

Dr Piotr Guzdek
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1727-8012>
DOI: <https://doi.org/10.15633/9788363241414.21>

**PRAWO CHRONI RODZICÓW I DZIECI
UWAGI DOTYCZĄCE ABORCJI EUGENICZNEJ
NA KANWIE WYWIADU
KS. PROF. ANDRZEJA SZOSTKA MIC
DLA KWARTALNIKA „WIĘŹ”**

Wprowadzenie

Udzielony kwartalnikowi „Więź” przez ks. prof. Andrzeja Szostka MIC wywiad, który w wersji internetowej ukazał się na portalu periodyku 14 czerwca br.¹, wzbudził szereg kontrowersji. W związku z tym dostrzega się potrzebę wskazania co najmniej w sygnalnej formie istotnych zagadnień dotyczących aborcji eugenicznej, które w samym wywiadzie nie wybrzmiały lub zostały wyrażone w mniej transparentny sposób. Uwzględnienie tych podstawowych kwestii wydaje się wszelako niezbędne dla próby przewyższenia prezentowanego w mediach jednostronnego ujęcia aborcji eugenicznej i integralnego uocznienia jej etycznych, prawnych, religijno-teologicznych i psychospołecznych implikacji. Poniższe uwagi nie stanowią ścisłej polemiki z wypowiedzią A. Szostka, mimo to są bez wątpienia głosem kontekstualnie do niej nawiązującym, który ma na celu przedstawienie aspektów rozważanego problemu przeważnie przemilczanych w debacie medialnej, a zarazem nieodzownych dla dokonania jego krytycznej analizy. Z konieczności niezbędne jest jednak uczynienie pewnych bezpośrednich odniesień do wzmiankowanej rozmowy, zwłaszcza do stwierdzeń, których rzeczowość budzi wątpliwości. Realizacja tak zakreślonego celu badawczego wymaga zastosowania w niniejszym przedłożeniu metody analizy krytycznej.

¹ <https://wiesz.pl/2022/06/14/ks-szostek-kobiety-mozna-zachecac-do-rodzenia-chorych-dzieci-ale-nie-mozna-ich-zmuszac/> (dostęp: 5.07.2022).

Ryzyko błędu medycznego

W debacie o legalizacji aborcji eugenicznej najczęściej pomija się ryzyko popełnienia przez lekarza błędu rokowania i błędu opiniodawczego, a w konsekwencji uśmiercenia w fazie prenatalnej zdrowego dziecka, przyjmując u samych podstaw rozwiązań prawnych rzekomo niekwestionowane etycznie założenie o dopuszczalności pozbawienia życia dziecka niewątpliwie chorego². O takich udaremnionych przypadkach przeprowadzenia aborcji ze wskazań eugenicznych na zdrowym dziecku informują środowiska obrońców życia rodzice, którzy mimo przedstawianych przez personel medyczny niekorzystnych prognoz stanu zdrowia dziecka oraz jednoznacznych zaleceń przeprowadzenia aborcji, odmówili jej wykonania³. Po porodzie rokowania okazywały się błędne.

W odniesieniu do pacjentów w innych grupach wiekowych niż dzieci w okresie prenatalnym ryzyko czy też mniej lub bardziej określone prawdopodobieństwo wystąpienia ciężkiej jednostki chorobowej lub niepełnosprawności nie stanowi prawnej przesłanki do poddania pacjenta procedurze eutanatycznej. Nawet w regulacjach krajów dopuszczających eutanazję stan chorobowy pacjenta musi zostać wystarczająco udowodniony jako faktyczny, nie zaś tylko potencjalny. Tymczasem w przypadku nienarodzonego dziecka samo prawdopodobieństwo, a nie z całą pewnością potwierdzone wystąpienie wady genetycznej lub nieprawidłowości rozwojowej, ma stanowić przestrzeń „wolności rozeznania” rodziców w kwestii jego uśmiercenia. Jest to rażąca postać dyskryminacji nienarodzonego dziecka z powodu wieku i stanu zdrowia.

W debacie medialnej milczeniem pomija się również fakt, że pacjenci z zespołami genetycznymi różnicują się między sobą pod względem nasilenia cech fenotypowych⁴. Na podstawie badań prenatalnych miarodajna ocena rzeczywi-

² Por. M. Serwach, *Prawne aspekty diagnostyki prenatalnej*, w: *Diagnostyka prenatalna w praktyce*, red. P. Węgrzyn, D. Borowski, M. Wielgoś, Warszawa 2015, s. 295–298.

³ Por. M. Guziak-Nowak, A. Gołda (red.), *Życie. Bez wyjątków*, Kraków 2020, s. 42–45, 49–50, 61–63, 65–68, 71–75, 77–79, 85–87, 93–95, 97–101, 103–107. Świadek Dominiki Korzeniowskiej, matki Dominika, <https://www.facebook.com/photo/?fbid=563118878509216&set=a.228755965278844> (dostęp: 1.09.2022).

⁴ Przykładowo zespół Turnera „obejmuje szerokie spektrum cech, od poważnych wad serca do drobnych problemów kosmetycznych. Niektóre osoby z zespołem Turnera wykazują się tylko kilkoma cechami, podczas gdy inne mają ich wiele”. N. Baena et al., *Turner Syndrome: evaluation of prenatal diagnosis in 19 European Registries*, „American Journal of Medical Genetics” 2004, vol. 129A, iss. 1, s. 16, 19. Zróżnicowanie charakterystyki fenotypowej zespołu Turnera z określeniem częstotliwości występowania poszczególnych objawów dotyczących zaburzeń endokrynologicznych, zaburzeń funkcjonowania wątroby, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, cech fenotypowych oczu, uszu, ust, szyi, klatki piersiowej, skóry, paznokci, włosów, szkieletu, serca i nerek oraz problemów psychospołecznych i neuropoznawczych czytelnik odnajdzie w pracy: C.H. Gravholt et al., *Turner syndrome: mechanisms and*

stego natężenia u danego pacjenta poszczególnych anomalii, znamionujących określony zespół, nie zawsze jest w pełni możliwa w okresie, kiedy zniesione prawo dopuszczało w Polsce aborcję ze wskazań eugenicznych, czyli poniżej 21. tygodnia, ale także wówczas, gdyby cenzus prawny został wydłużony i ustalony przed 24. tygodniem ciąży, jak to ma miejsce w Wielkiej Brytanii, Szkocji i Walii⁵. W rezultacie uśmiercano dzieci, które mimo nosicielstwa zespołu genetycznego mogły faktycznie nie wykazywać w stadium postnatalnym jego ciężkiej postaci i być zdolne do relatywnie poprawnego funkcjonowania. Niektóre dziewczynki z zespołem Turnera wychodzą za mąż, osiągają sukcesy zawodowe, uzyskują stopnie naukowe⁶. W krajach Unii Europejskiej od 60 do 80% dziewczynek z diagnozą tego zespołu jest poddawanych aborcji⁷. Polski ustawodawca nie podał precyzyjnej definicji ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu, a także nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu. Tę kwestię pozostawiono rozstrzygnięciom lekarzy i rodziny, stąd w jednych ośrodkach najczęściej diagnozowana postać anomalii chromosomowej – zespół Downa stanowił podstawę terminacji ciąży, w innych nie, o ile nie potwierdzono towarzyszących mu zmian strukturalnych, przykładowo letalnych⁸. Ta daleko idąca dowolność interpretacji sytuacji klinicznej determinowała poważne konsekwencje, otwierając pole do nadużyć.

Uwzględnienia wyżej sygnalizowanych zagadnień w interesującym nas wywiadzie zabrakło. Wielokrotnie w rzeczonyj dyskusji następuje swobodne przejście, nierzadko zaciemniające jasność wyводу, od sytuacji zagrożenia zdrowia i życia matki do diagnozy lub co najwyżej prognozy zespołu genetycznego bądź nieprawidłowości rozwojowej. Wątpliwości budzą niektóre rozstrzygnięcia definicyjne A. Szostka mające pryncypialne znaczenie dla budowania świadomości społecznej. Lubelski etyk stwierdza przykładowo, że „aborcja jest z definicji usunięciem ciąży”. W rzeczywistości aborcja nie jest z definicji usunięciem stanu fizjologicznego kobiety, ale uśmierceniem dziecka rozwijającego się w jej łonie. Dopiero wtórnym następstwem usunięcia żywego dziecka z jamy macicy jest zakończenie fizjologicznego stanu ciąży. To ściśle rozróżnienie zaciąga diametralnie odmienne konsekwencje dla debaty społecznej. Podobnie dzieci nie

management, „Nature Reviews Endocrinology” 2019, vol. 15, s. 601–614.

⁵ Por. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *Termination of pregnancy for fetal abnormality in England, Scotland and Wales. Report of a working party*, London 2010, s. 13–14.

⁶ Por. Broszura nt. *Drugie imię Kasi*, Kraków 2017.

⁷ Por. C.H. Gravholt, *Epidemiological, endocrine and metabolic features in Turner Syndrome*, „European Journal of Endocrinology” 2004, nr 151, s. 657–659.

⁸ Por. A. Michalik, A. Czerwińska-Osipiak, J. Olszewska, *Model przebiegu procesu adaptacji po stwierdzeniu w czasie ciąży wady rozwojowej płodu (wg J. Lalor i C. Bigley): propozycja dla polskiej medycyny perinatalnej*, „Miscellanea Anthropologica et Sociologica” 2013, vol. 14, nr 2, s. 183–184.

„przychodzą na świat” wraz z narodzinami, jak zauważa Ksiądz Profesor. Okres prenatalny jest bowiem tylko jednym z etapów rozwojowych człowieka. Żaden z późniejszych etapów nie dorównuje dynamiką zmian rozwojowych prenatalnemu studium życia.

Doświadczanie bólu przez dziecko podczas procedury aborcyjnej

W analizie problemu aborcji ze wskazań eugenicznych, podjętej we wzmiankowanym wywiadzie, pominięto także istotną okoliczność doświadczania bólu przez nienarodzone dziecko w trakcie dokonywania na nim procedury aborcyjnej. W przestrzeni publicznej w związku z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku upowszechniano narrację wskazującą na „embriopatie” za podstawę przeprowadzenia aborcji zgodnie z uchylonymi przepisami ustawy o planowaniu rodziny z roku 1993⁹. Sprzeciwiano się użyciu terminu „aborcja eugeniczna” jako rzekomo stygmatyzującego kobiety i nieprzystającego do istoty działań eugenicznych, choć trudno o ich bardziej wyrazistą formę, jednocześnie domagając się stosowania określeń typu „aborcja embriopatologiczna”¹⁰. Tym samym podprogowo sugerowano opinii publicznej, że stwierdzenie wady genetycznej czy nieprawidłowości rozwojowej płodu dokonuje się na etapie embriogenezy, kiedy procedura aborcyjna nie wiąże się w opinii zdecydowanej większości badaczy z ryzykiem doświadczania bólu przez uśmiercane dziecko. Taka narracja stanowiła oczywiste kłamstwo i służyła manipulacji opinią publiczną. Manipulacją była także kontestacja uznania systemu prawnego i biomedycznego, pozwalającego na eliminację ze społeczeństwa jeszcze w fazie prenatalnej jednostek obciążonych niepełnosprawnością, za porządek społeczny wypełniający znamiona eugeniki. Eugenika bowiem polega nie tylko na sterylizacji „zdefektowanej” jednostki, by zapobiec dalszej transmisji reprodukcyjnej niskiej jakości materiału genetycznego, ale pierwszoplanowo na skutecznym przeciwdziałaniu jej narodzinom, co niweluje wszelkie koszty jej postnatalnego funkcjonowania w społeczeństwie, jak również na możliwie najszybszym zastąpieniu takiej jednostki prenatalnej „rentowną” ciążą, która

⁹ Por. A. Sierant, *Aborcja z przyczyn embrio-patologicznych a aborcja eugeniczna: czym się różnią?*, <https://zdrowie.wprost.pl/dziecko/ciaza/10380808/aborcja-z-przyczyn-embrio-patologicznych-definicja-czym-jest.html> (dostęp: 26.10.2020); M. Bury, *Aktorki wrzucają do sieci zdjęcia z czasów ciąży. W ten sposób pokazują, że nie zgadzają się z zakazem aborcji z przyczyn embrio-patologicznych w Polsce*, <https://www.hellozdrowie.pl/aktorki-wrzucaja-do-sieci-zdjecia-z-czasow-ciazy-w-ten-sposob-pokazuja-ze-nie-zgadzaja-sie-z-zakazem-aborcji-eugenicznej-w-polsce/> (dostęp: 23.10.2020).

¹⁰ Por. M. Ważna, *Termin „aborcja eugeniczna” służy manipulacji. Jak mówić o aborcji?*, <https://www.medonet.pl/ciaza-i-dziecko/patologia-ciazy,termin-aborcja-eugeniczna-sluzy-manipulacji--jak-mowic-o-aborcji-,artykul,29851905.html> (dostęp: 8.09.2022).

rokuje na pełnowartościowe urodzenie. W rzeczywistości diagnostyka wad i nieprawidłowości rozwojowych oraz procedura aborcyjna będąca jej następstwem były podejmowane po zakończeniu embrionalnego etapu rozwoju dziecka w późniejszych tygodniach ciąży¹¹. Diagnostyka pierwszego trymestru przypada między 11. a 14. tygodniem. Większość anomalii strukturalnych płodu jest identyfikowana w wyniku screeningu ultrasonograficznego między 18. a 20. tygodniem¹². W Polsce amniopunkcję genetyczną przeprowadzano przeważnie od 15. do 17-18. tygodnia, aby zapewnić rodzicom realizację ewentualnej decyzji o terminacji ciąży ze wskazań genetycznych (do 21. tygodnia), uwzględniając przy tym czas oczekiwania na wyniki badania¹³.

Doniesienia z badań biomedycznych cenzusu czasowego, w którym dziecko uzyskuje zdolność do reakcji na bodźce bólowe (w tym reakcji hormonalnych i hemodynamicznych), są wysoce zróżnicowane. Badacze umiejscawiają go jeszcze w trakcie organogenezy (6-8 tygodni), odraczają do 12-13. tygodnia bądź też wskazują na 16., 18. lub 20. tydzień albo przesuwają na okres między 24. i 28. tygodniem ciąży¹⁴. W tym aspekcie odróżnia się nieświadomą reje-

¹¹ Test podwójny wykonuje się między 11-14. tygodniem, test potrójny między 14. a 20. tygodniem, biopsję trofoblastu między 11. a 14. tygodniem, echokardiografię płodu między 18. a 20. tygodniem, oznaczenie płodowego DNA w surowicy krwi kobiety ciężarnej od 10. tygodnia, kordocentezę powyżej 18. tygodnia, zaś fetoskopię powyżej 16. tygodnia ciąży. Por. P. Sieroszewski, E. Baś-Budecka, *Diagnostyka prenatalna*, w: *Położnictwo i ginekologia*, t. 1, red. G.H. Bręborowicz, Warszawa 2015, s. 485-493; P. Kaczmarek, P. Węgrzyn, *Inwazyjna diagnostyka prenatalna*, w: *Diagnostyka prenatalna w praktyce*, red. P. Węgrzyn, D. Borowski, M. Wielgoś, Warszawa 2015, s. 83-100.

¹² Por. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *Termination of pregnancy for fetal abnormality in England, Scotland and Wales. Report of a working party...*, dz. cyt., s. 17.

¹³ Por. P. Sieroszewski, E. Baś-Budecka, *Diagnostyka prenatalna*, w: *Położnictwo i ginekologia...*, t. 1, dz. cyt., s. 485-493; P. Kaczmarek, P. Węgrzyn, *Inwazyjna diagnostyka prenatalna...*, dz. cyt., s. 83-100.

