

ROZDZIAŁ III

NARODZINY I ŚMIERĆ WE WSPÓŁCZESNEJ MEDYCYNIE (I)

Miguel Ángel Monge

Powszechnie znany jest nadzwyczajny postęp współczesnej medycyny. Nowoczesne techniki diagnostyczne: tomografia komputerowa (TK), rezonans magnetyczny (MR), emisyjna tomografia pozytonowa (PET) i inne metody obrazowania, a także spektakularne operacje chirurgiczne, przeszczepy organów, postęp w inżynierii genetycznej, perspektywy rozwoju terapii genowej i inne sposoby leczenia są oznakami spektakularnego progresu technologii medycznych. Taki stan rzeczy skłania do konstatacji, że należy zrobić wszystko, co jest technicznie wykonalne, jeśli tylko przynosi to poprawę stanu zdrowia osoby cierpiącej, prowadzi do wyleczenia choroby lub daje szczęście. Tego rodzaju rozumowanie stanowi częstą pokusę medycyny naszych czasów. Czy istnieją jednak jakieś granice etyczne pracy naukowej? Podążając za nauczaniem Jana Pawła II, trzeba postawić pytanie: „Czy ów postęp, którego autorem i sprawcą jest człowiek, czyni życie ludzkie na ziemi pod każdym względem bardziej *ludzkim*, *bardziej godnym człowieka*?”¹. Przyjąwszy założenie o wewnętrznym dobru nauki, należy pamiętać, iż „potrzebna jest zasada moralna i etyczna, która pozwalałaby ludziom wykorzystać praktyczne skutki badań naukowych”². W związku z tym warto rozważyć wymiar etyczny interwencji medycznych w ciągu życia człowieka, od poczęcia aż do śmierci.

Należy przypomnieć, że wielcy naukowcy, którzy początkowo byli zwolennikami „ulepszania” ludzkości poprzez naukę, stali się następnie scep-

¹ Jan Paweł II, Encyklika *Redemptor hominis* (4 III 1979), 15.

² Jan Paweł II, *Przemówienie do studentów*, w: A. Aranda, *Jan Paweł II do studentów*, Pampeluna 1982, s. 103. Zob. także Encyklika *Fides et ratio* (14 IX 1998), 88.

tykami w tej kwestii. Taki właśnie był przypadek Jeana Rostanda, który w roku 1956 pisał: „Dzisiaj chwilami nachodzi nas lekka wątpliwość (...). I zadajemy sobie pytanie, czy nauka nie stoi o krok od granicy, poza którą jej postępy mogą bardziej szkodzić niż pomagać (...). Bez względu na to, jak jesteśmy odważni – lub uważamy się za odważnych... – musimy przyznać, że coś nas niepokoi, coś się buntuje, coś protestuje, widząc jak z mgły przyszłości wyłania się dziwny raj, który przygotowuje nam biologia”³. Zdaje się, że czas potwierdził słuszność jego poglądu⁴.

Omówimy w tym rozdziale problemy etyczno-duszpasterskie, które pojawiają się w praktyce medycznej: od sztucznego zapłodnienia i pozbawienia życia – w fazie początkowej (aborcja) lub końcowej (eutanazja) – aż po manipulacje genetyczne, klonowanie, eugenikę i przeszczepy.

1. SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE

Zapłodnienie jest procesem biologicznym, w którym łączą się dwie komórki rozrodcze, męska i żeńska, aby zapoczątkować nowe życie: zygote czyli zarodek jednokomórkowy. W warunkach naturalnych dochodzi do zapłodnienia, kiedy komórka jajowa (gameta żeńska) łączy się z plemnikiem (gameta męska) w zewnętrznej części jajowodu. Zaraz potem zygota zaczyna się dzielić, staje się zarodkiem wielokomórkowym, przemieszczając się jednocześnie ku wnętrzu macicy. Tam zarodek zagnieżdża się na dziewięć miesięcy rozwoju, które pozostają mu do momentu narodzin.

Niepłodność kobiety może być niekiedy spowodowana niedrożnością jajowodu, choć istnieją również inne przyczyny. Wobec niemożności naturalnego zapłodnienia w takich przypadkach stosowane są alternatywne metody zapłodnienia, polegające na wprowadzeniu nasienia mężczyzny lub już zapłodnionej komórki jajowej do narządów rodnych kobiety.

Poza adopcją, niepłodne pary pragnące mieć dziecko stają obecnie wobec dwóch możliwości: sztuczna inseminacja (AI) oraz zapłodnienie pozaustro-

³ J. Rostand, *Pêut-on modifier l'homme*, Paris 1956, s. 95.

⁴ Zob. także R. Shattuck, *Wiedza zakazana. Od Prometeusza do pornografii*, Universitas Kraków 1999. Ciekawe i szeroko omawiane dzieło, podejmujące bezpośrednio problem granic poznania (naukowego i estetycznego) w obecnym społeczeństwie.

jowe – *in vitro* (FIVET), po którym następuje przeniesienie zarodka (TE). Opiszemy ich naturę oraz dokonamy oceny.

1.1. Sztuczna inseminacja

Jest to technika reprodukcji często stosowana w hodowli zwierząt. Polega na umieszczeniu męskich komórek rozrodczych (plemników) w warunkach umożliwiających ich – skutkujące zapłodnieniem – połączenie z żeńskimi komórkami rozrodczymi (komórkami jajowymi). Nie ma zatem bezpośredniego działania samca w procesie reprodukcji. W przypadku ludzi metoda ta wiąże się z poważnymi aspektami moralnymi, co sprawia, że jej stosowanie nie jest dopuszczalne.

U ludzi sztuczna inseminacja polega na użyciu specjalnego cewnika do wprowadzenia nasienia do dróg rodnych kobiety. Inseminacja może nastąpić na poziomie wewnątrzmacicznym, szyjkowym lub pochwowym (sposób najczęściej używany). Od tego momentu proces reprodukcyjny przebiega już normalnie.

Sztuczna inseminacja może zostać dokonana przy użyciu nasienia świeżego lub zamrożonego. Nasienie może pochodzić:

- a) od męża – sztuczna inseminacja homologiczna (AIH)
- b) od anonimowego dawcy – sztuczna inseminacja heterologiczna (AID).

1.2. Zapłodnienie *in vitro*

Jest to technika laboratoryjna polegająca na połączeniu w probówce – poza ustrojem komórek jajowych z plemnikami w celu doprowadzenia w środowisku laboratoryjnym do tego, co w sposób naturalny zachodzi w jajowodzie. Owocyty pobierane są od matki lub dawczyni poprzez punkcję jajnika; plemniki otrzymywane są zazwyczaj w wyniku masturbacji. Kiedy w probówce nastąpi zapłodnienie, rozpoczyna się podział i zapłodnione komórki jajowe (zygoty) po kilku dniach, już w fazie zarodkowej, przenoszone są do macicy, gdzie dalej rozwijają się normalnie.

Jak wiadomo – donosiła o tym prasa – pierwszy przypadek zapłodnienia pozaustrojowego miał miejsce w 1978 roku w Wielkiej Brytanii, gdzie dzięki pracom Edwardsa i Steptoe urodziła się pierwsza *dziewczynka z probówki*, Louise Brown. Od tamtego czasu technika *in vitro* szeroko się rozprzestrzeniła. Podczas Trzeciego Światowego Kongresu FIVET w Helsinkach, który

miał miejsce w maju 1984 roku, zebrano następujące dane: 7733 kobiety przyjęły co najmniej jeden zarodek do swojej macicy; ciąża rozpoczęła się u 1160 kobiet (15%), a urodziło się 590 dzieci⁵. Pomimo zastosowania udoskonalonych technik, dotychczas otrzymane rezultaty nie zadowolają. Końcowe wyniki w różnych etapach FIVET, są następujące:

- uchwycenie owocytów: 98%
- zapłodnienie: 60%
- przeniesienie: 20–22%.

Najnowsze dane, zebrane do 2005 roku, ogłoszone w 9. Europejskim Raplocie ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embriology) są następujące:

- IFV (zapłodnienie pozaustrojowe z przeniesieniem embrionów): wskaźnik ciąży wynosi od 26,9% do 30,3%
- ICSI (procedura polegająca na wprowadzeniu plemnika do cytoplazmy komórki jajowej): od 28,5% do 30,9%
- sztuczna inseminacja: od 12,6% do 18,9% u kobiet w wieku poniżej 40 lat⁶.

Końcowy wynik wynosi około 23% skuteczności, co oznacza, że na każde cztery – pięć małżeństw, które decydują się na FIVET, tylko jedna para zostaje rodzicami. Uderzający jest fakt, że ani powszechnie obowiązująca deontologia zawodowa, ani władze sanitarne nie zgodziłyby się w żadnej innej dziedzinie medycyny na zastosowanie metody dającej tak wysoki globalny procent negatywnych i zgubnych rezultatów⁷.

W maju 1987 roku odbył się w Norfolk (Wirginia, USA) Światowy Kongres FIVET, w którym wzięli udział główni specjaliści w dziedzinie technik zapłodnienia *in vitro* z całego świata⁸. Warto zwrócić uwagę na podaną podczas Kongresu informację, że tylko 9 kobietom na 100 poddających się zapłodnieniu pozaustrojowemu udaje się urodzić upragnione dziecko. Wyniki tego Kongresu podkreślają także, że ciążę będącą wynikiem FIVET są często skomplikowane. Według danych przedstawionych przez doktora

⁵ Zob. M. Plachot i J. Mandelbaun, *La fecondation in vitro: 5 ans, bientôt l'age de raison*, „Annales de Génétique”, 1984, vol. 27, s. 129.

⁶ A. Nyboe Andersen et al., *Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE*, „Human Reproduction” 2009, vol. 24, s. 1267–1287.

⁷ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae* (8.IX.2008), 15.

⁸ Zob. J. Cohen, *Pregnancy Outcomes after in Vitro Fertilization*, „Annals of The New York Academy of Sciences” 1988, vol. 541, s. 1–6.

J. Cohena, opracowanych na podstawie 2342 przypadków z różnych ośrodków z całego świata, procent poronień wynosi 26,2 i jest dużo wyższy niż w przypadku poronień ciąży naturalnych. Odsetek ciąży pozamacicznych wynosi 5,25 – czyli też jest anormalnie wysoki. 19,3% to ciąży mnogie (bliźniacze lub trojacze). 46% ciąży pojedynczych i 72% ciąży mnogich kończy się cięciem cesarskim. Ryzyko przedwczesnego porodu i hipotrofii płodu jest trzykrotnie wyższe niż w przypadku ciąży naturalnych. Procent innych zaburzeń jest natomiast taki sam. Według doktora G. Sarrota jedną z przyczyn takich wyników jest specyficzny stan dużego napięcia nerwowego zarówno u kobiety, jak i ekipy medycznej.

Według danych z amerykańskiego Rejestru FIVET (1995), francuskiego FIV-NAT i katalońskiego FIV-CAT (1996) liczba ciąży waha się między 20 a 31%⁹.

1.3. Inne możliwości

Rozważając technologię FIVET, bierze się pod uwagę przede wszystkim zapłodnienie pozaustrojowe homologiczne, to znaczy takie, którego dokonuje się przy użyciu nasienia męża i komórek jajowych żony, u której implantuje się potem otrzymane zarodki. Jednak są też inne możliwości:

- zapłodnienie komórek jajowych kobiety nasieniem anonimowego dawcy;
- zapłodnienie kobiety nasieniem męża, ale umieszczenie zarodków w macicy innej kobiety (tzw. matki wynajętej lub zastępczej);
- zapłodnienie komórki jajowej dawczyni nasieniem męża i umieszczenie zarodka w macicy żony;
- zapłodnienie komórki jajowej dawczyni nasieniem dawcy i umieszczenie zarodka w macicy żony.

