

Wacław Stanisław Chomik

Bezpłodność małżeńska jako cierpienie i próby jej przezwyciężenia

Collectanea Theologica 68/1, 107-128

1998

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

WACŁAW STANISŁAW CHOMIK OFM

BEZPŁODNOŚĆ MAŁŻEŃSKA JAKO CIERPIENIE I PRÓBY JEJ PRZEWYCIĘZENIA

Pragnienie dziecka przez małżonków jest czymś naturalnym: wyraża się w nim powołanie do ojcostwa i macierzyństwa wpisane w miłość małżeńską. Jeśli para małżeńska jest dotknięta nieuleczalną bezpłodnością, to pragnienie staje się jeszcze silniejsze i towarzyszy mu głębokie cierpienie. Bezpłodność jest ciężką próbą dla kochających się małżonków, nic też dziwnego, że spoglądają oni z ufnością i nadzieją na postęp nauk biologiczno-medycznych, które umożliwiają zabiegi techniczne w celu uzyskania poczęcia i rozwoju życia. Pozwalają one pozyskać ludzkie życie w inny sposób niż przez stosunek płciowy mężczyzny z kobietą. Czy wobec tego są moralnie godziwe w rozwiązaniu problemu cierpienia powodowanego bezpłodnością? Czy w ogóle są szansą przewyćżenia tego rodzaju cierpienia?

1. Faktografia cierpienia niepełnych małżonków

Jest wiele małżeństw, które cierpią z powodu niepłodności fizycznej, udaremniającej ich naturalne i słuszne nadzieje na posiadanie dziecka. U większości z nich rozpoznanie niepłodności wywołuje głębokie załamanie. Co innego bowiem wybrać bezdzietność świadomie, co innego być do niej zmuszonym ograniczeniami swojego ciała. W ostatnich dwudziestu pięciu latach częstość występowania niepłodności fizycznej w populacji wzrosła ponad dwukrotnie. Podczas gdy na początku lat sześćdziesiątych jedynie około 8% młodych małżeństw nie było zdolnych do skutecznego zapłodnienia, obecnie co szósta, a nawet co piąta młoda para pragnąca mieć dziecko nie może zrealizować tego zamiaru¹.

¹ V. Corazza i inni (red.), *Podręczna encyklopedia zdrowia. Dolegliwości i symptomy choroby, badania i leczenie, jak sobie pomóc*, Katowice 1995, s. 726. W literaturze na ten temat można spotkać różne dane, np. Deutschen Bischofskonferenz,

O niepłodności można mówić wówczas, gdy po roku do dwóch lat regularnego współżycia płciowego, bez używania środków antykoncepcyjnych, kobieta nie zachodzi w ciążę. Należy tu mieć na uwadze zjawisko niepłodności pierwotnej albo wtórnej. Pierwszy przypadek zachodzi wtedy, gdy przy normalnym pożyciu i pragnieniu dziecka ciąża się nie pojawia, mimo upływu dłuższego czasu, a drugi, gdy do ciąży raz już doszło, lecz potem zaistniały przyczyny, które spowodowały niepłodność².

Błędne jest wyobrażenie, że „winę” za niemożność posiadania dziecka w większości przypadków ponosi kobieta. Zaburzenia płodności występują równie często u kobiet i u mężczyzn, a w 1/3 przypadków przyczyna zostaje niewyjaśniona. W 40% przypadków niepłodności małżeńskiej przyczyna leży po stronie męża³ i może polegać na utrudnieniu lub uniemożliwieniu spółkowania i niezdolności do zapłodnienia. Pierwszą trudność powodowana jest m.in. urazem zewnętrżnych narządów płciowych, zaburzeniami wzdodu prącia i wytrysku nasienia, natomiast niemożność zapładniania zwykle ma swoją przyczynę w wadzie nasienia⁴. Ogólnie biorąc, płodność męska jest olbrzymia: w jednym wytrysku nasienia znajduje się przeciętnie około 200 milionów plem-

Katholischer Erwachsenen-Katechismus, Bd. 2: *Leben aus dem Glauben*, Bonn 1995, s. 373, wymienia od 10-15% małżeństw bezpłodnych; o 15% mówi I. Roszkowski (red.), *Zdrowie kobiety*, Warszawa 1983, s. 284; natomiast J. Strojnowski, *Bezdzielnosc*, w: F. Gryglewicz i inni (red.), *Encyklopedia Katolicka*, Lublin 1985, t. 2, kol. 346, wskazuje na 10-20% par bezpłodnych; zdaniem E. Szumiło, *Rodzina w oczekiwaniu na adopcję*, w: A. Czarnocki i inni (red.), *XVIII Międzynarodowy Kongres Rodziny*, Warszawa 1994, s. 550: W Polsce około 20% małżeństw ma trudności w posiadaniu własnego potomstwa.

² K. Wiśniewska-Roszkowska, *Zbudować małżeńskie szczęście*, Marki-Struga k. Warszawy 1995, s. 126; I. Roszkowski (red.), *Zdrowie kobiety*, s. 284. Wiele przyczyn niepłodności kobiecej pierwotnej i wtórnej można dziś rozpoznać przez zastosowanie w klinice ginekologicznej tzw. laparoskopii. Rejestracja zabiegu laparoskopowego techniką wideo umożliwia wielokrotną i szczegółową analizę stanu anatomicznego narządu rodowego kobiety. W badaniu tym kolejno ocenia się macicę, oba jajowody i jajniki, zatokę Douglasa, otrzewną miednicy mniejszej oraz pozostałe narządy jamy brzusznej. Korzyści wynikające z zastosowania laparoskopii w diagnostyce niepłodności są bezsporne, jednak należy zauważyć, że „jest to badanie inwazyjne, obciążone możliwością wystąpienia powikłań”; P. Kamiński, *Zastosowanie laparoskopii w niepłodności*, „Służba Zdrowia” 6 (1994) s. 15.

³ Taki odsetek podają m.in. H. David (red.), *Wörterbuch der Medizin*, s. 1695; K. Wiśniewska-Roszkowska, *Zbudować małżeńskie szczęście*, s. 126; natomiast o 30% mówi I. Roszkowski (red.), *Zdrowie kobiety*, s. 284.

⁴ I. Roszkowski (red.), *Zdrowie kobiety*, s. 284-286.

ników, przy czym 70-80% z nich powinno wykazać się prawidłową budową i ruchliwością. Im więcej ujawni się plemników martwych, nieruchomych czy zwyrodniałych, tym mniej jest wartościowe nasienie, które może być w końcu zupełnie bezwartościowe⁵. Najistotniejszym kryterium płodności jest liczba plemników. W wyniku ich zmniejszenia maleje szansa pokonania przez nie naturalnych barier, jak błony śluzowej szyjki macicy, środowiska jamy macicy i jajowodu. W niektórych przypadkach, choć bardzo rzadko, w organizmie kobiety mogą powstać przeciwciała przeciwko plemnikom mężczyzny. A kiedy płyn nasienny pozbawiony jest plemników, zapłodnienie jest zupełnie niemożliwe⁶.

U kobiet natomiast mniej więcej w 60% przypadków niepłodność powodowana jest zaburzeniami hormonalnymi, których konsekwencją jest patologia jajnika. Może to być zaburzenie dojrzewania komórki jajowej, brak jajczkowania lub niezdolność zapłodnionej komórki jajowej do osiągnięcia jamy macicy. Około 30% wszystkich przyczyn niepłodności stanowi upośledzona drożność jajowodu lub ograniczona ruchomość jego rząsek w okolicach jajnika⁷. Jakkolwiek przekazywanie życia może się wydawać cudownie prostym, automatycznym niejako ukoronowaniem aktu miłości małżeńskiej, to przytrafiają się w naturze ludzkiej trudności, nieszczęśliwe wypadki, zwłaszcza gdy jajowód jest uszkodzony. Ta mała cienka rurka, która łączy jajnik z macicą, jest wyścielona błoną śluzową zaopatrzoną w drobne rząski, która niczym

⁵ K. Wiśniewska - Roszkowska, *Zbudować małżeńskie szczęście*, s. 126.

