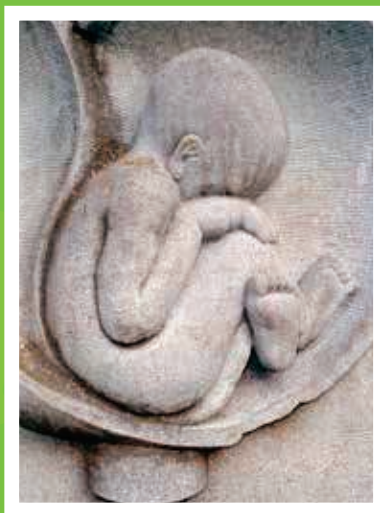


Zapłodnienie *in vitro* – szansa czy zagrożenie?



Pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego

KOMISJA BIOETYCZNA BYDGOSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Zapłodnienie *in vitro*.

– szansa czy zagrożenie?

Zapłodnienie *in vitro*.

– szansa czy zagrożenie?

Pod redakcją
Władysława Sinkiewicza i Rafała Grabowskiego

Komisja Bioetyczna
Bydgoskiej Izby Lekarskiej
Bydgoszcz 2011

RECENZENCI:

Prof. dr hab. Anna Latos-Bieleńska – Akademia Medyczna w Poznaniu
Prof. dr hab. Paweł Bortkiewicz – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

KOREKTA:

Hanna Borawska

PROJEKT OKŁADKI:

Iwona Dombrowska

Publikacja dofinansowana przez Bydgoską Izbę Lekarską.

Komisja Bioetyczna Bydgoskiej Izby Lekarskiej
ul. Powstańców Warszawy 11
85-681 Bydgoszcz
tel./fax: (52) 376-30-06

Zdjęcie na okładce: ©wondermallow - fotolia.com

WYDAWCA, REALIZACJA POLIGRAFICZNA:
Bydgoski Dom Wydawniczy MARGRAFSEN s.c.
85-808 Bydgoszcz, ul. Białogardzka 11A

ISBN 978-83-60976-74-6

Spis treści

Słowo wstępne	7
<i>Władysław Sinkiewicz</i>	
Etyczne dylematy medycznie wspomaganey prokreacji	9
<i>Marian Machinek</i>	
Prawo czy etyka, medycyna czy weterynaria?	21
<i>Bogdan Chazan</i>	
Życie i godność każdej istoty ludzkiej a leczenie niepłodności małżeńskiej. <i>In vitro</i> czy naprotechnologia?.....	35
<i>Tadeusz Wasilewski</i>	
Zapłodnienie <i>in vitro</i> – pytania legislacyjne i etyczne.....	43
<i>Jerzy Umiastowski</i>	
Słowo o obrazie Boga i granicach ludzkich możliwości	51
<i>Zbigniew Kiernikowski</i>	
Metoda <i>in vitro</i> w świadomości i dyskusji społecznej.....	61
<i>Tomasz P. Terlikowski</i>	
Noty o autorach	77

Słowo wstępne

Proszę przyjąć z wyrozumiałością, że słowo wstępne rozpocznę od osobistego akcentu.

Kiedy w 1975 roku na ogólnopolskiej sesji lekarzy i psychologów w Krakowie, zatytułowanej „Specjalistyczne aspekty problemu przerwania ciąży”, Pani Profesor Maria Rybakowa, omawiając genetykę początku ludzkiego życia, wykazała, że zarodek ludzki jest gotowym do rozwoju, w pełni uformowanym genetycznie człowiekiem, dla wielu słuchaczy w okresie, kiedy aborcja była ogólnie dostępna, a zdobyciom nauki niosącym treści moralno-etyczne trudno było się przebić do wiadomości społecznej w naszym kraju, słowa te były prawdziwym przeżyciem, a nawet szokiem. Dzisiaj w świecie nauki nikt nie ma już wątpliwości i nie podważa tej prawdy o początku życia ludzkiego. Dynamiczny rozwój nauk medycznych przynosi aktualnie inne zagrożenia związane z eugeniką i nie zawsze odpowiedzialnymi ingerencjami w strukturę rozwijającego się zarodka.

Żegnając się po zakończeniu wspomnianej konferencji z ówczesnym Kardynałem Metropolitą Krakowskim, ks. Karolem Wojtyłą, gospodarzem tego spotkania, zapamiętałem jego wzrok i pełną ojcowskiego z troskania, a jednocześnie oczekiwania twarz. Przez lata pozostało mi to w pamięci jako wyzwanie, że trzeba w tej przestrzeni poszanowania życia coś zrobić, każdy na swój sposób i na miarę dostępnych możliwości.

Wyzwań bioetycznych we współczesnym świecie relatywizowania wartości jest wiele, w tym wartości podstawowych, jakimi są nienaruszalność i godność osoby ludzkiej od momentu poczęcia aż do naturalnej

śmierci. I warto, a nawet mamy obowiązek o tych podstawowych wartościach etycznych i moralnych nieustannie przypominać.

W gorącej, zwłaszcza w ostatnim czasie, dyskusji o *in vitro* do przestrzeni publicznej trudno i sporadycznie docierają racje oparte na wartościach etycznych, pełnej wiedzy medycznej i szacunku do człowieka. W licznych dyskusjach medialnych pomijane są często ważne aspekty moralne, prawne i psychologiczne związane z tą procedurą. Znacznie częściej tematyka *in vitro* służy jako hasło polityczne, gdzie trudno o podaną w prawdzie głęboką wiedzę, a dyskutanci często sprawiają wrażenie, że nie zawsze znają istotę zagorzałych sporów i polemik, które ze sobą prowadzą.

Redaktorzy niniejszej monografii mają nadzieję, że pozycja ta, zawierająca w większości wykłady i treści przekazane w czasie konferencji „Szansa czy zagrożenie”, która miała miejsce 6 listopada 2010 roku w Bydgoszczy, poszerzy nasze horyzonty wiedzy o tym niezwykle ważnym problemie medycznym, etycznym i społecznym, gdyż problem *in vitro* nie jest w istocie tylko światopoglądowym, jak próbuje się często tę tematykę zdefiniować i zaszufadkować. Niech zwycięży prawda w trosce o człowieka widzianego w pełni godności osoby ludzkiej, a niniejsza monografia w świetle przedstawionych treści zwiększy naszą odpowiedzialność za losy każdego człowieka od samych początków jego istnienia.

W imieniu Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej, inicjatora i głównego organizatora konferencji „Szansa czy zagrożenie”, oraz partnerów w jej realizacji – młodych przyjaciół z Fundacji „Wiatrak” w Bydgoszczy, pragniemy serdecznie podziękować Okręgowej Radzie Bydgoskiej Izby Lekarskiej za życzliwość i pomoc, zarówno w organizacji tego ważnego naukowego spotkania w naszym regionie, jak i w wydaniu niniejszej monografii.

prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz

Marian Machinek

Etyczne dylematy medycznie wspomaganej prokreacji

W kwestii medycznie wspomaganej prokreacji mamy z pozoru do czynienia ze standardową we współczesnej medycynie sytuacją. Oto jest, z jednej strony, pewna somatyczna (nierzadko również psychosomatyczna) dysfunkcja, która domaga się interwencji z użyciem najnowszej techniki medycznej. Czego w takiej sytuacji mogą dotyczyć dylematy czy konflikty etyczne? Najpierw będzie niewątpliwie chodziło o problematykę zgody pacjenta na podjęcie medycznych działań, później także o kwestię bezpieczeństwa podejmowanych działań oraz – *last but not least* – o kwestię kosztów, tak bardzo w dobie niedoboru środków medycznych istotną. Jednak sytuacja niepłodności, która stoi u źródła interesującej nas kontrowersji, może pod wieloma względami wykraczać poza przedstawiony powyżej klasyczny schemat etycznego rachunku dóbr i wartości. Schemat ten będzie jeszcze wystarczał w odniesieniu do tych metod diagnozowania i leczenia niepłodności, których celem jest usunięcie zdrowotnych przeszkód i umożliwienie poczęcia dziecka siłami natury. Jednak tam, gdzie terapia niepłodności okazuje się być niemożliwa bądź też bywa (czasami nazbyt pospiesznie!) za taką uważana, sytuacja się komplikuje. Dotyczy to przede wszystkim uzyskiwania poczęcia dziecka metodami zapłodnienia pozaustrojowego, czyli tzw. zapłodnienia *in vitro* (IVF).

Niniejsze przedstawienie ma na celu wskazania etycznej specyfiki sytuacji zapłodnienia *in vitro*, dylematów i konfliktów etycznych między istotnymi w tej sytuacji dobrami i wartościami oraz różnych strategii ich rozwiązywania. Abstrahując od ścisłej definicji w obszarze

logiki, pod pojęciem dylematu (gr. *δί-λημμα*) będzie tu rozumiana sytuacja wyboru, w której każda z dróg wiąże się z jakąś poważną, niechcianą konsekwencją. Perspektywa etyczna oznaczać będzie namysł normatywny, który musi uwzględnić zarówno wiedzę medyczną, jak i całościowy obraz udanego i godnego życia, ale także skutki, jakie z podjętego lub zaniechanego działania wynikają dla wszystkich, których to działanie dotyka.

Paleta dóbr i wartości

Podstawowe pytanie etyczne można by tu sformułować w następujący sposób: o jakie dobra i wartości moralne chodzi w przypadku zapłodnienia pozaustrojowego? Dylematy etyczne pojawiają się wtedy, gdy osiągnięcie niektórych z nich jest możliwe jedynie za cenę innych.

Łagodzenie cierpienie niepłodności

Na pierwszy plan wysuwa się wysoka wartość rodzicielstwa, wyrażająca się niezwykle silnym i z etycznego punktu widzenia jak najbardziej godnym szacunku pragnieniem posiadania dziecka. Niemożność realizacji tego pragnienia od zarania dziejów była przyczyną głębokiego cierpienia i poczucia niespełnienia. Intensywność przeżycia tego braku – jak wszystkie silne emocje związane z niemożnością realizacji fundamentalnych pragnień – może tak dalece wymknąć się spod kontroli, że stanie się obsesją. Taka „usamodzielniona” potrzeba powinna być poddana terapii psychologicznej, i to niezależnie od tego, czy i w jaki sposób pragnienie dziecka zostanie spełnione. Jest to osobne zagadnienie, które nie może być tu rozwinięte, może się jednak okazać bardzo istotne. Naznaczone chorobliwą wewnętrzną presją odniesienie do dziecka może bowiem zakłócić proces wychowawczy i w bardzo negatywny sposób odbić się na psychice dziecka.

W kontekście tytułu niniejszego opracowania warto zwrócić uwagę na inny aspekt. Uznając godziwość i wysoką rangę moralną pragnienia

posiadania dziecka, należy podkreślić, że pragnienie to nie czyni każdego sposobu jego realizacji automatycznie moralnie godziwym. Gdyby na chwilę założyć, że nie mamy w ogóle do dyspozycji możliwości zapłodnienia pozaustrojowego, należałoby z etycznego punktu widzenia odrzucić takie drogi realizacji marzeń o własnym dziecku, jak: kradzież czy zakup cudzego dziecka, bądź też „zamówienie” dziecka w ramach (płatnej) relacji usługowej – i to nawet wtedy, gdyby były to jedyne sposoby zaspokojenia pragnienia posiadania dziecka.

Należy także dostrzec jeszcze inny specyficzny wymiar IVF. Jest nim terapeutyczny wymiar tej procedury. W ścisłym tego słowa znaczeniu trudno właściwie tu mówić o działaniu *stricte* terapeutycznym. Przedmiotem terapii nie jest tu *dysfunkcja* organizmu jako taka, ale raczej *życzenie* jednostki (niepłodnej kobiety), bądź też *relacja* między dwojgiem partnerów, którzy cierpią z racji braku wspólnego dziecka. Nawet gdyby sięgnąć do porównania swoistej protezy, która nie lecząc dysfunkcji organizmu, pozwala ją niejako obejść czy uzupełnić, to związek IVF z niepłodnością wcale nie musi być tak ścisły. IVF jest to po prostu metoda uzyskiwania ludzkiego embrionu w laboratorium, która wtórnie, w związku z niepłodnością, nabiera cech działania protetycznego, ale wcale nie musi być używana jako terapia. Nie jest terapią np. wtedy, gdy poddają się jej płodni rodzice z zamiarem poczęcia dziecka o określonej płci bądź cechach (co ma miejsce w niektórych krajach anglosaskich), bądź też gdy ludzkie embriony są wytwarzane dla celów pozareprodukcyjnych.

Życie i godność embrionu – wartość drugorzędna czy podstawowa?

Pytanie o status etyczny, a co za tym idzie i prawny, ludzkiego embrionu stanowi kluczowe zagadnienie nie tylko w dyskusji dotyczącej IVF, ale także w wielu innych obszarach etyki w medycynie, np. w kwestii godziwości stosowania środków wczesnoporonnych, badań nad embrionalnymi komórkami macierzystymi czy też wykorzystania embrionów ludzkich do testów toksykologicznych w produkcji kosmetyków. Dopiero określenie statusu embrionu umożliwi właściwe

sformułowanie dylematu etycznego. Literatury dotyczącej tego zagadnienia nie sposób już objąć, dlatego w tym miejscu można jedynie wskazać na pewne ogólne wnioski, niezbędne do udzielenia odpowiedzi na pytanie: czy w przypadku embrionu mamy do czynienia z wartością podporządkowaną, porównywalną do wartości przedmiotów martwych bądź żywych? Przy takim określeniu statusu embrionu, nawet jeżeli by się przyznało mu jakiś cząstkowy udział w statusie właściwym istotom ludzkim, wszystkie wyżej wymienione cele związane z dobrostanem już urodzonych osób ludzkich miałyby pierwszeństwo i etycznie uprawomocniały jego wykorzystanie. Chociaż status moralny embrionu nie wynika bezpośrednio z faktów empirycznych, to jednak rozważając to pytanie, nie wolno od tych faktów abstrahować. Można śmiało stwierdzić, że określenie ludzkiego embrionu jako „grudki komórek” (bardzo często zaopatrzone dodatkowo w relatywizujące „tylko”) jest w świetle współczesnej wiedzy z zakresu embriologii nie do utrzymania, chyba żeby się również ludzi już urodzonych określiło mianem (nieco większych i bardziej skomplikowanych) „grudek komórkowych”. W przypadku embrionu mamy do czynienia z pierwszymi stadiami rozwijającej się konkretnej istoty ludzkiej. Nie ulega wątpliwości jej przynależność do ludzkiego gatunku i niepowtarzalność, na które wskazuje ludzki, unikalny genotyp. Proces rozwojowy zmierzający ku pełnemu ujawnieniu cech osobowych jest na tyle procesem ciągłym, że nie sposób wykazać w nim jakościowych przeskoków¹. Fakty te trudno byłoby w świetle współczesnej wiedzy podważyć. Jeżeli przedstawiona ich interpretacja jest w literaturze kwestionowana, to wątpliwości dotyczą zazwyczaj znaczenia organizmu matczynego, którego udział w embriogenezie miałby kwestionować „kompletność” embrionu, szczególnie przed zagnieżdżeniem w macicy. Nie ulega wątpliwości, że warunkiem dalszego rozwoju jest łączność embrionu z organizmem matki, jednak konieczność zagnieżdżenia nie oznacza, że jest

¹ E. Schockenhoff, *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Freiburg–Basel–Wien 2009, s. 494–518.

on niekompletny. Oddziaływania organizmu matczynego nie da się faktycznie zredukować jedynie do roli żywego inkubatora, zapewniającego pożywienie i umożliwiającego wymianę gazową. Jednak wszystkie matczyne impulsy mieszczą się w ramach stymulacji rozwoju, którego głównym motorem pozostaje jednak własny potencjał rozwojowy embrionu. Na żadnym etapie swojego rozwoju embrion nie jest częścią ciała matki, ale stanowi zarówno genetycznie, jak i funkcjonalnie odrębny organizm, przy całym uwzględnieniu stopnia skomplikowania w porównaniu z organizmem dorosłego człowieka. Z racji, że jest to organizm ludzki, trudno przyznać rację pogładowi, według którego wolno – dla osiągnięcia innych ważnych wartości ludzkich, do których należy zarówno rodzicielstwo, jak też inne cele terapeutyczne i wolność badań naukowych – zużyć czy poświęcić ludzkie embriony.

Etyczny wymiar relacji w kontekście IVF

Rozważając etyczny wymiar relacji w kontekście IVF, wskazuje się zazwyczaj na potencjalnych rodziców, dla których brak wspólnego dziecka, jak to już wspomniano, jest dotkliwym doświadczeniem egzystencjalnym. Dotyka ono nie tylko każdego z nich z osobna, ale także ich wzajemnej relacji, która przez to doświadczenie jest wystawiona na bolesną próbę. Determinacja, z jaką starają się doprowadzić do urodzenia ich wspólnego dziecka, świadczy o intensywności odczuwania tej potrzeby. Uzyskanie upragnionego dziecka bywa nierzadko traktowane jako „lekarstwo” na więź partnerską. W takiej sytuacji bardzo łatwo stracić z oczu inną relację, która jest tu kluczowa: relację do dziecka. Owszem, istnieje deklarowana przez rodziców intensywna relacja miłości i przywiązania do oczekiwanego dziecka, jednak ma ona na pierwszym etapie IVF charakter raczej wirtualny. Aktualna relacja do każdego z pojedynczych embrionów i ich „życiowy interes” znikają łatwo z pola wartościowania. Miłość i afirmacja rodziców są na początku skierowane niejako „w próżnię”, chociaż wśród wytworzonych embrionów istnieje

już być może ten, który okaże się upragnionym dzieckiem. Na początku nie wiadomo jednak, któremu z embrionów uda się przejść zwycięsko laboratoryjne i naturalne bariery (monitoring rozwoju, kontrola jakości, udane zagnieżdżenie, uniknięcie aborcji selektywnej itp.)². Zanim zaczną być kochani, jest jednym w szeregu innych. Afirmująca miłość rodziców nie stanie się nigdy udziałem pozostałych, które okażą się nadliczbowe i w efekcie zostaną zawieszane między życiem a śmiercią w laboratoryjnych zamrażarkach. Pozostaną one na zawsze anonimowym problemem, o którym mówi się w kategoriach zbioru obiektów („pozostało osiem zarodków nadliczbowych”)³.

Podstawowy dylemat etyczny IVF polega właśnie na tym, że realizacja etycznie doniosłej wartości rodzicielstwa dokonuje się z naruszeniem bardziej doniosłych wartości, jakimi są godność człowieka i prawo istoty ludzkiej do życia. To podstawowe prawo związane jest z obowiązkiem afirmacji ze strony otoczenia. Oznacza ona przede wszystkim to, że relacja do człowieka nie może nigdy nabrać charakteru li tylko przedmiotowego. Zgodnie z powszechnie przyjętym imperatywem etycznym, istota ludzka nie powinna być traktowana jako środek do celu, gdyż jest celem samym w sobie⁴. Niezależnie od motywacji rodziców i lekarzy sięgających po IVF, które mogą być bardzo wzniosłe i szlachetne, problem etyczny leży w samej metodzie. Nie sposób bowiem stosować metody rozrodu pozaustrojowego, nie poddając jednocześnie zarodków rygorom technologicznym i nie traktując ich w sposób analogiczny do tego, jak się traktuje produkty przemysłowe (przygotowanie materiału, monitorowanie

² Selekcyjny charakter IVF ukazuje się jeszcze wyraźniej, gdy do rutynowych, mikroskopowych oględzin jakości wytworzonych embrionów dochodzą techniki diagnostyki preimplantacyjnej, umożliwiające określenie ich wyposażenia genetycznego, by wyselekcjonować te, które wykazują większe ryzyko chorób genetycznych. Por. D. Mieth, *Genetische Frühselektion. In welcher Gesellschaft wollen wir leben?*, „Stimmen der Zeit“ 10 (2010), s. 663–672.

³ Zob. H.-B. Wuermeling, *Das Kernproblem der extrakorporalen Befruchtung*, „Zeitschrift für medizinische Ethik“ 42 (1996), s. 262–265.