Możliwości i odmiany można mnożyć, dochodząc do najprzeróżniejszych wariantów, a nawet aberracji, np. inseminacji *post mortem* kobiet samotnych, które chcą dziecka „bez ojca”. Okazuje się, że dziecko urodzone przy zastosowaniu technologii FIVET może mieć nawet pięcioro rodziców: mężczyznę i kobietę, którzy je zamówili i będą jego społecznymi rodzicami, dawców gamet, czyli rodziców genetycznych, oraz wynajętą matkę, w której macicy zarodek rozwija się aż do urodzenia.

⁹ Zob. J.A. Vanrell, J. Calaf, J. Balasch, P. Viscasillas, *Fertilidad y esterilidad humanas*, t. I, Masson, Barcelona 1999, s. 287.

W każdym cyklu FIVET zwykle przenosi się od jednego do czterech lub więcej zarodków, gdyż prawdopodobieństwo rozwinięcia się ciąży oblicza się na 7,21% lub 28%, w zależności od tego, czy przenosi się odpowiednio jeden, dwa czy trzy zarodki. Przeniesienie więcej niż czterech zarodków nie jest zalecane ze względu na ryzyko wystąpienia ciąży mnogiej.

Powyższy sposób postępowania wymaga wytworzenia nadmiaru zarodków. Co się dzieje z zarodkami nieimplantowanymi? Są wyrzucane (tzn. zabijane) lub zamrażane w celu przeniesienia do macicy tej samej pacjentki w późniejszym cyklu lub innej pacjentki, jeśli zgadza się na to para dawców. Mogą także zostać wykorzystane jako materiał do badań naukowych. W Unii Europejskiej przyjęto niedawno, po wielu wątpliwościach i dyskusjach, rozwiązanie niejednorodne, etycznie nie do zaakceptowania – zezwolenie na używanie zarodków w celach terapeutycznych przy zakazie ich wykorzystywania do celów reprodukcyjnych. Powyższe kryterium zaczyna być stosowane w wielu krajach, a sprowadza się do manipulacji autentycznymi istotami ludzkimi, jak to zaraz zobaczymy.

1.4. GIFT

Niedawno pojawiła się nowa technika, opisana po raz pierwszy w 1983 roku przez R. Ascha i jego współpracowników¹⁰, przedstawiana jako pomoc w przekazywaniu życia: GIFT (*gamete intrafallopian transfer*) – przeniesienie gamet do jajowodów. Zwolennicy tej metody opierają się czasami na Instrukcji *Donum vitae*, która cytuje słowa papieża Piusa XII: „Sumienie moralne niekoniecznie odrzuca używanie pewnych środków sztucznych przeznaczonych jedynie czy to dla ułatwienia aktu naturalnego czy to dla osiągnięcia właściwego celu aktu naturalnego dokonanego w normalny sposób”¹¹. Instrukcja mówi dalej: „Jeśli środek techniczny ułatwia akt małżeński lub pomaga osiągnąć naturalny jego cel, może być moralnie uznany za godziwy. Przeciwnie, jeśli interwencja zastępowałaby akt małżeński, musi być uznana za moralnie niedopuszczalną”¹².

¹⁰ Zob. R.H. Asch, L.R. Ellsworth et al., Pregnancy after translaparoscopic gamete intrafallopian transfer (GIFT), „The Lancet” 1984, vol. 2, s. 1034–1035.

¹¹ Pius XII, Przemówienie do uczestników IV Międzynarodowego Kongresu Lekarzy Katolickich, 29 września 1949.

¹² Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae* (22 II 1987), II 6.

Obecnie nazwy „GIFT” używa się na określenie bardzo różnych technik. Niektóre z nich obejmują techniki wspomagające prokreację. Rozważając *idealny* wariant GIFT, przedstawia się ją jako technikę szanującą jedność moralną pomiędzy procesem a aktem płciowym, która nie byłaby odrzucona przez Magisterium Kościoła. Niektórzy autorzy mówią o niej jako o „postępowaniu, które pozostaje jeszcze na etapie dyskusji pod względem konsekwencji moralnych”¹³. Polega ona na pobraniu z perforowanej prezerwatywy lub z wnętrza pochwy nasienia otrzymanego z aktu płciowego, uzdolnieniu nasienia – jeśli jest to konieczne – w laboratorium, uzyskaniu jednej komórki jajowej, wreszcie przeniesieniu nasienia i komórki jajowej do ciała kobiety, gdzie ma miejsce zapłodnienie. GIFT stosuje się w przypadku występowania wad organicznych lub funkcjonalnych uniemożliwiających naturalny przebieg procesu prokreacyjnego.

1.5. Ocena etyczna

Techniki zapłodnienia wspomaganego wiążą się z wieloma zagadnieniami natury moralnej. Pierwsze z nich odnosi się do manipulacyjnego i sztucznego charakteru inseminacji, zamieniającej prokreację (akt osobowy) w czynność techniczną, pozbawioną wszelkiej relacji interpersonalnej. Dziecko jest owocem miłości rodziców i jedyną godną formę poczęcia stanowi akt małżeński. „Dziecko jest owocem zjednoczenia małżeńskiego, kiedy wyraża się ono w pełni, z udziałem funkcji organicznych, towarzyszących mu odczuwalnych emocji oraz ożywiającej go miłości duchowej i bezinteresownej”¹⁴. Jan Paweł II podkreśla również, że człowiek jest owocem prokreacji związanej z jednością nie tylko biologiczną, ale także duchową rodziców połączonych węzłem małżeńskim¹⁵.

Aspekt ten jest odrzucony podczas sztucznej inseminacji, w której odziera się działanie biologiczne od relacji osobowej małżonków. Dlatego też Magisterium Kościoła uznaje ją za moralnie niedopuszczalną.

¹³ A.G. Spagnolo, *Fecundación artificial e inicio de la vida humana*, w: Papińska Akademia Życia, *Comentario interdisciplinar a la «Evangelium vitae»* (red. R. Lucas), BAC, Madrid 1996.

¹⁴ Pius XII, Przemówienie do II Światowego Kongresu o Płodności i Bezpłodności Ludzkiej, 19 V 1956.

¹⁵ Por. Przemówienie do uczestników 35 Zgromadzenia Ogólnego Światowej Organizacji Lekarzy, 29 X 1983.

Należy jednak zaznaczyć, że Magisterium Kościoła nie wysuwa zastrzeżeń do tzw. sztucznej inseminacji *niewłaściwej*, ograniczającej się do użycia pewnych technik (rozszerzenie szyjki macicy, zebranie nasienia z wnętrza pochwy i wprowadzenie go do macicy), aby współzycie płciowe pary doprowadziło do upragnionego celu, jakim jest ciąża. „Jeśli środek techniczny ułatwia akt małżeński lub pomaga osiągnąć naturalny jego cel, może być moralnie uznany za godziwy. Przeciwnie, jeśli interwencja zastępowałaby akt małżeński, musi być uznana za moralnie niedopuszczalną”¹⁶.

Głównym problemem etycznym związanym z FIVET jest odniesienie do *statusu zarodka ludzkiego*. Czy jest to istota ludzka w fazie zarodkowej, czy rzecz? Odpowiedź ma rozstrzygające znaczenie dla oceny moralnej tej metody, bowiem w przebiegu zapłodnienia pozaustrojowego zarodki niszczone są na różnych etapach tego procesu. Wytwarzane w nadmiarze, są wyrzucone lub używane do badań.

Podczas omawiania problemu aborcji przeanalizujemy tę kwestię szerzej. Wystarczy w tym miejscu przypomnieć, że zarodek jest istotą ludzką, gdyż życie ludzkie zaczyna się w momencie zapłodnienia. W tej chwili rozpoczyna się życie, które ma taką samą wartość jak życie każdej innej osoby. Dlatego też manipulując zarodkami, w sposób przemyślany pozwalając im umrzeć, narusza się fundamentalne prawo każdego człowieka do życia.

Niektórzy starają się ominąć ten poważny problem, twierdząc, jakoby aż do osiągnięcia pewnej fazy rozwoju lub aż do zagnieżdżenia się zarodek nie był istotą ludzką, lecz miał życie nazywane przez nich „przedludzkiem” (preembrion). Raport Warnock (zamówiony w roku 1984 przez Sekretarza Stanu do spraw Służb Socjalnych rządu brytyjskiego) ustala czternasty dzień jako końcowy dla wszelkiego rodzaju manipulacji zarodkiem, wychodząc z założenia, że aż do tego dnia nie jest on jeszcze człowiekiem. Jednak takie ujęcie nie ma podstaw biologicznych. Zarodek jest ludzki od początku. Nie ma fazy rozwoju zarodkowego, która nie byłaby ludzka. DNA komórki rozrodczej jest takie samo w czternastym dniu, w czterdziestym dniu i aż do śmierci człowieka (jeśli w ogóle będzie mógł się urodzić). Sam doktor Edwards definiuje zarodek – już od momentu przed implantacją – jako „mikroskopijną istotę ludzką w bardzo wczesnym stadium rozwoju”¹⁷.

¹⁶ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, II 6.

¹⁷ R. Edwards, R. Steptoe, *A Matter of Life*, Hutchison, London 1981, s. 101.

Kwestię tę jasno porusza cytowana wyżej Instrukcja *Donum vitae*. Stwierdza ona, że „istota ludzka winna być szanowana – jako osoba – od pierwszej chwili swego istnienia”. „Owoc przekazywania życia ludzkiego od pierwszego momentu swego istnienia, a więc począwszy od utworzenia się zygoty, wymaga bezwarunkowego szacunku, który moralnie należy się każdej istocie ludzkiej, w swej integralności cielesnej i duchowej”¹⁸. Oznacza to, że od chwili poczęcia powinny być uznane jej prawa jako osoby, a pierwszym ze wszystkich praw jest nienaruszalne prawo każdej istoty ludzkiej do życia.

Taki jest najpoważniejszy argument przeciw FIVET. Rozwiązując problem niepłodności tą metodą, nie można zapomnieć, że zostało to osiągnięte kosztem ofiary innych istot ludzkich, a więc aborcji. Z etycznego punktu widzenia jest to nie do zaakceptowania.

W przypadku heterologicznego zapłodnienia pozaustrojowego, podczas którego używane jest nasienie dawcy lub komórki jajowe dawczyni albo też zarodki są przenoszone do macicy innej kobiety (nie żony), łatwo można zauważyć jego niemoralny charakter, gdyż zakłada *ojcostwo anonimowe* (równoważne z biologicznym cudzołóstwem, chociaż chodzi o dużo poważniejszą niesprawiedliwość) oraz możliwość wystąpienia pokrewieństwa lub kazirodztwa, nie mówiąc o mało jeszcze przestudiowanych problemach prawnych, psychologicznych i społecznych.

Trzeba do tego dodać sposób otrzymywania nasienia, zwykle przez masturbację (moralnie niedopuszczalną), oraz wzbudzanie u kobiety idei „prawa do dziecka”, jakby miała prawo osiągnięcia go za wszelką cenę¹⁹, podczas gdy akurat człowiek nie ma prawa posiadania innego człowieka.

Istnieje jeszcze inny poważny argument, odnoszący się zarówno do wszystkich przypadków FIVET (homologicznego i heterologicznego), jak i do sztucznej inseminacji. Wiąże się on z oddzieleniem *aspektu jednoczącego od aspektu prokreacyjnego aktu małżeńskiego*. Można w tym miejscu postawić pytanie: czy jest moralnie dopuszczalne zapoczątkowanie życia nowej osoby przez działanie inne niż akt małżeński? Odpowiedź jest prze-

¹⁸ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, I 1.

