

Odpowiedzialni za życie i miłość

Materiały z sesji naukowej
zorganizowanej przez Duszpasterstwo Rodzin
Diecezji Bielsko-Żywieckiej

Redaktor
ks. Eugeniusz Burzyk



Projekt okładki
Piotr Czadankiewicz

Opracowanie graficzne
i skład komputerowy



Bielsko-Biała 1996

ISBN 83-905083-6-2

DIAGNOSTYKA PRENATALNA

Dr Dorota Kornas-Biela

Tematem mojego wystąpienia jest problematyka diagnostyki prenatalnej, którą pragnę ukazać w szerszym kontekście prokreacji oraz naszego stosunku do siebie samych, jako do istot płciowych i prokreacyjnych. Obecnie obserwujemy na całym świecie wzrost liczby dzieci, które rodzą się z różnego rodzaju wadami. Statystyki podają, że około 3% dzieci rodzi się z ciężkimi wadami, natomiast 10% okazuje się w rozwoju niepełnosprawnymi, przewlekłe chorymi czy też dziećmi o zaburzonym rozwoju. Przyczyny takiego stanu rzeczy sięgają okresów przed poczęciem, między poczęciem a porodem, jak również samego porodu. Okresy przedurodzeniowy i okołoporodowy są bardzo istotne dla późniejszego rozwoju człowieka, stąd ich szczególna ważność w profilaktyce chorób i wad wrodzonych.

Nie można mówić o profilaktyce zdrowia pomijając ochronę środowiska i przyrody. Od pewnego czasu wszyscy żyjemy w atmosferze haseł ekologicznych. Zwracamy coraz większą uwagę na ochronę naszych wód, powietrza, fauny i flory, natomiast znacznie rzadziej mówimy o ochronie najbliższego środowiska człowieka. Zapominamy również, że człowiek jest najważniejszym elementem tego środowiska, że przede wszystkim on sam powinien podlegać ochronie. Jeżeli już natomiast mówimy o ochronie środowiska, jakim jest ciało człowieka: mężczyzny, kobiety, to najczęściej zwracamy uwagę na to,

aby się zdrowo odżywiać, by noszone przez nas ubrania i obuwie oraz używane kosmetyki i środki czyszczące wykonane były z produktów naturalnych, tzw. ekologicznych. Pomijamy jednak to, co stanowi psychofizyczny element struktury człowieka, a mianowicie jego sferę płciową i prokreacyjną. A przecież w każdej komórce naszego ciała wpisany jest fakt, że jesteśmy istotami płciowymi - mężczyzną lub kobietą. Stąd też bardzo ważną rzeczą jest ochrona sfery płciowej, a więc potencjalnie prokreacyjnej. Degradacja środowiska fizycznego może uszkodzić tę sferę powodując np. niepłodność, komplikacje w ciąży lub wady wrodzone.

Zapewne wielu z państwa zadaje sobie w tej chwili pytanie: - coż ja mogę zrobić, żeby urodzić zdrowe dziecko? Niestety, stosunkowo niewiele wobec tego, co nam każdego dnia zagraża z powodu zanieczyszczenia środowiska naturalnego. Jednak zbyt mało zdajemy sobie sprawę z najważniejszego skażenia, jakim jest skażenie mentalności współczesnego człowieka. Chodzi tu przede wszystkim o zmedykalizowanie sfery prokreacji. Już w tę chwilę, najbardziej intymną, która została zastrzeżona dla najściślejszego i wyłącznego związku między mężczyzną a kobietą wkracza obcy człowiek - lekarz, wprowadzając różnego typu blokady w postaci środków przeciwpocząciowych, sterylizacji lub ułatwień dla sztucznego poczynania życia ludzkiego.

Zmedykalizowanie okresu ciąży doprowadziło do tego, że jest on traktowany jak proces нефизjologiczny, zaś kobieta przez sam fakt poczęcia dziecka staje się pacjentką. To bowiem lekarz, a nie kobieta, diagnozuje, że zaistniał stan ciąży. To lekarz zakłada „kartę ciąży”, monitoruje jej przebieg, ustala wysokość, wiek, prawidłowe położenie, itp. Kobieta zobowią-

zana jest do poddania się przeróżnym badaniom lekarskim, do składania wielu wizyt w specjalistycznych gabinetach i laboratoriach. Wszystko to prowadzi ostatecznie do hospitalizacji porodu, do tego, że jego naturalny przebieg zaburza interwencja farmakologiczna (stosowanie środków uśmierzających ból, znieczulających, przyspieszających akcję porodową) lub chirurgiczna (np. cesarskie cięcie). Poród w tych warunkach zostaje pozbawiony wzniosłych uczuć, najczulszych wzruszeń i uniesień, których normalnie dostarcza to szczytowe przeżycie macierzyńskie. Powstaje więc pytanie, czy dziecko, które poczęło się w intymnym kontakcie dwojga osób nie powinno rodzić się w warunkach intymnych i rodzinnych?

Powyższa sytuacja jest w stosunku do człowieka nieekologiczna i niemoralna, ponieważ jedno z najważniejszych wydarzeń w życiu kobiety i mężczyzny zostaje odarte z prywatności i intymności. W takim właśnie kontekście trzeba patrzeć na problemy ekologii. Ekologia jako nauka wywodzi swą nazwę ze słowa „ojkos”, a to znaczy „dom”. Zapominamy, że pierwszym domem człowieka jest właśnie środowisko życia w łonie matki. Łono matki to nasz pierwszy dom. Bardzo ważne, aby ten dom, w którym dokonuje się cud życia, w którym przez pierwsze dziewięć miesięcy kształtują się zręby nie tylko zdrowia fizycznego, ale również osobowości człowieka, mające wpływ na późniejsze dorosłe życie, był po prostu uszanowany. Łono zniszczone przez choroby przekazywane drogą płciową, antykoncepcję i aborcję oraz sztuczne próby wzbudzania życia nie stanowi życiodajnego środowiska dla rozwoju dziecka. W związku z tym troska o prawidłową budowę, funkcjonowanie i atmosferę prenatalnego środowiska życia dziecka jest jednym z najważniejszych zadań ekologicznych.