⁴ Zasada ta jest zazwyczaj znana pod nazwą imperatywu kategorycznego I. Kanta. Warto jednak wskazać także na chrześcijańską aplikację tej zasady w postaci tzw. „normy personalistycznej”, sformułowanej przez Karola Wojtyłę. Por. K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 2001, s. 42–43.

procesu produkcji, kontrola jakości, eliminacja egzemplarzy wybrakowanych itp.). Chociaż Immanuel Kant, który sformułował imperatyw podmiotowego odniesienia do każdej istoty ludzkiej, nie mógł zetknąć się ze specyficzną problematyką zapłodnienia pozaustrojowego, to jednak jego uwagi dotyczące relacji rodziców do poczynającego się dziecka z powodzeniem można odnieść do tej sytuacji. Podkreślając, że w akcie poczęcia należy upatrywać powołanie na świat osoby, Kant wskazuje na odniesienia do przychodzącego na świat dziecka, które absolutnie nie licują z jego statusem. Dziecko, jak zaznacza, nie jest własnością (*Eigentum*) rodziców, z którą mogliby postępować w dowolny sposób. Nie jest też dziecko, jak powiada Kant, *Gemächsel* rodziców⁵. Ten niemiecki neologizm, w którym pobrzmiewa czasownik *machen* (zrobić), ale także rzeczownik *Macht* (władza), można by w języku polskim przetłumaczyć jako „artefakt” bądź po prostu „produkt”. Relacja do dziecka jako do produktu oznaczałaby tę specyficzną relację egzystencjalnej zależności, w jakiej pozostają wytwory do swych wytwórców⁶. Właśnie jednak takie są cechy relacji rodziców do wytworzonych na ich zamówienie embrionów. Zostają one wystawione na niebezpieczeństwo utraty życia i rzeczywiście wiele z nich płaci tę najwyższą cenę. Upatrywanie w analogicznie wielkiej śmiertelności embrionów w warunkach naturalnych moralnego uzasadnienia dla strat w procesie IVF niewiele tu zmienia. Wydarzenia naturalne, ale też zachowania i reakcje zwierzęce, nie podlegają żadnej kwalifikacji etycznej i nie są w stanie usprawiedliwić analogicznych, ale świadomych i wolnych działań ludzkich. Próba postrzegania wysokich strat embrionów w IVF w kategoriach „naśladowania natury” jest klasycznym przykładem tzw. „błędu naturalistycznego”, tzn. próbą uzasadniania dopuszczalności moralnej świadomych działań ludzkich w niepodlegających kwalifikacji moralnej wydarzeniach naturalnych⁷.

⁵ I. Kant, *Die Metaphysik der Sitten, Rechtslehre*, II, 3, § 28, Reclam, Stuttgart 1990, s. 129–130.

⁶ Zob. M. Spieker, *Menschenwürde und In-vitro-Fertilisation. Zur Problematik der Zertifizierung der Zeugung*, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 51 (2005), s. 348–350.

⁷ R. Beckmann, *Der Embryo und die Würde des Menschen*, w: *Der Status des Embryos. Medizin – Ethik – Recht*, red. R. Beckmann, M. Löhr, Naumann, Würzburg 2003, s. 184.

Zagadnienie konsekwencji

Rozważając dylematy etyczne związane z IVF, należy wziąć pod uwagę nie tylko dobra i wartości moralne, które mają być osiągnięte oraz bliższe skutki działania – jak to zostało przedstawione powyżej – ale także dalsze jego konsekwencje. Dotyczą one w tym wypadku dalszego losu wytworzonych zarodków, a także dzieci, które dzięki tej metodzie przychodzą na świat. Istotne są także dalsze problemy społeczne i etyczno-prawne, spowodowane uznaniem tej metody za etyczną, a co za tym idzie – także prawnie dopuszczalną.

Kondycja dzieci poczętych „in vitro”

Według szeroko rozpowszechnionej opinii, dzieci poczęte *in vitro* cieszą się porównywalnie dobrym stanem zdrowia do dzieci poczętych w sposób naturalny. Wiele jednak wskazuje na to, że ten optymizm jest przedwczesny i nieuzasadniony. W ostatnich latach opublikowano wyniki badań, według których częstotliwość występowania niektórych schorzeń i wad u dzieci poczętych w efekcie IVF znacznie przekracza odsetek podobnych powikłań u dzieci poczętych w sposób naturalny⁸. Dotyczy to w szczególności dzieci poczętych przy zastosowaniu metody docytoplazmatycznej iniekcji nasienia, mającej być nie tylko pomocą dla par, których niepłodność wynikała ze złej kondycji męskiego nasienia, ale paradoksalnie miała także zredukować liczbę tworzonych embrionów. Te niepokojące doniesienia sprawiają, że postuluje się szeroko zakrojone badania stanu zdrowia dzieci poczętych *in vitro* i stałe ich monitorowanie.

⁸ Por. np. M. Hansen i in., *The Risk of Major Birth Defects after Intracytoplasmic Injection and in vitro Fertilisation*, "The New England Journal of Medicine" 10 (2002), s. 725–730; B. Strömberg i in., *Neurological Sequelae in Children Born after in-vitro Fertilisation: A Population-Based Study*, "The Lancet" 359 (2002), s. 461–465.

Obietnice terapeutyczne w tle badań nad embrionalnymi komórkami macierzystymi

Polska dyskusja na temat IVF skoncentrowana jest niemal całkowicie na sytuacji niepłodności, rozumianej jako wyzwanie, obok którego medycyna nie może przejść obojętnie, skoro istnieją techniczne możliwości zaradzenia ludzkiemu cierpieniu. W krajach jednak, gdzie zapłodnienie *in vitro* jest praktykowane od lat, uwidaczniają się nowe, wcale nie mniejsze moralne dylematy. Dotyczą one nadziei związanej z terapeutycznym potencjałem embrionalnych komórek macierzystych. Wyrażane w kontekście sporów o legislacyjne regulacje IVF nadzieje, że poprzez uściślenie ustawodawstwa uda się oddzielić kwestię wspomaganą reprodukcji od problematyki wykorzystania embrionów do celów pozareprodukcyjnych, okazały się płonne. Zarówno wielka liczba nadliczbowych embrionów poddanych kriokonserwacji, jak też możliwość wykorzystania dostępnej techniki ich wytwarzania dla celów pozareprodukcyjnych stały się czynnikami stymulującymi rozwój badań nad embrionalnymi komórkami macierzystymi. W ich tle stoją mocno rozbudzone nadzieje terapeutyczne na leczenie schorzeń i dysfunkcji dotychczas uznawanych za nieuleczalne. W ten sposób IVF nie tylko samo łączy się z problemami moralnymi, ale jego upowszechnienie bezpośrednio stworzyło nowe dylematy. W paradoksalny sposób procedura zamrażania embrionów, początkowo mająca być wyrazem szacunku, z którym nie licowałoby ich natychmiastowe unicestwienie, doprowadziła do stworzenia banków materiału embrionalnego do badań i eksperymentów. Warto przyjrzeć się bliżej schematowi proponowanych uzasadnień etycznej prawomocności wykorzystania embrionów uznanych za nadliczbowe oraz produkcji nowych, przeznaczonych już wyłącznie do badań. Schemat ten okazuje się być analogiczny do użytego w dyskusji nad IVF. Bazuje on, z jednej strony, na obietnicach terapeutycznych, które szybko przybierają formę imperatywu wykorzystania wszelkich możliwych dróg leczenia. Imperatyw ten wydaje się być jeszcze bardziej przekonujący wobec faktycznego istnienia możliwości technicznych dokonywania takich badań. Możliwe obiekcje

etyczne są, z drugiej strony, bądź to określane jako mało istotne wobec powinności leczenia, bądź to bagatelizowane. Dalsza egzystencja embrionów jest, jak się mówi, i tak bezsensowna, a ich los – przesądzony. W tym kontekście sięga się czasami po pojęcie szansy rozwoju, definiując ją jednak w dosyć dziwny sposób. Embriony uznane za nadliczbowe nie mają, jak się argumentuje, potencjału rozwojowego, którego istnienie jest niezbędnym elementem uznania ich w pełni ludzkiego statusu⁹. Abstrahując od bardzo szerokiej i skomplikowanej problematyki argumentu potencjalności w sporze o moralny status embrionu, wskazać należy, że brak potencjału nie wynika w tym wypadku z natury samego embrionu, ale jest wynikiem arbitralnej decyzji otoczenia. Za bardzo problematyczne należy uznać takie etyczne uzasadnienia, które dopuszczalność jakiejś procedury czerpią z sytuacji, uprzednio świadomie przez człowieka spowodowanej. To otoczenie najpierw pozbawiło embriony ich potencjału rozwojowego, decydując o ich ostatecznym wycofaniu z procesu reprodukcyjnego, by później właśnie brakiem tego potencjału uzasadniać godziwość ich laboratoryjnej utylizacji¹⁰. W tym miejscu w bardzo drastyczny sposób stają się widoczne dalekosiężne konsekwencje uznania IVF za etycznie dopuszczalną. W krajach, w których przed laty dopuszczono IVF wyłącznie jako metodę pomocy dla niepełnych małżeństw, nie udało się uniknąć dalszej modyfikacji prawa. Zmierzają one zazwyczaj najpierw w kierunku dopuszczenia badań na embrionach poddanych kriokonserwacji, by po jakimś czasie zezwolić także na produkcję embrionów przeznaczonych wyłącznie do badań, i to nie tylko za pomocą klasycznego IVF, ale także poprzez tzw. klonowanie terapeutyczne, a nawet tworzenie hybryd ludzko-zwierzęcych.

⁹ Por. J.P. Beckmann, *Zur Frage begrifflicher Klarheit und praxisbezogener Kohärenz in der gegenwärtigen Stammzellendebatte*, w: *Forschung contra Lebensschutz? Der Streit um die Stammzellenforschung*, red. K. Hilpert, Herder, Freiburg–Basel–Wien 2009, s. 67–71.

¹⁰ E. Schockemhoff, *Ethik des Lebens*, s. 454–455.

Zakończenie

Etyczne dylematy, związane z IVF dotyczą konfliktu wartości i dóbr moralnych. Nie są to jednak wartości równorzędne: naprzeciw wysokiej wartości moralnej rodzicielstwa stoi wartość podstawowa życia ludzkiego i ludzkiej godności. Te ostatnie, jako wartości fundamentalne, nie powinny być częścią żadnego rachunku dóbr, ale powinny być bezwzględnie respektowane. Jeżeli pojedyncze istoty ludzkie, chociaż jeszcze mikroskopijnych rozmiarów, zostają poddane podobnemu reżimowi technologicznemu, jakiemu podlegają wytwarzane przez człowieka dobra rzeczowe, oznacza to naruszenie powinności ochrony i szacunku, czyli podstawowych wymogów związanych z godnością przysługującą każdemu człowiekowi. Powołanie człowieka do życia – głęboko ludzki akt prokreacji, zostaje tu zredukowane do rangi reprodukcji. Późniejsze wykorzystanie embrionów uznanych za nadliczbowe do celów pozareprodukcyjnych, ale także tworzenie nowych, nawet z wykorzystaniem technik klonowania, nie jest, jak pokazuje historia ostatnich trzydziestu lat, jedynie niechcianym, drugorzędnym skutkiem IVF, ale należy do nieuchronnej dynamiki rozwoju tych metod¹¹. Próba uzasadnienia etycznej prawomocności tych metod, z jednej strony, samym faktem ich technicznej dostępności („etycznie dopuszczalne jest wszystko, co jest technicznie możliwe”), a z drugiej – szlachetnymi celami terapeutycznymi, jest smutnym przykładem kapitulacji etyki wobec nacisku płynącego ze strony zespolonych sił techniki, gospodarki i polityki.

¹¹ Ten wewnętrzny związek deklarował otwarcie już przed laty „ojciec” pierwszego dziecka z probówki, Robert G. Edwards. Na jednym z sympozjów, które odbyło się w Stuttgarcie w 1990 r., Edwards oświadczył, że jego pierwotnym celem nie była w pierwszym rzędzie pomoc nieplodnym parom, ale opracowanie metody, która pozwoliłaby w laboratorium uzyskiwać embriony do dalszych badań. Por. E. Hildt, D. Mieth, *In Vitro Fertilisation in the 1990s. Towards a Medical, Social and Ethical Evaluation*, Ashgate Publishing, Aldershot 1998, s. 5.

Bogdan Chazan

Prawo czy etyka, medycyna czy weterynaria?

Zmniejszenie płodności kobiet i mężczyzn to poważny problem dotyczący poszczególne osoby czy małżeństwa, jak również problem zdrowia publicznego, potencjalna przyczyna zaburzeń procesów demograficznych oraz trudności ekonomiczno-społecznych – zarówno małych grup społecznych, jak i dużych populacji. Nie daje się sklasyfikować jako jednostka chorobowa, ale jest biologiczną przyczyną zakłóceń zdrowia psychologicznego oraz funkcjonowania społecznego i może stać się zagadnieniem dotyczącym w niedalekiej przyszłości całego świata o trudnych do wyobrażenia konsekwencjach. Zmniejszenie płodności mężczyzn wynika z pogarszających się ciągle średnich parametrów nasienia. Badania dotyczące płodności kobiet są trudne, ich płodność wynika z prawidłowości procesów fizjologicznych, ale również, zwłaszcza w dzisiejszych czasach, indywidualnych wyborów. Najczęściej mamy do czynienia nie z całkowitą niepłodnością, ale z ograniczeniem płodności w mniejszym lub większym stopniu. Jeżeli patrzymy na ten problem pod kątem możliwości urodzenia dziecka zdolnego do życia, wówczas do niepłodności powinniśmy dodać trudności w donoszeniu ciąży, które dotyczą niemałej liczby kobiet.

Przyzwyczajeni jesteśmy uważać, że problem zaburzeń płodności dotyczy pary małżeńskiej, a jego przyczyna leży po stronie męża, żony lub obojga. W obecnych czasach, kiedy do pewnego kryzysu małżeństwa dodamy nowe technologie medyczne umożliwiające poczęcie dziecka poza aktem seksualnym, coraz częściej w literaturze fachowej pada definicja niepłodności jako problemu jednostki, a nie pary małżeńskiej.

Według WHO, niepłodność to stan, kiedy nie dochodzi do poczęcia po roku systematycznego współżycia bez stosowania środków i metod ograniczających płodność. Po roku współżycia u 85% par dochodzi do zapłodnienia, a u 95% par po dwóch latach. Powyższa definicja nie oddaje więc rzeczywistości. Zalicza do niepłodnych te pary, u których jeszcze nie doszło do poczęcia, ale w najbliższych miesiącach do niego dojdzie, kiedy nadal jest realna szansa na zajście w ciążę. Małżonkowie są tymczasem informowani przez lekarza, że są niepłodni. Wywołuje to niepokój, stres, czasami panikę, które dodatkowo upośledzają płodność. Czynniki męski wykrywany jest w mniej niż 30% przypadków niepłodności, u około 20% par stwierdza się współwystępowanie czynnika męskiego i kobiecego. Wśród czynników kobiecych utrudniających poczęcie wymienia się zaburzenia owulacji, niedrożność jajowodów i czynnik maciczny (otrzewnowy). U dużej części par mających problemy z poczęciem dziecka nie udaje się wykryć przyczyny¹.

Przyczyny niepłodności, o których mowa wyżej, to przyczyny bezpośrednie, utrudniające lub uniemożliwiające wytworzenie męskiej czy żeńskiej gamety, połączenie plemnika z komórką jajową i zagnieżdżenie zarodka w błonie śluzowej macicy. W ich tle są przyczyny pośrednie, pierwotne, które są na początku łańcucha przyczynowo-skutkowego, prowadzącego na końcu do niepłodności. Mogą to być przyczyny genetycznie uwarunkowane, choroby kobiety lub mężczyzny. Choroby przenoszone drogą płciową, zwłaszcza zakażenie w młodym wieku drobnoustrojem *Chlamydia*, mogą być również przyczyną niepłodności. Nie można pominąć niekorzystnego oddziaływania niesprzyjającego zdrowiu stylu życia (alkohol, papierosy) oraz otyłości. Istotne znaczenie dla przyszłej płodności może mieć wczesna inicjacja seksualna i duża liczba partnerów. Poważnym czynnikiem sprzyjającym zmniejszeniu płodności u kobiet jest przenoszenie na późniejsze lata życia decyzji o urodzeniu dziecka. Niektórych czynników sprzyjających niepłodności można uniknąć, niekiedy zmniejszyć siłę ich oddziaływania, innych uniknąć nie można. Płodność pary małżeńskiej zmniejsza się po latach, również wówczas, kiedy oboje są dobrego zdrowia.

Para zgłaszająca się do lekarza z powodu niezachodzenia w ciążę oczekuje odpowiedniego podejścia, właściwego dla intymnego charakteru problemu, dokładnego badania podmiotowego (wywiadu) i przedmiotowego oraz wykonania dodatkowych badań. Niezwykle ważne jest przestrzeganie zasad postępowania lekarskiego, wykonanie podstawowych badań na pierwszym poziomie referencyjnym i w odpowiednim momencie przesłanie do ośrodka zorganizowanego na wyższym poziomie pod opiekę wielodyscyplinarnego zespołu. Jeżeli wykryte zostanie schorzenie mogące utrudniać poczęcie, należy przystąpić do jego leczenia². Wykrycie choroby zobowiązuje do wdrożenia, w porozumieniu z pacjentką, odpowiedniego postępowania także wówczas, kiedy niepłodność nie jest zgłaszanym pierwotnie problemem zdrowotnym. Porada prekonceptyjna powinna być uzupełniona o zalecenia dotyczące stylu życia, unormowania wagi ciała, zaprzestania palenia papierosów. Istotne jest zaufanie do lekarza, odpowiedni sposób komunikowania się, zmniejszający natężenie stresu u pacjentów, umiejętność przekazywania zarówno dobrych, jak i złych wiadomości, warunki rozmowy oraz przeznaczony na nią czas.

Parom małżeńskim cierpiącym z powodu zaburzeń płodności należy się szczególny szacunek, współczucie, poszanowanie intymności ich problemów, zrozumienie ich żalu i poczucia krzywdy. Mają prawo do uzyskania porady medycznej zgodnej z powszechnie uznawanymi standardami, zawierającej działania diagnostyczne mające na celu wykrycie choroby, zaburzeń zdrowia, które spowodowały trudności w poczęciu dziecka. Następnym etapem powinno być, jak wspomniano wyżej, przyczynowe leczenie, jeżeli postępowanie diagnostyczne pozwoliło ustalić przyczynę niepłodności.

Postępowanie diagnostyczne i lecznicze powinno być prowadzone bez naruszania godności pacjentów, ich systemu wartości, godności i prawa do życia poczętych dzieci. Te same warunki dotyczą personelu medycznego. Lekarz czy pielęgniarka mają prawo odmówić uczestniczenia w wykonywaniu procedur niezgodnych z ich poczuciem godności

jako człowieka i osoby wykonującej medyczny zawód z wymogiem poszanowania życia człowieka od momentu poczęcia.

Postępowanie wobec par z zaburzeniami płodności stwarza specjalne wymagania. Obok koniecznej wiedzy i kompetencji ważne jest wzajemne zaufanie lekarza i pacjentów, minimalizowanie stresu, rzeczowość w formułowaniu opinii obok asertywności, wspierania i indywidualnego traktowania. Nie wolno odbierać nadziei, jeżeli nie ma się ku temu bezdyskusyjnych powodów. Uczciwość zawodowa powinna powstrzymać lekarza przed przeciąganiem postępowania diagnostycznego i leczniczego w nieskończoność. Małżeństwa z zaburzeniami płodności czasem są wykorzystywane, gdyż gotowe są płacić każdą cenę za procedurę, którą przedstawia się jako skuteczną.

