

Anna Rzędkowska

Uniwersytet Śląski w Katowicach

DESTRUKCJA RODZINY W KONTEKŚCIE METOD SZTUCZNEGO ZAPŁODNIENIA

DESTRUCTION OF THE FAMILY IN THE CONTEXT OF ARTIFICIAL INSEMINATION METHODS

ABSTRACT:

The lack of full awareness of artificial procreation methods and the easy access to them through current infertility “treatment” programmes is causing unimaginable destruction of the most basic social cell: the family. Therefore, in order to realise the extent of the aforementioned destructive impact of these methods, the article shows their consequences in a psychological-moral perspective, which are: “mutilation of love” through the denial of the place that rightfully belongs to the child, the destruction of motherhood and the destruction of fatherhood.

Brak pełnej świadomości na temat metod sztucznej prokreacji oraz łatwy dostęp do nich za sprawą aktualnych programów „leczenia” niepłodności powodują niewyobrażalną destrukcję najbardziej podstawowej komórki społecznej, jaką jest rodzina. Dlatego, aby uzmysłowić zakres destrukcyjnego wpływu tych metod, w artykule ukazano ich konsekwencje w perspektywie psychologiczno-moralnej, którymi są: „okałeczenie miłości” przez odmowę miejsca należnego dziecku, destrukcja macierzyństwa i destrukcja ojcostwa.

Słowa kluczowe: destrukcja rodziny, metody sztucznego zapłodnienia, destrukcja macierzyństwa, destrukcja ojcostwa

Keywords: family destruction, artificial insemination methods, the destruction of motherhood, the destruction of fatherhood

W posynodalnej Adhortacji apostolskiej *Amoris laetitia* o miłości w rodzinie papież Franciszek zwrócił uwagę, że obserwowana „zmiana antropologiczno-kulturowa wpływa dziś na wszystkie aspekty życia i wymaga podejścia analitycznego i zróżnicowanego”¹. Dotyczy to również samej rodziny oraz pojawiającego się w niej problemu wykorzystywania metod sztucznego zapłodnienia. Łatwy dostęp do tych metod oraz brak pełnej świadomości na temat zagrożeń i skutków, jakie one niosą, jak również szerzący się wśród społeczeństwa relatywizm budowany na podwalinach nihilizmu oraz indywidualizm powodują jej niewyobrażalną erozję. Aby zrozumieć, dlaczego metody sztucznego zapłodnienia przyczyniają się do destrukcji rodziny, najpierw zostanie dokonana analiza tego procesu. Następnie zostaną pokazane konsekwencje stosowania tych metod w perspektywie psychologiczno-moralnej, którymi są: „okaleczenie miłości” przez odmowę miejsca należnego dziecku, destrukcja macierzyństwa oraz destrukcja ojcostwa. Podsumowanie pozwoli dostrzec, że odrzucenie moralności ostatecznie skutkuje podążaniem w kierunku cywilizacji śmierci.

1. METODY SZTUCZNEGO ZAPŁODNIENIA

Pierwszy zabieg sztucznego zapłodnienia został wykonany pod koniec lat 70. XX w. przez angielskich naukowców: Roberta Edwardsa i Patrica Steptoe’a. W warunkach laboratoryjnych doprowadzili oni do powstania ludzkiego embrionu, następnie zaimplantowano go do organizmu kobiety. W dniu 25 lipca 1978 r. w szpitalu w Oldham przyszło na świat pierwsze „dziecko z probówki”: Louise Brown². W kolejnych latach również w innych krajach (m.in. Włochy i Australia – 1980, Francja 1982) podjęto skuteczne próby uzyskania dziecka przy użyciu procedury sztucznego zapłodnienia pozaustrojowego. W Polsce w 1987 r. w Instytucie Ginekologii i Położnictwa w Białymstoku urodziło się pierwsze dziecko poczęte metodą sztucznego zapłodnienia³. Dokonał tego prof. Marian Szamato-wicz. Obecnie szacuje się, iż zabiegi te wykonywane są w około 30 ośrodkach na obszarze całego kraju. W perspektywie globalnej szacuje się, że na świat przyszło milion dzieci, które były poczęte jedną z metod sztucznej prokreacji⁴.

Sztuczne zapłodnienie można uznać za laboratoryjny wariant procesu zachodzącego w narządzie rodnym kobiety, a dokładniej – w jej jajowodzie⁵. Polega ono

¹ Franciszek, Adhortacja apostolska *Amoris laetitia* (2016), 32.

² Por. H. Bartel, *Embriologia medyczna. Ilustrowany podręcznik*, Warszawa 2009, s. 34.

³ Por. E. Norwitz, J. Schorge, *Położnictwo i ginekologia w zarysie*, tłum. B. Chazan, J. Leibschang, A. Świątek, Warszawa 2006, s. 61; A. Muszala, *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom 2009, s. 570.

⁴ Por. A. Muszala, *Encyklopedia bioetyki...*, s. 570.

⁵ Por. J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności w małżeństwie*, Kraków 2005, s. 104.

na „zastosowaniu różnych metod medyczno-technicznych w celu uzyskania poczęcia życia ludzkiego w inny sposób niż poprzez stosunek płciowy mężczyzny i kobiety”⁶. Wspomniane metody możemy podzielić, ze względu na miejsce procedury, na: *in vivo* (dokonywane w organizmie kobiety) i *in vitro* (przeprowadzone poza nim)⁷. Zastosowanie metod sztucznego rozrodu ma miejsce zazwyczaj wtedy, gdy u pary zostaje stwierdzona niepłodność. Może być ona spowodowana np.: wrodzonym lub nabytym brakiem jajowodów, ich niedrożnością, endometriozą, chorobą immunologiczną, oligospermią, nieregularnymi cyklami, niepłodnością idiopatyczną⁸.

Jedną z głównych technik wspomaganej prokreacji jest sztuczna inseminacja zwana również unasiennieniem domacicznym (IUI – intrauterine insemination). Dzieli się ją – ze względu na sposób przeprowadzenia – na sztuczne unasiennienie homogeniczne (nasienie pobrane od męża – AIH – Artificial Insemination by Husband) i sztuczne unasiennienie heterogeniczne (nasienie pobrane od obcego dawcy – AID – Artificial Insemination by Donor (np. korzystanie z banku nasienia)⁹. W tej metodzie zapłodnienie odbywa się w naturalny sposób, z wyjątkiem złożenia wcześniej pobranego nasienia w drogach rodnych kobiety, podanego poprzez cewnik. Wcześniej jednak plemniki zostają odpowiednio wyselekcjonowane – ze względu na ominięcie w drodze do zapłodnienia bariery śluzowego, który naturalnie selekcjonuje nasienie. Wskazaniami do zabiegu IUI są: poważne zaburzenia jajczkowania, endometrioza, czynnik immunologiczny, słabe parametry nasienia, niepłodność idiopatyczna¹⁰.

Metoda inseminacji jest przeprowadzana w czterech etapach: szukanie przyczyn bezpłodności – wykluczenie jej u kobiety, monitorowanie cyklu z zamiarem wprowadzenia w odpowiednim czasie nasienia, pobranie nasienia poprzez masturbację lub drogą operacyjną – selekcjonowanie spermatocytów, wprowadzenie nasienia przez kanał szyjki albo jamę macicy laparoskopem lub mikrokateterem do dróg rodnych kobiety podczas owulacji. By można było zastosować tę metodę, po stronie kobiety nie powinno być medycznych przeciwwskazań z powodu bezpłodności¹¹.

Jedną z najczęściej stosowanych metod inseminacyjnych jest GIFT (Gametes Intrafallopian Transfers). Na początku równocześnie pobiera się kilka komórek komórek jajowych, które były wcześniej monitorowane oraz plemników najlepszej jakości¹². Zostają one umieszczone w cewniku w celu podania. Przedzielone

⁶ Tamże.

⁷ Por. K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie*, Kraków 2010, s. 21.

⁸ Por. M. Szamatowicz, *Niepłodność*, w: *Położnictwo i ginekologia*, red. G.H. Bręborowicz, t. 2, Warszawa 2010, s. 737-748.

⁹ Por. M. Kwapiszewska, *Bioetyka wobec poczęcia. Dylematy społeczno-etyczne ludzkiej prokreacji*, Piła 2013, s. 41-46.

¹⁰ Por. K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie*, s. 21.

