

AZ ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓS ELJÁRÁSOK FŐBB FAJTÁI ÉS TÖRTÉNETI KIALAKULÁSUK AZ ETIKAI-JOGI REAKCIÓK TÜKRÉBEN

NAVRATYIL ZOLTÁN
egyetemi tanársegéd (PPKE JÁK)

I. Bevezető

A meddőség kezelését szolgáló mesterséges reprodukciós eljárások összefoglaló elnevezése az asszisztált reprodukciós technikák (ART).¹ Ezek nemcsak a nő és a férfi, hanem egy harmadik személy közreműködését is szükségessé teszik a megtermékenyülés létrehozásában. Napjaink és az elmúlt évtizedek robbanásszerű orvostudományi fejlődése lehetővé tette olyan módszerek kimunkálását és finomítását, amelyek segítségével be lehet avatkozni az utódnemzés e kezdeti szakaszába, az új élet keletkezésének folyamatába.

Meddőségről, mint betegségről, mint a reprodukciós képesség rendellenességéről – a WHO meghatározása szerint – akkor beszélhetünk, ha nem jön létre terhesség minimum 12 hónapig tartó rendszeres és fogamzásgátlástól mentes nemi élet mellett.²

¹ A „lombikbébi” közkeletű elnevezés nem állja meg a helyét, hiszen egyrészt az csupán az egyik fajtája az asszisztált reprodukciós technikáknak, másrészt ott is csupán a megtermékenyítés történik lombikban, anyatesten kívül, a magzat fejlődése és világra jövele természetes körülmények között megy végbe.

² F. ZEGERS-HOCHSCHILD et al.: International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertility and Sterility* 2009/92, 1522. CRYSTAL LIU: Restricting access to infertility services: What is a justified limitation on reproductive freedom? *Minnesota Journal of Law, Science & Technology* 2009/10, 293. BOROS ANTAL –URBANCSEK JÁNOS: Meddőség és fogamzásgátlás. In PAPP ZOLTÁN (szerk.): *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve*. Budapest: Semmelweis, 2007, 107. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1988-ban nyilvánította betegségnek a meddőséget. Megjegyzendő azonban, hogy a meddőség normatív fogalom, országonként eltérő lehet a jogi definíciója, a minimális időtartam meghatározása. A meddőség egyfelől fennállhat a nemi élet kezdete óta (primér meddőség), ami azt jelenti, hogy a nő még nem szült, a férfi még nem nemzett gyermeket. Másfelől bekövetkezhet később is, sikeres gyermeknemzést követően (szekunder meddőség). A női meddőségen belül továbbá megkülönböztetendő a sterilitás és az infertilitás, ez utóbbi azt jelenti, hogy a fogamzás bekövetkezhet, de a nő nem képes a magzat kihordására, a terhesség idő előtt megszakad, míg az előbbi esetében a fogantatás sem mehet végbe. BOROS –URBANCSEK i. m. 107. EVA MARIA K. RÜTZ: *Heterologe Insemination – Die rechtliche Stellung des Samenspenders*. Berlin: Springer 2008, 5–6.

A meddőség okai mind a férfi, mind a nő oldalán jelentkezhetnek, egy párkapcsolaton belül – különböző becslések szerint – 40-50%-ban a nő, 30-40%-ban a férfi és 10-20%-ban mindkét fél érintett lehet.³ A meddő személyek száma az utóbbi negyed században fokozatosan nőtt, abban jelenleg – különböző számítások alapján – a párok 10-20%-a osztozik,⁴ például hazánkban a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 100.000 és 150.000 főre becsülhető a meddő betegek száma, az Egyesült Államokban közel hét és fél millió személyt érint tizenöt és negyvenéves kor között.⁵ Ehhez járulnak azok a tendenciák, amelyek leginkább a társadalmakban bekövetkezett életvitelbeli és családtervezési változásokra vezethetők vissza.

A meddőség kezelésének módszerei közül – amennyiben a terápiás vagy sebészeti út nem járható – némely esetben csak az asszisztált reprodukciós technikák vezetnek eredményre. Tekintettel azonban arra, hogy gyakran igen bonyolult, több lépésből álló műveletekről van szó, s minden lépés hibátlan kivitelezést igényel, az eljárások nem mindig kecsegtetnek sikerrel. Az asszisztált reprodukciós technikák átlagos sikerességi rátája napjainkban is csupán 40% körüli tehető.⁶

II. Az asszisztált reprodukciós eljárások főbb típusai és történetük

Az asszisztált reprodukciós technikák közül leghosszabb múltra kétségtelenül az ún. *artificialis inseminatio* (AI), a mesterséges ondóbevitel tekintetében kizárólag ezt nevezték mesterséges megtermékenyítésnek.⁷ Jelenleg ez talán a legegyszerűbben kivitelezhető és egyben a leginkább költségkímélő forma is. Lényege, hogy a megtermékenyítés a férfi ivarsejtjével az anya testén *belül* történik. Amennyiben a férj

³ ALBIN ESER – MARCUS VON LUTTEROTTI – PAUL SPORKEN: *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Freiburg: Herder 1989, 348–349.

⁴ HANS-RUDOLF TINNEBERG: Zum aktuellen Leistungsstand der In-Vitro-Fertilisation. In CHRISTIAN DIERKS – ALBRECHT WIENKE – WOLFGANG EISENMENGER (Hrsg.): *Rechtsfragen der Präimplantationsdiagnostik*. Berlin: Springer, 2007, 1.; PETRA THORN: *Familiengründung mit Samenspende*. Stuttgart: Kohlhammer, 2008, 19.

⁵ THERESA M. ERICKSON – MEGAN T. ERICKSON: What happens to embryos when a marriage dissolves? Embryo disposition and divorce. *William Mitchell Law Review* 2009/35, 469.; SZENDI GÁBOR: A női funkcionális meddőség evolúciós értelmezése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2007/1, 5–6.

⁶ CATHERINE A. CLEMENTS: What about the children? A call for regulation of assisted reproductive technology. *Indiana Law Journal* 2009/84, 334. Egyes beavatkozások során fokozottabb kockázatokkal is számolni kell, mind az anyára, mind a születendő gyermekre nézve, ilyen lehet például a koraszülés, vetélés, halvaszülés, születési rendellenességek nagyobb mértékű előfordulása, többes terhesség nagyarányú bekövetkezése és az ezzel járó veszélyek. MICHÉLE HANSEN et. al.: The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. *The New England Journal Of Medicine* 2002/346, 729.; JAN M. R. GERRIS: Single embryo transfer and IVF/ICSI outcome: a balanced appraisal. *Human Reproduction Update* 2005/11. 105.; URSKA VELIKONJA: The costs of multiple gestation pregnancies in assisted reproduction. *Harvard Journal of Law & Gender* 2009/32, 466, 471–472.

