

Ks. Krzysztof Smykowski
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Integralność ludzkiego ciała z perspektywy teologicznomoralnej – analiza dwóch przypadków

Rozwój medycyny, którego ludzkość stała się świadkiem w ostatnich dziesięcioleciach, wymusił na nowo konieczność udzielenia odpowiedzi na pytanie nurtujące już autorów biblijnych, ojców Kościoła czy innych pisarzy chrześcijańskich. Dotyczy ono zakresu władzy człowieka nad swoim ciałem i granic jego naruszalności. W kontekście coraz większej specjalizacji i wprowadzenia do praktyki medycznej nowych zabiegów dalece ingerujących w strukturę somatyczną oraz wykraczających poza ramy klasycznej pomocy medycznej starożytne zasady „primum non nocere”, „salus aegroti suprema lex” i postępowania „lege artis” zaczęły domagać się uszczegółowienia¹. Stało się to owocem refleksji etycznomedycznej podejmowanej w różnych kręgach na szeroką skalę w XX wieku. W celu wyznaczenia tych granic sformułowano szereg zasad pomocniczych. Wśród nich szczególną rolę odgrywają zasady niedysponowalności, solidarności, czynu o podwójnym skutku i całościowości.

1. Etyczne zasady ingerencji medycznych

Istotą zasady niedysponowalności jest stwierdzenie, że człowiek nie posiada nieograniczonego prawa do dysponowania

¹ Por. J. Wróbel, *Etyka lekarska, etyka medyczna, bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*, „Roczniki Teologii Moralnej” 4:2012, s. 178.

swoim organizmem. Ostatecznie nie jest dysponentem samego siebie, a więc i swojego życia. Przynależność człowieka do Stwórcy musi być rozumiana w wymiarze integralnym i nie można jej ograniczać wyłącznie do kategorii duchowo-moralnych. Człowiek stworzony przez Boga przynależy do niego w całej swojej naturze. Przynależność ta obejmuje również jego sferę cielesną oraz jej funkcje. W świetle interpretacji personalistyczno-relacyjnej o naruszeniu tej zasady nie może być mowy, gdy ingerencja nieterapeutyczna nie powoduje poważnego ryzyka utraty życia lub ograniczenia sprawności psycho-fizycznej i pozostaje w zgodzie z posłannictwem człowieka jako osoby².

Stosunkowo młodą zasadą jest zasada solidarności, która także znajduje swoją przestrzeń w refleksji bioetycznej. Jest kategorią ewangeliczną, która stanowi wezwanie skierowane do uczniów Chrystusa i uwrażliwiającą ich na człowieka, który znajduje się w potrzebie z powodu braków doświadczanych w sferze bytowo-egzystencjalnej. Zakłada ona zaangażowanie całego człowieka i w pewnych sytuacjach może być zrealizowana jedynie poprzez faktyczny dar z siebie. Jej granice wyznacza jednak przywołana uprzednio zasada niedysponowalności oraz zasada pomocniczości, czyli taka sytuacja drugiej osoby, która przerasta ramy jej samodzielności³.

Rozległe zastosowanie w refleksji etycznomedycznej znajduje także znana od wieków w teologii moralnej zasada czynu o podwójnym skutku. Zdarza się, że działanie medyczne jest różnorodne w skutkach, co jest konsekwencją faktu, że człowiek jest faktyczną, czyli też biologiczną jednością. Bywa, że

² Por. J. Wróbel. *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków 1999, s. 261-298.

³ Por. tamże s. 308-310.

jego rezultatem jest naruszenie integralności cielesnej człowieka. W świetle tej reguły godziwe jest podjęcie czynu, który oprócz skutku dobrego owocuje skutkiem złym, o ile łącznie są spełnione następujące warunki. Czyn sam w sobie jest dobry lub przynajmniej obojętny. Skutek bezpośredni jest także dobry i jest on celem działającego, a skutek uboczny jest jedynie tolerowany. Muszą istnieć ponadto odpowiednio ważne racje dla podjęcia tego działania. Zasada ta oznacza jednocześnie, że nie wolno spełnić określonego czynu, jeżeli dobro, które jest jego celem, można osiągnąć w inny sposób, unikając tym samym skutku ubocznego⁴.