¹⁹ „Przyznawanie nauce charakteru wszechmocnego czyni nasze frustracje nie do zniesienia. Pragnienie staje się absolutem: dziecko kiedy chcę, jak chcę i za każdą cenę; żadnego dziecka, jeśli nie chcę i za żadną cenę. Co powiedzieć o niespójności naszego społeczeństwa, które poświęca tyle energii na poczęcie dziecka w probówce, podczas gdy co roku niszczy 200 000 istot ludzkich przez aborcję (dane z Francji) i uważa obie praktyki za postęp?” (Komisja do spraw Rodziny Episkopatu Francji, *La Documentation Catholique* 1984, vol. 84, s. 1126–1130).

cząca. Jedynie akt miłości z udziałem całej osoby każdego ze współmałżonków jest godny, aby dać początek nowemu człowiekowi. Przeznaczeniem każdego człowieka, a więc i tego, który ma się urodzić, jest być kochanym w sobie samym i ze względu na siebie samego: to znaczy z miłości. FIVET stwarza pomiędzy tymi, którzy dokonują zapłodnienia, a dzieckiem, które ma się urodzić, relację „tworzenia przedmiotu”, podczas gdy osoba nie może być wytworem pracy człowieka, lecz jest owocem osobowego aktu miłości. „Każda istota ludzka powinna być przyjęta jako dar i błogosławieństwo Boga. Jednak z moralnego punktu widzenia prawdziwie odpowiedzialne rodzicielstwo w stosunku do mającego przyjść na świat dziecka powinno być owocem małżeństwa”²⁰.

Być może stoimy wobec jednej z najtrudniejszych do zrozumienia kwestii naszej epoki. Niektóre małżeństwa w zapłodnieniu pozaustrojowym widzą jedyny sposób, aby mieć szczerze upragnione dziecko. I zadają sobie pytanie, czy w ich przypadku całość życia małżeńskiego nie wystarczyłaby do zapewnienia godności właściwej dla ludzkiej prokreacji? Jednak ich dobra intencja nie wystarczy. „Technika FIVET powinna być osądzona sama w sobie i nie może ulec zmianie jej ostateczna kwalifikacja moralna w zależności od całości życia małżeńskiego, w które ta technika się wpisuje, ani od aktów małżeńskich, które mogą tę technikę poprzedzać lub po niej następować”²¹. Na tę kwestię rzucają światło orzeczenia Magisterium Kościoła na temat procedury polegającej na wprowadzeniu plemnika do cytoplazmy komórki jajowej (ICSI), która to technika jest określona jako niegodziwa moralnie, ponieważ „powoduje ona *całkowite oddzielenie prokreacji od aktu małżeńskiego*. W istocie bowiem ICSI «dokonuje się poza ciałem małżonków, za pośrednictwem działania osób trzecich, od których kompetencji i działań technicznych zależy powodzenie zabiegu (...) oddaje więc życie i tożsamość embrionów w ręce lekarzy i biologów, wprowadza panowanie techniki nad pochodzeniem i przeznaczeniem osoby ludzkiej»”²².

W ciągu ostatnich lat konferencje episkopatów różnych krajów (m.in. Wielkiej Brytanii, Kanady, Australii, Francji, Polski) ustosunkowały się negatywnie wobec FIVET, podkreślając, że odnoszą się do niego z rezerwą

²⁰ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, II 1.

²¹ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, II 5.

²² Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, 17. Zob też Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, II 5.

jako do sztucznego sposobu przekazywania życia i przypominając wypowiedź Kongregacji Nauki Wiary w cytowanej wyżej Instrukcji.

Pominięcie aspektów etycznych powyższych praktyk rodzi dla ludzkości zagrożenia, do uświadomienia sobie których niech wystarczy następująca myśl: „Możliwości, jakie oferuje obecnie ta technika, oddalają się coraz bardziej od podejrzanego już na samym początku celu wyjściowego, jakim miało być rozwiązanie problemu bezpłodności i dokonywanie selekcji genetycznej. Doszło do manipulacji komórkami jajowymi i plemnikami dawców, zamrażania zarodków ludzkich, hodowania komórek jajowych, ektogenezy, eksperymentów międzygatunkowych, i tak dalej, czyli do sytuacji, w której rozmnażanie – jako jeszcze jedna «technika» – zostaje całkowicie oddzielone od rodziny i powierzone «odpowiedzialności mędrców». Wygląda to na największe w historii szaleństwo: społeczeństwo, które «wydaje» dzieci bez ojca i matki, (...) gdzie słowo MIŁOŚĆ jest pozbawione jakiegokolwiek znaczenia”²³.

Odnosząc się do oceny etycznej GIFT, przypominamy, że jej początek wiąże się z poszukiwaniem rozwiązań technicznych szanujących godność osoby, to znaczy takich, które mogą być moralnie zaakceptowane. Instrukcja *Donum vitae* została opublikowana w czasie, gdy technika GIFT już istniała, a jednak dokument nie odnosi się do niej. Owo milczenie zostało przez niektórych zinterpretowane jako pośrednia aprobata. Inni jednak rozumieją je przeciwnie, pokazując trudności w rozróżnieniu, kiedy technika będzie pomocą, a kiedy będzie zastępować akt małżeński.

Wśród moralistów katolickich występują obie opinie: jedni uważają za możliwą do zaakceptowania tzw. GIFT *idealną*, to znaczy taką, której dokonuje się w małżeństwie, w określonych konkretnych przypadkach i różną od FIVET²⁴. Inni natomiast uważają, że mimo wszelkich ograniczeń, GIFT nie jest w praktyce pomocą w akcie płciowym, ale prawdziwą przyczyną zapłodnienia²⁵, obciążoną wszystkimi problemami etycznymi sztucznego zapłodnienia: zniszczone zarodki, idea dziecka jako „prawa” rodziców, od-

²³ A.C. Marcuello, *Primer Curso de Ética en Enfermería*, Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Navarra, Pamplona 1985, s. 52.

²⁴ Jest to przypadek C. Caffarry. Zob. N. Tonti-Filippini, *Donum vitae and Gamete Intra-Fallopian Tube Transfer*, w: *Humanae vitae: 20 anni dopo, Atti del II Congresso Internazionale di Teologia Morale* (Roma, 9–12 XI 1988), Ares, Milano 1989, s. 791–802.

²⁵ A. Sarmiento, *Aspectos éticos de la GIFT*, „Scripta Theologica” 1990, vol. 22, s. 907–915.

dzielenie aspektu jednoczącego i prokreacyjnego aktu płciowego, co zostało omówione wcześniej.

Przedmiotem dyskusji w tym przypadku jest problem, czy skorzystanie z tej techniki szanuje, czy też ignoruje godność osoby ludzkiej, czy sprowadza się do wsparcia, czy może zastąpienia procesu prokreacyjnego? Stoimy wobec problemu, który jest jeszcze badany i wymaga dalszych opracowań doktrynalnych. Myślimy jednak, że podczas zastosowania tej techniki należy wykonać tyle czynności (różnych osób, różnych interwencji), że trudno jest traktować tutaj małżeństwo jako główną przyczynę zapłodnienia, a jeszcze trudniej odnaleźć jedność w miłości procesu prokreacyjnego.

W każdym razie wydają się etycznie dopuszczalne działania medyczne o charakterze chirurgicznym lub farmakologicznym, mające na celu uzdolnienie zarówno mężczyzny, jak i kobiety do płodności w akcie małżeńskim. Jest to przypadek LTOT (*Low tubal ovum transfer* – przeniesienie komórek jajowych do jajowodu), polegającego na oddzieleniu owocytów od pęcherzyków i umieszczeniu ich w części zewnętrznej jajowodu; owocyty zostają zapłodnione przez plemniki, które docierają przez drogi rodne kobiety w wyniku współżycia małżeńskiego²⁶.

1.6. Redukcja zarodków

Technika FIVET z powodu związanej z nią stymulacji jajeczkowania – czasami chodzi o wyraźną hiperstymulację – powoduje względnie często ciężę mnogie. Sprawiają one niemało problemów, ponieważ mogą być przyczyną zarówno śmierci *spontanicznej* niektórych zarodków (faktycznie *wywołanej* przez sytuację, w której w sposób sztuczny zostały powołane do życia), jak i *przedwczesnego*, bez żadnej nadziei na życie, urodzenia się innych. Do tego należy dodać trudności położnicze (i związane z nimi niebezpieczeństwo dla matki), jeśli wszystkie *nascituri* dotrwią do porodu. Wziąwszy pod uwagę wymienione okoliczności, usprawiedliwia się selekcję i eliminację niektórych zarodków w celu uratowania pozostałych lub przynajmniej jednego z nich. Technikę tę nazywa się „redukcją embrionów”

²⁶ Zob. R. Rovira, *La transferencia de óvulos a las trompas (LTOT), Un método de fecundación asistida acorde con el Magisterio?*, w: *Humanae vitae: 20 anni dopo...*, dz.cyt., s. 773–775.

i polega ona na usunięciu z macicy niektórych embrionów, aby pozostałe mogły rozwinąć się do końca.

Magisterium Kościoła zabierając głos²⁷ wobec powyższego rozwiązania, w oparciu o Encyklikę *Evangelium vitae*²⁸ odrzuciło ten sposób postępowania²⁹, ponieważ polega on na dobrowolnym przerwaniu życia ludzkiego. I stwierdza stanowczo, że „umyślne spowodowanie ich [niewinnych istot] śmierci nigdy nie będzie moralnie dopuszczalne”³⁰.

1.7. ICSI

Docytoplazmatyczne wstrzyknięcie spermy (*Intra Cytoplasmic Sperm Injection*) odróżnia się od innych form zapłodnienia *in vitro* tym, że zapłodnienie nie następuje samoistnie w probówce, lecz przez wstrzyknięcie do cytoplazmy owocytu jednego plemnika, uprzednio wyselekcjonowanego. ICSI stało się najczęściej stosowaną techniką ze względu na największą skuteczność w przeciwdziałaniu różnym formom niepłodności mężczyzny. Podobnie jak zapłodnienie *in vitro*, którego stanowi odmianę, ICSI jest ze swej istoty techniką niegodziwą. Powoduje ono *całkowite oddzielenie prokreacji od aktu małżeńskiego*³¹.

2. MANIPULACJE GENETYCZNE

Przyczyną bardzo dużej liczby chorób (blisko 2500) są wady genetyczne – alternacje któregoś genu lub jego systemu ekspresji, który uniemożliwia syntezę określonego białka w jego formie biologicznie czynnej. Zaczęto zatem uważać, że chorzy cierpiący na tego typu anomalie mogliby skorzystać z technik nazywanych „inżynierią genetyczną”. Postęp biologii i technologii medycznych jest tak duży, że można już wyodrębnić jeden gen, określić jego

²⁷ Por. Papieska Rada ds. Rodziny, *Deklaracja w sprawie redukcji embrionów* (12 VII 2000).

²⁸ Zob. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 32, 39, 57, 58, 62, 63. Zob. także Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, I 1.

²⁹ Mogłaby nawet mieć skojarzenia eugeniczne (jak ocena życia człowieka według parametrów normalności lub „fizycznego dobrobytu”).

³⁰ Papieska Rada ds. Rodziny, *Deklaracja w sprawie redukcji embrionów*, dz.cyt.

³¹ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, 17.

strukturę oraz dokonać interwencji w zarodku, zmieniając jego cechy. W ten oto sposób możliwe byłoby wyeliminowanie chorób, których podłożem jest alternacja określonego genu. Zastosowanie terapii genowej umożliwiłoby wykluczenie wadliwego genu lub skorygowanie jego wpływu na dotknięte tkanki³².

Techniki tej dziedziny wiedzy znane są jako „inżynieria” lub manipulacja genetyczna. Dla niektórych ten drugi termin ma wydźwięk pejoratywny (określenie „manipulacja”) i wołają inżynierię lub „instrumentację” genetyczną.

Przedmiot tego typu technik podlega debacie. Dla niektórych autorów „inżynieria genetyczna” ma znaczenie bardzo szerokie i służy do określenia jakiegokolwiek interwencji biomedycznej: czy to przekazywania życia, sztucznego zapłodnienia, czy też wyboru płci. Dla innych termin ten odnosi się wyłącznie do metod dotyczących korygowania informacji genetycznej zawartej w DNA. Należałoby zatem rozróżnić dwa tryby lub rodzaje interwencji³³: „terapeutyczne” lub „korekcyjne” oraz „konstrukcyjne” lub „kreacyjne”, z których każdy stwarza inne problemy etyczne. Interwencje terapeutyczne mają na celu poprawienie defektów organicznych, powodujących choroby u poszczególnych osobników oraz polepszenie cech fenotypowych ludzkości. Inżynieria kreacyjna stwarza lub rozwija nowe cechy morfologiczne lub funkcjonalne w organizmie, modyfikując odziedziczone wyposażenie genetyczne³⁴.

