

Henryk Stawniak

Ingerencje medyczne przy impotencji fizycznej i ich kanoniczna ocena

Ius Matrimoniale 6 (12), 45-63

2001

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ks. Henryk Stawniak SBD

Ingerencje medyczne przy impotencji fizycznej i ich kanoniczna ocena

Wstęp

Problematyka związana z przeszkodą niemocy płciowej w prawie kanonicznym, chociaż doczekała się monograficznego opracowania¹, budzi dalsze zainteresowania. Wynikają one przede wszystkim z tego, iż wspomniana publikacja stawia uzasadnione tezy i proponuje nowe rozwiązania prawne. Zanim naukowe środowiska kanoniczne wyrażą dalsze opinie w tej materii, wydaje się stosownym poruszenie kwestii, która została pominięta w książce, a dotyczy niektórych sposobów współczesnej terapii niemocy płciowej. To zagadnienie inaczej kształtuje się od strony możliwości technicznych współczesnej terapii, a inaczej od strony ich kanonicznej oceny. Wspomniane płaszczyzny niemocy płciowej domagają się pewnych uściśleń prawnych.

Zagadnienie, które będzie przedmiotem rozważań ma bezpośredni związek z trwałością (*perpetuitas*) impotencji. Prawo kanoniczne nie wyklucza ingerencji medycznych przy istniejącej impotencji fizycznej. Musi jednak uwzględniać kościelne kryteria oceny moralnej konkretnych czynów i działań medycznych. Nie można też uznawać za legalne takich ingerencji medycznych, które są sprzeczne z chrześcijańską moralnością. Taki punkt widzenia sprawy uzasadnia potrzebę i konieczność ukazania terapeutycznych działań medycznych w aspekcie teologiczno-moralnym, uwzględniając przy tym jego fundamentalną zasadę całościowo-osobową, a także zwyczajność i nadzwyczajność środków. Na tej bazie naukowej zostanie następnie dokonana ocena kanoniczna

¹ Por. H. Stawniak, *Niemoc płciowa jako przeszkoda do małżeństwa. Ewolucja czy zmiana koncepcji?*, Warszawa 2000.

niektórych ingerencji medycznych odnoszących się bezpośrednio do impotencji fizycznej, bądź mających z nią związek pośredni.

1. Całościowo-osobowa orientacja działań medycznych

W ogólnym ujęciu medycyna jawi się jako „dziedzina nauk przyrodniczych, zajmująca się badaniem budowy i czynności ustroju ludzkiego w stanie zdrowia i choroby, rozpoznawaniem chorób i rokowaniem, a jej ostatecznym celem jest leczenie chorych i zapobieganie chorobom”². W swej istocie koncepcja medycyny oraz zasady jej uprawiania są w istotny sposób związane z rozumieniem człowieka, bo przeciwieństwem przedmiotem działań medycznych jest osoba ludzka. W związku z tym, sztuka medyczna z szerokimi możliwościami oddziaływania na strukturę cielesną człowieka domaga się konkretnej orientacji antropologicznej i aksjologicznej. Tej orientacji nie dostarcza medycyna jako wiedza, umiejętność i metoda techniczna. Jest ona natomiast podyktowana przez fakt, że przedmiotem działań medycznych jest osoba ludzka, jako specyficzna konstytucja duchowo-cieleśna.

Osoba stanowi nierozłączną, substancjalną jedność duchowo-cieleśną, przejawiającą się w jedności psychosomatycznej. Dzięki temu duch znajduje wyraz w ciele, a ciało stanowi manifestację ducha, komunikując osobę w jej całościowym wyrazie. W osobie ludzkiej nie ma niczego, co byłoby naznaczone wyłącznie materialnością czy cielesnością. Jan Paweł II w tym duchu nauczając stwierdza, że „istnieje głęboka jedność między ciałem i duchem, jedność do tego stopnia rzeczywista, że nawet najwyższa aktywność duchowa jest uwarunkowana przez kondycję cielesną, zaś ciało ze swej strony osiąga swój właściwy i ostateczny cel tylko, gdy kierowane jest duchem”³. Te fundamentalne zasady oznaczają, że w byciu osobą uczestniczy w pełnym wymiarze tak duch jak i ciało w jego anatomicznej-funkcjonalnej złożoności. Ciało więc nie jest częścią marginalną osoby, ale stanowi element nieodłącznie konstytuującą naturę. Jedność duchowa-cieleśna jest tak głęboka, iż jakość życia w wymiarze somatycznym ma praktycznie charakter decydujący dla ja-

² Medycyna, W: Mała encyklopedia medycyny, T.2, Warszawa 1988, s. 645.

³ J a n P a w e ł I I, Eksperyment w biologii. Audiencja dla uczestników tygodnia Studiów zorganizowana przez Papieską Akademię Nauk, 23.10.1982, L' Osservatore Romano, wyd. polskie 3(1982) nr 10, s. 8.

kości życia osoby, niewydolność fizjologiczna już choćby jednego organu dotyka jej w całości⁴. Ciało więc uczestniczącemu w całej pełni w godności osoby, przysługuje nietykalność należąca osobie.

W instrukcji Kongregacji Doktryny Wiary *Donum vitae* (1987r.) podkreśla się z naciskiem, iż „na mocy substancjalnego zjednoczenia z duszą rozumną, ciało ludzkie nie może być uważane tylko za zespół tkanek, narządów i funkcji; (...). Interwencja dokonywana na ciele ludzkim nie dotyczy tylko tkanek, narządów i ich funkcji, lecz angażuje również na różnych poziomach samą osobę”⁵. Takie założenia antropologiczne mają konkretne konsekwencje ingerencji medycznych. Domagają się one dostrzeżenia faktu, że przedmiotem działania jest chora, potrzebująca pomocy osoba. Pomoc medyczna jest w tej optyce nie tylko pewnym nacechowanym profesjonalizmem aktem uczynionym w stosunku do organizmu, któregoś z organów czy funkcji fizjologicznych pacjenta, ale jest relacją interpersonalną, odniesioną do osoby jako całości⁶. Praktycznie oznacza to między innymi, że lekarz nie tylko działa terapeutycznie na patologicznie funkcjonujący organ, ale musi widzieć to działanie w perspektywie dobra całej osoby chorej; nie tylko jej dobra fizycznego, lecz także psychiczno-duchowego i moralnego. Osoba ludzka w tej perspektywie jako przedmiot ingerencji medycznych winna być traktowana całościowo i również jako cel tejże ingerencji. Nie do pogodzenia bowiem z godnością osoby jest jej uprzedmiotowienie, gdy jest traktowana jako środek czy narzędzie do jakiegoś celu stojącego poza nią. Niemożliwe do pogodzenia z godnością osoby jest przykładowo takie twierdzenie, iż „z ciałem można robić wszystko, co się pragnie, bo przecież duch jest ważniejszy dla człowieka niż ciało. Jeśli wymaga tego „dobro duchowe” można okaleczyć ciało, jak to ma miejsce w operacji chirurgicznej „zmiany płci”. (...) Jest to subtelny dualizm antropologiczny, w którym ciało człowieka jest oddzielone od pojęcia człowieka, osoby. Pojęcie osoby jest utożsamiane ze świadomością, z osobowym „ja”, z „duchem”.

