

ROBERT PLICH

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
Wydział Teologiczny
Kolegium Filozoficzno-Teologiczne Polskiej Prowincji Dominikanów

**Moralny dylemat dotyczący terminacji ciąży jajowodowych
za pomocą salpingostomii lub metotreksatu.
Zestawienie ważniejszych racji i argumentów
początkowego etapu współczesnej debaty teologicznej**

The Moral Dilemma Concerning the Termination of Tubal Pregnancies
by Means of Salpingostomy and Methotrexate.
An Account of the Major Reasons and Arguments
of the Initial Stage of the Current Theological Debate

Ciąża pozamaciczna (*graviditas extrauterina*), zwana także ektopiczną lub ektopową (od greckiego: *έκ* ['z, od'] przyimek wyrażający ideę oddzielenia, oraz *ό τόπος* ['miejsce']¹), może prowadzić do stanu zagrożenia życia ciężarnej kobiety. Rozwijający się embriion implantuje się wówczas poza błoną śluzową macicy (*endometrium*), w atypowych miejscach i tkankach, które nie są naturalnie przystosowane do utrzymania takiej ciąży. W związku z tym wzrastająca tam ciąża prowadzi do niszczenia otaczających tkanek. Nie wszystkie jednak ciąży pozamaciczne osiągają fazę bardziej zaawansowaną, powodując ostry stan zagro-

¹ Na tę grecką etymologię wskazują: W.E. May, *The Management of Ectopic Pregnancies: A Moral Analysis*, w: *The Fetal Tissue Issue. Medical and Ethical Aspects*, red. P.J. Cataldo, A.S. Moraczewski, Braintree, MA 1994, s. 123 (odtąd cytowane jako: W. May, *The Management of Ectopic Pregnancies*); oraz tenże w pierwszym wydaniu *Catholic Bioethics and The Gift of Human Life*, Our Sunday Visitor Publishing Division, Huntington IN 2000, s. 182 (odtąd cytowane jako: W. May, *Catholic Bioethics* [2000]); M.A. Anderson, R.L. Fastiggi, D.E. Hargroder, Rev. J.C. Howard Jr., C. Ward Kischer, *Ectopic Pregnancy and Catholic Morality. A Response to Recent Arguments in Favor of Salpingostomy and Methotrexate*, "National Catholic Bioethics Quarterly" 11(1) 2011, s. 66 (odtąd cytowane jako: M. Anderson i inni, *Ectopic Pregnancy and Catholic Morality*).

żenia życia matki, ponieważ stosunkowo wiele z nich obumiera samoistnie, nie wymagając specyficznych interwencji medycznych. Te zaś, które nie obumrą samoistnie, kontynuują swój wzrost, naruszając integralność maczynych tkanek, co z kolei prowadzi do przerywania ciągłości okolicznych naczyń krwionośnych, grożąc poważnym krwotokiem wewnętrznym i śmiercią ciężarnej kobiety, a wraz z nią nienarodzonego dziecka. Najczęstszą postacią ciąży pozamaciczej jest ciąża jajowodowa (*graviditas extrauterina tubaria*), ale możliwe jest także umiejscowienie takich ciąż w jajniku, w szyjce macicy i w jamie brzusznej. Znane są niezmiernie rzadkie przypadki, w których udało się donosić dziecko do odpowiedniego momentu, kiedy osiągnęło ono już zdolność do życia w warunkach zewnętrznych i można było operacyjnie wydobyć je z jamy brzusznej matki². Dlatego Święte Oficjum w swoich orzeczeniach z XIX i z początku XX wieku sformułowało generalną zasadę, jaką należy się kierować w przypadku wszystkich ciąż pozamaciczych i konfliktów położniczych, która mówi, że w takich przypadkach trzeba zrobić wszystko, aby ocalić życie matki i dziecka³. Jednak

² Por. W. May, *The Management of Ectopic Pregnancies*, dz. cyt., s. 125, 145, gdzie autor powołuje się na J.A. Rock, *Ectopic Pregnancy*, w: J.D. Thompson, J.A. Rock, *The Linde's Operative Gynecology*, Philadelphia 1992, s. 433-434. Martin Rhonheimer wspomina także o takiej możliwości i o swoim spotkaniu z osobą pochodzącą z ciąży pozamaciczej – por. M. Rhonheimer, *Vital Conflicts in Medical Ethics. A Virtue Approach to Craniotomy and Tubal Pregnancies*, Washington D.C. 2009, s. 118 (odtąd cytowane jako: M. Rhonheimer, *Vital Conflicts in Medical Ethics*). Podobną informację podaje również ks. bp Józef Wróbel SCJ (<http://teologiamoralna.pl/wp-content/uploads/2013/01/Wr%C3%B3bel.pdf> [dostęp 23.11.2013]), powołując się na: A. Eschbach, *Casus de ectopicis seu extrauterinis conceptibus de procuratione abortus*, Romae 1894.

³ Por. DS. 1889-1890c/3258, 3298, 3336-3338, 3358. Zagadnienie ciąż ektopicznych oraz interpretację orzeczeń Świętego Oficjum podjął w znanej, klasycznej pracy: L.T. Bouscaren, *Ethics of Ectopic Operations*, Milwaukee Wisconsin 1944. Interpretację Bouscarena wraz z tłumaczeniem orzeczeń Świętego Oficjum przedstawiłem w artykule: *Polożnicza operacja kraniotomii w orzeczeniach Magisterium Kościoła*, „Studia Bobolanum” 2 (2010), s. 123-137. Zob. także M. Rhonheimer, *Vital Conflicts in Medical Ethics*, dz. cyt., s. 93-106. Własną interpretację orzeczeń Magisterium przedstawił także ks. bp Józef Wróbel SCJ – por. <http://teologiamoralna.pl/wp-content/uploads/2013/01/Wr%C3%B3bel.pdf> [dostęp 23.11.2013].

Episkopat Stanów Zjednoczonych w kolejnych wydaniach *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* (Etyczne i religijne dyrektywy dla Służb Katolickiej Opieki Zdrowotnej) zwykle dość ostrożnie i ogólnie formułował wskazania, które mogłyby dotyczyć postępowania w przypadku ciąż pozamaciczych. W związku z tym biskupi nie ingerowali w toczącą się debatę teologiczną, ograniczając się jedynie do przypomnienia tradycyjnych zasad obowiązujących w tej materii. W podobnym duchu w najnowszym, piątym wydaniu tego dokumentu biskupi formułują wskazania nr. 45 i 48 – por. United States Conference of Catholic Bishops, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, wydanie V, Washington, D.C.,: USCCB, 2009 (<http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/health-care/upload/Ethical-Religious-Directives-Catholic-Health-Care-Services-fifth-edition-2009.pdf> [dostęp 31.10.2013]).

Podobnie Kongregacja Nauki Wiary w *Wyjaśnieniu o aborcji* (2009) przypominała moralny zakaz bezpośredniego zabijania niewinnych istot ludzkich i ten zakazany przypadek odróżnia od moralnie dopuszczalnych sytuacji, w których śmierć płodu została spowodowana pośrednio jako

w znacznej większości przypadków, a zwłaszcza w ciążach jajowodowych, do dziś nie udało się wypracować skutecznej metody, dzięki której można by ocalić życie zarówno matki, jak i nienarodzonego dziecka. Współczesna wiedza i technika medyczna mogą w takich sytuacjach ocalić wyłącznie życie matki. Jeżeli ciąża nie obumrze samoistnie i nie podejmie się żadnych innych kroków, to nastąpi rozerwanie jajowodu i śmierć matki wraz z dzieckiem.

Ponieważ embrion czy płód⁴ ludzki jest istotą ludzką, dlatego sytuacja zagrożenia życia, do jakiej dochodzi w ciąży pozamacicznej, stanowi egzystencjalny konflikt pomiędzy równocennymi wartościami, jakimi są życie matki i życie dziecka. Tego zaś typu konflikt stawia z kolei pytanie o moralną dopuszczalność różnych praktycznych możliwości jego rozwiązania. Dla teoretyków moralności sprawa zwykle przybiera formę czysto akademickiej debaty. Jednak dla lekarzy oraz dla dotkniętych tą trudną sytuacją kobiet i ich rodzin może to być poważny problem życiowy, powodujący trudne dylematy sumienia.

Istnieją następujące sposoby medycznego postępowania w przypadku ciąży jajowodowych. (1) Po pierwsze, wyczekiwanie i obserwacja, aż ciąża ulegnie samoistnemu obumarciu i wchłonięciu przez tkanki maciczne. (2) Po drugie, w przypadkach, w których ciąża się nieustannie rozwija i zagrożenie dla życia matki narasta, można wykonać operację zwaną salpingektomią, która wskazana jest zwłaszcza wówczas, kiedy już doszło do lokalnych zmian patologicznych jajowodu w wyniku zaimplantowanej w nim ciąży. Operacja ta polega na wycię-

wynik ratowania zagrożonego życia matki. Jednak w uzasadnieniu Kongregacja cytuje fragment *Przemówienia do Frontu Rodziny i Stowarzyszenia Rodzin Wielodzietnych* Piusa XII, gdzie papież dopuszcza takie procedury medyczne, które byłyby wymagane dla ratowania życia matki niezależnie od tego, że byłaby ona w stanie ciąży, a zastosowane właśnie w stanie ciąży powodowałyby śmierć płodu jako niechciany i niezamierzony, chociaż nieuchronny skutek uboczny. Procedurą tego typu byłaby na przykład histerektomia zajętej nowotworem macicy, przeprowadzona niezależnie od tego, czy równocześnie kobieta byłaby w ciąży, czy nie. Natomiast wszystkie możliwe rozwiązania ciąży pozamacicznej, doprowadzające do śmierci płodu, nie byłyby przeprowadzane, gdyby nie ta ciąża, bo patologia, której zaradzają, jest właśnie spowodowana atypowym umiejscowieniem ciąży. Dlatego wydaje się, że wypowiedź papieża wprawdzie wprost nie dopuszcza, ale też nie zakazuje stosowania takich rozwiązań, ponieważ bezpośrednio, *explicite*, się nimi nie zajmuje – por. http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20090711_aborto-procurato_pl.html [dostęp 31.10.2013].

