

Lucyna Malina
Uniwersytet Śląski
Wydział Teologiczny

MORALNA OCENA SZTUCZNEJ PROKREACJI

„Jeżeli więc obowiązku przekazywania życia nie chce się pozostawić samowoli ludzkiej, trzeba koniecznie uznać pewne nieprzekraczalne granice władzy człowieka nad własnym ciałem i jego naturalnymi funkcjami, granice, których nikt nie ma prawa przekraczać”¹.

Pokoleniowy przekaz ludzkiego życia, czyli prokreacja, to najbardziej podstawowe zjawisko biologiczne, wzbogacone u człowieka o współdziałanie w sferach: psychicznej i emocjonalnej². W sytuacji problemów w sferze płodności związanych z niemożnością przekazywania życia człowiek obdarzony przez Stwórcę rozumem i wolną wolą wychodzi naprzeciw temu doświadczeniu. Poznając swoją naturę i wykorzystując geniusz swego umysłu, jest wręcz wezwany przez Boga do działań idących w kierunku leczenia niepłodności³. Uznając pragnienie posiadania dziecka za jak najbardziej godne szacunku, należy jednocześnie podkreślić, że nie każdy sposób prowadzący do jego realizacji jest moralnie godziwy⁴. Kościół staje w obronie człowieka, broniąc jego godności od poczęcia do naturalnej śmierci. Stoi na stanowisku, że nie wszystko, co medycyna proponuje, co jest technicznie

¹ Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae*, 17.

² Wstęp, w: *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka i in., Kraków 2009, s. 7.

³ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności w małżeństwie*, Kraków 2005, s. 75

⁴ M. Machinek, *Etyczne dylematy medycynie wspomagannej prokreacji*, w: *Zapłodnienie in vitro – szansa czy zagrożenie?*, red. W. Sienkiewicz, r. Grabowski, Bydgoszcz 2011, s. 10.

możliwe, jest tym samym moralnie dopuszczalne⁵. Dlatego „dziś, zważywszy na ogromny rozwój biotechnologii, eksperymentującej także na człowieku, [...] konieczne jest, aby naukowcy byli świadomi nieprzekraczalnych granic, jakie wyznacza ich działalność badawczej wymóg obrony życia, nienaruszalności i godności każdej osoby ludzkiej”. Tak mówił Jan Paweł II w przesłaniu do uczestników Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”⁶. W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione różne rodzaje technik sztucznej prokreacji. A następnie zostanie ona poddana ocenie moralnej.

TECHNIKI SZTUCZNEJ PROKREACJI

Sztuczna prokreacja to zespół technik prowadzących do poczęcia dziecka w sposób sztuczny. Proces sztucznego zapłodnienia, wydający się z pozoru nieskomplikowanym, w rzeczywistości jest poważną, wieloetapową manipulacją ludzkimi gametami (płomnikami i komórkami jajowymi)⁷. Sztuczna prokreacja jest jedną z najbardziej znaczących ingerencji w początek życia ludzkiego. Dla tego zagadnienia należy wskazać dwie znaczące daty, a mianowicie w roku 1959 urodziło się pierwsze dziecko poczęte dzięki metodzie sztucznej inseminacji, a w roku 1978 przyszło na świat pierwsze dziecko poczęte metodą zapłodnienia pozaustrojowego *in vitro*⁸. Techniki wspomaganej prokreacji można najogólniej podzielić według dwójakiego kryterium: pierwsze – to miejsce, w którym dochodzi do zapłodnienia, drugie – to punkt widzenia społecznego. Jeśli chodzi o miejsce, to rozróżniamy: sztuczne zapłodnienie wewnątrzustrojowe (*Artificial Insemination*) oraz sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe (*Fecondatio in Vitro et Transferatio*). O wewnątrzustrojowym sztucznym zapłodnieniu mówimy wówczas, kiedy proces ten dokonuje się w organizmie kobiety (*in vivo* – na żywo). Pozaustrojowe sztuczne zapłodnienie ma miejsce, jak sama nazwa wskazuje, poza organizmem kobiety (*in vitro* – w szkle). Natomiast według tzw. „aspektu społecznego” techniki sztucznej prokreacji, zarówno wewnątrzustrojowej (AI), jak i pozaustrojowej (FIVET), dzielimy na sztuczne zapłodnienie homologiczne i sztuczne zapłodnienie heterologiczne. Jeśli komórki rozrodcze użyte do sztucznego zapłodnienia pochodzą od pary małżeńskiej, to jest to sztuczne zapłodnienie homologiczne, jeśli zaś chociażby jedna gameta rozrodcza pochodzi od dawcy spoza małżeństwa, to mamy do czynienia ze sztucznym zapłodnieniem heterologicznym. Szczególnym rodzajem zapłodnienia

⁵ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 196.

⁶ Jan Paweł II, *Przesłanie Badania biomedyczne w świetle rozumu i wiary* (Audiencja dla uczestników Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”), w: Jan Paweł II, *Dzieła zebrane*, t. 5: *Orędzia, przesłania i przemówienia okolicznościowe*, Kraków 2007, s. 383.

⁷ K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie. Jeśli nie in vitro, to co?*, Kraków 2010 (Seria: ABC Bioetyki), s. 21.

⁸ A. Sikora, *Życie ludzkie w fazie przedimplantacyjnej w dokumentach Rady Europy w aspekcie moralnym*, Poznań 2011, s. 83.

heterologicznego jest instytucja tzw. matki zastępczej (w języku angielskim to *Surrogate Mother* – SM⁹).

Sztuczna inseminacja – to procedura polegająca na wprowadzeniu wcześniej pobranego nasienia męża (sztuczne zapłodnienie homologiczne) lub innego dawcy (sztuczne zapłodnienie heterologiczne) do narządów rodnych kobiety, w celu doprowadzenia do zapłodnienia komórki jajowej. Proces zapłodnienia tą metodą przebiega w kilku etapach. Pierwszy etap to pozyskanie nasienia poprzez autoejakulację lub operacyjnie. Następnie, ze względu na obawę o słabą jakość nasienia, selekcjonuje się plemniki drogą eliminacji plazmy nasieniowej, a także innych czynników mogących mieć wpływ na ich żywotność. Kolejny etap to rozpoznanie przyczyn bezdzietności. U kobiety obejmuje on działanie mające na celu monitorowanie owulacji, aby określić najlepszy moment, w którym będzie można wprowadzić nasienie¹⁰. Ostatni etap polega na wprowadzeniu do pochwy kanałem szyjki macicy lub jamą macicy nasienia do narządów rodnych kobiety (najczęściej do jajowodu). Proces ten musi odbywać się w czasie jajeczkowania. Nasienie wprowadza się używając w tym celu laparoskopu lub specjalnego mikrokateteru. Taki sposób postępowania jest skuteczny pod warunkiem drożności przynajmniej jednego z jajowodów i niewątpliwej płodności kobiety. Jeżeli płodność ta jest obniżona, następuje znaczna redukcja możliwości zapłodnienia. Opisany zabieg wykonuje się ambulatoryjnie¹¹.

Istnieje kilka różnych metod sztucznej inseminacji. Poniżej zostaną pokrótce opisane niektóre z nich. Często stosowaną techniką sztucznego zapłodnienia wewnątrzstrojowego jest GIFT (*Gametes Intrafallopian Transfer*). Jest to metoda, która polega na pobraniu kilku wcześniej monitorowanych komórek jajowych i równoczesnym pobraniu z nasienia plemników. Następnie gamety (przedzielone pęcherzykiem powietrza plemniki i komórki jajowe) umieszcza się w cewniku i wprowadza do jajowodu. Zastosowanie tej techniki jest możliwe tylko wtedy, kiedy przynajmniej jeden z jajowodów jest drożny. Dzięki tej metodzie dochodzi do zapłodnienia w 50–60% przypadków, ale około połowa ciąż kończy się samoistnym poronieniem przed lub po zagnieżdżeniu, co znacznie obniża jej skuteczność. Kolejna metoda o nazwie FRE-DI (*Fallopian Replacement of Eggs with Delayed Insemination*) polega na pobraniu komórek jajowych za pomocą laparoskopu i przeniesieniu ich do jajowodu. Plemniki natomiast doprowadza się do macicy przez pochwę. Jeszcze inna technika, nosząca nazwę POST (*Peritoneal Oocytes and Sperm Transfer*), polega na wstrzykiwaniu plemników i komórek jajowych do jamy otrzewnej, skąd po zapłodnieniu zarodki trafiają do ujścia brzuszego jajowodu i przemieszczają się do macicy. Znana jest również metoda TOAST (*Transcervical Oocyte and Sperm Transfer*), gdzie równocześnie wprowadzone zostają gamety męskie i żeńskie przez szyjkę do macicy. Do najczęściej

⁹ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 108.

¹⁰ P. Bortkiewicz, M. Bogdan, C. Kościelniak, *Sztuczne zapłodnienie heterologiczne wobec terapii niepłodności – niektóre aspekty oceny etycznej*, w: *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*, red. J. Gadzinowski i in., Poznań 2003, s. 69.

