

RODZINA

BEZCENNY DAR I ZADANIE

Praca zbiorowa
pod redakcją ks. Józefa Stali i Elżbiety Osewskiej



Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne
Radom 2006

RODZINA W PROCESIE PROKREACJI

Każdy gatunek organizmów żywych istnieje dzięki zdolności do reprodukcji. Zdolność ta jest przekazywana z pokolenia na pokolenie poprzez informację genetyczną. Im wyżej dany organizm stoi w rozwoju, tym bardziej złożone formy przyjmuje jego aktywność reprodukcyjna, a tym samym jest ona bardziej zależna od wpływu czynników zewnętrznych względem niego i nabytego doświadczenia. U człowieka działania prowadzące do prokreacji wynikają nie tylko z uwarunkowań neurohormonalnych i sytuacyjnych, ale przede wszystkim poddane są uczuciom, ocenie intelektualnej, kierownictwie woli i decyzjom. Ze względu na to, że *współżycie seksualne człowieka jest potencjalnie prokreacyjnym*, podejmując działanie seksualne, człowiek w mniej lub bardziej świadomym stopniu bierze (i powinien brać) pod uwagę możliwe konsekwencje prokreacyjne podjętej aktywności seksualnej. Współżycie seksualne ma bowiem charakter prokreacyjny, nawet wtedy, gdy świadomie nie ma na celu prokreacji lub, gdy nie prowadzi do poczęcia dziecka pomimo podjętych prób. Od okresu dojrzewania człowiek staje przed koniecznością ustosunkowania się do płciowo określonej, prokreacyjnej zdolności własnego organizmu.

1. Człowiek jako istota płciowa

Człowiek jest zdolny do prokreacji dzięki swojemu zróżnicowaniu płciowemu. *Płciowość jest podstawowym wymiarem osoby ludzkiej*, jest sposobem jej istnienia. Nie istnieje bowiem człowiek jako taki, ale zawsze jest on konkretnej płci: żeńskiej lub męskiej¹. Płeć to zespół cech odróżniających organizmy osobników męskich od

¹ Życie człowieka rozpoczyna się od poczęcia i wtedy ma miejsce tzw. determinacja płci, tzn. ustalenie płci chromosomalnej (genotypowej), uzależnionej od oddziedziczonych genów. Już przed urodzeniem dochodzi więc do ustalenia płci gonadalnej (o której decyduje posiadanie gonad, czyli jąder lub jajników), płci genitalnej (uzależnionej od posiadanych narządów płciowych: członka lub pochwy) oraz płci hormonalnej (wewnątrzwydzielniczej), uzależnionej od proporcji hormonów męskich i żeńskich, produkowanych przez gruczoły płciowe. Już w trzecim miesiącu życia płodowego zaznacza się płeć somatyczna, zwana też fenotypem, a określa ją rodzaj wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych (gonad i genitalii). Na podstawie prenatalnej diagnozy płci dziecka dochodzi do ustalenia płci społecznej (uznanie przez innych jako

żeńskich². Płciowość określa dziewczynkę i kobietę, chłopca i mężczyznę na płaszczyźnie fizycznej, w tym genitalnej, ale również w sferze psychicznej, społecznej i duchowej³. *Określa całego człowieka i to przez całe życie*. Płeć decyduje o sposobie, w jaki człowiek ujawnia siebie w świecie, odbiera bodźce i odczuwa rzeczywistość, myśli, reaguje, wyraża siebie, przeżywa (m. in. miłość), porozumiewa się z innymi, nawiązuje kontakt z Bogiem. Płciowość decyduje nie tylko o naszej zewnętrznej powierzchowności – o wyposażeniu fizycznym oraz o wyglądzie, ale także o psychicznych predyspozycjach, o stawianych wobec nas oczekiwaniach społecznych, o wynikających z płci zadaniach, o możliwych do spełnienia rolach społecznych. Płciowość jest nam *dana i zadana*. Posiada bowiem wartości obiektywne, niezmiennie, z natury rzeczy przypisane danej płci, oraz wartości dynamiczne, które mają być dopiero rozwinięte, w zakresie których kobieta czy mężczyzna ma dopiero osiągnąć doskonałość, np. cechy macierzyńskie, ojcowskie⁴.

Płciowość przejawia się we wzajemnej atrakcyjności i ciężeniu obydwu płci ku sobie oraz płodności. Dotyczy to każdego człowieka, na każdej drodze powołania. Płciowość decyduje o tym, że człowiek „nie jest sam”, nie pozostaje jedynie w świecie rzeczy i zwierząt. *Zostaje wyprowadzony z własnej samotności na spotkanie drugiego człowieka* – równego mu w godności i w podstawowym powołaniu (do świętości, do życia z Bogiem), i zaproszony do dialogu, do więzi, do zjednoczenia z drugą osobą. Energia związana ze sferą płciową sprawia, że człowiek odczuwa potrzebę kontaktu z otaczającym go światem osób i różnorodnych form komunikacji z nim oraz sprawia, że ma szeroką gamę zainteresowań, pragnień i dążeń przekraczających jego samego i skierowanych poza jego własny świat. *Płciowość wyprowadza z izolacji, z egocentryzmu i egoizmu, uzdalnia do komunikacji i budowania różnorodnych form międzyludzkiej więzi*. Zróżnicowanie płciowe staje się miejscem spotkania, siłą przyciągającą ludzi ku sobie, aby móc stanowić dla siebie stosowną pomoc, by poprzez drugiego w pełni odkryć siebie i zrealizować się jako kobieta i mężczyzna⁵. *Dzięki płciowości człowiek może być darem dla drugiego, gdyż męskość ubogaca kobiecość, a kobiecość ma*

przedstawiciela określonej płci) oraz tworzenia warunków dla kształtowania płci psychologicznej (podjęte przez rodziców działania uwzględniające płeć dziecka, np. dobór imienia, kolorów, rodzaju zabawek).

² *Mały Słownik Języka Polskiego*, red. E. Sobol, Warszawa 1993, s. 633.

³ Por. androginizm – nie przypisuje płciom odmiennych cech i wartości. Zakłada, że płeć nie definiuje z góry cech osoby, są one wynikiem kultury i wychowania, a dostrzeganie różnic płciowych pogłębia stereotypy, dysonanse, konflikty i niesprawiedliwość między płciami na niekorzyść płci żeńskiej. Wychowanie do ról związanych z domniemaną płcią jest nie tylko bezzasadne (w tym ujęciu kategoria płci nie istnieje), ale też pogłębia przepaść między nimi. Wychowanie człowieka, oparte na zaprzeczeniu płciowej naturze człowieka, abstrahuje od niej i daje mu całkowitą wolność w kreowaniu siebie, swoich cech, preferencji, drogi życiowej.

⁴ D. Kornas-Biela, *Ku dojrzałemu przeżywaniu ludzkiej płciowości*, w: *Płciowość w kontekście miłości. Przesłanie moralne Kościoła*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2005, s. 223-267.

⁵ Postrzeganie zróżnicowania płciowego nie ma charakteru antonimicznego, tzn. nie chodzi tu o przeciwstawianie sobie płci i wywoływanie u każdej z nich poczucia niesprawiedliwości z braku posiadania cech płci przeciwnej, ale dostrzeganie komplementarności płci osób równych w godności. Uzupełnianie się i dopełnianie osób staje się źródłem radości, doświadczania harmonii w świecie pokoju wewnętrznego i duchowego piękna.

wiele do zaoferowania męskości. Jednak, aby być dla siebie wzajemnie darem, płciowość każdej z osób musi być zintegrowana poprzez miłość, gdyż to jedynie pozwoli na jej ukierunkowanie ku dobru drugiego człowieka. To dzięki miłości płciowość staje się źródłem twórczości i płodności. W otwarciu na drugiego i w darze z siebie realizuje się zarówno miłość małżeńska, jak i miłość osób konsekrowanych. W każdym stanie życia człowiek poprzez swoją płciowość jest powołany do międzyosobowego dialogu, do daru z siebie, a także do bycia płodnym oraz do przekazywania życia⁶.

Jednym z przejawów ludzkiej płciowości jest seksualność, dlatego dojrzałe rozumienie, przeżywanie i kierowanie własną seksualnością jest związane z integracją w sferze płciowości, a to z kolei jest związane z dojrzałością w zakresie osobowości, umożliwiając również dojrzałe funkcjonowanie w sferze prokreacji. Seksualność to dziedzina życia bardzo złożona, dotykająca wszystkich wymiarów człowieczeństwa, wkraczająca w najbardziej intymne i czule miejsca w psychice ludzkiej. Stanowi źródło potężnej energii biologicznej, psychicznej (w tym uczuciowej, motywacyjnej, dążeniowej) i duchowej. Dlatego też, stopniowe poznawanie własnej seksualności, jej znaczenia i sensu w świetle prawdy o tym, kim jest człowiek, uczenie się kierowania nią tak, by służyła rozwojowi człowieka oraz jego więziom z innymi, a nie była źródłem dramatów i niszczenia siebie oraz drugiej osoby – wymaga czasu i wysiłku, wytrwałej pracy nad sobą, natomiast w małżeństwie wymaga również wzajemnej pomocy w tym zakresie.

2. Znaczenie prokreacji w życiu człowieka

Zainteresowanie prokreacją ma tak długą historię, jak długo istnieje człowiek. W czasach prehistorycznych wykazywano ogromne zainteresowanie tajemnicą przekazywania życia przez ludzi, zwierzęta i rośliny. Porównywano ciało kobiety przekazującej życie do pola, na które mężczyzna sieje swoje ziarno. O znaczeniu prokreacji w przeżyciach ludzi świadczą, np. znajdowane przez archeologów figurki i malowidła – nierzadko przedstawiają one zwierzęta i ludzi w trakcie aktu seksualnego, z wyolbrzymionymi narządami rozrodczymi, także kobiety ciężarne i rodzące. Znaleziska te wskazują, wbrew pozorom, nie na „rozpasanie seksualne” (jak interpretują to niektórzy współcześni seksuolodzy), ale na *ważność prokreacji* dla ówczesnych społeczeństw, które włączały akt seksualny jako potencjalnie płodny w rytuały religijne oraz w rytuały związane z narodzinami i śmiercią. Prokreacja była nie tylko dla nich ważna, była również czymś tajemniczym, mistycznym, uczestnictwem w życiodajnej mocy pochodzącej od różnie pojmowanego Boga.

Współcześnie obserwuje się szczególnie silną apoteozę potrzeb seksualnych i równocześnie *represję potrzeby prokreacyjnej*. Prowadzi to do obserwowanych zjawisk społecznych, jakim jest podejmowanie aktywności seksualnej z zanegowaniem prokreacji (homoseksualizm, lesbianizm, antykoncepcja, sterylizacja) lub prokreacja bez zbliżenia

⁶ Por. Dokument Stolicy Apostolskiej *Ludzka płciowość – prawda i znaczenie*; W. Fijałkowski, *Niewykorzystany dar płci*, Kraków 1997.

seksualnego (sztuczne wzbudzenie życia ludzkiego). To, co naturalnie złączone i wzajemnie uwarunkowane, zostaje w nowym stylu życia rozdzielone, a nawet zantagonizowane. Skutkiem tego jest stopniowe wymieranie niektórych narodów europejskich.

Jednak pomimo obserwowanej współcześnie coraz większej ingerencji człowieka w proces prokreacji, świadczącej o chęci panowania nad nią i ograniczania, *możliwość przekazywania życia i wychowania dziecka jest nadal ważnym elementem ludzkiego ja i koncepcji własnej osoby, obrazu siebie i poczucia własnej wartości, oceny swej atrakcyjności oraz akceptacji ze strony partnera, a nawet satysfakcji seksualnej*. Doświadczenie ciąży i porodu oraz urodzenie dziecka, jak i brak tych doświadczeń lub niepowodzenia w ich zakresie, są ważnymi wydarzeniami życiowymi dla obojga rodziców, chociaż niewątpliwie ze względu na biologiczne zaangażowanie organizmu kobiety, *doświadczenie macierzyńskie jest inne od ojcowskiego* i bogatsze w nieporównywalne z niczym przeżycia. O pragnieniu macierzyństwa i doświadczeniach z nim związanych powstało wiele teorii, które można pogrupować w zależności od akcentu, na jakim się skupiają i wymienić teorie: biologiczne (psychoanalityczne, psychodynamiczne), socjobiologiczno-etologiczne, społeczne, kulturowe, systemowe, rozwojowe, kryzysowe, stresogenne⁷. Natomiast na ojcostwie, zwłaszcza wczesnym, przed urodzeniem dziecka, uwaga badaczy skupia się znacznie rzadziej i wąskoaspektowo (np. asystowanie kobiecie w czasie wizyt u ginekologa, w szkole rodzenia i przy porodzie). Niezależnie od obiektywnie większego zaangażowania kobiety w prokreację i zależności jej przeżyć od rodzaju doświadczeń w tym zakresie, sytuacja ta powoduje niedocenianie roli powodzeń i niepowodzeń prokreacyjnych w życiu mężczyzny. Tymczasem reakcja na fakt niepłodności, przeżycia po aborcji wbrew wiedzy lub woli mężczyzny⁸, związane z zapłodnieniem heterologicznym⁹ lub po urodzeniu dziecka obciążonego chorobą wrodzoną¹⁰ wskazują, jak ważne znaczenie dla mężczyzn mają doświadczenia zdolności prokreacyjnej i osiągnięć w tym zakresie w postaci urodzenia zdrowego dziecka.

W literaturze podkreśla się różnorodne potrzeby, które dzięki prokreacji mogą być zaspokojone. Przeżycie ciąży, porodu i wychowywanie dziecka zapewnia realizację wielu potrzeb jednocześnie, np. potrzeby miłości, wzajemnej wymiany uczuć,

⁷ B. Bartosz, *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wrocław 2002, s. 25.

⁸ Np. D. Kornas-Biela, *Psychologiczne konsekwencje aborcji u ojców*, w: *Międzynarodowy Kongres o Godność Ojcostwa*, Gdańsk 2000, s. 235-250; D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2002, s. 186-235.

⁹ D. Kornas-Biela, *Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją, w: Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 213-240; D. Kornas-Biela, *Doświadczenia rodziców – użytkowników wspomaganą prokreacji*, w: *Socjalizacja i wychowanie we współczesnych rodzinach polskich*, red. H. Cudak, Piotrków Trybunalski 2001, s. 324-342.

¹⁰ Np. D. Kornas-Biela, *Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym*, w: *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, red. E. Bielawski-Batorowicz, D. Kornas-Biela, Lublin 1992, s. 61-74; D. Kornas-Biela, *Rodzice wobec diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka. Doświadczenia rodziców, pomoc profesjonalistów*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001, s. 459-477; B. Sidor, *Trudności przeżywane przez rodzinę dziecka z niepełnosprawnością umysłową*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, dz. cyt., s. 393-405.

bliskości, afiliacji, użyteczności społecznej, uznania, akceptacji, szacunku, wartościowego spędzania czasu, podejmowania prób twórczości, sensu życia. Niezależnie od tego, „czy chce się lub nie chce mieć dzieci”, czy może lub nie może się je mieć – prokreacja jest zjawiskiem, które oddziałuje na najważniejsze emocje i motywacje, stawia przed koniecznością dokonania egzystencjalnych wyborów, których konsekwencje towarzyszą człowiekowi przez całe życie. Jest też nadal ważnym celem życia i priorytetową wartością w dążeniach i planach polskiej młodzieży, bowiem coraz częściej, doceniając znaczenie rodziny i posiadania dziecka, preferuje ona wcześniejsze uzyskanie wykształcenia, miejsca pracy i stabilizacji życiowej¹¹.

Psychologicznie głębokie znaczenie prokreacji ujawnia się szczególnie w sytuacji jej deprywacji, dotknięcia utrudnieniami i zagrożeniami w jej zakresie, np. w sytuacji niepłodności¹², nawykowych poronień¹³, ryzyka genetycznego związanego z rodzeniem dzieci chorych i niepełnosprawnych¹⁴, usunięciem narządów rodnych¹⁵. Wyrazem ogromnego natężenia potrzeby prokreacyjnej są starania rodziców z niepowodzeniami w tym zakresie, którzy podejmują liczne próby posiadania potomstwa, pomimo nakładu ogromnych kosztów: czasowych, zdrowotnych, psychicznych (np. naruszenia innych potrzeb), finansowych. Okazuje się, że człowiek może podjąć próbę nierealizowania potrzeby prokreacyjnej, negocjować jej istnienie, ignorować ją, zagłuszać, odrzucać, może też sublimować i przetrwarzać w potrzeby wyższego rzędu, ale jeśli chce ją realizować, a napotyka na utrudnienia, wtedy niezmiernie trudno godzi się z nimi i często podejmuje nadludzkie wysiłki, by pomimo przeszkód, za wszelką cenę osiągnąć sukces prokreacyjny.

3. Miejsce prokreacji w strukturze psychicznej człowieka

Prokreacja, w ścisłym sensie, oznacza przekazanie życia biologicznego, w sensie szerokim natomiast wiąże się z zapewnieniem opieki potomstwu i wspomaganiami jego integralnego rozwoju. Obejmuje szeroki wachlarz przeżyć i zachowań człowieka zainicjowanych poczęciem dziecka: doświadczenie ciąży, rodzenia, karmienia piersią, wczesnych kontaktów rodziców z dzieckiem, opieki koniecznej dla podtrzymania jego życia. Nie ogranicza się więc do poczęcia i wydania na świat potomstwa,

¹¹ D. Kornas-Biela, *Rodzina w opinii młodego pokolenia Polaków*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001, s. 109-134.

¹² Np. A. Kalus, *Upragnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 201-211.

¹³ Np. D. Kornas-Biela, *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 179-200.

¹⁴ D. Kornas-Biela, *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Lublin 1996.

¹⁵ Np. H. Sęk, *Psychologiczne problemy ginekologii i położnictwa*, w: *Psychologia lekarska*, red. M. Jarosz, Warszawa 1983, s. 398-411; P. Pośpiech, *Reakcje psychoseksualne kobiet po przebytej operacji usunięcia macicy z przydatkami lub bez przydatków*, „Problemy Lekarskie” (1993) 32 (3-4), s. 469-474; M. Motyka, *Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie*, w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, red. I. Heszen-Niejodek, Warszawa 1990, s. 143-158.

ale zostaje płciowo zróżnicowana w postaci potrzeb, zachowań i sprawowania roli związanej z macierzyństwem i ojcostwem.

U człowieka prokreacja nie jest prostą konsekwencją zachowań instynktowych. *Instykt podtrzymania gatunku* nie funkcjonuje tak, jak u zwierząt, chociaż człowiek podejmuje w tym zakresie zachowania specyficzne dla gatunku, zgodnie z wpisanym genetycznie programem w jego kondycję ludzką. Dla człowieka *bodźcem wyzwalającym* zachowania seksualne prowadzące do prokreacji jest nie tylko ograniczona ściśle liczba określonych bodźców świata zewnętrznego (podnieć seksualnych) i wewnętrznego (np. gra hormonów), jak to jest u zwierząt, ale liczne, indywidualnie i sytuacyjnie zróżnicowane bodźce, złożona interakcja mechanizmów neurofizjologicznych, biochemicznych, emocjonalnych, poznawczych, a także istotne są dotychczasowe doświadczenia, cała historia jego życia, w tym również związana z psychoseksualnym rozwojem. Stąd na pojawienie się pobudzenia prowadzącego do działań o charakterze prokreacyjnym, mają wpływ nie tylko hormony, naruszenie homeostazy, silne napięcie seksualne i dążenie do jego redukcji, ale też bodźce zmysłowe, mechanizmy afektywne (np. emocje, wzruszenia, uczucia, niepokoje) i poznawcze (np. wyobrażenia i fantazje, marzenia i oczekiwania, nadawanie osobistych znaczeń określonym bodźcom, kategoryzacja ich jako seksualnych i prowadzących do prokreacji), cele, plany, dążenia życiowe i system wartości. Człowiek realizuje instynktowe tendencje prowadzące do prokreacji nie przez wrodzone schematy zachowań, ale poprzez niepowtarzalne, bardzo złożone, nieskończone zróżnicowane zachowania, które angażują całą jego sferę psychiczną i duchową. Inaczej mówiąc, u człowieka specyficzne dla gatunku zachowania prokreacyjne (zwane u zwierząt instynktem) mają charakter „*otwartego programu*” i w każdym zachowaniu, to, co genetyczne, wrodzone i nabyte po urodzeniu, podlega modyfikacji pod wpływem działania bodźców sytuacyjnych oraz własnej aktywności, wyrażającej się, np. podejmowaniem decyzji, co do podjęcia działania seksualnego, troski o zdrowie w okresie ciąży, poświęcenia się opiece nad noworodkiem. Podjęcie przez człowieka zachowań związanych z prokreacją nie jest jednak tylko wysokorozorganizowanym działaniem, ale różni się od reprodukcji zwierząt przede wszystkim tym, że jest wyrazem bogatego spektrum uczuć. Jego istotą jest miłosne, wzajemne oddanie się sobie istot wolnych i świadomych siebie oraz podjęcie odpowiedzialności za wspomaganie rozwoju i wychowanie potomstwa. Dlatego mówimy, że to *mózg jest najważniejszym organem płciowym człowieka*.

Instykt seksualny wyraża się poprzez *popęd*, rozumiany jako pociąg jednej płci w kierunku drugiej, celem doprowadzenia do zbliżenia seksualnego i posiadania potomstwa, a tym samym do podtrzymania życia w wymiarze indywidualnym i gatunkowym. Popęd ten jest kategorią biologiczno-psychiczną i rozbudza szereg potrzeb o charakterze bardziej lub mniej biopsychicznym. Jedną z najbardziej podstawowych potrzeb człowieka jest biologicznie uwarunkowana *potrzeba prokreacyjna* (w rozumieniu już sygnalizowanym, jako przekazywanie i opieka nad poczętym życiem), ale odczuwanie jej zależy od funkcji centrów mózgowych leżących powyżej i bardziej do przodu od tych, które zawiadują zachowaniem instynktowym. Jest

ona wzbudzana zarówno hormonalnie, jak i przez bodźce zewnętrzne (np. zdjęcia małych dzieci, zapach dziecięcych kosmetyków, widok noworodka, zabawne ruchy lub gaworzenie niemowlęcia), sytuacje (np. urodzenie dziecka przez osobę emocjonalnie znaczącą, objęcie za szyję przez małe dziecko, poruszający film), aktualne potrzeby i przeżycia (np. strata bliskiej osoby, poczucie samotności i pustki w życiu) oraz przeszłe doświadczenia (np. miłe wspomnienia z dzieciństwa, przedmażeńskie plany prokreacyjne).

Charakterystyczną cechą potrzeby prokreacyjnej jest fakt, że nie da się jej ograniczyć tylko do jednej z kategorii potrzeb, np. biologicznej, psychicznej, społecznej, kulturowej, duchowej, religijnej. Zawiera ona w sobie wszystkie te aspekty.

Biologiczny aspekt potrzeby prokreacyjnej wynika z anatomii i fizjologii układu rozrodczego oraz neurohormonalnego. Jak bardzo prokreacja jest silną potrzebą biologiczną człowieka, świadczy odnotowywane zjawisko wzrostu demograficznego po karaklizmach i wojnach, natomiast zmniejszenie motywacji posiadania dzieci i próby zwiększenia skuteczności obiektywnie nieefektywnych metod ograniczania płodności w okresach depresji ekonomicznej. Człowiek podświadomie dąży w tych sytuacjach do zachowania gatunku ludzkiego, podejmując zachowania seksualne potencjalnie płodne.

Spółeczny wymiar prokreacji wyraża się m.in. w tym, że stanowi ona podstawę trwania indywidualnego, rodzinnego, rodowego, dynastycznego, narodowego i gatunkowego. Upadek wielu wspólnot ludzkich, nawet wielkich mocarstw, następował w wyniku m.in. braku potomstwa. Poza tym, dzięki prokreacji jednostka pełni ważną funkcję społeczną, realizuje istotne zadania, wnosi liczący się wkład w życie społeczne. Tym samym zaspakaja ważne potrzeby społeczne, np. potrzebę akceptacji, znaczenia, uznania, szacunku, przynależności do wspólnoty, afiliacji.

Potrzeba prokreacji zawiera również *aspekty kulturowe*, wyrażające się w dążeniu do realizacji prokreacji zgodnie z wzorcami, oczekiwaniami i zapotrzebowaniem środowiska społeczno-kulturowego, jak też w inspiracji dla tworzenia dóbr kultury. Prokreacja ma również ważny wymiar społeczno-kulturowy w tym sensie, że zachowania człowieka w tym względzie podlegają ocenie innych ludzi i rola środowiska w ich uruchamianiu jest trudna do przecenienia. Człowiek mniej lub bardziej liczy się z tym, jaki jest stosunek innych do niego, jako istoty prokreacyjnej, do jego zachowań w tym zakresie (np. poczucie wstydu, lęku przed niezrozumieniem i odrzuceniem u osób z niepowodzeniami prokreacyjnymi). Poglądy, przekonania, oceny, wzorce, oczekiwania dotyczące prokreacji prezentowane przez osoby bliskie, znaczące i szersze środowisko (modelowane głównie przez media) odgrywają dużą rolę w ustosunkowaniu się człowieka wobec prokreacji. Spodziewanie się odrzucenia lub akceptacji, dumy lub poczucia winy, szacunku lub poczucia wstydu, radości lub smutku, zwiększenia lub utraty atrakcyjności – powoduje odmienne zachowania w związku z odczuwaną potrzebą prokreacyjną. Może być ona stosunkowo łatwo stłumiona, gdyż jej realizacja wymaga zaspokojenia (subiektywnie odczuwanego) innych podstawowych potrzeb, jak bezpieczeństwa i miłości.

Aspekt duchowy prokreacji podkreśla szczególnie jej unikalną wartość jako potrzeby, której realizacja ma charakter specyficznej twórczości, innej niż w zakresie różnorodnych myśli, koncepcji, wynalazków, dóbr czy przedmiotów. Umożliwia bowiem doświadczenie swej biologicznej życiodajnej siły, zdrowia i witalności, włączenia się w nurt rodzenia życia, przekraczania ograniczeń, zmierzania się z własną śmiertelnością i przygodnością, nadanie życiu głębszego sensu, ukierunkowania na wyższe wartości i osobę ludzką. Wyprowadza człowieka z własnej samotności i kieruje ku drugiemu. Stwarza okazję do niezwykle ofiarności, poświęcenia, wyrzeczenia się i heroizmu. Zaspokojenie tej potrzeby w postaci urodzenia dziecka stwarza niepowtarzalne możliwości intensywnego i niezwykle różnorodnego, co do form, zaspakajania potrzeb wyższych, np. potrzeby miłości, dobra, piękna, radości, twórczości, sensu. Duchowa warstwa potrzeby prokreacji pozwala na doświadczenie jej jako tworzenie czegoś nowego i wartościowego – w swym duchowym pierwiastku, niezniszczalnego – jako realizację poprzez miłość i głębokie więzi najwyższych wartości. Udział w prokreacji daje doświadczenie partycypacji w mocy stwórczej Boga (a dla osób niewierzących – natury).