⁴ Por. C R o c c h e t t a, *Per una teologia della corporeità*, Torino 1990, s. 118, 224; A. K r a p i e c, *Ja – człowiek*, Lublin 1991, s. 157-158, 162-167.

⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia „Donum vitae”*, Rzym 1987, wstęp, nr 3.

⁶ Por. E. S g r e c c i a, *Manuale di bioetica*, Milano 1988, s. 85; L. C i c c o n e, *Salute e malattia. Questioni di morale della vita fisica*, Milano 1986, s. 79; J. W r ó b e l, *Człowiek i medycyna*, Kraków 1999, s. 100.

Ciało jest czymś nie tylko drugorzędnym, ale podrzędnym, z którym „ja” może robić, co chce”⁷.

Traktowanie osoby jako celu samego w sobie domaga się więc logicznie, aby w każdej ingerencji medycznej uznano strukturę cielesną jako element konstytuujący osobę, a nie przedmiot dowolnych manipulacji⁸. Nie można też zapominać o tym, iż nie tylko samoświadomość określa człowieka, ale również jego ciało pozostaje w nierozzerwalnym związku z jedynością i niepowtarzalnością osoby⁹. Dopełnieniem takiego obrazu człowieka wobec interwencji terapeutycznych jest podkreślenie udziału pacjenta w decyzjach dotyczących zabiegów medycznych. Z punktu widzenia personalizmu trudne do zaakceptowania są te stanowiska, które bądź to przyznają wyłączność decyzyjną lekarzowi, bądź też absolutyzują wolność i autonomię pacjenta. Właściwe rozwiązanie zakłada relację opartą na w miarę pełnym współuczestnictwie i związanej z nim współodpowiedzialności obydwu stron, co jednak nie oznacza konieczności, że jest ono równe¹⁰.

Powyższe założenia wskazują kierunek działań lekarskich i jednocześnie zakładają normy i zasady, które należy stosować zwłaszcza w sytuacjach medycznie złożonych. Prawie wszystkie dokumenty Magisterium Kościoła¹¹, w których pojawia się problem ingerencji medycznych w strukturę cielesną człowieka odwołują się do zasady całościowości. „Zasada całościowości” była znana już w starożytności, a Arystoteles wyraził ją w bardzo prostych słowach: „całość musi być pierwszej od części” (w znaczeniu: całość jest ważniejsza niż część)¹². Zasada ta stale towarzyszyła nauczaniu Kościoła, zaś swoją pełną afirmację znalazła

⁷ E. K a c z y Ń s k i, „Zmiana płci” u transseksualistów. Aspekty moralne zagadnienia, *Collectanea Theologica* 55(1985), nr 4, s. 96.

⁸ J a n P a w e ł I I w encyklice *Veritatis splendor*, (6.08.1993), Watykan 1993, nr 50 stwierdza krótko: „(..) niedopuszczalne są wszelkie manipulacje cielesnością, które zniekształcają jej ludzki sens”; por. także, D. T e t t a m a n z i, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Casale Monferrato 1991, s. 339-340.

⁹ Por. Papieska Rada do Spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, Watykan 1995, nr 88.

¹⁰ Por. C. S e l i s, *L'alleanza terapeutica. La complessità del rapporto medico-paziente*, Vita e pensiero 80(1997) nr 2, s. 149; szerzej na ten temat por. J. W r ó b e l, *Człowiek...*, dz. cyt., s. 108-125.

¹¹ Por. np. najnowsze dokumenty: Katechizm Kościoła Katolickiego (KKK), Pallottinum 1994, nr 2297 oraz Kongregacja Nauki Wiary. Odpowiedzi na przedstawione wątpliwości dotyczące „izolowania macicy” i innych zagadnień – *Patres Congregationis* (31.07.1993), W: W trose o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966-1994, Tarnów 1995, s. 408-409.

¹² A r y s t o t e l e s, *Polityka*, Tł. i opr. L. Piotrowicz, Wrocław 1953, ks. I. Rozdz. 1 nr 11-12.

w encyklice Piusa XI *Casti connubii* (31.12.1930). Papież wyjaśniając problem zła moralnego sterylizacji, pouczał, że „człowiek rozporządza częściami swojego ciała tylko do tych celów, do których ze swej natury są przeznaczone. Nie można ich niszczyć lub kaleczyć w jakiś inny sposób udaremnić naturalnego ich przeznaczenia, chyba że tego domaga się zdrowie całego organizmu”¹³. To wstępne sformułowanie znalazło potwierdzenie w licznych wystąpieniach pap. Piusa XII, który nie tylko precyzyjnie zdefiniował zasadę, ale także jako pierwszy wyraźnie nazwał ją „zasadą całościowości”¹⁴. On też podał jasne zasady jej aplikacji. W alocucji z dnia 14 IX 1952 r. do Członków Międzynarodowego Kongresu Histopatologii Układu Nerwowego, której zasadniczym tematem był problem eksperymentów medycznych z udziałem człowieka, papież m. in. stwierdził: „Jeśli chodzi o pacjenta, nie jest on absolutnym dysponentem samego siebie, swojego ciała, swojego ducha; nie może więc dysponować w sposób dowolny samym sobą, kierując się własnym upodobaniem. Sam motyw, którym się kieruje, nie jest jeszcze wystarczający, ani decydujący. Pacjent musi mieć na uwadze immanentną teologię (swojego ciała) ustalaną przez naturę. Posiada on prawo życia, ograniczone jednak przez celowość naturalną zdolności i sił właściwych dla jego natury. Ponieważ jest tylko użytkownikiem, a nie dysponentem, nie ma władzy nieograniczonej, zdolnej do działań destrukcyjnych czy też okaleczających w wymiarach anatomicznych czy funkcjonalnych. Jednakże, na mocy zasady całościowości, to znaczy na mocy prawa użycia i posługiwania się organizmem jako całością, może on zadysponować pojedynczymi częściami, niszcząc je lub okaleczając, wtedy i w takiej mierze, jak to jest konieczne dla dobra całości, dla zagwarantowania jej istnienia, dla uniknięcia, a także dla zaradzenia ciężkimi długotrwałym szkodom, które nie mogłyby być w inny sposób uniknione, ani którym nie można w inny sposób zaradzić”¹⁵. Zasada całościowa potwierdza, że część istnieje dla całości, że konsekwentnie dobro części jest podporządkowane dobru całości oraz że całość jest decydująca dla części i może nią dysponować, mając na uwadze własne dobro. Zasada ta w odniesieniu do działań medycznych głosi moralną dozwołoność in-

¹³ Tekst encykliki cyt. za Chrześcijanin w świecie 18(1986), s. 122.