⁷ Megjegyzendő, hogy a fogalom kialakulásában zavar mutatkozik. Kezdetben ezt az alapeljárást (AI) értették *mesterséges* megtermékenyítés alatt, majd később – a testen kívüli – in vitro fertilizáció és annak szociobiológiai kombinációi kifejlődésével terjedt el a *művi* megtermékenyítés fogalma, ami felőlelt minden reprodukciós módszert, s a mesterséges megtermékenyítés ennek egy alfaja lett. JOBBÁGYI GÁBOR: *Az élet joga*. Budapest: Szent István Társulat, 2004, 216.

vagy élettárs ivarsejtjeit használják, úgy homológ (*artificialis inseminatio by husband – AIH*), amennyiben a megtermékenyítés adományozott, donor hímivarsejttel történik, úgy heterológ (*artificialis inseminatio by donor – AID*) mesterséges ondóbevitelről beszélünk. Az eljárás lényege, hogy a nő ovulációs időszakában a férfi hímivarsejtjét a petevezetékbe helyezik annak érdekében, hogy a petesejt megtermékenyülését ilyen módon segítsék. A férfit érintő meddőség esetén alkalmazzák, általában az indokolja, hogy a spermiumok száma nem megfelelő, illetve azok mozgási vagy alakhi rendellenességben szenvednek. A módszer homológ fajtájának sikeres kivitelezése maradéktalanul lehetővé teszi a szülőknek, hogy genetikailag teljes egészében saját gyermekek legyenek.

A gondolat, hogy szexuális aktus nélkül ejtsenek teherbe egy nőt nem új keletű, már a II. század zsidó történelmében felbukkan. A Talmud szerint a „*fecundatio sine concubito*” intézménye úgy szolgálta e célt, hogy a nők olyan vízben fürödtek meg, ami férfi hímivarsejteket tartalmazott.⁸ A XIV. századtól kezdődően folyamatosan végeztek kísérleteket az állattenyésztésben,⁹ amelyek alkalmazását a XVI. századtól emberekben is kipróbálták, bár az emberen végzett eredményekről az első biztos információ 1770-ből származik, amikor Angliában John Hunter vezetett sikerre az eljárást.¹⁰ A XIX. század második felétől az ismeretek bővülése és a folyamatok precízebb megfigyelése következtében több eredményes próbálkozásról számoltak be az angol Hunter, a francia Girault vagy 1866-ban az amerikai Sims tevékenységével összefüggésben.¹¹ Megemlítendő, hogy Magyarországon elsőként 1952-ben Bánk Endre végzett sikeresen mesterséges ondóbevitelt.¹²

Az eljárás igen korán felvetette a spermiumok fagyasztva tárolásának, mélyhűtésének kérdését is, saját vagy donor ivarsejtek megőrzése céljából, ennek megkísérlésére már 1776-ból származik adat,¹³ azonban sikeresnek csak 1949-től mondható a módszer, s az első gyermek, aki fagyasztott hímivarsejttől fogant, 1977-ben született meg Ausztráliában.¹⁴ Ettől fogva egyre növekvő igény mutatkozott a spermabankok iránt.¹⁵ Közvetlenül megjegyzendő, hogy ettől kezdve a hímivarsejt-donáció egyre inkább *etikailag* is és *jogilag* is elismerten szolgálta az utódnemzés szabadságát. A kereskedelmi alapon jogszerűen működő spermabankok már az 1970-es években megalakultak,

⁸ GERHARD RANNER: Aspekte der künstliche Insemination. In ERWIN BERNAT (Hrsg.): *Lebensbeginn durch Menschenhand*. Graz: Leykam, 1985, 24.

⁹ THOMAS KATZORKE: Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland. In GISELA BOCKENHEIMER-LUCIUS – PETRA THORN – CHRISTIANE WENDEHORST (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind*. Göttingen: Universitätsverlag 2008., 90.

¹⁰ JOSHUA GREENFIELD: Dad was born a thousand years ago? An examination of post-mortem conception and inheritance, with a focus on the rule against perpetuities. *Minnesota Journal of Law, Science & Technology* 2007/8, 280.

¹¹ BODNÁR BÉLA – BODNÁR ZOLTÁN: *Lombikbébi és társai*. Budapest: Kossuth Könyvkiadó, 1988, 29–30.

¹² BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 31.

¹³ BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 33.

¹⁴ GREENFIELD i. m. 281.

¹⁵ RANNER i. m. 29. Korábban csak orvosok részére volt elérhető a szolgáltatás, a recipiens nem igényelhetett hímivarsejtet közvetlenül. NAOMI CAHN: Accidental incest: Drawing the line – or the curtain? – for reproductive technology. *Harvard Journal of Law & Gender*, 2009/32, 78.

az első az Egyesült Államokban, Minnesota államban,¹⁶ hazánkban pedig a hatvanas évek végétől működik spermabank.¹⁷

A tudományos fejlődés azonban nem torpant meg az artifiális inszemináció, a mesterséges ondóbevitel hatásán, hanem új horizontokat keresett, így egy hosszú kísérleti szakasz után az 1970-es évek végére került a tudomány homlokterébe az ún. *in vitro fertilisatio* (IVF), az *anyatesten kívüli* művi megtermékenyítés, köznapi nevén a „lombikbébi-eljárás”. Lényege, hogy a megtermékenyítés a férfi ivarsejtjével az anya testén kívül, laboratóriumi körülmények között – *in vitro*, üvegben, Petri csészében – történik. Majd az így létrehozott embriót ültetik vissza az anya méhében (*embriótranszfer*). Szintén lehet homológ, ha a házaspár vagy élettársak saját ivarsejtjeit használják, s heterológ, ha a női petesejt vagy a férfi hímivarsejt donortól származik. A testen belüli mesterséges ondóbevitelhez hasonlóan e módszer homológ formája is lehetőséget ad a szülőknak, hogy genetikailag saját gyermekük szülessen, azonban az előzőhöz képest az eljárás sikeressége jóval alacsonyabb.