⁴ Przyjęło się mówić o embrionie, mając na myśli stadium rozwoju człowieka od poczęcia do wykształcenia rozpoznawalnych cech morfologicznych, co następuje ok. 8 tygodnia ciąży. Od tego momentu używa się nazwy płód. Implantacja jest procesem, który u ludzi ma miejsce najczęściej między 6 a 12 dniem od poczęcia (por. A.J. Wilcox, D.D. Baird, C.R. Weinberg, *Time of implantation of the Conceptus and loss of pregnancy*, "New England Journal of Medicine" 340 (23) 1999, s. 1796-1799), stąd też według przyjętej nomenklatury powinno się mówić wówczas jeszcze o embrionie. Rozróżnienie „embrion-płód” ma jednak charakter opisowy, a nie normatywny, dlatego jeśli uznaje się, że życie istoty ludzkiej zaczyna się od poczęcia, to wówczas z etycznego punktu widzenia rozróżnienie to nie ma znaczenia i czasem obydwie te nazwy używane bywają w literaturze przedmiotu zamiennie.

ciu: (a) całego jajowodu zawierającego wewnątrz ciążę – jest to tzw. *salpingektomia całkowita*, lub (b) tylko jego części uszkodzonej przez znajdującą się wewnątrz ciążę, przy czym wraz z usunięciem tego patologicznie zmienionego fragmentu jajowodu usunięciu ulega także znajdująca się wewnątrz ciąża – jest to tzw. *salpingektomia częściowa*. W wyniku tych operacji dochodzi do śmierci dziecka, jednak salpingektomia całkowita, ratując życie kobiety, dodatkowo jeszcze prowadzi do wyraźnego osłabienia płodności, a nawet do jej zupełnej utraty, kiedy wycięciu ulegną obydwa jajowody. (3) Po trzecie, można starać się ocalić i życie, i płodność kobiety, jeśli wykona się odpowiednio wcześniej operację oszczędzającą jajowód i zwaną *salpingostomią* lub *salpingotomią*, polegającą na podłużnym nacięciu jajowodu i usunięciu wyłącznie jego lokalnego uszkodzenia wraz z zaimplantowaną w nim ciążą⁵. Czasem nawet wystarczy wyłuszczenie samej tylko ciąży i wydobyć jej na zewnątrz, gdyż nie doszło jeszcze do głębszego zniszczenia jajowodu. Współcześnie te operacje mogą być wykonywane także laparoskopowo, a więc bez szerszego otwierania jamy brzusznej, czyli laparotomii. (4) Po czwarte, rozwój ciąży pozamacicznej można zatrzymać farmakologicznie, stosując preparat o nazwie *metotrexat*, który jest inhibitorem syntezy DNA i zatrzymuje rozwój trofoblastu – zewnętrznej warstwy komórek embrionu, odpowiedzialnej za jego implantację w maczynych tkankach i za dostarczanie mu substancji odżywczych (jako inhibitor DNA i proliferacji komórek metotrexat jest używany także w leczeniu nowotworów). Komórki trofoblastu mają właściwości lityczne, polegające na tym, że przy udziale specjalnych enzymów doprowadzają do niszczenia komórek maczynych, dzięki czemu trofoblast głębiej wrasta w tkanki maczyne w celu nawiązania kontaktu z naczyniami krwionośnymi matki, której krew będzie następnie dostarczała embrionowi wartości odżywczych, tlenu, przeciwciał oraz oczyszczała go z produktów przemiany materii. W prawidłowym przebiegu ciąży trofoblast wraz tkankami maczynymi tworzy potem strukturę zwaną łożyskiem, która zapewnia płodowi wymianę gazową, wartości odżywcze, ciała odpornościowe i usuwa produkty przemiany materii. Po porodzie łożysko staje się niepotrzebne i zostaje usunięte. O ile błona śluzowa macicy (*endometrium*) jest naturalnie przystosowana do zagnieżdżenia embrionu, do działalności litycznej trofoblastu i do tworzenia łożyska, o tyle inne struktury, w których nietypowo zagnieżdża się embrion, nie są do tego przystosowane. Trofoblast dokonuje w nich znaczących zniszczeń, które grożą wewnętrznym krwotokiem kończącym się śmiercią matki. Metotrexat zatrzymuje rozwój trofoblastu i jego

⁵ Obydwie te operacje polegają na podłużnym nacięciu jajowodu, jednak w salpingotomii nacięcie potem się zszywa, podczas gdy w salpingostomii nie czyni się tego, pozwalając, aż nacięcie samo się zrośnie – podają za: B.M. Guevin, *Vital Conflicts and Virtue Ethics*, „National Catholic Bioethics Quarterly” 10 (3) 2010, s. 474, przyp. 9.

działalności enzymatycznej, powodującej zniszczenie tkanek macicznych. Jednocześnie jednak na skutek działania metotreksatu przerwane zostaje także odżywianie i natlenianie embrionu. W związku z tym embrion obumiera i albo zostaje wchłonięty przez tkanki maciczne, albo ulega wydaleniu. Dlatego poza przypadkiem ciąży pozamacicznej metotreksat bywa czasem jeszcze używany jako środek wczesnoporonny.

Katolicycy moralisci, stosując zasadę podwójnego skutku i biorąc pod uwagę orzeczenia Świętego Oficjum z XIX i z początku XX wieku, zwykle uważają, że moralnie dopuszczalną metodą postępowania w przypadku ciąży jajowodowych jest zarówno wyczekiwanie na samoistną terminację, jak i salpingektomia. Śmierć embrionu następuje w nich odpowiednio: albo samoistnie bez udziału człowieka, albo jako efekt uboczny operacji polegającej na usunięciu zniszczonego jajowodu. Zatem zarówno cel, jak i przedmiot tych działań są dobre i na żadnym etapie działania przewidywana śmierć nienarodzonego dziecka nie jest chciana ani jako środek, ani jako cel. Dlatego ani wyczekiwanie, ani salpingektomia nie mają charakteru bezpośredniej aborcji, która jest czynem wewnątrznie złym, objętym absolutnym zakazem moralnym. Więcej natomiast moralnych kontrowersji budzą wypracowane z czasem metody, jakimi są salpingostomia i zastosowanie metotreksatu. Dla wielu teologów moralnych te dwa sposoby zakończenia ciąży pozamacicznych wydają się przypadkami moralnie niedopuszczalnej aborcji bezpośredniej.

1. NEGATYWNA OCENA MORALNA ZASTOSOWANIA SALPINGOSTOMII I METOTREKSATU

W ostatnich dwóch dekadach żywa dyskusja na temat moralnych aspektów ciąży pozamacicznych rozwinęła się głównie w Stanach Zjednoczonych. Jednym z moralistów, który w latach 90. ubiegłego stulecia na nowo podjął refleksję w tej dziedzinie, sprowokowany pojawieniem się wspomnianych kontrowersyjnych technik, był William May. Poprzez lata debat zajmował on stanowisko przeciwne tym sposobom, oceniając je jako moralnie złe. Ostatnio zmienił swoją ocenę i obecnie opowiada się za moralną dopuszczalnością tych rozwiązań. Jednak jego poglądy i argumentację sprzed tej przemiany można uznać za reprezentatywną dla obozu przeciwników moralnej dopuszczalności tych technik oraz dla osób, które podchodzą do nich z pewną nieufnością. Dlatego poniżej zostaną przedstawione poglądy W. Maya sprzed wspomnianej przemiany, kiedy to uważał jeszcze, że zastosowanie salpingostomii i metotreksatu jest moralnie niedopuszczalne.

May do niedawna uważał, że salpingostomia polegająca na nacięciu jajowodu, odseparowaniu i wydobyciu na zewnątrz embrionu, niezgodnie jeszcze do

bardziej samodzielnego życia, jest aborcją bezpośrednią, wyraźnie ocenianą w nauczaniu moralnym Kościoła katolickiego jako czyn wewnętrznie zły i zabroniony absolutnym zakazem moralnym. Zdaniem Maya, w salpingostomii wybór dokonany przez wolę osoby działającej nastawiony jest na wyłuszczenie samego tylko embrionu z jajowodu, a więc tym samym na bezpośrednie zadanie śmierci nienarodzonemu dziecku, a nie na usunięcie zniszczonego fragmentu jajowodu, w wyniku którego zarodek umierałby pośrednio, stąd jego śmierć byłaby wówczas niechcianym efektem ubocznym procedury. Według Maya w salpingostomii zadanie śmierci embrionowi przez wyłuszczenie go z jajowodu jest więc chciane jako zły środek do dobrego celu, jakim jest uratowanie życia matki. Zabicie zarodka nie może być uznane za efekt uboczny usunięcia zniszczonych tkanek macicznych, dlatego stanowi zły przedmiot działania, z powodu którego całe działanie staje się moralnie niegodziwe⁶.

Podobnie, zdaniem Williama Maya, przypadek zakończenia ciąży pozamacicznej za pomocą metotreksatu jest moralnie niedopuszczalny. May uważa, że to, co farmakologiczny opis ujmuje trochę enigmatycznie jako powstrzymanie syntezy DNA i proliferacji komórek trofoblastu, jest w gruncie rzeczy toksycznym działaniem metotreksatu na trofoblast, doprowadzającym do jego zniszczenia. Trofoblast zaś jest organem niezbędnym dla życia nienarodzonego dziecka. Chociaż utworzone z niego łożysko będzie potem porzucone po urodzeniu dziecka, to według Maya przed urodzeniem, w czasie trwającej ciąży, musi ono być uważane za integralną część ciała nienarodzonego dziecka. Ci, którzy używają metotreksatu, robią to właśnie dlatego, że wiedzą, iż zniszczy on trofoblast, czyli że zniszczy organ dziecka, niezbędny dla jego życia, powodując okaleczenie dziecka i śmierć. Chciane zaś i rozmyślnie przeprowadzane zniszczenie trofoblastu metotreksatem jest chcianym zniszczeniem niezbędnego dla życia organu dziecka, a to jest równoznaczne z chcianym, a więc bezpośrednim okaleczeniem dziecka, nieuchronnie prowadzącym do jego śmierci. Dlatego May uważa, że w tym przypadku mamy do czynienia z realizacją dobrego celu, jakim jest ocalenie życia matki, za pomocą złego środka, jakim jest zabicie zarodka metotreksatem. A zatem całe to działanie jest moralnie złe ze względu na swój przedmiot⁷.

⁶ Por. W. May, *The Management of Ectopic Pregnancies*, dz. cyt., s. 133-145; *Ethical Arguments Against Salpingostomy and Methotrexate*, w: *Catholic Health Care Ethics. A Manual for Ethics Committees*, red. P.J. Cataldo, A.S. Moraczewski, Boston MA 2001, s. 10B/1 (odtąd cytowane jako: W. May, *Ethical Arguments Against Salpingostomy and Methotrexate*); oraz pierwsze wydanie jego *Catholic Bioethics* (2000), dz. cyt., s. 184-186. Inni przeciwnicy moralnej dopuszczalności salpingostomii to: P.A. Clark, *Methotrexate and Tubal Pregnancies: Direct or Indirect Abortion?*, "Linacre Quarterly" 67 (1) 2000, s. 7-24; K. Bowring, *The Moral Dilemma of Management Procedures for Ectopic Pregnancy*, w: *Life and Learning*, t. 12: *Proceedings of the Twelfth University Faculty for Life Conference at Ave Maria Law School 2002*, red. J.W. Koterski, Washington, D.C., 2003, s. 116 (odtąd cytowane jako: K. Bowring, *The Moral Dilemma of Management Procedures for Ectopic Pregnancy*).

⁷ Por. W. May, *The Management of Ectopic Pregnancies*, dz. cyt., s. 132-133; tenże, *Ethical*

Często zwolennicy moralnej dopuszczalności metotreksatu traktują nienarodzone dziecko jako kogoś, kto miał nieszczęście bycia zaimplantowanym poza macicą, przez co powoduje on śmierć swojej matki, kontynuując swój rozwój i wzrost. Dlatego uważają, że jest działaniem moralnie dopuszczalnym odimplantowanie embrionu z nienormalnego miejsca jego zagnieżdżenia lub powstrzymanie go od dalszego wzrostu w tym miejscu, aby zapobiec śmierci matki, nawet jeśli w wyniku tego odimplantowania i powstrzymania dalszego wzrostu dziecka nieuchronnie ono umrze. Tymczasem, jak podkreśla May, korzyści zastosowania salpingostomii lub metotreksatu, jakimi są ocalenie życia i płodności matki, dotyczą wyłącznie matki i żadna z nich nie jest korzyścią dziecka, które jest za pomocą tej procedury uśmiercane. To prawda, że śmierci dziecka nie da się zapobiec, ale nieuchronność śmierci nie sprawia, że umierająca osoba przestaje być osobą i traci swą godność. Jej życie i godność muszą być ciągle szanowane, a śmierć, nawet jeśli jest nieuchronna, nie może być przyspieszana dla dobra jakichkolwiek innych osób. Do tego trzeba dodać, że zarówno salpingostomia, jak i zastosowanie metotreksatu nie są konieczne, ponieważ matkę można uratować za pomocą moralnie dopuszczalnej salpingektomii⁸.