⁶ V. Corazza i inni (red.), *Podręczna encyklopedia zdrowia*, s. 729. Zaburzenia wrodzone u mężczyzny są rzadkie. Należą do nich głównie niezstąpienie jąder (u 5 noworodków płci męskiej jądra nie znajdują się w worku mosznowym) i obecność dodatkowego chromosomu X (zespół Klinefeltera). Częstsze są natomiast zaburzenia nabyte, jak np. zaburzenie hormonalnej czynności jądra już w dzieciństwie lub okresie dojrzewania, zapalenie jąder wywołane świnką, kiłą lub jakimś urazem, „przegrzanie” jąder w sytuacji noszenia zbyt ciasnych spodni, używania sauny lub zbyt ciepłej pościeli itp.

⁷ *Tenże*, s. 731. Autor ponadto wyjaśnia, iż do dysregulacji hormonalnej u kobiet często doprowadza zarówno ich otyłość, która powoduje, że jajnik wręcz „topi się” w otaczającej go tkance tłuszczowej, jak i niedowaga, szczególnie z racji podjętej diety bezmięsnej i bezmlecznej. Innymi czynnikami potencjalnie zaburzającymi regulację hormonalną są różne leki, np. używane w leczeniu chorób psychicznych i preparaty zawierające hormony, nadużywanie alkoholu i nikotyny, stresy fizyczne i psychiczne. Zarastanie światła jajowodu natomiast może być następstwem przebytych procesów zapalnych, które najczęściej są spowodowane zakażeniami przenoszonymi drogą płciową lub zabiegiem operacyjnym, np. wyrostka robaczkowego lub torbieli jajnika. Jeszcze inną przyczyną może być przebyta ciąża jajowodowa lub zabieg sterylizacyjny. Por. także I. Roszkowski (red.), *Zdrowie kobiety*, s. 286-290.

ruchomy dywan przesuwają wielką bezwładną komórkę, jaką jest jajeczko, na spotkanie tysięcy plemników, jakby nieustraszonych żeglarzy pokonujących całą trasę narządów rodnych. Wśród plemników tylko jeden przebijając przezroczystą strefę komórki jajowej, która natychmiast zmienia swój charakter i staje się nieprzepuszczalna dla innych plemników, w związku z czym dopiero co poczęta istota jest właśnie tą jedyną i niepowtarzalną, a nie mieszaniną wielu istot. Niestety, tenże jajowód, w którym zwykle zaczyna się życie, może być uszkodzony, a najczęściej zatkany na skutek zapalenia⁸.

Niepłodność żeńska wyraża się w podwójnej niezdolności: zajścia w ciążę i donoszenia płodu⁹. W obu przypadkach szkodliwe działanie mają substancje toksyczne znajdujące się w środowisku, ale niezwykle ich destrukcyjny charakter dostrzec można w fazie rozwojowej płodu w łonie matczynym. Oblicza się, że 30-60% wszystkich ciąż kończy się przed czasem, wiele już w pierwszym miesiącu. Szacuje się również, iż zatrucie środowiska jest przyczyną około 20-30% przedwczesnego odejścia wód płodowych, a przy okazji porodów przedwczesnych można we krwi matki i płodu wykazać obecność związków chemicznych z grupy chlorowanych węglowodorów. Z tego powodu zwiększone ryzyko powikłań okołoporodowych występuje m.in. u pielęgniarek oddziałów onkologicznych, lekarek i pielęgniarek mających kontakt ze środkami narkozy ogólnej, pracowników fabryk obuwia, które stykają się bezpośrednio z różnymi rozpuszczalnikami i klejami¹⁰.

Przyczyny występowania niepłodności pozostają wciąż jeszcze nie wyjaśnione do końca, istnieje bowiem bardzo niewiele dostatecznie udokumentowanych badań na ten temat. Na podstawie dostępnych różnorodnych źródeł informacji można założyć m.in. negatywny wpływ

⁸ J. Lejeune, *Etyka i genetyka*, w: A. Czarnocki i inni (red.), *XVIII Międzynarodowy Kongres Rodziny*, s. 460-461. Autor – wybitny lekarz, naukowiec i wykładowca podstaw genetyki, pierwszy spośród odkrywców przyczyn chorób chromosomowych (m.in. odkrył przyczynę zespołu Downa), członek American Academy of Arts and Sciences oraz Papieskiej Akademii Nauk (+1994) – dopowiada: Trzeba stwierdzić – a tego nie dowiedzie się ze zwyczajnej prasy, a nade wszystko z prasy sensacyjnej – że gdy obecnie mówi się o bezpłodności jajowodowej, ma się na myśli szereg chorób przekazywanych drogą seksualną, chorób wenerycznych, na które zapadalność do tego stopnia wzrosła wraz z rozwiązłością płciową, że ten typ bezpłodności stał się groźny dla współczesnych społeczeństw”.

⁹ „Niepłodność” (bezpłodność), S. Bogusłowski i inni, *Mała encyklopedia medycyny*, Warszawa 1987, t. 2, s. 763. U kobiet występują także okresy niepłodności fizjologicznej, tj. przed pokwitaniem, po przekwitaniu, bezpośrednio przed i po miesiączce.

¹⁰ V. Corazza i inni, *Podręczna encyklopedia zdrowia*, s. 726.

zanieczyszczeń środowiska naturalnego oraz obciążeń psychosocjalnych zarówno na samo zapłodnienie, jak i na późniejszy rozwój płodu. Znaczący jest jednak wpływ toksycznych substancji znajdujących się w środowisku pracy. Przesłanką przemawiającą za tym stwierdzeniem są objawy częstego występowania niepłodności w pewnych grupach zawodowych. Do najbardziej zagrożonych grup należą rolnicy, sadownicy, leśnicy, którzy używają chemicznych środków ochrony płodów ziemi, roślin, drzew, pracownicy laboratoriów i zakładów chemicznych, lekarze anestezjolodzy i pielęgniarki anestezjologiczne, pracownicy przemysłu tekstylnego i skórzanego, malarze pokojowi, hutnicy ołowiu i miedzi. Stopień niepłodności wzrasta u osób mających kontakt z metalami ciężkimi: rtęcią, kadmem, ołowiem, środkami owado- i chwastobójczymi. Pewne jest, że szeroko rozpowszechnione dziś chlorowane węglowodory (m.in. w wodzie pitnej, żywności, środkach czystości) mają właściwości plemnikobójcze, a także szkodliwie oddziałują na czynność gruczołów płciowych promienie jonizujące (np. w badaniach rentgenowskich)¹¹.

Szukając przyczyn niepłodności należy także wziąć pod uwagę fakt, iż wiele dziś małżeństw „odkłada” posiadanie dzieci na okres późniejszy, po odpowiednim „ustawieniu się” w życiu, zwłaszcza zawodowym. Ten fakt przyczynia się mniej więcej do 30 zwiększenia się częstości występowania bezpłodności, gdyż wraz z wiekiem słabnie biologiczna zdolność mężczyzny i kobiety do rodzicielstwa¹².

Innym niezwykle niepokojącym zjawiskiem przyczynowym jej zaistnienia jest sztuczne poronienie (aborcja). Stanowi ono wstrząs neurohormonalny na skutek brutalnego złamania ciążyowej równowagi ustrojowej, tak iż oprócz nader częstych zaburzeń w psychice kobiety, może prowadzić także do znacznego uszkodzenia macicy, jej przebicia i innych powikłań. Pospolite są zwłaszcza lekkie zapalenia i zakażenia jajowodów z następowym ich zarastaniem, częściowym lub całkowitym, i bezpłodnością. Jeśli kureta aborcjonisty (narzędzie do łyżeczkowania macicy) zadraśnie lub przetnie zbyt głęboko okolicę ujścia jajowodu, tworzy się blizna, która często powoduje niedrożność; gdy stanie się to przy ujściu obu jajników, wówczas kobieta jest niepłodna. Dziś stwierdza się poważny odsetek przypadków, w których przerwanie ciąży jest przyczyną wtórnej niepłodności kobiecej¹³. W społeczeństwie

¹¹ *Tamże*, s. 726, 1018.

¹² *Tamże*, s. 726-728.

¹³ K. Wiśniewska-Roszkowska, *Erotyka a religia*, Wrocław 1988, s. 164-165, mówi o 70% takich przypadków. Ten wysoki odsetek wydaje się niewiarygod-

amerykańskim na przykład zauważono, iż względne zagrożenie wtórną niepłodnością wśród kobiet, które poddały się aborcji, było 3-4 razy większe niż u tych, które nie doznały sztucznego poronienia. Zaobserwowano także sześciokrotny wzrost bezpłodności u kobiet stosujących wkładki i spirale domaciczne¹⁴.