Nie zawsze jednak naruszenie integralności ciała jest skutkiem ubocznym działań medycznych. Niekiedy stanowi ono nieodzowny element procesu leczniczego. W takich przypadkach nie znajduje zatem zastosowania zasada «de duplici effectu». Można natomiast odwołać się do zasady całościowości (zasady terapeutycznej). Głosi ona, że można ingerować w organizm, pozbawiając go jakiejś części anatomicznej lub funkcji, o ile jest to jedyna droga dla ratowania życia lub zdrowia osoby. Oznacza, że organ musi być obciążony patologią i powodować poważne zagrożenie dla życia i zdrowia lub zakłócać funkcje osobowe. Zagrożenie to musi być jednak aktualne, a nie jedynie możliwe do zaistnienia⁵.

W oparciu o wymienione wyżej Urząd Nauczycielski Kościoła i towarzysząca mu refleksja teologicznomoralna sformułowały ocenę takich nieterapeutycznych ingerencji jak dawstwo parzystego organu do przeszczepu przez osobę żyjącą⁶, udział

⁴ Por. J. Wróbel, *Filozoficzno-teologiczny i ekklezjalny kontekst poszukiwań bioetyków katolickich*. „Symposium” 21:2017, nr 1, s. 129-130.

⁵ Por. tamże s. 132; J. Wróbel. *Człowiek i medycyna*, s. 375-376.

⁶ Por. EV, nr 63-64, 86; KKK, nr 2296.

w eksperymentach biomedycznych⁷, sterylizacja bezpośrednia⁸, tzw. „chirurgiczna zmiana płci”⁹ czy inne operacje plastyczne¹⁰.

Wydaje się jednak, że wciąż w tym obszarze pojawiają się zjawiska domagające się etycznego namysłu. W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione dwie szczegółowe kwestie. Nie są one co prawda tak rozpowszechnionym problemem jak wymienione uprzednio ingerencje, ale dokonanie oceny moralnej tych interwencji medycznej staje się koniecznością.

2. Zaburzenia tożsamości integralności ciała i apotemnofilia

Jednym z nich jest *Body Identity Integrity Disorder* (BIID). Pierwsza wzmianka w literaturze na temat tego zaburzenia pochodzi z 1785 r. Francuski chirurg i anatom opisał przypadek Anglika, który oferując mu wynagrodzenie, prosił o dokonanie amputacji zdrowej kończyny dolnej. Lekarz początkowo odmówił, zasłaniając się brakiem odpowiedniego sprzętu. Pod wpływem jednak groźby zdecydował się na wykonanie tego zabiegu. Po latach otrzymał od swojego pacjenta list, w którym ten

⁷ Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Katowice 2017, nr 99-108.

⁸ Por. Pius XI, Encyklika *Casti connubi*, „Chrześcijanin w Świecie” 18:1986 nr 1-2, s. 121-122; HV, nr 14.

⁹ Por. Pius XII, *Mutilazione, perizia medica*. Przemówienie do uczestników 26. Kongresu Urologicznego (8.10.1953), w: *Biologia, medicina ed etica. Testi di Magistero cattolico*, red. P. Verspieren, Brescia 1990, s. 296-297.

¹⁰ Por. Jan Paweł II, *La scienza medica in tutte le sue discipline è per definizione servizio all'essere umano*. Przemówienie do uczestników Kongresu Odontostomatologii i Chirurgii Szczękowo-Twarzowej (9.12.1989), w: *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, t. 12, cz. 2. Vaticano 1991, s. 1486-1487.

zapewniał, że jest najszczęśliwszym człowiekiem na świecie¹¹. W 1997 r. szkocki chirurg spełnił z kolei prośbę pacjenta o odjęcie zdrowego podudzia. Dwa lata później wykonał podobną operację. Podczas przygotowań do trzeciego zabiegu został jednak odsunięty od wykonywania obowiązków przez dyrekcję szpitala¹².

Osoby dotknięte zespołem BIID doświadczają intensywnego pragnienia, aby amputowano im rękę lub nogę, wskazując często nawet przy tym pożądaną linię cięcia. Niekiedy to pragnienie rozszerza się na więcej niż jedną kończynę. W rozmowach z psychologami opisują swoje ciało jako posiadające nadmiarową kończynę. Wydaje im się ona być częścią ciała obcą lub do tego stopnia zbędną, że określają ją jako niewartą posiadania. Jest to doświadczenie na tyle intensywne i subiektywnie przejmujące, że ponad połowa pacjentów z tym zaburzeniem podejmuje realne próby doprowadzenia różnymi sposobami do amputacji. Znaczna ich część kończy się utratą kończyny¹³. W ten sposób chcą przywrócić swemu ciału kształt, który ich zdaniem powinno ono posiadać od początku¹⁴. BIID przejawia się odmiennie u kobiet i mężczyzn. Można zaobserwować wyraźne różnice płciowe. Mężczyźni zdają się zdecydowanie przeważać, stanowiąc 85-93% pacjentów. Zauważa się u nich

¹¹ Por. A. Karczmarczyk, P. Nowakowski, *Pragnienie niepełnosprawności. O źródłach i próbach wyjaśnienia BIID*, „Fizjoterapia” 20:2012, nr 2, s. 61-62.