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

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

są pęcherzykiem powietrza. Zapłodnienie w tej metodzie dokonywane jest w jajowodzie¹³. Powyższą technikę stosuje się, gdy przynajmniej jeden z jajowodów kobiety jest drożny¹⁴. Kolejną metodą inseminacyjną jest FREDI. Polega ona na pobraniu za pomocą laparoskopii dojrzałych komórek jajowych oraz umieszczeniu ich w jajowodzie. Następnie poprzez pochwę doprowadza się do macicy wyselekcjonowane plemniki. Inna metoda – POST – bazuje na umieszczeniu męskich i żeńskich gamet w jamie otrzewnowej. Zarodki po zapłodnieniu docierają do brzuszego ujścia jajowodu, kierując się w stronę macicy. Następną metodą inseminacji jest TOAST, w której komórki męskie i żeńskie wprowadzone są jednocześnie przez szyjkę do macicy¹⁵. Ostatnią, omawianą metodę stanowi DIPI, w której zostaje do jajowodu wprowadzona sperma przy wcześniejszym stwierdzeniu, że znajduje się w nim dojrzała komórka jajowa¹⁶. Skuteczność IUI otrzymuje się w czterech cyklach terapii. Po trzech odbytych cyklach w grupie młodych kobiet wynosi ona 30–40%, ze wskazaniem na odbycie od czterech do sześciu cykli¹⁷. Uzyskane wyniki zależą od: pochodzenia niepłodności, jakości spermy, wieku kobiety, leków użytych w celu wywołania owulacji i od czasu trwania niepłodności¹⁸.

Różne są powikłania po tej procedurze¹⁹. Na wczesnym etapie mogą wystąpić: krwawienie i płamienie, infekcje, ból, uczulenie, omdlenia wazowagalne, błąd identyfikacji (niewłaściwe dopasowanie nazwiska i materiału biologicznego), natomiast później obserwuje się: nieprawidłowości u noworodków, ciążę wielopłodową, zespół hiperstymulacji jajników (mogący skutkować bardzo poważnymi konsekwencjami)²⁰.

Innym rodzajem sztucznego zapłodnienia jest pozaustrojowe zwane zapłodnieniem *in vitro*²¹. Opiera się ono na połączeniu gamet żeńskich i męskich poza organizmem kobiety. W tej metodzie, po uprzednim stymulowaniu

¹³ Por. J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt...*, s. 109.

¹⁴ Por. K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie*, s. 24.

¹⁵ Por. E. Norwitz, J. Schorge, *Położnictwo i ginekologia...*, s. 60.

¹⁶ Por. J. Safi, R.K. Sharma, A. Agarwal, *Inseminacja domaciczna*, w: *Ginekologia w praktyce klinicznej. Niepłodność*, red. R. Dębski, Wrocław 2013, s. 120-123.

¹⁷ Por. P. Radwan, *Inseminacja domaciczna*, w: *Niepłodność i rozród wspomagany*, red. J. Radwan, S. Wołczyński, Poznań 2011, s. 175.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Por. tamże, s. 129-130.

²⁰ Tamże, s. 130.

²¹ Metody *in vitro*: „PROST (*Pronucleated Syage Transfer*) – przeniesienie od strony szyjki macicy 2–4 komórkowych zygot po około 48 godzinach od zapłodnienia; ZIFT (*Zygote Intrafallopian Transfer*) – transfer zygot przez ujście brzuszne jajowodu; TET (*Tubal Embryo Transfer*) – przeniesienie zapłodnionych zarodków po 24 godzinach od zapłodnienia za pomocą laparoskopu do ujścia brzuszego jajowodu; TV-TET (*Trans Vaginal Tubal Embryo Stage Transfer*) – przeniesienie zarodków; *In vitro* z docytoplazmatyczną iniekcją plemnika (*ICSI-Intra Cytoplazmatic Sperm Injection*); ICSI po mikrochirurgicznej aspiracji plemników z najądrzy (*ICSI-MESA-Micro-Epididymal Sperm Aspiration*); ICSI po punkcji jądra (*ICSI-TESE – Testicular Sperm Extraction*)” – K. Sznyceł, *Sztuczne zapłodnienie*, s. 27.

owulacji²², podniesieniu parametrów nasienia i pobraniu gamet męskich i żeńskich, embrion powstaje w laboratoryjnym środowisku umożliwiającym jego obserwację i rozwój. Zarodki zostają poddane selekcji zwiększającej możliwość powodzenia w implantacji. Kobieta jest poddawana stymulacji hormonalnej (zwykle podaje się progesteron) w celu przygotowania macicy do implantacji embrionu. Zarodki, które składają się zwykle z czterech blastomerów, zostają przetransferowane do macicy. Odbywa się to od 43 do 48 godzin po zapłodnieniu. Zwykle umieszcza się w niej od 2 do 4 zarodków, co daje większą szansę na zaimplantowanie i dalszy rozwój ciąży. W sytuacji otrzymania większej ilości zarodków, poddaje się je kriokonserwacji. Po pierwszym zabiegu, gdy nie udaje się otrzymać ciąży, zamrożone zarodki są wykorzystywane do następnego.

W celu pomyślnego dokonania zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego pobiera się od kobiety większą ilość dojrzałych komórek. Przeprowadza się wtedy stymulację organizmu różnego typu hormonami²³. W trakcie tej kuracji dojrzewają także i te komórki, które podczas normalnego cyklu zostałyby przez organizm odrzucone. W niektórych przypadkach (jest to około 1–2% cykli stymulowanych) w czasie hiperstymulacji mogą wystąpić powikłania wymagające hospitalizacji²⁴.

Metodą najczęściej stosowaną przy pobieraniu komórek jajowych jest punkcja pęcherzyka jajowego przy użyciu sondy dopochwowej lub brzusznej²⁵. W celu otrzymania gamet męskich, poza masturbacją, stosuje się aspirację z najądra, prosto z jądra albo je się nakłuwa. Kolejną metodą uzyskania materiału jest elektrostymulacja²⁶. W 2009 r., w laboratorium, brytyjscy naukowcy wyhodowali z macierzystych komórek ludzkie plemniki.

Ze względu na to, iż zapłodnienie dokonywane jest w probówce, zabieg ten został nazwany *in vitro*, czyli: „w szkle”. Natomiast z języka angielskiego, od słów *fertilizatio in vitro and embryo transfer* został utworzony skrót: FIVET²⁷. Możliwe są trzy rodzaje przeprowadzenia zapłodnienia *in vitro*.

W pierwszej metodzie pobiera się gamety żeńskie od żony, które potem łączy się z gametami męskimi męża. Następnie powstały zarodek implantuje się dawczyni, od której zostały pobrane komórki jajowe (tzw. genetycznej matce). Jeżeli chodzi o nasienie, można tutaj zastosować dwa warianty. Pierwszy wariant – zapłodnienie homologiczne: wykorzystuje się materiał od męża, który żyje, jest oddalony terytorialnie, w śpiączce lub od męża, który jest zmarły (post mortem)²⁸. Drugi – zapłodnienie heterologiczne: wykorzystuje się nasienie pochodzące od dawcy żyjącego lub zmarłego przechowywane w banku

²² Por. E. Norwitz, J. Schorge, *Położnictwo i ginekologia...*, s. 60.

²³ Por. D. Sakkas, *Technologie reprodukcyjne in vitro*, w: *Ginekologia w praktyce klinicznej...*, s. 134.

²⁴ Por. J. Safi, R.K. Sharma, A. Agarwal, *Inseminacja domaciczna*, s. 131.

²⁵ Por. E. Norwitz, J. Schorge, *Położnictwo i ginekologia...*, s. 60.

²⁶ Por. D. Sakkas, *Technologie reprodukcyjne in vitro...*, s. 135.

²⁷ Por. tamże, s. 134.

²⁸ Por. K. Szynceł, *Sztuczne zapłodnienie*, s. 28.

spermy. Inną możliwość stanowi pobranie komórki jajowej od anonimowej dawczyni, natomiast materiał męski uzyskuje się od męża żyjącego/zmarłego lub od anonimowego dawcy. Wówczas zarodek jest wszczepiany kobiecie zamierzającej urodzić dziecko. Istnieje też możliwość wszczepienia embrionu kobiecie niezamężnej, która chce posiadać dziecko²⁹. Trzecią możliwością jest surogatyzm, czyli wszczepienie zapłodnionego wcześniej w probówce zarodka obcej kobiecie, która po porodzie przekazuje dziecko rodzicom genetycznym.

Od wielu lat przeprowadza się również eksperymenty związane z poczęciem ludzkiego życia i prokreacją. Zatrważające są doświadczenia obejmujące wszczepienie ludzkich embryonów zwierzętom. Istnieje też, w teorii, możliwość wszczepienia zarodka ludzkiego zwierzęciu na czas ciąży i porodu. Nazywa się ona opcją łona zastępczego, czyli *per procura*³⁰. Z tą metodą wiążą się liczne konsekwencje etyczne i prawne. W zapłodnieniu heterologicznym pojawia się wiele prawnych trudności spowodowanych kolizją rodzicielstwa prawnego z biologicznym³¹.