U mniej więcej 25% wszystkich małżeństw stwierdza się także psychogenne¹⁵ przyczyny niepłodności. Czasem w grę wchodzi zupełnie banalne sprawy, jak sam przebieg stosunku płciowego, niewłaściwa interpretacja dni płodnych i niepłodnych. Pewną rolę odgrywać mogą zaburzenia erekcji, trudności w osiągnięciu orgazmu oraz przedwczesny wytrysk u mężczyzn, które wpływają na jakość współżycia seksualnego. Istotny wpływ na układ hormonalny i związane z nim zachowanie seksualne mogą mieć różne stresy, związane m.in. z przemęczeniem pracą zawodową, stanami znacznych napięć psychicznych i fizycznych, używaniem i nadużywaniem leków. Stresem może być także samo pragnienie posiadania dziecka¹⁶ albo nawet jedynie zakładanie możliwości bezpłodności. Napięcie z tym związane, poczucie winy z powodu nieposiadania własnego dziecka oraz silna presja spełnienia oczekiwań wobec współmałżonka, rodziny czy otoczenia, zniewala psychicznie małżonków. Jeżeli emocje są silne i powtarzające się, mogą prowadzić do zmian chorobowych w rozmaitych czynnościach ludzkiego organizmu. Zrozumiałe jest więc łączenie zaburzeń funkcjonowania układu hormonalnego, tak fundamentalnego przy poczęciu dziecka, z przyczynami natury emocjonalnej¹⁷.

O tym, jak duże znaczenie mają tu zasygnalizowane oraz inne (trudne do określenia) czynniki psychogenne, świadczy wynik badań przeprowadzonych w Berlinie: spośród tysiadczy kobiet, które zgłosiły się po poradę z powodu niepłodności, prawie połowa zaszła w ciążę już po pierwszej rozmowie z lekarzem, bez stosowania jakiegokolwiek leczenia. U następnych 25% kobiet cel został osiągnięty jeszcze przed zakończeniem badań diagnostycznych; jedynie 28% kobiet wymagało leczenia. Badania także wykazały, że

ny (być może błąd drukarski?), tym bardziej że sama autorka znacznie go obniża w artykule: *Nie kupujcie „Encyklopedii wychowania seksualnego”*, „Niedziela” 48 (1995) s. 23: „W wyniku powikłań poaborcyjnych niepłodność obejmuje 10-13% przypadków”. W 1974 r. Minister Zdrowia Czechosłowacji (B. Stipal) stwierdził, „że ok. 25% kobiet, które „przerwały” swoją pierwszą ciążę, pozostały ostatecznie niepłodnymi”, B. – J. Wilke, *Aborcja, Pytania i odpowiedzi*, Gdańsk 1991, s. 111.

¹⁴ B. – J. Wilke, *Aborcja*, s. 111-112.

¹⁵ Por. I. Roszkowski (red.), *Zdrowie kobiety*, s. 288.

¹⁶ V. Corazzaini, *Podręczna encyklopedia zdrowia*, s. 726-728.

¹⁷ E. Szumiło, *Rodzina w oczekiwaniu*, s. 550.

u kobiet, które ostatecznie zrezygnowały z leczenia niepłodności, 39% zaszło w ciążę w ciągu 15 miesięcy od zaprzestania leczenia. Rozładowanie napięcia psychicznego było bardziej owocne niż wszystkie próby postępowania lekarskiego. Podobnie działa decyzja o adopcji dziecka. Również i w tym przypadku kobieta często rodzi długo oczekiwane dziecko¹⁸.

Zwykle małżeństwo pragnienie mieć dziecko. Z tego względu lekarska diagnoza niepłodności odbierana jest przez osobę zainteresowaną jako ciężka choroba, w dodatku zmniejszająca poczucie własnej wartości. Bezpłodność traktowana jest jako utrata szans przeżycia macierzyństwa i ojcostwa, pogrzebanie możliwości życia rodzinnego i przedłużenia własnego „ja”, pozbawienie marzeń i nadziei. Podobnie jak w przypadku utraty kogoś bliskiego dominuje smutek i żal, tak w sytuacji bezpłodności dominuje uczucie smutku i cierpienia. Proces tego przygnębiającego doświadczenia może trwać miesiące lub lata. Po pierwszym szoku „chory” próbuje się okłamywać. Wiele bezdzietnych małżeństw szuka innych lekarzy w celu weryfikacji rozpoznania lub znalezienie skuteczniejszych metod leczenia. W czasie leczenia niepłodności współżycie seksualne często staje się wymuszone, zdarza się bowiem, że partner (partnerka) unika współżycia z powodu braku lub osłabienia popędu. Kryzys pożycia małżeńskiego przenosi się na inne dziedziny życia. Każda natomiast zastraszona nowinka w dziedzinie leczenia bezpłodności staje się nadzieją na rozwiązanie beznadziejnej dotychczas sytuacji. Niestety, zazwyczaj doprowadza to do kolejnego, jeszcze głębszego rozczarowania. Zdarza się również, że zachowanie innych ludzi przyczynia się jeszcze do pogłębienia i utrwalenia uczucia bezsilnej złości, zazdrości, a nawet winy. Obiegowy pogląd, że kobieta tylko wtedy jest prawdziwą kobietą, jeżeli urodziła dziecko, staje się groźnym „niewypałem”, który w przypadku niepłodności doprowadza do niebezpiecznego wybuchu poczucia niemożności i niedowartościowania, a w gruncie rzeczy – najgłębszego cierpienia¹⁹ („głębokiego dramatu”²⁰).

¹⁸ V. C o r a z z a i inni, *Podręczna encyklopedia zdrowia*, s. 727-728.

¹⁹ *Tamże*, s. 727-729. W każdym przypadku braku upragnionego dziecka postępowanie powinno się rozpoczynać od przebadania nie tylko kobiety, ale i mężczyzny. Najbardziej właściwym postępowaniem jest wspólna wizyta u lekarza specjalizującego się w leczeniu niepłodności. W każdym jednak przypadku trzeba się liczyć ze zmuszonym postępowaniem trwającym około trzech do sześciu miesięcy, polegającym na codziennym pomiarze temperatury ciała kobiety oraz wielu innych badaniach. Wymagany wówczas „seks na polecenie” o określonej porze może osłabiać przeżycia seksualne obu małżonków, a nawet powodować depresję. Skupienie się przez lekarza jedynie na „sukcesie technicznym” może doprowadzić do wielu problemów między partnerami.

²⁰ E. S z u m i ł o, *Rodzina w oczekiwaniu*, s. 551.

Cierpienie niektórych małżonków nie kończy się nawet z chwilą, kiedy w łóżysku znajdzie się upragnione dziecko. Przeprowadzone w 1980 roku badania w populacji berlińskiej wykazały u kobiet, które poddawały się leczeniu bezpłodności, częstsze występowanie powikłań ciąży, powikłań okołoporodowych oraz koniecznych interwencji operacyjnych w czasie porodu. Aż pięciokrotnie częściej pojawiają się u nich wymioty, które w 20% przypadków nie ustępują nawet po porodzie. Okres karmienia naturalnego jest zwykle krótszy niż normalnie. Nie znikają problemy z partnerem, a wręcz przeciwnie: częstość rozwodów w tej grupie małżeństw jest trzykrotnie wyższa niż w pozostałej populacji²¹.

Z omówienia tej problematyki dają się wysunąć dwa wnioski: bezpłodność małżeńska jest 1) cierpieniem całego człowieka i 2) niekwestionowanym złem ontycznym. Jeśli mężczyzna i kobieta doświadczają cierpienia z powodu niepłodności (pierwotnej czy wtórnej), to dotyka ono ich całej osobowości. To jest znacznie więcej, aniżeli choroba w sferze cielesnej. Ten rodzaj cierpienia dotyka samej „głębi małżonków”: przekracza ich sferę biologiczną, sięga psychiki i ducha ludzkiego, przy czym chodzi tu bardziej o ból natury duchowej (moralnej), a nie tylko o jego wymiar „psychiczny”. Jeśli bezpłodność fizyczną trudno jeszcze dziś objąć wystarczającą terapią, to cierpienie moralne z jej powodu wydaje się mniej identyfikowane i poddawane leczeniu²². Niepłodność nie może być odbierana wyłącznie jako cierpienie somatyczne. Trzeba koniecznie zmieniać ukształtowaną jednostronnie mentalność, istniejącą także w świecie lekarskim, według której pojęcie rozrodczości utożsamiane jest z seksualnością tylko cielesną, a bezpłodność jest wyłącznie skargą „ze strony ciała”²³.