W moralnej ocenie zakończenia ciąży pozamacicznej przez zastosowanie zarówno salpingostomii, jak i metotreksatu William May powołuje się na stanowisko Kevina Flannery'ego SJ w sprawie moralnej różnicy pomiędzy histerektomią a kraniotomią⁹. May zauważa bowiem pewną analogię pomiędzy salpingektomią a histerektomią (ratowaniem zagrożonego życia matki przez usunięcie zajętej nowotworowo ciężarnej macicy, w wyniku czego płód umiera) oraz pomiędzy salpingostomią i zastosowaniem metotreksatu a kraniotomią (ratowaniem życia matki w przypadku zaklinowania rodzącego się dziecka w kanale rodny przez zmiążdżenie jego głowy i wydobycie martwego płodu na zewnątrz). Według niego w przypadku salpingektomii i histerektomii medyczna interwencja jest przeprowadzana na ciele matki, a nie na organizmie dziecka, stąd śmierć dziecka jest spowodowana w tych przypadkach jedynie pośrednio. Natomiast w przypadku salpingostomii, metotreksatu i kraniotomii medyczne działanie przeprowadza się bezpośrednio na ciele nienarodzonego dziecka, powodując bezpośrednio jego śmierć¹⁰.

Arguments Against Salpingostomy and Methotrexate, dz. cyt., s. 10B/1; *Catholic Bioethics* (2000), dz. cyt., s. 184-186.

⁸ Por. W. May, *Ethical Arguments Against Salpingostomy and Methotrexate*, dz. cyt., 10B/2-3.

⁹ Por. K. Flannery, *What Is Included in a Means to an End?*, "Gregorianum" 74 (3) 1993, s. 499-513.

¹⁰ Por. W. May, *Ethical Arguments Against Salpingostomy and Methotrexate*, dz. cyt., s. 10B/2-3. Podobne tradycyjne stanowisko w kwestii terminacji ciąży jajowodowych, w nawiązaniu do nauczania Magisterium oraz opinii innych autorów, omawiają również i podsumowują współcześni polscy moralisci: ks. bp. Józef Wróbel SCJ, ks. Marian Machinek MSF, ks. Tomasz Kraj i ks. Piotr Kieniewicz MIC. Ich krótkie wypowiedzi można znaleźć na stronie internetowej Stowarzyszenia Teologów Moralistów:

May początkowo był skłonny uznać salpingostomię za procedurę moralnie dopuszczalną, uznając argumenty Germaina Griseza i Josepha Boyle'a, do których potem dołączył John Finnis¹¹. Grisez miał ogromny wkład w obronę moralnego nauczania Kościoła przed proporcjonalizmem szerzącym się wśród teologów moralnych w USA i zachodniej Europie po Soborze Watykańskim II. W wyniku rozwoju tej obrony spostrzegł, że niektóre argumenty proporcjonalistów względem dawnych teologów nie były zupełnie bezpodstawne, zwłaszcza zarzut o fizykalizm, czyli zbytnie związanie moralnego wartościowania z fizycznym wykonaniem aktów, które miałyby determinować intencję podmiotu działającego. Grisez zauważył, że chociaż intencja nie może zupełnie być oderwana od fizycznego przebiegu działania, to jednak fizyczna przyczynowość nie determinuje intencji absolutnie, dlatego to samo fizyczne wykonanie aktu może odbywać się czasem przy udziale różnych intencji i wyborów¹². To antyfizykalistyczne nastawienie znalazło potem odzwierciedlenie w definicji przedmiotu aktu moralnego sformułowanej przez Jana Pawła II w encyklice *Veritatis splendor* (nr 78), przy której ostatecznym redagowaniu Grisez miał także pewien udział. Papież podkreślił tam wyraźnie, że przedmiot aktu moralnego nie jest jedynie procesem czy wydarzeniem w zewnętrznym świecie, należącym wyłącznie do porządku fizycznego, ale jest przedmiotem wolnego wyboru świadomej woli, stąd aby go właściwie ująć, należy przyjąć perspektywę osoby działającej, a ta perspektywa – jak wiadomo – nie musi być dostrzegalna dla zewnętrznego obserwatora na podstawie fizycznego wykonania aktu. Jednak wielu współczesnych teologów podchodzi z rezerwą do teorii ludzkiego działania i aktu moralnego wypracowanej przez Griseza, zwłaszcza że jej autor na tej podstawie opowiada się za moralną dopuszczalnością nie tylko salpingostomii, ale także kraniotomii¹³. Teologowie ci obawiają się, że teoria Griseza tak bardzo oddala się od fizycznego wykonania aktu, że podatna jest na pewien subiektywizm, gdyż pozwala na dowolne, subiektywistyczne przypisywanie aktowi różnych intencji. Zatem w obawie przed utratą obiektywizmu oceny moralnej próbują oni z powrotem niejako wzmocnić znaczenie fizycznej struktury aktu dla jego oceny moralnej. Dlatego współcześnie wśród wiernych Magisterium teologów katolickich zaobserwować można dwie przeciwstawne tendencje, pomiędzy

<http://teologiamoralna.pl/wp-content/uploads/2013/01/Wr%C3%B3bel.pdf>; <http://teologiamoralna.pl/wp-content/uploads/2013/01/Machinek.pdf>; <http://teologiamoralna.pl/wp-content/uploads/2013/01/Kraj.pdf>; <http://teologiamoralna.pl/wp-content/uploads/2013/01/Kieniewicz.pdf> [dostęp 23.11.2013].

¹¹ Por. tenże, *The Management of Ectopic Pregnancies*, dz. cyt., s. 143.

¹² Por. G. Grisez, *The Way of the Lord Jesus*, t. 1: *Christian Moral Principles*, Quincy Illinois 1997, s. 239-240; G. Grisez, J. Finnis, J. Boyle, 'Direct' and 'Indirect': a Reply to Critics of Our Action Theory, "The Thomist" 65 (2001), s. 12-14, 22-25, 28-31 (odtąd cytowane jako: G. Grisez, J. Finnis, J. Boyle, 'Direct' and 'Indirect').

¹³ Por. tamże, 21-27; G. Grisez, *Abortion: The Myths, the Realities, and the Arguments*, Cleveland – New York 1970, s. 340-341 (odtąd cytowane jako: G. Grisez, *Abortion*).

którymi próbują oni znaleźć jakieś równoważące je sprzężenie zwrotne: z jednej strony w obawie przed fizykalizmem podkreśla się rolę aktów woli (intencji, wyboru), a z drugiej w obawie przed subiektywizmem podkreśla się znaczenie fizycznej struktury aktu. Poszukiwanie równowagi pomiędzy tymi tendencjami ujawnia się zwłaszcza w debatach dotyczących trudnych przypadków moralnych, czego przykładem jest kwestia różnych metod terminacji ciąży pozamacicznych. W duchu poszukiwania takiej równowagi William May pod wpływem argumentów Kevina Flannery'ego SJ zerwał z pociągającą go pierwotnie argumentacją Germaina Griseza¹⁴. Ostatnio jednak, jak sam przyznaje, opowiada się za moralną dopuszczalnością stosowania salpingostomii i metotreksatu, do czego przekonały go argumenty Christophera Kaczora¹⁵, pozostające – jak się wydaje – przynajmniej w znacznym zakresie w zgodzie z teorią aktu moralnego rozwiniętą przez Griseza, Finnisa i Boyle'a.

2. POZYTYWNA OCENA MORALNA ZASTOSOWANIA SALPINGOSTOMII I METOTREKSATU

Przychylną opinię w kwestii moralnej oceny salpingostomii i rozwiązania metotreksatowego wyraził Albert Moraczewski OP. Jego zdaniem, w salpingostomii dokonujący operacji lekarz nie chce ograniczyć się jedynie do wyluszczenia samego tylko embrionu, a tym bardziej nie chce go zniszczyć, lecz raczej chce usunąć uszkodzone tkanki jajowodowe i wraz z nimi zatrzymać niszczące enzymatyczne działanie trofoblastu. Enzymatyczne działanie trofoblastu byłoby normalne i właściwe dla implantacji embrionu w błonie śluzowej macicy, natomiast poza macicą aktywność trofoblastu jest destrukcyjna, a więc patologiczna i niebezpieczna dla zdrowia i życia matki. Wraz z zabezpieczaniem groźących krwawieniem tkanek macicznych oraz usuwaniem tych już zniszczonych działaniem trofoblastu z konieczności usunięciu ulega także zaimplantowany tam embrion. Tak więc przedmiotem działania chirurga nie jest zabicie nienarodzonego dziecka, lecz usunięcie zniszczonych tkanek oraz niedopuszczenie do dalszej ich destrukcji i zabezpieczenie przed krwawieniem. Śmierć dziecka nie jest zatem wybranym środkiem do uratowania życia matki, bo jej życie ratuje operacyjne usunięcie zniszczeń i zabezpieczenie przed krwawieniem, a nie śmierć embrionu jako taka¹⁶.

¹⁴ Por. W. May, *The Management of Ectopic Pregnancies*, dz. cyt., s. 143-145.

¹⁵ Por. drugie wydanie W. May, *Catholic Bioethics and The Gift of Human Life*, Huntington IN 2008, s. 201-202 (odtąd cytowane jako: W. May, *Catholic Bioethics* [2008]).

¹⁶ Por. A. Moraczewski, *Managing Tubal Pregnancies*, cz. I, "Ethics and Medics" 21 (6) 1996, s. 3-4; *Ethical Arguments in Favor of Salpingostomy and Methotrexate*, w: *Catholic Health Care Ethics. A Manual for Ethics Committees*, red. P.J. Cataldo i A.S. Moraczewski, Boston MA 2001,

Argumentację uzasadniającą moralną dopuszczalność salpingostomii poszerzył ostatnio Christopher Kaczor, posługując się niektórymi elementami teorii aktu moralnego wypracowanej wcześniej przez Germaina Griseza, Johna Finnisa i Josepha Boyle'a. Swój wywód Kaczor rozpoczyna od spostrzeżenia, że w literaturze medycznej zostały opisane nieliczne przypadki eksperymentalnego odimplantowania embrionu z atypowego miejsca jego implantacji i udanego przeniesienia go do jamy macicy, gdzie następnie został on pomyślnie zaimplantowany i kontynuował swój wzrost. Wyrażając nadzieję na dalszą możliwość doskonalenia tej procedury, Kaczor wnioskuje, że wyłuszczenie i odimplantowanie embrionu, które dokonuje się w salpingostomii, wzięte samo w sobie i niezależnie od swoich skutków, nie jest czynem wewnątrznie złym, a zatem spełnia pierwszy warunek zasady podwójnego skutku oraz pozostałe warunki tej zasady. Zdaniem Kaczora, potwierdzają to pośrednio sami krytycy moralnej dopuszczalności salpingostomii, którzy z jednej strony ją odrzucają, ale z drugiej strony nie mają moralnych zastrzeżeń do samej transplantacji embrionu, polegającej na przeniesieniu go z patologicznego miejsca jego pierwszego zaimplantowania do jamy macicy, aby go tam następnie wszczepić w jej błonę śluzową. Kaczor zauważa więc, że aby dokonać takiej transplantacji, trzeba najpierw z konieczności odizolować embrion z miejsca jego wadliwej implantacji. Gdyby takie wyizolowanie embrionu było złe samo w sobie i niezależnie od swoich skutków, stanowiłoby czyn wewnątrznie zły, zawsze moralnie zabroniony. Dlatego gdy wspomniani autorzy uważają, że transplantacja embrionu byłaby moralnie dopuszczalna, to konsekwentnie powinni oni także uznać, że odizolowanie zarodka z miejsca jego patologicznej implantacji nie jest czynem wewnątrznie złym¹⁷.