¹¹ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 109.

stosowanych technik sztucznej inseminacji należy także metoda DIPI (*Direct Intra-peritoneal Insemination*), która polega na wprowadzeniu nasienia do jajowodu, gdzie wcześniej stwierdza się obecność dojrzałej komórki jajowej¹². Niektórzy teolodzy zaliczają tę metodę do wspomagających przy dopełnieniu aktu małżeńskiego i tym samym uznają ją za moralnie godziwą¹³.

Podsumowując, sztuczne zapłodnienie *in vivo* typu homologicznego najczęściej stosuje się w przypadku niezdolności mężczyzny do podjęcia normalnego aktu płciowego z powodu braku erekcji lub niedorozwoju czy złego ukształtowania organów płciowych. Na przykład konkretnie metodę GIFT stosuje się w przypadku impotencji i nieprawidłowości nasienia oraz czynników szyjkowych, takich jak odrzut immunologiczny jako brak korelacji plemników ze śluzem szyjkowym. Powodem zastosowania sztucznej inseminacji są również nieprawidłowości wrodzone lub nabyte układu rozrodczego kobiety, a także nadkwasota pochwy i zmiany w śluzie szyjkowym mające niekorzystny wpływ na żywotność plemników. Wówczas sztuczne zapłodnienie pozwala na ominięcie pochwy i kanału szyjki macicy. Natomiast jeśli na niepłodność składa się wiele czynników oraz nasienie męża nie nadaje się do zapłodnienia (jest to tak zwana azoospermia), zaleca się zapłodnienie nasieniem dawcy, czyli sztuczne zapłodnienie heterologiczne. Wskazaniem do sztucznej inseminacji heterologicznej jest również występowanie u męża anomalii chromosomalnych (jest to częsta przyczyna samoistnych poronień) oraz choroby genetyczne. Jeszcze innym powodem do zastosowania tego rodzaju zapłodnienia może być konflikt serologiczny i choroby zakaźne przenoszone przez nasienie (np. AIDS czy żółtaczka)¹⁴. Nasienie dawcy wraz z dokładną charakterystyką zawierającą szereg informacji: o pochodzeniu etnicznym dawcy, jego cechach fizycznych (waga, budowa ciała, kolor oczu, kolor włosów, wzrost), grupie krwi, wieku, wykształceniu, ilorazie inteligencji, rodzaju temperamentu, a czasami nawet hobby, przechowywane jest w tzw. bankach spermy. Tego rodzaju banki rozwinęły się dzięki odkryciu możliwości zamrażania spermy z zachowaniem jej zdolności do zapłodnienia po rozmrożeniu. Dawcy nasienia są szczegółowo badani w celu wykluczenia chorób genetycznych¹⁵.

Drugim rodzajem sztucznej prokreacji są techniki zapłodnienia pozaustrojowego, zwane w skrócie FIVET (od angielskiego: *Fertilization In Vitro and Embryo Transfer*). Połączenie komórek jajowych i plemników podczas zapłodnienia pozaustrojowego odbywa się w probówce, dlatego najbardziej znana jest jego potoczna nazwa *in vitro* (na szkle, w probówce)¹⁶. W tym miejscu warto zaznaczyć, że słownictwo, jakiego używa się podczas przedstawiania procedury *in vitro* (również w niniejszym artykule), odnosi się do konkretnej fazy rozwojowej istoty ludzkiej!

¹² K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie...*, s. 24.

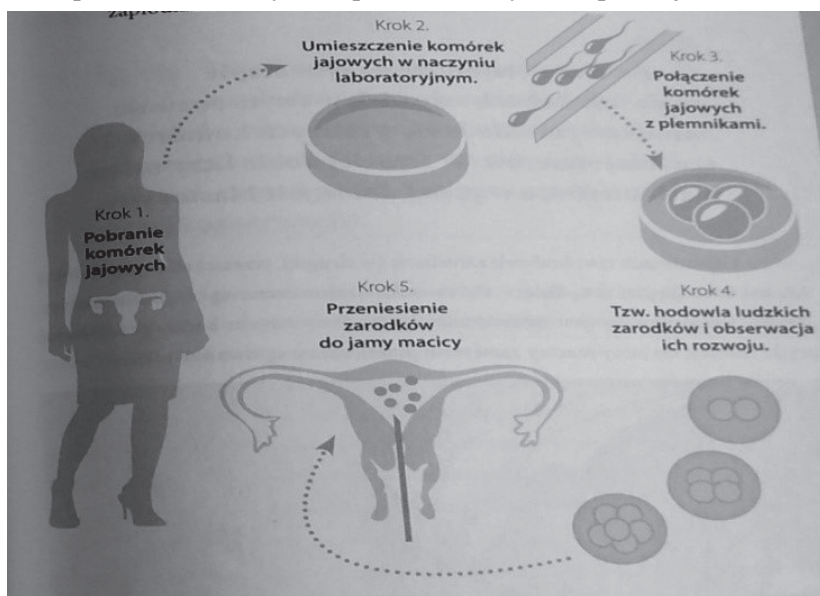
¹³ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 242.

¹⁴ Tamże, s. 112.

¹⁵ K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie...*, s. 25.

¹⁶ Tamże, s. 27.

Przyjmując bowiem stanowisko Kościoła Katolickiego¹⁷, życie ludzkie zaczyna się w momencie poczęcia (czego świadomy powinien być także każdy embriolog). Tak więc określenia: zygota, zarodek, embrion, płód należy traktować tak samo jak: noworodek, niemowlę, przedszkolak, uczeń, nastolatek, student, dorosły, starzec, umierający¹⁸. *In vitro* stanowi grupę najczęściej stosowanych współcześnie metod sztucznego zapłodnienia. Podobnie jak sztuczne zapłodnienie wewnątrzustrojowe, również w metodzie *in vitro* funkcjonuje podział na sztuczne zapłodnienie pozaustrojowe homologiczne i heterologiczne¹⁹. Każda procedura *in vitro* rozpoczyna się klasyfikacją małżeństw. Po uzyskaniu pozytywnych wyników badań (u kobiety jest to przede wszystkim występowanie samoistnej lub indukowanej owulacji i prawidłowe przygotowanie błony śluzowej macicy do przyjęcia poczętego dziecka, u mężczyzny natomiast chodzi o stwierdzenie pozytywnych wyników badania nasienia) rozpoczyna się program *in vitro*²⁰. Jest to proces skomplikowany i przebiega w kilku etapach, co schematycznie przedstawia rysunek poniżej.



Kolejne etapy metody *in vitro*²¹

¹⁷ M. Machinek, *Embrion ludzki*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 143.

¹⁸ M. Machinek, *Ontologiczny i moralny status embrionu ludzkiego wobec medycznie wspomaganą prokreację w: Wobec in vitro: genetyczne, moralne, filozoficzne, teologiczne i prawne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego*, red. J. Grzybowski, F. Longchamps de Bérier, Kielce 2017, s. 83.

¹⁹ P. Bortkiewicz, M. Bogdan, C. Kościelniak, *Sztuczne zapłodnienie heterologiczne wobec terapii niepłodności...*, s. 70.

²⁰ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 117.

²¹ Źródło: T. Wasilewski, *Procedura in vitro – technika i konsekwencje*, w: *Wobec in vitro: genetyczne, moralne, filozoficzne, teologiczne i prawne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego*, red. J. Grzybowski, F. Longchamps de Bérier, Kielce 2017, s. 33.

Pierwszy etap to przygotowanie komórek jajowych. Kobieta przed pobraniem od niej komórek jajowych poddawana jest nasilonej stymulacji jajczkowania, która ma spowodować uzyskanie od 6 do nawet 15 komórek jajowych²². Najbardziej jednak pożądanym efektem jest pozyskanie nie więcej niż 10 pęcherzyków jajnikowych, ponieważ „wyprodukowanie” większej liczby wiąże się z tak zwaną hiperstymulacją. A to jest reakcja niepożądana, która powoduje zakłócenie fazy ciała żółtego i w konsekwencji doprowadza do problemów z zagnieżdżeniem się zarodka²³. Warto w tym miejscu dodać, że nadmierna stymulacja jajników powoduje także szereg powikłań, które mogą wymagać hospitalizacji kobiety²⁴. Hiperstymulacja jajników jest też jednym z czynników uznawanych przez medycynę za przyczynę występowania nowotworów złośliwych macicy i jajników²⁵. Następnym etapem jest pobranie uzyskanych na drodze stymulacji jajczkowania komórek jajowych. Najczęściej pobiera się je poprzez punkcję pęcherzyka jajnikowego przy użyciu sondy dopochwowej lub sondy brzusznej. Natychmiast po pobraniu przenosi się pobrane gamety do laboratorium i umieszcza w odpowiednim środowisku. Bardzo ważne jest, aby było ono jak najbardziej zbliżone do naturalnego. Tam, po około trzech godzinach wstępnej inkubacji, połączy się je z nasieniem²⁶. Kolejnym więc działaniem w metodzie *in vitro* jest przygotowanie nasienia. W 90% pozyskuje się je na drodze masturbacji. Rzadszym sposobem jest mikrochirurgiczne pozyskanie go wprost z jądra lub najądrza. Nasienie przechowuje się w laboratorium, gdzie jest konserwowane i ewentualnie poddawane procesom uzdatniania. Czasami się je zamraża, aby móc je wykorzystać w późniejszym czasie²⁷. Tomasz Terlikowski opisuje także sytuację, kiedy w wyniku obniżonej płodności u mężczyzny pozyskuje się plemniki właśnie wprost z jego jąder i do ich przechowywania używa się jako „pojemników” zamrożonych zarodków ludzkich²⁸.