Pierwsze na świecie dziecko poczęte w wyniku zastosowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego urodziło się w Polsce ponad 30 lat temu, w 1987 roku. W Polsce dzieci poczęte tą metodą stanowią około 0,2% wszystkich noworodków. W Stanach Zjednoczonych jest ich 1–2%, a w Japonii i niektórych krajach europejskich 3–4%³. Obecnie nie stanowi technicznego problemu przeprowadzenie w laboratorium procesów, które w warunkach naturalnych odbywają się w jajowodzie kobiety i jego okolicach: zapłodnienia komórki jajowej przez plemnik i bardzo wczesnego okresu rozwoju zarodka. Najczęściej stosowane metody sztucznego rozrodu to domaciczna inseminacja, zapłodnienie pozaustrojowe (*in vitro fertilization* – IVF) oraz wstrzyknięcie plemnika do komórki jajowej (*intra cytoplasmic sperm injection* – ICSI).

W przypadkach zaburzeń płodności zaleca się obecnie w naszym kraju prawie wyłącznie procedury wspomaganego rozrodu, często bez wykonania przedtem kompletu niezbędnych badań. Co więcej, polscy uczeni, członkowie zespołu powołanego przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, wyrażają opinię, że badanie przyczyn niepłodności w tzw. procesie diagnostyczno-leczniczym nie prowadzi do osiągnięcia podstawowego celu, jakim jest urodzenie zdrowego dziecka. Główny wysiłek, w tym przede wszystkim środki finansowe, powinny być przeznaczone na leczenie, tymczasem techniki rozrodu wspomaganego

medycznie stosuje się w wielu przypadkach jako **jedyne**, które dają szansę na ciążę i poród⁴. Jest to niezgodne z zasadami sztuki medycznej, gdyż przed wdrożeniem leczenia zawsze obowiązuje przeprowadzenie postępowania mającego wykryć rodzaj schorzenia. Tak więc takie stanowisko może prowadzić do upowszechnienia w jeszcze większym stopniu niż dotychczas konsekwentnej eliminacji przyczynowego leczenia niepłodności. Na przykład operacje na jajowodach są wykonywane coraz rzadziej. Niedostateczne wyposażenie oddziałów ginekologicznych, brak aparatury laserowej są przyczyną niewłaściwego leczenia endometriozy. Leczenie tego schorzenia, zwłaszcza przy współistniejącej niepłodności, powinno być chirurgiczne, a nie hormonalne. W literaturze międzynarodowej inny sposób postępowania uważa się za niewłaściwy⁵.

Nie jest prawdą, że tylko *in vitro* może skutecznie pomóc niepłodnemu małżeństwu. Tak informuje się w mediach, naszych czasopismach medycznych i popularnych wydawnictwach. Autorami takich informacji wprowadzających w błąd społeczeństwo bywają nierzadko lekarze sami mocno zaangażowani w biznes *in vitro*. W podręcznikach ginekologii opisuje się nowoczesne i coraz bardziej skuteczne metody leczenia przyczyn niepłodności, które w praktyce są w Polsce rzadko stosowane. Autorzy podkreślają, że obecnie, w dobie powszechnego i stosunkowo łatwego dostępu do IVF, daje się zauważyć tendencję do niestarannego, powierzchownego zbierania wywiadu oraz przeprowadzania pobieżnego badania fizykalnego u kobiet z problemem niepłodności, co niekiedy prowadzi do przeoczenia objawów współistniejących schorzeń ze wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami¹.

Burzliwy rozwój technik zapłodnienia pozaustrojowego spowodował powstanie intratnej gałęzi usług medycznych rządzącej się prawami wolnego rynku. Jest to bardzo dochodowy biznes, liczy się więc reklama, sieć pozyskiwania klientów, konkurencja. By móc powołać się w materiałach reklamowych na duży odsetek uzyskanych ciąż, preferuje się klientów młodych i zdrowych. Możliwość sukcesu jest u nich największa, chociaż zapłodnienie drogą naturalną jest u nich zwykle

nadal możliwe. Niejednokrotnie spotykałem się z sytuacją kierowania do IVF par po półrocznym okresie niezachodzenia w ciążę, bez wykonania niezbędnych badań, które umożliwiłyby określenie przyczyny niepłodności. Upowszechnia się tezę, że kobieta po 35. roku życia z pewnością będzie miała trudności z zapłodnieniem. Budzi to lęk, czasem panikę u kobiet, ale też przysparza klientów, zwłaszcza wówczas, kiedy upowszechnia się w mediach pogląd, że sztuczny rozród jest jedynym sposobem, by urodzić dziecko. Opinie poważnej części społeczeństwa o moralnej niedopuszczalności IVF lekceważy się, ośmiesza i deprecjonuje. Osoby tak myślące są w wielu miejscach pozbawione pomocy medycznej, która byłaby zgodna z ich systemem wartości. Jest to w sposób oczywisty sprzeczne ze współczesnymi kryteriami określającymi wysokiej jakości opiekę medyczną. Taka opieka medyczna powinna być bezpieczna, dostępna, skuteczna, sprawnie zorganizowana, skupiona na potrzebach, oczekiwaniach i systemie wartości pacjenta, który z kolei powinien czynnie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Pacjentów rezygnujących z opcji *in vitro* zostawia się swojemu losowi. Podatki na ochronę zdrowia płacimy wszyscy.

Zaskakiwać może fakt, że upowszechnianie metod sztucznej prokreacji jest bardzo popierane przez te same środowiska, które wspierają antykoncepcję i twierdzą, że obecna ustawa dotycząca aborcji jest zbyt restrykcyjna. Najpierw mamy wydawać duże środki na antykoncepcję, by potem, kiedy zmienimy zdanie co do planów prokreacyjnych, przeznaczać również niemałe na *in vitro*. Odbywa się to ze szkodą dla zdrowia kobiet i dla powodzenia w realizacji planów prokreacyjnych. Można by zapytać, czy taka strategia bardzo odpowiada właśnie tym, którzy produkują środki antykoncepcyjne oraz materiały i aparaturę, używaną do wykonywania procedur IVF.

Skuteczność procedury IVF wynosi obecnie około 20%, wyższa jest u kobiet młodych⁶. Na skuteczność wpływa ogólny stan zdrowia kobiety jak również obecność u rodziców chorób genetycznie uwarunkowanych. Wyniki podawane przez różnych autorów są nieporównywalne, ponieważ dotyczą różnych populacji, obliczane są na podstawie

różniących się kryteriów. Określa się liczbę uzyskanych ciąży na transfer zarodków lub na cykl miesięczkowy. Niektórzy włączają do statystyk swoich sukcesów tzw. ciąży biochemiczne, tzn. wykryte przy pomocy metod laboratoryjnych, inni ciąży, podczas których stwierdzono obecność zarodka w macicy przy pomocy badania ultrasonograficznego.

Integralną częścią procedur sztucznego rozrodu jest zamrażanie zarodków. Uzasadnia się to możliwością uniknięcia w ten sposób przeprowadzania procedury stymulacji jajników i pobierania komórek jajowych z jajników u kobiety, u której pierwsza próba zapłodnienia pozaustrojowego nie powiodła się lub wówczas, kiedy pragnie później urodzić następne dziecko. Procedura mrożenia, a potem odmrażania zarodków zmniejsza ich biologiczny potencjał. Odsetek ciąży uzyskanych po przeniesieniu do macicy zarodków uprzednio zamrożonych jest mniejszy niż po przeniesieniu zarodków niezamrożonych. U części z nich zamrożenie prowadzi do utraty ich „żywołności”, czyli do śmierci. Nie można też zarodków zamrozić na dłużej niż 5 lat⁶.

Próby zamrażania komórek jajowych nie przyniosły spodziewanych rezultatów. Okazało się, że gorzej niż zarodki znoszą procedury zamrażania i późniejszego rozmrożenia (*in vitro maturation*). Prowadzone są próby nad doskonaleniem tej metody. Miałyby ona umożliwić przeprowadzenie zapłodnienia komórek jajowych pobranych od kobiety będącej w młodym wieku i uniknięcie niepowodzeń związanych z używaniem komórek jajowych pobranych w późniejszym okresie życia tej samej kobiety. W ten sposób umożliwi się poczęcie dziecka kobiecie po operacji wycięcia jajników lub będącej w okresie menopauzy. Znane są przypadki urodzenia dziecka przez kobietę po 60. roku życia.

Stosuje się przeniesienie komórek rozrodczych od dawców, częściej plemników, ale również komórek jajowych od kobiet, które za darmo lub za pieniądze oferują swoje gamety. W miastach, gdzie funkcjonuje ośrodek sztucznego rozrodu wykorzystujący nasienie małej liczby dawców, może pojawić się problem urodzeń dużej liczby dzieci spokrewnionych ze sobą, mających jednego ojca. W przyszłości może to prowadzić do ujawnienia u potomstwa spokrewnionych

ze sobą rodziców zaburzeń rozwojowych spowodowanych przez geny recesywne.

Możliwy jest transfer do macicy kobiety zarodka, który powstał w wyniku połączenia plemnika od dawcy i komórki jajowej pochodzącej od innej kobiety, która pragnie mieć dziecko, a z jakichś powodów nie może donosić ciąży. Wynajmuje w tym celu macicę od innej kobiety. Powstać wówczas mogą prawne problemy z uznaniem macierzyństwa, zwłaszcza trudna odpowiedź na pytanie: kto jest matką, dawczyni komórki jajowej czy kobieta, która dziecko donosiła i urodziła? W przyszłości dzieci mogą mieć problem z ustaleniem swojego prawdziwego pochodzenia. Coraz częściej dzieci pochodzące z zapłodnienia pozaustrojowego czynią ogromne wysiłki, by ustalić swój rodowód.

Pracownik ośrodka prowadzącego zapłodnienie pozaustrojowe ocenia pod mikroskopem zarodki i decyduje, które poddać transferowi do macicy lub zamrożeniu, a które, nieodpowiadające jakościowym kryteriom, przeznaczyć do zniszczenia. Pewna część zarodków, pomimo ich generalnie ogromnego potencjału rozwojowego, nie przeżywa warunków, jakie im się oferuje „na szkle”, i obumiera. Warunki te odbiegają od naturalnego środowiska, w jakim rozwijają się zarodki w jajowodzie. Liczba zarodków, które umieszcza się w macicy, jest zwykle większa niż liczba zarodków, które zagnieździły się w błonie śluzowej macicy. Duża ich część ginie w macicy. W technologii określanej jako *blastocyst culture* zarodki hodowane są na szkle dłużej, przez pięć dni, do stadium blastocysty. Przeżywają tylko najsilniejsze zarodki i te, po umieszczeniu w macicy, łatwiej zagnieźdżą się w błonie śluzowej. W ten sposób można podać do macicy mniejszą liczbę zarodków, by uzyskać ciążę, a jednocześnie uniknąć ciąży wielopłodowej. Selekcję zarodków przeprowadza się wówczas na szkle. Po wcześniejszym podaniu zarodków do macicy selekcja przebiega w jej wnętrzu. Zarodki osłabione warunkami hodowli na szkle nie zagnieźdżą się. Liczba urodzonych dzieci po transferze zarodków jest zwykle dużo mniejsza niż liczba zarodków przeniesionych do macicy.

Opracowanie technologii zapłodnienia pozaustrojowego umożliwiło diagnostykę przedimplantacyjną. Opiera się ona na tym, że we wczesnej fazie rozwoju zarodka, kiedy składa się on z nie więcej niż ośmiu komórek, można, bez niekorzystnych następstw, jedną komórkę z zarodka wydzielić i poddać badaniu genetycznemu⁶. Określić można płeć zarodka i podatność na choroby w przyszłości. Wyselekcjonowane według przyjętych kryteriów zarodki są przenoszone do macicy, o losie innych, których cechy są nieznane lub nieakceptowane, nie wspomina się. Podlegają zamrożeniu lub zniszczeniu. Takie podejście do potomstwa, selekcja według oczekiwanych cech jest już możliwa, chociaż jeszcze na niewielką skalę. W przyszłości, po upowszechnieniu się tego jeszcze jednego przejawu „kultury eugenicznej”, diagnostyka przedimplantacyjna i selekcja zarodków może umożliwić bogatym rodzicom hodowanie dzieci zdrowych, uzdolnionych, mających przed sobą ponadstuletnie życie. Znane są przypadki, kiedy rodzice obciążeni jakąś nieprawidłowością, na przykład niesłyszący, wybierają spośród zarodków do transferu do macicy te, które są obciążone taką samą, genetycznie uwarunkowaną chorobą.

Niszczenie zarodków, które nie są już potrzebne, bo nie przeszły pomyślnie przez „kontrolę jakości”, jaką jest diagnostyka przedimplantacyjna, to tylko jeden z mechanizmów ich śmierci w programach zapłodnienia pozaustrojowego. Ginią „na szkle” w warunkach odbiegających od naturalnych w jajowodzie kobiety, również giną po przeszczepieniu do macicy. Gorzej wyglądające pod mikroskopem nie są transferowane do macicy, nie są też zamrażane. Szczególnie dużo ich ginie w technologii *blastocyst culture*, kiedy są transferowane do macicy po dłuższym okresie hodowli na szkle. Nie jest więc prawdą, że eliminacja zamrażania zarodków wyklucza ich niszczenie. Zamrażanie i odmrażanie pogarsza ich biologiczną wartość, zmniejsza częstość ciąż po przeszczepieniu zarodków do macicy. Nie można zarodków przechowywać w stanie zamrożenia w nieskończoność. O ich losach się nie mówi, prawdopodobnie po określonym czasie rozmraża i usuwa. Opinia, że procedura *in vitro*, poczęcie i urodzenie dziecka łączy się ze śmiercią wielu jego

braci i sióstr, może być przykra dla wielu osób. Tego faktu nie zmienimy. Los zamrożonych, „rezerwowych” zarodków coraz częściej jest przyczyną troski rodziców. Niektórzy proszą po pewnym czasie laboratoria o ich przekazanie i organizują pochówek.

Stosowanie zapłodnienia *in vitro* spowodować może negatywne konsekwencje dla zdrowia kobiety. Następstwa te mogą brać swój początek w różnych etapach procedury IVF. Stymulacja jajników przy pomocy środków hormonalnych wykonywana jest w celu uzyskania licznych komórek jajowych (superowulacja). Hormony zastosowane w potrzebnej dawce wywołują zwiększenie w surowicy krwi stężenia m.in. estrogenów, hormonów żeńskich pobudzających do rozrostu niektóre komórki i tkanki organizmu kobiety. Większa skłonność do raka piersi i raka jajnika u tych kobiet może być następstwem tej stymulacji. Mnogie owulacje są przyczyną uszkodzeń powierzchni jajników. Możliwa jest też współzależność pomiędzy rakiem jajników, lekami stosowanymi do indukcji owulacji w IVF i przyczynami niepłodności^{7,8}.

Po podaniu środków wywołujących liczne owulacje dochodzi czasem u kobiet do tzw. zespołu hiperstymulacji jajników. Jajniki powiększają się do dużych rozmiarów, czasem pojawia się płyn w jamach ciała, zdarzają się powikłania śmiertelne⁹. Pacjentki z zespołem hiperstymulacji są leczone w systemie powszechnej opieki zdrowotnej. Ośrodki prowadzące *in vitro* nie poczuwają się do medycznej i finansowej odpowiedzialności za powikłania.

Procedura nakłucia jajników w celu pobrania komórek jajowych odbywa się w znieczuleniu ogólnym. Czasem dochodzi do powikłań tej inwazyjnej chirurgicznej procedury. U kobiet poddających się procedurom sztucznego rozrodu pojawiają się też komplikacje natury psychologicznej, stany depresyjne i lękowe.

Podanie większej liczby zarodków do macicy prowadzić może do ciąży mnogiej i następnie przedwczesnego urodzenia dzieci. Zwiększa to częstość wcześniactwa w populacji, jest powodem zgonów okołoporodowych, martwych urodzeń i zgonów noworodków. Częściej wśród dzieci po IVF obserwuje się mózgowe porażenie dziecięce. Współczesna

technologia pozwala zredukować liczbę przenoszonych do macicy zarodków bez zmniejszenia częstości uzyskanych ciąż, dzięki czemu liczbę ciąż mnogich po IVF można ograniczyć. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleca przenoszenie dwóch zarodków, ale tylko u kobiet poddających się procedurze IVF przed 35. rokiem życia. Ciąże wielopłodowe po zastosowaniu IVF stanowią około 30–50% wszystkich takich ciąż. Odsetek ciąż wielopłodowych wśród ciąż, do których doszło po zapłodnieniu pozaustrojowym, wynosi około 20–25%¹⁰. Porody przedwczesne występują podczas ciąż po IVF dwukrotnie częściej, częściej obserwuje się poronienia samoistne (dwukrotnie), ciążę pozamaciczne i wewnątrzmaciczne opóźnienie wzrastania dziecka (hipotrofia)¹⁰.

Metaanaliza prac pochodzących z ostatnich lat wykazała, że odsetek dzieci z wadami wrodzonymi, które urodziły się po poczęciu przy pomocy IVF lub ICSI, jest większy o 30% w porównaniu z dziećmi poczętymi w sposób naturalny¹¹. Przyczyn tego upatruje się w samej technologii sztucznego rozrodu (leki stymulujące owulację, wysokie stężenia hormonów, procedura pobierania komórek jajowych i plemników, nieprzyjazne dla zarodka warunki hodowli w pożywce i podczas transferu do macicy), a także w szczególnych cechach kobiet wybierających sztuczny rozród (zaawansowany wiek, otyłość, zaburzenia genetyczne)¹⁰.

Udowodniono po IVF większą częstość nieprawidłowości rozwojowych u dzieci, wynikających z zaburzeń metyzaacji DNA (*imprinting*). Są to rzadko występujące zespoły wad wrodzonych: zespół Angelmana (upośledzenie umysłowe, wady klatki piersiowej) i zespół Beckwith-Wiedemanna (gigantyzm, duży język). Częściej po ICSI występują nieprawidłowości rozwojowe u chłopców, wynikające z aberracji chromosomalnych przenoszonych razem z chromosomem Y od ojca¹⁰. Ta procedura (przeniesienie jednego plemnika do komórki jajowej) wykonywana jest w przypadkach, kiedy nieprawidłowości nasienia nie pozwalają na poczęcie dziecka w sposób naturalny.

Ocena prawidłowości przebiegu ciąży i rozwoju dzieci poczętych przy zastosowaniu metod sztucznego rozrodu napotyka na trudności. Kobiety trafiają do innych lekarzy zajmujących się prowadzeniem ciąży,

tracą kontakt z ośrodkiem, gdzie wykonano zapłodnienie pozaustrojowe, rodzą w różnych szpitalach. Czasem ujawniają sposób poczęcia dziecka. Niektórym małżeństwom zależy na ukończeniu ciąży cięciem cesarskim, motywują to długotrwałym oczekiwaniem na dziecko. Tym życzeniom wychodzą naprzeciw wskazania Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, które zalecają wykonanie cięcia cesarskiego u kobiet po IVF¹². Zalecenia te nie dotyczą kobiet, u których doszło do ciąży po równie długotrwałym postępowaniu polegającym na prawdziwym leczeniu niepłodności. Zadziwiające jest to niesymetryczne traktowanie przez naszych ekspertów ciąż u kobiet poprzednio niepłodnych. Te z nich, które zdecydowały się na IVF, są pod szczególną „ochroną”.

Rodzice często ukrywają fakt poczęcia dziecka przy pomocy technik IVF. Może czują się tym faktem w jakiś sposób skrzepowani. Nie jest to korzystne dla matek i ich dzieci, ponieważ, jak wyżej wspomniano, częściej występują u nich powikłania ciąż i zaburzenia rozwojowe u ich dzieci. Obserwowano większą częstość ciąż powikłanych nadciśnieniem tętniczym, przedwczesnym oddzieleniem łożyska, łożyskiem przodującym¹⁰.

Trwa wyścig ambitnych naukowców, którzy robią wszystko, by wygrywać szczególnego rodzaju zawody: kto pójdzie dalej w tworzeniu ludzi, ludzko-zwierzęcych chimer, tworzeniu zarodków z komórek rozrodczych pochodzących z przeróżnych źródeł: od małżonka, dawcy, kupionych na wolnym rynku. Jeden z tego typu badaczy pochodzący z Korei Południowej, lekarz weterynarii, ogłosił, że wyhodował sztucznie człowieka, co później okazało się nieprawdą.