¹⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Okres prenatalny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2011, s. 159; T.S. Collectt, *Fetal pain legislation: is it viable?*, „Pepperdine Law Review” 2003, vol 30, iss. 2, s. 161-184; taż, *Previability abortion and the pain of the unborn*, „Washington and Lee Law Review” 2014, vol. 71, iss. 2, s. 1211-1231; A.S. Kadić, M. Predojević, *Fetal neurophysiology according to gestational age*, „Seminars in Fetal & Neonatal Medicine” 2012, vol. 17, s. 256-260; L. Myers et al., *Fetal endoscopic surgery: indications and anaesthetic management*, „Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology” 2004, vol. 18, nr 2, s. 231-258; N.M. Fisk et al., *Effect of direct fetal opioid analgesia on fetal hormonal and hemodynamic stress response to intrauterine needling*, „Anesthesiology” 2001, vol. 95, s. 828-835; R. Gitau, N.M. Fisk, V. Glover, *Human fetal and maternal corticotrophin releasing hormone responses to acute stress*, „Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition” 2004, vol. 89, s. F29-F32; R.P. Smith et al., *Pain and stress in the human fetus*, „European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology” 2000, vol. 92, s. 161-165; K.J. Anand, M. Mervyn, *Fetus, fentanyl, and stress response*:

stracę przez płód bodźców polegającą na aktywacji na poziomie podkorowym dróg bólowych (nocycepcję) od aktualnie wykazywanej świadomości odczuwania bólu¹⁵. Nocycepcję przypisuje się tym etapom wzrostu prenatalnego, na których nie funkcjonuje jeszcze kora mózgowa. To właśnie nocyciepcja wzbudza tak różnorakie oceny i wysuwane są odmienne propozycje jej lokalizacji na szlaku rozwoju wewnątrzmacicznego. Co szczególnie symptomatyczne, „niektórzy badacze podają anatomiczne i hormonalne dowody, że wrażliwość bólowa jest w okresie płodowym nawet większa niż później, a słaba jeszcze mapa wrażeń cielesnych powoduje, że «całe ciało» boli”¹⁶.

Sposób dokonania aborcji eugenicznej i tygodnie ciąży, w których była ona wykonywana, nie tylko zatem narażały, ale wprost eksponowały dziecko na doświadczenia bólowe. W wymiarze fizjologicznym aborcja przeprowadzana na podstawie przesłanek eugenicznych odpowiada mechanizmowi porodu, podobnie poronienie naturalne powyżej 16. tygodnia ciąży przyjmuje fizjologię porodu¹⁷. Dziecko rodzi się martwe, ponieważ w trakcie porodu najczęściej dochodzi do jego uduszenia się w drogach rodnych kobiety. Jeśli zaś rodzi się żywe, także umiera na skutek uduszenia się i niezapewnienia mu jakiegokolwiek formy opieki neonatologicznej¹⁸. W tej sytuacji należy więc mówić o żywym urodzeniu i na-

signals from the beginnings of pain, „Anesthesiology” 2001, vol. 95, nr 4, s. 823-825; R. Gitau et al., *Fetal hypothalamic-pituitary-adrenal stress responses to invasive procedures are independent of maternal responses*, „The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism” 2001, vol. 86, nr 1, s. 104-109.

¹⁵ K. Kosińska-Kaczyńska, M. Wielgoś, *Czy płód może odczuwać ból?*, „Ginekologia Polska” 2011, vol. 82, nr 2, s. 135.

¹⁶ D. Kornas-Biela, *Okres prenatalny...*, dz. cyt., s. 160.

¹⁷ Fakt dokonywania aborcji eugenicznej w formie indukowanego porodu i doświadczenia przez dziecko bólu potwierdzał w publicznych wypowiedziach prof. Romuald Dębski, zwolennik aborcji eugenicznej i zmarły kierownik Kliniki Położnictwa i Ginekologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie. Na pytanie Katarzyny Świerczyńskiej: „Jak wygląda aborcja?”, prof. R. Dębski w wywiadzie dla stacji TVN 24 udzielił następującej odpowiedzi: „To jest podanie kobiecie leku, który wywołuje skurcze macicy, a w efekcie poród. Takie dziecko najczęściej nie przeżywa samego procesu porodu, rodzi się martwe”. W dalszej części rozmowy dotyczącej zakazu aborcji eugenicznej w Polsce prof. R. Dębski stwierdził: „Dziewczyny poradzą sobie w inny sposób. Są kobiety, które wyjeżdżają za granicę, np. do Belgii i wracają z martwą ciążą. Rodzą martwe już dzieci. [...] Podaje się tam preparat, który zatrzymuje czynność serca dziecka. To chyba najbardziej humanitarne rozwiązanie, dziecko wtedy mniej cierpi. W Polsce tego się nie robi, ale koszt takiego zabiegu za granicą jest w zasięgu przeciętnej kobiety” (*Kobieta w roli worka do noszenia ciąży. To jest nieludzkie*, <https://tvn24.pl/magazyn-tvn24/kobieta-w-roli-worka-do-noszenia-ciazy-to-nieludzkie,60,1286> (dostęp: 3.09.2022)). Wypowiedź prof. Dębskiego fałszyfikuje tezę środowisk lewicowych fałszywie zakładającą, że aborcja eugeniczna chroni kobiety przed porodem martwych dzieci. W rzeczywistości bowiem aborcja ta przeważnie przyjmuje postać martwego urodzenia dziecka.

¹⁸ Por. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *Termination of pregnancy for*

stępującym po nim zgonie noworodka. W Wielkiej Brytanii zaleca się udzielenie żywo abortowanemu dziecku intensywnej opieki neonatologicznej, możliwie najlepiej dostosowanej do jego stanu klinicznego, pod warunkiem, że nie jest nosicielem wady letalnej¹⁹. W przypadku zaś wady letalnej za niezbędne uważa się wsparcie opieką paliatywną dziecka, które przeżyło aborcję.

W dyskursie medialnym w związku z orzeczeniem trybunału zwracano uwagę jedynie na przewidywane po porodzie cierpienie dziecka z pominięciem okoliczności, że istnieją skuteczne środki jego efektywnego łagodzenia. Skala prognozowanego cierpienia jest wysoce przesadzona w przekazie medialnym. Przeważnie eksponuje się najcięższe przypadki, by obrazem nefizjologicznej fizjonomii dziecka szokować opinię publiczną, podczas gdy fizjonomia ta niekoniecznie musi przekładać się na wysoki poziom cierpienia pacjenta. Całkowicie natomiast przemilcza się fakt, w jaki sposób aborcja eugeniczna jest wykonywana. Nie udziela się odpowiedzi na pytania, czy dziecko doświadcza bólu podczas procedury aborcyjnej, czy otrzymuje środki łagodzące ból lub wprost go usuwające, czy żywo abortowane uzyskuje wsparcie neonatologiczne, czy też nieogrzone kona w zimnym naczyniu. W mediach upowszechnia się obraz aborcji eugenicznej wyłącznie jako niekwestionowany akt miłosierdzia, rzekomo uwalniający dziecko od przewidywanego po porodzie cierpienia, gdy w rzeczywistości uśmiercenie dziecka z niekorzystną diagnozą prenatalną wiąże się z zadawaniem mu bólu w trakcie aborcji.

Jest rzeczą znamionną, że ogłaszane już od 1998 roku standardy medyczne brytyjskiej **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, regulujące warunki terminacji ciąży w przypadkach wad rozwojowych i nieprawidłowości genetycznych, traktują płód jako pacjenta, któremu należy oszczędzić ekspozycję na bodźce bólowe „niezależnie od wieku ciąży”²⁰. Nawet radykalni reprezentanci etyki jakości życia w naukowym dyskursie bioetycznym przyznają ochronę etyczną jednostkom, które są zdolne do odczuwania bólu i przez to ponoszenia szkód moralnych. Niezaprzeczalnie jednak odniesienie tego kryterium statusu moralnego do ludzkiego płodu determinuje zróżnicowane stanowiska bioetyczne, jako że poważną kontrowersję wzbudza problem rejestracji bez udziału świadomości bodźców bólowych i zasadności związania z nocycepcją takiej rangi statusu etycznego, który gwarantowałby ludzkiemu płodowi już w pierwszym i drugim trymestrze ciąży ochronę etyczną równorzędną podmiotom osobowym²¹. Chwytnie dla środowisk aborcyjnych stwierdzenie A. Szostka, że nie należy „zmuszać” kobiet do rodzenia chorego dziecka, jest

fetal abnormality in England, Scotland and Wales. Report of a working party..., dz. cyt., s. 24, 27–31.

¹⁹ Tamże.

²⁰ K. Kosińska-Kaczyńska, M. Wielgoś, *Czy płód może odczuwać ból?...*, dz. cyt., s. 135.

²¹ Por. W. Galewicz, *Status ludzkiego zarodka a etyka badań biomedycznych*, Kraków 2013, s. 80–89.

o tyle nierzeczowe, o ile uzna się medyczny fakt, że aborcja na dziecku, wobec którego prognozuje się ryzyko wad genetycznych lub nieprawidłowości rozwojowych, jest przeprowadzana w formie indukcji porodu, w wyniku którego dziecko umiera. Aborcja nie chroni kobiety przed rzekomym „przymusem” urodzenia dziecka, ponieważ poród jest nieuniknioną formą zakończenia zaawansowanej ciąży. Aborcja nie uwalnia również kobiety od macierzyństwa, mężczyzny od ojcostwa. Rodzice stają przed wyborem, czy urodzić dziecko, by zapewnić mu opiekę paliatywną do śmierci bądź zatroszczyć się o jego zdrowie w możliwym zakresie, jeżeli nie jest ono nosicielem wady letalnej, lub ewentualnie wyrazić zgodę na przysposobienie dziecka, czy też przedwczesnym porodem sprowokować jego śmierć. Jest to wybór wysoce jednoznaczny i brzemienny w skutkach: po dokonaniu aborcji małżonkowie nie przestają być rodzicami, ale stali się rodzicami dziecka martwego, przez siebie uśmierconego.

Równie nieprawdziwe, jak przywołane wyżej stwierdzenie A. Szostka, były hasła skandowane w październiku 2020 roku na ulicach polskich miast mówiące, że kobiety na skutek orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego będą zmuszane do rodzenia martwych dzieci, podczas gdy aborcja eugeniczna może je wyzwolić od tak traumatycznego porodu. Upowszechniały je także media²². Podobnie w tym przypadku przemilczano fakt przeprowadzania aborcji eugenicznej w formie indukowanego porodu, który najczęściej okazywał się porodem martwego dziecka.

Aborcja jako akt determinujący następstwa psychologiczne, duchowe, społeczne i pastoralne

W wywiadzie uwzględnia się negatywne następstwa wyłącznie urodzenia chorego dziecka, zarówno te uznawane za aktualnie przeżywane w okresie ciąży przez kobietę, jak i przewidywane bezpośrednio po porodzie i w dalszym jej życiu. Całkowicie natomiast pomija się milczeniem potencjalne następstwa psychologiczne, społeczne i duchowe aborcji. Prof. Andrzej Szostek stwierdza: „Należy zastanawiać się nad miarą kolidujących ze sobą dóbr. Z jednej strony mamy poczetą ludzką istotę, a z drugiej – obecne i przyszłe jeszcze cierpienia matki tej istoty”, jednak cierpienia te w narracji wywiadu są związane jedynie z porodem i wychowaniem chorego dziecka. Tu konieczne jest zastrzeżenie, ponieważ Ksiądz Profesor uczciwie przyznaje, że przyjęcie chorego dziecka nie

²² Por. O. Lipecka, *Ciąże w Polsce po wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Co się zmieniło?*, „Lekarz kazał urodzić martwy płód”, <https://dziendobry.tvn.pl/gorace-tematy/wyrok-trybunalu-konstytucyjnego-a-losy-cieczarnych-polek-w-reportazu-uwaga-tvnda337497-5313879> (dostęp: 23.04.2021); P. Pacewicz, *Nie musisz rodzić trupa, czyli aborcyjny „kompromis” Dudy. Projekt ustawy, krok po kroku*, <https://archiwumosiatsynskiego.pl/wpis-w-debacie/nie-musisz-rodzic-trupa-czyli-aborcyjny-kompromis-dudy-projekt-ustawy-krok-po-kroku/> (dostęp: 2.11.2020).

zawsze staje się dla matki życiową tragedią. Wprost przeciwnie, dla niektórych kobiet, jak podkreśla A. Szostek, „może oznaczać poprawę stanu zdrowia psychicznego”. Lubelski etyk wyprowadza przy tym słuszny wniosek, że „nie można z przesłanki o prawdopodobieństwie wystąpienia załamania psychicznego” u kobiety, która otrzymała niekorzystną diagnozę prenatalną, „wyciągać zbyt daleko idących wniosków”. W dalszej części rozmowy A. Szostek odwołuje się do własnych pozytywnych doświadczeń relacji z kobietami wychowującymi dzieci z zespołem Downa. Czytelnik nie znajduje jednak w wywiadzie otwarcie ani też pośrednio wyrażonego stwierdzenia, że cierpienie matki ujawniające się w związku z niepomyślną diagnozą prenatalną może przyjąć zgoła odmienną postać i przyczynę – skutków przeprowadzonej aborcji, i że skutki te również powinny być brane pod uwagę przy określeniu „miary kolidujących ze sobą dóbr”. W rezultacie rozmówcy nie podejmują się rozważenia kwestii, czy dokonanie aborcji w kontekście następstw nią determinowanych może spowodować w dalszym życiu małżonków większe cierpienie niż trudności wynikające z niepełnosprawności dziecka.

Aborcja nie jest aktem neutralnym psychospołecznie, niewywołującym nawet potencjalnie negatywnych konsekwencji. Psychologia kliniczna potencjalnie i faktycznie rozpoznawane następstwa działań abortywnych starannie udokumentowała, przez co zaprzeczanie możliwości ich wystąpienia lub przemilczanie związanego z nimi ryzyka jest nieracjonalne²³. Kierując się tytułowym dla całego wywiadu dobrem kobiety, należy je co najmniej potencjalnie rozważyć

Co charakterystyczne, narracja wywiadu dotycząca decyzji o urodzeniu chorego dziecka koncentruje się wyłącznie na kobiecie, bez uwzględnienia w równoważnym stopniu ojca dziecka, jego roli w prokreacji i wychowaniu, a także doświadczanych przez niego wielorakich następstw podjętych działań abortywnych²⁴.

²³ Por. M.D. Damota, *Prevalence and psychological effects of abortion*, „Journal of Equity in Science and Sustainable Development” 2019, vol. 3, nr 2, s. 26-31; P.K. Coleman, *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009*, „The British Journal of Psychiatry” 2011, vol. 199, s. 180-186; N.P. Mota, M. Burnett, J. Sareen, *Associations between abortion, mental disorders and suicidal behaviour in a nationally representative sample*, „The Canadian Journal of Psychiatry” 2010, vol. 55, nr 4, s. 239-247; J.R. Cogle, D.C. Reardon, P.K. Coleman, *Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort*, „Medical Science Monitor” 2003, vol. 9, nr 4, s. 105-112; M. Curley, C. Johnston, *The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students*, „Journal of Behavioral Health Services & Research” 2013, vol. 40, nr 3, s. 279-293.

