
CHRZEŚCJAŃSTWO ŚWIAT • POLITYKA

ZESZYTY SPOŁECZNEJ MYŚLI KOŚCIOŁA



w numerze:

Ks. Andrzej Szostek

Tadeusz Mazurczak

Ks. Artur Filipowicz

O zapłodnieniu in vitro

Instytut Politologii

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Fundacja Konrada Adenauera w Polsce

No 1 (8) 2009

CHRZEŚCJAŃSTWO ŚWIAT • POLITYKA

ZESZYTY SPOŁECZNEJ MYŚLI KOŚCIOŁA

Instytut Politologii

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Fundacja Konrada Adenauera w Polsce

Rada Naukowa:

Aniela Dylus
Jan Grosfeld
Piotr Mazurkiewicz
Stephan Raabe

Recenzent naukowy numeru:

s. prof. dr hab. Barbara Chyrowicz

Redakcja:

Jan Grosfeld – redaktor naczelny
Michał Gierycz

Wydawca:

Katedra Współczesnej Myśli Społecznej Kościoła.
Instytut Politologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
ul. Dewajtis 5, 01-815 Warszawa,
tel. (22) 561 89 10, fax: (22) 839 82 05
e-mail: zeszyty.ip@uksw.edu.pl
www.politologia.uksw.edu.pl/zeszyty

Współpraca:

Fundacja Konrada Adenauera w Polsce
ul. J. Dąbrowskiego 56, 02-561 Warszawa
tel. (22) 845 93 30, fax: (22) 848 54 37
e-mail: kas@kas.pl, www.kas.pl, www.kas.de

Projekt okładki i opracowanie graficzne:

Mediakoncept, www.mediakoncept.pl

ISSN 1896-9038

Od redakcji

Oddajemy w ręce czytelników kolejny, ósmy już numer zeszytów *Chrześcijaństwo-swiat-polityka*. Tym razem poświęcamy go kwestii zapłodnienia *in vitro*. Nie jest naszym zamiarem wnikanie się w bieżącą politykę, w ramach której próbuje się uciarać taką czy inną wersję ustawy regulującej ów sposób przywoływania życia na świat. Chcieliśmy zaprezentować ten problem szerzej i głębiej niż to się zazwyczaj czyni, zwracając uwagę na niektóre rzadko poruszane aspekty sprawy. Nie kryjemy, rzecz jasna, iż zasadnicze światło jakie pragniemy rzucić na zagadnienie *in vitro* płynie z istoty orędzia chrześcijańskiego, mocno zakorzenionego w tradycji żydowskiej.

Tekst ks. prof. Andrzeja Szostka prezentuje kwestie sztucznego zapłodnienia z punktu widzenia nauczania Kościoła katolickiego. Istotne jest, że Autor nie ogranicza się do często powtarzanego argumentu o zabijaniu zarodków, lecz sięga do samej istoty relacji mężczyzna-kobieta odzwierciedlającej miłość Boga do człowieka. Prof. Tadeusz Mazurczak przenosi nas w sferę wydawałoby się czysto medyczną i genetyczną, lecz faktycznie dotyczy problemów nie tylko technicznych, lecz również społecznych i moralnych. Ks. dr Artur Filipowicz z kolei skupia się na psychicznym aspekcie całego procesu zapłodnienia *in vitro*. Wymiar psychiczny jest bowiem często zapoznavany, bądź przywoływany jedynie jako uzasadnienie zapłodnienia *in vitro* w aspekcie potrzeb bezdzietnych rodziców.

Widać wyraźnie, że w kwestii *in vitro* dialog między Kościołem a „światem” jest bardzo trudny, a porozumienie raczej niemożliwe. Zderzają się tu bowiem dwie odmienne wizje człowieka, które, choć w wielu sprawach mogą mieć wspólne przekonania, to jednak w kwestiach takich jak małżeństwo czy relacje płciowe zdecydowanie się rozchodzą. Decydujący jest tu pogląd na źródło pochodzenia człowieka (nie chodzi o zagadnienie ewolucji) i, co więcej, wśród ludzi religijnych, na więź między człowiekiem a Bogiem oraz na sposób, w jaki więź owa realizuje się w życiu ziemskim. Skądinąd, nigdy dość coraz głębszego i bardziej precyzyjnego wyjaśniania stanowiska Kościoła. Ta właśnie myśl przyświecała redakcji w wyborze tematu dyskutowanego w niniejszym numerze.

Jan Grosfeld

Zawartość zeszytu

Ks. Andrzej Szostek MIC

Etyczne aspekty zapłodnienia „in vitro” str.5

Tadeusz Mazurczak

Medyczne i genetyczne aspekty zapłodnienia „in vitro” str. 13

Ks. Artur Filipowicz SJ

Biopsychiczne dylematy stosowania technik „in vitro” str.23

ks. Andrzej Szostek MIC *Etyczne aspekty zapłodnienia „in vitro”*

Ogłoszona 12 grudnia 2008 roku Instrukcja *Dignitas personae*, dotycząca niektórych problemów bioetycznych, nawiązuje do wcześniejszych wypowiedzi Urzędu Nauczycielskiego Kościoła na ten temat (zwłaszcza do wydanej dwadzieścia lat wcześniej Instrukcji *Donum vitae*) i w całej rozciągłości potwierdza zawartą w tych dokumentach naukę, tłumacząc potrzebę opublikowania nowej Instrukcji nade wszystko postępowaniem naukowo-technicznym, który umożliwił pojawienie się nowych technologii biomedycznych, co z kolei budzi u wielu ludzi, także katolików, szereg wątpliwości i poczucie zagubienia¹. Instrukcja raczej nie spotkała się z entuzjastycznym przyjęciem. W mediach przeważa poczucie zawodu, że Kościół nie zmodyfikował swego stanowiska, które wydaje się wielu nieżyłowe, przestarzałe, nie przystające do możliwości i oczekiwań wielu współczesnych ludzi i społeczeństw. Jedną z centralnych kwestii podjętych w obu Instrukcjach Kongregacji Nauki Wiary (*Donum vitae* i *Dignitas personae*) jest moralna ocena sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego, określanego mianem FIVET (od ang. „Fertilizatio In Vitro and Embryo Trasfer”), w skrócie: zapłodnienia *in vitro*, czyli w probówce. Warto przyrzeć się bliżej przywołanej w tych Instrukcjach argumentacji (zwłaszcza do Instrukcji *Donum vitae*, na które wielokrotnie i zawsze z pełną aprobatą powołuje się Instrukcja najnowsza), z powodu której Kościół podtrzymuje swą zdecydowaną negatywną ocenę zapłodnienia pozaustrojowego, nawet homologicznego (czyli dokonanego z gamet małżonków związanych węzłem małżeńskim²), choć świadom jest tego, że stanowisko to jest przez wielu po prostu ignorowane, o czym świadczą rozwijające się kliniki oferujące małżeństwom takie właśnie usługi, a także spora już liczba poczętych *in vitro* mieszkańców naszego globu.

Warto przywołać najpierw powody atrakcyjności zapłodnienia *in vitro*. Podstawowym jest ten, że dla wielu małżeństw dotkniętych bezpłodnością metoda ta oferuje możliwość poczęcia upragnionego dziecka, a więc realizacji rodzicielskich zamiarów małżonków; zamiarów nie tylko ze wszech miar zrozumiałych, ale właśnie przez Kościół usilnie wspieranych. Poddawana w obu Instrukcjach sugestia, by rodzicielskie plany tacy małżonkowie realizowali poprzez adopcję, nie dla wszystkich jest pociągająca. Owszem, porzucone dzieci doznały wielkiej krzywdy i społeczeństwo powinno robić, co w jego mocy, by tę krzywdę bodaj pomniejszyć, skoro całkowicie zniwelować się jej często nie da. Ale małżonkowie – powiada się – mają prawo dążyć do poczęcia *własnych* dzieci, a więc tych,

które noszą w sobie ich, małżonków, biologiczne dziedzictwo. To przecież znowu Kościół z mocą podkreśla, że człowiek jest duchowo-cieleśną jednością, o tej jedności nie może być mowy w przypadku adopcji dzieci poczętych z innych rodziców. Niech więc ci, którzy chcą, adoptują inne dzieci, ale niech ta sugestia nie podważa pragnienia posiadania „biologicznie własnych” dzieci, zwłaszcza że pragnienie to – wyrosłe na gruncie wzajemnej szczerzej i głębokiej miłości nieszczęśliwie bezpłodnych małżonków – bywa bardzo silne.

Oczekiwanie na aprobatę przez Kościół metody FIVET jest dziś bardziej natarczywe, niż dwadzieścia lat temu, ponieważ kryzys płodności małżeństw w rozwiniętych krajach w tym czasie znacznie wzrósł. Jeszcze w połowie XX wieku bezpłodność dotykała ok. 10% małżeństw, dziś szacuje się ją na ok. 20%, z ciągłą tendencją wzrostową. Niepłodność uznaje się za chorobę cywilizacyjną, związaną między innymi z postępowaniem naukowo-technicznym, ale właśnie ten postęp, oferujący – obok szeregu innych ingerencji w proces poczęcia i rozwoju życia ludzkiego – pomoc w zaradzeniu niepłodności, stanowi istotny motyw skłaniający do podejmowania zagadnienia zapłodnienia *in vitro* w debatach publicznych. Instrukcja *Dignitas personae* przyznaje, że blisko jedna trzecia kobiet, które korzystają z metody zapłodnienia *in vitro*, rodzi dzieci³, a wolno przypuszczać, że statystyka ta z latami jeszcze będzie się poprawiać. Pojawia się wprawdzie problem z „nadliczbowym” zarodkami, z którymi nikt nie wie, co zrobić, ale nadzieja na postęp naukowo-techniczny pozwala przypuszczać, że w przyszłości i ta trudność będzie się stopniowo zmniejszać; może nawet uda się doprowadzić do tak doskonałych metod, że żadne „nieplanowane” zarodki ludzkie nie będą powoływane do życia.

Trudno tym argumentom odmówić wagi i mocy perswazyjnej. Co więc skłania Kościół do upartego trwania przy stanowczym „nie” wobec wszelkich metod zapłodnienia pozaustrojowego? A zwłaszcza: jakie argumenty rozumowe (jak się kiedyś mówiło: naturalne, w odróżnieniu od czysto teologicznych, ufundowanych na wierze katolickiej) każą tę sugestywną obronę zapłodnienia *in vitro* (tu tylko w skrócie przywołanej) odrzucić? Instrukcja *Dignitas personae* zawiera bowiem deklarację, iż „Kościół katolicki przedstawiając zasady i oceny moralne badań biomedycznych nad ludzkim życiem kieruje się zarówno światłem rozumu, jak i wiary”⁴ (podkreślenie w tekście Instrukcji). Tymczasem nietrudno dostrzec, iż u podłoża natarczywego wołania o akceptację FIVET-u leży przekonanie, iż tradycyjna wizja małżeństwa, jaką głosi Kościół i jaka stoi u podłoża negatywnej oceny zapłodnienia *in vitro*, nie odpowiada współczesnej mentalności. Kościół zaś, próbując uporczywie ją narzucić społeczeństwu, okazuje brak tolerancji wobec tych, którzy nie podzielają jego poglądów, a dopominając się o respektowanie głoszonej przez siebie doktryny przez odpowiednie regulacje prawne, faktycznie usiłuje wprowadzać państwo wyznaniowe.