Prokreacja ma również ważny *wymiar religijny*. Jest ona prawie we wszystkich religiach otaczana kultem boskim¹⁶. W *chrześcijaństwie prokreację rozumie się* jako wynik współpracy dwojga osób, stanowiących parę ludzką, z Bogiem. Oni to poprzez zjednoczenie miłosne stwarzają możliwość zaistnienia życia, natomiast o samym poczęciu i powstaniu człowieka, jako istoty fizyczno-psychiczno-duchowej decyduje sam Bóg. To On aktem stwórczym powołuje człowieka do życia, to on „urkał” (Ps 139, 13) i „ułożył członki” (2 Mch 7,22) każdego człowieka w łonie matki. Jemu byliśmy znani wcześniej, niż ona mogła rozpoznać nasze zaistnienie. Do każdego mówi Bóg: „Zanim ukształtowałem cię w łonie matki, znałem cię, nim przyszedłeś na świat poświęciłem cię” (Jr 1,5). Dziecko jest największym darem Boga dla człowieka, gdyż jest jedynym darem osobowym. Otrzymanie osobowego daru od samego Boga jest dla rodziców ogromnym zobowiązaniem, aby tego „Bożego upominku” nie zmarnować, stąd stawia przed nimi wielkie i odpowiedzialne zadania wychowawcze. Jest ono objawem miłości Boga do nich, ufności w ich otwartość serca na przyjęcie tego daru i rozwijanie jego potencjalności. Poczęcie dziecka jest bowiem sygnałem, że Bóg powierzył im swój największy skarb, że ma do nich zaufanie, iż poprzez opiekę, pielęgnację, wychowanie i edukację pomogą mu kształtować się na miarę Bożego Dzieła. Troską rodziców powinno więc być przygotowanie serca na przyjęcie każdego dziecka, aby od pierwszych chwil zaistnienia otaczała go atmosfera akceptacji, bezpieczeństwa i bezwarunkowej miłości. Tylko w przyjaznym klimacie pozytywnych odniesień do dziecka (i możliwości jego pojawienia się) może mieć miejsce jego prawidłowy

¹⁶ Powszechna jest wiara, że dzięki prokreacji można sobie zapewnić nieśmiertelność, np. Indianie wierzyli, że człowiek może osiągnąć po śmierci niebo, jeśli na ziemi osiągnął sukces prokreacyjny w postaci splodzenia chłopca. Zrodzenie męskiego potomka miało zapewnić wejście do nieba i przebywanie tam wieczne.

i optymalny rozwój. Odpowiedź wdzięczności dla Dawcy tegoż „wyjątkowego prezentu”, wymaga uszanowania godności daru – osoby, jej praw, stworzenia możliwości rozwoju tkwiących w niej potencjalności i realizacji zadanego jej powołania życiowego. Wymaga to pełnego heroizmu poświęcenia się w procesie wychowania dziecka. Dlatego to nie tylko dziecko jest dla rodziców darem, ale też rodzice są darem dla dziecka, zastępują mu Boga na ziemi. *Płciowość, prokreacja, rodzicielstwo są nie tylko miejscem, do którego trzeba Boga zapraszać, ale przede wszystkim miejscem, w którym trzeba Go odkryć, miejscem Jego miłosnej obecności.*

Potrzeba prokreacyjna ma również bogatą *warstwę psychiczną. Uznanie potrzeby prokreacyjnej jako jednej z podstawowych potrzeb człowieka, nie oznacza, że zakłada się hierarchiczny układ potrzeb, i dopiero po jej zaspokojeniu, człowiek byłby w stanie zająć się realizacją innych potrzeb.* Człowiek potrafi zaspakajać jedne potrzeby kosztem drugich, bardziej podstawowych – czasami potrzeby z różnych piętér w hierarchii mogą być ze sobą w konflikcie – może je też zaspakajać jednocześnie. Liczba czynników, które mogą potrzebę prokreacyjną zintensyfikować lub wyciszyć, jest trudna do przewidzenia. Poza tym, *czynniki te są indywidualnie zróżnicowane.* To, co dla jednej osoby będzie czynnikiem wywołującym uczucia rodzicielskie i chęć posiadania potomstwa (np. kwilenie noworodka), u drugiej osoby może wywołać niechęć. Siła potrzeby prokreacyjnej może być przez inne potrzeby osłabiona, a nawet całkowicie wyciszona (np. poprzez potrzebę materialnego dobrobytu, prestiżu społecznego, przygód i doznawania wrażeń). Może być ona również w konflikcie z innymi, jeśli ich siła jest względnie wyrównana (np. potrzeba macierzyństwa a potrzeba zabezpieczenia materialnego w sytuacji skrajnej biedy). W sytuacjach konfliktu potrzeb stoi się przed decyzją, którą z nich zrealizować i nasze unikalne, jako człowieka, możliwości posiadania wolnej woli pozwalają na rezygnację z jednej z nich. Potrzeba prokreacyjna, pomimo swego biologicznego podłoża, nie jest potrzebą, która popycha człowieka do automatycznego jej zaspokojenia. Czasami nawet bardzo silna potrzeba prokreacyjna musi zostać odłożona w czasie lub pozostać na całe życie niezaspokojona. Dobrowolna rezygnacja z niej, pomimo odczuwania dużego jej natężenia, jest możliwa, o czym świadczą decyzje życia w celibacie.

Potrzeba prokreacyjna sygnalizowana jest przez określone *motywy*, które uświadamiają jednostce cel i program umożliwiający podjęcie czynności zmierzającej do zaspokojenia tej potrzeby. Motywacja w przebiegu zachowań prokreacyjnych spełnia rolę wywołania celowego zachowania, podtrzymania go w dłuższej perspektywie czasowej (np. starania się o poczęcie pomimo niepowodzenia), ukierunkowania zgodnie z indywidualnymi preferencjami oraz kulturowymi wzorcami, lub zaniechania (np. w sytuacji lęku, braku wsparcia, ryzyka urodzenia dziecka chorego, a także niepowodzeń) oraz zakończenia, jeśli ocena „wyniku końcowego” (np. co do liczby lub płci dzieci) jest pozytywna (decyzja o zakończeniu prokreacji). Motywacja prokreacyjna jest podporządkowana metamotoywu, istotnej dla rozwoju człowieka, wiążącej ze zachowania z systemem wartości, celami i aspiracjami. Ludzka aktywność w zakresie prokreacji, nie jest więc tylko poruszana od

wewnątrz poprzez odczuwaną potrzebę, ale jest też „pociągana od zewnątrz” przez cele, do których człowiek dąży. Człowieka charakteryzuje przekraczanie wymagań adaptacyjnych, jakie stawiają potrzeby uwarunkowane biologicznie; również w zakresie prokreacji zachowuje się kreatywnie, zgodnie z systemem zinternalizowanych norm, uznawanych wartości, wyznaczonych celów, przekonań religijnych. Jednak należy pamiętać, że motywacja prokreacyjna zawiera świadome i nieświadome komponenty. Łączy się z wieloma innymi motywacjami osobistymi i społecznymi. Człowiek nie zawsze zdaje sobie sprawę z tego, co jest motorem jego działań (np. w sytuacji uporczywych prób poddawania się sztucznej zapłodnieniu lub wielokrotnego decydowania się przez rodziców z tzw. wysokim ryzykiem genetycznym na poczęcie dziecka „na próbę” i poddawanie się kolejnej aborcji selektywnej, z powodu diagnozy potwierdzającej chorobę wrodzoną).

Mówiąc o potrzebie prokreacyjnej należy pamiętać, iż jest ona *złożona, składa się na nią wiele odrębnych potrzeb*, np. bycia w ciąży, urodzenia dziecka, karmienia piersią, pielęgnacji dziecka, kontaktu z nim. Rozróżnienie to jest konieczne, gdyż są kobiety, które chcą być w ciąży, stan ten dostarcza im wiele pozytywnych przeżyć, dobrze się wtedy czują, ale źle znoszą poród i nie są zainteresowane opieką nad dzieckiem po urodzeniu. Są też matki, u których potrzeba prokreacyjna wyraża się przede wszystkim w chęci rodzenia, wydawania na świat potomstwa, mniej zaś są zaangażowane w kontakt z dzieckiem przed i po urodzeniu. Dla innych okres ciąży i porodu jest doświadczeniem, przez które żadną miarą nie chcą przejść, ale czują potrzebę posiadania swojego dziecka. Decydują się więc na poczęcie, z trudem znoszą okres potrzebny do wydania dziecka na świat (często ten ich stosunek znajduje wyraz w dolegliwościach i komplikacjach ciąży-porodowych), ale już po urodzeniu dobrze wchodzą w rolę macierzyńską. Tak więc potrzeba prokreacyjna u kobiet jest szczególnie złożona i jej komponenty nie muszą być jednakowo silnie natężone, bywa nawet, że są ze sobą w konflikcie, gdyż trudno mieć biologicznie własne dziecko bez urodzenia go.

4. Nieprawidłowe motywy prokreacji

W literaturze przedmiotowej dokonywane są często analizy w tak określony sposób, że sugerują, iż to nie potrzeba urodzenia i wychowania dziecka oraz miłość do niego już przed poczęciem skłania do prokreacji, ale chęć zaspokojenia przez rodziców swoich niedojrzałych i egoistycznych potrzeb. Problem jest jednak złożony, są motywy zdecydowanie negatywne (np. chęć poczęcia dziecka ma na celu zrobienie na złość mężczyźnie), neutralne, które stają się negatywnymi, gdy dominują lub stają się jedyną potrzebą (np. przekazanie życiowego dorobku)¹⁷.

Wśród motywacji posiadania dziecka, które są lub mogą stać się negatywnymi, z racji dominacji nad bardziej dojrzałymi motywami, wymienia się np.:

¹⁷ D. Kornas-Biela, *Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju*, w: *Problemy współczesnej psychologii*, red. A. Biela, Cz. Walesa, Lublin 1992, s. 237-309.

- rywalizację z innymi kobietami, zwłaszcza bliskimi;
- dążenie do usatysfakcjonowania męża;
- dostosowanie się do wzorców kulturowych i presji rodziny, szerszego środowiska;
- chęć osiągnięcia czegoś subiektywnie ważnego;
- pokonanie obaw, związanych z przekonaniem o własnej niepłodności;
- rozładowanie różnych lęków i przezwyciężenie poczucia zagrożenia własnej egzystencji;
- rozwiązanie trudnych sytuacji życiowych;
- chęć udowodnienia swojej „prawdziwej męskości”, i „dopełnienie kobiecości”;
- dowartościowanie siebie jako „dobrego ojca, „idealnej matki”;
- posiadanie kogoś, komu można poświęcić życie, kogoś dla siebie „do kochania”;
- posiadanie kogoś, kto mnie pokocha; kogoś wobec kogo można zaspokoić potrzeby, np. bliskości, dominacji, sprawowania kontroli, doznania szacunku oraz rozładować aktualnie pojawiające się uczucia, np. tklivości, samotności;
- posiadanie kogoś na własność, wobec kogo ma się wiele praw;
- zwrócenie uwagi otoczenia i doznanie zainteresowania własną osobą oraz doświadczenia objawów pozytywnych uczuć, np. współczucia, wdzięczności, troski, czułości;
- uzyskanie przywilejów i polepszenie pozycji w rodzinie i w szerszym otoczeniu;
- podtrzymanie rozluźniającego się związku z mężczyzną lub skłonienie go do zawarcia związku małżeńskiego;
- posiadanie dziedzica;
- przedłużenie w dziecku swego życia biologicznego i psychicznego;
- zapewnienie sobie oparcia w kimś, opieki w chorobie lub na starość.

Motywy prokreacyjne mogą więc być neurotyczne i prowadzić do nieprawidłowych relacji z dzieckiem, co sprzyja kształtowaniu się jego neurotycznej lub psychotycznej osobowości. Motywy te, zwłaszcza w sytuacji zranień powstających w wyniku relacji z własną rodziną, przy wsparciu ze strony propagowanych wzorców przez media i ułatwień socjalnych, prowadzą do decyzji o samotnym macierzyństwie. Okazuje się bowiem, że potrzeba prokreacyjna może być na usługach wielu wymienionych wyżej niedojrzałych potrzeb.

O ile u kobiet mówi się nie tylko o psychicznej, ale też fizycznej potrzebie posiadania dziecka¹⁸ i czasem mitologizuje się biologiczny aspekt macierzyństwa¹⁹, o tyle *męską potrzebę* w tym zakresie traktuje się jako wyraz chęci:

- potwierdzenia przez płodność (a dopiero pośrednio przez posiadanie dziecka) swojej męskości;
- podniesienie obrazu siebie i prestiżu w oczach innych;
- udowodnienie osobistej dojrzałości, odpowiedzialności i miłości do partnerki;
- wzbogacenie życia o nowe doświadczenia;

¹⁸ P. Poręba, *Psychologiczne uwarunkowania życia rodzinnego*, Warszawa 1981, s. 23-24; H. Bullinger, *Męzczyzna czy ojciec?* Warszawa 1997, s. 32.

¹⁹ B. Bartosz, *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wrocław 2002, s. 29.

– posiadanie następcy dziedziczącego nazwisko i osiągnięte dobra.

Każda z tych potrzeb jest neutralna, ale staje się neurotyczna, jeśli sama w sobie staje się motywem powołania dziecka do życia. B. Mierzwiński²⁰ opowiada się za poglądem G. Marcela, że istotą potrzeby prokreacji u mężczyzny jest „pragnienie twórcze”, by stać się źródłem nowego życia i potem to życie tworzyć, kształtować przekazując wartości, o których mężczyzna jest przekonany i które w życiu realizuje, a tym samym pozostawić „coś” z siebie w dziecku i móc powiedzieć: *non omnis moriar*. Potrzeba prokreacyjna ojca wyraża się więc nie tylko w pragnieniu spełnionej męskości poprzez spłodzenie dziecka (faktu biologicznego ojcostwa), ale również w pragnieniu ciągłego psychicznego i duchowego rodzenia dziecka. Ze względu na brak fizycznego komponentu potrzeby prokreacyjnej u mężczyzny oraz zależność jej zaspokojenia od zgody kobiety, jest ona u nich słabiej nasiloną, jakby psychika broniła się przed rozczarowaniem i doświadczeniem braku autonomii w tym zakresie. Inaczej mówiąc, męskie pragnienie potomstwa jest niższe (w porównaniu z pragnieniem potomstwa u kobiet) w sytuacji braku możliwości decydowania o jego spełnieniu, co można uznać za mechanizm obronny.

Niedojrzałe motywy posiadania dziecka spotyka się szczególnie w sytuacji rodzicielstwa nastolatków²¹. *Pragnienie posiadania dziecka w sytuacji osób niepełnoletnich może być wyrazem, np.:*

- chęci ucieczki od obowiązku szkolnego;
- chęci zaimponowania rówieśnikom niekonwencjonalnym zachowaniem;
- silnej potrzeby wykazania się dorosłością;
- chęci ustrukturyzowania życia i radykalnej zmiany jego stylu;
- uatrakcyjnienia życia w sytuacji doświadczania nudy i braku możliwości osobistego rozwoju w innych dziedzinach;
- dookreślenia tożsamości płciowej;
- sprawdzenia, na czym polega „prawdziwa” kobiecość lub męskość;
- potwierdzenia „normalności” (w sytuacji obaw o homoseksualizm czy skłonności lesbijskie) i płodności;
- otrzymania dziecka jako dowodu miłości (swoistego prezentu) od osoby, którą się kocha;
- chęci posiadania w dziecku kogoś do kochania i kto będzie kochał;
- odzyskanie poprzez identyfikację z poczętym dzieckiem utraconego „raju dzieciństwa”;
- skompensowania potrzeb uczuciowych nie zaspokojonych w rodzinie;
- przetestowania bezwarunkowości miłości ze strony rodziców; odzyskania ich zainteresowania i zacieśnienia rozluźnionej więzi z nimi;

²⁰ B. Mierzwiński, *Męczyzna istota nieznaną*, Warszawa 1999, s. 70-71.

²¹ D. Kornas-Biela, *Psychologiczne przyczyny rodzicielstwa młodocianych*, Roczniki Nauk Społecznych (1996) t. 24, z. 2, s. 125-148; D. Kornas-Biela, *Rodzinnie uwarunkowania aktywności seksualnej nastolatków*, w: *Problemy współczesnej rodziny w Polsce*, red. H. Cudak, Piotrków Trybunalski 1998, s. 230-247; D. Kornas-Biela, *Małoletnie ojcostwo*, w: *Oblicza ojcostwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001, s. 323-354.

- zrobienia na złość komuś;
- zrealizowanie opinii rodziców o „niedobrym dziecku”; ukarania siebie.

Jak zaznaczono to wyżej, prokreacja spełnia bardzo ważną rolę w życiu człowieka i może stwarzać okazję do jego rozwoju albo, jeśli jest wykorzystana instrumentalnie, może ten rozwój hamować. Zdolność do prokreacji oraz sukces w tym zakresie jest ważnym elementem samoświadomości siebie, samooceny, obrazu siebie, poczucia własnej wartości. W obecnej sytuacji, gdy nastąpiło wyzwolenie kobiet z „niewolnictwa macierzyństwa” oraz medycyna proponuje różne usługi w zakresie opieki w czasie ciąży i porodu, ludzie stają wobec *przymusu podejmowania szeregu trudnych decyzji*, w których następuje kalkulowanie wagi różnych potrzeb, motywacji i pragnień. Możliwość decydowania i dokonywania wyboru wśród wielu alternatyw ustawia potrzebę prokreacyjną w konflikcie z innymi, powoduje frustrację nie zaspokojonych, a rozbudzonych potrzeb, satysfakcjonujące realizowanie się w sferze prokreacji okazuje się coraz trudniejsze i stresujące. Konflikt między potrzebą prokreacji a innymi potrzebami wydaje się być częstszy i silniejszy u kobiet niż u mężczyzn oraz silniejszy u tych mężczyzn, którzy mają bardziej nowoczesny obraz swojej roli ojcowskiej (jako zaangażowanego w opiekę nad żoną w ciąży i urodzonym dzieckiem), niż u tych, którym tradycyjna rola ojca w rodzinie pozwala na realizację szeregu ważnych potrzeb poza domem. U nich też po urodzeniu pierwszego dziecka potrzeby prokreacyjne mogą nie ulec zmianie, natomiast u ojców aktywnych w roli ojcowskiej, obciążenie godzeniem obowiązków pielęgnacyjno-domowych ze społeczno-zawodowymi powoduje osłabienie potrzeby posiadania następnego dziecka²².

5. Wychowanie do dojrzałego funkcjonowania w sferze prokreacji

Wychowanie to całokształt zabiegów mających na celu ukształtowanie człowieka, aby był on zdolny realizować swoją płciowość i zdolność do rodzicielstwa w służbie miłości, w ramach małżeństwa i rodziny, z otwarciem się na przyjęcie daru życia nowej istoty ludzkiej (niezależnie od tego, jaką drogę powołania człowiek wybierze lub na jakiej będzie musiał się realizować). Wychowanie do integralnego funkcjonowania, jako istota płciowa i prokreacyjna, jest *procesem długofalowym*. Rozpoczyna się bardzo wcześnie, od ukształtowania samych rodziców do dojrzałego przeżywania kobiecości i męskości oraz od ich przygotowania do pełnienia roli macierzyńskiej i ojcowskiej. Wychowanie dziecka rozpoczyna się więc na co najmniej dwadzieścia lat przed jego urodzeniem, od – jak zostało już wcześniej wspomniane – wychowania jego rodziców. Istnieje w tym zakresie *zjawisko transmisji międzypokoleniowej*. Aby dziecko było zdolne w życiu do integralnego przeżywania swojej płciowości i płodności, a więc do daru z siebie dla drugiego,

²² Por. H. Bullinger, *Mężczyzna czy ojciec?*, dz. cyt., s. 30–31.

musi spotkać takie wzorce we własnym domu i wzrastać w atmosferze akceptacji i miłości, już od poczęcia. *Wychowania tego nie da się odłożyć na później, „jak już będzie duże”²³.*

Wychowanie do integracji płciowej jest *procesem złożonym, obejmuje wszystkie sfery człowieka, szczególnie zaś:*

- ukształtowanie prawidłowej identyfikacji i tożsamości płciowej: jestem dziewczynką i będę kobietą (potencjalnie żoną i matką), jestem chłopcem i będę mężczyzną (potencjalnie mężem i ojcem);
- akceptację własnej płci i cielesności oraz wynikających z tego konsekwencji (np. cyklicznej płodności), uformowanie postawy szacunku wobec ciała własnego i innych;
- zdobycie wiedzy i umiejętności związanych z rolami płciowymi (obecnego okresu rozwojowego i czekającymi w przyszłości, jak rola matki i ojca od poczęcia dziecka) oraz pozytywnego stosunku do nich;
- socjalizację heterogeniczną – wyrobienie właściwego stosunku do osób płci przeciwnej;
- rozwój uczuć wyższych i różnorodnych form ekspresji stanów emocjonalnych (i ich kontroli); zdolność do zachowania wierności, tajemnic, zaufania, empatii (współbrzmienia i współodczuwania), jak też zdolność do wyrzeczeń, poświęceń, cierpliwości, przepraszenia, przebaczenia;
- wyrobienie umiejętności unikania bodźców, które mogą narazić na działania niezgodne z zinternalizowanym systemem wartości i dokonywania wewnętrznie wolnych wyborów, panowania nad sferą popędową i impulsami, kierowania sobą, odrzucania gratyfikacji, mówienia sobie „nie” i odmawiania innym (wierności sobie), powściągliwości i ascezy, poświęcenia, wyrzeczeń i postawy heroizmu;
- podporządkowanie aktywności intelektualnej, emocjonalno-uczuciowej oraz wolicjonalno-dążeniowej naczelnym wartościom i celowi życia;
- zdobycie umiejętności uwzględniania przy podejmowaniu decyzji perspektywy innych osób oraz długofalowych skutków własnych działań dla siebie i innych, brania odpowiedzialności za siebie, swoje działania oraz za inne osoby;
- ukształtowanie zdolności do tworzenia i twórczego podtrzymywania trwałych więzi z innymi (rodzinnych, koleżeństwa, przyjaźni, miłości) oraz pielęgnowania relacji intymnych;
- wprzęgnięcie płciowości wraz z seksualnością w służbę miłości, tzn. traktowanie jej jako wartości, która służy wyrażaniu miłości oraz jako zadania w zakresie jej roli więziotwórczej i jednoczącej;
- ukształtowanie pozytywnej wizji procesów prokreacyjnych (ciąży, porodu, położu, karmienia naturalnego) oraz rodzicielstwa.

²³ D. Kornas-Biela, *Zadania rodziny i szkoły w wychowaniu do integralnego przeżywania ludzkiej płciowości*, „Folia Pomeraniae” (1997) 2 (2), s. 75-87; D. Kornas-Biela, *Ku dojrzałemu przeżywaniu ludzkiej płciowości*, w: *Płciowość w kontekście miłości. Przesłanie moralne Kościoła*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2005, s. 223-267.

Obok procesu wychowania bardzo ważnym czynnikiem rozwoju człowieka, jako osoby, jest *samowychowanie* (tzw. trzeci czynnik rozwojowy). Związane jest ono z tkwiącym w każdej jednostce dynamizmem do pozytywnego rozwoju, z energią psychiczną, która popycha do wydobywania potencjalnych możliwości na maksymalnym poziomie możliwym do osiągnięcia. Ważne jest, by proces wychowania tych tendencji nie zagłuszył, nie przytłumił motywacji, nie wykorzenił pragnień, aby stawać się coraz lepszym.

Stopniowo, w miarę wkraczania w okres dorosłości, a zwłaszcza w małżeństwo, oczekuje się od młodego człowieka *osiągnięcia dojrzałości psychicznej, integracji w zakresie płciowości²⁴, twórczego przeżywania płci²⁵. Dojrzały człowiek jest panem własnej cielesności, emocjonalności, woli, pragnień i dążeń*. Potrafi on to wszystko, co stanowi o jego tożsamości – swoją seksualność i uczucia, możliwości poznawcze, zdolności i umiejętności, cele i aspiracje, *podporządkować* naczelnym wartościom i zasadom moralnym, *zharmonizować* je z tym, czego wymaga od niego godność człowieka, tajemnica jego istnienia i sens wpisany w ludzką naturę i jej ostateczne przeznaczenie²⁶. Dojrzały człowiek jest panem siebie²⁷, „nie jest istotą napędzaną popędami, ale pociągana przez wartości”²⁸.

Dojrzała osobowość jest zdolna do dojrzałej miłości, tzn. do tzw. *miłości istnienia* zamiast miłości niedojrzałej – *miłości braku*. Obie te rzeczywistości różnią się od siebie diametralnie i można jest łatwo odróżnić, chociaż trudno osiągnąć²⁹: *miłość niedojrzała* polega na tym, że kocham kogoś dlatego, że jestem przez niego kochany i potrzebuję go, gdyż zaspakaja moje braki, stąd mam odczucie, że bez niego nie mogę żyć. *Miłość dojrzała* natomiast polega na miłości bezinteresownej. Bez tej osoby mogę żyć, chociaż pragnę wspólnoty życia z nią. Taka powinna być i miłość małżeńska i rodzicielska.

6. Antykoncepcja – kontekst psychologiczny

W ostatnich dziesięcioleciach obserwuje się powszechne zjawisko poczuwania się przez pary małżeńskie do *obowiązku planowania rodziny*, przy czym jest ono najczęściej rozumiane jako *odręczanie prokreacji w czasie lub ograniczanie liczby dzieci* i rezygnację z prokreacji. Tzw. świadome rodzicielstwo polega głównie na stosowaniu zabezpieczeń przed „zajściem w ciążę”. W miarę rozwoju technicznych środków ingerujących w płodność małżeńską, człowiek rezygnuje z metod planowania rodziny opierających się na biologicznym rytmie płodności i okresowym powstrzymaniu

²⁴ J. Augustyn, *Integracja seksualna*, Kraków 1998; J. Augustyn, *Wychowanie ku integracji seksualnej*, Kraków 1994; M. Dziewiecki, *Cielesność, płciowość, seksualność*, Kielce 2000.

²⁵ W. Fijałkowski, *Niewykorzystany dar płci*, dz. cyt., s. 26.

²⁶ K. Wojtyła, *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1986.

²⁷ K. Meissner, *Płciowość człowieka w kontekście wychowania osoby ludzkiej*, Poznań 2000, s. 13-14; K. Missner, *Płciowość i czystość*, Poznań 2005.

²⁸ V.E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1971, s. 33.

²⁹ Rozróżnienie przytoczone za: W. Fijałkowski, *Niewykorzystany dar płci*, dz. cyt., s. 17.

się od współżycia, lecz korzysta z różnych sposobów, które tworzą mechaniczną lub chemiczną zaporę przed poczęciem, a nawet niszczą zainicjowane życie. Mentalność „planowania” daje złudne poczucie, że to człowiek decyduje o samym poczęciu dziecka, gdy tymczasem planowanie dotyczy jedynie aktów małżeńskich, natomiast samo poczęcie pozostaje poza wolą i świadomością małżonków.