Az *in vitro* fertilizáció folyamata a következő: Mivel a nő szervezetében természetes körülmények között csak egy-két petesejt érik meg, ezért az eljárás eredményessége érdekében – azért, hogy több megtermékenyítésre alkalmas petesejt álljon rendelkezésre – gyógyszeres, illetve injekciós hormonkezelés során a petefészkek működését abnormálisan magas számú petesejt érlelésére készítetik. E kezelés általában két-három hétig tart. Az így előkészített petesejteket a nő szervezetéből – altatásban vagy altatás nélkül – kiemelik, többnyire ultrahangos módszerrel (tüszőpunkció) a tüszőfollyadékot leszívják, majd ún. Petri csészében az előkészített hímivarsejtekkel órákon belül megtermékenyítik. A sikeresen megtermékenyített petesejtek hamarosan elkezdnek osztódni, és két-öt napon belül a fejlődésnek indult embriók készen állnak az anya méhüregébe való visszaültetésre.¹⁸

Az *in vitro* fertilizációval egy időben jelent meg az ún. *GIFT-módszer* (*gamete intrafallopian transfer*): Az *in vitro* fertilizációhoz hasonlóan az előkészített petesejteket itt is kiemelik az anya testéből, de azokat a hímivarsejtekkel együtt a petevezetékbe helyezik vissza, tehát a megtermékenyülés annak természetes közegében megy végbe.¹⁹

Ehhez hasonló az ún. *ZIFT-módszer* (*zygote intrafallopian transfer*), amikor az *in vitro* megtermékenyített petesejtet, az egysejtes zigótát juttatják a petevezetékbe, tehát ellentétben a hagyományos *in vitro* fertilizációval, mielőtt megtörtént a megtermékenyítés, a zigóta visszakerül az anyatestbe s nem a méhüregbe, hanem a petevezetékbe.

Abban az esetben, ha a szülő képtelen saját ivarsejtet szolgáltatni a folyamathoz, vagy azzal valamilyen rendellenességet örökítene át az utódra, a szülő *donor ivarsejt* igénybevétele mellett dönthet. Donor hímivarsejt használható mind testen belüli és

¹⁶ DEBORA L. SPAR: *The baby business: how money, science, and politics drive the commerce of conception*. Boston: Harvard Business School Press, 2006, 35.

¹⁷ BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 34.

¹⁸ GREGORY DOLIN: A defence of embryonic stem cell research. *Indiana Law Journal*, 2009/84, 1212–1213.

¹⁹ ESER – LUTTEROTTI – SPORKEN i. m. 561.

testen kívüli megtermékenyítéskor, donor petesejt csak a testen kívüli megtermékenyítés esetén jöhet szóba. Így ugyan nem lesz teljes a genetikai kapcsolat a gyermekkel, de az legalább az egyik szülő részéről adott, viszont ha mindkét fél részéről szükséges donor ivarsejtek igénybevétele, akkor genetikai kapcsolat a szülők és a gyermek között nincsen.

Ki kell térni arra is, hogy ellentétben a hímvarsejt-donációval, a *petesejt-adományozás* egy bonyolult folyamat, s mind a recipiens, mind a donor részéről klinikai kezelést igényel. A donor és a recipiens menstruációs ciklusát össze kell hangolni, s a recipiens méhét elő kell készíteni arra, hogy a megtermékenyített donor petesejtet befogadja, így mindkét félnél szükséges a hormonstimulációs kezelés. A donornak a fent leírt módszer segítségével befolyásolják az ovulációját, ami alatt a recipiens ciklusát is orvosi ellenőrzés alá vonják hormonkezeléssel, s előkészítik a méhét a beültetendő embrió fogadására. Minderre azért van szükség, mert a petesejtek lefagyasztása, ellentétben a spermiumokkal, gyakorlatilag ritkán jár sikerrel. Sokáig nem is volt lehetséges, bár az ezzel kapcsolatos kísérletek biztatóak.²⁰ Említést érdemel az a viszonylag új eljárás, amelyik lehetővé teszi, hogy a hímvarsejtekhez hasonlóan petesejtet is lehessen fagyasztva tárolni, de ekkor még nem érett petesejtek kinyerése történik, hanem a peteérés majd csak laboratóriumi körülmények között megy végbe. Ennek előnye, hogy a hormonális kezelés szükségessége nagymértékben csökken, valamint petesejt-adományozás során nem kell a két nő ciklusát összehangolni. A petesejt fagyasztásának módszerével, s az így született gyermekekkel kapcsolatban azonban jelenleg még kevés adat áll rendelkezésre.²¹

Az *in vitro* fertilizáció nemcsak az ivarsejt-adományozást teszi lehetővé, hanem az *embrióadományozást* is, ekkor a más pároknál végzett *in vitro* fertilizáció során megmaradt embriókat használják fel. Nem biztos ugyanis, hogy az első kezelés mindjárt sikerrel is jár. Ezért, hogy az anyát a petesejtek leszívása érdekében ne kelljen ismételtelen, az esetleges második vagy többedik próbálkozás alkalmával klinikai kezelésnek alávetni, mód van arra, hogy az első kezeléskor több embriót hoznak létre, mint amennyit visszaültetnek, s azokat egy esetleges későbbi időpontig fagyasztva tárolják. Ha pedig a kezelés sikeres, ezek az embriók a továbbiakban feleslegesen lehetnek, s így mód van az embriók adományozására olyan párok részére, akik saját ivarsejtet egyáltalán nem tudnának szolgáltatni a folyamathoz.

Itt említendő meg az a módszer, amelynek során a homológ vagy heterológ megtermékenyített petesejtet nem a gyermeket kívánó anya – mivel ő egészségügyi okból képtelen lenne a terhesség kihordására –, hanem egy arra vállalkozó másik nő méhébe

²⁰ W. J. DONDORP: Freezing the hands of time: Fertility insurance for healthy women? In: F. SHENFIELD – C. SUREAU (ed.): *Ethical dilemmas in reproduction*. London: Parthenon Publishing, 2002, 2–3.; CHARIS THOMPSON: *Making parents. The ontological choreography of reproductive technologies*. Cambridge: MIT Press, 2005, 96.; Hazánk tekintetében szól róla például Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja: Meddőség ellátásról – Asszisztált reprodukcióról – In Vitro Fertilizációról (Készítette: A Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium) 5–6.

²¹ J. BRAD REICH – DAWN SWINK: You can't put the genie back in the bottle: Potential rights and obligations of egg donors in the cyberprocreation era. *Albany Journal of Law, Science & Technology*, 2010/20, 13–15.