Przypomnieć warto, że już w Encyklice *Mater et Magistra* bł. Jan XXIII podkreśla, iż problemy demograficzne „nie mogą być rozwiązywane poprzez zwrócenie się do środków niegodnych człowieka, wypływających z materialistycznej koncepcji człowieka i życia”⁵. „W tej sprawie uroczystie ogłaszamy – pisze dalej Papież – że życie ludzkie powinno być przekazywane poprzez rodzinę założoną przez małżeństwo, jedno i nierozdzielne, podniesione dla chrześcijan do godności sakramentu”. W przekazywaniu życia ludzkiego „nie można więc używać środków ani posługiwać się metodami, które mogą być dozwolone w przekazywaniu życia roślin i zwierząt”⁶. W roku 1961, kiedy encyklika ta została ogłoszona, praktyka zapłodnienia *in vitro* nie była jeszcze powszechnie stosowana, Papież więc jej nie wspomina wprost, wymowa jednak jego słów jest jednoznaczna. Jak już wspomniano, zagadnienie sztucznego zapłodnienia (heterologicznego i homologicznego) podjęte zostały wprost i potraktowane najgruntowniej w „Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedź na niektóre aktualne zagadnienia”, znanej jako Instrukcja *Donum vitae*, z 22 lutego 1987 roku, podpisanej przez ówczesnego Prefekta Kongregacji Nauki Wiary, kard. Josefa Ratzingera. Opinia tam wyrażona została potwierdzona między innymi w adhortacji Jana Pawła II *Christifideles laici* z 1988 roku (p. 38), w Katechizmie Kościoła Katolickiego z 1992 roku (p. 2376, 2377), w Liście do Rodzin Jana Pawła II z 1994 roku (p. 12), w encyklice *Evangelium vitae* z 1995 roku (p. 60, 63) oraz w ogłoszonej w tymże roku przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia „Karcie Pracowników Służby Zdrowia” (pp. 21-34), ostatnio zaś w cytowanej nowej Instrukcji Kongregacji Nauki Wiary *Dignitas personae*. Dokumenty te nie rozszerzają jednak przytoczonej w Instrukcji *Donum vitae* filozoficznej i teologicznej argumentacji, raczej do niej bardziej lub mniej szczegółowo nawiązują. Trzeba więc ją tu przywołać, najpierw jednak wytłumaczyć należy, czy, dlaczego i w jakiej mierze racje przytoczone 20 lat temu pozostają do dziś ważne.

Otóż jeśli kryterium oceny poszczególnych czynów jest określona koncepcja osoby ludzkiej, to tak rozumiany argument antropologiczny pozostaje w mocy niezależnie od tego, kiedy został on sformułowany i niezależnie od stopnia nasilenia sprzeciwu zgłaszanego pod jego adresem. Intensywność tych nacisków może płynąć z nie dość jasnego wyrażenia etycznych zasad odnoszących się do ocenianych zachowań – i wtedy należy podjąć wysiłek lepszego, bardziej zrozumiałego sformułowania tych zasad. Może też być spowodowany potęgującymi się życiowymi trudnościami w ich respektowaniu – i wtedy trzeba się zastanowić nad tym, co te trudności powoduje i jak im zaradzić. Może jednak być i tak, że traktuje się sam nacisk (presję społeczną) jako wystarczający argument przemawiający za zmianą zasad etycznych – i to jest właśnie przypadek, w którym tak zwaną mentalność współczesną (nie zaś jakąś koncepcję człowieka) traktuje się jako czyn-

nik decydujący o tym, jakie zasady etyczne powinny nas obowiązywać. Warto zauważyć, że uznanie takiego „argumentu” oznacza faktyczne zastąpienie etyki normatywnej opartej na jakichś założeniach co do natury człowieka i jego godności etyką sprowadzającą się do aprobaty wszelkich panujących w danym środowisku opinii i odczuć, z natury swej zmiennych i podlegających manipulacji, między innymi przez media. Opinii takich nie wolno lekceważyć, u ich podłoża zawsze leży jakaś filozofia człowieka, którą rozumny człowiek powinien starać się poddać krytycznej refleksji. W przeciwnym razie miejsce uzasadnień filozoficznych i teologicznych zajmują sondaże, miejsce argumentacji – głosowanie. Owszem, kształt obowiązującego prawa w demokratycznym państwie musi być w końcu rozstrzygnięty drogą głosowania (powszechnego lub parlamentarnego), jednakże powinno ono stanowić ostatni etap procesu, w którym decydujące znaczenie przypada argumentacji odwołującej się do nie do samych opinii, ale do jakiejś prawdy (racji), która stanowić winna ich podstawę. W przypadku oceny zapłodnienia *in vitro*: do rozważenia, czy technika taka stanowi wyraz respektu dla ludzkiej osoby i pomaga w jej rozwoju, czy też jej godność ignoruje i rozwój utrudnia. Coraz to nowe techniki związane z zapłodnieniem *in vitro*, a także większe rozpowszechnienie jego stosowania same przez się nie uchylają ważności kryteriów oceny sformułowanych w Instrukcji sprzed dwudziestu lat, przypomnimy tu więc jej zasadnicze przesłanie.

Instrukcja *Donum vitae* odwołuje się najpierw do godności przysługującej każdemu człowiekowi, w imię której ma on określone prawa, z prawem do życia na czele. Na szczęście, przekonanie o przedustawnej godności, jaką cieszy się każda ludzka osoba, ma charakter powszechny i znajduje wyraz w odpowiednich normach prawnych (nawet, jeśli w ich uszczegółowieniu napotykamy na bolesne niekonsekwencje). Konstytucja RP z 2 IV 1997 roku już w Preambule zawiera wezwanie do zachowania „przyrodzonej godności człowieka”, a wezwanie to znajduje swe potwierdzenie w artykule 30, który głosi: „Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”. Dla naszego tematu ważne jest podkreślenie, że zapis ten odnosi się także do *nasciturusa*. Wypada przywołać w związku z tym werdykt Trybunału Konstytucyjnego z 28 V 1997, który uznał (i to jeszcze nie w oparciu o nową Konstytucję) za sprzeczne z zasadami konstytucyjnymi demokratycznego państwa proponowane w Uchwale sejmowej z 30 VIII 1996 roku zalegalizowanie dopuszczalności aborcji z przyczyn społecznych. Jak wiadomo, werdykt ten nie zapadł jednomyślnie i wciąż toczą się spory o to, czy można ledwie poczętej ludzkiej istocie przyznać status osoby, której przysługują określone prawa, z prawem do życia na czele. Nie wchodząc w szczegóły tej dyskusji warto przypomnieć, że – jak pisze Jan Paweł II – „nawet samo prawdopodobieństwo istnienia osoby wystarczyłoby dla usprawiedliwienia najbardziej kategorycznego zakazu wszelkich inter-

wencji zmierzających do zabicia embrionu ludzkiego”⁷. Podobnie, jak wystarczy uzasadniona wątpliwość, czy strzał myśliwego nie trafi w człowieka, zamiast w zwierzynę, by *nie wolno* mu było strzelać, tak wystarczy uzasadniona wątpliwość, czy embrion ludzki nie jest osobą, by *nie wolno* było jej zabijać.

Instrukcja *Donum vitae* przypomina te elementarne zasady etyczne dlatego, że – przy obecnej technice – „związek między zapładnianiem w probówce a dobrowolnym usunięciem embrionów ludzkich zachodzi zbyt często” (p. II). Nie pomniejsza siły tego argumentu nadzieja na dalszy postęp naukowo-techniczny, który w przyszłości miałby tę ułomność stosowanych obecnie metod usunąć. Pomijając dość kruche podstawy tych nadziei, na respekt i poszanowania prawa do życia zasługują wszystkie istoty ludzkie, żadna z nich nie może być ofiarowana na ołtarzu postępu i świetlanej przyszłości przyszłych pokoleń. Dlatego Instrukcja stanowczo stwierdza, iż „doświadczenia dokonywane na embrionach nie w bezpośrednim celu leczniczym są niegodziwe” (I, 4). Podobnie nie może zyskać moralnej aprobaty „wytwarzanie embrionów ludzkich przeznaczonych jako dostępny >materiał biologiczny<” (I, 5). Nie może tym bardziej, że wielka liczba ludzkich embrionów pozostaje nie wykorzystana do zapłodnienia, a często po prostu niszczone. Nowa Instrukcja *Dignitas personae* dodaje, że wprowadzie dzieje się to często nie z woli rodziców (a nawet wbrew ich zamierzeniom), ale faktycznie „w wielu wypadkach porzucenie, zniszczenie lub utrata embrionów jest przewidziane i zamierzone”⁸. Co więcej, „embriony uzyskane *in vitro*, u których występują wady, są od razu odrzucane” a dla uzyskania możliwie najlepszego efektu stymuluje się cykl kobiecy, by uzyskać wysoką liczbę oocytów, które zostają zapłodnione, z góry zakładając, że tylko nieliczne z nich staną wprowadzone do łona matki. „A zatem technika przeniesienia kilku embrionów oznacza faktycznie *czysto instrumentalne ich traktowanie*”⁹ (podkr. w tekście Instrukcji).

Prawda o godności każdej istoty ludzkiej, której z tej racji przysługuje prawo do życia i odpowiedniego traktowania, jest w Instrukcji, jak w wielu dokumentach Stolicy Świętej, ukazana w pełnej i głębokiej perspektywie teologicznej, o czym przypomina już pierwsze zdanie Instrukcji: „Dar życia, który Bóg Stwórca i Ojciec powierzył człowiekowi, domaga się od człowieka, aby miał świadomość nieocenionej jego wartości i przyjmował je z odpowiedzialnością”. Perspektywy tej tu nie rozwijam, ponieważ nacisk chcemy położyć na argumentację naturalną, nie odwołującą się do Objawienia. Kościół podkreśla jednak, że tak jak przekonanie o cenności życia każdego człowieka płynie z podstawowego i dostępnego wszystkim doświadczenia moralnego, które w Objawieniu znajduje swe potwierdzenie i niezwykle pogłębienie, tak też elementem tego doświadczenia jest to, iż człowiek sam siebie do istnienia nie powołał, można więc rzec, że „żyje z daru”: daru rodziców, których – jak wierzą chrześcijanie – sam

Bóg włącza w swe stwórcze, życiodajne działanie. Z drugiej strony, samo dziecko jest darem dla rodziców i dla społeczeństwa, ubogaca ich swoją niepowtarzalną osobowością, budzi w nich miłość i poczucie odpowiedzialności, przyczynia się do ich osobowego wzrostu. Winno więc być przyjęte jako dar – a nie traktowane jako własność rodziców, swoisty „towar”, do którego nabycia lub wyprodukowania mają oni rzekomo „prawo”. Pragnienie posiadania dziecka jest – jak wspomniano – naturalnym i szlachetnym pragnieniem, trudności w jego spełnieniu sprawiać mogą wielkie cierpienie rodzicom, którzy zasługują na szczerą pomoc duchową i medyczną. Z tego powodu Instrukcja nie tylko dopuszcza pomoc – wraz z ingerencjami genetycznymi – mającą na celu usunięcie niepłodności (o ile tylko ingerencje te nie krzywdzą dziecka), ale taką pomoc, włącznie z diagnozą prenatalną, pochwałą i zachętą do jej udzielania (por. I, 2, 3). Tym niemniej dziecko jest zawsze darem, cudem, który zaskakuje rodziców tym, że jest i tym, kim się staje.