Cierpienie z powodu bezpłodności małżeńskiej jest wreszcie niekwestionowanym złem. Można je zinterpretować jako „brak dobra” (potomstwa). Małżonkowie cierpią z powodu zła, które jest jakimś brakiem, ograniczeniem lub wypaczeniem dobra; albo inaczej: cierpią z racji dobra, które nie jest ich udziałem, od którego zostali niejako odcięci lub którego sami się pozbawili. Cierpią w szczególności wówczas, kiedy to dobro, w normalnym porządku rzeczy, winno być ich udziałem, a nie jest. Tak więc w chrześcijańskim rozumieniu bezpłodno-

²¹ V. C o r a z z a i i n n i, *Podręczna encyklopedia zdrowia*, s. 728.

²² Por. J a n P a w e ł II, List apost. *Salvifici doloris* o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia, 11 lutego 1994, „L'Osservatore Romano” 1-2 (1984) s. 3-8, n. 5.

²³ V. C o r a z z a i i n n i, *Podręczna encyklopedia zdrowia*, s. 727.

ści tę rzeczywistość cierpienia tłumaczyć należy przez zło, które zawsze w jakiś sposób odniesione jest do dobra²⁴.

2. Faktografia prokreacji wspomaganej medycznie

Niewątpliwie dziecko wzmacnia małżeńską miłość. Osoby rozkochane w sobie chcą mieć nie tylko „coś wspólnego” (np. własne mieszkanie), ale przede wszystkim „kogoś”, kto będzie w sposób szczególny „ich” – jako owoc wspólnej decyzji i miłosnego czynu. Nie może być nic bardziej wspólnego i osobistego dla małżonków niż ich dziecko, jedyny w swoim rodzaju żywy pomnik wzajemnej miłości²⁵. Nic też dziwnego, że przeżywając cierpienie z racji niepłodności, z ufnością spoglądają na coraz bardziej rozwijające swoją skuteczność techniki zapłodnienia pozaustrojowego.

Do Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych Akademii Medycznej w Białymstoku zgłasza się wiele bezdzietnych par małżeńskich. Ośrodek znany jest w Polsce, zwłaszcza od momentu, w którym 12 listopada 1987 r. przyszło na świat pierwsze dziecko „pod mikroskopem”. Tu nikt nie mówi o „sztucznym zapładnianiu”; nazywa się je techniką „wspomaganego rozrodu”, stosowaną w sytuacjach, zdawałoby się bez wyjścia, albo „zapłodnieniem pozaustrojowym”²⁶. Jeśli nawet precyzyjność w doborze słów ma być „warunkiem sukcesu”²⁷, to jednak nie przekreśla to faktu, iż realizacja programu zapłodnienia pozaustrojowego w białostockim ośrodku dokonuje się metodą „sztucznego” przekazywania życia, czyli w inny sposób, niż przez stosunek płciowy mężczyzny z kobietą. W języku medycyny mówi się w takim przypadku o poczęciu *in vitro* (w szkle, w probówce, w retorcie, w inkubatorze) i używa się skrótowego określenia metody: IVF – łac. *In Vitro Fecundatio* (ang. *In Vitro Fertilization*); ze względu na cały program: FIVET(E) – łac. *Fecundatio In Vitro Et Transferatio Embryonis* (ang. *Fertilization In Vitro & Embryo-Transfer*). Program takiego zapłod-

²⁴ Por. *Salvifici doloris*, 7.

²⁵ J. B i l e w i c z, *Dobro dużej rodziny*, „Niedziela” 52-53 (1995) s. 8.

²⁶ P. W a l e w s k i, *Ostatnia szansa*, „Służba Zdrowia” 6-7 (1994) s. 22. Do innych polskich ośrodków stosujących tę metodę prokreacji należą: I Klinika Położnictwa i Chorób Kobietych AM w Bydgoszczy, Klinika Położnictwa i Ginekologii Śląskiej AM w Bytomiu oraz Prywatna Przychodnia Lekarska „nOvum” w Warszawie.

²⁷ *Tamże*.

nienia pozaustrojowego oznacza, iż najpierw podaje się kobiecie preparaty powodujące wystąpienie owulacji, a następnie zbiera się (kolekcjonuje) dojrzałe jajeczka za pomocą laparoskopu. Od mężczyzny pobierane jest nasienie przez zastosowanie masturbacji. Następnie miesza się jajeczka z plemnikami, by spowodować połączenie się gamety męskiej i żeńskiej w jedną komórkę. Nowo powstałe, małe ludzkie zarodki są umieszczane w jamie kobiecej macicy z nadzieją, że się zakorzenia (tj. nastąpi implantacja) i będą wzrastać²⁸.

Technika „wspomaganego” rozrodu w ośrodku białostockim zakłada połączenie gamet męskich i żeńskich poza organizmem kobiety-matki, czyli w warunkach laboratoryjnych. Stosuje się ją w kilku sytuacjach klinicznych, m.in. w przypadku a) uszkodzeń jajowodów; b) nieskutecznie leczonej endometriozy; c) zmniejszonej liczby plemników lub ich blokady w wędrówce z pochwy w kierunku jajowodu; d) niepłodności leczonej bezskutecznie przez wiele lat. Dopiero bezsilność terapeutyczna przy stosowanych wcześniej metodach naprawczych ośmiela zespół medyczny, by proponować cierpiącym z powodu bezpłodności zapłodnienie pozaustrojowe. Dla pełnego sukcesu tej metody technicznie istotnym warunkiem jest przynajmniej jeden funkcjonujący prawidłowo jajnik, z którego można pobrać komórkę jajową oraz sprawna macica, pełniąca dla embrionu rolę naturalnego inkubatora. W przypadku mężczyzny, jego nasienie powinno zawierać w 1 mililitrze co najmniej 20 milionów plemników, z których więcej niż 60% będzie ruchomych.

Realizacja programu „wspomaganego rozrodu” rozpoczyna się dla każdej pacjentki z chwilą wystąpienia u niej krwawienia miesięcznego, zgodnie z indywidualnym rytmem biologicznym kobiety. Ponieważ w cyklu fizjologicznym rozwija się tylko jeden pęcherzyk, pacjentka przyjmuje leki, by sposobem stymulacji farmakologicznej przełamać naturalną fizjologiczną barierę i uzyskać większą liczbę pęcherzyków w jajniku. Gdy wszystko układa się pomyślnie, pobiera się komórki jajowe. Zabieg ten dokonuje się za pomocą ultrasonografu. Polega on na wprowadzeniu igły punkcyjnej do pęcherza moczowego i przez jego ścianę trafia do pęcherzyków jajnikowych, po to, by pobrać do strzykawki komórki jajowe wraz z płynem pęcherzykowym. Zostają one następnie przeniesione do pracowni embriologicznej. U ponad 90%

²⁸ B. – J. W i l l k e, *Aborcja*, s. 70; por. P. W a l e w s k i, *Ostatnia szansa*, s. 22-23.

pacjentek udaje się skutecznie pobrać komórki jajowe. Wypłukane potem z płynu pęcherzykowego, ocenione pod mikroskopem pod względem jakości oocytów, umieszczone są w inkubatorze, gdzie w ciągu czterech godzin kończą dojrzewanie.

W tym czasie przygotowywane jest nasienie męża pacjentki lub dawcy, uzyskane przez masturbację; jest ono płukane, gdyż plemnik, by móc zapłodnić komórkę jajową, musi zmienić swoją strukturę biochemiczną i parametry ruchu. Fizjologicznie ten tzw. proces kapacytacji odbywa się w macicy, w białostockim natomiast przypadku – w laboratorium, i trwa około trzech godzin.