W przypadku ciąży będącej skutkiem zapłodnienia poza organizmem kobiety może dojść do poronień, ciąży pozamaciicznej, obumarcia płodu czy wydania na świat dziecka obciążonego wadą rozwojową. Szansa na urodzenie dziecka metodą FIVET jest niewielka. Zaledwie około 20–30% prób zwińczonej jest porodem³². Co piąte narodziny kończą się wydaniem na świat zdrowego dziecka. Istnieje również wiele przeciwwskazań do stosowania metody *in vitro*. Są to: granica wieku (do 39 lat), choroby serca, układu krążenia, nerek. Podstawową sprawą jest tutaj wiek kobiety, ponieważ płodność zmniejsza się z biegiem lat, co skutkuje problemem z zapłodnieniem, donoszeniem ciąży i urodzeniem zdrowego dziecka³³.

Mimo ogólnie panującej opinii, że jest prowadzona intensywna kontrola laboratoryjna podczas procesu zapłodnienia *in vitro*, dzieci, które zostały poczęte tą metodą są w większym stopniu narażone na problemy zdrowotne od poczętych naturalnie. Jednym z pierwszych krajów, w którym prowadzono badania nad rozwojem dzieci poczętych metodą pozaustrojową, była Australia (badania statystyczne prowadzono do lat 70. XX). Wynika z nich, że u dzieci, które zostały poczęte poza organizmem matki, dochodzi trzykrotnie częściej do wad rozwojowych. Przeważnie są to: otwarty rozszczep kręgosłupa i ciężkie choroby serca. Istnieje również zwiększone ryzyko powikłań porodowych u kobiet

²⁹ Por. R. Tokarczyk, *Prawda narodzin, życia i śmierci*, Zakamycze 2000, s. 176.

³⁰ Por. K. Szyncl, *Sztuczne zapłodnienie*, s. 29.

³¹ W związku ze sporą liczbą eksperymentów związanych z prokreacją pojawiają się również liczne nowe projekty prawne – por. https://www.senat.gov.pl/download/gfx/senat/pl/senatposiedzenia/tematy/2480/pliki/ot-634_do_internetu.pdf;file:///C:/Users/projekt.k-z/Downloads/admin,%7BserGroup%7D,+ZP19-3s.31.pdf [dostęp: 8.05.2025].

³² Por. M. Szamatowicz, *Niepłodność*, w: *Położnictwo i ginekologia...*, s. 750.

³³ Por. M. Radwan, *Zapłodnienie pozaustrojowe*, w: *Niepłodność i rozród wspomagany*, red. J. Radwan, S. Wołczyński, Poznań 2011, s. 183.

poddawanych hiperstymulacji hormonalnej³⁴. Według badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii zwiększa się o 30% ryzyko urodzenia dzieci z wadami rozwojowymi, takimi jak: serca, rozszczep podniebienia, nieprawidłowa budowa układu trawienia, zespół Beckwitha–Wiedemann (BWS) (występuje do 6 razy częściej niż w przypadku dzieci poczętych naturalnie)³⁵. Zachodzą też powikłania po zastosowaniu samej metody zapłodnienia pozaustrojowego, mianowicie: krwawienie po pobraniu komórek jajowych, krwawienie z pochwy (u 2,8% – gdy zaistnieją bardzo intensywne krwawienia, stosuje się szew na pochwę w celu zapewnienia homeostazy)³⁶. Może wystąpić także krwawienie do jamy otrzewnej (do 1,3% – potencjalnie zachodzi wówczas konieczność leczenia chirurgicznego), stan zapalny miednicy mniejszej (do 0,5% – występuje tutaj zmniejszenie szans na uzyskanie ciąży do zera), ciąża pozamacierna (1,6%, natomiast u kobiet obciążonych ryzykiem – do 8,6%) oraz ciąża heterotopowa (obecność ciąży w i poza macicą – występuje w przedziale od 0,81 do 0,5%)³⁷.

W metodach zapłodnienia heterologicznego można oddzielić samo zapłodnienie od ciąży – z tego powodu udział w macierzyństwie mają dwie kobiety. Na etapie zapłodnienia jest to matka genetyczna – która oddaje swoją komórkę jajową, natomiast ciąża i poród to fazy przeżywane przez matkę biologiczną³⁸. W tzw. macierzyństwie zastępczym rola matki biologicznej nie jest tożsama z funkcją rodzicielską. Matka zastępcza zawiera umowę z matką genetyczną (dawczynią gamet) lub adopcyjną (prawną) dotyczącą odgrywania roli matki biologicznej. Efektem tej umowy jest bezzwłoczne przekazanie dziecka matce genetycznej albo adopcyjnej. Powody skłaniające do zawierania takiej umowy to: niemożność donoszenia ciąży, wygoda kobiety, u której istnieje możliwość donoszenia bezkomplikacyjnego ciąży, a motywem takiego działania jest groźba zakłócenia przez ciążę kariery czy też przedkładanie dbania o swój wygląd nad macierzyństwo biologiczne³⁹.

W powyższej metodzie rozróżniamy: macierzyństwo zastępcze całkowite (komórka matki biologicznej zostaje zapłodniona plemnikiem, następnie wszczepiona do macicy innej kobiety, która oddaje dziecko dawczyni gamet zaraz po donoszeniu ciąży i porodzie) oraz macierzyństwo zastępcze częściowe (komórka jajowa pochodzi od matki zastępczej, natomiast sperma od męża, partnera kobiety, której zostanie przekazane dziecko zaraz po porodzie). Może zaistnieć również taka sytuacja, w której matka genetyczna (kobieta oddająca swoją komórkę

³⁴ Por. P. Pieprzyński, S. Wołczyński, *Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego z transferem zarodków (IVF-ET)*, w: *Leczenie niepłodności*, red. L. Putowski, Wrocław 2011, s. 238.

³⁵ Por. K. Szynceł, *Sztuczne zapłodnienie*, s. 32.

³⁶ Por. M. Radwan, *Zapłodnienie pozaustrojowe...*, s. 210-211.

³⁷ Por. P. Pieprzyński, S. Wołczyński, *Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego...*, s. 237.

³⁸ Por. K. Szynceł, *Sztuczne zapłodnienie*, s. 33.

³⁹ Por. tamże, s. 34.

jajową), matka biologiczna (ta, której zostaje wszczepiony zarodek do macicy, do samego porodu) oraz matka prawna – adopcyjna (osoba, której będzie przekazane dziecko) mogą być trzema różnymi osobami⁴⁰.

2. ODMOWA MIEJSCA NALEŻNEGO DZIECKU JAKO „OKALECZENIE” MIŁOŚCI

Skutkiem stosowanych metod sztucznego zapłodnienia jest ogromne spustoszenie dokonujące się zwłaszcza w sferze duchowej czy psychologicznej dziecka. Kluczowym problemem jest tutaj naruszenie jednego z jego podstawowych praw – bycia kochanym od początku swego istnienia. Techniki sztucznej prokreacji skazują dziecko na poczęcie niegodne człowieka⁴¹. To stwierdzenie uzasadnia też psychologia prenatalna⁴². Dziecko należy ująć nie przedmiotowo – jako realizację swojego marzenia, lecz całościowo, czyli także w relacji do środowiska fizycznego – kobiecego łona, przez które docierają bodźce ze świata zewnętrznego, oraz osobowego – w relacji matki do dziecka i jej stanu psychicznego, który jest odczuwalny przez dziecko. Należy tutaj również wspomnieć o relacji społecznej, czyli – jego sytuacji prawnej, podejścia innych ludzi do dziecka nienarodzonego, trybu życia kobiety podczas ciąży i porodu. Takie całościowe ujęcie dziecka nienarodzonego wskazuje, że kształtowanie jego sfery psychicznej zaczyna się już wiele miesięcy przed porodem⁴³. Dlatego można stwierdzić, że: „minuta wychowania dziecka w okresie wewnątrzmacicznym warta jest miesiąca jego kształcenia po urodzeniu”⁴⁴.

Psychologia prenatalna wskazuje na ogromne znaczenie, jakie mają dla dziecka przeżycia przed jego narodzeniem, zwłaszcza odczuwane przez nie sygnały wskazujące na miłość rodziców. Takie przeżycia, wpływające później na stan ducha, wrażliwość dziecka i jego stosunek do innych ludzi, są odbierane dzieciom rodzącym się wskutek zastosowania techniki sztucznego zapłodnienia. Dzieci te są pozbawione miłości w chwili poczęcia, tej, którą opisuje papież Paweł VI w *Humanae vitae* jako „na wskroś ludzką, a więc zarazem zmysłową i duchową”⁴⁵. Natomiast w *Familiaris consortio* Jana Pawła II czytamy: „Człowiek jako duch ucieleśniony, czyli dusza, która się wyraża poprzez ciało, i ciało formowane

⁴⁰ Por. tamże.