²² T. Wasilewski, *Życie i godność każdej istoty ludzkiej a leczenie niepłodności małżeńskiej. In vitro czy naprotechnologia*, w: *Zapłodnienie in vitro – szansa czy zagrożenie?*, red. W. Sienkiewicz, r. Grabowski, Bydgoszcz 2011, s. 35.

²³ B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin 2000, s.92.

²⁴ K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie...*, s. 26

²⁵ A. Sikora, *Życie ludzkie w fazie przedimplantacyjnej...*, s. 87.

²⁶ B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko...*, s. 93.

²⁷ A. Sikora, *Życie ludzkie w fazie przedimplantacyjnej...*, s. 88.

²⁸ Znana jest procedura, w której – jeśli w jądrach mężczyzny znajdują się żywe plemniki, których nie ma w spermie – laborant pobiera materiał biologiczny właśnie z nich i wyszukuje w nim żywe plemniki. Ze względu na pracochłonność tej czynności, robi to zazwyczaj w nocy. Jest to zajęcie przypominające szukanie igły w stogu siana. Gdy odnajdzie plemnik, nie ma prawa zapłodnić nim komórki jajowej. Zmuszony jest więc go gdzieś przechować, aby nie powtarzać od nowa żmudnej pracy. Najprościej jest „włożyć” go w żyjący zamrożony zarodek. Por. T.P. Terlikowski, *Jak rozmawiać o zapłodnieniu in vitro. Poradnik dla rodziców, wychowawców i katechetów*, Kraków 2013, s. 36.

Trzeci klasyczny etap zapłodnienia *in vitro* polega na umieszczeniu wcześniej przygotowanych komórek jajowych w środowisku zawierającym plemniki – tam dochodzi do ich kontaktu. Po upływie około jednej doby większość komórek jajowych ulega zapłodnieniu²⁹. Zapłodnienie potwierdza się optycznie w mikroskopie operacyjnym. Następnie zapłodnione komórki jajowe, z których 55–60% rozpoczyna pierwsze podziały, umieszcza się w odpowiednim środowisku (w specjalnym inkubatorze). Tam pozostają przez 18–24 godzin. Przeżywa około 80% zygot, które poprzez podziały przekształcają się w blastomery. Kiedy zygota osiągnie postać czterech, ośmiu lub szesnastu komórek, zostaje przeniesiona do narządów rodnych kobiety. W ten sposób rozpoczyna się kolejny, ostatni już, etap zapłodnienia *in vitro*³⁰. Pierwsze fazy rozwoju embrionalnego zachodzą więc poza organizmem kobiety, a po upływie 2–3 dni przenoszone są do jamy macicy, gdzie dalej się rozwijają, jeśli szczęśliwie dojdzie do ich zagnieżdżenia. Od momentu zapłodnienia do zagnieżdżenia upływa około 6–7 dni³¹. Najczęstszą praktyką stosowaną w *in vitro* jest przenoszenie kilku embrionów jednocześnie. Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego u pacjentek do 35 roku życia zaleca się przenoszenie dwóch zarodków, po 35 roku życia dopuszcza się wszczepianie większej liczby zarodków, co wcale nie zwiększa odsetka uzyskiwanych ciąż. Pary, które decydują się na sztuczne zapłodnienie *in vitro*, powinny liczyć się z tym, że może cały proces (czasami można pominąć niektóre etapy, np. wykorzystując zamrożone nasienie czy embriony) będzie musiał być powtórzony, i to nawet wielokrotnie. Tutaj bowiem stosunkowo łatwo jest uzyskać zarodek, lecz znacznie trudniej ciążę³². Skuteczność metody *in vitro* zależy także w dużej mierze od wiedzy i doświadczenia ludzi, którzy ją przeprowadzają. I tak na przykład w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej skuteczność jednego cyklu *in vitro* wynosi 30–35%. Skuteczność rozumiana jest tu jako rezultat w postaci urodzenia żywego dziecka. Taka skuteczność dotyczy kobiet do 35 roku życia. Po przekroczeniu tego wieku, do ukończenia 37 roku życia szanse na urodzenie dziecka maleją do 25%. U kobiet pomiędzy 35 a 40 rokiem życia skuteczność waha się już w granicach 15–20%. Natomiast po 40 roku życia kobieta może się spodziewać powodzenia metody *in vitro* tylko w zakresie od 1 do zaledwie 10%³³. W celu zwiększenia skuteczności tej metody stosuje się różne jej modyfikacje. Jedną z często stosowanych modyfikacji jest chirurgiczne przeniesienie zarodka do macicy, czyli SET (*Surgical Embryo Transfer*). Dotyczy to ostatniego etapu przeprowadzania metody, czyli przenoszenia zarodka do jamy macicy przez szyjkę. W trakcie tego zabiegu może dojść do zakażenia. Operacyjne przeniesienie przez cewkę moczową i pęcherz pozwala na eliminację

²⁹ T. Wasilewski, *Procedura in vitro – technika i konsekwencje*, s. 33.

³⁰ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 119-120.

³¹ Tamże s. 116.

³² Tamże, s.120.

³³ T. Wasilewski, *Procedura in vitro – technika i konsekwencje*, s. 36.

tego zagrożenia. Kolejną modyfikacją jest wewnątrzpochwowa hodowla komórek jajowych – w skrócie IVC, od angielskich słów: *Intra Vaginal Culture*. Metoda ta służy uproszczeniu hodowli komórek jajowych. Tutaj zamiast specjalnych inkubatorów stosuje się naturalne środowisko pochwy, gdzie na około 50 godzin umieszcza się komórki jajowe w probówkach z płynem inkubacyjnym. W metodzie *in vitro* istnieje także kilka wariantów przenoszenia zygot komórkowych lub zarodków³⁴. W wariacie zwanym PROST (*Pronucleated Stage Transfer*) po około 48 godzinach od zapłodnienia przenosi się 2-4 zygot komórkowych od strony szyjki macicy. Innym rodzajem postępowania, zwanym ZIF (*Zygote Intrafallopian Transfer*), jest transfer zygot przez ujście brzuszne jajowodu. Kolejny wariant, o nazwie TET (*Tubal Embryo Transfer*), to przeniesienie zarodków do jajowodu za pomocą laparoskopu już po 24 godzinach od zapłodnienia³⁵. Jeszcze inna metoda, o nazwie TV-TEST (*Trans Vaginal Tubal Embryo Stage Transfer*), jest analogiczna z procedurą TET, z tą jednak różnicą, że zarodki przenosi się od strony szyjki macicy³⁶. Szczególnym rodzajem postępowania w zapłodnieniu *in vitro* i jedną z najnowszych technik, jest metoda zwana ICSI – od wyrazów: *Intra Cytoplasmic Sperm Injection*. Technikę tę stosuje się obecnie najczęściej ze względu na dużą skuteczność, a także ponieważ pozwala ona zaradzić różnym formom niepłodności męskiej³⁷. Jest to metoda, gdzie za pomocą cienkiej szklanej igły wprowadza się bezpośrednio do komórki jajowej pojedynczy, specjalnie wyselekcjonowany, plemnik. Stosuje się tę metodę głównie wówczas, gdy parametry nasienia nie gwarantują nawet w warunkach *in vitro* możliwości zapłodnienia³⁸. W wyniku procedury ICSI uzyskuje się embrión, który rośnie w laboratorium do momentu osiągnięcia postaci ośmio- lub szesnastokomórkowej. Następnie wszczepia się go do jamy macicy³⁹.

Analizując różne sposoby przeprowadzania metody *in vitro*, nie wnikając w ich szczegóły medyczne, rodzi się pytanie o związek pomiędzy celowością stosowania poszczególnych technik a przyczynami niepłodności. Niepłodność uznawana jest przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za chorobę społeczną. Występuje, kiedy pomimo dwunastomiesięcznego okresu współżycia seksualnego kobiety i mężczyzny, bez stosowania środków antykoncepcyjnych, nie dochodzi do poczęcia dziecka⁴⁰. W stosowaniu procedury *in vitro* można

³⁴ P. Bortkiewicz, M. Bogdan, C. Kościelniak, *Sztuczne zapłodnienie heterologiczne wobec terapii niepłodności...*, s. 70.

³⁵ K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie...*, s. 27.

³⁶ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 123.

³⁷ Kongregacja Nauki Wiary, *Dignitas personae. Instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych*, Tarnów 2008, 17.

³⁸ T. Wasilewski, *Procedura in vitro – technika i konsekwencje*, s. 28.

³⁹ A. Ruhi-López, C. Santamaría, *Niepłodność. Duchowy i praktyczny poradnik dla małżeństw*, tłum. M. Biliniewicz, Poznań 2009, s. 66.

