumokon szintén csak a legfontosabb orvosi tudnivalók kerülnek elő a terápiás lehetőségek megvitatása során. Az orvosokban a páciensekről egy erősen leszűkített kép alakul ki: hány éves a beteg, milyen nemű, milyen diagnózisa van, milyen kezeléseket kapott korábban, milyen állapotban van, esetleg milyen megfogalmazott elvárásai vannak a kezelés folytatására vonatkozóan. Ezekből az adatokból az orvos aligha alakíthat ki teljesebb képet a beteg ember személyiségéről, a betegségével összefüggésbe hozható élethelyzetéről.

Bizonyos értelemben az orvos szerepe, illetve az orvos-beteg kapcsolat ki is merül abban, hogy a páciens gyógyításának feladata sikeresen biztosítva legyen. Számos esetben a páciens maga sem akar annál többet, mint hogy gyakorlatiasan felszínes vagy pusztán technikai kapcsolatba lépjen orvosával és az egészségügyi intézménnyel. Ahogy a buszvezetővel, a vízóra-leolvasóval vagy az éttermi pincérrel sem feltétlenül kívánunk közelebbi kapcsolatot kialakítani, úgy sok esetben az egészségügyi szakembertől is csak azt várjuk el, hogy végezze gyorsan és szakszerűen azt a munkát, amit kértünk és elvárunk tőle. Azt gondolom, ez ésszerű és etikailag is méltányolandó szempont.

Amint azonban komolyabbra fordulnak a dolgok, és már nemcsak arról van szó, hogy kicseréljék az elszínesedett fogtömésünket, újra felírjanak egy régóta szedett gyógyszert, elvégezzenek egy rutinszerű vizsgálatot vagy akár egy kisebb műtétet, hanem az életünket tartósan megkeserítő probléma alapos kivizsgálására, egy súlyosabb műtéti beavatkozásra kerül sor, nem beszélve az életünket veszélyeztető, esetleg gyógyíthatatlan betegségekről, a páciensek viszonyulása alapvetően megváltozik. A testi folyamatok és problémáink személyünk teljes kontextusától való eltávolítása a betegség életünket befolyásoló hatásának növekedésével egyre kevésbé valósítható meg. Ahogy a betegség egyre nagyobb kihatással lesz arra, ahogy mindennapjainkat éljük, ahogy kitézzük és megvalósítjuk céljainkat, végső soron, ahogy meghatározzuk önmagunkat, úgy válik egyre inkább személyes azonosságunk egészét érintő kihívássá.

Az orvoslás etikájának egyik sarokköve, hogy a páciens nem szűken értelmezett orvosi szükségleteit is figyelembe kell venni a gyógyítási folyamat, az orvos-beteg kapcsolat során. Az autonómia, a méltóság, az igazságosság a modern bioetika fő szempontjai. A narratív medicina etikai alapvetése ezzel szemben abban foglalható össze, hogy a betegek személyi és etikai státuszának érvényesítéséhez elsősorban az szüksé-



ges, hogy testi problémáikat a személy tágabb történetének kontextusába helyezték. Az orvosokban azt az érzékenységet és készséget kell erősíteni, hogy nyitottá váljanak a személy történetére, amin belül az egészségügyi probléma megjelenik. Meglátni a beteg és a betegség mögött az emberi személyt, annak egyéni történetét, narratív struktúráját, ez lehet az orvoslás etikai fundamentuma. A betegségben a teljes személy jelenik meg, sőt, a személyes identitás kérdőjeleződik meg:

„A betegségtapasztalat olyan sokdimenziós *veszteségélmény*, amely az élet számos területén megjelenik: az egészlegesség, a biztonság, a kontroll, a szabadság, az integritás és a szelf elvesztésében. Ezek a veszteségek testi veszteségeként indulnak, azonban idővel a szelf egészének veszteségévé válnak. A beteg ember számára elveszik az egészséges, hatékony, cselekvő én érzete. Megszűnik az én mint ágencia: a betegek tehetetlennek érzik magukat a betegséggel szemben, és minél erősebb ez az érzés, annál inkább ki vannak szolgáltatva a betegségnek. [...] Ahogy a traumával kapcsolatban, úgy a betegség történetével kapcsolatban is az a feladat, hogy az átélő helyet találjon neki saját élettörténete narratív koherenciájában, amelynek nyomán nem a sérülés története és jelentésmezeje uralja a szelfet, hanem a szelf mintegy a történetbe foglalással visszaveszi a kontrollt, az ágenciát egy olyan történés felett, amelyre ugyanakkor nem volt befolyással, de mégis vele esett meg.” (Pintér 2013, 25–28.)

Az emberek számára, különösen, ha betegek lesznek vagy közvetlenül szembesülnek végességükkel, énjük koherens struktúrájának visszaállításuk válik a nagy kihívássá. A személyiségünk konzisztenciáját alkotó történetek szinte létszükségletté válnak: „Történetek elbeszélése és azok meghallgatása éppoly szervesen szükséges, mint a vérkeringés vagy az oxigén belégzése ahhoz, hogy felépítsük és megtartsuk énjünket.” (Charon 2004, 29.)

A narratív medicina azonban nem csak a betegekről szól. Az orvos (és az egészségügy többi szereplője) maga is olyan helyzetben van, ami folyamatos szakmai és személyes önreflexiót igényel. Az orvosi munka segítő hivatás, ami sok lemondást, ennél fogva erős hivatásbeli elköteleződést igényel. A segítőnek saját személyiségének fejlesztését is szem előtt kell tartania, illetve szakmai elhivatottságát is táplálnia kell. A narratív megközelítés ebben is segítséget kínál. Ma sok orvos érzi úgy, hogy az orvoslás intézményes és egyéb helyzetéből adódóan veszélybe került szakmai integritása. A legtöbb fiatal ma is azzal a szándékkal jelentkezik az orvosi egyetemre, hogy segítségére legyen más embereknek, ezáltal keresve lehetőséget saját személyiségének kiteljesítésére.



A tudományos-technológiai szempontokat érvényesítő, bürokratikus és személytelenné váló mai egészségügyi intézményrendszer azonban megnehezíti a hagyományos orvosi identitás kialakulását, s így sokakban csalódást kelt. Sokan úgy érzik, hogy az intézményes közeg lehetlenné teszi eredeti személyes indíttatásuk kibontakozását. Morris Wessel amerikai gyermekgyógyász szavaival: „Mi folyik manapság az orvosi egyetemeken és a kórházakban? Belépsz az ajtón, és emberségedet kint hagyod.” (Idézi: Stoddard 1992, 163.) Kemény szavak, talán túlzóak is, de az orvosi gyakorlatban uralkodó tudományos, az objektivitást hangsúlyozó szemlélet fényében nem teljesen alaptalanok.

Ez a tapasztalat megterhelő nemcsak a betegek, hanem az orvosok számára is. Sok orvos és más egészségügyi szakember ma is humanisztikus vállalkozásként tekint saját hivatására, arra törekszik, hogy elkötelezett segítőtje legyen embertársainak. A bizonyítékokon alapuló orvoslás, a technicizálódás, a gépek, adatbázisok és bürokrácia uralkodása abba az irányba mutat, hogy az egyéni orvos, saját érzékenységgel, gyakorlati tudásával, etikai elköteleződésével és általában személyével mindinkább kiszorul a rendszerből (Cassell 1997; Groopman 2008). Az orvoslás tudományos jellege épp azon alapul, hogy – amennyire csak lehetséges – megpróbálja háttérbe szorítani a korlátozott ismeretekre és döntésekre szorító, tévedésekre és részrehajlásokra hajlamos, szubjektív tényezőket is bevonó emberi személyt: ez esetben magát az orvost. Ki tudja, a jövőben talán még az is bekövetkezhet, hogy számítógépek veszik át az orvos feladatát. Az elbizonytalanodás időszakában más orvosok személyes történetei, beszámolóí, szakmai és személyes dilemmái segítségül szolgálhatnak. Az olyan könyvek, mint Victoria Sweet *Isten Hotel*, Atul Gawande *A gyógyítás útvesztői* című, magyarul is megjelent művei vagy Pauline Chen *Final Exam (Záróvizsga)* című könyve, a gyakorló klinikai orvosok narratív jellegű szakmai önreflexióját segítik (mind a szerző, mind az olvasó számára).⁴

A ma talán túlságosan is könnyű szívvel paternalistaként, azaz a páciensek emberi szempontjait háttérbe szorító gyakorlatként elutasított hagyományos orvosi erkölcs még fontos szempontként tekintett az orvos saját személyiségének fejlesztésére, így az irodalmi, művészeti, filozófiai, közéleti önképzésre és intellektuális beszélgetésekre. Id. Imre József az

⁴ Korábban amellet érveltem (Nemes 2012), hogy a *Dr. House* című tévéfilmsorozat is elsősorban azért vált népszerűvé az orvostanhallgatók és az orvosok köreiben, mert a klinikus mindennapi tevékenységéről mutatott be olyan történeteket, amelyek az orvos egyéni erőfeszítéseit, személyes tudását jelentősnek mutatják be a technicizált és bürokratizált orvoslás világában is.

első magyar nyelvű orvosi etikai könyvként ismert, eredetileg 1925-ben, nemrégiben pedig reprint formában újra kiadott könyvében még nagy hangsúlyt helyezett az orvosok személyiségének fejlesztésére:

„Az orvosnak nem volna szabad annyira elfoglaltnak lenni, hogy semmi ideje sem marad a tanulásra. Törekednie kell arra, hogy napjai ne legyenek megtömve munkájával s időt kell szakítani egy kevés szórakozásra, pihenésre és csendben, elvonultan való olvasgatásra. Egyesenesen szükségesnek látom, hogy ennek egy része általános műveltsége érdekében történjék, megismerni a világirodalom legnagyobb íróit, saját nemzete szépirodalmának főbb jelenségeit és irányait, némi filozófiai tájékozottságra, történelmi és kivált művelődéstörténeti jártasságra tenni szert – a közművelődési téren való közreműködése érdekében.” (Imre, 2012, 75.)

A narratív medicina által megfogalmazott legfontosabb gyakorlati elvárás az egészségügyi szakemberek egyedi történetekre/narratívákra való nyitottsága és érzékenysége, illetve ennek a képességnek a tudatos fejlesztése. A mögöttes belátás szerint ez az érzékenység fontos az etikus orvosi viselkedéshez és nem magától adódik, hanem érdemes odafigyelnünk rá és bizonyos módszerekkel fejleszteni. Ma az orvostudás több szintjén is megjelenik az etika, leginkább mint *bioetika*. Ma valamennyi magyar orvostudós központban kötelező jelleggel szerepel a tantervben a bioetika tantárgy. Ennek során a hallgatók *megtanulják* a bioetika alapelveit, a betegjogokat, a tájékozott beleegyezés elvét és a betegtájékoztatás szempontjait, az egészségügyi források elosztásával kapcsolatban felmerülő igazságossági megfontolásokat, az életvégi döntések etikáját stb. A kurzus végén a hallgatók vizsgát tesznek, amiben beszámolnak megszerzett tudásukról: például röviden meghatározzák a kulcsfogalmakat vagy feleletválasztós tesztet töltenek ki a helyes döntésekről.

Az erkölcsi személyiségformálás más lehetőségei ezzel együtt inkább háttérbe szorulnak. Még amikor egy választható kurzus keretében elő is kerülnek irodalmi vagy művészi alkotások, filmek, gyakran a szokásos bioetikai elvek és kérdések illusztrálása marad a fő szempont. A művészi (vagy populáris) alkotások ahhoz szolgálnak segítségül, hogy a hallgatók felismerjék bennük a bioetika témáit és elkötelezettségeit, nem arra, hogy hagyják szabadon, elméleti előfeltevések előtérbe állítása nélkül érvényesülni a beteg emberek és hozzátartozóik vagy orvosaik egyéni történeteit. Arthur Frank szavaival: „a történetek nem arra valók, hogy elemezzék őket, inkább kapcsolatok, melyekbe be kell lépünk” (Frank 1998a, 200). Az orvostudásban régóta jelen vannak irodalmi szempon-



tok, többnyire csak kiegészítő módon, választható kurzusok formájában. A narratív medicina ambíciói mások: lényegi hozzájárulást ígérnek az orvosok szemléletmódjának és gyakorlatának alakításához.

Az úgynevezett *orvosi humaniőrák* (*medical humanities* az angolban) oktatási koncepciójának kialakításakor fontos szem előtt tartani a személyiségfejlesztés szempontjait is. A *narratív kompetencia* (Charon 2006) fejlesztésére ma már több országban speciális képzési programokat, tréningeket tartanak orvostanhallgatók, orvosok és más egészségügyi szakemberek számára.⁵ E vállalkozások elsősorban írásos narratívák, irodalmi művek vagy betegek beszámolóiból indulnak ki, nagy hangsúlyt fektetnek hasonló írásos elemzések, narratív rekonstrukciók végzésére, ezzel együtt hasonló szóbeli kommunikációs gyakorlatokra is.

Összegzés

Tanulmányom célja az volt, hogy bemutassam a narratív medicina fő jellemzőit, az orvosi humaniőrák Magyarországon egyelőre alig ismert új területét. A narratív medicina érdekes színfoltja lehet a napjainkban épp bontakozó hazai bioetikai életünknek, miközben fontos szempontokkal járulhat hozzá a komplexebb emberi és társadalmi igényeket felismerő, azoknak eleget tenni kívánó egészségügy előmozdításához. A narratív medicina alternatívát kínál a mai bioetika főáramának felfogásával szemben, amennyiben más filozófiai „antropológián” alapul, az embert, jelesül az emberi személyt lényegi módon narratív konstrukciónak, ezzel együtt interszjektív beállítottságúnak tekinti. A leginkább a felvilágosodás korából örökölt felfogás helyett, amely az emberi személy szituációtól független racionális döntéshozatali képességére helyezi a hangsúlyt, a narratív megközelítés az egyéni történet komplexitását állítja előtérbe. Eszerint az emberi szubjektum nem valami transzcendentálisan adott entitás, hanem a társas környezetével folytonos interakcióban alakuló, egyedi személyi konstrukció. Az, hogy ki vagyok, mi az értékrendem, mik a preferenciáim, nem eleve adott, nem valami olyan, amit nekem magamnak és másoknak előfeltételezni kellene, hanem ami reflexiót és tudatos alakítást igényel.

⁵ Marty Stempniak: Medical schools trying to tell the patient narrative. http://www.hhnmag.com/display/HHN-news-article.dhtml?dcrPath=/templatedata/HF_Common/NewsArticle/data/HHN/Magazine/2014/Apr/inbox-whats-the-story, utolsó letöltés: 2015. június 10.



A narratív medicina elsősorban a klinikai munkát végző emberek etikai érzékenységének kialakításában fontos, de jelentős szerepet játszhat az orvosi problémamegoldás episztemológiai sajátosságainak jobb megértésében is. A páciensek számára különösen fontos, hogy – akár életük egyéb területein – az egészségügyi intézményekben, orvosi kezeléseik során vagy betegségük más vonatkozásaiban is emberi személyként tekintsenek rájuk. De nem csupán egyéni vonatkozásban jelentkezik ez, hanem társadalmi szinten is: az egyéni narratívák hatékonyak lehetnek a betegséggel és fogyatékossággal élő emberekkel szemben mutatkozó társadalmi stigma, kirekesztés felszámolásában. Az autizmussal vagy skizofréniával élő, a kerekesszéssel közlekedő, a daganatos betegségben szenvedő vagy haldokló embereknek nemcsak magas szintű egészségügyi ellátásra és bizonyos jogokra van szükségük, hanem – ami talán ennél is fontosabb – megértésre és elfogadásra is. A narratív medicina ennek fontosságára hívja fel a figyelmet.

Irodalom

- Arras, John 1997: Nice story, but so what? Narrative and justification in ethics. In Nelson, Hilde L. (szerk.): *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*. London, Routledge. 65–88.
- Bauby, Jean-Dominique 2008: *Szkafander és pillangó* (ford. V. Deák Éva). Budapest, Park.
- Bruner, Jerome 2005: A gondolkodás két formája. In uő: *Valóságos elmék, lehetséges világok* (ford. Ehmann Bea, Újlaky Judit, Ülkei Zoltán). Budapest, Új Mandátum.
- Carel, Havi 2008: *Illness: The Cry of The Flesh*. Stocksfield, Acumen.
- Carrey, Normand 2007: Practicing Psychiatry Through a Narrative Lens: Working with Children, Youth, and Families. In Brown, Catrina – Augusta-Scott, Tod (szerk.): *Narrative Therapy: Making Meaning, Making Lives*. London, Sage. 77–101.
- Cassell, Eric J. 1997: *Doctoring: The Nature of Primary Care Medicine*. New York, Oxford University Press.
- Cassell, Eric J. 2004: *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. New York, Oxford University Press.
- Charon, Rita 2004: The Ethicality of Narrative Medicine. In Hurwitz, Brian – Greenhalgh, Trisha – Skultans, Vieda (szerk.): *Narrative Research in Health and Illness*. Oxford, Blackwell. 23–36.
- Charon, Rita 2006: *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York, Oxford University Press.
- Chen, Pauline 2008: *Final Exam: A Surgeon's Reflections on Mortality*. London, Souvenir.
- Csejtei Dezső 2002: Megjegyzések a halál hermeneutikájához. In Veress Károly (szerk.): *A filozófia alkalmazása – alkalmazott filozófia*. Kolozsvár, Pro Philosophia. 82–93.



- Dubiel, Helmut 2011: What is „Narrative Bioethics”. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 5., 2011/10., 1–2.
- Frank, Arthur W. 1998a: Just listening: Narrative and deep illness. *Families, Systems & Health*, 16., 1998/3., 197–212.
- Frank, Arthur W. 1998b: Narrative ethics as dialogical story-telling. *Hastings Center Report*, 44., 1998/1., 16–20.
- Frank, Arthur W. 2004: Narratives of Spirituality and Religion in End-of-Life Care. In Hurwitz, Brian – Greenhalgh, Trisha – Skultans, Vieda (szerk.): *Narrative Research in Health and Illness*. Oxford, Blackwell. 132–145.
- Frank, Arthur W. 2011: The philosopher as ethicist, the ethicist as storyteller. In Wiggins, Osborne P. – Allen, Annette C. (szerk.): *Clinical Ethics and the Necessity of Stories, Essays in Honor of Richard M. Zaner*. Dordrecht, Springer. 153–163.
- Garden, Rebecca 2010: Disability and narrative: new directions for medicine and the medical humanities. *Journal of Clinical Ethics* 21., 2010/2.; *Medical Humanities*, 36., 2010/2., 70–74.
- Gawande, Atul 2005: *A gyógyítás útvesztői. Egy sebész feljegyzései egy tökéletlen tudományról* (ford. Mátrai Edit). Budapest, Animus.
- Gillett, Grant 2008: *Subjectivity and Being Somebody: Human Identity and Neuroethics*. Exeter, Imprint Academic.
- Groopman, Jerome 2008: *Hogyan gondolkodnak az orvosok?* (ford. Gilicze Bálint). Budapest, Akadémiai.
- Hunter, Kathryn Montgomery 1996: Narrative, Literature, and the Clinical Exercise of Practical Reason. *Journal of Medicine and Philosophy*, 21., 1996/3., 303–320.
- Imre József, id. 2012 [1925]: *Orvosi ethika: Előadások az orvosi élet helyes folytatásáról*. Budapest, Medicina (reprint).
- Jones, Ward E. 2012: The art of dying. *Philosophical Papers*, 41., 2012/3., 435–454.
- Karinthy Frigyes 1987: *Utazás a koponyám körül*. Budapest, Szépirodalmi.
- Kovács Gusztáv 2015: Hol a helye a gyermeknek? A reprodukciós medicina és az életutak logikája. *Századvég* (jelen lapszám).
- Krznaric, Roman 2014: *Empathy*. London, Rider.
- Kundera, Milan 1992: *A regény művészete* (ford. Réz Pál). Budapest, Európa.
- Lewis, Bradley E. 2011a: *Narrative Psychiatry: How Stories Can Shape Clinical Practice*. Baltimore (MD), Johns Hopkins University Press.
- Lewis, Bradley E. 2011b: Narrative medicine and healthcare reform. *Journal of Medical Humanities*, 32., 2011/1., 9–20.
- Mergenthaler, Daniela 2000: Oliver Sacks – A neurologist explores the lifeworld. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3., 2000/3., 277–285.
- Meza, James P. – Passerman, Daniel S. 2011: *Integrating Narrative Medicine and Evidence Based Medicine: The Everyday Social Practice of Healing*. London, Radcliffe.
- Nemes László 2012: Bioetika a tévéből: Doktor House esete. *Meditor*, 1., 2011/2., 101–109.



- Nemes László 2014: A klinikai etika visszatérése. *Lege Artis Medicinae*, 24., 2014/7., 386–392.
- Pintér Judit Nóra 2013: A betegség fenomenológiai tapasztalata. In Csabai Márta – uő (szerk.): *Pszichológia a gyógyításban: Fenomenológiai, művészetpszichológiai és testkép-központú megközelítések*. Budapest, Oriold és Társai. 15–41.
- Rorty, Richard 1998: Human Rights, Rationality, and Sentimentality. In: *Truth and Progress: Philosophical Papers*, 3. Cambridge, Cambridge University Press. 167–185.
- Schleifer, Ronald – Vannatta, Jerry 2013: *The Chief Concern of Medicine: The Integration of the Medical Humanities and Narrative Knowledge into Medical Practices*. Ann Arbor (MI), University of Michigan Press.
- Schultz, Dawson Stafford – Flasher, Lydia Victoria 2011: Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in Illness Narrative. *Journal of Medicine & Philosophy*, 36., 2011/4., 394.
- Singer, Peter – Singer, Renata (szerk.) 2004: *The Moral of the Story: An Anthology of Ethics Through Literature*. Oxford, Blackwell.
- Stanley, Patricia – Marsha Hurst 2011: Narrative palliative care: a method for building empathy. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 7., 2011/1., 39–55.
- Stoddard, Sandol 1992 [1978]: *The hospice movement: A better way of caring for the dying*. New York, Vintage.
- Sweet, Victoria 2014: *Isten Hotel: Gyógyító figyelem a modern orvoslásban* (ford. Bánnyász Réka). Budapest, HVG.
- Thomas, Philip 2014: *Psychiatry in Context: Experience, Meaning & Communities*. Monmouth, PCCS.
- Vannatta, Seth – Vannatta, Jerry 2013: Functional Realism: A Defense of Narrative Medicine. *Journal of Medicine and Philosophy*, 38., 2013/1., 32–49.
- Wittenberg-Lyles, Elaine M. 2006: Narratives of Hospice Volunteers: Perspectives on Death and Dying. *Qualitative Research Reports in Communication*, 7., 2006/1., 51–56.
- Zaner, Richard M. 1989: Failed or ongoing dialogues? Dax's case. In Kliever, Lonnie D. (szerk.): *Dax's Case: Essays in Medical Ethics and Human Meaning*. Dallas (TX), Southern Methodist University Press. 43–61.



A SOTE szülészeti klinikája 1972-ben. A látogatóknak tv-felvételen mutatják be az újszülötteket
© Semmelweis Egyetem Levéltára/Fortepan

Kovács Gusztáv

Hol a helye a gyermeknek? A reprodukciós medicina és az életutak logikája*

az orvostudomány emberi igényekre próbál választ találni. Történetét nemcsak a tudomány adta lehetőségek határozzák meg, hanem az emberi vágyak is. Ezek a vágyak azonban sohasem tisztán, hanem mindig a társadalmi folyamatokba ágyazódva jelennek meg. Ez a tézis igaz a reprodukciós medicina fejlődéstörténetére is. Úgy tűnik, hogy a modernitás felszabadította a nyugati embert a gyermekvállalás tekintetében is, amelyet a reprodukciós orvoslás lehetőségei csak újabb szintre emeltek. Ha ez igaz, akkor miért halljuk folyton beszélgetéseinkben, hogy valaki „kicsúszott” a gyermekvállalásból? Miért van az, hogy egyre nő azoknak a száma, akiknek életükben soha nem lesz gyermekük? És miért érzik sokan úgy, hogy a hangoztatott szabadság ellenére egyre több kényszerrel szembesülnek a gyermeknevelés kapcsán?

Meet the Twiblings

Ahhoz, hogy világosan lássuk a mai életutak jellemzőit, esélyeit és nehézségeit, valamint a családi kapcsolatok egyre jellemzőbb bonyolultságát, érdemes felidézni Melanie Thornstrom történetét, amely 2010. december 29-én a *New York Times*-ban megjelent *Ismerd meg az ikerestvéreket!*¹ című cikk nyomán járta be a világot (Haker 2011, 24–33;

* A kutatás a TÁMOP-4.2.4.A/2-11/1-2012-0001 Nemzeti Kiválóság Program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



Thernstrom 2011). A történet azért lehet tanulságos, mert – annak ellenére, hogy valós – karikatúrája annak a folyamatnak, amely a családi viszonyok társadalmi mértékben tapasztalható újrarendezésére irányul. Melanie-nak, férjének és gyermekeinek, valamint – bármily meglepő a megfogalmazás – a gyermekek másik három szülőjének a története szinte minden olyan elemet felvonultat, amely jól megvilágítja a gyermekvállalással kapcsolatos kihívások hátterét.

Melanie Thernstrom Dantét idézve, meglehetősen drámai mondattal kezdi a cikket: „Az emberélet útjának felén egy nagy sötétlő erdőbe jutottam, mivel az igaz utat nem lelém.” (Dante 2002, 73.) A kiváló író, a Harvard Egyetem egykori diákja, 41 évesen találkozott a nála öt évvel fiatalabb Michaellel, későbbi férjével. Melanie ekkor már túl volt négy mesterséges beültetésen, és amikor Michaellel már az ötödikre jelentkeztek, az orvos elutasító választ adott. Melanie számára különösen nehéznek bizonyult ez a helyzet, hiszen a férje képes volt a gyermeknemzésre: „A gyermeknevelés kulcsfontosságú része volt az életéről alkotott elképzelésének, és ha kortársai közül házasodott volna, akkor valószínűleg egy termékeny nő lett volna a felesége.” (Thernstrom 2011.) Az elutasítás után a pár újragondolta a lehetőségeit, és abban reménykedtek, hogy örökbe fogadhatnak egy gyermeket. Bár több ügynökséggel is felvették a kapcsolatot, Melanie kora és egészségi állapota miatt nem sok jóval biztatták őket. Ezután ismét felkerestek egy orvost, aki a következő kérdést tette fel Melanie-nak: „Az a célod, hogy átéld a terhesség élményét, vagy az, hogy egészséges gyermekek legyen? (...) Ha valóban egészséges gyermeket akarsz, akkor keress egy béranyát és egy petesejt-donort.” (I. m.) Melanie és férje – mivel ikreket szerettek volna, ugyanakkor ismerték az ikerterhesség kockázatait is – amellett döntöttek, hogy egy donor mellé rögtön két béranyát keresnek, így biztosítva azt, hogy a gyermekek ikrek legyenek ugyan, de a „természetes” úton kihordott ikrek számára fennálló kockázatot kikerüljék. Így találtak Melissára és Fie-ra, akik kihordták és öt nap különbséggel világra hozták Violetet és Kierant.

A történet, amit néhány évtizede még a tudományos-fantasztikus elképzelések közé soroltunk volna, mára teljes mértékben hihetővé vált, hiszen mindaz az orvosi technológia, amely lehetővé tette, hogy Melanie-nak két különböző béranya hordja ki a férjétől és egy petesejt-donortól származó gyermekeit, a mindennapjaink részévé vált. Éppen azért érdekes számunkra a történet, mert akármennyire is szélsőséges

¹ A *twiblings* kifejezés az angol *twins* (ikrek) és *siblings* (testvérek) szavak összetételéből született. A magyar ikertestvérek szó nem adja vissza tökéletesen az angol kifejezés éleit, ami arra utal, hogy az ikrek különböző anyától születtek.



példa, mégis a fejlett társadalmak mindennapjainak jellemző vonásait hordozza: a családot, a lehetséges életutak körét, valamint a gyermekhez való viszonyt illetően. De miért lehet tipikus egy ilyen, meglehetősen rendhagyó történet? Talán éppen azért, mert a modern privát viszonyok karikatúrájaként felnagyítja azokat a momentumokat, amelyek a nyugati világban az életutakat s bennük a párkapcsolatokkal és a gyermekvállalással kapcsolatos zavart tanácsstalanság társadalmi hátterét jellemzik: az egyénre nehezedő terhet, hogy eligazodást nyújtó minta hiányában saját maga írja az élettörténetét.

Demográfiai változások

Még ma is igaz, hogy minden egyéni élettörténet családban kezdődik. Ez úgyben azonban meglehetősen rosszul állnak a nyugati társadalmak, ha igazak a „család kríziséről” szóló tézisek. Ha a számokat nézzük, a családdal kapcsolatos demográfiai adatok három, szinte minden társadalomra érvényes trendet mutatnak: a házassági kedv csökkenését és a házasság időpontjának kitolódását (Pongrácz 2012, 12), a válások növekvő számát (Földházi 2012, 29) és a csökkenő gyermekszámot (Kapitány–Spéder 2012, 35), valamint az első gyermeket vállaló szülők idősebb korát. Ezek következtében egyes kutatók már azt kérdezik, hogy *Mi jön a család után?* (Beck-Gernsheim 2010), míg mások reménykedve azt, hogy *Van-e jövője a családnak?* (Marschütz 2011). Az említett trendek nemcsak Magyarországra, hanem különbségekkel ugyan, de szinte a teljes nyugati világra jellemzőek. Ezért lehet az, hogy bár Melanie az Egyesült Államokban él, életútja mégis minden említett társadalmi trendbe tökéletesen illeszkedik – a válást illető megállapítás kivételével. Kitolódó tanulmányi ideje, késői házasságkötése és gyermekvállalása semmilyen szempontból sem mondható kirívónak. De miért alakulhatott ez így? Mivel magyarázható, hogy nemcsak Melanie, hanem egyre több generáció jár be hasonló életutat?

A hagyományos életutak vége

Az első ilyen ok, hogy a korábban érvényes *hagyományok* hirtelen *érvényüket veszítették*. Az Európát hosszú időn át jellemző paraszti társadalmakban a hagyományok határozták meg az egyén státuszát és cselekvési lehetőségeit: neveltetését, munkáját, párválasztását, családtagjaival és a



falu többi lakójával szembeni kötelezettségeit. A faluközösség hagyománya jelentette azt a keretet, amelyben életútja többé-kevésbé megjósolható módon lezajlott. A közösség által hordozott hagyományok nagymértékben korlátozták ugyan a lehetséges magatartásformák körét, és a tőlük való eltérést is erőteljesen büntették, ezzel együtt bizonyos védelmet is nyújtottak az egyén számára: döntési helyzetben, különösen az életutat érintő nagy kérdésekben vissza tudott nyúlni a közösség által hordozott magatartásmintákhoz. A hagyományos tudás azonban egy új helyzetben legtöbbször nem alkalmazható. Ennek egyik példája a városiasodás, amelynek során a falusi közösségből kiszakadó ember teljesen új világba kerül, ahol a hagyományos élettudást már csak korlátozott mértékben érvényesítheti.

Az egyén oldaláról ez azzal jár, hogy új élettudást kell felépítenie, amely csak kis folytonosságot, viszont annál nagyobb törést mutat a korábbi falusi közösségben érvényessel. Ez a feladat pedig szinte teljesen az egyén vállára nehezedik. A messzire nyúló hagyományokkal való radikális szakítás azt is jelenti, hogy az egyén későbbi életútja során már nem támaszkodhat rájuk. Ez pedig óriási teher, hiszen a hagyomány nemcsak korlátot jelent, hanem egyszersmind tehermentesít is az életút során hozandó döntések alkalmával. A bizonytalanság második oka tehát az *individualizáció*, amely azt jelenti, hogy az életútját mindenkinek egyéni döntésein keresztül, a korábbi társadalmi kötöttségektől függetlenül kell megalkotnia.