⁴¹ Por. A. Kokoszka, *Moralność życia małżeńskiego. Sakramentologia moralna*, cz. 3, Tarnów 2019, s. 220-223.

⁴² Psychologia prenatalna – funkcjonuje na pograniczu psychologii, biomedycyny, pedagogiki, prawa i etnologii; jej przedmiotem jest człowiek od poczęcia do urodzenia – por. J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt...*, s. 145.

⁴³ Por. D. Kornas-Biela, *Rozwój psychofizyczny dziecka przed urodzeniem*, „Chrześcijanin w Świecie” 3 (1987), s. 57.

⁴⁴ J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt...*, s. 146.

⁴⁵ Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae* (1968) [dalej: HV], 9.

przez nieśmiertelnego ducha, powołany jest do miłości w tej właśnie swojej zjednoczonej całości. Miłość obejmuje również ciało ludzkie, a ciało uczestniczy w miłości duchowej⁴⁶.

Zatem właściwym środowiskiem poczęcia dziecka jest małżeństwo i miłość małżeńska. Dzieci poczęte metodą sztucznego zapłodnienia są powołane do życia zupełnie inną drogą niż zaplanował to Stwórca. W ten sposób odbiera się dziecku doświadczenie rodzinnej i rodzicielskiej miłości już u samego początku. Samą rodzinę określa się mianem wspólnoty naturalnej, dlatego że to w niej rodzi się nowy człowiek i za jej pośrednictwem zostaje zbudowany fundament jego psychiki, a także kultury. Dlatego nie jest możliwe, aby to doświadczenie czymś zastąpić czy nawet wynagrodzić jego brak. Podczas sztucznego rozrodu początek istnienia dziecka nie bierze się z aktu małżeńskiego, wyrażającego miłość małżonków, a co za tym idzie – dziecko już u samego swego „zarania” nie doznaje miłości od rodziców. Jednym z najczęstszych argumentów, jakimi posługują się osoby decydujące się na metody sztucznego zapłodnienia, jest szlachetne pragnienie posiadania potomstwa. Dziecko, a także małżonek stają się tutaj środkiem do osiągnięcia „szlachetnych” celów. Jan Paweł II zwrócił się następująco do uczestników międzynarodowego sympozjum na temat *Naturalnych metod regulowania poczęć i kultury życia*: „Tylko w kontekście wzajemnej miłości małżonków, całkowitej i bezwarunkowej, może być przeżywane w całej swej godności poczęcie – owo wydarzenie, które dotyczy przyszłości ludzkości”⁴⁷. Papież Franciszek wskazuje na konkretne miejsce należne dziecku, a odmowa tego miejsca może doprowadzić do okaleczenia miłości. Owe słowa można odnieść też do perspektywy metod sztucznego zapłodnienia:

przychodzące dziecko nie przybywa „z zewnątrz jako dodane do wzajemnej miłości małżonków; wylania się w samym centrum tego wzajemnego daru, którego jest owocem i wypełnieniem”. Nie pojawia się pod koniec procesu, ale jest obecne od początku miłości jako istotna cecha, której nie można zaprzeczać bez okaleczenia samej miłości⁴⁸.

Dziecku należne jest zrodzenie z godnego aktu miłości jego rodziców, ponieważ stanowi ono dar, a nie coś, co należy się kobiecie i mężczyźnie.

Innym problemem, równie istotnym, jest to, że metody sztucznego zapłodnienia pogłębiły problem dzieci chcianych i niechcianych. Wśród potomstwa uzyskanego drogą sztucznego zapłodnienia można też zaobserwować zaburzenia związane z byciem tzw. drogocennym dzieckiem. W gronie dzieci urodzonych metodami sztucznego rozrodu dostrzega się także tzw. zespół ocalenia.

⁴⁶ Jan Paweł II, Encyklika *Familiaris consortio* (1981) [dalej: FC], 11.

⁴⁷ Jan Paweł II, Przesłanie do uczestników międzynarodowego sympozjum na temat *Naturalne metody regulowania poczęć i kultura życia*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/npr_sympozjum_28012004.html, [dostęp: 4.04.2025].

⁴⁸ AL 80.

Obserwacje kliniczne wskazują na to, że owe dzieci, podobnie jak w przypadku uratowanych przed aborcją lub tych, które ją przeżyły, doznają rozmaitych zaburzeń związanych z *in vitro*⁴⁹. Bardzo często, gdy są poinformowane o tym fakcie, zadają sobie pytania typu: „Czy rzeczywiście powinienem/powinnam żyć?”. Nie są pewne swojej tożsamości. Problemem może również stać się wykazanie zainteresowania dawcy dzieckiem – jego losami, zdrowiem, zaakceptowanie przy tym nawiązania z nim kontaktu. Dziecko w takiej sytuacji może doświadczyć głębokiego rozdarcia, wielu sprzecznych emocji związanych z tym, iż nie wie do końca, kto jest jego prawdziwym ojcem lub matką. Nikt nie jest w stanie zagwarantować, żaden lekarz, psycholog czy psychiatra, że dziecko, które będzie w takiej atmosferze kształtowane, wychowywane, nauczy się tworzyć poprawne, prawdziwe relacje w rodzinie podczas dorastania, jak i czy posiadać tę umiejętność w dorosłym życiu, budując nową, własną rodzinę. Należy tutaj także zwrócić uwagę na zaburzenia neurologiczne w przystosowaniu społecznym i zachowaniu, pojawiające się u dzieci powołanych do życia metodą sztucznej prokreacji. Nawet „literatura psychoanalityczna przestrzega, iż sposób poczęcia jest elementem matrycy komunikacyjnej na dalsze życie dziecka”⁵⁰. Poza tym traktowanie dziecka przez rodziców poprzez pryzmat noszonych w sobie wspomnień wielkiej walki fizycznej i psychicznej, oddalanych od siebie wyrzutów sumienia związanych z niegodziwością metod sztucznej prokreacji, nie jest dla niego obojętne ze względu na to, iż zastanawiać się może nad powodem swego istnienia, nad tym, kim jest oraz nad nieuchronnością i nieprzewidywalnością momentu śmierci. To właśnie m.in. te kwestie były przedmiotem zainteresowania Philipa Ney'a⁵¹, który prowadził badania nad osobami ocalonymi od abortowania⁵². Głównym symptomem, jaki wykazały jako osoby uratowane, była nieustanna refleksja nad swoją egzystencją. Również papież Franciszek, rozpatrując współczesne konsekwencje destrukcji rodziny związane z tą kwestią, pisze, że „jeśli rodzina jest sanktuarium życia, miejscem, gdzie życie się rodzi i jest otaczane troską, to straszną sprzeczność stanowi jej przekształcanie się w miejsce, gdzie życie jest odrzucane i niszczone” (AL 83). Takie dzieci są w ten sposób okradane ze swego życia i swojej przyszłości. Możemy przeczytać jeszcze, iż „wartość życia ludzkiego jest tak wielka, tak niezbywalne jest prawo do życia niewinnego dziecka [...], że w żaden sposób nie można przedstawić możliwości podejmowania decyzji w odniesieniu do tego życia, jakoby chodziło o prawo do własnego ciała” (AL 83). Nie może ona skutkować dominacją nad drugim człowiekiem, a tym bardziej nad mającym się począć dzieckiem, ponieważ życie ludzkie jest celem samym w sobie. Ponadto

⁴⁹ Por. M. Pokrywka, *Antropologiczne podstawy odpowiedzialnego rodzicielstwa*, Lublin 2011, s. 249-252.

⁵⁰ M. Jakimiuk, *Psychiczne konsekwencje poczęcia człowieka metodą in vitro*, w: *Usłyszeć krzyk życia! Etyczne aspekty medycyny*, red. M. Szumowski, Warszawa 2009, s. 125.

⁵¹ Philip Ney – psychiatra dziecięcy i psycholog kliniczny – por. J. Jankowski, A. Awtuch, B. Rusiecka, *Ocaleni. Kategoria ocalonego i jej wybrane formy*, „Psychoonkologia” 3 (2017), s. 115.

⁵² M. Jakimiuk, *Psychiczne konsekwencje poczęcia...*, s. 125.

nie należy do niego podchodzić jedynie jak do ciężaru, ale przede wszystkim jak do prawa, którego małżonkowie są zobowiązani bronić i którego nikt nie powinien im odebrać. Nowe życie jest powierzane matce i ojcu, ma ono swoje źródło w jego przyjęciu i powinno być podtrzymywane przez opiekę w ciągu jego trwania, którego celem jest osiągnięcie zbawienia.