⁴⁰ N. Cybulska, M. Tomala, W. Niemczyk, G. Gołąb, *Współczesna diagnostyka i leczenie niepłodności*, w: *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka i in.,

zauważyć nieadekwatne postępowanie wobec przyczyny choroby. Jest to brak prostej relacji typu choroba – terapia⁴¹. Trudno w tym miejscu mówić o postępowaniu terapeutycznym, ponieważ dysfunkcja organizmu powodująca niepłodność nie jest tutaj przedmiotem terapii⁴². Uznanie przez WHO faktu, że niepłodność zalicza się do kategorii chorób, a także wydanie orzeczenia w tej sprawie wydaje się niczym więcej, jak tylko uznaniem prawa rodziców do posiadania dziecka. Można to zinterpretować w ten sposób, że przeciwdziałanie chorobie niepłodności pozwala na zastosowanie absolutnie każdej techniki, a jedynym kryterium słuszności zastosowania danej metody jest osiągnięcie celu w postaci fizycznego posiadania dziecka⁴³.

SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE HOMOLOGICZNE

Sztuczne zapłodnienie homologiczne, zarówno wewnątrzustrojowe, jak i pozaustrojowe, ma miejsce w obrębie małżeństwa. Zapłodnienie homologiczne, z uwagi na to, że komórki jajowe pochodzą od żony, a do zapłodnienia wykorzystuje się plemniki męża, nie jest obciążone wszystkimi przeciwwskazaniami etycznymi, tak jak to ma miejsce w przypadku sztucznego zapłodnienia heterologicznego. Nie dochodzi tutaj do naruszenia wierności małżeńskiej, a miejscem zrodzenia i wychowania dziecka pozostaje rodzina. Niemniej jednak ze względu na sposób postępowania i okoliczności, jakie towarzyszą tego rodzaju zapłodnieniu nie można go uznać za moralnie godziwe⁴⁴. Instrukcja *Donum vitae*, powołując się na encyklikę *Humanae vitae* papieża Pawła VI, określa dokładnie, jakie warunki muszą być spełnione, aby ludzkie rodzicielstwo było ocenione jako moralnie godziwe⁴⁵. Papież ujął to w słowach: „Albowiem stosunek małżeński z najgłębszej swej istoty, łącząc najściślejszą więź męża i żony, jednocześnie czyni ich zdolnymi do zrodzenia nowego życia, zgodnie z prawami zawartymi w samej naturze mężczyzny i kobiety. Jeżeli zatem zostaną zachowane te dwa istotne elementy stosunku małżeńskiego, a więc oznaczanie jedności i rodzicielstwa, to wtedy zatrzymuje on w pełni swoje znaczenie wzajemnej i prawdziwej miłości oraz swoje odniesienie do bardzo wzniosłego zadania, do

Kraków 2009, s. 51.

⁴¹ P. Bortkiewicz, M. Bogdan, C. Kościelniak, *Sztuczne zapłodnienie heterologiczne wobec terapii niepłodności...*, s.71.

⁴² M. Machinek, *Etyczne dylematy medyczne wspomaganey prokreacji*, w: *Zapłodnienie in vitro – szansa czy zagrożenie?*, red. W. Sienkiewicz, r. Grabowski, Bydgoszcz 2011, s. 11.

⁴³ P. Bortkiewicz, M. Bogdan, C. Kościelniak, *Sztuczne zapłodnienie heterologiczne wobec terapii niepłodności...*, s.71.

⁴⁴ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 224 – 225.

⁴⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *Donum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia* [dalej: DV], II, B, 4, Poznań 2001, s. 16.

którego człowiek zostaje powołany, a mianowicie do rodzicielstwa⁴⁶. Powołanie przez Boga mężczyzny i kobiety do współdziałania w tajemnicy przekazywania życia wymaga, aby był to owoc właściwego aktu małżeńskiego. Ta naturalna droga rodzicielstwa wywodzi się bezpośrednio z właściwości i godności osoby⁴⁷. Oznacza to, że człowiek w sferze prokreacji nie może „przekroczyć prawa swojej natury, nie tracąc przy tym czegoś istotnego dla własnej tożsamości i nie sprzeciwiając się zamysłowi Stwórcy”⁴⁸. A zatem właściwy akt małżeński, aby był godny, musi – zgodnie ze słowami św. Pawła VI – zawierać te dwa wymiary: zjednoczenie cielesne i rodzicielstwo. W przypadku sztucznego zapłodnienia, zarówno homologicznego, jak i heterologicznego, te zasady nie są spełnione. Dążąc tutaj do przekazywania życia, które jednak nie jest „owocem zjednoczenia małżonków” [rozdziela się] „znaczenie dóbr i znaczeń aktu małżeństwa”. Należy zauważyć, że również w przypadku stosowania antykoncepcji w zamierzony sposób dochodzi do pozbawienia aktu małżeńskiego jego wymiaru prokreacyjnego, a tym samym następuje dobrowolne oddzielenie celów małżeństwa⁴⁹. Moralna wartość wewnętrznego związku, jaka istnieje pomiędzy dobrami małżeństwa i znaczeniami aktu małżeńskiego, wynika z jedności osoby ludzkiej jako jedności ciała i duszy rozumnej⁵⁰. Małżonkowie w akcie małżeńskim, który jest ze swej natury aktem jednocześnie i cielesnym, i duchowym, obdarowują się sobą wzajemnie i otwierają siebie na dar nowego życia. I tak to właśnie dzięki sobie, dopełniając się wzajemnie w swoim celu i poprzez swoje ciało, małżonkowie mogą stać się ojcem i matką. Tylko takie zjednoczenie małżonków jest przejawem szacunku wobec rodzicielstwa. Zatem każde zapłodnienie dokonane poza ciałem małżonków pozbawione jest właściwego znaczenia aktu małżeńskiego⁵¹. *Katechizm Kościoła Katolickiego* ujmuje to następująco: „Techniki [...] (sztuczna inseminacja i sztuczne zapłodnienie homologiczne) [...] powodują oddzielenie aktu płciowego od aktu prokreacyjnego. Akt zapoczątkowujący istnienie dziecka przestaje być aktem, w którym dwie osoby oddają się sobie nawzajem. [...] wprowadza panowanie techniki nad pochodzeniem i przeznaczeniem osoby ludzkiej. Tego rodzaju panowanie samo w sobie sprzeciwia się godności i równości, które winny być uznawane zarówno w rodzicach, jak i w dzieciach”⁵². Dziecko jest najcenniejszym darem małżeństwa i ze względu na swe jedyne i niepowtarzalne pochodzenie należy od poczęcia otaczać je szacunkiem i godnością osoby,

⁴⁶ Paweł VI, *Humanae vitae*, 12.

⁴⁷ J. Banach, *Moralna niedopuszczalność metody in vitro*, w: *Troska o człowieka. Od nanotechnologii do pedagogiki*, J. Siewiora, red., Tarnów 2010, s. 35.

⁴⁸ P. Protot, *Aneks: Medycyna a niepłodność*, w: M. i M. Mornet, *Kiedy dziecko każe na siebie czeka. Nadzieja dla długo starających się o dziecko*, tłum. K. Chodacki, Kraków 2011, s. 177.

⁴⁹ DV II, B, 4.

⁵⁰ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 226.

⁵¹ Tamże, s. 227.

⁵² *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, nr 2377.

równej godności tych, którzy powołują je do życia⁵³. „Zatem związek istniejący między rodzicielstwem a aktem małżeńskim okazuje się ważny tak na poziomie antropologicznym, jak i moralnym, i wyjaśnia naukę Magisterium Kościoła na temat sztucznego zapłodnienia homologicznego”⁵⁴.

Sztuczne zapłodnienie homologiczne pozaustrojowe, potocznie zwane *in vitro*, również podlega wyżej wskazanym osądom. Tutaj, podobnie jak w procedurze sztucznego zapłodnienia homologicznego wewnątrzustrojowego, dochodzi najczęściej do zapłodnienia w obrębie związku małżeńskiego mężczyzny z kobietą, matką dziecka. Wobec czego fakt bycia biologicznymi rodzicami, w znaczeniu przekazania dziedzictwa genetycznego, jest bezsprzeczny⁵⁵. Dzieje się to jednak poza normalnym współżyciem małżonków, a dodatkowo także poza ustrojem kobiety. Zapłodnienie homologiczne *in vitro* jawi się dla niektórych jako jedyny sposób osiągnięcia celu w postaci upragnionego dziecka. Dlatego problem ten budzi wiele kontrowersji. Często też podkreśla się fakt, że powodem tego rodzaju postępowania bywa nieuleczalna choroba mężczyzny, będąca przyczyną niemożności przeniesienia nasienia do dróg rodnych kobiety podczas normalnego współżycia seksualnego. Mimo to małżonkowie pragną mieć własne potomstwo⁵⁶. „Pragnienie posiadania dziecka – lub przynajmniej możliwość prokreacji – jest z punktu widzenia moralnego koniecznym warunkiem odpowiedzialnego rodzicielstwa. Jednakże dobra intencja nie wystarcza, aby pozytywnie ocenić pod względem moralnym zapłodnienie w próbówce między gametami małżonków”⁵⁷. Małżonkowie, którzy pragną mieć własne dziecko, poddając się procedurze *in vitro*, pozbawiają je należnego mu szacunku, wynikającego z jego godności jako osoby. Każde dziecko bowiem, jak to już wcześniej podkreślano, ma prawo być owocem miłości swoich rodziców, począć się z woli Boga w akcie małżeńskim, jako ich wzajemny dar. Sztuczne zapłodnienie *in vitro* pozbawione jest tego aktu wzajemnego obdarowywania się. Należy je raczej postrzegać jako produkt technik medycznych. Taki sposób postępowania nie jest godnym sposobem powoływania człowieka do życia⁵⁸. Jest to wręcz „zadawanie gwałtu temu, co jest w człowieku, jako obrazie Boga i nośniku osobowej podmiotowości”⁵⁹. Osoby uczestniczące w procedurze *in vitro* pozbawione są więc swej osobowej podmiotowości. Zwłaszcza dziecko jako „owoc prokreacji” poprzez zastąpienie aktu małżeńskiego techniką staje się przedmiotem w pełni zależnym od swojego producenta. Technika panuje tutaj „nad genezą i przeznaczeniem osoby”, embrion (czyli człowiek we wczesnym stadium rozwoju) stwarzany jest przez

⁵³ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 227.