Swoboda wyboru w zakresie planowania rodziny jest pozorna, gdyż stosowana przez media i środowiska medyczne propaganda antykoncepcji i środków wczesnoporonnych utrudnia dostęp do rzetelnej informacji o naturalnych metodach planowania rodziny (NPR). Tymczasem *możliwość planowania rodziny wykorzystująca normalne, fizjologiczne możliwości człowieka należy do jego praw i państwo jest zobowiązane do stworzenia warunków, aby można było uzyskać umiejętności w tym zakresie od profesjonalistów*. Małżonkowie mają prawo do rzetelnej wiedzy i ochrony ich zdrowia oraz pomocy w tworzeniu rodziny, a dziecko ma prawo do godnego poczęcia. Prawo to mieści się w ramach praw służących ochronie dóbr osobistych człowieka³⁰.

Metody antykoncepcyjne niszczą przyszłe środowisko życia dziecka, nie tylko to fizyczne, uszkadzając strukturę i funkcjonowanie narządów rozrodczych (nie da się zaprzeczyć, iż środki zwane antykoncepcyjnymi powodują liczne szkodliwe skutki zdrowotne), ale też wpływają negatywnie na psychikę kobiety, nastawiając ją przeciw akceptacji dziecka (jego poczęcia, narodzin, wychowania), zaburzając też relacje małżeńskie. Oto niektóre pozamedyczne niebezpieczeństwa stosowania antykoncepcji:

a) *każda antykoncepcja, stosowana bez względu na okoliczności, jest wypaczeniem osobowego znaczenia aktu seksualnego*; współżycie seksualne z użyciem antykoncepcji jest kłamstwem, gdyż zjednoczenie małżeńskie nie jest wtedy wyrazem miłości, tzn. bezwarunkowym, wzajemnym darem osób, ale wynikiem rachunku „strat i zysków”, przyzwoleniem na zbliżenie pod warunkiem „ubezpieczenia” („twoja seksualność tak, twoja płodność nie”). Druga osoba jest przyjmowana i obdarzana „częściowo”, bez jej potencjalnej zdolności rozrodzyc, pod warunkiem, że jest niepłodna;

b) intymne pożycie małżeńskie „oprzyrządowane” antykoncepcją jest wyrazem *parcjalizowania* siebie i/lub współmałżonka (akceptacja częściowa, warunkowa), *depersonalizacji* (osoba dostępna drugiemu jako seksualny obiekt), *uprzedmiotowienia* (druga osoba przedmiotem zaspokojenia moich własnych potrzeb), *instrumentalizacji* (liczy się gratyfikacja seksualna), *antagonizacji płci* (ja dla drugiego i on dla mnie niebezpieczny ze względu na płodność); na kłamstwie o ludzkiej naturze i osobowym znaczeniu seksualności nie da się zbudować głębokiej i harmonijnej więzi małżeńskiej i rodzinnej;

c) *antykoncepcja niesie przestanie – „boję się własnej/twojej płodności”, „boję się biologicznej mocy mego/twego ciała”, a więc utrwała lękową postawę wobec siebie i drugiej osoby, wobec kobiecości i męskości; biologiczne prawa fizjologii kobiety zostają potraktowane jednocześnie jako korzystne i wrogie, szczęściodajne i lękotwórcze. Następuje raniący dla psychiki podział ciała kobiecego jako jednocześnie dobrego i złego, o pozy-*

³⁰ D. Kornas-Biela, *Czym jest naturalne planowanie rodziny*, w: *Człowiek – miłość – rodzina. Humanae Vitae po 30 latach*, red. J. Nagórny, K. Jeżyna, Lublin 1999, s. 161-180.

tywnych i negatywnych możliwościach, spełniającego życiodajne i niebezpieczne funkcje. To *rozбивa integralny obraz siebie*, jako istoty płciowej i potencjalnie prokreacyjnej. *Mentalność antykoncepcyjna nie sprzyja więc pozytywnej tożsamości płciowej*, gdyż zawiera dwa sprzeczne komunikaty: „to cudownie, że jestem kobietą, gdyż jestem atrakcyjna dla ukochanej osoby” i „to fatalnie, że jestem kobietą, bo moja płodność jest dla mnie zagrożeniem”. Niezależnie więc od moralnej oceny antykoncepcji, z psychologicznego punktu widzenia, ważnym jest dla satysfakcjonującego funkcjonowania w związku małżeńskim pełna akceptacja siebie, swej kobiecości, a więc i własnej płodności oraz pewność, że jest się szanowanym w tym względzie przez małżonka. Nie da się bez głębokich problemów psychologicznych (które mogą być podświadomie ukrywane) w relacjach małżeńskich pogodzić ze sobą konfliktowego, sprzecznego stosunku do własnego ciała, do swej kobiecości i seksualności;

d) *antykoncepcja sprzyja podtrzymaniu tradycyjnej pozycji kobiety*, charakteryzującej się usługowością wobec męża, pełną gotowością do współżycia, zawsze, gdy ma na to ochotę, nie stawianiu mu żadnych wymagań; nowoczesna, partnerska pozycja kobiety w małżeństwie nie polega na ucieczce w antykoncepcję, ale na współdziałaniu obojga w dziedzinie życia małżeńskiego, tzn. liczeniu się przez męża z pojawieniem się cyklicznej płodności kobiety i dostosowaniu do niej wyrazów miłości w zależności od dalszych planów prokreacyjnych. W antykoncepcji aktywność żony ogranicza się jedynie do użycia środka lub zdaniu się na efektywne zastosowanie go przez męża, natomiast naturalne planowanie rodziny wymaga pogłębionej komunikacji, współpracy, współdecydowania, jak również wyrozumiałości, rezygnacji i poświęcenia ze strony drugiej osoby. Oboje małżonkowie funkcjonują więc w małżeństwie jako równorzędni partnerzy, współodpowiedzialni za siebie i dzieci. Oboje też uczą się wtedy, jak wyrażać swoje pragnienia, rozmawiać na trudne tematy, jak słuchać siebie, ustępować. Antykoncepcja natomiast hamuje rozwój tych tak istotnych w małżeństwie potrzeb i umiejętności. Z wielu badań wynika, że partnerski styl życia małżonków stosujących naturalne planowanie rodziny jest silniejszym wyznacznikiem satysfakcji małżeńskiej, niż różne czynniki socjodemograficzne;

e) *zdanie się na antykoncepcję jako metodę planowania rodziny jest wyrazem „ogłoszenia kapitulacji” w zakresie pozaseksualnego porozumienia*, a ono przez całe życie małżonków jest najważniejszym sposobem wzajemnego wyrażania sobie miłości; to właśnie okresowa, nawet dłuższej trwająca przerwa w kontaktach seksualnych, sprzyja rozwojowi pozaseksualnych sposobów okazywania uczuć między małżonkami (np. różne objawy serdeczności: pieczyoty, pocałunki, objęcia, przytulenia, laskotki, czułe słowa; objawy przywiązania w formie pomocy, wyręczenia w obowiązkach, sprawienia przyjemności i niespodzianek, gesty pamięci i obdarowywanie drobiażkami). Często też wtedy małżonkowie wracają do takich form okazania sobie uczuć, jakie stosowali we wczesnym okresie znajomości, np. zaloty, adorowanie, komplementy, wspólne wyjścia. Antykoncepcja wprowadza ryzyko, iż zostaną zaniebdane tak różne, inne niż współżycie, intymne wyrazy przywiązania i oddania, że repertuar zróżnicowanych form wyrażania uczuć pozostanie ubogi. Zaspokojenie seksu-

alne może bowiem zmniejszać motywację do okazywania uczuć w pozaseksualny sposób i ograniczać umiejętność panowania nad ekspresją pobudzeń seksualnych. Osoby, które mają neurotyczną potrzebę utwierdzenia się, że są kochane, że druga osoba jest ciągle gotowa udowodniać swoje oddanie poprzez współżycie seksualne, potrzebują jej stałej dyspozycyjności w tym zakresie. Zapewnia im to antykoncepcja, ale jednocześnie utrwała ich uczuciową niedojrzałość, która z kolei może rodzić wiele sytuacji sprzyjających niepowodzeniu w małżeństwie. Świadomość seksualnej dostępności partnera zuboża repertuar stosowanych form ekspresji uczuć, a to stopniowo jeszcze bardziej ogranicza sposoby wyrażania uczuć w rodzinie;

f) antykoncepcja stanowi *szczególnie niebezpieczeństwo dla komunikacji między małżonkami*, gdyż nie wymaga otwartego i szczerego porozumiewania się; seksualna dostępność współmałżonka nie wymusza, niejako konieczności, dialogu uczuciowego, szczerzej wymiany informacji dotyczących doznań, oczekiwań i potrzeb seksualnych oraz uczuciowych, pojawiających się trudności, napięć, lęków. Komunikacja (jej stopień i jakość) jest jednym z najważniejszych czynników więziotwórczych. Antykoncepcja zmniejsza również konieczność ciągłego nastawienia partnera na odczytywanie potrzeb drugiej osoby i wychodzenia im naprzeciw, empatii, gdyż „nie trzeba się wiele wysilać”, by uzyskać to, na co ma się ochotę. Poza tym hamuje ona tworzenie się przyjacielskich więzi między małżonkami, którym szczególnie sprzyja porozumienie i współpraca, jakiej wymaga naturalne planowanie rodziny. A to zabezpiecza trwałość ich więzi, niezależnie od trudnych sytuacji życiowych, np. nieplanowanego poczęcia dziecka;

g) antykoncepcja, ułatwiając parze możliwość seksualnego rozładowania zawsze, kiedy ma na to ochotę, stwarza *niebezpieczeństwo, że współżycie seksualne będzie traktowane jako sposób radzenia sobie ze stresem*, jako forma odprężenia i rozwiązywania trudnych sytuacji osobistych czy rodzinnych; relaksacyjna wartość pożycia małżeńskiego może wtedy zdominować jego znaczenie więziotwórcze, tzn. jedna ze stron może wykorzystywać zbliżenia jedynie jako rozładowanie napięć, a nie jako wyraz wzajemnego oddania i czułości. Oczywiście dla współmałżonka staje się szybko czytelny egoistyczny motywacja zbliżeń małżeńskich („potrzebuję cię, bo mi ciężko”, a nie dlatego, że jesteś mi bliskim);

h) *życie małżeńskie wymaga na co dzień szczególnej pracy nad sobą i psychospołecznego dojrzewania*; trudno harmonijnie dzielić „łóże i stół” przez kilkadziesiąt lat życia bez zdolności do panowania nad sobą, powściągliwości, odraczania gratyfikacji, wyrzeczeń, wyrozumiałości, cierpliwości, poświęcenia, heroizmu. Dziedzina odniesień seksualnych nie jest z wysiłku samodyscypliny i „twórczego przeżywania płci” zwolniona. Dynamika seksualna musi być ukierunkowywana, aby podniecenia zamieniać we wzruszenie, pobudzenie w czułość, pożądanie w zachwyty, pragnienie przyjemności w odkrywanie radości ze spotkania z drugim jako osobą³¹. Antykoncepcja natomiast nie wymaga wewnętrznej wolności od doznań seksualnych, samosterowności w dziedzinie seksualnej, podporządkowania działania seksualnego wyższym

³¹ W. Fijałkowski, *Niewykorzystany dar płci*, dz. cyt., s. 26.

wartościom. Bezwarunkowa akceptacja drugiej osoby (np. wobec fizjologicznych oznak pojawienia się cyklicznej płodności) oraz cierpliwe i wyrozumiałe znoszenie związanych z tym ograniczeń jest wyrazem miłości, ale też wezwaniem do jej ciągłego pogłębiania w nowej sytuacji życiowej;

i) niezależnie od rodzaju środka antykoncepcyjnego, każdy z nich jest *komunikatem kierowanym przez współmałżonków wzajemnie do siebie*: „nie liczę się z ryzykiem dla swojego i twojego zdrowia – ja muszę współżyć i ty musisz być gotowym współżyć”; oznacza to, iż *intymne życie małżeńskie staje się wartością ważniejszą, niż dobro moralne i zdrowotne moje własne i bliskiej mi osoby*, co nie sprzyja zaspokojeniu potrzeby szacunku, zaufania, bezpieczeństwa osobistego w relacjach z drugim oraz bezwzględnej wartości własnej osoby;

j) *korzystanie z antykoncepcji jest również wzajemnym komunikatem między małżonkami, iż sfera seksualnych odniesień nie jest aż tak ważną dziedziną życia, by musiała być obwarowana pewnymi zobowiązaniami*; jeśli małżonkowie nie są w stanie ponieść nawet dużych „kosztów” w zakresie życia seksualnego, gdy wymaga tego sytuacja życiowa, jeśli również nie jest ono związane z systemem norm moralnych („wszystko mi w tym zakresie wolno”), świadczy to o niskiej pozycji zjednoczenia małżeńskiego w skali cenionych wartości. Jeśli jednak ta najbardziej intymna relacja nie jest na tyle ważna, by pielegnować jej naturalny przebieg, jej zdrowotne aspekty, jej pełny zjednoczeniowy charakter, to nie pozostaje już małżeństwu żaden inny, bardziej więziotwórczy wyraz ich miłości. Trudno czuć się kochanym w pełni i kochać, jeśli człowiek doświadcza, iż najbliższa mu osoba nie jest w stanie zrozumieć jego sytuacji, uwzględnić potrzeb, ograniczyć własnych pragnień dla większego dobra wspólnego. Osłabia to poczucie wzajemnego zrozumienia i bezpieczeństwa w związku. Nie rokuje to dobrze na przyszłość, która może przynieść wymagania znacznie dłuższej rezygnacji ze współżycia, a zaufanie co do wzajemnej wierności może być wtedy wystawione na niepowodzenie;

k) *stosowanie antykoncepcji stwarza ryzyko osłabienia więzi małżeńskiej, gdyż współmałżonek jest traktowany jak wróg, przed którego płodnością trzeba się chronić*, stąd w komunikacji między małżonkami, co do ich intymnego pożycia, występuje „wojenna” terminologia, np. zagrożenie, ryzyko, lęk, zabezpieczenia, kontrola, stuprocentowa pewność, obrona, bezpieczeństwo, wyposażenie, wpadka, straty; poza tym, sama świadomość, że ubezpłodnienie ułatwia traktowanie siebie jako przedmiotu, służącego do zaspokojenia potrzeb (zmysłowych lub/i uczuciowych), kiedykolwiek się one pojawiają, zmniejsza wzajemny szacunek między małżonkami i poczucie, że jest się szanowanym przez drugiego. Instrumentalne traktowanie drugiej osoby zmniejsza jej poczucie godności, a to zawsze odbija się niekorzystnie na związku;

l) *niekorzystny wpływ stosowania antykoncepcji dla życia małżeńskiego potwierdzają też badania psychologiczne*, które m.in. wykazały, że kobiety stosujące antykoncepcję, są w porównaniu z użytkowniczkami naturalnego planowania rodziny (NPR) istotnie mniej skłonne do opiekowania się i troszczenia o dobro innych oraz współdziałania, natomiast charakteryzują się większą trudnością w kontrolowaniu emocji

i odraczaniu gratyfikacji, wyższą potrzebą agresji, krytykowania i pomniejszania wartości drugich, podatnością na rozdrażnienie i gniew, większą potrzebą autonomii³²; nie są to cechy, które sprzyjają harmonii małżeńskiej;

ł) jeśli para małżeńska nie jest w stanie poradzić sobie z problemem pielęgnowania ich wzajemnej miłości bez pomocy antykoncepcji, to może *prowadzić lub też wskazywać na już istniejące poważne problemy osobowościowe czy małżeńskie*, jak: niedojrzałość osobowości, neurotyzm, lęki seksualne, deprywacja uczuciowa we wczesnym dzieciństwie, zranienia, konflikty psychiczne i duchowe; taka sytuacja wymaga szukania rozwiązania nie w sztucznej metodzie planowania rodziny, ale we wzajemnej pogłębionej komunikacji, wsparciu ze strony innych małżonków, którzy poradzieli sobie z podobnymi trudnościami, jak też w profesjonalnym poradnictwie lub terapii psychologicznej oraz dla osób wierzących – w pomocy duszpasterskiej (stały spowiednik, kierownik duchowy).

m) *antykoncepcja hormonalna często obniża nastroj i libido*; kobieta używa więc pigułki, by móc dowolnie współżyć, a poziom energii życiowej ulega osłabieniu wskutek zażywanego środka antykoncepcyjnego. Dochodzi wtedy do irytującej i konfliktowej sytuacji w małżeństwie („mogę, a nie chcę”, „wolno mi, a nie mam ochoty”);

n) w stosowaniu antykoncepcji wyraża się „*schizofreniczna*” *mentalność naszych czasów*: ekologiczna wszędzie, ale z wykluczeniem sfery prokreacji; trudno przypuszczać, że współlistnienie dwóch sprzecznych postaw wobec procesów kobiecej biologii: postawy ekologicznej i nieekologicznej, może nie mieć żadnego znaczenia dla psychologicznego funkcjonowania, zwłaszcza w dziedzinie relacji intymnych. Trudno przecież wtedy o głęboką relację miłości wyrażającą się w trosce o dobro drugiego człowieka;

o) dla osób wierzących istotne jest, by regulacja poczęć była zgodna z wyznawanym systemem wartości i nauką Kościoła Katolickiego; daje to spokój sumienia, poczucie kongruencji, wierności sobie, szacunku do siebie, wewnętrznego pokoju. Życie niezgodne z normami moralnymi rodzi niepokój i poczucie winy, stałe wewnętrzne napięcie, obwinianie drugiej osoby, co nieuchronnie staje się źródłem konfliktów małżeńskich. Poza tym u kobiet, które pomimo poczucia konfliktu moralnego decydują się na antykoncepcję, odnotowuje się istotnie *wyższy poziom negatywnych objawów, jako ubocznych skutków antykoncepcji* oraz wzrost problemów psychosomatycznych i zaburzeń psychicznych;

p) wrogie lub lękowe ustosunkowanie się do możliwości poczęcia, może niekorzystnie wpłynąć na procesy biochemiczne w jajowodzie i macicy, powodując *trudności z poczęciem* po zaprzestaniu stosowania danego środka;

r) antykoncepcyjna mentalność zamyka rodziców na przyjęcie każdego dziecka, cieszenia się nim bez stawiania mu warunków; rodzice tacy, częściej przyjmują wobec dziecka *niewłaściwe postawy wychowawcze*, np. nadopiekuńczą, nadmiernej kontroli, zawyżonych wymagań.

³² J. Wirgowska-Lender, *Osobowościowe korelaty preferencji stosowania naturalnych metod planowania rodziny i antykoncepcji*. Praca magisterska, Promotor: D. Kornas-Biela, Instytut Psychologii KUL, 1996.

7. Naturalne planowanie rodziny

Skoro antykoncepcja nie jest korzystnym dla rozwoju osobistego i więzi małżeńskiej sposobem planowania rodziny, powstaje pytanie, dlaczego metody NPR są tak trudne do zaakceptowania? Tym bardziej, że *spełniają one wszystkie standardy stawiane optymalnej metodzie planowania rodziny*:

- nie wkraczają inwazyjnie w funkcjonowanie organizmu kobiety lub mężczyzny i nie zmieniają naturalnych procesów fizjologicznych, ale na nich bazują, są więc jednocześnie bezpieczne dla zdrowia fizycznego i psychicznego;

- są skuteczne zarówno wtedy, gdy chce się uniknąć poczęcia, jak i wtedy, gdy chce się je osiągnąć;

- nie wprowadzają konfliktu sumienia, są zgodne z systemem wartości i norm moralnych przyjętych w kilku największych religiach świata;

- są dostępne dla wszystkich, niezależnie od rozwoju sieci placówek służby zdrowia;

- są proste w użyciu, możliwe do zastosowania dla osób o różnym poziomie wykształcenia i w różnych sytuacjach życiowych;

- nic nie kosztują lub są mało kosztowne, a tym samym dostępne niezależnie od statusu ekonomicznego;

- zapewniają zaspokojenie potrzeb psychofizycznych pary, np. dyskrecji, prywatności, intymności, poczucia kontroli nad własnym ciałem, estetyczności;

- umożliwiają kobiecie znajomość funkcjonowania własnego ciała, pozwalają na uchwycenie oznak nieprawidłowości i zmian chorobowych w ramach organu rozrodczego;

- motywują do rozmów i decyzji podejmowanych wspólnie, w ramach pary, dotyczących współżycia seksualnego, a tym samym sprzyjają więzi małżeńskiej i zapewniają partnerską pozycję kobiety w układzie małżeńskim;

- są możliwe do zaakceptowania w zaznajamianiu nastolatków z funkcjonowaniem organów rozrodczych i możliwościami decydowania przez człowieka, co do prokreacji.

Wszystkie te wymagania spełniane są przez NPR, nie realizuje ich natomiast żadna z metod antykoncepcyjnych. Tym, co czyni NPR nie przekonującym jest fakt, że *„wymaga decyzji pary, co do ścisłego przestrzegania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej, a na to nie każdy ma ochotę”*³³. Stosowanie tej formy regulacji poczęć wymaga więc znacznie większej motywacji i zaangażowania niż korzystanie z antykoncepcji³⁴. Na podstawie zebranych materiałów dotyczących NPR, można wysnuć wniosek, że nie mają wpływu żadne inne względy, oprócz niechęci ludzi do panowania nad zaspokojeniem pożądań seksualnych, na negatywny stosunek do NPR, które wymaga umiejętności przetwarzania napięć seksualnych, odraczania przyjemności zmysło-

³³ Contraceptive Technology 1986-1987, red. N. B. Williams, New York 1986.

³⁴ J. J. Ponzetti, S. Hoefler, *Natural family planning*, "Family and Community Health" (1988) 11 (2), s. 36-48.

wej i zaspokojenia potrzeby bliskości fizycznej. Trzeba też pamiętać, że NPR nie jest metodą „jak po katolicku nie mieć dzieci”, ale *stylem życia* uwzględniającym w podejmowaniu zbliżeń małżeńskich cykliczną płodność kobiety oraz pragnienie posiadania potomstwa lub uniknięcia jego poczęcia. Jest więc związane z wyborem drogi życia, charakteryzującej się ekologiczną postawą wobec płodności własnej oraz partnera, z jej akceptacją oraz dziecka, które może się począć w wyniku współżycia.

Obecnie stosowanie NPR jest traktowane jako wyraz realizacji wskazań Encykliki „*Humanae Vitae*”, jednak w encyklice jest mowa jedynie o *odpowiedzialnym rodzicielstwie*, tzn. o postawie, jaką powinni przyjąć małżonkowie w stosunku do siebie jako istot płciowych i potencjalnie płodnych, w stosunku do daru miłości małżeńskiej, jakim jest współżycie seksualne i związane z nim prawa przekazywania życia oraz w stosunku do rodzicielstwa, a tym samym do dziecka. *Odpowiedzialne rodzicielstwo jest pojęciem szerszym zakresowo niż NPR*, gdyż obejmuje rodzicielstwo w całym jego wymiarze, nie tylko w aspekcie wzbudzania życia. Polega ono na wzajemnym oddaniu się małżonków w aktach miłości pełnej, wiernej, wyłącznej i czystej, które umacniają ich w tworzeniu wspólnoty i pozwalają współpracować z Bogiem nie tylko w wydawaniu na świat dzieci, ale i w ich wychowaniu (HV 8 i 9). Odpowiedzialne rodzicielstwo domaga się stylu życia małżeńskiego opartego o NPR, a tym samym zastosowania metod rozpoznawania okresowej płodności, ale się do tego nie ogranicza. Jego istotą jest bowiem kierowanie się „roztropnym namysłem i wielkodusznością” w podejmowaniu decyzji o przyjęciu liczniejszego potomstwa lub dla ważnych przyczyn i przy poszanowaniu nakazów moralnych, okresowe lub na czas nieograniczony unikanie poczęcia dziecka (HV 10). W odpowiedzialnym rodzicielstwie jest więc akcent na konieczność odczytania przez rodziców woli Boga, co do liczby dzieci i przyjęcie ich jako daru, a tym samym zapraszanie na świat dzieci z wielkodusznością, a więc zawsze, kiedy pozwalają na to warunki oraz przyjęcie każdego poczętego dziecka, niezależnie od faktu, czy jego pojawienie się było planowane.

Grupa użytkowników NPR różni się pod wieloma względami od przeciętnej populacji. Nie oznacza to, iż sam NPR jest metodą ekskluzywną, ale niewątpliwie osoby o pewnych charakterystykach łatwiej decydują się na niego. Najbardziej pozytywne postawy wobec NPR oraz najczęstsze jego stosowanie spotykamy w grupie osób młodych (25-32 lata), z wyższym lub co najmniej średnim wykształceniem, z dużych miast i praktykujących katolików, o większych planach prokreacyjnych przy zawieraniu małżeństwa, częściej deklarujących chęć powiększenia rodziny w przyszłości (NPR pozwala na odroczenie w czasie poczęcia dziecka). Kobiety stosujące NPR bardziej niż kobiety stosujące inne metody planowania rodziny lubią dzieci, są pozytywnie nastawione do ciąży, porodu i karmienia piersią, planowanie poczęć traktują jako sprawę obojga małżonków, nie mają zahamowań w wyrażaniu własnych pragnień seksualnych, sfera seksualna nie jest dla nich sprawą tabu³⁵.

³⁵ D. Kornas-Biela, *Psychologiczne aspekty naturalnego planowania rodziny*, w: *Naturalne planowanie rodziny. Podręcznik dla nauczycieli naturalnego planowania rodziny*, red. M. Troszyński, Warszawa 2005, s. 115-130.

Pomimo mitów i uprzedzeń funkcjonujących w społeczeństwie wobec NPR (np. iż jest ono nienowoczesne, nienaukowe, nieefektywne, trudne do nauczenia, skomplikowane w użyciu, wymaga specjalnych warunków), jest ono bardzo cenione przez samych użytkowników, którzy w zdecydowanej większości deklarują wysoki poziom satysfakcji z niego i osiągają wyższy niż w wypadku innych metod wskaźnik kontynuacji oraz motywacji do rekomendowania go innym. Najczęściej wymienianymi motywacjami, które skłaniają do korzystania z NPR jest: brak satysfakcji z dotychczasowej metody, utrata atrakcyjności współżycia, poczucie uzależnienia od mężczyzny, poczucie sprzeczności z wymogami miłości, niepokój o skutki zdrowotne dla siebie i przyszłego dziecka, poczucie winy i niestosowności moralnej, konflikt sumienia, prostota, skuteczność i nie uciążliwość metody, szacunek do siebie³⁶.