2.1. *Aspekty etyczno-duszpasterskie*

Inżynieria genetyczna stwarza różne problemy etyczne. Instrukcja *Do-num vitae* daje odpowiedź na wiele z nich:

³² Odsyłamy do opracowania A. Sarmiento, G. Ruiz-Pérez, J.C. Martín, *Ética y genética*, Barcelona 1997; Zob. także N. López Moratalla, *Deontología Biológica*, Facultad de Ciencias, Universidad de Navarra, Pamplona 1987.

³³ Por. I. Carrasco de Paula, *I problemi etici dell'ingegneria genetica*, w: *Bioetica: un'opzione per l'uomo*, praca zb., Jaka Book, Mediolan 1989, s. 85–108.

³⁴ Nie chodzi tutaj o zatrzymanie się na konkretnych kwestiach etycznych, które pojawiają się w tej dziedzinie. Raczej interesuje nas zrozumienie możliwości zastosowania biotechnologii dla przyszłości ludzkości, ponieważ należy ją ukierunkować na powiększenie integralnego dobra człowieka. Z punktu widzenia etycznego istota problemu polega na uświadomieniu, czy człowiek ma bezwarunkowe prawo do użycia wszystkich możliwości technicznych, jakimi dysponuje, lub czy istnieją – co jest oczywiste – granice na płaszczyźnie etycznej. Chodzi o wyszczególnienie tych granic.

a) dopuszczalne są interwencje w ludzki zarodek, o ile szanuje się jego życie i integralność, nie wystawia się go na nieproporcjonalne niebezpieczeństwo, czyni się to w celu jego wyleczenia, polepszenia warunków zdrowia lub indywidualnego przeżycia;

b) w każdym przypadku wymagana jest dobrowolna zgoda rodziców, według zasad deontologicznych przewidzianych dla dzieci³⁵.

Nie wydaje się, aby np. przenoszenie genów do ludzkich komórek somatycznych – jeśli technicznie w ogóle jest możliwe – musiało zostać odrzucone, jeżeli ma na celu leczenie zaburzeń uwarunkowanych genetycznie i ogranicza się do osobnika poddanego terapii. „W aktualnej refleksji teologiczno-moralnej pojawia się przekonanie, że interwencja w kod genetyczny w celu ściśle terapeutycznym jest dopuszczalna. Pierwotnym paradygmatem dla rozwiązania tych kwestii moralnych jest problem przeszczepu organów, czyli kontekst znany już w rozważaniach moralnych. Różnica w stosunku do praktyki przeszczepu polega tylko na fakcie, że chodzi tutaj o poziom molekularny. Można zatem powołać się na klasyczną zasadę całości, która uznaje za dopuszczalną interwencję w organ lub funkcję, w celu czysto terapeutycznym, o ile istnieje uzasadniona nadzieja powodzenia, która rekompensuje podjęte ryzyko”³⁶. Rzeczywiście, jak naucza Magisterium, „zabieg ściśle terapeutyczny, który ma na celu uzdrowienie różnych chorób, takich jak te, które są wynikiem chromosomowych niedoborów, w zasadzie będzie zalecany, byleby zmierzał do rzeczywistego, osobistego dobra człowieka i jednocześnie nie naruszał jego integralności, ani też nie szkodził jego zdrowiu. Tego rodzaju interwencja mieści się w logice chrześcijańskiej tradycji moralnej”³⁷. Jednak – mówi także Jan Paweł II – „manipulacja genetyczna staje się arbitralna i niesprawiedliwa, gdy redukuje życie do roli przedmiotu, gdy zapomina, że ma do czynienia z podmiotem ludzkim, zdolnym do myślenia i do wolości, godnym szacunku, niezależnie od tego, jakie są jego ograniczenia; lub gdy go traktuje według kryteriów nie opartych

³⁵ Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, 3.

³⁶ K. Demmer, *Tecnología genética y hombre, implicaciones éticas de un reto contemporáneo*, w: *La vida humana: origen y desarrollo*, ed. F. Abel, J. Boné, C. Harvey, Universidad Pontificia Comillas, Madrid 1989, s. 280.

³⁷ Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej*, Przemówienie do uczestników zjazdu Światowego Towarzystwa Lekarskiego (29 X 1983), w: *W trosce o życie*, red. K. Szczygieł, Biblos, Tarnów 1998, s. 207.

na integralnej rzeczywistości osoby ludzkiej, ryzykując naruszenie jego godności”³⁸. Dlatego wyrażenie „manipulacja genetyczna” okazuje się często dwuznaczne, ponieważ może zarówno odnosić się do interwencji pożądaných i racjonalnych, ukierunkowanych na poprawienie pewnych anomalii (np. niektóre choroby dziedziczne), jak i stać się niebezpieczną próbą kończącą się manipulacją człowiekiem, którego zmienia w „przedmiot” badań naukowych. O tym, co będzie najlepsze, w każdym przypadku zdecyduje zdrowy rozsądek w oparciu o wskazane zasady moralne³⁹. Trzeba przy tym wiedzieć, że wszelka interwencja w życie ludzkie, przy zastosowaniu najnowszych technik biomedycznych, której celem jest ratowanie życia, leczenie chorób lub ewentualna poprawa jakości czyjś słabego życia, będzie etycznie usprawiedliwiona. Jednak praktyki manipulacyjne (związane z niszczeniem zarodków, aborcją, nieterapeutyczną mutacją kodu genetycznego itd.) są obiektywnie naganne⁴⁰.

2.2 Terapia genowa⁴¹

Teoretycznie możliwe jest stosowanie terapii genowej na dwóch poziomach: w komórkach somatycznych i w komórkach zarodkowych.

a) Celem *terapii genowej komórek somatycznych* jest wyeliminowanie lub ograniczenie wad genetycznych występujących w komórkach somatycznych, czyli nie rozrodczych, lecz tworzących tkanki i narządy ciała. *Zabiegi na komórkach somatycznych w celach ściśle terapeutycznych są z zasady moralnie godziwe*. Przed podjęciem zabiegu terapeutycznego należy upewnić się, że wiążące się z nim ryzyko dla zdrowia pacjenta lub dla jego zasadniczej integralności nie będzie nadmierne lub nieproporcjonalne w stosunku do zagrożeń związanych z patologią, którą zamierza się leczyć. Potrzebna jest również zgoda poinformowanego o wszystkim pacjenta lub jego prawnego opiekuna.

³⁸ Jan Paweł II, *Podstawy deontologii lekarskiej*, dz.cyt.

³⁹ Na temat niedopuszczalności interwencji i eksperymentów mających na celu umożliwienie określonej techniki w terapii rozrodczej człowieka zob. G. Ruiz-Pérez, *La terapia génica: observaciones para una perspectiva ética*, w: „Scripta Theologica” 1993, vol. 25, s. 237–252.

⁴⁰ Por. N. Blázquez, *Ética fundamental*, BAC, Madrid 1996, s. 374 nn.

⁴¹ Zob. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, 25–27.

b) Celem *terapii genowej komórek zarodkowych* jest natomiast korygowanie wad genetycznych występujących w komórkach zarodkowych, aby efekty terapeutyczne, osiągnięte u danego osobnika, przenosiły się na jego ewentualne potomstwo. Zważywszy, że ryzyko związane z każdą manipulacją genetyczną jest wysokie i jak dotąd trudne do kontrolowania, *przy obecnym stanie badań działanie powodujące przechodzenie na potomstwo potencjalnych szkód nie jest moralnie dopuszczalne*.

c) Na szczególną uwagę zasługuje *hipoteza dotycząca stosowania inżynierii genetycznej do celów pozaterapeutycznych*, by np. rzekomo doprowadzić do udoskonalenia i wzmocnienia naszego wyposażenia genetycznego. Pomijając trudności techniczne, należy podkreślić przede wszystkim fakt, że owe manipulacje sprzyjają mentalności eugenicznej i pośrednio nakładają społeczne piętno na osoby nieposiadające określonych cech. Ponadto nasuwa się pytanie, kto miałby decydować, jakie zmiany mogą być uznane za pozytywne, a jakie nie, lub też jakiej granicy mogłyby sięgać żądania poszczególnych osób, domagających się domniemych ulepszeń.

3. PORONIENIE I ABORCJA

3.1. Pojęcie

Poronienie samoistne to przedwczesne wydalenie niezdolnego do życia płodu, kiedy nie może on jeszcze przeżyć poza łonem matki. Aktualnie dzięki postępowi medycyny granica wieku urodzonego przedwcześnie dziecka, zdolnego do życia poza łonem matki, obniżyła się: istnieją przypadki zaledwie dwudziestotygodniowych płodów żywo urodzonych i rozwijających się pomyślnie.

Aborcja (poronienie wywołane albo sztuczne) to działanie, które ma na celu eliminację płodu poprzez jego zniszczenie następujące bezpośrednio albo poprzez przedwczesne wydalenie płodu, które w przypadku płodu niezdolnego do życia powoduje zawsze śmierć.

Praktycznie równoznaczne z aborcją są embriotomia i płodobójstwo, polegające na uśmierceniu zarodka lub płodu wewnątrz łona matki. Taki efekt wywołują niektóre najnowsze techniki, znane czasami jako skuteczne metody kontroli urodzeń, a mające działanie prawdziwych substancji aborcyjnych.

Mowa tu o spirali wewnątrzmacicznej i RU-486. Działalnie aborcyjne ma również w wielu przypadkach „pigulka dnia następnego” (zob. Rozdział VIII).

3.2. Terminologia

Przypominamy terminologię, stosowaną w zależności od tego, czy rozważa się aborcję z perspektywy medycznej, prawnej czy też moralnej.

3.2.1. Z punktu widzenia medycznego

a) Poronienie samoistne – przypadkowe, mimowolne, następujące w pierwszych dniach ciąży lub później. Zwykle jest spowodowane problemami zdrowotnymi u matki lub wadami zapłodnionej komórki jajowej, które prowadzą do jej zaburzeń i wadliwego rozwoju, a nawet śmierci. W przypadku śmierci dziecko jest samoistnie wydalane. Oczywiście nie wiąże się z nim żaden problem moralny, gdyż jest mimowolne.

b) Aborcja (poronienie wywołane, sztuczne) – spowodowane umyślnie. Tą praktyką będziemy się tutaj zajmować.

c) W języku medycznym mówi się czasem o „aborcji terapeutycznej” w odniesieniu do sytuacji, kiedy chce się usunąć realne lub zakładane niebezpieczeństwo dla matki spowodowane przez ciążę. Nie jest to termin właściwy i jeśli chodzi o jego skutki moralne, zawiera się w dobrowolnej aborcji.

3.2.2. Z punktu widzenia prawnego

Aż do lat 60. XX wieku interesowano się jedynie tzw. aborcją kryminalną, traktowaną w kodeksach karnych jako ciężkie przestępstwo. Obecnie analizując ustalenia prawne tych państw, w których aborcja jest zalegalizowana (aborcja nadal pozostaje ciężkim przestępstwem, chociaż niekaranym), zauważamy różne odmiany tej legalizacji:

- dla ochrony zdrowia fizycznego lub psychicznego matki
- kiedy ciąża jest wynikiem gwałtu lub kazirodztwa albo następuje u kobiety poniżej określonego wieku
- kiedy matka cierpiała na różyczkę w krytycznej fazie ciąży (z ryzykiem konsekwencji w postaci wrodzonych zniekształceń u dziecka) lub była narażona na działanie innych czynników (jak niektóre środki farmakologiczne lub promieniowanie jonizujące) związanych z ryzykiem zaburzeń rozwoju płodu

- kiedy u płodu zdiagnozowano zespół Downa lub inną anomalię chromosomową
- kiedy rodzice są niesprawni umysłowo i uważa się ich za niezdolnych do opieki nad dzieckiem.

Oprócz powyższych wskazówek, rzekomo opartych na danych medycznych, eugenicznych lub medyczno-społecznych, niektóre prawa cywilne zezwalają na aborcję ze względów socjoekonomicznych lub po prostu ekonomicznych⁴².