Ezt emeli ki Peter Berger, amikor találóan az „eretnekség kényszeréről” (Berger 1980) beszél, hiszen a *hairészisz* szó a görög nyelvben válogatást jelent. A mai ember nem élhet az áthagyományozott döntési lehetőségek bevett kánonja szerint, hanem arra kényszerül, hogy élete során temérdek lehetséges út között válogasson. Ez azonban azt is jelenti, hogy a mai társadalom nagy tudatosságot és a folyamatos önreflexió képességét követeli meg mindenkitől. Nem lehet kényelmesen abban bízni, hogy a régi ma és mindig érvényes lesz, hanem jól átgondolt, megfontolt döntéseket kell hozni. Ez azonban sok esetben éppen ellenkező hatást ér el: elbizonytalanodást, félelmet és bénultságot szül.

Ezt fokozza, hogy az egyének rengeteg különböző életút között választhatnak. A bizonytalanság harmadik oka tehát a *pluralizálódás*, amely a lehetséges életállapotok gazdagsága, valamint a választható értékek sokasága révén az életút során meghozható választásoknak rendkívül széles kínálatát hozta létre a nyugati társadalmakban. Ez persze összefügg az individualizációval, hiszen „minél inkább egyénileg megformáltak az élethelyzetek, annál plurálisabbak az adott társadalomban fellelhető életstílusok” (Mette 2005, 48). A bőség zavara azonban nagyon sok esetben éppen a szabadság ellen hat, mert az egyes életstílusok és



az általuk hordozott értékek közötti döntést elősegítő általános mércek a hagyományok felbomlásával nagyrészt eltűntek. A pluralitás csak akkor hat a szabadság irányába, hogyha az egyén a pluralitás elviseléséhez és az adott lehetőségek figyelembevételével történő döntések meghozatalához megfelelő döntési kompetenciával rendelkezik.

A negyedik ok, ami a bizonytalanságot fokozza, a társadalom *differenciálódása* és *specializálódása*. Eszerint a társadalom a különféle célok mentén differenciálódik, és olyan intézményeket hoz létre, amelyek az egyes feladatok ellátásáért felelnek. Különösen agrártársadalmakra volt jellemző, hogy a család az alapvető feladatait – termelés, fogyasztás, a gyerekek szocializációja és a felnőttek pszichés és fizikai védelme – sokkal szélesebb körben és főleg egységben látta el. A ház fogalmába ezeken a szerepeken túl gyakran a vallási és a jogi illetékesség is beletartozott. A társadalom differenciálódásával azonban ezek a szerepek részben kikerültek a család feladatai közül, és a társadalmi szerveződés magasabb szintjei vették át azokat. Nézőpont kérdése, hogy ezzel a család szerepvesztése vagy tehermentesítése történt-e meg (Mitterauer 1991, 100–125). Elsősorban ez az oka annak, hogy a modernitással a nyilvános és a magánszféra egyre inkább elkülönül egymástól. Az említett feladatok döntő többségét a nyilvánosság veszi át, és ezzel egyre inkább lehatárolja a privát szféra területét.

A két szféra azonban két különböző logika mentén érvényesül. A nyilvánosságnak szüksége van a privát világra, mivel a reprodukció, amely a társadalom utánpótlását biztosítja – tehát elsősorban munkaerőt jelent –, még mindig oda tartozik. Ugyanakkor a nyilvánosság logikájával szemben áll a magánszféráé, hiszen ez utóbbi, ami továbbra is a gondoskodásnak az első számú helye, nem hagyja magát tervszerűsíteni, hanem a benne részt vevő személyek igényeihez is igazodik. Az élet igazán személyes mozzanatait, mint a születés, a halál, a szerelem vagy a betegség, aligha engedik, hogy tervezzék őket. A nyilvánosság logikája azonban a folyamatosságon, a tervezhetőségen és a termelékenységén alapszik, ami csak kevéssé egyeztethető össze egyedi eseményekkel. A nehézséget éppen az okozza, hogy a két, szinte összeegyeztethetetlen logika között az egyénnek kell újra és újra megtalálnia az egyensúlyi helyzetet.

A társadalom differenciálódása és az azon belüli specializálódás azonban nemcsak nehézségekkel jár az egyént és a privát szférát illetően, hanem új lehetőségeket is teremt. Például adott esetben a megnövekedett szabad idő új lehetőség a család számára, amely az említett egyensúly megtalálását elősegítheti. A családnak a társadalmi differenciálódás következtében történt funkcióvesztése egyáltalán nem okozza



annak kiüresedését, sokkal inkább új és sok tekintetben hangsúlyosabb feladatok megjelenését jelenti.

De milyen hatással vannak a gyermekvállalásra és a szülő-gyermek kapcsolatra a bizonytalanság bemutatott okai, a hagyományok felbomlása, az individualizáció és a társadalmi pluralizálódás? Mit jelent szülőnek és gyermeknek lenni a megváltozott körülmények között?

A gyermekvállalás keretei

A hagyományok felbomlásával a gyermekvállalást illető normák is megszűntek. Például az agrártársadalmakban az utódnemzés általában nem kérdés, hanem az élet természetes folyamatának része, amely legfeljebb valamilyen átok vagy balszerencse miatt maradhat el. Az utódnemzést körülvevő intézmény, a házasság és a hozzá kapcsolt normák stabil keretet biztosítottak a gyermekvállalás számára. Meghatározták, hogy ki kivel, milyen családi és vagyoni háttérrel házasodhat, és azt is, hogy mikor. Ma már nem lehet azonban természetességről beszélni, éppen azért, mert a hagyomány által hordozott intézményesített keretek felbomlottak. Sem a házasság, sem a párkapcsolat, de éppúgy a gyermekvállalás sem „természetes” részei az életnek, hanem egyéni döntések függvényei. Az egyén – akár férfi, akár nő – a párkapcsolatot és a gyermekvállalást illetően is rengeteg opcióval találja szembe magát. Eldöntheti, hogy egyedül vagy párkapcsolatban akar élni; hosszú távon vagy csak időlegesen; akar-e házasságot kötni, vagy távol tartja kapcsolatát mindenfajta intézményesítéstől; fiatalon vállal-e gyermeket, vagy elhalasztja harmincas éveinek végéig; egyedül vagy társsal akar gyermeket vállalni. Ez a rövid felsorolás is mutatja, hogy milyen gazdag a döntési lehetőségek köre. Ahogy a párkapcsolat, úgy a gyermekvállalás is egyéni kérdés lesz, amelyet gátolhatnak vagy segíthetnek külső tényezők, de az egyén vállára nehezedő alapos mérlegelés terhét nem veszik át.

A gyermekvállalás individualizációjához az is hozzátartozik, hogy a belőle származó felelősséget sem egy, a felelőségek elosztását hagyományos értékek alapján rendező család vagy közösség vállalja. A gyermekvállalás körülményeivel és a neveléssel kapcsolatos döntések teljes mértékben a gyermeket vállaló szülőket terhelik. Akár jól, akár rosszul döntenek, a végső felelősség az övék.

Az egyik legfontosabb kérdés például az, hogy meg tudják-e teremteni azt a privát világot, ami a gyermekvállaláshoz szükséges. Ez nagyrészt attól függ, hogy miképpen boldogulnak a nyilvánosságban: van-e



például megfelelő munkájuk, lehetőleg olyan, amely teret és időt hagy a magánszféra számára, illetve van-e megfelelő anyagi és kapcsolati tőkéjük ahhoz, hogy privát világukat berendezzék, és fenn is tudják tartani. Egy falusi közösségen belül ez általában nem volt kérdés, hiszen a közös élet kezdetét jelentő házasságot – és legtöbbször a szerelmet is, amint azt a szülők által szervezett házasságok gyakorlata is mutatja – megelőzte a gazdasági alapok megteremtése. Ma azonban pont fordítva áll a dolog, hiszen az érzelmi kötelékre épülő párkapcsolatot követi a privát szféra megteremtéséhez és fenntartásához szükséges háttér létrehozása. Ez azonban nagymértékben megnehezíti a feladatot: a megfelelő partner megtalálása, az anyagi háttér megteremtése, valamint ezek időben és térben való együttállása és hosszú távú fenntarthatósága egyre ritkább. Akármennyire pluralizálódnak az élethelyzetek a mai nyugati társadalmakban, a gyermekvállalás (ideálisnak tekintett) háttérét mégis ezek a tényezők jelentik. Nem túlzás kijelenteni, hogy azok esetében, akik szeretnének ugyan, de valami oknál fogva mégsem tudnak (vagy mernek) gyermeket vállalni, a fenti, szükségesnek tekintett tényezők hiánya tehető felelőssé.

Hozzá kell tenni, hogy nem csak az említett társadalmi tényezőket illetően jelent rendkívüli kihívást a gyermekvállalás előfeltételeinek a megteremtése. A nehézség másik oka a társadalmi valóság és a mögötte meghúzódó anyagi-biológiai háttér között tapasztalható disszonancia. A nyilvánosság logikája különbözik a test logikájától, a társadalmi és a biológiai óra pedig csak nagyon ritkán mutatja ugyanazt az időt.

A privát világ felépítése persze nem pontszerűen történik, hanem egy folyamat eredménye. A szülőknek folyamatosan biztosítaniuk kell azokat a körülményeket, amelyek a gyermek fejlődését legjobban szolgálják. Ez pedig azt jelenti, hogy állandóan egyensúlyozni kell a nyilvánosság és a privát világ között a következő maxima szerint: úgy kell teljesíteni a nyilvánosságban, valamint úgy kell élni az általa nyújtott lehetőségekkel, hogy a privát szféra számára minél több idő és tér maradjon. Ez akkor is igaz, ha a szülők rengeteg társadalmi segítséget kapnak a nyilvánosságon keresztül. Például egy bizonyos kor után nevelési-oktatási intézmények (bölcsőde, óvoda, iskola) veszik át a gyermek szocializációjával kapcsolatos feladatok egy részét, a szülési szabadságot pedig törvény biztosítja a munkát vállaló gyermekesek számára. Az élet hétköznapi bonyolultsága és kiszámíthatatlansága miatt azonban továbbra is megmarad az egyensúlyteremtés mindennapos feladata.

Fontos megjegyezni, hogy ez az egyensúly-teremtési feladat – a tapasztalat szerint – továbbra is egyenetlenül oszlik el. Míg a férfiszerepeket továbbra is a nyilvánosságban végzett tevékenységhez kötik, addig a magánszférával kapcsolatos feladatok, amelyek között kiemelkedő



jelentőségű a gyerekekről való gondoskodás, a női szerephez kapcsolódóan jelennek meg. A feladatok ilyen jellegű rugalmatlan és aszimmetrikus elosztása tovább nehezíti a nyilvános feladatok elvégzésének és a privát világ felépítésének az összehangolását.

Az értelemteremtő gyermek

„A világ legtermészetesebb dolga a vágy, hogy gyermekünk legyen” – írja Elisabeth Beck-Gernsheim (Beck-Gernsheim 2010, 114). E természetes vágy valóra válása azonban korántsem evidencia, hiszen a mai életutaknak már korántsem magától értetődő része a gyermek. Ha az életút döntések sorozata, olyan feladat, amelyet az egyénnek kell terveznie és végrehajtania, akkor ez éppúgy igaz a gyermekvállalásra – akármenyire is természetesnek tekintjük azt –, mint az élettársat, a lakóhelyet vagy a karriert illető döntésekre. Ez pedig meghatározza a szülő-gyermek kapcsolatot is: minden természetessége ellenére *választáson alapuló kapcsolat* mintájára alakul át, ami megnöveli a kapcsolat értékét, ugyanakkor nagyobb terhet jelent a szülő és a gyermek számára is.

Mivel az esetek többségében a szülők tudatosan, élethelyzetükhöz és életterveikhez mérten tervezik a gyermekvállalást, ezért a gyermek és a szülők közötti érzelmi kapcsolat felerősödik, és időben előbbre tolódik. Ez egyrészt annak köszönhető, hogy a gyermekvállalás intim és személyes ügy, amely a magánszférának az érzelmeket előtérbe helyező logikáját követi. Korábbi korokhoz viszonyítva a gyermek nem munkaerő, sokáig még nem is tartozik a nyilvánossághoz, legfeljebb előkészül a magánszférán kívüli életre. Másrészt olyan változások, mint a gyermekhalandóság kockázatának minimálisra való visszaszorítása, lehetővé teszik, hogy a szülők már nagyon korán fenntartások nélküli, szoros kapcsolatot létesítsenek a gyermekkel.

A szoros érzelmi kapcsolat lehetőségét tovább erősíti az is, hogy amint a pár-, úgy a szülő-gyermek kapcsolatnak is értelemteremtő funkciója van (Berger-Kellner 1965, 220–235). Amint a párkapcsolatban a felek a közös privát világ felépítése által lehetőséget teremtenek arra, hogy értelmet adjanak a kaotikus nyilvánosság világáról szerzett tapasztalatuknak és az ott végzett tevékenységüknek, a gyermeknek már a pusztán léte is hasonló, értelemteremtő szereppel bírhat. A gyermek szülők felé irányuló érzelmi kötődése révén, valamint a világban elfoglalt sajátos, a szülői gondoskodást előhívó léte által, képes a külvilág kaotikus összevisszaságát maga köré rendezni, értelmet csempészni a nyilvánosság világába, és célt adni a szülők tevékenységének. Így képes arra is, hogy a



nyilvánosság és a privát szféra összeegyeztethetetlen logikái közé hidat verjen. Amikor pedig a szülők azt mondják, hogy a „gyermek az életük értelme”, akkor arról a sajátos erőről (is) beszélnek, amely képes az életút széttöredezett és szétszóródott mozaikdarabkáit, mint mágnes a vasforgácsot, új alakzatba rendezni. A gyermek felértékelődésének ez is az egyik oka, hiszen az értelemteremtés ma különösen nehéznek bizonyuló feladatának kulcsfontosságú lehetőségét nyújtja.

De nemcsak a gyermek, hanem a szülő is hasonló értelemteremtő szerepben jelenik meg a gyermeke számára. Peter Berger szerint a külső világ kaotikusságát a szerető szülői törődés változtatja olyan kozmoszszá a gyermek számára, amelyben megbízhat:

„A gyermek felébred – talán nehéz álmából –, és egyedül találja magát az éjszakai sötétségben, névtelen félelemnek kiszolgáltatva. A valóság ismert körvonalai elmosódnak, sőt, láthatatlanná válnak. A káosz fog betörni. A gyermek édesanyja után kiált. Egy ilyen pillanatban az anya utáni kiáltás túlzás nélkül a rend főpapnője utáni kiáltással egyenlő. Az anyának, talán csak neki van hatalma, hogy a káosznak útját állja, és a világot teljességében helyreállítsa. Pontosan ezt teszi az anya. Kezébe veszi a gyermeket, és a magna mater időtlen mozdulatával ringatja. Lámpát gyújt, és meleg, biztonságot ígérő fény veszi körbe őt és gyermekét. Beszél a gyermekhez, és alattól énekel. És az alaphangja a világon mindig és mindenhol ugyanaz: »ne félj!«, »minden rendben«, »újra minden jó«. A gyermek talán még néhányszor felzokog, aztán fokozatosan megnyugszik. Visszanyerte bizalmát a valóságban, és ebben a bizalomban aludhat el újra. (...) Szülővé válni azt jelenti, hogy magunkra öltjük a világépítőnek és a világ védelmezőjének a szerepét. Ez egészen világosan megnyilvánul abban, ahogy a szülők megteremtik azt a környezetet, amelyben a gyermek szocializációja történik. Ennyiben ők annak a társadalomnak a közvetítői a gyermek felé, amelyhez ő is tartozik. Világépítők és világmegóvók azonban egy mélyebb értelemben is, ahogyan az az éppen leírt jelenetben olyan egyszerűen és egyszerűsmind titokzatosan felismerhető. A szerep, amelyet a szülők gyermekükkel szemben vállalnak, nemcsak egy bizonyos társadalmi rend képviselője, hanem maga a rend, a világnak azon alapvető rendje, amely szerint a bizalmunknak van értelme. Ez az a szerep, amely a szülőket főpapokká teszi. Az anya a fenti jelenetben akarva, nem akarva, ezt a szerepet játssza, függetlenül attól, hogy tisztában van-e azzal, hogy mit képvisel. »Mindен rendben van, minden újra jó« – ez az anyai és a szülői vigasz alapvető képlete. Nemcsak ez a bizonyos félelem, nemcsak ez a bizonyos fájdalom – nem, minden



rendben van. Ezt a képletet, anélkül, hogy bármilyen módon megváltoztatnánk, a következő kozmikus hatályú kijelentésre fordíthatjuk le: »Bízz a létben!« (Berger 1970, 79–80.)

Az értelemteremtés azonban nem lezárt térben és időben, hanem a környezettel való folyamatos kommunikációban jön létre. A szülői gondoskodás is a belső értelemteremtő tevékenység és a környezet elvárásai és kihívásai között zajlik. A szülői létnek az alapmozzanata a gondoskodás, hiszen, Hille Haker meghatározása szerint, „a szülőség nemcsak leszármazást jelent, hanem ezen túl egy sajátos, törődő és gondoskodó kapcsolatot egy másik emberrel, aki viszonylag hosszú ideig létében és jólétében függ azoktól, akik a szülei” (Haker 2011, 37). A gondoskodás azt jelenti, hogy a szülőktől is függ, mégpedig nagymértékben, hogy kivé válik a gyermekük. A gyermek a mai nyugati világban gyakran úgy jelenik meg, mint a szülők műalkotása, akinek Pygmalion szobrához hasonlóan önálló életre kell kelnie. Ezt erősítik a társadalmi elvárások is, amelyek mentén meghatározást nyer, hogy valaki a jó vagy a rossz szülő kategóriájába kerül. A nevelés normáit már nem a hagyományok, hanem a tudományosság és a szakértők hordozzák: a gyermekneveléshez szükséges ismeretet a pszichológiai, pedagógiai és orvosi szakértők és az általuk terjesztett tudásanyag jeleníti meg. „Mit tegyek, ha lázas a gyerek?“, „Mit tegyek, ha még nem beszél?“, „Mit tegyek, ha nem képes beilleszkedni az iskolai közösségbe?“ – ezeket a kérdéseket már nem a nagyszülők és az általuk áthagyományozott tudás, hanem a szakértői ismeret kell, hogy megválaszolja. A társadalmi differenciálódás tehát a szülői tudást sem hagyja érintetlenül: a szó szoros értelmében vett szülői tudás arra szorul, hogy szakértői tudással egészítsék ki, amint a szülői gyakorlatot is szakértő intézmények (iskola, óvoda) segítik. A szülő feladata, a „gyermek képességeinek lehető legjobb kibontakoztatása” (Beck-Gernsheim 2006, 94), immár professzionálissá válik, amit részben a szaktudás, részben pedig a szakértő intézmények segítségével érhet el.

A reprodukciós medicina társadalmi forradalma

A társadalomban felmerülő igények kényszerítették ki az egyes technológiák kifejlesztését, vagy az orvostudomány által megteremtett új lehetőségek idéztek elő bizonyos társadalmi változásokat? Melanie Thernstrom története jól illusztrálja, hogy a reprodukciós medicina



miképpen alakítja az egyes emberek élettörténetét. Bár magát a technológiát alapvetően semlegesnek tekintjük, mégis egy-egy technológiai újdonság elterjedése óriási változásokat hozhat, akár társadalmi méretekben is. Ha egy lehetőség adott, akkor már nem tehetünk úgy, mintha nem létezne. Az ember egyénileg, vagy akár közösségben is – amint például azt közismerten az *amish* közösségek teszik – lemondhat bizonyos technológiai újdonságok használatáról, de maga a lemondás is tudatos döntés. Ha adott egy cselekvési lehetőség, akkor lehet mellette vagy ellene dönteni, de akárhogy is döntünk, a lehetőségnek a tudata megmarad és hatással van ránk. Melanie is mérlegelte döntési lehetőségeit, amelyek között az örökbefogadás éppúgy szerepelt, mint a különböző reprodukciós eljárások. A cikk olvasása során végig tudjuk követni, hogy személyes élete és a felkínált lehetőségek miképpen formálják egymást és Melanie döntéseit is. Amikor férjével találkozik, és úgy döntenek, hogy gyermeket akarnak, akkor ezzel a döntéssel éppen nem az út végére, hanem egy új út kezdetére léptek: tisztázni kellett, hogy pontosan mi a céljuk, és az oda vezető utat is. Melanie arról számol be, hogy a kezelések során abban reménykedtek, ikreik születnek majd. Azt írja: „Teljes családot szerettünk volna, és azt, hogy ne kelljen újabb kezelésekkel szembenéznünk. Nagyon tetszett az ötlet, hogy a gyermekeink azonos korú társai legyenek egymásnak.” (Thernstrom 2011.) Amikor kiderült, hogy a beültetések nem eredményeznek terhességet, új utat kerestek, hogy céljukat megvalósítsák. Egy olyan utat, amit saját maguk is szokatlannak tartottak:

„Ha valóban azt akarjuk, hogy a gyermekeink azonos korúak legyenek, két béranyát kell találnunk, és párhuzamosan vállalni a két terhességet – mondta Michael. Ez örültség lenne – mondtam. Mindenestre örülten hangzott. Bár logikus volt, hiszen nagyobb esélyt adna arra, hogy a terhességek közül legalább egy életképes legyen, mégis furcsának hangzott és valahogy önhittnek, mintha a gyermekvállalás valami hiúsági kérdés lenne (...). Mi van akkor, ha egy gyerek vállalása még ésszerű, de az üres fészekből a telt házba való átmenet a történetünket Ikarosz történetévé fogja változtatni, és kihívjuk magunk ellen a sorsot, az anyatermészetet vagy bármely más erőt, amelyekben Michael alapvetően nem hisz és én sem hiszek, de mégis nyugtalanít minket?” (I. m.)

Nézzük meg közelebbről, hogy milyen szerepet játszik a technológia ebben a döntésben, amely a mai kor gyermekvállalással kapcsolatos döntéseinek a karikatúrájaként is szemlélhető! Melanie-nak és Michaelnek olyan helyzettel kellett szembenéznük, amellyel kapcsolatban nem



örökölhettek a korábbi generációktól cselekvési mintát, hiszen korábban ezek az eljárások nem is léteztek. Saját maguknak kellett meghozni a végső döntést, hogy mi az, amit igénybe vesznek a felkínált módszerek közül, és mi is a pontos céljuk. Mérlegelniük kellett az esélyeket ugyanúgy, mint a választható lehetőségek erkölcsi hátterét. Nem támaszkodhattak pusztán egyetlen ember tanácsára – legyen az orvos vagy rokon –, hanem megfelelő jártasságot kellett szerezniük az egyes beavatkozások előnyeit és kockázatait illetően, hogy a lehető legjobb döntést tudják meghozni. A módszerek sikerességi mutatóin túl azt is át kellett gondolniuk, hogy maga a módszer milyen új kapcsolati helyzetet fog teremteni. Miben változik meg kettejük kapcsolata, és milyen kapcsolatot akarnak kialakítani a béranyákkal. Sőt, gyermekeik helyett is megelőlegezett döntést kellett hozniuk: például akarják-e, hogy a béranyáknak kapcsolata legyen a gyermekekkel, vagy azt szeretnék, hogy a szülést követően anonimek maradjanak. Melanie-ék története mögött azonban rengeteg más tényező is meghúzódik, amelyek a reprodukciós medicina fejlődéséhez köthetők. A történet mögött egy egész sor társadalmi-történelmi folyamat húzódik meg, amely a gyermekvállalást az orvostudomány által felkínált új lehetőségeken keresztül újrafogalmazza.

Hille Haker egyenesen „forradalmakról” beszél. Szerinte

„A XX. században, különösen annak második felében, a reprodukciós medicinával kapcsolatosan két hatalmas forradalmat figyelhetünk meg: az egyik oldalon megkezdődik az orvosi küzdelem a nem kívánt terhességek megelőzésére, a másik oldalon pedig a meddőség és a sterilitás okozta gyermektelenség ellen.” (Haker 2002, 62.)

Az első forradalom tehát a fogamzásgátlás új lehetőségeivel következett be. Az első fogamzásgátló tablettát, az *Enovidot* 1957-ben engedélyezték az Egyesült Államokban, először csak menstruációs problémák kezelésére (Dhont 2010). Csak három évvel később, 1960-ban kapta meg a jóváhagyást kifejezetten fogamzásgátlási célból való alkalmazásra. Az *Enovid* 1961-ben került a piacra, és ezt nem sokkal később követte a német fejlesztésű *Anovlar* és a holland *Lyndiol*. Magyarországon 1967-ben vált elérhetővé az *Infecundin* nevű fogamzásgátló szer. A köztudatban a fogamzásgátló tablettá gyakran úgy szerepel, mint az az eszköz, ami kizárólagosan felelős a csökkenő gyerekszámért és a demográfiai krízisért. Ez azonban Magyarországot és más államokat illetően sem igaz teljes mértékben. Hazánkban 1967 előtt volt egy tízéves, nagyobb léptékű születésszám-csökkenés, az azt követő években pedig, ha kismértékben is, de növekedett az élve születések száma. Nem lehet tehát



azt állítani, hogy közvetlenül a tablettá lenne felelős az alacsony gyermekszámért. Beck-Gernsheim a következőképpen határozza meg a születésszám csökkenése és a tablettá bevezetése közötti összefüggést: „A tablettá, amint nevezik, csak eszköz egy cél eléréséhez, és köztudottan csak ott alkalmaznak eszközöket, ahol megfelelő célok, vágyak és motivációk is léteznek.” (Beck-Gernsheim 2006, 103.) Elismeri azonban, hogy „akkor is, ha nem a tablettá okozta a születésszám csökkenését, mégis lényegesen hozzájárult, mert éppen abban az időpontban vált hozzáférhetővé, amikor a célok is megváltoztak, vagy másképpen mondva: az eszközök és a célok éppen találkoztak.”

A tablettá lehetővé tette, hogy a párok a szexualitásról tudatosan le tudják választani a gyermekvállalást. Ettől kezdve már közel sem volt természetes, hogy a párkapcsolatból előbb-utóbb – ha minden jól megy – gyermek születik, és ez a kérdés is a pár személyes döntéseinek egyikévé vált. Hogy mikor és hány gyermek születik, vagy születik-e egyáltalán, kikerült a „természetesség” és a „társadalmi magától értetődőségek” kategóriájából, és a lehetséges szülők elhatározásának a függvénye lett. A gyermekvállalás és a szexualitás elválasztása igényének hátterét a nemi szerepek megváltozása mögött húzódó társadalmi folyamatok adják. Beck-Gernsheim találóan nevezi „kettéosztott élet”-nek (Beck-Gernsheim 1980) a nemi szerepek korábbi, éles társadalmi szétválasztását, miszerint a nő elsődleges feladata a család privát világában való jelenlét, amelynek középpontja a gyermekekről való gondoskodás, míg a férfi feladata a munka, tehát alapvetően a család anyagi támogatása. A XX. század hetvenes éveitől azonban – a szocialista blokkon belül már korábtól – egyre kevésbé volt fenntartható ez a logika. A nők már nemcsak a képzésben vettek ugyanolyan mértékben részt, mint a férfiak, hanem a nyilvánosságban végzett munka mértékét illetően is megközelítették őket. A felosztás, amely a nemi szerepeket az otthon és a nyilvánosság szigorú elválasztása mentén osztotta el, ténylegesen érvényét veszítette. Részben ez az oka annak, hogy a gyermekvállalás és a munka összeegyeztethetőségének a kérdése új módon vetődött fel, hiszen a nők, érthető módon, a férfiakhoz hasonlóan kamatoztatni akarták a képzés során megszerzett tudásukat a munka világában is, ami – mint arra már korábban utaltam – nem hagy túl sok teret a privát világ, tehát többek között a gyermekek számára sem.

Ugyanakkor, éppen a privát világ iránti igény erősíti fel a gyermek utáni vágyat, ez pedig az orvoslás területén a meddőség és a sterilitás leküzdésére irányuló kutatások társadalmi jelentőségét növeli. A reprodukciós medicina forradalmának szimbolikus napja 1978. július 25-e, amikor Angliában világra jött *Louise Joy Brown*, az első lombikbébi. (Nálunk még tíz évet kellett várni, hogy 1988. augusztus 24-én Pécsen



megszülessen az első magyar lombikbébi.) Az új, *in vitro* megtermékenyítésnek (IVF) nevezett eljárás lehetővé tette, hogy az emberi testen kívül létrehozott embriókat a gyermeket kihordó anyába ültessék. A módszer éppen annak a fordítottját érte el, mint amit korábban a tabletta: nem a gyermeknemzést választotta le a szexualitásról, hanem a szexualitást a gyermeknemzésről. Ez pedig az emberi reprodukció pluralizálódásához vezetett, hiszen ebben az esetben a gyermek a férfi és a nő szexuális érintkezése nélkül, valamint az anya testén kívül fogam meg. Ezt erősítették korábban a spermiumok lefagyasztását és tárolását, később pedig a petesejt megőrzését szolgáló és más reprodukciós technológiai eljárások. A reprodukciós medicina fejlődése azt az illúziót kelti, mintha valóban uralnánk a fogantatás folyamatát, a lombikbébiprogram pedig a természetes nemzésen túl „természetes” második opcióként van jelen a köztudatban. Kérdés, hogy ez a biztonságtudat, ami a statisztikák tükrében egyáltalán nem igazolható, mennyire járult hozzá az életpályát érintő trendek új dimenzióinak kialakulásához, mint például a gyermekvállalás időpontjának a kitolódása.

Az említett két forradalmon túl azonban nem szabad megfeledkeznünk egy harmadikról sem. A gyerekről való gondoskodás színvonala, legyen az újszülött vagy magzat, óriási mértékben növekedett az utóbbi évszázadban. A koraszülöttek ellátása például oly mértékben fejlődött, hogy már a 23. hét környékén született, nagyon kis súlyú csecsemőket is életben tudják tartani. De maga az a tény is, hogy a csecsemőhalandóságot óriási mértékben sikerült az utóbbi fél évszázadban visszaszorítani – az ötvenes évek elején ezer élve szülöttre vetítve 85 körül volt, az utóbbi években pedig 5 körül stagnál –, arról tanúskodik, hogy a születés körüli orvosi ellátás hatalmas mértékben fejlődött.

Az orvosi gondoskodás azonban ma már jóval korábban kezdődik (Bán–Papp 2006). A prenatális diagnosztika a születés előtt rengeteg információt szolgáltat a magzatról. A nő testébe való beavatkozást igénylő, invazív módszerek – amniocentézis, korionboholy-mintavétel, köldökzsinórból történő vérvétel vagy a magzati szövetminta vétele – alkalmasak arra, hogy kórképet állítsanak fel a magzat lehetséges rendellenességeiről. Az ultrahangos képalkotás pedig az orvosi funkción túl a szülő számára is lehetőséget nyújt, hogy szó szerint képet kapjon gyermekéről az anyaméhén belül. A preimplantációs diagnosztika pedig még korábban, az anyaméhén kívül, a beültetést megelőzően nyújt információkat az embrióról. Ez pedig újabb és újabb döntési helyzetet jelent az orvosok és a szülők számára egyaránt.



Társadalmi igény, orvosi megoldás

A bemutatott három forradalom (a fogamzásgátlás, az asszisztált reprodukció, valamint a korai ellátás fejlődése) szorosan összefonódik a párkapcsolat és a gyermekvállalás társadalmi kereteit átíró folyamatokkal. Ösztönzést nyertek a változásokból, ugyanakkor fel is erősítették azokat. Fontos, hogy megértsük ezt az összefüggést, hiszen csak így válik világossá, hogy a medicina egyre bővülő lehetőségei nemcsak az egészségügy szűken vett kontextusában, hanem a társadalom egészét tekintve jelentősek. Melanie-ék története egy olyan karikatúra, amely egyben valóságos is. Élesen megmutatkoznak benne az emberi vágyak, a korlátok, és az a társadalmi folyamat is, amelyben ezek megszületnek és formálódnak. Az egyéni döntések megnövekedett súlya, a hagyományos élettudás hiányában megjelenő tanácstalanság, a párkapcsolat és a gyermek értelemteremtésben játszott szerepe is világossá válik. Nemcsak a szabadság és a lehetőség, hanem a megnövekedett teher is. Ez az a háttér, amely a reprodukciós medicina kritikájának kiindulópontját kell alkossa.