Ze względu na fakt, iż NPR łączy się z wybranym stylem życia i komunikacji małżeńskiej, o jego akceptacji oraz efektywności decyduje szereg czynników psychologicznych, społecznych i kulturowych. NPR jest w większym stopniu, niż metody antykoncepcyjne zależna od błędów użytkownika. W literaturze i praktyce poradnianej odnotowuje się najczęściej następujące czynniki, mające wpływ na wybór, stopień zadowolenia oraz efektywne stosowanie NPR³⁷:

- zmienne demograficzne: starszy wiek (po 30 r.ż.), wyższy stopień wykształcenia, miejsce zamieszkania;
- uprzednie doświadczenie z systematycznego stosowania pigułki hormonalnej i brak satysfakcji z dotychczasowych metod planowania poczęć;
- czas stosowania NPR, im dłużej para stosuje NPR, tym bardziej zwiększa się wzajemna komunikacja i polepsza jakość związku, co zwiększa efektywność i zadowolenie z NPR;
- religijność – regulacyjna funkcja silnej identyfikacji z zasadami moralnymi Kościoła;
- zmienne poznawcze, np. umiejętność opanowania elementarnej wiedzy dotyczącej fizjologii, płodności, niezależność umysłowa umożliwiająca odrzucenie mitów na temat NPR;
- realny stosunek do życia, akceptacja pojawiających się trudności i koncentrowanie się na dobru, jakie wynika z ich przezwyciężenia; traktowanie wyrzeczeń jako stymulatora osobistego rozwoju, okazji do pracy nad sobą i zdynamizowania twórczej miłości na rzecz drugiego;
- zmienne osobowościowe: dojrzałość psychiczna, zrównoważenie uczuciowe, umiejętność przyjęcia odpowiedzialności za siebie, partnera i wspólne życie; bogactwo uczuć wyższych, zdolność do poświęcenia, do uwzględniania potrzeb innych;

³⁶ J. Kippley, S. Kippley, *Sztuka naturalnego planowania rodziny*, Warszawa 1987; M. Szczepanowicz, *Miłość możliwa jest*, Kraków 1992; E. Raith, P. Frank, G. Freundl, *Naturalne metody planowania rodziny*, Warszawa 1997; D. Kornas-Biela, *Psychologiczne aspekty naturalnego planowania rodziny*, dz. cyt.; D. Kornas-Biela, *Psychologiczny kontekst efektywności naturalnego planowania rodziny*, dz. cyt.

³⁷ K. M. Dobrowolska, *Funkcjonowanie psychiczne małżeństw stosujących różne sposoby planowania rodziny*, „Naturalne Planowanie Rodziny” (1998) 6, s. 9-12.

poczucie wewnętrznej wolności od doznań seksualnych i umiejętność opanowania pragnień (pożądania, podniecenia), sterowania popędami i rezygnacji z przyjemności w imię zinternalizowanych wartości;

- sprzyjające cechy charakteru, np. systematyczność, obowiązkowość, wytrwałość, dokładność, konsekwencja, wierność sobie, siła woli, stanowczość, szlachetność;

- akceptacja swojej płci (swojego „ja” fizycznego, psychicznego i społecznego), swojej seksualności i płodności, swojej kobiecości oraz związanych z nią ról płciowych, jak też akceptacja roli płciowej współmałżonka (w sytuacji korzystania z NPR kobieta przyjmuje bardziej decydującą niż tradycyjnie i partnerską rolę we wzajemnych kontaktach);

- pozytywny obraz siebie i wysokie poczucie własnej wartości (bez kompleksów) oraz poczucie wewnętrznej lokalizacji kontroli; nie liczenie na szczęśliwy zbieg okoliczności, ale wzięcie „losu w swoje ręce” i efektywne wykorzystanie zdobytych umiejętności w zakresie NPR, z zaufaniem do swoich umiejętności kreowania własnego losu poprzez obserwację i ustalanie dni płodnych oraz podejmowanie decyzji co do zbliżeń małżeńskich;

- roztropność i rzetelne stosowanie reguł metody NPR, nie eksperymentowanie typu „a może się uda”;

- akceptacja przez współmałżonka metody NPR, jego współuczestnictwo w kursach kształcących, współdziałanie w przestrzeganiu reguł jej stosowania (najważniejszy czynnik), deklarowane zadowolenie z wybranej metody planowania rodziny;

- pielegnowanie komunikacji małżeńskiej, rozmowy ze współmałżonkiem (m.in. na temat pożycia seksualnego, niepokojów, potrzeb i oczekiwań w tym zakresie), rozwijanie różnych form dialogu małżeńskiego;

- traktowanie współżycia seksualnego jako cennej wartości, co do której jest się w stanie przyjąć zobowiązania i ponieść nawet duże wyrzeczenia; pragnienie celebrowania, a nie zaliczania współżycia seksualnego, nie nastawianie się na ilość, ale jakość zbliżeń;

- umiejętność zachowania okresowej wstrzemięźliwości seksualnej, panowania nad pobudzeniem seksualnym i odrzucania gratyfikacji psychoseksualnych potrzeb; przyzwyczajenie do samoopanowania, samodyscypliny i karności, rezygnacji z własnej przyjemności na rzecz potrzeb innych; nie traktowanie współżycia instrumentalnie, jako sposobu na rozładowanie napięć, lęków i zaspokojenie neurotycznej potrzeby bliskości;

- umiejętność kreatywnego ustosunkowania się do okresu „ciszy seksualnej” i rozwijanie różnorodnych sposobów okazywania sobie uczuć i spędzania czasu ze sobą w fazie płodnej w innej formie, niż poprzez współżycie (język pozaseksualny);

- motywacja korzystania z NPR i siła chęci zakończenia prokreacji – im bardziej małżonkowie są motywowani, żeby nie mieć więcej dzieci, nawet nieskuteczne metody stają się skuteczne;

- subiektywna ocena własnej płodności i prawdopodobieństwa poczęcia dziecka
- kobiety, które mają wewnętrzne przekonanie, że łatwo mogą począć dziecko są bardziej ostrożne, a tym samym bardziej efektywne w stosowaniu NPR, niż kobiety, które oceniają swoją płodność jako niską;

– ocena stopnia obciążenia dzieckiem w przypadku jego poczęcia – im większe przewidywane obciążenie, tym kalkulacja zysków i strat prowadzi do efektywnego stosowania NPR (pary bezdzietne, które przekładają poczęcie w czasie są mniej skuteczne, niż te, które osiągnęły już limit planowanych dzieci);

– podświadome pragnienia kobiety, co do posiadania dziecka pomimo okazywanej chęci uniknięcia poczęcia – silny konflikt między pragnieniem a chęcią dziecka może spowodować, że teoretycznie efektywne metody mogą zawieść z powodu błędni użytkownika;

– rodzaj i sposób edukacji w zakresie znajomości i umiejętności stosowania metody NPR jest strategicznym dla jej efektywności – najbardziej właściwym przekazem wiedzy na ten temat są rozmowy w rodzinie pochodzenia oraz świadectwo użytkowników NPR;

– relacja z nauczycielem NPR – osobisty kontakt z nauczycielem NPR oraz skoncentrowanie edukacji bardziej na parę małżeńską niż na samą kobietę zwiększa szansę efektywności NPR; najbardziej skuteczne w stosowaniu NPR są pary, które nauczyły się jego zasad w kontakcie z inną parą małżeńską i miały możliwość konsultacji z nią w początkowym okresie korzystania z danej metody;

– sytuacje życiowe nie sprzyjające efektywności NPR (co nie oznacza niemożliwości skutecznego stosowania zasad NPR), to: silny i długotrwały stres, zwłaszcza związany z niezaspokojeniem potrzeby bezpieczeństwa i miłości, konflikty małżeńskie, trudności osobiste, rodzinne i zawodowe, ubóstwo, nałogi męża (np. alkoholizm), typ pracy zawodowej związanej z dłuższą nieobecnością w domu męża lub żony; choroba kobiety; prymitywizm intelektualno-uczuciowy jednego lub obu małżonków.

Pojawienie się trudnych do przezwyciężenia przeszkód w stosowaniu NPR może wskazywać na *poważne problemy osobowościowe lub małżeńskie*, co wymaga szukania rozwiązania nie w metodzie planowania rodziny, ale w poradnictwie lub terapii psychologicznej. Wysiłek w kierunku zaakceptowania i efektywnego stosowania NPR jest wtedy związany z leczeniem ran osobistych i małżeńskich. Dlatego o ile samo NPR ma wiele walorów rozwojowych, więziotwórczych, a nawet psychoterapeutycznych, to czasem korzystanie z niego wymaga wsparcia poprzez psychoterapię, gdyż nierozwiązane problemy osobiste mogą spowodować, iż stanie się ono zawodne.

W badaniach przeprowadzonych w Polsce i za granicą stwierdza się *pozytywne konsekwencje stylu życia opartego o NPR w zakresie współżycia płciowego, więzi małżeńskiej, rozwoju osobistego małżonków i spełniania funkcji rodzicielskich*³⁸. Wśród wielu zalet NPR można wymienić niektóre z nich:

a) przyczynia się do lepszej znajomości siebie, własnego organizmu i umożliwia kontrolę stanu swego zdrowia (wykrycie zaburzeń hormonalnych i funkcjonowania układu rozrodczego), gdyż wymaga poznania przez kobietę cyklicznych przemian zachodzących w jej organizmie oraz mechanizmu płodności;

³⁸ Tamże.

b) sprzyja rozwojowi życia religijno-moralnego rodziny, gdyż poprawna etycznie regulacja poczęć przynosi spokój sumienia i motywuje do rozwoju praktyk religijnych oraz pogłębienia życia wewnętrznego;

c) zapewnia integrację sfery seksualnej z całością psychofizycznej struktury człowieka, nie rozdziela seksualności od prokreacji; akt seksualny pozostaje potencjalnie rodzicielskim, gdyż bazuje nie na eliminacji płodności, ale na odczytaniu jej i kierowaniu nią;

d) chroni przed przesytem i nudą w dziedzinie seksualnej, a współżycie seksualne zachowuje swój naturalny przebieg (bez sztucznych zapór), właściwe mu piękno i estetykę;

e) służy pogłębieniu więzi i miłości, porozumienia i poczucia jedności (równości i partnerstwa), harmonii i zgody; kontakty małżeńskie mają bardziej charakter partnerskiej wymiany dotyczącej głębokich przeżyć, a nie rozładowania napięcia;

f) styl życia małżeńskiego oparty o NPR oznacza w praktyce bezwarunkową akceptację drugiej osoby, okazywanie wzajemnego szacunku, współpracę i współdziałanie oraz wspieranie się, przyjęcie współodpowiedzialności za losy małżeństwa i rodziny;

g) okresowa rezygnacja ze współżycia seksualnego sprzyja rozwojowi pozaseksualnych sposobów okazywania uczuć między małżonkami i przygotowuje parę do przeżywania sytuacji trudnych, jak np. ciąża, poród, połów, dłuższy wyjazd, które wymagają powściągliwości seksualnej i wzajemnego zaufania, a takich sytuacji jest w życiu małżeńskim wiele;

h) naturalne metody pozwalają zaplanować podjęcie współżycia seksualnego w czasie, w którym prawdopodobieństwo poczęcia dziecka jest największe; zaistnienie dziecka jest wynikiem decyzji osób mu bliskich, a nie zaskoczeniem dla nich. Rodzice mogą odczytać ten fakt sami, dzięki obserwacji objawów i chronić dziecko przed działaniem szkodliwych czynników w tym wczesnym okresie, który ze względu na tworzenie organów jest najważniejszy, jak też mogą już kształtować uczuciową więź z nim. Doświadczenie uczy, że jeśli dziecko poczne się pomimo stosowania NPR, rodzice są bardziej skłonni zaakceptować je, niż w wypadku zabezpieczeń o charakterze antykoncepcji, gdyż NPR nie wiąże się z agresją wobec dziecka;

i) styl życia zgodny z NPR ma zalety dla przyszłego dziecka, *łono matki, jako pierwsze środowisko ekologiczne człowieka jest zdrowe, nie zaburzone wcześniejszą sztuczną ingerencją w jego funkcjonowanie*³⁹; związana z tym jest możliwość przygotowania się na poczęcie poprzez wyleczenie chorób, uzupełnienie witamin i mikroelementów (np. kuracja kwasem foliowym), unikanie negatywnych czynników mogących działać szkodliwie na komórki rozrodcze (zwłaszcza przez 3 miesiące poprzedzające poczęcie) i na rozwijające się dziecko, troska o właściwą atmosferę wokół dziecka od poczęcia;

³⁹ D. Kornas-Biela, *Ekologia łąca ekologią świata: o nowy paradygmat w ekologii*, w: *Ekologia rodziny ludzkiej*, red. J. M. Dołęga, J. W. Czartoszewski, Olecko 2000, s. 99-116 (przedruk: „Naturalne Planowanie Rodziny” (2000) nr 6, s. 3-6, cz. I; (2001) nr 1, s. 6-8, cz. II); W. Fijałkowski, *Rodzicielstwo w zgodzie z naturą. Ekologiczne spojrzenie na płciowość*, Poznań 1999; W. Fijałkowski, *Ekologia rodziny. Ekologiczna odnowa prokreacji*, Kraków 2001.

j) NPR ma również zalety dla pozostałych dzieci w rodzinie, gdyż rodzice ci są bardziej pozytywnie nastawieni do doświadczeń związanych z ciążą, porodem i karmieniem piersią oraz wychowaniem dzieci, cechuje ich mniej nerwowości, więcej spokoju wewnętrznego, mniejsze poczucie obciążenia obowiązkami rodzinnymi; poza tym małżonkowie ci są lepiej przygotowani do rozmów z dziećmi i młodzieżą na tematy płci i płodności, stanowią model samoopanowania w dziedzinie seksualnej, dają dzieciom pozytywny przykład co do wartości prokreacji w życiu człowieka.

8. „Stare” podejście do dziecka prenatalnego i prokreacji wyrazem „mentalnej klęski ekologicznej” w XX wieku

Industrializacja, urbanizacja, migracja, ztechnicyzowanie życia i inne przeobrażenia społeczne wprowadziły obowiązujące w XX wieku podejście do prokreacji, które nie jest „stare” z punktu widzenia historii ludzkości, ale okazało się zbyt ubogim i utrudniającym realizację potrzeb człowieka, dlatego powoli odchodzi się od niego i wprowadza nowe. „Stary” dwudziestowieczny paradygmat podejścia do płciowości i prokreacji spowodował, iż obie dziedziny funkcjonowania człowieka stały się *terenem klęski ekologicznej*. Klęska ta ma dwa źródła. Są nimi skażenia środowiska zewnętrznego i skażenia mentalności człowieka⁴⁰.

Skażenia środowiska zewnętrznego to: negatywne czynniki chemiczne (np. metale ciężkie, środki ochrony roślin), fizyczne (np. promieniowanie, hałas, ultradźwięki, grawitacja), urbanizacyjne (np. zatłoczenie), niedobory pokarmowe, klęski żywiołowe oraz klęski spowodowane błędem człowieka, (np. katastrofa w Czarnobylu). Czynniki te działają negatywnie na rozwój narządów płciowych oraz na wartościowość biologiczną komórek rozrodczych. Szkody poczynione w materiale genetycznym polegają na mutacjach i aberracjach chromosomalnych. Czynniki te działają w powiązaniu z innymi szkodliwymi wpływami, jak np. nieprawidłowa dieta, przeciążenie pracą, niski standard życia, brak higieny, używki⁴¹ i powodują uszkodzenia poligenowe materiału dziedzicznego. Skażenia te docierają do dziecka w łonie pośrednio, przez matkę, która ma w małym stopniu możliwość ich kontroli i przeciwdziałania im. Istnieje wiele badań dokumentujących szkodliwy wpływ industrializacji i urbanizacji i związanych z tym skażeń środowiska na rozwój preperi- i postnatalny człowieka, np. na terenie Śląska obserwowano przez lata częstsze występowanie⁴² w porównaniu z innymi regionami Polski takich problemów, jak: niepłodność, poronienia samoistne, śmiertelność wewnątrzmaciczna płodu i martwe porody, komplikacje w przebiegu ciąży (wynikające, np. z silnej anemii), porody przedwczesne, dystrofia płodu, śmiertelność okołoporodowa oraz w okresie

⁴⁰ Tamże.

⁴¹ D. Kornas-Biela, *Zagrożenia rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia*, w: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999, s. 158-177.

⁴² W stopniu statystycznie bardzo istotnym.

noworodkowym i niemowlęcym, zachorowalność małych dzieci, wady wrodzone, niższa waga urodzeniowa, wolniejszy rozwój fizyczny i psychiczny dzieci.

Trudniejsze do zmiany niż skażenia środowiska przyrodniczego są jednak *skażenia naszej mentalności*. Jest ich wiele, są bardzo złożone i powiązane ze sobą, odporne na modyfikację. Są nimi między innymi:

a) deprecjonowanie czystości przedmażeńskie, lansowanie promiskuityzmu i tzw. „bezpiecznego seksu”⁴³, późniejsze zawieranie małżeństw oraz przesunięcie rodzenia dzieci na dalsze lata małżeństwa, model kobiecości bez macierzyństwa, *styl życia bez rodzicielstwa*, model rodziny co najwyżej dwudziętej, spadek wartości dziecka w rodzinie, traktowanie potomstwa jako towaru wymiennego z innymi wartościami (użytkowymi, konsumpcyjnymi, hedonistycznymi, użytecznymi), brak wsparcia społecznego dla rodzicielstwa, brak poczucia kompetencji rodzicielskiej i lęk przed dzieckiem;

b) negatywne postawy wobec prokreacji – stosowane są terminy, które wyrażają negatywne, pesymistyczne nastawienie do prokreacji, np. bezpieczny seks (tzn. seks zabezpieczający przed plemnikiem, jak przed pasożytem i przed dzieckiem, jak przed chorobą), pierwsze ruchy (nie są one pierwszymi ruchami dziecka, które rozpoczęło się ruszać 10 tygodni wcześniej, lecz pierwszymi, które odczuwa matka), bóle porodowe (które są subiektywnym odczuciem skurczów porodowych), stara pierwiastka (w sytuacji coraz bardziej powszechnego przesunięcia rodzenia pierwszego dziecka w późniejszym niż dotychczas okresie, większość kobiet zostaje „naznaczona” piętnem starości), ciąża o podwyższonym ryzyku (bardzo szerokie pojęcie, które może być stosowane do coraz większej grupy kobiet, a jest silnie stresogenne);

c) zbyt techniczne i komercyjne podejście do sfery prokreacji, czego wyrazem jest wprowadzenie sztucznych technik poczynania życia ludzkiego, antykoncepcji, aborcji, sterylizacji, manipulacji genetycznych, eksperymentów prenatalnych, terapii płodowej, traktowanie ciąży jako stanu chorobowego, hospitalizacja okołoporodowa i sztuczne karmienie niemowląt; każde z tych działań charakteryzuje nienaturalność, inwazyjność, ryzyko specyficznych negatywnych konsekwencji dla zdrowia fizycznego i psychicznego rodzica lub/i dziecka. Skutki jednej formy zmedykalizowania przebiegu naturalnych procesów prowadzi do konieczności podjęcia kolejnej interwencji⁴⁴. Ztechnicyzowany kontakt lekarza z pacjentką, wyrażający się w użyciu coraz większej liczby skomplikowanych urządzeń technicznych powoduje skutki jatrogenne (nasilenie lęku, samotności, niezrozumienia, wyobcowania). Rozwój różnych form interwencji medycznej wobec rozwijającego się dziecka (aborcja), a nawet dotyczących zapoczątkowania życia ludzkiego (sztuczne unasiennienie i zapłodnienie, macierzyństwo surogatowe);

d) koncentracja na kobiecie i ciąży – specyfikę okresu między poczęciem a porodem ujmuje się jedynie z punktu widzenia kobiety, zapominając o ojcu, o rodzeństwie, o dziadkach, a więc o tych wszystkich, dla których poczęcie rozpoczęło

⁴³ „Z pigułką”, „z gumką”.

⁴⁴ Np. zarzucenie „ekologicznego karmienia” (piersią) na rzecz „karmienia kulturowego” (butelką) powoduje szybki powrót płodności po porodzie, a to z kolei stwarza korzystną sytuację dla promowania antykoncepcji celem odroczenia poczęcia dziecka, a gdy ona zawiedzie – korzystanie z aborcji.

nową jakość życia, gdyż pojawiła się bliska, uczuciowo znacząca osoba w ich życiu; koncentracja na kobiecie związana jest z zawężeniem uwagi do stanu fizjologicznego zwanego ciążą, który wydaje się wyczerpywać wszystko, co się tutaj dokonuje (brak świadomości istnienia dziecka). Terminologia „ciążowa” jest bardzo żywa i rozbudowywana, np. mówi się o zapobieganiu i planowaniu ciąży (a nie poczęcia); ciąża może być oczekiwana, pożądana, chciana, akceptowana. Używa się określenia: zaiscicie w ciążę, a nie poczęcie dziecka, zagnieżdzenie ciąży. Ciąża może zostać przerwana lub usunięta, kontynuowana lub rozwiązana, zakończona porodem. Przez dziewięć miesięcy kobieta jest w ciąży, nosi ciążę, która rośnie i określa się jej wiek w miesiącach lub trymestrach. Ciąża może być prawidłowo lub wysoko czy za nisko usadowiona, może rozwijać się prawidłowo lub z komplikacjami, być zdrowa lub zagrożona, patologiczna, donoszona lub przenoszona. Może też być bliźniacza lub mnoga. Terminologia „ciążowa” utrudnia nadanie dziecku statusu istoty ludzkiej i zaakceptowanie jego istnienia, a tym samym nawiązanie międzyosobowej relacji z nim i przyjęcie ról rodzicielskich przed jego urodzeniem;

e) kobieta jest ciężarna ciążą, która ciąży; wizja zmian wywołanych ciążą jest pesymistyczna, gdyż znaczenie konotacyjne określeń ciążowych jest jednoznaczne – kojarzą się z czymś, co jest ciężkie, brzemienne, co stanowi obciążenie, wnosi niedogodności. Pierwsze objawy ciąży są charakteryzowane przez zestaw dolegliwości, a przebieg ciąży i porodu obfituje w poradnikach dla kobiet w opisy zaburzeń i możliwych nieprawidłowości. Ciąża jest przedstawiana jako okres nieprzystosowania, reakcji psychopatologicznych i trudności psychicznych oraz małżeńskich. Podobnie poród, ukazywany jest jako pasmo przekraczających ludzką wytrzymałość cierpień, stąd potrzebne znieczulanie. Konsekwencją urodzenia dziecka jest natomiast depresja i konflikty z innymi, prowadzące, zwłaszcza po urodzeniu pierwszego dziecka, do kryzysu w małżeństwie;

f) zmedykalizowanie prokreacji przejawia się na różne sposoby; jednym z objawów jest traktowanie matki poczętego dziecka jako przymusowej pacjentki i użytkownika intensywnych usług medycznych. To lekarz diagnozuje ciążę, zakłada kartę ciąży, prowadzi ciążę, w przebiegu której kobieta jest zobligowana do comiesięcznych wizyt i wielu dodatkowych badań. Roztaczana przed kobietą wizja ewentualnego obciążenia dziecka chorobą wrodzoną łączy się z propozycjami badań prenatalnych, przy nieporównywalnie małych możliwościach leczenia lub terapii. Badania te, oprócz wielu pozytywnych efektów⁴⁵, wywołują również szereg problemów natury zdrowotnej, psychospołecznej i moralnej⁴⁶. Przejawem medykalizacji jest również stosowanie leków zmniejszających objawy mające swe psychogenne podłoże (np. uporczywe wymioty w ciąży); przymu-

⁴⁵ D. Kornas-Biela, *Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu*, w: *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, red. E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela, Lublin 1992, s. 27-35.

⁴⁶ D. Kornas-Biela, *Psychologiczne aspekty kryzysu ekologicznego w dziedzinie prokreacji*, „Ginekologia Polska” (1993), Suppl., s. 168-171; D. Kornas-Biela, *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Lublin 1996; D. Kornas-Biela, *Psychospołeczne konsekwencje rozwoju usług w zakresie diagnostyki prenatalnej*, „Ginekologia Polska” (1997) 68, 5b, s. 188-195.

sowa hospitalizacja kobiet w fizjologicznych porodach; zbyt częste stosowanie indukcji porodu, leków przyspieszających, analgetycznych i znieczulenia zewnątrzoponowego oraz cesarskich cięć i nacinania krocza; narzucenie pozycji leżącej, nie fizjologicznej dla kobiety i rodzącego się dziecka; oddzielanie matki od noworodka;

g) odczłowieczenie dziecka – następuje poprzez stosowanie terminów medycznych (np. produkt zapłodnienia, zapłodnione jajo, preembrión, embrión, zarodek, płód) i terminologii ciążyowej oraz poprzez pojęcia zapowiadające dopiero rodzinny kontekst, np. spodziewać się lub oczekiwać dziecka, przyszli rodzice, przyszła matka; dlatego poronienie lub aborcja nie są traktowane jako strata dziecka, a reakcje bólu psychicznego i żałoby są uważane za nieadekwatne. Pojęciem ciąży obejmuje się i zmieniony stan kobiety, i to, co (kto) w niej rośnie. Jako synonim ciąży używa się określenia płód. Nie jest on traktowany jako człowiek, jako istota ludzka, jako dziecko ludzkich rodziców, jako osoba. Dopiero urodzony płód staje się dzieckiem i wtedy kobieta staje się matką, mężczyzna ojcem. Płód jest nominowany na pozycję dziecka dopiero po wykazaniu się możliwościami przeżycia poza łonem matki. Przedtem to dziwny twór – potencjalny człowiek, jakby „w pół drogi człowiek”, „ludzka kijanka”. Dziewięć miesięcy najbardziej dynamicznego rozwoju jest traktowane jako „życie poczwarcze” – płód przeobraża się w dziecko jak poczwarka w motyla;

h) mentalność aborcyjna – podkreślanie wskazań do przerwania ciąży, załatwianie problemów osobistych i społecznych przy pomocy narzędzi i usług medycznych, wykorzystywanie personelu medycznego do niszczenia poczętego życia; stosowanie określeń, które kamuflują to, co się w trakcie przerwania ciąży dokonuje, np. interupcja, terminacja płodu, zabieg, wywołanie miesiączki, wyczyszczenie macicy, regulacja cyklu, przyspieszony poród, obumarcie ciąży;

i) arodzinnosc – terminologia ciążyowa niewątpliwie odczłowiecza istotę ludzką, czym utrudnia kształtowanie więzi rodzinnych – nie ma dziecka, nie ma jego rodziców; jest tylko kobieta w ciąży, są przyszli rodzice spodziewający się dziecka. Dziecko pojawi się w wyniku „przerznięcia się bryły płodu przez kanał rodny kobiety”. Wtedy zostanie „zaadoptowane” przez parę, która dotychczas była w ciąży. Trudno mówić o procesach komunikacji i stymulacji prenatalnej oraz o kształtowaniu się przywiązania, gdyż nie sposób tworzyć więzów z ciążą, która się rozwiąże lub z płodem, który jest w procesie stawiania się człowiekiem;

j) biologizm procesów prokreacyjnych – to, co dokonuje się w okresie ciąży, porodu, połogu i karmienia piersią, jak też co związane jest z dojrzewaniem płciowym, menstruacją i menopauzą rozpatrywane jest jedynie z punktu widzenia fizjologii układu rozrodczego; stąd, np. zalecenia lekarskie dotyczące higieny, trybu życia, diety, unikania używek. Nie docenia się wpływu przeżyć matki oraz jej relacji społecznych na rozwój psychofizyczny dziecka przed urodzeniem oraz na los procesów prokreacyjnych;

k) negowanie możliwości psychogennej podłoża trudności i zaburzeń w prokreacji, zawężanie przyczyn komplikacji do czynników natury biologicznej; tymczasem coraz więcej badań donosi o znaczeniu czynników natury psychospołecznej w powstawaniu takich problemów jak np. niepłodność (pierwotna i wtórna), poronienie samoistne,

wewnątrzmaciczna śmierć dziecka, komplikacje w przebiegu ciąży (np. silne nudności, długo utrzymujące się wymioty, skurcze macicy, gestozy), dystrofia płodu, przedwczesne i opóźnione porody, komplikacje okołoporodowe (poród przedłużający się, nieefektywne skurcze, poród z koniecznością zastosowania interwencji farmakologicznej i chirurgicznej), ekstremalne odczucia bólowe (poród jako uraz), zły stan noworodka (niski Apgar, zaburzenia oddechowe, gastryczne), wady wrodzone, śmierć okołoporodowa, poporodowe zaburzenia psychiczne, jak też problemy ginekologiczne, np. napięcie przedmiesiączkowe, nie trzymanie moczu, wiele skarg w menopauzie;

1) biologizm w podejściu do rozwoju prenatalnego – medyczna i ciążowa terminologia wyraża przeświadczenie, iż płód jest masą wzrastających, różnicujących się i specjalizujących komórek, tkanek i układów; zgodnie z programem odziedziczonym od rodziców, dzięki dostarczanym przez matkę składnikom pokarmowym, odżywczym i tlenu, następuje proces biologicznego rozwoju płodu, który jest podstawą pod przyszły rozwój psychiczny. Narodziny psychiczne mają nastąpić po porodzie, narodziny społeczne zaś – w pierwszych latach po urodzeniu. Niestety takie podejście nie sugeruje ani tego, że rozwijająca się istota ludzka realizuje od momentu poczęcia swoje genetyczne zaprogramowanie jako istota psycho-fizyczno-społeczno-duchowa, ani też faktu, że matka goszcząca w swym ciele drugie życie, odczuwa jego obecność nie tylko poprzez doznania cielesne, ale i przeżywa jego obecność w sferze myśli, uczuć, marzeń, fantazji, preferencji, decyzji.