3.2.3. Z punktu widzenia etycznego

W tym aspekcie ważne jest tylko rozróżnienie pomiędzy aborcją a poronieniem pośrednim. Ta pierwsza, bezpośrednio wywołana, zamierzona jako główny cel, obejmuje wszystkie rodzaje aborcji, o jakich można mówić: poczynając od niefortunnie nazywanej aborcji „terapeutycznej” aż po kryminalną. Należy włączyć tu również aborcję jako środek do osiągnięcia celu: zdrowia matki, uniknięcia urodzenia dziecka z anomaliami czy ratowania honoru. Poronienie pośrednie natomiast nie jest zamierzone bezpośrednio, lecz jest skutkiem – przypadkowym i prawdopodobnym – interwencji mającej na celu wyleczenie określonej choroby występującej u kobiety, *samej w sobie niezależnej od ciąży* (np. usunięcie nowotworu macicy u kobiety ciężarnej lub interwencja w przypadku ciąży pozamacicznej, kiedy towarzyszy jej krwotok). Może to być również poronienie, które następuje po zaaplikowaniu matce środków medycznych w celu bezpośredniego wyleczenia ciężkiej choroby. Problemy etyczne ciąży pozamacicznej będą omówione w Rozdziale VIII.

3.3. Metody aborcyjne

Warto poznać metody stosowane w celu dokonania aborcji. Są one następujące:

⁴² W Hiszpanii, w 1998 roku, grupy proaborcyjne usiłowały doprowadzić do zaaprobowania projektu ustawy, dotyczącego czwartej sytuacji dopuszczającej aborcję. Projekt został odrzucony przez parlament. W Hiszpanii 5 VII 2010 roku zaczęła obowiązywać ustawa o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym oraz o dobrowolnym przerywaniu ciąży, która dopuszcza swobodną aborcję od 16. roku życia. (W Polsce w 2007 roku podjęto próbę wpisania do konstytucji prawa gwarantującego ochronę życia od poczęcia do naturalnej śmierci. Wniosek został odrzucony przez parlament – przyp. red.).

3.3.1 Aborcja przez wyłyżeczkowanie jamy macicy

To najstarsza z obecnie używanych metod. Stosowana jest pomiędzy siódmym a dwunastym tygodniem poczętego nowego życia. Wykonuje się ją *skrobaczką lub nożem chirurgicznym* o zakrzywionym końcu, wprowadzanym przez pochwę i szyjkę macicy (wcześniej rozszerzoną) aż do jej ściany, którą skrobie się do momentu oderwania wszystkich szczątków zarodka lub płodu i łożyska. W celu uniknięcia ryzyka dla kobiety aborterzy muszą koniecznie odliczyć wszystkie części nienarodzonego dziecka, ponieważ pozostawienie w macicy fragmentów szczątków ofiary mogłoby spowodować infekcję lub krwotok. Stosuje się znieczulenie ogólne.

3.3.2. Aborcja przez cięcie cesarskie lub histerektomię

Przebiega jak cięcie cesarskie, z chirurgicznym nacięciem brzuszным i wyciągnięciem nowej istoty. Różnica polega na tym, że po odcięciu pępowiny zostawia się nienarodzone dziecko bez opieki, aby umarło. Tę formę aborcji stosuje się, gdy ciąża jest bardzo zaawansowana i nie można już zastosować innego sposobu.

3.3.3. Aborcja przez wysianie

Została wymyślona w krajach komunistycznych, a później rozpropagowana na Zachodzie. Polega na wchłonięciu zawartości macicy przez potężną pompę próżniową. Ciało miniaturowego dziecka, rozdrobnione przez siłę wchłaniania razem z resztkami łożyska, przechodzi przez ssącą tubę i wpada do szklanego naczynia. Tak jak przy metodzie wyłyżeczkowania jamy macicy, dokonujący aborcji muszą koniecznie upewnić się, czy wszystkie szczątki zostały usunięte, w przeciwnym razie kobieta narażona jest na wystąpienie infekcji lub krwotoku. Jest to technika łatwa, trwająca najwyżej dwie minuty, co pozwala zwiększyć wydajność klinik, w których jest stosowana, do skali przemysłowej.

Technika wysiania gwarantuje śmierć poczętego życia w jakimkolwiek momencie od pierwszych etapów życia aż do 12 tygodni (trzech miesięcy), kiedy mała objętość ciała pozwala jeszcze na przejście szczątków przez 11, 12 lub 13 mm średnicy rurki (w zależności od przypadku).

3.3.4. *Aborcja przez zastrzyk doowodniowy*

Polega na wstrzyknięciu do wnętrza owodni, przez brzuch, 20-procentowego roztworu soli lub 50-procentowego roztworu glukozy, po uprzednim odciągnięciu z niej od 10 do 300 ml płynu. Łożysko obumiera; u dziecka następuje śmierć w ciągu około godziny z powodu zatrucia solą. Zawartość macicy zostaje wydalona w ciągu 36 godzin od wstrzyknięcia roztworu hipertonicznego. Istnieje ryzyko perforacji macicy, a nawet śmierci z powodu przeniknięcia roztworu solnego do krwi kobiety.

Technika ta gwarantuje śmierć poczętego dziecka od 16. tygodnia (4 miesiące), czyli od momentu, kiedy worek owodniowy zawiera już wystarczającą ilość płynu, aby móc wykonać śmiertelny zastrzyk.

3.3.5. *Aborcja przez perfuzję prostaglandyn*

Polega na dożylnym wstrzyknięciu prostaglandyn, które mają szczególne działanie na kurczliwość mięśni macicy. Wydalenie płodu następuje w ciągu kilku godzin. Technika ta zdaje się zastępować poprzednią.

Porównanie wieku ciąży właściwego do dokonania aborcji przez wysssanie oraz aborcji przez hipertoniczny zastrzyk doowodniowy nasuwa wniosek, że pomiędzy jednym a drugim pozostaje margines czasu trudny do dokonania aborcji. Jest to okres zaczynający się od 12. tygodnia (3 miesiące) i trwający do 16. tygodnia (4 miesiące). Miesiąc, kiedy nie można użyć techniki wysssania, ponieważ dziecko jest już za duże, aby jego szczątki zmieściły się w średnicy rurki. Nie można też zrobić zastrzyku solnego, ponieważ worek owodniowy, w którym płód się mieści, nie zawiera wystarczającej ilości płynu owodniowego. W tym krótkim okresie stosuje się metodę dożylnego podawania prostaglandyn.

Farmaceutykiem dostępnym ostatnio w sprzedaży jest RU-486⁴³. Środek ten wpływa na układ hormonalny kobiety, uniemożliwiając działanie progesteronu, który jest hormonem niezbędnym do zapoczątkowania i rozwoju ciąży. W połączeniu z prostaglandynami, które stymulują skurcze macicy, powoduje u ciężarnej kobiety wydalenie zarodka. Mamy zatem do czynienia z autentyczną aborcją. Warto zaznaczyć, że w Polsce stosowanie preparatu RU-486 nie jest prawnie dozwolone.

⁴³ Zob. Rozdział VIII 8.

3.4. Argumenty aborcyjne i ich krytyka

Przeanalizujemy teraz zwykle przedstawiane motywacje⁴⁴ oraz ich krytykę.

3.4.1 Zaburzenia rozwoju płodowego a aborcja

Obecna medycyna, dzięki biopsji, amniocentezie, echografii (USG), w przypadkach wad płodu jest w stanie przewidzieć możliwe zaburzenia⁴⁵. Po ludzku jest zrozumiałe, że wobec pewności lub niemal pewności wystąpienia zaburzenia, a przynajmniej umotywowanych dużym prawdopodobieństwem statystycznym wątpliwości, sytuacja ta ma dzisiaj dla rodziców dramatyczne znaczenie. Znaczenie dużo większe niż w przeszłości, kiedy nie było tak dokładnych metod diagnostycznych. Z medycznego punktu widzenia należałoby w takich przypadkach zastosować dobrą profilaktykę, kiedy jest to możliwe – leczenie prenatalne, terapię wewnątrzmaciczną, a ostatecznie rehabilitację. Nigdy nie można jednak prowokować śmierci istoty niewinnej.

Ponadto, brak akceptacji niepełnosprawności zakłada pewien rodzaj rasizmu zdrowych, „rasizmu chromosomowego”, jak mówił Lejeune, który może doprowadzić ludzkość do poważnych skutków.

Nauka chrześcijańska wnosi do spojrzenia na powyższe, dramatyczne przypadki nowe światło. „Trudny jest przypadek, kiedy pojawia się ryzyko, że urodzi się dziecko z poważnymi anomaliami wrodzonymi. Nie można umniejszać tragedii takich sytuacji. Jednak nawet w tak dramatycznych okolicznościach nikt nie może dać sobie prawa do skończenia życia człowieka, bez względu na stopień deformacji. Nie można oceniać wartości życia na podstawie jego normalności lub przyszłej wydajności, lecz ze względu na jego wewnętrzną godność. Jak wielokrotnie zostało powiedziane, obecność takich osób może i powinna pomóc społeczeństwom głęboko zdehumanizowanym i utylitarным oprzeć nasze wzajemne relacje na należnym szacunku dla każdego bytu ludzkiego, przechodząc ponad tym, co wnosi lub co wy-

⁴⁴ Zob. B. Nathanson, *Ręka Boga*, Fronda, Warszawa 2009. Jest to bardzo ciekawe świadectwo, ponieważ autor był jednym z pionierów aborcji w Stanach Zjednoczonych, potem przeszedł na „kulturę życia”, a następnie nawrócił się na katolicyzm.

⁴⁵ Należy ostrzec o ryzyku aborcji, jakie wiąże się z dwoma pierwszymi badaniami. Dlatego dopuszczalne jest przeprowadzenie ich tylko z poważnych powodów i oczywiście nigdy ze względu na możliwą aborcję „terapeutyczną”.

twarza. Konieczne jest, aby kompetentne organy wytworzyły odpowiednie instytucje służące wychowaniu takich osób, którymi zajmowanie się przekracza możliwości samej rodziny. Musimy pamiętać, że w tych okolicznościach, jak w wielu innych w ciągu naszego życia, stajemy wobec tajemnicy bólu i zła, która jest tajemnicą Krzyża Chrystusowego i która – według naszej niezachwianej nadziei – prowadzi do światła Zmartwychwstania. Postawą chrześcijanina winno być ufne podejmowanie swojego codziennego krzyża, z poczuciem prowadzenia za rękę przez Ojca niebieskiego⁴⁶.

3.4.2. *Zdrowie fizyczne lub psychiczne matki – aborcja „terapeutyczna”*

Aktualnie postęp medyczny jest tak duży, że można stwierdzić, iż nie ma możliwości tzw. aborcji „terapeutycznej”. Przypadki, kiedy rozpatruje się dylemat uratowania matki kosztem życia dziecka, są niezwykle rzadkie. Ograniczymy się do następującego świadectwa sprzed ponad 30 lat: „Nie ma wątpliwości, że ciąża stanowi czasami poważny ciężar dla zdrowia kobiety, niekiedy tak poważny, że można się bać, czy za macierzyństwo nie zapłaci życiem. O ile w przeszłości było takich faktów dużo, o tyle dzisiaj praktycznie nie ma ciężarnych zadbanych, traktowanych z wykorzystaniem nowoczesnych wynalazków naukowych, które nie byłyby zdolne do donoszenia ciąży⁴⁷. Wraz z upływem lat i dalszym rozwojem medycyny można tylko potwierdzić powyższe stwierdzenie. Doktor Botella w późniejszych oświadczeniach dla prasy zapewniał: „Nie ma aborcji terapeutycznej⁴⁸”.