Z jednej strony protestujemy przeciwko genetycznie modyfikowanej żywności, obawiając się jej szkodliwego wpływu na ludzi i zwierzęta, uważamy za niewłaściwe genetyczne „innowacje” u zwierząt, tworzenie nowych odmian czy ras tylko po to, by dobrze odpowiadały kryteriom i potrzebom ludzi, a niekoniecznie służyły zdrowiu i samopoczuciu samych zwierząt, a z drugiej – w majestacie prawa tworzone są metodą *in vitro* dzieci mające być źródłem zarodkowych komórek macierzystych dla chorego rodzeństwa. Czasem takie dziecko uzyskuje zezwolenie, by

się urodzić, a źródłem komórek macierzystych ma być krew pępowinowa. Dziecko ma się urodzić nie dla siebie samego. Na naszych oczach dzieje się koszmarny spektakl biorący swój początek z przedmiotowego traktowania ludzkiego życia. Trzeba dodać, że bez technologii *in vitro* eksperymenty te byłyby niemożliwe.

Pozwalamy na to, by wbrew prawu naturalnemu, przyrodzonej godności mężczyzny i kobiety, ich dziecka, przekraczać kolejne granice interwencji w mechanizmy ludzkiej prokreacji. Na tle tych „innovacji” wydaje się nie robić wrażenia często już powielany schemat: najpierw wieloletnie ubezpłodnienie, potem sztuczna inseminacja czy zapłodnienie na szkle i lodówki pełne zamrożonych zarodków, dzieci we wczesnym okresie ich życia. Do medycyny wkracza to, co także w weterynarii uważane byłoby za etycznie wątpliwe.

Piśmiennictwo

1. Coughlan C., Ola B.: Zmniejszenie płodności małżeńskiej. *Położ. Ginekol. Med. Rozrodu*, 2010, 4 (5), 452–460.
2. Greene C. A., O’Keane J. A.: Investigation of the Infertile Couple. W: Copeland L. J., *Textbook of Gynecology*, W. B. Saunders Co., 2000, chap. 13, 357–371.
3. Andersen A.N., Goossens V. i wsp.: Assisted Reproductive Technology in Europe, 2003. Results generated from European registers by ESHRE. *Hum. Reprod.*, 2007, 22, 1513–1525.
4. Stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie leczenia niepłodności metodami rozrodu wspomaganego medycznie. *Ginekologia po Dyplomie*, 2008, styczeń, 13.
5. Vlahos N.F., Economopoulos K.P., Fotiou S.: Endometriosis, in vitro Fertilization and the Risk of Gynaecological Malignancies, Including Ovarian and Breast Cancer. *Best Practice Res. Clin. Obstet. Gynaecol.*, 2010, 24, 39–50.
6. Marianowski P.: Zapłodnienie pozaustrojowe w leczeniu niepłodności. *Perinatol., Neonatol. Ginekol.*, 2010, 3 (2), 129–131.

7. Katz D., Paltiel O. i wsp.: Beginning IVF Treatments after Age 30 Increases the Risk of Breast Cancer: Results of a Casecontrol Study. *Breast J.*, 2008, 14, 517–522.
8. Shushan A., Paltiel O. i wsp.: Human Menopausal Gonadotropin and the Risk of Epithelial Ovarian Cancer. *Fertil. Steril.*, 1996, 65, 13–18.
9. Papanicolaou C., Pozzoboon E. i wsp.: Incidence and Prediction of OHS in Women Undergoing Gonadotropin – Releasing Hormone Antagonists in vitro Fertilisation Cycles. *Fertil. Steril.*, 2006, 85 (1), 250–275.
10. Grzechocińska B.: Losy ciąży uzyskanych drogą wspomaganego rozrodu. *Perinatol. Neonatol. Ginekol.*, 2010, 3 (2), 132–135.
11. Hansen M., Bower C. i wsp.: Assisted Reproductive Technique and the Risk of Birth Defects – a Systematic Review. *Human Reprod.*, 2005, 20 (2), 328–338.
12. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie wybranych patologii wczesnej ciąży oraz postępowania w ciąży po zapłodnieniu in vitro. *Gin. Pol.*, 2004, 75, 905–912.

Tadeusz Wasilewski

*Szanuj, broń, miłuj życie i służ życiu
– każdemu życiu ludzkiemu!*

Jan Paweł II
Evangelium vitae

Życie i godność każdej istoty ludzkiej a leczenie niepłodności małżeńskiej. *In vitro* czy naprotechnologia?

Niepłodność (łac. *sterilitas*, ang. *infertility*) definiowana jest jako niemożność posiadania przez parę potomstwa w sposób naturalny, po okresie co najmniej jednego roku starań u kobiet poniżej 35. roku życia i po okresie co najmniej sześciu miesięcy starań u kobiet w wieku 35 i więcej lat [1]. W nowoczesnym rozumieniu niepłodność nie jest chorobą, a objawem choroby lub zaburzeń uniemożliwiających naturalne poczęcie. U około 10–20% niepłodnych par małżeńskich nie udaje się ustalić etiologii, u pozostałych par przyczyną jest albo tzw. czynnik męski (do 40%), albo tzw. czynnik żeński (do 40%), albo współistnienie uwarunkowań u obu małżonków (ok. 20%) [2–3]. Kryteriów definicji nie spełniają osoby o odmiernej orientacji seksualnej, którym od 2009 roku w Stanach Zjednoczonych oficjalnie umożliwiono dostęp do technik leczenia niepłodności, na równi z parami małżeńskimi [4].

Dane epidemiologiczne wskazują, że problem niepłodności dotyczy 15–20% par oczekujących potomstwa i według WHO taki wskaźnik częstości pozwala zaliczyć niepłodność do grupy problemów społecznych [5]. W Polsce, jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego, drastycznie spada przyrost naturalny, a w ostatnim okresie w większości województw przyjął on wartości ujemne, co oznacza, że

populacja naszego kraju zmniejsza się (www.stat.gov.pl). Spadek urodzeń dotyczy głównie młodych małżeństw, których wiek małżonków nie przekracza 29 lat. Świadczy to o preferencjach młodych ludzi, którzy na pierwszym miejscu stawiają wykształcenie, ustabilizowanie pozycji zawodowej oraz materialnej, kosztem przesunięcia decyzji o powiększeniu rodziny na późniejsze lata, tj. na wiek charakteryzujący się obniżonym potencjałem płodności. Taki model życia jest tylko jednym z wielu czynników mogących prowadzić do wystąpienia niepłodności. W złożonej patogenezie niepłodności uwzględniana jest rola czynników hormonalnych, mechanicznych, immunologicznych, zapalnych, wrodzonych anomalii układu moczowo-płciowego i czynników genetycznych [6–7].

W odpowiedzi na rosnący na świecie problem rodzinny, społeczny i kliniczny, jakim jest niepłodność małżeńska, doszło w ostatnich latach do intensywnego rozwoju metod diagnostyki i terapii określanych mianem technik wspomaganego rozrodu (*Assisted Reproductive Technologies, ART*).

Obecnie małżeństwa cierpiące z powodu niepłodności mają możliwość otrzymania pomocy w trojaki sposób.

Pierwsza to nadzór nad cyklem naturalnym kobiety, ewentualnie ingerencja farmakologiczna w formie indukcji jajczkowania, wspomaganie II fazy cyklu i umożliwienie współżycia naturalnego jako sposobu uzyskania poczęcia. Jest to metoda, którą również stosują lekarze naprotechnolodzy.

Klasyczna współczesna medycyna rozrodu wykorzystuje jeszcze dwie inne metody:

- współżycie naturalne zostaje zastąpione inseminacjami, tj. podaniem nasienia męskiego na szyjkę macicy, plemników do jamy macicy czy też do jajowodów;
- metoda zapłodnienia pozaustrojowego, czyli program *in vitro*, jest trzecim sposobem proponowanym dzisiaj przez medycynę rozrodu.

Innym, stosunkowo nowym kierunkiem leczenia niepłodności jest wykorzystanie leków o właściwościach przeciwzapalnych (antyTNF-alfa) [8]. Leki te stosuje się w tych przypadkach niepłodności

i nawrotowych poronień, które przebiegają z aktywacją limfocytów Th1 i nadprodukcją cytokin profilu Th1 (TNF-alfa, interferon gamma).

W dyskusji nad bezpieczeństwem technik wspomaganego rozrodu (ART) zwraca się uwagę na fakt, że chociaż postępowanie ginekologów i położników wyróżnia w tej dziedzinie wysoka skuteczność, to skuteczność ta nie zawsze idzie w parze z bezpieczeństwem pacjenta [9]. Wiele metod leczenia cechuje występowanie nie tylko pozytywnych, ale też niepożądanych następstw u osoby leczonej. Metoda zapłodnienia pozaustrojowego u wielu małżeństw pokonuje barierę niemożności posiadania potomstwa, wobec powyższego dlaczego tak dużo kontrowersji wokół programu *in vitro*?

Aby uzyskać w wyniku zastosowania programu *in vitro* 25–35% prawdopodobieństwo doprowadzenia do ciąży, trzeba użyć nasilonej stymulacji jajczkowania, która spowoduje uzyskanie 6–15 komórek jajowych. Połączyć każdą komórkę jajową z plemnikiem, otrzymując ok. 6–8 zarodków. Wybrać dwa najlepsze – zdaniem embriologa – i te dwa wprowadzić do jamy macicy. Pozostałe zarodki poddać kriokonserwacji z myślą o „wykorzystaniu” ich w przyszłości”. Kriokonserwacja, tj. mrożenie, jest procesem, w którym ginie część zarodków ludzkich, a te, które przeżyją i są podane do jamy macicy, nie przynoszą już takich efektów w postaci uzyskania ciąży jak podanie zarodków niemrożonych. Moim zdaniem, jest to negatywny etycznie aspekt programu *in vitro*. Jest to również negatywny aspekt medyczny – powodowanie nienaturalnej śmierci człowieka w fazie embrionalnej.

Selekcja, czyli wybór dwóch najlepszych zarodków ludzkich, oznacza, że poczęte istoty ludzkie nie są jednakowo szanowane. Gorsze parametry rozwoju zarodka ludzkiego powodują przeznaczenie go do grupy zarodków mrożonych, a więc grupy zwiększonego ryzyka śmierci. Wypływa z tego wniosek, że możliwość przeżycia nie jest taka sama dla wszystkich poczętych dzieci.

Zgodnie z rekomendacjami ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embriology), leczenie niepłodności winno być uwieńczone narodzinami *zdrowego* dziecka (ESHRE Campus Course

Report, 2001). Obserwacje kliniczne wskazują jednak, że dzieci urodzone z ciąż uzyskanych drogą ART, zarówno z ciąż pojedynczych, jak i ciąż mnogich, mogą charakteryzować się gorszymi wskaźnikami zdrowia [10–11]. Do wskaźników tych należą: większa liczba porodów przedwczesnych, niższa średnia urodzeniowa masa ciała, wyższa śmiertelność okołoporodowa, wyższy odsetek porażenia mózgowego i wad wrodzonych u dzieci [12–16]. Szczególne ryzyko wiąże się z ciążami wieloraczymi (np. trojaczymi, czworaczymi itd.) [17]. Stwarza to nowy obszar zagadnień towarzyszących ART, a dotyczących zaburzeń jatrogennych [18]. Ten obszar wymaga szczególnego przestrzegania ogólnych zasad etycznych, znajomości prawa regulującego przeprowadzanie eksperymentów na ludziach oraz zasad bezpieczeństwa realizowania procedur z poszanowaniem autonomii człowieka i godności ludzkiej [9, 19]. Zarówno lekarze, jak i biomedycy pracownicy naukowi zobowiązani są nie tylko do biegłości w wykonywaniu procedur ART, ale także do poszukiwania zgodnych z etyką rozwiązań medycznych, mających na celu zapobieganie problemom jatrogennym. Szczególna odpowiedzialność spoczywa na tych przedstawicielach świata lekarzy i nauk pokrewnych, którzy dysponują kompetencjami w rozwiązywaniu problemów biomedycznych [18]. Widoczne są już wysiłki zawodowych stowarzyszeń polegające na definiowaniu głównego celu, jakim jest szanowanie godności człowieka [9]. Następnym obowiązkiem będzie znalezienie sposobu, aby te wskazówki realizować. Oczekiwaniom tym sprostać może metoda leczenia niepłodności określana mianem naprotechnologii.

Naprotechnologia jako forma niesienia pomocy niepłodnym małżeństwom

Naprotechnologia (ang. *NaProTechnology*, *Natural Procreative Technology*, NPT) została opisana i przedstawiona w formie podręcznikowej przez Thomasa Hilgersa z USA w 2004 roku [20]. W Polsce pierwszy ośrodek stosujący naprotechnologię został założony przez

autora w Białymstoku w styczniu 2009 roku i nazywa się NaproMedica. Kluczowym założeniem metody jest wnikliwa obserwacja objawów świadczących o płodności w przebiegu cyklu miesięczkowego oraz wykorzystanie tych obserwacji dla celów diagnostyki i terapii schorzeń ginekologicznych i ogólnoustrojowych wpływających niekorzystnie na procesy związane z rozrodem. W naprotechnologii zakłada się uporządkowane, systematyczne rozpoznawanie, a następnie leczenie schorzeń ginekologicznych, w tym zaburzeń płodności, bez stosowania środków i metod antykoncepcyjnych oraz technik sztucznej reprodukcji. Wykorzystuje się przy tym aktualną, nowoczesną wiedzę w zakresie endokrynologii, chirurgii ginekologicznej oraz naturalnego rozpoznawania płodności. W naprotechnologii kładzie się szczególny nacisk na precyzyjne określenie czynników odpowiedzialnych za niepłodność i ich korekcję za pomocą jak najmniej agresywnych technik terapeutycznych, tak aby umożliwić naturalne poczęcie.

Ważną rolę odgrywa m.in. wywiad i standaryzacja objawów cyklu miesięcznego kobiety [20]. Ocena symptomów umożliwia wychwytywanie różnic między fizjologią a patologią w organizmie kobiety oraz ocenę czynników zakłócających przebieg prawidłowego cyklu miesięcznego i tym samym obniżających płodność kobiety. Wykorzystuje się tu model płodności Creightona (tzw. CREIGHTON MODEL System), będący modyfikacją klasycznej metody Billingsów. Obserwacje zebrane pod nadzorem instruktora systemu Creightona są następnie analizowane i interpretowane przez lekarza specjalistę. Po uwzględnieniu dalszych metod diagnostycznych, m.in. metod hormonalnej diagnostyki cyklu płciowego, ultrasonografii i badania nasienia męskiego, lekarz specjalista opracowuje indywidualny dla każdej pary plan leczenia, uwzględniający w razie potrzeby wysoce specjalistyczne procedury z zakresu ginekologii operacyjnej.

Wykorzystując naprotechnologię, można uniknąć niekorzystnych skutków zdrowotnych, jakie niesie metoda *in vitro*. Przy zapłodnieniu *in vitro* odsetek ciąż mnogich jest wysoki i wynosi 20–30%, podczas gdy w naprotechnologii odsetek ten jest zdecydowanie niższy i wynosi

około 2–4,6% [21]. Średnia efektywność leczenia niepłodności z zastosowaniem naprotechnologii jest porównywalna z efektywnością procedury *in vitro* [21]. W grupie par skutecznie leczonych naprotechnologią są także pary po nieskutecznych procedurach *in vitro*.

Naprotechnologia charakteryzuje się bardzo szczególnym sposobem postępowania, jeśli chodzi o zaburzenia zdrowia prokreacyjnego kobiet i mężczyzn, a zwłaszcza niepłodności [22]. Jest to jedyne w swoim rodzaju podejście do problemu niepłodności, które uwzględnia nie tylko zagadnienia medyczne, ale również psychologiczne, społeczne i duchowe. Nie zakłóca naturalnych mechanizmów prokreacji, chroni wzajemne relacje kobiety i mężczyzny, przyszłej matki i ojca.

Niepłodność małżeńska nie jest jedynym wskazaniem do zastosowania naprotechnologii. Problemy, których rozwiązaniu służy naprotechnologia, to także inne zaburzenia, takie jak: endometrioza, zrosty w obrębie miednicy mniejszej, poronienia nawykowe, porody przedwczesne, niewydolność lutealna, zespół napięcia przedmiesiączkowego, depresja poporodowa, nieregularne cykle miesięczne, objawy premenopauzalne, nieprawidłowe krwawienia o charakterze czynnościowym czy migrenowe bóle głowy. Powyższe wskazania ilustrują interdyscyplinarny charakter metody, wykraczającej także poza problem niepłodności. Naukowcy zajmujący się tą dziedziną medycyny zwracają uwagę, że naprotechnologia nie zakłóca naturalnych mechanizmów prokreacji, chroni wzajemne relacje kobiety i mężczyzny, przyszłej matki i ojca. W rękach świadomego tej wiedzy lekarza naprotechnologia może być narzędziem skutecznym i bezpiecznym.

Piśmiennictwo

1. Definitions of Infertility and Recurrent Pregnancy Loss. *Fertil Steril* 2008; 89: 603.
2. Szamatowicz M., Kulikowski M. Niepłodność. W: *Położnictwo i Ginekologia*. Red. Szoszka S. Warszawa: PZWL; 1988.

3. Hull M.G., Glazener C.M., Kelly N.J., et al. Population Study of Causes, Treatment, and Outcome of Infertility. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 291: 1693–7.
4. Access to Fertility Treatment by Gays, Lesbians, and Unmarried Persons. *Fertil Steril* 2009; 92: 1190–3.
5. WHO. Technical Report Series. Recent Advances in Medically Assisted Conception Number 820; 1992. p. 1–111.
6. McLachlan R.I., O'Bryan M.K. Clinical Review: State of the Art for Genetic Testing of Infertile Men. *J Clin Endocrinol Metab* 2010; 95: 1013–24.
7. Hsieh M.H., Hollander A., Lamb D.J., Turek P.J. The Genetic and Phenotypic Basis of Infertility in Men with Pediatric Urologic Disorders. *Urology* 2010; 76: 25–31.
8. Clark D.A. Anti-TNFalpha Therapy in Immune-Mediated Subfertility: State of the Art. *J Reprod Immunol* 2010; 85: 15–24.
9. Lambert R.D. Safety Issues in Assisted Reproduction Technology: the Children of Assisted Reproduction Confront the Responsible Conduct of Assisted Reproductive Technologies. *Hum Reprod* 2002; 17: 3011–5.
10. Lambert R.D. Safety Issues in Assisted Reproductive Technology: Aetiology of Health Problems in Singleton ART Babies. *Hum Reprod* 2003; 18: 1987–91.
11. Buitendijk S.E. Children After *in vitro* Fertilization. An Overview of the Literature. *Int J Technol Assess Health Care* 1999; 15: 52–65.
12. Schieve L.A., Rosenberg D., Handler A., Rankin K., Reynolds M.A. Validity of Self-Reported Use of Assisted Reproductive Technology Treatment Among Women Participating in the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System in Five States, 2000. *Matern Child Health J* 2006; 10: 427–31.
13. Pinborg A., Loft A., Schmidt L., Greisen G., Rasmussen S., Andersen A.N. Neurological Sequelae in Twins Born After Assisted Conception: Controlled National Cohort Study. *Bmj* 2004; 329: 311.
14. Stromberg B., Dahlquist G., Ericson A., Finnstrom O., Koster M., Stjernqvist K. Neurological Sequelae in Children Born After *in-vitro* Fertilisation: A Population-Based Study. *Lancet* 2002; 359: 461–5.
15. Thompson J.G., Kind K.L., Roberts C.T., Robertson S.A., Robinson J.S. Epigenetic Risks Related to Assisted Reproductive Technologies: Short- and Long-Term Consequences for the Health of Children Conceived Through Assisted Reproduction Technology: More Reason for Caution? *Hum Reprod* 2002; 17: 2783–6.