⁵⁴ DV II, B, 4.

⁵⁵ A. Sikora, *Życie ludzkie w fazie przedimplantacyjnej*, s. 101.

⁵⁶ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 228.

⁵⁷ DV II, B, 5.

⁵⁸ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 228.

⁵⁹ Z. Kiernikowski, *Słowo o obrazie Boga i granicach ludzkich możliwości*, w: *Zapłodnienie in vitro – szansa czy zagrożenie?*, red. W. Sienkiewicz, r. Grabowski, Bydgoszcz 2011, s. 60.

biologa, który następnie kontroluje jego rozwój i decyduje o dalszym jego losie⁶⁰. Dlatego sztuczne zapłodnienie homologiczne, zarówno *in vivo*, jak i *in vitro*, nawet to, które ma miejsce w obrębie małżeństwa, jest moralnie niedopuszczalne, ponieważ tutaj „środek techniczny” zastępuje właściwy akt małżeński⁶¹.

SZTUCZNE ZAPŁODNIENIE HETEROLOGICZNE

W przypadku sztucznego zapłodnienia heterologicznego, tak wewnątrzustrojowego, jak i pozaustrojowego, następuje połączenie gamet, z których przynajmniej jedna pochodzi od osoby spoza małżeństwa. Sztuczne zapłodnienie heterologiczne, podobnie jak sztuczne zapłodnienie homologiczne, prowadzi do rozdziału znaków i celów aktu małżeńskiego, a dodatkowo jeszcze narusza prawo poczętego dziecka do poczęcia się w obrębie małżeństwa swoich rodziców⁶². Taki sposób postępowania pozbawia dziecko więzi osobowej z rodzicami, a w konsekwencji może być przyczyną niewłaściwego kształtowania się jego tożsamości osobowej⁶³. Sztuczne zapłodnienie heterologiczne prowadzi do sytuacji, w której poczęte dziecko posiada innego ojca genetycznego, a innego biologicznego albo inną matkę genetyczną, a inną biologiczną. Doprowadza to do oddzielenia rodzicielstwa genetycznego od społecznego i sprawia, że jedno dziecko może mieć dwóch ojców i nawet trzy matki (genetyczną, społeczną i biologiczną). Matka biologiczna to ta, która nosi dziecko w swym łonie. Do sytuacji, w której dziecko będzie miało inną matkę genetyczną, inną biologiczną i jeszcze inną wychowującą, może dojść w przypadku zastosowania specyficznej formy sztucznego zapłodnienia heterologicznego, jaką jest instytucja tzw. „matki zastępczej”⁶⁴. Matka zastępcza to kobieta, która „wynajmuje” swoje ciało, zawierając umowę z genetycznymi rodzicami lub rodzicem (kiedy to komórka jajowa pochodzi od tej kobiety). Zaistniały przy stosowaniu tych technik rozdział pomiędzy pokrewieństwem genetycznym, pokrewieństwem wynikającym z ciąży i odpowiedzialnością wychowawczą doprowadza do zafałszowania stosunków w rodzinie, co odbija się niekorzystnie na społeczeństwie. A to, co zagraża jedności i trwałości rodziny, stanowi również źródło niezgody, nieładu i niesprawiedliwości w całym życiu społecznym⁶⁵. Biorąc pod uwagę powyższe fakty, w sztucznym zapłodnieniu heterologicznym mamy do czynienia z medycyną, która nie służy życiu, lecz tylko zaspakaja oczekiwania ludzi pragnących

⁶⁰ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt nieplodności...*, s. 232.

⁶¹ DV II, B, 6.

⁶² K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie...*, s. 49.

⁶³ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt nieplodności...*, s. 218.

⁶⁴ A.J. Katolo, *Sztuczne zapłodnienie w kontekście prawdy o ludzkiej płciowości*, w: *Dawanie życia. Problemy wspomaganego rozrodu człowieka*, Poznań 2003, s. 85.

⁶⁵ DV II, A, 2.

za wszelką cenę posiadać dziecko. W stosowanych procedurach, tak w przypadku sztucznego zapłodnienia heterologicznego, jak i homologicznego, ujawniają się aspekty przedmiotowego traktowania dziecka, które w ten sposób już nie jest chciane dla niego samego⁶⁶. Święty Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* przedstawia to następująco: „Prokreacja [...] jeżeli zostaje przyjęta, to dlatego, że wyraża pragnienie czy wręcz wolę posiadania dziecka «za wszelką cenę», a wcale nie dlatego, że oznacza bezwarunkową akceptację drugiego człowieka [...]”⁶⁷. Przedstawione „racje [...] przemawiają za negatywnym osądem moralnym sztucznego zapłodnienia heterologicznego. Jest rzeczą niegodziwą zapłodnienie kobiety zamężnej spermą pochodzącą od dawcy niebędącego jej mężem lub zapłodnienie spermą męża niepochodzącego od jego żony jaja”⁶⁸.

Poddając ocenie moralnej sztuczne zapłodnienie, zarówno homologiczne, jak i heterologiczne, należy wskazać na rację najważniejszą, wręcz rozstrzygającą, przemawiającą za zdecydowanym „nie” dla zapłodnienia *in vitro*. Jest to fakt, że życie jednego poczętego dziecka z próbki jest okupione śmiercią wielu istnień ludzkich⁶⁹. Święty Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* tak to ujmuje: „Także różne techniki sztucznej reprodukcji, które wydają się służyć życiu i często są stosowane z tą intencją, w rzeczywistości stwarzają możliwość nowych zamachów na życie. [...] a ponadto stosujący te techniki do dziś notują wysoki procent niepowodzeń: dotyczy to nie tyle samego momentu zapłodnienia, ile następnej fazy rozwoju embrionu, wystawionego na ryzyko rychłej śmierci. Ponadto w wielu przypadkach wytwarza się większą liczbę embrionów, niż to jest konieczne dla przeniesienia któregoś z nich do łona matki, a następnie te tak zwane «embriony nadliczbowe» są zabijane lub wykorzystywane w badaniach naukowych, które mają rzekomo służyć postępowi nauki i medycyny, a w rzeczywistości redukują życie ludzkie jedynie do roli «materiału biologicznego», którym można swobodnie dysponować”⁷⁰. Procedura *in vitro* bez większej liczby embrionów jest wprost niemożliwa. Lekarze tworzą nadliczbowe zarodki, bo nie wiadomo wciąż, na jakiej zasadzie konkretny plemnik zapładnia tę a nie inną komórkę jajową. Dlatego większa liczba daje możliwość wyboru tych, które zdaniem medyków są najlepsze. W ten sposób powstaje problem moralny, ponieważ te, które nie zostały wybrane, zostają uśmiercane. I tak na każde urodzone w wyniku zastosowania procedury *in vitro* dziecko przypada około dwadzieścia dzieci, które poniosły śmierć⁷¹. W *in vitro* życie poczętego dziecka jest więc zagrożone od początku do samego końca ciąży. Naukowcy i lekarze

⁶⁶ A. J. Katolo, *Sztuczne zapłodnienie w kontekście prawdy o ludzkiej płciowości*, s. 84.

⁶⁷ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae* [dalej: EV], w: *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, oprac. W. Życiński, Kraków 2005, 23.

⁶⁸ DV II, A, 2.

⁶⁹ J. Orzeszyna, *Etyczne problemy niepłodności*, „Życie i Płodność”, 2-3 (2008), s. 38.

⁷⁰ EV 14.