Prawo do życia, jakie przysługuje każdej ludzkiej istocie z racji jej godności osobowej, to pierwszy powód, dla którego Instrukcja – i cała nauka Kościoła – uznaje zapłodnienie *in vitro* za niedopuszczalne. Nawet jednak gdyby zabieg ten nie wiązał się z zagrożeniem życia embrionów, nie mógłby on zyskać moralnej akceptacji z drugiej racji, związanej z naturą małżeństwa i aktu małżeńskiego. O ile omówiony wyżej pierwszy argument odwołuje się – mówiąc nieco skrótowo – do piątego przykazania Bożego, o tyle ten stanowi rozwinięcie myśli antropologicznej, której dotyczy przykazanie szóste Dekalogu. Za Konstytucją Soborową *Gaudium et spes* (p. 50) Instrukcja podkreśla, że „przekazywanie życia nowej osobie, w którym mężczyzna i kobieta współpracują z mocą Stwórcy, powinno być owocem i znakiem wzajemnego oddania osobowego małżonków, ich miłości i wierności małżeńskiej” (II, 1). Ten argument uznaje się na ogół za ściśle teologiczny, wynikający z chrześcijańskiej (katolickiej) wizji małżeństwa, której niewierzący nie muszą akceptować, a wobec tego nie powinna ona wpływać na regulacje prawne przyjęte w niekonfesyjnym państwie. Czy tak jest w istocie?

Niewątpliwie nauczanie Kościoła w tym względzie napotyka na silniejszy opór opinii publicznej, niż взгляд na szacunek dla każdego ludzkiego życia; pokazała to reakcja na encyklikę *Humanae vitae*, która z tych właśnie powodów uznaje za niedopuszczalną antykoncepcję. Rzeczywiście, ta sama nauka o dwojakim sensie aktu małżeńskiego: jednoczącym i rodzicielskim, nie pozwala ani zaaprobować takich działań, które mają na celu oderwanie tego aktu od jego płodności (antykoncepcja), ani takich, które zmierzają do uzyskania potomstwa poza aktem małżeńskim (FIVET). Przyznać trzeba, że fascynacja techniką utrudnia dostrzeżenie prawdy o istocie aktu małżeńskiego przez wielu współczesnych. Na przeszkodzie staje także silne poczucie prywatności tego aktu, który – w mniemaniu wielu – należy uwolnić od nietaktownego zainteresowania ze strony innych, w tym także Kościoła. Jeśli jednak jest to akt tak do-

niosły, że w nim kulminuje powołanie człowieka do miłości – i to miłości płodnej, otwartej na zrodzenie potomstwa – to trzeba uznać, że prawidłowość lub nieprawidłowość tego aktu stanowi szczególnie poważny moralny problem. Pozostawiając na boku dyskusję o antykoncepcji należy zwrócić uwagę, że zarówno dla samych małżonków, jak i dla poczętego dziecka, nie jest obojętne, w jaki sposób powołane zostaje ono do życia. FIVET jest metodą, która niejako programowo sytuuje poczęcie i jego owoc (dziecko) w pozycji produktu skomplikowanego procesu zabiegów technicznych, w który włączonych jest wiele podmiotów. Cała rzeczywistość bezinteresownego daru z siebie jako istoty miłości oraz daru, jakim jest owoc wzajemnego oddania w miłości małżeńskiej, zostaje niejako oddalona, przeniesiona na poziom – szczerych zapewne, ale oderwanych od aktów małżeńskich – deklaracji. Słuszną i zrozumiałą jest rzeczą, że rodzice pragną mieć potomstwo i podejmują szereg kroków, które pozwolą im to pragnienie zrealizować. Tak się dzieje w małżeństwach zdrowych, tym bardziej zrozumiałe są szczególnie zabiegi mające na celu przezwyciężenie bezpłodności. Wszelkie te starania muszą jednak uwzględniać to, że dziecko nie jest po prostu jednym z dóbr, o które mają prawo rodzice zabiegać (takich, jak mieszkanie, godziwe warunki pracy, odpowiednia pozycja społeczna itd.). Powtórzmy: dziecko jest *darem*, darem samego Boga, który jest jego pierwszym Rodzicielem (Ojcem), powołującym je do życia wiecznego. Do udziału w Jego stwórczym akcie miłości zaproszeni są rodzice – i to zaproszeni także po to, by ich miłość została w Bożej miłości zanurzona. Broniąc istotnego i intymnego związku pomiędzy aktem małżeńskim a płodnością Kościół broni najcenniejszego wymiaru osobowego spełniania człowieka: istoty duchowo-cieleśnej, której wszelkie osobowe akty znamionuje ta duchowo-cieleśna struktura, a którą rozrywa sztuczne zapłodnienie, oddzielając duchowe pragnienie posiadania dziecka od oddanego technicznym zabiegom procesu powoływania do życia upragnionego potomstwa. Jak czytamy w Instrukcji, „zapłodnienie dokonane poza ciałem małżonków zostaje pozbawione przez to samo znaczeń i wartości, które wyrażają się w języku ciała i w zjednoczeniu osób ludzkich” (II, 4). Kościół wyraża przekonanie, że takie rozumienie aktu małżeńskiego nie jest narzuconą małżonkom ideologią, ale ma ono swe ugruntowanie w doświadczeniu i przeżyciach samych małżonków, choć – powtórzmy – doświadczenie to narażone jest dziś na wiele zagrożeń utrudniających dostrzeżenie istotnej wartości małżeństwa i aktu małżeńskiego.

Instrukcja nie neguje potrzeby ingerencji technicznych, „jeśli środek techniczny ułatwia akt małżeński lub pomaga osiągnąć naturalny jego cel” (II, 6); nie zakazuje stosowania metod natury psychologicznej lub medycznej, pozwalających przezwyciężyć niepłodność, a nawet do ich stosowania zachęca. Zapłodnienie *in vitro* nie jest jednak środkiem leczniczym, lecz zastępczym sposobem uzyskania potomstwa, toteż domaganie się finansowania FIVET ze środków przeznaczonych na leczenie uznać trzeba za poważne nieporozumienie, zwłaszcza w sytuacji, gdy na leczenie wielu poważnych chorób brakuje środków.

Jak wspomniano, małżonkom bezpłodnym Kościół zaleca adopcję (II, 8). Owszem, nie stanowi ona dla wielu satysfakcjonującej realizacji posiadania własnego dziecka, jest jednak odpowiedzią na głęboko uzasadnioną potrzebę wychowania w rodzinie dzieci, które nie z własnej przecież winy pozbawione są rodziny. Nie jest to – jak twierdzą niektórzy – odstąpienie od doktryny o ścisłym związku pomiędzy aktem małżeńskim a poczęciem tylko z niego dzieckiem. Związek ten, tak ważny dla prawidłowego rozwoju małżonków i rodziny, nie uchyla potrzeby troski o dzieci bezdomne, noszące na sobie często skutki błędów i grzechów ludzi dorosłych. Wartość adopcji płynie z obowiązku objęcia miłością każdej ludzkiej osoby, zwłaszcza najdotkliwiej tej miłości pozbawionej.

Na koniec podkreślić należy, że dziecko poczęte *in vitro* zachowuje swą godność i prawa, niezależnie od niegodzkiej metody użytej dla jego powołania do życia, za którą przecież ono żadnej winy nie ponosi. Prawda to tak oczywista, że nie wymaga komentarza, warto ją jednak przypomnieć, by opinia o moralnej kwalifikacji zapłodnienia *in vitro* nie rzucała w prymitywnie niekorzystny sposób na stosunek do poczętych tą drogą ludzi, którzy już Ziemię zamieszkują.

Ks. Andrzej Szostek MIC, filozof i etyk, profesor zwyczajny, kierownik Katedry Etyki Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego im. Jana Pawła II; członek rozlicznych instytucji naukowych (m.in. Pontificia Academia per la Vita, Rady Naukowej Instytutu Jana Pawła II, Komitetu Etycznego przy Ministrze Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Towarzystwa Naukowego KUL); w latach 1998-2004 rektor KUL. Laureat wielu nagród i wyróżnień; autor ok. 200 prac naukowych.

Przypisy:

- ¹ Por. Instrukcja *Dignitas personae*, p. 1.
- ² Por. Instrukcja *Donum vitae*, p. II, Wprowadzenie.
- ³ Por. Instrukcja *Dignitas personae*, p. 14.
- ⁴ Por. tamże, p. 3.
- ⁵ Jan XXIII, Encyklika *Mater et Magistra*, p. 191.
- ⁶ Tamże, p. 193.
- ⁷ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, p. 60.
- ⁸ Instrukcja *Dignitas personae*, p. 15.
- ⁹ Tamże.

Tadeusz Mazurczak

Medyczne i genetyczne aspekty zapłodnienia „in vitro”

Postęp, jaki dokonuje się w naukach biologicznych dotyczy w olbrzymim stopniu medycyny. Nowe możliwości wykorzystania osiągnięć współczesnej nauki w medycynie tak w zakresie diagnostyki, leczenia jak i profilaktyki, przedstawiane są często opinii publicznej fragmentarycznie. Niekiedy w formie sensacji bądź w kontekście rzeczywistych lub mało prawdopodobnych zagrożeń dla człowieka i środowiska. Świadomość szybkiego postępu w biologii i medycynie, a także przekonanie, że niewłaściwe wykorzystanie tych osiągnięć może zagrażać godności osoby ludzkiej stały się głównymi przesłankami opracowania, a następnie przyjęcia w 1996 roku przez Komitet Ministrów Rady Europy Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie. Dobrze jest więc o tym dokumencie pamiętać podejmując debatę publiczną nad różnymi aspektami wykorzystania współczesnych osiągnięć biologii w medycynie.

Podpisanie przez Rząd RP w roku 1999 tej Konwencji mogło zwiastować nie tylko jej ratyfikację przez Sejm lecz także podjęcie szerokiej debaty publicznej na temat jej treści. Wydawało się też oczywiste, że nastąpi podjęcie intensywnych prac nad przygotowaniem odpowiednich aktów prawnych w Polsce w zakresie ustawodawstwa medycznego, których brak określany był przez niektórych jako „pustynia prawna”. Konwencja obejmuje bowiem swym zasięgiem wszystkie praktyki medyczne i biologiczne dotyczące człowieka, włączając w to, jak już wspomniano, zastosowania profilaktyczne, diagnostyczne, terapeutyczne oraz badawcze. Już w preambule Konwencji podkreśla się konieczność uwzględnienia rzeczywistego postępu w medycynie i biologii jak też potrzebę jego wykorzystania wyłącznie dla dobra obecnych i przyszłych pokoleń – tak w płaszczyźnie indywidualnej (ochrona osoby) jak też społecznej (interes osoby przeważa nad interesem społeczeństwa) i gatunku ludzkiego (prawo ochrony tożsamości jednostki ludzkiej).

Mimo oczekiwań prace nad ratyfikacją Konwencji zostały zawieszone. Liczne apele środowisk lekarzy i naukowców do Sejmu o podjęcie prac nad ratyfikacją Konwencji nie wywoływały żadnej reakcji. Wśród nich wymienić należy apel uczestników I Polskiego Kongresu Genetyki w Gdańsku z roku 2006, a także liczne pisma Polskiego Towarzystwa Genetyki

Człowieka kierowane do posłów i marszałków Sejmu ostatnich trzech kadencji. Wszystkie pozostały bez odpowiedzi. Dopiero deklaracja polityczna zapowiadająca współfinansowanie przez państwo procedur wspomaganego rozrodu uruchomiła dyskusję zarówno publiczną, jak też wśród specjalistów dotyczącą przede wszystkim aspektów finansowych i moralnych tej, stosowanej w Polsce od blisko 20 lat, procedury. Szybko okazało się, że brak jest w Polsce przepisów określających normy prawne dla tej procedury, finansowanie dotychczas ze środków prywatnych małżeństw cierpiących z powodu niepłodności.