9. Dziecko prenatalne jako członek rodziny

Powoli obumiera „stare” podejście do problemów pre- i perinatalnych oraz prokreacji. Rozwój technik medycznych dostarczył dowodów, że tzw. ciąża (płód) bezpośrednio po urodzeniu okazuje się być wyposażonym w znacznie bardziej bogate kompetencje niż tylko zestaw bezwarunkowych odruchów. Osiągnięcia psychologii prenatalnej pozwoliły na zmianę stosunku do dziecka przed urodzeniem i na docenienie znaczenia tegoż okresu rozwojowego. Nowy paradygmat w podejściu do dziecka prenatalnego charakteryzuje się uznaniem, że:

– *życie człowieka od poczęcia*, przez okres prenatalny, perinatalny i pozostałe etapy postnatalnego życia jest *niepodzielną całością*. Istota rozwijająca się w łonie kobiety jest od poczęcia rozpoznawana jako istota ludzka. Ze względu na *status człowieka przysługują jej wszystkie prawa ludzkie*, np. do godnego rozwoju, do ochrony życia i zdrowia. *Dziecko prenatalne jest traktowane jako osoba z określoną osobowością i jako potencjalny pacjent*;

– *nie da się określić godziny „zero” dla początku rozwoju psychicznego*, gdyż psychika dziecka wyłania się stopniowo. *Od poczęcia zaczyna się biologiczno-psychiczno-społeczno-duchowy rozwój człowieka* (ujęcie holistyczne). W istocie ludzkiej wszystkie fizyczne, psychiczne i społeczne aspekty jej życia są zawsze (od poczęcia) integralnie związane ze sobą. O człowieczeństwie nie decyduje dostatecznie rozwinięty umysł ani nawet anatomiczna lub funkcjonalna dojrzałość struktur mózgowych. Podlegają

one przekształceniom całe życie, a niedostateczny, z punktu widzenia paradygmatu medycznego rozwój mózgu w okresie prenatalnym, *nie oznacza braku życia psychicznego*. Dziecko prenatalne (stopniowo) odbiera bodźce ze wszystkich zmysłów, reaguje na nie, selekcjonuje je, zapamiętuje i rozpoznaje, uczy się, nabywa wiedzy i nawyków, przeżywa proste emocje, komunikuje swoje potrzeby, zwłaszcza te związane z dyskomfortem, wchodzi w interakcje społeczne⁴⁷. Nasze pierwsze związki z matką, jej ciałem, umysłem, emocjami, psychiką i duszą przebiegają na różnych poziomach (np. neurohormonalnym, aż po duchowy) i są zapisywane w indywidualnej „pamięci”, jako prawzory, matryce, wdrukowania (jest to m. in. tzw. pamięć komórkowa).

– *dziecko jako istota społeczna od poczęcia* potrzebuje do swego rozwoju pozostać w relacji z innymi osobami oraz rozpoznania i zaspokojenia jego emocjonalno-społecznych potrzeb⁴⁸. Przez cały okres ciąży i porodu trwa aktywny, nieprzerwany i twórczy dialog między dzieckiem i matką (na poziomie psychicznym – emocjonalnym i biochemicznie – endokrynologicznym) oraz jej psychospołecznym środowiskiem (szczególnie ojcem i innymi znaczącymi osobami). Dziecko jako istota społeczna już w okresie prenatalnego rozwoju komunikuje się z otoczeniem, wchodzi w kontakt inicjowany przez dorosłego, jak też aktywnie konstruuje sytuacje społeczne⁴⁹;

– prenatalny i perinatalny okres życia jest ujmowany jako pierwsza ekologiczna sytuacja, w jakiej znajduje się człowiek a *tono matki, jako jego pierwsze środowisko życia*, w tym również środowisko społeczne. W tej *pierwszej niszy ekologicznej* konstituuje się potencjalne zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka. Tam dokonuje się „cud życia”. Przebieg rozwoju człowieka w okresie prenatalnym decyduje o „jakości życia” w przyszłości, nie jest więc obojętna jakość jego środowiska życia – na ile jest ono zdrowe, prawidłowo zbudowane, sprawnie funkcjonujące, o atmosferze sprzyjającej rozwojowi jednostki ludzkiej. Ze względu na tak eksplozywny rozwój, organizm dziecka jest wtedy najbardziej wrażliwy na szkodliwe substancje (ich stężenie u dziecka może być wielokrotnie wyższe niż u matki) lub niedobory, na nieprawidłowości funk-

⁴⁷ G.L. Flanagan, *9 pierwszych miesięcy życia*, Warszawa 1973; L. Nilsson, A. Ingelman-Sundberg, C. Wirsén, *Życie przed narodzeniem*, Warszawa 1985; R. Rugh, L.B. Shertles, *Od poczęcia do narodzin*, Warszawa 1988; W. Fijałkowski, *Dar rodzenia*, Warszawa 1998; D. Kornas-Biela, *Z zagadnień psychologii prenatalnej*, w: *W imieniu dziecka poczętego*, red. J. W. Gałkowski, J. Gula, Rzym – Lublin 1991, s. 25-51; D. Kornas-Biela, *Kształtowanie się zdolności słuchowych w prenatalnym okresie rozwoju dziecka*, „Opuscula Logopaedica”, in honorem Leonis Kaczmarek (1993), s. 143-158; D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2002, s. 5-40; D. Kornas-Biela, *Okres prenatalny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2004, s. 15-46; D. Maurer, Ch. Maurer, *Świat noworodka*, Warszawa 1994; J.P. Relier, *Pokochoć je nim się narodzi*, Warszawa 1994; I. Nilsson, L. Hamberger, *Rodzi się dziecko*, Warszawa 1995; M. Sikorski, A. Sikorska, *Percepcja prenatalna w świetle ekologii prokreacji*, „Ginekologia Polska” (1997) 68 (5b), s. 160-163; Ch. Vaughan, *Jak zaczyna się życie czyli 9 miesięcy w tonie matki*, Warszawa 1997.

⁴⁸ Np. miłości, bezpieczeństwa, przynależności, zakorzenienia, szacunku i akceptacji jego unikalności, „bycia w kontakcie” z drugim.

⁴⁹ D. Chamberlain, *Babies are not what we thought: call for a new paradigm*, „International Journal of Prenatal and Perinatal Studies” (1992) 4, s. 1-17; D. Kornas-Biela, *Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych*, w: *Oblicza dzieciństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2002, s. 225-252.

cjonowania układu podtrzymującego jego życie, jak również na niewłaściwą atmosferę emocjonalną. Dlatego zwraca się szczególną uwagę na te czynniki, które zaburzają płciowość i płodność człowieka oraz niszczą jego pierwszą niszę ekologiczną;

a) *to pierwsze środowisko życia dziecka może być nazwane jego domem*⁵⁰; trzeba nam więc „udomowić” łono matki i rozpoznać tego, kto ten dom zamieszkuje. Łono matki to nie tylko macica jako organ ciała, jej walory lub wady anatomiczne czy funkcjonalne, współpraca z łożyskiem w celu dowozu ważnych życiowo substancji i oczyszczania ze zbędnych produktów przemiany materii. Na łono matki składa się to wszystko, co tworzy z jej strony pierwszą „uczuciową kołyskę” dla dziecka, co kształtuje jego „pierwszą ojczyznę”. A tworzą ją nie tylko czynniki natury somatycznej, ale również, a nawet szczególnie, czynniki natury psychicznej i duchowej. To, czy łono matki stanowi korzystne środowisko życia dla dziecka zależy m.in. od takich czynników jak: jej system wartości i filozofia życia, sens życia i optymizm życiowy, cechy temperamentu i charakteru, dojrzałość psychiczna, zadaniowe podejście do życia, sposoby radzenia sobie z trudnościami, dotychczasowe doświadczenia prokreacyjne, obecne doświadczenia związane z ciążą i macierzyństwem, obraz własnej osoby i poczucie wartości jako matki, akceptacja siebie i dziecka, jej stosunek do jego ojca, jej samopoczucie i nastroje. Wiele z tych przeżyć matki ma swoje źródło w stosunku do niej i poczętego dziecka jego ojca oraz jego i jej rodziców, najbliższych lub znaczących dla niej osób, które stanowią system bardzo ważnego wsparcia;

b) *doświadczenia pre- i perinatalne uznane są za najbardziej istotne dla fizycznego i psychicznego zdrowia dziecka oraz jego późniejszych zachowań, kształtowania się względnie trwałych wzorców poznawania, przeżywania i reagowania, od których zależy jakość relacji z innymi; ze względu na ważność najwcześniejszych doświadczeń w życiu człowieka, konieczne jest zapewnienie warunków optymalizujących rozwój jego indywidualnych potencjalności (lepiej zapobiegać niż leczyć). Zwraca się szczególną uwagę na znaczenie miłości rodziców do dziecka już od poczęcia, pozytywnej więzi z nim wyrażanej poprzez różnorodne formy rodzicielskiej troski i komunikacji, wielozmysłowej stymulacji dziecka w okresie pre- i perinatalnym*⁵¹. Podobnie po urodzeniu, umożliwienie dziecku nieprzerwanego kontaktu z matką i przywierania do jej ciała, wtulania się, pieszczoty, pocałunki, głaskanie, łaskotki, kołysanie na rękach i branie na kolana, baraszkowanie, zabawy paluszkowe – to wszystko stanowi szkołę miłości i zachowań rodzicielskich. Dziecko wczesnie doświadcza również w ten sposób, że jego ciało jest piękne i dobre, warte miłości i może służyć przekazywaniu życia i miłości. W ten sposób wytwarzają się *prawzory jego przyszłych odniesień uczuciowych* (bliskości, życzliwości, przyjaźni) oraz *postaw wobec innych* (np. ufności, wierności). Jest to pierwsza szkoła miłości i późniejszych zachowań rodzicielskich. *W okresie niemowlęcym, poprzez kształtowanie się poczucia własnej odrębności oraz przywiązania do matki tworzą*

⁵⁰ Słowo ekologia pochodzi od greckiego słowa *oikos*, co znaczy dom.

⁵¹ D. Kornas-Biela, *Psychogenne uwarunkowania rozwoju człowieka w okresie prenatalnym a dziecięce porażenie mózgowe*, w: *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, red. H. Mierzewska, M. Przybysz-Piwkowska, Warszawa 1997, s. 86-99.

się podwaliny długotrwałego procesu rozwoju określenia własnej tożsamości⁵², identyfikacji płciowej – poczucia przynależności do własnej płci i jej akceptacja. Ogromne znaczenie ma w tym zakresie akceptacja własnej płci przez oboje rodziców, ich modele zachowań, wzorce kobiecości i męskości, macierzyństwa i ojcostwa, a później zachowania względem dziecka jako dziewczynki i chłopca, interpretacje zachowań i wzmacnianie niektórych z nich, dobór ubioru lub zabawek, kontakty z innymi dziećmi;

c) przyjmuje się, że ten *najwcześniejszy etap życia daje unikalną możliwość prewencji psychologicznych i fizycznych zaburzeń oraz podniesienia jakości życia po urodzeniu*; rodzaj uwagi, opieki i troski pre-, peri- i postnatalnej, jaką uzyskuje matka i ojciec ze strony społecznego systemu wsparcia, a zwłaszcza rodziny, osób znaczących oraz zagwarantowanych usług medycznych i uprawnień socjalnych jest ważnym czynnikiem podnoszącym jakość życia dziecka przed i po urodzeniu. Ze względu na ścisłą wzajemną zależność dziecka i matki w tym okresie, wszystko to, co służy zdrowiu i samopoczuciu matki (np. zdrowa żywność, nieskażone środowisko zewnętrzne, wsparcie otoczenia) ma pozytywny wpływ na dziecko.

10. Nowe tendencje w odniesieniu do prokreacji

Szczególnie znaczącym dla rodziny są konsekwencje nowego podejścia do prokreacji, które zdobywa sobie coraz szerszą aprobatę. Podejście to charakteryzuje się tym, że:

a) *poczęcie dziecka traktuje się jako moment zaistnienia rodziny*⁵³, gdyż od wtedy kobieta staje się matką, a mężczyzna ojcem; akcent jest więc nie na ciąży, ale na dziecku, a tym samym na rodzinie (bowiem ciąża nie potrzebuje rodziców). Dziecko od poczęcia staje się *elementem systemu rodzinnego i z każdym z członków rodziny łączy go specyficzne relacje*. To rodzina stanowi niezastępowalny układ odniesień koniecznych dla jego prawidłowego rozwoju. Rodzice w ujęciu tegoż paradygmatu *nie oczekują dziecka*, gdyż rozpoznają obecność dziecka i dlatego *świadomie uczestniczą w jego rozwoju od poczęcia*. Dziecko, poczynając się w łonie matki zmienia podsystem *mąż – żona* i ubogaca go w podsystemy swoich relacji z nimi, z rodzeństwem, z dziadkami i innymi osobami znaczącymi. Ważne jest wzajemne oddziaływanie całego systemu na każdego członka rodziny, ale też każdego z nich na ten system. Wzrasta niepomniernie ilość relacji silnie nasyconych więzią emocjonalną. System sprzężeń zwrotnych obejmujących całą rodzinę jest *rzeczywistością relacyjną i dynamiczną*. Wzajemna percepcja, komunikacja postawy, nastawienia – zmieniają się w czasie. Zwykle negatywne, ambiwalentne lub nasycone lękiem i napięciem postawy wobec dziecka ulegają zmianie w miarę jak ono rośnie i zbliża się czas jego urodzin;

⁵² I. Obuchowska, *Adolescencja*, w: *Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2004, s. 183.

⁵³ D. Kornas-Biela, *Z zagadnień psychologii rodziny w okresie ciąży*, w: *Rodzina i prokreacja*, red. B. Chazan, Warszawa 1995, s. 37-52.

b) w sytuacji przełomów prokreacyjnych dużą wagę przywiązuje się do różnych sposobów radzenia sobie z trudnościami; ważnym jest wypracowanie takich sposobów radzenia sobie ze stresem, które są rozwojowe, a nie niszczące (np. używki). Jednym z istotnych modyfikatorów poczucia stresu jest *wsparcie społeczne*⁵⁴. Spełnia ono jednocześnie ogromną rolę więziotwórczą. Przy czym zwraca się uwagę na rolę i *znaczenie wzajemnego wspierania się* małżonków i innych członków rodziny. Zarówno matka potrzebuje zachęty i podtrzymania, by przeżyć okres ciąży, porodu i połogu w sposób najbardziej dla niej korzystny, jak też ojciec potrzebuje wsparcia, by potrafił sprostać stojącym przed nim zadaniom, czerpać z nich radość oraz wykorzystać doświadczenia rodzicielskie dla osobistego rozwoju⁵⁵;

c) wskutek zmniejszenia się liczby dzieci w rodzinie, a tym samym, możliwości doświadczania macierzyństwa i ojcostwa, rodzice coraz częściej upominają się o swoje *rodzicielskie prawa i przywileje*; wzrosła ich potrzeba, by *od poczucia cieszyć się dzieckiem i z dzieckiem, by przeżywać okres ciąży osobowo*, jako współ – życie dwóch najbliższych sobie osób. Zmienia się stopniowo nastawienie do okresu ciąży, kobiety chcą doświadczać ją nie jako trudne brzemie, ale jako *stan błogosławiony, tzn. szczęśliwy*, a okres prenatalnego rozwoju dziecka jako czas nieporównywalnych z niczym doświadczeń rodzicielskich. Doświadczenia prokreacyjne, pomimo wielu związanych z nimi trudności, są traktowane jako źródło pozytywnych przeżyć, silnych i różnorodnych uczuć, dostarczających pomimo ich „trudności” głębokiej radości i wzruszeń;

d) *cięża jako stan bycia „dwoje w jednym ciele”* zaczęła być traktowana coraz powszechniej nie tylko jako *okres przeobrażeń fizjologicznych, ale również psychicznych*; okres, który dla dziecka jest czasem jego najbardziej dynamicznego rozwoju, urodzin i adaptacji do życia poza łonem matki, dla rodziców jest również okresem intensywnych nie tylko biologicznych zmian, ale również *ważnych zmian o charakterze psychologicznym, społecznym* oraz – co należy szczególnie zaakcentować – *duchowych*. Integralne spojrzenie na prokreację prowadzi do docenienia świata jej przeżyć, dostrzeżenia przestrzeni doświadczeń duchowych, które otwiera uczestnictwo w kreowaniu nowej osoby ludzkiej. Cywilizacja zachodnia ostatnich dwóch stuleci szczególnie mocno walczyła, aby istnienie tego wymiaru wykluczyć z życia i świadomości ludzi. Jednak właśnie wezwania i problemy, przed jakimi staje człowiek w związku z prokreacją, szczególnie wyraźnie uzmysławiają mu duchowe aspekty życia i muszą być one docenione, jeśli chcemy optymalizować rozwój dziecka i doświadczanie rodzicielstwa;

e) nowy paradygmat przestrzega też przed rutyną w podejściu do przeżyć i problemów prokreacyjnych; podkreśla *niepowtarzalność i wyjątkowość doświadczeń każdej osoby i każdej rodziny*. Podejście to zwane idiograficznym zmierza do uchwycenia tego,

⁵⁴ Np. wsparcie informacyjne: rady, wskazówki; emocjonalne: wysłuchanie, pocieszenie, podnoszenie na duchu, budzenie nadziei i wiary w siebie; instrumentalne: wzięcie współodpowiedzialności, pomoc materialna, świadczenie usług, pomoc.

⁵⁵ D. Kornas-Biela, *Obraz siebie i poczucie wsparcia społecznego u kobiet oczekujących urodzenia dziecka, w: Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, red. E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela, Lublin 1992, s. 91-98.

co indywidualnie różnicowane. I dziecko prenatalne i jego rodzice oraz rodzeństwo są ujmowani w kontekście całej rodziny, ich szerszych relacji społecznych (np. stosunek pracodawcy do matki) oraz w kontekście ich historii życia, osobowości i specyficznych im tylko właściwych charakterystyk. Takie pochylenie się nad rodziną i obecnym w niej dzieckiem prenatalnym pozwala słyszeć i widzieć to, co zewnętrznie niedostrzegalne i pomóc im czerpać radość z własnego rozwoju;

f) bazując na sprawdzonej przez tysiąclecia *kobiecej mądrości i intuicji* oraz traktowaniu procesów prokreacyjnych jako naturalnych, propagowany jest powrót do tradycyjnych form komunikacji rodziców z dzieckiem nienarodzonym⁵⁶, naturalnego przygotowania do porodu i odmedykalizowania go⁵⁷, przywrócenie możliwości naturalnego rodzenia⁵⁸, rodzenia w domu⁵⁹, z udziałem męża⁶⁰, w dowolnej pozycji, wprowadzania systemu *rooming in* w szpitalu, świętowania urodzin poprzez tradycyjnych „rytuały przejścia”, promocję naturalnego karmienia (wyłączonego karmienie piersią na każde życzenie dziecka, przez co najmniej pierwsze półrocze po urodzeniu)⁶¹;

g) w sytuacji współczesnego zorganizowania opieki nad matką rodzącą (trudność z odbyciem porodu w domu) popularnym stają się tzw. *szpitale przyjazne matce i dziecku*. Model oferowanej opieki zakłada, że: rodzice nawiązują kontakt z personelem szpitala już w okresie ciąży; uczęszczają do prowadzonej w nim „szkoły rodzenia”; w „karcie ciąży” uwzględnia się również psychospołeczną sytuację rodziny; koncentracja na matce rodzącej nie przysłania faktu, że to dziecko się rodzi (tzn. jest ono aktywnym podmiotem tegoż procesu); stan psychiczny matki ma istotny wpływ na przebieg porodu, stąd troska o matkę jest troską o dziecko;

h) *szpital przyjazny dziecku umożliwia odbycie porodu naturalnego*, tzn. o naturalnym czasie (nie indukowanego), w naturalnym środowisku fizycznym (udomowiony), w naturalnym środowisku osobowym (zapewnia możliwość obecności

⁵⁶ D. Kornas-Biela, *Kontakt rodziców z dzieckiem przed urodzeniem*, w: *Najlepszy start dla twojego dziecka*, Warszawa 1995, s. 53-60.

⁵⁷ F. Leboyer, *Narodziny bez przemocy*, Warszawa 1986; *Psychosomatyczne uwarunkowania porodu naturalnego*. Annales Academiae Medicae Silesiensis, Katowice 1989; *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia*, red. W. Fijałkowski, Warszawa 1989; W. Fijałkowski, *W szkole rodzenia... Odkrywanie radości rodzicielstwa*, Gdańsk 1996; M. Krupa, *Jesteś całym moim światem. O ciąży, porodzie i małym dziecku*, Warszawa 1997.

⁵⁸ B. Karpińska, *Sztuka rodzenia*, Warszawa 1990; J. Balaska, *Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia*, Warszawa 1997; *Poród wydarzeniem rodzinnym. Materiały z konferencji*, Warszawa 1995; M. Odent, *Odrodzone narodziny. Czym poród może i powinien być*, Warszawa 1997.

⁵⁹ I. Chołuj, *Poród w domu*, Warszawa 1992; S. Kitzinger, *Rodzić w domu*, Warszawa 1995.

⁶⁰ P. Summersgill, *Rodzacy mężczyźni, czyli odwet odepchniętych ojców*, w: *Praktyka położnicza*, red. J. Aleksander, V. Levy, S. Roch, Warszawa 1995, s. 110-128; W. Fijałkowski, *Ojcostwo na nowo odkryte*, Pelpin 1996; H. Bullinger, *Mężczyzna czy ojciec?* Warszawa 1997; M. Szczawińska, *Razem czy osobno? Poród rodzinny*, Kraków 2000.

⁶¹ S. Kitzinger, *Karmienie piersią*, Warszawa 1988; T. Sioda, *Karmienie piersią*, Warszawa 1989; D. Kornas-Biela, *Psychospołeczne przyczyny zaniku naturalnego karmienia niemowląt*, „Roczniki Nauk Społecznych” (1991/1992) t. 19-20, z. 2, s. 59-73; K. Mikiel-Kostyra, *Jak karmić piersią*, Warszawa 1992; M. Renfiew, Ch. Fisher, S. Arms, *Piersią najlepiej*, Warszawa 1994; H. Cerańska-Goszczyńska, M. Maj-Pucek, R. Oppenheim, *Po porodzie... Karmienie piersią. Powrót płodności. Depresje i smutki poporodowe*, Gdańsk 1997; *Sztuka karmienia piersią*, Poznań 1997.

osoby lub osób trzecich, np. dzieci), o naturalnym przebiegu (nie medykalizzato- wany, bez lub z ograniczeniem środków znieczulających i przyspieszających oraz interwencji chirurgicznych), w naturalnej pozycji (zgodnie z życzeniem rodzącej). Szpital przyjazny dziecku rozpoznaje potrzeby dziecka (np. dotyku, zapewniając kontakt typu „skóra-skóra”, „oko-oko”) poprzez system *rooming in* (nieprzerwany kontakt matki z dzieckiem od urodzenia).

Szpitala o takiej formie posługi wobec porodu określa się często jako *szpitale zorientowane na rodzinę*. Obecność męża jest zagwarantowana, przy czym jego rolę może spełnić inna osoba bliska kobiecie (np. matka, siostra, przyjaciółka), a nawet specjalnie przygotowana do tego wolontariuszka, która dla kobiet samotnych staje się przez okres porodu ich towarzyszką (tzw. *doula*). Obecność bliskiej osoby (jako elementu „gniazda” rodzinnego, rodzinnej niszy ekologicznej) przy zachowaniu maksimum intymności, stwarza istotny komfort psychiczny. Matki rodzące w centrum zorientowanym na rodzinę są bardziej aktywne w procesie porodu, wymagają mniej interwencji medycznych, są bardziej zadowolone z jego przebiegu, doświadczają mniej depresji poporodowej i cieszą się dłuższym karmieniem piersią.