¹⁴ G. Kelly, Pope Pius XII and the Principle of Totality, *Theological Studies* 16(1955) nr 3, s. 373; J. Wóblel, Człowiek..., dz. cyt., s. 362.

¹⁵ P i u s X I I, *La sperimentazione medica sull'uomo*. W: *Biologia, medicina ed etica*. Tesi del Magistero cattolico, Red. P. Vesperien, Brescia 1990, s. 288.

gerencji w ludzki organizm, włącznie z eksplantacją organów, jeżeli jest to konieczne dla przywrócenia zdrowia lub uratowania życia osoby. W tym znaczeniu zasadę tę potwierdził Pius XII i sformułował też kryteria warunkujące jej stosowalność w medycynie. „Trzy rzeczy warunkują moralną godziwość zabiegu chirurgicznego, który narusza strukturę anatomiczną i funkcjonalną (człowieka): przede wszystkim, pozostawienie konkretnego organu w organizmie, a więc jego (dalsze) funkcjonowanie wyrządza mu poważną szkodę lub stanowi dla niego zagrożenie; po wtóre, szkoda ta nie może być unikniona lub przynajmniej znacznie umniejszona, jak tylko na drodze wyżej wspomnianej ingerencji, przy czym jej skuteczność musi być w wystarczającym stopniu zagwarantowana; w końcu, musi się w sposób uzasadniony przewidywać, że efekt negatywny, czyli naruszenie integralności organizmu i jego konsekwencje zostaną skompensowane przez skutek pozytywny: usunięcie niebezpieczeństwa zagrażającego całemu organizmowi, złagodzenie bólu, itp. W tym momencie nie ma znaczenia fakt, że organ usunięty lub uniezdolniony w jego funkcjach jest chory, ale że jego pozostawienie lub funkcjonowanie stanowi bezpośrednio lub pośrednio poważne zagrożenie dla całego organizmu”¹⁶.

Wpływ na rozwój i lepsze rozumienie omawianej zasady ma ewolucja personalizmu¹⁷. Nowa orientacja owocuje nade wszystko zwroćniem uwagi na całego człowieka jako osobę, a nie tylko na sam organizm fizyczny czy też jego część. W tym ujęciu choroba to nie tylko zakłócenie funkcjonowania komórek, to nie tylko patologia tkanek, to nie tylko brak pełnej wydajności organizmu, ale to chora osoba¹⁸. W tym nowym, rozszerzonym ujęciu „zasady całościowości”, przez całość nie rozumie się już tylko i wyłącznie organizmu ludzkiego w jego anatomii i funkcjach fizjologicznych, ale osobę jako taką w jej specyficzne egzystencjalnej rozumianej integralności. Ojciec Święty Pius XII do takiego rozumienia tej zasady pouczał: „podporządkowanie poszczególnych organów w stosunku do organizmu i jego specyficznej celowości uzupełnia (podporządkowanie) organizmu w stosunku do celowo-

¹⁶ P i u s X I I, Mutilazione, perizia medica. Przemówienie do Uczestników 26 Kongresu Urologicznego (08 XI 1953), AAS 45(1953), s. 674.

¹⁷ Duży wpływ ma tutaj m. in. lekarz, psycholog, filozof i humanista Viktor von Weizsacker, wprowadza on w świat medycyny pojęcie idei personalistycznych, medycyny humanistycznej.

¹⁸ Por. np. J. N a g ó r n y, Godność powołania medycznego, Roczniki Teologiczne 44(1997), z.3, s. 21-22.

ści duchowej samej osoby¹⁹. W rozumieniu tych słów organizm stanowi „całość” tylko w przypadku zabiegu dokonanego w sferze biologicznej, w stosunku do jakiegoś organu. Kiedy zaś cel stanowiący przedmiot zabiegu przewyższa sferę organiczną i obejmuje sferę psychiczną z właściwymi jej przejawami, „całością” jest osoba i jej dobro w wymiarze całościowo egzystencjalnym. „Częścią” podporządkowaną tej „całości” pozostaje struktura biologiczna osoby²⁰. Personalistyczne rozumienie zasady całościowości bardzo rozszerza jej sens i znaczenie. W tym ujęciu zasada uprawnia więc, w przypadku niemożliwego do uniknięcia w inny sposób zagrożenia, do ratowania dóbr duchowych i moralnych osoby kosztem jej struktury cielesnej, gdyż w nich znajduje swój najwyższy wyraz i cel życia ludzkiego²¹.

Przeprowadzona refleksja nad treścią zasady całościowości wskazuje, że znajduje ona sobie właściwą aplikację wyłącznie w sferze działań ze swej natury terapeutycznych. Stąd odwołanie się do niej jest możliwe, jeśli zostaną spełnione warunki, które usystematyzował J. Wróbel w sposób następujący:

- 1) Ingerencja musi mieć na celu dobro całościowe osoby ludzkiej.
- 2) Ingerencja musi być niezbędnie konieczna dla osoby, co oznacza, że:
- 3) Część będąca przedmiotem ingerencji musi być chora, obciążona pozostawać w bezpośrednim związku przyczynowym z chorobą innego organu (innych organów). Oznacza to, że dana część stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta, wywołuje trudne do zniesienia cierpienia bądź też jest źródłem zakłócenia funkcji osobowych;
- 4) Stan patologiczny lub chorobowy nie może być przezwyciężony przy pomocy innych, mniej inwazyjnych środków, a tym samym powstałego zagrożenia dla zdrowia lub życia nie można uniknąć w inny sposób;

¹⁹ P i u s XII, Przemówienie do Uczestników kongresu „Collegium Internationale Neuro-Psycho-Pharmacologicum” (9.09.1958), AAS 50(1958), 693-694: „Mais la subordination des organes particuliers envers l'organisme et sa finalité, propre, ajoutée encore celle de l'organisme la finalité spirituelle de la personne elle-même”.