⁷¹ T.P. Terlikowski, *Robienie dzieci. Terlikowski śmiało o in vitro*, Radom 2011, s.85.

zajmujący się procedurą *in vitro*, nawet jeśli nie zdają sobie z tego w pełni sprawy, zajmują miejsce Boga, czyniąc z siebie osoby decydujące o czyimś życiu lub śmierci. Życie dziecka poczętego jest w takim postępowaniu swoistą loterią – jeśli będzie zdrowe i będzie spełniać oczekiwania, to będzie żyło, bo wówczas pragnienie rodziców, aby posiadać dziecko, zostanie spełnione; jeśli natomiast okaże się chore, to zostanie pozbawione życia. Również wtedy, gdy będzie tak zwanym „embrionem nadliczbowym”, jego życie będzie w niebezpieczeństwie. Może wtedy jako zamrożony embriion czekać na implantację albo zostać wykorzystanym do badań naukowych⁷². Zamrażanie embriionów, czyli kriokonserwacja, jest ingerencją w prawo do wolności egzystencjalnej dziecka poczętego. To osoba dorosła decyduje wówczas o tym, czy pozwolić poczętemu dziecku nadal się rozwijać, czy też zatrzymać jego rozwój, i na jaki czas. Nie służy to terapii samego dziecka w okresie jego życia embrionalnego, lecz celem jest tutaj zaspokojenie oczekiwań rodziców. Poczęte dziecko staje się więc środkiem do celu, a nie celem samym w sobie⁷³. Sztuczne zapłodnienie *in vitro* jest poza tym obarczone niskim stopniem skuteczności, ponieważ tylko jeden embriion na dziesięć jest w stanie wszczepić się w błonę śluzową jamy macicy. Niska skuteczność warunkowana jest również tym, że występują bardzo duże nieprawidłowości w rozwoju dzieci poczętych tą metodą. To skutkuje bardzo często poronieniem. Jako przyczynę występowania tych nieprawidłowości, czyli inaczej uszkodzeń embriionu, podaje się anomalie genetyczne występujące w komórkach jajowych. A to z kolei spowodowane jest najczęściej hiperstymulacją farmakologiczną organizmu kobiety. Hiperstymulacja to konieczność pobudzenia organizmu kobiety do nadprodukcji komórek jajowych. Uzyskanie większej liczby tych komórek to procedura niezbędna w procesie *in vitro*. Stymulacja hormonalna do wyprodukowania komórek jajowych jest przyczyną występowania ciąży mnogich. Natomiast rozwój w łonie matki więcej niż jednego dziecka, czyli tak zwana ciąża mnoga, powstała w wyniku opisywanej procedury, nie jest ze względu na małą skuteczność pożądana. Dlatego też uważa się taką ciążę za komplikację, w szczególności w przypadku, gdy w łonie matki znajduje się więcej niż troje dzieci. Wzrasta wówczas liczba dzieci urodzonych przedterminowo, a to skutkuje wysokim ryzykiem chorób metabolicznych i neurologicznych. Przeprowadzający metodę *in vitro* zaradzają problemowi ciąży mnogich przez „redukcję” liczby poczętych dzieci – w bardzo drastyczny, niemoralny i budzący zdecydowany sprzeciw sposób. Dzieje się to bowiem poprzez „wprowadzenie pod kontrolą echograficzną igły do serca lub płuca płodu i wstrzyknięcie roztworu na bazie chlorku potasu albo roztworu soli”. W rezultacie następuje zatrzymanie akcji serca i śmierć dziecka⁷⁴. Tak

⁷² A.J. Katolo, *Contra in vitro*, Warszawa 2010, s. 110.

⁷³ Tenże, *Kriokonserwacja*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 250-251.

⁷⁴ J. Orzeszyna, *Etyczne problemy niepłodności*, s. 35-37

więc należy w tym miejscu się zastanowić, czy procedurę sztucznego zapłodnienia *in vitro* można nazwać techniką służącą życiu, czy też zdecydowanie odwrotnie. Jest to bowiem technika, która zmierza wprawdzie do budzenia życia, ale równocześnie przyczynia się do jego niszczenia. Wynika to głównie z faktu, iż trudno przewidzieć, ile istnień ludzkich będzie musiało zostać unicestwionych, żeby móc osiągnąć pożądaną skutek⁷⁵.

INNE DZIAŁANIA ZWIĄZANE ZE SZTUCZNĄ PROKREACJĄ

Ze sztuczną prokreacją wiąże się jeszcze – oprócz przedstawionych powyżej dylematów – szereg innych działań, które wymagają wnikliwej oceny moralnej⁷⁶. Pierwszy bardzo ważny dylemat etyczny, powtarzający się niemal we wszystkich technikach sztucznego zapłodnienia, to sposób pozyskiwania nasienia do zapłodnienia. Pozyskuje się mianowicie głównie przez masturbację⁷⁷, na temat której *Katechizm Kościoła Katolickiego* mówi, że jest „aktem wewnętrznym i ciężko nieuporządkowanym”⁷⁸. Na płaszczyźnie moralnej zło masturbacji polega na „oderwaniu funkcji płci od symboliki «jedności ciała», sytuuje aktywność seksualną poza płaszczyzną zjednoczenia osobowego [...] narządy rozrodcze zostają użyte w sposób przekreślający ich wewnętrzną celowość”⁷⁹. Mimo że metoda zapłodnienia pozaustrojowego posługuje się masturbacją tylko jako środkiem do osiągnięcia zamierzonego celu, jakim jest poczęcie dziecka, to jest ona działaniem uwłaczającym godności ludzkiej. Zło tego czynu istnieje obiektywnie z uwagi na to, że jest to „akt ciężko i wewnątrznie nieuporządkowany”. Nie można więc zła potraktować jako środka do celu. Zło bowiem pozostanie złem i istoty takiego działania nie zmienia nawet fakt, że chce się zaradzić cierpieniu związanemu z niepłodnością oraz zaspokoić chęć posiadania upragnionego dziecka. Zatem argumentacja, że masturbację stosuje się tu w celu stworzenia nowego życia, nie usprawiedliwia tego czynu, lecz stanowi kolejny znak rozdziału poczęcia od aktu miłości. A Kościół taki sposób postępowania określa jako postępowanie niemoralne⁸⁰.

Jeszcze jednym bardzo istotnym problemem (który został już wcześniej przedstawiony od strony wpływu na rozwój i życie dziecka poczętego) jest hormonalna hiperstymulacja jajników. Jest to metoda najczęściej stosowana w procedurze sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego. W związku z nadmierną

⁷⁵ Tamże, s. 38.

⁷⁶ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 233.

⁷⁷ Masturbacja ma najczęściej miejsce w przygotowanych specjalnie pomieszczeniach i odbywa się w czasie oglądania gazet czy filmów pornograficznych. Por. T. Wasilewski, *Procedura in vitro – technika i konsekwencje*, s. 32.

⁷⁸ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2352.

⁷⁹ A. Kokoszka, *Moralność życia małżeńskiego. Sakramentologia moralna*, cz.3, Tarnów 1998, s. 79.

⁸⁰ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 233-234.

stymulacją jajników istnieje wiele zagrożeń dla zdrowia, a nawet życia kobiety. Znany jest tzw. „zespół nadmiernej stymulacji jajników” (w języku angielskim nazwany: *Ovarian Hyperstimulation Syndrome* – OHSS). Zespół ten może doprowadzić do rozwoju choroby zakrzepowo-zatorowej, a w skrajnych przypadkach do niewydolności wątroby i nerek, łącznie z rozsianym wykrzepianiem wewnątrznaczyniowym czy niewydolnością krążeniowo-oddechową. Stany te, jak wiadomo, bezpośrednio zagrażają życiu⁸¹. Wysunięto także dwie hipotezy, które zakładają powstawanie nowotworów jajnika w wyniku hiperstymulacji. Pierwsza opiera się na założeniu, że wywołanie hormonalnej nadowulacji powoduje rozluźnienie nabłonka jajników, a to może prowadzić do ich transformacji w kierunku wytworzenia nowotworu. Druga hipoteza wskazuje na bezpośredni wpływ zastosowania gonadotropiny (stosowanej podczas stymulacji jajników) na wytworzenie się tkanki nowotworowej. Chociaż są to tylko hipotezy, to nie należy bagatelizować żadnego czynnika mogącego prowadzić do wystąpienia nowotworu. Dlatego też każda kobieta poddająca się metodzie *in vitro* powinna być o tym ryzyku poinformowana⁸². Na surową ocenę moralną zasługuje także wspomniane już wcześniej macierzyństwo zastępcze. Takie macierzyństwo jest bowiem „obiektywnie niepełne wobec obowiązków wynikających z miłości macierzyńskiej, wierności małżeńskiej i odpowiedzialnego macierzyństwa. Obraża godność i prawo dziecka do poczęcia się, do okresu ciąży i wychowania przez własnych rodziców, oraz, ze szkodą dla rodzin, wprowadza podział między czynnikami fizycznymi, psychicznymi i moralnymi, które je konstytuują”⁸³. W wyniku takiego rodzaju macierzyństwa dziecko staje się ofiarą chęci zaspokojenia pragnienia rodzicielstwa dla niepłodnych par nie tylko heteroseksualnych, ale także homoseksualnych czy osób samotnych. Takie postępowanie wiąże się dla dziecka z późniejszymi negatywnymi skutkami psychicznymi i jest moralnie niedopuszczalne. Warto także dodać, iż wynajmowana matka pełni tutaj rolę żywego inkubatora, a jej kobiecość i macierzyństwo, wprawdzie na jej własne życzenie, stają się towarem na sprzedaż. Zdecydowanie sprzeciwia się to godności takiej kobiety⁸⁴. W dyskusji przeciwko stosowaniu sztucznego zapłodnienia, a konkretnie metody *in vitro*, kilku moralistów wysunęło tzw. „argument równi pochyłej”. Przykładem takiej właśnie równi pochyłej jest stosowanie bardzo często antykoncepcji w celu tzw. „zabezpieczenia się” przed poczęciem dziecka, czego konsekwencją bywa trwała niepłodność. A kiedy później pojawi się pragnienie posiadania dziecka, to człowiek ucieka

⁸¹ R. Kurzawa, P. Ciepiela, P. Szolomicka-Kurzawa, *Niepłodność małżeńska. Przegląd metod leczenia, powikłań, uwarunkowań społecznych i etycznych widzianych z perspektywy lekarza zajmującego się rozrodem wspomaganym medycznie*, „Życie i Płodność”, 2-3 (2008), s. 31-32.