Irodalom

- Bán Zoltán – Papp Zoltán 2006: Prenatális és preimplantációs diagnosztika. *Magyar Tudomány*, 166., 2006/3., 322–329.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth 1980: *Das halbierte Leben. Männerwelt Beruf, Frauenwelt Familie*. Frankfurt am Main, Fischer.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth 2006: *Die Kinderfrage Heute. Über Frauenleben, Kinderwunsch und Geburtenrückgang*. München, C. H. Beck.
- Beck-Gernsheim, Elisabeth 2010: *Was kommt nach der Familie? Alte Leitbilder und neue Lebensformen*. München, C. H. Beck.
- Berger, Peter L. 1970: *Auf den Spuren der Engel*. Frankfurt am Main, Fischer.
- Berger, Peter L. 1980: *The Heretical Imperative. Contemporary Possibilities of Religious Affirmation*. New York, Anchor.
- Berger, Peter L. – Kellner, Hansfried 1965: Die Ehe und die Konstruktion der Wirklichkeit. *Soziale Welt*, 16., 1965/3., 220–235.
- Dante, Alighieri 2002: *Isteni színjáték* (ford. Babits Mihály). Budapest, Szent István Társulat.
- Dhont, Marc 2010: History of oral contraception. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15., 2010/2., 12–18.
- Földházi Erzsébet 2012: Válás. In Óri Péter – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai portré 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. Budapest, KSH Népességtudományi Kutatóintézet. 21–30.
- Haker, Hille 2002: *Ethik der genetischen Frühdiagnostik*. Paderborn, Mentis.



- Haker, Hille 2011: *Hauptsache gesund! Ethische Fragen der Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik*. München, Kösel.
- Kapitány Balázs – Spéder Zsolt 2012: Gyermekvállalás. In Óri Péter – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai portré 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. Budapest, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. 31–44.
- Marschütz, Gerhard 2011: Hat die Familie eine Zukunft? Analysen und Perspektiven aus dem deutschsprachigen Raum. *Family Forum*, 1., 2011/1., 45–61.
- Mette, Norbert 2005: *Einführung in die katholische Praktische Theologie*. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Mitterauer, Michael 1991: Funktionsverlust der Familie? In Uő – Sieder, Reinhard (szerk.): *Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Zum Strukturwandel der Familie*. München, C. H. Beck. 100–125.
- Pongrácz Tiborné 2012: Párkapcsolatok. In Óri Péter – Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai portré 2012. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. Budapest, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. 11–20.
- Thernstrom, Melanie 2011: *Meet the Twiblings*. http://www.nytimes.com/2011/01/02/magazine/02babymaking-t.html?_r=0, utolsó letöltés: 2014. október 1.

MAGYAR SZEMLE

VIZI E. SZILVESZTER: A HÍD KÖZÉLET, TUDOMÁNYOSSÁG ÉS ORSZÁGIMÁZS KÖZÖTT – ENTZ GÉZA: NÉMETH MIKLÓS, A BÉKÉS ÁTMENET MINISZTERELNÖKE – BOD PÉTER ÁKOS: EURÓPAI KÖZGAZDASÁGTAN? CSABA LÁSZLÓ KÖNYVÉRŐL – NORMAN DODGE: AZ AGYUNKRA MENT SZEX – AZ INTERNETES PORNOGRÁFIÁRÓL – KÁDÁR GYÖRGY: FIZIKA ÉS HITTUDOMÁNY JOHN POLKINGHORNE NYOMÁN – ILLYÉS MÁRIA: AZ I. VILÁGHÁBORÚ MŰVÉSZETE A FÜREDI VASZARY VILLÁBAN





Röntgenvizsgálat a berlini Charité Egyetemen 1978-ban
© Semmelweis Egyetem Levéltára/Fortepan

Sándor Judit

A feminista bioetika szerepe a kortárs biotechnológia területén

Rosemary Tong (Tong 1998), Susan Sherwin (Sherwin 1992) és számos más feminista gondolkodó munkássága régóta táplálja és árnyalja a bioetikai gondolkodást. Ki komoly elméleti keretet adott, ki egy sajátos lencsén keresztül mutatta be a bioetika feminista vetületeit, ki antropológiai esettanulmányokon keresztül, ki elméletileg levezetve, a diszkrimináció elemzése révén jutott el ahhoz, hogy létezik és releváns a feminista bioetika. Azt persze már régóta tudjuk, hogy az élet kezdetén és végén számos kérdésben fontos szerepe van a páciens nemének, így például másként érinti a nőket és férfiakat a haldoklók gondozása, a terhesség, a fogamzás, a szülés, a meddőség és a reprodukciós jogok, de még a petesejt- és szervkereskedelem is. A nők szempontjainak láttatása más csoportok biotechnológiai igényeit is segítették. Mary Mahowald a feminista álláspontot a bioetika korrekciós eszközeként használta. Carol Gilligan a törődés etikáján keresztül mutatta be a női látásmód sajátos elemeit (Gilligan 1993). Az élettudományok társadalmi nemi elemeivel Sandra Harding és Helen E. Longino már a kilencvenes évek elején behatóan foglalkoztak (Harding 1991; Longino 1993). Azonban, ha a jelenlegi biotechnológiai kutatásokra gondolunk, ahol az egyén legtöbbször nincs is jelen, ivarsejtjei, szervei, szövetei, DNS-e viszont számos vizsgálatnak, analízisnek a tárgyai, ezért kétséges, hogy a már kimutatott, elismert különbségek egyáltalán számítanak-e még, és ha igen, mennyiben. Kérdés, vajon molekuláris szinten megismételhető-e ez az analízis, van-e jelentősége a nemeknek akkor, ha az emberi szövetek terápiás vagy kutatási célú felhasználásáról, azaz molekuláris szintű bioetikai genetika kérdésekről van éppen szó. A következőkben bemutatom, hogy az emberi test és egyes alkotóelemeinek biotechnológiai használata nyílt és rejtett nemi vonatko-



zásokat hordoz. A biotechnológiai beavatkozások során gyakran szinte megfélekeznek a test, főképp a női test jelentőségéről – ahogy Donna Dickenson fogalmaz; „a nő köddé válik”. Ezért számos olyan példával találkozunk, amelyben épp a test elhanyagolása miatt keletkezik komoly hiba, akár etikai vétség formájában. A bioetika emberi testre vonatkozó normái itt is érvényesek mindaddig, amíg a személyiség szempontjából ennek bármi jelentősége van. Kezdetben még a feministák, például Shulamith Firestone is a nők felszabadításának lehetőségét látták az új eljárásban, még jóval azelőtt, hogy a mesterséges reprodukciós ellátások megjelentek volna a napi gyakorlatban is. Bár a kezdeti IVF¹-eljárások sikerességi aránya sokáig rendkívül alacsony volt, és sokszor hosszas hormonkezelés és többszöri próbálkozás után sem hozott eredményt, mégis a közvélemény minden ellenérvet lesöpörve üdvözölte az új technikai lehetőséget.

A modern biotechnológia nem csak a mesterséges reprodukció területén szorul emberi sejtekre, szövetekre, az emberi test nők és férfiak esetében is egyre gyakrabban szerepel mint egyfajta „nyersanyagforrás”. Bármennyire is általános a szövetmintagyűjtés, célszerű megvizsgálni, hogyan jelennek meg, ha megjelennek a nemek közötti különbségek a biotechnológiai beavatkozások területén. A nemi különbségek persze kevésbé tűnnek lényegesnek szervadományozás, a DNS-mintavétel vagy a biobankok számára végzett donortoborzás kapcsán. Egészen más a helyzet azonban az emberi ivarsejtekkel végzett reprodukciós beavatkozások és az orvosbiológiai kutatások esetén. Petesejtekre az asszisztált reprodukció mellett egyre nagyobb mennyiségben van szükség a regeneratív gyógyászat területén is. „Egészen a XX. századig közepéig elképzelhetetlen volt, hogy reprodukciós céllal petesejteket és spermiumokat ültessenek át egyik testből a másikba. Mára ez a tevékenység egy több milliárd dolláros üzletággá vált.” (Almeling 2011, 1.) Mivel megfelelő mennyiségű petesejt leszívásához a beavatkozás előtt hetekig tartó hormonstimulációra van szükség, és mivel a petesejtek nem gyűjthetők be olyan gyakran, mint a spermiumok, a két eljárás biológiai és emberi szempontból egyaránt különbözik egymástól. Továbbá az *in vitro* megtermékenyítésre épülő ágazat elsősorban a nőkkel foglalkozik, a terméketlenséget pedig még mindig másképp ítéli meg a társadalom nők és férfiak esetében, a reprodukciós beavatkozások szinte mindegyikét nőkön hajtják végre. Ez persze azt is eredményezi, hogy ha csak a molekuláris szinten jelentkező bioetikai kérdéseket vizsgáljuk, a női test mintegy eltűnik, irrelevánssá válik. Pedig a petesejtek leszívását meg-

¹ In vitro fertilizáció, mesterséges megtermékenyítés.



előző hormonstimuláció, a petesejt-adományozás, az embrióbeültetés, a magzatvíz-mintavétel (amniocentézis)², a korionboholy-mintavétel³, a terhesgondozás, a prenatális vizsgálatok és a szülés mind hozzájárulnak a női test medikalizációjához. A férfiak teste lényegesen kevésbé van kitéve ezeknek az orvosi beavatkozásoknak, a spermium adományozása, levétele után a hosszú eljárás külső szereplőjévé válik. Mivel az ivarsejtekhez való hozzájutás más beavatkozásokat feltételez, a biológiai különbségek ahhoz vezethetnek, hogy a petesejtet „szűkös erőforrásként” fogja fel a tudomány és a reprodukciós medicina.

Az utóbbi időben felélénkültek a szexualizált és a nemi szerepekkel kapcsolatos, de az emberi testtel összefüggő viták annak kapcsán, hogy egyre elmosódottabb az emberi test határainak értelmezése. Vajon az egyén későbbi kezelése, a családtagok vagy mások gyógyítása, illetve az éppen kutatás céljából lefagyasztott és tárolt ivarsejtek, szövetek, DNS és köldökzsínórvér részét képezik az emberi testnek? Milyen jogokkal rendelkezhetnek felettük azok, akikhez korábban tartoztak? Donna Dickenson ezt a folyamatot vagy tendenciát úgy foglalja össze, hogy az emberi test értelmezése „*lényegesen elmosódottabbá vált*”. Egyrészt a

„testi funkciók kiválthatók vagy javíthatók olyan eszközök – például lélegeztetőgépek vagy szívritmusszabályzók – segítségével, amelyek eredetileg nem tartoztak a testhez... másrészt az emberi testből kinyert biológiai anyagokat tárgyként kezelik a kutatók és a velük való kereskedelemben érdekelt felek” (Dickenson 2007, 5).

Az emberi test különböző alkotórészeinek kutatási és elemzési célból történő felhasználása – és ezen keresztül a test egyes alkotórészeinek előtérbe állítása – átírhatja a jelenleg vizsgált nemi különbségeket, ugyanakkor átértelmezheti a korábban csak a nők által ismert kiszolgáltatottság érzését. Donna Dickenson érvelése szerint „a nem rabszolgatartó rendszerekben a nőket sokkal inkább árucikként kezelték, mint

² Az amniocentézis, vagyis magzatvíz-mintavétel egy specifikus, terhesség alatt elvégezhető diagnosztikai eljárás, amely során az anyaméhből magzatvízmintát vételeznek, majd laboratóriumi eljárásokkal ezt elemzik. Így megállapítható, hogy a magzatnak vannak-e súlyos fejlődési rendellenességei.

³ Korionboholy-mintavétel során az orvos kis mintát távolít el a méhlepényt alkotó apró nyulványokból, a korionbolyhokból. Ezt a vizsgálatot bizonyos magzati fejlődési rendellenességek felismerésére a 10–12. hét között szokták végezni. Korionboholy-mintavétel alkalmazható amniocentézis helyett is, kivéve, ha magzatvízmintára is szükség van, például akkor, ha a magzatvíz AFP (alfa-fetoprotein)-szintjét is meg kell mérni.



a férfiakat" (Dickenson 2008, 163–164). Az angolszász jogrendszerben a *coverture* alapelve szabályozta a házasság intézményét, melynek értelmében a férj rendelkezett a nő bevétele és munkaerije fölött. Ráadásul több országban huzamosabb idő kellett annak felismeréséhez, hogy a házasságon belüli nemi erőszakot bűncselekménynek tekintsék. Más megállapodásokkal ellentétben a házassági szerződésben – folytatja Dickenson – „az érvényesítést célzó mechanizmus szinte kizárólag az egyik fél, nevezetesen a férj érdekeit szolgálta” (uo.). Dickenson párhuzamot von e tradicionális házassági megállapodás, valamint a szövetek és sejtek kutatási célból történő felhasználása kapcsán kötött szerződések között, mivel szerinte az utóbbi esetben is csak az egyik félnek kedvez a megállapodás, és nem annak, amelyik kiszolgáltatottabb helyzetben van. A páciens lemond minden anyagi előnyről, amely abból adódhat, hogy szöveteit felhasználják a kutatások során. E párhuzam alapján Dickenson kifejti, hogy a jelenleg folyó biotechnológiai kutatások, különösen az emberi sejtek és szövetek tömeges begyűjtése során, az emberi test „feminizálódik”, azaz hasonló módon kihasználhatóvá válik, mint korábban a nők teste. Hovatovább mindezek a folyamatok „a test fölötti tulajdon feminizálásától való általános félelemhez” vezetnek (i. m., 165).

Az azzal kapcsolatos vita, hogy az emberi test egyes elemei kezelhetőek-e áruként, vagy minden esetben részét képezik a személyiségnek, ma már lényegesen bonyolultabbá vált, és nemcsak a test egyes alkotóelemeit használó biotechnológiai beavatkozások sokasága miatt, hanem amiatt is, hogy nem csupán egész testünket, hanem annak részeit is egyre inkább identitásunk részeként kezeljük. Ez főképp a genetikára igaz, hiszen az emberi DNS szimbolikus értelemben a teljes emberi lényt is reprezentálja.

Az első kérdésemből adódik a második: ha a biotechnológia területén az emberi testtel kapcsolatos jogi kérdésekben a személyes jogok jelentik a kiindulópontot, akkor van-e jelentősége az érintett személy nemének? Más szóval: eltérő jogi problémákkal szembesülnek a nők és a férfiak annak kapcsán, hogy szerveiket, ivarsejtjeiket és DNS-üket felhasználják a biotechnológiában? Széles körű kutatási eredmények állnak rendelkezésre azzal kapcsolatban, hogy a nők és a férfiak eltérő tapasztalatokat szereznek az egészségügyi ellátás és a reprodukcióhoz kapcsolódó eljárások során. Érdemes megemlíteni például Judith Butler, Barbara Duden, Emily Martin, Ann Oakley, Susan Wolf, Margaret Lock és Sarah Franklin munkáit (Oakley 1984; Martin 1987; Duden 1991; Butler 1993; Wolf 1996; Lock–Franklin 2003). Butler szerint a női nem és a materialitás közötti összefüggés „etimológiai gyökerekre vezethető



vissza" (Butler 1993, 31), példaként hozza fel a *mater* és *matrix* (uterus, méh), valamint a *mater* és *materia* szavak közötti kapcsolatot. Továbbá Arisztotelész szerint a nők csak anyaggal járulnak hozzá a szaporodáshoz, míg a férfiak adják a formát. Tehát úgy tűnik, hogy a test anyagi természetét már régóta összefüggésbe hozzák a női minőséggel.

Számos, a testtel kapcsolatos nemi vonatkozású probléma (például a test feletti önrendelkezés jogának bármilyen korlátozása, a kiszolgáltatottság, valamint az újból és újból elnyomott, visszaszorított reprodukciós jogok) jelzi, hogy a hátrányos megkülönböztetés és a nőgyűlölet még mindig hatással van a nőkkel kapcsolatos orvosi gyakorlatra, politikára és joggyakorlatra is. Nem véletlen, hogy a dajkaterhesség, a béranyaság, a petesejt-adományozás, a petesejtfagyasztás, az anyaság idősebb korra „halasztása”, vagy a „mitokondriális anyaság” sokkal több vitát vált ki, mint az apaság alternatív esetei: a spermiumadományozás vagy -fagyasztás. A különbségtevés egyes elemei magyarázhatók biológiai különbségekkel: például azzal, hogy a petesejt nyérése jóval megterhelőbb, veszélyesebb, mint a spermium levétele; az viszont már kevésbé indokolható, hogy ha az anyának nincs megfelelő petesejtje, akkor kihordhatja a számára genetikailag idegen magzatot, míg ha petesejttel rendelkezik, de méhét el kellett távolítani, akkor morális kifogásokat emelnek az embrió más általi kihordásával szemben.

Az sem magyarázható csupán biológiai különbségekkel, hogy, ha valaki későbbi felhasználás céljára kívánja lefagyasztani, de nem kemo-terápiás kezelés miatt vagy nem is egészségügyi okból a petesejtjét, akkor erre nálunk sem igen van lehetősége, miközben a nők számára súlyosabb következményekkel jár a rövidebb reprodukív évekből való kicsúszás. Az asszisztált reprodukciós ellátások szabályozási következetlenségei szolgáltatják a legtöbb példát arra, hogy sejtszinten is releváns lehet a nemi diszkrimináció tiltása. Ez a jelenség a progresszív emancipációs küzdelmek, ágazati politikák és jogszabályok elsődleges célpontja. A nőkkel szembeni előítéleteket még nehezebb kimutatni ezen a területen, az e felfogások mögött álló hibás beidegződések, reflexek ellen pedig nehezebb küzdeni jogi eszközökkel. A hátrányos megkülönböztetés, a kiszolgáltatottság és a társadalom reprodukcióval kapcsolatos elvárásai gyakran hozzák olyan helyzetbe a nőket, amely testük kihasználásához vezet. A szexrabszolgaság és a prostitúció elsősorban a nőket érinti, ráadásul a gazdasági válságok sok nőt elkerülhetetlenül ebbe az irányba sodornak. A nőket megillető jogok védelmét célzó erőfeszítések ellenére továbbra is előfordul menyasszonyrablás és gyermeklányok férjhez adása. A kérdés az, hogy a női test árucikként való kezelése és kihasználása (mindaz, ami ellen a prostitúció vissza-



szorítása kapcsán küzdöttünk) megjelenik-e az emberi szövetek felhasználásával kapcsolatban.

Ez idáig a fenti problémák egyikét sem sikerült megnyugtató módon megoldani. Egyre csökkenő mértékben ugyan, de a világ túlnyomó részén továbbra is hatással vannak a férfi- és a női testtel kapcsolatos gondolkodásra. Számos kutató szerint a nemek közötti különbségek továbbra is relevánsak, még a gének és a kromoszómák szintjén is (Rapp 1988). Látványosan példázza ezt a máig érvényesülő trendet az, ahogy a népeśégtörténet-kutatók a nemi alapú migrációs mintázatokat tanulmányozzák, ugyanis eltérő módszereket alkalmaznak a női és a férfi felmenők vizsgálatánál. Azáltal, hogy lehetővé teszik a mitokondriális DNS és az Y-kromoszóma összevetését, a népeśégtörténet-kutatásban alkalmazott genetikai vizsgálatok végső soron bepillantást engednek a nemi különbségekbe is. Míg a mitokondriális DNS az anyától öröklődik, és a női demográfiatörténetet formálja, az Y-kromoszóma nem újrakombináladó része a férfi-népeśégtörténetet tükrözi. Napjainkban a biobankokban dolgozó kutatók nőktől és férfiktól egyaránt gyűjtenek mintákat. Az úgynevezett géndonorok térítésmentesen biztosítanak mintákat, itt is, de főként a reprodukció területén azonban feminizál az ajándék és az adományozás fogalmát középpontba helyező retorika.

Hogy mennyire sajátos terület ez, jól példázza, hogy az Egyesült Államokban több területen is sikerült jelentős előrehaladást elérni a nők jogait illetően, azonban a reprodukció és az új orvosi technológiák alkalmazása nem tartozik ezek közé, hiszen például a várandós nők jogait szisztematikusan megsértik⁴. Dickenson szerint az Egyesült Államokban rendkívül erősnek bizonyultak a piaci erők, és azok, akik a test árucikként való kezelése ellen tiltakoznának, nem tehetik ezt meg, mivel ők maguk is erre a lehetőségre támaszkodnak az abortuszhoz kapcsolódó vitában. Ebből adódóan meglehetősen bonyolulttá vált a nők termékenységük feletti rendelkezéshez és petesejtjeik értékesítéséhez fűződő jogainak különválasztása.

⁴ Nemcsak az anyasági ellátások szinte teljes hiánya, a rövid szülési szabadság, a mesterséges reprodukciós ellátások szabályozatlansága és magas költsége, de az állapotos (főként színes bőrű) nők magánéleti jogainak rendszeres megsértése is gyakran előfordul például gyógyszerfogyasztás miatt (*Ferguson v. City of Charleston*, 532 U.S. 67 [2001]) vagy az orvosi indokból végzett kései terhességmegszakítások esetében (például *Stenberg v. Carhart*, 530 U.S. 914, 931 [2000]).

Az ivarsejtek áruba bocsátása

A petesejtek értékesítése az *in vitro* megtermékenyítés megjelenése óta vitatott jelenség. Az *in vitro* megtermékenyítést a világ számos részén üzleti alapon működő magánklinikákon végzik. Ám a páciensek jogai ezen a területen is megkövetelik, hogy testrészeiket ne kezeljék pusztán árucikként. Elkerülhetetlen volt, hogy feszültség alakuljon ki az anyagi ellentételezés gyakorlati megoldásai és a haszonszerzés kizárása között. Egyre intenzívebbé válik a petesejtpiac üzleti jellege, és az árak közötti differenciálódás is megfigyelhető az ivarsejtek, sőt a hirdetések és reklámok tekintetében is.

Miközben a testhez kapcsolódóan a méltóság és a magánélet alapelve feltételezi a személyiség és a test egységét, a béranyák alkalmazása, valamint a petesejt- és spermadonorok, embriók és embriókból nyert őssejtek használata, sőt mindezen „termékek” minősége azt sugallja, hogy az emberi testet tulajdonként kezeljük.

Talán még bonyolultabb jogi kérdéseket vet fel az emberi oociták nyersanyagként való felhasználása reprodukciós eljárások és kutatások céljából. Vajon fizetni kellene a nőknek azért, mert petesejtjeikkel hozzájárulnak a tudomány fejlődéséhez? Ha ők semmilyen módon nem profitálnak petesejtjük adományozásából, tisztességes-e az, hogy a cégek és a kutatók anyagi haszonszerzés céljából használják fel petesejtjeiket? Figyelembe kell-e venni a petesejtek korlátozott számát? Vagy azt, hogy a petesejtek leszívása invazív, fájdalommal járó beavatkozás?

A koreai Huang-botrányt⁵ követő években nemzetközi vita bontakozott ki bioetikusok, kutatók és feministák között az oociták kutatási célból történő felhasználásáról, különösen az anyagi ellenszolgáltatás elfogadhatóságával kapcsolatban (Dickenson 2007; Waldby–Cooper 2008). 2009-ben Huangot elítélte a bíróság, mivel bebizonyosodott, hogy visszaélt a kutatási támogatásokkal, és jogsértő módon vásárolt emberi petesejteket kutatásaihoz. Munkatársaival együtt számos nőt vettek rá arra, hogy petesejtet (oocitát) adományozzanak kutatásaik számára. A nyomozás során kiderült, hogy az érintett nők közül sokan nem adták tájékozott hozzájárulásukat petesejtjeik felhasználásához, és közel 75 százalékuk jelezte, hogy pénzt kapott petesejtjeiért cserébe, vagy különböző anyagi ösztönzők ígéretével vették rá a programban való részvételre (Baylis 2009). A petesejtek kinyerésének, begyűjtésének és fagyasztásának mikéntje a XXI. század fontos bioetikai kérdése,

⁵ Huangot nemzeti hősként tisztelték Koreában ígéretesnek tűnő őssejtkutatásai miatt. Amikor azonban kiderült, hogy kutatási eredményeit meghamisította és csalt, elvesztette állását, és az őssejtklónozásra vonatkozó publikációkat vissza kellett vonnia.



amelyben egyaránt értelmezni kell a bioetika általános normáit a beleegyezésről és a tájékoztatásról, valamint a nemi különbségek jelentőségét az orvosbiológia területén.

Ingrid Schneider mások által idézett becslése szerint⁶, ha egyszer majd bevezetik az őssejtterápiát, és a technológia alkalmazásához még szükség lesz petesejtekre, akkor „az Egyesült Államokban minden 18 és 44 év közötti (vagyis kb. 55 millió) nőnek kétszer petefészekhormonstimulációs ciklusokon, majd laparoszkópiás műtéten kell átesnie” annak érdekében, hogy elegendő számú petesejt álljon rendelkezésre a Parkinson-kór, a cukorbetegség és az Alzheimer-kór kezeléséhez. Ha a petesejteket kutatási célból használják fel, és azokat vásárolják, a donoroknak kifizetett összeg a jelenlegi felfogás szerint az általuk vállalt egészségügyi kockázatokat ellensúlyozza. Az ivarsejtek árucikként való kezelése könnyen elfedheti azt a tényt, hogy orvosi beavatkozásról van szó, melynek során minimálisra kellene csökkenteni a beavatkozás kockázatait, és prioritásként kezelni a páciensek (donorok) jólétét. Ilyen helyzetben a donorokat gyakran nem páciensként kezelik. A nekik kifizetett összeget pedig gyakran úgy értelmezik, hogy azt a páciensek a kockázatok ellensúlyozásaként kapják. Ilyen esetben tehát az ellenszolgáltatás nem a test kezeléséért, hanem az ivarsejtek leszívásáért jár. Ugyanakkor azok, akik a kereskedelmi feltételek mellett érvelnek, gyakran hangoztatják, hogy ellenszolgáltatás hiányában az egész „adományozás” egyoldalú kizsákmányolássá válhat.

A petesejt-adományozásért fizetett ellenszolgáltatás kérdése meglehetősen bonyolult, mivel a beavatkozás megterhelő testi igénybevételt kíván a nők részéről. És itt nemcsak genetikai hozzájárulásról van szó: az eljárás ugyanis csökkentheti a donor jövőbeni reprodukciós esélyeit, fájdalommal, továbbá a petesejtleszívás és a hormonstimuláció szövődményekkel is járhat. A „fölös” petesejtek valóban begyűjthetők IVF-kezelés során is, ez azonban nem változtat azon, hogy az emberi petesejtek mennyisége korlátozott, leszívásuk fizikai és pszichológiai igénybevételt jelent a nők számára. Az emberi petesejtek leszívása hormonstimulációt igényel, és az eljárás sebészeti beavatkozást is magába foglal, ami jelentős egészségügyi kockázattal jár. Bizonyos, az ivarsejtek közötti biológiai különbségek komoly jogi problémát vetettek föl például az *Evans kontra Egyesült Királyság* ügyben.⁷ Az eset alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy a brit jog és a bíróság állásfoglalása azt a felfogást tükrözi, hogy az ivarsejt a felek közös tulaj-

⁶ Schneiderre hivatkozik: Phillips 2013, 154.

⁷ *Evans v. The United Kingdom* (Application no. 6339/05).



donát képezi, mivel az embrió mindkét féltől tartalmaz genetikai anyagot. Ezt a közös hozzájárulást a bíróság fontosabbnak ítélte, mint a petesejt- és a spermiumadományozás közötti különbséget – holott az előbbi invazív, az utóbbi pedig nem invazív orvosi beavatkozással jár. Számos más, az új biotechnológiákhoz kapcsolódó esethez hasonlóan ebben is újra kell gondolni a nemzeti vonatkozásokat.

Dickensont idézve Waldby és Cooper is megerősíti, hogy a regeneratív gyógyászat területén a nők reprodukív képességét használják fel a nyereségérdekeltektől, de ennek gazdasági értékét egyelőre nem ismerik el (Waldby–Cooper 2010). A reprodukív képesség eltelítése nem feltétlenül mond ellent annak a felfogásnak, hogy az emberi test komponenseit nem szabad árucikként kezelni. Szerintük azok a kutatók, akik különbséget tesznek közöttük, hogy az adott szervért/petesejtért vagy a kapcsolódó erőfeszítésekért és kényelmetlenségért fizetnek, petesejt-adományozás esetén nem magáért a petesejtért fizetnek, hanem azért, mert azt a nő kutatási vagy reprodukív célból „előállította”. Sajnos ez a felfogás nem változtat a petesejt árucikként való kezelésén és a kihasználás kockázatán. Ha a nők petesejtjei drágábbak, mint a hímvivősejtek, akkor a nehéz anyagi helyzetben lévő nők elkerülhetetlenül nagyobb készletet éreznek arra, hogy saját vagy családjuk megélhetésének biztosítása érdekében értékesítsék petesejtjeiket.

A petesejt árucikként való kezelésének másik következménye az *in vitro* beavatkozást végző klinikák közötti verseny. A gazdaság más ágazataiban a verseny esetleg jobb minőségű termékek létrehozatalát és gyorsabb szolgáltatásokat eredményezhet; a terméketlenség kezelésének terén azonban – ha a klinikák szabályozatlan üzleti modelleket alkalmaznak – a „jobb szolgáltatások” szükségszerűen a petesejtdonorként szelektálását, valamint hatékonyabb petesejtleszívó eljárások bevezetését jelentik, melyek célja több ivarsejt begyűjtése és több beültetés előtti genetikai szolgáltatás nyújtása. A fenti tényezők pedig együttesen azt eredményezik, hogy a terméketlenség kezelése egyre inkább eltörlődik a fajnemelő jellegű szelekció, valamint a megtermékenyítés és a terhesség túlzott medikalizációjának irányába.



A petesejtfagyasztás mint szolgáltatás

A petesejt fagyasztásának lehetősége jelentősen javult a mesterséges megtermékenyítés korai alkalmazásához képest. A fagyasztásnak/vitrifikációnak⁸ a technikai lehetőségen túl komoly befolyása lehet a férfiak és nők közötti egyenlőtlenségek kiküszöbölésében. A tanulmányok, az álláskeresés, a párválasztás, valamint a gyermekneveléshez szükséges körülmények biztosítása 30 év körüli életkorban a legvalószínűbb, ugyanakkor 38 éves anyai életkorban már sok orvos figyelmeztet a gyermekvállalás veszélyeire, és leginkább 35-36 éves korig tartják biztonságosnak a gyermekszülést. Azaz a nők esetében mindössze átlagosan 5-8 év áll rendelkezésre a családtervezés megvalósítására. Ez alatt a pár év alatt pedig történhet betegség, családi tragédia, állásvesztés, egészségügyi komplikáció, spontán vetélés, pszichés trauma, válás, párkapcsolat felbomlása vagy létesítésének nehézsége. A munkahely is ekkor várja el a legtöbbet, hiszen friss, ereje teljében lévő, de már nem tapasztalatlan, diplomás munkaerőről van szó. Sokakban ezért vetődik fel az anyaság technológiai bebiztosítása, mert e pár évből könnyű kicsúszni, és a petesejt fagyasztása nélkül a munkavállalás egyenlőtlen következményekkel jár nőkre és férfiakra nézve. Míg egy férfi esetében akár 50 éves korban is komoly eséllyel jöhet létre az apaság, ha ehhez még hozzávesszük, hogy a spermiumfagyasztás rutinbeavatkozás ma már, lényegesen kitolódik az az időtartam, amikor az életet és gyermeket nyugodtan tervezve lehet valaki apa. És ekkor csupán a gyermekvállalás biológiai aspektusaival foglalkoztunk.