²⁴ Por. D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2004, s. 71-111; 230-233; P.K. Coleman, E.S. Nelson, *The quality of abortion decisions and college student's report of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 1998, vol. 17, nr 4, s. 425-442; C. Coyle, *Men and abortion: a review of empirical reports concerning the impact of abortion on men*, „The Internet Journal of Mental Health” 2006, vol. 3, no. 2, s. 1-17; P.K. Coleman et al., *Abortion and the sexual lives of men and women: is*

Aborcja nie jest aktem neutralnym nie tylko ze względu na potencjalnie negatywne konsekwencje intrapersonalne i relacyjne doświadczane przez małżonków, rodzeństwo i pozostałych członków rodziny poszerzonej uśmierconego dziecka²⁵. Po przeprowadzonej aborcji dochodzi jeszcze do głosu kwestia uczynienia zadość normie pietyzmu wobec jego zwłok. Zgodnie z aktualnymi przepisami polskiego prawa zwłoki dziecka martwo urodzonego na każdym etapie ciąży podlegają ochronie prawnej, przez co powstaje obowiązek ich pochówku (w przypadku rezygnacji rodziców obowiązek ten wypełnia gmina)²⁶. Spełnienie tej normy prawnej i jednocześnie etycznej wyraża się przede wszystkim w urzędzeniu pogrzebu, zaś w wymiarze pastoralnym w sprawowaniu liturgii pogrzebowej. Dopiero uwzględniając ten szczególnie aspekt sytuacji aborcyjnej, dostrzega się fakt ontyczny, etyczny i zarazem prawny, że małżonkowie na skutek aborcji stali się rodzicami martwego dziecka, którego ciało należy pochować, co wymaga jednoznacznego ustosunkowania się rodziny do uśmierconego dziecka i jego zwłok.

Tu otwiera się pole do dyskusji, jak takie liturgiczne pożegnanie powinno być przygotowane i przeprowadzone. Z jednej bowiem strony liturgia pogrzebowa

casual sesual behavior more appealing and more common after abortion?, „International Journal of Clinical and Health Psychology” 2008, vol. 8, no.1, s. 77-91; R. Krupa, *Doświadczenie aborcji w relacjach męczyzn*, „Roczniki Nauk Społecznych” 1997, t. 25, nr 2, s. 105-121; B. Kmiecik, *Postać ojca w dyskusjach dotyczących aborcji eugenicznej. Uwagi prawno-pedagogiczne*, „Studia nad Rodziną” 2017, r. 21, vol. 43, nr 2, s. 79-93.

²⁵ Por. M. Ryś, *Bezpieczna aborcja? O psychologicznych skutkach przerywania ciąży*, w: *W poszukiwaniu dobra w perspektywie jednostkowej i społecznej*, red. T. Przesławski, Warszawa 2020, s. 177-211; P.K. Coleman, V.M. Rue, C.T. Coyle, *Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey*, „Public Health” 2009, vol. 123, s. 331-338; W.W. Eaton et al., *Obstetric complications and risk for severe psychopathology in childhood*, „Journal of Autism and Development Disorders” 2001, vol. 31, nr 3, s. 279-285; L. Burd et al., *Prenatal and perinatal risk factors for autism*, „Journal of Perinatal Medicine” 1999, vol. 27, s. 441-450; P.K. Coleman, D.C. Reardon, J.J. Cogle, *The quality of the caregiving environment and child developmental outcomes associated with maternal history of abortion using the NLSY data*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2002, vol. 43, s. 743-758; P.G. Ney, C. Sheils, M. Gajowy, *Post abortion survivor syndrome (PASS): signs and symptoms*, „Southern Medical Journal” 2006, vol. 99, s. 1405-1406; P.G. Ney, C. Sheils, M. Gajowy, *Post-Abortion Survivor Syndrome: signs and symptoms*, „Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health” 2010, vol. 25, nr 2, s. 107-129; P. Coleman, V. Rue, M. Spence, *Intrapersonal processes and post-abortion relationship challenges: a review and consolidation of relevant literature*, „The Internet Journal of Mental Health” 2006, vol. 4, no. 2, s. 1-19.

²⁶ Por. P. Kasprzyk, *Dziecko martwo urodzone i jego rejestracja w USC. Zarys problematyki w prawie polskim*, w: *Dobro pojemne jak krzywda. Prawna ochrona dziecka. Deklaracje a rzeczywistość*, red. J. Mazurkiewicz, P. Mysiak, Wrocław 2017, s. 173-182; U. Nowicka, *Prawo do pochowania dziecka utraconego w wyniku poronienia wedle ustawodawstwa polskiego i kanonicznego*, „Łódzkie Studia Teologiczne” 2017, nr 4, t. 26, s. 147-159; I. Sierpowska, *Pochówek dzieci martwo urodzonych – w świetle praw rodziców i zadań gminy*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2018, t. 106, s. 117-131.

sprawowana z udziałem i na prośbę rodziców nie może stać się ostatnim ogniwem procedury aborcyjnej, neutralizującym ją etycznie i społecznie, jako że jest to czyn ze swej natury wewnętrznie zły. Istnieje przy tym ryzyko psychologizacji liturgii, którą w ten sposób sprowadzono by do rytuału kulturowego mającego głównie zaspokajać potrzeby rodziców. Nie ma ponadto w polskim Kościele odrębnego rytuału pogrzebu dziecka po aborcji, w dodatku uwzględniającego akt skruchy i wyznanie winy przez rodzica. Z pewnością taki akt pokutny środowiska liberalne oprotestowałyby jako formę rzekomej stygmatyzacji kobiety. Z drugiej strony, zakładając już w punkcie wyjścia rezygnację małżonków z pogrzebu rodzinnego, powstaje zagrożenie, że dziecko zostanie podwójnie pokrzywdzone, raz przez odebranie mu życia, drugi raz przez brak pochówku rodzinnego, co oznaczałoby niejako absolutne wykluczenie go ze wspólnoty rodziny. Niewątpliwie tak się dzieje, kiedy rodzice odstępują od wyprawienia pogrzebu indywidualnego na rzecz pochówku zbiorowego organizowanego przez gminę, i w dodatku w pogrzebie tym nie uczestniczą. W tym kontekście istotne jest zatem takie ustawienie sprawy, by liturgia pogrzebowa była celebrowana przede wszystkim ze względu na dziecko i pozwalała na jego zawierzenie Bożemu miłosierdziu oraz godne pochowanie jego zwłok bez obawy o najmniejszą nawet formę neutralizacji we wspólnocie Kościoła czynu aborcyjnego dokonanego z pobudek eugenicznych.

Mentalność eugeniczna personelu medycznego

We wzmiankowanym wywiadzie rozmówcy wprost życzeniowo zakładają wysoką postawę moralną personelu medycznego jako zespołu profesjonalistów zdolnego do dialogu nienarzucającego rodzicom rozwiązań aborcyjnych i towarzyszenia małżonkom w pełnej wolności podjęcia przez nich decyzji. Tymczasem należy przynajmniej w podstawowym wymiarze uwzględnić faktyczne konsekwencje wykształcenia się w środowisku medycznym mentalności eugenicznej i sposobu realizacji aborcyjnej przesłanki eugenicznej w polskich szpitalach.

Zadziwia okoliczność, że w wywiadzie nie podejmuje się otwarcie negatywnych doświadczeń rodziców, którzy wyrazili sprzeciw wobec lekarskiego wskazania do przeprowadzenia aborcji z uwagi na aktualny lub przewidywany stan zdrowia dziecka. Niestety, w wielu przypadkach owo „wskazanie” stawało się formą wywierania nacisku, stosowania przymusu i szantażu, kwestionowania przez personel medyczny decyzji o kontynuowaniu ciąży²⁷. Rodzice doświadczali stygmatyzacji w środowisku szpitalnym z racji bezwarunkowej afirmacji dziecka. Niektóre matki niemal przy każdej konsultacji medycznej z położnikiem prowadzącym ciążę były dyscyplinowane z powodu niewykonania badań

²⁷

Por. M. Guziak-Nowak, A. Gołda (red.), *Życie. Bez wyjątków...*, dz. cyt., s. 27, 55, 61-62.

prenatalnych mających zweryfikować stan zdrowia dziecka pod kątem przesłanek eugenicznych²⁸.

Odpowiedzią personelu medycznego na rodzicielski sprzeciw wobec aborcji nierzadko były negatywne oceny lekarzy i położnych kierowane pod adresem małżonków, i to w dodatku wyrażane w sposób uwłaczający ich godności²⁹. Rodzice niejednokrotnie otrzymywali informacje, że w rezultacie podjęcia decyzji o podtrzymaniu ciąży nie uzyskają pełnozakresowej opieki położniczej w danej jednostce szpitalnej, włącznie z odmową towarzyszenia położnej przy porodzie „zdefektowanego” płodu czy ratowania matki w sytuacji wystąpienia komplikacji porodowych³⁰. Małżonkowie musieli częstokroć wykazać się heroicznym wprost wysiłkiem, aby skutecznie przeciwstawić się szeroko rozpowszechnionej mentalności eugenicznej pośród personelu medycznego, chronić przed nią nienarodzone jeszcze dziecko i poszukiwać placówek, które zechcą prowadzić ciążę z dzieckiem o niekorzystnej diagnozie prenatalnej, nieraz znacząco oddalonych od miejsca zamieszkania³¹. Mentalność eugeniczna negatywnie oddziaływała także na relacje zespołu medycznego z parami doświadczającymi poronienia klinicznego, co w konsekwencji prowadziło do trywializacji samoistnego poronienia dziecka i niezapewnienia rodzicom psychospołecznych standardów opieki położniczej w procesie poronienia naturalnego.

Rozwiązania prawne mające rzekomo gwarantować „wolność rozeznania” małżonków w doświadczeniach wielu rodziców stały się formą aborcyjnego nacisku ze strony niektórych pracowników ochrony zdrowia, realizowanego w sposób nieformalny z wykorzystaniem istniejącej po stronie zespołu medycznego przewagi posiadanych środków i kompetencji sprawowania opieki położniczej. „Wolność rozeznania”, „wolność sumienia” przysługiwały przede wszystkim parom, które podejmowały decyzję o dokonaniu aborcji. Tej wolności niejednokrotnie odmawiano natomiast rodzicom chroniącym swoje dzieci przed aborcją.

Niewłaściwie rozumiana „wolność rozeznania” i kompetencja udziału lekarzy w tym procesie były wykorzystywane także wbrew poszczególnym medykom, którzy powołując się na klauzulę sumienia i obiektywne przesłanki medyczne, odmawiali wykonania aborcji ze względów eugenicznych wedle swojej najlep-

²⁸ Por. Świadcstwo Urszuli Zająć, matki Karoliny, <https://www.facebook.com/photo/?fbid=624841195670317&set=a.228755968612177> (dostęp: 1.09.2022); Świadcstwo Pawła Dębowskiego, ojca Franciszka, <https://www.facebook.com/photo/?fbid=611781386976298&set=a.228755965278844> (dostęp: 1.09.2022).

²⁹ Por. M. Guziak-Nowak, A. Gołda (red.), *Życie. Bez wyjątków...*, dz. cyt., s. 62.

³⁰ Por. Świadcstwo Elżbiety Piwowej, matki Dawida, <https://proelio.pl/index.php/aktualnosci/22-dawid-leczenie-zamiast-aborcji-usmiech-zamiast-lez> (dostęp: 1.09.2022).

³¹ Por. Świadcstwo rodziców Marysi, <https://www.youtube.com/watch?v=wQtAVfaHcBY> (dostęp: 1.09.2022).

szej wiedzy medycznej, etosu lekarskiego chroniącego ludzkie życie i przekonań religijnych, ponosząc za to dotkliwe konsekwencje w formie ostracyzmu społecznego, medialnego linczu i utraty zatrudnienia, co stało się bolesnym doświadczeniem prof. Bogdana Chazana.

W przywołanym wywiadzie A. Szostek nie odwołuje się do negatywnych postaw personelu medycznego będących następstwem mentalności eugenicznej. Jeżeli wskazuje na niestosowne zachowania wobec rodziców, to pośrednio w kontekście nadużywania, jego zdaniem, klauzuli sumienia. Choć otwarcie nie odnosi tego problemu do środowiska lekarskiego, to wcześniejsze głośne wypowiedzi A. Szostka mogą to sugerować³². Faktycznie jednak klauzula sumienia nie jest przez lekarzy nadużywana, zaś medycy w ogóle obawiają się z niej korzystać. Mimo prawnych gwarancji lekarze nie mają zapewnionych w realiach polskich szpitali takich warunków pracy i rozwoju zawodowego, aby móc odwoływać się do klauzuli sumienia bez ryzyka ponoszenia za to poważnych konsekwencji w postaci nieprzedłużenia kontraktu, wydłużenia czasu uzyskania specjalizacji, utrudniania awansu zawodowego w danej placówce i kariery naukowej, doświadczenia ostracyzmu w środowisku zawodowym. Twierdzenia o nadużywaniu klauzuli sumienia nie przystają do rzeczywistości.

A. Szostek w drugiej części wywiadu wspomina o klauzuli sumienia na kanwie unormowań prawa kanonicznego dotyczących aborcji. Czytelnik może tak sformułowaną i kontekstualnie umiejscowioną wypowiedź uznać za postulat zapewnienia stosowalności klauzuli sumienia wobec kanonicznej sankcji karnej za skutecznie dokonaną aborcję. Wydaje się, że Ksiądz Profesor taki postulat właśnie stawia: „Trzeba w Kościele rozważyć, dokąd sięga, a dokąd sięgać nie może prawo karne. Dotyczy to nie tylko aborcji. Dlatego potrzebna jest klauzula sumienia (choć, przyznaję, bywa ona nadużywana)”. I tu powstaje pytanie, na czym w istocie polegałaby aplikacja klauzuli sumienia w odniesieniu do prawa kanonicznego. W wywiadzie taka odpowiedź nie pada. Przypuszczalnie jednak klauzula na gruncie kanonicznym nie służyłaby, tak jak dotychczas w prawie świeckim, do uzasadnienia sprzeciwu wobec przeprowadzenia aborcji, lecz do odmowy uznania jej wykonania za czyn kanonicznie karalny.

W interesującym nas wywiadzie, co prawda, sygnalizuje się niebezpieczeństwo nachalnego nakłaniania do aborcji, ale bez wyraźnego związku z wystąpieniem negatywnych zachowań po stronie personelu medycznego, mających swoje źródło w mentalności eugenicznej. Wysoce zastanawiające jest stwierdzenie A. Szostka: „Nachalne, a nie do końca uzasadnione nakłanianie do aborcji w sytuacji, gdy nienarodzone dziecko jest obciążone wadą genetyczną, może być próbą narzucania komuś własnej wizji *życia szczęśliwego*”. Wątpliwość narzuca-

³² Por. *Oświadczenie ks. prof. Andrzeja Szostka*, <https://www.gosc.pl/doc/2045366>. *Oświadczenie-ks-prof-Andrzeja-Szostka* (dostęp: 2.09.2022).

jąca się w tym stwierdzeniu dotyczy sugestii, że mogą istnieć przypadki uzasadnionego nakłaniania do aborcji, skoro użyto określenia „nie do końca uzasadnione nakłanianie do aborcji”.

Zainteresowanie społeczne dobrostanem psychicznym małżonków, zgłaszane przez osoby wywierające silny nacisk na podjęcie przez nich decyzji abortywnej, najczęściej kończy się po wykonanej aborcji i już nie obejmuje jej psychologicznych, duchowych, moralnych i społecznych następstw dla samych rodziców i kolejno poczętych dzieci. Presja ta zaś jest możliwa i faktycznie pozostaje prawnie bezkarna, jeżeli prawo dopuszcza przesłankę eugeniczną.