²⁰ Por. M. Z a l b a, Totalit (principio di), W: Dizionario enciclopedico di teologia morale, Roma 1976, s. 1141-1150; S. S p i n s a n t i, Guarire tutto l'uomo. La medicina antropologica di Viktor von Weizsacker, Cinisello Balsamo (Milano) 1988, s. 354; S. O l e j n i k, W kręgu moralności chrześcijańskiej, Warszawa 1985, s. 312; J. W r ó b e l, Transseksualizm. (Aspekt etyczny), Ateneum Kapłańskie 85(1993), z. 540, s. 310.

²¹ Por. S. P r i v i t e r a, Principi morali tradizionali, W: Nuovo dizionario di teologia morale, Red. F. Compagnoni i altri, Milano 1990, s. 992.

- 5) Zagrożenie dla zdrowia lub życia, a więc i konieczność ingerencji, musi być aktualna, a nie tylko możliwa do zaistnienia.
- 6) W grę muszą wchodzić uzasadnione nadzieje na pozytywny wynik ingerencji; rozumnie uzasadnione oczekiwania muszą pozostać w odpowiedniej proporcji do stopnia ryzyka.
- 7) Pacjent musi wyrazić zgodę na ten typ terapii, zwłaszcza jeżeli jest do tego zdolny; w przeciwnym wypadku muszą to uczynić reprezentujące go osoby²².

2. Zwyczajność i nadzwyczajność ingerencji medycznych

Współczesna medycyna dysponuje różnorodnym arsenałem środków i metod leczniczych, których parametry terapeutyczne są bardzo zróżnicowane. Najbardziej rozpowszechniony jest podział na środki medyczne zwyczajne i nadzwyczajne²³, które to rozróżnienie pojawiło się na początku XVI wieku. Od pontyfikatu pap. Piusa XII podział ten pojawia się również w nauczaniu oficjalnym Magisterium Kościoła. Stwierdza on bardzo ogólnie, iż zakwalifikowanie danych środków jako zwyczajne jest uzależnione od okoliczności ukonstytuowanych przez osoby, miejsce, czas i kulturę. W gruncie rzeczy są to środki, które same z siebie nie nakładają żadnego nadzwyczajnego obowiązku tak na osobę pacjenta, jak i inne osoby²⁴.

W bardziej współczesnym dokumencie²⁵ Papieska Komisja *Cor unum* zaznacza, że samo rozróżnienie środków oraz ich aplikacja jest dokonywana stosownie do wymagań konkretnych przypadków. Jedne z tych kryteriów mają charakter obiektywny, a inne subiektywny. Do pierwszych zalicza naturę środków, ich koszty oraz konsekwencje wynikające z zasady sprawiedliwości. Z kolei pośród kryteriów subiektywnych wylicza konieczność unikania sytuacji niepokoju i trwogi, przykrości i niewygody, a także szoku psychologicznego wywołanego przez zastosowane środki. Kryterium podstawowe tegoż rozróżnienia

²² Por. J. W r ó b e l, Człowiek..., dz. cyt., s. 375.

²³ Znany jest też podział środków na proporcjonalne i nieproporcjonalne, bądź na środki dobroczynne – korzystne i niedobroczynne – niekorzystne.

²⁴ Por. P i u s X I I, Problemi religiosi e morali della reanimazione (24 XI 1957), W: *Biologia, medicina ed etica. Tesi del Magistero cattolico*. Red. P. Vespieren, Brescia 1990, s. 432

²⁵ Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti (27 XI 1981) W: Tamże, s. 484-503.

stanowi proporcja między środkami i celem, który chce się osiągnąć²⁶. Podtrzymując podział środków na zwyczajne i nadzwyczajne w deklaracji *Iura et bona* o eutanazji (05 V 1980 r.) Kongregacja Doktryny Wiary podkreśla, iż w każdym wypadku można będzie właściwie ocenić środki, porównując rodzaj leczenia, stopień trudności i ryzyka, jakie za sobą pociąga, konieczne wydatki i możliwość jego zastosowania z rezultatem, jakiego można oczekiwać, mając na uwadze stan chorego, jego siły psychofizyczne²⁷. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* (25 III 1995) również mówi o środkach i zabiegach zwyczajnych i nadzwyczajnych. Do tych ostatnich zalicza te zabiegi medyczne, które „przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny”²⁸.

W harmonii z Magisterium Kościoła pozostają współcześni moralisci. Przykładowo L. Ciccone do zwyczajnych środków zalicza te, które w danym miejscu i czasie mogą być użyte przez większość osób, bez nadmiernych wydatków finansowych, z uzasadnioną nadzieją skuteczności terapeutycznej oraz bez konieczności znoszenia okrutnych cierpień i głębokiej odrazy. Środki nadzwyczajne zaś to te, które posiadają cechę przeciwną²⁹. Z kolei W. Bołoz zwraca uwagę na fakt, że samo pojęcie zwyczajnych i nadzwyczajnych środków zmienia się wraz z rozwojem cywilizacyjnym. Niektóre środki medyczne, które dawniej uchodziły za nadzwyczajne, dziś są już zwyczajnymi. Pojęcie to może także zmieniać się w zależności od warunków miejscowych, od zamożności i poziomu rozwoju danego kraju. Istnieją jednak pewne obiektywne kryteria pozwalające zaliczyć dany środek do odpowiedniej klasy. I tak za środek zwyczajny uważa się taki sposób leczenia, który jest: 1) dostępny finansowo większości ludziom danego kraju; 2) nie powoduje nadmiernych i zbyt długich cierpień chorej osoby; 3) daje prawdopodobieństwo wyleczenia. Natomiast za nadzwyczajny uważa się taki środek leczniczy, który: 1) jest bardzo drogi, tj. przerasta możliwości finansowe chorego, rodziny oraz zwykłe usługi świadczone przez spo-

²⁶ Tamże, s. 489.

²⁷ Por. Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji „*Iura et bona*”, AAS 72(1980), 542-552, tekst polski W: W trosce...dz. cyt., s. 146; także por. B. W o j t u ś, Moralne aspekty niesienia pomocy człowiekowi umierającemu przez personel medyczny, *Studia Gnesnensia* 5(1979-1980), s. 198-200; J. W r ó b e l, Człowiek..., dz. cyt., s. 407.