Az Apple és a Facebook sajátos munkavállalói támogatást nyújt dolgozóinak 2015. január 1-jétől azzal, hogy 20 ezer dollár erejéig fizeti az alkalmazottak petesejtfagyasztásának költségeit. Az igazság kedvéért érdemes hozzátennünk, hogy a munkavállalók kedvezményei között szerepel a négy hónapos anyasági szabadság is, ami az Egyesült Államokban nagylelkű ajánlatnak számít. Most mégis vegyük csak a petesejtfagyasztás költségeinek átvállalását! A szokatlan ajánlatot többféle módon lehet értelmezni. Mivel nem csekély pénzbeli juttatásról van szó, érdemes eltöprengenünk, hogy vajon miért nem fogadta mégis elsöprő lelkesedés a gáláns ajánlatot. Van, aki a munkáltatói fondorlatot látja ebben, szerintük mind pályájuk, mind pedig reprodukív éveik szempontjából a csúcson lévő nőknél ez az ajánlat a karrier elsőbbségét hangsúlyozza, még hozzá nem is jelentéktelen ösztönzés formájában. Ezzel az érveléssel szemben azonban felhozható a női tapasztalás-

⁸ Gyorsfagyasztási eljárás.



talat, ha teheti, senki nem választja a természetes megtermékenyülés helyett a hosszadalmas, bizonytalan, hormonkezelést feltételező és az azt követő műtéti körülmények között végzett petesejtleszívást. Az ajánlat persze azt is sugallhatja, hogy nem kell az anyaságot előnyben részesíteni, lehet a pályát előbbre venni, és majd később családot tervezni. Ez az érvelésmenet viszont olyan esetekre lenne igaz, amikor a már családalapítást tervező és párban élő fiatal nő épp ettől az ajánlattól rendülne meg, és halasztaná későbbre az anyaságot. Ha valaki még a párját keresi, vagy csak épp nem áll még készen az anyaságra, annak azonban nagy megnyugvást jelenthet ez a petevésztartalék. Kissé kreatívabban értelmezhetjük persze úgy is a halasztás lehetőségét, hogy egyfajta liberális eugenikai szemlélet tükröződik abban, hogy fiatalkori, orvosi szempontból „jobb minőségű” petesejtet használ fel egy érettebb, műveltebb és tehetősebb pár a biológiai és a kulturális előnyök legjobb kombinációjával. A gyermekvállalás további elüzettedését is bele lehet látni viszont e sajátos költségtérítésbe, ha úgy értelmezzük, hogy a munkahely letette a voksát az anyaság halasztása mellett. Más oldalról nézve azonban családbarát gesztusnak is lehet tekinteni: a munkahely besegít azzal, hogy egy későbbi családítás helyett alternatívát biztosít. Nyilvánvalóan ez önmagában senkit nem kényszerít arra, hogy fagyassza le a petesejtjeit. A fő kérdés – csakúgy, mint a reprodukció mesterséges formáinak mindegyikében – inkább az, hogy az anyagi befolyásolás, a technika kezünk ügyébe helyezése milyen változásokat indít el, és mennyiben érinti a nők reprodukciós jogait.

A béranyaság kihívásai

A béranyaság a legtöbb európai országban tiltott gyakorlat, mivel a béranya kizsákmányolásához vezethet. Más országokban szabályozzák az asszisztált reprodukciót, de a jogszabályok gyakran nem rendelkeznek a béranyák státuszáról. A harmadik kategóriát azok az országok jelentik – ide tartozik az Egyesült Államok is –, amelyek nem szabályozzák az asszisztált reprodukciót, és ahol a béranyák státuszával kapcsolatban az esetjog nyújt némi iránymutatást.⁹ Az Egyesült Államokban az „M baba” ügyben¹⁰ (amely az országban az egyik legismertebb eset

⁹ A béranyaság körül keletkező jogviták egyik legismertebb példája: *Matter of Baby M*, 217 N.J. Super 313 (Ch.Div. 1987), *In re baby M*, 537 A. 3d. 1227 (N.J. 1988).

¹⁰ *Matter of Baby M*, 109 N.J. 396; 537 A.2d 1227; 1988 N.J. LEXIS 1; 77 A.L.R.4th 1.



ebben a témakörben) New Jersey legfelsőbb bíróságának egy olyan szerződés érvényességéről kellett döntenie, amelyben egy béranya vállalta egy házaspár számára a gyerekszülést. A béranya 10 ezer dollárt kapott azért, hogy művi inszemináció révén megtermékenyítsék, továbbá vállalta a magzat kihordását, valamint azt, hogy születése után átadja a gyermeket a biológiai apának és feleségének. A szerződésben rögzített feltételek szerint a Stern úr spermiumával mesterséges úton megtermékenyített petesejtből kifejlődött embriót a Whitehead nevű béranyának kellett kihordania (aki a gyermek genetikai anyja is volt). Szülés után a nőnek át kellett adnia a gyermeket Sternéknek. Ezt követően Stern úr felesége örökbe fogadhatta a gyermeket. Sok dolgot elárul a nemek viszonyáról, hogy Stern asszony, az anyaság várományosa nem volt a szerződő felek között, a béranya férje viszont igen. Ez a nyilvánvaló nemi egyenlőtlenség már előrevetítette, hogy kérdésessé válhat a szerződés teljesítése. Míg az első fokon eljáró bíróság a béranyasággal kapcsolatban kötött megállapodást érvényesnek ítélte, New Jersey legfelsőbb bírósága eltérő következtetésre jutott, és érvénytelenítette a szerződést arra hivatkozva, hogy az ütközik a vonatkozó jogszabályokkal és irányelvekkel. Ezen belül a bíróság hivatkozott a béranya anyagi ösztönzésére. Mint azt a bíróság hangsúlyozta, „a béranya anyagi körülményeitől” függő összegből adódóan „a nő kevésbé önként hozta meg döntését”.¹¹ A bíróság a kizsákmányolás elleni érveket is alkalmazta a döntésében. „Egy csecsemő adásvétele potenciálisan minden érintett fél kihasználását eredményezheti.”¹²

Az Egyesült Királyságban tilos az anyagi ellenszolgáltatásért vállalt béranyaság, de ha a béranyasági szerződés nem tartalmaz anyagi ellenszolgáltatásra vonatkozó feltételeket, akkor tolerálják a hatóságok a megállapodást, bár azt nem tekintik érvényesíthetőnek. Speciális problémák merülhetnek fel olyan esetekben, amikor a párok máshol próbálnak béranyát találni. Például Ukrajna – amely (még) nem tagja az Európai Uniónak – lehetővé teszi az üzleti alapon történő béranyaságot. Ebből már eddig is adódtak peres ügyek annak kapcsán, hogy brit és francia párok Ukrajnában próbáltak anyagi ellenszolgáltatásért béranyát keresni. Ukrajnában mind a családjogi törvény¹³, mind pedig az asszisztált reprodukciós technikák használatára vonatkozó utasításokat jóváhagyó minisztériumi rendelet lehetővé teszi a béranyákkal kötött, üzleti alapú megállapodást. Bár az ország aláírta az oviedói egyez-

¹¹ I. m. [1242].

¹² I. m. [1242].

¹³ <http://zakon4rada.gov.ua/laws/show/2947-14>, utolsó letöltés: 2014. január 20.-án.



ményt¹⁴, érdekes módon azon az állásponton van, hogy a béranyáknak fizetett anyagi ellenszolgáltatás nem ütközik az üzleti alapon nyugvó béranyasági megállapodások tilalmára vonatkozó rendelkezésekkel. Az ukrán jog az asszisztált reprodukciós eljárást kezdeményező jövődöbéli szülőket automatikusan a gyermek szüleiként kezeli.

X és Y esetében (2008)¹⁵ a londoni felsőbb bíróság családjogi tanácsa számára a fő kérdést az jelentette, hogyan kellene rendezni annak az ikerpárnak a helyzetét, akiket Ukrajnában szült egy béranya, de nem kaptak brit állampolgárságot, ezért gyakorlatilag hontalanná és jogi értelemben véve árvává váltak. Az esetben a leendő szülők havi 235 eurót fizettek a béranyának a terhesség ideje alatt, és egy összegben további 25 ezer eurót ígértek neki az ikrek élve születése esetén. Ezek a feltételek az ukrán jog szerint törvényesek. Az összeg azonban meghaladta az angol jog által engedélyezett költséghatárt. Ennek eredményeként a bíróságnak választ kellett keresnie arra a kérdésre, hogy a béranyának fizetett összeg aránytalanak minősül-e, továbbá a kérelmezők „jóhiszeműen és etikusan” jártak-e el a béranyával folytatott tárgyalások során.¹⁶ Ezek az esetek azt jelzik, hogy nemzetközi egyezményben kellene szabályozni a globális béranyasági szerződések kapcsán felmerülő kérdéseket. Látható tehát, hogy az árucikként való értelmezés önmagában nem nyújt kielégítő megoldást ezekben az összetett esetekben, mivel számos más emberi jogi kérdés is felmerül, ideértve például a gyermek jogait, a reprodukciós jogokat, valamint az emberi méltóság és a nemek közötti egyenlőség kérdését.

Következtetések

Napjainkban a nőktől és a férfiktól vett biológiai minták egyre inkább nyersanyagként számítanak a biotechnológiai kutatások, a reprodukció és a regeneratív gyógyászat területén. A test tárgyként, helyenként árucikként való kezelése, amit a reprodukció vitatott eseteiben korábban

¹⁴ Magyarországon a 2002. évi VI. törvény hirdette ki az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban 1997. április 4-én kelt, Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló egyezményt, valamint az egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban 1998. január 12-én kelt kiegészítő jegyzőkönyvét.

¹⁵ X & Y (Foreign Surrogacy) [2008] EWHC 3030 (Fam).

¹⁶ I. m., 21.



csak a nők tapasztalhattak meg és tettek szavá, mára általános gyakorlattá vált a biotechnológiában, sőt az egészségügyben is. Az egészségügy és a biotechnológia között ma szorosabb a kapcsolat, mint valaha. Ez megnehezíti, hogy valaki pusztán a klasszikus emberi jogokra hivatkozva érveljen, akár az egészséghez való joggal, akár a diszkrimináció tilalmával. Mint láttuk, a test és részeinek árucikként való kezelése az IVF-kezelések, a petesejt-adományozás, a béranyaság, az őssejtterápia, a köldökzsínórvér-tárolás, sőt a biobankok és a szabadalmazás területén is egyre inkább jellemző. Több szakértő a szervátültetés területén is célszerűnek tartja a gazdasági ösztönzők és az anyagi ellenszolgáltatás bevezetését, mégpedig az elérhető szervek alacsony számára hivatkozva, ami már önmagában is a szervek árucikként való felfogását tükrözi. Az európai megközelítés egy olyan általános alapelve épül, ami szerint a test és annak részei nem kezelhetők árucikként, ez a felfogás azonban, úgy tűnik, egyre kevésbé védhető. Akár tetszik, akár nem, elkerülhetetlennek tűnik az emberi szövetek és DNS bizonyos kontextusban való dologiasodása, mégpedig a donorok nemétől teljesen függetlenül. Hogy ebből a folyamatból ne keletkezzenek nagyobb károk, szükség lenne a feminista bioetika és egyáltalán a női nézőpont fokozottabb bevonására. A jelenleg alkalmazott biotechnológiai beavatkozások feminista és bioetikai aspektusai ugyanis nagyon is közel állnak egymáshoz. E terület rövid áttekintése a test alkotóelemeinek egyre fokozódó ütemben történő dologiasodását, sőt időnként forgalomképes dologgá válását tárta fel. A morális aggályok e területen nem új keletűek, de valószínűleg sokkal előrébb tartanánk, ha a női szempontok, a feminista bioetikusok korábban csupán a női reprodukcióra összpontosító, de kidolgozott szempontjai időben méltatást kaptak volna. E szempontok vizsgálata az elemzés során hasznosnak bizonyult, mivel lehetővé tette annak felismerését, hogy ez a trend ugyanazon problémákat veti fel, amelyeket a társadalmi nemekkel kapcsolatos tanulmányok és kutatások már azonosítottak és kimerítően tárgyaltak.

Mint láttuk, sajátos képet tár elénk a bioetika „sejtnézőpontból”. Számos kérdésben elbizonytalanodunk, a már megharcolt nemek közötti egyenlőségi küzdelmeket néha újra le kell folytatni, de legalábbis újra kell értelmezni. Pedig a feminizmus nézőpontja számos ponton gazdagíthatná, árnyalhatná a biotechnológia megközelítését, vagy legalábbis kimutathatná a szabályozás és a gyakorlat következetlenségeit. Persze tisztában vagyok azzal, hogy itt és most kevésbé népszerű ez az amúgy finoman körültekintő látásmód.

*Irodalom*

- Almeling, Rene 2011: *Sex Cells: The Medical Market for Eggs and Sperm*. Berkeley (CA), University of California Press.
- Baylis, Françoise E. 2009: For Love or Money? The Saga of Korean Women Who Provided Eggs for Embryonic Stem Cell Research. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30., 2009/5., 385–396.
- Butler, Judith 1993: *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of „Sex”*. New York – London, Routledge.
- Dickenson, Donna 2007: *Property in the Body*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Dickenson, Donna 2008: *Body Shopping: The economy fuelled by flesh and blood*. Oxford, Oneworld.
- Duden, Barbara 1991: *The Woman Beneath the Skin. A Doctor's Patient in Eighteenth-Century Germany*. Cambridge (MA), Cambridge University Press.
- Firestone, Shulamith 1979: *The Dialectic of Sex*. London, Women's Press.
- Gilligan, Carol 1993: *In a Different Voice*. Cambridge (MA), Harvard University Press.
- Harding, Sandra 1991: *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from Women's Lives*. Ithaca (NY), Cornell University Press.
- Lock, Margaret – Franklin, Sarah (szerk.) 2003: *Remaking Life and Death: Toward an Anthropology of Biosciences*. Santa Fe (NM) – Oxford (NY), School of American Research Press.
- Longino, Helen E. 1993: Subjects, Power, and Knowledge: Description and Prescription in Feminist Philosophies of Science. In Alcoff, Linda – Potter, Elizabeth (szerk.): *Feminist Epistemologies*. New York – London, Routledge. 101–120.
- Martin, Emily 1987: *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston (MA), Beacon Press.
- Oakley, Ann 1984: *Captured Womb: A History of Medical Care of Pregnant Women*. Oxford (NY), Blackwell.
- Phillips, Anne 2013: *Our Bodies, Whose Property?* Princeton (NJ), Princeton University Press.
- Rapp, Rayna 1998: Chromosomes and Communications: The Discourse of Genetic Counseling. *Medical Anthropology Quarterly*, 2., 1998/2., 143–157.
- Sherwin, Susan 1992: *No Longer Patient: Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia (PA), Temple University Press.
- Tong, Rosemarie 1998: Feminist Approaches to Bioethics: Theoretical Reflections and Practical Applications. *Hypatia*, 13., 1998/4. (6sz).
- Waldby, Catherine – Cooper, Melinda 2008: The Biopolitics of Reproduction: Post-Fordist Biotechnology and Women's Clinical Labour. *Australian Feminist Studies*, 23., 55., 57–73.
- Waldby, Catherine – Cooper, Melinda 2010: From Reproductive Work to Regenerative Labour: The Female Body and the Stem Cell Industries. *Feminist Theory*, 11., 2010/1., 3–22.
- Wolf, Susan M. (szerk.) 1996: *Feminism @ Bioethics: Beyond Reproduction* Oxford (NY), Oxford University Press.



Idézett jogesetek

Evans v. The United Kingdom (Application no. 6339/05) ECtHR

Ferguson v. City of Charleston, 532 U.S. 67 (2001)

In re baby M, 537 A. 3d. 1227 (N.J. 1988)

Matter of Baby M, 217 N.J. Super 313 (Ch.Div. 1987),

Matter of Baby M, 109 N.J. 396; 537 A.2d 1227; 1988 N.J. LEXIS 1; 77 A.L.R.4th 1

Stenberg v. Carhart, 530 U.S. 914, 931 (2000)

X e/ Y (Foreign Surrogacy) [2008] EWHC 3030 (Fam)

POLITIKATUDOMÁNYI SZEMLE

2015/2

XXIV. évfolyam

KOLNAI-DÍJ

Sebők Miklós: A képviseleti demokrácia megbízó-ügynök elméleti modellje

POLITIKAI VEZETÉS

Körösényi András–Patkós Veronika: Liberális és illiberális populizmus Berlusconi és Orbán politikai vezetése

IDENTITÁS ÉS KÖZÖSSÉG

Kiss Balázs: Politikai közösség kilencven perc alatt.
Identitásváltások kognitív, értékelő és érzelmi dinamikája

EURÓPAI KÉPVISELŐK

Bíró Nagy András: Közép-európai EP-képviselők és szerepeik.
Viselkedési stratégiák az Európai Parlamentben

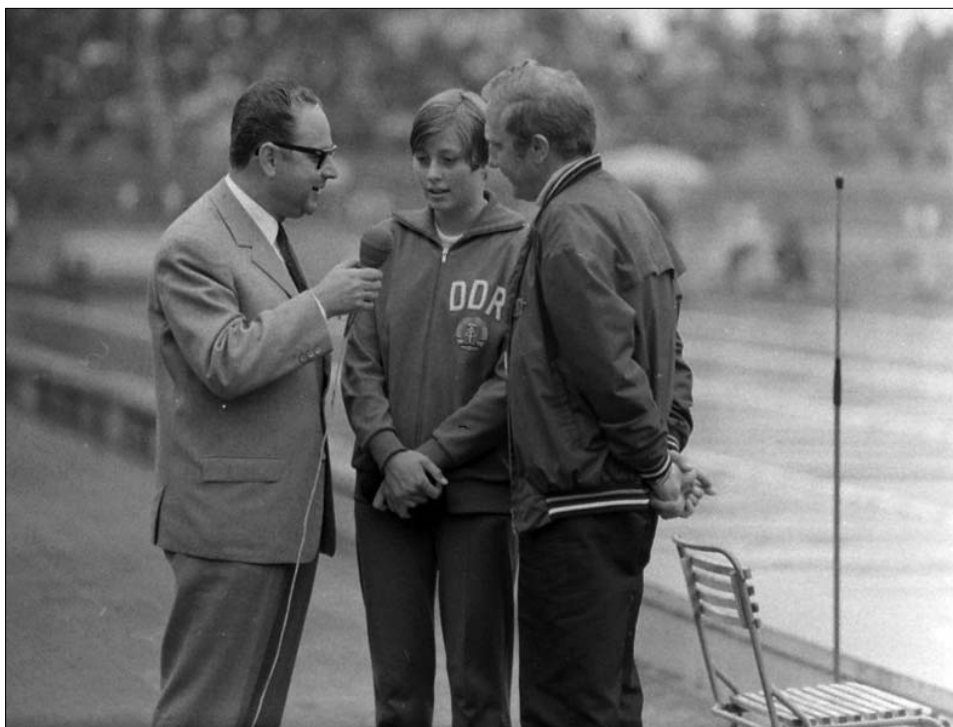
VITA

Löffler Tibor: Megjegyzések a konzervatív jogpolitika és a „büntető populizmus” kapcsolatáról
Boda Zsolt: Válasz Löffler Tibornak

RECENZIÓK

Mikó Melinda: Változatok az integrációra: Jacques Delors Európája
(Jacques Delors: Az új európai összhang)
Bischof Péter: Egy idealista föderalista kritikája a realista „Merkiavelli” jelenségről
(Ulrich Beck: A német Európa: Új hatalmi térségek a válság jegyében)

KÖNYVFIGYELŐ



Interjú készül Gabriele Wetzko NDK-s úszóval a Hajós Alfréd Sportuszodában 1969-ben © Fortepan/MHSZ

Rózsa Erzsébet

Bioetika Németországban versus német bioetika

az alábbiakban azt vizsgáljuk, hogy milyen jellegzetességeket mutat a bioetika Németországban, egyáltalán lehet-e, érdekes-e *német* bioetikáról beszélni, s ha igen, miben áll ennek sajátossága. Erről a témáról Németországban nem publikáltak áttekintő elemzést, ezért azt a megoldást választottam, hogy a kortárs bioetika néhány meghatározó alakjával interjút készítettem, illetve e témához használható anyagokat kértem. Kivétel nélkül mindegyikük segítőkész volt. Johann Ach, Kurt Bayertz, Dieter Birnbacher, Volker Gerhardt, Thomas Gutmann, Michael Quante, Hans-Martin Sass, Ludwig Siep azok, akiknek leginkább köszönettel tartozom.¹

Bioetika – a német történeti tudat változásának kontextusában

Az, hogy *német* bioetikáról beszélünk, korántsem magától értetődő. A legutóbbi időkig sokan gondolták úgy, köztük német bioetikusok is, hogy a németek csupán felzárkóztak a főleg észak-amerikaiak uralta interdiszciplináris tudományterülethez. Mások hangsúlyozzák ugyan a bioetika német vonatkozásait, de ezek kontextusát szinte kizárólag a náci múlttal hozzák összefüggésbe. Erre példa a német bioetika „nagyasszonyának”, Bettina Schöne-Seifertnek ismert és nagyra becsült

¹ Ez a tanulmány a Westfälische Wilhelms Universität (WWU) Münster Kolleg-forschergruppe (KFG)-projektjének keretében jött létre, ahol vendégkutató vagyok. Az interjúk Münsterben készültek 2014 júliusában.



könyve, amelyben a német bioetika előzményei közül csak a náci múltra hivatkozik. E hozzáállás mellett kemény és vitathatatlan tények sorakoznak. Ugyanakkor ez az attitűd hosszú időn át tabuvá tette mind a korai, a náci korszakot megelőző német bioetikai fejleményeknek a felidézését, mind azoknak a terminusoknak más országokban időközben elterjedt alkalmazását, amelyek itt a náci idők szóhasználatához és rasszista indíttatású gyakorlatához kötődtek (például eugenika vagy eutanázia). Kétség nem férhet ahhoz, hogy a bioetika német elméleti-elmélettörténeti hagyományainak feldolgozása nem nélkülözheti a náci múlttal, így a faji alapú eutanáziával és eugenikával való kritikus szembesülést. Am e múlt terhe nem teheti lehetetlenné a bioetika egyéb német vonatkozásainak, mindenekelőtt a nyolcvanas évek közepétől induló, majd az ezredfordulótól kezdve egyértelmű sikertörténeté váló bioetikai fejlemények sajátosságainak feltárását és eredményeinek elismerését.

A náci múlttal terhelt problematika súlyát, ennek tudatosítását és a kiút keresését Ludwig Siep a következőképpen fogalmazza meg:

„Az orvosi kutatásokba vetett bizalom Németországban a koncentrációs táborokban történt borzalmas visszaélések révén olyan mértékben sérült, ahogy sehol másutt a világon. Legalábbis Nyugat-Európában és az USA-ban biztosan nem.” Majd így folytatja: „Egészében véve azonban vitathatatlan, hogy az orvoslásnak a nemzetiszocialisták idején bekövetkezett katasztrófája és ennek »feldolgozása« a nürnbergi orvosi perekben *döntő lökést adott az orvosi kutatás és terápia etikai határaival való beható foglalkozáshoz*. E történeti események nélkül nem lehetne megérteni a német jogi-politikai vitákat a fogyatékosokkal végzett kutatásokról, az aktív és passzív eutanáziáról, az őssejtkutatásokról, a preimplantációs diagnosztikáról stb.” (Siep é. n.)

Kívülálló számára szembeötlő a német orvosok, kutatók és a *német társadalom erős érzékenysége* a bioetikai kérdésekkel kapcsolatban. Jelenleg, 2014 őszén a médiában élénk vita zajlik az eutanáziáról: a köztvécsatornákon hetente vitáznak sokszor élesen eltérő álláspontokat reprezentáló bioetikusok, politikusok, teológusok. A német társadalom szenzibilitásának érzékeltetésére jó példa a Peter Singer-est 1989–1990-ben.² Az ausztrál bioetikus álláspontja, miszerint súlyos

² Singer 1994. A második német kiadás Függelékében (*Wie man in Deutschland mundtot gemacht wird!*) számol be Singer a nézeteit 1989–1990-ben ért támadásokról.

fogyatékoság fennállása esetén elfogadható az embrió életének megfelelő feltételek melletti kioltása, heves elutasításba ütközött a német egyetemeken és a médiában. Ebben a reakcióban a szenzibilitás túlhajtása fedezhető fel, amit Singer egyenesen fanatizmusnak nevez. Ez a szélsőséges reakció a bioetikára és a technikai haladásra nem véletlen. Talán sehol a világon nem fonódik olyan szorosán össze a bioetika és a technikai fejlődés a történelemmel és az arra reflektáló történeti tudattal, mint Németországban. *E nélkül nem lehet megérteni a német bioetikát.* Ugyanakkor ennek jellegzetességeit: előzményeit, korszakait, az utóbbi évtizedekben kialakult metodikáját, kutatási projektjeit, intézményi formáit *nem lehet kizárólag ezzel a múlttal magyarázni.* E paradoxonokat sem nélkülöző bonyolult összefüggések legalább vázlatos megvilágítása megkerülhetetlennek tűnik alapkérdésünk megválaszolásához: van-e német bioetika, s ha igen, mik a jellemző vonásai? Első lépésként vessünk egy rövid pillantást a *német történeti tudat alakulására az utóbbi három évtizedben!* Ez az időszak egyúttal a bioetika németországi fejleményei szempontjából is meghatározó jelentőségű, ami önmagában véve is jelzésértékű a történeti tudat alakulása és a bioetika fejleményei közötti összefüggés fennállása szempontjából.

A (nyugat)német történeti tudatban a náci múltra irányuló önkritikus attitűd kiformalódásában az 1945–1949 között zajlott *nürnbergi perek* jelentőségét szokás felemlíteni.³ Ám a háború alatt illetve közvetlenül utána születettek generációja történeti tudatának formálásában legalább ilyen jelentőségű volt az ún. *történészvita*, amely 1986–1987-ben zajlott, s melyben Jürgen Habermasnak jelentős szerepe volt.⁴ A történészvita

³ A fő háborús bűnösök elleni perek nemzetközi katonai bíróság előtt zajlottak a nürnbergi Igazságügyi Palotában 1945. november 20. és 1949. április 14. között. A további 12 perben az első esetet az orvosi perek képezték. Erre 1946. december 9. és 1947. augusztus 20. között került sor. Hús orvost, egy jogászt, két igazgatási szakember ellen indult büntetőeljárás. A cél az volt, hogy a nemzetiszocialista államot kiszolgáló vezetőket perbe fogják, s ne csupán egyes személyek felelősségére mutassanak rá, hanem a bűnös rendszer hatását demonstrálják. Az embereken végzett kísérleteken, a foglyok és a betegek meggyilkolásán volt a tárgyalás súlypontja. Hét személyt halálra ítélték, ötöt életfogytiglanra, négyet 10–20 év közötti börtönbüntetésre, hét gyanúsítottat felmentettek. Az orvosi per eredménye lett a *Nürnbergi Kódex* kidolgozása, amelyben rögzítették a jövőbeli orvosi és pszichológiai emberkísérletek kereteit, amelyek ma is érvényesek.

⁴ A történészvita a Német Szövetségi Köztársaságban zajlott, amelyben történészek, újságírók, filozófusok vettek részt. A holokauszt szingularitása volt az egyik fő kérdés. A másik súlypont az volt, amire Jürgen Habermas irányította a figyelmet: milyen szerepet kell játszania a holokauszt feldolgozásának Németország identitásalkotó történeti tudata számára? Habermas amellet állt ki, hogy a német nemzeti öntudat megújulása számára elengedhetetlen a „moráltalanított múlttól” való megszabadulás



azért is figyelembe veendő szempont, mert ehhez a generációhoz kapcsolódik a kortárs német bioetika elindítása és intézményi kereteinek kiépítése az elmúlt három évtizedben. A második világháború idején vagy közvetlenül utána született nemzedék kiemelkedő filozófusainak *interdiszciplináris nyitása és intézményépítő aktivitásai mint alapvetően új tudományos stratégia* fémjelzi a nyolcvanas években (újra) indult német bioetika azon fejleményeit, amelyek aztán az ezredfordulóra a *német tudományosság egyik sikertörténetévé* adódtak össze.

A német értelmiség és a szélesebb német közvélemény múlthoz való hozzáállását alapjaiban befolyásoló történészvita közvetlen hatást gyakorolt a bioetikai kérdésekhez való újfajta viszony kimunkálásában. A történeti tudatban évtizedeken át elfojtott, tabuvá tett náci múlt lényegi pontokra koncentráló és részletekbe menő feltárása a hatvanas évek közepén indult. Valójában azonban ez a műltfeldolgozás csak a nyolcvanas évek második felétől kezdve mélyült el, amiben felismerhető a történészvita közvetlen hatása. Ez a vita és az intenzívebbé vált történeti kutatómunka változásokat indított el a tudományos kutatók *új morális követelményeinek* kimunkálásában. E fejlemények alapján érthető meg, miért nem csupán a *Nürnbergi Kódexnek* van mértékadó szerepe a német bioetika alakulásában. A történészvita legalább ilyen mértékben hozzájárult a kortárs német bioetika megszületéséhez és felfutásához. A náci korszak rasszista indíttatású emberkísérleteit, az eugenika és az eutanázia náci kötődésű válfajait elutasító, ám elsősorban egy szűk rétegnek, az orvostársadalomnak adresszált *Nürnbergi Kódex* mellé társultak mintegy négy évtizeddel később a történészvita és annak tanulságai, ami egy alapjaiban új német történeti tudat és ehhez kötődő politikai kultúra kifomálódásának elindításában ragad-

és a revizionizmus elutasítása (vö. Habermas 1987, 243–255). A történészvita egyik előzménye a hatvanas évek diákmozgalmainak követelése a náci korszak alapos feldolgozását illetően. Másik előzmény a hatvanas évek közepétől intenzívebbé vált német holokausztkutatás, amely azonban 1968-ig nem hozott létre átfogó értékelést. A hetvenes évek elején léptek fel fiatalabb történészek, Hans Mommsen, Wolfgang J. Mommsen, Hans-Ulrich Wehler, akik később támogatták Habermast a történészvitában. Módszertanilag a társadalmi struktúrákon és érdekellentéteken orientálódó társadalomtudományi megközelítési módot képviselték, s nem csupán kortörténetet láttak a történésekben. Utólag ugyan a vita több résztvevője kételyeit fejezte ki azzal kapcsolatban, hogy egy szűk kör intellektuális csatáinak lett-e valóban szélesebb rétegeket érintő hozadéka. Ebben a vonatkozásban Wehler 2008-as megnyilatkozása találónak és mértékadónak tűnik: az az önkritikus alapállás, amellyel Németországban a sok fáradozással kialakított politikai kultúrát védelmezik, a történészvita óta terjedt el a német társadalomban.



ható meg.⁵ Ez a változás összehasonlíthatatlanul szélesebb rétegeket érintett, mint az orvosi kódex.

Mindez a német bioetikai fejlemények alakulására is közvetlen hatást gyakorolt. A *Peter Singer-affér*, amely a történészvita után néhány évvel zajlott, jó példa ennek illusztrálására. Ez az eset rávilágít az átalakulóban lévő német történelmi tudat és a tudományos kutatás morális követelményei iránti újradefiniálási igények közötti néhány összefüggésre. Ide tartozik a „gazdasági csoda” idején felnőtt német értelmiségben és a közvéleményben a történészvita által felerősített érzékenység a zsidóüldözés és a holokauszt kérdéseiben, ami a konkrét esetben összekapcsolódott a tudományos kutatások és kísérletek normáinak újradefiniálási igényével. Singer ausztrál tudósként a kutatási szabadságot preferálta. Ezért a tudományos vitaszabadság veszélyeztetettségét látta abban, amikor német egyetemeken, így Duisburgban, Bochumban, Marburgban, Dortmundban, ahová meghívták, megakadályozták fellépését. Arra hivatkoztak, hogy a náccikkal közös platformot képvisel, mivel morálisan megengedhetőnek tartja a súlyos fogyatékossgal született emberek életének kioltását. Széles körű tiltakozás bontakozott ki ellene a fogyatékosszervezetek, szélsőbaloldali politikai csoportosulások és a média (például a *Der Spiegel*) intenzív részvételével. Singer a konfliktussorozatban csak egyszer, akkor is szinte mellékesen beszélt a német publikumnak arról, hogy gyerekkorában osztrák zsidó származása miatt kénytelen volt elhagyni hazáját, és családja nagy részét elveszítette a holokausztban. Később bioetikusként az eutanázia híve lett, ami a nyolcvanas évek végén a német történelmi tudatban éppen a náci múlttal való szembesülés okán tabunak számított. (Tegyük hozzá: ma is elég erős ez az álláspont, főleg a katolikus egyház konzervatív szárnyán belül.)