ültetik, aki a gyermeket megszüli és átadja őt a megbízó szülőknek. Ezt nevezzük *pót-anyaságnak* (*bér- vagy dajkaanyaságnak*). Dajkaanyaság, illetve béranyaság esetén tehát újabb szereplővel bővül a folyamat. Ilyenkor a genetikai kapcsolat megmaradhat a szülő és a gyermek között, attól függően, hogy ki szolgáltatott ivarsejtet a folyamathoz.²²

Hasonlóan a mesterséges ondóbevitelhez, az *in vitro* fertilizáció esetében is kezdetben az állatkísérletek jártak az élen, amelyekről már 1878-ból vannak adataink. A bécsi embriológus *Schenk* próbálkozott állati petesejt megtermékenyítésével anyatesten kívül, ami – állításai szerint – sikerült is neki, azonban e korai eredmények valószínűsége erősen vitatott. Az állatkísérletekből levont következtetések és tapasztalatok sarkallták arra a kutatókat, hogy látókörüket az ember vizsgálatával szélesítsék. Az 1930-as években az amerikai *George Pincus* vizsgálta először az állati, később az emberi peteérés folyamatát, s nála jelenik meg először az „*in vitro*” kifejezés is, és ő számolt be először az első sikeres állati *in vitro* megtermékenyítéssel történő születésről.²³ Itt kell megjegyezni, hogy nagyjából ebben az időben, 1932-ben jelent meg *Aldous Huxley* *Szép új világ* című munkája, amelyben – bár utópisztikus műnek szánta – az *in vitro* fertilizációt sok tekintetben úgy írja le, ahogyan azt jelenleg ismerjük.²⁴

Emberi ivarsejtek felhasználásával először 1948-ban *John Rock* és *Miriam Menken* végezte az első – eredményét tekintve sikertelen – *in vitro* megtermékenyítést Bostonban. *Rock* ehhez – az akkori körülményekhez képest is vitatható módon – nyolcszáz petesejtet gyűjtött be olyan nőktől, akiket a klinikán egyéb okokból megműtött. Nem sokkal később, az 1950-es években *Landrum Brewer Shettles* kezdte el vizsgálni a meddőség kezelhetőségét *in vitro* fertilizáció útján, ennek érdekében az 1960-as évek elején egy megtermékenyített petesejtet hat napig tartott életben, majd egy nő méhbe juttatta, ahol az embrió – *Shettles* állítása szerint – fejlődésnek is indult, azonban a klinika vezetője az embriót tízhetes korában eltávolíttatta, arra hivatkozván, hogy etikátlan emberkísérletre nem adhat engedélyt.²⁵ Az 1960-as évek elején az olasz *Daniele Petruccin* 29 napig sikerült életben tartania *in vitro* egy embriót, amelyet torzképződés gyanúja miatt elpusztított, de ebben szerepet játszhatott a kísérletek által kiváltott hatalmas felháborodás a Vatikán tiltakozása is.²⁶ Nagyjából ugyanekkor, 1959-ben az Egyesült Államokban *Min Chueh Chang* egyértelműen bebizonyította állattal végzett *in vitro* fertilizáció sikerességét.²⁷

²² Az asszisztált reprodukciós technikáknak a típusai zártkörűek, s az egyes országok vonatkozó jogszabályai általában taxatív felsorolják ezeket. Magyarországon a 30/1998 (VI. 24) NM rendelet sorolja fel a lehetséges módokat. A korábbi elképzelésekről lásd részletesen *BODNÁR BÉLA – BODNÁR ZOLTÁN: Lehet-e az anya személye kérdéses? Magyar Jog* 1985/12, 1088-1000.; *BODNÁR BÉLA – BODNÁR ZOLTÁN: A személyállományra vonatkozó perek lehetőségei az in vitro fertilisatio és embrió transfer eseteiben. Magyar Jog* 1986/4, 323-333.

²³ *W. FEICHTINGER – P. KEMETER: Über die In-vitro-Fertilisierung beim Menschen. In ERWIN BERNAT (Hrsg.): Lebensbeginn durch Menschenhand. Graz: Leykam, 1985, 60.; ALASTAIR G. SUTCLIFF: IVF children: The first generation. London: Parthenon Publishing, 2002, 2.*

²⁴ *JEAN COHEN et. al.: The early days of IVF outside the UK. Human Reproduction Update. 2005/11, 445.; JOHN HARRIS: On cloning. London: Routledge, 2004, 6.*

²⁵ *COHEN i. m. 445.; SUTCLIFF i. m. 3.*

²⁶ *BODNÁR – BODNÁR (1985) i. m. 1093.*

²⁷ *SUTCLIFF i. m. 3.*

A tudományos áttörés 1978-ban érkezett el, ekkor született meg Angliában az első in vitro fertilizációval fogant gyermek, *Louise Brown*. Világra jövetelét Patrick *Steptoe* és Robert *Edwards* tizenöt éven át tartó labormunkája és kísérletezése előzte meg.²⁸ A nőgyógyász Steptoe – saját elmondása szerint – a viszonylag jól jövedelmező terhesség-megszakításokból finanszírozta a teljes kutatást.²⁹ Steptoe és Edwards már 1969-ben beszámoltak kezdeti sikerekről, de kísérleteiket állami úton megakadályozták, a tilalmat csak 1971-ben oldották fel.³⁰ 1970-ben ők vezették be a laparoscopiát, mint a petesejtnyerés korai módszerét. 1976-ban sikerült terhességet elérniük, ez azonban méhen kívüli terhesség volt, így meg kellett szakítani. Ugyanebben az évben az ausztrál Alexander *Lopatának* is sikerült terhességet előidéznie, amelyből szintén nem történt születés.³¹

Louise Brown sikerét azonban már számos új eredményes születés követte. A második lombikbébi az angliaihoz hasonlóan 1978-ban született az indiai Kalkuttában. 1980-ban Lopata vezetésével Ausztráliában, 1981-ben az Egyesült Államokban, 1982-ben az NSZK-ban, és még sok más országban is megtörtént az áttörés, s inentől kezdve rohamosan növekedett a „lombikbébik” száma. Csak az első öt év alatt 58 kutatócsoport jött létre, s közel 600 születés történt,³² mára pedig világviszonylatban – becslések szerint – hozzávetőleg *három és fél millió* gyermek született in vitro fertilizáció útján.³³

1983-ban *embrióadományozás* során sikerült az első ilyen terhesség Angliában, noha gyermek ebből nem született, de 1984-ben adományozott petesejtből az Egyesült Államokban már igen, s 1985-ben Angliában az embrióadományozás is meghozta „gyümölcsét”.³⁴ A nyolcvanas években az embriók fagyasztva tárolásának lehetőségeit kezdték el vizsgálni, s 1984-ben Ausztráliában – az orvospáros Alan *Trounson* és Linda *Mohr* munkásságának köszönhetően – segítettek világra egy olyan újszülöttet, aki embrionális állapotában két hónapot fagyasztva töltött. Hamarosan Steptoe és Edwards is sikerként könyvelhették el Angliában az első ilyen születést.³⁵

Érdeklenség, hogy a pótanyaságra vonatkozó első adat egészen az *Ószövétségig* nyúlik vissza, bár ott még nem mesterséges, hanem természetes formában történt a

²⁸ Robert Edwards az in vitro fertilizáció terén végzett munkásságáért 2010-ben Nobel-díjat kapott.

²⁹ BRIAN CLOWES: *The Facts of Life*. Front Royal: Human Life International, 1997, 224.

³⁰ BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 49.