²⁸ EV nr 65; por. także KKK nr 2278 i 2279.

²⁹ Por. L. C i c c o n e, *Salute e malattia...*, dz. cyt., s. 83.

leczną służbę zdrowia; 2) może pozostawić poważne i niekorzystne skutki organiczne lub psychiczne; 3) daje małą szansę wyleczenia³⁰.

Konkludując kwestię zwyczajnych i nadzwyczajnych środków można za J. Wróblem stwierdzić, że w ujęciu teologiczno-moralnym o zakwalifikowaniu środków przesądzą nie tylko czynniki czysto medyczne (stopień trudności i ryzyko wybranej terapii), decydujące dla etyki (w tym również dla deontologii) lekarskiej, ale również aksjologiczno-podmiotowe, związane w istotny sposób z kontekstem egzystencjalnym konkretnego pacjenta i jego najbliższych (koszty konieczne oraz możliwości miejsca i czasu terapii), zwłaszcza zaś z uznawaną przez niego hierarchią wartości i celów³¹.

3. Ingerencje medyczne przy impotencji fizycznej

Kanonistyka określa, jak to już w innym kontekście zostało uwydatnione, że *impotentia coeundi* jest trwała, gdy niezdolność do stosunku małżeńskiego jest tego rodzaju, że nie ma możliwości jej usunięcia czy wyleczenia zwyczajnymi środkami. Zatem, przy określaniu trwałości i jednocześnie niemożliwości jej wyleczenia trzeba mieć na uwadze to wszystko, co wyżej zostało powiedziane w odniesieniu do ingerencji medycznych nadzwyczajnych w aspekcie teologiczno-moralnym, gdyż ten aspekt musi być uwzględniany przy ocenie kanonicznej konkretnie zastosowanej terapii przy impotencji. Nie każda bowiem ingerencja medyczna, z punktu widzenia etyki i prawa jest możliwa do zaakceptowania, chociaż ma na celu pomoc osobie dotkniętej impotencją. W świetle powyższych wywodów impotencja w ogóle, czy jej trwałość, nie może być ujmowana jako patologiczne funkcjonowanie części ciała np. członka męskiego, ale jako niezdolność dotycząca funkcjonowanie człowieka, dlatego też terapia medyczo-chirurgiczna i protetyczna musi uwzględnić godność osoby, jej przekonania religijne i hierarchię wartości. Lekarz musi dostrzegać chorą osobę, a nie tylko funkcjonujący niewłaściwie organ. Także z tego punktu widzenia ingerencja medyczna dotycząca wymiaru seksualnego osoby – uwzględniając całościowo-osobową zasadę ingerencji – musi koniecznie

³⁰ W. B o ł o z, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997, s. 138-139; S. K o r n a s, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986, s. 234.

³¹ J. W r ó b e l, *Człowiek...*, dz. cyt., s. 414.

uwzględnić fakt, że relacja seksualna ma wymiar personalny i środki zastosowane mają być pomocą przy realizacji aktu małżeńskiego, a nie prostym surogatem do osiągnięcia na przykład erekcji.

3.1. Niektóre sposoby współczesnej terapii

Przy kuracji impotencji fizycznej można zastosować środki medyczne i chirurgiczne, użyć protez mechanicznych zewnętrznych oraz protez farmakologicznych. Stosuje się nadto terapię psychologiczną, psychiatryczną i psychoanalizę. Zastosowane środki zależą od sytuacji konkretnej osoby oraz od przyczyny, która powoduje impotencję. Zagadnienie terapii impotencji rzuca także pewne światło na temat wiody, czyli na kwestię przeszkody niemocy płciowej na kanwie prawa kanonicznego. Należy dopowiedzieć, że zasygnalizowana kwestia będzie ukazana tylko sumarycznie i przykładowo od strony leczenia męskiej impotencji erekcji, jako że należy ona do najczęstszych przypadków klinicznych³². Obecnie przybliżone zostaną niektóre sposoby terapii w zależności od natury patologii.

a) Leczenie impotencji erekcyjnej z natury endogenicznej

Jest to najczęściej leczenie hormonalne poprzez testosteron lub jego pochodne³³. Mówiąc o patologiach endogennych należy powiedzieć o impotencji erekcji jako skutku cukrzycy. W tym przypadku terapia zmierza do korekty ewentualnego faktora organicznego poprzez psychologiczne oddziaływanie na pacjenta. Natomiast przy zmianach naczyniowych penisa, stosowane są metody unaczynienia ciał jamistych i wreszcie zastosowanie protezy chemicznej lub mechanicznej, gdy inne metody będą nieskuteczne³⁴.

³² M.L. Di Pietro, S.M. Corraale, Valutazione delle terapie medico-chirurgiche e protesiche dell'impotenza coeundi nell'uomo ai fini della validità del matrimonio canonico, *Apollinaris* (1993), s. 284-290.

³³ Por. J.D. Wilson - J.E. Graffin, The use and misuse of androgens, *Metabolism* 1982 (29), s. 1278.

³⁴ Por. D.K. McCulloch - I. W. Campbell, The prevalence of diabetic impotence, *Diabetologia* 1980 (18), s. 279-283; L.M. Martin, Impotence in diabetes: an overview, *Psychosomatics* 1981 (22), s. 38-329.

b) Leczenie impotencji erekcyjnej z natury naczyniowej

Przy tego rodzaju impotencji ingerencja medyczna dokonuje się na dwa sposoby: zachowawczy i rekonstruktywny. Pierwszy z nich polega na zatrzymaniu procesu niedrożności żył, np. przez odrzucenie palenia papierosów, regulację ciśnienia tętniczego. Drugi natomiast sposób zmierza do odbudowania głównych arterii (np. biodrowej, podbrzuszej czy zewnętrznych narządów płciowych) lub bezpośrednio unaczynienie ciał jamistych prącia³⁵. Współczesna praca Levina i Goldsteina³⁶ zawiera opisy rezultatów interwencji medycznych metodą rekonstrukcji do 1988 r. Autorzy drogą kwestionariusza badali pacjentów od 6 miesięcy do 5 lat po operacji i tak 77% z nich odzyskało potencję sprzecz patologii, 73% było usatysfakcjonowanych aktami seksualnymi i ich partnerzy – w 69% badanych. Także praca Lewisa opublikowana w 1989 r. zawiera podobne wyniki (64%) na próbie 50 pacjentów. W obu badaniach nie zanotowano ani jednego przypadku śmiertelnego po operacji. Natomiast odnotowane komplikacje post-operacyjne (1,1%) sprowadzały się najczęściej do obrzęku członka, krwiaka, infekcji i znieczulenia członka³⁷.