3. DESTRUKCJA MACIERZYŃSTWA

W rozwiązaniach dotyczących sztucznej prokreacji nie można ominąć sytuacji, w której znajduje się kobieta. Jest ona kolejną osobą, która zaraz obok dziecka płaci ogromną cenę. Gdy podaje się informacje dotyczące sztucznego zapłodnienia (np. podczas różnego rodzaju rozmów, w mass mediach), często nie powiadamia się zamierzające zastosować te metody osoby o cierpieniu czy nawet upokorzeniu, jakiego mogą doświadczyć.

Przebieg ciąży uzyskanej w wyniku stosowania metod sztucznej prokreacji jest obciążony ryzykiem komplikacji czy nawet niepowodzenia, dlatego został przez lekarzy „zmedykalizowany”. Należy zaznaczyć, że

medycyna w przeciwieństwie do medycyny weterynaryjnej, jest medycyną osób [...]. Medycyna jest czymś, co służy osobom i co wykonuje się w ich imieniu. W jej ramach pojawia się zobowiązanie do respektowania pragnień osób i stawia się jej cel, jakim jest czynienie im dobra. Istotne jest więc, aby rozpoznać, kiedy osoby rozpoczynają swe istnienie i kiedy ono się kończy⁵³.

Jednak w metodach sztucznego zapłodnienia ciało kobiety traktowane jest przez lekarzy jako „narzędzie do uzyskania” nowego człowieka. Podchodzi się do niego instrumentalnie, np. przy aplikowaniu szeregu zarodków; nie zwraca się uwagi na uczucia towarzyszące kobiecie. Ciąża jest ściśle zaplanowana, wywołana i bardzo dokładnie kontrolowana. Kobieta staje się nieustannym pacjentem. Wymaga stałego monitorowania, znacznie większej liczby badań czy wizyt lekarskich. Również ciąża uzyskana bardzo późno stwarza wiele komplikacji, nasila się także złe samopoczucie. Często oczekiwaniom towarzyszą lęk i depresja⁵⁴. Tym bardziej się to potęguje, im więcej podjęto prób sztucznego zapłodnienia. Przedmiotem niepokoju jest też, czy dziecko będzie żyło, czy jego rozwój podczas ciąży i w późniejszych latach przebiegnie normalnie, czy pojawią się komplikacje w trakcie porodu, czy będzie konieczne odseparowanie kobiety od dziecka zaraz po porodzie ze względów medycznych. Długo wyczekiwany stan,

⁵³ H.T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, New York 1996, s. 276, cyt. za: G. Hołub, *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014, s. 58.

⁵⁴ Por. W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997, s. 58.

w którym kobieta jest „przy nadziei”, wypełniają: niepokój i sprzeczne uczucia, a niekiedy i trudne decyzje. Kobieta decydująca się na zastosowanie metody sztucznego zapłodnienia nie tylko musi radzić sobie z niepokojem towarzyszącym zwykle przy przeżywaniu ciąży, ale i z lękiem o zdrowie dziecka, wątpliwościami dotyczącymi tego, czy będzie podobne do niej, do męża, z obawami, jak będzie przebiegać jego rozwój i co ona uczyni, jeśli dziecko okaże się chore podczas ciąży lub później (kwestia choroby genetycznej, której nie da się w żaden sposób przewidzieć, dlatego poddaje się dziecko wielokrotnie badaniom w czasie ciąży, co również związane jest z ogromnym stresem) i czy będzie żałować podjętych przez siebie decyzji⁵⁵. Często po urodzeniu dziecka kobieta mierzy się z trudnościami związanymi z jego zdrowiem, pielęgnacją czy na późniejszym etapie – z wychowaniem. Także sam poród odbywa się zwykle poprzez cesarskie cięcie. Po 35. roku życia u kobiety dochodzi do wielu komplikacji, np. dużej utraty krwi, konieczności zastosowania farmakologii, problemów powiązanych z karmieniem (zbyt mała laktacja związana z przeżyciami).

Z analiz przeprowadzonych w wielu europejskich ośrodkach i w Stanach Zjednoczonych wynika, że u kobiet poddanych sztuczemu zapłodnieniu pojawiły się zaburzenia wiążące się ze stymulacją hormonalną jajeczkowania (cięższe mnogie, cięcia cesarskie – nie jest to obojętne dla psychiki kobiety). Badania wykazały, że u ponad 40% pacjentek występują zaburzenia psychiczne i emocjonalne (tak samo jak w zespole poaborcyjnym)⁵⁶. W całą procedurę zapłodnienia pozaustrojowego bardziej od mężczyzny zaangażowana jest kobieta. Dlatego właśnie kobiety są bardziej obciążone psychicznie, częściej oceniają procedurę sztucznego rozrodu jako stresującą, szkodliwą, krzywdzącą. Wymaga ona od kobiety ogromnego trudu psychicznego i fizycznego.

Kobiety, które urodziły dziecko po tak długotrwałym i intensywnym leczeniu kosztującym je wiele wysiłku fizycznego, psychicznego i finansowego, bardzo często chcą być idealnymi matkami. Zwykle są one starsze, emocjonalnie dojrzałe, cenią wysoko macierzyństwo, co powoduje, że są bardziej troskliwe. Jest to owszem korzystne dla dziecka, jednakże taka sytuacja może sprzyjać nadopiekuńczości, nadmiernej trosce o jego bezpieczeństwo czy zdrowie. Może też przyczynić się do ograniczania swobody dziecka, zbytnej na nim koncentracji uczuć, wywołując odczucie przeciążenia związane z opieką nad potomkiem⁵⁷.

Maria Jakimiuk w swoich rozważaniach dotyczących kobiet w kontekście sztucznego zapłodnienia stwierdza, że można zaobserwować „patologizację postawy macierzyństwa”⁵⁸. Objawia się ona tym, że matka, która powinna chronić

⁵⁵ Por. A.T. Modro, H.F. Hoser, *Problemy bioetyczne ingerencji medycznych zaburzających genetycznie i epigenetyczne uwarunkowania rozwoju człowieka*, „Family Forum. Rodzina i Dzieci” 5 (2015), s. 35.

⁵⁶ Por. W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach...*, s. 58.

⁵⁷ Por. J. Orzeszyna, *Teologiczno-moralny aspekt...*, s. 147.

⁵⁸ Por. M. Jakimiuk, *Psychiczne konsekwencje poczęcia...*, s. 121.

każde ze swoich dzieci, poświęca je, skazuje na rozmaite problemy zdrowotne, żeby „być w posiadaniu” jednego potomka. Zarodki (ich bezpośrednia śmierć czy zaburzenia będące skutkiem procedur) stają się środkiem do celu, czyli urodzenia dziecka. To prowadzi do swoistego paradoksu: z jednej strony, pragnąc dziecka, kobieta godzi się na stosowanie wszelkich możliwych sposobów, by ten cel osiągnąć, z drugiej – nie akceptuje sytuacji, w której rozwija się więcej niż jeden zarodek, podejmując decyzję, by została dokonana aborcja selektywna czy też zastosowana wobec nadmiarowych zarodków kriokonserwacja. Liczba embrionów, jaka ma zostać usunięta, prawo do życia i istnienia zostają uzależnione od decyzji innych osób. Następuje tutaj „przedmiotowe traktowanie dziecka, które zamiast ciepła ciała i miłości rodziców zastaje szklane próbówki i zimne lodówki”⁵⁹.

Inny przykład działań w obszarze sztucznego zapłodnienia powodującego uprzedmiotowienie kobiety stanowi macierzyństwo zastępcze⁶⁰. Zostaje ona „sprowadzona” do funkcji „maszyny do rodzenia”⁶¹. Takie podejście wskazuje na brak szacunku wobec samej kobiety jako osoby i mającego narodzić się dziecka. Można także zaobserwować, że w wielu przypadkach kobieta odgrywająca rolę matki zastępczej odmawia oddania dziecka „wprowadzonego” do jej organizmu ze względu na więź, jaka się między nimi wytworzyła⁶². To pokazuje, że integralność i tożsamość osoby ludzkiej jest zagrożona przez techniki manipulacyjne skutkujące poczęciem. Środki, które prowadzą do celu, są bagatelizowane, wypierane czy przemilczane. Instrukcja Kongregacji Nauki Wiary *Donum vitae* (o szacunku dla rodzącego się życia i godności jego przekazywania) wyraźnie wskazuje, że macierzyństwo zastępcze jest obiektywnie niepełne wobec obowiązków wynikających z

miłości macierzyńskiej, wierności małżeńskiej i odpowiedzialnego macierzyństwa. Obraża ono godność i prawo dziecka do poczęcia, do okresu ciąży i wychowania przez własnych rodziców oraz wprowadza, ze szkodą dla rodzin, podział między czynnikami fizycznymi, psychicznymi i moralnymi, który je konstytuują⁶³.