Jednakże nawet w bardzo rzadkich przypadkach, w których ciąża mogłaby stanowić niebezpieczeństwo dla życia matki, nie jest dopuszczalna interwencja o charakterze aborcyjnym. Kiedy w latach 50. XX wieku pojawił się ten problem, papież Pius XII powiedział: „Każda istota ludzka, a więc dziecko w łonie matki, otrzymuje prawo do życia bezpośrednio od Boga, nie od rodziców, ani od żadnego społeczeństwa czy żadnej władzy. Nikt, żadna władza ludzka, żadna nauka ani zalecenie medyczne, eugeniczne, społeczne, ekonomiczne czy moralne, nie ma ważnego prawa, aby dysponować

⁴⁶ Konferencja Episkopatu Hiszpanii, *Nota sobre el aborto* (4 X 1974), 17.

⁴⁷ J. Botella Llusia, *Cuestiones médicas relacionadas con el matrimonio*, Madrid 1965, s. 30. Paradoksalnie, według oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia, z 53 847 legalnych aborcji dokonanych w Hiszpanii w 1998 roku, aż 97,32% miało jako powód niebezpieczeństwo dla zdrowia matki; zob. „El País” 11 II 2000, s. 34.

⁴⁸ Dziennik „Informaciones” 27 II 1983.

bezpośrednio i dobrowolnie niewinnym życiem ludzkim. Dysponowanie to dążyłoby do jego wyeliminowania jako celu lub jako dobra dla dalszego celu, który sam w sobie byłby dopuszczalny. Ratowanie życia matki jest celem bardzo wysokim, ale bezpośrednio zabicie dziecka jako środka do jego osiągnięcia nie jest dozwolone⁴⁹.

Z drugiej strony usprawiedliwianie aborcji racjami zdrowia psychicznego ma słabe podstawy. Psychiatrzy wiedzą bardzo dobrze, że nowoczesna terapia może usunąć jakikolwiek problem psychiczny spowodowany ciążą. Co więcej, wiedzą, że to aborcje powodują wiele zaburzeń psychicznych. Z doświadczenia lekarzy wynika, że kobiety, którym zezwala się na aborcję z powodów psychiatrycznych, mają większe ryzyko wystąpienia problemów psychicznych po jej dokonaniu.

3.4.3. *Wolność dysponowania własnym ciałem*

„Moje ciało jest moje!”, „Nasze ciało należy do nas!” – tak krzyczą grupy feministek, dla których płód jest częścią ciała matki, a więc może być usunięty według jej wolnego uznania.

Argument ten jest rażącym błędem biologicznym. Nowa istota, która żyje w łonie matki, ma własny kod genetyczny, różny od kodu matki. Jest całkowicie odrębnym organizmem, który nigdy nie może być uważany za część ciała matki (zob. Rozdział II, gdzie szeroko został omówiony temat pochodzenia życia ludzkiego). Matka może mieć pewne prawo do swojego ciała⁵⁰, ale nienarodzone dziecko nie jest częścią jej ciała – jest ciałem innego człowieka. A prawa i wolność każdego kończą się tam, gdzie zaczynają się prawa innych.

Zwracają uwagę sprzeczności pojawiające się wówczas, kiedy chce się „pogodzić” wolność z prawami człowieka. W komentarzu do badań na temat aborcji w świecie, zrealizowanych w 1999 roku przez Instytut Alana Guttmachera (Waszyngton), które podają liczbę 26 mln aborcji na rok, co oznacza 35 aborcji na każde 1000 kobiet, autor stwierdza: „Człowiek Zachodu może *uspokoić* swoje sumienie: bycie mistrzem w prawach człowieka, godności

⁴⁹ Pius XII, Przemówienie do uczestniczek Kongresu Włoskiej Katolickiej Unii Położnych (29 X 1951).

⁵⁰ Zasada całości pozwala dysponować częścią ciała dla dobra jego całości, jednak byłoby dualizmem uznanie, że ciało jest własnością duszy, narzędziem służenia jej.

ludzkiej i demokracji jest czymś do pogodzenia z masową likwidacją tych, którzy nie są akceptowani przez żywych lub silniejszych⁵¹.

3.4.4. *Gwałt i kazirodztwo*

Dla uzasadnienia aborcji w tych przypadkach podaje się argument, że zgwałcona kobieta przeżywa traumę, która będzie trwała całe życie. Rzeczywiście może tak być (warto w każdym razie wiedzieć, że prawdopodobieństwo powstania ciąży z gwałtu jest minimalne⁵²). Jednak w tym przypadku aborcja ani nie wyeliminuje traumy, ani jej nie zmniejszy – przeciwnie, może ją zwiększyć. Przede wszystkim jednak nie do przyjęcia jest „rozwiązanie” polegające na tym, że dziecko zabijane jest za winę ojca.

3.4.5. *Kontrola urodzeń*

W niektórych miejscach aborcję stosuje się w celu zahamowania wzrostu zaludnienia. Manipuluje się nawet demagogicznie liczbami, przedstawiając wzrost zaludnienia jako katastrofę planety. Tym złożonym problemem nie możemy się teraz zająć⁵³. Ograniczymy się do powiedzenia, że włączenie aborcji do „polityki demograficznej” jest co najmniej błędne. W ten sam sposób i bardziej logicznie – według tego samego materialistycznego kryterium – można wziąć pod uwagę możliwość „eliminacji” starców, kiedy przestają być populacją aktywną i są już nieproduktywni, nieuleczalnie chorych, szaleńców, niedorozwiniętych i innych osób.

Z drugiej strony, opracowania ekonomistów i demografów, z czysto naukowego punktu widzenia, zaprzeczają tezie neomaltuzjanizmu, jakoby

⁵¹ A. Navas, *El callado suicidio de una civilización*, „Nuestro Tiempo” 1999, nr 537, s. 105.

⁵² Jest mało danych na ten temat. Z badania przeprowadzonego w St. Paul (Minneapolis, USA) wynika, że w ciągu 10 lat na 3500 przypadków gwałtu nie zarejestrowano ani jednej ciąży. W Czechosłowacji na 86 000 aborcji, 22 ciąży były wynikiem gwałtu (czyli jeden przypadek na 4000 aborcji).

⁵³ Na temat aspektów duszpasterskich zob. Papieska Rada ds. Rodziny, *Rozwój demograficzny: wymiar etyczny i pastoralny*, w: *W trosce o dobro małżeństwa i rodziny*, t. I, red. ks. M. Brzeziński, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010, s. 65–106; *Ewolucja demograficzna: wymiar etyczny i duszpasterski*. Zob. także deklarację tej samej Papieskiej Rady na temat zmniejszenia płodności w świecie (1998), która ostrzega przed niebezpieczeństwem zastarzenia się ludności: 51 krajów (ze 185), które stanowią 44% ludności świata, nie może już zapewnić zmiany pokoleń.

wzrost zaludnienia stanowił sam w sobie przeszkodę w rozwoju. Wielu autorów stwierdza, że obecnie „wzrost demograficzny i ekonomiczny wiąże się ze wspólnymi mechanizmami strukturalnymi”, czyli w praktyce wzrost zaludnienia staje się czynnikiem rozwoju ekonomicznego⁵⁴.

Co więcej, od kilku lat dane na temat wzrostu zaludnienia w świecie zachodnim zaczynają być alarmujące i – jak trafnie określają to media – są już tacy, którzy twierdzą, że idziemy ku Europie bez dzieci. Znany fakt jest spadek współczynnika dzietności, który prowadzi liczne kraje do zejścia poniżej poziomu zapewniającego zastępowalność pokoleń. Wystarczy zapoznać się ze statystykami imigracji.

3.4.6. *Ryzyko aborcji potajemnych*

Argument ten formułuje się następująco: ponieważ liczba aborcji potajemnych wzrasta w stopniu alarmującym, a prawo nie może ignorować takiej sytuacji, trzeba koniecznie proceder ten zalegalizować i zapewnić matkom, które znajdują się w „potrzebie” aborcji, niezbędne środki sanitarne dla uniknięcia skutków ukrywania się (złe warunki higieniczne i sanitarne, nieprzygotowany personel). To ostatnie zwykle nie jest prawdą, ponieważ potajemne aborcje są dokonywane – poza niektórymi przypadkami – w odpowiednich gabinetach przez wyćwiczony personel⁵⁵. O ile słuszne jest, że prawo powinno mieć na uwadze rzeczywistość społeczną, o tyle warto przypomnieć, że państwo, które odmawia ochrony najważniejszego dobra wspólnego, jakim jest prawo do życia istot najbardziej bezbronnych (nienarodzonych), całkowicie się dyskwalifikuje. Nie chodzi tutaj o prawo tolerancyjne czy o zwykłą depenalizację, lecz o pozytywne zezwolenie na zło.

Z drugiej strony zaskakuje fakt, że w krajach, w których wprowadzono depenalizację aborcji, stwierdza się, że wraz z legalizacją nie zmniejsza się automatycznie liczba aborcji potajemnych. „Liczba aborcji potajemnych jest daleka od zmniejszenia się w proporcji zapowiadanej przez promotorów legalizacji aborcji. Czasami nawet wzrasta... Zjawisko to tłumaczy się «pobawieniem poczucia winy». Od momentu, kiedy zezwala się na aborcję z przyczyn społecznych (mała pensja, niewystarczające mieszkanie), wyda-

⁵⁴ J. Chenais, *La revancha del tercer mundo*, Planeta, Barcelona 1988.

⁵⁵ Zwraca uwagę, że według oficjalnych danych Ministerstwa Zdrowia 87,37% legalnych aborcji w Hiszpanii w roku 1998 zostało dokonanych w klinikach prywatnych; zob. „El País” 11 II 2000, s. 34.

je się prawie uprawnione takie samo postępowanie w trochę innych warunkach. Co więcej, kiedy powszechnie stosuje się aborcję w szpitalach, wiele kobiet woli zachować anonimowość”⁵⁶. Na przykład w Wielkiej Brytanii ilość potajemnie dokonywanych aborcji wzrasta, gdyż w sytuacji, gdy ciąża jest skutkiem relacji pozamałżeńskich, w drodze procedury oficjalnej nie są spełniane wymagane warunki, aby ukryć tę sprawę przed mężem.

3.4.7. *Dziecko niechciane*

Wśród powodów, którymi niektórzy usprawiedliwiają aborcję, znajduje się także ciąża „przypadkowa”: po co mieć dziecko, którego się nie pragnie? Alfred Sauvy stwierdzał trafnie: „Pojęcie niechcianej ciąży nie zawsze oznacza niechciane narodziny. Po pierwsze ciąża mogła być skutkiem dobrze znanej psychologom podświadomej woli, a po drugie nieświadome uczucie może ulec zmianie w trakcie trwania ciąży. Ostatnie dzieci, beniaminki, są często obdarzane największym uczuciem, chociaż w większości rzeczywiście były najmniej chciane”. Ten sam autor dodaje: „Dokonano badań na temat podejścia do dzieci – chcianych i niechcianych. 90% dzieci źle traktowanych urodziło się z ciąży świadomej i zaplanowanej. Dr Lenoski, autor cytowanych tu badań, dotyczących pięciuset maltretowanych dzieci, podkreśla, że od wynalezienia «pigułki» (która logicznie zmniejsza liczbę ciąż niechcianych), liczba maltretowanych dzieci potroiła się. Jednak postawienie istocie ludzkiej warunku, żeby była chciana przez kogoś, bo wtedy będzie miała prawo do życia, jest w istocie podejściem przerażającym: logicznie w jego następstwie ktoś «niechciany» będzie mógł zostać wyeliminowany”⁵⁷.

3.4.8. *Początek życia człowieka*

Nie brak autorów, którzy dla uzasadnienia aborcji próbują oprzeć się na rzekomej niepewności co do początku życia człowieka. Jeżeli w pierwszych chwilach rozwoju zarodkowego nie ma pewności, co do istnienia życia ludzkiego, cóż szkodzi, żeby je usunąć, jeśli istnieją ku temu powody?

⁵⁶ A. Sauvy, *Más datos acerca del aborto*, „Tribuna Médica” 9 VII 1971.

⁵⁷ A. Sauvy, *Más datos acerca del aborto*, dz.cyt.