Obserwowany na przestrzeni ostatnich lat powrót do tradycyjnego sposobu odniesienia do prokreacji (określany jako *nurt proekologiczny*) inspirowany jest dążeniami współczesnych kobiet, by wykorzystać ciążę jako szansę rozwoju osobistego i więzi małżeńskiej; by badania prenatalne mogły służyć rozbudzeniu przywiązania rodzicielskiego; by różne formy naturalnego porodu stwarzały możliwość wzmocnienia własnego „ja” każdego z rodziców i więzi między nimi; by karmienie piersią było okazją do głębokiego kontaktu uczuciowego między dzieckiem a jego rodzicami (a nie tylko sposobem zaspokojenia głodu). Rodzi to nadzieje na rozszerzenie się zachowań proekologicznych na inne działania w sferze prokreacji, aby zapewnić dziecku realizację jego ludzkich praw – *prawa do godnego poczęcia, do życia, do godnego rozwoju w środowisku tonowym, do godnych człowieka urodzin*.

Podsumowując istotę nowego paradygmatu w psychologii prenatalnej można stwierdzić, że charakteryzuje go *humanistyczne, personalistyczne, holistyczne, rodzinne, ekologiczne, profilaktyczne i optymistyczne podejście* do prenatalnego rozwoju dziecka oraz prokreacyjnych doświadczeń osób dorosłych.

11. Przygotowanie do poczęcia

Przygotowanie do rodzicielstwa jeszcze przed poczęciem dziecka obejmuje długi okres rozwoju jego rodziców, ich osobistego dojrzenia i wychowania do specyficznych, związanych z płcią ról rodzicielskich w ich rodzinach macierzystych. Bardziej bezpośrednio przygotowanie odbywa się już w okresie narzeczeńskim i małżeńskim i dotyczy m.in. sfery psychicznej i duchowej. Przygotowanie do poczęcia dziecka obejmuje więc najpierw troskę o materialne zabezpieczenie, gdyż poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego jest ważne dla zachowania równowagi psychicznej, a tym samym dla powodzenia prokreacji. Następnie istotnym jest troska o stan zdrowia rodziców, co konkretnie obej-

muje unikanie szkodliwych warunków życia i pracy, wyzbycie się nałogów i wyleczenie z chorób, które mogłyby zagrozić życiu lub zdrowiu dziecka (*poradnictwo prekonceptyjne*), np. jeśli matka jest osobą chorą przewlekle (np. ma cukrzycę, nadciśnienie, wadę serca), to powinna w konsultacji z lekarzem przygotować się do poczęcia, dana choroba poza ciążą niegroźna, może stać się taką w ciąży (np. toksoplazmoza matki), jak też środki farmakologiczne stosowane w jej leczeniu mogą zaszkodzić dziecku. Obecnie, celem profilaktyki wystąpienia wrodzonych wad cewy nerwowej (np. rozszczep kręgosłupa, bezmózgowie) zaleca się zażywanie przez kobiety aktywne seksualnie w wieku rozrodczym 0,4 mg kwasu foliowego dziennie, a zwłaszcza na kilka miesięcy przed poczęciem dziecka. Kobiety, które są obciążone zwiększonym ryzykiem urodzenia dziecka z taką wadą, powinny spożywać dawkę 4 mg kwasu foliowego dziennie.

Przygotowanie się do „życia, jakie ma powstać” powinno też obejmować uwolnienie się od silnych stresów, traumatycznych sytuacji (stwarzanych przez np. środowisko pracy), wyjątkowo wielkiego przeciążenia psychicznego lub fizycznego zmęczenia. Przygotowanie do przyjścia dziecka na świat to nie tylko troska o dobry stan zdrowia psychicznego czy fizycznego matki oraz *stworzenie właściwego klimatu życia rodzinnego, ale również psychiczne nastawienie na ten fakt.* Wymagana jest też troska o właściwy klimat uczuciowy, wzajemne ciepłe więzi między domownikami, pogodną atmosferę domową, gdyż dzieci poczęte potrzebują klimatu radości i pozytywnych odniesień, bezpiecznego zaszczepienia się w sieci rodzinnych relacji, zakotwiczenia się w łonie matki, jak w spokojnej przystani. Dziecko, jako istota ludzka, ma prawo, aby realizować swoją osobową potencjalność w warunkach godnych życia człowieka. Takie przygotowanie jest nieobce do dziś ludom pierwotnym, wśród których istnieją różne rytuały poprzedzające poczęcie, np. w Gabonie na miesiąc przed poczęciem małżonkowie powstrzymują się od współżycia, a kobiety chodzą na piętach, aby mieć jak najmniejszy kontakt z tym co ziemskie, aby oderwać się od tego co materialne.

Przygotowanie do poczęcia nie oznacza jednak planowania tak, jak planuje się w fabryce wyprodukowanie w ściśle określonym czasie spełniającego normy jakości artykułu. Rodzice, planując dziecko, mogą więc jedynie podjąć działania sprzyjające możliwości jego zaistnienia, stworzyć warunki optymalizujące poczęcie, ale oprócz sytuacji sztucznego zapłodnienia poza ustrojem matki, nie mają żadnego wpływu na to, czy rzeczywiście dojdzie do poczęcia dziecka (nawet w dniach płodnych istnieje tylko 40 % prawdopodobieństwa poczęcia dziecka i maleje ono wraz z wiekiem kobiety) lub też poczęcie nastąpi wbrew zamierzeniom. Fakt ten jest trudny do zaakceptowania dla współczesnego człowieka wychowanego do osiągania sukcesów, a nie do znoszenia porażek. Współczesne tendencje w wychowaniu zmierzające do uformowania „człowieka sukcesu”, który wierzy, że wszystko, o czym zamarzy, uda się mu osiągnąć, tylko musi się mocno starać, prowadzą do ostrych załamania psychicznych lub zabójstwa dziecka, jeśli okaże się, że na to, co dzieje się w sferze prokreacji jego wpływ jest ograniczony.

Pierwszy kontakt z dzieckiem może dotyczyć nie tylko dziecka poczętego, ale może jeszcze przed jego poczęciem być odniesiony do ich myśli i planów związa-

nych z jego posiadaniem. Rodziców chrześcijańskich można odnieść do tekstu Księgi Jeremiasza, gdzie czytamy: „Zanim ukształtowałem cię w łonie matki, znałem cię, nim przyszedłeś na świat, poświęciłem cię” (Jr 1,5). Mogą więc odnieść się do Boga i Jego woli powołania ich dziecka do życia. Jeśli bowiem ich dziecko ma zaistnieć na ziemi, to znaczy istnieje już ono w Bogu, zostało objęte Jego myślą i miłością oraz odkupieńczą ofiarą Chrystusa. Bóg, który istnieje poza kategorią czasu, jest już jego Ojcem. Człowiek najpierw urodził się w planach Boga, zanim Ten ukształtował go w łonie matki. Pragnienie rodziców dotyczące poczęcia dziecka odnosi się do „jakiegoś” dziecka, co do którego mogą mieć oczekiwania dotyczące płci, cech wyglądu, zdolności, sposobu realizacji w świecie, ale nie mogą one objąć „całego” dziecka i urealnić się poprzez poczęcie. Ono dokonuje się poza świadomością i wolą rodziców. Tylko Bóg chce człowieka takim, jakim on się konkretnie poczyną, tylko On chce człowieka tym, kim on jest i kim może się stać, wychowując się w określonym kontekście historyczno-geograficznym i w tej, a nie innej rodzinie. Nie tylko więc dziecko stanie się darem Boga dla rodziców, ale też rodzice są takim darem dla niego.

Rodzice jeszcze przed poczęciem dziecka mają więc możliwość umiłowania obecności ich dziecka w sercu Boga. Bóg, który jest Miłością, stwarza każde nowe życie z miłości do konkretnego człowieka i na podobieństwo Siebie, czyli Miłości. Stosunek do dziecka jeszcze przed jego poczęciem, jeśli ma się być w prawdzie wobec tego, kim ono będzie, nie może być inny, jak tylko miłosny. Dziecko bowiem pocznie się z miłości Boga do niego i będzie stanowiło odbicie Jego miłości: Od poczęcia więc rodzice muszą odkryć tę prawdę, że to dzięki miłości Boga do dziecka ono zaistnieje, a dzięki miłości Boga do nich, zostaną nim obdarzeni.

Rodzice mogą modlić się o dar, jakim jest dziecko. Wyrażają w ten sposób wiarę w to, że przez swoje psychofizyczne zespolenie stwarzają jedynie warunki dla powstania nowego życia, natomiast Bóg jest jego Dawcą. On to życie wzbudza. To Jego wola stwarza życie dziecka przy ich pomocy. Rodzice są więc współpracownikami Boga, który powierza ich opiece i miłości swój nowy „obraz i podobieństwo”. Prosząc o dziecko, proszą o ucieleśnienie Bożego ducha i o uduchowienie tego, co może zaistnieć z połączenia dwóch komórek ich ciała. Miłość Boga jako dar (*agape*) znajdzie najpierw odbicie w miłości małżonków do siebie, a potem we wzbudzeniu nowego życia. Bóg ucieleśni swój stwórczy zamiar dzięki oddaniu przez matkę swego ciała do dyspozycji Jego woli i mocy. Kobieta, używając małżonkowi swego ciała, toruje również Bogu drogę do urzeczywistnienia się Jego stwórczej miłości w jej ciele. Może jednak za marką machabejską powiedzieć „Nie wiem, w jaki sposób znaleźliście się w moim łonie, nie ja dałam wam tchnienie i życie, a członki każdego z was nie ja ułożyłam” (2Mch 7, 22-23). Dziecko – dar Boży i Jego podobieństwo, jest godne tego, by przygotować się na jego przyjście poprzez modlitwę i Eucharystię. Ona to jest miłością ucieleśnioną. W Ciele Eucharystycznym przyszli rodzice doświadczają Boga – Stwórcy ich dziecka. Obcowanie z Bogiem poprzez „Ciało i Krew” pozwala małżonkom przywrzeć do ich dziecka, które jest w Bogu.

12. Zalecenia praktyczne

Zadaniem rodziców oraz tych wszystkich, od których zależy wspieranie ich w pełnieniu ról rodzicielskich jest optymalizacja rozwoju dziecka od chwili poczęcia. Niestety rozwój ten jest narażony na niebezpieczeństwa, a tym samym los prokreacji nie zawsze jest pomyślny⁶². Realizując zasadę *nigdy nie jest za wcześnie, często jest za późno*, należy podjąć działania prewencyjne wobec niepowodzeń prokreacyjnych. Obejmują one m.in. takie działania, jak:

a) *troska o zdrowie dziecka i matki* poprzez dbałość o higienę osobistą, odpowiednią ilość snu, odpoczynku w ciągu dnia i ruchu; leczenie schorzeń pod kontrolą lekarza, unikanie zbyt licznych leków. Swobodny obecnie dostęp do leków zwiększa ryzyko ich ubocznych szkodliwych skutków dla rozwoju dziecka przed urodzeniem. Nawet „niewinne” leki jak aspiryna, tabletki od bólu głowy, salicylany, sulfonamidy, leki przeciwbaczące, wiele antybiotyków, mogą spowodować wady rozwojowe, zaburzyć przebieg ciąży, a po urodzeniu wywołać np. wiotkość mięśni, zaburzenia oddychania;

b) *zmiany w trybie życia i organizacji dnia codziennego* – wygospodarowanie czasu na odpoczynek, zwolnienie tempa pracy i poruszania się (kierowanie się wewnętrznym zegarem), ograniczenie wyjazdów i niektórych dotychczasowych zobowiązań oraz planów; unikanie noszenia ciężarów i ucisku na brzuch; przygotowanie rzeczy i mieszkania zgodnie z potrzebami dziecka; czytanie literatury i rozmowy, aby móc lepiej rozumieć dziecko i zaspokoić jego potrzeby oraz przygotować się do porodu i karmienia piersią;

c) *bardzo istotne jest właściwe odżywianie się ilościowe i jakościowe*; niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie matki w ciąży (zwłaszcza niedobory białkowe) hamuje ujawnianie się zaprogramowanych genetycznie potencjalnych możliwości dziecka, wpływa negatywnie na strukturę i funkcjonowanie mózgu, zachodzące w nim procesy chemiczne i jego bioelektryczną czynność, powodując nieprawidłowy rozwój układu nerwowego (np. zmniejszona masa mózgu) i jego hipotrofię, zmniejszenie liczby neuronów i połączeń między nimi, jak też kwasu DNA i RNA oraz lipidów. Po urodzeniu obserwuje się gorszy stan noworodka, występowanie upośledzeń umysłowych, dziecięcego porażenia mózgowego i innych anomalii neurologicznych, gorszą adaptabilność do warunków życia (częstsze zachorowania, np. skłonność do częstych infekcji), upośledzenie odporności organizmu, czynnościowe zaburzenia i słabość ośrodkowego układu nerwowego, objawy wzmożonej pobudliwości (nadaktywność), gorszy rozwój psychomotoryczny i poznawczy, trudności w radzeniu sobie z wymaganiami życia i stresem, kłopoty z nauką szkolną (np. dysleksja, dysgrafia, trudności w matematyce). Niedożywienie, szczególnie we wczesnym okresie ciąży, osłabia mechanizmy obronno-kompensacyjne organizmu matki oraz barierę tworzoną przez łożysko, a tym samym powoduje dodatkowe schorzenia matki, co jeszcze bardziej upośledza rozwój dziecka. U matek nieprawidłowo odżywionych zwiększa się ryzyko

⁶² D. Kornas-Biela, *Zagrożenia rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia*, w: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999, s. 158-177.

urodzenia dziecka z tzw. wewnątrzmacicznym zahamowaniem rozwoju, z małą masą urodzeniową, wcześniactwem, z objawami minimalnych uszkodzeń mózgowych (mikrouszkodzenia). Urodzenie dziecka z niedoborami pokarmowymi powoduje konieczność hospitalizacji, przez co naraża go na infekcje, utrudnia karmienie piersią, powoduje utrudnienia w podjęciu zachowań opiekuńczych przez rodziców, co jeszcze bardziej komplikuje jego psychoruchowy rozwój;

d) *w dobie popularności różnych używek i środków odurzających szczególnie ważne jest, by już przed planowaniem poczęcia unikać wszelkich środków*, które służą poprawieniu nastroju i rozładowaniu napięcia: narkotyków, alkoholu i palenia papierosów (zakaz palenia obowiązuje również otoczenie matki); *palenie papierosów* obniża płodność kobiet (o 30%) oraz zaburza wydzielanie androgenów u mężczyzn, zmniejsza liczbę, ruchliwość i żywotność plemników, a tym samym może być przyczyną niepłodności męskiej. Palenie tytoniu w okresie ciąży lub przebywanie w zadymionym pomieszczeniu wprowadza substancje toksyczne do organizmu dziecka i uszkadza go na bardzo wczesnym etapie rozwoju. Nikotyna powoduje przyspieszenie akcji serca dziecka, jego niedotlenienie i niepokój ruchowy, powstanie wad rozwojowych i mikrouszkodzeń mózgu (po urodzeniu: zaburzenia rozwoju, trudności w nauce, upośledzenie umysłowe), spadek wagi urodzeniowej i wzrostu. Łożyska matek palaczek są przerosnięte, ciężkie, mało wydolne i uszkodzone, nie spełniają więc dobrze swojej funkcji jako „chemiczne laboratorium” pośredniczące między matką i dzieckiem. Narażenie dziecka na ekspozycję nikotyny powoduje dwukrotnie większe ryzyko poronienia i powikłań w przebiegu ciąży (u wieloródek sześciokrotnie większe), częstsze porody przedwczesne, trzykrotnie częstszą śmierć wewnątrzmaciczną, samoistne zgonu noworodka. Po porodzie zaś matki te mają częściej trudności z laktacją, podjęciem roli macierzyńskiej i nadal narażają dziecko na toksyczne działanie nikotyny.

Podobny *zakaz dotyczy spożywania alkoholu*. Alkohol spożywany przez matkę, (zwłaszcza na etapie tworzenia podstawowych organów – do końca 8 tygodnia) powoduje podobne objawy, jak nikotyna, np. wady wrodzone, uszkodzenie mózgu (upośledzenie umysłowe, trudności w uczeniu się), zmniejsza wagę i wzrost dziecka, prowadzi do częstszych poronień, zgonów przed urodzeniem lub w okresie okołoporodowym i noworodkowym, przedwczesnych porodów, nieprawidłowego rozwoju fizycznego, ruchowego i psychicznego po urodzeniu.

Szczególnie niebezpieczne są dla dziecka prenatalnego narkotyki, np. zażywana przez matkę kokaina uszkadza układ krwionośny i nerwowy dziecka dziesięciokrotnie zwiększając ryzyko powstania wad w tym zakresie, prowadzi też do wad części twarzowej, poronień, wcześniactwa, martwych urodzeń, zaburzeń zachowania (im twarzowiejsza i dłuższa ekspozycja, tym efekt gorszy). Podobnie inne narkotyki, jak heroina, crack, ecstazy są bardzo groźne dla rozwoju dziecka;

e) ze względu na powszechne zaangażowanie kobiet w pracę zawodową, ogromnie ważne dla pomyślności prokreacji są *warunki wykonywania pracy oraz warunki środowiska życia*; ciężka praca fizyczna, stojąca pozycja przy wykonywaniu pracy, wydłużony czas pracy, praca zmianowa, niemożliwość odpoczynku w ciągu dnia, praca obciążająca

psychicznie – są czynnikami ryzyka. Podobny efekt uszkadzający w dziedzinie prokreacji ma ekspozycja kobiety na działanie toksycznych czynników środowiskowych, np. pól elektromagnetycznych (np. z pasma radiofal i mikrofal, emitowanych przez różne urządzenia, np. kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe, diatermie, zgrzewarki, systemy komunikacji) oraz wibracji i hałasu. Wymienione szkodliwe czynniki mogą powodować niepłodność (np. z powodu wczesnego wygaśnięcia czynności jajników), poronienia, porody przedwczesne, opóźnienie wzrostu i obniżenie wagi urodzeniowej dziecka, martwe urodzenia, zaburzenia proporcji płci u potomstwa, wady wrodzone i zaburzenia rozwoju po urodzeniu, nowotwory u dzieci.

f) jednym z podstawowych warunków pomyślnego przebiegu procesów prokreacyjnych oraz rozwoju dziecka jest ochrona przed *stanem silnego i długotrwałego stresu*. Różnorodne konsekwencje stresu transferowane są do dziecka drogą neurochemiczną, hormonalną i odpornościową; *uraz ze strumieniem krwi dociera do dziecka* nie tylko tlen (w sytuacji stresu dochodzi go mniej, co powoduje niedotlenienie dziecka), pożywienie (w sytuacji stresu – utrudniony przekaz), ale też kompleks związków chemicznych będących fizycznym odpowiednikiem matczynej emocji. Spełniają one rolę mediatora, łącznika między matką oraz tworzącym się organizmem i psychiką dziecka. Jeśli docierają do niego od matki hormony wydzielane w stanie lęku i smutku, bezradności i zagrożenia, to zmienia się metabolizm jego organizmu na odpowiadający tym emocjom. Organizm dziecka nieświadomie towarzyszy matce w jej doświadczeniach i utrwała nieprawidłowe funkcjonowanie mechanizmów regulacji. Dziecko pozostaje bezradne wobec stanu „kleśki ekologicznej” w łonie.

Uszkadzające działanie stresu ma bardzo złożone i długotrwałe konsekwencje, gdyż ma charakter kaskadowy, tzn. całe życie człowieka zależy od tych wczesnych negatywnych doświadczeń. Wczesne negatywne wpływy, jak stres i niedożywienie modyfikują ekspresję genotypu oraz rozwój struktury i funkcji OUN, a jednocześnie to powoduje zmienioną odpowiedź organizmu na dalsze bodźce rozwojowe. Dane pochodzące z bogatej literatury przedmiotu wskazują na fakt, że trauma, stres (np. rozpacz, lęk, niepokój, brak poczucia bezpieczeństwa, głęboki smutek, poczucie bezradności) to czynniki o charakterze psychicznym, które doświadczane w okresie ciąży, mogą być przyczyną nieprawidłowego jej przebiegu i zaburzeń w rozwoju dziecka. Dziecko nie pamięta doświadczeń prenatalnych, ale istnieje tzw. pamięć ciała, która znajduje wyraz w skłonności do pewnych chorób, w słabości określonych narządów, w ogólnej „orientacji emocjonalnej”, w strukturze osobowości o pewnych charakterystycznych rysach. „Pamiętane” przez organizm emocje mają cechę względnej trwałości i mogą decydować o wrodzonej predyspozycji do przeżywania stanów lęku, depresji, agresji, gdyż mózg przyzwyczał się do wytwarzania odpowiadającego im układu hormonów.

*Różne rodzaje silnego i długotrwałego stresu są istotnym czynnikiem, który może spowodować*⁶³: komplikacje ciążywo-porodowe, dystrofię płodową i niską wagę urodze-

⁶³ Intensywność stresora jest istotna, ale jeszcze ważniejsza jest wewnętrzna zdolność do radzenia sobie z nim, a to jest zmniejszone, jeśli istnieją nierozwiązane konflikty psychiczne i nieuleczone zranienia z dzieciństwa, np. doświadczenie wykorzystania seksualnego, przemocy emocjonalnej lub werbalnej.

niową, nieprawidłowy rozwój układu nerwowego, zaburzenia jedzenia i snu, objawy psychopatologiczne, trudności w rozwoju poznawczym i emocjonalnym. Dzieci matek, które doświadczyły silnego niepokoju i smutku w okresie ciąży, przejawiają istotnie częściej takie cechy, jak: irytacja i niepokohamowany płacz, silne kolki, skłonność do chorób (tzw. słabe zdrowie). Dzieci te od urodzenia są uważane za trudne, wykazują niski próg tolerancji na frustrację, dużo płaczą, są nadwrażliwe, drażliwe, nerwowe, w okresie szkolnym mają zaburzenia uwagi i objawy nadpobudliwości psychoruchowej, a później częściej przejawiają silny niepokój, stany lękowe, stałe poczucie bezradności i bycia w potrzasku (porażki) oraz zaburzenia psychiatryczne, np. nerwice, depresję. W życiu dorosłym odnotowuje się częstsze poważne problemy zdrowotne (np. zawał, cukrzyca, chroniczne nadciśnienie, choroby serca) oraz podatność na stres, silniejsze przeżywanie stresu i podejmowanie zachowań, które są stresorodne;

g) *zapewnienie matce dobrego samopoczucia poprzez*: odsuwanie niepokojących myśli; stosowanie relaksu; unikanie sytuacji i ludzi, którzy wytracają z równowagi i obniżają nastrój; otaczanie się tymi, których cechuje wewnętrzny spokój i optymizm życiowy; okazywanie sobie wyrozumiałości; patrzenie na świat oczami dziecka, stosowanie humoru i uśmiechu; pozytywne myślenie o sobie i dziecku oraz poczucie dumy z dokonującego się cudu życia, troskę o elegancję i estetykę wyglądu zewnętrznego oraz sposobu poruszania się; korzystanie z przysługujących przywilejów i szukanie wsparcia u innych;

h) dziecko poczęte z ludzkich rodziców do swego rozwoju już przed urodzeniem *potrzebuje odżywczej atmosfery miłości*, bo tylko dzięki niej może stać się prawdziwym człowiekiem; miłość powinna być tym, co da impuls jego istnieniu, a potem nada sens życiu i wyzwoli najpiękniejsze twórcze możliwości. Aby rodzice mogli pokochać to, co rozwija się zakryte przed ich oczyma, muszą rozpoznać, że jest to KTOS, że jest osobą, a tym samym potrzebuje ich ciepła, troski i serdeczności, a oni są jego rodzicami. Dlatego ważnym jest poszerzanie wiedzy nie tylko o przebiegu ciąży, a więc o zmianach zachodzących w organizmie kobiety w miarę rozwoju dziecka, ale przede wszystkim koncentracja na dokonującym się cudzie natury – na dziecku, jako konkretnej istocie, z którą kontakt uczuciowy może dostarczyć im wielu radosnych przeżyć. *Nastawienie na komunikację z dzieckiem* (jako element zabiegów, które proponują określać *wychowaniem prenatalnym*), uczenie się rozumienia, co sygnalizują jego ruchy, odczytywanie komunikatów ze strony dziecka, przesyłanie mu własnych dobrych myśli i uczuć jest pożyteczne dla niego i samych rodziców. Otoczenie dziecka prenatalnego akceptacją, miłością, czułością, danie mu poczucia bezpieczeństwa, przynależności do rodziny i wartości – jest nie tylko dla niego *lekcją uczuć*, doświadczeniem, że świat jest przyjazny, ludzie życzliwi, a ono samo warte kochania. Te wczesne doświadczenia tworzą nie uświadamiane podwaliny poczucia własnej wartości, pozytywnego stosunku do siebie i ludzi, pogodnego stosunku do świata;

i) okazanie wsparcia, gdy rodzice napotykać na trudności w akceptacji dziecka jest niezmiernie ważnym zobowiązaniem dla ich otoczenia; *nastawienie matki do rozwijającego się w jej łonie dziecka* ma wpływ na przebieg danej ciąży, rozwój i zachowanie

dziecka po porodzie. Negatywny lub silnie ambiwalentny stosunek matki koreluje z wyższym odsetkiem poronień samoistnych i obumarcią dziecka, częściej też występuje: poród przedwczesny, wady wrodzone (np. wady serca), zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, pokarmowego. Nie wiadomo dotąd, w jaki sposób dziecko jest w stanie odebrać informacje o takich uczuciach swej matki do niego, jak miłość, akceptacja, nadzieja, czy też chłód emocjonalny, ambiwalencja, odrzucenie – często przecież podświadome. Dziecko wyposażone jest jakby w swoisty radar rejestrujący treść przeżyć matki, szczególnie tych, które dotyczą jej stosunku do niego. Dlatego to na otoczeniu matki spoczywa obowiązek takiej pomocy, aby mogła ona przyjąć poczęte dziecko, nawiązać więź z nim (nawet jeśli planuje oddać dziecko do adopcji) i w poczuciu bezpieczeństwa urodzić go. Wsparcie udzielone matce chroni ją od różnych zaburzeń emocjonalnych i zachowania⁶⁴ po urodzeniu dziecka;

j) *wzmocnienie więzi małżeńskiej*, aby dziecko mogło rozwijać się w rodzinie będącej wspólnotą miłości przez: wspólne rozmowy, dzielenie się radościami i smutkami, niepokojem i planami na przyszłość; wspólne spędzanie czasu i dzielenie obowiązków oraz odpowiedzialności za dziecko; troskę o miłą atmosferę przez okazywanie sobie czułości, zainteresowania i podziwu oraz drobne gesty serdeczności, jak też różne formy bliskości fizycznej; bardzo istotne jest docenienie w okresie ciąży wagi potrzeb seksualnych i uczuciowych, potrzeby bliskości fizycznej i różnorodnych, również pozaseksualnych wyrazów więzi małżeńskiej. Małżonkowie powinni również konfrontować między sobą znaczenie tego, co doświadczają w związku z ciążą, porodem i wychowaniem dziecka, gdyż istnieją międzypłciowe różnice w przeżywaniu tych procesów i okazywaniu wewnętrznych przeżyć (np. u mężczyzn większe trudności w werbalizacji uczuć, w okazywaniu smutku i lęków, silniejsza skłonność do tłumienia i wyparcia, a mniejsza do szukania wsparcia);

k) *wypracowanie pozytywnego stosunku do trudności i dobrych sposobów radzenia sobie z nimi*⁶⁵; okres ciąży stwarza szereg okoliczności, które wymagają od rodziców adaptacji do zupełnie nowych warunków. Bardzo ważne, aby selekcjonowali wpływy i kontakty, szukając sprzymierzeńców, a więc tych wszystkich sytuacji i osób, które pomogą im radzić sobie z trudnościami, np. pogodna przyjaciółka, personel medyczny na miarę potrzeb. Rodzice muszą razem zmienić styl życia, wdrożyć nowe nawyki, stosować zasadę „nie poddawania się”, próbować zdobyć większą kontrolę nad tym, co im się w tym czasie w życiu zdarza, nie żałować czas na wspólne przebywanie ze sobą i dzielenie się swoim wewnętrznym światem. Szczególnie dla kobiety istotne jest uwolnienie się od kompleksu superkobiety ciężarnej lub rodzącej – rezygnacja z perfekcjonizmu, zdobycie realizmu, „popuszczenie sobie”, pozwolenie sobie na słabość, na nie spełnienie się, a więc zmiana wyobrażeń o idealnej matce i zgranie tych wyobrażeń własnych i z oczekiwaniami męża;

⁶⁴ D. Kornas-Biela, *Tragiczne macierzyństwo: psychospołeczny kontekst dzieciobójstwa*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 317-335.