¹² Por. S. Müller, *Body Integrity Identity Disorder (BIID) – Is the Amputation of Healthy Limbs Ethically Justified?* „The American Journal of Bioethics” 9:2009, nr 1, s. 36.

¹³ Por. R. Poczobut, *Autoreprezentacje, deficyty samopoznania i anozognozja*, „Przegląd Filozoficzno-Literacki” 2014 nr 2, s. 240.

¹⁴ Por. M. Dudek, „Dopiero po amputacji będę kompletny” – *Body Integrity Identity Disorder jako interdyscyplinarne wyzwanie. Zarys problematyki*, „Rocznik Kognitywistyczny” 5:2011, s. 25-26.

tendencję do pozbycia się kończyny dolnej. Kobiety charakteryzuje natomiast niezadowolenie z więcej niż jednej części ciała. Przynajmniej 75% przebadanych kobiet chciało bilateralnej amputacji¹⁵.

Od zespołu BIID należy odróżnić inne rodzaje zaburzeń, które na pierwszy rzut oka różnią się od niego tylko nieznacznie. Jednym z nich jest apotemnofilia. Dotknięci ją ludzie są pobudzeni samą ideą amputowania sobie kończyny. Fizyczna niepełnosprawność jest zatem dla nich drogą do osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Ściśle z nią powiązana jest akrotomofilia, czyli odczuwanie pociągu seksualnego wobec osób niepełnosprawnych, które przeszły amputację kończyny lub kończyn. Są wreszcie osoby, którym dla odczucia satysfakcji wystarcza samo udawanie niepełnosprawności wobec otoczenia¹⁶. Takie zaburzenia można niewątpliwie uznać za rodzaj parafilii i umieścić w grupie dewiacji naruszających relacyjność płciowości¹⁷.

Współcześnie prowadzi się szerokie badania nad przyczynami analizowanych zaburzeń. Nie przyniosły jednak one przełomu, a co za tym idzie nie wskazały adekwatnej do sytuacji formy terapii. Z tego względu różne opracowania zalecają zastosowanie odmiennych metod leczenia. Jedną z nich jest spełnienie żądań pacjenta i przeprowadzenie operacji. Mimo że tego rodzaju działanie wzbudza poważne kontrowersje, to nie brakuje jego zwolenników. Najczęściej pojawiającym się argumentem jest racjonalność podjętej decyzji. U pacjentów dotkniętych BIID nie obserwuje się bowiem globalnej niera-

¹⁵ Por. A. Karczmarczyk, P. Nowakowski, *Pragnienie*, s. 64.

¹⁶ Por. M. Dudek, „*Dopiero po amputacji*”, s. 25.

¹⁷ Por. T. Zadykowicz, *Dewiacje seksualne*, w: *Płciowość ludzka w kontekście miłości. Przesłanie moralne Kościoła*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2005, s. 250-251.

cyjności. Zastrzeżenia może budzić jedynie chęć usunięcia własnej nogi czy ręki. Pojawiają się także stwierdzenia o prawie człowieka do modelowania swojego ciała, a tak poważną ingerencję jak amputacja porównuje się do operacji plastycznej¹⁸. W literaturze można także spotkać odwołania do zasady poszanowania autonomii pacjenta. W jej myśl należałoby spełnić żądanie pacjenta, o ile jest ono wyrażane przez osobę w pełni świadomą i zdolną do działań autonomicznych¹⁹. Relatywnie często pojawia się także pogląd, że spełnienie prośby pacjenta jest realizacją zasady nieszkodzenia i wyborem mniejszego zła. Amputacja dokonana przez lekarza w bezpiecznych warunkach szpitalnych ma bowiem uchronić pacjenta przed skorzystaniem z pomocy niewykwalifikowanych osób trzecich lub próbami jej wymuszenia przez drastyczne okaleczenie kończyny spowodowane jej odstrzeleniem, odmrożeniem przez umieszczenie w suchym lodzie czy sprowokowaniem wypadku komunikacyjnego. Takie bowiem działania nie należą do rzadkości i stanowią bezpośrednie zagrożenia dla życia²⁰.