Zadeklarowana inicjatywa współfinansowania przez państwo technik wspomaganego rozrodu wywołała, jak sądzę, nie zamierzony, choć bardzo pożądaný, skutek w postaci podjęcia prac nad ratyfikowaniem Konwencji Bioetycznej Rady Europy. Dobrze więc jest, że stanowienie prawa w tak ważnych zarówno dla osób indywidualnych jak i całego społeczeństwa kwestiach poprzedzone jest szeroką debatą publiczną, a także głęboką refleksją moralną i prawną, dotyczącą m.in. statusu prawnego embrionu. Już dotychczasowa dyskusja ukazała, jak wiele zagadnień wymaga szczegółowego rozeznania oraz jak wiele problemów nie było identyfikowanych przez szeroką opinię publiczną.

Źle jest jednak, gdy główne dyskusje koncentrują się na sprawie jednostkowej, choć ważnej, a nie na zapisach zawartych w Konwencji. Kolejność rozwiązywania tych problemów powinna być inna. Najpierw Konwencja a następnie regulacje dotyczące spraw szczegółowych – a jest ich wiele, chociażby sprawa testów genetycznych czy badań naukowych. Można więc tylko wyrazić nadzieję, że przygotowywana obecnie norma prawna dotycząca metod wspomaganego rozrodu będzie miała umocowanie w ratyfikowanej przez nasz Sejm Konwencji Bioetycznej Rady Europy¹.

Wśród wyrażanych zróżnicowanych opinii na temat etycznych i społecznych aspektów regulacji prawnych metod wspomaganego rozrodu w Polsce niewiele miejsca poświęca się problematyce ryzyka tej technologii. Ryzyka definiowanego jako prawdopodobieństwo zarówno utraty ciąży, jak też niekorzystnych skutków zdrowotnych dla narodzonego dziecka oraz jej przyszłego potomstwa.

Światowa Organizacja Zdrowia określa bezpłodność jako problem społeczny, który dotyczy około 10% małżeństw. Od czasu urodzenia pierwszego „dziecka z próbówki” minęło już 30 lat i szacuje się, że na świecie żyje kilka milionów dzieci, które przyszły na świat dzięki technikom wspomaganego rozrodu (ART – *assisted reproductive technology*). W krajach rozwiniętych problem dotyczy od 1% do 5% ogó-

łu noworodków². W Polsce liczbę dzieci urodzonych przy pomocy ART ocenia się na kilkanaście tysięcy. Powyższe dane określają populacyjną skalę problemu. Od pierwszej uzyskanej dzięki technologii *in vitro* ciąży minęło dostatecznie wiele lat, by można było podjąć próbę oceny ewentualnych niekorzystnych skutków metod wspomaganego rozrodu. Ocena ta dotyczy przede wszystkim, choć nie tylko, ryzyka genetycznego. Pytanie, czy jest ono różne od tzw. populacyjnego, czyli stwierdzanego wśród dzieci urodzonych z ciąż spontanicznych, jest zasadne, nie tylko ze względu na możliwość „mechanicznego” uszkodzenia komórek płciowych i embrionu w procesie wspomaganego rozrodu. Podczas ewolucji rozwinęło się wiele mechanizmów zabezpieczających reprodukcję człowieka. Jednym z nich jest pewna „rozrzutność natury”, stwierdzana też i u innych gatunków, przejawiająca się ogromną liczbą tworzonych przez organizm kobiety a przede wszystkim mężczyzny komórek płciowych. Komórka jajowa ulega zapłodnieniu przez tylko jeden, spośród milionów plemników. Większość z nich ginie po drodze. Co decyduje, że właśnie ten jeden wnika do komórki jajowej – jest ciągle przedmiotem badań i dociekań naukowych, dotyczących genetycznych determinant procesu zapłodnienia. Czy więc ingerencja człowieka w naturalne, utwierdzone przez tysiące lat mechanizmy prokreacji nie niesie ze sobą zagrożenia a jeśli tak to, czego ono dotyczy?

Istnieje wiele doniesień i opracowań podejmujących próbę oceny zarówno efektywności procedury ART jak też jej skutków zarówno dla przebiegu ciąży jak też zdrowia i rozwoju urodzonych dzieci³. Jednak tylko stosunkowo niewielka część z tych prac spełnia wymagane kryteria metodologiczne tak aby ich wyniki mogły być przedmiotem metaanaliz. Obiektywną ocenę wyników utrudnia też fakt braku dokładnych danych na temat stosowanych przez badaczy kryteriów przy prowadzeniu określonych procedur⁴. Niewiele jest też wiadomo na temat dalszego rozwoju dzieci i stanu ich zdrowia w kolejnych okresach życia. Pilna potrzeba prowadzenia systematycznych i długotrwałych badań w tym zakresie wyrażana jest we wnioskach większości rzetelnych opracowań.

Spośród kilku znanych i stosowanych obecnie metod ART dwie z nich są stosowane najczęściej: zapłodnienie pozaustrojowe czyli – IVF (*in vitro fertilisation*) oraz wprowadzenie plemnika do cytoplazmy komórki jajowej – ICSI (*intracytoplasmic sperm injection*). Oceny efektywności procedur zapłodnienia pozaustrojowego i stanu noworodków dotyczą przede wszystkim tych dwóch metod. W metodzie IVF uzyskane w wyniku stymulacji hormonalnej i pobrane drogą laparoskopii komórki jajowe łączone są w warunkach laboratoryjnych z plemnikami. Następnie dwie lub trzy zapłodnione, oceniane pod mikroskopem, komórki jajowe transportowane są do jamy macicy. W metodzie ICSI do cy-

toplazmy komórek jajowych, uzyskanych także w wyniku stymulacji hormonalnej jajników, wstrzykiwany jest plemnik. Dalsze postępowanie jest podobne jak w IVF.

Odsetek powodzeń stosowanych metod oceniany liczbą uzyskanych ciąży jest zróżnicowany i w zależności od ośrodka mieści się w granicach od 13 do 40%. Oczekiwany efekt osiągany jest niekiedy dopiero po kilku zabiegach. Z kolei ich liczba decyduje w zasadniczym stopniu o kosztach procedury – które są niemałe.

Ryzyko dla ciąży i noworodka

Ze wszystkich opracowań oceniających efekty ART wynika, że technologia ta niesie ze sobą przede wszystkim wysokie ryzyko rozwoju ciąży mnogiej. Stosowane w tym miejscu określenie „ryzyko” jest uzasadnione ponieważ ciąża mnoga nie jest fizjologiczną dla człowieka. Stanowi też określone zagrożenie zarówno dla przebiegu samej ciąży i jak też czasu jej trwania. Zwiększa ryzyko wystąpienia komplikacji okołoporodowych, dotyczących zarówno matki jak i dzieci. Przejawia się ono zarówno wysokim prawdopodobieństwem porodu przedwczesnego, małej lub bardzo małej masy urodzeniowej dzieci oraz wystąpieniem problemów adaptacyjnych po urodzeniu. Wiadomo, że wcześniactwo i mała masa urodzeniowa noworodków to główne czynniki urazu okołoporodowego pod postacią niedotlenienia i wylewów śródmózgowych, które stanowią istotną przyczynę późniejszych zaburzeń neurorozwojowych. Zagrożenie to jest tym większe, im większa jest liczba płodów. Częstość występowania ciąży mnogich w wyniku ART jest zróżnicowana i wynosi od 25 do 50%⁵. Jest to zrozumiałe jeżeli uwzględni się fakt celowej, wpisanej w metodę, implantacji do macicy nie jednej lecz kilku zapłodnionych komórek jajowych. W wielu krajach uzyskuje się bardzo istotne zmniejszenie, nawet do 3%, ryzyka ciąży mnogiej poprzez stosowanie transferu do macicy pojedynczego zarodka⁶.

Ocena zdrowia i rozwoju dzieci urodzonych dzięki ART i pochodzących z ciąży mnogich nie jest łatwa. Wiele bowiem patologii stwierdzanych u tych dzieci jest raczej skutkiem mnogości ciąży a nie ART. Dlatego też większość opracowań dotyczących oceny zdrowia i rozwoju dzieci urodzonych dzięki metodom wspomaganego rozrodu koncentruje się na analizie tych cech przede wszystkim u dzieci pochodzących z ciąży pojedynczych.

W piśmiennictwie przedmiotu można znaleźć zróżnicowane opinie dotyczące ryzyka utraty ciąży, uzyskanej metodą ART, w wyniku poronienia samoistnego. Udokumentowana jest opinia, że ryzyko poronienia samoistnego takiej ciąży jest wyższe o 20 do 35% od stwierdzanego wśród ciąży naturalnych⁷. Najczęstszą, w ok. 50% przypadków przyczyną

strat ciąży we wczesnym okresie jej rozwoju są aberracje chromosomowe. Opublikowane w 2008 roku wyniki badań wskazują, że ta przyczyna poronień występuje równie często wśród ciąży ART jak i ciąży spontanicznych⁸.

Stwierdzany większy odsetek liczbowych aberracji chromosomów płci u płodów z ciąży uzyskiwanych dzięki technologii ICSI (0,63% vs 0,2%) ma najprawdopodobniej swą przyczynę w obecności większego odsetka (niemożliwych do wykrycia) aberracji chromosomów płci w plemnikach wprowadzanych do cytoplazmy komórki jajowej⁹.

Wyniki licznych badań potwierdzają fakt dwukrotnego, w stosunku do populacji, wzrostu ryzyka zakończenia ciąży ART porodem przedwczesnym a także 2-3 krotnym zwiększeniem ryzyka urodzenia dziecka z małą (poniżej 2500g) lub bardzo małą (poniżej 1500g) masą urodzeniową¹⁰. Powyższe fakty mają związek z udokumentowanym w wielu metaanalizach zwiększonym, w porównaniu do grupy kontrolnej, ryzykiem zgonu w okresie okołoporodowym lub noworodkowym a także konieczności leczenia noworodków w oddziałach intensywnej terapii¹¹. W tym miejscu wspomnieć też należy o wykazanym 3-krotnym wzroście częstości występowania w tych ciążach łożyska przodującego¹².

Wady rozwojowe

Problem zwiększonej częstości występowania wrodzonych wad rozwojowych wśród dzieci urodzonych z ciąży ART jest od wielu lat przedmiotem szczególnego zainteresowania i dyskusji. Wiadomo jest, że większość wad rozwojowych, choć nie wszystkie, uwarunkowana jest genetycznie. Mimo iż charakter i typ tego uwarunkowania jest zróżnicowany to powstają one w swej większości we wczesnym okresie rozwoju embrionalnego. Dlatego czynniki, które mogą oddziaływać niekorzystnie na ten rozwój zawsze stanowią potencjalne zagrożenie. Populacyjna częstość występowania wad wrodzonych u dzieci urodzonych z ciąży spontanicznych jest znana i nie zmienia się zasadniczo na przestrzeni dziesięcioleci. Zasadne jest więc pytanie, czy manipulacje stanowiące istotę technik wspomaganego rozrodu nie przyczyniają się do zwiększenia częstości wad rozwojowych wśród przychodzących przy ich pomocy na świat dzieci.

Z opracowania Hansena i wsp. wynika, że u dzieci urodzonych po IVF i ICSI stwierdza się co najmniej dwukrotny wzrost częstości występowania poważnych wad rozwojowych, rozpoznawanych przed ukończeniem 1 roku życia¹³. Obserwacja ta znajduje potwierdzenie w wynikach innych metaanaliz poddających ocenie wyniki badań tysięcy dzieci urodzonych dzięki ART i porównaniu wyników z grupą kontrolną, którą stanowiły dzieci urodzone z ciąży spontanicznych. Konkluzją większości autorów tych badań jest sugestia, aby wszystkie pary decy-

dujące się na ART były informowane o co najmniej 30-40% zwiększeniu, stosunku do populacyjnego, ryzyka wystąpienia wady rozwojowej u oczekiwanego dziecka. Pytanie, czy zwiększenie ryzyka wad rozwojowych jest wynikiem samej procedury ART i wyeliminowania naturalnej selekcji czy też ma związek z patologią stanowiącą przyczynę niepłodności pozostaje jak dotychczas bez odpowiedzi. Wyniki badań wskazują jednoznacznie na potrzebę prowadzenia długotrwałych, prospektywnych badań, które umożliwią pełniejszą ocenę tego zagadnienia¹⁴.