⁶⁵ D. Kornas-Biela, *Wokół...*, dz. cyt., s. 65-70, 86-89.

1) *przygotowanie się do porodu* poprzez stosowanie ćwiczeń gimnastycznych, oddechowych, relaksacyjnych oraz uczestnictwo w szkole rodzenia; przygotowanie się do naturalnego karmienia przez czytanie się, nastawienie się na ten styl odżywiania dziecka, jako jedynie właściwy dla dziecka ludzkiego (mleko krowie dobre dla cieląt), stosowanie higieny piersi, przygotowanie brodawek, zakup ziół mlekopędnych; psychoprofilaktyczne przygotowanie matek do porodu ma ogromne znaczenie dla przebiegu porodu i stopnia zadowolenia rodziców z niego. W praktyce funkcjonują *różne typy szkół rodzenia*, o różnej „filozofii porodu”, ale powszechnie obserwuje się pozytywne konsekwencje uczestnictwa rodziców w takich zajęciach, zwłaszcza przed urodzeniem pierwszego dziecka. *Poród kobiet po psychoprofilaktycznym przygotowaniu charakteryzuje* m. in. zadaniowy stosunek kobiety do akcji skurczowej (zmniejszenie koncentracji na sobie i cierpieniu, przesunięcie uwagi na dziecko, odejście od biernej roli, a podjęcie roli aktywnej; umiejętność odczytywania „języka” skurczów (skurcz jako sygnał informacyjny o postępie porodu, a nie czynnik bólowo-lękowy); mniejsze napięcie, co powoduje lepsze dotlenienie dziecka i jego lepszy stan zdrowotny po urodzeniu; mniejsza bolesność skurczów; krótszy czas porodu; mniejsza utrata krwi; mniej powikłań (np. pęknięcie szyjki macicy i konieczności nacięcia krocza, użycia kleszczy, cięć cesarskich); efektywne parcie; lepsza współpraca z personelem; poród odbierany jest jako mniej bolesny, urazowy, co ma pozytywny wpływ na percepcję dziecka i dalsze postawy macierzyńskie oraz karmienie piersią.

Ważność psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu wyróżniona jest faktem funkcjonowania wielu lęków, np. o własne życie, o zdrowie, o życie i zdrowie dziecka, przed nieznanym, przed samym porodem w związku ze skrzywieniem jego obrazu w społeczeństwie, o spełnienie oczekiwań związanych ze zdrowiem, wyglądem lub płcią dziecka, przed bólem, wstydem (obnażeniem), brakiem intymności i prywatności, bezradnością, szpitalem (zapachy, widoki, odgłosy, personel, aparatura, regulamin), samotnością, utratą panowania nad sobą i niewłaściwym zachowaniem, brakiem troski ze strony personelu. Niektóre lęki mogą być realistyczne, inne zaś mogą być objawem błędnych przekonań o porodzie (brak wiedzy, skrzywiony obraz porodu wskutek błędnego przekazu społecznego), nierealistycznych obaw, reakcji lękowych wynikających z neurotycznej osobowości („lękowa natura”, oczekiwanie niepowodzeń i zagrożeń), podświadomych konfliktów lub ambiwalencji w stosunku do dziecka i macierzyństwa.

W sytuacji porodu lęk (sytuacja stresowa⁶⁶) hamuje czynność skurczową oraz dynamikę rozszerzania się szyjki macicy oraz zwiększa odczucia bólowe. Napięcie emocjonalne powoduje nadwrażliwość na ból (większa odczuwalność skurczów i bólu). Napięcie wegetatywne powoduje skurcz naczyń, a tym samym niedotlenienie. Napięcie mięśniowe powoduje złe zużycie energii, wyczerpanie, a tym samym przedłużający się poród. Te objawy zwiększają bolesność, a tym samym jeszcze bardziej nasilają napię-

⁶⁶ Negatywne zdarzenia życiowe wywołujące napięcia, niepokój i lęk: to np. nieplanowane poczęcie, konflikt dotyczący roli matki, lęk przed trudami macierzyństwa, nadmierne poczucie odpowiedzialności, nagłe, duże zmiany życiowe, choroba w rodzinie, rozwód, wypadki i śmierć w rodzinie.

cie oraz dezorganizują zachowanie rodzącej i odbiór informacji ze strony otoczenia (staje się niewrażliwa na słowa np. perswazje, pouczenia, rady, staje się przeculona na sygnały świadczące o zagrożeniu, ujawniające napięcie, zmęczenie, niechęć, krytyczny stosunek personelu). Niepokój i napięcia w okresie okołoporodowym są czynnikami bezpośrednio lub pośrednio teratogennymi, wpływają na siłę skurczów (efektywność), czas trwania porodu i jego przebieg, zwiększają prawdopodobieństwo u matki: przedwczesnych porodów, porodów z komplikacjami, z koniecznością użycia leków, środków przeciwbólowych lub znieczulających oraz narzędzi chirurgicznych (np. kleszczy), porodów zabiegowych, przedłużających się, opóźnionych;

l) opracowywanie coraz bardziej rozwiniętych standardów związanych z „idealnym porodem”, by przebiegał on w coraz lepszych warunkach jest słuszne, ale koniecznym jest też zaakceptowanie faktu, że *do ideału można się jedynie przybliżać*, realizacja perfekcji może nie być w konkretnym przypadku możliwa; zwłaszcza, że poród dobry emocjonalnie nie musi być dobry fizjologicznie i odwrotnie. Ważnym jest, by sobie uświadomić, że poród jest głęboko emocjonalnym i duchowym, w niczym nie porównywalnym doświadczeniem życiowym. Można oczywiście patrzeć na ciążę i poród jako na kryzys o charakterze negatywnym, natomiast niezmiernie inspirowującym jest traktowanie okresu ciąży i porodu jako normalnego doświadczenia rozwojowego. Ciąża i poród, jak każde wydarzenie życiowe, niesie ze sobą ryzyko. Jest ono częścią naszego życia, w którym ciągle nasze bezpieczeństwo powierzamy innym. Życie to ryzykować. Roztropne podejmowanie ryzyka jest konieczne, gdyż inaczej nie moglibyśmy podejmować żadnej aktywności ani czynności;

m) poród to rodzenie się dziecka, rodzenie się matki w nowej społecznej roli oraz rodzenie ojca do nowej roli społecznej; poród to przejście z jednej roli społecznej do innej, przyjęcie nowej identyfikacji jako matki i ojca urodzonego dziecka. To przejście jest objęte społecznymi zwyczajami⁶⁷. Sposób rodzenia jest w każdej społeczności *kulturowo zróżnicowanym rytuałem*. *Rytuał (obrzędowość) przejścia* obejmuje serię rytualnych zachowań jednostki (lub np. grupy rodzinnej), które są wymagane ze względu na przyjęcie nowego statusu społecznego i uznanie tej nowej roli społecznej zarówno przez daną jednostkę, jak i otoczenie. *Rytuał przejścia obejmuje 3 fazy: separację, tranzyt i integrację*. Separacja – odcięcie się od poprzedniego stadium rozpoczyna się od uświadomienia poczęcia dziecka; cały okres ciąży do kilkunastu dni po urodzeniu obejmuje okres tranzytu do nowej roli; a przez kilka pierwszych miesięcy po porodzie następuje faza integracji. Ważnym jest, by rodzice zdali sobie sprawę z tych rytuałów, którym bezwiednie podlegają, z którymi związane są oczekiwania ich otoczenia, i które mogą, ale nie muszą wychodzić naprzeciw ich potrzebom i aspiracjom.

Trzeba bowiem pamiętać, że w kulturach pierwotnych, i w wielu społecznościach do dziś istnieją rozbudowane i zróżnicowane *systemy wierzeń i zwyczajów, obowiązujące nakazy i zakazy* dotyczące tego, jakich myśli, fantazji, obrazów, dźwięków, zachowań,

⁶⁷ Zwyczaje te, bardziej lub mniej rozbudowane w kulturach pierwotnych, w których poród jest traktowany jako święto wspólnoty, zostały w cywilizowanym świecie ograniczone do minimum i zmedykalizowane.

przedmiotów, powinni rodzice unikać lub przeciwnie, jakimi myślami i zachowaniami powinni sprzyjać dziecku w prawidłowym rozwoju i bezpiecznym rodzeniu się. Te kulturowo różne formy zalecanych zachowań związanych z ciążą i porodem miały wprawdzie często charakter przesądów, ale były też zawsze powiązane z praktykami religijnymi, a przestrzeganie ich spełniało ważną funkcję: dawało poczucie bezpieczeństwa, wsparcia i efektywnego radzenia sobie z niepokojem o los ciąży i porodu oraz zdrowie dziecka. Obecnie spełnianie tej funkcji powierzono personelowi medycznemu i poprzez nagromadzenie badań lekarskich w przebiegu ciąży, rutynowe wielokrotne korzystanie z diagnostyki prenatalnej oraz zmedykalizowanie procesu porodu chce się zastąpić wsparciem ze strony wierzeń religijnych, więzi rodzinnych, przywiązania do tradycji. Ważnym jest więc, by *odnowić*, nie tyle przesady, co *wspólnotowy charakter uczesnych doświadczeń rodzicielskich*, powrócić do tradycyjnych, kulturowo zróżnicowanych form rodzinnego celebrowania misterium życia, powiązania osobistych doświadczeń z historią genealogii rodziny i zakorzeniem w niej;

n) w wieku, zwanym „cywilizacją śmierci” lub „wiekiem kainowym” szczególnie ważnym jest podjęcie przez rodziców starania, by zachować dla procesu narodzin (podobnie jak to powinno się czynić dla procesu umierania) – *postawę szacunku*; misteria życia, przez które każdy z nas przechodzi, to naturalne etapy, a nie przypadki medyczne, wydarzające się w specjalnych instytucjach i nadzorowane przez specjalistów. Urodziny dziecka, pojawienie się nowego życia w rodzinie powinno być *świętem rodziny* i aktem o znaczeniu symbolicznym (nie tylko aktem fizjologii, a zwłaszcza nie rezultatem wypchnięcia czegoś z ciała kogoś). Urodzenie to odrodzenie, to coś co niesie nadzieję, piękno, czystość, prostotę, kreację, co stawia nas wobec pytań ostatecznych, pytań o sens i cel życia, o uniwersalne wartości, o nieuchronność biegu i końca naszego życia. To również uświadomienie sobie własnej mocy jako osób rodzących nowe życie, odczucie żywotności własnego ciała i ducha, kreatywności o nieskończonych granicach (dziecko będzie żyć wiecznie), inicjacji nowego okresu we własnym życiu oraz życia zupełnie innej od nas i niepowtarzalnej osoby, transformacji własnego biegu życia i doświadczenia mocy twórczej, której nie da się porównać z żadnym innym typem twórczości.

13. Wychowanie prenatalne

Już w starożytności istniało przekonanie, że wychowanie człowieka rozpoczyna się od wychowania jego rodziców. W starożytnych Chinach tworzone prenatalne kliniki, w których uczono matki troski o dziecko oraz nawiązywania z nim kontaktu. Przeświadczenie o wpływie przeżyć psychicznych matki na rozwijające się w jej łonie dziecko było bardzo żywe przez tysiąclecia. *Arystoteles* wskazywał na ważność uwolnienia od trosk i pogodnego usposobienia matki w okresie ciąży, gdyż dziecko odbiera jej przeżycia, niczym rośliną, która korzeniami tkwi w glebie. *Leonardo da Vinci* podkreślał wspólnotę doświadczeń matki i dziecka, twierdząc, iż „Ten sam duch rządzi dwoma ciałami. Pragnienia matki wpływają na dziecko, które ona nosi,

a jej lęk czy psychiczny ból mają większą moc nad dzieckiem niż nad matką, gdyż może ono z tego powodu nawet stracić życie". W *Nowym Testamencie* mamy znaczący przykład oddziaływania przeżyć matki na dziecko, gdy Jan w odpowiedzi na radość Elżbiety z pozdrowienia Maryi poruszył się z radości w Jej łonie (Łk 1, 41-45). Do dziś w wielu kulturach pierwotnych przetrwało głębokie przekonanie, że matka swoimi przeżyciami „źłobi” psychikę dziecka i ma wpływ na to, kim się ono staje:

Łono matki jest środowiskiem społecznym, a więc i wychowawczym. Biologiczna egzystencja człowieka jest stale wzbogacana o bodźce świata społecznego. Oczywiście w miarę rozwoju nawiązuje on coraz więcej i bardziej znaczących relacji i związków ze środowiskiem wychowawczym, a nawet nabywa umiejętności emocjonalnego ustosunkowania się do niego, nadawania pierwotnych znaczeń (np. jako bodźce pożądane lub niepożądane). Nie są to jednak ze strony dziecka relacje uświadomione, zamierzone rozwojowo. Podobnie ze strony rodziców, większość znaczących oddziaływań jest przez nich jako wychowawców nieuchwytna i nie jest intencjonalnie podejmowana.

Jednak każde oddziaływanie rodziców na dziecko, jako oddziaływanie osoby na osobę, ma znaczenie dla budzenia w nim tego, co ludzkie, a tym samym ma znaczenie wychowawcze. *Wychowalność osoby zaczyna się więc nie od urodzenia, jak to było dotychczas przyjmowane, ale od poczęcia*⁶⁸. Jest ono *wychowaniem przenikniętym szczególnym rodzajem nadziei*, że dziecko niezależnie od tego, jak wydawać się może „czymś” niepozornym i dopiero „potencjalną istotą ludzką” – tak naprawdę już od teraz, dzięki wysiłkowi wychowawczego oddziaływania, może stawać się tym, kim powinno być, realizować swoje psychiczne i transcendentne (duchowe) – *ja. Dziecko prenatalne jest już bowiem osobą w wieku rozwojowym*, charakteryzującą się szczególną plastycznością i ogromnym dynamizmem zmian. Od poczęcia realizuje swoją niepowtarzalną tożsamość, osobowość i indywidualność. Jest bytem aktualizującym swoją potencjalność, jak i transcendującym inne byty i cały świat przyrody. Historia osoby ludzkiej obejmuje to, co było jej doświadczeniem od poczęcia, obecne *teraz* oraz energie rozwojowe, tendencje realizacji swojej zindywidualizowanej struktury, dążenie do samorealizacji oraz zmian, przekształceń, innowacji. Przysługuje jej trwałość, ciągłość i bycie zawsze sobą, pomimo mnożenia się konkretnych doświadczeń i podleganie modyfikacjom i zmianom. To właśnie fakt, że konstytutywnym dla osoby jest rozwój i możliwość zmiany tego, co jest, w to, co możliwe, otwiera pole dla wychowania. Możliwość rozwoju osoby i jej podatność na zmiany domaga się traktowania jej od poczęcia jako podmiotu wychowania podatnego na czynniki wychowawcze.

Wychowanie prenatalne jest *naturalną potrzebą i prawem człowieka*, wiąże się z dostępnością do opieki, zapewnieniem troski opiekunów o pełny rozwój dziecka, zabezpieczeniem jego podstawowych potrzeb i ciągłości pozytywnych doświad-

⁶⁸ D. Kornas-Biela, *Edukacja prenatalna we współczesnym dyskursie humanistycznym*, w: *Pedagogika jako formacja intelektualna refleksji we współczesnym dyskursie humanistycznym*, red. J. Gnitecki, Poznań 2005, s. 129-149; D. Kornas-Biela, *Rodzina w kontekście wychowania prenatalnego*, „Roczniki Teologiczne” nr 10, Nauki o Rodzinie 2005 (w druku).

czeń. Osoba dziecka poczętego jest w centrum tego oddziaływania i domaga się dowartościowania jego dalekosiężnych celów wychowania i swoich zadań w tym zakresie oraz gotowości do podjęcia odpowiedzialności za rozwój i wychowanie dziecka od poczęcia. Oczywiście należy uwzględnić specyfikę tego okresu życia.

Celem wychowania jest pomoc człowiekowi od poczęcia w dynamicznym rozwoju stawania się tym, kim jest, kształtowania się, by być dojrzałym człowiekiem. Wychowanie jest zawsze, również w okresie prenatalnym – osobowym dialogiem, spotkaniem osób. Ze względu na unikalność każdej z tych osób, również relacja między nimi jest wyjątkowa i jedyna, niepowtarzalna. Oczywiście ten dialog ma różne stopnie, formy realizacji. Dialog prenatalny wymaga:

- rozpoznania poza rzeczywistością ciąży matki – realność istnienia dziecka;
- personalizacji istoty ludzkiej przed urodzeniem;
- afirmacji dziecka prenatalnego jako wychowanka, podatnego na oddziaływania wychowawcze;
- uznania siebie jako rodzica w wychowawczej roli wobec dziecka;
- odpowiedzialności za proces wychowania, za doświadczenia wychowanka;
- rozpoznania możliwych sytuacji wychowawczych;
- umiejętności odnalezienia form wychowawczego wpływu na dziecko;
- umiejętności nadawania sygnałów i rozpoznania ich ze strony dziecka, a tym samym komunikacji z nim;
- obowiązku refleksji nad przebiegiem wychowania, doksztalcenia się i wzbogacania swoich wychowawczych kompetencji;
- nadawania sensu wychowawczej komunikacji z dzieckiem;
- rozpoznania pozytywnych walorów, wychowawczego wpływu na siebie jako osobę-rodzica – osoby dziecka jako wychowanka.

Wychowanie prenatalne prowadzone przez rodziców wobec dziecka jest to nie nauka typu szkolnego ani tresura, to nawet nie stymulacja prenatalna, ale *między-ludzki dialog, miłosa interakcja*, wzajemna wymiana, która ma *różne formy realizacji*, np. kontakt cielesny ciała dziecka z otaczającym go ciałem matki (otulenie); fizyczny – dotykowy kontakt z dzieckiem przez powłoki brzuszne; ruchy ciała matki; metabolizm matki będący odpowiednikiem jej stanu psychicznego, dźwięki i pozalingwistyczne cechy języka mówionego w otoczeniu dziecka (np. jego zabarwienie emocjonalne). Wśród matek (i innych członków rodziny) wszystkich epok i kultur istnieją rozbudowane sposoby towarzyszenia dziecku w jego prenatalnym rozwoju.

Wychowanie to już od poczęcia polega przede wszystkim na tworzeniu, podtrzymywaniu i utrwalaniu więzi osobowych z dzieckiem⁶⁹. *Rodzice mogą na różne sposoby towarzyszyć dziecku prenatalnemu w jego rozwoju*⁷⁰, jak np.:

⁶⁹ Wychowanie to musi być przeniknięte miłością do dziecka, która jest postawą, i jako taka rozwija się stopniowo, wymaga chęci zainwestowania w nią czasu i energii, zaangażowania całego siebie w kontakt z dzieckiem.

⁷⁰ Bardziej szczegółowe omówienie form komunikacji prenatalnej w np: D. Kornas-Biela, *Wokół...*, dz. cyt., s. 80-111; D. Kornas-Biela, *Kontakt rodziców z dzieckiem przed urodzeniem*, w: *Najlepszy start*

- a) pozytywne myślenie o dziecku; fantazjowanie i wizualizacja na jego temat oraz przyszłych relacji z nim (np. w czasie porodu, karmienia piersią, kąpieli, zabaw);
- b) rozmowy z dzieckiem – w myślach lub głośne; opowiadanie mu bajek i czytanie wierszy;
- c) pisanie pamiętnika ciążyowego oraz pamiętnika rozwoju dziecka; pisanie bajek dla dziecka; pisanie do dziecka listów;
- d) słuchanie z dzieckiem muzyki; śpiewanie mu piosenek; granie dla niego na instrumencie;
- e) bujanie go i kołysanie oddechem i ruchem (np. w rytm muzyki, śpiewu); tańczenie z nim (spokojne, opływowe, rytmiczne ruchy);
- f) różne formy kontaktu dotykowego – muskanie, głaskanie, masowanie, obejmowanie, pukanie, poklepywanie, utulanie, pieszczenie dziecka; zabawy z dzieckiem;
- g) skupienie się na odczytywaniu sygnałów pochodzących od dziecka;
- h) obserwacja ruchów dziecka i reagowanie na nie;
- i) różne formy twórczości artystycznej na jego rzecz: wiersze, muzyka, obrazy lub rzeźba;
- j) wykonywanie różnych rzeczy dla niego;
- k) trwanie w świadomości obecności dziecka i włączanie go w całość biegu własnego życia;
- l) kontemplacja przyrody, piękna sztuki, tajemnic życia;
- ł) medytacja tekstów biblijnych związanych merytorycznie z doświadczeniami rodzicielskimi;
- m) modlitwa za dziecko i włączanie go w formy kontaktu z Bogiem (w tym również w formy sakramentalne); wychowanie prenatalne skupione na integralnym kształtowaniu osoby dziecka, obejmuje również *wychowanie religijne* jako tworzenie osobowych podwalin uzdalniających dziecko do wchodzenia w relację z Bogiem. Komunikacja prenatalna jest szczególnym „miejszem” *otwarcia na Transcendencję* dla dziecka i samych rodziców. Rodzice już od poczęcia powinni mieć świadomość, że kształtują osobę, którą będzie żyła wiecznie, współmieszkańca nieba, dziedzica Królestwa Niebieskiego, wieczysty dar Syna dla Ojca.

To, co rodzice mogą szczególnie ofiarować dziecku nieurodzonemu, ale i sobie, to *jest wspólnie spędzony czas* – chwile rozluźnienia, wyciszenia, intymności, kontemplacji, wspólnoty myśli i uczuć. Każda matka i ojciec oraz jego starsze rodzeństwo znajduje swoje własne, *unikalne sposoby spędzania wspólnego czasu z dzieckiem prenatalnym i porozumiewania się z nim*. Najważniejsze jest to, aby one były i rozwijały się w miarę, jak dziecko rośnie. Przy czym matka, jako bliższa dziecku fizycznie, musi *zapraszać ojca na spotkania z dzieckiem* i umożliwiać mu poznanie go, zrozumienie języka jego ruchów i sygnałów, jakie wysyła, aby dać znać o swoim samopoczuciu,

udostępnić ojcu dziecko, aby mógł posłuchać uderzeń jego serca, przemówić do niego, pogłaskać, zapukać, zaśpiewać. Dotyczy to również *rodzeństwa*, które mając możliwość kontaktu z nieurodzonym członkiem rodziny, ma okazję do wyrażenia swoich (czasem ambiwalentnych, lękowych) uczuć, kształtowania pozytywnych odniesień i nie traktowania nowego przybysza jako intruza lub rywala, lecz współnika zabaw i towarzysza na chwile dobre i złe.

Częstoliwość, rodzaj i treść różnych form kontaktów członków rodziny z dzieckiem prenatalnym nadaje koloryt ich uczuciowości w tym okresie, jak też *kształtuje wzajemne relacje w rodzinie*. Dziecko zaś przyswaja uczucia otoczenia i są one dla niego „*rozwojowym pokarmem*”, podnoszą go do serca bliskich mu osób, przez co czuje się bezpiecznie, otoczone miłością i troską. Czas spędzony z dzieckiem kształtuje więź uczuciową z nim i po urodzeniu witany jest on jak „stary znajomy”, jako członek rodziny, z którym spędziło się już wiele czasu, przegadało się wiele godzin i za którym tęskniło się od dawna. Stosunek uczuciowy rodziców do dziecka przez okres oczekiwania na jego urodzenie ma więc znaczenie dla jakości ich oddziaływania wychowawczego po urodzeniu.

14. Rozwojowe znaczenie dla rodziców prenatalnej komunikacji z dzieckiem

Poczęcie dziecka jest *ważnym wydarzeniem życiowym*, które inicjuje u rodziców okres *normalnego kryzysu rozwojowego*, charakteryzujący się intensywnymi przemianami osobowościowymi, podobnie jak dojrzewanie i menopauza. Nowa sytuacja destabilizuje ich dotychczasowy obraz swego „ja” fizycznego, psychicznego i społecznego, zmienia samoocenę i poczucie własnej wartości, dostarcza nowych doznań i emocjonalnych odniesień, relacji z innymi, przeorganizowuje system wartości, celów w życiu, aspiracji i planów. Dokonanie tych zmian wymaga czasu i stanowi obciążenie dla psychiki, stąd obserwuje się czasem takie objawy jak: obniżenie samopoczucia, huśtawkę emocjonalną, niezrównowagę, przewrażliwienie. Kryzys rozwojowy ma jednak w zdecydowanej większości wypadków charakter *dezintegracji pozytywnej*, tzn. polega na zmianie aktualnie istniejących schematów reagowania i zachowania w kierunku wypracowania nowych, odpowiadających wymaganiom sytuacji. Poczęcie dziecka inicjuje więc sytuację rozwojową dla rodziców – okazję do aktualizacji ich potencjalnych możliwości, ujawnienia się zdolności i przymiotów (np. cierpliwości, czułości, tkliwości), nabycia nowych umiejętności (np. związanych z kompetencjami rodzicielskimi), ukształtowania wartościowych postaw (np. poświęcenia, altruizmu) i podjęcia pozytywnych działań. Rozwiązanie problemów, pojawiających się w związku z ciążą, porodem i małym dzieckiem, prowadzi do funkcjonowania na wyższym poziomie dojrzałości psychicznej. Uczestniczenie w sposób świadomy i czynny w rozwoju nowego człowieka i zapewnianie mu już w okresie prenatalnym odżywczego uczuciowo środowiska życia, stanowi *dla rodziców specyficzną „szkołę miłości” i stwarza szczególną szansę ich psychoseksualnego i psychoemocjonalnego rozwoju*.