Takich prób rozwiązania problemu nie może jednak zaakceptować bioetyka personalistyczna. Stanowią one bowiem zaprzeczenie przywołanej na wstępie zasady całościowości, która upoważnia jedynie do usunięcia narządu chorego lub pozostającego w związku ze schorzeniem innego organu. Można do tego przypadku odnieść wszystkie zastrzeżenia, które formułuje się pod adresem tzw. chirurgicznej zmiany płci. Przede wszystkim niechciana kończyna nie jest źródłem stanu patologicznego, lecz jedynie przedmiotem patologicznego odniesienia, a sam

¹⁸ Por. A. Karczmarczyk, P. Nowakowski, *Pragnienie*, s. 66-67.

¹⁹ Por. S. Müller, *Body Integrity*, s. 40.

²⁰ Por. M. Dudek, „*Dopiero po amputacji*”, s. 26.

zabieg nie wchodzi w istotę problemu²¹. Po tej linii idzie także nauczanie Kościoła zawarte w *Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia*, która stwierdza: „Zasada całościowości stosowana jest tylko w momencie, gdy pojawia się choroba, gdyż tylko w takim wypadku we właściwy sposób można zweryfikować relację części do całości. Nie można usprawiedliwić naruszenia integralności fizycznej osoby, jeśli nie czyni się tego z powodów czysto terapeutycznych. Dozwolona jest natomiast interwencja terapeutyczna w przypadku cierpienia psychicznego czy problemów duchowych, których źródłem jest defekt ciała lub jego uszkodzenie”²².

W takim kontekście pozostaje pytanie, w jaki sposób można przyjąć z realną pomocą osobą dotkniętą BIID. Proponuje się działanie dwojakie. Zależy ono od przyjętej koncepcji przyczyny choroby, która nie jest dotychczas w pełni rozpoznana. Badacze upatrują bowiem zarówno jej psychicznego, jak i neurologicznego podłoża. W przypadku uznania psychicznych przyczyn leczeniem z wyboru byłaby psychoterapia wsparta w razie konieczności oddziaływaniem farmakologicznym, która jest zasadniczo wolna od zastrzeżeń o charakterze etycznym²³. Dotychczas opisano jednakże nieliczne przypadki jej skutecznego działania²⁴.

Duże grono badaczy skłania się ku uznaniu podłoża neurologicznego i szukania przyczyn w dysfunkcji prawego płata ciemie-

²¹ Por. J. Wróbel, *Człowiek i medycyna*, s. 386; J. Wróbel, *Transseksualizm z perspektywy eklezjalnej*, „Family Forum” 6:2016, s. 120.

²² Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Nowa Karta*, nr 88, przypis 184.

²³ Por. J. Wróbel, *Problematyka bioetyczna w obrębie psychologii i psychiatrii*, „Roczniki Teologii Moralnej” 2:2010, s. 84.

²⁴ Por. M. Dudek, *„Dopiero po amputacji*, s. 28.

niowego mózgu, co skutkuje nieprawidłowym przetwarzaniem informacji dotyczących własnego ciała. Potwierdzeniem tej teorii byłaby poczyniona obserwacja, że zdecydowana większość przypadków BIID obejmuje lewe kończyny. Zróżnicowanie w ramach płci i obecność u kobiet chęci amputacji bilateralnej tłumaczyłaby natomiast mniejsza lateralizacja mózgu żeńskiego²⁵. Badania neurologiczne wskazują ponadto na różnice w przewodnictwie skórnym w obrębie kończyn. Po ukłuciu igłą poniżej pożądanej linii amputacji zauważono dwu- a nawet trzykrotnie podwyższone przewodnictwo w stosunku do odczytów po ukłuciu powyżej linii cięcia, jak i w pozostałych, niewskazywanych przez pacjentów kończynach²⁶. Przeciw tej teorii występują z kolei niezbyt częste przypadki zmiany wyboru kończyny, która ma zostać amputowana czy pragnienie odjęcia kolejnej, która wcześniej uchodziła za zintegrowaną z organizmem²⁷.