Ebben a konfliktusban a bioetika tudományos és morális kritériumai ütköztek össze a német történelmi tudatban kialakult és megerősödő érzékenységgel történelmük sötét korszakával kapcsolatban, amelynek része volt az eutanázia és az eugenika. A náccikat szolgáló orvosok a kísérletekre nem árja származásukat alkalmazták. A német közvéleményben közvetlenül a történészvita utáni években formálódott ki egy újfajta morális érzékenység e sötét múlttal kapcsolatban, ami viszont elnyomta a bioetikai kérdések iránti érdeklődést. E történelmi háttérű szenzibilitásra rájátszottak baloldali politikai csoportosulások,

⁵ Habermas viszonylag korán reagált a német történelmi tudatban zajló változásokra: 1961-ben habilitált a *Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft* című munkájával (magyarul: uő 1971).



azért, hogy tőkét kovácsoljanak a maguk számára akcióikhoz.⁶ Ahogy Singer szarkasztikusan megjegyzi: maga a téma mindegy volt nekik, fontos csak a hatalom és a befolyás volt.⁷ Az ő szemében ez a náci Németországra emlékeztető fanatikus, a tudományos kutatás szabadságát rendkívüli módon veszélyeztető reakció volt.

Kétségtelen: ezek a jelenségek az éppen csak kialakulóban lévő új történeti tudat, politikai kultúra és morális érzékenység vadhajtásai voltak. Arra azonban rávilágítanak, hogy az utóbbi három évtizedben kimunkált német bioetika tematikájában és morális érzékenységében nem szakítható el nem csupán a hatvanas, hetvenes évek meghatározó jelentőségű észak-amerikai bioetikai fejleményeitől, hanem saját, kemény történeti háttérű múltjától és ennek a múltnak a feldolgozási módjaitól, illetve mindenkori állapotától sem. Ez a múlt *hosszú időre visszavetette és megterhelte a bioetika németországi kibontakozását*. Ez olyan történeti és kulturális specifikum, amely alapjaiban különbözteti meg a Németországban művelt bioetikát az észak-amerikai, az ausztrál, a kanadai vagy a brit bioetikától.

A Singer-eset arra is jó példa, hogy nézetei végül eljutottak nemcsak a szakmai közegehez, hanem a szélesebb nyilvánossághoz is. Az egyetemi botrányok után a *Die Zeit* két cikket közölt az eutanáziáról, majd a *Deutsches Ärzteblatt* Singer szerzőtársától, Helga Kuhsétól publikált egy írást. Így végül néhány száz fős hallgatóság helyett milliók hallottak, olvastak az eutanáziával kapcsolatos nézeteikről. Ily módon Singer közvetlenül szerepet játszott a német szakmai és a szélesebb közvélemény további szenszibilizálásában, amelyet a történészvita pár évvel korábban indított el, ám amelyről kiderült: további differenciálásra van szükség (Singer 1994, 437).

A náci múlttal szembeesülve az újabb történeti tudat alakulásában fontos szerepet játszottak a *technikai haladással kapcsolatban felmerülő etikai kérdések is*. A náci korszak rémtettei mellett az atombomba előállítására és bevetése volt a második világháború másik elrettentő tör-

⁶ Singer számára megdöbbenő volt, hogy az ellenségeskedés nem a konzervatívok jobbszárnyától indult ki, hanem a baloldaltól (Singer 1994, 445). Ach is hasonló tapasztalatról számol be, ő – még egyetemistaként – rendezvényt akart szervezni Singer szerzőtársával, Helga Kuhséval. A vitára meghívott neves tudósok fenyegető-elutasító reagálása azonban lehetetlenné tette a rendezvény előkészítését. Ehhez járult a szélsőbal agresszív politikai reakciója, ami, ahogy Ach fogalmazott az interjúban, „az embert arra az oldalra kényszerítette, amelyhez nem volt köze”.

⁷ Politikai érdekek által motivált emberek politikai frontként használták a fogyatékosok félelmeit, teljesen közömbösen aziránt, hogy milyen témáról van szó (vö. Singer 1994, 449).



ténése. Ezek súlyos etikai kérdéseket vetettek fel (vö. Frewer 2000, 15). Robert Oppenheimer, az USA atombombaprojektjének vezetője kezdetől, a negyvenes évek elejétől óvott a katonai bevetéstől, ennek beláthatatlan következményeitől a nagyhatalmak fegyverkezési versenyére és a világ állandó fenyegetettségére. Nyilvánosságra hozatalt és nemzetközi korlátozó intézkedéseket sürgetett Truman elnöknél, de – ahogy Hirosima és Nagaszaki bizonyítja – nem járt sikerrel. Későbbi erőfeszítései és egész élettörténete ma is tanulságos példa arra, hogy a tudományos-technikai haladás érdeke és az eredmények gyakorlati alkalmazásából adódó óriási morális-erkölcsi dilemmák, illetve a politikai és katonai nagyhatalmi játszmák között szinte feloldhatatlan az ellentét.⁸ A tudományos-technikai eredmények alkalmazási lehetőségeivel összefüggő súlyos etikai dilemmák motiválták azt a 18 kiváló nyugatnémet fizikust, akik 1957-ben közzétették az úgynevezett göttingeni nyilatkozatot. Többen, így Werner Heisenberg, korábban maguk is részt vettek a nácik atomprogramjában. A nyilatkozatban az atomfizikusok élesen tiltakoztak Adenauer kancellár és Strauß védelmi miniszter azon terve ellen, hogy a nyugatnémet hadsereget atomfegyverekkel lássák el. A nyugatnémet társadalomban, szemben a keletnémettel vagy az észak-amerikaival, a második világháborút követő időszakban erős ellenállás alakult ki a technika embertelen célokra való alkalmazásával szemben. Ez az ellenérzés olyan német filozófusok megnyilvánulásaiban is tetten érhető, mint Karl Jaspers (Jaspers 1986), Martin Heidegger, Oswald Spengler, Hans Jonas,⁹ Arnold Gehlen. Ily módon az atomfegyverkezés kapcsán Nyugat-Németországban a *tudósok felelősségének* kérdése az alkalmazásban fellépő következményekkel szemben nagy súlyt kapott (vö. Kraus 2001).

A német bioetika és a történeti tudat összefüggéseinek vizsgálatakor az a *társadalmi-kulturális különbség* is figyelembe veendő, amely Németországra jellemző az USA-val összevetve. Az USA-ban is megjelent bioetikai kérdésekben a széles körű érzékenység, de más történeti-kulturális háttérrel. A bioetika keletkezésében és felfutásában a második világháborút követő évtizedekben ugyanis egymástól lényegesen *eltérő tapasztalatok* játszottak szerepet a két országban. Nemcsak a második világháború, aztán a hidegháború, majd a nyílt társadalomért,

⁸ Nemcsak életrajzként és kortörténeti dokumentumként, hanem a természettudomány és a technika kiváltotta morális dilemmák modellszerű, ugyanakkor érzékletes ábrázolásában is fontos publikáció az alábbi: Bird–Shevrin 2009.

⁹ Hans Jonas nagy hatású műve (Jonas 1979) a felelősség kérdését állította középpontba a technikai civilizáció korszakában. Az ebben az értelemben vett felelősséggel gyakorlati alkalmazásának kérdéseit vizsgálja néhány évvel később: Jonas 1985.



az egyének, illetve a kisebbségek jogainak és érdekeinek elismeréséért küzdő polgárjogi mozgalmak jelentettek eltérő tapasztalatot. Arról a keserű tapasztalatról sem szabad megfeledkezni, hogy az USA-ban a kutatói közösség a hatvanas évekbe nyúlóan megsértette a *Nürnbergi Kódexet*. Amikor a szélesebb nyilvánosság számára ismertté váltak az alapvető morális standardokkal ellentétes *emberkísérletek, amelyeket az USA-ban a második világháború idején és utána is végeztek*, az amerikai polgárokban megnőtt a bizalmatlanság az addigi tekintélyekkel szemben.¹⁰ Egy sor publikáció világhossá tette a nyilvánosság számára: az USA-ban – a *Nürnbergi Kódexben* és az Orvosok Világszövetségének helsinki nyilatkozatában rögzített szabályozás ellenére – a nem önkéntes, kockázatos vagy akár rasszista motivációktól vezérelt emberkísérletek nem számítottak ritkaságnak a biomedikális kutatásban.

Ide tartozott a híres-hírhedt Tuskegee-féle szifiliszvizsgálat vagy a radioaktív anyagokkal végzett kísérletek, amelyeket szigorú titoktartás mellett még a hetvenes években is folytattak. A „Buchenwald-szag” hatja át e kísérleteket, mivel a náccal azonos csoportokat használtak erre a célra: fogyatékosokat, feketéket, terheseket, börtönben fogva tartottakat. Az orvosok és a kutatók morális autoritásának elvesztése hozzájárult ahhoz, hogy megerősödött a páciens autonómiája védelmének követelése. Az autonómia lett a bioetikai viták vezérmotívuma, a paternalisztikus orvosi etikával szemben. A bioetikában a precedensek kerültek előtérbe, amelyekhez az induktív jogalkalmazás illeszkedik. Ez az alaphelyzet vezetett az USA-ban a tájékozott beleegyezés azóta más országokban is elterjedt követelményének elfogadásához és gyakorlatának elterjedéséhez (Ach–Runtenberg 2002, 23–24).

A német bioetika előzményei a náci korszak előtt

A bioetikával Németországban *nem a náci korszak feldolgozásának időszakában kezdtek foglalkozni*. Ennek megvilágítására álljon itt néhány példa!

Jellemző Immanuel Kant esete, akinek az angolszász bioetikára gyakorolt hatása a német bioetikába amerikai és brit közvetítéssel került vissza. Ez a vonás a jogi vonatkozású bioetikai témákra különösen érvé-

¹⁰ Ebben az összefoglalásban Ach és Runtenberg elemzésére támaszkodtam: Ach–Runtenberg 2002, 23.

nyes (Gutmann 2005, 150–194). Egy másik jellegzetes példa: a legutóbbi évekig szinte senki nem tudta, hogy maga a szó (mint *Bio-Ethik*) egy német lelkészről ered 1927-ből. 2012-ben jelentette meg a német bioetika újabb korszakának egyik elindítója, Hans-Martin Sass Arndt T. Mayjal együtt a Saale menti Halléban született *Fritz Jahr* (1895–1953) bioetikai témájú tanulmányait a münsteri LIT Kiadónál német és angol nyelven (Jahr 2013). 2013-ban már a második kiadásra került sor, s közben több nyelven is megjelentek és megjelennek Jahr írásai.

A bioetika kifejezést a hetvenes évektől kezdve alkalmazták az amerikai biomedikális etikában, fogalmilag tisztázatlanul, a medicinális etikával szinonim értelemben (*Bio-Ethik* 1927; Jahr 2013, 25–31). Anélkül, hogy hivatkoztak volna Jahrra, aki jóval korábban, a húszas és harmincas években, vagyis a világgazdasági válság, a mély orientációs krízis és a nemzetiszocializmus felemelkedésének időszakában dolgozta ki integratív bioetika-konceptióját (i. m., Utószó, 145). A kanti *categoricus imperativusszal* polemizálva, ahogyan évtizedekkel később Hans Jonas is tette (Jonas 1979), Jahr a „*bioetikai imperativust*” a következőképpen határozta meg 1926-ban: „Minden élőlényt mint öncélt elvi alapon tisztelj, és lehetőség szerint így is bánj vele!”¹¹ A kanti racionális morális kategorikus parancs helyére Jahr a *morálisan mérlegelendő parancsot* helyezi a bioszféra, mindenféle élet szférája tisztületének bázisára építve. Ezzel Herder és Schopenhauer követője lett.¹²

A morális cselekedetet Jahr szerint nem a *categoricus imperativus* rigorozitása határozza meg, hanem az emberi kultúrákon belüli cselekvési lehetőségek és felelőségek közötti mérlegelés. Ezzel a hallei lelkész-teológus olyan kérdéseket kezdett feszegetni, amelyeket majd évtizedekkel később tárgyalt például Aldo Leopold etikája (1949) és Van Rensselaer Potter bioetikája, a *Science of Survival* (1971). Jahr nemcsak a növényekkel, az állatokkal és a környezettel való interakcióinkat elemezte biológiai-bioetikai perspektívában, hanem az emberek közötti viszonyokat is, így a társadalmi kapcsolatokat az üzemben, a hiva-

¹¹ Wissenschaft vom Leben und Sittenlehre (Jahr 2013, 23). Ebben a tanulmányában vezette be [Jahr] a bio-etika, illetve a bioetika kifejezést, amelyben formulába öntötte nemcsak az emberekkel, hanem minden élőlényrel szembeni etikai kötelességek feltevését (i. m., 20). Vö. még: *Bio-Ethik* (1927), valamint *Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Planze* (i. m., 25–31).

¹² A bioetika, írja Jahr, nem a jelen felfedezése. Már a teológus Schleiermacher, előtte pedig Herder foglalkoztak olyan kérdésekkel, amelyek a bioetika területére tartoznak (*Wissenschaft vom Leben und Sittenlehre*; i. m., 20). Emellett Jahr keresztény és ázsiai tanokhoz fordul saját nézeteinek erősítéséért, így Assisi Szent Ferenc tanításához, illetve hindu és buddhista tradíciókhoz.



talban, a lakóhelyen. Ezáltal az egoizmus és az altruizmus klasszikus ellentétével szemben egy új, mérlegelendő és kultúraformáló bioetikai feladatot jelöl ki (Jahr 2013, 146).

A transzlacionális etikát előrevetítő tanulmányában három elemet emel ki: (1) a saját egészséggel és egészséggondozással szembeni felelősséget; (2) a közösség egészségével szembeni felelősséget; (3) minden élettel szembeni felelősséget a *bioetikai imperativus* nevében (Drei Studien zum 5. Gebot, 1934; i. m., 85–93). Sass felhívja a figyelmet arra: az *eugenika* kifejezést Jahr egyáltalán nem használta. Ez a kifejezés valójában a múlt század első felében *nemzetközileg formálódott ki*, s ebben Anglia, az USA, Németország és Japán egyaránt részt vett, vagyis nem csak a nácihoz köthető (i. m., 146).

Jahr kiállása az integratív bioetika mellett azonban nem gyakorolt hatást az orvosi etika orientálódásának abban az átalakulásában, amely az utolsó négy évtizedben az USA-ból kiindulva zajlott le. Eve-Marie Engels cikke a *Metzler Lexikon* Teológia részében a bioetika integratív modelljéről (1999), majd Hans-Martin Sass brosúrája Fritz Jahr *bioetikai imperativusáról* (2007), valamint Sass cikke a *Kennedy Institute of Ethics Journalban* (2007) hozták be a köztudatba Jahr koncepcióját.

További vonásként említsük meg azt a német hagyományt, hogy az orvoslás filozófiai-etikai tematizálásában kiváló orvosok is részt vettek, mint például Rudolf Virchow (1821–1902) vagy Robert Koch (1843–1910). Gondolkodásuknak eleve etikai dimenziója volt. Emellett egyes orvosfilozófusok, mint Karl Jaspers (1883–1969) vagy Viktor von Weizsäcker (1886–1957) (Siep é. n.), az orvoslást és az etikát eleve összekapcsolták. Ez a német bioetikának egy alig kutatott előzménye, illetve jellegzetessége.

Említsük meg ebben az összefüggésben *Emil Abderhalden* politikai és erkölcsi ellenmondásokkal teli munkásságát, amely a német bioetika előzményei között egyedülállóan átfogja a weimari köztársaság, a náciizmus és a második világháborút követő néhány év korszakait. Abderhalden volt az *Ethik* című folyóirat kiadója, amely folyóirat az orvoslás etikai kérdései és a biológiát érintő etikai aspektusok tárgyköreiben igen fontos dokumentum. Alapítója és vezetője volt az Etikai Szövetségnek, amelynek virágkorában, a húszas évek végén több mint 2300 tagja volt különböző tudományterületekről. Ezzel a szervezettel a világon elsőként hoztak létre olyan társaságot, amely a medicina számára fontos szociális etika és tudományetika felé orientálódott. Abderhalden élettanász volt, e szakterület legkiválóbbjainak egyike a XX. században, aki a náci korszak előtt biológiai alapelveket fogalmazott meg a morálelmélet számára. Ezek között sok vitatható vagy elfogadhatatlan elem volt, így az „eugenika mint legfőbb etika”



elve, ami a náci orvosi etika egyik vezérelve lett, anélkül, hogy ennek radikális alkalmazása szerzőjének szándékában állt volna. A weimari köztársaság korai éveiben megjelent nála az „alacsonyabb rendűek” és az anyagi terhet jelentő betegek sterilizálásának gondolata. A közösséget, illetve a „népet” teszi legfőbb etikai instanciává, amit később a náciok saját céljaira kihasználtak. A biokémiai kutatásokban olyan útra lépett, amelyek a koncentrációs táborokban faji kísérletekhez vezettek. Abderhalden életrajzának fontos területét jelentik olyan gyakorlati vállalkozások, mint a csecsemő- és gyermekgondozás, az idősekről való gondoskodás. A második világháborút követő néhány éves munkásságának középpontjában a béke biztosításának globális tematikája, társadalometikai és táplálkozástudományi kérdések álltak. Az Egyesült Nemzetek tevékenységének anticipálása mellett megemlítendő az Etikai Világszervezet víziója. Az atombomba kapcsán a modern kutatás és technika alapvető ambivalenciájára mutatott rá. A medikális etikában viszont elfojtotta a nemzetiszocialista emberkép problémáit és ennek következményeit, holott, ahogyan Frewer írja, mindez máig kihathat a bioetikai témák „német perspektívájára”¹³.

Filozófiai sajátosságok

Az etika mint a filozófia szakterülete Németországban viszonylag későn kezdett el foglalkozni a medicina problémáival. A második világháború utáni német filozófia erősen történeti beállítottságúvá vált, s idegen volt tőle a diszciplináris tagoltság. Ahol ilyen létezett, ott elsősorban alapkérdésekkel foglalkoztak, mint például a normák vagy morális álláspontok megalapozásának kérdése. A gyakorlati filozófiának a hetvenes években bekövetkezett megújulása a fenti tendenciák ellen hatott ugyan, ám ez kezdetben inkább az általános társadalomelmélet felé orientálódott, s nem konkrét etikai kérdések irányába (Siep é. n.). Ehhez hozzájárult az is, hogy a filozófusok nagy része az ezredfordulóig lenézte azokat, akik bioetikával kezdtek foglalkozni. Az egyéni karriernek ártott a bioetikai téma – jelentette ki Bayertz.¹⁴ Hans-Martin Sass,

¹³ Abderhalden munkásságának átfogó és differenciált értékeléséhez lásd: Frewer 2009, 255–259.

¹⁴ Álljon itt jellemző példaként Bayertz esete, aki a közvetkezőket mondta: 1983–1984-ben került először kapcsolatba ezzel a területtel, teljesen véletlenül. Bielefeldben ajánlottak neki állást egy olyan projektben, amelyben biopolitikával kellett foglalkoznia. Ebből lett a habilitációs munkája: Bayertz 1987. Ez akkoriban ártott a karriernek.



a Bochumi Ruhr Egyetem professzora egyike volt azoknak, akik elsőként fordultak szembe ezzel a hozzáállással. A georgetowni *Kennedy Institute of Ethics*szel ápolta kapcsolata révén, ahol évekként a Bochumi Ruhr Egyetemre való emeritálása után jelenleg is vendégkutató, hozzásegített német orvosokat, teológusokat és filozófusokat bioetikai tanfolyamokon való részvételhez. Olyan bioetikusok képzésében vannak elévülhetetlen érdemei, mint Birnbacher, Bayertz, Carl Friedrich Gethmann, Ludger Honnefelder, Günther Patzig, Schöne-Seifert.

A bioetika németországi recepciójában és bioetikai problémák saját kulturális-történeti kontextusban való azonosításában kezdetben azonban nem filozófusok, hanem *teológusok* jártak az élen. Ők kezdték el a bioetikát fontos kérdésként megvitatni. Példa erre a bonni Franz Böckle a hetvenes és a nyolcvanas években, aki a konzervatív katolikus egyházon belül liberális álláspontot képviselt. A katolikus teológusok között megemlítendő *Honnefelder* és *Robert Spaemann* tevékenysége.¹⁵ Az utóbbi politikailag igen konzervatív, de fontos írásai vannak – hangsúlyozza Siep. Honnefelder már professzorként vett részt a Kennedy Institute továbbképző kurzusán a nyolcvanas években, ami önmagában is jelzi a katolikusok radikális nyitását a bioetika irányába.

A filozófusok a nyolcvanas évek második felében kezdtek bioetikával foglalkozni. Birnbacher, Siep és Bayertz az elsők közé tartoztak. Ehhez a viszonylag késői kezdethez hozzátartozott, hogy az orvosi etikát orvosok művelték, amiből hiányzott a filozófiai megalapozás. Bayertz szerint lényegében ma is ez a jellemző: ma van bioetika-oktatás az orvosképzésben, de orvosok tanítják, akik legfeljebb másodszakként tanultak filozófiát. A nagy kivétel Schöne-Seifert, aki orvosi és filozófusi szakmai felkészültséggel mindkét gondolkodásmódot ismeri és magas szinten ötvözi. A bioetika orvosok általi oktatása azért is problematikus, mert az orvosi etika olyan hagyományos etikai kérdésekből áll, amelyek csak az orvosra vonatkoznak, ezzel szemben a mai etikai kérdések kiterjednek az egészségügy összes szereplőjére, és számos egyéb tár-

De Münsterrel szerencséje volt, ahol már elkezdtek foglalkozni a bioetikával: itt kapott professzori állást a Filozófiai Szemináriumban. Emiritálása után is a KFG-projekt egyik meghatározó alakja maradt.

¹⁵ Ludger Honnefelder 1993–2007 között alapító igazgatója volt a Bonni Egyetem Tudomány és Etika Intézetének. Ő vezette az Észak-rajna-vesztfáliai Tudományos Akadémia által alapított Deutsches Referenzzentrum für Ethik intézményét. Robert Spaemann, mint Hermann Lübke és Odo Marquard, egykor Joachim Ritter tanítványa volt a münsteri egyetemen. Az emberi élet védelméért száll síkra publikációiban és megnyilatkozásaiban, amelybe a természetes halál védelme is beleértendő. Egyúttal visszautasítja az élethez való jog mindenfajta relativizálását. Filozófiai és politikai megosztottságokon túl is nagy tekintélynek örvend.

sadalmi-gazdasági összefüggést érintenek. Mindezt csak orvosi etikai keretek között nem lehet relevánsan tematizálni. Ennek az alapvető összefüggésnek a belátása és érvényesítése még nem terjedt el az orvosképzés keretében művelt bioetikában.

A német bioetika mintegy három évtizedes korszakának kezdeteinél filozófiai síkon *erős amerikai* és *angolszász befolyás* érezhető. *Első szakaszában*, a nyolcvanas években a bioetika Németországban a *nemzetközi standard szintjére* emelkedett. Az amerikai, illetve angolszász befolyásban kiemelt szerepe volt a Kennedy Institute tanfolyamainak és a tovagyűrűző hatásoknak, ami például abban érhető tetten, hogy Birnbacher és Schöne-Seifert tanítványai az amerikai bioetika hatása alatt állnak. Egészében véve azonban összetettebb a helyzet. Ennek megvilágítására álljon itt Ach és Christa Runtenberg helyzetelemzésének összefoglalása. A bioetika forrása Németországban angolszász volt, a témák és az irodalom Nagy-Britanniából, az USA-ból, Kanadából, Ausztráliából jöttek. Az észak-amerikai és angolszász bioetikai vitákban az uralkodó filozófiai irányzatok a logikai pozitivizmus és az analitikus filozófia volt. E beállítottság következtében az etika a metaetikára redukálódott. A hatvanas évektől azonban változás kezdődött, amelyben az USA délkelet-ázsiai katonai vállalkozása is szerepet játszott. Ennek eredményeként egyre fontosabbak lettek a *normatív tartalmi etikák* és ezek gyakorlati-politikai implikációi. Nőtt a liberális, egalitárius, antiautoriter és emancipációs filozófiai tézisek súlya, valamint a kontraktualizmus mint a társadalmi szerződéselméletek továbbfejlesztése. Közös elem ezekben a szabad és tájékozott beleegyezés, amely a döntések és cselekvések morális elfogadhatóságának szükséges feltétele. A fenti filozófiai irányzatokon túl a bioetika az USA-ban kapcsolódhatott eredeti amerikai filozófiai hagyományokhoz is, amelyek gyökerei Charles Sanders Peirce, William James és mindenekelőtt John Dewey filozófiai pragmatizmusához nyúlnak vissza (Ach–Runtenberg 2002, 22).

A kilencvenes évek folyamán alapjaiban változott meg a hozzáállás Németországban: elkezdődött a második szakasz, a *bioetika mint diszciplína konszolidálódásának* időszaka. Addig kigúnyolták a bioetikával foglalkozókat a „szép, magába zárkózó filozófiát” művelők. Jelenleg, a harmadik szakaszban, a *sikertörténet* időszakában már teljesen másként van: a fiatalabb generációkhoz tartozók legalább egy lábbal kötődnek a bioetikához.¹⁶ Ezzel párhuzamosan a sajátos német filozófiai elemek felerősödtek a bioetikában, ami összefügg azzal, hogy *elkezdett*

¹⁶ A fenti gondolatokat Bayertz fogalmazta meg az interjúban.



változni a bioetika helyzete és jellege Németországban. Volt és egyre inkább van kereslet bioetikai kérdések iránt a szélesebb közvéleményben. Civil problémákról filozófiai eszközökkel vitatkozni – ez nagy fel szabadulást hozott a német társadalom széles rétegeiben.¹⁷ Filozófiai vetülete ennek, hogy *ma a kontinentális hagyomány sokkal nagyobb szerepet játszik a bioetikai vitákban*. Mind a témák, mind a hagyományok változtak. Példa erre az *emberi méltóság*, ami az USA-ban „nem különösebben nagy téma”, mondja Ach, de Németországban igen. A német bioetikai vitatémák nagy részére befolyást gyakorol az emberi méltóság, amely a második világháború tapasztalatai feldolgozásának eredményeként a német alkotmányban szilárdan rögzített alapérték a személy autonómiája mellett. A modern reprodukciós medicina fejleményei kapcsán az ötvenes-hatvanas évektől kezdve az egyházak, orvosok, jogászok, filozófusok egyaránt hivatkozási alapnak tekintették és tekintik az emberi méltóságot és ennek a német alkotmányban rögzített kiemelt jelentőségű védelmét. Ám hogy mi értendő pontosan az emberi méltóság alatt az újabb biotechnológiai fejlemények tükrében, az újra meg újra vitatémává válik Németországban.¹⁸ Ez jól mutatja: vannak olyan diszkussziós összefüggések, amelyeket nem lehet egyszerűen csak az angolszász tradícióból értelmezni. Egészében vége az egész bioetikai *tematika sokkal árnyaltabb* lett, s van *elegendő képzett szakember* a bioetikával való foglalkozáshoz. Az egyetemi képzésben a bioetika másodszakként elterjedt és kedvelt szak lett. Ma becslések szerint 200–300 bioetikus van Németországban, ami szinte a túlképzés veszélyét vetíti előre.

A saját kulturális, nyelvi és történeti közeghez való kötődés a változás további eleme. Példa erre a közegészségügy (*public health*), ami a jelen és a jövő egyik nagy témája. Ám az erről folyó vitát nem lehet a kulturális különbségek nélkül megérteni és lefolytatni. Minden országnak megvan ez a problémája, de nincs meg hozzá a megfelelő nyelv és koncepció. Az amerikai vita ebben segített: nyelvet és koncepciót keresni és találni fontos témákhoz – a *saját kulturális közeget és a saját filozófiai-etikai hagyományokat* mobilizálva.¹⁹

Sajátosan német vonás a bioetika filozófiai kötődésében a *szintézisre való törekvés*, s nem az analitikus filozófiához vagy az utilitarizmus-hoz való csatlakozás, még ha vannak is analitikus és utilitarista német

¹⁷ Ez az Ach-interjúban hangzott el.

¹⁸ Alapos áttekintést nyújt az emberi méltóság kiemelt jelentőségéről a német bioetikai vitákban Dorothee Brockhage könyve (Brockhage 2007).

¹⁹ A forrás itt az Ach-interjú.

bioetikusok (Siep é. n.). A német filozófiai hagyományok felelevenítése és új kontextusba helyezése a német bioetikai diszkussziók magától értetődő eleme. Kant vagy Hegel filozófiájához visszanyúlni itt természetes.²⁰ Olyan jellegzetességről van szó, amely eltér az angolszász bioetikától, nem csupán a másfajta filozófiai tradíciók miatt, hanem a ma jellemző túlzott specializálódás okán is. A *fenomenológiához való kötődés* fontos jellegzetesség a német bioetikában. Erre klasszikus példa Hans Jonas, aki ugyan az USA-ban élt és tanított, filozófiailag azonban megőrizte a német gyökereket: a fenomenológiai értelemben vett Heidegger-hatás erős volt nála. Az amerikai és a kezdeti német bioetikától eltérően Jonas bioetikája a hetvenes évektől a szélesebb nyilvánosságot célozta meg és el is érte (Siep é. n.). A német bioetikában a nyilvánossághoz fordulás csak a nyolcvanas évek végén kezdődött, és ma nem olyan erős, mint a kilencvenes években. Kivételt képez a „jó halál” témája, amely 2014 őszén a német médiában folyamatosan jelen lévő vitatéma.

A német bioetika azon vonása, hogy összfilozófiai, átfogó pozícióra törekszik, szemben áll az észak-amerikai szélsőséges specializálódással. Ez azt is jelenti, hogy a *filozófia alapvető kérdései bekerültek a német bioetikába* (Siep é. n.). A német bioetika a fenti vonások mellett mindenekelőtt *sokszínű*: Birnbacher vagy Schöne-Seifert tanítványai inkább az analitikus filozófia hatása alatt állnak. Az egykori Siep-tanítvány megint más szint képvisel a bioetika színes palettáján: Quante az analitikus filozófia és a német idealizmus metodológiai hagyományainak összekapcsolására törekszik aktuális bioetikai témák elméleti és aktuális-gyakorlati aspektusainak tematizálásában.²¹

Mivel ma sok filozófiai irányzat létezik, ezért normális, ha ez a bioetikában is megjelenik. Vannak konzervatívok, például Giovanni Majo orvosi etikus Freiburgban, Peter Dabrock teológus Erlangenben, aki a Német Etikai Tanács tagja, vagy Nikolaus Knoepffler Jénában, aki nem liberális – mondja Ach. Bayertz más hangsúlyokat lát: kezdetben egészében véve az amerikai filozófusok és bioetikusok sokkal liberálisabbak voltak, mint a németek. Közben viszont a liberalizmus Németországban is megerősödött. Ám Amerikában a konzervatív pozíció is érvényesül a bioetikában. A Kennedy Institute-nak is van konzervatív és katolikus jellege – teszi hozzá Siep. Viszont a német bioetikusok konzervatív álláspontokkal és érvekkel nem foglalkoznak, ezt átengedték a teológusoknak, ami nem feltétlenül jó – érvel Bayertz.

²⁰ A német filozófiai hagyományok és a bioetikai kérdések termékeny összekapcsolásának jó példája: Siep 2003.