W latach ostatnich pojawiły się doniesienia o częstszym, aniżeli w populacji, rozpoznawaniu wśród dzieci z ciążą ART pewnych rzadkich chorób genetycznych, których przyczyną są zaburzenia tzw. rodzicielskiego piętnowania genomowego (imprinting disorders). Ten dość skomplikowany epigenetyczny mechanizm wyciszania funkcji określonych genów ma miejsce we wczesnych mejotycznych podziałach komórek płciowych oraz mitotycznych zygoty. Nie jest on losowy a rodzicielsko specyficzny. Dlatego też określa się go mianem rodzicielskiego piętnowania. Zaburzenie tego mechanizmu (który sprawia, że informacja genetyczna uzyskiwana od matki i ojca nie jest ekwiwalentna mimo, że sama sekwencja DNA nie ulega zmianie) odpowiedzialne jest za występowanie określonych i poważnych chorób genetycznych takich jak zespół Angelmana, czy zespół Beckwith-Widemann. Uważa się też, że mechanizm ten może kształtować predyspozycję np. do rozwoju niektórych nowotworów. Nie dysponujemy jeszcze dostatecznie dużą wiedzą i danymi na temat wpływu stosowanych technik ART na częstość występowania wspomnianych chorób. Jednak dotychczasowe doniesienia sugerujące istnienie takiej korelacji wskazują z jednej strony na konieczność prowadzenia dalszych badań nad tym zagadnieniem, z drugiej zaś na potrzebę informowania pacjentów poddających się zabiegom ART o zwiększonym (w świetle aktualnych danych o 12 do 17 razy) ryzyku wystąpienia u potomstwa tych, niezwykle rzadko występujących w populacji ogólnej, chorób¹⁵.

Brak jest danych uzasadniających istnienie różnic w częstości występowania zaburzeń neurorozwojowych między dziećmi urodzonymi z ART a urodzonymi z ciążą spontanicznych. Stwierdzone w grupie dzieci z ART nieprawidłowości tego typu są wynikiem zaburzeń wewnątrzmacicznych lub okołoporodowych będących skutkiem ciąży mnogiej, porodu przedwczesnego lub małej masy urodzeniowej. Wielu lekarzy zajmujących się zagadnieniem wpływu ART na kolejne okresy rozwoju ontogenetycznego (z okresem prokreacji i dorosłości włącznie) podkreśla ogrom trudności w prowadzeniu tego typu badań. Jedną, lecz bardzo istotną, z przyczyn tych trudności jest postawa rodziców dziecka wyrażająca się silną skłonnością do zachowania w tajemnicy, nawet przed najbliższą rodziną, sposobu poradzenia sobie z własną bezpłodnością. Także w sytuacji wystąpienia u dziecka określonych problemów zdrowotnych. To świadczy też o tym, jak delikatną a zarazem dramatyczną sferą życia tych rodzin jest omawiana problematyka. Z kolei wyciąganie wniosków

i uogólnień na podstawie zazwyczaj jednostkowych ocen zdrowia i rozwoju dzieci urodzonych dzięki ART a będących pacjentami poradni specjalistycznych jest nieuzasadniona. Jest bowiem pozbawiona kryteriów elementarnej obiektywizacji.

Uwagi końcowe

W ocenie zdrowia, rozwoju a także dalszych losów dzieci urodzonych z ciążą zaistniałych dzięki metodom wspomaganego rozrodu nie można zapominać, że wiele z omawianych problemów może mieć swe źródło w samych przyczynach bezpłodności¹⁶. Sama technika nie jest terapią bezpłodności, jak się niekiedy sądzi. Dzięki niej „omija się” jedynie przyczynę blokującą płodność współmałżonków. Niekiedy więc dzięki ART przyczyny bezpłodności „przenosi się” na następne pokolenia¹⁷. Tak się dzieje na przykład w niektórych przypadkach niepłodności męskiej spowodowanej mutacjami w genie CFTR (odpowiedzialnymi także za mukowiscydozę – poważną chorobę genetyczną) lub mikrodelecją chromosomu Y. Sprawa jest o tyle ważna, że blisko 70% genetycznych przyczyn bezpłodności ma swe źródło w zaburzeniach gametogenezy u mężczyzn¹⁸. Małżeństwa takie powinny bezwzględnie uzyskać kompetentną poradę genetyczną¹⁹.

W odniesieniu do rodzin ryzyka genetycznego a więc rodzin ponoszących wysokie ryzyko przekazania potomstwu określonej nieprawidłowości genetycznej (mutacji genowej lub chromosomalnej) przejawiającej się klinicznie ciężką chorobą wrodzoną, oferowana jest przez coraz większą liczbę ośrodków, diagnostyka preimplantacyjna. Jej celem jest wykluczenie obecności w komórkach embrionalnych wspomnianego defektu. Procedura ta, stanowi kolejny przykład odrębnego i niełatwego w wymiarze zarówno medycznym, genetycznym jak i etycznym problemu, który pozostaje w ścisłym związku z wprowadzeniem i rozwojem metod wspomaganego rozrodu²⁰.

Sprawą wymagającą zasygnalizowania jest dość powszechne i stosunkowo łatwe, bo intratne finansowo, oferowanie metod wspomaganego rozrodu wszystkim parom małżeńskim z problemem bezpłodności, także tym, u których nie przeprowadzono właściwej i pełnej diagnostyki przyczyn niepłodności. Nie są sporadycznymi przypadki (cytowane nawet w codziennej prasie) urodzenia dziecka z ciąży spontanicznej po wcześniejszych urodzeniach dzieci z ciążą wspomaganą ART. W takich sytuacjach pojawia się zasadny problem o etycznym, nie tylko finansowym, wymiarze. Dotyczy on narażenia na niepotrzebne ryzyko niekorzystnych skutków metod wspomaganego rozrodu par małżeńskich poddających się tej procedurze w sytuacji, gdy nie są one rzeczywiście nieplodne a tylko niedodiagnozowane lub pozbawione właściwego leczenia.

Gwałtowny rozwój i popularność metod ART ma swe źródło nie tylko we wzrastającej na przestrzeni lat liczbie bezpłodnych małżeństw. Agresywny marketing ośrodków, głównie pozaakademickich, oferujących tę formę korekcji niepłodności kierowany bezpośrednio do zainteresowanych zapewnia często istotną redukcję niemałych przecież kosztów procedury. Osiągana jest ona w wielu krajach poprzez różne i atrakcyjne programy finansowania. Obserwowany na przestrzeni 3 lat blisko 40% wzrost liczby tego typu klinik w USA dobrze charakteryzuje problem.

Innowacyjność współczesnej medycyny wprowadza wiele problemów, pytań i kontrowersji natury etycznej. Wiele z nich znalazło odzwierciedlenie i próbę unormowania we wspomnianej na wstępie Konwencji Bioetycznej Rady Europy, jak też Protokołach Dodatkowych poświęconych zagadnieniom szczegółowym, takim jak m.in. badania naukowe czy testy genetyczne²¹. Tak więc metody wspomaganego rozrodu stanowią jeden z wielu problemów zasługujących, zgodnie z zaleceniami Konwencji, nie tylko na debatę publiczną lecz także odpowiednie, lokalne uregulowania prawne. Uwzględniać one muszą zarówno funkcjonujące w społeczeństwie główne systemy wartości jak też stan współczesnej wiedzy biologicznej i medycznej. Tej wiedzy nie można też odmawiać rodzinom zainteresowanym skorzystaniem z metod wspomaganego rozrodu.

Niezależnie od refleksji etyczno-moralnej jaka powinna towarzyszyć wszystkim ważnym decyzjom człowieka, a problemy prokreacji do takich należą, rodziny zainteresowane ART mają prawo do uzyskania pełnej informacji nie tylko o wskazaniach i istocie proponowanej im procedury lecz także o ryzyku jakie jest z nią związane²². Zasada *primum non nocere* obowiązuje w takich przypadkach zarówno lekarzy jak i potencjalnych rodziców a odpowiedzialność moralna dotyczy osób po obu stronach lekarskiego biurka. Myślę, że przekazanie tej wiedzy powinno być treścią, kompetentnej i zagwarantowanej formalnie porady, poprzedzającej poddanie się procedurze, a także udokumentowane deklaracją świadomej zgody pacjentów. Takie są też zalecenia wynikające z treści Konwencji Bioetycznej Rady Europy.

Tadeusz Mazurczak, lekarz, genetyk kliniczny i pediatra, profesor nauk medycznych, kierownik Zakładu Genetyki Medycznej Instytutu Matki i Dziecka, wykładowca Akademii Pedagogiki Specjalnej; członek licznych towarzystw naukowych (m.in. Polskie go Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Genetycznego, Europejskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka, Światowego Konsorcjum Badań nad Mukowiscydozą), prezes Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka oraz ekspert Komisji Bioetyki Rady Europy, autor ok. 150 prac naukowych

Przypisy:

- ¹ Por. T. Mazurczak [red.], *Zastosowanie biologii w medycynie a godność osoby ludzkiej. Aspekty etyczne i prawne*, PWN, Warszawa 2003
- ² A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction*, "Lancet" 2007, 370; 350-59, V.C. Wright, J. Chang, G. Jeng, M. Macaluso, *Assisted reproductive technology surveillance – United States*, "MMWR Surveill Summ." 2008; 57(5); 1-23.
- ³ V.M. Allen, R.D. Wilson, A. Cheung, *Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology*, "J. Obstet. Gynaecol. Can." 2006; 28(3): 220-50; A.N. Andersen, V. Goossens, A.P. Ferraretti i wsp., *Assisted reproductive technology in Europe, 2004: results generated from European registers by ESHRE*, "Hum. Reprod." 2008; 23; 4; 756-771; F. Belva, S. Henriët, E. Van den Abbeel, M. Camus i wsp., *Neonatal outcome of 937 children born after transfer of cryopreserved embryos obtained by ICSI and IVF and comparison with outcome data of fresh ICSI and IVF cycles*, "Hum. Reprod." 2008, 23(10): 2227-38; A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*, V.C. Wright, J. Chang, G. Jeng, M. Macaluso *Assisted reproductive...*
- ⁴ N. Andersen, V. Goossens, A.P. Ferraretti i wsp., *Assisted reproductive technology in Europe...*; J-C Arce, A.N. Anderson, J. Colins, *Resolving methodological and clinical issues in the design of efficacy trials in assisted reproductive technologies; a mini-review*, "Hum. Reprod." 2005, 20 (7); 1757-1771; A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*
- ⁵ V.M. Allen, R.D. Wilson, A. Cheung, *Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology...*; A.A. Mitchell, *Infertility treatment – more risks and challenges (editorials)*, "N. Engl. J. Med." 2002, 346 (10): 769-770; A. Pinborg, A. Loft, L. Schmidt, J. Langhøff-Roos, A.N. Andersen *Maternal risk and perinatal outcome in a Danish national cohort of 1005 twin pregnancies: the role of in vitro fertilization*, "Acta Obstet. Gynecol. Scand." 2004; 83(1): 75-84; A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*; V.C. Wright, J. Chang, G. Jeng, M. Macaluso *Assisted reproductive...*
- ⁶ R. Klemetti, T. Sevon, M. Gissler, E. Hemminki, *Health of children born as a result of in vitro fertilization*, 2006; 118; 5: 1819-1827; A. Pinborg, A. Loft, A.N. Andersen, *National outcome in a Danish national cohort of 8602 children born after in vitro fertilization or intracytoplasmic sperm injection: the role of twin pregnancy*, "Acta Obstet. Gynecol. Scand." 2004; 83(11) 1071-8; V.C. Wright, J. Chang, G. Jeng, M. Macaluso, *Assisted reproductive...*
- ⁷ A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*
- ⁸ D. Bettio, A. Venci, P. E. Levi Setti, *Chromosomal abnormalities in miscarriages after different assisted reproduction procedures*, "Placenta" 2008, 29 suppl. B; 126-8
- ⁹ A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*
- ¹⁰ L.A. Schieve, S.F. Meikle, C. Ferre, H.B. Peterson, G. Jeng, L.S. Wilcox, *Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology*, "N. Engl. J. Med." 2002; 346 (10): 731
- ¹¹ A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*
- ¹² V.M. Allen, R.D. Wilson, A. Cheung, *Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology...*; C. Bower, M. Hansen, *Assisted reproductive technologies and birth outcomes: overview of recent systematic reviews*, "Reproduction, Fertility and Development", 2005, 17; 329-333; P. Meriob, O. Sapir, J. Sulkes, B. Fish, *The prevalence of major congenital malformations during two periods of time – 1986-1994 and 1995 – 2002 in newborns conceived by assisted reproduction technology*, "Eur. J. Med. Genet.", 2005, 48 (1): 5-11; A. Pinborg, A. Loft, L. Schmidt, J. Langhøff-Roos, A.N. Andersen, *Maternal risk and...*