Można oczywiście zaoponować, twierdząc, że odimplantowanie embrionu i przeniesienie go z miejsca zagrożenia do innego bezpiecznego miejsca, gdzie będzie on w stanie kontynuować swój rozwój, jest aktem moralnie dobrym. Natomiast moralnie zły jest czyn polegający na odizolowaniu embrionu, kiedy nie dysponuje się takim bezpiecznym miejscem czy bezpieczną metodą, dzięki której można ocalić życie i dalszy rozwój zarodka. Kaczor odpowiada na to, że jeśli istnieje jakiś dalszy warunek, który gdyby tylko był dodany i spełniony, to sprawiłby, że akt przestałby być moralnie zły, to wówczas znaczyłoby, że taki akt nie

s. 10B/3-4 (odtąd cytowane jako: A. Moraczewski, *Ethical Arguments in Favor of Salpingostomy and Methotrexate*).

¹⁷ Por. Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy. A Critical Reconsideration of Salpingostomy and Methotrexate*, "The Linacre Quarterly" 76 (3) 2009, s. 269 (odtąd cytowane jako: Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy*). Kaczor cytuje tam opis udanej transplantacji embrionu z miejsca atypowej implantacji do macicy według L. Shettles, *Tubal Embryo Successfully Transplanted in Utero*, "American Journal of Obstetrics and Gynecology" 163 (1990), s. 2026. Przywołuje też wcześniejsze takie doniesienie w przyp. 8, s. 279: C.J. Wallace, *Transplantation of Ectopic Pregnancy from Fallopian Tube to Cavity of Uterus*, "Surgery Gynecology, and Obstetrics" 24 (1917), s. 578-579.

jest wewnętrznie zły. Z samej bowiem definicji czynu wewnętrznie złego wynika, że jest on zły sam w sobie i żadna dalsza dodatkowa okoliczność czy warunek nie może sprawić, aby taki akt był dobry. Taka dodatkowa okoliczność nie może udzielić aktowi z zewnątrz takiej miary dobroci, aby zamienić akt wewnętrznie zły w akt dobry. Jeśli więc odimplantowanie embrionu byłoby wewnętrznie złe, to wówczas przeniesienie go do bezpiecznego miejsca nie mogłoby zmienić jego kwalifikacji moralnej na dobrą, a zatem ciągle taki akt pozostawałby wewnętrznie zły. Skoro jednak przeniesienie do bezpiecznego miejsca byłoby warunkiem gwarantującym moralną dopuszczalność odimplantowania zarodka, to – zdaniem Kaczora – wynika z tego, że samo to odimplantowanie nie jest czynem wewnętrznie złym. Może być ono czynem okolicznościowo złym, ale wówczas dodatkowe jeszcze okoliczności mogą zmienić jego ocenę moralną i przeważać na rzecz jego moralnej dopuszczalności¹⁸.

Ten argument Kaczora krytykują Marie A. Anderson i inni. Autorzy ci uważają, że Kaczor w swojej analizie, oceniając samo tylko odimplantowanie embrionu niezależnie od celu, jakiemu jest ono przyporządkowane, rozbija jedność, jaką stanowi cały akt, i dlatego dochodzi do błędnych wniosków w ocenie całego działania, którym jest salpingostomia. Anderson i pozostali współautorzy próbują swoją krytykę uzasadnić zgodnie z metodologią kazuistyczną przez porównanie analizy Kaczora do analogicznego przypadku, bardziej według nich czytelnego pod względem moralnego wartościowania. Twierdzą bowiem, że spowodowanie śmierci człowieka w wyniku przeniesienia go z płonącego budynku do bezpiecznego miejsca nie jest rozmyślnym zabiciem człowieka. Natomiast spowodowanie śmierci osoby ludzkiej przez przeniesienie jej z płonącego budynku do komory gazowej jest już rozmyślnym zabiciem człowieka i ten drugi przypadek – ich zdaniem – przez analogię ilustruje właśnie to, co dzieje się w salpingostomii¹⁹.

Wydaje się jednak, że kazu ten wbrew intencji autorów przemawia właśnie na korzyść tego, co próbują oni za jego pomocą podważyć. Mianowicie, wydobywanie kogoś z płonącego budynku rozważane samo w sobie, bez odniesienia do celu, któremu przyporządkowuje je działający podmiot, jest aktem dobrym, natomiast w zależności od oceny zamierzonego celu w kategoriach dobra lub zła cały ten akt pozostanie moralnie dobry, jeśli cel jest dobry, albo stanie się moralnie zły, jeśli cel jest zły. To, że akt stanowi jedność, nie przeczy możliwości rozróżnienia w nim konkretnych źródeł moralności – przedmiotu, celu i okoliczności – oraz odrębnej oceny każdego z nich w kategoriach dobra lub zła. Przecież cały akt może być zły z powodu zła jedynie celu lub jedynie przedmiotu, ale to nie oznacza, że pozostałe źródła moralności tego aktu stają się również złe.

¹⁸ Por. Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy*, dz. cyt., s. 269.

¹⁹ Por. M. Anderson i in., *Ectopic Pregnancy and Catholic Morality*, dz. cyt., s. 72-73.

I wreszcie analiza etyczna salpingostomii dokonana przez Kaczora wskazuje na istnienie działania o podwójnym skutku, które podejmuje się ze względu na dobro (uratowanie życia matki), gdzie jeden ze skutków (śmierć embrionu) jest fizycznie powodowany, ale nie jest zamierzony i znajduje się poza zakresem intencji podmiotu działającego. Aby ratować matkę, odimplantowuje się embrion, a ponieważ nie ma bezpiecznego miejsca, gdzie można by go przenieść, embrion w wyniku takiego działania ginie. Innymi słowy, dla ratowania życia matki zamienia się jedno niebezpieczne miejsce embrionu na inne. Natomiast drugi przykład autorów, który przez analogię miałby oddawać istotę tego, co dzieje się w salpingostomii, i tym samym ujawniać słabość argumentacji Kaczora, nie tylko nie jest działaniem o podwójnym skutku, lecz nawet nie jest realistycznym przykładem myślenia proporcjonalistycznego, które można by ewentualnie próbować zarzucić Kaczorowi, a które miałyby symulować działanie o podwójnym skutku. W kazusie podanym przez autorów nie wiadomo, po co w ogóle przenosić człowieka z płonącego budynku do komory gazowej. Gdyby podmiot działający chciał zabić człowieka dla jakiegoś pożądanego przez siebie dobrego celu, to przecież najprostszym i najbardziej realistycznym rozwiązaniem byłoby zaniechanie jakiegokolwiek przenoszenia z płonącego budynku. Poza tym komora gazowa nie jest jedynym miejscem, do którego można przenieść człowieka z płonącego budynku, gdyż istnieją przecież bezpieczniejsze miejsca. Natomiast w salpingostomii nie ma takiego bezpiecznego miejsca, czyli nie ma bezpiecznej opcji do wyboru. Dlatego kazus przedstawiony przez autorów ma nierealistyczny, dziwaczny charakter i – co najistotniejsze – pomiędzy tym kazusem a analizą salpingostomii dokonaną przez Kaczora nie istnieje adekwatna analogia i w związku z tym ich krytyka jest nieprzekonująca.

Albert Moraczewski OP, rozważając z kolei przypadek użycia metotreksatu, uważa, że preparat ten zatrzymuje wzrost i destrukcyjną aktywność trofoblastu. Normalna aktywność trofoblastu, z powodu nienormalnego miejsca implantacji embrionu, staje się nienormalna i szkodliwa. Okazuje się ona destrukcyjna nie tylko dla samej matki, ale ostatecznie także dla jej nienarodzonego dziecka. Moraczewski w swojej analizie bazuje na takim opisie działania metotreksatu, według którego ten inhibitor syntezy DNA działa przede wszystkim na komórki trofoblastu²⁰, które dzielą się w tym czasie dużo szybciej niż komórki embrionu właściwego, oczekujące we względnym spoczynku na adekwatny zapas czynników odżywczych, aby w późniejszym okresie przyspieszyć własne podziały i dalszy rozwój embrionu właściwego. Kiedy na skutek działania metotreksatu

²⁰ W. May także wspomina o wzmożonej podatności trofoblastu na działanie metotreksatu, powołując się na medyczny opis Cannona i Jesionowskiej – por. W. May, *The Management of Ectopic Pregnancies*, dz. cyt., s. 124, przyp. 5 z odniesieniem do L. Cannon, H. Jesionowska, *Methotrexate Treatment of Tubal Pregnancy*, "Fertility and Sterility" 55 (6) 1991, s. 1034.

ustaje synteza enzymów proteolitycznych, wówczas ustaje także niszczące działanie trofoblastu, co zapobiega z kolei dalszej destrukcji maczynych tkanek. Jednocześnie jednak nie dochodzi do postępu implantacji, przez co embriony właściwy nie uzyskuje koniecznego odżywiania i natleniania i wkrótce obumiera²¹.

Śmierć embrionu w wyniku zastosowania metotreksatu jest, zdaniem Moraczewskiego, nieuchronnym, przewidzianym i tolerowanym skutkiem ubocznym tego działania, jednak nie jest ona akceptowana, a tym bardziej nie jest ani zamierzona jako cel, ani wybrana jako środek całej tej procedury. Intencją lekarza aplikującego metotreksat jest ocalenie życia kobiety, a więc intencja jest dobra. Przedmiotem natomiast zastosowania metotreksatu jest zatrzymanie trofoblastycznej aktywności enzymatycznej niszczącej tkanki maczyny, a zatem także i przedmiot jest dobry. W związku z tym cała procedura jest moralnie dopuszczalna. Nie trzeba bowiem koniecznie pragnąć śmierci embrionu, aby pragnąć zatrzymania syntezy trofoblastycznych enzymów, niszczących tkanki matki. Innymi słowy, można chcieć zatrzymać syntezę enzymów proteolitycznych trofoblastu i ich destrukcyjną działalność, bez chcenia śmierci embrionu, chociaż nie bez jej spowodowania. Z faktu bowiem, że śmierć embrionu jest nieuchronnie powodowana przez osobę działającą w porządku fizycznej przyczynowości, nie wynika, że jest ona chciana w porządku aktów woli. Nie podejmuje się zatrzymania enzymatycznej działalności trofoblastu, aby zabić embriion, lecz aby zapobiec niebezpiecznej destrukcji maczynych tkanek²².

