



Európai Regionális Szervezet

HÍRLEVÉL

2025. december 5.

Az ART korába léptünk?

Lombikbébi, donor, béranya, műméh: számos fogalommal él már együtt az emberiség az asszisztált reprodukciós technológiák (ART) kapcsán, de a COVID óta eltelt időszakban az ART körüli kérdések gyorsuló ütemben terjednek az emberi társadalom jövőjéről szóló vitákban.

Az ART terjesztése érdekében növekvő nyomás nehezedik a szabályozói oldalra, de közben súlyos alapkérdések maradnak válasz nélkül a technológia kockázataival és már ismert, illetve kiszámítható következményeivel kapcsolatban. Az ART szerepéről egyre élesebb vita bontakozik ki, de az igazán lényeges kérdés az, hogy mi ennek a vitának a tétje.

A következőkben szeretnénk egy szélesebb áttekintést adni a kapcsolódó kérdésekről a felelős, tájékozott párbeszéd támogatása érdekében.

„Kinek a gyermeke?” – A szülő fogalma az ART korszakában

Az asszisztált reprodukcióval a szülői lét hagyományos kategóriái – genetikai, biológiai és kihordási kapcsolat – elválnak egymástól. A gyermekhez fűződő kötődés és a szülői identitás már nem csak genetikai alapon értelmezhető. Különösen éles a kérdés ott, ahol a genetikai és a kihordási szerep különválik – például petesejt-donáció, embrióadományozás vagy béranyaság esetén –, ilyenkor a „ki az anya?” kérdése nemcsak jogi, hanem pszichológiai és társadalmi szinten is értelmezést igényel.

A szülőség fogalmának átalakulása nem pusztán jogi kérdés, hanem a családi kapcsolatok, az identitás és társadalmi normák mély újrendeződését eredményezi – olyan súlyú kérdés, amely először a szakpolitikát, aztán a mentális támogatórendszereket, végül pedig a társadalom egészét állítja kihívás elé.

Donor-limit és genetikai kockázatok

A donorokhoz köthető utódszám korlátozásának célja a véletlen féltestvéri kapcsolatok megelőzése, viszont a nemzetközi tapasztalatok szerint a szabályozások gyakran nehezen ellenőrizhetők. A nagy donorkészletek alkalmazása növeli annak a kockázatát, hogy egymással genetikai rokonságban álló személyek a későbbiekben úgy létesítsenek párkapcsolatot és vállaljanak gyermeket, hogy nincsenek is tudatában rokoni kapcsolatuknak.

A másik kérdés az öröklődő betegségek kockázata. Erre a technológiai szektor azzal reagál, hogy a maximális gondosságot hangsúlyozza a donorok szűrése terén. Ugyanakkor több tényező miatt nem zárható ki teljes bizonyossággal, hogy a donor későbbi életében olyan genetikai eredetű vagy krónikus betegség jelenjen meg, amely a szűrés időpontjában még nem volt felismerhető. De nem is ez a fő kérdés. Hanem az, hogy mi történik, ha az ART-vel született gyermek egészségét érintő rizikó később válik ismertté? Milyen felelősségi és tájékoztatási protokollok szükségesek ennek a kockázatnak kezeléséhez?

A petesejt-donáció egészségügyi és etikai kockázatai

A petesejtek kinyerése egy női szervezetből komplex orvosi folyamat, amely több lépésből áll, és az érintett nők számára valós, nem elhanyagolható fizikai megterhelést és kockázatot jelent.

A folyamat magában foglalja az intenzív hormonális stimulációt, amely a petefészkek gyógyszeres túlstimulálását jelenti, invazív beavatkozást (petesejtek leszívása transzvaginális tűaspirációval), rövid altatást vagy szedációt, valamint az olyan dokumentált kockázatokat, mint például ovárium hiperstimulációs szindróma (OHSS), fertőzések, vérzéses szövődmények, vagy a későbbi termékenységet érintő potenciális hatások. Ezek miatt a petesejt-donáció – ellentétben a vér- vagy plazmaadással – nem tekinthető minimális beavatkozásnak, és egészségügyi kockázatai miatt különösen érzékeny terület.