c) Leczenie impotencji erekcyjnej z natury psychogennej

Ileokroć zakłócenia psychiczne są przyczyną lekkiej patologii erekcji, mogą być one usunięte w krótkim czasie, jak to wynika z badań, przez techniki terapeutyczne, natomiast przypadki ciężkie wymagają interwencji bardziej kompleksowych i długotrwałych. Dwie prace amerykańskich uczonych potwierdzają ewidentną użyteczność psychoterapii w dysfunkcjach seksualnych. Pierwsza z nich zawiera wyniki zastosowania psychoterapii w 38 małżeństwach. Stosując ją od 3 miesięcy do 3 lat, uzyskano wyniki satysfakcjonujące poszczególne mał-

³⁵ Por. I. Goldstein, Overview of types and results of vascular surgical procedures for impotence, *Cardiovascular Intervent Radiol.* 1988 (11), s. 240-244; t e n z e, Arterial revascularization procedures, *Semin. Urol.* 1986 (4), s. 252-258; A.H. B e n e t, Venous arterialization for erectile impotence, *Urol. Clin. North. Am.* 1988(15/1), s. 111-113.

³⁶ J. L e v i n e – I. G o l d s t e i n, *Vascular reconstructive...*, dz. cyt., s. 135n.

³⁷ M.L. D i P i e t r o – S.M. C o r r e a l e, *Valutazione...*, dz. cyt., s. 293.

³⁸ Por. L.A. D e A m i c i s – D.C. G o l d b e r g – J. L o P i c c o l o, Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction, *Arch. Sex. Behav.* 1985 (14), s. 467-489.

żeństwa³⁸. Druga praca Lobitza przedstawia terapię na 12 pacjentach, z których blisko 2/3 odzyskało normalną potencję³⁹. Najczęściej stosowanymi technikami przy tego rodzaju impotencji były: technika rozbudzania zmysłowego z partnerem, korzystanie z książek i wideokaset dla instruktazu o technikach seksualnych, hipnoza, stopniowe odczulenienie, stopniowe rozluźnianie mięśni, poznanie i rozwiązywanie konfliktów⁴⁰.

d) Protezy mechaniczne w leczeniu impotencji erekcji

Protezy mechaniczne, w zależności od mechanizmu działania, dzielą się na protezy hydrauliczne i niehydrauliczne. Te ostatnie są zbudowane z dwóch pojemników z silikonem (Small Carrion) i z wewnętrzną duszą ze złota lub stali (Jonas Silicon Silver; AMS Malleable 600; Mentor Malleable) lub plastyczne (Omniphase, Duraphase). Protezy niehydrauliczne działają na zasadzie ręcznego uruchamiania przez pacjenta⁴¹. Natomiast protezy hydrauliczne składają się z komór napełniających się, zbiornika, zaworu i pompy, która tłoczy roztwór izotoniczny. Opróżnianie komór powoduje podtrzymywanie członka w czasie erekcji⁴². Trzeba dodać, że protezy penisa nie przywracają erekcji fizjologicznej jak to ma miejsce przy ingerencjach chirurgicznych naczyń włosowatych czy żylnych, ale kreują sztuczną erekcję. Implant protetyczny cieszy się 95% skutecznością, chociaż sukcesy techniczne nie zawsze idą w parze z satysfakcją pacjentów i partnerów, ponieważ erekcja kreowana sztucznie nie będzie nigdy taką, jaką charakteryzuje się erekcja fizjologiczna. Z przeprowadzonych badań w USA wynika, że zainstalowanie protezy nie obniża libida i potrzeb seksualnych. Może też pomóc w osiągnięciu orgazmu, o ile był on przed dysfunkcją, na-

³⁹ Por. W.C. L o b i t z – E.L. B a k e r, Group treatment of single males with erectile dysfunction, *Arch. Sex. Behav* 1979 (8) s. 127-138.

⁴⁰ D.L. S m i t h, Psychologic factors in the multidisciplinary evaluation and treatment for erectile dysfunction, *Urol. Clin North Am.* 1988(15/1) s. 41-51.

⁴¹ Por. M.P. S m a l l, Surgical treatment of impotence with Small-Carrion prosthesis, *Urology* 1984 (23), s. 93-97; K.T. N i e l s e n- R.C. B r u s k e w i t z, Semirigid and malleable rod penile prostheses, *Urol. Clin. North. Am.* 1989 (16), s. 13-23; M. L. D i P i e t r o – S. M. C o r r e a l e, *Valutazione...*, dz. cyt., s. 295.

⁴² Por. J.J. M u l c a h y, The Hydroflex penile prothesis, *Clin. Urol. North. Am.* 1989 (16/1), s. 33-38; także inne opracowania na ten temat w tym numerze.

tomiast proteza nie jest w stanie go wywołać, gdy przedtem był nieosiągalny⁴³.

e) Protezy chemiczne w leczeniu impotencji erekcyjnej

Aktualnie najczęściej stosowanym lekiem przy tego typu terapii (ICI – intracavernous injection) jest sama papaweryna lub z dodatkiem fentolaminy, a także inne środki farmakologiczne o podobnym działaniu. Po zażyciu określonej dawki leków (w zależności od rodzaju patologii), następuje erekcja w ciągu 3-10 minut, a napięcie utrzymuje się przez 5-30 minut, aż do wystąpienia orgazmu i ejakulacji⁴⁴. Pacjenci (ICI), jak to wynika z przeprowadzonych ankiet, dobrze oceniają jakość możliwości erekcyjnych i samokontrolę terapii, natomiast ci, którzy odrzucają ten rodzaj terapii podkreślają brak spontaniczności aktu małżeńskiego i konieczność comiesięcznej kontroli lekarskiej. Ważną sprawą jest także, aby pacjent, zanim rozpocznie taką terapię, miał świadomość spodziewanych korzyści, zagrożeń i ograniczeń i wyraził zgodę na użycie tych medykamentów.

f) Użycie VCD (Vacuum Constriction Device)

Urządzenie powyższe funkcjonuje na bazie prawa Pascala⁴⁵ o ciśnieniu i składa się z cylindra wypełnionego silikonem, cewki łącznika, systemu pomp stwarzającego kompresję i systemu pierścieni odpornych na duże ciśnienie⁴⁶. Erekcja penisa (80-90% normalnej erekcji) przy

⁴³ Szerzej na temat badań piszą: por. B. Fallon – H. Ghaneim, Sexual performance and satisfaction with penile prostheses in impotence of various etiologies, *Int. Impotence Res.* 1990 (2), s. 35-42; J.F. Steege – A.L. Stout – C.C. Carson, Patients satisfaction in Scott and Small-Carrion penile implant recipients: a study of 52 patients, *Arch. Sex. Behav.* 1986 (15), s. 393-399; A.D. Smith – P.H. Lange – E.E. Fraley, A comparison of the Small-Carrion Scott-Bradley penile prostheses, *J. Urol.* 1979 (121), s. 609-611.