Eugeniczna waloryzacja prenatalnego stadium rozwoju człowieka

W wywiadzie milczeniem pomija się także negatywne następstwa stosowania badań prenatalnych w celach eugenicznych dla sposobu waloryzacji w społeczeństwie oczekiwania rodziców związanych z prokreacją, prenatalnego stadium rozwoju człowieka, różnych postaci niepełnosprawności, przedurodzeniowej diagnostyki, zadań personelu medycznego wobec ciężarnej kobiety i jej dziecka, jak również etosu lekarskiego³³. Towarzyszenie dziecku na wczesnoprenatalnym etapie rozwoju stało się w istocie zespołem działań biomedycznych kontrolujących jego jakość genetyczną i rozwojową. Nieracjonalnym jest uznać tę postać odniesień do ludzkiego płodu za pozytywną relację rodzinną, respektującą godność dziecka obdarzanego we wspólnocie rodziny przywiązaniem rodzicielskim, w którym dochodzi do jego afirmacji, czyli bezwarunkowego przyjęcia w postawie miłości i troski. Badania i opieka medyczna nad dzieckiem jako pacjentem w prenatalnym wieku rozwojowym z zasady miały służyć podjęciu możliwie najwcześniej działań leczniczych, wpisując się w zakres profilaktyki wtórnej: „[Z]aburzenie już zaistniało, nie jest możliwe całkowite usunięcie problemu, a zapobieganie jego konsekwencjom polega na wczesnym wykryciu i użyciu dostępnej terapii”³⁴. Tymczasem „terapeutyczne” znaczenie

³³ Por. F. Ciepły, *Aborcja eugeniczna a dyskryminacja osób niepełnosprawnych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014, vol. 19, z. 2, s. 84-87; T. Biesaga, *Diagnostyka prenatalna a selekcja eugeniczna*, „Życie i Płodność” 2008, r. 2, nr 4, s. 71-76; tenże, *Spór o klauzulę sumienia lekarzy w Polsce*, w: *Primum philosophari. Opuscula Antonio Siemianowski dedicata*, red. J. Grzeszczak, K. Stachewicz, Poznań 2016, s. 283-299; tenże, *Eugenika w propozycjach legalizacji prawa do zdrowej reprodukcji*, „Logos i Ethos” 2019, vol. 50, nr 2, s. 27-46; A. Asch, *Prenatal diagnosis and selective abortion: a challenge to practice and policy*, „American Journal of Public Health” 1999, vol. 89, no. 11, s. 1649-1657; M. Guziak-Nowak, A. Gołda (red.), *Życie. Bez wyjątków...*, dz. cyt., s. 66-67, 89-91, 99, 104-105, 118.

³⁴ A. Michalik, A. Czerwińska-Osipiak, J. Olszewska, *Model przebiegu procesu adaptacji po stwierdzeniu w czasie ciąży wady rozwojowej płodu (wg J. Lalor i C. Bigley): propozycja dla polskiej medycyny perinatalnej...*, dz. cyt., s. 181.

diagnostyki prenatalnej przyjęło nie tylko formę działań ukierunkowanych na leczenie jednostki chorobowej, ale również postać selekcji eugenicznej, którą utożsamiono z jednym z elementów wtórnej profilaktyki niepełnosprawności, zmierzającej do usunięcia podmiotu będącego prawdopodobnym lub faktycznym nosicielem nieprawidłowości rozwojowej czy zespołu genetycznego.

Okazowym przykładem eugenicznej waloryzacji etosu lekarskiego i przeznaczenia badań prenatalnych jest stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników wydane w sprawie orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku³⁵. Medycy sygnujący to oświadczenie stwierdzili, że zniesienie prawnej dopuszczalności aborcji eugenicznej odbiera lekarzom „możliwość niesienia pomocy zgodnie z zasadami Kodeksu Etyki Lekarskiej” (s. 3) i znacząco ogranicza rozwój badań prenatalnych, co jest czynnikiem hamującym postęp społeczny, naukowy i medyczny. Kluczowe zagrożenia wynikające z delegalizacji aborcji eugenicznej sygnatariusze listu otwartego opisali w następujący sposób: „Konsekwencją decyzji TK, z którą musimy się liczyć, może być znaczne ograniczenie wykonywania i rozwoju badań prenatalnych w naszym kraju, co cofnie nas wszystkich, nie tylko lekarzy, ale całe społeczeństwo do czasów, kiedy mogliśmy tylko z tajnego obiegu zachodnich pism naukowych przeczytać, co się dzieje w światowej medycynie” (s. 2). Paradoksalnie autorzy oświadczenia nie dostrzegli faktu, że cenzura, o której piszą, miała miejsce w okresie funkcjonowania stalinowskiej ustawy aborcyjnej gwarantującej nieograniczony wręcz dostęp do aborcji, zarówno ze wskazań eugenicznych, jak i socjalnych. Trudno zatem podzielić pogląd reprezentantów środowiska medycznego, że to faktycznie legalność aborcji eugenicznej jest gwarantem postępu naukowego i działania zgodnego z etosem lekarskim, a bez jej prawnej dopuszczalności rozwój diagnostyki prenatalnej i wiedzy biomedycznej staje się niemożliwy. Wewnętrznie sprzeczna logika wyводу autorów oświadczenia i jego manipulacyjny charakter pozwalają sformułować istotne w tym kontekście pytanie, czy przeprowadzane dotychczas aborcje w następstwie niepomyślnej diagnozy prenatalnej rzeczywiście służyły realizacji „najwłaściwszej decyzji kobiety”, jeżeli ta dokonała wyboru terminacji ciąży, czy też były silnie skorelowane z zamierzeniem uzyskania nowej wiedzy biomedycznej, do czego instrumentalnie mogły zostać wykorzystane poddane aborcji dzieci na etapie diagnostyki prenatalnej i samej procedury aborcyjnej. Wydaje się, że w zakończeniu

³⁵ *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników odnośnie wyroku Trybunału Konstytucyjnego dotyczącego zgodności z Konstytucją RP art. 4a ust. 1 pkt 2 oraz art. 4a ust. 2 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Wrocław 2020, <http://ptgin.pl/aktualnosc/ptgip-podtrzymuje-stanowisko-z-dnia-27102020-w-sprawie-wyroku-tk> (dostęp: 8.09.2022).

oświadczenia pada jednoznaczna odpowiedź na postawione pytanie, kiedy to medycy formułują apel „o wycofanie decyzji odbierającej kobietom prawo wyboru, odbierającej dostęp do najnowszej wiedzy medycznej” (s. 3). Należałoby się spodziewać, że specjaliści położnictwa i perinatologii jako źródło nowej wiedzy naukowej i doświadczenia klinicznego wskażą z sukcesem zrealizowane leczenie wewnątrzmaciczne i poporodowe, a nie przedurodzeniową eliminację pacjenta. Tymczasem stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników odsłania radykalnie uprzedmiotawiające podejście do człowieka w prenatalnej fazie rozwoju, które podporządkowuje nienarodzone dziecko wielorako definiowanym potrzebom kobiet i utylitarnym celom środowiska medycznego.

Brak systemowego wsparcia rodzin jako konsekwencja dopuszczalności aborcji

W wywiadzie słusznie podkreśla się niedostateczną pomoc medyczną i psychospołeczną dla rodziców wychowujących dzieci z niepełnoprawnością i potrzebujących już w okresie ciąży, przy niekorzystnej diagnozie prenatalnej dziecka, specjalistycznej opieki medycznej i psychologicznej oraz wsparcia informacyjnego i finansowego. Nie wskazuje się jednak faktycznych powodów sygnalizowanych zaniedbań w polityce zdrowotnej i rodzinnej państwa. Wymagałoby to bowiem jednoznacznie negatywnej oceny aborcji eugenicznej.

W istocie jedną z podstawowych przyczyn braku systemowych rozwiązań w tym zakresie była szeroko rozpowszechniona społecznie mentalność aborcyjna. Prawna dopuszczalność aborcji ze względów eugenicznych, której zakwestionowanie przez Trybunał Konstytucyjny zostało w wywiadzie negatywnie ocenione, i formułująca się na jej podstawie przez dekady mentalność antynatalistyczna, skutkowały brakiem zainteresowania mediów i środowisk politycznych wypracowaniem kompleksowej pomocy małżonkom rodzącym dzieci z wadami genetycznymi i nieprawidłowościami rozwojowymi. Paradoksalnie głóśni działacze proaborcyjni domagali się utrzymania dopuszczalności aborcji eugenicznej z powodu braku systemowego wsparcia kobiet w wychowaniu chorych dzieci, zwłaszcza w opiece nad dzieckiem z wadą letalną. Jednocześnie nie zrealizowali efektywnych działań politycznych i legislacyjnych mających taką pomoc zapewnić, by stworzyć odpowiednie warunki także tym kobietom, które korzystając z prawa do „swojego wyboru”, opowiedzą się za urodzeniem dziecka. Aktywiści aborcyjni i sprzyjający im politycy twierdzili przewrotnie, że wyłącznym przedmiotem ich troski i działań jest nie tyle legalizacja aborcji, do której nikt kobiet nie chce przymuszać, ile zagwarantowanie im najlepszych warunków podjęcia własnej, niczym nieskrępowanej decyzji³⁶. Naturalnym następstwem takich deklaracji

³⁶

Por. *Borys Budka: Opowiadam się za wyborem kobiety, ale nie za nieskrępowaną*

powinno być przygotowanie i skuteczne przeprowadzenie w parlamencie przez polityków prezentujących powyższe stanowisko pakietu ustaw gwarantujących kobietom rodzącym chore dzieci kompleksową pomoc. Faktycznie jednak środowiska proaborcyjne domagały się wypracowania takich rozwiązań prawnych, które sprzyjałyby możliwości podjęcia decyzji abortywnej bez ponoszenia konsekwencji karnych przez osoby uczestniczące w procedurze uśmiercenia dziecka oraz zapewniały jej finansowanie ze środków publicznych. Nie dążyły natomiast z całą determinacją do przygotowania projektów ustaw, przekonania do nich decydentów politycznych i opinii publicznej oraz wyegzekwowania ich pomyślnego legislacji od liderów frakcji politycznych zasiadających w parlamencie, które umożliwiłyby rodzicom przyjęcie dziecka z niepomyślną diagnozą prenatalną bez obaw o problemy finansowe i logistyczne związane z opieką i wychowaniem.

Tym samym w debacie społecznej brak wsparcia takich rodzin stanowił podstawowy argument za legalizacją, poszerzeniem lub zachowaniem dotychczasowych przepisów aborcyjnych. Równocześnie prawne umocowanie aborcji i nabudowana na tym mentalność społeczna, zwłaszcza elit politycznych, skutkowałą zaniechaniem działań na rzecz systemowego wsparcia rodzin z niekorzystną diagnozą prenatalną. Jedynie długoletni i starannie koordynowany proces przewyciężania zakorzenionej w polskim społeczeństwie mentalności antynatalistycznej, zainicjowany zniesieniem prawnej dopuszczalności aborcji eugenicznej i wzmacniany szeroko zakrojonymi kampaniami edukacyjnymi, może zaowocować poważnym potraktowaniem trudnej sytuacji psychospołecznej rodziców z niepomyślną diagnozą prenatalną, wycofaniem poparcia społecznego dla wulgarnych manifestacji domagających się legalizacji zabijania chorych dzieci w fazie prenatalnej i skoncentrowaniem uwagi społecznej na wywieraniu skutecznego nacisku, którego celem będzie wprowadzenie przez decydentów politycznych systemowych rozwiązań pomocy rodzinom oczekującym narodzin dziecka z wadą letalną i wychowującym dzieci z niepełnosprawnością. Zaczątkiem takich pozytywnych regulacji prawnych i pomocowych jest realizowany od 2017 roku rządowy Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, który powstał w wyniku uchwalonej 4 listopada 2016 roku ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem” (Dz.U. 2020, poz. 1329) Ustawa ta zapewniła szerszy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i instrumentów polityki prorodzinnej³⁷. Program ten obejmuje m.in.: diagnostykę i terapię pre-

aborcją na życzenie, <https://www.wprost.pl/polityka/10419247/borys-budka-opowiadam-sie-za-wybozem-kobiety-ale-nie-za-nieskrepowana-aborcja-na-zyczenie.html> (dostęp: 10.09.2022).

³⁷ Art.1 i art. 6 Ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem” (Dz.U. 2020, poz. 1329).

natalną, opiekę paliatywną i hospicyjną, koordynację opieki neonatologiczno-pediatrycznej, wczesną rehabilitację dzieci, utworzenie ośrodków koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczych, jak również wsparcie mieszkaniowe rodzin. Choć kompleksowość i skuteczność programu wymaga gruntownej weryfikacji, ewentualnych korekt oraz jego dalszej rozbudowy o nowe instrumenty wsparcia, to rozmówcy prowadzący swoją debatę na łamach kwartalnika po niemal pięcioletnim okresie funkcjonowania programu „Za życiem” zdają się go nie zauważać.

We wzmiankowanym wywiadzie nie dostrzega się wskazanej wyżej zależności między brakiem efektywnej pomocy rodzinom a mentalnością aborcyjną i prawną dopuszczalnością przesłanki eugenicznej. Stwierdza się natomiast z zadziwiającą wprost pewnością, że Kościół nie chce uczestniczyć w finansowaniu takiej pomocy. Jest to opinia absolutnie bezpodstawna. Rozmówcy bez przywołania wiarygodnych źródeł sygnalizują zaniedbania, i w dodatku wartościują intencje ludzi Kościoła, sugerując brak dobrej woli w tym względzie osób odpowiedzialnych za Kościół instytucjonalny w Polsce. Jest to wypowiedź, którą nie można analizować inaczej, jak tylko w kategorii manipulacji. Odpowiadające prawdzie byłoby sformułowanie oceny, czy poziom oferowanej już pomocy jest wystarczający i w jakim kierunku powinna ona zostać poszerzona. Niemniej jednak wysuwanie twierdzeń, wbrew oczywistym faktom, że takiej pomocy instytucje kościelne i podmioty związane z Kościołem nie chcą finansować, czyli jej udzielać, jest bezpodstawne i świadczy o braku wiedzy i dobrej woli w krytyce pastoralnej działalności polskiego Kościoła, która tym samym nie spełnia kryteriów krytyki konstruktywnej.