Powyższa wątpliwość od dawna nie ma racji bytu. W Średniowieczu wysunięto filozoficzno-teologiczną kwestię momentu złączenia duszy z ciałem. Pojawiły się dwie teorie: połączenie natychmiastowe (płód ma duszę od poczęcia) i połączenie opóźnione, bronione przez świętego Tomasza z Akwinu w oparciu o świętego Augustyna. Według tej drugiej teorii dusza łączy się z ciałem w 40. dniu od zapłodnienia w przypadku mężczyzny i w 80. dniu u kobiety. Pogląd ten wynikał z braku rozwiniętej wiedzy naukowej oraz dużego wpływu fizyki arystotelesowskiej, która tylko mężczyznę uznawała za zasadę sprawczą. Trzeba powiedzieć, że poza tym tomizm dostarcza konceptualnych instrumentów pomocnych dla rozwiązania również tej kwestii.

Co do momentu złączenia duszy z ciałem, chociaż nie istnieje oficjalna wykładnia Magisterium Kościoła na ten temat⁵⁸, wystarczy wiedzieć, że życie ludzkie istnieje od samego momentu jego poczęcia⁵⁹. Trzeba podkreślić, że istnienia duchowej duszy nie da się stwierdzić na podstawie obserwacji danych doświadczalnych. „Rzeczywistość istoty ludzkiej przez całe jej życie, przed narodzeniem i po narodzeniu, nie pozwala mówić ani o zmianie natury, ani o stopniowym wzroście wartości moralnej, posiada ona bowiem pełną kwalifikację antropologiczną i etyczną. A zatem ludzki zarodek od samego początku ma godność właściwą osoby”⁶⁰.

Najnowsze odkrycia cytologii, genetyki i biologii molekularnej pokazują prawdziwie dynamiczny charakter natury indywidualnego życia. Życie jakiegokolwiek żywego osobnika, należącego do jakiegokolwiek gatunku zwierząt lub roślin, jest realizowaniem się precyzyjnego programu. Instrukcje tego programu są zapisane w DNA, w postaci szyfru. Właśnie odkrycie tego szyfru, czyli kodu genetycznego, uważa się za jedną z największych zdobyczy nowoczesnej nauki. Otóż właśnie w momencie zapłodnienia organizmów wielokomórkowych, w tym człowieka, ów program zostaje ustalony i natychmiast zaczyna być realizowany. Program ten, jedyny, oryginalny i różny od programu ojca i matki, będzie funkcjonował nieprzerwanie od

⁵⁸ Doktryna o natychmiastowym złączeniu duszy z ciałem jest w sposób pośredni obecna w wypowiedzi IV Soboru Laterańskiego (1513) na temat duszy człowieka oraz w *Breve* papieża Aleksandra VII (1661), które posłużyło za podstawę do sformułowania dogmatu o Niepokalanym Poczęciu NMP (1854). Myśl ta jest także wyrażona w tekście Jana Pawła II, w którym komentując fakt, że Maryja była zachowana od grzechu pierworodnego, stwierdza: „W ten sposób, od pierwszej chwili poczęcia, czyli zaistnienia na ziemi, należy Ona do Chrystusa” (Encyklika *Redemptoris Mater* [25 III 1987], 10).

⁵⁹ Sobór Watykański II, Konstytucja *Gaudium et spes*, 51.

⁶⁰ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Dignitas personae*, 5.

tego właśnie momentu aż do śmierci osobnika, określając tworzenie się poszczególnych organów i ścisłą chronologię uruchamiania poszczególnych funkcji.

Jest ciekawe, że doświadczenia dotyczące zapłodnienia *in vitro* prowadzą do tego samego wniosku. Kiedy Edwardsowi i Steptoe udało się przenieść malutką Louise Brown, pierwsze dziecko poczęte przez sztuczne zapłodnienie, do macicy pani Brown, stało się tak dlatego, że genetyka i biologia zapewniały, że owa mała istota nie jest guzem ani pasożytem, lecz niezwykle młodą istotą ludzką. Wniosek Lejeune'a jest następujący: „Tysiące dzieci poczętych w ten sam sposób, pozwalają stwierdzić, jako fakt doświadczalnie sprawdzony, że człowiek zaczyna się w momencie zapłodnienia”⁶¹.

3.5. Aspekty etyczno-duszpasterskie

Wobec wszystkich prób uzasadnienia aborcji we współczesnym świecie Kościół katolicki zawsze zachowywał swoje stanowisko, polegające na jednoznacznej obronie życia ludzkiego. Liczne dokumenty Urzędu Nauczycielskiego wyrażają to następująco: „Życie ludzkie jest święte, ponieważ od samego początku domaga się «stworczego działania Boga» i pozostaje na zawsze w specjalnym odniesieniu do Stwórcy, jedyne go swego celu. Sam Bóg jest Panem życia, od jego początku aż do końca. Nikt, w żadnej sytuacji, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego zniszczenia niewinnej istoty ludzkiej”⁶². Nauczanie to jest oparte na prawie, które każdy człowiek odkrywa we własnym sercu (por. Rz 2, 14–15), które jest potwierdzone w Piśmie Świętym, przekazywane przez Tradycję Kościoła i nauczane przez Magisterium zwyczajne i powszechne. Z tego powodu w encyklice na temat wartości i nietykalności życia ludzkiego papież Jan Paweł II mówi uroczyście: „Dlatego mocą Chrystusowej władzy udzielonej Piotrowi i jego Następcom, w komunii z biskupami Kościoła Katolickiego, potwierdzam, że bezpośrednie i umyślne zabójstwo niewinnej istoty ludzkiej jest zawsze aktem głęboko niemoralnym”⁶³.

⁶¹ J. Lejeune, *Pojęcie i ludzki sens życia*, w: *Dolentium hominum*, red. A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Korbicki, Kraków 2011, s. 325.

⁶² Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae*, 5. Zob. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, 2258.

⁶³ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 57. Sformułowanie to mówi o definitywnym nauczaniu Magisterium Kościoła.

3.5.1. Aborcja i ekskomunika

Jak wiadomo aborcja, jeśli osiągnie swój efekt, pociąga za sobą ekskomunikę⁶⁴. Tradycyjna doktryna uważała za przestępstwo aborcji wywołane wydalenie płodu niezdolnego do życia. Obecnie uważa się za aborcję jakiegokolwiek działanie przeciw istocie ludzkiej, od momentu zapłodnienia, które powoduje jej śmierć. Należy jednak rozróżnić pomiędzy technikami powodującymi aborcję zarodka, o którym *się wie*, że istnieje, a technikami, w których przypadku *jest możliwe*, że zarodek istnieje („pigulka dnia następnego”, spirala). W obu przypadkach chodzi o grzech aborcji (co najmniej akceptuje się jej ryzyko), jednak tylko w pierwszym przypadku popada się w ekskomunikę, gdyż kara kanoniczna jest nakładana, gdy popełniło się przestępstwo, a nie gdy była możliwość jego popełnienia⁶⁵.

Jeżeli chodzi o rozgrzeszenie z grzechu aborcji, spowiednik jest zobowiązany mieć na uwadze normy kanoniczne. Jeżeli skrucza penitenta jest szczerą i byłoby trudne odesłanie go do kompetentnej władzy, której zostało zarezerwowane rozgrzeszenie od cenzury, może to uczynić każdy spowiednik na mocy kanonu 1357 *Kodeksu Prawa Kanonicznego*, nakładając odpowiednią pokutę oraz wskazując na konieczność pisemnego zwrócenia się do właściwej instancji i ofiarując ewentualnie swoją pomoc w zajęciu się tą sprawą⁶⁶.

3.5.2. Sprzeciw sumienia

W sposób ogólny i bezpośredni sprzeciw sumienia można uważać za formę oporu wobec jakiejś normy, kiedy ów opór jest spowodowany konfliktem pomiędzy obowiązkami moralnymi lub religijnymi osoby ludzkiej a wypełnieniem prawnego przepisu. Pojawiła się więc sprzeczność pomiędzy obowiązkiem moralnym a obowiązkiem prawnym⁶⁷. Otóż w przypadku

⁶⁴ „Kto powoduje przerwanie ciąży, po zaistnieniu skutku, podlega ekskomunice wiążącej mocą samego prawa”, *Kodeks Prawa Kanonicznego*, kan. 1398. Istnieją jednak okoliczności, takie jak niepełnoletniość, nieznamość prawa, poważny strach itd., które wykluczają tę cenzurę.

⁶⁵ „Należy uważać za aborcję nie tylko wydalenie niedojrzałego płodu, ale także dobrowolnie spowodowaną śmierć płodu, niezależnie od sposobu i czasu od momentu poczęcia” – odpowiedź Papieskiej Rady ds. Interpretacji Tekstów Prawnych (23 V 1988), AAS 1988, vol. 88, s. 1818–1819.

⁶⁶ Zob. Papieska Rada ds. Rodziny, *Vademecum dla spowiedników* (12 III 1997), s. 3, 19.

⁶⁷ Zob. J. López Guzmán, *Objeción de conciencia farmacéutica*, Barcelona 1997, s. 25.

praw niesprawiedliwych, jak prawo dopuszczające aborcję lub eutanazję, nigdy nie jest dopuszczalne uleganie im⁶⁸. Magisterium Kościoła stanowczo wyraża to w następujący sposób: „Człowiek nigdy nie może być posłuszny prawu, które samo w sobie jest niemoralne; miałoby to miejsce, gdyby prawo uznało za dozwolone przerywanie ciąży”⁶⁹. W tych okolicznościach należy wystąpić ze sprzeciwem sumienia, odmawiając wypełnienia danego prawa. Co więcej, opór ten stanowi obowiązek i fundamentalne prawo, które winno być uznane przez instytucje służby zdrowia i osoby za nie odpowiedzialne⁷⁰. „Kto powołuje się na sprzeciw sumienia, nie może być narażony nie tylko na sankcje karne, ale także na żadne inne ujemne konsekwencje prawne, dyscyplinarne, materialne czy zawodowe”⁷¹. Z tego powodu *Karta Pracowników Służby Zdrowia* konkretnie przypomina, że lekarze i pielęgniarki – osoby, których ta kwestia ze względu na zawód bezpośrednio dotyczy – są zobowiązani bronić prawa do *sprzeciwu sumienia*: „Wielkie i fundamentalne dobro życia ludzkiego sprawia, że taki obowiązek jest poważną powinnością moralną dla personelu medycznego, któremu prawo nakazuje dokonywania przerwania ciąży i bliższej współpracy w bezpośrednim działaniu aborcyjnym”⁷².

Przypomnijmy, że kodeksy etyczne zawodów medycznych ujmują sprzeciw sumienia jako obowiązek i prawo⁷³.

⁶⁸ Zob. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 73.

⁶⁹ Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja *Qaestio de abortu o przerywaniu ciąży* (18 XI 1974), 22.

⁷⁰ Zob. G. Herranz, *La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias*, „Scripta Theologica” 1995, vol. 27, s. 551–552.

⁷¹ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 74.

⁷² Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia* (1995), 143.

⁷³ Dla lekarzy, zob. Organización Médica Colegial, *Código de Ética y Deontología Médica*, Madrid 1990, art. 27.1: „Według deontologii lekarz może zgodnie ze swoimi przekonaniami etycznymi lub naukowymi odmówić wykonywania aborcji lub praktyk sztucznego zapłodnienia, lub przeszczepów organów. Ma obowiązek poinformować natychmiast o racjach odmowy, oferując odpowiednie rozwiązanie problemu, z którym się do niego zgłoszono. Zawsze ma szanować wolność zainteresowanych co do szukania opinii innych lekarzy”.