16. Kurinczuk J.J., Hansen M., Bower C. The Risk of Birth Defects in Children Born After Assisted Reproductive Technologies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16: 201–9.
17. Anthony S., Buitendijk S.E., Dorrepaal C.A., Lindner K., Braat D.D., den Ouden A.L. Congenital Malformations in 4224 Children Conceived After IVF. *Hum Reprod* 2002; 17: 2089–95.
18. Mirkes R. Protecting the Right of Informed Conscience in Reproductive Medicine. *J Med Philos* 2008; 33: 374–93.
19. Schenker J.G., Eisenberg V.H. Ethical Issues Relating to Reproduction Control and Women's Health. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 58: 167–76.
20. Hilgers T.W. *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*. Omaha, Nebraska: Pope Paul VI Institute Press; 2004.
21. Stanford J.B., Parnell T.A., Boyle P.C. Outcomes from Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice. *J Am Board Fam Med* 2008; 21: 375–84.
22. Chazan B. www.fronda.pl/news/czytaj/prof_chazan_o_in_vitro

Jerzy Umiastowski

Zapłodnienie *in vitro* – pytania legislacyjne i etyczne

Poniżej przedstawiam tekst dotyczący zapłodnienia *in vitro*, którego najważniejsze fragmenty publikowałem wielokrotnie. Problem jest trudny i skomplikowany, entuzjaści tej procedury wydają się nie dostrzegać skali problemu – sprawa wymaga spokojnej, racjonalnej debaty opartej o etykę normatywną i logikę – pamiętajmy, że w wyniku tej sztucznej procedury powstają ludzie, spośród których tylko niewielu ma szansę przeżycia.

W 1995 roku zadałem Rzecznikowi Praw Obywatelskich pytania dotyczące problemów legislacyjnych związanych z „zapłodnieniem *in vitro*”. Rzecznik odpowiedział, że pytania należy skierować raczej do władzy ustawodawczej. Wówczas przekazałem stosowne pytania polskiemu Parlamentowi. W roku 2010 pytania są nadal aktualne.

Procedura *in vitro* sprowadza się do sztucznego zapoczątkowania życia ludzkiego „w probówce”, a więc w warunkach nienaturalnych.

Biologiczne istnienie człowieka rozpoczyna się w momencie pojawienia się kompletu chromosomów w ludzkiej komórce jajowej, w połowie pochodzących od biologicznego ojca, a w połowie od biologicznej matki. Wtedy powstaje biblioteka opisująca językiem genetycznym niepowtarzalną strukturę nowego organizmu ludzkiego i wtedy rozpoczyna się biologiczna realizacja tego zapisu genetycznego – zaczyna żyć niepowtarzalny człowiek. Istnienie każdego z nas rozpoczęło się, kiedy zaistniał embrion. Gdyby embrion, którym kiedyś byłem, został zabity, to ja dziś bym nie istniał i oczywiście nie pisałbym tego tekstu. Zechciejmy tę prostą, oczywistą prawdę przyjąć do wiadomości.

W ostatnich kilkudziesięciu latach pojawiła się intensywna farmakologiczna ingerencja w proces ludzkiej prokreacji, co u wielu ludzi powoduje trudności w naturalnym zapoczątkowaniu nowego ludzkiego życia. Powstał przemysł medyczny sztucznie zapoczątkowujący proces życia ludzkiego w probówce, na zamówienie ludzi, którzy mają trudności z poczęciem naturalnym.

Sądzę, że formułowanie logicznych pytań dotyczących zapłodnienia *in vitro* może sprowadzić debatę na temat *in vitro* do sfery racjonalnej.

Zapłodnienie *in vitro* to sztuczne połączenie w warunkach laboratoryjnych plemnika i komórki jajowej, w wyniku czego powstaje ludzki embrion – nowy człowiek. Taki embrion może być implantowany do narządu rodnej kobiety i tam się dalej rozwijać. Implantację taką dokonuje się u kobiet niezdolnych do poczęcia dziecka w sposób naturalny albo u tzw. matki zastępczej, która ma dla kogoś donosić i urodzić sztucznie poczęte dziecko.

Zwykle w takiej procedurze wytwarza się tzw. embriony nadliczbowe, które zostają zamrożone w ciekłym azocie i mogą być później użyte, w razie niepowodzenia pierwszej implantacji. Dawcami komórek rozrodczych mogą być dowolni, zdolni do wytwarzania takich komórek ludzie. Dawców komórek rozrodczych nazywa się rodzicami biologicznymi sztucznie poczętego dziecka. Ludzie, którzy pragną w drodze zapłodnienia *in vitro* uzyskać dziecko, mogą nie być jego rodzicami biologicznymi.

Sztucznie wytworzony embrion można wszczepić każdej, zdolnej do takiej implantacji kobiecie. W celu uzyskania komórek jajowych dla sztucznego wytwarzania embrionów stosuje się u kobiety stymulację hormonalną, która powoduje, że w jednym cyklu miesięcznym dojrzewa w jajniku duża liczba tych komórek. Tak powstałe komórki jajowe pobiera się w drodze nakłucia jajnika – omawiana procedura nie jest bezpieczna dla kobiety. Plemniki pobiera się w drodze masturbacji. Pobrane komórki jajowe zapładnia się plemnikami w probówce i tak wytworzone embriony implantuje się w macicy kobiety. Zwykle wprowadza się do macicy większą liczbę embrionów, bo szanse na implantację

w wyniku zapłodnienia *in vitro* są znacznie niższe niż po zapłodnieniu naturalnym. Jednak zdarza się, że takie postępowanie prowadzi do ciąży mnogiej. Donoszenie ciąży mnogiej powstałej w wyniku zapłodnienia *in vitro* jest mało prawdopodobne i dlatego w takim przypadku stosuje się czasem tzw. redukcję ciąż – wstrzykuje się do jamy owodniowej płodów, z wyjątkiem jednego (lub czasem dwu płodów), stężony roztwór chlorku potasu, co prowadzi do zatrzymania czynności serca tych płodów i zgonu – żywy pozostaje jeden płód (lub dwa płody), który/które mają większe szanse na przeżycie. Kobieta w ciąży w wyniku zapłodnienia *in vitro* wymaga tzw. stymulacji hormonalnej – podaje się jej duże dawki odpowiednich hormonów, które zwiększają szanse na donoszenie płodu. Jednak taka stymulacja hormonalna może spowodować różne ciężkie powikłania i stanowi znaczne ryzyko zdrowotne dla kobiety.

Opisana wyżej tak zwana redukcja ciąż sprowadza się do świadomego zabijania istot ludzkich, a jest konieczna, aby dać szansę przeżycia jednej (lub dwojgu) z tych istot.

Przedstawiam poniżej niektóre pytania prawne i etyczne związane z omawianą sprawą:

Czy procedura tzw. redukcji ciąż związana z zapłodnieniem *in vitro* jest dopuszczalna?

Czy człowiek w stanie embrionalnym może być przedmiotem własności; jeżeli tak, to kto jest jego właścicielem, przez jaki okres obowiązuje tytuł własności i jakie daje uprawnienia właścicielowi? Jeżeli nie, to na jakiej podstawie możemy dysponować ludzkimi embrionami?

Czy pierwsze podziały komórkowe i związane z tym przepisywanie informacji genetycznej dotyczącej organizmu ludzkiego dokonywane w probówce nie niosą ze sobą większego ryzyka dla człowieka niż podziały komórkowe dokonujące się w warunkach naturalnych w narządzie rodym matki?

Czy dawcy ludzkich komórek rozrodczych dla celów zapłodnienia *in vitro* mogą zachować anonimowość, a jednocześnie czy urodzony w wyniku zapłodnienia *in vitro* człowiek ma prawo do informacji, kim są jego biologiczni rodzice; jak rozwiązać ewentualną sprzeczność prawną?

Czy embrion wytworzony *in vitro* można implantować w narządzie rodnym każdej kobiety, np. czy można go implantować, na zamówienie, kobiecie po menopauzie?

Czy akceptowalna etycznie jest procedura, w wyniku której powstaje dziecko trojga rodziców? (W sytuacji kiedy matka jest nosicielką chorób przenoszonych przez mitochondria zlokalizowane w cytoplazmie komórki jajowej, przenosi się jądro jej komórki jajowej do komórki jajowej innej kobiety, tę komórkę jajową zapładnia się plemnikami ojca i implantuje kobiecie, od której pochodziło jądro oocyta.)

Kto ponosi odpowiedzialność karną za pomyłkę lub zamierzone działanie, w wyniku którego sztucznie wytworzone dziecko pochodzi od niewłaściwych rodziców biologicznych? Kto jest odpowiedzialny za opiekę nad tak wytworzonym dzieckiem, jeżeli takiej opieki nie chcą sprawować osoby, które „zamówiły” dziecko?

Czy wolno zamrażać ludzkie embriony, a po rozmrożeniu implantować je do narządu rodnego kobiety, wobec braku pewności, że procedura zamrażania nie szkodzi zdrowiu dziecka?

Jeżeli uznamy, że zamrażanie ludzkich embrionów jest dozwolone, to po jakim czasie od zamrożenia ludzki embrion winien być uznany za bezużyteczny i nie powinno się go już implantować?

Czy wolno niewykorzystane ludzkie embriony zabijać?

Jak rozwiązać etyczny i prawny status zamrożonych ludzkich embrionów?

Jakiego zakresu informacji o ryzyku zdrowotnym, tak dla matki, jak i dla dziecka, powinno się udzielać osobom pragnącym poddać się procedurze zapłodnienia pozaustrojowego (jak wiadomo, ryzyko jest znaczne)?

Czy dopuszczalna jest procedura tzw. matki zastępczej i czy wolno wynajmować matkę zastępczą za opłatą; bywa, że poszukuje się matki zastępczej, która ma określone cechy. Bywa, że dla zapłodnienia pozaustrojowego poszukuje się odpowiedniego „materiału genetycznego”. Jednak skutki zabiegu nie są pewne – sztucznie poczęte dziecko może nie mieć oczekiwanych cech. Powstaje pytanie, czy biotechnologiczne procedury sztucznego wytwarzania człowieka na zamówienie,

o określonych zamówionych cechach nie naruszają praw tego człowieka? Co robić z człowiekiem, którego cechy nie odpowiadają oczekiwaniom zamawiających? Czy komercjalizacja reprodukcyjności jest etycznie pozytywna – zwłaszcza z punktu widzenia nowo poczętego człowieka?

Jeżeli uznalibyśmy, że procedura matki zastępczej jest dopuszczalna, to czy wolno implantować ludzki embrion matce zastępczej na zamówienie dowolnych osób, czy tylko na zamówienie osób spełniających określone kryteria (rodzinne czy inne)?

Kto w świetle prawa jest rodzicami sztucznie poczętego dziecka – rodzice biologiczni czy osoby, które zamówiły stosowną procedurę, nawet jeśli nie są rodzicami biologicznymi?

Czy pozbawienie człowieka informacji o jego rodzicach biologicznych narusza jego prawa?

Czy dawcami komórek rozrodczych mogą być osoby chore psychicznie (nawet jeśli są zdolne do działań prawnych) lub osoby obciążone innymi chorobami, np. dziedzicznymi? Jeśli nie, to kto ma sprawować stosowną kontrolę?

Jakie informacje o dawcach komórek rozrodczych powinna otrzymać kobieta, której wytworzony sztucznie embrion będzie implantowany?

Czy wolno „zamawiać” pożądane cechy sztucznie poczętego dziecka (np. kolor oczu czy cechy psychiczne) i według tego „zamówienia” selekcjonować ludzkie komórki rozrodcze lub zamrożone embriony?

Czy wolno używać do zapłodnienia *in vitro* ludzkich komórek rozrodczych po śmierci dawców tych komórek?

Czy mężczyzna żyjący w małżeństwie ma prawo odmówić zgody na implantację embrionu jego żonie, jeżeli ojcem biologicznym embrionu jest inny mężczyzna?

Na jakiej podstawie prawnej rozstrzygać związane z poprzednim pytaniem spory sądowe (np. spadkowe)?

Czy człowiek, który powstał w wyniku zapłodnienia *in vitro*, ma prawo do odszkodowania, jeżeli w wyniku tej procedury poniósł szkodę na zdrowiu (np. w wyniku zamrożenia), jeżeli tak, to gdzie zgłaszać roszczenia?

Kto ponosi odpowiedzialność prawną za ewentualną szkodę zdrowotną kobiety spowodowaną procedurą zapłodnienia *in vitro*?

Czy wolno zrezygnować z obowiązków rodzicielskich wobec dziecka poczętego *in vitro*, jeżeli nie odpowiada ono stosownym wymaganiom?

Czy zapłodnienie *in vitro* może być wykonywane w każdym zakładzie opieki zdrowotnej?

Czy akceptowalna jest stymulacja hormonalna dla utrzymania ciąży w wyniku zapłodnienia *in vitro*, wobec faktu, że niesie ona z sobą znaczne ryzyko zdrowotne i może stanowić zagrożenie życia?

Powyższe pytania wymagają regulacji prawnej. Polska opinia publiczna nie jest należycie informowana o problemach etycznych i prawnych związanych z zapłodnieniem *in vitro*. Przedstawione pytania etyczne i prawne nie wyczerpują omawianego tematu, a jedynie wskazują na skalę zagadnienia.

W zasadzie procedura zapłodnienia *in vitro*, która wiąże się ze znacznym ryzykiem zdrowotnym tak dla matki, jak i dziecka, nie powinna być wykonywana, uważam bowiem, że człowiek ma prawo do tego, aby być poczętym w narządzie rodnym swojej matki – jest to biologicznie najbezpieczniejsze zapoczątkowanie życia. Obawiam się jednak, że aktualnie całkowite zakazanie prawne tej procedury może być legislacyjnie niewykonalne. Po prostu wiedza ludzi w tej dziedzinie jest bliska zeru, a oczekiwania w tym zakresie wysokie. Dlatego sądzę, że przypuszczalnie jedynym rozwiązaniem prawnym jest ograniczenie procedury do działań względnie bezpiecznych (lub lepiej powiedzieć: mniej niebezpiecznych), a więc przyjęcie „mniejszego zła”, oraz szerokie informowanie opinii publicznej, a szczególnie osób bezpośrednio zainteresowanych sprawą, o skali problemu i zagrożeniach z nim związanych. Wierzę, że w przyszłości (choć trudno przewidzieć kiedy) ludzkość całkowicie odstąpi od zapłodnienia *in vitro*.

Podobnym do wyżej omawianego problemem legislacyjnym jest szczególna forma zapoczątkowywania życia ludzkiego w probówce – klonowanie człowieka. Procedura ta, jak dotąd, nie jest stosowana w Polsce, ale też brak jest regulacji prawnych dotyczących tej sprawy, tak więc

w zasadzie procedurę tę wolno w Polsce stosować. Aktualnie procedurę klonowania nazywa się klonowaniem reprodukcyjnym lub terapeutycznym, w zależności od celu, któremu procedura ma służyć. Klonowanie terapeutyczne to wytworzenie biologicznej kopii już istniejącego organizmu dla pozyskiwania tzw. komórek macierzystych, mogących mieć zastosowanie w wytwarzaniu tkanek do transplantacji. W wyniku takiego klonowania wytwarzałoby się nowy organizm ludzki jako źródło tkanek dla pierwowzoru biologicznego. Rodzi się pytanie: czy wytwarzanie nowego człowieka jako źródła części zamiennych dla innego człowieka nie jest wyrefinowaną formą niewolnictwa? Zwłaszcza że komórki macierzyste można pozyskiwać z krwi pępowinowej lub tkanek somatycznych, bez wytwarzania embrionów w drodze klonowania.

Na koniec z naciskiem podkreślam: szanujmy każdego człowieka, niezależnie od tego, czy jego życie rozpoczęło się drogą naturalną, czy sztuczną. Nie akceptując procedury, akceptujmy człowieka, który w wyniku tej procedury zaistniał. Problem w tym, że omawiana „procedura” pozbawia życia znaczną większość ludzi, którzy właśnie zaistnieli.

Alternatywą dla zapłodnienia *in vitro* jest naprotechnologia, a więc leczenie bezpłodności, które nie niesie zagrożeń dla człowieka, a jest znacznie skuteczniejsze.

Zbigniew Kiernikowski

Słowo o obrazie Boga i granicach ludzkich możliwości

Kim jest człowiek?

Moja refleksja odnosi się nie tylko do ludzkiego spojrzenia na człowieka, lecz uwzględnia przesłanie biblijne zapisane na kartach Starego Testamentu w opowiadaniach o stworzeniu człowieka i jego grzechu, a dopełnione w Nowym Testamencie, gdzie otrzymujemy wgląd w to, co ogólnie nazywamy odkupieniem człowieka i podniesieniem go do godności dziecka Bożego. Mamy więc, z jednej strony, przesłanie odnoszące się do oryginalnego zamysłu Boga wyrażonego w akcie stworzenia, który później – wskutek grzechu – został zniekształcony. Z drugiej zaś – naprawę tego „grzesznego” zniekształcenia, która dokonała się w Jezusie Chrystusie. Jest ona określana mianem nowego stworzenia. Nie jest to bowiem powrót do pierwszego stworzenia, lecz nowość, która powstaje niejako na bazie tego, co stało się w człowieku wskutek grzechu. Dzieło Boga w Chrystusie nie ignoruje więc kondycji człowieka zniekształconej przez grzech, lecz właśnie z tego „materiału” tworzy nowość. W takim działaniu Bóg okazuje swą wierność wobec raz dokonanego stworzenia.

Koncepcje człowieka

Gdy dotykamy problematyki przekazu życia ludzkiego i stajemy przed wyzwaniami, które jawią się w dzisiejszej sytuacji człowieka, szczególnie ważną jest kwestia koncepcji człowieka, czyli to, kim on jest, skąd pochodzi. Stawiane możliwe tezy można ująć w trzech grupach:

1. Człowiek istnieje sam z siebie, czyli jest bytem autonomicznym, mogącym siebie określać i stanowić o sobie niezależnie od nikogo i od niczego, odnosząc się tylko do siebie, do swojej świadomości, woli, swego poznania itp.
2. Człowiek jest produktem kogoś bądź czegoś (np. przypadku) bez żadnej relacji do tej przyczyny sprawczej; istnieje jako produkt pozostawiony samemu sobie.
3. Człowiek jest osobą, bytem stworzonym i ma tego świadomość. Pozostaje więc w relacji do swego Stwórcy i stale na nowo odkrywa tę relację. Inaczej mówiąc: stworzony człowiek żyje w relacji ze swoim Stwórcą i w tej relacji się rozwija, dopełniając dzieła stworzenia. Odkrywa, że posiada w sobie potencjał rozwoju i stania się według zamysłu Stwórcy.

Z każdej z tych tez wynikają konsekwencje, które określają zachowania etyczne człowieka. W pierwszym przypadku człowiek może czuć się niczym nieograniczony. Dąży do rozwoju, kierując się swoim rozeznaniem, szuka szczęścia według własnej wizji. W drugim przypadku może mieć świadomość jakiegoś pochodzenia, od którego jednak nie czuje się w żaden sposób zależny. Jest jak osieroczone dziecko pozostawione samemu sobie. Może wprawdzie czuć potrzebę jakiegoś odniesienia, ale nie ma do czego się odwołać. Dlatego i w tym przypadku odniesienia będzie ostatecznie szukał w sobie samym (można to rozumieć indywidualnie i zbiorowo). Dwie pierwsze grupy poglądów na koncepcję człowieka prowadzą w kierunku uznawania człowieka panem samego siebie.

W trzecim przypadku człowiek odkrywa i poznaje siebie w odniesieniu do konkretnego, osobowego Stwórcy, który mu się na różne sposoby objawia i umożliwia mu bycie w osobowej relacji z Nim, i który złożył w człowieku swój zamysł, niejako otworzył program jego rozwoju. Człowiek więc nie będzie postrzegał siebie jako samodzielnego, niezależnego czy skończonego produktu, lecz jako osobę, która rozwija się, przeżywając swoją relację do Osoby, która mu się objawia.