²¹ Quante bioetikai témájú könyvei magyarul is elérhetőek: Quante 2010a; 2010b; 2012a; 2012b.



A különböző filozófiai pozíciók közös vonása, hogy a német bioetikában elindult egyfajta *közeledés a német realitáshoz*. Ennek fontos elemei: (1) az a mód, ahogyan beszélnek az adott bioetikai témáról; (2) ahogyan a saját kultúrához illesztik azt. Vagyis a probléma ilyenfajta identifikálása, az erről való beszéd és a gyakorlatba való átültetés az, amiről elsősorban szó van ma a német bioetikában.²² Az ötvenes és hatvanas évek fordulóján született generáció számára természetes, hogy a szóban forgó problémák identifikálása a különböző kultúrákban eltér egymástól. A még fiatalabbak számára pedig már az is természetes, hogy akár a saját hagyománytól alapjaiban eltérő elméleti kereteket is lehet választani bioetikai kérdések tematizálására.

Az alkalmazott filozófiának van jövője – ezt a német filozófusok többsége megértette. A filozófusok rendelkeznek valamivel tudásban, argumentálásban, amit felkínálnak a társadalom számára. Ebben a szellemben történt irányváltás a Münsteri Vesztfáliai Vilmos Egyetem KFG-projektjében. Az alapvető cél így hangzik: vissza az alapkérdésekhez, amelyeknek az elvesztése fenyeget! Ezzel a fordulattal erősödik a filozófiához való visszacsatolás, amely viszont a *kritikai funkció* gyakorlását hozza magával. Ez találkozik a német társadalomban meglévő kritikai igénnyel. Ennek a kettős gyökerű kritikai attitűdnek emblematikus alakja Jürgen Habermas.

Habermas és a bioetika

Habermas bioetikai tárgyú könyvében abból indul ki, hogy teljesen új feltételek között kell válaszolnunk a helyes és jó életre vonatkozó, legalább Arisztotelészig visszanyúló kérdésre (Habermas 2005). A helyes és a jó élet utánzásra méltó modellje érvényét veszítette: többé nincs olyan életmód, amelyet követendő példaként lehetne felmutatni. John Rawlshoz csatlakozva hangsúlyozza a világnézetek, életformák, „életstílusok” pluralitását, ami a növekvő individualizálódás következménye. Ám az egyéni élettervek nem függetlenek az interszubjektív életösszefüggésektől, ellenkezőleg: az emberi létmód eleve és mindenkor kommunikatív (i. m., 12–13). Ez az alaphelyzet roppant módon bonyolítja a modern individuumok morális reflexióit, amelyeket a modern etikák diszciplináris keretekben és diskurzusokban tematizálnak.

²² A forrás az Ach-interjú.

A biotechnológia – vagy az ő terminusával: a biotechnika – fejleményei arra készítetik, hogy aktualizálja a német antropológus Helmut Plessner²³ különbségtévését a „test lenni” (*Leibsein*) és „testtel rendelkezni” (*Körper haben*) jellegek között.²⁴ Ez a különbség meglepően időszerű: a biotechnológia fejleményeinek eredményeként eltűnőben van a határ az általános természeti értelemben vett „léteünk” és az organikus természeti értelemben vett, saját magunk általi alakítás között. Ez a német filozófus szemében nyugtalanító jelenség (i. m., 44). Ugyanis megváltoztatja az eddigi nembeli önértelmezésünket, és belenyúlik a genetikailag programozott személyek önértelmezésébe.²⁵

A biotechnika jelenségei nyomán az önmagukra vonatkozás új módja alakul ki: a szubjektumok önértelmezésétől függ, hogyan akarják használni a technikailag és orvosilag lehetséges új és újszerű döntési játéktekercet. Tőlünk függ, hogy autonóm módon, a normatív mérlegelés mértékét követve, vagy pedig önkényesen, tetszés szerint használjuk ezen új döntési területeket (i. m., 27). Habermas az emberi genom példáját hozza fel. Az ebbe való beavatkozás lehetőségét kétféleképpen szemlélhetjük: (1) szabadságunk növekedéseként, amely azonban normatív szabályozást igényel; (2) önhatalmú beavatkozásként, amelynek semmiféle önkorlátozásra nincs szüksége (i. m., 28). Ezen a példán világítja meg a filozófiai antropológiai aspektust, azt a kérdést, hogy egyáltalán normatív lényeknek akarjuk-e még magunkat tekinteni, s ennek megfelelően szolidáris felelősséggel és kölcsönös respektussal viszonyulunk-e egymáshoz.

Rákérdez arra, hogy vajon milyen helyi értéket kell tulajdonítanunk a morálnak és a jognak mint szabályozó tényezőknek egy olyan szociális környezetben, amely minden további nélkül átállítható *normamentes-funkcionalista fogalmakra* a biotechnika révén (i. m., 32). A normamentes-funkcionalista fogalmak alkalmazása a biotechnológiában annak a vészhelyzetnek a bekövetkezése, amikor már nem is reflektálunk arra, hogy miről is van szó, és mi vezetett ide. A normativitás felfüggesztése

²³ Helmut Plessner (1892–1985) a német filozófiai antropológia egyik fő alakja volt Arnold Gehlen és Max Scheler mellett.

²⁴ Plessner a „test lenni” (*Leibsein*) és „testet birtokolni” (*Körper haben*) egyidejű jelenségéből kiindulva írta le az ember „excentrikus pozícióját”. Ahogy a fejlődépszichológia is mutatja: a test birtoklása az ifjúkorban elnyert képesség eredménye, amely képesség a megelőző testi lét objektíváló szemlélete. A test-lét az elsődleges, amelyből az emberi személy szubjektivitása él (vö. Habermas 2005, 89).

²⁵ A *Körper* helyett a *Leib* és a *Leiblichkeit* (biológiai értelemben vett test, testiség) került a Németországban szórványosan feltűnő fenomenológiai orientálódású bioetikai megközelítések középpontjába.



történhet funkcionális okokból, viszont ennek reflektálása védelmet jelenthet a normamentes-funkcionalista alkalmazással szemben.

Habermas stratégiájában a filozófiai antropológiának és az ehhez kapcsolódó etikának és morálnak kiemelt szerepet juttat a kialakuló új helyzet szabályozásában. A filozófiának a jó és helyes életre irányuló eredeti kérdése szerinte éppen antropológiai általánosságában újulhat meg. Az állandóan bővülő új technológiák kényszerítenek arra, hogy a kulturális életforma, és nem csupán az individuumbíró jó élet helyes értelmezéséről folytassunk nyilvános vitát (i. m., 33). A filozófusoknak nem szabad ezt a bonyolult tárgykört a biotudományoknak vagy a *science-fiction*nek átengedni: a saját hagyományoknak az új helyzetre való átállítása lehet a megfelelő stratégia.

Megfontolásai mögött az autonómia paradox jellegére ismerünk. Az autonómia térnyerése nem választható el attól a jelenségtől, amely a társadalmi modernizáció fontos aspektusa: az életvilágoknak a hagyományoktól való megfosztásától.²⁶ Ebben elsősorban nem veszteséget lát, hanem azon objektív életfeltételekhez való „kognitív alkalmazkodást”, amely életfeltételek a tudományos-technikai haladás következtében újra meg újra forradalmasodnak. Amit Kant a szükségszerűség birodalmához sorolt, az most a véletlen birodalma lett. E jelenség mögött azt a tendenciát találjuk Habermas szerint, hogy a géntechnika eltolja a természeti bázis és a szabadság birodalma közötti határt. Mindez megváltoztatja a morális tapasztalatunk összstruktúráját (i. m., 53). Ronald Dworkinra hivatkozik, aki szerint félünk attól a kilátástól, hogy emberek más embereket terveznek, mert ez a lehetőség eltolja a véletlen és a döntés közötti azon határt, amely értékmérőink alapjául szolgál.

Habermas nem adja fel a normativitás hagyományát. Az emberi méltóság és az emberi élet méltósága közötti különbségtétel alapján felülvizsgálja a normativitás releváns igényét a modern plurális, individualizált társadalmakban. A normativitás fundamentumává az antropológiai konstansként tételezett racionális elfogadhatóságot teszi, ami világnézetileg semleges kijelentésekre vonatkozik arról, ami minden egyes egyén, azaz különböző világnézetű, értékkelvű egyének számára jó. Egy ilyen általános, antropológiai alapokon nyugvó formula alkalmas lehet a morál alapjának meghatározására, s annak a kérdésnek a megválaszolására, hogyan tudjuk meghatározni a morális jogok és köteleességek lehetséges hordozóinak univerzumát (i. m., 61).

A morális magatartást azon függőségekre és rászorultságokra való konstruktív válaszként értelmezi Habermas, amely az organikus disz-

²⁶ I. m., 50. Habermas megfogalmazásában: „*Enttraditionalisierung von Lebenswelten*”.

pozíciók és a testi egzisztencia állandó esendősége tökéletlenségében, azaz antropológiai jellegekben alapozódik meg, tehát nem a biotechnológia fejleményeiben. A normativitás védelme, ami Habermas elsődleges célja, a biotechnikai funkcionalizmus háttérbe szorítását igényli. A morális rend eleve törekeny konstrukció, amely két dolgot véd egyben, a *physist* a testi, a személyt a belső és szimbolikus sérülésekkel szemben. Habermas e törekenység és instabilitás ellensúlyozására a társadalmi interakciót és a kommunikációt javasolja. Az egyén csak intakt elismerési viszonyok között képes magát stabilizálni (i. m., 62). Ami egy organizmust a szó teljes értelmében személylé tesz, az a másokkal megosztott életvilág nyilvános interakciós összefüggéseibe való felvételének társadalmilag egyénített aktusa (i. m., 64). A nyelvi közösség nyilvánosságában alakul át a természeti lény egyénné és ésszerű személylé. Ebben a vonatkozásban tesz különbséget az emberi élet méltósága és a minden személynél jogilag garantált emberi méltóság között (i. m., 67).

A morál nembeli-etikai beágyazottságára teszi a hangsúlyt (i. m., 70). A „terméketlen világnézeti polarizálódással” szemben a filozófiai diskusszióknak antropológiai megalapozási irányt kíván adni, amikor az emberi nem etikai önértelmezését állítja előtérbe. A nem etikai önértelmezésének terepét a kulturális életformák alkotják, amelyekhez viszont értelmezési rendszerek tartoznak. E rendszerek Habermas szerint egy „szoros” antropológiai beágyazottságú kontextust kínálnak a mindenkor érvényes morális kódok számára. A modern pluralista társadalmakban a metafizikai vagy vallási értelmezések alá vannak rendelve a világnézeti jogállam morális alapjainak, amelyek békés egymás mellett élésre köteleznek. Mindennek tartóoszlopa a nem fent jelzett „minimális” etikai önértelmezése (i. m., 74).

Az emberi természet technicizálása egy olyan nembeli etikai önértelmezést provokál ki, ami az önmeghatározóan élő és felelősen cselekvő személyek normatív önértelmezését veszélybe sodorja (i. m., 76). Ennek eredőjeként a cselekvés instrumentális formája lesz domináns. Példa erre, amikor a szülők – saját preferenciáik alapján – leendő gyermekük genomjába való beavatkozásról mint egy tárgyról döntenek, akinek számára felnőttkorára ennek a beavatkozásnak egzisztenciális következményei lehetnek. Az eltárgyasító perspektívával szemben a résztvevői perspektíva képes lehet arra, hogy például a beavatkozó orvos egy interakció részeseként ne a technikus objektíváló beállítottságát foglalja el, hanem anticipálja azt, amit a leendő személy a kezelés alapvetően megtámadható céljaként fogna fel (i. m., 91). Habermas megfontolása mögött nem nehéz felismerni Kanthoz kötődő meggyőződését a személy önérték és öncél mivoltáról. Ugyanakkor Kanttól eltérően hangsúlyozza, hogy bár e normák általánossága biztosítja az egyenlő bánás-



módot, az nem maradhat elvont: minden személy egyéni élethelyzete és életerve iránt érzékenynek kell lennie (i. m., 98).

Hogy milyen mélyreható változást provokál ki a biotechnológia, azt Habermas alábbi észrevétele érzékelteti: Kopernikusz és Darwin a geocentrikus, illetve az antropocentrikus világgépet törték össze. Ebben a sorban harmadik decentralizálásnak nevezhető a test (*Leib*) és az élet alávetése a biotechnikának (i. m., 95). E genetikai beavatkozás deficitje, hogy nem nyitja meg azt a kommunikációs játékeret, amelyben a tervezett gyerek mint egy másik személy bevonható lenne a megértési és egyetértési folyamatba. Vagyis nem engedi a szocializáció kritikus elsajátítását (i. m., 107–108). A genetikai programozás aszimmetrikus kapcsolatot hoz létre, ami eleve negatív jelenség (i. m., 110). Mivel a programtervező egyoldalúan rendelkezik egy másiknak a genetikai állománya fölött, ezáltal paternalisztikus szándékkal idéz elő a tőle függő másik számára élettörténetileg releváns váltásokat. Ezt a szándékot az érintett később értelmezheti ugyan, de nem teheti meg nem törtéنتté.

Miért akarunk mégis morálisak lenni, ha a biotechnológia megtámadja nembeli lény identitásunkat? Az eltárgyasító praktikák nem „normalizálhatók” ott, ahol minden polgár ugyanazzal a joggal rendelkezik az autonóm életvezetést illetően (i. m., 114). Az életvilág és a politikai közösség praktikáit a modern plurális társadalmak az ésszerű morál és az emberi jogok premisszáira alapozták, ami közös alapot kínál a világnézeti különbségeken túlmutató, emberhez méltó élethez.

Nem véletlen, hogy a biotechnológiában felvetődő törekvés a nembeli identitás megváltoztatására érzelmi ellenállásba ütközik a társadalomban (i. m., 125). Látnunk kell: nem a naturalisztikus világgépek, hanem a feltarthatatlanul haladó biotechnológia ássa alá a morál természetes mentális előfeltételeit. Ez ellen segít a morál stabilizáló beágyazása egy olyan nembeli etikai, azaz antropológiai önértelmezésbe, amely tudatosítja bennünk ennek a morálnak az értékét és előfeltételeit, mielőtt hozzászoknánk az autonómiatudatnak és a generációk közötti egyenlőségnek a szinte észrevétlenül lopakodó revíziójához (i. m., 155).

Az antropológiai dimenzió és az egyéni életerv összekapcsolása a morál és a jog normatív szféráiban Habermas alapvető megfontolása a biotechnológia által felvetett problémák szociálisan és individuálisan egyaránt megfelelő kezelésére. Am egyetértés ezekben a kérdésekben végső soron *széles körű nyilvános diskurzusban* jöhet létre, amely magába foglalja a lehetséges és reflektált ellenvetések komplexitását, valamint az érintett érdekek és értelmezési perspektívák sokféleségét.

Habermasnak – aki saját magát inkább tartja szociológusnak, mint filozófusnak – vitathatatlan érdemei voltak és vannak a német közvé-



lemény, a nyilvánosság szenzibilizálásában és a filozófia kritikai funkciójának erősítésében. A történeiszvitában játszott fontos szerepét fentebb említettük. A bioetikai kérdésekben való megnyilatkozásait, így a vázolt elméleti álláspontot azonban a német bioetikusok többsége nem tartja szerencsésnek.

A német bioetika korszakolása és sikertörténete

A bioetika utolsó harminc éve Németországban a következőképpen korszakolható: a nyolcvanas években a nemzetközi diskurzus szintjére lépett a német bioetika, a kilencvenes évek a bioetika mint diszciplína konszolidálásának időszaka, az ezredforduló táján pedig felerősödik az intézményesülés fázisa.²⁷ Első pillantásra is felfedezhető e korszakok szerves egymásra épülése, ami szilárd alapját képezi a bioetika sikertörténetének, az utóbbi évtizedek német tudományossága egyik kiemelkedő teljesítményének.

Az első korszak feladata, a nemzetközi diskurzus szintjének elérése nemcsak tudományos belügy volt, hanem kezdettől fogva azt is jelentette, hogy a *bioetikai témákat a német társadalom problémáiként azonosították*. Vessünk egy pillantást ezekre a bioetikai témákra a nyilvánosság, a törvényalkotás és a katolikus egyház erős befolyása szempontjából.²⁸

A nyolcvanas években a humánkísérletek továbbra is tabunak számítottak. Ám új helyzet állt elő, amikor az orvoslással kapcsolatos problémákat kezdték megvitatni a *nyilvánosság fórumain*. Az 1978-as *baby in vitro* vita Angliában Louise Brown esete kapcsán Németországban is visszhangra talált: ezt az esetet itt is erőteljesen megvitták. Az intézményes reakció sem maradt el: 1985-ben Erlangenben létrehozták az első klinikát ennek a területnek a kutatására. Aztán a nyolcvanas években jött az *AIDS-veszély*, amelyre a nyilvánosság szintén reagálást várt. Mindezek hozzájárultak ahhoz, hogy az orvosi kutatás és ellátás újabb kérdéseit kezdték tematizálni a nyilvánosságban. Ez komoly tényező volt és maradt a bioetika németországi fejleményei számára.

Tematikailag ebbe a körbe tartozott a *művi terhességmegszakítás*, amely azonban Németországban hosszú ideig *politikai vitakérdésként*,

²⁷ Ezt a korszakolást Bayertz állította fel az interjúbán.

²⁸ Az alábbiakban jórészt a Bayertz-interjúra támaszkodom.



és nem etikai problémaként jelent meg. Az egyik oldalon álltak a keresztény egyházak, elsősorban a katolikusok, a másikon a munkásmozgalom. Csak a nyolcvanas években kezdett megváltozni a helyzet. Maguk a témák jóval régebbiek, de korábban a nyilvánosság nem játszott központi szerepet, illetve nem etikai problémaként fogták fel ezeket, hanem politikai témaként és követeléseként, a munkásmozgalommal és a nők emancipációjával összefüggésben. Az etikai megközelítés ott kezdődik, amikor mindkét oldal elkezd a kérdéstről vitatkozni, mindkét oldalon jó érvek hangoznak el, és elkezdenek egymás érveire figyelni és reagálni. Ebből ered az etikai diszkusszió. Vagyis nem maguk a problémák változnak feltétlenül, hanem az a mód, ahogyan kezeljük őket: ez az, ami alapvetően megváltozott a nyolcvanas években. Így indult a németországi bioetika nemzetközi szintre emelkedése, ami alapja lett a bioetika mint diszciplína konszolidálódásának, majd az ezt követő sikertörténetnek.

A bioetika mint diszciplína konszolidálódásának irányába hatott a kilencvenes években az eutanáziához kapcsolódó Singer-vita nyomán kibontakozott „ellenmozgalom”, ami a nyilvánosságban tárgyalt kérdésekre való reakció volt. A *katolikus egyház* saját bioetika-intézeteket alapított, a Vatikánban pedig egy bíborost alkalmaztak bioetika-szakértőnek. Joseph Ratzinger bíboros, katolikus teológusprofesszor 1986-ban közzétette az *Instrukció dokumentumot*, amelyben újszerűen nyilatkoznak meg bioetikai kérdésekről – az élet szentsége összefüggésében. A katolikus egyház növelte a befolyását a törvényalkotásra, amire a CDU révén megvolt a lehetősége. Befolyást gyakorolnak a szociáldemokraták is – az evangélikus egyházon keresztül.

A bioetika mint diszciplína konszolidálásának fontos mutatója a *bioetikai témákkal kapcsolatos jogalkotás*. E témák közé tartozott kezdetől fogva a *jó halál* kérdése. A náci múlttal terhelt eutanázia kifejezés helyett a német média, a törvényhozók, a bioetikusok és a köznyelv is többnyire a *Sterbehilfe* (halálba segítés) kifejezést használta és használja ma is, még ha ma már nincs is akkora idegenkedés az eutanázia kifejezéssel szemben. Eddig minden illetékes miniszter sikeresen szembeszállt e törvény megalkotásával, ami pártoktól és koalícióktól független, töretlen irány. Ellene van az erős érdekképviselőtű szervezett orvosi társadalom is. Ezzel szemben a német társadalom 70 százaléka támogatja a *Sterbehilféről* szóló törvényt, pontosabban az aktív változatot. A német törvényhozó testület 2014 elején ismét foglalkozott ezzel²⁹. A rohamosan öregedő német társadalom vitathatatlan ténye és

²⁹ A német média jelenleg ebből az okból is intenzíven foglalkozik a témával. Különböző nézeteket valló teológusok, politikusok és bioetikusok a megszólaltattak. A köztévében és a sajtóban Schöne-Seifert szerepel a leggyakrabban, aki az aktív

az ebből eredő társadalmi nyomás amellett szól, hogy ez a téma kerül a következő években a nyilvános viták előterébe. Bayertz szerint az egyház konzervatív álláspontja ebben a kérdésben vissza fog szorulni, de ez eltarthat akár húsz évig is.

A német törvényalkotásban a katolikus egyház erős befolyására jellemző példa a *terhességmegszakítás*, ami Németországban törvényesen nem engedélyezett, ugyanakkor nem büntetik. E furcsa kompromisszum első része a katolikusoknak szól, második része a valós helyzetre reagál. Az alkotmánybíróság jóváhagyta mint politikailag jó kompromisszumot. Elméleti szempontból viszont nincs értelme. A gyakorlat a szokásos forma: a három hónapot betöltött embrió elvétele tilos. Erős ellenállás van ezzel a furcsa helyzettel szemben a német társadalomban, ám a törvényalkotás ezt nem követi.

A *humánkísérletek* erős korlátozása, illetve tilalma szintén nagy probléma. Erre példa a gyermekeken és a fogyatékossgal élőkön végzett kísérletezés tiltása. Jelentős mozgalom alakult ki ez ellen, amit annak idején a Singer-eset is élesen felszínre hozott. Ma alig van olyan gyógyszer, ami gyerekeknek tesztelés céljából adható lenne. Ám ha betegek lesznek, szükségük lesz gyógyszerre. Ezért aztán tesztelés nélkül kapnak gyógyszereket. Szülői szervezetek fellépnek ez ellen, viszont az orvosok nem támogatják a változtatást.

Az *agyhalál* olyan téma Németországban, ami újra meg újra felmerül. Ám az újabb fejleményekről nem a nyilvánosság előtt zajlik a vita, hanem szakmai körökben. Ez jelzés arról, hogy csökken a nyilvánosság az a szerepe, amellyel a kilencvenes években rendelkezett. Viszont az egyházak, elsősorban a katolikus egyház politikai befolyása töretlenül erős.

A bioetika mint diszciplína konszolidálásának és sikertörténetének fontos dimenziója az etikai bizottságok, a kutatóintézetek és a kutatási projektek létrehozása és támogatása. Ez egyet jelent a *bioetika intézményesülésével*, ami az ezredfordulótól kezdve erősödött fel. A német állam német adófizetők pénzéből a DFG-n³⁰ keresztül támogat *bioetikai projekteket*. Ezek a projektek a kilencvenes években indultak, bár volt rá néhány példa a nyolcvanas években is. Az állami támogatásnak több oka van: (1) elmaradás volt ezen a téren az USA-hoz viszonyítva;

halálba segítés törvényes lehetősége mellett érvel, a saját halálról való döntés jogának elismerésére alapozva. Quante az észak-rajna-vesztfáliai médiában képviseli ezt az álláspontot.

³⁰ A Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) ha nem is volumenében, de alapvető funkciójában, vagyis a kiemelkedő tudományos kutatások állami, azaz adófizetők pénzéből való támogatásában hasonlít az OTKA-hoz.



(2) a bioetikai témák hosszú távon fontosak; (3) a bioetika „nyugtató tabletta” lehet a társadalomnak – mondja K. Bayertz.

Az etikai bizottságok Németországban későn jöttek létre, mert mind az orvosok, mind a politikusok részéről voltak fenntartások. A kilencvenes években először a klinikai kutatások számára hoztak létre etikai bizottságokat, aztán a kórházakban az egyes esetekben való tanácsadásra. A kilencvenes évek második felében alakultak a központi etikai bizottságok: 1995 óta van a Szövetségi Orvosi Kamara mellett, a parlament mellett a tényfeltáró bizottságok keretében, a minisztériumok mellett (etikai tanács az egészségügyi tárca mellett) és a szövetségi kancellár, illetve a német parlament mellett (Nemzeti Etikai Tanács, mai nevén Német Etikai Tanács)³¹.

Ez a késlekedés nem jelentette azt, hogy az orvosi tevékenység és a klinikai kutatás Németországban ne lett volna szabályozva. Szigorú törvények léteztek alkotmányjogi megalapozással (például a gyógyszer-törvény). A „deduktív” német jogrendszer szempontjából az etikai bizottságok lazulásnak tűntek, az orvosi etikai öntudat pedig a kiskorúsítás veszélyét látta ebben.

Az etikai bizottságoknak és tanácsoknak szituációfüggő és etikailag mérlegelő karakterük van. Azt fontolják meg, hogy egy meghatározott egyéni vagy társadalmi helyzetben a korábbi esetekre való tekintettel a releváns javak és normák mérlegelése mellett mi a megengedett, tiltott vagy ajánlott. Ez nem könnyen illeszkedik egy olyan jogrendszerhez, amely szabály- és értéketikai jellegű. Németországban a törvényeket többnyire az alapjogok „pozitivizálásaként” értik, amely alapjogok olyan legfőbb értékeken alapulnak, mint az emberi méltóság vagy a személy autonómiája. E jogok lényegi tartalmát az alaptörvény 20. cikkelye szerint semmiféle többség nem változtathatja meg. Jogosan merül fel a kérdés: milyen cselekvési tér marad az etikai bizottságok számára?

Különböző tanácsadó testületeket lehet megkülönböztetni az érvényes joghoz való viszonyban.

1. Törvényesen előírt etikai bizottságok csupán a tartományi orvosi kamarák bizottságai és az orvosi karok bizottságai a kutatásban. Az egyedüli törvényesen előírt nemzeti bizottság a 2002 óta létező Őssejtkutatás Központi Etikai Bizottsága³². Az ilyen bizottságoknak az a feladata, hogy az érvényes jog alkalmazásában működjek

³¹ Ennek a grémiumnak volt és van filozófus tagja. Volker Gerhardt az indulástól, 2001-től 2012-ig volt a kancellár, illetve a parlament etikai tanácsadó testületének tagja. Jelenleg Carl Friedrich Gethmann a filozófus képviselő.

³² Ennek a bizottságnak az első elnöke éveken át Siep volt.

nek együtt. Támogatják vagy kiegészítik a bíró vagy az engedélyező hivatalok feladatait. Kutatási bizottságokban ez a haszon és a kockázat mérlegelését, a páciens felvilágosítását, az adatvédelmet vagy a titokvédelem és a publikációs szabadság mérlegelését érinti.

2. A klinikai etikai bizottságoknál többnyire egyes esetekre vonatkozó döntésekkel kapcsolatos kérdésekről van szó, amelyek törvényesen nem szabályozottak, vagy amelyekben az orvosi lelkiismeret egyfajta „szükségállapotba” kerül. Az orvostársadalom nemzetközi ethosához hozzátartozik, ahogy az Orvosok Világszövetségének deklarációi is megfogalmazzák, hogy rendkívüli esetben a páciens javának kell elsőbbséget tulajdonítani az uralkodó törvényekkel szemben is. Az etikai bizottságok hozzájárulhatnak az adott helyzet tisztázásához például egy konzíliumi jelentésben. A klinikai etikai bizottságok és a központi etikai tanácsok természetesen nem emelhetők ki az érvényes törvényekből, ugyanakkor nem korlátozódnak az érvényes jog alkalmazására.
3. A kormány vagy a Szövetségi Orvosi Kamara mellett működő központi etikai tanácsok feladata, hogy a politikát és a törvényalkotást *de lege ferenda* ellássák tanáccsal, az érvényes törvények hézagaira felhívják a figyelmet, és új javaslatokat dolgozzanak ki. Akár a törvényalkotóknak szánt javaslatokat is kidolgozhatnak.³³

A bioetika e grémiumok által legitimációs funkciót gyakorol a mindenkori kormányzat felé. A grémiumokban többségben vannak a katolikus egyház képviselői. Ugyanakkor a DFG a projekt támogatások odaítélésekor nem politikai döntéseket hoz, hanem szakmai-tudományos alapon dönt. Az egyik kiemelt DFG-projekt a *Münsteri Vesztfáliai Vilmos Egyetem KFG-projektje*, amelyben az alapkérdésekhez való visszatérés, ezáltal a filozófia kritikai funkciójának felelevenítése az alapvető cél.

A bioetikai *intézetek* alapítása Németországban a bioetika történetének külön fejezete. Mindössze néhány intézet megnevezésére van itt mód.³⁴ Az első létrehozása részben Hans-Martin Sass nevéhez fűződik, aki a Bochumi Ruhr Egyetemen más professzorokkal együtt 1986-ban létrehozta a *Zentrum für Medizinische Ethik* (ZME) intézményét. 1990-ben Tübingenben alapították filozófusok, teológusok, természettudósok az *Interfakultäres Zentrum für Ethik in den Wissenschaften*

³³ Az etikai bizottságokról adott összefoglalásban Siep idézett tanulmányára támaszkodom.

³⁴ A bioetikai intézetekről szóló rövid áttekintésben a Siep-interjút veszem alapul.



(IZEW). Münsterben a *Centrum für Bioethik* (1998-tól), illetve a KFG-projekt a bioetika főbb intézményei.

Göttingenben Günther Patzig vezetésével hozták létre az intézetet, aki Kant és az angolszász irány felé orientálódott. Bonnban és Essenben is alakultak intézményes formák a kilencvenes évek elejére. Egyáltalán, Észak-Rajna–Vesztfáliában erős volt és maradt a bioetika intézményesülése. A tartományi egészségügyi minisztérium támogatásával létrehozták a Bioetika Kutatási Munkaközösségét. Ebben Bonn, Essen és Münster vett, illetve vesz részt jelenleg is. Essenben előbb Gethmann, majd Klaus Michael Meyer-Abich lett a vezető, aki medicinális holisztikus gondolkodásmódot képvisel. Birnbacher is benne volt. Oswald Schwemmer hozta létre az egyik bonni intézetet (IWE) 1994-ben, a másikat, a *Deutsches Referenzzentrumot* (DRZE) Ludger Honnefelder alapította, ma Dieter Sturma vezeti. Különösen Észak-Rajna–Vesztfáliában volt erős és aktív őssejtkutatás, ezért itt hozták létre az intézményi hálózati formát. A müncheni intézetet evangélikus teológusok létesítették. Kölnben a *CERES* működik, amelyet Christiane Woopen épített fel, és jelenleg is ő vezeti. Katolikus vonalat képvisel, ami egyébként is erős a német bioetikában. Jelenleg ő a *Német Etikai Tanács* vezetője. Az újabbak közül az *Ethikzentrum Jena* fontos intézmény.

A német bioetika sikertörténetének mutatója, hogy a bioetika az elmúlt másfél évtizedben a filozófia részdiszciplínájává vált, és *beépült az egyetemi képzésbe*.

Összefoglalva: a bioetika az utolsó három évtizedben a német tudományosság kiemelkedő teljesítményei közé emelkedett. Ám ez a sikertörténet elképzelhetetlen lett volna a náci korszakot feldolgozó nyilvános viták, különösképpen az úgynevezett történészvita történeti, politikai, morális és tudományos hozadéka, illetve a szélesebb nyilvánosságban kiformalódott és érvényesülő szenzibilitás nélkül. Ennek a sikertörténetnek szerves része azon filozófusok szakmai nyitottsága, valamint interdiszciplináris és intézményépítő stratégiája, akikben megvolt a kellő bátorság és elszántság a német történelem által súlyosan megterhelt tudományterület rehabilitálására és egyben új alapokra helyezésére. Az új alapokra helyezés nem azonos az észak-amerikai és angolszász bioetika pusztá recepciójával: legalább ilyen fontos szerepet játszik ebben a saját filozófiai hagyományok felelevenítése, a filozófia alapkérdéseivel való visszatérés, a kulturális-történeti sajátosságok reflektálása, a sajátos társadalmi igények iránti érzékenység. Röviden: a filozófia kritikai funkcióinak felelevenítése és a mindenkor konkrét helyzetnek megfelelő specifikálása. Az interdiszciplináris stratégia, amely az intézményi formák gerincét képezi, napjainkra a bizott-



ságok, a projektek és az intézetek normális működési módjává vált. Vagyis az eredeti kérdés, hogy tudniillik beszélhetünk-e német bioetikáról, a sajátosságok felmutatása alapján igennel válaszolható meg.