W konsekwencji obrania sobie przez małżonków za główny cel, bez względu na środki, posiadania dzieci zatracana jest miłość, natomiast zbyt duży egoizm może jej nawet zaprzeczyć. Ojciec Święty Franciszek, analizując współczesne

⁵⁹ Tamże.

⁶⁰ Macierzyństwo zastępcze – obecnie możliwe są dwie odmienne procedury: implantacja embrionu do macicy kobiety, który jest dla niej genetycznie obcy albo zapłodnienie jej wraz z zastosowaniem zobowiązania do oddania dziecka zlecniodawcy – por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, 31.

⁶¹ Por. M. Pokrywka, *Antropologiczne podstawy...*, s. 254.

⁶² Por. P.B. Sobuś, *Prawo do reprodukcji. Wobec pokusy zawłaszczenia daru życia ludzkiego*, w: *Dar życia. W 25. rocznicę publikacji „Donum vitae”*, red. Z. Wanat, Toruń 2012, s. 121-122.

⁶³ Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia i godności jego przekazywania *Donum vitae* (22.02.1987) (1987) [dalej: DV], II-A,3.

problemy rodzin i pisząc o hojności, ukazuje, jak ważną rolę odgrywa w rodzinie kobieta, która, prawdziwie kochając, odkłada na dalszy plan własne potrzeby i pragnienia. W tej perspektywie w *Amoris laetitia* papież przypomina fragment hymnu o miłości autorstwa św. Pawła: „miłość «nie szuka własnych interesów» albo «nie szuka tego, co jest jego». Wyrażenie to jest również używane w innym kontekście: «Niech każdy ma na oku nie tylko swoje własne sprawy, ale też i drugich!» (Flp 2,4)” (AL 101). Dlatego pierwszeństwo należy się kochaniu innych, a miłość do siebie powinna sytuować się na drugim miejscu. Dzięki takiej postawie możemy uniknąć egoizmu. Pewna doza miłości własnej jest jednak potrzebna ze względu na kwestię psychologiczną, ponieważ: „«kto jest zły dla siebie, czyż będzie dobry dla innych? [...] Nie ma gorszego człowieka niż ten, który jest sknerą dla siebie samego» (Syr 14,5-6)” (AL 101). Natomiast istotę miłości stanowi przedkładanie kochania drugiej osoby nad bycie kochanym. Potwierdza to papież Franciszek, pisząc: „matki u których spotykamy największą miłość, bardziej starają się kochać niż być kochane” (AL 102). Taka postawa matek wskazuje na bezinteresowność i odłożenie na dalszy plan własnego „ja” dla dobra swojego dziecka i małżonka. Niestety, gdy podejmuje decyzję o realizacji metod sztucznego zapłodnienia, dobro dzieci stawiane jest dużo niżej niż pragnienie samego rodzicielstwa.

4. DESTRUKCJA OJCOSTWA

W procedurach sztucznego zapłodnienia należy zwrócić uwagę również na niebezpieczeństwo sprowadzania roli ojca jedynie do dostarczyciela materiału genetycznego, spełniającego tylko funkcję inseminatora. Następnie zostaje on odsunięty, a cała uwaga skupia się na kobiecie. U mężczyzny dochodzi do pozbawienia pełnienia roli ojca w okresie *pre* (przed) oraz *perinatalnym* (okołourodzeniowym), chociaż oboje – zarówno kobieta, jak i mężczyzna – ponoszą odpowiedzialność za moment, w którym dokonuje się poczęcie i za to, w jaki sposób je realizują⁶⁴. M. Jakimiuk wprost ujmując ten problem jako „dewiację ojcostwa”. Píše: „Ojcostwo poprzez bank spermy stanowi formę dewiacji ojcostwa, gdyż do poczęcia dziecka dochodzi bez osobowego kontaktu z jego matką, bez jakiegokolwiek formy społecznej relacji”⁶⁵. Z analizy M. Jakimiuk wynika, że oddając męskie gamety do banku spermy, mężczyzna może kierować się także względami finansowymi. Nasienie jest traktowane utylitarystycznie – jako źródło dochodu lub środek służący udowodnieniu swoich możliwości rozrodczych. Zauważalny jest tutaj rozdźwięk między seksualnością i płodnością. Przekazywanie życia staje się tylko zwykłą przypadłością biologiczną. Komórki powodujące zaistnienie

⁶⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Ojciec w prenatalnym okresie życia dziecka, w: Ojcostwo dzisiaj*, red. taż, Lublin 2014, s. 155-156.

⁶⁵ M. Jakimiuk, *Psychiczne konsekwencje poczęcia...*, s. 122.

nowego życia to dla dawcy zwykle komórki biologiczne, dzięki którym mężczyzna może czerpać korzyści finansowe. Dawca jest tutaj wyłączony prawnym statusem anonimowości z jakiegokolwiek odpowiedzialności. Taka sytuacja wskazuje na przedmiotowe traktowanie nie tylko siebie, swego ciała i swojej historii genealogicznej, ale również życia, które przecież stanowi największą wartość. Oprócz tego dochodzi także do zatracenia tożsamości ojca. Dzieci poczęte metodą sztucznego zapłodnienia, w przypadku, gdy dawcą nasienia jest osoba anonimowa, niejako wykorzystane są pod względem genealogicznym, nie znają do końca swojego pochodzenia⁶⁶.

Również sam sposób pozyskania gamet od mężczyzny w metodach sztucznej prokreacji budzi sprzeciw moralno-etyczny. Metoda stosowana w tym przypadku to masturbacja. Według Deklaracji Kongregacji Nauki Wiary *Persona humana* (o niektórych zagadnieniach etyki seksualnej) jest ona „aktem wewnętrznym i ciężko nieuporządkowanym. Twierdzenie to bierze się z przeświadczenia, że bez względu na świadomy i dobrowolny motyw użycie władz seksualnych poza prawidłowym pożyciem małżeńskim w sposób istotny sprzeciwia się ich celowości. W takich przypadkach brakuje bowiem relacji seksualnej wymaganej przez porządek moralny, która urzeczywistnia w kontekście prawdziwej miłości pełny sens wzajemnego oddania się sobie i przekazywania życia ludzkiego”⁶⁷. Ze względu na to, iż akt ten jest wewnętrznym i ciężko nieuporządkowanym, zło tego czynu nie może być środkiem stosowanym do uzyskania celu, jakim jest pokonanie niepłodności i zrodzenie dziecka. Nawet najszlachetniejszy cel, czyli poczęcie nowego życia, nie usprawiedliwia sposobów praktykowanych w metodach sztucznego zapłodnienia. Skutkuje to jedynie instrumentalizacją mężczyzny. Zachodzi tutaj również dobrowolne rozdzielenie dwóch znaczeń aktu małżeńskiego: jednoczącego i prokreacyjnego. Sprzeciwia się to także w sposób istotny celowości małżeństwa, gdyż nawet nadana owej czynności intencja nie jest w stanie zniwelować niesionej ze sobą obiektywnego zła.

Kolejnym problemem jest tzw. *postmortalna* inseminacja. W metodzie tej stosuje się pobrane wcześniej za życia nasienie zmarłego mężczyzny lub pobiera się komórki od osoby będącej w stanie śpiączki albo od tej, u której stwierdzono śmierć pnia mózgu. Sam proces sztucznego zapłodnienia odbywa się w czasie, gdy mężczyzna nie jest w stanie podejmować jakichkolwiek decyzji ze względu na swój stan lub swą śmierć. Mamy tutaj do czynienia z metodą budzącą niezwykle duże kontrowersje moralno-etyczne. Istotnym problemem jest tutaj brak aktualnej decyzji czy też uzyskania zgody mężczyzny, potrzebnej do posłużenia się jego komórkami w celu powołania dziecka do życia metodą sztucznego

⁶⁶ Por. M. Pokrywka, *Antropologiczne podstawy...*, s. 253.

⁶⁷ Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o niektórych zagadnieniach etyki seksualnej *Persona humana* (29.12.1975), 9.

zapłodnienia. To kolejny przykład odsłaniający instrumentalne traktowanie mężczyzny w metodach takiego zapłodnienia⁶⁸.

Innym problemem związanym z anonimowością dawców jest możliwość zapłodnienia przy pomocy metod sztucznego rozrodu większej ilości kobiet nasieniem jednego dawcy. W przyszłości może to spowodować, że rodzeństwo, nie wiedząc o sobie, zawrze związek małżeński ze sobą, co doprowadzi do kazi-rodztwa i kolejnych negatywnych następstw psychologiczno-medyczno-społecznych. Sugeruje się, aby wprowadzić tzw. rejonizację i ograniczyć ilości gamet od jednego dawcy, wykorzystanych w technikach sztucznego zapłodnienia⁶⁹. Należy podkreślić, iż ze względu na „mobilność” społeczeństwa nie jest to dobre rozwiązanie.