³¹ PETER HANS HOFSCHEIDER: Embryonenforschung und Gentechnologie. In UWE OPOLKA (Hrsg.): *Respekt vor dem werdenden Leben*. München: Max-Planck-Gesellschaft, 1989, 30.

³² MICHAEL PAP: Extrakorporale Befruchtung und Embriotransfer aus Arztrechtlicher Sicht. Frankfurt am Main: Peter Lang, 1987, 4–47.; LYRIA BENETT MOSES: Understanding legal responses to technological change of in vitro fertilization. *Minnesota Journal of Law, Science & Technology*, 2005/6, 509–510.; INGRID SCHNEIDER: Embryonen zwischen Virtualisierung und Materialisierung – Kontroll und Gestaltungswünsche an die technisierte Reproduktion. *Technikfolgenabschätzung. Theorie und Praxis*, 2002/2, 45.

³³ OLIVER RAUPRICH: Sollen Kinderwunschbehandlungen von den Krankenkassen finanziert werden? Ethische und rechtliche Aspekte. In GISELA BOCKENHEIMER-LUCIUS – PETRA THORN – CHRISTIANE WENDEHORST (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind*. Göttingen: Universitätsverlag, 2008, 31.

³⁴ PETER LUTJEN et al.: The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*, 1984/307, 174.; W. FEICHTINGER et al.: Pregnancy after total ovariectomy achieved by ovum donation. *The Lancet*, 1985/326, 722–23.

³⁵ PAP i. m. 74.

dajkaanya megtermékenyítése.³⁶ Az asszisztált reprodukció történetében a pótanyaságra vonatkozó első megbízható adatok az Egyesült Államokból származnak, az 1970-es évek közepén, végén jöhetnek létre az első pótanyasági jogviszonyok.³⁷

Magyarországon először 1988-ban született gyermek, aki a GIFT-módszer segítségével fogant.³⁸ Petesejt-adományozással 1992-ben jött világra hazánkban az első újszülött, a körülmények érdekességét az adta, hogy egy önként jelentkező nőt a férj ivarsejtjével mesterségesen megtermékenyítettek, a megfogant embriót kiemelték és a feleség méhében ültették vissza.³⁹

A fent említett különböző módszerek kialakulásukkor és még azt követően is – Magyarországhoz hasonlóan a legtöbb országban –, egyfajta *jogi vákuumban* léteztek. Jogi minőségük sok esetben nem volt tisztázott. Az új módszereket bevezették, és sikeresen alkalmazni kezdték, de nem volt egyértelmű, hogy minek minősülnek ezek, kísérletnek, gyógykezelésnek vagy szolgáltatásnak.⁴⁰ Néhány kivételtől eltekintve etikai állásfoglalások is csak a nyolcvanas évektől lettek közzétéve különböző bizottságok vizsgálatai alapján, s az első törvényi szintű szabályozás csak 1984-ben, Ausztráliában készült el.⁴¹ Európában az első úttörő törvényi szabályozás – a svéd „Lag om insemination” – szintén az 1984-es évből származik.⁴² Sok esetben a jogi szabályozás ellenére is heves viták bontakoztak ki, az előkészítő munkák során nem kellően tisztázták az embrió státuszát és védelmét az anyatesten kívüli művi megtermékenyítés során, vagy nem voltak egyértelműek az in vitro fertilizációval szorosan összefüggő új vizsgálati technológiákkal kapcsolatos szabályok.

III. Etikai és jogi reakciók – Általános áttekintés

Az orvostudomány évszázados kutatómunkája nyomán a gyermek utáni vágy valósulhat meg olyan szülőknél, akiknél a természetes utódnemző képesség valamilyen egészségi ok miatt sérült. Mi sem látszana természetesebbnek, mint hogy fenntartás nélkül elfogadjuk ezeket a gyógymódokat. Valójában azonban igen sokrétű és gyakran ellentmondásos kérdésekkel állunk szemben, s a természet- és társadalomtudományok képviselői a legkülönbözőbb érvekre támaszkodnak az asszisztált reprodukciót ellenezve vagy éppen támogatva.

Attól kezdve, hogy Louis Brown 1978 nyarán megszületett, egy sokrétű vita bontakozott ki a petesejt- és embrióadományozásnak, a pótanyaságnak, az ivarsejtek

³⁶ Gondoljunk Ábrahám és Sára vagy Jákob és Ráhel történetére. Lásd erről Mózes első könyve, 16.1–4.; 30.3–8.; 30.9–30.

³⁷ WILLIBALD POSCH: *Das Recht der künstlichen Humanreproduktion im Wandel*. In ERWIN BERNAT (Hrsg.): *Lebensbeginn durch Menschenhand*. Graz: Leykam, 1985, 203.; CAROL SANGER: *Developing markets in baby-making: In the matter of Baby M*. *Harvard Journal of Law & Gender*, 2007/30, 83.

³⁸ BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 54.

³⁹ SZÉLL KÁLMÁN: *Egészségügyi Etika*. Pécs: POTE EFK, 1995, 174.

⁴⁰ ARNOLD IVÁN LÁSZLÓ: *Az emberi lényeg, a mesterséges utódnemzés és a jog*. *Társadalmi Szemle*, 1996/12, 45.

⁴¹ SÁNDOR JUDIT: *A humán reprodukciós orvosi eljárások jogi szabályozásáról*. *Acta Humana*, 1996/25, 31.

⁴² POSCH i. m. 242.

fagyasztásának, a géntechnológia vívmányainak természettudományi vetületén túlmutató *etikai-jogi* vonatkozása tárgyában is. Maga az *in vitro* fertilizációs eljárás nemcsak egyszerűen orvosi szempontból volt jelentős, de nagyon hamar szembesülni kellett azzal, hogy létre hívott olyan családtípusokat, amelyek a tradicionális keretbe már nem voltak beilleszthetők, s amelyek az eljárás sikeressége nélkül nem is léteztek volna.⁴³ Ahogy rá kellett jönni arra is, hogy az *in vitro* fertilizáció – amelynek során az anyatesten kívül hoznak létre embriókat – a jogi és etikai megítélés szempontjából a mesterséges ondóbevitelnél jóval bonyolultabb, összetettebb és érzékenyebb megítélést kíván, hiszen ez még inkább beleavatkozik az utódnemzés természetes folyamatába. Ebből fakadóan megoldandó problémaként jelentkeztek például az eljárás hatékonyságának kezdeti bizonytalanságai, az embrióval való manipulálási, visszaélni lehetőségek, a felhasználásra nem kerülő embriók további sorsa, a születendő gyermek nemének megállapíthatósága, az elhunyt partner ivarsejtjének posztmortem felhasználása. A következmények beláthatatlanságára utalva a *Nature* egy 1978-as vezércikke egyenesen a *nukleáris kísérletekhez* hasonlította az asszisztált reprodukció nyomán felvillanó lehetőségeket.⁴⁴