Jedną z form leczenia stosowanego w przypadku BIID jest terapia ruchowa wsparta muzykoterapią. W znacznej grupie osób przynosi ona pozytywne rezultaty. Ich skuteczność opiera się na reintegracji oddzielonych części ciała z ich reprezentacją w mózgu. Takie proste metody leczenia mogą wzmacniać połączenia nerwowe między ciałem a mózgiem. Mogą jednak nie być skuteczne, jeśli obca kończyna została faktycznie usunięta z mapy ciała obecnej w mózgu. Pewne nadzieje wiąże się także ze stymulacją mózgu przy pomocy pola magnetycznego²⁸.

Można by odwołać się także do prób oddziaływania psychochirurgicznego w obrębie prawego płata ciemieniowego²⁹. Tego

²⁵ Por. A. Karczmarczyk, P. Nowakowski, *Pragnienie*, s. 65.

²⁶ Por. M. Dudek, „*Dopiero po amputacji*”, s. 27-28.

²⁷ A. Karczmarczyk, P. Nowakowski, *Pragnienie*, s. 65.

²⁸ Por. S. Müller, *Body Integrity*, s. 39.

²⁹ Por. tamże; M. Dudek, „*Dopiero po amputacji*”, s. 28.

rodzaju zabiegi przynoszą dobre efekty w leczeniu depresji, niekontrolowanej agresji czy schizofrenii katatonicznej. Prowadzona ingerencja w postaci wszczepienia stymulatora czy próby odtworzenia niektórych połączeń nerwowych miałyby bowiem na celu bezpośrednie oddziaływanie na narząd, który jest powodem stanu patologicznego w organizmie. Ewentualne próby takiego leczenia powinny być jednak prowadzone z dużą ostrożnością, gdyż nie sposób przewidzieć wszystkich możliwych konsekwencji ingerencji w tak delikatną strukturę, jaką jest ludzki mózg³⁰.

Na zakończenie należy stwierdzić, że poddanie się zabiegowi amputacji stanowi ponadto poważne wykroczenie przeciw sprawiedliwości i obowiązkom względem rodziny i społeczeństwa. Odjęcie człowiekowi nawet jednej kończyny pozbawia go sprawności i w znacznej mierze utrudnia bądź nawet uniemożliwia pełną samorealizację i wypełnienie życiowego powołania. Taka osoba bowiem do końca życia jest w pewnym stopniu uzależniona od pomocy ze strony najbliższych. Niemożność wykonywania pracy czy innych obowiązków nakłada ponadto na państwo konieczność odpowiedniego wsparcia związanego z kosztownym leczeniem, rehabilitacją i utrzymaniem³¹. Obciążenie tych dwóch wspólnot konsekwencjami ingerencji nie-terapeutycznej stanowi zatem także grzech przeciwko miłości bliźniego.

3. Niektóre choroby nowotworowe o podłożu genetycznym

Analizy domaga się także kwestia leczenia niektórych chorób nowotworowych o podłożu genetycznym. Jest to problem

³⁰ Por. J. Wróbel, *Problematyka bioetyczna*, s. 85-86.

³¹ Por. S. Müller, *Body Integrity*, s. 41.

odmienny, gdyż w tym przypadku jest to patologia zlokalizowana w obrębie struktury somatycznej człowieka. Niektóre opracowania u osób, których genotyp jest obciążony patologiami, sugerują usunięcie określonych narządów, zanim nastąpi rozwój choroby. Omawiana sytuacja ma miejsce przede wszystkim w przypadku znacznego ryzyka zachorowania na raka piersi i jajnika u kobiet będących nosicielkami genów BRCA1 i BRCA2. W niektórych przypadkach zmiany genetyczne wiążą się z bardzo wysokim ryzykiem zachorowania na nowotwór, w innych zaś wykryte patologie predysponują do rozwoju raka w mniejszym stopniu³². Sprawa stała się znana szerzej za sprawą amerykańskiej celebrytki, która w 2013 r. poddała się zabiegowi profilaktycznej mastektomii (usunięciu piersi), a dwa lata później ooforektomii (usunięciu jajników i jajowodów)³³.

Problem moralny dotyczy rozstrzygnięcia, czy jest godziwe usunięcie organu aktualnie zdrowego, jeśli określona konfiguracja genów znacznie zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania danej osoby na nowotwór tegoż narządu. Przywołana uprzednio zasada całościowości stwierdza wyraźnie, że zagrożenie dla życia i zdrowia musi być aktualne, a nie jedynie możliwe do zaistnienia. Istnieje bowiem niebezpieczeństwo zbyt daleko idącej ingerencji w sferę somatyczną człowieka i poddawania wycięciu kolejnych narządów, które przecież potencjalnie mogą

³² Por. J. Gronwald, T. Byrski, T. Huzarski, A. Jakubowska, B. Górski, O. Oszurek, J. Szymańska-Pasternak, J. Menkiszak, I. Rzepka-Górska, J. Lubiński, *Genetyka kliniczna raka piersi i jajnika*, w: *Genetyka kliniczna nowotworów 2016*, red. J. Lubiński, Szczecin 2016, s. 87.