Zwolennicy zastosowania salpingostomii i metotreksatu uzasadniają zatem moralną dopuszczalność tych działań, widząc w nich akty o podwójnym skutku, w których pewne skutki są zamierzone (np. ochrona przed destrukcyjną działalnością trofoblastu, ochrona życia i płodności kobiety), a inne pozostają poza zakresem intencji (śmierć nienarodzonego dziecka). Ich zdaniem, podejmowanie jakiegokolwiek działania ze względu na określony jego skutek wcale nie powoduje, że pozostałe skutki, które w sposób konieczny wynikają z tego działania w porządku fizycznej przyczynowości, są również chciane przez osobę działającą. Na przykład, zażywając nieprzyjemne w smaku lekarstwo, stosujemy je dla jego skutków terapeutycznych, a nie dla okropnego smaku, który z konieczności wynika z doustnego zażywania tego specyfiku. Wystąpienie nieprzyjemnego smaku przewidujemy, tolerujemy, ale go nie chcemy. Nie jest on ani celem działania, ani jego przedmio-

²¹ Por. A. Moraczewski, *Managing Tubal Pregnancies*, cz. II, "Ethics and Medics" 21 (8) 1996, s. 4; *Ethical Arguments in Favor of Salpingostomy and Methotrexate*, dz. cyt., s. 10B/4.

²² Por. także. Za moralną dopuszczalnością zarówno salpingostomii, jak i użycia metotreksatu w rozwiązaniu ciąży pozamacicznych opowiadają się także Benedict M. Ashley OP i Kevin D. O'Rourke OP – por. ich *Health Care Ethics. A Theological Analysis*, Washington, D.C., 1997, s. 253-254; *Ethics of Health Care. An Introductory Textbook*, Washington, D.C., 2002, s. 131.

tem, bo jego obrzydliwość nie jest sama w sobie terapeutycznym czynnikiem i za pomocą spowodowania jej doznania nie zostajemy uzdrowieni.

3. METAFIZYCZNY STATUS TROFOBLASTU

Jeśli założyć, że metotreksat rzeczywiście paraliżuje jedynie działanie trofoblastu i nie zabija embrionu właściwego, to spór pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami terminacji ciąży pozamacicznych za pomocą tego preparatu często koncentruje się wokół pytania o metafizyczny status trofoblastu. Skoro trofoblast nie jest samodzielnym organizmem, tylko strukturą utworzoną przez organizm embrionu, która wraz z tkankami matki tworzy potem łożysko, i skoro trofoblast ma charakter tymczasowy i będzie potem odrzucony przez dziecko i przez matkę, to powstaje pytanie o to, czym jest organem? Przeciwnicy rozwiązania metotreksatowego zwykle twierdzą, że trofoblast jest istotnym organem embrionu, chociaż nie leży wewnątrz jego organizmu, tylko na zewnątrz, stąd jego przynależność do embrionu nie dla wszystkich może być oczywista. Jednak według zwolenników tego poglądu istnieją przynajmniej dwa czynniki, które świadczą o tym, że trofoblast jest zewnętrznym organem współtworzącym embrion metafizycznie: (1) po pierwsze, trofoblast ma tę samą genetyczną tożsamość co embrion właściwy (to samo DNA), oraz (2) po drugie, trofoblast jest organem niezbędnym dla życia embrionu, bez którego embrion umiera²³. Tak więc w świetle tych danych nietrafny jest argument, według którego metotreksat działa jedynie na jakąś pozaembrionalną strukturę zewnętrzną o wypaczonym działaniu, a nie na organizm, w związku z tym nie na byt embrionu jako takiego. Trofoblast jest zewnętrznym organem embrionu, którego funkcje zostaną przejęte po urodzeniu przez organy wewnętrzne²⁴. Nawet jeśli metotreksat nie czyni szkody komórkom tzw. embrionu właściwego, co wcale nie jest takie pewne²⁵, to przecież zatrzymuje rozwój i działanie innego, koniecznego dla życia dziecka jego organu, jakim jest trofoblast, a zatem doprowadza do okaleczenia dziecka, stąd stosowanie metotreksatu jest bezpośrednim zamachem na życie dziecka²⁶. Ana-

²³ Por. Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy*, dz. cyt., s. 275.

²⁴ Por. M. Machinek, *Spór o status ludzkiego embrionu*, Olsztyn 2007, s. 199; tenże *Embrion ludzki*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*, red. A. Muszala, Radom 2009, s. 209.

²⁵ Niektórzy uważają, że metotreksat działa szkodliwie nie tylko na trofoblast, ale także embrion właściwy – por. M. Anderson i in., *Ectopic Pregnancy and Catholic Morality*, dz. cyt., s. 73.

²⁶ Por. W.E. May, *Methotrexate and Ectopic Pregnancy*, "Ethics and Medics" 23 (3) 1998, s. 1-3 wraz z odpowiedzią Alberta Moraczewskiego, *Ectopic Pregnancy Revisited*, "Ethics and Medics" 23 (3) 1998, s. 3-4. Pogląd mówiący, że trofoblast jest istotnym dla życia organem dziecka uznają także: E.F. Diamond, *Moral and Medical Considerations in the Management of Extrauterine Pregnancy*, "Linacre Quarterly" 66 (1999), s. 11, oraz K. Bowering, *The Moral Dilemma of Management Procedures for Ectopic Pregnancy*, dz. cyt., s. 109.

logicznie przecież, nikt przy zdrowych zmysłach nie powie na przykład o wbijaniu noża w serce człowieka, że to jest tylko neutralne moralnie wbijanie noża w serce. Skoro bowiem serce jest niezbędnym organem do życia człowieka i skoro współtworzy jego organizm metafizycznie, to ten, kto wbija rozmyślnie nóż w serce człowieka, powodując zatrzymanie jego akcji i śmiertelny krwotok, zabija tym samym człowieka. Wydźwięku moralnego tego czynu nie usunie unikanie języka wartościującego w jego opisie i próba ograniczenia się do zastosowania terminów czysto deskryptywnych, neutralnych moralnie. Dlatego nazwa „embrion właściwy”, chociaż przyjęta w embriologii jako termin techniczny na określenie zasadniczej części embrionu w odróżnieniu od jego trofoblastu, może być myląca z metafizycznego punktu widzenia, ponieważ sugeruje, że trofoblast nie jest częścią właściwą dla embrionu, a przecież tak nie jest.

Polemizując z powyższym stanowiskiem i opowiadając się za moralną dopuszczalnością zastosowania metotrektatu, można by podkreślić, że trofoblast jest strukturą tymczasową i kiedyś zostanie naturalnie porzucony, dlatego nie współtworzy bytu dziecka w sposób istotny. Poza tym trofoblast nie jest, ściśle biorąc, organem, lecz jest jedynie tkanką ze swej natury ukierunkowaną do tego, aby wraz z tkankami matki utworzyć dopiero organ zwany łożyskiem. Łożysko zaś, jak sugeruje Christopher Kaczor, przytaczając pogląd Arthura Vermeerscha, może być uznane za organ wspólny zarówno dziecka, jak i matki²⁷, więc nie należy wyłącznie do samego tylko dziecka. Jeśli natomiast chodzi o identyczność genetyczną określonych tkanek czy organów z całym organizmem, to sama w sobie nie stanowi ona kryterium moralnego zakazu usuwania struktur, które się nią cechują. Na przykład włosy i paznokcie mają takie samo DNA jak reszta organizmu i podlegają niekontrowersyjnemu etycznie usuwaniu²⁸. Do tego można dodać, że podobnie rzecz się ma z różnymi organami lub tkankami, które również mają to samo DNA jak cały organizm i – co więcej – w przeciwieństwie do włosów i paznokci są żywe, ale kiedy mogą stać się miejscem rozwoju przyszłej choroby lub ich usunięcie w części lub całości może przywrócić prawidłowe funkcje życiowe, wówczas mogą podlegać usunięciu profilaktycznemu lub funkcjonalnemu, kiedy same są jeszcze zdrowe (np. profilaktyczne usunięcie piersi u kobiet czy gruczołu krokowego u mężczyzn genetycznie predysponowanych do rozwoju nowotworów w tych organach, resekcja i zmniejszenie żołądka u osób poważnie otyłych, usunięcie zdrowej śledziony w pewnych typach małopłytkowości, aby przywrócić prawidłowy poziom płytek krwi i jej krzepliwość itp., o zwykłym pobieraniu krwi nie wspominając).

²⁷ Por. Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy*, dz. cyt., s. 275 z odniesieniem do J. Connery, *Abortion: The Development of the Roman Catholic Perspective*, Chicago 1977, s. 300, oraz do Ch.E. Cavagnaro, *Treating Ectopic Pregnancy: A Moral Analysis (Part II)*, „NaProEthics Forum” 4 (2) 1999, s. 4.

²⁸ Por. Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy*, dz. cyt., s. 276.

Bardziej natomiast znacząca w rozważaniach antropologiczno-etycznych może wydawać się niezbędność dla życia niektórych organów, których uszkodzenie może powodować utratę życia. Jeśli jednak niezbędność dla życia stanowiłaby istotne kryterium antropologiczne i etyczne przeciwko uszkodzaniu takiego organu, okaleczaniu i przerywaniu z nim życiodajnej łączności, to wówczas, jak z kolei zauważa Martin Rhonheimer, operacje takie jak salpingektomia w przypadku ciąży jajowodowej czy histerektomia w przypadku nowotworowo zmienionej ciężarnej macicy, uznawane przez większość moralistów za etycznie niekontrowersyjne, powinny być moralnie zakazane, gdyż godzą w organy niezbędne dla życia nienarodzonego dziecka, jakimi są jajowód lub macica matki, stanowiące miejsce jego zagnieżdżenia i rozwoju. Organy układu rodnego kobiety nie są konieczne dla jej życia, natomiast są one absolutnie niezbędne dla życia embrionu. Ewidentnie jednak nie są one częściami organizmu nienarodzonego dziecka współtworzącymi go metafizycznie²⁹. Zatem jeśli chodzi o różne struktury organizmu człowieka, to ani sama tylko ich identyczność genetyczna z pozostałymi częściami organizmu, ani sama tylko ich niezbędność dla życia całego organizmu, nie muszą świadczyć o tym, że mamy do czynienia z elementami konstytutywnymi, w sposób istotny współtworzącymi metafizycznie byt określonego człowieka. Tym bardziej nie da się tego orzec o maszynach takich, jak: respirator, tzw. sztuczne serce czy aparat do dializ. Kiedy urządzenia te stają się niezbędne do życia określonego człowieka, to przecież nie stają się tym samym częściami jego organizmu i metafizycznymi, konstytutywnymi elementami bytu ludzkiego. Można najwyżej w tych przypadkach mówić może o jakimś zastępstwie czy „kredycie” metafizycznym, nie da się jednak tego prawidłowo opisać jako metafizyczne współtworzenie.

Zarówno więc tożsamość genetyczna, jak i niezbędność dla życia są cechami, które – rozważane same w sobie i niezależnie od siebie nawzajem – rzeczywiście nie muszą świadczyć o tym, że cechujący się nimi organ w sposób istotny współtworzy byt osoby, z którą łączy go genetyczna identyczność lub niezbędność dla życia tej osoby. Jednak zarówno tożsamość genetyczna, jak i niezbędność dla życia mogą występować jednocześnie i mogą łącznie charakteryzować jakiś organ, tak jak ma to miejsce właśnie w przypadku trofoblastu. Wówczas takie łączne występowanie tych dwóch cech w określonym organie może stanowić podstawę do uznania go za konstytutywny element współtworzący metafizycznie byt człowieka. W konsekwencji więc trofoblast jako zarówno identyczny genetycznie z embrionem, jak i niezbędny dla jego życia, powinien być uznany za organ czy strukturę współtworzącą w istotny sposób nienarodzone dziecko.