Naturalnie, człowiek stworzony na obraz i podobieństwo Boga został obdarzony wolnością. Nie mogło być inaczej. Tej wolności też nadużył, ulegając innemu pomysłowi niż ten, jaki był mu dany przez Boga. Ten pomysł niezależności, podany przez kusiciela, wydał się lepszy, bo niezależny. To jednak spowodowało zerwanie owej życiodajnej zależności od Stwórcy. Człowiek w swoim pojmowaniu siebie został sam. Poczł się odrzuconym przez Boga, chociaż Bóg go nie opuścił. Na tym polega grzech i obietnica zbawienia.

Człowiek: Adam – zdumienie

Relację człowieka do Stwórcy i tym samym, poniekąd, naturę człowieka bardzo dobrze określa i w poetycki sposób wyraża Jan Paweł II w „Tryptyku rzymskim”:

*Potok się nie zdumiewa, gdy spada w dół
i lasy milcząco zstępują w rytmie potoku
– lecz zdumiewa się człowiek!*

*Próg, który świat w nim przekracza,
jest progiem zdumienia.*

(Kiedyś temu właśnie zdumieniu nadano imię „Adam”.)

*Był samotny z tym swoim zdumieniem
pośród istot, które się nie zdumiewały
– wystarczyło im istnieć i przemijać.
Człowiek przemijał wraz z nimi
na fali zdumień.*

*Zdumiewając się, wciąż się wylaniał
z tej fali, która go unosiła,
jakby mówiąc wszystkiemu wokół:
„zatrzymaj się! – masz we mnie przystań”
„we mnie jest miejsce spotkania
z Przedwiecznym Słowem” –
„zatrzymaj się, to przemijanie ma sens”
„ma sens... ma sens... ma sens!”*

Jeśli spróbujemy przebić się przez poetycką szatę tej wypowiedzi i wniknąć w nią, to dostrzeżemy potrzebę, wręcz wewnętrzny imperatyw skłaniający do odkrywania tego zdumienia w sobie, czyli wprowadzania nas, ludzi każdej epoki i każdego stanu, w owo zdumienie się nad sensem i naturą naszego bytu; do odnajdywania sensu swojego istnienia w tym zdumiewaniu się nad sobą, nad tym, co zostało w nas złożone.

Przeciwieństwem wchodzenia w zdumienie jest i zawsze będzie wytwarzanie (w człowieku i przez człowieka) jakby lepszego dążenia, wprowadzającego w ułudę, że lepsza jest realizacja siebie po swojemu niż nieuchwytność zdumienia. Idąc w tym kierunku, człowiek wybiera ostatecznie niezależność od Boga Stwórcy.

Zdumienie nie jest nigdy zamknięte w sobie, zwrócone na siebie. Nie jest też wynikiem kalkulacji i inteligencji zmierzającej do osiągnięcia postawionego przez siebie celu (wyraża to określenie węża-kusiciela: hebr. *arum*, gr. *phronimotatos*). To zdumienie stanowi bowiem efekt bycia obrazem – odpowiedzią wobec KOGOŚĆ, czyli wobec Boga Stwórcy. Nie można oderwać obrazu od jego Stwórcy. Gdy to się dokona, to znaczy na ile ów obraz próbuje się usamodzielnic – ginie zdumienie.

Potrzeba akceptacji ograniczenia przez byty stworzone

Słowo życiodajnie ograniczające i wolność

Dla utrzymania tego zdumienia i odkrywania Bożego zamysłu i obrazu w człowieku Bóg dał SŁOWO – przykazanie (polecenie). Zachowanie tego przykazania gwarantowało człowiekowi, że będzie pozostawał w relacji do Boga Stwórcy; chroniło go przed wejściem na drogę samoistnienia i samostanowienia. Słowo to Bóg wyraził w następujący sposób: możesz wszystko, ale jednego ci nie wolno, bo to obróci się przeciwko tobie, będzie twoją śmiercią. Nie wolno ci sięgać po twoje poznanie dobra i zła, czyli stanowienie o tym, co dla ciebie jest dobre, a co złe (zob. Rdz 2,16 nn.). To poznanie (stanowienie) jest zastrzeżone twemu Stwórcy.

Stwórca wyrażając zakaz, jednak nie pozbawił człowieka możliwości uczynienia wbrew temu zakazowi dlatego, że uczynił człowieka wolnym na swój obraz i podobieństwo. Gdyby nie dał tej wolności, człowiek nie byłby na obraz i podobieństwo Boga. Nie mógłby też przeżywać swego zdumienia.

Zakaz był obwarowany koniecznością (konsekwencją) śmierci: jeśli sięgniesz po samostanowienie, to się samounicestwisz. Inaczej mówiąc: wejdiesz w absurd swojej egzystencji. Tak jakby obraz czy zamysł chciał istnieć bez tego, kto jest jego autorem, bez odniesienia do swego Stwórcy. Nie będzie też wówczas możliwe owo zdumienie, lecz rozpocznie się ponętna tragedia otwartych oczu i nagości (zob. Rdz 3, 5.7). Jest ona pociągająca, ale tragicznie redukująca człowieka do przedmiotu.

Słowo, jakie Bóg dał, określając granice możliwości człowieka, było i jest faktycznym, realnym ograniczeniem. Ale właśnie to ograniczenie pozwala pozostawać w łączności z Nieograniczonym. Jest to ograniczenie należne (potrzebne) stworzeniu, aby nie wyszło poza konieczną dla swego istnienia egzystencjalną relację ze Stwórcą, aby nie wyszło poza zamysł Boga. W zamiarze Bożym było (i nie mogło być inaczej), że realizacja wolności stworzenia dokonuje się właśnie przez to odniesienie do Stwórcy. Odejście od tego, czyli własne poznanie dobra i zła i skorzystanie w tym kluczu z wolności, jest jej nadużyciem i powoduje „egzystencjalną” śmierć.

Grzech i wola życia bez ograniczeń

Po grzechu otwarły się człowiekowi oczy i poznał, że jest nagi. Inaczej mówiąc: poznał i odkrył, że jest zdany na siebie. Odtąd ma w sobie owo przekonanie, tendencję, że musi sam rozwiązywać swój problem, wziąć życie w swoje ręce, okryć swoją nagość itp. Nie wierzy w życzliwą mu obecność Boga, bo ją w sobie zaprzeczył. Przeżywa więc swoje zagubienie, ukrywa się. Stale musi szukać siebie, by się bronić, by się realizować. To jest jego swoistym napędem. W sytuacji, w której człowiek się znalazł, ma to – pod pewnym względem – swoje dobre strony, bo czyni człowieka szukającym. W związku z tym dąży

do przekraczania wszystkiego, co go ogranicza, do poznawania stojących przed nim możliwości. Jednak pretendując do tego, by czuć się nieograniczonym w poszukiwaniach i odkryciach, nie dostrzega, że te odkrycia mogą obrócić się przeciwko niemu samemu. Ta nieustająca potrzeba przekraczania siebie grozi człowiekowi zagubieniem się, o ile nie będzie stale odkrywał i uznawał potrzeby akceptacji ograniczeń, czyli odniesienia do Stwórcy.

Człowiek po grzechu „stał się jak Bóg: poznał dobro i zło” (Rdz 3, 22). Z tym będzie musiał żyć. Będzie to jego stałym napędem, a jednocześnie doświadczeniem, że nie wszystko prowadzi do dobra. Człowiek jednak sam z siebie nie potrafi rozróżniać, co i kiedy jest dla niego dobre, a co złe. Bóg, żeby ratować człowieka, zabrał mu dostęp do drzewa życia (zob. Rdz 3, 23 nn.). Czyli wprowadził go w doświadczenie tego ograniczenia, jakim jest śmierć, a które może mu dawać okazję powrotu do Boga. Na ile człowiek uznaje się za śmiertelnego, na tyle może powracać do właściwego poznania dobra i zła – słuchając Boga, odkrywając w tej sytuacji grzesznika potrzebę posłuszeństwa Bogu.

Odkupienie i jego owoce

W Jezusie Chrystusie i w Kościele

W Jezusie Chrystusie dokonał się powrót człowieka do Boga przez posłuszeństwo aż do śmierci, i to śmierci na krzyżu (zob. Flp 2, 8), i przez to, że Bóg nie zostawił Go w więzach śmierci (zob. Dz 2, 23 nn.). Jezus podjął to ograniczenie, jakim była i jest śmierć. Ten Jezus ukrzyżowany i zmartwychwstały otwiera przed człowiekiem nową perspektywę, w której jest niejako uaktualniona i zaakceptowana logika ograniczenia. Ci, którzy w Niego wierzą, przyjmują fakt bycia stworzeniem i potrzebę ograniczenia przez śmierć, która została pokonana w Chrystusie, a która może i musi być pokonana w każdym człowieku, aby mógł korzystać z tego dobra, jakie stało się w Jezusie Chrystusie, początku nowego stworzenia (zob. Kol 1, 18, por. Ap 3, 14).

Dzięki tej wierze powstaje wspólnota tych, którzy mają świadomość swojej śmiertelności i tego, że byli umarli, ale tę śmiertelność przeżyli w Chrystusie przez wiarę i są nowym stworzeniem. Z tego doświadczenia rodzi się w nich inne spojrzenie na wszystko, co przeżywają, także każde ograniczenie, nie wyłączając śmierci. Oni są posłuszni Prawdzie zostawionej przez Chrystusa Kościołowi. Stąd wynika autorytet nauczycielski Kościoła oraz gotowość i wola poddania się temu nauczaniu przez poszczególne członki Kościoła.

Niepłodność w relacji do odkupienia

W odniesieniu do problemu niepłodności nauczanie płynące z Ewangelii Jezusa Chrystusa i podawane przez Kościół będzie wskazywało na potrzebę właściwego przeżywania tego faktu – jako konkretnego przejawu i doświadczenia ludzkiego ograniczenia. Nie oznacza to jednak beczynnej akceptacji i pozostawienia tego „biegowi losu”. Podjęmowane wysiłki, zapobiegające temu problemowi czy zmierzające do jego pokonania, będą miały charakter takiego wspomagania ludzi, by w tym działaniu nie przekraczali granic zawartych w pełnej koncepcji człowieka, o której wyżej mówiliśmy. Chodzi o to, by swojego poznania i swoich możliwości technicznych człowiek nie stawiał wyżej nad to, co jest złożone w nim przez Stwórcę.

Metody naturalne

W pokonywaniu doświadczanej niepłodności człowiek mający światło odkupienia będzie więc respektował to wszystko, co jest odkrywaniem naturalnych możliwości ludzkiego (ograniczonego) organizmu, aby go wspomagać. Mieszczą się w tym naturalne metody leczenia niepłodności, takie jak naprotechnologia. Te metody domagają się od człowieka pokory i uznania, iż nie jest absolutnym panem siebie, lecz jest darem Kogoś (drugiego) i odkrywa siebie jako dar, który spełnia się, gdy sam staje się darem dla drugiego. Jest osobowym darem osób – Boga i rodziców. Jest darem osobowym, a nie produktem i przedmiotem swego, tylko ludzkiego (czyli absolutyzującego siebie), działania. Nie chodzi

o „wyprodukowanie” człowieka, lecz o to, by człowiek od samego początku swego istnienia był podmiotem – także niezależnym od tych, którzy po ludzku, współpracując ze Stwórcą, uczestniczą w jego stworzeniu.

Człowiek nie jest przedmiotem do wyprodukowania, nawet jako owoc najszlachetniejszych oczekiwań i zamiarów ludzkich i czyjegokolwiek „prawa do dziecka”, lecz od poczęcia jest podmiotem, osobą. Podmiotem, w którym jest złożony zamysł Boży, czyniący go od samego początku osobą zdolną wchodzić w wolne, choć ograniczone podmiotowo, relacje. Im słabszy podmiot, tym ta ograniczoność i zależność od innych jest większa, ale tym bardziej domaga się respektowania ze strony podmiotów silniejszych. Przy tym trzeba też zauważyć, że one (podmioty silniejsze) właśnie w tym respektowaniu podmiotowości słabszych mają szansę stawać się bardziej ludzkimi na obraz i podobieństwo Boga – Stwórcy jednych i drugich. Od samego początku, od poczęcia, ważny jest osobowy i podmiotowy kontekst przekazywania życia.

Adopcja

Gdy naturalne metody leczenia niepłodności okażą się w przypadku konkretnego małżeństwa nieskuteczne, istnieje jeszcze szersza możliwość zaradzania temu, co jest skutkiem niepłodności, czyli braku potomstwa, i tym samym braku przeżywania relacji rodzicielskich i braterskich. Jest bowiem możliwe podejmowanie posługi życiu, które już zaistniało i potrzebuje rodzicielskiej miłości i opieki. To spełnia się w adopcji. Dla kogoś, kto patrzy tylko z egoistycznego punktu widzenia i – jak to często określa się – z punktu widzenia prawa do posiadania własnego dziecka, tego rodzaju rozwiązanie może wydawać się niewystarczające czy niesatysfakcjonujące. Na ten zarzut można i trzeba odpowiedzieć, że wtedy błąd nie leży w braku dziecka, lecz w samym pojmowaniu siebie jako człowieka przez te osoby tak odczuwające ten stan i oceniające go jako krzywdę czy brak. Jeśli jednak ktoś spojrzy na człowieka w wyżej wspomnianym kluczu Bożego zamysłu i tego, co zostało wyrażone w zdumieniu określającym człowieka, to każdy taki stan może być okazją do otwierania się na to zdumienie. Człowiek bowiem, przeżywając

siebie w kluczu owego zdumienia, nie będzie nigdy pojmował siebie jako realizację określonego szablonu, lecz jako wypełnienie złożonego w nim potencjału, zmierzającego do urzeczywistnienia obrazu Boga, także przez odkrywanie znaczenia tego, co odbiera jako swój brak.

Kościół w odniesieniu do *in vitro*

Racje przeciwko „in vitro”

W nauczaniu Kościoła wynikającym z Ewangelii i całego przekazu biblijnego o człowieku nie ma możliwości akceptacji pozaustrojowego zapłodnienia. Wynika to przede wszystkim z kilku racji. Niektóre z nich są o charakterze niepokonalnym, inne mogą być częściowo pokonywane, w miarę postępu i osiągnięć nauki i techniki. Uogólniając, można wskazać na trzy takie zasadnicze racje czy raczej trzy grupy racji. Przedstawiam je schematycznie.

Najpierw trzeba zauważyć, że przy stosowaniu metody *in vitro* dochodzi do powstania wielu zarodków, z których tylko niektóre zostają bezpośrednio wykorzystane. Inne bywają zamrażane i czekają na ewentualną późniejszą implantację lub na nieokreśloną przyszłość. Bywa, że zostają poddane różnego rodzaju selekcji i manipulacjom genetycznym. Część z nich zostaje zniszczona. Ktoś może odpowiedzieć, że są czy będą coraz to bardziej doskonałe techniki przeprowadzania tego procesu, co zmniejszy tego rodzaju zagrożenia. Owszem, ale tego niebezpieczeństwa nie da się wyeliminować. Przy czym powstaje wiele kwestii prawnych związanych ze sposobem traktowania tych zarodków, ich praw, praw do określenia dziedzictwa itp. Te racje są po części (w jakiejś mierze) pokonywane, ale prawdopodobnie nie do końca.

Druga grupa racji to pojmowanie samego aktu poczęcia jako związanego z miłosnym oddaniem się osób, które stają się rodzicami dziecka. Wyjęcie faktu poczęcia z kontekstu osobowej relacji miłości rodziców jest wykroczeniem przeciwko tak pojętemu poczęciu i pozbawieniem tego aktu wszystkich znamion owego zdumienia. Trzeba przy tym

brać pod uwagę te wszystkie czynności, które naruszają integralność organizmu tak kobiety, jak i mężczyzny, i samego aktu małżeńskiego. Te racje są nie do pokonania. Można tylko działać, ignorując je i zadawać gwałt temu, co jest w człowieku jako obrazie Boga i nośniku osobowej podmiotowości.

Trzecia grupa racji to niebezpieczeństwo otwarcia procesów, które nie są przewidywalne w swoich skutkach. Trudno przewidzieć, co może być efektem zwielokrotnienia ingerencji w proces poczęcia człowieka i możliwych manipulacji. Zwraca się uwagę, że także od strony jurydycznej nie jest możliwe stworzenie praw i reguł zabezpieczających „poprawność” tego rodzaju działań i ich skutków. Istnieje zagrożenie utraty kontroli albo nadmiaru kontroli, wyrażające się w eugenicie i możliwości tworzenia człowieka zredukowanego do pewnych tylko funkcji czy przejawów życia. Nie wszystko, co jest technicznie możliwe, jest etyczne i nie zawsze służy dobru poszczególnego człowieka i społeczności.

Ukazywanie prawdy to obowiązek Kościoła

Na zakończenie tej refleksji uważam, że trzeba podkreślić rolę nauczania Kościoła w tej materii. Kościół ma prawo i obowiązek zwracać uwagę na prawdę o człowieku. Czyni to w oparciu o poznanie prawa naturalnego i w oparciu o objawienie. W pluralistycznym społeczeństwie Kościół liczy się z tym, że są inne poglądy i je respektuje, jak długo nie są one narzucane innym w sposób zniewalający, chociaż będzie zawsze – także właśnie w takich przypadkach – zwracał uwagę na te wszystkie aspekty, które naruszają godność człowieka. Z racji powierzonej mu misji ma prawo i obowiązek mówić i przedstawiać swój punkt widzenia, ostrzegać oraz wzywać do stałej rewizji tylko ludzkiego, koniunkturalnego spojrzenia na człowieka. Jest to potrzebne i konieczne szczególnie w kwestiach zasadniczych dotyczących koncepcji człowieka i kształtowania jego życia. Także wtedy, kiedy chodzi o obronę człowieka stworzonego na obraz i podobieństwo Boga przed człowiekiem, który sam chce się stwarzać i panować. Zadaniem Kościoła jest zwracać na to uwagę i wskazywać, że to nieuchronnie prowadzi do kataklizmu, do destrukcji człowieczeństwa.

Tomasz P. Terlikowski

Metoda *in vitro* w świadomości i dyskusji społecznej

Od wielu miesięcy temat *in vitro* niemal nie schodzi z pierwszych stron gazet i czołówek mediów elektronicznych. Wypowiedzi dziennikarzy, publicystów, ekspertów, filozofów, lekarzy i polityków można liczyć już w tysiącach. Jeśli do tego dorzucić reportaże telewizyjne czy gazetowe poświęcone rodzicom dzieci pochodzących z zapłodnienia *in vitro*, to liczba materiałów sięgnęłaby zapewne wielu tysięcy. O zapłodnieniu pozaustrojowym dyskutują uczniowie, studenci, politycy i przekupki (jak niegdyś o Trójcy Świętej). Ale wszystko to nie oznacza, że metoda *in vitro* rzeczywiście weszła w przestrzeń świadomości i dyskusji społecznej. A może trzeba powiedzieć mocniej: cały ten medialny szum nie przyczynił się w najmniejszym stopniu do poszerzenia wiedzy na temat tej metody czy zrozumienia argumentacji jej zwolenników i przeciwników. Opinia publiczna nadal ma miałkie pojęcie o tym, na czym polega ta procedura, a także jakie są związane z nią wątpliwości moralne. Nauczanie Kościoła zaś, choć spójne i pełne, nie przebiło się do ludzi i zazwyczaj przedstawiane jest w mediach w sposób karykaturalny i skrajnie nieprawdziwy. W debacie publicznej nie słychać jednak również rzetelnych argumentów drugiej strony, a zamiast nich słychać wyłącznie odwołania do emocji, bez jakiegokolwiek próby argumentacji racjonalnej.