³³ Por. B. Kmiecik, *AnGENlina i jej rak*, <http://biotechnologia.pl/bioetyka/aktualnosci/angenlina-i-jej-rak>, 32 (dostęp: 21.11.2017); B. Kmiecik, *Gdy Angelina ciało wycina*, <http://biotechnologia.pl/bioetyka/aktualnosci/gdy-angelina-cialo-wycina>, 15165?page (dostęp: 22.11.2017).

stać się przestrzenią rozwoju procesu nowotworowego. Wspomniany uprzednio przykład wskazuje, że może się nie skończyć na jednej operacji, a profilaktyka może stać się przyczyną trwałego kalectwa.

Na początku rozważań trzeba jednak stwierdzić, że istotnie profilaktyczne usunięcie narządów zmniejsza znacznie ryzyko zachorowania na nowotwór, ale go całkowicie nie wyklucza. W polskiej populacji kobiet dotkniętych mutacją genów BRCA1 wynosi ono 66% dla raka sutka i 44% dla raka jajnika. W przypadku mutacji BRCA2 sięga ono 56% dla nowotworu piersi i 27% dla nowotworu jajnika³⁴. Profilaktyczna mastektomia to niebezpieczeństwo pozwala zredukować do 1%. Z kolei wykonanie ooforektomii lub adnektomii (usunięcie samych jajników) zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi do 40%, a na nowotwór jajnika i otrzewnej do 5%³⁵.

Usunięcie gruczołów płciowych nie pozostaje jednak obojętne dla stanu zdrowia kobiety. Skutki tego zabiegu są najczęściej odległe i obejmują przede wszystkim zwiększoną umieralność ogólną. Dotyczy to szczególnie kobiet, którym usunięto jajniki przed ukończeniem 45. roku życia. Konsekwencją przeprowadzonej operacji profilaktycznej jest także dużo wyższe prawdopodobieństwo zachorowania na schorzenia sercowo-naczy-

³⁴ Por. J. Gronwald, T. Byrski, T. Huzarski, A. Jakubowska, B. Górski, O. Oszurek, J. Szymańska-Pasternak, J. Menkiszak, I. Rzepka-Górska, J. Lubiński, *Genetyka kliniczna raka piersi*, s. 90-93.

³⁵ Por. A.P.M. Finch, J. Lubinski, P. Møller, Ch.F. Singer, B. Karlan, L. Senter, B. Rosen, L. Maehle, P. Ghadirian, C. Cybulski, T. Huzarski, A. Eisen, W.D. Foulkes, Ch. Kim-Sing, P. Ainsworth, N. Tung, H.T. Lynch, S. Neuhausen, K.A. Metcalfe, I. Thompson, J. Murphy, P. Sun, S.A. Narod, *Impact of Oophorectomy on Cancer Incidence and Mortality in Women With a BRCA1 or BRCA2 Mutation*, „Journal of Clinical Oncology” 32:2014, nr 15, s. 1550-1551.

niowe, w tym przede wszystkim chorobę niedokrwienną serca. Obserwowano także wzrost zarówno częstości występowania, jak i umieralności z powodu raka płuca wśród kobiet po zabiegu usunięcia gruczołów płciowych w porównaniu z kobietami, u których je zachowano. Ich resekcja zwiększa ponadto odległe ryzyko wystąpienia zaburzeń funkcji poznawczych i otępienia. Zmiany obserwowano szczególnie w zakresie płynności wymowy, pamięci werbalnej, uczenia proceduralnego i innych funkcji wykonawczych. Usunięcie jajników uznawane jest także powszechnie za czynnik ryzyka osteoporozy. Wyniki kilku badań wskazują na negatywne skutki psychospołeczne i pogorszenie funkcji seksualnych u kobiet, którym profilaktycznie usunięto jajniki z powodu zwiększonego ryzyka rozwoju raka. Zaobserwowano częstsze występowanie dyspareunii i zmniejszenie satysfakcji seksualnej u kobiet po profilaktycznym usunięciu jajników w porównaniu z poddawanymi samej kontroli lekarskiej. Prawdopodobieństwo wystąpienia tych negatywnych skutków rośnie wraz z obniżaniem się wieku kobiet, które poddają się profilaktycznej ooforektomii³⁶.