Ochrona rodziców i dziecka przez normy kanonicznego prawa karnego

Prawo kanoniczne nie nakłada sankcji karnej za proces moralnego „rozeznania” sytuacji rodziców mierzących się z niepomyślną diagnozą prenatalną. W ocenę niekorzystnej diagnozy dziecka, określaną przez A. Szostka mianem „rozeznania”, Kościół nie wkracza z kanonicznym prawem karnym, pozostawiając miejsce na postulowane „rozeznanie”. Proces ten w etyce normatywnej i teologii moralnej rozumie się jednak jako dojrzewanie do przyjęcia dziecka i ochrony rodzicielstwa małżonków, jako wytrwałe towarzyszenie mające wspomóc rodziców w akceptacji dziecka z niepełnosprawnością lub wadą letalną, mimo wątpliwości i dostrzeganych trudności. Tymczasem w koncepcji „rozeznania” zaprezentowanej w wywiadzie zakłada się możliwość usmiercenia dziecka. Nie jest objęta sankcją karną gruntowna ocena stanu klinicznego dziecka oraz jego potencjalnych i faktycznych następstw, jak również ewentualne rozważanie aborcji. Sposób sformułowania kanonicznej sankcji ekskomuniki uwzględnia złożoność i wielorakie uwarunkowanie, także psychospołeczne

i emocjonalne, sytuacji rodziców otrzymujących informację o poczęciu dziecka, zanim nastąpi jego pełna afirmacja, jeżeli nie doszło do niej przed koncepcją. Kara ekskomuniki bowiem, jak to zostało potwierdzone w wywiadzie, jest nakładana z mocy samego prawa dopiero po zaistnieniu skutków działań abortywnych, czyli uśmierceniu dziecka. Nie dotyczy zatem wątpliwości związanych z niepomyślną diagnozą prenatalną i ten właśnie aspekt powinien być w sposób bardziej wyrazisty wyeksponowany przez rozmówców. Wszelako już nie na płaszczyźnie prawno-kanonicznej, ale etycznej w kwestii postulowanego „rozeznania” należy uwzględnić dotyczące niegodziwego wykorzystania badań prenatalnych rozstrzygnięcia Kongregacji Nauki Wiary, zawarte w *Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania Donum vitae*: „Kobieta zatem, która poddałaby się diagnozie przedporodowej ze zdecydowaną intencją przerywania ciąży w wypadku, gdyby wynik diagnozy stwierdził istnienie deformacji lub anomalie, dopuściłaby się czynu niegodziwego. Podobnie działaliby w sposób przeciwny zasadom moralnym małżonek, krewni lub ktokolwiek inny, gdyby doradzali lub zmuszali kobietę w ciąży do podjęcia badań przedporodowych w celu ewentualnego przerwania ciąży. Byłby również odpowiedzialny za niegodziwą współpracę specjalista, który przeprowadzając badania czy podając jego wyniki, rozmyślnie przyczyniłby się do spowodowania lub sprzyjania powiązaniom między badaniami przedporodowymi a przerywaniem ciąży”. W cytowanym fragmencie instrukcji watykańskiej dykasterii formułuje się sądy wyłącznie natury etycznej, odnoszące się do niegodziwości eugenicznego wykorzystania badań prenatalnych, a nie wprowadza sankcje prawno-kanoniczne za taki proces diagnostyczny.

Niezaprzeczalnie norma kanoniczna penalizująca aborcję wyznacza określone granice, a jest nią ochrona zarówno dziecka, jak i jego rodziców, nie zaś wyłącznie jednej strony. Zdziwia zaprezentowane w wywiadzie zawężone, głównie negatywne ujęcie kanonicznego prawa karnego. Sankcja karna ma wszakże na celu przede wszystkim ochronę tak potencjalnego sprawcy, jak i jego ofiary, co w pewnym aspekcie dochodzi do głosu w komentowanej publikacji, wszelako funkcja ochronna prawa karnego powinna zostać przez rozmówców bardziej dowartościowana, by móc obiektywnie wyważyć przypisane mu cele. Zasadniczo bowiem ukazują oni normę kanoniczną jako zagrożenie, także dla samego procesu „rozeznania”. Paradoksalnie jednak norma ta pozwala uporządkować niewłaściwie przebiegający proces „rozeznania”, w którym dobra niższego rzędu i partykularne motywacje jego uczestników mających swobodę zgłaszania swoich interesów błędnie przedkłada się nad wartości wyżej pozycjonowane oraz dobro słabszych i pozbawionych możliwości wyrażenia własnego stanowiska, którym chce się odebrać dobro fundamentalne, jakim jest ludzkie życie. Niejednokrotnie wielość podnoszonych kwestii i interesów w ramach procesu „rozeznania” tak komplikuje ocenę etyczną sytuacji prokreacyjnej, że niemożliwe

staje się uzyskanie rozstrzygnięcia zgodnego z prawdą i obiektywnym, nie zaś jednostronnie i subiektywnie rozumianym, dobrem małżonków i ich dziecka, bez odwołania się do normy ogólnej wyrażonej jednoznacznie w sankcji karnej.

Prawo kanoniczne przez ustanowione normy karne pełni zatem funkcję ochronną i wspomagającą rodziców i ich dziecko, jak również wychowawczą w aspekcie społeczno-eklezyjnym. Kanoniczna sankcja karna sama w sobie nie znosi wolności „rozeznawania”, ale wprost przeciwnie, tę wolność właśnie zakłada i jej się domaga. Jej brak oznaczałby wykluczenie indywidualnej odpowiedzialności osoby za dokonanie czynu wewnętrznie złego, a tym samym brak podstaw do stwierdzenia odpowiedzialności karnej.

Charakterystyczne dla wspomnianego wywiadu jest formułowanie postulatów bez precyzyjnego wyjaśniania zakresu proponowanych rozwiązań, w swej istocie radykalnych, które w założeniu rozmówców mają usunąć inne dostrzeżone przez nich formy rzekomego radykalizmu. Jaskrawym tego przykładem jest zgłaszana potrzeba zmiany obowiązujących regulacji prawa kanonicznego dotyczących kary ekskomuniki za przeprowadzenie aborcji. Czytelnik jedynie przez analogię do negatywnej oceny wskazanego orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego może snuć domysły, na czym ta zmiana ma polegać i czy powinna objąć tylko kobiety, czy również ojca dziecka i członków personelu medycznego. Wydaje się, że samo podniesienie tych postulatów ma wyłącznie jeden cel – podanie w wątpliwość obowiązującego w Polsce rozwiązania prawnego, także na gruncie kościelnym. Nie można bowiem zaprzeczyć, że jednym z fundamentalnych celów wywiadu jest krytyka orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku i norm prawa kanonicznego dotyczących aborcji.

Należy przypomnieć, że w klasycznej teologii moralnej kategoria „rozeznania” była odnoszona wyłącznie do wyboru mającego się dokonać między różnymi postaciami i stopniami dobra, nie zaś do bezpośredniego i oczywistego wyboru między działaniem dobrym i ze swej natury wewnętrznie złym. W przypadku aborcji nie mamy więc do czynienia z „rozeznaniem”, lecz wprost z wyborem między dobrem i złem, życiem i śmiercią konkretnej osoby. Użycie określenia „rozeznanie”, zamiast „wyboru dobra lub zła”, relatywizuje istotę czynu abortywnego, który ma zostać poddany uprzedzającej ocenie.

Wypada, aby postulowany w wywiadzie proces „rozeznania” i rzeczowość w jego realizacji znalazły przełożenie na równie uczciwą i obiektywną analizę kwestionowanego orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku. Nie można wszakże nie dostrzec, że w wywiadzie zostają wyrażone negatywne oceny wspomnianego orzeczenia, jednak bez przywołania wprost lub przedstawienia czytelnikowi w reprezentatywnym zarysie argumentacji, którą sam trybunał sformułował dla uzasadnienia przyjętego stanowiska. Podanie tejsze argumentacji umożliwiłoby uczciwą ocenę orzeczenia trybunału, a jej brak niewątpliwie zaciąga określone skutki.

Można je dostrzec w następującej wypowiedzi A. Szostka: „Nie przeczę, że czasem dochodzi do sytuacji bardzo trudnych, gdy zagrożone jest zdrowie bądź życie ciężarnej kobiety. Mamy wtedy do czynienia z dramatycznym konfliktem moralnym. Takiej szczególnej dramatyczności nie powinno się rozwiązywać wyłącznie na poziomie prawa ogólnego. Każdy tego typu przypadek powinien być rozeznawany indywidualnie. Ta wolność w rozeznawaniu jest czymś niezwykle istotnym. Dlatego nie zgadzam się z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, który nie bierze pod uwagę owej wolności rozeznawania i jest przez wiele osób (moim zdaniem słusznie) odbierany jako krzywdzące przymuszanie”.

Wbrew cytowanym sugestiom Księdza Profesora należy jednoznacznie stwierdzić, że przedmiotem orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 roku nie był art. 4a ust. 1 pkt 1 **Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, który reguluje dopuszczalność „przerwania ciąży”**, gdy stanowi ona zagrożenie dla życia lub zdrowia ciężarnej kobiety. Na podstawie orzeczenia uchylono bowiem pkt 2 tego artykułu odnoszący się wyłącznie do przesłanki eugenicznej. Tymczasem przywołana wypowiedź A. Szostka sugeruje czytelnikowi, że Trybunał odebrał kobiecie „wolność rozeznawania”, gdy zagrożone jest jej zdrowie bądź życie. Cechą charakterystyczną prowadzonej w komentowanym wywiadzie narracji jest dowolne i, jak widać to na przykładzie powyższego cytatu, wprowadzające w błąd niejasne przechodzenie rozmówców od kwestii zagrożenia życia matki do aborcji eugenicznej, dokonywane na kanwie orzeczenia dotyczącego wyłącznie przesłanki eugenicznej, co już wcześniej sygnalizowaliśmy w tym przedłożeniu.

Depersonalizacja płodu w następstwie dopuszczalności aborcji

W wywiadzie postawiono postulat, aby odstąpić od jednoznacznego określania na gruncie prawa statusu ludzkiego płodu na rzecz proporcjonalnego wyważenia dóbr istniejących po stronie kobiety. Podkreśla się, że w dyskusjach bioetyków i biologów istnieje znacząca odmienność poglądów na temat pozycji ontycznej i etycznej ludzkiego płodu oraz początków życia osobowego. Owemu zróżnicowaniu stanowisk faktycznie nie sposób zaprzeczyć³⁸. Przyjęcie

³⁸ Por. E. Mills, *Early abortion and personal ontology*, „Acta Analytica” 2013, vol. 28, nr 1, s. 19-30; S. Vehmas, *Parental responsibility and the morality of selective abortion*, „Ethical Theory and Moral Practice” 2002, vol. 5, nr 4, s. 463-484; M.O. Little, *Abortion and the margins of personhood*, „Rutgers Law Journal” 2008, vol. 39, s. 331- 348; T. Biesaga, *Spór o moralny status człowieka w okresie prenatalnym*, „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2007, nr 1, s. 9-13; tenże, *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, w: *Bioetyka polska*, red. tenże, Kraków 2004, s. 257-264; W. Galewicz, *Status ludzkiego zarodka a etyka badań biomedycznych...*, dz. cyt., s. 115-228; Ch. Belshaw, *Abortion, value and the sanctity*

jednak założenia o uznaniu tej niejednoznaczności za podstawę odstąpienia od rozstrzygnięcia statusu płodu na płaszczyźnie prawnej i w konsekwencji odmówienia mu ochrony należnej osobie ludzkiej nie jest w żadnym wypadku zajęciem w debacie pozycji możliwie neutralnej i w pełni bezstronnej, ale wprost przeciwnie, stanowi oczywistą realizację jednego z pryncypialnych postulatów ruchu aborcyjnego.

Środowiska te bowiem, powołując się na rozbieżność stanowisk w dyskursie bioetycznym, w istotnym stopniu celowo przez siebie prowokowaną, domagają się nierozstrzygnięcia na gruncie prawnym statusu ludzkiego płodu, jednocześnie żądając przyjęcia takich rozwiązań prawnych, które w pełni legalizują działania aborcyjne lub odstępują od ich karalności i przez sam fakt ustanowienia ich prawnej dopuszczalności bądź też braku penalizacji dokonują co najmniej pośrednio, wbrew składanym deklaracjom, prawnego usankcjonowania statusu płodu ludzkiego jako jednostki, której *implicite* nie przysługuje ochrona równorzędna podmiotom osobowym. W rezultacie, mimo że status płodu *expressis verbis* pozostaje rzekomo nierozstrzygnięty i dwuznaczny, w wyniku przyzwolenia na określone działania aborcyjne, już to w formie zniesienia ich penalizacji bądź otwartej legalizacji, pozycję prawną płodu faktycznie ustala się jako niższą od osoby ludzkiej. System prawny, wbrew postulatowi uwolnienia go od wpływów światopoglądowych i ideologicznych, w tym przypadku rzekomych rygorystów moralnych domagających się etycznej i prawnej ochrony ludzkiego embrionu na poziomie przysługującym podmiotom osobowym, zostaje w pełni podporządkowany roszczeniom ruchów aborcyjnych i realizuje dezyderaty reprezentowanej przez nich ideologii antynatalistycznej.

Co istotne, jeśli rzeczowo, a nie instrumentalnie chce potraktować dyskurs bioetyczny, należałoby uczciwie stwierdzić, że status jednostki ludzkiej w stadium prenatalnym jest w debacie bioetycznej równie niejednoznaczny, jak noworodka czy niemowlęcia. Stąd pojawiają się propozycje legalizacji tzw. „aborcji postnatalnej”³⁹. Jeżeli zatem poważnie przyjętoby w przestrzeni publicznej i w procesie

of life, „Bioethics”, 1997, vol. 11, no. 2, s. 130–150; H.-L. Li, *Abortion and degrees of personhood. Understanding why the abortion problem (and the animal rights problem) are irresolvable*, „Public Affairs Quarterly” 1997, vol. 11, no. 1, s. 1–19; P. Lee, *Personhood, the moral standing of the unborn and abortion*, „The Linacre Quarterly” 1990, vol. 57, no. 2, s. 80–89.

³⁹ Por. A. Giubilini, F. Minerva, *After-birth abortion: why should the baby live?*, „Journal of Medical Ethics” 2013, vol. 39, no. 5, s. 261–263; A. Giubilini, F. Minerva, *Defending after-birth abortion: responses to some critics*, „Monash Bioethics Review” 2012, vol. 30, no. 2, s. 49–61; J. Oakley, *After-birth abortion and arguments from potential*, „Journal of Medical Ethics” 2013, vol. 39, no. 5, s. 324–325; M. Loi, *Why post-natal abortion is immoral, even if newborns are not persons*, „Monash Bioethics Review” 2013, vol. 31, no. 2, s. 60–82; G. Hołub, *O dwóch spojrzeniach na istotę ludzką w początkach jej istnienia*, „Studia Philosophica Wartislaviensia” 2016, vol. 11, z. 3, s. 42–45.

legislacyjnym rozbieżność stanowisk na temat statusu ontycznego i etycznego jednostki ludzkiej na całej linii jej życia, a nie wykorzystywano przedmiotowo jedynie fragmentarycznych elementów dyskursu etycznego dotyczącego stadium prenatalnego dla uzyskania politycznych celów środowisk proaborcyjnych, to pozycja prawna człowieka musiałaby pozostać nierozstrzygnięta na kolejnych etapach rozwoju postnatalnego. Stawiałoby to zatem pod znakiem zapytania znaczącą część kodeksu karnego i innych aktów normatywnych.

Nie ma wątpliwości, że postulaty etyków jakości życia wobec stadium postnatalnego także dochodzą do głosu w debacie publicznej i stają się podstawą argumentacji na rzecz legalizacji eutanazji noworodków, niemowląt i innych osób, których życie jest oceniane jako istnienie o tzw. niskiej jakości⁴⁰. Przeważnie dzieje się tak dopiero wówczas, kiedy dezyderaty dotyczące aborcji zostaną już usankcjonowane w krajowym porządku prawnym i silnie postępuje w społeczeństwie proces kształtowania korelującej z etyką jakości życia mentalności eugenicznej.