- ¹³ M. Hansen, C. Bower, E. Milwe, N. Klerk, J.J. Kurinczuk, *Assisted reproductive technologies and the risk of birth defects – a systematic review*, "Hum. Reprod." 2005, 20(2): 328-338; M. Hansen, J.J. Kurinczuk, C. Bower, S. Webb, *The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization*, "N. Engl. J. Med."; 2002, 343; 10: 725-730
- ¹⁴ R. Klemetti, T. Sevon, M. Gissler, E. Hemminki, *Helth of children born as a result of in vitro fertilization*, 2006; 118; 5: 1819-1827; P. Meriob, O. Sapir, J. Sulkes, B. Fish, *The prevalence of major congenital...*; A.A. Mitchell, *Infertility treatment – more risks...*; A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*
- ¹⁵ E.L. Niemitz, A.P. Feinberg, *Epigenetics and assisted reproductive technology: a call for investigation*, "Am. J. Hum. Genet." 2004, 74: 599-609.; Z. Pandian, S. Bhattacharya, L. Vale, A. Templeton, *In vitro fertilization for unexplained subfertility*, "Cochrane Database Syst. Rev." 2002. 18(2): CD003357.; O. Lidegaard, A. Pinborg, A.N. Andersen, *Imprinting disorders after assisted reproductive technologies*, "Curr. Opin. Obstet. Gynecol." 2006; 18(3): 293-6.; A.G. Sutcliffe, C.J. Peters, S. Bowdin, K. Temple i wsp., *Assisted reproductive therapies and imprinting disorders – a preliminary British Survey*, "Hum. Reprod." 2006, 21(4): 1009-1011; L. Wilkins-Hong, *Assisted reproductive technology, congenital malformation and epigenetic disease*, "Clin. Obstet. Gynecol." 2008; 51(1): 96-105.; A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*
- ¹⁶ Z. Pandian, S. Bhattacharya, L. Vale, A. Templeton, *In vitro fertilization...*
- ¹⁷ C. Feng, L.O. Wang, M.Y. Dong, H.F. Huang, *Assisted reproductive technology may increase clinical mutation detection in male offspring*, "Fertil Steril." 2008; 90(1): 92-6 F. L. Moore, R. A. Reijo-Pera, *Male sperm motility dictated by mother's mtDNA*, "Am. J. Hum. Genet." 2000; 67: 543-548.
- ¹⁸ C. Żekanowski, *Genetyczne przyczyny niepłodności męskiej*, w: „Wszelchświat” 2000, t. 101, 100-104.
- ¹⁹ C. Bower, M. Hansen, *Assisted reproductive technologies and birth outcomes...*
- ²⁰ C.J. Gruber, M. Hengestschlager, H. Leopold, I.M. Gruber, K. Ferlitsch, J. C. Huber, *Genetic factors in assisted reproduction*, "Wien. Klin. Wochenschr", 2003; 115 (23); 805-11; S. Soini, D. Ibarreta, V. Anastasiadon, S. Aymé, S. Braga i wsp., *The interface between assisted reproductive technologies and genetics: technical, social, ethical and legal issues.*, "Europ. J. Hum. Genet." 2006, 14: 588-645; A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*
- ²¹ Por. T. Mazurczak [red.], *Zastosowanie biologii w medycynie...*
- ²² C. Bower, M. Hansen, *Assisted reproductive technologies and birth outcomes...*; V.M. Allen, R.D. Wilson, A. Cheung, *Pregnancy outcomes after assisted...*; A.G. Sutcliffe, M. Ludwig, *Outcome of assisted reproduction...*

ks. Artur Filipowicz SJ

Biopsychiczne dylematy stosowania technik „in vitro”

Techniki sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego bywają określane „metodą ostatniej szansy”. Korzystają z nich małżonkowie, a także osoby żyjące w dwupłciowych związkach partnerskich, w związkach monopłciowych, osoby samotne lub owdowiałe. Wszyscy oni są przekonani, że dzięki technice sztucznego zapłodnienia dziecko, które się urodzi będzie przynajmniej częściowo genetycznie z nimi spokrewnione.

Lekarze, media, a także znaczna część polskiej sceny politycznej eksponują pozytywne skutki metod wspomaganego rozrodu. Dominuje pogląd, że rosnąca liczba niepłodnych małżeństw przeżywa psychiczną traumę z powodu braku potomstwa. Uważa się, iż każdy człowiek ma prawo do posiadania dziecka. *In vitro* gwarantuje realizację tego prawa. Tym bardziej, że rośnie liczba niepłodnych osób. Postulowana refundacja zabiegów miałaby, zdaniem niektórych, upowszechnić „leczenie” bezpłodności. Przyczynić się do złagodzenia wywołanej przez nią psychicznej traumy. Umożliwić bezdzietnym posiadanie upragnionego potomstwa. Stanowiąc środek zaradczy pogłębiającego się niżu demograficznego.

Wspomniane argumenty, dominujące w polskiej debacie publicznej dotyczącej *in vitro* należą tak naprawdę do sfery pozamoralnej. Zakreślają kontury prakseologicznego dyskursu biomedycznego, wyznaczone chorobą bezpłodności (w wymiarze somatyczno-psychicznym) i sposobami jej skutecznego „leczenia”. Przywoływane są zazwyczaj pozytywne konsekwencje stosowania technik sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego. Rzetelność, a tym samym obiektywizm publicznej debaty wymaga zwrócenia także uwagi na negatywne skutki sztucznych metod reprodukcji. Nie mieszania – choć nie oddzielania – dyskursów aksjologicznego, medycznego, psychologicznego, społecznego, politycznego, prawnego i ekonomicznego.

Bioetyka rozpatrywana jako fundament meta-biopolitycznych i meta-bioprawnych rozstrzygnięć nie jest ideologią. Stara się zanalizować fenomeny życia biologicznego, by dokonać potem ich całościowej oceny w świetle wartości etycznych i religijnych. Rozważyć wszystkie „za” i „przeciw”.

Bioetyczna kwalifikacja sztucznej ingerencji w proces przekazywania ludzkiego życia zależy więc najpierw od biomedycznej, a więc poza-moralnej analizy samych technik *in vitro* oraz towarzyszących im procedur kriokonserwacji embrionów i gamet, genetycznej diagnostyki preimplantacyjnej, a także selektywnej eliminacji i redukcji implantowanych płodów. Obok biomedycznych aspektów sztucznych metod reprodukcji znajduje się – na tej samej płaszczyźnie poza-moralnej argumentacji – dyskurs biopsychiczny, niestety prawie nieobecny w publicznej debacie. A przecież dopiero w oparciu o przeprowadzone analizy biomedyczne i biopsychiczne staje się możliwe dokonanie właściwej kwalifikacji bioetycznej technik *in vitro*. Z kolei rozstrzygnięcia bioetyczne mogą stanowić swego rodzaju punkt orientacyjny podejmowanych decyzji biopolitycznych, uregulowań bioprawnych i bioekonomicznych.

Poniżej zostaną zasygnalizowane najważniejsze biopsychiczne dylematy, dotyczące stosowania technik sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro*.

1. Konflikt sumienia

Procedury *in vitro* budzą szereg kontrowersji natury psychologicznej. Osoby korzystające z tych procedur są silnie motywowane do współpracy z personelem medycznym. Mogłoby się więc wydawać, że rezygnacja z udziału w programie, zwykle obejmującym trzy próby, jest rzadka. Tymczasem w badaniach brytyjskich z 1997 r. zauważono, że na 144 pary poddające się zapłodnieniu *in vitro* część nie ukończyła nawet jednego cyklu prób, 1/5 zrezygnowała w trakcie, zaś 1/3 istotnie opóźniła przystąpienie do następnego etapu¹. Rezygnacja z procedur nie musiała być podyktowana wyłącznie względami biomedycznymi czy bioekonomicznymi. Ważną rolę mogły odegrać czynniki natury psychicznej².

Przed wyrażeniem zgody na poddanie się procedurom sztucznego zapłodnienia przyszli rodzice muszą podjąć uzgodnioną wspólnie decyzję. Jeśli jedno z małżonków czuje presję drugiego, aby poddać się zabiegowi, może na to przystać – z powodu lęku przed odrzuceniem ze strony partnera – ale z poczuciem przymusu czy zniewolenia. Sytuacja staje się problematyczna szczególnie dla katolików, którzy przystępując do programu *in vitro* popadają w konflikt sumienia. Bywa on łagodzony lub eliminowany na poziomie podświadomości za pomocą mechanizmów obronnych³. Wydaje się, że spośród nich istotną rolę odgrywają następujące mechanizmy: 1) racjonalizacja – „w tej sytuacji nie mamy innego wyjścia”, „to dla nas najlepsze rozwiązanie”; 2) zaprzeczanie – „*in vitro* to dla nas żaden problem moralny”; 3) bagatelizowanie – „nie jest ważne, w jaki spo-

sób dziecko się poczyňa”; 4) projekcja – „wszyscy by tak postąpili w naszej sytuacji”; 5) mechanizm „słodkiej cytryny” – „zabieg będzie stresujący i być może bolesny, ale urodzi się dziecko które pokochamy, a nasz związek stanie się pełniejszy i stabilniejszy”; 6) tłumienie poczucia konfliktu i unikania sytuacji przypominających o nim poprzez zerwanie osobistego związku z Kościołem czy negatywny stosunek do instytucji kościelnych; 7) agresja wyrażająca się w ostrej werbalnie krytyce stanowiska Kościoła na temat *in vitro* – „niech faceci w ‘sukienkach’ nie wypowiadają się na temat sztucznego zapłodnienia, bo się na tym nie znają”, „co księża wiedzą o dramacie bezpłodnych par, skoro nie mają rodziny”. Wymienione mechanizmy obronne ujawniają tak naprawdę istnienie konfliktów moralnych i wyrzutów sumienia, jakich doświadczają osoby poddające się procedurze *in vitro*. Konflikty te bywają źródłem nerwicy i zaburzeń psychosomatycznych oraz dysfunkcji rodzinnych i społecznych⁴.