⁸² A.J. Katolo, *Embrion ludzki – osoba czy rzecz? Status i moralne prawa nienarodzonego we włoskiej literaturze teologiczno-bioetycznej po Soborze Watykańskim II*, Lublin–Sandomierz 2000, s.109.

⁸³ DV II, A, 3.

⁸⁴ K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie...*, s 50-51.

się do sztucznych technik wspomaganie prokreacji. Argument równi pochyłej wskazuje także na to, iż akceptacja metody sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego może stanowić punkt wyjścia dla takich niebezpiecznych praktyk biomedycznych jak: klonowanie, modyfikacje eugeniczne ludzkich gamet i zygot, manipulowanie materiałem genetycznym człowieka i wiele temu podobnych. Wymienione praktyki stwarzają niewątpliwie możliwość nadużyć o nieprzewidywalnych skutkach.

Oprócz sztucznego zapłodnienia homo- i heterologicznego istnieją jeszcze inne metody sztucznej prokreacji. Jedną z takich metod jest na przykład klonowanie, w efekcie którego powstaje istota o identycznym bliźniaczym wyposażeniu genetycznym. Jest to forma rozmnażania bezpłciowego, właściwa wielu roślinom i prymitywnym zwierzętom. Klonowaniem nazywane jest również tworzenie pojedynczych kopii odcinków DNA – i to nie budzi zastrzeżeń etycznych. Natomiast klonowanie istnień ludzkich za pomocą technik wykorzystywanych w klonowaniu zwierząt jest przedmiotem poważnych kontrowersji⁸⁵. Stopień manipulacji i zagrożenia embrionów w reprodukcyjnej technice klonowania przekracza znacznie poziom zagrożeń występujących przy stosowaniu innych technik sztucznej prokreacji. Technikę klonowania należy też postrzegać jako świadomą zgodę na wysokie prawdopodobieństwo występowania powikłań i poważnych wad rozwojowych tak poczętego potomstwa. O ile w *in vitro* chodzi o samo istnienie dziecka, o tyle w przypadku klonowania przedmiotem pragnień rodziców staje się dziecko o szczególnym, wybranym zespole cech. Każdy człowiek, biorąc pod uwagę biologię (oprócz bliźniąt jednojajowych), ma konkretny i niepowtarzalny zespół zarówno cech i zdolności, jak i wad czy ułomności uwarunkowanych genetycznie. Klonowanie ogranicza możliwość genetycznej różnorodności, a tym samym osłabia kondycję, prowadząc w konsekwencji do degradacji gatunku. Techniki klonowania wiążą się ze skrajną manipulacją cechami człowieka, ograniczając znacznie jego autonomię. Takie traktowanie jednostki jest wyraźnie sprzeczne ze współczesnym trendem w dziedzinie wychowania, gdzie preferuje się maksimum autonomii, aby każdy mógł osiągnąć w pełni samodzielność⁸⁶. Klonowanie może być także w przyszłości wykorzystane w służbie ideologii, na przykład w środowiskach feministycznych. Wówczas w dziedzinie prokreacji doszłoby do zupełnego uniezależnienia się kobiety od mężczyzny. Inaczej rzecz ujmując, prokreacja miałaby miejsce bez jakiegokolwiek współdziałania obu płci. Wykorzystanie ideologiczne klonowania to także – jeszcze bardziej niż w sztucznym zapłodnieniu heterologicznym – niszczenie i rozbijanie więzi rodzinnych. Wiadomo, że więzy rodzinne są podstawą kształtowania się samoświadomości i tożsamości każdego człowieka. „Komuś, kto genetycznie byłby bliźniakiem własnego

⁸⁵ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 238-239.

⁸⁶ M. Machinek, *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2004, s. 151-152.

ojca, albo też zostałby «wyprodukowany» z komórek osób już umarłych, trudno by było odnaleźć swoją własną tożsamość⁸⁷. Tak powołany do życia człowiek miałby głęboko zaburzone relacje ze swoimi krewnymi. W wyniku klonowania ludzi może też dojść do sytuacji programowania tożsamości biologicznej, co może prowadzić do decydowania, ile i jakich osób ma przyjść na świat. A konsekwencją tego będzie możliwość całkowitego sprawowania władzy jednych ludzi nad drugimi⁸⁸. Oprócz przedstawionego wyżej klonowania reprodukcyjnego, do którego społeczeństwo odnosi się jeszcze z powszechnym sprzeciwem, istnieje tzw. „klonowanie terapeutyczne”, mające obecnie coraz więcej zwolenników. Tutaj specjalnie nie używa się pojęcia „embrion”, ale mówi się jedynie o zmianie statusu informacji genetycznej komórki somatycznej użytej do klonowania, albo też stosuje się określenie: „transplantacja jądra”. Wiadomo natomiast, że chodzi o taką aktywację komórki jajowej, aby dać początek embrionowi, a jego cykl rozwojowy wykorzystać do produkcji komórek macierzystych. W ten sposób embrion, czyli człowiek w początkowej fazie życia, zostaje do niego powołany tylko w tym celu, aby posłużyć jako dawca tkanki do transplantacji.

Określenie „terapeutyczne” jest tutaj zastosowane rozmyślnie, aby budzić pozytywne skojarzenia i ułatwić społeczną akceptację tego proceduru. Często też, kiedy mówi się o „klonowaniu terapeutycznym”, stosuje się argumentację, że jest to wręcz obowiązek wobec osób nieuleczalnie chorych. Nie można jednak dla ratowania jednej osoby rozporządzać życiem drugiej. Znany jest w tym kontekście przypadek Adama Nascha, który został nazwany *designer-baby*⁸⁹ i przyszedł na świat, aby ratować swoją siostrę⁹⁰. W zastosowaniu procedury *in vitro* już obecnie zdarza się „produkcja człowieka” na zamówienie, posiadającego określone cechy, na przykład odpornego na dane choroby. Zdarza się także odwrotnie, że to choroba staje się przedmiotem pragnień rodziców. Tak było w przypadku dwóch głuchych homoseksualnych kobiet pragnących dziecka, które byłoby – tak samo jak one – obciążone głuchotą⁹¹. Eksperymenty na ludzkich embrionach, chociaż mogą być źródłem cennych informacji i umożliwiać skuteczne sposoby leczenia, nie mogą z tego powodu zostać uznane za moralnie godziwe⁹². Do szczególnych technik związanych

⁸⁷ Tamże, s. 155.

⁸⁸ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt nieplodności...*, s. 241.

⁸⁹ Określenie *designer-baby* oznacza dziecko, którego kod genetyczny został zmieniony, w celu włączenia określonego genu lub usunięcia genów związanych z chorobą – https://en.m.wikipedia.org/wiki/Designer_baby [dostęp: 26.05.2019].

⁹⁰ „Adam został w stadium embrionalnym wyselekcjonowany spośród 15 innych embrionów, otrzymanych w wyniku IVF [*in vitro*]. Celem selekcji było otrzymanie materiału do transplantacji dla jego o 6 lat starszej siostry Molly, cierpiącej na rzadką odmianę białaczki” – M. Machinek, *Zapłodnienie in vitro jako przedmiot refleksji teologicznoetycznej*, w: *Metody wspomagania prokrecji: sukces czy porażka?*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2006, s. 127-128.

⁹¹ Jest to przypadek, gdzie dwie głuche kobiety: Candace A. McCullough i Sharon M. Duchesneau, żyjące w związku homoseksualnym, uznały, że najlepsze dla nich będzie dziecko – tak jak one – głuche. Por. T. Terlikowski, *Robienie dzieci. Terlikowski śmiało o in vitro*, Radom 2011, s. 88.