Określenie pozycji ontycznej i etycznej ludzkiego płodu podstawą adekwatnej oceny sytuacji rodziny z niekorzystną diagnozą prenatalną

Zgodnie z wyrażonymi w wywiadzie poglądami A. Szostek dąży do wyznaczenia miary kolidujących ze sobą dóbr w sytuacji abortywnej i zastosowania zasady proporcjonalności, odstępując od wcześniejszego ustalenia statusu ontycznego i etycznego ludzkiego płodu. Jest to rażący błąd metodologiczny. Wszelkie rozstrzygnięcia będące rezultatem takiego procesu „rozeznania” są już w punkcie wyjścia błędne i nieuchronnie prowadzą do rozwiązań aborcyjnych. Udaremniają możliwość zdefiniowania samej relacji małżonków do noszonego w łonie kobiety płodu w aspekcie ontologicznym, antropologicznym, etycznym i społecznym. Chcąc zestawiać ze sobą dane dobra i szkody wynikające z ich utraty, trzeba w pierw określić pozycję ontyczną i etyczną tych dóbr. Coś, co jest tylko przypadłością bytu, jak dobrostan psychiczny i trudności relacyjne (rodziców), nie może zostać postawione wyżej nad całościowo ujętą bytowość

⁴⁰ Por. E. Verhagen, P.J.J. Sauer, *The Groningen Protocol – euthanasia in severely ill newborns*, „The New England Journal of Medicine” 2005, vol. 352, nr 10, s. 959–962; W.H.J. Martens, *Recommendation of the Groningen Protocol for euthanasia of newborns with unbearable suffering and unacceptable quality of life*, „Medicine and Law” 2008, vol. 27, no. 4, s. 925–928; E. Verhagen, *Neonatal euthanasia: lessons from the Groningen Protocol*, „Seminars in Fetal & Neonatal Medicine” 2014, vol. 19, no. 5, s. 296–299; T. Biesaga, *Bioetyka utilitarystyczna Zbigniewa Szawarskiego*, w: *Bioetyka polska*, red. tenże, Kraków 2004, s. 145–164; T. Dangel, *Wady letalne u płodów i noworodków. Opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii*, w: *Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej*, red. K.M. Kuczkowski, L. Drobnik, Warszawa 2009, s. 197.

o najwyższej pozycji ontycznej i etycznej spośród wszystkich rodzajów bytów – osobę (w tym przypadku dziecka)⁴¹.

Poza receptywnym stwierdzeniem natury ontycznej i statusu etycznego ludzkiego płodu jako osoby ludzkiej po stronie rodziców powinno się wziąć pod uwagę nie tylko aktualne i przewidywane cierpienia związane z urodzeniem chorego dziecka, z którego wychowania po porodzie małżonkowie mogą ewentualnie zrezygnować, ale również potencjalne, dotkliwe i, co najważniejsze, nieodwracalne skutki aborcji dla obojga małżonków i całego systemu rodzinnego. Trzeba przy tym rozważyć, jaka jest przyczyna i natura aktualnych cierpień matki (rodziców) po uzyskaniu niekorzystnej diagnozy prenatalnej i czy nie można ich przezwyciężyć jeszcze w okresie ciąży. **Kobieta w sytuacji przymusu środowiska, tak lekarzy, jak również partnera, dalszej rodziny i otoczenia zawodowego, może dojść do błędnego wniosku, że dokonując aborcji, opowiada się w trudnym czasie podjęcia decyzji za najlepszym wyborem, faktycznie jednak uwalniając się nie tyle od „problemu zdefektowanego płodu”, ile od aborcyjnego naporu środowiska. Doświadczając w tym okresie presji, może nie być zdolna do racjonalnej oceny potencjalnych skutków aborcji, które ujawnią się, kiedy sytuacja społecznie będzie już zamknięta po zrealizowanej procedurze abortywnej. Matka powinna zostać uświadomiona, że mierząc się z następstwami aborcji, z o wiele wyższym stopniem prawdopodobieństwa nie otrzyma wsparcia społecznego niż w sytuacji przyjęcia chorego dziecka. Doniesienia badawcze nie pozwalają obecnie kwestionować wystąpienia żałoby u kobiet poddających się terminacji ciąży z powodu niepomyślnego wyniku diagnozy prenatalnej, przeżywanej analogicznie do matek po wewnątrzmacicznej śmierci dziecka, z tą wszelako różnicą, że kobiety naznaczone aborcją charakteryzują się wyższym ryzykiem jej zaburzonego przebiegu⁴². Jak stwierdza się w opublikowanym w 2010 roku raporcie Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, traktującym o aborcji po rozpoznaniu anomalii płodu, nie zgromadzono dotychczas wystarczających dowodów na to, że przerwanie ciąży na wcześniejszym etapie rozwoju prenatalnego dziecka wywołuje mniej intensywne konsekwencje emocjonalne jego utraty⁴³.**

⁴¹ Por. C.S. Bartnik, *Studies in personalist system*, Lublin 2007, s. 56-62; tenże, *Personalizm*, Lublin 2008, s. 368-372.

⁴² A. Michalik, A. Czerwińska-Osipiak, J. Olszewska, *Model przebiegu procesu adaptacji po stwierdzeniu w czasie ciąży wady rozwojowej płodu (wg J. Lalor i C. Bigley): propozycja dla polskiej medycyny perinatalnej...*, dz. cyt., s. 189.

⁴³ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *Termination of pregnancy for fetal abnormality in England, Scotland and Wales. Report of a working party...*, dz. cyt., s. 21.

Prymat „wolności rozeznania” podstawą działań eugenicznych

Jeżeli uznać za rzeczowe stanowisko A. Szostka, niezgadającego się „z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego” z 22 października 2020 roku, który w jego ocenie „nie bierze pod uwagę owej wolności rozeznawania i jest przez wiele osób (moim zdaniem słusznie) odbierany jako krzywdzące przymuszanie”, to należy postawić pytanie, dlaczego owa wolność rozeznawania nie miałaby zostać dopuszczona także w innych niż eugeniczna sytuacjach abortywnych. Wedle prezentowanej dyscypliny myślowej równie dobrze jako „krzywdzące przymuszanie” można ocenić każdą formę penalizacji aborcji, a zatem także orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego z 1997 roku znoszące przesłankę socjalną. Powoływanie się na czynniki podmiotowe występujące wyłącznie po stronie kobiety, jak „wolność rozeznawania” i wolność od „krzywdzącego przymuszania” regulacjami obowiązującego prawa, bez uwzględnienia równorzędnych osobie uprawnień i ochrony etycznej nienarodzonego dziecka, może stanowić uzasadnienie negacji dowolnej postaci przepisów ograniczających dostępność aborcji.

Konsekwentne stosowanie prymatu „wolności rozeznania” i wolności od „krzywdzącego przymuszania” do określonych działań lub ich zaniechania nie powinno wyznaczać katalogu wolności i praw wyłącznie rodziców z niepomysłną diagnozą prenatalną, oznaczałoby to bowiem dyskryminację, ale regulować postępowanie moralne małżonków również w odniesieniu do dzieci w późniejszych okresach rozwojowych, a więc także w przypadkach wystąpienia ciężkiej niepełnosprawności niezwiązanej ze stadium prenatalnym. Jeżeli nie wolno „zmuszać kobiet do rodzenia chorych dzieci”, a zrodzenie w sposób naturalny zakłada wychowanie dziecka, choć zawsze otwartą pozostaje kwestia adopcji, to nie sposób racjonalnie uzasadnić stosowania analogicznego przymusu do wychowania dzieci z ciężką niepełnosprawnością nabytą już po porodzie. Tu otwiera się przestrzeń do legalizacji działań eutanatycznych. Ewentualność adopcji lub przekazania dziecka do specjalistycznej placówki pielęgnacyjnej może bowiem zostać w tym przypadku równie skrupulatnie przemilczana, jak uczyniono to w cytowanym wywiadzie w odniesieniu do niekorzystnej diagnozy prenatalnej.

Uznając na płaszczyźnie etycznej i prawnej możliwość celowego pozbawienia w określonych przypadkach życia dziecka przez jego rodziców, stanowiącego najbardziej radykalną formę krzywdy wyrządzanej dziecku i czyn ze swej natury wewnętrznie zły niezależnie od okoliczności i intencji dokonujących go osób, zdecydowanie trudniej wskazać przekonujące racje dla wykluczenia prawnej i etycznej dopuszczalności dokonywania na dziecku w różnych okresach jego rozwoju innych czynów wewnętrznie złych, wszelako zaciągających relatywnie mniej dotkliwe skutki od jego uśmiercenia. Ich legalizację lub co najmniej brak penalizacji można podobnie argumentować warunkiem „wolności rozeznawania” rodziców. Katalog takich czynów pozostaje wprost trudny do

wyczerpującego sformułowania, włącznie z aktami wymierzonymi w godność i niewinność dziecka.

Prawo nie zmusza do rodzenia i wychowania dzieci, ale chroni osobę o prawnym statusie dziecka już od poczęcia przed dokonywaniem na nim działań wewnętrznie złych, jak aborcji w okresie prenatalnym czy pedofilii do ukończenia przez dziecko 15. roku życia.

Zasada *in dubio pro reo* chroni życie nienarodzonego dziecka

W omawianym wywiadzie w sposób niejasny, wewnętrznie sprzeczny, wprost niezgodny z jej właściwym znaczeniem została zaprezentowana zasada *in dubio pro reo*. Stanowi to kolejny przykład braku przejrzystości prowadzonej rozmowy. Profesor A. Szostek przytacza tzw. apel zwykłych księży i sióstr, cytując jego fragment, w którym stwierdza się, że żadna opcja polityczna nie może określać, kiedy płód staje się człowiekiem. Podejmując ten wątek, redaktor S. Duda w następującym po zakończonej cytacji pytaniu przywołuje zasadę *in dubio pro reo* i wyprowadza na jej kanwie twierdzenie analogiczne do powyższej oceny wyrażonej przez sygnatariuszy wspomnianego apelu, w tym A. Szostka. Redaktor Duda konstatuje: „Jeśli nawet wielu ludzi ma wątpliwości, czy zarodek i płód to istota ludzka, prawo w swoich formułach nie może jednoznacznie tych wątpliwości rozstrzygać”. I tu nieoczekiwanie Profesor Szostek w swojej odpowiedzi popierającej twierdzenie doktora S. Dudy odwołuje się do fragmentu encykliki *Evangelium vitae*, który w żadnej mierze nie może stanowić potwierdzenia poglądu jednomyślnie wyrażonego przez obu rozmówców. W tym bowiem fragmencie Jan Paweł II poprawnie definiuje zasadę *in dubio pro reo*, która wedle wykładni papieża chroni życie nienarodzonego dziecka, stając się w istocie zasadą *in dubio pro embryo*, i wskazuje na rację uzasadniającą penalizację czynów ukierunkowanych na jego uśmiercenie, natomiast nie sprzeciwia się rozstrzygnięciu statusu ludzkiego płodu na płaszczyźnie prawnej. Jan Paweł II stwierdza wszakże: „Nawet samo prawdopodobieństwo istnienia osoby ludzkiej wystarczyłoby dla usprawiedliwienia najbardziej kategorycznego zakazu wszelkich interwencji zmierzających do zabicia embrionu ludzkiego” (*Evangelium vitae*, p. 60). Mowa tu zatem o zakazie każdej postaci działań aborcyjnych, nie zaś o zakwestionowaniu dopuszczalności rozstrzygnięcia statusu embrionu ludzkiego w porządku prawnym, ponieważ penalizacja aborcji co najmniej pośrednio ten status określa, a w rzeczy samej jego ustalenie uprzednio zakłada.

Zależność ta znajduje potwierdzenie w stanowisku Kongregacji Nauki Wiary, wyrażonym w *Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania* *Donum vitae*, w sprawie wprowadzenia do porządku prawnego sankcji karnych za dobrowolne naruszenie praw nienarodzonego dziecka: „Jako konsekwencję szacunku i opieki należynej dziecku, które ma się

narodzić, począwszy od chwili jego poczęcia, prawo powinno przewidzieć odpowiednie sankcje karne za każde dobrowolne pogwałcenia jego praw”. Według cytowanej instrukcji penalizacja aborcji stanowi zatem implikację prawnego statusu dziecka przyznanego ludzkiemu płodowi na podstawie receptywnie stwierdzonej jego osobowej pozycji ontycznej i etycznej. Stąd Urząd Nauczycielski Kościoła nie tylko nie występuje przeciwko jednoznacznemu zdefiniowaniu statusu prawnego płodu, ale identyfikuje także jedyny zgodny z prawdą kierunek rozwiązań ustawodawczych w tym zakresie – uznanie tożsamości osobowej ludzkiej jednostki prenatalnej równej w godności osobom narodzonym. Próba zaś wykorzystania wykładni zasady *in dubio pro reo* sformułowanej przez Jana Pawła II w encyklice *Evangelium vitae* jako domniemanego argumentu przeciwko określaniu w krajowych systemach prawnych pozycji ludzkiego płodu pozostaje niezgodna z immanentną treścią tej zasady. Zasada ta wszakże identyfikuje rozstrzygnięcie prawnego statusu płodu za jej warunek wstępny, wynikający z normy etycznej materialnie wyznaczającej jej treść.

Zakończenie

Debata społeczna na temat wzmocnienia prawnej ochrony życia ludzkiego w okresie prenatalnym domaga się uczciwego przedstawienia tych uwarunkowań aborcji, które pozostają przemilczane lub wprost są przekłamywane przez środowiska proaborcyjne w dyskursie medialnym. Niestety, także w komentowanym wywiadzie, opublikowanym na łamach deklaratywnie katolickiego periodyku, zabrakło rozważenia kwestii istotnych dla pełnej oceny negatywnej kwalifikacji moralnej i prawnej aborcji eugenicznej. Być może postawiony przez nas zarzut o pominięciu pewnych aspektów aborcji eugenicznej w omawianej publikacji prasowej zostanie zakwestionowany jako rzekomo wykraczający poza ramy prowadzonej rozmowy. Trudno jednak byłoby uznać jego rzeczowość. Niepodjęcie tak istotnych zagadnień, które pozwoliliśmy sobie wyżej sygnałnie zaprezentować, powinno znaleźć swoje uzasadnienie ze strony rozmówców, o ile faktycznie chcą oni obiektywnie rozpatrzyć problem, którego oceny się podejmują. Mają one wszakże niebagatelne znaczenie dla roztrząsanej sprawy. Istotne jest nie tylko to, co dany teolog otwarcie stwierdza, ale równie ważne jest także to, czego nie uwzględni w swojej wypowiedzi, a co ma podstawową wartość dla konstruktywnej krytyki danego zjawiska. Trzeba również wziąć pod uwagę motywy, z powodu których decyduje się on na tak wybiórcze potraktowanie problemu. Nie zawsze jednak zostają otwarcie wyrażone. Nic nie stało na przeszkodzie, aby przywołane tu kwestie poruszyć co najmniej w formie krótkiej charakterystyki i włączyć w wieloetapowy proces analizy, wykazując przy tym staranność o możliwie pełny ogląd i wielostronne spojrzenie na problem prawnej i etycznej (nie)dopuszczalności aborcji eugenicznej. Uwa-

ga ta jest tym bardziej zasadna, że rozmówcy poświęcili wiele miejsca na poboczne tematy, które nie mają ścisłego związku z tytułową aborcją eugeniczną.

Pozostawiając na marginesie inne błędy rzeczowe, które przy uczciwej ocenie komentowanego wywiadu można z łatwością stwierdzić, nie sposób nie sformułować jednoznacznego wniosku, że najbardziej głośna teza A. Szostka: *Kobiety można zachęcać do rodzenia chorych dzieci, ale nie można ich zmuszać*, którą redakcja wykorzystała jako tytuł na prawach cytatu, jest nieprawdziwa i oparta na manipulacji. Teza ta padła na podatny grunt mediów liberalnych chętnie ją upowszechniających, co także nadało spodziewanego rozgłosu publikacji. Jeżeli zostałyby odniesiona do okresu prekonceptyjnego, to znalazłaby swoje niepodważalne uzasadnienie. Okazuje się jednak niegodziwa etycznie i wprost fałszywa w wymiarze biomedycznym w przypadku już poczętego dziecka i rodziców otrzymujących niepomysłną diagnozę prenatalną.