Trzeba ponadto zauważyć, że na zachorowalność na dwa wspomniane nowotwory mają w znacznej mierze wpływ faktory środowiskowe. Potwierdzają to choćby analizy przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i w Polsce. W ich świetle prawdopodobieństwo rozwoju raka piersi do 70. roku życia dla nosicielek mutacji genu BRCA1 z Ameryki Północnej określono na 72%, a dla nosicielek z Polski zaledwie na 49%³⁷. Tak duża różnica

³⁶ Por. L.T. Shuster, B.R. Grossardt, B.S. Gostout, W.A. Rocca, *Profilaktyczne obustronne usunięcie jajników ma niekorzystne odległe skutki zdrowotne*, „Ginekologia po Dyplomie” 2011, nr 3, s. 53-55.

³⁷ Por. J. Gronwald, T. Byrski, T. Huzarski, A. Jakubowska, B. Górski, O. Oszurek, J. Szymańska-Pasternak, J. Menkiszak, I. Rzepka-Górska, J. Lubiński,

świadczy o tym, że samo nosicielstwo genów nie determinuje zachorowalności, a jego przyczyn należy także szukać w innych czynnikach. Zasada całościowości podkreśla wyraźnie, że tak daleka ingerencja w strukturę organizmu jest dopuszczalna, o ile nie istnieją mniej radykalne sposoby przezwyciężenia zagrożenia. Istotne jest zatem kontynuowanie badań mogących wskazać na inne sposoby profilaktyki.

Jednym z nich jest rezygnacja ze stosowania doustnej antykoncepcji hormonalnej. Bardzo dobrze zostały udokumentowane nie tylko zdrowotne przeciwwskazania dla korzystania z tego rodzaju środków w grupie ogólnej, ale także wśród kobiet będących nosicielkami wspomnianych patologii w genotypie. Dotyczy to szczególnie długotrwałego (ponad 5 lat) stosowania w młodym wieku (do 25 lat). Środki te zwiększają ryzyko nowotworu piersi o 40%, w tym występującego do 40. roku życia nawet o 74%. W pozostałych grupach wiekowych nie zaobserwowano natomiast tak istotnego wzrostu wskaźnika zachorowań u kobiet korzystających z antykoncepcji³⁸.

Te same badania wskazują na dobroczynny wpływ wczesnego urodzenia pierwszego dziecka oraz długotrwałego karmienia piersią. Wykazano, że karmienie po wszystkich ciążach przez łączny okres przynajmniej 18 miesięcy redukuje ryzyko nowotworu piersi o ponad 50%³⁹. Decyzja o wczesnym poczęciu dziecka jest w tym wypadku nie tylko działaniem profilaktycznym. W takim bowiem przypadku dziecko zostałoby potraktowane nie jako cel sam w sobie, ale jako środek do realizacji celu, co prowadziłoby

Genetyka kliniczna raka piersi, s. 90-91.

³⁸ Por. tamże s. 97; K. Walczak, A. Misztal-Dwojak, *Wzrost ryzyka wystąpienia nowotworów*, w: *Szkodliwość doustnej antykoncepcji hormonalnej*, red. D.Ł. Jarczeńska, Warszawa 2015, s. 84-85.

³⁹ Por. tamże s. 98.

do naruszenia jego godności osobowej. Jest ona także przejawem odpowiedzialnego rodzicielstwa. Osoba, u której zostały wykryte przywołane patologie genowe musi sobie bowiem zdawać sprawę z potencjalnej konieczności poddania się w bliższej lub dalszej przyszłości ingerencji chirurgicznej, której skutkiem jest obciążenie. Dzięki takiej decyzji zaś może zrealizować swoje powołanie do macierzyństwa.

Dane literaturowe wskazują ponadto jednoznacznie na korzystny wpływ niesteroidowych leków o działaniu antyestrogennym. Hamują one konkurencyjnie wiązanie estrogenów z receptorami hormonalnymi w cytoplazmie komórek. Na skutek tego ograniczają podziały komórkowe w tkankach zależnych od estrogenów. Ten korzystny wpływ zaobserwowano zarówno u zdrowych kobiet, jak i u tych, które zachorowały na nowotwór piersi. W tej drugiej grupie preparaty te obniżają ryzyko raka obustronnego o ponad 50%. Taka jednak prewencja ma swoje granice. Musi odbywać się pod ścisłą kontrolą lekarza, a poważnym przeciwskazaniem jest choroba zatorowo-zakrzepowa⁴⁰.