²⁹ Por. M. Rhonheimer, *Vital Conflicts in Medical Ethics*, dz. cyt., s. 108.

Christopher Kaczor zauważa jednak, że w niektórych przypadkach ciąży pozamacicznych dochodzi do obumarcia embrionu właściwego, czyli nienarodzonego dziecka, podczas gdy trofoblast nadal zachowuje swoją żywotność i działalność, dlatego kontynuuje zagłębianie się w tkanki maciczne, doprowadzając do ich dalszego niszczenia. Stan ten nosi nazwę „ciąży przetrwałej”. Zdarza się on nie tylko po operacyjnej terminacji ciąży pozamacicznej, gdzie w wyniku operacji doszło do pozostawienia fragmentów trofoblastu, ale występuje także w sposób spontaniczny. Spontaniczne przypadki ciąży przetrwałej rozpoznaje się po tym, że nie stwierdza się akcji bicia serca w ciążach sześciotygodniowych i starszych, kiedy taka akcja powinna być już wykrywalna, natomiast nadal rejestruje się wysoki poziom hormonów związanych z działaniem trofoblastu. Wówczas takie stany leczy się za pomocą metotreksatu, ale wtedy jego użycie nie jest moralnie kontrowersyjne, ponieważ przetrwały trofoblast nie jest istotą ludzką³⁰. Jeśli więc trofoblast może żyć po śmierci embrionu właściwego, to – zdaniem Kaczora – można stąd wysnuć wniosek, że trofoblast nie jest organem dziecka. Kiedy bowiem organizm umiera, umierają wraz z nim także jego organy, jeśli nie są sztucznie podtrzymywane przy życiu w środowisku, które imituje warunki naturalne. Skoro trofoblast nie umiera wraz z embrionem, to znaczy, że nie jest jego organem³¹.

Jednak takie wnioskowanie nie musi być przekonujące. Przypadki przeżywalności trofoblastu po śmierci dziecka trochę przypominają przecież sytuację organów czy tkanek po przeszczepach do innych organizmów. Najpierw organy należą do jednego organizmu, a potem zostają przeszczepione do innego organizmu, gdzie żyją i funkcjonują, nawet po śmierci organizmu, do którego pierwotnie należały. Ich życie i funkcjonowanie w organizmie biorcy nie przeczy przecież temu, że kiedyś należały do dawcy. Wobec tego życie trofoblastu dzięki utrzymywaniu go przez organizm matki nie przeczy temu, że należał on kiedyś do dziecka i był początkowo organem dziecka.

Jednak w przypadku ciąży przetrwałej trofoblast nie zachowuje się zupełnie tak jak organy przeszczepione, ponieważ one ze swej strony wnoszą ewidentną korzyść do utrzymania przy życiu organizmu biorcy, natomiast przetrwały trofoblast nie wnosi żadnej korzyści do organizmu matki, a co więcej, obecny w miejscu atypowym stanowi nawet zagrożenie dla jej życia. Dlatego Christopher Kaczor przytacza jeszcze inną rację, która ma przemawiać za tym, że trofoblast nie jest organem embrionu. Trofoblast bowiem nie jest utrzymywany przy życiu przez organizm dziecka, tylko przez organizm matki. Natomiast organy współtworzą cały organizm dzięki relacji zwrotnej: z jednej strony przyczyniają się one do życia całości organizmu, a z drugiej strony ta całość, jaką stanowi organizm, utrzymuje przy życiu organy jako swoje części. Trofoblast wprawdzie utrzymuje

³⁰ Por. Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy*, dz. cyt., s. 272.

³¹ Por. tamże, s. 276.

embrion przy życiu, ale sam nie jest utrzymywany przy życiu przez embrion. Nie łączy go więc z zarodkiem dwukierunkowa zależność i wzajemna korzyść, z czego ma wynikać, że nie jest on częścią czy organem organizmu embrionu³². Jednak i ten argument nie ma apodyktycznej mocy przekonującej, gdyż mimo wszystko trofoblast został wykształcony z embrionu, a zatem sam embrion ma swój „wkład własny” w pojawienie się trofoblastu, który bez udziału całego embrionu nigdy by nie zaistniał.

4. STATUSU BYTOWY TROFOBLASTU A STATUS BYTOWY EMBRIONU PRZEDIMPLANTACYJNEGO

Jeśli mimo to uznać, że trofoblast nie jest organem embrionu współtworzącym jego byt w sposób istotny, to można zapytać, jakie konsekwencje takie podejście spowoduje dla statusu wczesnego embrionu. We wczesnym embrionie, w okresie przedimplantacyjnym dochodzi bowiem do wyodrębnienia dwóch części: trofoblastu i embrioblastu. Przeważająca większość komórek tego wczesnego embrionu utworzy trofoblast, a następnie z niego rozwinie się łożysko i tkanki pomocnicze, które staną się niepotrzebne i zostaną porzucone po porodzie. Natomiast znaczna mniejszość tych komórek przekształci się w embrioblast, z którego rozwinie się następnie embrion właściwy, a z niego w pełni ukształtowane ciało dziecka. Przed wyodrębnieniem tych dwóch części nie wiadomo, jakie będzie przeznaczenie poszczególnych komórek: które z nich wejdą w skład embrioblastu, utworzą ciało człowieka i będą miały status istoty ludzkiej, a które wejdą w skład trofoblastu i będą jedynie miały status żywych tkanek pomocniczych, podporządkowanych i służących rozwojowi właściwego bytu dziecka³³.

W związku z tym niektórzy twierdzą, że w okresie przedimplantacyjnym, zanim dojdzie do podziału na trofoblast i embrioblast, mamy do czynienia z komórkami na tyle jeszcze nieodróżnionymi, że każda z nich może rozwinąć się w struktury pozaembrionalne, o podrzędnym statusie wobec bytu ludzkiego, a skoro tak, to na tym etapie zbyt wczesne jest mówienie, że taki embrion jest człowiekiem. Gdyby przedimplantacyjny embrion był bowiem człowiekiem, to jak byłoby to możliwe, aby przeważająca większość jego masy została zużyta na rozwój tego, co nie jest człowiekiem? Jak w takim przypadku wyspecjalizowane metafizycznie komórki bytu ludzkiego miałyby się niejako „odspecjalizować” bytowo i jeszcze raz wyspecjalizować na nowo w innym kierunku w komórki o podrzędnym statusie bytowym wobec bytu ludzkiego?³⁴

³² Por. tamże.

³³ Por. M. Machinek, *Spór o status ludzkiego embrionu*, dz. cyt., s. 198; tenże, *Embrion ludzki*, dz. cyt., s. 209.

³⁴ Por. tamże; M. Machinek, *Spór o status ludzkiego embrionu*, dz. cyt., s. 198.

Przeciwnicy takiej interpretacji faktów, broniąc poglądu, że człowiek istnieje od poczęcia, twierdzą, że trofoblastu nie należy postrzegać jako tkanki pozaembrionalnej, odrębnej w swojej tożsamości od embrionu jako takiego i o podrzędnym statusie bytowym wobec niego. Trofoblast jest organem zewnętrznym embrionu, czyli człowieka. Nawet jeśli dojdzie do podziału bliźniaczego i utworzenia wspólnego łożyska, to takie łożysko można uznać za niepatologiczny wspólny organ zewnętrzny bliźniaczych istot ludzkich, podobnie jak czasem ma to miejsce w patologicznym przypadku wspólnych organów wewnętrznych u bliźniąt syjamskich. Zarówno organy wewnętrzne, jak i zewnętrzne są „niezbędne dla życia i należą do integralności osoby ludzkiej, ale ich brak, bądź zastąpienie przez inne (np. w efekcie transplantacji) nie prowadzi do utraty tożsamości”³⁵. Skoro trofoblast jest organem embrionu – i współtworzy status bytowy embrionu jako człowieka – to znaczy, że komórki wczesnego embrionu przedimplantacyjnego nie przekształcają się w większości w coś, co nie jest człowiekiem, lecz wszystkie one rozwijają się w struktury integralnie współtworzące człowieka, a zatem w człowieka. To zaś przemawia za tym, że komórki embrionu przedimplantacyjnego – zgodnie z argumentem tożsamości rozwojowej embrionu – powinny już być komórkami współtworzącymi człowieka, stąd wczesny embrion jest człowiekiem³⁶.

Istnieje więc obawa, że jeśli opowiadając się za moralną dopuszczalnością zastosowania metotreksatu, twierdzi się, że trofoblast nie jest organem embrionu, to wówczas dostarcza się argumentacyjnego paliwa zwolennikom poglądu mówiącego, że przed podziałem na embrioblast i trofoblast embrion nie jest jeszcze człowiekiem. Takie zaś podejście miałyby poważne implikacje etyczne i prowadziłyby do propagowania moralnej dopuszczalności niszczenia embrionu przedimplantacyjnego, wywoływania wczesnych poronień, stosowania technik reprodukcyjnych i zamrażania embrionów, prowadzenia diagnostyki preimplantacyjnej dla celów eugenicznych itp.

Wydaje się jednak, że uznanie wczesnego, czyli przedimplantacyjnego embrionu za istotę ludzką, wcale nie wymaga uznania trofoblastu za organ embrionu. Nawet jeśli trofoblast nie miałby być organem współtworzącym w sposób istotny byt embrionu i jeśli przeważająca większość komórek wczesnego embrionu byłaby zużyta na wytworzenie struktur pozaembrionalnych, niebędących człowiekiem, to i tak nie stanowi to przekonującego dowodu przeciwko temu, że wczesny embrion jest człowiekiem. Przecież skoro we wczesnym embrionie byłyby chociaż jedna komórka, która rozwinęłaby się w embrion właściwy i potem w pełniej wykształcone ciało dziecka, to znaczy, że ze względu na tę komórkę możemy mówić o tym, że wczesny embrion jest człowiekiem. Chociaż człowiek jest bytem ciele-

³⁵ Tamże, s. 199.