Po lekturze wywiadu nasuwa się oczywiste pytanie, jaki cel przeprowadzonej rozmowy wynika z jego analizy. Nie rozstrzygając o intencjach rozmówców, jasne jest, że w wywiadzie otwarcie zanegowano polski porządek prawny zakazujący aborcji eugenicznej oraz zakwestionowano normy prawa kanonicznego i przynajmniej częściowo nauczanie Urzędu Nauczycielskiego Kościoła dotyczące aktów abortywnych, stawiając postulat zmiany dyscypliny prawnej i pastoralnej w tym względzie. Nie bez znaczenia ma także czas ukazania się publikacji w prasie tuż przed sejmową debatą nad zgłoszonym przez środowiska lewicowe projektem obywatelskim ustawy przywracającym legalność aborcji wykonywanej z powodów społecznych i eugenicznych, a nawet rozszerzającym jej dostępność dla niepełnoletnich dziewcząt. Komentowany tekst jest przykładem narracji, która będąc wypełniona obszerną cytacją dokumentów magisterialnych sugerującą jej ortodoksyjność i silnie odwołującą się do twierdzeń pozornie personalistycznych, faktycznie postuluje rewizję niezmiennego nauczania i dyscypliny Urzędu Nauczycielskiego Kościoła. Rewizja ta nie stanowi wszelako rozwoju nauczania, ale dąży do przyjęcia stanowiska etycznego odrzuconego już przez magisterium. Zadziwia fakt, że przedstawiciele środowiska uniwersyteckiego, zamiast wypracować uczciwą argumentację teologiczną i filozoficzną mogącą taką ewentualną zmianę uzasadnić jako rozwój doktrynalny i dyscyplinarny oraz faktyczny postęp w odkryciu prawdy, odwołują się do krzykliwych twierdzeń propagandystów proaborcyjnych, których nierzeczowość i moralną niegodziwość założeń etycznych i antropologicznych Urząd Nauczycielski już wielokrotnie wykazał.

Myliliby się ten, kto by sądził, że przedstawione na łamach kwartalnika „Więź” postulaty A. Szostka są próbą aplikacji przez analogię do sytuacji abortywnej podejścia pastoralnego papieża Franciszka przedłożonego w adhortacji *Amoris laetitia* w odniesieniu do związków niesakramentalnych. Choć w żadnym miejscu Profesor Szostek nie odwołuje się do tego dokumentu, to w swojej

wypowiedzi posługuje się kategoriami wprost zaczerpniętymi z adhortacji, jak proces rozeznania, wolność w rozeznaniu, indywidualne rozeznawanie każdego przypadku, niewłaściwość rozstrzygania poszczególnych sytuacji wyłącznie na poziomie prawa ogólnego. Zachodzi jednak istotna różnica między stanowiskiem ks. A. Szostka i papieża Franciszka, która ujawnia się co najmniej w dwóch podstawowych kwestiach:

(1) Franciszek nie formułuje postulatów zniesienia na płaszczyźnie prawa kanonicznego i państwowego prawnej ochrony dobra naruszonego w danej sytuacji nieregularnej podlegającej rozeznaniu. Nie wysuwa zatem oczekiwań wobec decydentów politycznych delegacji prawnej ochrony małżeństwa i nie odwołuje posiadaną władzę papieską kanonów prawa kościelnego, które nierozzerwalność małżeństwa chronią. A. Szostek natomiast wykorzystuje proces rozeznania jako podstawowy argument do zmiany porządku prawno-społecznego dotyczącego aborcji eugenicznej w wymiarze prawa świeckiego i kościelnego, co w rezultacie ma skutkować wyłączeniem spod pełnej ochrony gwarantującej prawo do życia dzieci z niepomyślną diagnozą prenatalną i sankcjonować możliwość ich legalnego uśmiercenia. W istocie lubelski etyk upolitycznia postulowane rozeznanie. Przeciwnie jest u Franciszka, jego proces rozeznania i towarzyszenia dokonuje się na forum wewnętrznym bez konieczności uprzedniego przeprowadzenia jakichkolwiek zmian w systemie prawno-politycznym społeczeństwa, w którym partnerzy żyją. Rozwiązaniem analogicznym do propozycji A. Szostka byłoby postawienie przez papieża postulatu legalizacji rozwodów i alternatywnych do małżeństwa związków intymnych w krajach, w których dotychczas takich rozwiązań nie wprowadzono, jak również na gruncie prawodawstwa Kościoła, czego Franciszek w żadnej mierze nie czyni w interesującej nas adhortacji. Normy etyczne, teologiczne i prawne chroniące nierozzerwalność małżeństwa nie są przeszkodą dla procesu rozeznania, który proponuje duszpasterstwu rodzin papież Franciszek, ale stanowią niezbędny punkt wyjścia oceny indywidualnych przypadków i wyznaczają ramy pastoralnego towarzyszenia. Dla A. Szostka kategoryczność normy prawnej i stojącej za nią normy etycznej wyrażonej na poziomie prawa ogólnego urasta do rangi przeszkody otwarcie rozpatrywanej w kategorii „przymusu” i wprost uniemożliwiającej podjęcie każdorazowo rozeznania trudnej sytuacji prokreacyjnej.

(2) Adhortacja *Amoris laetitia* zaleca duszpasterskie towarzyszenie i rozeznanie stanu lub braku łaski u osoby już żyjącej nawykowo w związku niesakramentalnym, przedmałżeńskim lub pozamałżeńskim, by doprowadzić penitenta do zrozumienia normy moralnej i zawartych w niej wartości, wbrew której dotychczas postępuje, oraz do usunięcia przeszkód, jeśli to możliwe, w jej wypełnianiu, aby mógł on dostosować swoje życie do prawdy ewangelicznej przy uwzględnieniu prawa stopniowości wskazanego w adhortacji *Familiaris*

consortio Jana Pawła II (nr 34). Wbrew założeniom pastoralnym Franciszka byłby taki proces rozeznania, podjęty jeszcze przed wszczęciem postępowania rozwodowego i wstąpieniem w związek cudzołożny, który małżonków w kryzysie doprowadziłby nie tylko do zerwania pożycia małżeńskiego i orzeczenia separacji, ale wprost do wejścia w związek niesakramentalny. Pierwszy wariant – przeprowadzenie separacji – może okazać się konieczny ze względu na dobro dzieci i pokrzywdzonego małżonka w sytuacji stosowania w małżeństwie przemocy⁴⁴, jednak drugi wariant – inicjacja relacji cudzołożnej – w żadnym razie nie może stanowić celu prowadzonego rozeznania. U A. Szostka mamy natomiast do czynienia z takim właśnie błędnie pojmowanym procesem rozeznania dostosowanym do przypadku aborcji eugenicznej. Profesor Szostek domaga się przywrócenia prawnych warunków „rozeznania” rodzicom, którzy stoją dopiero przed decyzją aborcyjną, jednak nie w celu udzielenia w jego ramach pomocy w zrozumieniu normy *nie zabijaj* i usunięcia przeszkód w jej spełnieniu, ale dla zapewnienia możliwości podjęcia i realizacji ewentualnej decyzji o zamierzonym uśmierceniu dziecka przy niegodziwym wykorzystaniu badań prenatalnych. Zakłada się tym samym jako jedną z opcji doprowadzenie małżonków do popełnienia czynu wewnętrznie złego. Proponowane przez A. Szostka zmiany prawne stanowią zatem przygotowanie warunków społeczno-prawnych do celowego dokonania na dziecku czynu wewnętrznie złego, czyli poddania go aborcji z motywów eugenicznych, zaś postulowane rozeznanie koncentruje się na poszukiwaniu okoliczności łagodzących odpowiedzialność za akt aborcyjny, zanim takie działanie niegodzive zostanie skutecznie wykonane. Tymczasem proces rozeznania w koncepcji Franciszka ma penitenta wyprowadzić z czynu wewnętrznie złego już nawykowo dokonywanego, o ile to tylko możliwe. Czyn ten nie ma więc stanowić rezultatu rozeznania, a sam proces towarzyszenia inicjować sytuację nieregularną, która dotychczas nie została jeszcze przez penitenta spowodowana. Franciszek dąży do zniesienia w indywidualnym przypadku skutków społecznej struktury grzechu, których konsekwencją nierzadko jest trwanie osoby w związku niesakramentalnym. A. Szostek przeciwnie, domaga się budowy społecznej struktury zła w postaci systemu prawno-politycznego i pastoralno-kanonicznego legalizującego aborcję eugeniczną po to, aby w ramach tej społecznej i eklezjalnej struktury proaborcyjnej rodzice mogli bez konsekwencji prawnych uśmiercać swoje dzieci w stadium wewnątrzmacicznym na podstawie niekorzystnej diagnozy prenatalnej. Różnice co do kształtu i warunków postulowanego rozeznania między

⁴⁴ „Trzeba przyznać, że «są przypadki, w których separacja jest nieunikniona. Niekiedy może stać się wręcz z moralnego punktu widzenia konieczna, kiedy chodzi właśnie o to, by uchronić słabszego małżonka lub małe dzieci przed poważniejszymi ranami, powodowanymi przez znęcanie się i przemoc, upokorzenia i wyzysk, obcość i obojętność». Jednak «należy ją uznać za środek ostateczny, kiedy już wszelkie rozsądne oddziaływania okażą się daremne»”. Franciszek, *Adhortacja apostolska Amoris laetitia* (Rzym, 19 III 2016), nr 241.

Franciszkiem i Profesorem Szostkiem są zatem nad wyraz widoczne już tylko na przykładzie dwóch opisanych i ściśle ze sobą powiązanych kwestii.

Wzmiankowany wywiad, oprócz przykładowo sygnalizowanych w tym przedłożeniu wątpliwości, dostarcza także konstatacje mające doniosłe znaczenie dla debaty społecznej, których wartości nie sposób nie docenić, a wyrażonych w nich stanowisk nie podjąć i dalej nie rozwijać. Dotyczy to co najmniej trzech kwestii: (1) uznania za pochoptną i uproszczoną taką interpretację zasady „podwójnego skutku”, którą używa się do uzasadnienia aborcji w przypadku stwierdzenia depresji lub innej choroby psychicznej kobiety w następstwie niepomysłnej diagnozy prenatalnej; (2) odrzucenia poglądu, że zmiany postaw społecznych mogą stanowić decydujący argument w definiowaniu „człowieczeństwa poczętej istoty ludzkiej”; (3) zakwestionowania zasadności wykorzystania orzeczeń sądów wydawanych w innych krajach europejskich, stawiających prawo do prywatności i dobrostan kobiet ponad dobro noszonych w ich łonach dzieci, „jako argumentu przeciwko uznaniu dzieci poczętych za osoby ludzkie”.

Od katolickiego teologa i filozofa oczekuje się podjęcia intensywnego wysiłku poznawczego na rzecz wypracowania uzasadnienia, które wzmocni orzeczenia Magisterium Kościoła. Swoją działalnością publiczną powinien on przysłużyć się głębszemu zrozumieniu argumentacji magisterium papieskiego w sprawach, co do których wyraziło ono już swój osąd. W odniesieniu do aborcji eugenicznej takie orzeczenie zostało sformułowane, stąd wolne roztrząsania teologów poszukujących alternatywnych rozwiązań danej kontrowersji z zasady winny ustąpić miejsca pracy teologicznej nad poprawnym wyjaśnieniem przyjętych rozstrzygnięć doktrynalnych i dyscyplinarnych. Ewentualne postulaty dotyczące ich rewizji rozsądnie jest kierować wraz z możliwie wyczerpującym opracowaniem teologicznym i filozoficznym do organów decyzyjnych Urzędu Nauczycielskiego, nie zaś przedstawiać w mediach odbiorcom częstokroć nieprzygotowanym do prowadzenia specjalistycznego dyskursu etycznego i teologicznego. Taka praktyka wzbudza jedynie postawę nieufności i poddaje w wątpliwość prawomówność orzeczeń papieskich. Prasa nie wydaje się odpowiednim miejscem rzetelnej debaty teologicznej, ponieważ tej rzetelności nie gwarantuje specyfika komunikacji medialnej opartej na uproszczonym przekazie informacji. Zachodzi przy tym poważne ryzyko wykorzystania jej w bieżących sporach społecznych i politycznych, nie tylko przeciwko Kościołowi katolickiemu, ale jak to ma miejsce w przypadku rzeczonoego wywiadu, przede wszystkim na niekorzyść najbardziej bezbronnych członków społeczeństwa, czyli nienarodzonych dzieci.

Bibliografia

Dokumenty kościelne:

Franciszek, *Adhortacja apostolska Amoris laetitia o miłości w rodzinie* (Rzym, 19 III 2016).

Jan Paweł II, *Adhortacja apostolska Familiaris consortio o zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym* (Rzym, 22 XI 1981).

Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium Vita o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego* (Rzym, 25 III 1995).

Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania Donum vitae* (Rzym, 22 II 1987).

Literatura przedmiotu:

Anand K.J., Mervyn M., *Fetus, fentanyl, and stress response: signals from the beginnings of pain*, „Anesthesiology” 2001, vol. 95, nr 4, s. 823-825.

Asch A., *Prenatal diagnosis and selective abortion: a challenge to practice and policy*, „American Journal of Public Health” 1999, vol. 89, no. 11, s. 1649-1657.

Baena N. et al., *Turner Syndrome: evaluation of prenatal diagnosis in 19 European Registries*, „American Journal of Medical Genetics” 2004, vol. 129A, iss. 1, s. 16-20.

Bartnik C.S., *Studies in personalist system*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2007.

Bartnik C.S., *Personalizm*, Wydawnictwo KUL, wyd. III, Lublin 2008.

Belshaw Ch., *Abortion, value and the sanctity of life*, „Bioethics” 1997, vol. 11, no. 2, s. 130-150.

Biesaga T., *Bioetyka utylitarystyczna Zbigniewa Szawarskiego*, w: *Bioetyka polska*, red. tenże, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 145-164.

Biesaga T., *Status embrionu ludzkiego – stanowisko personalizmu ontologicznego*, w: *Bioetyka polska*, red. tenże, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2004, s. 257-264.

Biesaga T., *Spór o moralny status człowieka w okresie prenatalnym*, „Medycyna Praktyczna – Ginekologia i Położnictwo” 2007, nr 1, s. 9-13.

Biesaga T., *Diagnostyka prenatalna a selekcja eugeniczna*, „Życie i Płodność” 2008, r. 2, nr 4, s. 71-76.

Biesaga T., *Eugenika w propozycjach legalizacji prawa do zdrowej reprodukcji*, „Logos i Ethos” 2019, vol. 50, nr 2, s. 27-46.

Biesaga T., *Spór o klauzulę sumienia lekarzy w Polsce*, w: *Primum philosophari. Opuscula Antonio Siemianowski dedicata*, red. J. Grzeszczak, K. Stachewicz, Poznań 2016, s. 283-299.

Borys Budka: *Opowiadam się za wyborem kobiety, ale nie za nieskrępowaną aborcją na życzenie*, <https://www.wprost.pl/polityka/10419247/borys-budka-opowiadam-sie-za-wyborem-kobiety-ale-nie-za-nieskrepowana-aborcja-na-zyczenie.html> (dostęp: 10.09.2022).

Brozura nt. *Drugie imię Kasi*, Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka, Kraków 2017.

Bury M., *Aktorki wrzucają do sieci zdjęcia z czasów ciąży. W ten sposób pokazują, że nie zgadzają się z zakazem aborcji z przyczyn embrio-patologicznych w Polsce*, <https://www.hellozdrowie.pl/aktorki-wrzucaja-do-sieci-zdjecia-z-czasow-ciazy-w-ten-sposob-pokazuja-ze-nie-zgadza-sie-z-zakazem-aborcji-eugenicznej-w-polsce/> (dostęp: 23.10.2020).