2. Motywacje psychologiczne

Zamierzona bezdzietność stanowi coraz częściej społecznie akceptowany wybór. Bezdzietność niezamierzona jest natomiast traktowana jako niepełnosprawność w dziedzinie prokreacji, której trzeba zaradzić korzystając z dostępnych procedur reprodukcyjnych. Uznanie społeczne stanowi silny instrument kontrolny. Brak społecznej akceptacji dla bezdzietności może się stać dominującym motywem skorzystania z zapłodnienia *in vitro*⁵. Presja psychiczna wywierana na bezpłodną parę przez najbliższe otoczenie by „wreszcie mieli dziecko”, a zarazem niemożność sprostania tym oczekiwaniom wpływa destabilizująco na samoocenę kobiety i mężczyzny⁶. Niska samoocena wywołana zaniżonym poczuciem własnej wartości prokreacyjnej może z kolei motywować małżonków do szukania wszelkich sposobów zaradzenia bezpłodności. Jeżeli w najbliższym środowisku przecenia się dodatkowo znaczenie więzów krwi, to bezpłodna para będzie się czuła przymuszona do urodzenia dziecka, zamiast do skorzystania z adopcji⁷. Nierzadko błędy wychowawcze sprawiają, że kobieta jest przeświadczona, iż rodzenie i wychowanie potomstwa stanowi warunek rozwoju jej osobowości i normalności. Bezpłodność jest wówczas przez nią traktowana jako pozbawienie jej szansy bycia w pełni człowiekiem. Może się u niej wytworzyć przekonanie, że jedynie poprzez biologiczne macierzyństwo będzie normalną i zdrową psychicznie osobą.

Kobiecie, ze względu na biopsychiczne potrzeby związane z macierzyństwem, trudniej niż mężczyźnie pogodzić się z bezdzietnością. Możliwość wydania na świat potomstwa i wychowywania go bywa dla niej ważniejsza niż zgodne pożycie małżeńskie. W przeciwieństwie do mężczyzny ocenia więc ona bezdzietny związek małżeński jako nieuda-

ny, jako porażkę życiową, swoją zaś pozycję w małżeństwie jako gorszą od męża⁸. Skoro dziecko ma być wyrazem miłości małżeńskiej to jego brak może być przez nią odbierany jako symptom miłości niepełnowartościowej, bezowocnej, niestabilnej i pozbawionej trwałych fundamentów.

Silny nacisk ze strony innych – faktyczny lub projektowany przez kobietę – by za wszelką cenę urodziła dziecko oraz pragnienia związane z potrzebami macierzyńskimi powodują, że decyzja o skorzystaniu z metod zapłodnienia pozaustrojowego nie musi być w pełni autonomiczna. Tym bardziej, że błędne opinie na temat „bezwartościowości” bezpłodnego związku małżeńskiego, lęk przed utratą akceptacji oraz realny lub wyimaginowany przymus społeczny mogą stanowić okoliczności zmniejszające rozumność i wolność, a więc pełną odpowiedzialność za poddanie się procedurom *in vitro*.

3. Stres reprodukcyjny

Cały okres związany z próbami osiągnięcia sukcesu sztucznego zapłodnienia jest silnie stresogenny⁹. Podatność na stres jest wzmagana długotrwałą niepłodnością oraz szukaniem optymalnego wyjścia z sytuacji. Obciążenia psychiczne stanowią dla wielu kobiet większą dokuczliwość, niż obciążenia związane z fizycznymi aspektami zastosowanych procedur reprodukcyjnych¹⁰. Przy napiętej atmosferze poprzedzającej kwalifikowanie do zabiegu oraz w trakcie przeprowadzania kolejnych prób *in vitro*, a także oczekiwania na ich wynik nie trudno o błędy jatrogenne. Kobiety narzekają na przedmiotowy sposób ich traktowania ich przez personel medyczny. To co dla pacjentki jest intymnym i wstydlivym przeżyciem, dla personelu jest dobrze płatną czynnością zawodową. Współżycie seksualne, pozyskiwanie przez męża nasienia drogą ręcznej stymulacji, zwierzanie się z intymnej sfery życia seksualnego – wszystko to rodzi poczucie zażenowania, poniżenia, depersonalizacji i dehumanizacji¹¹. Wiele kobiet doświadcza utraty kontroli nad własnym ciałem, które zostaje w pewien sposób oddane do dyspozycji lekarzy. Utrata takiej kontroli rodzi poczucie bezradności wobec biologicznych sił organizmu oraz zależności od technicznej sprawności lekarzy i aparatury¹². Kobiety czują się czasami jak króliki doświadczalne w programie badań naukowych. Mają poczucie, że lekarze-mężczyźni, dominują nad nimi i starają się przy okazji ich osobistego dramatu, zaspokoić swe aspiracje naukowe, finansowe czy też osiągnąć kolejny szczebel kariery naukowej¹³.

Niektóre ośrodki leczenia niepłodności operują statystycznymi miarami sukcesu nie zaś niepowodzenia, chociaż ono zasadniczo dominuje. Świadomość małżonków bywa więc czę-

sto manipulowana w kierunku ich skłonienia do podjęcia decyzji o skorzystaniu z *in vitro*. Prawdopodobnie dlatego mają oni silną tendencję do przeceniania prawdopodobieństwa jego powodzenia, przy jednocześnie dużym lęku dotyczącym skuteczności samej procedury. U wielu z nich następuje wyraźna defragmentacja między ciałem a zjednoczeniem płciowym. Ciało postrzegane jest jako „fabryka” gamet oraz „inkubator” do ciążowego podtrzymania życia i zrodzenia dziecka¹⁴. Zjednoczenie płciowe traci charakter interpersonalnej komunii otwartej na przyjęcie nowego życia. Poddawanie się kolejnym próbom sztucznego zapłodnienia wywołuje, zwłaszcza u kobiet, nasilenie objawów stresogennych w postaci depresji, niepokojów, lęków oraz poczucia wyobcowania i osamotnienia. Niektóre doświadczają stanów psychicznych podobnych do tych, jakie przeżywa kobieta po poronieniu. Przybierają one formę obniżonego nastroju i smutku, zaburzeń somatycznych, złości i agresji, odczucia bezwartościowości oraz bezsensowności dotychczasowego życia¹⁵.

4. Rodzice biologiczni versus rodzice genetyczni

Za pomocą techniki *in vitro* mogą przychodzić na świat dzieci, których jedno z rodziców biologicznych jest bezpłodne. W sytuacji męskiej bezpłodności komórki jajowe żony są zapładniane nasieniem anonimowego dawcy. W przypadku zaś gdy jest ona niepłodna dawczynią oocyta staje się inna kobieta. Zapłodniona komórka jajowa, jeśli żona jest zdolna do bycia w ciąży, może zostać przeniesiona do jej macicy. Nie jest ona wówczas matką genetyczną dziecka, lecz jego matką biologiczną. W sytuacji natomiast gdy bezpłodna żona nie może nosić ciąży, embrión zostaje wszczepiony do endometrium innej kobiety – pełniącej rolę matki zastępczej.

Z badań nad parami poddającymi się sztucznemu zapłodnieniu wynika, że bezpłodność męska działa bardziej destrukcyjnie na poczucie męskości niż bezpłodność żeńska na poczucie kobiecości. Dla mężczyzny trudniejszy w akceptacji jest brak płodności niż fizyczny brak dziecka. Łatwiej więc radzi on sobie z bezpłodnością żony niż własną¹⁶. Kobiecie natomiast ważniejsza wydaje się możliwość urodzenia lub wychowania potomstwa, aniżeli sam fakt własnej płodności. Łatwiej jej więc zaakceptować swoją bezpłodność niż brak dziecka. Konsekwentnie jest bardziej chętna niż mąż do skorzystania z adopcji. Rzadziej też, w odróżnieniu od niego, skłania się ku preselekcji płci czy określaniu pożądanego wyglądu przyszłego dziecka¹⁷.

Zauważa się istnienie dwóch prawidłowości. Po pierwsze, mąż – w sytuacji bezpłodności żony – współprzeżywa z nią jej problem lub odchodzi do innej płodnej kobiety. W odwrotnej sytuacji – bezpłodności męża – kobieta czuje się nie tylko bezdzietna ale także bezpłod-

na. Przyjmuje na siebie „piętno bezpłodności” jako wyraz solidarności z mężem. Po drugie, jeżeli żona chce mieć dziecko a mężczyzna nie, to pozostają bezdzietni, natomiast jeżeli mąż bardzo chce mieć dziecko, a kobieta odnosi się do tego niechętnie, to albo zmienia po czasie zdanie i poddaje się sztucznemu zapłodnieniu, albo mąż odchodzi do kobiety, która urodzi mu dziecko¹⁸. Nieakceptowana bezpłodność oraz wywierana presja otoczenia na poddanie się procedurze sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego wywołują dysfunkcje małżeńskie. W niektórych przypadkach dochodzi do rozstania lub rozwodu.

Zaobserwowano, że w wyobraźni kobiety przystępującej do programu *in vitro*, gdy korzysta ona z dawstwa anonimowego nasienia, pojawiają się fantazje i marzenia dotyczące dawcy. Kobieta wyobraża sobie jego wygląd, cchy charakteru, zdolności, zainteresowania oraz sposób bycia. Fantazjuje na temat jego zachowań seksualnych podczas ewentualnego zapładniającego współżycia¹⁹.

Sytuacja ulega skomplikowaniu w przypadku, gdy kobieta jest bezpłodna i korzysta w procedurze sztucznego zapłodnienia z komórki jajowej innej kobiety. Skorzystanie z obcego oocytu jest dla kobiety trudniejsze, niż zastosowanie nasienia anonimowego dawcy. Narcystyczne zranienie spowodowane diagnozą bezpłodności zostaje jednak przysłonięte i zamaskowane przez darowaną komórkę jajową. Dzięki niej bezpłodna kobieta jest przekonana, że ma szansę na zmianę swej biologicznej kondycji i osiągnięcie niezrealizowanego marzenia o dziecku. W takiej sytuacji, bardziej niż przy użyciu obcego nasienia fantazje dotyczą osoby dawczyni oocytu. Kobieta ma czasem poczucie, że zabrała dawczyni część jej ciała. Czasem myśli o niej jak o swoim sobowtórce. Zafałszowaniu ulega jednocześnie wyobrażenie o genetycznym wyposażeniu dziecka. Zdarza się, że kobieta, korzystająca z dawstwa oocytów sądzi, iż dziecko które się urodzi będzie podobne do męża w 50%, do dawczyni w 25%, zaś od niej samej także 25%²⁰.

Pozaustrojowe zapładnianie *in vitro* kreuje szereg komplikacji natury psychicznej zarówno dla samych rodziców, jak i ich dziecka. U par uczestniczących w programach sztucznej reprodukcji dochodzi do zakłócenia więzi emocjonalnych poprzez „wprowadzenie do rodziny” obcej osoby lub małżeństwa. U kobiety nosicielki powstają zaś silne przeżycia związane z koniecznością oddania noworodka rodzicom genetycznym²¹.

5. Neurotyczny lęk o dziecko

Osoby poddające się sztucznemu zapłodnieniu muszą radzić sobie nie tylko z normalnym niepokojem towarzyszącym ciąży, lecz także z lękiem o urodzone dziecko²². U wielu po-

jawiają się niepewności dotyczące podobieństwa fizycznego między nimi a potomkiem, jego stanu zdrowia, wrodzonych predyspozycji i prawidłowego rozwoju. Rodzice dziecka z *in vitro* zadają sobie pytanie co zrobią, jeśli okaże się ono chore lub upośledzone²³. Tym bardziej, że dotychczasowe meta-analizy porównawcze wykazują, że dzieci poczęte *in vitro*, w stosunku do normalnie poczętych, szybciej umierają, częściej przychodzą na świat z ciążą mnogiej, rodzą się przedwcześnie z niską masą, zwiększone jest u nich ryzyko pojawienia się rozwojowych wad wrodzonych i zespołów wad genetycznych oraz narażone są na większą częstotliwość wystąpienia mózgowego porażenia dziecięcego.