W kolejnym etapie techniki „wspomaganego rozrodu” do komórek jajowych dodaje się plemniki. Z praktyki wynika, że do jednej komórki jajowej dodawanych jest około 50 tysięcy plemników; zależy to zresztą od jakości nasienia; jeśli jest „słabe”, plemników potrzeba więcej. Taki zestaw jest już bezpośrednim aktem zapłodnienia komórek jajowych; dokonuje się go w temp. 37°C i trwa niecałą dobę. Jest przy tym oczywiste, że „natura” sama dokonuje dzieła biologicznego połączenia. Lekarz pełni w tym momencie rolę obserwatora; ogląda, jak plemniki penetrują komórki wzgórka jajonośnego, obserwuje pojawienie się przedjądrzy i pierwsze podziały. Szybko jednak przestaje być zwyczajnym obserwatorem i przyjmuje rolę technika, który, jeśli trzeba, wyklucza tzw. zapłodnienia polispermiczne, kiedy zamiast dwóch przedjądrzy pojawiają się przykładowo trzy. Takie embriony ulegają wykluczeniu z dalszego procesu rozwojowego, gdyż z nich rozwijałyby się patologiczne płody ludzkie. Te zarodki, które są w stadium 4 i 8 blastomerów (pierwsze komórki zarodkowe), przenoszone zostają do macicy (transfer, transplan-tacja) i tym samym rozpoczyna się ostatni etap programu. W macicy umieszcza się maksymalnie trzy zarodki; pozostałe, zapasowe (mniej więcej dziesięć), zostają zamrożone. Gdy okazuje się, że umieszczone w jamie macicy zarodki się nie przyjęły, pacjentka wraca do ośrodka, by już bez rozpoczynania stymulacji i ponownej punkcji otrzymać drugą część swoich embrionów. Ciąża rozpoczęta w drodze zapłodnienia *in vitro* należy do grupy podwyższonego ryzyka. Lekarze z utęsknieniem oczekują pierwszego sygnału klinicznego, który ją potwierdzi: jest nim widoczny w ultrasonografie pięciotygod-niowy płód i jego bijące serce. W ośrodku białostockim jednak miarodajnym kryterium powodzenia metody „wspomaganego roz-rodu” nie są testy ani obrazy diagnostyczne, ale urodzone żywe

i zdrowe dziecko; należy bowiem pamiętać, że metoda ta daje wciąż stosunkowo wysoki odsetek poronień²⁹.

Zapłodnienie *in vitro* jest już w Polsce poza fazą eksperymentu. Sukces polskich specjalistów, związany z datą 12 listopada 1987 r., dzięki któremu przyszło na świat dziecko (dziewczynka) poczęte laboratoryjnie³⁰, nie jest oczywiście pierwszym tego rodzaju doświadczeniem w świecie. Protagonistą jest ośrodek medyczny w Oldham w Wielkiej Brytanii, w którym w 1978 r. urodziła się Louise Brown. Jeśli nawet jej poród odbył się za pomocą cesarskiego cięcia, to jednak było ono tylko elementem wspomagającym, by nie zaprzepaścić tej szczególnej chwili dla historii nauki i cywilizacji. Kilka miesięcy potem urodziło się drugie dziecko w Australii, następne w USA (grudzień 1981), Francji (1982), Włoszech (styczeń 1983) itd.³¹. Louise Brown jest dzieckiem całkowicie normalnym i zdrowym. Wie o swoim pochodzeniu i nie wydaje się, by ta świadomość w jakikolwiek sposób zakłócała jej rozwój. Na świecie żyje dziś kilkanaście tysięcy dzieci poczętych w warunkach zapłodnienia pozaustrojowego; duża część z nich rozwijała się w organizmach tzw. matek zastępczych i także u tych dzieci nie dostrzeżono w rozwoju nieprawidłowości³².

Technika zapłodnienia pozaustrojowego może mieć dwa warianty: *FIVET* a) heterologiczny i b) homologiczny. W obu przypadkach ma się na uwadze metodę, stosowaną celem doprowadzenia do poczęcia

²⁹ Cały ten faktogram przedstawia P. W a l e w s k i, *Ostatnia szansa*, s. 22-23, na podstawie rozmowy z lekarzami – polskimi pionierami techniki „wspomagania rozrodu”. Pełny opis nowych technik prokreacji stosowanych w świecie dostarcza m.in. J. T e s t a r t, *Przejrzysta komórka*, Warszawa 1990; P. S i n g e r – D. W e l l s, *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*, Warszawa 1988; podstawową faktografię ujmując skrótowo E. K o w a l s k i, *Antropologiczne podstawy moralnej oceny zapłodnienia pozaustrojowego*, „Horyzonty Wiary” 11 (1992) s. 19-25.

³⁰ Wyprzedził ją wprawdzie chłopiec urodzony w Szczecinie, ale należy zauważyć, że poczęty został metodą „*in vitro*” w Zagrzebiu, w byłej Jugosławii. Informację podaje M. I ł o w i e c k i w przedmowie do wydania polskiego książki J. T e s t a r t a, *Przejrzysta komórka*, 6.

³¹ D. T e t t a m a n z i, *Bambini fabbricati. Fertilizzazione in vitro, embryo transfer*, Piemme 1985, s. 16-17, z przypisem 4; por. t e n ż e, *Louise Brown, la fecondazione in vitro e alcune considerazioni morali*, „Anime e Corpi” 6 (1978) s. 399-418. Bardzo interesujący zapis wydarzeń i snuty na ich tle refleksji, związanych z urodzeniem się we Francji „Amadynki”, dostarcza czytelnikowi polskiemu sam autor sukcesu: J. T e s t a r t, *Przejrzysta komórka*.

³² Zob. M. I ł o w i e c k i w przedmowie do książki J. T e s t a r t a, *Przejrzysta komórka*, 6-7.

ludzkiego, przez połączenie „w próbówce” komórki jajowej i nasienia. Różnicę obu wariantów określa tożsamość dawcy gamety; w pierwszym przypadku jest nim ktoś, kto nie jest związany z partnerem węzłem małżeńskim, a w drugim – jego małżonek/małżonka. Jest jeszcze inna możliwość zastosowania *FIVET-u*, związana z pojęciem „macierzyństwa zastępczego”. Przez wyrażenie „matka zastępcza” rozumie się: a) kobietę, która nosi w ciąży embrion przeniesiony do jej łona, który genetycznie biorąc jest jej obcy, ponieważ uzyskany został przez połączenie gamet „ofiarodawców”; b) kobietę, która nosi w ciąży zarodek, dla zrodzenia którego ofiarowała jajo zapłodnione spermą mężczyzny różnego od jej męża. W każdym z tych przypadków istnieje obowiązek oddania dziecka po urodzeniu temu, kto je zamówił lub uzgodnił z nią ciążę³³.

Z upowszechnionych informacji wynika, iż w białostockim ośrodku medycznym preferencyjne zastosowanie ma *FIVET* homologiczny, choć wariant *heterologiczny* jest też proponowany osobom zainteresowanym; tylko 10% zgłaszających się tu pacjentek zapładniana jest nasieniem męża. Kiedy zdarza się, że za niepowodzenie metody wspomaganego rozrodu „odpowiedzialne” jest nasienie męża, wtedy za zgodą małżonków wykonuje się próbę krzyżową, aby nie mieć już żadnych wątpliwości: do dwóch pobranych komórek jajowych dodaje się plemniki męża a do dwóch nasienie anonimowego dawcy; gdy zarodki powstaną tylko w drugim przypadku, lekarze są pewni, że mąż pacjentki jest nieplodny. W przypadku poważnego zastrzeżenia względem nasienia męża daje się małżonkom możliwość skorzystania z tzw. banku nasienia. Wykorzystanie plemników anonimowego dawcy jest tu traktowane jako swoistego rodzaju „adopcja”, przy czym w normalnej adopcji przyjmuje się do rodziny ukształtowane w pełni dziecko, a w tym przypadku jakby tylko jego połowę, pochodzącą od innego mężczyzny³⁴.

3. Czy technika *FIVET* godziwie rozwiązuje problem cierpienia?

Właściwy cykl *FIVET-u* zaczyna się z początkiem menstruacji u pacjentki i kończy, niestety, kolejną miesiączką w ośmiu przypadkach

³³ Por. Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae* o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia, 22 lutego 1987, „L'Osservatore Romano” 3 (1987) s. 19-24.