A fizetett petesejt-donáció a közép-kelet-európai régióban további kérdéseket vet fel. A nemzetközi tapasztalatok alapján a gazdaságilag kiszolgáltatott helyzetben lévő nők esetében a gazdasági kényszer befolyásolhatja a döntés szabadságát, magasabb lehet a vállalt egészségügyi kockázatok aránya. Gyakrabban fordul elő információhiány vagy hiányos tájékoztatás, korlátozott lehet a hozzáférés a megfelelő minőségű egészségügyi ellátáshoz és gyengébb a jogérvényesítési képesség problémák vagy szövődmények esetén.

A nemzetközi szakmai és etikai irányelvek, bioetikai ajánlások és a nagy reprodukciós szakmai szervezetek (pl. ESHRE, ASRM) állásfoglalásai azért elég egyértelműen mutatnak abba az irányba, hogy az emberi petesejt kereskedelmi terméké válását nem kéne engedni. A szabályozásnak biztosítania kell, hogy a döntés valóban önkéntes legyen, és hogy a nők egészségét, méltóságát és testi integritását semmilyen formában ne veszélyeztesse gazdasági vagy intézményi nyomás. A nemzetközi szintén kialakult jelenlegi helyzet kritikusan azonban azt mondják ezekre az irányelvekre: vágyvezérelt gondolatok.

„Dizájner babák” és az ART etikai dilemmái

A preimplantációs genetikai tesztelés (PGT) révén ma már lehetőség van bizonyos betegségek kizárására, embriók közötti választásra és már bizonyos tulajdonságok preferálására is az utódot tekintve. Bár az EU-ban és Magyarországon tiltott a nemválasztás vagy kozmetikai szelekció, a gyakorlatban egyes régiókban (pl. USA, Mexikó, Ukrajna) lazábbak a szabályok. Közben a technológia fejlődése folyamatosan tágitja az elvi határokat és ennek eredményeként a „dizájner baba” kérdése már ma is reális bioetikai felvetés.

Az asszisztált reprodukciós eljárások következményeiről egyre több kvalitatív adat, esettanulmány és terápiás beszámoló áll rendelkezésre. A perinatális pszichológusok és az integratív babaterápiával foglalkozó szakmai körök tapasztalatai alapján a páciensek körében rendszeresen jelennek meg élmények, mint:

- a korai létezéshez kapcsolódó szenzoros vagy érzelmi metaforák, például „hidegség”, „elszigeteltség” vagy más, embriófagyasztáshoz társított érzés,
- a többszörös embrióátültetések és embriók elvesztésének megélése, amely bizonyos narratívákban „elveszett testvéreként” vagy „hiányérzetként” jelenik meg,
- a fogantatás körülményeire vonatkozó retrospektív, terápiás előhívások, amelyekben a páciensek a születés előtti időszakot személyes történetként fogalmazzák meg,
- a reprodukciós eljárások során keletkező több embrióval kapcsolatos érzelmi vagy kapcsolati reprezentációk, amelyeket egyes terápiás helyzetekben a résztvevők megfogalmaznak.

Ezek a jelenségek ma csak kvalitatív adatokként értelmezhetők, olyan élményanyagokként, amelyek konzisztensen megjelennek különféle terápiás és önreflexiós kontextusokban, ugyanakkor nem támasztják alá őket reprodukálható orvosi-biológiai bizonyítékok.

A tudományos konszenzus ma úgy írható le, hogy:

- a pszichoterápiás térben jelentkező élmények nem alkalmasak arra, hogy biológiai folyamatokról közvetlen állításokat tegyünk,
- ugyanakkor ezek az élmények valós pszichológiai hatással vannak az érintettekre,
- és a jelenlegi kutatások nem rendelkeznek elegendő longitudinális, nagymintás empirikus adattal ahhoz, hogy ezeket a jelenségeket egyértelműen megerősítsék vagy kizárják.