Neurotyczna obawa o zdrowie i wygląd dziecka jest wzmocniona w trakcie procedur sztucznego zapłodnienia, podczas których dochodzi do selektywnej eliminacji czyli usunięcia embrionów obarczonych wadą genetyczną lub redukcji słabiej rozwijających się płodów celem zmniejszenia ich liczby w macicy. Niewiele jednak wiemy na temat przeżyć rodziców, a zwłaszcza matek, które doświadczyły zabicia w ich łonach jednego lub więcej dzieci, aby stworzyć lepsze warunki rozwoju dla tego które pozostanie przy życiu. Jeszcze mniej posiadamy informacji dotyczących przeżyć ocalonego dziecka.

Rodzice, a zwłaszcza kobiety, które wychowują dzieci poczęte metodą *in vitro* pragną być „supermatkami”. W sytuacjach trudności opiekuńczych, rozwojowych lub wychowawczych przeżywają poczucie winy. Są przekonane, iż nie sprawdzają się w roli rodzicielskiej lub w niewielkim stopniu zaspakajają potrzeby dziecka. Często mają trudności w pozostawieniu go pod opieką osoby trzeciej, w podjęciu pracy zawodowej, w okazywaniu mu swego niezadowolenia lub niechęci. Nierzadko u takich matek obserwuje się tendencje do nadopiekuńczości, przesadnej troski o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka, ograniczania jego swobody oraz nadmiernej koncentracji uczuciowej²⁴. Matki dzieci z *in vitro*, w porównaniu z innymi, częściej oceniają swoje potomstwo jako nadwrażliwe, wysoko receptywne, wykazujące zaburzenia zachowania i sprawiające trudności wychowawcze. Niewykluczone, że taka ocena stanowi odzwierciedlenie ich bojaźliwej troski o dziecko i niepokoju o jego zdrowie oraz normalny rozwój psychofizyczny²⁵.

Dzieci poczęte *in vitro* narażone są również na problemy emocjonalne z powodu bycia „drogocennym dzieckiem”. Przez wychowawców i nauczycieli bywają częściej oceniane jako osoby mające trudności z adaptacją emocjonalno-społeczną²⁶.

Isnieje stosunkowo niewiele badań dotyczących rozwoju psychicznego dzieci poczętych w wyniku sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego. W dostępnych analizach można spotkać z kolei rozbieżne konkluzje. Zależnie od wieku dzieci i użytych metod badaw-

czych uzyskuje się wyniki wskazujące na to, że albo nie przejawiają one żadnych dysfunkcji psychicznych, albo wykazują częstsze w tej grupie wiekowej zaburzenia emocjonalno-osobowościowe²⁷.

* * *

Obiektywizm publicznej debaty wokół *in vitro* zakłada rzetelność i uczciwość argumentacyjną. Powinny ją wykazywać obydwie strony sporu – zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy sztucznych technik reprodukcji. Argumentacja biopsychiczna należy wprowadzić do sfery poza-moralnych uzasadnień, jednakże stanowi ważny, obok biomedycznego, element konstytuujący właściwą ocenę bioetyczną stosowania technik *in vitro* w przypadku człowieka.

Naruszeniem obiektywizmu publicznego dyskursu w kwestii *in vitro* byłoby przesadne eksponowanie pozytywnych skutków procedur a przemilczanie lub minimalizowanie ich skutków negatywnych. Tym bardziej, że coraz częściej naukowe autorytety w dziedzinie medycyny i psychologii podkreślają, że nie posiadamy jeszcze dostatecznej wiedzy na temat bliższych i długofalowych konsekwencji jakie wywołuje *in vitro* dla zdrowia fizycznego i psychoduchowego reprodukowanych osób²⁸. Sama skuteczność technik zapłodnienia pozaustrojowego jest niewielka. Dramatyczny jest także los nadliczbowych ludzkich embrionów. W samej Wielkiej Brytanii w latach 1991-2005 wytworzono ich dokładnie 2 137 924. Z tej liczby poprzez użycie procedur zapłodnienia pozaustrojowego przyszło na świat 109 469 dzieci. Nieznany jest los pozostałych 2 028 455 ludzkich zarodków²⁹.

Techniki *in vitro* stanowią – na obecnym etapie rozwoju medycyny – gigantyczny eksperyment nie tylko biomedyczny lecz także biopsychiczny na człowieku. Z ostatecznym rozstrzygnięciem sporu, czy jest on korzystny czy szkodliwy dla gatunku *Homo sapiens* trzeba będzie długo poczekać.

Ks. Artur Filipowicz SJ, etyk, specjalizujący się w zakresie etyki politycznej i biopolityki. Adiunkt w Katedrze Etyki Społecznej i Politycznej Instytutu Politologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, jak również kierownik Katedry Teologii Moralnej Papieskiego Wydziału Teologicznego Bobolanum w Warszawie; zastępca red. nac. kwartalnika „Studia Bobolanum” oraz członek Rady Naukowej pisma „Global Bioethics”; autor licznych artykułów i ekspertyz z zakresu bioetyki i biopolityki

Przypisy:

- ¹ Por. J.A. Emery, P. Slade, B.A. Lieberman, *Patterns of progression and nonprogression through in vitro fertilization treatment*, „Journal of Assisted Reproduction and Genetics” 1997 nr 14, s. 600-602.
- ² Por. D. Guerra i in., *Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service*, „Human Reproduction” 1998 nr 6, s. 1733-1736.
- ³ Por. K.R. Daniels, *Psychosocial factors for couples awaiting in vitro fertilization*, „Social Work in Health Care” 1989 nr 2, s. 81-98.
- ⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Doświadczenia rodziców – użytkowników wspomaganą prokreacji*, w: H. Cudak (red.), *Socjalizacja i wychowanie we współczesnych rodzinach polskich*, Akademia Świętokrzyska w Kielcach, Piotrków Trybunalski 2001, s. 338-340.
- ⁵ Por. H. Colpin, A. De Munter, L. Vandemeulebroecke, *Parenthood motives in IVF – mothers*, „Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology” 1998 nr 19, s. 19-27.
- ⁶ Tamże
- ⁷ Por. M. Kucerova, M. Dolanska, *Eticke a psychologické problémy infertilich parů v genetickém poradenství*, „Česká Gynekologie” 1997 nr 4, s. 220-223.
- ⁸ Por. C. Łepecka-Klusek, *Pozycja kobiety w małżeństwie bezdzietnym*, „Ginekologia Polska” 1997 nr 5, s. 204-208.
- ⁹ Por. E. Sheiner i in., *The relationship between occupational psychological stress and female fertility*, „Occupational Medicine” 2003 nr 4, s. 265-269.
- ¹⁰ Por. F. Van Balen, N. Naaktgeboren, T.C. Trimbos-Kemper, *In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery*, „Human Reproduction” 1996 nr 11, s. 95-98.
- ¹¹ Por. A. Eugester, A.J.J.M. Vingerhoets, *Psychological aspects of in vitro fertilization: a review*, „Social Science & Medicine” 1999 nr 5, s. 575-576.
- ¹² Por. M.G. Schneider, M.S. Forthofer, *Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment*, „Health & Social Work” 2005 nr 3, s. 183-185.
- ¹³ Por. A. Bonnicksen, *Some Consumer Aspects of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, „Birth. Issues in perinatal care” 1988 nr 3, s. 136-139.
- ¹⁴ Por. S. Mimoun, *Les multiples interactions entre l'infertilité et la sexualité*, „Contraception, Fertilité, Sexualité” 1993 nr 3, s. 251-254.
- ¹⁵ Por. D. Kornas-Biela, *Doświadczenia rodziców...*, s. 334.
- ¹⁶ Por. C. Łepecka-Klusek, *Postawy małżeństw bezdzietnych wobec niektórych technik rozrodu wspomaganego*, „Ginekologia Polska” 1997 nr 5, s. 200-203.
- ¹⁷ Por. M. Kucerova, M. Dolanska, *Eticke a psychologické problémy...*, s. 221.
- ¹⁸ Por. D. Kornas-Biela, *Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją*, w: Taż (red.), *Oblicza macierzyństwa*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1999, s. 233.
- ¹⁹ Por. A. Brawaeyns i in., *Children from anonymous donors: an inquiry into homosexual and heterosexual parent's attitudes*, „Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology” 1993 nr 14, s. 23-35.
- ²⁰ Por. E. Blyth i in., *The implications of adoption for donor offspring following donor-assisted conception*, „Child & Family Social Work” 2001 nr 4, s. 295-304.
- ²¹ Por. T. Bayne, *Gamete Donation and Parental Responsibility*, „Journal of Applied Philosophy” 2003 nr 1, s. 77.

- ²² Por. C. Łepecka-Klusek, G. Jakiel, *Difficulties in adaptation to pregnancy following natural conception or use of assisted reproduction techniques: a comparative study*, "The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care" 2007 nr 1, s. 51-57.
- ²³ Por. J.N. Robinson i in., *Attitudes of donors and recipients to gamete donation*, "Human Reproduction" 1991 nr 6, s. 307-309.
- ²⁴ Por. S.M. Weaver i in., *A follow-up study of "successful" IVF/GIFT couples: social – emotional well-being and adjustment to parenthood*, "Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology" 1993 nr 14 Suppl., s. 12-14.
- ²⁵ Por. F.L. Gibson i in., *Development, behaviour and temperament: a prospective study of infants conceived through in-vitro fertilization*, "Human Reproduction" 1998 nr 6, s. 1727-1732.
- ²⁶ Por. R. Levy-Shiff i in., *Medical, cognitive, emotional, and behavioral outcomes in school-age Por. children conceived by in-vitro fertilization*, "Journal of Clinical Child Psychology" 1998 nr 3, s. 320-329.
- ²⁷ Por. M. Hök Wikstrand i in., *Abnormal vessel morphology in boys born after intracytoplasmic sperm injection*, „Acta Paediatrica. International Journal of Paediatrics" 2008 nr 11, s. 1512-1517.
- ²⁸ Por. Y.J.K. Menezo, A. Veiga, J.L. Pouly, *Assisted reproductive Technology (ART) in humans: facts and uncertainties*, „Theriogenology" 2000 nr 53, s. 599-610.
- ²⁹ Por. R. MacKenna, *UK parliament alarmed by 1.2 million leftover IVF embryos*, http://www.ivf.net/ivf/uk_parliament_alarmed_by_1_2_million_leftover_ivf_embryos-o3162.html (23.02.2009).

Summary

The 8th issue of *Christianity-World-Politics* deals with the problem of *in vitro* fertilization. Andrzej Szostek MIC, in his article *On the ethical aspects of in vitro fertilization*, focuses on the moral and anthropological problems, which are bound up with the use of *in vitro* methods. As he shows, even if those methods were not connected, as they currently are, with the killing of embryos, they would remain contrary to the principle of the dignity of man. The article *On the medical aspects of in vitro fertilization*, by Tadeusz Mazurczak, focuses on the medical, especially genetic, questions related to *in vitro* fertilization. *On biopsychical dilemmas connected with in vitro methods*, by Artur Filipowicz SJ, presents first achievements of psychology in the research on the consequences of *in vitro* fertilization.

www.politologia.uksw.edu.pl/zeszyty