Dla każdego rodzica od poczęcia dziecka *koniecznym jest nadanie osobistego znaczenia rodzicielstwu* (co znaczy być matką, ojcem) i *dokonywanie weryfikacji swej dotychczasowej tożsamości*, ukształtowania koncepcji siebie ubogaconej o nowe doświadczenia, przeżycia i oczekiwania, zintegrowanej z tym, kim byłem, kim jestem i kim chciałbym być (moje przeszłe, teraźniejsze i przyszłe „ja”). Te i wiele podobnych pytań skłania do refleksji nad sobą i sensem życia, skłania do ustosunkowania się na nowo do siebie i innych (np. w zakresie takich wymiarów, jak: niezależność, dominacja, zaufanie, akceptacja, współdziałanie, otwartość). Ta szczególna sytuacja prenatalnej relacji JA – TY zapewnia doświadczenie „całości”, pełności, spełnienia, zakotwiczenia. Wymaga też, by „więcej być, niż mieć”. Wychowawcze znaczenie prenatalnej interakcji z dzieckiem dotyczy również innych osób, które wchodzi w relacje z nim, np. babci, dziadka, rodzeństwa, osób bliskich rodzinie.

Prokreacja jest takim wymiarem ludzkiego życia, które daje człowiekowi *szansę przyjęcia postawy otwartej*, rewidującej ciągle dotychczasowe poglądy, zmieniające przyzwyczajenia, przyjmującej kolejne nowe zdarzenia, to, co otwiera na przyszłość i skłania do kreatywności, do zaufania i zaakceptowania, iż nie da się przewidzieć horyzontu i perspektywy, biegu zdarzeń i konsekwencji sytuacji, w którą prokreacja zaprasza. Prokreacja jest szansą budujących i rozwijających człowieka doświadczeń. Takie podejście oznacza również, że *rodzic-wychowawca jest otwarty na nowe doświadczenia*, jakich może mu dostarczyć kontakt z dzieckiem prenatalnym. Poczęcie dziecka postawiło go w nowej perspektywie losu. Nawet, jeśli je planował, to nie jest w stanie już nic więcej zaplanować (np. powodzenia, konsekwencji). Otwiera się twórczo na nowe, nieprzewidywalne widoki własnego rozwoju; może wzrastać i kształtować w sobie nowe zdolności; odważnie wyzbyć się tego, co jest rutyną i przyzwyczajeniem; ukierunkować się na drugiego człowieka z niespotykaną do tej pory dozą empatii. Jako osoba, rodzic-wychowawca czuje, iż nie może ani dziecka, ani też siebie traktować instrumentalnie, tzn. nie może nigdy pozwolić na wykorzystywanie siebie przeciw obiektywnemu dobru dziecka i starać się zawsze dostrzegać swoje oddziaływania wychowawcze w perspektywie prawdziwego dobra podmiotu wychowania.

Poczęcie dziecka inicjuje więc *sytuację rozwojową dla rodziców*, a rozwiązanie problemów, pojawiających się w związku z ciążą, porodem i wychowaniem dziecka prowadzi do *funkcjonowania na wyższym poziomie dojrzałości psychicznej*. Uczestniczenie w sposób świadomy i czynny w rozwoju nowego człowieka i zapewnianie mu już w pre- i perinatalnym okresie odżywczego uczuciowo środowiska życia, stanowi dla rodziców specyficzną „szkołę miłości” i stwarza szczególną szansę ich psychoseksualnego i psychospołecznego rozwoju. Poczęcie dziecka inicjuje niezliczoną liczbę okazji do aktualizacji ich potencjalnych możliwości, ujawnienia się nowych zdolności i przymiotów (np. wrażliwości uczuciowej, empatii, cierpliwości, czułości), nabycia nowych umiejętności (np. związanych z kompetencjami rodzicielskimi), ukształtowania wartościowych postaw i podjęcia pozytywnych działań. Dziecko poczęte wnosi w wewnętrzny świat rodziców nowe treści i przeżycia, wyprowadza ich poza siebie samych, inicjuje różne formy aktywności

wewnętrznej (psychicznej, np. empatii) i zewnętrznej, inny sposób spostrzegania i doświadczania rzeczywistości, dopracowywania się nowych sposobów radzenia sobie z trudnościami, dzięki czemu okres ciąży i porodu może być okresem intensywnego osobistego rozwoju.

Tak jak dla dziecka prenatalnego matka jest „całym jego światem”, tak i dla rodziców dziecko poczęte oraz okres ciąży i porodu są jednostkowymi i niepowtarzalnymi doświadczeniami, a kontakt z dzieckiem jest nie tylko sytuacją wychowawczą dla niego, ale też dla bliskich mu osób. *Diada matka – dziecko prenatalne jest spotkaniem o charakterze interakcji społecznej*, polegającej na komunikacji pomiędzy dwoma autonomicznymi podmiotami. Pozostawanie w tej diadzie dla każdego z jej członków ma charakter wychowawczy, gdyż każda z tych osób jest dla drugiej znaczącą i to, co się dzieje między nimi, jak też ze względu na ich współegzystencję, jest istotne dla osobistego rozwoju każdej z nich. Pośrednio dotyczy to również ojca i bliskich dziecku osób w rodzinie. Każde spotkanie z dzieckiem stwarza unikalną okazję do spotkania ze sobą samym, gdyż każdy z nas był też kiedyś taki mały. Dla rodzica następuje konfrontacja teraźniejszości z osobistą przeszłością, nadawanie sensu własnemu dzieciństwu, własnemu życiu, które minęło. Można jeszcze dodać myśl prof. W. Fijałkowskiego – poczęcie dziecka wprowadza rodziców w kolorowy świat jego przeżyć i własnych wspomnień, czyniąc ich *młodymi młodością ich dziecka*.

Wskutek zmniejszenia się liczby dzieci w rodzinie, a tym samym, ograniczenia możliwości wielokrotnego doświadczania macierzyństwa i ojcostwa, rodzice coraz częściej upominają się o swoje *rodzicielskie prawa i przywileje*. Wzrosła ich potrzeba, *by od poczęcia cieszyć się dzieckiem i z dzieckiem, by przeżywać okres ciąży osobowo*, jako współżycie dwóch najbliższych sobie osób. Kobiety chcą doświadczać okres ciąży nie jako trudne brzemie, ale jako czas nieporównywalnych z niczym, pozytywnych doświadczeń życiowych, *stan błogosławiony, tzn. szczęśliwy*, czas, w którym w sposób szczególny rozbrzmiewa w ich sercu „Magnificat”. Doświadczenia prokreacyjne, pomimo wielu związanych z nimi trudności, są coraz częściej traktowane jako źródło dodatnich przeżyć, silnych i różnorodnych uczuć, dostarczających pomimo ich „trudności” głębokiej radości i wzruszeń. To nie po urodzeniu dziecka „wszystko tak naprawdę dopiero się zacznie”, ale zaczęło się już od poczęcia.

Celem wyjścia naprzeciw potrzebom rodziców ważnym jest więc *akcent na „tu i teraz”*, zachęcanie ich do *cieszenia się dzieckiem prenatalnym*, by ten ważny etap w jego oraz ich życiu mogli przeżyć jak najbardziej owocnie, by nie zmarnowali go w poczuciu, że następne etapy będą bardziej bogate w przeżycia (a może ich nie być wskutek niepowodzeń prokreacyjnych). Skupienie się na specyficznych doznaniach, jakich dostarcza *życie we dwoje* (we mnie, w mojej żonie, synowej, mamie) jest okazją porozumienia się z dzieckiem (które jest moim dzieckiem, wnukiem rodzeństwem, krewnym) i kształtowania niepowtarzalnej więzi z nim. Łatwiej otoczyć dziecko miłością, gdy nie jest ono traktowane jako ciężar, dopust Boży, ale jako ktoś, *dzięki któremu jestem (lub bliska mi osoba jest) w stanie „błogosławionym”, czyli szczęśliwym*. Dziecko jest wtedy źródłem radości, źródłem procesu osobowego samourzeczywist-

niania się rodzica, przekraczania siebie (transgresji⁷¹), ubogacenia się jego osobą, pogłębienia wizji siebie i sensu życia. Wtedy też okres prenatalnego rozwoju może być ujmowany jako czas nieporównywalnych z niczym doświadczeń rodzicielskich, które pomimo wielu związanych z nimi trudności i trosk, są traktowane jako źródło bardzo pozytywnych przeżyć, silnych i różnorodnych uczuć, głębokiej satysfakcji i wzruszeń. Towarzyszenie dziecku od poczęcia jest rozwojowe dla każdego i dostarcza radości z dokonującego się wtedy własnego rozwoju. Wchodzimy bowiem nie tylko w przestrzeń nowych doświadczeń psychicznych i społecznych, ale też metafizycznych, duchowych. *Uczestnictwo w kreowaniu nowej osoby ludzkiej poprzez więź z nią niezmiernie ubogaca nasze wnętrza*⁷².

15. Edukacja prenatalna rodziców

W kontekście nasilającego się od kilkudziesięcioleci procesu „starzenia się” społeczeństw krajów rozwiniętych, wynikającego z obniżania się liczby rodzących się dzieci, coraz większego znaczenia nabierają wszelkie oddziaływania zmierzające do kształtowania motywacji do rodzicielstwa; ukazywania jego sensu i znaczenia jako szansy osobistego rozwoju; przygotowania, by nie budziło ono lęku; optymalizacji wczesnego rozwoju dziecka i procesu jego rodzenia się. Nie chodzi tu tylko o profilaktykę zgonów i zaburzeń, istotną szczególnie w sytuacji wymierania społeczeństw, ale też o *zapewnienie szczęśliwego dzieciństwa od poczęcia i szczęśliwego rodzicielstwa*.

Niestety, wzrastanie w rodzinie nuklearnej, brak młodszego rodzeństwa i doświadczeń opieki nad nim, brak możliwości kontaktu z małymi dziećmi we własnym dzieciństwie, ograniczone wzorce pełnienia ról rodzicielskich i możliwości zabaw identyfikacyjnych oraz zróżnicowanych płciowo zabaw w role – zmniejsza poczucie kompetencji rodzicielskich i powoduje niechęć do podjęcia tych ról oraz lęk przed dzieckiem. Stąd młodym ludziom, mniej obecnie dojrzałym i przygotowanym do podjęcia funkcji rodzicielskich, potrzebne są różne formy zdobywania wiedzy i umiejętności potrzebnych we właściwym przeżyciu ciąży i porodu oraz w pielęgnacji noworodka, *różne formy psychologiczno-pedagogicznego przygotowania do prokreacji*.

Wezwaniem dla rozwoju różnych form edukacji prenatalnej jest nie tylko deficyt wyniesionych z dzieciństwa wzorców zachowań na różnych etapach prokreacji, ale również obiektywna trudność w liczeniu na pomoc najbliższych. Zawodzi nie tylko intuicja rodzicielska, ale też dostępność bezpośredniej pomocy otoczenia. Zmiany społeczne w postaci migracji ludności, urbanizacji (powodującej np. konieczność

⁷¹ Pojawienie się dziecka sprzyja osobowej „ekspansji” rodziców, stawania się tym, kim jeszcze nie są, a mogą być.

⁷² Dla rodziców chrześcijańskich uzmysłowienie sobie faktu, że to nie tylko dziecko jest dla nich darem, ale też oni *są darem dla dziecka*, zastępują mu Boga na ziemi, stwarza im okazję do pracy nad sobą, by swoim stosunkiem do dziecka oraz względem siebie nawzajem, prezentować mu prawdziwy obraz Boga – Boga, który zawsze kocha nas i akceptuje bezwarunkowo.

pokonywania zwiększonych odległości, życie w małych, anonimowych mieszkaniach blokowych), atomizacji życia, uprzemysłowienia (rodzice poza domem przez większość dnia) spowodowały zerwanie więzi rodzinnych i międzypokoleniowych, a tym samym niedostateczne wsparcie ze strony innych osób oraz ceremonii, rytuałów, zwyczajów religijnych i obyczajowych, jak też nieumiejętność radzenia sobie z problemami, jakie niesie rodzicielstwo. Zadania, jakie stoją przed rodzicami (lub samotnym rodzicem) borykającymi się z trudami życia, przewyższają ich możliwości adaptacyjne i wywołują lęk przed dzieckiem, niedojrzałe formy reagowania w sytuacji poczęcia (np. aborcja), niewłaściwe postawy wobec procesów prokreacyjnych i dziecka.

Dlatego *ważnym jest wyjście naprzeciw dramatycznej potrzebie młodych ludzi*, którzy wchodząc w rodzicielstwo, mogą korzystać jedynie z archaicznej wiedzy dotyczącej „rozwoju ciąży” i przestarzałych postaw wobec niej i porodu pokolenia wychowanego na biologiczno-medycznym paradygmacie podejścia do prokreacji. Odwoływanie się do doświadczeń praktycznych pokolenia rodziców, których własne doświadczenia prokreacyjne były naznaczone zmedykalizowaniem ciąży i porodu, przedmiotowym traktowaniem kobiety ciężarnej, upowszechnieniem aborcji jako nic nie znaczącego zabiegu, szpitalnym porodem z oddzieleniem matki od dziecka i lekceważącym stosunkiem do naturalnego karmienia – nie jest właściwe.

Szczególnie teraz, gdy wiedza o życiu prenatalnym może być rodzicom udostępniana, gdy istnieją możliwości doświadczania rodzicielstwa od poczęcia, naturalnego i rodzinnego porodu oraz nawiązania nieprzerwanych bliskich relacji z dzieckiem od chwili jego urodzenia wraz z podjęciem karmienia piersią, tak ważne jest *włączenie się edukacji prenatalnej oraz różnych form kształcenia i wychowania dorosłych w tej dziedzinie*. Dla pokolenia młodych ludzi wychowanych „z kluczem na szyi” poziom ich funkcjonowania w roli rodzica dziecka prenatalnego zależy w dużym stopniu od jakości edukacji prenatalnej, od jakości dostarczanej im wiedzy i wzorów zachowań oraz od dostępności konkretnych form wsparcia w pełnieniu tej roli.

Ważne jest też *uzmysłowienie dorosłym potrzeby dokształcania i umotywowanie ich do wzbogacania swojego doświadczenia rodzicielskiego*. Niewątpliwie najlepszym czasem, gwarantującym gotowość do przyswojenia wiedzy i umiejętności jest okres planowania poczęcia, a zwłaszcza oczekiwania na urodzenie dziecka. Oczywiście *kształcenie i samokształcenie w tej dziedzinie ma również dla rodziców wartość wychowawczą*. Permanentne samokształcenie i kształcenie, samowychowanie i wychowanie podejmowane przez młodzież i dorosłych, aby coraz dojrzalej przeżywać wczesny etap rodzicielstwa i wywiązać się ze swojej funkcji rodzicielskiej powinno stać się priorytetem w rozwoju każdej młodej osoby⁷³.

⁷³ Ze względu na rozległość problematyki prokreacji w niniejszym rozdziale uwzględniono tylko niektóre jej aspekty i ograniczono się do zagadnień normy, nie podejmując problemów dylematów, sytuacji trudnych i niepowodzeń prokreacyjnych.

BIBLIOGRAFIA

- Augustyn J., *Integracja seksualna*, Kraków 1998.
- Augustyn J., *Wychowanie ku integracji seksualnej*, Kraków 1994.
- Balaska J., *Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia*, Warszawa 1997.
- Bartosz B., *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wrocław 2002.
- Bullinger H., *Mężczyzna czy ojciec?*, Warszawa 1997.
- Cerańska-Goszczyńska H., Maj-Pucek M., Oppenheim R., *Po porodzie... Karmienie piersią. Powrót płodności. Depresje i smutki poporodowe*, Gdańsk 1997.
- Chamberlain D., *Babies are not what we thought: call for a new paradigm*, „International Journal of Prenatal and Perinatal Studies” (1992) 4, s. 1-17.
- Chołuj I., *Poród w domu*, Warszawa 1992.
- Dobrowolska K.M., *Funkcjonowanie psychiczne małżeństw stosujących różne sposoby planowania rodziny*, „Naturalne Planowanie Rodziny” (1998) 6, s. 9-12.
- Dziewiecki M., *Cielesność, płciowość, seksualność*, Kielce 2000.
- Fijałkowski W., *Dar rodzenia*, Warszawa 1998.
- Fijałkowski W., *Ekologia rodziny. Ekologiczna odnowa prokreacji*, Kraków 2001.
- Fijałkowski W., *Niewykorzystany dar płci*, Kraków 1997.
- Fijałkowski W., *Ojcostwo na nowo odkryte*, Pelplin 1996.
- Fijałkowski W., *Rodzicielstwo w zgodzie z naturą. Ekologiczne spojrzenie na płciowość*, Poznań 1999.
- Fijałkowski W., *W szkole rodzenia... Odkrywanie radości rodzicielstwa*, Gdańsk 1996.
- Flanagan G.L., *9 pierwszych miesięcy życia*, Warszawa 1973.
- Frankl V.E., *Homo patiens*, Warszawa 1971.
- Kalus A., *Upragnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 201-211.
- Karpińska B., *Sztuka rodzenia*, Warszawa 1990.
- Kippley J., Kippley S., *Sztuka naturalnego planowania rodziny*, Warszawa 1987.
- Kitzinger S., *Karmienie piersią*, Warszawa 1988.
- Kitzinger S., *Rodzić w domu*, Warszawa 1995.
- Kornas-Biela D., *Czym jest naturalne planowanie rodziny*, w: *Człowiek – miłość – rodzina. Humanae Vitae po 30 latach*, red. J. Nagórny, K. Jeżyna, Lublin 1999, s. 161-180.
- Kornas-Biela D., *Doświadczenia rodziców – użytkowników wspomaganą prokreacji*, w: *Socjalizacja i wychowanie we współczesnych rodzinach polskich*, red. H. Cudak, Piotrków Trybunalski 2001, s. 324-342.
- Kornas-Biela D., *Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych*, w: *Oblicza dzieciństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2002, s. 225-252.
- Kornas-Biela D., *Edukacja prenatalna we współczesnym dyskursie humanistycznym*, w: *Pedagogika jako formacja intelektualna i refleksji we współczesnym dyskursie humanistycznym*, red. J. Gnitecki, Poznań 2005, s. 129-149.
- Kornas-Biela D., *Ekologia łączy ekologię świata: o nowy paradygmat w ekologii*, w: *Ekologia rodziny ludzkiej*, red. J. M. Dołęga, J. W. Czartoszewski, Olecko 2000, s. 99-116 (przedruk: „Naturalne Planowanie Rodziny” (2000) nr 6, s. 3-6, cz. I; (2001) nr 1, s. 6-8, cz. II).

Kornas-Biela D., *Kochać dziecko i towarzyszyć mu od poczęcia*, w: *O godność dziecka*, Gdańsk 2001, s. 285-297.

Kornas-Biela D., *Kontakt rodziców z dzieckiem przed urodzeniem*, w: *Najlepszy start dla twojego dziecka*, Warszawa 1995, s. 53-60.

Kornas-Biela D., *Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju*, w: *Problemy współczesnej psychologii*, red. A. Biela, Cz. Walesa, Lublin 1992, s. 237-309.

Kornas-Biela D., *Kształtowanie się zdolności słuchowych w prenatalnym okresie rozwoju dziecka*, „Opuscula Logopaedica”, in honorem Leonis Kaczmarek (1993), s. 143-158.

Kornas-Biela D., *Ku dojrzałemu przeżywaniu ludzkiej płciowości*, w: *Płciowość w kontekście miłości. Przesłanie moralne Kościoła*, red. J. Nagórny, M. Pokrywka, Lublin 2005, s. 223-267.

Kornas-Biela D., *Małoletnie ojcostwo*, w: *Oblicza ojcostwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001, s. 323-354.

Kornas-Biela D., *Najmłodsze dziecko w rodzinie*, w: *Rodzina. Myśl i działanie*, red. G. Soszyńska, Lublin 2004, s. 47-59.

Kornas-Biela D., *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 179-200.

Kornas-Biela D., *Obraz siebie i poczucie wsparcia społecznego u kobiet oczekujących urodzenia dziecka*, w: *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, red. E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela, Lublin 1992, s. 91-98.

Kornas-Biela D., *Okres prenatalny*, w: *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2004, s. 15-46.

Kornas-Biela D., *Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym*, w: *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, red. E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela, Lublin 1992, s. 61-74.

Kornas-Biela D., *Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu*, w: *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, red. E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela, Lublin 1992, s. 27-35.

Kornas-Biela D., *Psychogenne uwarunkowania rozwoju człowieka w okresie prenatalnym a dziecięce porażenie mózgowie*, w: *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*, red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova, Warszawa 1997, s. 86-99.

Kornas-Biela D., *Psychologiczne aspekty kryzysu ekologicznego w dziedzinie prokreacji*, „Ginekologia Polska” (1993), Suppl., s. 168-171.

Kornas-Biela D., *Psychologiczne aspekty naturalnego planowania rodziny*, w: *Naturalne planowanie rodziny. Podręcznik dla nauczycieli naturalnego planowania rodziny*, red. M. Troszyński, Warszawa 2005, s. 115-130.

Kornas-Biela D., *Psychologiczne konsekwencje aborcji u ojców*, w: *Międzynarodowy Kongres o Godność Ojcostwa*, Gdańsk 2000, s. 235-250.

Kornas-Biela D., *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*, Lublin 1996.

Kornas-Biela D., *Psychologiczne przyczyny rodzicielstwa młodocianych*, „Roczniki Nauk Społecznych” (1996) t. 24, z. 2, s. 125-148.

Kornas-Biela D., *Psychospołeczne konsekwencje rozwoju usług w zakresie diagnostyki prenatalnej*, „Ginekologia Polska” (1997) 68, 5b, s. 188-195.

- Kornas-Biela D., *Psychospołeczne przyczyny zaniku naturalnego karmienia niemowląt*, „Roczniki Nauk Społecznych” (1991/1992) t. 19-20, z. 2, s. 59-73.
- Kornas-Biela D., *Rodzice wobec diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka. Doświadczenia rodziców, pomoc profesjonalistów*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001, s. 459-477.
- Kornas-Biela D., *Rodzina w opinii młodego pokolenia Polaków*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 2001, s. 109-134.
- Kornas-Biela D., *Rodzinne uwarunkowania aktywności seksualnej nastolatków*, w: *Problemy współczesnej rodziny w Polsce*, red. H. Cudak, Piotrków Trybunalski 1998, s. 230-247.
- Kornas-Biela D., *Tragiczne macierzyństwo: psychospołeczny kontekst dzieciobójstwa*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 317-335.
- Kornas-Biela D., *Wokół początku życia ludzkiego*, Warszawa 2002.
- Kornas-Biela D., *Z zagadnień psychologii prenatalnej*, w: *W imieniu dziecka poczętego*, red. J. W. Gałkowski, J. Gula, Rzym – Lublin 1991, s. 25-51.
- Kornas-Biela D., *Z zagadnień psychologii rodziny w okresie ciąży*, w: *Rodzina i prokreacja*, red. B. Chazan, Warszawa 1995, s. 37-52.
- Kornas-Biela D., *Zadania rodziny i szkoły w wychowaniu do integralnego przeżywania ludzkiej płciowości*, „Folia Pomeraniae” (1997) 2 (2), s. 75-87.
- Kornas-Biela D., *Zagrożenia rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia*, w: *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian*, red. B. Balcerzak-Paradowska, Warszawa 1999, s. 158-177.
- Kornas-Biela D., *Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją*, w: *Oblicza macierzyństwa*, red. D. Kornas-Biela, Lublin 1999, s. 213-240.
- Krupa M., *Jesteś całym moim światem. O ciąży, porodzie i małym dziecku*, Warszawa 1997.
- Leboyer F., *Narodziny bez przemocy*, Warszawa 1986.
- Mały Słownik Języka Polskiego*, red. E. Sobol, Warszawa 1993.
- Maurer D., Maurer Ch., *Świat noworodka*, Warszawa 1994.
- Meissner K., *Płciowość człowieka w kontekście wychowania osoby ludzkiej*, Poznań 2000.
- Mierzwiński B., *Mężczyzna istota nieznaną*, Warszawa 1999.
- Mikiel-Kostyra K., *Jak karmić piersią*, Warszawa 1992.
- Missner K., *Płciowość i czystość*, Poznań 2005.
- Motyka M., *Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie*, w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, red. I. Heszen-Niejodek, Warszawa 1990, s. 143-158.
- Nilsson I., Hamberger L., *Rodzi się dziecko*, Warszawa 1995.
- Nilsson L., Ingelman-Sundberg A., Wirsén C., *Życie przed narodzeniem*, Warszawa 1985.
- Obuchowska I., *Adolescencja*, w: *Psychologia rozwoju człowieka*, red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała, Warszawa 2004.
- Odent M., *Odrodzone narodziny. Czym poród może i powinien być*, Warszawa 1997.
- Ponzetti J.J., Hoefler S., *Natural family planning*, „Family and Community Health” (1988) 11 (2), s. 36-48.
- Poreba P., *Psychologiczne uwarunkowania życia rodzinnego*, Warszawa 1981, s. 23-24.
- Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia*, red. W. Fijałkowski, Warszawa 1989.
- Poród wydarzeniem rodzinnym. Materiały z konferencji*, Warszawa 1995.
- Pośpiech P., *Reakcje psychoseksualne kobiet po przebytej operacji usunięcia macicy z przydatkami lub bez przydatków*, „Problemy Lekarskie” (1993) 32 (3-4), s. 469-474.

- Raith E., Frank P., Freundl G., *Naturalne metody planowania rodziny*, Warszawa 1997.
- Relier J.P., *Pokochać je nim się narodzi*, Warszawa 1994.
- Renfiew M., Fisher Ch, Arms S., *Piersią najlepiej*, Warszawa 1994.
- Rugh R., Shettles L.B., *Od poczęcia do narodzin*, Warszawa 1988.
- Sęk H., *Psychologiczne problemy ginekologii i położnictwa*, w: *Psychologia lekarska*, red. M. Jarosz, Warszawa 1983, s. 398-411.
- Sidor B., *Trudności przeżywane przez rodzinę dziecka z niepełnosprawnością umysłową*, w: *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości*, dz. cyt., s. 393-405.
- Sikorski M., Sikorska A., *Percepcja prenatalna w świetle ekologii prokreacji*, „Ginekologia Polska” (1997) 68 (5b), s. 160-163.
- Sioda T., *Karmienie piersią*, Warszawa 1989.
- Summersgill P., *Rodzacy mężczyzna, czyli odwet odepchniętych ojców*, w: *Praktyka położnicza*, red. J. Aleksander, V. Levy, S. Roch, Warszawa 1995, s. 110-128.
- Szczawińska M., *Razem czy osobno? Poród rodzinny*, Kraków 2000.
- Szczepanowicz M., *Miłość możliwa jest*, Kraków 1992.
- Sztuka karmienia piersią*, Poznań 1997.
- Vaughan Ch., *Jak zaczyna się życie czyli 9 miesięcy w łonie matki*, Warszawa 1997.
- Wojtyła K., *Miłość i odpowiedzialność*, Lublin 1986.