³⁶ Tamże; M. Machinek, *Embrion ludzki*, dz. cyt., s. 209.

sno-duchowym i dla swego zaistnienia potrzebuje ciała, to jednak duchowa dusza nie jest rozciąglą, nie zajmuje określonej przestrzeni, nie ma objętości, i na tym wczesnym etapie jej właściwym ciałem może być zarówno zygota, jak i znaczna mniejszość, czy nawet jedna z komórek rozwijającego się embrionu. Poza tym, to dusza jest zasadą życia i różnicowania embrionu przedimplantacyjnego na ciało właściwe embrionu i na struktury pomocnicze. Skoro człowiek dorosły może rozwijać i zużywać struktury takie, jak: skóra z jej wytworami, nabłonki, krew, i skoro może stopniowo wymieniać żywe komórki i regenerować niektóre zużyte czy uszkodzone struktury swojego ciała, to także człowiek w swoim rozwoju embrionalnym może być w stanie wytwarzać struktury, które po odegraniu swojej roli zostaną porzucone. Z punktu widzenia metafizycznego prawa, mówiącego, że skutek nie może być doskonalszy od przyczyny, wcale nie powinno dziwić, że to, co jest człowiekiem, jako doskonalsze może stać się przyczyną i rozwinąć to, co nie jest człowiekiem i jest mniej doskonałe. Natomiast odwrotna rzecz w myśl tego samego prawa byłaby niemożliwa, czyli to, co nie jest człowiekiem i w związku z tym jest mniej doskonałe, nie może samo z siebie stać się przyczyną i rozwinąć się w doskonalszy byt, jakim jest człowiek. Dlatego wadliwe jest rozumowanie tych, którzy próbują z dominującej przewagi komórek przeznaczonych do rozwoju struktur pozaembrionalnych wnioskować o tym, że w okresie przedimplantacyjnym wczesny embrion złożony w większości z takich komórek nie jest jeszcze istotą ludzką. Jak bowiem z bytu, który nie jest człowiekiem, miałby się rozwinąć człowiek? Skoro jednak do tego dochodzi, to od początku swego zaistnienia ten byt musi mieć już w sobie zasadę życia, która sprawia, że rozwija się z niego człowiek, a to oznacza, że od samego początku musi mieć zasadę życia typową dla człowieka, która świadczy o tym, że określony byt jest człowiekiem. Tak więc, nawet jeśli uznać, że trofoblast ma podrzędny status bytowy w stosunku do embrioblastu, to nic nie stoi na przeszkodzie, aby właśnie w odniesieniu do embrioblastu zastosować argument ciągłości rozwojowej i potencjalności, według którego musiał się on rozwinąć z komórek o statusie metafizycznym takim samym jak on sam. Wówczas zaś w odniesieniu do trofoblastu należałoby stwierdzić, że musiał rozwinąć się z komórek o statusie metafizycznym wyższym niż on sam. Myślenie i wyobrażenia wielu ludzi znajduje się współcześnie pod silnym wpływem błędnej wersji ewolucjonizmu, której zwolennicy z bytów mniej doskonałych spontanicznie wyprowadzają te bardziej doskonałe, nie tłumacząc przy tym, jaką mocą się to dokonuje. Współczesna kultura jest tak przyzwyczajona do tego typu mentalności, że w ogóle jej to nie razi. Jednak z metafizycznego punktu widzenia jest to przecież zupełnie niemożliwe. Z powyższych rozważań wynika więc, że odrzucenie poglądu mówiącego, że trofoblast jest organem embrionu, nie musi pozabawiać wczesnego, czyli przedimplantacyjnego embrionu jego statusu istoty ludzkiej.

Aby nadać embrionowi status bytowy istoty ludzkiej dopiero w jakiś czas po poczęciu i aby pozostać w zgodzie z metafizycznym prawem mówiącym, że sku-

tek nie może być doskonalszy od przyczyny, niektórzy opowiadają się za koncepcją tzw. animacji opóźnionej (sukcesywnej), polegającej na tym, że Bóg stwarza w rozwijającym się embrionie ludzką duszę dopiero po pewnym czasie po poczęciu. W przeszłości na skutek nieadekwatności wiedzy biologicznej wydawało się, że koncepcja animacji opóźnionej zawiera pewną miarę atrakcyjności intelektualnej (np. we wczesnej swej twórczości uznawał ją św. Tomasz z Akwinu³⁷). Biorąc jednak pod uwagę rozwój współczesnej embriologii, należy stwierdzić, że teoria animacji opóźnionej powoduje znaczne trudności z wyjaśnieniem statusu embrionu w fazie poprzedzającej jego animację (hominizację), bo wówczas nie wiadomo, jakim rodzajem bytu byłby taki embrion, skoro ma on swoje własne unikalne DNA, program i potencjał uporządkowanego rozwoju, ukierunkowanego ku określonemu celowi, a biologicznie nie jest ani częścią organizmu ojca, ani częścią organizmu matki, ani nie jest nowotworem, ani względnie autonomiczną tkanką żywą. Jeśli dusza ludzka nie byłaby jeszcze na tym wczesnym etapie formą jego ciała, to wobec tego powstaje pytanie: jaka forma byłaby odpowiedzialna za organizację materii ciała wczesnego, nieanimowanego jeszcze embrionu? Taki przedosobowy embrion, jeszcze bez duszy ludzkiej, musiałby być jakimś jednostkowym bytem, żyjącym ludzkim życiem, ale nie wiadomo, co stanowiłoby zasadę jego indywidualności, skoro nie byłaby nią dusza ludzka. Oczywiście z trofoblastem, w przypadku nieuznania go za zewnętrzny organ współtworzący byt embrionu, nie byłoby takiego problemu metafizycznego, ponieważ wówczas można mu przypisać status tkanki żywej, która wywodzi się wprawdzie z embrionu i ma jego DNA, ale nie ma własnego odrębnego potencjału uporządkowanego rozwoju. Taka charakterystyka trofoblastu ujawnia się wyraźnie w przypadku tzw. ciąży przetrwałej, w której dochodzi do obumarcia embrionu właściwego, natomiast trofoblast pozostaje żywy i zachowuje swoją enzymatyczną funkcję lityczną wobec tkanek macicznych, lecz nie rozwija się dalej w żaden odrębny i samodzielny organizm³⁸.

5. FIZYCZNA BEZPOŚREDNIOŚĆ LETALNEGO DZIAŁANIA NA CIELE CZŁOWIEKA A ODPOWIEDZIALNOŚĆ MORALNA

Jeśli mimo to przyjąć, że trofoblast jest organem dziecka, to czy z tego powodu działania destrukcyjne na tym organie i w efekcie letalne dla dziecka, które ten organ współtworzy metafizycznie, należy uznać jednoznacznie za we-

³⁷ Por. św. Tomasz z Akwinu, *In III Sent.* d. 3, q. 5. a. 2, corp.

³⁸ Więcej na temat teorii animacji opóźnionej – por. M. Machinek, *Spór o status ludzkiego embrionu*, dz. cyt., s. 237-247; J. Wróbel, *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*, Kraków 1999, s. 69-88, a zwłaszcza s. 71-80; R. Plich, *Saint Thomas Aquinas on the Beginning of Human Life*, w: *Dominicans and the Challenge of Thomism*, red. M. Paluch, P. Lichacz, Warszawa 2012, s. 313-324.

wnętrze złe i moralnie niedopuszczalne? Christopher Kaczor odpowiada, że nie. Nawiązuje przy tym do pracy Griseza, Finnis'a i Boyle'a, przywołując z niej bardzo pouczający w tym względzie przypadek heroicznego żołnierza, który w czasie walki rzuca się na granat wypuszczony przez nieprzyjaciela w jego kierunku. Żołnierz ten chce zasłonić granat swoim ciałem i nie dopuścić w ten sposób, aby wybuch zabił innych żołnierzy, towarzyszących mu w walce. Czyniąc to, ponosi śmierć na miejscu, a przez swój czyn doprowadza do tego, że wybuchający granat oddziałuje bezpośrednio na jego ciało i rozrywa je, czyli niszczy to, co metafizycznie współtworzy jego ludzki byt. Zwykle jednak sądzimy, że taki czyn jest aktem odwagi i heroizmu, jest ofiarą z siebie złożoną dla ocalenia życia pozostałych osób i nie potępiamy go moralnie jako aktu samobójstwa, w którym działający podmiot w świadomym i dobrowolnym akcie samostanowienia odbiera sobie życie, nawet dla dobra innych³⁹. Owszem, żołnierz rzucający się na granat, w przeciwieństwie do zabijanego embrionu, sam dokonuje świadomego i dobrowolnego wyboru o letalnych skutkach. Embrion natomiast zostaje uśmiercony przez kogoś innego, działającego z zewnątrz i sam nie podejmuje żadnego działania. Jednak to nie akt samostanowienia jako taki decyduje o moralnej dopuszczalności czynu, bo gdyby tak było, to każde samobójstwo byłoby moralnie dopuszczalne, bo przecież jest aktem samostanowienia. Ponadto czynnikiem decydującym o moralnej niegodziwości aktu nie może być fizyczna bezpośredniość wykonania letalnego działania na ciele okaleczanej czy zabijanej osoby, bo gdyby tak było, to czyn żołnierza rzucającego się na granat należałoby wówczas określić nie jako heroiczną ofiarę z własnego życia, lecz jako poważne samookaleczenie lub samobójstwo, a to byłoby sprzeczne z powszechną intuicją moralną i pozytywną oceną moralną tego czynu. Podobnie jest w przypadku obrony koniecznej, kiedy w wyniku podjętych bezpośrednio na ciele napastnika działań dochodzi do jego okaleczenia czy nawet zabicia, aby uratować życie zaatakowanego człowieka. Inny przykład to atak militarny podczas prowadzenia wojny sprawiedliwej, podjęty dla ratowania napadniętej społeczności, kiedy obok żołnierzy nieprzyjaciela-agresora giną także zupełnie przypadkowo cywile, obecni na linii militarnego rażenia, które niszczy w sposób fizycznie bezpośredni ich ciała i życie. Tradycyjnie przypadki te są uznawane przez intuicję moralną wielu ludzi oraz przez myśl teologiczną i nauczanie Kościoła za akty moralnie dopuszczalne, chociaż działania te, wraz ze swymi okaleczającymi lub śmiertelnymi skutkami, przeprowadzane są bezpośrednio na ciałach i organach współtworzących metafizycznie osoby ludzkie⁴⁰.

Moralna dopuszczalność działań w powyższych przypadkach pokazuje, że czyny doprowadzające nieuchronnie do destrukcyjnych, a nawet letalnych skut-

³⁹ Por. G. Grisez, J. Finnis, J. Boyle, "Direct" and "Indirect", dz. cyt., s. 20.

⁴⁰ Por. tamże, s. 28-29; Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy*, dz. cyt., s. 276-277.

ków, wykonane bezpośrednio na ciele okaleczanej lub zabijanej osoby, nie muszą być wewnętrznie złe i że ich złe skutki ze względu na swą nieuchronność i fizyczną bezpośredniość nie muszą być zamierzone. Podobnie, jeśli nawet destrukcyjny lub letalny efekt działania jest równoczesny lub wręcz wyprzedza jego efekt dobry, to ta czasowa uprzedniość nie świadczy o wewnętrznym złu działania⁴¹. Ani nieuchronność okaleczenia lub śmierci, ani fizyczna bezpośredniość działania o destrukcyjnych lub letalnych skutkach wykonywanego wprost na ciele osoby, ani wreszcie chronologiczna uprzedniość letalnych skutków względem skutków dobrych nie świadczą o wewnętrznym złu tego działania⁴². Dlatego jeśli nawet metotreksat przy okazji zatrzymania wzrostu trofoblastu i jego wpływu niszczącego tkanki maczyny sam wywierałby destrukcyjny wpływ na trofoblast, a nawet na całe ciało dziecka, to nie znaczy, że śmierć dziecka musi być chciana i bezpośrednia w porządku intencji. Podobnie, jeśli w czasie salpingostomii nie uda się wyizolować nienarodzonego dziecka bez jego uszkodzenia i dojdzie do bezpośredniej fizycznej dezintegracji jego ciała, to nie znaczy to, że jego śmierć musi być chciana i bezpośrednia w porządku intencji. Bezpośredniość w porządku fizycznej przyczynowości nie utożsamia się z bezpośredniością w porządku intencji. Istotna dla oceny moralnej aktu jest bezpośredniość w porządku intencji, wyrażająca się w chceniu czegoś jako środek lub jako cel. Natomiast bezpośredniość fizyczna jest nieistotna dla moralnej oceny aktu. Christopher Kaczor słusznie zauważa, że przecież można także dokonać rozmyślnego zabicia niewinnej istoty ludzkiej, a więc czynu wewnętrznie złego, nie podejmując fizycznie działania na ciele osoby zabijanej – chociażby przez tzw. zaniechanie. Na przykład ratownik, który płynąc łodzią ratunkową, rozmyślnie omija tonącego, aby ten umarł przez utonięcie, czy rodzice, którzy rozmyślnie zaprzestają żywienia swojego dziecka, zagładzając je na śmierć, czy ktoś, kto specjalnie nie podaje choremu środka ratującego jego życie, aby doprowadzić do jego śmierci. Dlatego fizyczna bezpośredniość działania wykonanego na ciele osoby i skutkującego jej śmiercią nie jest decydującym czynnikiem dowodzącym, że działanie jest wewnętrznie złe⁴³.