A reprodukciós iparágban érdekelt szereplők érthető okokból nem ösztönöztek olyan típusú kutatásokat, amelyek e kvalitatív jelenségeket szisztematikusan vizsgálták volna. A rendelkezésre álló tudásanyag tehát hiányos, és a pszichés dimenziókról szóló diskurzus is gyakran intézményen kívüli szakemberekhez, terápiás

gyakorlatokhoz vagy civil mozgalmakhoz kötődik. Ennek eredménye, hogy ma az ART-folyamatokhoz kapcsolódó mentálhigiénés kísérés és pszichológiai támogatás jelenleg elégtelen az ellátórendszerekben.

A pszichés dimenzió viszont nem hagyható figyelmen kívül, mert a reprodukciós eljárások következményeinek megértéséhez és a felelős társadalmi szabályozásához szükséges annak az elfogadása, hogy az ART nem csupán biológiai-technológiai folyamat, hanem egy komplex érzelmi és identitásképző tapasztalat is.

Társadalmi következmények

Az asszisztált reprodukcióval létrejött családokban a genetikai származás kérdése nem csupán biológiai, hanem identitás- és kötődési szempontból is érzékeny terület. A szakirodalomban megjelennek olyan esettanulmányok és longitudinális tapasztalatok, amelyek szerint a származás tartós elhallgatása vagy tabusítása az érintett egyéneken kötődési feszültségeket, valamint identitással kapcsolatos bizonytalanságot idézhet elő – különösen a serdülőkor és fiatal felnőttkor időszakában.

Terápiás és családpeszichológiai beszámolók szerint előfordulhat, hogy konfliktushelyzetekben – például amikor a kamasz és a szülő között meggyengül a kapcsolat vagy tartós kommunikációs nehézségek lépnek fel – a származás kérdése valamilyen formában megjelenik. Az ilyen helyzetek nem szükségszerű következményei a donoros fogantatásnak, de a szakirodalom alapján létező, dokumentált jelenségek, amelyekkel a családi és pszichológiai támogatásnak számolnia kell.

A szakmai konszenzus szerint a gyermek fejlődése szempontjából előnyös lehet, ha a genetikai származás kérdését a család korának, érettségének és helyzetének megfelelő módon, fokozatosan és életkorhoz igazított kommunikációval kezeli. Számos ország ajánlása – a gyermekjogi szempontokat is figyelembe véve – kiemeli, hogy hosszú távon a gyermeknek joga és érdeke lehet megismerni saját genetikai származására vonatkozó alapinformációkat. Ez a megközelítés azt ismeri el, hogy a származás transzparens kezelése hozzájárulhat a stabil családi kötődéshez, az önazonosság erősödéséhez és a pszichés biztonságérzet megteremtéséhez.

Azt se felejtjük el, hogy az embriók fagyasztva tárolhatók, idővel azonban a „sorsukról” dönteni kell (felhasználás, megsemmisítés, kutatási célokra való felhasználás). És itt jönnek a kérdések: Van-e joga az embriónak élni? Mi történik a „felesleges” embriókkal? Anélkül, hogy ezekbe mélyebben belemennénk, nyugodtan állíthatjuk: a bioetika egyik legnagyobb dilemmája az ART-tal kapcsolatban a potenciális élet (egy megszületendő gyermek) jogának szembeállítása az egyén reprodukciós jogával.

A piac szívóhatása

A reprodukciós problémákkal küzdő magyar páciensek egy része most külföldi, főként csehországi központokhoz fordul (így lett Magyarországon Brno a szabad ART szolgáltatások szinonimája), mivel ezekben anonim donorprogramok működnek, nagy számú elérhető donorpetesejttel, míg Magyarországon a jogi keret szűkebb, és a gyakorlatban döntően csak közeli nőrokontól származó petesejt adományozása a reális lehetőség.