Emocje w miejsce argumentów

Zamiast odpowiedzi na silnie uzasadnione argumenty krytyków metody zapłodnienia *in vitro* jej zwolennicy nieodmiennie stosują

„szantaż emocjonalny”. Każda argumentacja przeciwników pewnych form wspomaganego rozmnażania zbijana jest zdjęciami szczęśliwych par i ich ślicznych dzieci i uzupełniana przez dramatyczne i wyciskające łzy z oczu świadectwa osób, które na dziecko oczekują, a mieć go nie mogą¹. Reportaże tej treści zapełniają od wielu miesięcy szpalty tygodników i dzienników. A kolejne osoby opowiadają, ile szczęścia zapewniła im metoda zapłodnienia pozaustrojowego, i ile cierpień powodują krytycy tej metody. „Gdy Magdalena słyszy, że *in vitro* to ukryta aborcja i śmiertelny grzech, zaczyna płakać. Nie czuje, że zgrzeszyła, bo dzięki *in vitro* ma dwójkę dzieci. Ale słowa biskupów wywołują w niej poczucie, że jest gorsza niż inne kobiety” – można było przeczytać niespełna dwa tygodnie temu w tygodniku „Wprost”². Dziennikarka „Gazety Wyborczej” Katarzyna Wiśniewska nie cofa się przed określaniem matki dzieci z *in vitro*, która ma obecnie wątpliwości co do moralnej strony tej procedury, „bezlitosną”³.

I pół biedy, kiedy po tego typu emocjonalne manipulacje sięgają dziennikarze, o wiele groźniejsze jest to, że posługują się nimi, także w uzasadnieniu konieczności „refundacji *in vitro*”, również filozofowie czy politycy. Niezmiennie – a doskonale widać to było w sejmowej debacie nad *in vitro* – ich najsilniejszym argumentem pozostaje cierpienie par, które są bezpłodne, i dla których jedynym sposobem posiadania dziecka jest sięgnięcie do tego typu procedur medycznych. Prof. Jacek Hołówka stwierdza wprost, że powodem, dla którego należy się cieszyć z każdej deklaracji dotyczącej refinansowania zabiegów zapłodnienia

¹ Przykłady można mnożyć. Ale najdobitniej pokazuje to prowadzona od wielu miesięcy akcja „Dziennika”, który na kolejnych ekipach rządowych próbuje wymusić deklarację o refinansowaniu zabiegów *in vitro* przez budżet państwa. Już same tytuły kolejnych publikacji prasowych, mających „zmiękczyć serca” decydentów, odwołują się wyłącznie do emocji. „*In vitro* dało mi radość macierzyństwa” – obwieszcza Julia Makowska; „Dzięki *in vitro* można pogodzić wiarę i marzenia” – uzupełnia Anna Kasprzycka. A wewnątrz artykułów te same, odwołujące się wyłącznie do emocji, argumenty o pragnieniu, które musiało być spełnione, i którego nie sposób zrozumieć „z perspektywy szczęśliwego rodzicielstwa”. Por. J. Makowska, *In vitro dało mi radość macierzyństwa*, „Dziennik” 30.11.2007.

² K. Świerczyńska, *Napiętowani*, „Wprost” 44 (2010), s. 40.

³ K. Wiśniewska, *Bezlitosna matka dzieci z in vitro*, „Gazeta Wyborcza” 3.11.2010.

in vitro, jest fakt, że „posiadanie własnego, podobnego do nas dziecka jest jednym z najważniejszych celów naszego życia”⁴. A Sławomir Zagórski zachwala metody sztucznej reprodukcji, a jakże, za pomocą obrazu „tysięcy dzieci”, które powstały dzięki działalności klinik reprodukcyjnych⁵. Dokładnie takie same argumenty można znaleźć w ustach polityków. „Nie możemy pogodzić się z atakowaniem i poniżaniem ludzi, którzy w dążeniu do posiadania dzieci sięgają po metodę *in vitro*” – napisał w liście do biskupów Grzegorz Napieralski. I uzupełniał w duchu szantażu emocjonalnego: „narodziny oczekiwanego dziecka to szczęście, a nie grzech”⁶. Donald Tusk zaś uzupełniał: „To nie jest rolą premiera rozstrzygać, co jest refundowane, a co nie jest refundowane, ale jako człowiek powiem, że nie chciałbym, żeby jakakolwiek procedura, ale szczególnie taka, która daje szczęście posiadania dzieci, żeby ona była dostępna tylko dla tych, którzy mają pieniądze, bo to byłoby nieludzkie”⁷.

W ten sposób spór o ocenę moralną zapłodnienia *in vitro* przekształca się – i to bez większych problemów – w spór między tymi, którzy chcą odebrać ludziom prawo do szczęścia, a tymi, którzy chcą im je zapewnić (także za pieniądze osób, które uznają *in vitro* za głęboko niemoralne). Na taki sposób debaty wpływa sama natura mediów (szczególnie elektronicznych). „Telewizja wytwarza obrazy i niszczy idee; tym samym osłabia naszą zdolność myślenia abstrakcyjnego i wraz z nią całą naszą zdolność rozumienia”⁸ – uważa jeden z najciekawszych politologów i medioznawców Giovanni Sartori. A tę jego, nie ma co ukrywać, że niezwykle surową, ocenę potwierdza niestety uważna obserwacja toczącej się w mediach debaty publicznej nad kwestiami etycznymi.

⁴ J. Hołówka, *Lek na bezpłodność*, „Rzeczpospolita” 5.12.2007.

⁵ S. Zagórski, *Poblogosławcie in vitro*, „Gazeta Wyborcza” 30.11.2007, s. 2.

⁶ Napieralski do biskupów ws. *in vitro*: nie odbierajcie prawa do szczęścia, http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,81048,8574890,Napieralski_do_biskupow_ws_in_vitro_nie_odbierajcie.html

⁷ Premier za refundacją zapłodnienia *in vitro*, http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,81048,8554360,Premier_za_refundacja_zaplodnienia_in_vitro.html

⁸ G. Sartori, *Homo videns. Telewizja i postmyślenie*, tłum. J. Uszyński, Warszawa 2009, s. 27.

Media elektroniczne, ze szczególnym uwzględnieniem telewizji, radykalnie odmieniły publiczny dyskurs moralny i związaną z nim debatę publiczną. Dominacja obrazu, szybkość, ale i powierzchowność przedstawiania tematu, a także zasada prostoty przekazu sprawiają, że miejsce realnej debaty na tematy moralne (w tym konkretnym przypadku chodzi przede wszystkim o kwestie związane z dynamicznym rozwojem biotechnologii) zajęła totalistyczna, pseudonaukowa (choć często odwołująca się do kategorii naukowych) ideologia (a kto wie, czy nie słuszniej byłoby powiedzieć ideowizja), roszcząca sobie pretensje do zastąpienia dotychczasowych kryteriów myślenia moralnego czy uprawiania etyki. Ideologia ta, choć świetnie wygląda w mediach, nie ma nic wspólnego nie tylko z klasycznie rozumianą etyką, ale nawet z realnie uprawianą nauką. Trzeba jednak mieć także świadomość, że akurat w kwestii zapłodnienia *in vitro* taki sposób debatowania pozwala unikać, bez większego problemu, poważnych pytań związanych z zapłodnieniem pozaustrojowym.

Zły Kościół kontra wspaniała nauka

Drugim, równie skutecznym, środkiem rozmyślenia debaty publicznej jest (i tu winę ponoszą obie strony) uznanie go za spór między Kościołem a świeckim społeczeństwem, czy też między mentalnością religijną a postępem naukowym. Najskuteczniej tę metodę stopowania debaty opanował Janusz Palikot. To w dużej mierze za sprawą jego działania (wspieranego przez dziennikarzy i część polityków lewicy) udało się doprowadzić do sytuacji, w której dla wielu Polaków spór o *in vitro* to w istocie spór o to, czy Kościół może wtrącać się do stanowienia prawa, a także debata nad tym, czy Polska ma być nowoczesna, czy zacofana. Doskonale ten model argumentacji widać było w komentarzu do Nagrody Nobla. „Może więc ten Nobel przychodzi w dobrym dla Polski czasie? Może część przeciwników uzna, że skoro Komitet Noblowski pisze czarno na białym, że to dobra i bezpieczna metoda leczenia, to

uwierzą? A jeśli nawet najbardziej prestiżowa nagroda na świecie nie jest w stanie przekonać zacieklej oponentów, może przynajmniej dać impuls do prac ustawodawczych? I przyczyni się do stworzenia prawa opierającego się na nowoczesnej nauce, a nie ideologii”⁹ – przekonywał Sławomir Zagórski. W podobnym stylu argumentował także Bartosz Arłukowicz. „Każda forma przekonywania do tego, że *in vitro* jest nowoczesną metodą stosowaną w całej Europie i na świecie, jest dobrym sposobem na przełamywanie świadomości społecznej i pewnych uwarunkowań, które są narzucane dzisiaj przez Kościół”¹⁰ – przekonywał poseł w wywiadzie dla dziennika „Polska. The Times”.

Jeszcze mocniej wpisywał Kościół w tę debatę prof. Marian Szamatowicz (skądinąd prywatnie lider listy SLD w Białymstoku). „Uważam, że jest to niedopuszczalne, żeby Kościół w takiej formie ingerował w polskie prawodawstwo. Kościół ma prawo niezbywalne, żeby nauczać zgodnie ze swoją nauką, ale to wszystko powinno się odbywać z ambony, przy konfesjonale. Natomiast stawianie wymogów wobec prawa, żeby doktryny były wcielane do życia, w moim przekonaniu jest to akt absolutnie niedopuszczalny. To w ogóle nie powinno mieć miejsca”¹¹ – grzmiał profesor w wywiadzie dla Polskiej Agencji Prasowej. Formułowanie tego typu opinii ułatwiają zwolennikom zapłodnienia *in vitro* jego przeciwnicy. Nawet w znakomitym skądinąd liście prof. Gadzinowskiego, który odwoływał się głównie do argumentów naukowych, nie mogło zabraknąć wspomnienia o tym, że profesor jest katolikiem i słucha się nauczania Kościoła¹² (tak jakby to miało znaczenie dla cytowanych badań). Tego typu wypowiedzi odwracają jednak uwagę od faktu, że

⁹ S. Zagórski, *Weźmy przykład z Nobla*, „Gazeta Wyborcza” 5.10.2010.

¹⁰ B. Arłukowicz, *Państwo nie może z siebie zrzucić odpowiedzialności za szpitala*, „Polska. The Times” 28.10.2010.

¹¹ Prof. Szamatowicz: nie ma nakazu *in vitro*, nie powinno być zakazu, http://wiadomosci.gazeta.pl/Wiadomosci/1,81048,8559676,Prof_Szamatowicz_nie_ma_nakazu_in_vitro_nie_powinno.html

¹² „Przyłączam się do protestu w sprawie regulacji prawnych dotyczących procedury *in vitro*. Jako katolik uznaję wszystkie argumenty Kościoła Katolickiego” – napisał pan profesor, <http://ekai.pl/wydarzenia/polska/x34229/profesor-gadzinowski-w-protescie-wobec-in-vitro/>

sprzeciw wobec zapłodnienia *in vitro* w najmniejszym stopniu nie wynika z przesłanek religijnych, nie mają nic wspólnego z ideologią, a są wynikiem głębokiej analizy rzeczywistości, która rozbija irracjonalne mity zwolenników zapłodnienia pozaustrojowego metodą *in vitro*.

Ukryte założenia zwolenników *in vitro*

Założenia zwolenników tej metody znakomicie podsumował także jej zwolennik, prof. Zbigniew Szawarski. „Jest rzeczą zrozumiałą, że ludzie pragną mieć dzieci i cierpią, jeśli ich pragnienie nie może być zrealizowane. Naturalne jest też, że podobnie jak w wypadku wszelkich innych cierpień o podłożu organicznym (bądź psychicznym), szukają wtedy pomocy lekarza. (...) Jeśli zatem źródłem cierpienia jest bezpłodność, lekarz powinien zastosować **wszelkie** środki umożliwiające kobiecie posiadanie dzieci. W sytuacji, gdy jedynym sposobem osiągnięcia tego celu jest zastosowanie «inżynierii prokreacyjnej» i dokonanie zapłodnienia pozaustrojowego, lekarz nie powinien mieć żadnych wahań i wątpliwości moralnych” – podsumowuje powszechny sposób myślenia Szawarski, ale konkluduje już w sposób nietypowy: „To jasne, konsekwentne i na pierwszy rzut oka niepodważalne rozumowanie opiera się na trzech przeświadczeniach, które wcale nie są oczywiste. Oto zakłada się, po pierwsze, że człowiek ma prawo do posiadania potomstwa, po drugie, że bezpłodność jest chorobą, i po trzecie, że powinna być zawsze leczona. Wszystkie te założenia mogą zostać sensownie zakwestionowane”¹³. Trzeba też dodać do tej konkluzji, że nawet jeśli przyjąć zasadność przynajmniej części z tych założeń, to i tak zadaniem etyka nie jest stwierdzenie, czy bezpłodność jest chorobą, a to, czy proponowana metoda jego leczenia (czy zastąpienia naturalnych metod ich technicznymi surogatami) jest moralna, czy też nie.

¹³ Z. Szawarski, *Mądrość i sztuka leczenia*, Gdańsk 2005, s. 220.

Ale do takich rozważań w widoczny sposób polscy zwolennicy *in vitro* nie są gotowi. Zamiast tego wolą obrzucać błotem swoich przeciwników, określać ich mianem „bigotów”, „fanatyków” nienadających się za zmianami w nauce itd.¹⁴.

Jeśli uważnie przyjrzeć się jednak tej debacie, to okaże się, że argumentacja Kościoła w sprawie *in vitro* jest racjonalna i szczegółowo uzasadniona, a obrońcy tej techniki (często są to lekarze czerpiący niemałe zyski z „konstruowania dzieci” w ten sposób) ograniczają się do pozbawionych argumentów emocji, które określić można – i jest to dość delikatne określenie – antyracjonalnym dogmatyzmem. Tok rozumowania zwolenników *in vitro* można bowiem podsumować w kilku zasadniczych punktach, z których żaden nie wytrzymuje próby racjonalnej krytyki. 1. każdy ma prawo do posiadania dziecka; 2. jeśli istnieją techniki pozwalające to pragnienie zrealizować, to trzeba (można) to zrobić; 3. prawo powinno opierać się na ludzkich pragnieniach i emocjach.

Czy mamy prawo do posiadania dziecka?

Podstawowym założeniem przyjmowanym przez zwolenników zapłodnienia *in vitro* jest uznanie fundamentalnego prawa do posiadania dzieci przez osoby dorosłe. Prawo to stopniowo poszerza swoje obowiązki, bowiem choć początkowo odnoszono je tylko do par małżeńskich, później rozszerzono je na wszystkie pary heteroseksualne, z czasem zaś objęło także kobiety, które chcą mieć dzieci ze swoimi zmarłymi małżonkami. Tego świętego prawa do posiadania potomstwa nijk nie da się jednak wyprowadzić z racjonalnej analizy rzeczywistości czy badania ludzkich uprawnień. I nie chodzi tu o analizę wyływającą

¹⁴ „Postulat bezwzględnej ochrony życia przy założeniu, że komórka jajowa jest już człowiekiem, splata się tu z niezyciową wizją seksualności, według której nawet masturbacja w celu uzyskania nasienia do *in vitro* narusza godność rodziców i ich potomka. Czuje się w tym fanatyzm. Zapatrzony w «zespolenie małżonków w prawdziwie ludzkim kontekście aktu małżeńskiego» Kościół zamyka oczy na tęsknotę bezpłodnych par za dzieckiem, na wyczerpującą kurację hormonalną, na nadzieję, gdy przystępują do *in vitro* (...). Ale cóż, etyka seksualna Kościoła bywa bezwzględna, jak wtedy, gdy zakazuje prezerwatyw w rejonach pandemii w Afryce”. P. Pacewicz, *Ręka Boga, fanatyzm biskupów*, „Gazeta Wyborcza” 20.12.2007.

z objawienia, ale z czysto racjonalnych analiz Immanuela Kanta. Ten niemiecki filozof przypominał, odwołując się zresztą do najstarszych intuicji moralnych, że człowiek nigdy nie może być środkiem do osiągnięcia jakiegoś celu, powinien on zawsze stanowić cel sam w sobie. Przyjęcie, że dorosły posiada prawo do posiadania dziecka, oznaczałoby zaś traktowanie dziecka jako środka do osiągnięcia celu, jakim jest zadowolenie, spełnienie pragnień (nawet najlepszych) czy samorealizacja innej osoby ludzkiej. Posługując się terminologią wojtyłańską, można by powiedzieć, że w ten sposób dziecko z podmiotu miłości rodziców przekształciłoby się w „przedmiot użycia”¹⁵, zaspokojenia własnych pragnień, zakorzenionych w – naturalnym dla człowieka – egoizmie.

Na owo uprzedmiotowienie relacji do upragnionego, potencjalnego dziecka wskazuje również to, że w realizacji mojego pragnienia nie liczą się zupełnie jego (gdy ze stanu czystej możliwości przejdzie w stan realizacji) interesy czy nawet prawa. Najbardziej podstawowym prawem, jakie jest, a przynajmniej może być, łamane przy procedurze zapłodnienia *in vitro*, jest prawo do życia i istnienia stworzonych w jej trakcie zarodków. Zgoda na to, by ceną za spełnienie mojego, nawet najszczerzego, pragnienia było istnienie kilku, kilkunastu bytów, z których każdy mógłby stać się moim dzieckiem. Ale to nie jedyny dowód na uprzedmiotowienie tejże relacji. „Dziecko ma prawo do tego, by zostać poczęte, by być noszone w łonie matki i wychowywane w małżeństwie. Dzięki pewnemu i uznanemu związkowi z rodzicami może ono odkryć swoją tożsamość i wzrastać w swej ludzkiej dojrzałości”¹⁶ – podkreślają autorzy „Donum Vitae”.

¹⁵ Używanie to można ujmować na dwóch poziomach. W pierwszym z nich „używanie” oznacza „posługiwanie się jakimś przedmiotem działania jako środkiem do celu, do tego mianowicie, do którego dąży działający podmiot”; na drugim poziomie natomiast „używać to znaczy przeżywać przyjemność, tę przyjemność, która w różnych odcieniach łączy się z działaniem oraz z przedmiotem działania”. K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1986, s. 27, 35.

¹⁶ Kongregacja Nauki Wiary, *Donum Vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia*, w: *Posoborowe dokumenty Kościoła katolickiego o małżeństwie i rodzinie*, red. K. Lubowicki, Kraków 1999, t. I, s. 327.

W relacjach międzyosobowych, a za takie uznawać trzeba wszelkie relacje międzyludzkie, nie mogą i nie istnieją prawa do przedmiotowego traktowania innych ludzi. Dlatego też trudno sobie wyobrazić, by zaakceptowane mogło być prawo do posiadania dzieci. Jako podmioty, potencjalne, a z czasem aktualne osoby ludzkie, nie mogą być traktowane jako środki do osiągnięcia celu, jako przedmioty zaspokajające zachcianki rodziców, ale powinny zawsze pozostawać celem samym w sobie. „Pragnienie dziecka nie konstytuuje żadnego prawa do dziecka. Jest ono osobą, która ma godność «podmiotu». Jako takie nie może być ono chciane jako «przedmiot» prawa”¹⁷ – podkreślają autorzy „Karty Pracowników Służby Zdrowia”. Jeśli zaś tak jest, to nie da się mówić o prawie do posiadania dzieci, a jedynie o prawie do podjęcia aktów, które doprowadzić mogą, ale wcale nie muszą, do poczęcia dziecka. Każde rozszerzenie tego prawa, stworzenie z niego prawa do posiadania dziecka oznaczałoby uprzedmiotowienie, sprowadzenie do roli „przedmiotów użycia” innych bytów ludzkich. Pozostaje też niezwykle istotna wątpliwość, czy rzeczywiście język, narracja „praw”, typowa dla naszej cywilizacji, jest najbardziej odpowiednia do mówienia o prokreacji, która pozostaje uczestnictwem w tajemnicy przekazywania życia? Czy w takiej sytuacji nie jest bezpieczniejszym odwołanie się do języka „zobowiązań”, obowiązków, które ciążyą na osobach dorosłych, niż do ich uprawnień¹⁸?

Czy z możliwości wynika godziwość?