Társadalomtudományi szempontból jelentős események már a XIX. század végén kezdtek kibontakozni. A művi megtermékenyítés etikai vetületének vizsgálatában elsőnek tekinthető az 1880-ban alakult francia „*Do Vitam*” elnevezésű társaság, mely a mesterséges ondóbevitel aspektusait feltárva olyan álláspontra helyezkedett, amely erkölcsstelennek és természetellenesnek nyilvánította az eljárást. Ezzel szemben 1884-ben a párizsi igazságügyi orvostani társaság megengedhetőnek tartotta azt, mint a férj beleegyezésével végzett utolsó lehetőséget annak érdekében, hogy a házaspároknak gyermekük szülessen. Ugyanekkor a joggyakorlatban az eljárás szintén kritikus fogadtatására utalt, hogy törvényi szabályozás hiányában a „méltatlan módszer” alkalmazásáért a francia *Lajarte* nőgyógyászt a bordeaux-i törvényszék elítélte.⁴⁵ A német joggyakorlatban elsőként 1905-ben a kölni legfelsőbb bíróság szintén elutasította a módszert.⁴⁶ A hímivarsejt-adományozás technikai lehetősége kezdetben jogi-etikai szempontból tehát korántsem volt problémamentes, hiszen addig kikezdehetetlen *tabuk* és *tradíciók* állták útját az orvosi beavatkozás jogi elismerésének. E perspektíva szinte azonnal láttatni engedte a család hagyományos struktúrájának megbomlását, s a szülőség új megvilágításba kerülését. Több országban a mesterséges ondóbevitel sokáig *házasságtörésnek* is minősült, függetlenül attól, hogy az orvosi beavatkozás során a férjnek a saját ivarsejtjei vagy donortól származó ivarsejtek lettek felhasználva.⁴⁷

Az asszisztált reprodukció etikai vitatottságát bizonyítja, hogy *Németországban* alkotmányjogi megfontolásokra hivatkozva, a büntető törvénykönyv egy 1962-es

⁴³ SOZOS J. FASOULIOTIS – JOSEPH G. SCHENKER: Social aspects in assisted reproduction. *Human Reproduction Update*, 1999/5, 26.

⁴⁴ LÁSZLÓ JANOS: Határátkö a meddőség elleni küzdelem történetében. *Magyar Tudomány*, 1979/1, 24.

⁴⁵ KATZORKE i. m. 91.

⁴⁶ BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 58.; KATZORKE i. m. 92.

⁴⁷ NOA BEN-ASHER: The curing law: On the evolution of baby-making markets. *Cardozo Law Review*, 2009/30, 1895.; JULIA SCHLÜTER: *Schutzkonzepte für menschliche Keimbahnzellen in der Fortpflanzungsmedizin*. Berlin: Lit Verlag, 2008, 161.

reformjavaslata a heterológ megtermékenyítést büntetéssel kívánta fenyegetni,⁴⁸ mintegy bizonyítékaként a második világháborút követő rövid természetjogi reneszánsznak. A reformjavaslatot azonban hamar elvetették, s az 1970-ben megtartott német orvosi kongresszuson elfogadhatónak ítélték a mesterséges ondóbevitel heterológ, donációs formáját is.⁴⁹ Németországban jelentőségét tekintve az 1985-ben az igazságügyi és a kutatásért felelős miniszterek által létrehozott, az egykori alkotmánybíró, Ernst Benda vezetette bizottság tevékenysége emelhető ki, melynek állásfoglalásai egy szigorú, megszorító jogi szabályozás kívánalmait rögzítették. Az 1985-ös német orvosnap és 1986-os jogásznapi határozatai az asszisztált reprodukció egyes típusait szintén csak egy szorosan megállapított jogi határok között tartották megengedettnek.⁵⁰ E folyamat végén 1991-ben lépett életbe a német *embrióvédelmi törvény* (*Embryonenschutzgesetz*). Szabályozási koncepciója jelenleg is nagymértékben őrzi az etikai jellegű megfontolások hatását. A jogszabály e téren a legszigorúbbnak mondható, hiszen már a fogamzástól kezdve jogi védelem alá helyezi az embriót, s a más országokban létező petesejt- és embrióadományozást is kizárja az asszisztált reprodukció köréből és büntetni is rendeli azt.⁵¹

Az *Egyesült Államokban* a 60-as évek elején a többi országhoz hasonlóan házasságtörésként értékelték a mesterséges ondóbevitelt, függetlenül attól, hogy az a férj beleegyezésével történt-e vagy sem, s az így született gyermek minden esetben házasságon kívülinek minősült.⁵² E koncepcióban lezajló korszakváltást az Egyesült Államok tekintetében a joggyakorlat vitte véghez. Vízválasztónak a kaliforniai *People v. Sorensen ügyet* (1968) lehet tekinteni, ebben tört utat magának az a felfogás, hogy a házasságtöréshez két akarategységben cselekvő személy szükséges; ez az orvosra azért nem áll, mert ő adott esetben nő is lehet, a donorra pedig azért nem, mert a megtermékenyítéskor nincs is jelen, tehát házasságtörésnek minősíteni az eljárást nyilvánvalóan abszurd.⁵³ Elsőként 1968-ban Georgia államban hoztak törvényt, amely kimondta, hogy a férj beleegyezésével végzett beavatkozás eredményeként született gyermek a férj és a feleség törvényes gyermeke.⁵⁴ 1979-ben itt is napvilágot látott az első etikai kérdéseket érintő dokumentum, 1984-ben az American Fertility Society foglalt állást, amit aztán számos deklaráció – mind szövetségi, mind pedig tagállami szinten – követett.⁵⁵ Kuriózumként szolgálhat Illinois állam

⁴⁸ ARMIN STOLZ: *Grundrechtsaspekte künstlicher Befruchtungsmethoden*. In ERWIN BERNAT (Hrsg.): *Lebensbeginn durch Menschenhand*. Graz: Leykam, 1985, 110.

⁴⁹ BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 59.

⁵⁰ JOBBÁGYI GÁBOR: *Orvosi jog. Hippokratéstől a klónozásig*. Budapest: Szent István Társulat, 2008, 142.; HANS WILHELM MICHELMANN: Aktuelle Sachstand und künftige Entwicklungen. In FAUT S. ODUNCU – KATRIN PLATZER – WOLFRAM HENN (Hg.): *Der Zugriff auf den Embryo*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2005, 16.; HINNER SCHÜTZE: *Embryonale Humanstammzellen*. Berlin: Springer, 2007, 298.

⁵¹ Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz – EschG) 1991.