⁴⁴ Por. P.G. AdaiKAN – S.C. Kottogoda – S. Ratnam, Is vasocative intestinal polypeptide the principal transmitter involved in human penile erection? *J. Urol.* 1986 (135), s. 638; M.L. Di Pietro – S.M. Corrales, *Valutazione...*, dz. cyt., s. 299-301.

⁴⁵ Prawo Pascala: jeżeli na ciecz nieściśliwą działają tylko siły powierzchniowe, to w każdym jej punkcie panuje jednakowe ciśnienie, równe ciśnieniu zewnętrznemu. *Encyklopedia Popularna PWN Warszawa 1982*, s. 570.

⁴⁶ Ciśnienie to wynosi od 100-200 mmHg. Por. R. Witherington, Vacuum constriction device for management of erectile impotence, *J. Urol.* 1989 (141), s. 320-322.

zastosowaniu VCD różni się jednak od erekcji naturalnej⁴⁷, ale niektórzy autorzy odnotowują fakt nawet spontanicznej erekcji po wieloletnim użyciu tego rodzaju terapii.

Poszczególne sposoby przedstawione powyżej ukazują duże możliwości współczesnej terapii, ale nastrożają też one poważne trudności, by dokonać właściwej ich oceny z punktu widzenia prawa kościelnego.

3.2. Ocena kanoniczna terapii

Z punktu widzenia prawa kanonicznego – jak wzmiankowano powyżej – impotencja trwała oznacza patologię, która nie może być usunięta inaczej jak tylko środkami nadzwyczajnymi, niegodziwymi lub niebezpiecznymi dla życia. Takie stanowisko wskazuje, że mogą być rozbieżności w traktowaniu trwałości czyli nieuleczalności impotencji w aspekcie medycznym i kanonicznym. Gdy z punktu widzenia medycznego będzie na przykład możliwa skuteczna ingerencja medyczna, dzięki której osoba byłaby zdolna do aktów małżeńskich, to tę samą ingerencję, rozpatrywaną w świetle prawa kościelnego jako nadzwyczajną, należałoby zakwalifikować jako impotencję trwałą. A więc, to co z punktu prawa kanonicznego jest określane jako impotencja trwała, z punktu widzenia medycyny może być uleczalne poprzez środki nadzwyczajne, i taki przypadek zaliczony jest do impotencji nietrwałej. Stąd też ocena kanoniczna ingerencji medycznych uwzględnia dwa punkty odniesienia: godziwość działań i kwalifikację środków w kontekście sytuacji pacjenta, miejsca i czasu. Trwałość więc jest względna i weryfikowana w kontekście spraw powyżej wymienionych.

Pojęcie zwyczajności środków terapeutycznych w praktyce medycznej różni się też od jego rozumienia w prawie kanonicznym. W praktyce medycznej definiuje się środki zwyczajne jako te, które nie są ryzykowne, niedrogie i dostępne a ponadto nie narażają pacjenta na pogorszenie stanu zdrowia i nie stwarzają niebezpieczeństwa śmierci lub trudności finansowych⁴⁸. Inaczej jest definiowane pojęcie zwyczajności terapii w kanonistyce, który to termin nie ma waloru generalnego, ale

⁴⁷ Por. A.J. Cooper, Preliminary experience with a vacuum constriction device (VCD) as a treatment for impotence, *J. Psychosom. Res.* 1987 (31), s. 413; M.S. Di Pietro – S.M. Corrales, *Valutazione...*, dz. cyt., s. 301-303.

⁴⁸ M.L. Di Pietro, S.M. Corrales, *Valutazione...*, dz. cyt., s. 308.

wynika z decyzji o sposobach i o czasie terapii konkretnego przypadku. Zwraca się uwagę na możliwości materialne praktyki klinicznej oraz na godziwość ich stosowania.

Zdaniem uczonych, by właściwie ocenić z pozycji kanonicznej zwyczajność kuracji w aspekcie trwałości niezdolności, należy uwzględnić przedstawione niżej kwestie:

a) Stopień trudności i ryzyko wybranej terapii

Na bazie oceny klinicznej patologii dokonuje się wyboru terapii z uwzględnieniem stopnia trudności i ryzyka leczenia. Lekarz musi ocenić, jakie jest ryzyko zastosowania konkretnego środka i jakie rezultaty może on przynieść, uwzględniając kryterium przede wszystkim jakościowe. Nie zawsze jednak to, co intelektualnie koherentne i satysfakcjonujące, okazuje się w praktyce wystarczające i skuteczne dla pacjenta i jego partnera. Stąd potrzeba odpowiedniej proporcji między ryzykiem a oczekiwaniami pacjenta. Wybór sposobu leczenia musi być też ukierunkowany na przyczynę choroby i winien uwzględniać dobro całego człowieka. Ponadto powinien być on w harmonii z moralnością chrześcijańską⁴⁹. Wiedząc, że każda terapia nie jest wolna od skutków ubocznych, trzeba bilansować straty i zyski zastosowanej terapii oraz ocenić, czy nie ma niebezpieczeństwa pogorszenia zdrowia lub śmierci.

b) Koszty konieczne

Zwyczajność leczenia jest ściśle powiązana z kosztami koniecznymi do osiągnięcia pożądanego skutku. Nie wszyscy pacjenci mają możliwości sfinansowania np. protezy mechanicznej czy farmakologicznej terapii członka. Inaczej sprawa kosztów kształtuje się, gdy jest to terapia ze środków społecznych, inaczej gdy częściowo jest z nich finansowana, wreszcie gdy całość kosztów ponosi pacjent. W rzeczywistości nie wszyscy są w stanie ponieść koszty terapii, inne też będą szanse pa-