Egészségpolitikai szempontból a kérdés nem az, hogy a páciensek döntése „jó” vagy „rossz”, hanem az, hogy a magyar szabályozás miként kezeli azt a helyzetet, amikor bizonyos kezelések elérhetősége külföldre tereli a keresletet, és milyen módon érhető el a betegbiztonság, a követhetőség és a megfelelő tájékoztatás egy határon átnyúló biotechnológiai szolgáltatási gyakorlatban.

Az asszisztált reprodukció iparági szereplői – teljesen érthető módon – a hazai szabályozás további liberalizációját szorgalmazzák. Érvelésük rendszerint két pillérre épül: egyrészt arra, hogy a termékenységi nehézségekkel élő páciensek számára bővüljön a hozzáférés; másrészt arra, hogy a kezeléshez való könnyebb hozzájutás a kívánatos gyermekszám növelésén keresztül társadalmi érdeket is szolgálhat.

Tény viszont, hogy a szabályozás lazítása önmagában nem oldja meg az előzőekben vázolt kérdéseket: a bioetikai dilemmákat, a mentális egészséghez kapcsolódó kockázatokat, a donorok védelmével és kiszolgáltatottságával összefüggő problémákat, valamint a gyermek identitására és jogaira vonatkozó hosszú távú szempontokat.

Egy felelős ART-politika alapjai

Miért halad ilyen könnyen előre az emberiség jövőjét alapjaiban meghatározó technológia piaci terjedése? – teszik fel egyre többen a kérdést. Tény, hogy komplex humán reprodukciós biotechnológiai eljárások úgy terjednek el, hogy alig van a következményeikre vonatkozó hosszú távú tapasztalat. Ennek alapvető oka, hogy a társadalmi nyomás és a demográfiai érdek hajtja a technológiai fejlesztést. A meddőség társadalmi terhe és az érintett egyénekre nehezedő érzelmi teher egyaránt nagy, az államok demográfiai okokból nem fékezték, hanem ösztönözték az ART használatát, a páciensek pedig óriási hajlandóságot mutattak a kockázatvállalásra.

Így az ART gyakorlatilag piaci és társadalmi igény alapján terjedt el, nem a hagyományos értelemben vett gyógyszerbiztonsági modell szerint. Kérdés, mit mond a szakirodalom az utódok és a hormonstimuláción átesett nők későbbi egészségéről? A válasz röviden: nem áll rendelkezésre elegendő hosszú időtávú adat.

És mit tudunk eddig az ART-vel megszületett gyermekről? Nos, annyit, hogy körükben bizonyos csoportoknál kissé emelkedett bizonyos kórképek (pl. kardiometabolikus eltérések, koraszülés) kockázata. Más területeken a jelenleg rendelkezésre álló adatok alapján nincs kimutatható különbség az ART-vel és természetes módon világra jött gyermekek esetén. Viszont a minták itt is kicsik, módszertanilag heterogének, és nem generációs szintűek. A vonatkozó meta-analízisek itt is azzal zárnak: további hosszú távú utánkövetésre van szükség.

A donornők esetén a hormonstimuláció akut kockázatai ismertek (OHSS, ciszták, vérzés). A későbbi onkológiai és reprodukzív kockázatok tekintetében viszont jelenleg csak igen korlátozott mennyiségű adat áll rendelkezésre. A hosszú távú utánkövetés még hiányzik, ennek következtében érdemi bizonytalanság marad fenn a kockázatok megítélésében.

Mit jelent ez összefoglalva? Az utódok és a donorok körében megjelenő, részben jól ismert, részben teljesen ismeretlen kockázatok, az utódok és a donorok hosszú távú egészségügyi követésének hiánya, a genetikai származás és az ettől független családi helyzetek, szülő-gyermek kapcsolatok körüli jogi és pszichológiai dilemmák mind olyan tényezők, amelyeket egy felelős szabályozásnak aktívan kezelnie kell, és nem elég csupán a hozzáférés liberalizálására fókuszálni.