³⁴ P. Walewski, *Ostatnia szansa*, s. 23.

na dziewięć³⁵, czyli bez ciąży, co oznacza 11% skuteczności metody. Jeśli nawet w ośrodku polskim jej owocność jest wyższa, bo szansa rozpoczęcia ciąży zdarza się u 20% niepłodnych kobiet, to czy technika „wspomaganego rozrodu” jest właściwym lekarstwem na cierpienie związane z niepłodnością małżeńską? Z pewnością nie wolno lekceważyć cierpienia bezpłodnych par, ale co z tymi cierpiącymi małżonkami, których pragnienie nigdy nie zostanie zaspokojone, choćby ze względu na poważne koszty związane z techniką zapłodnienia pozaustrojowego? Lekarze z ośrodka w Białymstoku oceniają, że na pełną realizację programu pacjentka musi wydać ok. 1 200 zł. (starych 12 milionów złotych). Bywa tak, że pierwsze fazy programu udają się wspaniale, ale zarodki nie przyjmują się w macicy. Wtedy nie pozostaje nic innego, jak tylko ponawiać próby do skutku; jedna z pacjentek tego ośrodka zaszła w ciążę dopiero przy jedenastej próbie. Być może trzeba było tak wielkiej ceny, by ukończyć jej ból powodowany niepłodnością, ale trzeba przy tym pamiętać, że stosowana metoda prokreacji wspomagananej medycznie daje wciąż stosunkowo wysoki odsetek poronień³⁶.

Cena, jaką płaci się za wyzbycie się cierpienia, nie może być jednak wystarczającym kryterium dla wydania sądu moralnego o stosowanych dziś technikach zapłodnienia pozaustrojowego. Jest tu dotąd przemilczana inna cena, nieproporcjonalnie większa od tej, jaką płacą w złotych (czy dolarach) bezpłodni małżonkowie: cena *embrionów* ludzkich! W ocenie moralnej perspektyw przezwyciężenia tego cierpienia ludzkiego za pomocą techniki należy się o nie upomnieć. „Zygota”, „zarodek”, „embrion” i „płód” wskazują w słowniku biologii na kolejne etapy rozwoju istoty ludzkiej. Używając tych terminów należy im przypisać identyczną wartość moralną: to „istota ludzka”, która winna być szanowana jako „osoba” od pierwszej chwili swojego istnienia. Taka właśnie natura (tożsamość, status) embrionu ludzkiego nakazuje odnosić się z dezaprobatą moralną do wszystkich działań laboratoryjnych, w których zmierza się do selekcji embrionów i ich eliminowania ze względów eugenicznych. Kiedy zamiast dwóch przedjadry pojawiają się przykładowo trzy, wiadomo, iż będą się z nich rozwijały patologiczne zarodki; oczywiście, że z technicznego punktu widzenia można „wykluczyć” tzw. polispermiczne zapłodnienia, eliminując takie embriony. Zresztą nie jest to praktyka obca ośrodkowi białostockiemu, w którym ukształtowało się przekonanie, iż takie embriony należy eliminować³⁷.

³⁵ J. T e s t a r t, *Przejrzysta komórka*, s. 139.

³⁶ P. W a l e w s k i, *Ostatnia szansa*, s. 23.

Za tym właśnie przekonaniem kryje się cena, którą trzeba dodać do tej, jaką płaci pacjentka za cały program „wspomaganego rozrodu”. Tymczasem w tej kalkulacji nie wolno przemilczeć, że niewspółmierną cenę płaci *nasciturus*, czyli nowo poczęty człowiek! Zresztą, nie jeden, bo co dzieje się z tymi, które idą do „banku embrionów” jako nadliczbowe?

Nietrudno zrozumieć, że technika „wspomaganego rozrodu” oprócz celu, jakim jest uzdrowienie małżonków z cierpienia powodowanego ich bezpłodnością, kieruje się też innym szczególnym celem: eugenicznym. Przez selekcję embrionów zmierza się do tego, aby proszącej o to parze nie tylko dać upragnione dziecko, ale by dać jej dziecko doskonałe (*perfect child*). Nie jest to wcale problem nowy; propozycje eugenistyczne były już formułowane w ubiegłym stuleciu przez „ruch eugenistyczny”, kiedy selekcji embrionów nie przeprowadzano jeszcze za pomocą techniki *FIVET-u*. Binet-Sanglé na przykład w swoim dziele o znaczącym tytule *Les Haras humains* (1918 r.) proponował zwerbować na świecie 40 mężczyzn niezonatych („dobrych rodzicieli”, aby mogli zapłodnić niektóre niezamężne kobiety, wybrane spośród młodych kobiet przynależących do elit narodowych. Metoda selektywnego rozrodu miała być przeprowadzona w następujący sposób: 3 zapłodnienia co 10 dni, co daje liczbę 108 w roku, mogącym zapewnić 3 320 ciąż rocznie. Ten specyficzny rodzaj selekcji z motywów eugenicznych, jeszcze nie „pod mikroskopem” i na embrionach, został nazwany przez Charlesa Richeta, laureata Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny, „spokojnym rasizmem” (w jego dziele: *La selection humaine*, 1919 r.). Owa idea została wykorzystana szczególnie w okresie nazizmu w Niemczech, w celu wyłączenia ze społeczności „jednostek nieczystych rasowo”, z posunięciem się aż do sterylizacji czy eutanazji osób umysłowo chorych. Te wątki historyczne to tylko fragment tendencji eugenistycznych w świecie, które dziś, dzięki technikom biomedycznym, znalazły swoje praktyczne zastosowanie w selekcji embrionów ludzkich³⁸.

Od momentu, w którym komórka jajowa zostaje zapłodniona, rozpoczyna się nowe życie. Ono nie jest życiem ojca lub matki, lecz nowej istoty ludzkiej, rozwijającej się niezależnie od nich. Nie stałaby się ona nigdy istotą ludzką, gdyby nie była nią od samego początku. Jest to

³⁷ Tamże, s. 22.

³⁸ E. Sgreccia, *Sztuczna prokreacja a eugenizm*, „Ethos” 27 (1994) s. 96-97. Por. S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie katolickiej*, Częstochowa 1986, s. 152-153.

teza oczywista dla logiki rozumu ludzkiego, a współczesna wiedza genetyczna ją potwierdza. Ta właśnie wiedza wykazuje, że od pierwszej chwili zapłodniona komórka ma ustalony tzw. genotyp, czyli program rozwojowy istoty żyjącej, konkretnego człowieka z jego cechami charakterystycznymi dobrze już określonymi. Od momentu zapłodnienia jaja w każdym z nich rozpoczyna się historia życia ludzkiego, które z biegiem czasu będzie się już tylko rozwijać³⁹. Wynika stąd, że cierpienie z powodu bezpłodności nie może być ukojone pasmem cierpień zabitych istot ludzkich (także ze względów eugenicznych), zanim uda się eksperyment laboratoryjny; nawet jeśli specjaliści wolą nazywać go technicznym „wspomaganiem rozrodu”.

Bezpłodność jest niewątpliwie złem, a cierpienie nią powodowane można interpretować „brakiem dobra”. W takiej koncepcji małżonkowie cierpią z racji braku dobra (potomstwa), które nie jest ich udziałem, od którego zostali niejako odcięci lub którego sami się pozbawili, np. przez grymas natury prowokującej bezpłodność pierwotną lub przez osobistą decyzję uprzedniej aborcji, nie przewidując powikłań powodujących niepłodność wtórną. *FIVET* jest metodą techniczną, która stoi po stronie dobra niepłodnych małżonków; nie szanuje ona jednak dóbr „osoby ludzkiej”, której tożsamość zapisana jest w każdym embrionie. Stechnicyzowany sposób myślenia, jaki ujawnia się w zespole białostockim, opowiada się wyraźnie jednostronnie, tzn. po stronie dóbr osób cierpiących z racji bezpłodności, gdyż nieetyczne byłoby odmawianie pomocy kobietom, które [po nią] przychodzą. A dobro istot ludzkich w embrionalnej fazie rozwoju? Czy nie ma tu etycznych wątpliwości? Naturalnie, że są, ale trzeba je przyjąć do wiadomości, podczas, gdy w ośrodku medycznym przyjąć ich się nie chce („... Nie przyjmuję ich do wiadomości”)⁴⁰.

Wątpliwości natury moralnej, które trzeba też przyjąć do wiadomości, wiążą się ze sposobem uzyskiwania spermy. Wszystko odbywa się w małym pokoiku, w którym dawca spędza kilka intymnych chwil, mając do dyspozycji kasety wideo z filmami erotycznymi. Tego rodzaju silna stymulacja polepsza jakość ejakulatu. Z białostockim „bankiem

³⁹ Takiego zdania jest Kościół katolicki ustosunkowując się do toczących się dyskusji na temat początku życia ludzkiego, ujednostkowienia istoty ludzkiej i jej osobowej tożsamości, zob. m.in. *Donum vitae*, I, 1. Nie jest ono bynajmniej obce w świecie medycyny, zob. R. K l i m e k, *Termodynamiczne rozważania nad początkiem duchowego życia człowieka*, „Ginekologia Polska” 2 (1990) s. 90-97.