Cieply F., *Aborcja eugeniczna a dyskryminacja osób niepełnosprawnych*, „Czasopismo Prawa Karnego i Nauk Penalnych” 2014, vol. 19, z. 2, s. 71-87.

Coleman P.K., Nelson E.S., *The quality of abortion decisions and college student's report of post-abortion emotional sequelae and abortion attitudes*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 1998, vol. 17, nr 4, s. 425-442.

Coleman P.K., Rue V.M., Coyle C.T., *Induced abortion and intimate relationship quality in the Chicago Health and Social Life Survey*, „Public Health” 2009, vol. 123, s. 331-338.

Coleman P.K., *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009*, „The British Journal of Psychiatry” 2011, vol. 199, s. 180-186.

Coleman P.K., Reardon D.C., Coughle J.J., *The quality of the caregiving environment and child developmental outcomes associated with maternal history of abortion using the NLSY data*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 2002, vol. 43, s. 743-758.

Coleman P.K. et al., *Abortion and the sexual lives of men and women: is casual sexual behavior more appealing and more common after abortion?*, „International Journal of Clinical and Health Psychology” 2008, vol. 8, no.1, s. 77-91.

Coleman P., Rue V., Spence M., *Intrapersonal processes and post-abortion relationship challenges: a review and consolidation of relevant literature*, „The Internet Journal of Mental Health” 2006, vol. 4, no. 2, s. 1-19.

Collectt T.S., *Fetal pain legislation: is it viable?*, „Pepperdine Law Review” 2003, vol 30, iss. 2, s. 161-184.

Collectt T.S., *Previability abortion and the pain of the unborn*, „Washington and Lee Law Review” 2014, vol. 71, iss. 2, s. 1211-1231.

Coyle C., *Men and abortion: a review of empirical reports concerning the impact of abortion on men*, „The Internet Journal of Mental Health” 2006, vol. 3, no. 2, s. 1-17.

Cogle J.R., Reardon D.C., Coleman P.K., *Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort*, „Medical Science Monitor” 2003, vol. 9, nr 4, s. 105-112.

Curley M., Johnston C., *The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students*, „Journal of Behavioral Health Services & Research” 2013, vol. 40, nr 3, s. 279-293.

Dangel T., *Wady letalne u płodów i noworodków. Opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii*, w: *Anestezjologia w położnictwie i medycynie perinatalnej*, red. K.M. Kuczkowski, L. Drobnik, Wydawnictwo Med-Media, Warszawa 2009, s. 196-203.

Damota M.D., *Prevalence and psychological effects of abortion*, „Journal of Equity in Science and Sustainable Development” 2019, vol. 3, nr 2, s. 26-31.

Eaton W.W. et al., *Obstetric complications and risk for severe psychopathology in childhood*, „Journal of Autism and Development Disorders” 2001, vol. 31, nr 3, s. 279-285.

Fisk N.M. et al., *Effect of direct fetal opioid analgesia on fetal hormonal and hemodynamic stress response to intrauterine needling*, „Anesthesiology” 2001, vol. 95, s. 828-835.

Galewicz W., *Status ludzkiego zarodka a etyka badań biomedycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.

Gitau R. et al., *Fetal hypothalamic-pituitary-adrenal stress responses to invasive procedures are independent of maternal responses*, „The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism” 2001, vol. 86, nr 1, s. 104-109.

Gitau R., Fisk N.M., Glover V., *Human fetal and maternal corticotrophin releasing hormone responses to acute stress*, „Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition” 2004, vol. 89, s. F29-F32.

Giubilini A., Minerva F., *After-birth abortion: why should the baby live?*, „Journal of Medical Ethics” 2013, vol. 39, no. 5, s. 261-263.

Giubilini A., Minerva F., *Defending after-birth abortion: responses to some critics*, „Monash Bioethics Review” 2012, vol. 30, no. 2, s. 49-61.

Gravholt C.H., *Epidemiological, endocrine and metabolic features in Turner Syndrome*, „European Journal of Endocrinology” 2004, nr 151, s. 657-687.

Gravholt C.H. et al., *Turner syndrome: mechanisms and management*, „Nature Reviews Endocrinology” 2019, vol. 15, s. 601-614.

Hołub G., *O dwóch spojrzeniach na istotę ludzką w początkach jej istnienia*, „Studia Philosophica Wartislaviensia” 2016, vol. 11, z. 3, s. 41-50.

Kaczmarek P., Węgrzyn P., *Inwazyjna diagnostyka prenatalna*, w: *Diagnostyka prenatalna w praktyce*, red. P. Węgrzyn, D. Borowski, M. Wielgoś, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 83-100.

Kadić A.S., Predojević M., *Fetal neurophysiology according to gestational age*, „Seminars in Fetal & Neonatal Medicine” 2012, vol. 17, s. 256-260.

Kasprzyk P., *Dziecko martwo urodzone i jego rejestracja w USC. Zarys problematyki w prawie polskim*, w: *Dobro pojemne jak krzywda. Prawna ochrona dziecka. Deklaracje a rzeczywistość*, red. J. Mazurkiewicz, P. Mysiak, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2017, s. 173-182.

Kmieciak B., *Postać ojca w dyskusjach dotyczących aborcji eugenicznej. Uwagi prawnopedagogiczne*, „Studia nad Rodziną” 2017, r. 21, vol. 43, nr 2, s. 79-93.

Kobieta w roli worka do noszenia ciąży. To jest nieludzkie, <https://tvn24.pl/magazyn-tvn24/kobieta-w-rol-i-worka-do-noszenia-ciazy-to-nieludzkie,60,1286> (dostęp: 3.09.2022).

Kornas-Biela D., *Wokół początku życia ludzkiego*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2004.

Kornas-Biela B., *Okres prenatalny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 147-171.

Kosińska-Kaczyńska K., Wielgoś M., *Czy płód może odczuwać ból?*, „Ginekologia Polska” 2011, vol. 82, nr 2, s. 133-136.

Krupa R., *Doświadczenie aborcji w relacjach mężczyzn*, „Roczniki Nauk Społecznych” 1997, t. 25, nr 2, s. 105-121.

Lee P., *Personhood, the moral standing of the unborn and abortion*, „The Linacre Quarterly” 1990, vol. 57, no. 2, s. 80-89.

Little M.O., *Abortion and the margins of personhood*, „Rutgers Law Journal” 2008, vol. 39, s. 331-348.

Loi M., *Why post-natal abortion is immoral, even if newborns are not persons*, „Monash Bioethics Review” 2013, vol. 31, no. 2, s. 60-82.

Martens W.H.J., *Recommendation of the Groningen Protocol for euthanasia of newborns with unbearable suffering and unacceptable quality of life*, „Medicine and Law” 2008, vol. 27, no. 4, s. 925-928.

Michalik A., Czerwińska-Osipiak A., Olszewska J., *Model przebiegu procesu adaptacji po stwierdzeniu w czasie ciąży wady rozwojowej płodu (wg J. Lalor i C. Bigley): propozycja dla polskiej medycyny perinatalnej*, „Miscellanea Anthropologica et Sociologica” 2013, vol. 14, nr 2, s. 181-194.

Mills E., *Early abortion and personal ontology*, „Acta Analytica” 2013, vol. 28, nr 1, s. 19-30.

Mota N.P., Burnett M., Sareen J., *Associations between abortion, mental disorders and suicidal behaviour in a nationally representative sample*, „The Canadian Journal of Psychiatry” 2010, vol. 55, nr 4, s. 239-247.

Myers L. et al., *Fetal endoscopic surgery: indications and anaesthetic management*, „Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology” 2004, vol. 18, nr 2, s. 231-258.

Ney P.G., Sheils C., Gajowy M., *Post abortion survivor syndrome (PASS): signs and symptoms*, „Southern Medical Journal” 2006, vol. 99, s. 1405-1406.

Ney P.G., Sheils C., Gajowy M., *Post-Abortion Survivor Syndrome: signs and symptoms*, „Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health” 2010, vol. 25, nr 2, s. 107-129.

Oakley J., *After-birth abortion and arguments from potential*, „Journal of Medical Ethics” 2013, vol. 39, no. 5, s. 324-325.

Oświadczenie ks. prof. Andrzeja Szostka, <https://www.gosc.pl/doc/2045366>. Oświadczenie-ks-prof-Andrzeja-Szostka (dostęp: 2.09.2022).

Paciewicz P., *Nie musisz rodzić trupa, czyli aborcyjny „kompromis” Dudy. Projekt ustawy, krok po kroku*, <https://archiwumosiatsynskiego.pl/wpis-w-debacie/nie-musisz-rodzic-trupa-czyli-aborcyjny-kompromis-dudy-projekt-ustawy-krok-po-kroku/> (dostęp: 2.11.2020).

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, *Termination of pregnancy for fetal abnormality in England, Scotland and Wales. Report of a working party*, London 2010.

Ryś M., *Bezpieczna aborcja? O psychologicznych skutkach przerywania ciąży*, w: *W poszukiwaniu dobra w perspektywie jednostkowej i społecznej*, red. T. Przesławski, Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa 2020, s. 177-211.

Serwach M., *Prawne aspekty diagnostyki prenatalnej*, w: *Diagnostyka prenatalna w praktyce*, red. P. Węgrzyn, D. Borowski, M. Wielgoś, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 293-314.

Sierant A., *Aborcja z przyczyn embrio-patologicznych a aborcja eugeniczna: czym się różnią?*, <https://zdrowie.wprost.pl/dziecko/ciaza/10380808/aborcja-z-przyczyn-embrio-patologicznych-definicja-czym-jest.html> (dostęp: 26.10.2020).

Sieroszewski P., Baś-Budecka E., *Diagnostyka prenatalna*, w: *Położnictwo i ginekologia*, t. 1, red. G.H. Bręborowicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015, s. 485-493.

Sierpowska I., *Pochówek dzieci martwo urodzonych – w świetle praw rodziców i zadań gminy*, „*Studia Prawno-Ekonomiczne*” 2018, t. 106, s. 117-131.

Smith R.P. et al., *Pain and stress in the human fetus*, „*European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*” 2000, vol. 92, s. 161-165.

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników odnośnie wyroku Trybunału Konstytucyjnego dotyczącego zgodności z Konstytucją RP art. 4a ust. 1 pkt 2 oraz art. 4a ust. 2 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Wrocław 2020, <http://ptgin.pl/aktualnosc/ptgip-podtrzymuje-stanowisko-z-dnia-27102020-w-sprawie-wyroku-tk> (dostęp: 8.09.2022).

Świadectwo Urszuli Zajęc, matki Karoliny, <https://www.facebook.com/photo/?fbid=624841195670317&set=a.228755968612177> (dostęp: 1.09.2022).

Świadectwo Pawła Dębowskiego, ojca Franciszka, <https://www.facebook.com/photo/?fbid=611781386976298&set=a.228755965278844> (dostęp: 1.09.2022).

Świadectwo Elżbiety Piwowar, matki Dawida, <https://proelio.pl/index.php/aktualnosc/22-dawid-leczenie-zamiast-aborcji-usmiech-zamiast-lez> (dostęp: 1.09.2022).

Świadectwo rodziców Marysi, <https://www.youtube.com/watch?v=wQtAVfaHcBY> (dostęp: 1.09.2022).

Świadectwo Dominiki Korzeniowskiej, matki Dominika, <https://www.facebook.com/photo/?fbid=563118878509216&set=a.228755965278844> (dostęp: 1.09.2022).

Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem” (Dz.U. 2020, poz. 1329).

Vehmas S., *Parental responsibility and the morality of selective abortion*, „Ethical Theory and Moral Practice” 2002, vol. 5, nr 4, s. 463–484.

Verhagen E., Sauer P.J.J., *The Groningen Protocol — euthanasia in severely ill newborns*, „The New England Journal of Medicine” 2005, vol. 352, nr 10, s. 959–962.

Verhagen E., *Neonatal euthanasia: lessons from the Groningen Protocol*, „Seminars in Fetal & Neonatal Medicine” 2014, vol. 19, no. 5, s. 296–299.

Ważna M., *Termin „aborcja eugeniczna” służy manipulacji. Jak mówić o aborcji?*, <https://www.medonet.pl/ciaza-i-dziecko/patologia-ciazy,termin-aborcja-eugeniczna-sluzy-manipulacji--jak-mowic-o-aborcji-,artykul,29851905.html> (dostęp: 8.09.2022).

Życie. Bez wyjątków, red. M. Guziak-Nowak, A. Gołda, Polskie Stowarzyszenie obrońców Życia Człowieka, Kraków 2020.

Streszczenie

PRAWO CHRONI RODZICÓW I DZIECI
UWAGI DOTYCZĄCE ABORCJI EUGENICZNEJ
NA KANWIE WYWIADU
KS. PROF. ANDRZEJA SZOSTKA MIC
DLA KWARTALNIKA „WIĘŹ”

Celem pracy jest wykazanie na przykładzie wywiadu ks. prof. Andrzeja Szostka MIC udzielonego 14 czerwca 2022 r. kwartalnikowi „Więź” jednostronności narracji prasowej o aborcji eugenicznej prowadzonej w związku z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z 22 października 2020 r. znoszącym aborcywną przesłankę eugeniczną. Posługując się metodą analizy krytycznej, w toku procesu badawczego identyfikujemy błędy rzeczowe i liczne przemilczenia kwestii istotnych dla obiektywnego rozpatrzenia moralnej niedopuszczalności aborcji eugenicznej. Finalnie formułujemy wniosek, że postulowane przez Profesora A. Szostka zmiany prawne i proponowany proces rozeznania nie stanowią aplikacji podejścia pastoralnego do sytuacji nieregularnych papieża Franciszka z adhortacji „Amoris laetitia”.

Słowa kluczowe: aborcja eugeniczna, diagnoza prenatalna, prawo do życia, Trybunał Konstytucyjny, proces rozeznania

Summary

THE LAW PROTECTS PARENTS AND CHILDREN. COMMENTS ON EUGENIC ABORTION ON THE BASIS OF AN INTERVIEW WITH REV. PROF. ANDRZEJ SZOSTEK, MIC FOR THE QUARTERLY „WIĘŻ”

The purpose of this study is to demonstrate, drawing on the example of the interview of Rev. Prof. Andrzej Szostek MIC given on June 14th, 2022 to the quarterly „Więź”, the one-sidedness of the press narrative on eugenic abortion conducted in connection with the Constitutional Tribunal’s ruling of October 22nd, 2020 abolishing the eugenic abortive premise. Utilising the method of critical analysis, in the course of the research process factual errors and numerous silences of issues relevant to an objective consideration of the moral impermissibility of eugenic abortion were identified. Finally, the conclusion formulated is that the legal changes advocated by Professor A. Szostek and the proposed process of discernment do not constitute an application of a pastoral approach to the erratic situations of Pope Francis from the Exhortation „Amoris laetitia”.

Keywords: eugenic abortion, prenatal diagnosis, right to life, Constitutional Tribunal, discernment process

Nota o Autorze

Piotr Guzdek, dr nauk społecznych w dyscyplinie nauki socjologiczne, mgr nauk o rodzinie, mgr dziennikarstwa i komunikacji społecznej, członek Rady Programowej Centrum Aksjologii Nowych Technologii i Przemian Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, sekretarz czasopisma naukowego „Teologia i Moralność”, sekretarz zarządu Polskiego Stowarzyszenia Familiologicznego, specjalista nauk o rodzinie w Polskim Stowarzyszeniu Obrońców Życia Człowieka, wykładowca na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie i Wydziale Teologicznym Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, zainteresowania badawcze – bioetyka i antropologia rodziny.