Az utóbbi évtizedek németországi bioetikai teljesítményeinek egy része integrálódott a globális bioetikai vitákba, akkor is, ha e vitákat mindmáig az észak-amerikai és angolszász bioetika uralja³⁵. Német bioetikusok neve és munkái egyre gyakrabban feltűnnek a globális diszkusszióban, műveiket lefordítják számos nyelvre, mértékadó angol nyelvű folyóiratokban jelennek meg írások tőlük. Említsük meg – a teljesség igénye nélkül – Birnbacher, Siep, Bayertz, Schöne-Seifert, Otfried Höffe, Sass, Gethmann, Gerhardt, Julian Nida-Rümelin, Quante nevét! Olyan országokban, ahol a német filozófiai hagyományokat megőrizték, így Japánban vagy Finnországban, az utóbbi időben induló bioetikai vitákra legalább akkora hatást gyakorol a német bioetika, mint az angolszász³⁶. A német bioetika felfutásának tanulságai Magyarországon is megfontolásra érdemesek mind filozófiai-szakmai értelemben, mind a diszciplína konszolidálása és intézményesülése jórészt még előttünk álló kihívásai szemszögéből. A német kulturális, jogi, medicinális, filozófiai hagyományok és kötődések ma is érzékelhetők Magyarországon. Ezeknek a kötődéseknek a kiaknázása színesíthetné a döntően angolszász hatás alatt álló magyar bioetikát, és hozzájárulhatna a bioetika hazai pozíciójának erősítéséhez³⁷.

³⁵ A bioetika alapművének számít: Tom L. Beauchamp és James F. Childress *Principles of Biomedical Ethics* című műve (2013). E hetedik, átdolgozott kiadás előszavában a szerzők hivatkoznak a német bioetikára, különös tekintettel a WWU Münster Kolleg-forschergruppe-projektjére, ahol Childress többször volt vendég.

³⁶ Japánban és Finnországban sorban jelentetik meg a kortárs német bioetika alapműveit, és tartanak közös konferenciákat német bioetikusokkal.

³⁷ A WWU Münster Filozófiai Szemináriumával, elsősorban a Michael Quantéval való több mint két évtizedes együttműködés volt az egyik alapja annak a többéves munkának, amelyet a Debreceni Egyetem Kutatóegyetemi Program Nyelvtechnológia és Bioetika projektjének keretében létrehozott Bioetika Kutatócsoport végzett. Az interdiszciplináris és interfakultáris együttműködés, valamint a bioetika mint legitim *filozófiai* részdiszciplína stratégiai céljainak meghonosítását kezdeményeztük. Ez a kezdeményezés hazai támogatás hiányában valószínűleg nem folytatódik, jóllehet a német partnerek részéről továbbra is fennáll az együttműködési és támogatási ajánlat.



Irodalom

- Ach, Johann S. – Runtenberg, Christa 2002: *Bioethik: Disziplin und Diskurs. Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik*. Frankfurt – New York, Campus.
- Bayertz, Kurt 1987: *GenEthik. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung*. Rowohlt Enzyklopädie. Hamburg, Rowohlt.
- Bird, Kai – Sherwin, Martin S. 2009: *J. Robert Oppenheimer*. Berlin, Propyläen. 3. kiad. (Eredeti megjelenés: *American Prometheus. The Triumph and Tragedy of J. Robert Oppenheimer*. New York, Alfred A. Knopf – Random House, 2005.)
- Beauchamp, Tom L. – Childress, James F. 2013: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford, Oxford University Press.
- Brockhage, Dorothee 2007: *Die Naturalisierung der Menschenwürde in der deutschen bioethischen Diskussion nach 1945*. Münster, Lit.
- Frewer, Andreas 2000: *Medizin und Moral in Weimarer Republik und Nationalsozialismus. Die Zeitschrift „Ethik“ unter Emil Abderhalden*. Frankfurt – New York, Campus.
- Gutmann, Thomas 2005: Paternalismus – eine Tradition deutschen Rechtsdenkens? *Zeitschrift der Savigny-Stiftung für Rechtsgeschichte, Germanistische Abteilung*, 122.
- Habermas, Jürgen 1971: *A társadalmi nyilvánosság szerkezetváltozása* (ford. Endreffy Zoltán). Budapest, Gondolat.
- Habermas, Jürgen 1987: Vom öffentlichen Gebrauch der Historie. Das offizielle Selbstverständnis der Bundesrepublik bricht auf. In Reinhard, Ernst (szerk.): *Historikerstreit. Die Dokumentation der Kontroverse um die Einzigartigkeit der nationalsozialistischen Judenvernichtung*. München–Zürich, Piper. 243–255.
- Habermas, Jürgen 2005: *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik*. Bóv. kiad. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Jahr, Fritz 2013: Aufsätze zur Bioethik 1924–1948 (szerk. May, Arnd T., Sass, Hans-Martin). In Sass, Hans-Martin – May, Arnd T. (szerk.): *Ethik in der Praxis/Practical Ethics, Materialien/Documentation 14*. Münster, Lit.
- Jaspers, Karl 1986: *Die Atombombe und die Zukunft des Menschen. Politisches Bewußtsein unserer Zeit*. München, Pipers.
- Jonas, Hans 1979: *Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*. Frankfurt am Main, Insel.
- Jonas, Hans 1985: *Technik, Medizin, Ethik – Zur Praxis des Prinzips der Verantwortung*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Kraus, Elisabeth 2001: *Von der Uranspaltung zur Göttinger Erklärung. Otto Hahn, Werner Heisenberg, Carl Friedrich von Weizsäcker und die Verantwortung des Wissenschaftlers. Mit einem Geleitwort von Carl Friedrich von Weizsäcker*. Würzburg, Königshausen und Neumann.
- Quante, Michael 2010a: *Személyes élet és emberi halál* (ford. Juhász Anikó, szerk. Rózsa Erzsébet, Loboczky János). Eger, Líceum.
- Quante, Michael 2010b: *Személy* (ford. Drimál István, szerk. Rózsa Erzsébet, Loboczky János). Eger, Líceum.



- Quante, Michael 2012a: *Emberi méltóság és személyes autonómia* (ford. Drimál István, szerk. Kőműves Sándor, Rózsa Erzsébet). Debrecen, Debrecen University Press.
- Quante, Michael 2012b: *Bevezetés az általános etikába* (ford. Drimál István, szerk. Kőműves Sándor, Rózsa Erzsébet). Debrecen, Debrecen University Press.
- Schöne-Seifert, Bettina 2008: *Grundlagen der Medizinethik*. Stuttgart, Alfred Kröner.
- Siep, Ludwig 2003: *Konkrete Ethik. Mannigfaltigkeit, Natürlichkeit, Gerechtigkeit*. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Siep, Ludwig (é. n.): *Filozófia és medicinális etikai bizottságok Németországban*. Kézirat.
- Singer, Peter 1994: *Praktische Ethik*. 2., jav. és bőv. kiad. Stuttgart, Reclam.



1922-ben a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetem
egyik klinikáján, az Üllői út 78/b-ben
© Semmelweis Egyetem Levéltára/Fortepan

Tari Gergely

A „mentális zavar” fogalom definíciós nehézségei

a mentális zavar meghatározására számos kísérlet született. A szöveg központi kérdése, hogy alkotható-e egy széles körben elfogadható értéksemleges, tisztán tudományos eredményekre támaszkodó definíció, amely az egészséges és beteg állapotok elkülönítését a szubjektív értékelő faktorokat kizárva is képes elvégezni. A vizsgálat során összefoglalom a biomedikális pszichiátia mentális zavar koncepcióira született kritikákat, és amellet érvelek, hogy a több szerzőnél felbukkanó biostatistikai és diszfunkciós kritériumok nem tudják levetkőzni normatív tulajdonságaikat. A dolgozat második részében a mentális zavar természeti fajta jellegét elemzem, és amellet érvelek, hogy az ilyen értelemben vett meghatározás nem következetes.

A mentális zavar definíciójának problémái

Sokak intuíciója, hogy az egészséges és kóros mentális állapotok elkülönítése döntő mértékben a tudományos és technikai felkészültségünktől függ (Haslam 2000; Haslam–Ernst 2002; Adriaens – De Block 2013). Ehhez társul a vélekedés, miszerint az idegrendszeri folyamatok egyre kiterjedtebb megértésével, például a képalkotó diagnosztikai eljárásokkal (CT, MRI, Gamma-kamerák) csak idő kérdése, hogy magabiztosan navigálhassunk kóros és egészséges agyi működések között. Eszerint jól meghatározható atipikus agyi struktúrák felelőssé tehetőek valamilyen atipikus viselkedésért, amelyeket így patológiákként, betegségeként azonosíthatunk. Gyakorlatilag a XVIII. századtól fogva nyomás uralko-



dik a pszichiátrián, amely a különböző magatartásokat azonosítani próbálta az agy fiziológiás elváltozásaiival. Így járt el Anne-Charles Lorry (1726–1783) is, aki az orvosi értelemben vett mélabút az idegrendszer rostjainak diszfunkcióira vezette vissza. Ilyen összefüggések alapján gondolkozott Pierre Cabanis (1757–1808) francia orvos is, aki hibának tartotta, ha a vizsgáldások során figyelmen kívül hagyták azokat a bizonyos szervi elváltozásokat, amelyek az erkölcsi és funkcionális zavarokkal összefüggésben állnak. Ezek és az ehhez hasonló feltételezések a század során egyre inkább meghatározták a tudományt (Földényi 2003, 269).

Wilhelm Griesinger (1817–1868) német pszichiáter, a tübingeni egyetem egykori professzora *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* című művében 1861-ben programadó volt a biológiai meg-alapozottságú pszichiátria területén:

„A patológia mint tiszta fiziológia bizonyítja, hogy kizárólag az agy lehet a helyszíne a normális és abnormális mentális működésnek. [...] Az agy minden mentális betegségben érintett, így tehát az elme-baj legközelebbi oka az agyi érintettség.” (Griesinger 1882, 3–4.)

A pszichiátria mint tudomány számára a tét ebben az időben óriási volt. Válaszút előtt állt, integrálódik-e az orvostudományba, felhasználva annak eszköztárát, vagy megmarad egyfajta obskúrus diszciplínaként, kétlaki társadalom- és természettudományos elméleti és módszertani háttérrel. Griesinger üzenete egyértelmű volt. Szakítani kell a bizonytalan filozófiai gyökerekkel, és a tudományos medicina paradigmáit felhasználva minden mentális zavart szervi problémára kell visszavezetni. A filozófia még csak mint távoli rokon sem volt tolerálható többé, teljes megújulás vált szükségessé: „Az empirizmusnak muszáj türelmesen várnia arra az időre, amikor az emberi lélek és az élet alkotóelemeinek kapcsolatát annak minden formájával végül fiziológiai, semmint metafizikai problémaként kezeljük majd.” (Griesinger 1882, 5.) Griesinger szerint vélhetően az összes emberi magatartás egy-egy idegrendszeri mintázattal azonosítható, amelyek kauzális rend alapján szerveződnek. Viselkedésünk elemei, bármilyen összetettek legyenek is, végső soron mégiscsak szomatikus meghatározottságúak, ebből következik, hogy amire megértésükhöz összpontosítanunk kell, feltétlenül empirikus kutatást igényel. Griesingernél ez formált alapot a pszichiátria tudományos medicinába való integrálásához. A XIX. századi pszichiátria hitt az emberi természet naturalista megközelítésében, ami alapján az elme, valamint annak normális és kóros működése legpontosabban természettudományos köntösben értelmezhető. Griesinger ezzel előfutára

és egyben megalapozója volt a betegségeket rendszerező nozologikus szemléletnek, amely a mai napig az elmekórtan fontos strukturáló és módszertani eleme.

Ehhez az irányzathoz kapcsolódóan fontos kitérnünk Emil Kraepelin (1856–1926) német pszichiáterre is, aki szintén jelentős hatást gyakorolt a mai modern pszichiátriai gondolkodásra, amelynek módszertani alapja a pszichiátriai tünetcsoportok rendszerezése és a pszichiátriai kórképek minél átfogóbb feltárása. Az orvostudomány elsődleges céljának tartotta, hogy az agy tudattartalmait a legapróbb összetevőkre szét kell bontani, és tanulmányozni a köztük fennálló kapcsolódási rendszert, ugyanis azt vélelmezte, hogy minden kórosnak és egészségesnek vélt magatartásnak megvan a maga szervi oka (Földényi 2003, 279). Ez a redukcionista attitűd az emberi egyformaságból építkezik, és többek között feltételezi, hogy „a hasonló okokból eredő betegségeknek ugyanazok lennének a tünetei, és ezért hullákon is ugyanazokat az elváltozásokat fedezhetnénk fel” (i. m., 295). A fenti prekoncepciókból egy szigorú tudomány képe bontakozik ki, amelyben az orvos a beteget mint szomatikus kódrendszert értelmezi: *a mentális beteg ebben az analógiában egy agypatológias kórforma variánsa, és semmi több.*

A mentális rendellenességek orvosi modellje, a betegségtételezés fenti módszere valamiért mégsem pontos. A valóságban ugyanis sokkal inkább jellemző, hogy egy zavarnak tartott viselkedésből (például depresszió) kiindulva következtetünk az ezt előidéző és/vagy fenntartó agyi struktúra abnormalitására, tehát a patologizáció folyamata fordított irányú (Kovács 2007, 119). Ez a megkülönböztetés lényegi a mentális zavar (*mental disorder*) fogalmi meghatározását illetően: fontos felismernünk, hogy a klinikai vizsgálatokat legtöbbször megelőzi valamilyen társadalmi, kulturális értékítélet, amely egy eltérő magatartásformát kiemel a közösség által tolerált „normális” tartományból. Így legalábbis kétséges, hogy a betegség fogalma le tudja-e vetkőzni ezt a normatív sajátosságát. Márpedig az egzakt mentális zavar definíció fundamentális szerepet játszik egy tudományos rendszertan megalkotásában, így fontosnak tartom áttekinteni a mentális zavar koncepcióinak főbb arculatait.

A mentális zavar fogalmának meghatározása több szempontból is nehézségekbe ütközik, vegyük sorra ezeket. Talán a legvitatottabb kérdés, hogy *felállítható-e egy olyan meghatározás, amely értéksemleges, és ezáltal tisztán tudományos eredményekre támaszkodva elkülönítheti a kóros állapotot az egészségestől?* A következőkben ezt a kérdést vizsgálom, illetve amellet érvelek, hogy tisztán biomedikális szemléletű egészség- és betegséghatározások felállítása, kiváltképp a mentális működések tekintetében, csak megkötésekkel lehetséges.



Szociopolitikai meghatározás

Eltérő társadalmak vagy kultúrák igen különböző módokon közelíthetnek a betegségek meghatározásához. Rounsaville (2002, 4–6) olvasatában ez alapvetően négyféle lehet: (1) *szociopolitikai*, (2) *biomedikális*, (3) *kombinált biomedikális és szociopolitikai*, valamint (4) *oszténzív szemléletű*. A következőkben az első három típust ismertetem részletesebben.

A mentális zavar *szociopolitikai* megközelítése lényegében lefedi az antipszichiátriai mozgalom főbb gondolatait. Képviselőik – mint a fogalom megalkotója, David Cooper, az amerikai pszichiáter Thomas Szasz vagy Michel Foucault – alapjaiban megkérdőjelezték a pszichiátria tudományos létjogosultságát (Foucault 2000; Szasz 2002). Ezt elsősorban azért tették, mert álláspontjuk szerint nehéz, ha nem lehetetlen feladat megkülönböztetni a mentális betegséget a nonkonformista, erkölcsi kihágásoktól, az egyszerű devianciától (Kovács 2007, 24). A mentális zavar koncepciója így nem más, mint tudományos köntösbe bújtatott értékítélet, eszköz a többségi társadalom számára nemkívánatos magatartásformák ellenőrzésére és stigmatizálására. A mentális zavar értéksemleges meghatározásának hiányában a pszichiátria szubsztantív funkciója a fegyelmezés és az alapvetően társadalmi problémák orvosi eszközökkel történő szabályozása, érvel Szasz (2002, 20). A XIX–XX. századi pszichiátria hatalmi-politikai és társadalmi erőviszonyoktól való függését számos eset alátámasztja. A medikalizációra gyakori példa az úgynevezett *drapetomania* „betegsége”, amely a *drapetes* ('szökött rabszolga') és a *mania* szavakból származik. Ez a kategória a fogva tartás és a kényszermunka elől menekülő színes bőrű rabszolgákat patologizálta (Szasz 2009, 19). Az orvosi módszertan mint láthatatlan társadalmi kontroll egy évszázaddal később, a második világháborúban is érvényesült. A Szovjetunió területén nemegyszer előfordult, hogy az emigrálni próbáló katonákat szökésük során feltartóztatták, és politikai nyomásra gyógykezelésre ítélték. A disszidens így nem politikai bűnözővé, hanem az ideológia és a propaganda részeként elmebeteggé vált, mondván: hogy lenne normális az, aki a fronton harcolva nem akarja győzelemhez segíteni hazáját. Az antipszichiátria azonban a mentális zavar előbbi konstruktivista modelljével nehezen tartható. A szociopolitikai felfogás normativista, tehát a fogalom társadalmi-hatalmi függését hangsúlyozó elmélete hibát követ el, amikor a zavart egyszerűen a közösség normarendszertől való eltéréseként határozza meg, ezáltal megkérdőjelezve a terminus orvosi vonatkozását. Mivel az antipszichiátria szerint mentális betegségről nem, csak normáktól való eltérésről beszélhetünk (Szasz 2002), így minden normaszegést egyenrangúnak kellene tekintenünk,

és nem lenne alapunk elhatárolni a deviánst (például renitens munkakerülő) a tényleges (például neurodegeneratív betegséggel élő) betegtől. Egy ilyen rendszer azonban nem életszerű. Ezért feltétlenül törekednünk kell egy széles körben elfogadható meghatározás felállítására, amelyben ideális esetben a szubjektív értékelő faktorok körül elfogy a levegő.

Biomedikális meghatározás

A naturalista *biomedikális* szemlélet XX. századi formája John Guyett Scadding (1967) nevéhez kapcsolható, aki a betegséget biológiai hátrányként (*biological disadvantage*) határozta meg:

[a mentális zavar] „Élő organizmusok által megjelenített abnormális jelenségek összessége, amelyhez meghatározott jellemvonás vagy jellemvonások csoportja társul, és eltér a fajra jellemző mintától oly módon, hogy biológiai hátrányt jelent számukra.” (Idézi: Varga 2011, 2.)

Scadding meghatározásában tehát ahhoz, hogy valamit mentális zavarként definiáljunk, nem szükséges figyelembe venni értékítéleteket, elegendő statisztikai megfigyelésekre hagyatkozni: (1) ami eltér a társadalmi átlagtól és (2) biológiailag hátrányos, mentális zavarként kezelendő. Ennek a kísérletnek kétségkívül vannak előnyei: felismeri ugyanis, hogy a normáktól való eltérés önmagában nem lehet betegség, hiszen közvetlen biológiai hátrány nem származik belőle. A társadalmi értékektől való függetlenség másik előnye a medikalizáció lehetőségének elfojtása, tehát egyre kevesebb társadalmi probléma kerül medikális kontroll alá (uo.). A biológiai előny és hátrány fogalmak bevezetésével Scadding élénk vitát indított el, amely egészen napjainkig meghatározza a mentális zavar definícióját. Vizsgáljuk meg ennek részleteit!

A biostatistikai szemléletmód nem egyedülálló. Scadding mellett érdemes kitérnünk Robert E. Kendell érvelésére is. Eszerint a skizofrénia és a mániás depresszió minden bizonnyal betegséggént kezelendő, hiszen a páciensek legalább két lényeges biológiai hátránytól szenvednek: kevesebb ideig élnek és fertilitásuk is csökkent. A fenti érvelés igazolása ugyanakkor több szempontból is nehézségekbe ütközik. A következőkben amellet fogok érvelni, hogy a csökkent nemzőképesség és a várható rövidebb élettartam nem lehetnek szükséges és elégséges követelményei a betegségnek. Egy egyszerű példát alkalmazva belátható, miért. Egy



hivatásos katona társadalmi előfordulása statisztikailag szintén meglehetősen ritka, és igen valószínű, hogy életkilátásai is csökkentek. Ebből azonban mégsem következtethetünk arra, hogy a harcoló alakulatok csupa mentális zavarban szenvedő emberekből állnának össze (Cooper 2005). Scadding és Kendell koncepciója mindent áttekintve legalábbis kiegészítésre szorul, ugyanis (1) a társadalmi átlag mint viszonyítási pont nehezen megfogható, és nem világos, milyen szempontok alapján válasszuk ki a referenciatartományt, hogy az egzakt, tudományos jellegét megőrizze, és ne legyen önkényes; (2) a biológiai hátrány fogalmának értéksemlegessége is erősen megkérdőjelezhető. Cooper példája élesen megvilágítja a problémát, miszerint egyes társadalmi csoportok, történelmi korok sajátja lehet a két megjelölt hendikep. A mentális zavar Kendell- és Scadding-féle meghatározása ezeket összegezve nem érte el a célját, ugyanis kifogásolható a kritériumok (társadalmi előfordulás és biológiai hátrány) egzakt és értéksemleges jellege.

Scadding alap gondolatai a mentális zavar következőkben tárgyalt naturalista koncepciói szempontjából is igen fontosak: Christopher Boorse (1975, 1976), majd Jerome Wakefield (1992, 1997, 2007) lényegében Scadding megállapítását dolgozták tovább, miszerint a faj természetes működésétől (jelentsen ez bármit is) való eltérés gyümölcsöző feltételként szolgálhat egy-egy kóros állapot leírásához. Boorse a betegség tisztán biomedikális, értéksemleges elméletét próbálta továbbfejleszteni, amelyben a mentális zavar fogalma szolgált kiindulópontként. Pszichiátriai fordulatra volt szükség, amelyben a tudomány hatáskörének korlátozása és az általa használt fogalmi eszköztár pontosítása (értéksemlegessé tétele) elengedhetetlenné vált (Fulford 2001, 81). Boorse mellett érvel, hogy a betegség a szervezet valamely *alrendszerének* diszfunkciója. Az alrendszer terminust meglehetősen tág értelemben használja. Ez jelenthet egy szervet (szív) vagy szervrendszert (idegrendszer) és az elme memóriáért vagy nyelvért felelős központját is. A diszfunkció feltétele összhangban van Kendell fenti tézisével, miszerint az organizmus végső célja a túlélés és a szaporodás, amelynek eléréséhez az alrendszerek kiegyensúlyozott és összehangolt működésére van szükség (Cooper 2002, 264). Boorse naturalista, érték-kizáró pozíciója a betegséget a *természetes funkciók* (*natural function*) interferenciájaként határozza meg, ami akkor következik be, ha a fajra jellemző funkcionalitásban eltérés (*deviation*) tapasztalható (Boorse 1975). Az embólia ennek fényében például betegségként értelmezhető, hiszen az érelzáródás a keringési rendszer diszfunkciója. Boorse szerint az ember összességében akkor egészséges, ha minden alrendszer elvégzi a statisztikailag tipikus működést. Az egészség tehát ebben a kontextusban tisztán funkcionális meghatározású.



Ezen a ponton egy rövid kitérőt kell tennünk, ugyanis Boorse koncepciójának megértéséhez pontosításra szorul, hogy mit ért *természetes funkció* alatt. A mentális zavar fogalmának naturalista megközelítésű meghatározása esetén ugyanis fontos tisztázni, beszélhetünk-e egyáltalán konkrét biológiai funkciókról, amelyek a társadalmi értéktulajdonítástól mentesek. Boorse felismerte az értéksemleges betegségfogalom megalapozásának fontosságát, ezért törekedett a definíció egzakt, tudományos tisztázására, aminek kulcsa szerinte a *teleologikus funkcionalitás*ban rejlik. Boorse fentebb ismertetett biostatistikai elmélete azonban problémákba ütközik. Vizsgáljuk meg, miért! Az első nehézség a funkció fogalmának naturalista meghatározásából adódik, amely Boorse értelmezésében a következőképpen fest. Elsőként ki kell jelölni egy referenciaosztályt, ami viszonyítási alapul szolgál az egészség és a betegség fogalmainak elhatárolásához. Ennek fényében a betegség nem más, mint a megfelelő referenciaosztálytól (csoport, faj, populáció) való funkcionális eltérés, és semmi egyéb mint deviancia és diszfunkció. Az evolúciós elmélethez köthető teleologikus szemlélet az emberi faj biológiai céljaként és érdekeként a túlélést és a szaporodást jelöli meg mint általános fajtipikus funkciókat. Boorse szerint a vizsgált organizmus minden működése ehhez viszonyítható, így azok a funkciók, amelyek az ember relatív fitnessét növelik, egészségesek (funkcionálisak), amik hátráltatják, kórosak (diszfunkcionálisak) (Nemes 2000). Ezek azonban csak látszólag mentesek az értékektől (Fulford 2001, 83; Varga 2011, 3–4). Bár a biológia tudományán belül széles körben elfogadott álláspont a teleologikus és funkcionális magyarázatok elismerése (Nemes 2000), a biomedikális értelmezésű diszfunkció fogalmának cáfolataiban gyakran találkozunk ennek elutasításával. Ezek többnyire abból indulnak ki, hogy bármely cél kijelölése szükségszerű axiológiai töltetű, hiszen a célfogalom önmagából adódóan kívánatos, elérendővé, végső soron *jóvá* tesz valamit, aminek elmulasztása, el nem érése ennek megfelelően negatív értéket hordoz.¹

Vizsgáljuk meg az előbbi állítást a szexuális orientáció példáján keresztül. Ha a homoszexualitás státuszát nézzük, ez csak akkor tekinthető betegségnek vagy zavarnak, amennyiben a (hetero)szexuális orientációt egy alkalmas referenciaosztály lényegi tulajdonságaként tartjuk számon. Ez azonban elfogadhatatlan, hiszen az, hogy mit tekintünk alkalmas referenciaosztálynak, meghaladja a semleges tapasztalat korlátait (Varga 2011, 3). A fajra jellemző funkciók biológiai keretek közé zárt értelmezése csak látszólagosan küszöböli ki a referenciaosz-

¹ A biológiai funkciókról szóló filozófiai diskurzus részletesebb bemutatására jelen keretek között nincs lehetőség.



tályok kijelölése körüli önkényességet. Ahogy Scadding és Kendell kapcsán fentebb utaltam rá, az evolúciós (biológiai) diszfunkcionalitás nem szükséges és nem elégséges feltétele, hogy egy átlagtól eltérő jelenséget betegségként vagy zavarként tartsunk számon. A betegségkategóriák megalkotásakor a fajtipikus tulajdonságokra való támaszkodást ezért fenntartásokkal kell kezelnünk, hiszen a ma élő emberi fajra jellemző sajátosságok sok esetben eltérnek azoktól, amelyekkel egy korábbi, „természetes” környezethez alkalmazkodtak. Kétségtelen, hogy az ember az evolúció terméke, mindazonáltal a környezet mára egy az ember által személyre szabott mesterséges környezetté vált, amelyben az evolúciós „hátrányok”, például a csökkent fertilitás és akár a saját génállomány továbbörökítése korunkban technikai úton korrigálhatóvá vált. Összefoglalva tehát beláthatjuk, hogy a pusztá evolúciós diszfunkció önmagában nem teszi szükségsszerűvé a betegséget, így tehát Boorse értékizáró biomedikális definíciókísérlete nem múlta felül Scadding és Kendell koncepcióját.

Az eddigieket figyelembe véve azt gondolom, Ethan Gorensteinnek igaza van abban, hogy egészen addig nem fogunk tudni tisztán látni a fenti problémát illetően, míg nem választunk szét két szorosan egymásra épülő kérdést, amelyek az egészség-betegség elhatárolásakor gyakran összemosódnak (idézi: Zachar 2000, 171). Egyrésről annak tisztázatlanságát, hogy a pszichiátriai kórképeknek, például a skizofréniának vagy a borderline személyiségzavarnak, vannak-e biológiai alapjaik, és ha igen, mik ezek. Ez alapvetően empirikus, tudományos kérdés. Másrésről, hogy ezek a tünetek miért vagy milyen szinttől számítanak betegségnek, a kezdetektől meghatározzák normatív társadalmi tényezők. Fontos felismerni, hogy csak mert egy átlagtól eltérő állapotnak vannak bizonyos kimutatható biológiai (azt lecsupaszítva pedig fizikai-kémiai) okai, még nem igazoltuk, hogy az valójában betegség: a maladaptivitás vagy a statisztikai átlagtól való eltérés kimutatása legtöbbször kiegészül valamilyen értékítélettel (például hátráltatja a munkavégzést, félelmet kelt stb.).

Kombinált szociopolitikai és biomedikális meghatározás

Az eddigiekben láthattuk, hogy a mentális zavar tisztán biomedikális vagy szociopolitikai meghatározása nem szolgált kielégítő megoldással egy széles körben elfogadható definíció megalkotásához. Vizsgálódásunkat tovább folytatva, érdemes kiemelnünk Jerome



Wakefield (1992) koncepcióját, amely a *szociopolitikai és biomedikális szemlélet kombinációját* célozza, és a mentális zavart káros *diszfunkcióként* írja le. Wakefield célja valójában egy hibrid definíció megalkotása volt, amely integrálja a tudományos, biomedikális kritériumokat (diszfunkció), illetve a társadalom által formált szociopolitikai értékítéletet (káros) is. Lássuk részletesebben a káros diszfunkció analízisének (*harmful dysfunction*) előnyeit és hátrányait. A következőkben amellet fogok érvelni, hogy Wakefield meghatározása erényei mellett mégsem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, mert (1) a diszfunkció fogalma nem függetleníthető normatív komponenseitől, illetve (2) a pszichiátria kontextusában igen nehéz meghatározni, mit jelent a funkcionalitás és a diszfunkcionalitás (Aragona 2009, 1).

Scadding, Kendell és Boorse definíciójának kudarca után továbbra is kérdéses maradt, alkothatók-e univerzális betegségfogalmak, amelyek nélkülözik az önkényes, akár visszaélésekre is okot adható értékkomponenseket. A betegségalkotás (ide értve a mentális zavarokat is) társadalmi megítélésével kapcsolatban négy általános kategóriát fontos megkülönböztetnünk (i. m., 2). A nominalista koncepció szerint betegség az, amelyet a társadalom és a szakma annak nevez. A társadalmi idealizmus a közösség egészségedeáljától való eltéréssel azonosítja a betegséget. A statisztikai alapú meghatározás, mint azt fentebb láthattuk, az átlagtól való eltérést tartja kórosnak. Realista nézőpontból a betegség valamely biológiai szerv vagy szervrendszer elváltozása és/vagy diszfunkciója, tehát egyszerű biomedikális szemléletet jelent. Wakefield „káros diszfunkció” koncepciója az utóbbi két felfogást próbálta szintetizálni, ami több tekintetben is értékes vállalkozás volt. Egyrészt szakított a korábbi nominalista-konstruktivista nézőponttal, ami a mentális zavar fogalmát kizárólag érték meghatározottságúnak tartotta, másrészt korlátozta a mentális zavar érték kizáró biomedikális szemléletét is. Wakefield a kombinált szociopolitikai és biomedikális koncepcióval azt állítja, hogy az értékfogalmak a mentális zavar meghatározásának elhagyhatatlan, szerves részét képezik, így minden redukcionista definíció, ami a terminust kizárólag tudományos (biológiai, kémiai, fizikai) módszerekkel ragadja meg, szükségszerűen hiányos marad (Wakefield 1992, 237). Ezt a felfogást alkalmazva a betegségalkotás folyamata két lépcsőben zajlik. Elsőként megállapítjuk, hogy a vizsgált jelenség diszfunkciónak, tehát valamely biológiai működés zavarának tekinthető-e, második körben a kár komponens normatív értékelése zajlik az aktuális szociokulturális standardok alapján.