⁵² BEN-ASHER i. m. 1889–1890. Egy 1945-ös amerikai ítélet kimondta, hogy a módszer a társadalmi rendbe (public policy) ütközik. POSCH i. m. 212.

⁵³ BEN-ASHER i. m. 1893–1895.

⁵⁴ BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 112.

⁵⁵ PÁP i. m. 100.

1979-es törvénye, amelyik egy 1877-ben alkotott kiskorúakkal szembeni visszaélésekről szóló jogszabály hatályát terjesztette ki az in vitro fertilizációt végző orvosra.⁵⁶ Ezen túl azonban az Egyesült Államok – szövetségi és tagállami – joga napjainkban rendkívül *heterogén* képet tükröz az asszisztált reprodukciós technikák igénybevételével kapcsolatban.

Angliában egy 1946-os konferencián még csak az orvosok helyeselték, két évvel később azonban már jogászok, teológusok sem elleneztek az művi ondóbevitel homológ formáját.⁵⁷ Elsőként 1960-ban jött létre egy testület a mesterséges ondóbevitel áttekintésére, s hozta nyilvánosságra az elnökéről elnevezett *Feversham-jelentést*.⁵⁸ 1982-ben alakult meg a javarész orvosokból és jogászokból álló, elnökéről, Mary Warnockról elnevezett – s történeti szempontból a legjelentősebb – *Warnock Körmánybizottság*, amely kétévi előkészítő munka után tette közzé állásfoglalását.⁵⁹ Javasatai alapján 1990-ben Angliában napvilágot látott egy igen átfogó törvényi szabályozás, a *Human Fertilisation and Embryology Act (1990)*.⁶⁰ Míg például Németországban büntetőjogi korlátozások vannak, addig az angol törvényhozás a kezdetektől inkább szabályozni, mint tiltani próbált, előírásai és szellemisége inkább a tudományos kutatásnak kedvez, mint az embrió védelmének.⁶¹

A fentiekben túl nemzetközi szervezetek is hangot adtak véleményüknek az asszisztált reprodukcióval összefüggésben. Úttörőnek lehet tekinteni e téren, hogy az *Európa Tanács* már Louise Brown születésének évében irányelveket fogalmazott meg tagállamai számára,⁶² s az Európai Parlament is foglalkozott a kérdéssel.⁶³ E dokumentumok többnyire az embrió védelmének szükségességére hívják fel a figyelmet, s például szorgalmazzák az embriók kutatási célra történő létrehozatalának a tilalmát.⁶⁴ 1985-ben tartotta első közgyűlését az *European Society of Human Reproduction and Embryology*, amely jelenleg is folyamatosan figyelemmel kíséri az európai országok asszisztált reprodukciós gyakorlatát. Megemlíthető, hogy az Európa Tanács 1997-ben készítette el

⁵⁶ PAP i. m. 101.

⁵⁷ BODNÁR – BODNÁR (1988) i. m. 59.

⁵⁸ POSCH i. m. 205.

⁵⁹ Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology 1984.; ezen kívül érdemes megemlíteni: Royal College of Obstetrics and Gynecology: Report on in-vitro Fertilisation and Embryo-Replacement, 1983.

⁶⁰ Human Fertilisation and Embryology Act, 1990 (c. 37).

⁶¹ Az említetteken kívül még számos országban jöttek létre jogi és etikai testületek, vagy a már fennálló tudományos fórumok nyilvánítottak véleményt. Például Svájcban a Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, lásd részletesen FRANZ FALLAR: Künsliche Fortpflanzung – Zur Gesetzgebung in der Schweiz. In IMABE-INSTITUT (Hrsg.): *Der Status des Embryos*. Wien: Fassbaender, 1989, 128–131.; vagy Ausztráliában az ún. Waller -Bizottság által elkészített állásfoglalás. SÁNDOR i. m. 31., de megemlíthető még a World Medical Association 1987-es madridi ülése, ahol több bioetikai tárgyú határozat került elfogadásra, s ezek között szerepelt a művi megtermékenyítés is. OBERFRANK FERENC: A biomedicinális etika és az emberi jogok: európai helyzetkép. *Acta Humana*, 1996/25, 8.

⁶² Idevágóak a Tanács 1046/1986. és 1100/1989. határozatai. JOBBÁGYI (2004) i. m. 222–223.

⁶³ Ilyen például az 1989-ben elfogadott Rothley- és Casini-jelentés. JOBBÁGYI (2004) i. m. 222–223.; HOLGER HABMANN: *Embryonenschutz im Spannungsfeld internationaler Menschenrechte, staatlicher Grundrechte und nationaler Regelungsmodelle zur Embryonenforschung*. Berlin: Springer, 2003, 6.

⁶⁴ JOBBÁGYI (2008) i. m. 142.

az ún. *Bioetikai Egyezményt*, melynek célja az élet és emberi méltóság védelme a biomedicina területén.⁶⁵

Hazánkban a kérdés etikai vonatkozásait megítélő – a külföldiekhez hasonló – bizottság vagy testület nem igazán fejtette ki tevékenységét, jóllehet az Egészségügyi Tudományos Tanács már az 50-es évektől kezdődően működött. Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény még nem említette az asszisztált reprodukciós technikákat, azokat az egészségügyi miniszter alacsonyabb szintű jogszabállyal, a szűkszavú és hiányos 12/1981 (IX. 29) EüM. rendelettel szabályozta,⁶⁶ s majd csak az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény IX. fejezete, valamint a 30/1998 NM rendelet rendezte az asszisztált reprodukciós eljárások igénybevételének lehetőségét részletesen. Magyarországon a rendszerváltozást követő évekből megemlítendő még az Egészségügyi Tudományos Tanács, azon belül a Humánreprodukciós Bizottság tevékenysége, amely e területen az egészségügyért felelős miniszter javaslattevő, tanácsadó, döntéshozó testületként funkcionál, s a beavatkozásokat végző intézmények engedélyezési eljárásánál is közreműködik.