Trwające od ponad 10 lat badania wskazują także na zależność ryzyka zachorowania od zawartości selenu w organizmie. Otrzymanie jego optymalnego poziomu przez suplementację albo wprowadzenie diety ubogiej w ten pierwiastek pozwala nieznacznie zniwelować prawdopodobieństwo zachorowania. Ostatnio ukazały się także doniesienia wskazujące na znaczenie jonów żelaza i antymonu⁴¹.

⁴⁰ Por. tamże s. 98-99; *Tamoxifen Sandoz (tamoksyfen) – tabletki powlekane*, <https://bazalekow.mp.pl/lek/44980,Tamoxifen-Sandoz-tabletki-powlekane> (dostęp: 27.11.2017).

⁴¹ Por. J. Gronwald, T. Byrski, T. Huzarski, A. Jakubowska, B. Górski, O. Oszurek, J. Szymańska-Pasternak, J. Menkiszak, I. Rzepka-Górska, J. Lubiński, *Genetyka kliniczna raka piersi*, s. 99.

Współczesna medycyna w terapii tych nowotworów wraca do metod, które wydawały się należeć już do przeszłości⁴². Chodzi o usunięcie zdrowego narządu, który jednak pozostaje w związku przyczynowym z chorobą innego organu. Taka sytuacja ma miejsce w przypadku dynamizującego wpływu gruczołów płciowych na niektóre odmiany nowotworu piersi spowodowanego mutacją genu BRCA1. W takim wypadku adneksetomia zwiększa szansę przeżycia chorych kobiet aż o 70%⁴³. O godziwości takiego działania orzekł już papież Pius XII, stwierdzając że w tym momencie nie ma znaczenia fakt, czy ów organ jest chory, ale czy jego pozostawienie w organizmie stanowi bezpośrednio lub pośrednio powoduje poważne zagrożenie dla życia i zdrowia człowieka⁴⁴.

Jak zatem widać, radykalne rozwiązanie naruszające integralność ciała w przypadku kobiet obciążonych patologią w obrębie genów BRCA1 i BRCA2 polegające na profilaktycznym usunięciu narządów płciowych nie jest jedyną metodą zapobiegania zachorowaniom na nowotwór. Istnieją metody zdecydowanie mniej inwazyjne, które w połączeniu z regularnymi badaniami kontrolnymi pozwalają na uniknięcie choroby lub ewentualne wczesne podjęcie jej leczenia. Biorąc pod uwagę fakt niekorzystnego wpływu samej ingerencji chirurgicznej, która powoduje okaleczenie organizmu i bardzo poważne skutki, należałoby raczej odradzać poddanie się takiej procedurze

⁴² Por. J. Wróbel, *Filozoficzno-teologiczny i eklesjalny kontekst*, s. 132-133

⁴³ A.P.M. Finch, J. Lubinski, P. Møller, Ch.F. Singer, B. Karlan, L. Senter, B. Rosen, L. Maehle, P. Ghadirian, C. Cybulski, T. Huzarski, A. Eisen, W.D. Foulkes, Ch. Kim-Sing, P. Ainsworth, N. Tung, H.T. Lynch, S. Neuhausen, K.A. Metcalfe, I. Thompson, J. Murphy, P. Sun, S.A. Narod, *Impact of Oophorectomy*, s. 1554.

⁴⁴ Por. Pius XII, *Mutilazione, perizia medica*, s. 296.

i jej ewentualne odłożenie do czasu pojawienia się pierwszych symptomów choroby. Winna temu towarzyszyć jednak permanentna kontrola stanu zdrowia.

* * *

Jak wykazano, dyskusja na temat integralności ciała ludzkiego i moralnej powinności jej zachowania wciąż należy do głównych problemów, z którymi musi zmierzyć się współczesna bioetyka. Zasygnalizowano bowiem tylko niektóre zagadnienia szczegółowe, w którym dominującą kwestią jest ustalenie zakresu władzy człowieka nad swoim ciałem. Można przypuszczać, że w miarę rozwoju technik medycznych oraz wiedzy na temat anatomii i fizjologii ludzkiego organizmu pojawią się nowe kontrowersje, które także domagać się będą oceny teologicznomoralnej.