W tym kontekście należy uwypuklić niezwykle ważną funkcję ojca w rodzinie „ze szczególnym uwzględnieniem ochrony i wsparcia żony i dzieci” (AL 55). Na szczęście wielu mężczyzn ma świadomość, jak istotną rolę odgrywają, realizując ją przy wykorzystaniu wyjątkowych atrybutów męskiego charakteru. Papież Franciszek w Adhortacji apostolskiej *Amoris laetitia*, opisując szeroko kwestię zagrożeń związanych ze współczesną realizacją ojcostwa, wskazuje na to, że „brak ojca poważnie naznacza życie rodzinne, wychowanie dzieci oraz integrację w życie społeczne. Jego nieobecność może być fizyczna, emocjonalna, poznawcza i duchowa. Brak ten pozbawia dzieci odpowiedniego wzorca postawy ojcowskiej” (AL 55). Mimo iż Ojciec Święty ukazuje dużo szerszą rzeczywistość, możemy jego słowa odnieść także do tak bardzo skomplikowanej problematyki sztucznego zapłodnienia, ponieważ również i tutaj dostrzeżemy owe płaszczyzny ojcowskiej nieobecności (fizyczną, emocjonalną, poznawczą i duchową). Papież Franciszek wskazuje na to, że obecność ojca z jego cechami jest niezwykle ważna w rodzinie. Podstawowym zadaniem, jakie powinien realizować, jest bycie „blisko żony, by dzielić wszystko, radość i ból, trudy i nadzieje. I by był blisko dzieci, kiedy rosną [...] ojciec musi być obecny, zawsze” (AL 177). Dlatego wielkie zagrożenie stanowi jego brak również w momencie poczęcia, co ma miejsce podczas stosowania metod sztucznego zapłodnienia.

Dojrzałość ojcostwa wyrasta najpierw z akceptacji przez mężczyznę roli ojca, jak i macierzyńskiej roli kobiety. Oboje realizują plan Boży, w którym dziecko jest odbierane przez nich jako dar samego Stwórcy. Udział ojca w okresie prenatalnym realizuje się przez pośrednictwo matki. Choć nie dzieje się to bezpośrednio, jest on bardzo ważny. Również troska wyrażana przez ojca wobec matki prowadzi do umożliwienia poznania dziecka poprzez wsłuchanie się w rytm jego

⁶⁸ Por. M. Marszelewski, *Zapłodnienie post mortem nasieniem zmarłego męża jako przykład medycznie wspomaganey prokreacji*, „Adam Mickiewicz University Law Review” 2 (2013), s. 71-81.

⁶⁹ Por. J. Kowalski, „*Evangelium vitae*” i etyka katolicka o zapłodnieniu pozaustrojowym, w: *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki „Evangelium vitae”*, red. A. Młotka, T. Reronia, Wrocław 1995, s. 144.

serca, rozmowę i okazywanie uczuć dotykiem. Sprzyja to także umocnieniu więzi, pogłębieniu jedności między małżonkami i wzajemnemu ubogaceniu⁷⁰. Mężczyzna i kobieta otwierają się w tym czasie na rozmaite formy prenatalnej komunikacji w obszarze religijnym, które można nazwać „pierwocinami wychowania religijnego”⁷¹. Przykładami mogą być: medytacje nad słowem Bożym, zwłaszcza skupione na fragmentach dotyczących wartości życia, jego pochodzenia i przeznaczenia, Takimi formami mogą być także: wspólna małżeńska modlitwa otaczająca dziecko czy wspólne pielgrzymowanie do miejsc świętych w intencji dziecka⁷². Już na etapie *pre i prenatalnym* – o którym była mowa wcześniej – niezwykle ważne jest nawiązanie relacji ojca z dzieckiem co wywiera bardzo istotny wpływ na jego rozwój, gdyż dziecko odbiera świat pozałonowy, docierający poprzez bodźce z zewnątrz do jego wszystkich kształtujących się zmysłów. Jest istotą czującą i reagującą, więc już w tym okresie zdolną do nawiązania kontaktu społecznego. Z tego powodu kontakt ojca z dzieckiem może prowadzić do „prenatalnego katechumenatu”⁷³.

Dla samego mężczyzny elementem kształtującym ojcowskie przywiązanie są rodzące się uczucia kierowane do dziecka w czasie prenatalnym. Ułatwiają one zawieranie wczesnych relacji między nimi zaraz po narodzinach. Prenatalne komunikowanie się to istotny stymulator rozwoju osobistego ojca. Dzięki temu mężczyzna rozwija w sobie pozawerbalną komunikację, wrażliwość, opiekuńczość, empatię oraz intuicję. Czas ten może być okazją do rozkwitu męskiej osobowości. To właśnie w nim zaistnieje potencjał duchowej i moralnej formacji prowadzącej do praktykowania miłości na drodze do świętości⁷⁴.

PODSUMOWANIE

Dokonana analiza procedur metod sztucznego zapłodnienia, których celem ma być uzyskanie ciąży i zrodzenie dziecka, ukazuje, że ciało kobiety i mężczyzny jest sprowadzane do wymiaru czysto materialnego, stając się jedynie zespołem organów, funkcji oraz energii, które mają w tym kontekście służyć skuteczności. Człowiek jest tu traktowany fragmentarycznie – nie jako jedność duchowo-cielesna. Nie zostaje tu uwzględniona kwestia integralności osoby ludzkiej. Również płciowość pozbawia się wymiaru osobowego, traktując ją instrumentalnie i używając jej jako narzędzia afirmacji własnego „ja” i zaspakajania własnych

⁷⁰ Por. D. Kornas-Biela, *Ojciec w prenatalnym...*, s. 163-164.

⁷¹ B. Biela, *Mężczyzna jako ojciec w świetle Listu apostołskiego Franciszka „Patris corde”. Aspekt pastoralny*, w: „*Ite ad Ioseph*” (Rdz 41,55). *Księga Jubileuszowa dla Księdza Józefa Kozyry w 75. rocznicę urodzin i 50. święceń kapłańskich*, red. A. Malina, Katowice 2022, s. 93.

⁷² Por. tamże.

⁷³ Por. D. Kornas-Biela, *Ojciec w prenatalnym okresie...*, s. 165.

⁷⁴ Por. tamże, s. 166-167.

pragnień. Konsekwencją tego jest zniekształcenie pierwotnej treści ludzkiej płciowości. W metodach sztucznego zapłodnienia następuje instrumentalizacja seksualności – co skutkuje dewaluacją wartości intymności. Dwa znaczenia wpisane w naturę aktu małżeńskiego zostają rozdzielone: jedność kobiety oraz mężczyzny zostaje zdradzona, natomiast poczęcie – oderwane od współżycia seksualnego – przez jego stechnicyzowanie i poddane ich samowoli. Płodność zostaje przyjęta tylko dlatego, że wyrazili oni wolę posiadania dziecka i to za wszelką cenę.

To wszystko prowadzi bezpośrednio do destrukcji rodziny. Jedną z konsekwencji, która widoczna jest w stosowaniu metod sztucznego zapłodnienia, jest odmowa miejsca należnego dziecku – będąca okaleczeniem miłości. Dzieje się to przez podejście do niego w sposób przedmiotowy – jako rodzaj pragnienia kobiety i mężczyzny – a nie całościowy. Powyższe rozważania wskazują, że dziecko nie doznaje w pierwszych chwilach miłości rodziców, gdyż początek jego istnienia nie bierze się z aktu małżeńskiego, lecz z techniki sztucznego zapłodnienia. Jej skutkiem również jest brak pewności w dziecku co do swojej tożsamości. Można również dostrzec zespół ocalenia, który wpływa na dalsze jego życie, chociażby przez pryzmat wspomnień walki fizycznej oraz psychicznej o jego poczęcie. Z tego względu należy przypominać, że w całej swej godności poczęcie może być przeżywane jedynie w kontekście wzajemnej, całkowitej i bezinteresownej miłości małżonków.