⁴⁰ P. W a l e w s k i, *Ostatnia szansa*, s. 23.

nasienia” utrzymuje stały kontakt 80 mężczyzn do 35 roku życia, którzy oddają nasienie kilka razy w miesiącu; oczywiście odpłatnie – dawca może otrzymać jednorazowo 50 zł (starych 500 tysięcy złotych), w zależności od jakości nasienia⁴¹. Nie tylko handel spermą jest tu motywem niegodziwości, ale przede wszystkim masturbacja sama w sobie. Choć metoda zapłodnienia pozaustrojowego posługuje się nią jako środkiem do osiągnięcia zamierzonego celu i „niestety... narusza pewne założenia doktryny Kościoła katolickiego”, to jednak w ośrodku w Białymstoku specjaliści mają swoje racje utylitarne. Oczywiście, że nie trzeba koniecznie polemizować z doktryną Kościoła, ale po co „z ubolewaniem stwierdzać, że gdy na świecie próbuje się dostosowywać ją do osiągnięć współczesnej medycyny, u nas [w Polsce] czyni się wysiłki, aby postępować odwrotnie”⁴². Otóż dokument Kościoła katolickiego *Persona humana*, który swym zasięgiem ogarnia cały świat, nie zamierza bynajmniej „dostosowywać się” do dzisiejszej mentalności technicznej i stanowczo stwierdza:

„Masturbacja jest aktem wewnątrznie i ciężko nieuporządkowanym. Twierdzenie to bierze się z przeświadczenia, że bez względu na świadomy i dobrowolny motyw użycie władz seksualnych poza prawidłowym pożyciem małżeńskim w sposób istotny sprzeciwia się ich celowości. W takich przypadkach brakuje bowiem relacji seksualnej wymaganej przez porządek moralny, która urzeczywistnia w *kontekście prawdziwej miłości pełny sens wzajemnego oddania się sobie i przekazywania życia ludzkiego*”⁴³.

⁴¹ *Tamże*; według przepisów międzynarodowych nasienie jednego dawcy może być wykorzystane do otrzymania maksymalnie sześciu ciąż, by nie dopuścić do przypadkowego krzyżowania się genotypów. Oblicza się, że w prywatnym „banku nasienia” w Białymstoku znajduje się 20 tysięcy porcji nasienia, które w ciekłym azocie mogą pozostać przez dwadzieścia lat. G. B. Garbelli, *Fecondazione artificiale*, w: L. Rossi – A. Valsecchi (ed.), *Dizionario enciclopedico di teologia morale*, Roma 1987, s. 1343, zwraca uwagę na badania dawców nasienia, przeprowadzone w byłej Jugosławii w 1973 r. Wykazały one, że wszyscy dawcy mieli silne poczucie odpowiedzialności względem dzieci urodzonych przy udziale ich spermy. 1/3 z nich nie ukrywała pragnienia, by poznać swoje dziecko; 10% ujawniło poczucie winy z powodu dania swojego nasienia. Znany jest też przypadek pewnego Duńczyka, który został umieszczony w szpitalu psychiatrycznym z powodu prześladowanej go idei, że wszystkie dzieci, które spotyka, są przez niego poczęte. Psychiatrzy dostrzegają u dawców nasienia psychozę o niepewnej przyszłości ich dzieci, a z drugiej strony dręcząca ich świadomość ojcostwa bez rodziny. Ich zdaniem, by zachować równowagę psychiczną, dawcy nie powinni się angażować więcej niż 5-6 razy, a także dlatego, by nie dopuścić do ryzyka zawarcia małżeństw przez osoby mające tego samego ojca.

⁴² P. Walewski, *Ostatnia szansa*, s. 23.

Z określenia, że masturbacja jest „aktem wewnętrznie i ciężko nieuporządkowanym”, wynika, iż zło tego czynu istnieje obiektywnie. Potraktowanie tego zła jako środka do celu, czyli do pokonania cierpienia wywołanego niepłodnością i urodzenia upragnionego dziecka, nie zmienia go w swej istocie. Pomimo najczystszych i najszlachetniejszych intencji lekarzy, odwołujących się do potrzeby rozwoju medycyny, i pacjentów z utęsknieniem oczekujących potomstwa, masturbacja nie stanie się nigdy środkiem dobrym. Bez względu na świadomy i dobrowolny motyw użycie władz seksualnych poza prawidłowym życiem małżeńskim w sposób istotny sprzeciwia się ich celowości, tak iż subiektywne intencje (motywy) osób zainteresowanych nie są w stanie zmienić zła, które istnieje obiektywnie⁴³.

Jeżeli użycie władz seksualnych harmonizuje z ich celowością wewnętrzną tylko w prawidłowym życiu małżeńskim, to metoda „wspomagane go rozrodu” tego warunku moralnego nie spełnia, choć świadczy o możliwościach sztuki medycznej. Jej niegodziwość nie wynika z samego faktu, że jest to technika laboratoryjnego zapłodnienia, a w gruncie rzeczy „sztucznego”. Kryterium jej odrzucenia moralnego jest głębszy, bo wyrasta z samej „prawdy” o człowieku, a w konsekwencji logicznej z miłości małżeńskiej i odpowiedzialnego rodzicielstwa.

„Przekazywanie życia ludzkiego jest powierzone przez naturę aktowi osobowemu i świadomemu i jako takie jest poddane najświętszym prawom Bożym, prawom niezmiennym i nienaruszalnym, które wszyscy powinni przyjąć i zachować. Nie można więc używać środków ani iść za metodami, które mogą być dozwolone w przekazywaniu życia roślin i zwierząt”⁴⁵.

Jest to punkt najdelikatniejszy w pojmowaniu całego antropologicznego i moralnego charakteru technik zapładniania pozaustrojowego, mających być środkiem do wyeliminowania cierpienia powodowanego niepłodnością. Owe techniki oddzielają wymiar prokreacyjny aktu

⁴³ Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja *Persona humana* o niektórych zagadnieniach etyki seksualnej, 7 listopada 1975, w: *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966-1994*, Tarnów 1995, s. 100, n. 9.

⁴⁴ W bardzo przystępny sposób zasadę, że „cel nie uświęca środków”, tłumaczy m.in. J. Tischner w: K. B u k o w s k i – J. T i s c h n e r, *Katechizm religii katolickiej*, t. 9, Wrocław 1981, s. 185-187.

⁴⁵ J a n XXIII, Enc. *Mater et Magistra* o współczesnych przemianach społecznych w świetle nauki chrześcijańskiej, 15 maja 1961, AAS 53 (1961) s. 447, III, 3b; cytacja za *Donum vitae* (wstęp, 4), gdzie znajduje swoją interpretację w kontekście stosowanych dziś szeroko technik biomedycznych.

małżeńskiego od wymiaru jednoczącego małżonków. Aby dobrze zrozumieć istniejący tu problem antropologiczno-moralny, trzeba przyjąć dwie elementarne prawdy: 1) akt prokreacyjny człowieka jest aktem „osobowym”, a nie tylko biologicznym; aktem, który daje początek „osobie ludzkiej”, a nie tylko organizmowi biologicznemu; 2) osobowy akt prokreacyjny powinien być wyrażony przez całą osobę i przez dar osób w ciełe, w którym ten dar się objawia i zyskuje znaczenie, a co dokonuje się tylko dzięki samej strukturze płciowej osoby, mężczyzny i kobiety. Z tych podstawowych założeń antropologicznych, przyjętych przez światły umysł ludzki, wynika, iż akt prokreacyjny nie może być aktem czysto biologicznym, ani aktywnością typu produkcyjnego („pod mikroskopem”), typową dla przedmiotów. Aby mógł on być aktem personalistycznym odpowiedzialnej płciowości i międzyludzkiej wzajemności, musi realizować się przez dar osobowy, czyli dar, który przekracza i przemienia fakt biologiczny współżycia małżeńskiego przez wymiar duchowy. Tego wymiaru duchowego, niestety, nie można wykrzesać z techniki typu produkcyjnego ani z laboratoryjnego kojarzenia gamet. Ponadto należy zawsze przyjmować tę prawdę, że ludzki akt prokreacyjny jest wyrazem stwórczego aktu Boga, i to z dwóch racji: 1) ponieważ Bóg wyznaczył i utworzył w osobie ludzkiej i w jej strukturze płciowej i wspólnotowej miejsce prokreacji; 2) sam Bóg uczestniczy wyraźnie w stwarzaniu bezpośrednim duchowego „ja” nowo poczętego dziecka, które nie może być owocem tylko ludzkiej aktywności.