Utóbbival, miszerint a társadalom értékítéletei formálják a betegségről alkotott képünket, talán nincs is igazán értelme vitatkoznunk. Valóban, az egyén vagy még inkább a közösség érzékenységi szintje



határozza meg, melyek azok a társadalmi normáktól eltérő magatartásformák, amelyek valamilyen (pedagógiai, kriminológiai, medicinális) kontrollt igényelnek. Azt viszont már nehezebb belátni, miért olyan magától értetődő Wakefield számára a mentális zavar fogalmában szereplő diszfunkció komponens értéksemlegességének tényszerűsége. A következőkben amellet fogok érvelni, hogy Wakefield elődeihez hasonlóan téved, amikor a diszfunkció feltételét értéksemlegesnek ítéli, tehát a diszfunkció nem függetleníthető annak normatív komponenseitől.

Hogyan lehetséges értéksemleges határvonalat felállítani funkció és diszfunkció között? Úgy gondolom, Wakefield az evolúció során kialakult természetes funkciók felhasználásával Boorse korábban ismertetett csapdájába esik, ugyanis a biológiai funkciók teleologikus felhasználását alkalmazza. Ezeket a mechanizmusokat mentális működéseinkre is érvényesnek tartja, csupán arra van szükség, hogy a többségi populáció környezetre adott válaszait tanulmányozva statisztikai átlagot állítsunk fel, amely kijelöl egy bizonyos normáltartományt. Ez azonban több hibát generál, vizsgáljuk meg ezeket egy példán keresztül! A DSM-IV egyszerű gyászra vonatkozó részénél a szerkesztők kiemelik, hogy „a veszteségre adott reakció részeként egyes gyászoló személyekben a major depresszív epizódra jellemző tünetek jelennek meg”, és „a major depresszív zavar diagnózisa nem adható, ha a tünetek a halálesetet követően két hónapon belül állnak fenn” (APA 2001, 258). Ebben a konkrét esetben a környezetre adott pszichés válasz (gyász) statisztikai alapon két hónapos maximum értékkel szerepel. A „normális” gyászreakció mint a környezeti stresszre adott evolúciós válasz időtartamának objektív meghatározása azonban nem fogadható el, amelyet csak megerősít az a közismert tény is, miszerint az adaptív válaszok nagyban különbözhetnek az egyének között (Aragona 2009, 6; Varga 2011, 5).

Wakefield másik pontatlansága ezen a helyen szintén észrevehető. A szerző diszfunkciókritériuma olyan agyi struktúrát feltételez, amely az evolúció során minden emberben azonos idegrendszeri felépítést és funkciókat eredményezett, így ezt elfogadva a fentihez hasonló feltételek megállapíthatóvá válnának. Ez a felfogás azonban nem veszi figyelembe a természetes kiválasztódás opportunistá jellegét, amelyet nem vezérel semmilyen cél vagy tervezés. Ennek köszönhető az a folyamatosan bővülő individuális variabilitás, amely miatt igazán nehézkessé válik az egészséges mentális működésektől elkülöníteni a kórosat, valamint szétválasztani a környezetre adott elfogadható és patológiás válaszreakciókat. Wakefield továbbá figyelmen kívül hagyja az emberi agy plaszticitását is, amely a környezeti hatásoktól nagyban függő posztnatális individuális fejlődésen megy keresztül, ami valószínűtlenné teszi a diszfunkció fenti értelmezését mint egy „természetes



funkció” zavarát (Jablensky 2007, 157). A diszfunkciókritérium tehát pontosan ott hibázik, ami ellen küzd, vagyis a sémák alkalmazásánál. Wakefield helyesen következtet a mentális zavar fogalmának normatív komponensére, amely nem hagyható el a definícióból, azonban téved, amikor a diszfunkciót értéksemleges feltételként használja. Az individuális különbségek nem engednek meg olyan fogalomhasználatot, mint amit Wakefield egyes pontokon elfogad. Jelenlegi tudásunk szerint az elme nem rendelkezik előre kialakított, fix érzelmi funkció sémákkal, ezért nehezen tudunk mit kezdeni Wakefield azon gondolataival, mint amelyet például a major depresszív zavar kritériumainak pontosításakor tőle olvashatunk: „a tünetek nem egyszerűen az *elvárható* és *elfogadható* válaszok negatív életkörülményekre vagy eseményekre”² (Aragona 2009, 8).

Egy „funkcióvesztés” diagnosztizálása ezenfelül mindig ki van téve a társadalmi relativizmusnak is. A DSM-IV-TR meghatározásában például a skizofrénia pszichopatológiai kritériumai között a tünetek olyan fokú súlyossága szerepel, amelyben „a zavar kezdetétől eltelt idő jelentős részében a tevékenység egy vagy több fontos területen (például munka, társas kapcsolatok, az önmagáról való gondoskodás) feltűnően alacsonyabb szintű teljesítmény[hez]” (APA 2001, 123) vezet. A tünetek hiába intenzívek, ha a beteg mögött megvan a támogató társadalmi környezet, amely segíti a hétköznapi feladatok ellátásában, munkavégzésben. A major depresszió megállapításához szintén kimagasló társadalmi diszfunkció megléte szükséges, ami erősen függ a szociális környezet hozzáállásától (Kéri 2009, 901).

Mi tekinthető elfogadható vagy éppen már elfogadhatatlan magatartásnak valamely környezeti stresszorra? A funkció-diszfunkció megkülönböztetés épp annyira igényli a társadalom és a szakma normatív hozzájárulását, mint a „kár” komponens esetében, így Wakefield próbálkozása a diszfunkciókritérium értéksemlegessé tételére nem vezetett sikerre.

A mentális zavar mint természeti fajta

A mentális zavar fogalmi meghatározását övező viták megoldását sokan a pszichiátria neurológiai fordulatától várják. Munkám elején több ízben utaltam a biomedikális pszichiátria programjára, ami az agyi képzőanyagok fejlődésétől reméli egészség és betegség egzakt megkü-

² Saját kiemelések.



lönböztetését (Haslam 2000, 1032; Adriaens – De Block 2013, 107). A kérdés továbbra is az, hogy lehetséges-e egy nagy biztonságú módszer kidolgozása, ami képes a társadalmi és szakmai önkény kiküszöbölésére. Várhatjuk-e a technika fejlődésétől, hogy a fenti eljárások segítségével (1) a mentális zavar egzakt definícióját megalkothassuk; (2) és értéksemlegesen, a szubjektív faktorokat kizárva diagnosztizálhassuk? Napjainkban a diagnózis felállításában a pszichiáterrel folytatott klinikai interjú igen nagy szerepet tölt be, ami bizonyos korlátok között értelmezési szabadságot hagy az orvos számára, ezáltal egyes esetekben csökkenti a diagnózis pontosságába vetett hitet (Aragona 2009, 3; Kéri 2009, 901). A technikai fejlődés mellett azonban nem haladhatunk el szó nélkül, ezért fontos felülvizsgálunk az antipszichiátria korábbi axiómáját, ami a súlyos mentális zavarok esetében korábban megkérdőjelezett testi és agyi szerkezeti elváltozásokból építette fel kritikáját. Azonban például már 2005-ben rendelkezésre állt egy számítógépes mintaosztályozó program, ami az agy struktúrájának vizsgálatával, a pusztán szemmel láthatatlan térfogateltérésekből képes volt a skizofrén és az egészséges személyek elkülönítésére 80 százalékos sikerrel (Kéri 2009, 902).

A XX. században a pszichiátria terápiás tekintetben is a biomedikális szemléletmód irányába mozdult el. Túlsúlyba került a farmakológiai terápiák alkalmazása az időigényesebb pszichoterápiákkal szemben. Ez a változás több szempontból figyelemreméltó, ugyanis a mentális zavar természetét tekintve a két módszer között alapvető eltérés van a fogalom értelmezésének tekintetében, továbbá a kezelés morális dimenziója is különbözik. Ahogy azt az eddigiekben megismertük, a biomedikális szemléletmód a mentális zavart a hibás agy termékeként, sérült molekulák eredményeként, tehát a személy individuális komponenseitől és élettörténetétől elvonatkoztatva igyekszik megragadni. Ennek terápiás vonatkozása, hogy az embert mint rosszul funkcionáló testet célozza meg, amelyben a személy eldologiasul (Haslam 2000, 1031). Kérdés, hogy ez egyáltalán probléma-e, ha a kezelés alapvetően sikeres, és rendelkezésre áll az az elméleti-szakmai háttér, ami a diagnózishoz és a terápia felépítéséhez szükséges. Ebben a fejezetben vizsgáljuk meg, mi állhat a mentális zavar biomedikális fogalmakkal való elgondolásának a hátterében, és milyen következményei vannak a zavarra adott válaszaink és megértésünk tekintetében. A következőkben amellet fogok érvelni, hogy a mentális zavar természeti fajtaként történő meghatározása nem tartható.

A probléma kibontásához vizsgáljuk meg a mentális zavar ontológiai státuszát, amely biomedikális nézőpontból egybeesik a zavar úgynevezett *betegségmodelljével*, amelynek alapjait már Scadding is

alkalmazta. Haslam ezt a következő négy pontban összegzi: (1) a mentális zavart a szervezetben zajló biológiai funkciók, struktúrák és folyamatok felborulása és abnormalitása okozza; (2) minden egyes zavar specifikus etiológiával (kóroktannal) bír, amelynek természetét a közös abnormalitás határozza meg; (3) minden zavar diszkrét (külön) kategória; (4) univerzalitástézis, vagyis hogy a zavar nem kultúra- és időfüggő, tehát a társadalmi és pszichológiai dimenziók oksági szerepe kizárható a betegség kialakulásában.

A mentális zavar betegségmodellje a kraepelini tradíció folytatásának tekinthető, ami a kórosnak tartott mentális működések szükséges és elégséges feltételeinek, vagyis definitív tulajdonságainak meghatározására tesz kísérletet. A neokraepelini koncepció központi tézisei az alábbi pontokban foglalhatók össze: (1) a pszichiátria az orvostudomány része, amely módszertanilag azonos a tudományos medicinával; (2) egészség és betegség fogalmai között jól elkülöníthető határ áll; (3) léteznek diszkrét (elkülönült) mentális betegségek; (4) a pszichiátria feladata a mentális betegségek biológiai oldalára fókuszálni (Roelcke 1997, 383). A pszichológus- és pszichiátorszakma egy része a tudományos hitelesség miatt a mentális zavarokat szomatikus kórképekkel kívánja leírni, mondván, az objektív orvostudományt a fiziológiai alapokon nyugvó betegségek szavatolják, amelyek lényegi különbözőségükből adódóan diszkrét kategóriákba rendezhetők (Zachar 2000, 171).

Az előzőek igazolják, hogy a betegségmodell és a neokraepelini koncepció a mentális zavar fogalmát *természeti fajtaként* (*natural kind*) kezeli. Ha egy fajta természeti, akkor beleillik valamilyen, az emberektől független csoportba, ami nem függ semmilyen konvenciótól, relatív (axiológiai, szociális) tényezőtől. Egy természeti fajtának összetéveszthetetlen ismertető jegyei vannak, amelyek definitív tulajdonságok, tehát minden kétséget kizáróan azonosítják a fajtához tartozást. A természeti fajta esszencialistái azt gondolják, minden természeti fajta magában hordoz valamilyen örök érvényű, univerzális tulajdonságot, vagyis esszenciát. Ez olyan tulajdonság vagy tulajdonságok halmaza, ami szükséges és elégséges feltételt jelent, hogy egy partikuláré az adott fajtához tartozhasson (Bird–Tobin 2015). Eszerint például a fűrésznek a járulékos tulajdonságain (szín, márka, méret stb.) kívül olyan szubsztantív tulajdonságai vannak, amelyek „fűrészségét” meghatározzák, és nem engedik összekeverni, mondjuk, a fogkefével, ezek tehát ebben az értelemben számítanak esszenciálisnak.

A természeti fajták egy lehetséges elgondolása szerint ezek a fajták metafizikailag reális entitások, és mivel számunkra valóságosan hozzáférhetők, ezáltal a biológiai fajokhoz hasonló önálló rendszertani egységekbe rendezhetők. Ez egybecseng a tudományos realizmus nézetével,



miszerint a sikeres tudományos stratégiák képesek az elméletektől független fenomének megjelenítésére és csoportosítására. Ilyen például a periódusos rendszer, ami a csoportosításhoz kizárólag a kémiai elemek természetes tulajdonságait használja fel. A természeti fajták klaszifikációjának az alábbi követelményeknek kell megfelelnie: (1) egy természetifajta-jelölt tagjainak legyen valamilyen természetes közös (általában intrinzikus) tulajdonsága; (2) a természeti fajták meg kell engedjenek induktív következtetéseket; (3) a természeti fajtáknak részt kell venniük természeti törvényekben; (4) a természeti fajtáknak ki kell alakítaniuk egy egyedi fajtát; (5) a természeti fajták hierarchikusak; (6) A természeti fajták kategorikusan különböznek.

A biomedikális pszichiátria neokraepelini vonulata a zavarokat természeti fajtaként határozza meg, hiszen minden diagnózis mögött fellelhetőnek vél szubsztantív tulajdonságokat. Eszerint „[a] mentális betegség magyarázó alapja a személyiség alatt fekszik, biológiai mikrostruktúrában, ami kilép az egyediségből” (Haslam 2000, 1032). Mi tehát a közös a természeti fajták filozófiai koncepciója és a betegségmodell között? Mindkét elmélet a természetességet hangsúlyozza. Ezenfelül feltételezi, hogy a jelenség (zavar) egy kauzális láncban vesz részt, aminek induktív potenciált is tulajdonít. Mivel minden kórformának megvannak a saját esszenciális tulajdonságai, ezért diszkrét kategóriákba rendezhetők. A betegségmodell tehát a mentális zavart természeti kategóriaként gondolja el, amelynek esszenciái neurológiai struktúrában reprezentálhatók és tudományos módszerekkel hozzáférhetők (Haslam 2000, 1038–1039).

Haslam laikusok bevonásával végzett vizsgálatai igen érdekes eredményeket tártak fel a mentális zavar ontológiai státuszát illetően. Ezek alapján úgy tűnik, általános az a vélekedés, miszerint a pszichiátriai páciensekben van valamilyen mikrostrukturális hasonlóság. A leggyakrabban ugyanazok az esszencialista hitek formálják a zavarról alkotott elképzeléseket, amelyek közül a legfontosabbak a következők: (1) a mentális zavarok alig változtak az idők során; (2) a mentális zavarok lényeges pontokon elkülöníthetők egymástól és az egészséges állapottól; (3) a zavar meghatározható egy bizonyos számú szükséges kritérium azonosításával; (4) az egyes mentális zavarok felépítése megegyező (monomorf); (5) a mentális betegségek változatlanok és gyógyíthatatlanok (Haslam–Ernst 2002; Adriaens – De Block 2013). Haslam egy másik tanulmányában további fontos eredményeket közöl, amelyek összességében feltárják, miszerint, ha a laikusok egy állapotnak biológiai okot tulajdonítanak, ezzel elutasítják a nem biológiai tényezőket. Hisznek továbbá a mentális zavarok állandóságában, kontrollálhatatlanságában, diszkrét jellegében és univerzalitásában, amelyek

voltaképpen a pszichiátriai állapotok értelmezésekor működő koherens természeti fajta ontológiát tükrözik (Haslam 2000, 1043; Adriaens – De Block 2013, 110).

A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve (DSM) szintén a zavarok különválaszthatóságát favorizálja a kórképekhez tartozó kritériumok felsorolásával. Ez a diagnosztikai módszer a „tünetből mint okozatból következtet a betegségre mint okra” (Vass 2001, 353). Nozologikus módszere a hipotézisek empirikus tesztelése. Azonban adódik két fontos probléma, amely óvatosságra int a módszer alkalmazását illetően. Az egyik, hogy a betegek között fennálló *fenotipikus* különbözőség sokkal nagyobb, mint azt a laikusok vagy a szakmabeliek hajlamosak gondolni. A szubjektív állapotokhoz kötődő hipotéziseket ellenőrizni vagy legalábbis objektivitást tulajdonítani nekik meglehetősen nehézkes, ahogy azt korábban a gyász példáján vizsgáltuk (Ghaemi 2009, 4; Adriaens – De Block 2013, 113). A szükséges és elégséges tulajdonságok meghatározása, amelynek célja diszkrét kórképek létrehozása lenne, a gyakorlatban sokszor komorbiditást eredményez, vagyis előfordul, hogy a tünetek alapján a személy több diagnosztikus kategóriába is beleillik.

A másik kritika szerint a genotípusos különbözőségek is meggátolják a mentális zavar mint természeti fajta elfogadását. A pszichiátria és evolúciós genetika egyik közös kutatási iránya a mentális zavarokra hajlamosító géneket vizsgálja. Ezek fő kérdése, hogy mivel evolúciós szempontból ezek a mutációk károsnak bizonyulnak (létfenntartás, szaporodás), mégis miért nem eliminálta őket a természetes szelekció? A legtöbb káros mutáció ugyanis igen hamar kiürül a génállományból, azonban a reprodukivitást nem befolyásoló hibák generációkon keresztül tovább öröklődhetnek. Egy átlagos ember 500–2000 némileg káros mutációt örököl, és nagyon úgy tűnik, a nagyobb számú hibás gén nagyobb eséllyel eredményez deviáns magatartást (Adriaens – De Block 2013, 113). Mivel a genomunkban található több mint 10 ezer „agyi gén” bármikor mutálódhat, megkérdőjelezhető, hogy a mentális zavarok időtlen, diszkrét kategóriák, természeti fajták lennének. Keller és Miller „vízgyűjtő-analógiája” megoldást kínál az előbbi problémára. Eszerint az agy biológiai hálózatát egy hatalmas vízgyűjtőként kellene elképzelnünk, amelyben a fentebbi területeken található patakok (például mikrobiológiai folyamatok, mint a mutációk) elkerülhetetlenül hatást gyakorolnak a lentebb fekvő folyókra (pl. makrobiológiai folyamatok, mint a munkamemória, gondolkodási képesség). Ez az analógia bemutatja, hogy különféle mutációk hasonló hatásokat tudnak okozni, viszont az okozható agyi eltérések (folyók) számát messze meghaladja a mutációra fogékony génállomány (patakok) mérete. A mentális zavar



kategóriái összességében sokkal homogénebbnek bizonyulnak, mint ahogy azt heterogén etiológiájuk jósolná. Ez azonban megtéveszthet bennünket, és azt okozza, hogy hajlamosak vagyunk a mentális zavarokat természeti fajtaként elgondolni, holott nem azok (Adriaens – De Block 2013, 114).

Zárásként egy példán keresztül szeretném megvilágítani egy konkrét mentális zavar természeti fajtaként történő elgondolásának problémáját. A poszttraumatikus stressz szindróma (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) ontológiai státuszát állandó vita övezi. Ez a vita nem a tünetcsoport realitását kérdőjelezi meg, hanem a kórkép természetét problematizálja (McNally 2012, 220). A döntő mértékben traumatológusokból álló csoport szerint a PTSD egy időtlen természeti fajta, amely valamilyen extrém stresszorra adott univerzális pszichobiológiai válaszként értelmezendő. A másik, történészekből, antropológusokból és néhány klinikusból álló csoport szerint azonban a PTSD csupán a vietnami háború után alkotott társadalmi konstrukció.

A szindróma természeti fajtaként való elgondolását a pszichológiai trauma biológiai bázisának feltárásával és interkulturális traumakutatással lehetne a legjobban alátámasztani. Az univerzalitás kritériumának megfelelően igazolni kell, hogy a PTSD történelmen átívelő jelenség, amelynek elképzelhető, hogy korszakonként különböző elnevezései voltak (például tüzéségi sokk az I. világháborúban). Ezek a kultúraközi kutatások azonban érdekes eredményeket mutatnak. Az angolszász háborús veteránok pszichiátriai aktáit áttanulmányozva Jones (i. m., 222) a mai PTSD-kritériumok közül kis átfedést talált a nyugalmazott katonák tüneteivel. A *flashback* élmények, amelyek ma meghatározóak a szindróma leírásában, az Öböl-háborút megelőzően csak elvétve fordultak elő. 640 I. világháborús katonából mindössze három számolt be ilyen panaszról (0,5 százalék), és a II. világháború után is 367-ből csak ötnél dokumentálták (1,4 százalék) (uo.). Ezek az eredmények legalábbis elbizonytalanítóak a PTSD mint természeti fajta megragadásában. Ma PTSD-s pácienseket a világ minden táján diagnosztizálnak, tehát krosszkulturálisnak bizonyul, ugyanakkor transzhistorikus, ezáltal pedig természetifajta-jellege továbbra is bizonytalan (uo.).

A kóros és az egészséges mentális működések elkülönítése a pszichiátria egyik legrégebbi, ugyanakkor legaktuálisabb feladatai közé tartozik, amely joggal tart igényt bioetikusok és pszichiáterek érdeklődésére egyaránt. A mentális zavar koncepcióinak áttekintésével amellet érveltem, hogy a betegségfogalom definíciója nem függetleníthető az érték-szemponctoktól, ezért tisztán biomedikális, kizárólag tényeken alapuló meghatározás a tudomány jelenlegi állása szerint nem alkotható. Ennek értelmében Foucault alábbi gondolata ma is épp oly érvényes:



„Az örület nem lelhető fel a maga vad állapotában. Nem is létezik máshol, mint egy társadalomban, nem léteznek azokon az érzékenységi formákon kívül, amelyek elszigetelik, az ellenézés formáin kívül, amelyek kirekesztik, vagy foglyul ejtik.” (Idézi: Sutyák 2007, 43.)

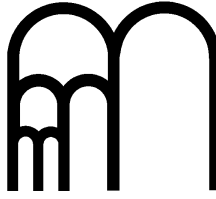
Ennek a felismerésnek morális szempontból is fontos következménye van (1) a definíció megalkotása; (2) a terápia megválasztása (farmakológiai és/vagy pszichoterápiás); (3) a betegségek klasszifikációja, nozológiája tekintetében, amiről okunk van feltételezni, hogy a diagnosztika fejlettségi fokától függetlenül kétbázisú: *tényeken* és *értékeken nyugszik*, ami végső soron igazolja a bioetika illetékességét a kérdésben (Kovács 2007, 92). Ezzel szorosan összefügg a mentális zavar természeti fajtaként való elgondolásának elvetése is, amit több ízben igyekeztem megcáfolni. Összefoglalva tehát (1) általános és elmekórtan között különbséget kell tennünk; (2) az egészség és a betegség fogalmai közötti határ sokszor homályos a különféle normatív tényezők miatt; (3) a betegségek diszkkrét jellege, kategorikus különbözősége bizonytalan; (4) intrinzikus, univerzális, tehát időtlen mikrostruktúrák megléte nehezen bizonyítható.

Irodalom

- Adriaens, Pieter R. – De Block, Andreas 2013: Why We Essentialize Mental Disorders? *Journal of Medicine and Philosophy*, 38., 2013/2., 107–127.
- APA (American Psychiatric Association) 2001: *DSM-IV-TR* (ford. Animula Egyesület). Budapest, Animula Egyesület.
- Aragona, Massimiliano 2009: The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 2., 2009/1., 1–14.
- Bird, Alexander – Tobin, Emma 2015: Natural kinds. In Zalta, N. Edward (szerk.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford (CA), Stanford University.
- Boorse, Christopher 1975: On the distinction between disease and illness. *Philosophy @ Public Affairs*, 5., 1975/1., 49–68.
- Boorse, Christopher 1976: What a theory of mental health should be. *Journal of Theory of Social Behaviour*, 6., 1976/1., 61–84.
- Cooper, Rachel 2002: Disease. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33., 2002/2., 263–282.
- Cooper Rachel 2005: *Classifying madness. A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dordrecht, Springer.
- Foucault, Michel 2000: *Elmebetegség és pszichológia. A klinikai orvoslás születése* (ford. Romhányi Török Gábor). Budapest, Corvina.
- Földényi F. László 2003: *Melankólia*. Pozsony, Kalligram.
- Fulford, K. William 2001: “What is (mental) disease?”: an open letter to Christopher Boorse. *Journal of Medical Ethics*, 27., 2001/2., 80–85.



- Ghaemi, S. Nassir 2009: Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' Critique of Kraepelin. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 10., 2009/4.
- Griesinger, Wilhelm 1882: *Mental pathology and therapeutics* (ford. Robertson, C. Lockhart). London, New Sydenham Society.
- Haslam, Nick 2000: Psychiatric Categories as Natural Kinds: Essentialist thinking about Mental Disorder. *Social Research*, 67., 2000/4., 1031–1058.
- Haslam, Nick – Ernst, Donald 2002: Essentialist Beliefs About Mental Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21., 2002/6., 628–644.
- Jablensky, Assen 2007: Does psychiatry need an overarching concept of mental disorder? *World Psychiatry*, 6., 2007/3., 157–158.
- Kéri Szabolcs 2009: A pszichiátriai betegség fogalma és értelmezése az újabb idegtudományi kutatások tükrében. *Magyar Tudomány*, 170., 2009/8., 899–906.
- Kovács József 2007: *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Budapest, Medicina.
- McNally, Richard 2012: The Ontology of Posttraumatic Stress Disorder: Natural Kind, Social Construction, or Causal System? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19., 2012/3., 220–228.
- Nemes László 2000: A biológia filozófiája: áttekintés. *Vulgo*, 2., 2000/1–2., 276–306.
- Roelcke, Volker 1997: Biologizing social facts: An early 20th century debate on Krapelin's concepts of culture, neurasthenia, and degeneration. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21., 1997/4., 383–403.
- Rounsaville, Bruce J. et al. 2002: Basic Nomenclature Issues for DSM-V. In Kupfer, David J. et al. (szerk.): *A research agenda for DSM-V*. Arlington, American Psychiatric Association.
- Sutyák Tibor 2007: *Michel Foucault gondolkodása*. Máriabesnyő–Gödöllő, Attraktor.
- Szasz, Thomas 2002: *Az elmebetegség mítosza* (ford. Kádár András). Budapest, Akadémiai.
- Szasz, Thomas 2009: *Antipsychiatry: quackery squared*. Syracuse (NY), Syracuse University Press.
- Varga, Somogy 2011: Defining mental disorder. Exploring the “natural function” approach. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6., 2011/1.
- Vass Zoltán 2001: A pszichiátriai diagnózis többértékű logikája: prototipikus kategóriák, szignáldetektációs elmélet és fuzzy tagsági függvények. *Pszichológia*, 21., 2001/4., 353–369.
- Wakefield, Jerome C. 1992: Disorder as Harmful Dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99., 1992/2., 232–247.
- Wakefield, Jerome C. 1997: Diagnosing DSM-IV – Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35., 1997/7., 633–649.
- Wakefield, Jerome C. 2007: The Concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6., 2007/3., 149–156.
- Zachar, Peter 2000: Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 7., 2000/3., 167–182.



Pro Minoritate
2015. nyár

In memoriam Péntes Éva

A Kisebbségékért – Pro Minoritate Alapítvány közleménye
CSÁKY Pál: Éva elment
NÉMETH Zsolt: Péntes Éva búcsúztatójára
DURAY Miklós: Az elkötelezettség: szabadság és lelket gyötrő kín

Erdély másfél évszázada

ifj. BERTÉNYI Iván: Erdély szerepe az első világháborúban
DEMETER Csanád: Európa egyik legkiemelkedőbb klimatikus gyógyhelye? Hargitafürdő fejlesztési terve 1940–1944 között
GIDÓ Attila: Marton Ernő beszámolója az Észak-erdélyi zsidóság helyzetéről 1944 novemberében

Kitekintés

GRÜBER Károly: Orosz identitáspolitika
ZSIGMOND Csilla: Sport és nacionalizmus. A Románia–Magyarország jégkorongmérkőzés margójára

Kutatóúton

„Kutatóként nem megváltani akarom a kisebbségi társadalmat, hanem megérteni” – Papp Z.
Attilával Filep Tamás Gusztáv beszélget

Szemle

TORÓ Tibor: A rendszerváltás történetének lehetséges olvasatai. Egy politizáló értelmiségi sajátos naplója
Molnár Gusztáv: *Alternatívák könyve III. Összmagyar alternatíva*, Pro Philosophia Kiadó, Kolozsvár, 2014
TURJÁNYI Tatjana: Meddig az addig?
Sik Endre – Surányi Ráchel (ed.): *The Hungarian/Slovak/Ukrainian Tri-border Region*, ELTE TáTK – Tárki Zrt., Budapest, 2015
NASTASĂ-MATEI, Irina: A besszarábiai német kisebbség 125 éve
Ute Schmidt: *Basarabia. Coloniștii germani de la Marea Neagră*, Editura Cartier, Chișinău, 2014
CSERMÁK Zoltán: Noblesse Oblige. Patrióta nemesek, bolond grófok, szerencselovagok
Csinta Samu tollán
Csinta Samu: *Erdély újranevesítői – arisztokraták honfoglalása*, Heti Válasz Kiadó, Budapest, 2015
BAJCSI Ildikó: Egy „elfeledett” grófnő írásából
Esterházy Lujza: *Sorskérdések margójára. Tanulmányok, cikkek, dokumentumok*, szerk. Filep Tamás Gusztáv – Molnár Imre – Szendrei Zsuzsanna, Méry Ratio Kiadó – Kisebbségékért – Pro Minoritate Alapítvány, Budapest, 2014
VĂEȚIȘI, Șerban: A városleírás alternatívái mint várostörténelem
Rostás Zoltán: *Alți București interbelici. Studii și cronici gustiene*, Editura Vreimea, București, 2014

RÓZSA Erzsébet (1945, Nádudvar) a Debreceni Egyetem Filozófia Intézetének professzora, a Bioetika Kutatócsoport vezetője. 2012 óta a Münsteri Vesztfáliai Vilmos Egyetem KFG-projektjének vendégkutatója. Kutatási területei: a német idealizmus története, ezen belül elsősorban Hegel filozófiája; Lukács György filozófiai munkássága és a Budapesti Iskola; bioetika és alkalmazott filozófia. Legutóbbi monográfiája: *Modern Individuality in Hegel's Practical Philosophy* (Leiden–Boston, Brill, 2012).

SÁNDOR Judit jogász, bioetikus. Jogi tanulmányait az Eötvös Loránd Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karán végezte, majd 1990-ben a McGill Egyetemen. Jogi szakvizsgát tett, LLM, majd PhD fokozatot szerzett. A Közép-európai Egyetemen 1993-tól tanít. Oktat a Jogi, Politikatudományi, illetőleg a Társadalmi Nemek Tanszékén is. 2000-ben associate professorrá, 2004-ben pedig full professorrá nevezték ki a CEU-n. 2004–2005-ben az UNESCO Bioetikai Részlegét vezette Párizsban. Számos hazai és nemzetközi jogalkotási munkában vett részt. 2005 őszén megalakította a CEU-n belül a Bioetikai és Jogi Központot (CELAB).

TARI Gergely (1988, Szeged) a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézetének tanársegédje és a Málnási Bartók György Filozófia Doktori Iskola másodéves doktorandusz hallgatója. Kutatási területei: orvosi etika, környezeti etika, elmefilozófia és orvosi antropológia.



9 770237 520008

NYIRKOS TAMÁS A bioetikai viták retorikai közege

BARCSI TAMÁS Emberi méltóság és bioetika

NEMES LÁSZLÓ Narratív medicina és bioetika

KOVÁCS GUSZTÁV Hol a helye a gyermeknek?
A reprodukciós medicina és az életutak logikája

SÁNDOR JUDIT A feminista bioetika szerepe
a kortárs biotechnológia területén

RÓZSA ERZSÉBET Bioetika Németországban versus német bioetika

TARI GERGELY A „mentális zavar” fogalom definíciós nehézségei

1000 Ft