Kolejną konsekwencją niszczenia rodziny jest destrukcja macierzyństwa. Pomimo faktu, iż medycyna powinna służyć osobie ludzkiej, w metodach sztucznego zapłodnienia dochodzi do instrumentalizacji ciała kobiety, traktowanego jako „narzędzie” do uzyskania dziecka. Podczas kolejnych prób towarzyszący kobiecie lęk nasila się, a w niektórych przypadkach dochodzi do stanów depresyjnych. Podobnie jak w zespole poaborcyjnym, u wielu pacjentek zauważa się zaburzenia psychiczne i emocjonalne. W kontekście stosowania tych metod, można zaobserwować patologizację macierzyństwa, która przejawia się w poświęcaniu swoich dzieci w początkowej fazie rozwoju, celem posiadania jednego potomka (np. aborcja selektywna, kriokonserwacja nadliczbowych embrionów). Innym przykładem jest macierzyństwo zastępcze, które oprócz instrumentalizacji kobiety jest obiektywnie niepełne. Wprowadza podział między czynnikami fizycznymi, psychicznymi oraz moralnymi, co staje się szkodą dla całej rodziny. Dlatego, by pragnienie dziecka nie prowadziło do destrukcji macierzyństwa, na pierwszym miejscu nie należy stawiać egoistycznych pobudek oraz dążenia do posiadania za wszelką cenę potomstwa. Tylko kierując się dobrem dziecka i współmałżonka, przez prawdziwą i bezinteresowną miłość, w sposób właściwy realizowane jest macierzyństwo, co prowadzi do jego pełnego rozwoju, a nie destrukcji.

Kolejną niepokojącą konsekwencją metod sztucznego zapłodnienia jest destrukcja ojcostwa. Podobnie jak kobieta, również i mężczyzna jest tu traktowany instrumentalnie, gdyż sprowadzany jest jedynie do dostarczyciela gamet. Sprzeciw moralno-etyczny w tych procedurach budzi zarówno sposób ich pozyskania,

jak i kwestia dotycząca korzystania z banku spermy. Z jednej strony nasienie może być traktowane w sposób utylitarystyczny – jako źródło dochodu; z drugiej – obie te kwestie sprzeciwiają się celowości małżeńskiej, rozdzielając jedność oraz prokreację. Ponadto w przypadku anonimowości dawcy dochodzi do zatracenia tożsamości ojca i genealogii dziecka. Istotną sprawą jest tu również zwolnienie mężczyzny z odpowiedzialności. Wszystkie wspomniane tu powyżej skutki ukazują, jak wielkim zagrożeniem staje się brak jego obecności podczas poczęcia dziecka. To prowadzi do destrukcji ojcostwa. Dlatego można stwierdzić, że dojrzałe ojcostwo wyrasta na fundamencie obecności mężczyzny od pierwszych chwil istnienia nowego życia, poprzez akceptację bycia ojcem oraz akceptację kobiety jako matki.

Wielość przedstawionych problemów, które są niezwykle złożone, a które należy brać pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o zastosowaniu przez małżonków technik sztucznego rozrodu, prowadzi również do wielu ran, które dotyczą nie tylko samego dziecka, ale także i rodziców. Następuje tu bezpośrednio destrukcja rodziny, niosąc ze sobą ogromne zagrożenia natury psychologicznej i moralnej. To ostatecznie prowadzi to do podążania w kierunku cywilizacji śmierci. Należy pamiętać, że odpowiedzialność za poczęcie, to znaczy za moment oraz sposób, w jaki jest ono realizowane, ponosi zarówno kobieta, jak i mężczyzna. Papież Franciszek w *Amoris laetitia* wskazywał, że „czym innym jest zrozumienie ludzkiej słabości i złożoności życia, a czym innym akceptacja ideologii, które domagają się oddzielenia od siebie nierozłącznych aspektów rzeczywistości”⁷⁵. Z tego powodu nie należy popadać w grzech, próbując zastąpić Stwórcę, gdyż człowiek nie jest wszechmocny. Również rzeczywistość, która jest stworzona przez Boga, nas uprzedza i należy przyjmować ją jako wspaniały dar⁷⁶. Dlatego człowiek powinien strzec swego człowieczeństwa przez jego akceptację i respektowanie go.

BIBLIOGRAFIA

- Bartel H., *Embriologia medyczna. Ilustrowany podręcznik*, Warszawa 2009.
- Biela B., *Mężczyzna jako ojciec w świetle Listu apostolskiego Franciszka „Patris corde”*. Aspekt pastoralny, w: „*Ite ad Ioseph*” (Rdz 41,55). Księga Jubileuszowa dla Księdza Józefa Koziry w 75. rocznicę urodzin i 50. święceń kapłańskich, red. A. Malina, Katowice 2022, s. 85-103.
- Bołoz W., *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997.
- Franciszek, Adhortacja apostolska *Amoris laetitia* (2016).
- Hołub G., *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Kraków 2014.

⁷⁵ AL 56.

⁷⁶ Tamże.

- Jakimiuk M., *Psychiczne konsekwencje poczęcia człowieka metodą in vitro*, w: *Usłyszeć krzyk życia! Etyczne aspekty medycyny*, red. M. Szumowski, Warszawa 2009, s. 119-128.
- Jan Paweł II, Encyklika *Familiaris consortio* (1981).
- Jan Paweł II, Przesłanie do uczestników międzynarodowego sympozjum na temat: *Naturalne metody regulowania poczęć i kultura życia*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/npr_sympozjum_28012004.html. [dostęp: 10.05.2015].
- Jankowski J., Awtuch A., Rusiecka B., *Ocaleni. Kategoria ocalonego i jej wybrane formy*, „Psychoonkologia” 3 (2017), s. 113-134.
- Kokoszka A., *Moralność życia małżeńskiego. Sakramentologia moralna*, cz. 3, Tarnów 2019.
- Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja *Persona humana* (1975).
- Kongregacja Nauki Wiary, Instrukcja *Donum vitae* (1987).
- Kornas-Biela D., *Ojciec w prenatalnym okresie życia dziecka*, w: *Ojcostwo dzisiaj*, red. taż, Lublin 2014, s. 155-170.
- Kornas-Biela D., *Rozwój psychofizyczny dziecka przed urodzeniem*, „Chrześcijanin w Świecie” 3 (1987), s. 52-66.
- Kornas-Biela D., *Zdobywanie macierzyństwa: doświadczenie matek związane ze wspomaganą prokreacją*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. taż, Lublin 1999, s. 213-240.
- Kowalski J., „*Evangelium vitae*” i etyka katolicka o zapłodnieniu pozaustrojowym, w: *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki „Evangelium vitae”*, red. A. Młotka, T. Reronia, Wrocław 1995, s. 141-151.
- Kwapiszewska M., *Bioetyka wobec poczęcia. Dylematy społeczno-etyczne ludzkiej prokreacji*, Piła 2013.
- Marszelewski M., *Zapłodnienie post mortem nasieniem zmarłego męża jako przykład medycznie wspomaganą prokreacji*, „Adam Mickiewicz University Law Review” 2 (2013), s. 71-81.
- Modro A.T., Hoser H.F., *Problemy bioetyczne ingerencji medycznych zaburzających genetycznie i epigenetyczne uwarunkowania rozwoju człowieka*, „Family Forum. Rodzina i Dzieci” 5 (2015), s. 29-39.
- Muszala M., *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, Radom 2009.
- Norwitz E., Schorge J., *Położnictwo i ginekologia w zarysie*, red. i tłum. B. Chazan, J. Leibschang, A. Świątek, Warszawa 2006.
- Orzeszyna J., *Teologiczno-moralny aspekt niepłodności w małżeństwie*, Kraków 2005.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017.
- Paweł VI, Encyklika *Humanae vitae* (1968).
- Pieprzyński P., Wołczyński S., *Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego z transferem zarodków (IVF-ET)*, w: *Leczenie niepłodności*, red. L. Putowski, Wrocław 2011, s. 201-240.

- Pokrywka M., *Antropologiczne podstawy odpowiedzialnego rodzicielstwa*, Lublin 2011.
- Radwan P., *Inseminacja domaciczna*, w: *Niepłodność i rozród wspomagany*, red. J. Radwan, S. Wołczyński, Poznań 2011, s. 165-178.
- Radwan M., *Zapłodnienie pozaustrojowe*, w: *Niepłodność i rozród wspomagany*, red. J. Radwan, S. Wołczyński, Poznań 2011, s. 179-215.
- Safi J., Sharma R.K., Agarwal A., *Inseminacja domaciczna*, w: *Ginekologia w praktyce klinicznej. Niepłodność*, red. R. Dębski, Wrocław 2013, s. 120-133.
- Sakkas D., *Technologie reprodukcyjne in vitro*, w: *Ginekologia w praktyce klinicznej. Niepłodność*, red. R. Dębski, Wrocław 2013, s. 134-142.
- Sobuś P. B., *Prawo do reprodukcji. Wobec pokusy zawłaszczenia daru życia ludzkiego*, w: *Dar życia. W 25. rocznicę publikacji „Donum vitae”*, red. Z. Wanat, Toruń 2012, s. 109-123.
- Szamatowicz M., *Niepłodność*, w: *Położnictwo i ginekologia*, red. G.H. Bręborowicz, t. 2, Warszawa 2014, s. 737-755.
- Szyncel K., *Sztuczne zapłodnienie*, Kraków 2010.