⁹² M. Machinek, *Życie w dyspozycji człowieka...*, s. 157-160.

ze sztuczną prokreacją należą próby zapłodnienia pomiędzy gametami ludzkimi i zwierzęcymi. Jest to metoda polegająca na wszczępieniu ludzkich komórek do zwierzęcego zarodka i stworzenie w ten sposób zwierzęcia-chimery zawierającego ludzkie DNA, co samo przez się jest moralnie nie do przyjęcia⁹³. Do takiego uwłaczającego godności człowieka postępowania z gametami ludzkimi należy też rozwijanie się ludzkiego embrionu w macicy zwierzęcej i odwrotnie. Wszystkie przedstawione powyżej techniki związane ze sztuczną prokreacją stają w sprzeczności z godnością osoby ludzkiej⁹⁴. Sztuczna prokreacja, mająca na celu zaspokojenie pragnienia posiadania dziecka za wszelką cenę, nawet za cenę pozbawienia życia jednych, aby inni mogli żyć, nie może być moralnie godziwa. Troska o dobro człowieka zakłada bowiem w pierwszym rzędzie jego prawo do życia od samego poczęcia do naturalnej śmierci. Jeśli mówimy „tak” człowiekowi, to jednocześnie mówimy „tak” jego życiu⁹⁵.

Dopóki naukowcy i lekarze zajmujący się leczeniem niepłodności nie zapewnią bezpiecznego rozwoju ludzkiemu embrionowi od samego początku jego istnienia, dopóty nie można będzie technik sztucznej prokreacji uznać za moralnie godziwe. Należy bowiem za podstawową zasadę uznać fakt, że „embrion ludzki reprezentuje nowe, indywidualne i biologiczne życie ludzkie, i w związku z powyższym przysługuje mu status osoby”⁹⁶. Procedura stosowana w sztucznej prokreacji narusza godność wszystkich osób biorących w niej udział, jednak najbardziej uderza „w godność rodziców, którzy stają się dawcami materiału genetycznego oraz godność dziecka, które ma prawo być zrodzone, a nie «wytworzone»”⁹⁷. Rzeczywistość w sztucznej prokreacji to dominacja techniki nad osobą. Mamy tutaj do czynienia z logiką „produkcji i dominacji”, która stanowi jedyne kryterium moralnej dopuszczalności. Wyraża się to w słowach: „Moralnie dobre jest to, co technicznie możliwe”. Jest to postawa zdecydowanie przeciwna życiu, którym według tego osądu można swobodnie dysponować⁹⁸.

MORAL ASSESSMENT OF ARTIFICIAL PROCREATION

Summary

Article presents the techniques of artificial procreation and their moral evaluation. It is a problem, first of all, of conceiving a child outside the mother's body. Main technique of artificial procreation is the in vitro method. Other problems associated

⁹³ A. Sikora, *Komórki macierzyste*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 247.

⁹⁴ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności...*, s. 241.

⁹⁵ A.J. Katolo, *Contra in vitro*, s. 109.

⁹⁶ A.J. Katolo, *Embrion ludzki – osoba czy rzecz?*, s. 118.

⁹⁷ M. Brachowicz, W. Regliński, *Niepłodność, bezpłodność*, w: *Encyklopedia katolicka*, t. 13, Lublin 2009, s.162.

⁹⁸ Tamże, s. 105.

with artificial procreation are the creation of supernumerary embryos, hyperstimulation of ovaries for the production of ova, and the use of masturbation to obtain sperm. Other activities include cryopreservation of supernumerary embryos or the use of the institution of a surrogate mother. Particular danger connected with in vitro method is human cloning, not only for reproductive purposes. In addition, methods of artificial procreation do not support, but replace the marital act. Due to the above-mentioned reasons, these methods can not be considered morally decent. This is the position of the Catholic Church.

Słowa kluczowe: sztuczna prokreacja, moralna ocena *in vitro*

Keywords: artificial procreation, moral assessment of *in vitro*

BIBLIOGRAFIA

- Banach J., *Moralna niedopuszczalność metody in vitro*, w: *Troska o człowieka. Od nanotechnologii do pedagogiki*, red. J. Siewiora, Tarnów 2010, s. 27-39.
- Bortkiewicz P. i in. *Sztuczne zapłodnienie heterologiczne wobec terapii niepłodności – niektóre aspekty oceny etycznej*, w: *Dawanie życia. Problemy wspomagania rozrodu człowieka*, red. J. Gadzinowski i in., Poznań 2003, s. 61-75.
- Brachowicz M., Regliński W., *Niepłodność, bezpłodność*, w: *Encyklopedia katolicka*, t.13, Lublin 2009, s.1161-1162.
- Chyrowicz B., *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin 2000.
- Chyrowicz B., *In vitro: natura do zastąpienia. Wprowadzenie*, w: *Metody wspomagania prokreacji: sukces czy porażka?*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2006, s. 5-18.
- Designer baby*, https://en.m.wikipedia.org/wiki/Designer_baby [dostęp:26.05.2019].
- Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, w: *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, oprac. W. Życiński, Kraków 2005, s. 840-987.
- Jan Paweł II, Przesłanie *Badania biomedyczne w świetle rozumu i wiary* (Audycja dla uczestników Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”), w: Jan Paweł II, *Dziela zebrane*, t.5: *Orędzia, przesłania i przemówienia okolicznościowe*, Kraków 2007, s. 382-384.
- Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994.
- Katolo A. J., *Contra in vitro*, Warszawa 2010.
- Katolo A. J., *Embrion ludzki – osoba czy rzecz? Status i moralne prawa nienarodzonego we włoskiej literaturze teologiczno-bioetycznej po Soborze Watykańskim II*, Lublin–Sandomierz 2000.
- Katolo A. J., *Kriokonserwacja*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 249-252.

- Katolo A. J., *Sztuczne zapłodnienie w kontekście prawdy o ludzkiej płciowości*, w: *Dawanie życia. Problemy wspomaganie rozrodu człowieka*, red. J. Gadzinowski i in., Poznań 2003, s. 77-85.
- Kokoszka A., *Moralność życia małżeńskiego. Sakramentologia moralna*, cz. 3, Tarnów 1998.
- Kongregacja Nauki Wiary, *Donum vitae. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia*, Poznań 2001.
- Kongregacja Nauki Wiary, *Dignitas personae. Instrukcja dotycząca niektórych problemów bioetycznych*, Tarnów 2008.
- Kurzawa r. i in., *Nieplodność małżeńska. Przegląd metod leczenia, powikłań, uwarunkowań społecznych i etycznych widzianych z perspektywy lekarza zajmującego się rozrodem wspomaganym medycznie*, „Życie i Płodność”, 2-3 (2008), s. 27-36.
- Lichtenberg-Kokoszka E., *Biomedyczne aspekty płodności*, w: *Nieplodność. Zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka i in., Kraków 2009, s. 11-25.
- Machinek M., *Embrion ludzki*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, Radom 2005, s.234-235.
- Machinek M., *Etyczne dylematy medycznie wspomaganego prokreacji*, w: *Zapłodnienie in vitro – szansa czy zagrożenie?*, red. W. Sienkiewicz, r. Grabowski, Bydgoszcz 2011, s. 9-20.
- Machinek M., *Ontologiczny i moralny status embrionu ludzkiego wobec medycznie wspomaganego prokreacji*, w: *Wobec in vitro: genetyczne, moralne, filozoficzne, teologiczne i prawne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego*, red., J. Grzybowski, F. Longchamps de Bérier, Kielce 2017, s. 81-121.
- Machinek M., *Zapłodnienie in vitro jako przedmiot refleksji teologicznoetycznej*, w: *Metody wspomaganie prokreacji: sukces czy porażka?*, red. B. Chyrowicz, Lublin 2006, s. 105-130.
- Machinek M., *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia*, Olsztyn 2004.
- Orzeszyna J., *Teologiczno-moralny aspekt nieplodności w małżeństwie*, Kraków 2005.
- Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae. O zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego*.
- Protot P., *Aneks: Medycyna a nieplodność*, w: M. i M. Mornet, *Kiedy dziecko każe na siebie czeka. Nadzieja dla długo starających się o dziecko*, tłum. K. Chodacki, Kraków 2011, s. 177. s. 155-193.
- Ruhi-López A., Santamaría C., *Nieplodność. Duchowy i praktyczny poradnik dla małżeństw*, tłum. M. Biliniewicz, Poznań 2009.
- Sikora A., *Życie ludzkie w fazie przedimplantacyjnej w dokumentach Rady Europy w aspekcie moralnym*, Poznań 2011, s. 83.
- Szyncel K., *Sztuczne zapłodnienie. Jeśli nie in vitro, to co?*, Kraków 2010 (Seria: ABC Bioetyki).
- Terlikowski T.P., *Jak rozmawiać o zapłodnieniu in vitro. Poradnik dla rodziców, wychowawców i katechetów*, Kraków 2013.

-
- Terlikowski T.P., *Robienie dzieci. Terlikowski śmiało o in vitro*, Radom 2011.
- Wasilewski T., *Procedura in vitro – technika i konsekwencje*, w: *Wobec in vitro: genetyczne, moralne, filozoficzne, teologiczne i prawne aspekty zapłodnienia pozaustrojowego*, red., J. Grzybowski, F. Longchamps de Bérier, Kielce 2017, s. 19-45.
- Wasilewski T., *Życie i godność każdej istoty ludzkiej a leczenie niepłodności małżeńskiej. In vitro czy naprotechnologia*, w: *Zapłodnienie in vitro – szansa czy zagrożenie?*, red. W. Sienkiewicz, r. Grabowski, Bydgoszcz 2011, s. 9-36.