⁴¹ Por. tamże, s. 273-274; G. Grisez, J. Finnis, J. Boyle, *“Direct” and “Indirect”*, dz. cyt., s. 23.

⁴² Por. G. Grisez, *Abortion*, dz. cyt., 340.

⁴³ Por. Ch. Kaczor, *The Ethics of Ectopic Pregnancy*, dz. cyt., s. 270, 274. Krytycy moralnej dopuszczalności salpingostomii i metotreksatu argumentują często, postulując, aby nie rozbijać jedności fizycznej aktu i obiektywności gwarantowanej przez fizyczną przyczynowość – por. M. Anderson i in., *Ectopic Pregnancy and Catholic Morality*, dz. cyt., s. 72-73. Podobnie, Edward Furton twierdzi, że nie można nie chcieć tego, co się fizycznie bezpośrednio powoduje – por. jego, *The Direct Killing of the Innocent*, „Ethics and Medics” 35 (10) 2010, s. 2. Starania o obiektywność aktów ludzkich są jak najbardziej zrozumiałe, jednak jednostronne przeakcentowanie roli fizycznej jedności i przyczynowości może prowadzić do problemów w wyjaśnieniu moralnej oceny takich przypadków jak omawiany tu kazus heroicznego żołnierza.

Warto w kontekście tych rozważań raz jeszcze powrócić do oceny moralnej wspomianej już wcześniej, innej metody terminacji ciąży pozamacicznej, jaką jest wyczekiwanie na jej spontaniczne rozwiązanie. Można zapytać, czy śmierć embrionu nie jest w tym przypadku także chciana, stąd bezpośrednia, bo jest oczekiwana z nadzieją, że się wydarzy i że nie trzeba będzie stosować innych metod. Jeżeli tak jest, to czy wówczas odrzucanie salpingostomii i metotreksatu jako form bezpośredniego zabicia dziecka, wraz z jednoczesnym dopuszczaniem nierobienia niczego w nadziei na chcianą i wyczekiwaną spontaniczną śmierć dziecka, nie byłoby pewnego rodzaju hipokryzją? Kiedy mamy do wyboru nie dopuścić lub pozwolić naturze na działanie, to pozwolenie na to, aby siły natury spowodowały coś, na czym nam zależy, nie zwalnia nas z odpowiedzialności moralnej za to pozwolenie. Wydaje się jednak, że możliwy jest także inny opis tego, co się dzieje w metodzie wyczekiwania, w świetle którego można ją ocenić jako moralnie dopuszczalną. Mianowicie, w metodzie wyczekiwania wcale osoby działające (lekarz, matka, członkowie rodziny) nie muszą pragnąć śmierci nienarodzonego dziecka i ona nie musi być przedmiotem ich oczekiwania. Z reguły przedmiotem chcenia w tym przypadku i jednocześnie przedmiotem aktu moralnego, jakim jest wyczekiwanie, jest proces samowyleczenia uruchomiony spontanicznie przez siły natury, w wyniku którego dochodzi do ocalenia życia kobiety, ale także do nieuchronnej śmierci dziecka. Nieuchronność śmierci embrionu w upragnionym naturalnym samowyleczeniu nie świadczy o tym, że ta śmierć musi być chciana. Skoro zatem w metodzie wyczekiwania jej moralna ocena zależy od intencji i wyboru osoby działającej (wyczekującej i rozmyślnie niepodjęmującej innych działań), to podobnie może być w przypadku salpingostomii i użycia metotreksatu. W tych ostatnich przypadkach osoba działająca może podejmować je jako działania lecznicze, polegające na przerwaniu destrukcyjnego wpływu ciąży na matkę, w wyniku czego zarodek ginie w sposób nieuchronny, ale to nie znaczy, że chciany. Spowodowanie śmierci dziecka, do którego dochodzi w wyniku tych aktów, nie musi być ich przedmiotem. W metodzie wyczekiwania, kiedy możliwość działania leczniczego oddajemy naturze, nie dokonuje się nic bardziej moralnie szlachetnego jak jakaś analogiczna forma odizolowania ciąży od organizmu matki, na którą świadomie i dobrowolnie pozwalamy, co doprowadza do obumarcia dziecka. Interwencję poprzez aktywne działanie podejmuje się wówczas, kiedy staje się jasne, iż natura już sobie nie poradzi z samowyleczeniem i że trzeba będzie ją wspomóc innymi metodami. Bezpośrednią przyczyną sprawczą w porządku fizycznej przyczynowości, zarówno w metodzie wyczekiwania, jak i w wymienionych powyżej moralnie nagannych przypadkach zaniechania, są siły natury, ale ludzkie świadome i dobrowolne przyzwolenie na działanie tejże natury podlega ocenie moralnej, która w takich przypadkach zależy od tego, co jest wybrane jako środek lub zamierzone jako cel takiego przyzwolenia, a zatem od aktów woli przyzwalającego człowieka,

a nie od fizycznej przyczynowości sił natury. Gdyby fizyczna bezpośredniość sił natury była gwarantem moralnej neutralności śmierci niewinnych istot ludzkich, to żadne świadome i dobrowolne przyzwolenie na działanie sił natury w tych przypadkach nie mogłoby być uznane za moralnie niegodziwe. Tymczasem wcale tak nie jest i istnieją takie przypadki moralnie niegodziwych zaniechań, w których osoba działająca przyzwala na destrukcyjne działanie sił natury.

Zatem dla uzasadnienia moralnej dopuszczalności użycia metotreksatu nie jest konieczne przyjmowanie strategii argumentacyjnej polegającej na relatywizowaniu i pomniejszaniu metafizycznego statusu trofoblastu. Zdaniem Kaczora, jeśli nawet założyć, że trofoblast współtworzy embrion metafizycznie, to rozmyślne zatrzymanie jego wzrostu, nawet jeśli wiąże się z uszkodzeniem trofoblastu i całego embrionu, nie musi być tożsame z moralnie niegodziwym bezpośrednim zabiciem nienarodzonego dziecka. Również William May po niedawnej zmianie swego stanowiska wciąż uważa, że trofoblast jest właściwym organem embrionu, ale obecnie sądzi, że ten fakt jest nieistotny dla moralnej dopuszczalności użycia metotreksatu w rozwiązaniu ciąży pozamacicznej⁴⁴. Działanie metotreksatu nie wyklucza, że ten, kto go stosuje, robi to dlatego, że chce powstrzymać niszczące działanie trofoblastu na tkanki maczyne, i wcale nie musi chcieć jednocześnie letalnego skutku, jaki metotreksat wywiera ostatecznie na cały embrion. Skoro bowiem sami przeciwnicy moralnej dopuszczalności metotreksatu nie wnoszą etycznych zastrzeżeń odnośnie do stosowania go w ciąży przetrwałej i uznają, że wykorzystuje się go wówczas po to, aby zahamować destrukcyjną działalność trofoblastu na tkanki maczyne, to tym samym pokazują, że jego działanie samo w sobie, niezależnie od możliwych złych skutków, jakie może wyrzucić na nienarodzone dziecko, nie jest wewnętrznie złe⁴⁵.

* * *

Dyskusja na temat moralnej oceny różnych metod terminacji ciąży jajowodowych powróciła z nową siłą po około stu latach od jej pierwszej odsłony w XIX wieku. Złożyły się na to przynajmniej dwa czynniki. Pierwszym z nich jest krytyka proporcjonalizmu, który rozwinął się w teologii moralnej po Soborze Watykańskim II. Teologowie odrzucający proporcjonalizm i wierni nauczaniu Magisterium, musieli na nowo stawić czoła trudnym kazusom moralnym, aby pokazać, że możliwe jest ich racjonalne rozwiązanie bez uciekania się do metody proporcjonalistycznej, narzucającej się odruchowo ludziom wychowanym we współczesnej kulturze, silnie naznaczonej elementami pragmatyzmu. Takie nieproporcjonalistyczne rozwiązanie wymagało krytycznej refleksji nad dziedzictwem

⁴⁴ Por. drugie wydanie W. May, *Catholic Bioethics* (2008), dz. cyt., s. 202.

⁴⁵ Por. tamże, s. 274.

tradycji i przemyślenia na nowo teorii ludzkiego działania, definicji aktu moralnego, zasady podwójnego skutku, przy jednoczesnej wierności istniejącemu nauczaniu Magisterium. Drugim czynnikiem prowokującym do podjęcia zagadnienia ciąży pozamacicznych stała się zwiększona ostatnio częstość ich występowania oraz nowe techniki medyczne, umożliwiające ocalenie zagrożonego życia kobiety, modyfikujące obecną praktykę lekarską. Nowe medyczne rozwiązania, powodując dylematy sumienia katolików i trudności dla spowiedników, spowodowały, że zaczęto domagać się odpowiedzi od teologów moralnych, którzy w związku z tym musieli ponowić refleksję i wymianę myśli na ten temat. W niniejszym artykule starałem się przedstawić ważniejsze racje i argumenty pewnego etapu obecnej debaty teologicznej dotyczącej ciąży ektopicznych, podjętej na nowo, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych. W następnym artykule⁴⁶ chciałbym ukazać kolejną odsłonę tej debaty, dla której siłą napędową stały się poglądy znanego teoretyka moralności, którym jest szwajcarski ksiądz katolicki Martin Rhonheimer, wykładowca etyki i filozofii politycznej na Papieskim Uniwersytecie Santa Croce w Rzymie. Stanowisko Rhonheimera wywołało bowiem ciekawą dyskusję, której warto się uważnie przyjrzeć.

ABSTRACT

Respected Catholic moral thinkers have continued to debate over two methods for managing ectopic pregnancies, namely, the operation called "salpingostomy" and the use of the pharmaceutical preparation called "methotrexate". This debate has arisen for two reasons: first, because the invention and popularization of these methods requires their moral evaluation, and second, because for the time being there is no specific moral teaching of the Magisterium dealing explicitly with either of these. Many Catholic moral theologians and ethicists have evaluated these two methods, according to traditional moral principles, as direct killing of the embryo (an innocent human being) and therefore as morally impermissible acts. However, there are others who also would like to remain faithful to Magisterial teaching but use a different interpretation and application of the same traditional principles and consider these two methods to be indirect killing of the embryo and therefore as morally permissible acts. This article constitutes the first part of the presentation of the arguments endorsed by both sides of this moral debate.

Keywords

ectopic/extruterine pregnancy, salpingostomy, methotrexate, moral act, direct/indirect killing, principle of double effect

⁴⁶ Publikacja następnego artykułu planowana jest w kolejnym numerze pisma „Teologia i Moralność”.