Z tych racji prokreacja pozaustrojowa, zastępując akt zjednoczenia małżeńskiego techniką „wspomaganego rozrodu”, jest czymś obcym i sprzeciwia się a) godności osobowej małżonków; b) godności poczętego i zrodzonego dziecka oraz c) woli Stwórcy. Niewątpliwie jest ona wyrazem współczesnego sukcesu medycyny, w tym także zespołu w ośrodku białostockim. Ponieważ jednak oddziela duchowy wymiar zjednoczenia małżeńskiego od wymiaru biologiczno-zapłodnieniowego, przez wprowadzenie w relację między małżonkami kogoś obcego, nie wytrzymuje krytyki moralnej i musi spotkać się ostatecznie z dezaprobatą⁴⁶.

To już prawie cały wiek od czasu, kiedy Święte Oficjum Kościoła Katolickiego, na pytanie dotyczące słuszności moralnej sztucznego zapłodnienia małżonki („An adhiberi possit artificialis mulieris fecundatio?”), wypowiedziało dezaprobatę: „Non licere”⁴⁷. Wydawałoby się,

⁴⁶ E. S g r e c c i a, *Sztuczna prokreacja*, s. 111-113.

iż nauczanie Kościoła szybko ulegnie zmianie (specjaliści z Białegostoku też mają takie życzenie), tym bardziej że w różnych ośrodkach medycznych świata osiągnięto skutek pozytywny urodzeń tzw. „dzieci z probówek”. I choć cierpienie niepełnych małżonków z powodu braku dziecka stwarza dziś psychologicznie przychylny klimat dla technik zapłodnienia pozaustrojowego, to jednak Kościół niezmiennie uznaje, że są one nie do przyjęcia z punktu widzenia moralnego, ponieważ oddzielają prokreację od prawdziwie ludzkiego kontekstu aktu małżeńskiego⁴⁷.

Sprzeciw moralny względem prokreacji wspomaganą medycznie nie jest też obcy w samym świecie medycznym. Przykładowo J. Testart, francuski pionier badań nad sztucznym zapłodnieniem i „ojciec” pierwszego „dziecka z probówki” urodzonego we Francji, zrezygnował z kontynuowania własnych, świetnie się zapowiadających badań:

„Przyszedł czas zrobienia pauzy, czas samoograniczenia się uczonych. [...] Upřednio zapłodnienia in vitro miały ściśle określoną funkcję – było danie dziecka bezpłodnej matce. W przyszłości – która już nadchodzi – będziemy próbowali wyprodukować dziecko o odpowiednich cechach, wedle określonej miary. [...] Żądam praw także dla logiki nieodkrywania, dla etyki niebadania. Przestańmy udawać, że same badania naukowe są neutralne, że tylko ich zastosowania mogą być dobre lub złe”⁴⁸.

Pragnienie posiadania dziecka, jakie kryje się za bezpłodnością małżonków, stanowi zrozumiałe motywacje, by rozwiązać problem własnego cierpienia przez odwołanie się do rozwiązań medycznych. Do samej istoty medycyny należy przecież wyzwalać człowieka z jego bólu. Subiektywnie dobre intencje, niestety, nie są w stanie sprawić, by prokreacja wspomaganą medycznie metodą *FIVET* stała się zgodna z obiektywnymi zasadami moralnym, tj. uznającymi nierozzerwalną jedność prokreacji z prawdziwie ludzkim aktem małżeńskim. Bezpłodność, jakkolwiek byłaby jej przyczyna, jest ciężką próbą cierpienia, które trzeba rozumieć, ale także właściwie się do niego ustosunkować, nie negując obiektywnych kryteriów moralnych.

⁴⁷ AAS 29 (1896/97) s. 704; por. D. Tettamanzi, *Bambini fabbricati*, 157.

⁴⁸ Jan Paweł II, Enc. *Evangelium vitae* o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego, 25 marca 1995, „L'Osservatore Romano” 4 (1995) n. 14; por. W. S. Chomik, *Ekologiczna wymowa encykliki „Evangelium vitae”*, w: A. Młotek – T. Reroń (red.), *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki „Evangelium vitae”*, Wrocław 1995, s. 101.

⁴⁹ Cytacja za M. Iłowieckim w przedmowie do książki J. Testarta, *Przejrzysta komórka*, 19-20.

Do istotnych kryteriów przy ocenie moralnej zapłodnienia *in vitro* należy też dobro i prawo dziecka; ma ono być owocem aktu właściwego miłości małżeńskiej jego rodziców i przysługuje mu prawo do szacunku jako „osobie” od momentu jego poczęcia. Jeśli prawdziwie głębokie jest cierpienie małżonków z powodu niepłodności, to nie jest ono bynajmniej wystarczającą podstawą do tego, by małżonkowie bezpłodni rościli sobie prawo do posiadania dziecka za wszelką cenę, nawet kosztem sumienia. Dziecko nie jest jakąś rzeczą, która należałaby się małżonkom, i nie może być uważane za przedmiot posiadania; ono jest zawsze największym darem Boga⁵⁰.

Nie należy oczywiście lekceważyć bolesnych ran, jakie zadaje małżonkom pragnienie posiadania dziecka. Czy jednak rozwijająca się technika „wspomaganego rozrodu” zdolna jest ukończyć to cierpienie, tak by nie było już w świecie jego krzyku? Jest prawdą, że metoda FIVET przyniosła szczęście niektórym małżonkom, ale czy wolno zapomnieć o cierpieniu zdecydowanie liczniejszych bezpłodnych par, w których uśpione już pragnienie dziecka rozbudziło hałas postępu i pozostawił pustkę klęski po nieudanych próbach?⁵¹ Czy nie należy brać pod uwagę faktu istniejącego cierpienia u tych technicznie uszczęśliwionych małżonków, którym trudno wzbudzić do dziecka miłosne uczucia i je zaakceptować, ponieważ jest ono owocem gamety anonimowego „dawcy”? Jeśli nawet techniki biomedyczne, pomijając fakt ich niezgodności z obiektywnymi kryteriami moralnymi, zdolne są jednych uszczęśliwić, to równocześnie zadają cierpienie drugim. Nie są one bynajmniej skutecznym środkiem przeciwko ludzkiemu nieszczęściu, które idzie z człowiekiem przez życie. Zachwyt nad aktualnym stanem metod prokreacji wspomaganą medycznie nie zwalnia nikogo z próby poszukiwań godziwych środków leczenia bezpłodności, jak również odkrywania sensu cierpienia, które związane jest z brakiem płodności.

⁵⁰ *Donum vitae*, II, 8.

⁵¹ Taką refleksję podejmuje np. J. T e s t a r t, *Przejrzysta komórka*, s. 23.

LA STERILITÀ MATRIMONIALE COME SOFFERENZA E LA PROVA DEL SUO SUPERAMENTO

Da parte degli sposi il desiderio di un figlio è naturale: esprime la vocazione alla paternità e alla maternità inscritta all'amore coniugale. Quando una coppia è affetta da sterilità che appaia incurabile, essa si sente sofferente; la sterilità, qualunque ne sia la causa e la prognosi, è certamente una dura prova. Niente strano che in questo stato gli sposi si aprono con la speranza verso le tecniche biomediche. In Polonia ad es. il successo della procreazione assistita (*FIVET*) è stato per la prima volta notato nell'anno 1987 in Białystok. Quest'articolo in due punti presenta la fattografia della sofferenza degli sposi sterili (1) e della procreazione assistita medica (2). Il terzo punto offre una valutazione morale della tecnica *FIVET* e nota la sua incapacità nel superare il problema della sofferenza dei coniugi sterili. Pertanto nessuno, pur restando affascinato della fecondazione artificiale, è libero dalle ricerche: a) dei mezzi giusti allo scopo di rimediare le cause della sterilità; b) del senso della sofferenza delle copie che si scoprono sterili.

Wacław Stanisław Chomik OFM