A történelmi egyházak közül a *katolikus egyház* kezdett viszonylag korán foglalkozni etikai kérdésekkel, s ellenezte az új reprodukciós technikákat a legkövetkezősebben. Elsőként a Szentszék 1897-ben utasította el a heterológ inszeminációt, de annak homológ formáját XI. Pius pápa még megengedhetőnek tartotta. XII. Pius azonban egy 1949-ben elmondott beszédében már mindkét típust kategorikusan megtiltotta a házastársi aktus természetes, személyes, egy testben való egyesülés jellegére hivatkozva.⁶⁷ 1987-ben a Hittani Kongregáció adta ki a *Donum Vitae* című dokumentumot, majd 1995-ben II. János Pál pápa az *Evangelium Vitae* kezdetű enciklikát. Ezek alapján a heterológ megtermékenyítés morálisan megengedhetetlen, ellentmond a házasság egységének, a házasfelek méltóságának és a szülői hivatásnak. Rögzítésre került, hogy a homológ in vitro fogantatás sem a házastársak specifikus egyesülési aktusának kifejeződése és gyümölcse. A homológ művi ondóbevitel csak akkor megengedett, ha a technikai segítség nem a házastársi aktust helyettesíti, hanem csupán megkönnyíti annak természetes célját elérni. Az embrióval való kísérleteket a dokumentum tiltja, hiszen az egyházi tanítás szerint a fogamzástól kezdve emberről van szó, a manipulálási lehetőségek pedig ellentmondanak annak a tiszteletnek, ami minden emberi lénynek jár. Ennek megfelelően azonban megengedhetőek egyes beavatkozások, ha azok az embrió gyógyítását, az egészségi állapotának javítását célozzák.⁶⁸

⁶⁵ Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No. 164). Signed in Oviedo, April 4, 1997. Additional Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, on the Prohibition of Cloning Human Beings (ETS No. 168) Signed in Paris, January 12, 1998. Hazánkban a 2002. évi VI. törvény hirdette ki.

⁶⁶ JOBBÁGYI GÁBOR: A művi megtermékenyítés jogi és erkölcsi kérdőjelei. *Iustum, Aequum, Salutare*, 2006/1–2, 149.

⁶⁷ KURT WEINKE: Gedanken zu künstlichen Befruchtungstechniken aus philosophisch-ethischer Sicht. In ERWIN BERNAT (Hrsg.): *Lebensbeginn durch Menschenhand*. Graz: Leykam, 1985, 77–78.

⁶⁸ Hittani Kongregáció: *Donum Vitae*. Instrukció a kezdődő emberi élet tiszteletéről és az utódnemzés méltóságáról (ford. Gresz Miklós) 1987.; illetve *Evangelium Vitae*, II. János Pál pápa *Evangelium Vitae*

Összefoglalva elmondható, hogy általában a legtöbb állam esetén beszélhetünk egy korai és viszonylag rövid ideig tartó periódusról, melynek során az asszisztált reprodukció, de ezen kezdeti szakaszban tulajdonképpen csak a művi ondóbevitel tilalmazott volt. Az ezen időszakban végbemenő stigmatizálás jól mutatja a morális elvetését az eljárásnak, az egyfajta gonosztettet jelentett a házastárssal és a családdal szemben több – elsősorban tradicionális – okból. Egyfelől a *család* hagyományos szociális struktúráját bontotta meg, ami egy férfi és egy nő kapcsolata, s amelyből mindenki más egészen eddig ki volt zárva. Másfelől az eljárást az akkori *patriarchális* szemlélet alapján egy nyílt támadásnak tekintették az apai ágú öröklődés ellen. Harmadszor pedig attól tartottak, hogy a növekvő számú anonim donor megtermékenyítések következtében nem lesznek elkerülhetők a későbbiekben az *incesztuózus* viszonyok és házasságkötések.⁶⁹

Ezek után szinte minden országban különböző testületek s a jogi szabályozás is az asszisztált reprodukciós beavatkozásokat a meddőség kezelésére, utódok nemzésére szolgáló megengedett eljárásoknak minősítették, hol több, hol kevesebb korlátozással. Fokozatosan bontották le az emberi embrióval, házassággal, családdal kapcsolatban a hosszú tradicionális fejlődés alapján korábban fennálló konvenciókat. Az ítélezési és jogalkotói gyakorlat elmozdulásával a korábban szigorúan a hálószoba falain belülré utalt kérdés egyre inkább kezdett orvosi-egészségügyi kontextusba kerülni. A hetvenes évektől megindult egy napjainkig tartó fokozatos liberalizálása e területnek, s mára a jogi helyzet gyökeresen más képet mutat, mint egy fél évszázaddal korábban.

kezdetű enciklikája a püspököknek, a papoknak és diákonusoknak, szerzeteseknek és szerzetesnőknek, a laikus Krisztushívőknek és minden jóakarató embernek az emberi élet sérthetetlenségéről (ford. Dr. Diós István) 1995. Életvédő szempontból átfogó képet ad JUAN DE DIOS VIAL CORREA – ELIO SGRECCIA (szerk.): *A humánembrió identitása és jogállása*. A Pápai Életvédő Akadémia dokumentációja. (A magyar kiadást gondozta és rendezte Harsányi Ottó OFM, Somorjai Ádám OSB.) Budapest: Püspökkari Családpasztorációs Bizottság, 2001. A katolikus egyház tanításán kívül említést érdemel, hogy a *református* és *evangélikus* egyház kritikus ugyan, de teljesen nem veti el az egyes reprodukciós módszereket, azonban az embriók védelmében egyöntetűen fogalmaznak. Lásd részletesen például ULRICH EIBACH: Experimente mit menschlichen Embryonen? – Die Sicht der evangelischen Kirchen und Theologie. In UWE OPOLKA (Hrsg.): *Respekt vor dem werdenden Leben*. München: Max-Planck-Gesellschaft, 1989, 157–174. A zsidó teológia nem egységes a kérdésben. A Talmudra hivatkozva elfogadja a közönség nélküli fogamzást („fecundatio sine concubito”), s a konzervatív álláspont megengedi az embriókisérleteket is, mert csak a fogamzás utáni negyvenedik naptól tekinti embernek a magzatot, az ortodox álláspont pedig annak „megmozdulásától” kezdve. A konzervatív és ortodox nézetek közösek abban, hogy az anyatesten kívül létrehozott embrióknak nincs emberi mivolta. A „szaporodjatok és sokasodjatok” eszméje az asszisztált reprodukció lehetőségeit tekintve progresszívebb felfogásnak ad alapot. A gyermekvállalás, mint kulturális imperatívusz érvényesül, melynél fogva a gyermekek születése mellett foglal állást, akár in vitro fertilizáció során. Sára vagy Ráhel őszötvetségi története alapján – akik meddőségük leküzdése érdekében pótyányát vettek igénybe – nem meglepő például, hogy a hatályos izraeli jogban is megengedett a pótyanyaság, sőt, a világon elsőként iktatták törvénybe. BÉLA SOMFAI: Religious traditions and stem cell research. In JUDIT SANDOR (ed.): *Society and genetic information. Codes and laws in the genetic era*. Budapest – New York: CEU Press, 2003, 86.; az egyházak álláspontjáról lásd még SOMFAI BÉLA: Emberi élet kémcsőben. *Vigília* 1984/1, 38–43.; ELLEN WALDMAN: Cultural priorities revealed: The development and regulation of assisted reproduction in the United States and Israel. *Health Matrix: Journal of Law-Medicine*, 2006/16, 70–75.

⁶⁹ BEN-ASHER i. m. 1890–1891.