⁴⁹ Godziwość lub niegodziwość stosowanych metod i środków jest oceniana przez Kongregację Nauki Wiary, do której należy ostateczny osąd w kwestiach wiary i moralności. Por. Konstytucję *Pastor bonus* nr 49.

cjenta z USA i jeszcze inne z Afryki lub Ameryki Południowej, w których rzadko istnieje jakaś publiczna służba zdrowia.

c) Możliwości miejsca i czasu terapii

Z dotychczasowej analizy wynika również, że terapia zastosowana w jednym miejscu geograficznym będzie terapią zwyczajną, a w drugim zaś będzie miała charakter nadzwyczajny. Na przykład jakiś pacjent z problemami erekcji pochodzenia psychogenne powinien korzystać z pomocy psychoanalitycznej, ale w miejscu jego zamieszkania jest to niemożliwe, natomiast w innym miejscu jest to możliwe, ale taka kuracja ze względu na miejsce zamieszkania miałaby już charakter nadzwyczajny⁵⁰. Nowe zdobycze wiedzy i techniki mogą powodować też, że niezdolność, która dotychczas uchodziła za trwałą, aktualnie taką nie będzie. Kanonistyka musi być na nie otwarta, jak to już wcześniej podkreślał pap. Pius XII w przemówieniach do Roty Rzymskiej⁵¹.

d) Pomoc a nie zastępowalność aktu małżeńskiego

Zwyczajność terapii medycznej jest ściśle złączona z godziwością wybranych środków, które są oceniane w świetle zasad etyki chrześcijańskiej⁵². Koniecznie trzeba też dodać, że wśród kryteriów godziwości środków nie może zabraknąć podkreślenia faktu, że interwencje medyczne, powinny mieć na celu nie zastąpienie aktu seksualnego, ale pomoc, aby on był godny osoby i zgodny z wymogami prawa. I tak np. proteza przy impotencji erekcji ma pomóc, aby była możliwa stosowna penetracja członka i wytrysk nasienia. Gdy są spełnione warunki o penetracji i ejakulacji, to tak zastosowana terapia protetyczna przy *impotentia coeundi* może być pozytywnie oceniona. Są jednak typy protez me-

⁵⁰ „Locum autem quod attinet, juridice insanabilis dicenda est impotentia quae mederi nequit ubi patiens degit, sed sanari posset in alio loco, in adiunctis tamen quae medium extraordinarium reddunt”. Dec. 25 I 1985, coram Pinto, RRDec. 78(1985) s.

⁵¹ P i o X I I, Discorso per l'inaugurazione dell'anno giuridico della Sacra Romana Rota (3 X 1941), W: Discursi e Radiomessaggi di Sua Santità Pio XII, Città del Vaticano 1960, vol III, s. 209-215.

⁵² Por. W. M a y, Sexual ethics and human dignity, W: Persona, verit e morale, Città Nuova, Roma 1987; E. S g r e c c i a, Bioetica e sessualit..., dz. cyt., s. 205-232.

chanicznych, przy których nie jest możliwa nawet częściowa ejakulacja. W takim przypadku, chociaż możliwa jest penetracja i erekcja, to ze względu na brak zwyczajnej ejakulacji, nie można kwalifikować tej prostej jako możliwej do zaakceptowania w świetle prawa kanonicznego⁵³.

Zakończenie

Reasumując zróżnicowaną i bardzo skomplikowaną do oceny trwałość impotencji w świetle terapii medyczno-chirurgicznych i protetycznych, należy zauważyć, iż zastosowanie bardzo nowoczesnych technik i tak w rezultacie pozwala tylko niewielu osobom zawrzeć związek małżeński, ze względu na wysokie wymagania co do istotnych elementów *copula coniugalis*⁵⁴. Ponadto stosowanie nowoczesnych technik przy impotencji fizycznej niejednokrotnie gubi człowieka, jego godność a sprawy seksualne stają się najważniejszym celem. Tymczasem traktowanie osoby jako celu samego w sobie domaga się, aby w każdej ingerencji medycznej uznano strukturę cielesną jako element konstytuujący osobę, a nie przedmiot manipulacji. Zasada całościowa, tak bardzo istotna w naszej płaszczyźnie rozważań, potwierdza, że działania medyczne są moralnie uzasadnione, gdy jest to konieczne dla przywrócenia zdrowia lub uratowania życia osoby. Trzeba też jeszcze raz podkreślić w podsumowaniu, że ingerencje medyczne powinny mieć na celu pomoc przy akcie seksualnym, a nie jego zastąpienie. To ostatnie stwierdzenie jest bardzo ważne i kanonicznie nośne. Prawdziwy akt seksualny między małżonkami zakłada bowiem elementy fizyczne i psychologiczne. Wyraża on w sposób wyjątkowy relację interpersonalną, dlatego nie może on być uprzedmiotowiony.

W związku z przedstawionymi w artykule zagadnieniami pojawiają się pytania: czy wymogi kanoniczne co do istotnych elementów aktu małżeńskiego nie są zbyt wysokie? A może nawet trzeba zapytać: czy w ogóle mają one uzasadnienie prawne? Czy rzeczywiście istota małżeństwa domaga się w każdym przypadku zdolności do aktu małżeńskiego? Koncepcja przeszkody małżeńskiej dotyczącej niemocy płciowej, która w myśl kan. 1084 §1 jest motywowana odtąd

⁵³ M. L. Di Pietro, S. M. Corrales, Valutazione..., dz. cyt., s. 311-312.

⁵⁴ Szerzej na ten temat por. H. Stawniak, Niemoc płciowa..., dz. cyt., ss. 162-171.

naturą małżeństwa, rodzi pytania nie tylko o naturę prawa będącego podstawą jej istnienia, ale także i przede wszystkim o to, czy ona przystaje do nauki soborowej i nowego Kodeksu odnośnie do istoty małżeństwa.

Les ingérences médicales dans l'impotence physique et leur appréciation canonique

Résumé

Le droit canonique n'exclue pas des ingérences médicales dans le cas de l'impotence physique, mais prend en considération la règle d'orienter les opérations sur la vision totale et personnelle de l'homme, et attire l'attention sur l'usage ordinaire et extraordinaire de moyens médicaux. Ayant synthétiquement abordé ces deux questions l'auteur présente les ingérences médicales et prothétiques par rapport à l'impotence du côté de l'homme qui sont actuelles aujourd'hui. Tout cela est confronté aux exigences du droit canonique conjugal. L'article est un essai de porter le jugement sur la thérapeutique de l'impotence physique et poser des questions ouvertes à des arrangements plus conformes dans l'avenir.