Dla pielęgniarek, zob. Organización Colegial de Enfermería, Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería, *Código Deontológico de la Enfermería Española*, art. 22: „Zgodnie z artykułem 16.1 Konstytucji Hiszpanii, pielęgniarka/pielęgniarz ma w swojej pracy prawo do sprzeciwu sumienia, które winno być odpowiednio wyrażone w każdym konkretnym przypadku. Consejo General oraz los Colegios zadbają, aby żadna pielęgniarka-

Jednym z tematów aktualnej debaty jest przypadek farmaceutów, którzy zgodnie z prawem naturalnym nie sprzedają produktów przeciwnych życiu człowieka (środki poronne, antykoncepcyjne). Kościół jest świadomy złożoności tych problemów, wynikających także z postępów nauki i techniki. Dlatego oferuje personelowi medycznemu konkretne wskazówki. Jeśli chodzi o sprzedaż środków antykoncepcyjnych i poronnych, obowiązuje jasna zasada. Nigdy nie jest dopuszczalna sprzedaż rzeczy, które ze swej natury mają tylko zły użytek⁷⁴. W tym kontekście znaczące są słowa Jana Pawła II: „Dystrybucja leków – zarówno ich powstanie, jak i użycie – musi kierować się rygorystycznym kodeksem moralnym, uważnie stosowanym. Szacunek wobec owego kodeksu postępowania zakłada wierność pewnym nienaruszalnym zasadom, które misja ochrzczonych oraz obowiązek chrześcijańskiego świadectwa czynią szczególnie aktualnymi”⁷⁵.

„Farmaceuci wobec pacjentów winni spełniać rolę edukacyjną, ucząc właściwego stosowania leków, a zwłaszcza informując o etycznych implikacjach używania niektórych z nich. W tej dziedzinie nie wolno usypiać sumień, na przykład pomijając milczeniem skutki działania substancji aktywnych, które mają uniemożliwić zagnieżdzenie się zarodka lub skrócić życie człowieka”⁷⁶.

Innym poważnym problemem jest współpraca lekarzy, pielęgniarek i innych osób przy dokonywaniu aborcji. Ciężar aborcji jest tak duży, że nigdy nie jest dopuszczalna współpraca materialna *bezpośrednia* (np. praca osób

ka/pielęgniarka nie była dyskryminowana ani nie cierpiała żadnej krzywdy z powodu użycia powyższego prawa”.

Dla farmaceutów został w 1991 roku przygotowany Kodeks przez Real Academia de Farmacia, jednak Colegio General de Farmacéuticos de España nie chciał go promulgować. Kodeks ten w artykule 52 proponował: „Farmaceuta może w sumieniu odmówić udostępnienia określonego leku lub środków, jeśli ma racjonalne podstawy uważać, że zostaną użyte przeciw zdrowiu lub życiu człowieka”.

⁷⁴ Zob. Nota Konferencji Episkopatu Hiszpanii, *La „píldora del día siguiente”*, *nueva amenaza contra la vida* (27 IV 2001): „Lekarze i farmaceuci miłujący życie ludzkie i spójni wobec sumienia etycznego nie powinni w żaden sposób udostępniać tego narzędzia śmierci, jakim jest «pigulka dnia następnego». Władze mają obowiązek czuwać, aby nie przeszkadzano w korzystaniu ze sprzeciwu sumienia w tak ciężkiej materii”.

⁷⁵ Jan Paweł II, Przemówienie do Międzynarodowej Federacji Farmaceutów Katolickich, 3 XI 1990.

⁷⁶ Benedykt XVI, Przemówienie do Międzynarodowego Kongresu Farmaceutów Katolickich, 29 X 2007.

w sali operacyjnej, lekarskie pozwolenie na dokonanie aborcji, czynności anestezyjologiczne itd.)⁷⁷.

3.5.3. Pomoc matkom z problemami

Trzymając się chrześcijańskich zasad moralnych związanych z wartością życia ludzkiego, nie można jednak odwrócić się od trosk i nędz, których doświadczają osoby przeżywające dramat aborcji. „Każdy człowiek mający serce, i oczywiście każdy chrześcijanin, stosownie do swoich możliwości powinien być gotowy do użycia wszelkich możliwych środków przeciw tym nieszczęściom. Domaga się tego po prostu przykazanie miłości, której zawsze pierwszą troską jest umocnienie sprawiedliwości. Chociaż przerywanie ciąży nigdy nie może zostać dopuszczone, to przede wszystkim należy jednak usunąć jego przyczyny”⁷⁸. Wymaga to – mówi dalej dokument – działań politycznych. „Trzeba przy tym jednocześnie oddziaływać na obyczaje, a także wielorakimi sposobami przychodzić ze skuteczną pomocą rodzinom, matkom i dzieciom”⁷⁹.

Papież Jan Paweł II odnosi się do pomocy duszpasterskiej, której należy udzielić kobietom, które dokonały aborcji. Wyraża to w słowach pełnych zrozumienia⁸⁰ i nadziei⁸¹, zachęcając zarazem, aby stały się one szczególnie świadkami miłości do życia⁸². W tym kontekście biskupi całego świata

⁷⁷ Tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach jest dopuszczalna współpraca materialna *pośrednia*. Mogłaby mieć miejsce w krajach, gdzie prawo cywilne pozwala na aborcję i nie uznaje prawa do sprzeciwu sumienia lub uznaje je tylko teoretycznie, podczas gdy w praktyce stosuje się poważne sankcje wobec osób odmawiających takiej współpracy. Ciężar aborcji wymaga jednak, aby w takich przypadkach w grę wchodziły bardzo ciężkie krzywdy za brak współpracy i aby nie było możliwe lub było bardzo trudne znalezienie innego rozwiązania.

⁷⁸ Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja *Qaestio de abortu*, 26.

⁷⁹ Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja *Qaestio de abortu*, 26.

⁸⁰ „Kościół wie, jak wiele czynników mogło wpłynąć na waszą decyzję, i nie wątpi, że w wielu przypadkach była to decyzja bolesna, może nawet dramatyczna. Zapewne rana w waszych sercach jeszcze się nie zabiłniła” (Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, 99).

⁸¹ „Nie ulegajcie jednak zniechęceniu i nie traćcie nadziei” (tamże).

⁸² „Wsparte radą i pomocą życzliwych wam i kompetentnych osób, będziecie mogły uczynić swoje świadectwo jednym z najbardziej wymownych argumentów w obronie prawa wszystkich do życia” (tamże).

zachęcają do tworzenia programów służby i opieki, pozwalających kobietom na alternatywę wobec aborcji⁸³.

Wiele z takich projektów jest realizowanych przez organizacje utrzymywane przez Kościół. Ich działalność polega na opiece zdrowotnej i służbie socjalnej i jest możliwa dzięki poświęceniu wykwalifikowanych pracowników oraz wolontariuszy. Współpracują z nimi inne grupy, o charakterze prywatnym. Należy do tego dodać działalność państwową, która winna być jednak hojniejsza⁸⁴.

BIBLIOGRAFIA

- ANSÓN F., *Se fabrican hombres. Informe sobre la genética humana*, Madrid, Rialp, 1988.
- BALLESTEROS J., *La humanidad in vitro. Crítica y razón de una ideología*, Granada, Comares, 2002.
- BASSO D.M. OP, *Nacer y morir con dignidad*, Buenos Aires 1989.
- BLÁZQUEZ N., *Bioética, la nueva ciencia del hombre*, Madrid, BAC, 2002.
- BURKE T., PEARSON D.C., *Mujeres silenciadas*, Madrid, Sekotia, 2009.
- DE LA TORRE J., *Dignidad humana y Bioética*, Madrid, Universidad de Comillas, 2008.

⁸³ Programy te zwykle dotyczą różnych aspektów:

- odpowiednie kształcenie i materialne środki przetrwania dla kobiet w ciąży, aby w sposób odpowiedzialny i wolny mogły dokonać wyboru na korzyść życia. Różne ruchy *pro-life* istniejące w wielu miejscach szukają rozwiązań, aby sprostać tym potrzebom
- pomoc w okresie okołoporodowym oraz opieka pediatryczna dla dziecka w ciągu pierwszego roku życia
- opieka medyczna i genetyczna dla noworodków
- rozwój adopcji oraz zwiększanie środków na nią
- ośrodki opieki podczas ciąży, gdzie udziela się rad i wsparcia każdej potrzebującej kobiecie
- opieka i umożliwienie dalszego kształcenia dla matek samotnych
- szczególne zrozumienie, wsparcie i opieka dla ofiar przemocy seksualnej
- wysiłki, aby zmniejszyć presję społeczną, ciążącą na kobiecie w ciąży poza małżeństwem i na jej dziecku.

⁸⁴ Warto zaznaczyć, że udzielone wsparcie nie może mieć nigdy charakteru wymogu legalnego, aby na jego podstawie nakazać później dokonywanie aborcji. Przypomnijmy np. polemikę na temat przychodni katolickich w Niemczech, którym Stolica Święta zabroniła wydawania zaświadczeń zezwalających na dokonanie aborcji („Ecclesia” 1998, nr 2879, s. 191.

- DEL AMO M., *Déjame nacer. El aborto no es un derecho*, Madrid, Regla de Oro, 2009.
- Deontología biológica*, Wydział Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu Nawarry, Pamplona, 1985.
- ESPEJO M.D., CASTILLA A., *Bioética en las Ciencias de Salud*, Granada, Alcalá, 2001.
- FUKUYAMA F., *Koniec człowieka: konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*, Kraków, Znak, 2004.
- JAN PAWEŁ II, Encyklika *Evangelium vitae o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego* (25 III 1995).
- KONFERENCJA EPISKOPATU HISZPANII, *El aborto, 100 preguntas y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos* (25 III 1991), Documentos MC, Madrid, Palabra, 1991.
- KONFERENCJA EPISKOPATU HISZPANII, *La eutanasia, 100 preguntas y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos* (14 II 1993), Documentos MC, Madrid, Palabra, 1993.
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, Deklaracja *Quaestio de abortu o przerywaniu ciąży* (18 XI 1974).
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, *Deklaracja o eutanazji* (5 V 1980).
- KONGREGACJA NAUKI WIARY, Instrukcja *Donum vitae o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania* (22 II 1987).
- LEON CORREA F., *Bioética razonada y razonable*, Santiago de Chile, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, 2009.
- MARTÍNEZ CAMINO J.A., *¿Qué pasa por fabricar hombres?*, Barcelona, Desclée, 2000.
- MASSINI C.I., SERNA P. (ed.), *El derecho a la vida*, Pamplona, Eunsa, 1998.
- MELENDO T., *Dignidad humana y bioética*, Pamplona, Eunsa, 1999.
- TENŹE, *Fecundación y dignidad humana*, Barcelona, Casals, 1987.
- MONGE F., *¿Eutanasia?*, Madrid, Palabra, 1989.
- TENŹE, *Persona humana y procreación artificial*, Madrid, Palabra, 1988.
- PAPIESKA AKADEMIA ŻYCIA, *Comentario interdisciplinar a la „Evangelium vitae”* ed. R. Lucas, Madrid, BAC, 1996.
- PAPIESKA AKADEMIA „PRO VITA”, *El embrión humano en la fase de preimplantación*, Madrid, BAC, 2008.
- PAPIESKA AKADEMIA ŻYCIA, *Identità e statuto dell’embrione umano*, 1997.
- PARDO J.M., *Bioética práctica al alcance de todos*, Madrid, Rialp, 2004.
- PERICO G., *Problemi di Etica Sanitaria*, Milano, Ancona, 1985.

- PUENTE E., *Rompiendo el silencio: testimonio de mujeres que sufrieron un aborto provocado*, Madrid, Libros Libres, 2009.
- RATZINGER J., *El don de la vida. Instrucción y comentario*, Madrid, Palabra, 1992.
- RHONHEIMER M., *Derecho a la vida y Estado moderno. A propósito de la „Evangelium vitæ”*, Madrid, Rialp, 1998.
- RODRÍGUEZ LUÑO Á., SÁNCHEZ MONDÉJAR R., *La fecundación „in vitro”*, Madrid, Palabra, 1986.
- SARMIENTO A. (ed.), *El don e la vida. Comentarios a la Instrucción „Donum vitæ”*, Madrid, Palabra, 1995.
- SARMIENTO A., RUIZ-PÉREZ G., MARTÍN J.C., *Ética y genética*, Pamplona, Eunsa, 1993.
- SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica*, Milano, Ares, 1996.
- SOCCI A., *El genocidio censurado*, Madrid, Cristianidad, 2007.
- TOMÁS GARRIDO G.M., *Manual de Bioética*, Barcelona, Ariel, 2001.