Drugie założenie zwolenników *in vitro*, czyli uznanie, że samo istnienie techniki pozwalającej osiągnąć pewien cel jest wystarczającym argumentem za jej stosowaniem, także nie da się obronić. I to nawet jeśli ubierzemy je w bardziej łagodną formę, głosząc, że lekarz powinien

¹⁷ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, par. 25, s. 33.

¹⁸ Zestawienie dwóch typów narracji etycznych zaczerpnięte z R.M. Cover, *Obligation: A Jewish Jurisprudence of the Social Order*, w: *Law, Politics, and Miorality in Judaism*, red. M. Walzer, New Jersey 2006, s. 3–11.

lub wręcz musi wykorzystywać wszystkie dostępne mu metody, by pomóc (coraz częściej oznacza to nie tyle wyleczenie, ile poprawienie samopoczucia) cierpiącemu pacjentowi. W rozumowaniu filozoficznym czy etycznym takie przejście jest zaś nieuprawnione. Fakt, że mogę coś zrobić, nie oznacza, że powinienem to zrobić, a nawet że mam do tego moralne prawo. Mogę zabić, bo jestem w stanie technicznie wykonać cały proces przygotowawczy, ale nie oznacza to, że mam prawo to zrobić. Mogę kraść, ale nie oznacza to, że mam prawo to robić itd. Aspekt możliwości lub nie – dotyczy techniki, a nie etyki czy moralności, która powinna rządzić relacjami międzyludzkimi. Uznanie prymatu możliwości nad godziwością oznacza ostatecznie triumf czysto technicznego stosunku do kwestii moralnych.

Oceniając godziwość działania lekarza, rozpocząć trzeba od pytania o to, jaki jest jego cel oraz jakie są godziwe środki jego realizacji? A może konkretniej: jaki ma być cel działania lekarza w procesie prokreacyjnym? Nie może on zostać jego kreatorem, tym bowiem – przynajmniej w doczesnym rozumieniu – są rodzice i przypadek (jako chrześcijanin powiedziałbym: pierwszą przyczyną jest Bóg, przyczynami pomocniczymi rodzice). Próba zastąpienia ich oznaczałaby wejście nie w swoją sferę. Człowiek bowiem nie może wziąć na siebie odpowiedzialności za istnienie drugiego człowieka. Jak wskazuje niemiecki filozof Robert Speaman, poczęcie jest zawsze następstwem obcowania, a nie wytwarzania. „Gdyby któreś z moich dzieci było na tyle nieszczęśliwe, że zapytałoby mnie: «Dlaczego daliście mi życie?», to mógłbym mu odpowiedzieć wraz z Gottfriedem Bennem: «Nie sądzicie, że o was myślałem, gdy byłem z waszą matką. Kiedy kochaliśmy się, jej oczy były zawsze tak piękne». I mógłbym dodać: «Nie zawdzięczasz swego życia twojej matce i mnie, lecz tej samej naturze, której również ja zawdzięczam swoje życie i której Stwórca powierzył powstawanie nowego życia»¹⁹ – podkreśla Speaman i dodaje, że nie istnieje i istnieć

¹⁹ R. Speaman, *Granice. O etycznym wymiarze działania*, tłum. J. Merecki, Warszawa 2007, s. 488.

nie może „powód” do poczęcia dziecka. W miłości małżonkowie wcale go zresztą nie szukają. Konieczny jest on dopiero przy poczęciu *in vitro*, a jako że nie może być on znaleziony, to i sama metoda jest nieetyczna, także z punktu widzenia lekarza.

Podobnie niedopuszczalne są próby zastąpienia „przypadku”, „chaosu” czy ujmując rzecz po chrześcijańsku – Opatrzności. Fakt bowiem, że rodzą się tacy, a nie inni ludzie zależy przecież w naturalnym procesie od czystego przypadku, którego nie da się przewidzieć. Nasza natura jest zatem przygodna, przypadkowa, jej zdeterminowanie nie jest zależne od woli innych osób. „Zarówno świecka myśl europejskiej nowoczesności, jak i wiara religijna mogły dotąd wychodzić z założenia, że genetyczne zadatki noworodka, a zatem organiczne warunki wyjściowe jego przyszłej biografii, nie podlegają programowaniu ani rozmyślnej manipulacji ze strony innych osób. (...) Tymczasem dziś granice przesuwają się – uchylona zostaje *niemożność rozporządzania* przygodnym aktem zapłodnienia i wynikająca stąd *nieprzewidywalność* kombinacji dwóch zestawów chromosomów. Ta niepozorna przygodność okazuje się jednak – z chwilą, gdy możemy nad nią panować – niezbędnym warunkiem możliwości bycia sobą i zasadniczego egalitaryzmu naszych relacji interpersonalnych. Gdyby bowiem pewnego dnia pożądane wyposażenie genetyczne potomstwa stało się czymś, co można formować, i dorośli projektowałiby według własnego widzimisię odpowiedni model dziecka, to tym samym mieliby wobec swych genetycznie zmianulowanych produktów władzę rozporządzania, która ingeruje w somatyczne podłoże spontanicznego stosunku do siebie i etycznej wolności innej osoby – władzę, która, jak dotąd się wydawało, może być stosowana wyłącznie w stosunku do rzeczy, a nie w stosunku do osób. Wówczas potomkowie mogliby żądać od twórców swojego genomu rozliczeń i przenosić na nich odpowiedzialność za niepożądane ze swojego punktu widzenia skutki ograniczonej sytuacji wyjściowej. Ta nowa struktura odpowiedzialności wynika z zatarcia granicy między osobami a rzeczami – do czego dochodzi już dziś, gdy rodzice upośledzonego dziecka w drodze powództwa cywilnego obarczają lekarzy materialnymi

konsekwencjami błędnej diagnozy prenatalnej i żądają «odszkodowania», jak gdyby upośledzenie, które nastąpiło wbrew medycznym rekomendacjom, równoznaczne było z uszkodzeniem rzeczy»²⁰ – podkreśla Jürgen Habermas.

Pozbawienie procesu tworzenia życia przypadkowości oznacza przypisanie sobie ponadludzkich uprawnień. „Z chwilą, gdy jednak osoba podejmuje nieodwracalną decyzję co do «naturalnego» wyposażenia innej osoby, powstaje nieznaną dotąd relacja międzysobowa. (...) Gdy ktoś podejmuje za kogoś nieodwracalną decyzję, ingerującą głęboko w organiczne zadatki tego kogoś, jest to ograniczenie symetrii odpowiedzialności, zasadniczo istniejącej wśród wolnych i równych osób»²¹ – przestrzega Habermas. A przecież rozmaite działania eugeniczne czy tylko określające treść genetyczną danego dziecka, pozostają integralną częścią procedur zapłodnienia *in vitro*. I nie chodzi tu tylko o te, które przeprowadzane są wyłącznie ze względu na starsze, chore rodzeństwo, ale także o wiele innych, w których dokonuje się selekcji słabszych, nieodpowiednich zarodków ludzkich, którą to procedurę Jan Paweł II określał „eugenizmem selektywnym»²². Najczęstszym jest wybór zdrowszych (cokolwiek to na tym etapie rozwoju znaczy) zarodków do wszczepienia, ale zdarza się również manipulowanie bardziej głębokie: w 2005 roku brytyjski Human Fertilisation and Embryology Authority wydało zgodę na stworzenie ludzkiego zarodku, który pochodziłby od trzech genetycznych rodziców: dwójki matek i jednego ojca (bez zgody na jego doprowadzenie do narodzin)²³.

²⁰ J. Habermas, *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*, tłum. M. Łukaszewicz, Warszawa 2003, s. 20.

²¹ Tamże, s. 21.

²² Jan Paweł II, *Badanie nad genomem ludzkim. Przesłanie do uczestników IV Zgromadzenia Plenarnego Papieskiej Akademii Pro Vita*, w: tenże, *Dziela zebrane*, Kraków 2007, t. V, s. 375.

²³ M. Henderson, *Scientists win Wright to Create Human Embryo with Three Genetic Parents*, „The Times” 9.10.2005.

Źródła prawa

Odczedzenie argumentacji prawnej zwolenników zapłodnienia pozaustrojowego od emocji, obrazów i anegdotek pokazuje, że opiera się ona na jednym fundamentalnym założeniu: „pragnienia ludzkie powinny być spełniane”. Ten ostatni składnik antyracjonalizmu zwolenników *in vitro* wynika z przyjętego przez nich jako dogmat przekonania o tym, że celem wszelkiej moralności jest doprowadzenie do zwiększenia przyjemności (określanej mianem szczęścia) jednostek i ogółu. „(...) celem ostatecznym, ze względu na który pożądanym są wszystkie inne rzeczy (zarówno wtedy, gdy bierzemy pod uwagę nasze własne dobro, jak i cudze), jest istnienie jak najbardziej wolne od cierpień i jak najbardziej bogate w przyjemności. (...) Moralność bowiem można odpowiednio zdefiniować jako zespół takich reguł i przepisów ludzkiego postępowania, których przestrzeganie zapewniłoby w największym stopniu opisane wyżej istnienie nie tylko całej ludzkości, lecz w miarę możliwości wszystkim istotom czującym”²⁴ – przekonywał już w XIX wieku ojciec utilitaryzmu, John Stuart Mill.

Jego system etyczny opierać się musi, jeśli zachować ma choćby minimalną spójność, na założeniu, że cierpienia da się uniknąć, i że jest ono tylko przejściowym utrudnieniem w realizacji celu, jakim jest wieczna przyjemność ludzkości. I Mill wcale tego nie ukrywa. „Jednakże nikt poważny nie wątpi, że to, co stanowi największe, niezaprzeczone zło naszego świata, może być w znacznej mierze usunięte – i jeśli tylko ludzkość będzie szła nadal po drodze postępu – zostanie całkowicie ograniczone”²⁵ – stwierdza brytyjski utilitarysta. I już tylko tak pobieżne zapoznanie się z fundamentem jego myślenia pokazuje, że jest ono utopijne i antyrozumowe. Wiary w to, że z życia ludzkiego da się usunąć cierpienie i ból, nie da się wyprowadzić z obserwacji rzeczywistości, a pozostaje ona jedynie zgrabnym sloganem, który

²⁴ J.S. Mill, *Utilitaryzm*, tłum. A. Kurlandzka, Warszawa 2005, s. 16–17.

²⁵ Tamże, s. 20–21.

niestety usprawiedliwiać może rozmaite zbrodnie, o ile sprawiają one przyjemność silniejszym.

Doświadczenie ostatnich lat uczy również, że oparcie prawa o pędy czy pragnienia rozpoczyna proces nieopanowanych zmian. Warto tu przypomnieć, że obecnie prawa do dzieci poczętych w ten sposób domagają się osoby homoseksualne, pary głuchych lesbijek chcą mieć dziecko również głuche, powstają już nie tylko banki spermy, ale nawet banki embrionów (a z tego wynika, że już ludzie na najwcześniejszym etapie rozwoju podlegają handlowi) itd. Każdy zaś z nowych pomysłów nie tylko niemal natychmiast zostaje spełniony, ale także znajduje taką lub inną formę etycznego usprawiedliwienia próśb. A powodem są zawsze te same histeryczno-emocjonalne argumenty: mam prawo do dziecka, mam prawo, by było ono takie jak ja, a lekarz czy naukowiec ma mi to umożliwić. W świecie, w którym moje chęci są najważniejsze, argumenty przeciw takim zachowaniom niemal zawsze trafiają w próżnię. Tyle tylko, że o ile histerię u rodziców można usprawiedliwić, o tyle lekarze powinni posługiwać się racjonalnym i moralnym osądem rzeczywistości, i mieć świadomość choćby tego, że pewne decyzje naukowe o charakterze moralnym mają znaczenie społeczne, a nawet antropologiczne²⁶.

Powrót do myśli klasycznej

Na zakończenie trudno nie postawić pytania, czy w debacie publicznej możliwy jest powrót do normalnego dyskursu moralnego, który opierałby się nie na emocjach, a na racjach, który respektowałby metodologiczne ograniczenia poszczególnych nauk czy nie zastępowałby analizy etycznej techniczną. G. Sartori nie daje na to zbyt wielkich szans. Jego zdaniem, tego, że telewizja wychowuje nas do myślenia,

²⁶ B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochylej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin 2000, s. 336.

nie da się już zmienić. A to ma katastrofalne skutki dla debaty. „Najpierw stworzyliśmy w chorym procesie edukacji swoistą lumpeninteligencję, proletariat intelektualny o lichej wartości umysłowej. Przez długi czas ten proletariat umysłowy pozostawał na marginesie, potem rosnąc w siłę i liczbę, zdominował powoli szkoły, przerwał wszelkie tamy podczas «rewolucji kulturalnej» 1968 roku. (...) wreszcie znalazł dla siebie znakomity grunt kulturowy w rewolucji medialnej. Skądinąd jest to rewolucja o charakterze technicznym, opiera się wyłącznie na nowych wynalazkach. Nie potrzebuje ona mędrców, nie wiedziałyby nawet, co zrobić z myślącymi umysłami. (...) wystarczyło zaledwie kilka dziesięcioleci dla stworzenia myśli czczej, klimatu umysłowej mętności. Wielkie armaty oddają salwę w umysłową pustkę”²⁷ – podkreśla Sartori.

Jeśli jednak mamy uciec z przestrzeni „myśli czczej”, konieczny jest powrót do klasycznych wersji etyk opartych na racjonalnej analizie, kontemplacji, a nie utylitarnej wykorzystywaniu rzeczywistości, także oddzielonych od pozostałych rodzajów dyskursów naukowych murem metodologicznych rozróżnień. Nie bez znaczenia jest także otwarcie się na głębię, jaką oferuje nauce czy dyskursom religia. Ta ostatnia nie jest bowiem przestrzenią obskurantyzmu czy ideologii, ale miejscem, w którym wieki rozwoju intelektualnego zaszczyły odmienne od naukowego postrzeganie świata. Ta odmienność gwarantuje choćby ostrożność wobec „wielkich sukcesów nauki”, które łatwo przemieniają się w „wielkie porażki”. Odzyskiwanie przestrzeni dyskursu publicznego wiązać się powinno jednak nie tylko z jasnym przypominaniem, jak wielkie zasługi dla nowożytnych i postnowożytnych totalitaryzmów (ale i będących „lekką zakamuflowanymi totalitaryzmami” demokracji laickich) ma nieograniczona przez etykę i religię nauka, ale także z pokazywaniem, że etyczne mury wznoszone wokół badań nie tylko ich nie spowalniają, ale nierzadko wręcz im służą.

²⁷ G. Sartori, dz.cyt., s. 88.

Nie mniej istotne jest wprowadzanie do dyskursu publicznego jasnego przypomnienia o tym, że potencjalne (jak na razie tylko potencjalne) pozytywy biotechnologii mają potencjalny, a także całkiem już realny, ciemny rewers. Metoda *in vitro* daje ludziom dzieci, ale... za cenę życia kilkudziesięciu innych osób, za cenę zmiany definicji ojcostwa i macierzyństwa i wreszcie nieprzeliczalnych zmian społecznych. Czysto naukowe niewiadome, które powodują, że część badań biotechnologicznych nie da się pogodzić z fundamentalną zasadą każdej etyki medycznej – *primum non nocere* – łączyć się powinny w dyskursie rzeczywiście naukowym z jasnym przypominaniem, że u podstaw pewnych technik medycznych leżą ukryte (być może nieświadomione przez samych badaczy) założenia, które całkowicie zmieniają rozumienie człowieczeństwa. Czy jesteśmy w stanie to zrobić? To pytanie, jako dziennikarz, wolę pozostawić otwartym. Ale obserwując tempo kolejnej wielkiej rewolucji komunikacyjnej, nie widzę na to wielu szans. Może więc zamiast szukać argumentów, trzeba w debacie publicznej nauczyć się budzić emocje?

Noty o autorach

Ks. prof. dr hab. Marian Machinek

Kierownik Katedry Teologii Moralnej i Katolickiej Nauki Społecznej na Wydziale Teologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Pełni również funkcję wiceprzewodniczącego Stowarzyszenia Teologów Moralistów. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Bioetycznego i redaktorem naczelnym naukowego rocznika Wydziału Teologii UWM – „Forum Teologiczne”. Aktualne obszary badawcze Ks. Profesora to: wybrane zagadnienia bioetyczne, antropologia teologiczna i problematyka prawa naturalnego.

Prof. dr hab. Bogdan Chazan

Aktualnie dyrektor Szpitala Ginekologiczno-Położniczego im. Świętej Rodziny w Warszawie. Z bogatej drogi zawodowej, naukowej i społecznej należy wspomnieć, że: był dyrektorem Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie oraz kierownikiem Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Instytutu Matki i Dziecka. Od 1998 do 2001 r. był specjalistą krajowym w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Jest członkiem zespołu ekspertów, który na zlecenie Ministerstwa Zdrowia opracował program pt. „Poprawa opieki perinatalnej w Polsce”. Jest autorem licznych prac i opracowań naukowych z dziedziny położnictwa i ginekologii. Czynnie działa w organizacji lekarzy ginekologów Mater Center International w Ghanie i Kenii oraz pomaga w koordynowaniu opieki położniczej.

Dr Tadeusz Wasilewski

Lekarz specjalista położnictwa i ginekologii i naprotechnologii. Założyciel kliniki leczenia niepłodności małżeńskiej NaproMedica, która działa od 1 stycznia 2009 r. w Białymstoku. Wcześniej przez 14 lat specjalizował się w technikach wspomaganego rozrodu, po czym zrezygnował z tej formy leczenia z przyczyn etycznych.

Dr Jerzy Umiastowski

Lekarz internista, biochemik oraz bioetyk. Od 1996 r. członek korespondent Papieskiej Akademii Pro Vita w Watykanie. W latach 1993–2005 przewodniczący Komisji Etyki Lekarskiej Naczelnej Rady Lekarskiej. Od 1989 do 1993 r. Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku. Przewodniczył zespołowi opracowującemu projekt polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Przez wiele lat uczestniczył w obradach COMETH (Stała Konferencja Narodowych Komitetów Bioetycznych lub Ciał Równorzędnych Rady Europy). Współpracował z European Group on Ethics w Brukseli – organem doradczym Unii Europejskiej. Aktualnie reprezentuje Polskę w CDBI (Komitet Sterujący do Spraw Bioetyki Rady Europy w Strasburgu). Jest przewodniczącym Niezależnej Komisji Bioetycznej do Oceny Eksperymentów Medycznych przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku.

Biskup Zbigniew Kiernikowski

Ordynariusz siedlecki, bibliista, wykładowca w Papieskim Uniwersytecie Urbaniana (1987–2002) i Angelicum (1993–2005), rektor Papieskiego Instytutu Polskiego w Rzymie (1987–2002), profesor nadzwyczajny Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Autor książek: *Dwoje jednym ciałem w Chrystusie*, Warszawa 1999; *Eucharystia i jedność*, Częstochowa 2000; *Posługiwanie ojcostwu Boga*, Warszawa 2001; *Kościół wspólnotą odkupionych grzeszników*, Kraków 2003; *Dobra nowina dla grzesznika*, Pelplin 2004; *Światło i moc liturgii* (t. I, II i III), Warszawa–Siedlce 2004, 2005 i 2007; *Ciało i krew Pana*, Warszawa–Siedlce 2007; *Światło na mojej ścieżce*, Siedlce 2007.

Dr Tomasz Terlikowski

Doktor filozofii, dziennikarz, publicysta, tłumacz i działacz katolicki. Redaktor naczelny portalu FRONDA oraz członek redakcji kwartalnika FRONDA. Pracował w „Newsweeku”, Radiu Plus, redakcji katolickiej TVP („Między ziemią a niebem”), dzienniku „Życie” (2004), tygodniku „Ozon” (2005–2006), gdzie był zastępcą redaktora naczelnego, dzienniku „Rzeczpospolita” (do 2008 r.) i tygodniku „Wprost” (2008–2009). Od 2004 r. jest redaktorem naczelnym Ekumenicznej Agencji Informacyjnej ekumenizm. pl. Prowadzi magazyny historyczne w TVP Historia. Jest autorem i redaktorem kilkunastu książek.

ISBN 978-83-60976-74-6