Skażenie mentalności dotyczącej dziedziny prokreacji wyraża się również w stosowanej terminologii. Najczęściej mówimy o ciąży, a nie o dziecku, zapominając, że ciąża to stan kobiety, który umożliwi rozwój dziecka, natomiast podmiotem tej sytuacji jest dziecko. Kobieta nie byłaby w ciąży, gdyby wcześniej nie poczęło się dziecko. To przecież ono wywołuje w kobiecie stan zwany ciążą. Właśnie z powodu już żyjącego dziecka zwracamy uwagę na profilaktykę i ochronę tego okresu w życiu jego matki. Ciąża nie jest stanem, w którym rodzice mogą zdecydować o jego kontynuowaniu lub przerwaniu, nie biorąc pod uwagę faktu, że oznacza to realne unicestwienie rozwijającego się życia. Dziecko ma rodziców już od momentu poczęcia, dlatego nie może być przez nich adoptowane dopiero po porodzie, a przedtem być sierotą przez dziewięć miesięcy.

Jeżeli mówimy o higienie okresu ciąży i zabezpieczeniu jej prawidłowego rozwoju, to najczęściej oznacza to troskę, by do dziecka dotarły tlen, witaminy, minerały, przestrzegamy matkę przed nikotyną, alkoholem, używkami, natomiast nie bardzo interesuje nas stan psychiczny matki i dziecka. Daleko odeszliśmy od wiedzy ludzi minionych epok, a nawet jeszcze naszych własnych babek, które bardzo dbały o swój pozytywny stan ducha i miały jakieś intuicyjne poczucie związku pomiędzy stanem psychicznym matki a dziecka w tym okresie.

Analiza bogatej literatury zagranicznej dotyczącej wpływu skażeń środowiska zewnętrznego oraz czynników psychicznych na rozwój dziecka przed urodzeniem, jak też statystyk dotyczących różnych nieprawidłowości wrodzonych, zwłaszcza na Śląsku, gdzie jest największe skażenie środowiska, pozwala na wysunięcie wniosku, że taki sam efekt wy-

wołują szkodliwe czynniki fizyczne jak i psychiczne: zarówno jedne jak i drugie mogą powodować stan klęski ekologicznej w łonie matki. O ile na Śląsku statystycznie częściej mamy do czynienia z niepłodnością, samoistnymi poronieniami, rodzeniem dzieci martwych i wcześniaczych, śmiertelnością noworodków, zachorowaniami w okresie niemowlęcym, zwiększoną liczbą dzieci z wadami rozwojowymi itd., o tyle te same konsekwencje, udokumentowane naukowo, występują jako skutek działania stresu. Szczególnie stres długotrwały, związany z niezaspokojeniem podstawowych potrzeb psychicznych kobiety (potrzeby bezpieczeństwa, akceptacji i miłości), powoduje, że częściej rodzi ona samoistnie, rodzi dzieci z wadami, wcześniacze, niesprawne, częściej chorujące, a nawet martwe. Okazuje się, że klęska ekologiczna dotyczy nie tylko naszych miast, wsi czy środowiska zewnętrznego, ale również łona kobiety. Ta klęska może być spowodowana zarówno tytoniem, alkoholem, narkotykami, nieprawidłowym odżywianiem itp., jak i silnym napięciem psychicznym matki, jej lękami lub negatywnymi uczuciami, (np. wrogości, złości, depresji), a taki stan jest najczęściej wywołany nieprawidłowym stosunkiem otoczenia, przede wszystkim najbliższych, do kobiety oczekującej urodzenia dziecka. Może więc być ono w stanie klęski ekologicznej także wtedy, gdy atmosfera wokół matki nie sprzyja jego rozwojowi.

Treścią tego wykładu jest diagnostyka prenatalna i niebezpieczeństwa, jakie ze sobą niesie. Ostatnio często lansuje się poglądy, że diagnostyka prenatalna doprowadzi do tego, że będą się rodziły tylko zdrowe dzieci. Jest to oczywiście nierealne marzenie, gdyż wszelkie diagnozowanie stanu zdrowia dziecka przed urodzeniem ma ograniczony zakres. Rozpatrując

ten problem trzeba zacząć od analizy psychospołecznej sytuacji kobiety mającej urodzić dziecko. Kiedyś stan ciąży zwany był stanem błogosławionym i rzeczywiście tak był traktowany. Pewne obawy o to, czy dziecko urodzi się zdrowe, uznawano za naturalną reakcję rodziców oczekujących czegoś niezanego. Normalny dla tego okresu niepokój o przebieg ciąży, porodu oraz zdrowie dziecka redukowano przez różne formy wsparcia społecznego, przestrzeganie zwyczajów i odniesienie tego doświadczenia do Boga. Spojrzenie na czekającą rzeczywistość w perspektywie wiary budziło nadzieję, że wszystko ułoży się jak najlepiej, a jeśli zdarzy się coś niepomyślnego, to jest w tym głęboki sens. Człowiek współczesny - odrzucając religię i nadprzyrodzony wymiar życia - stoi bezradny wobec cierpienia, choroby i śmierci. Jednocześnie wmawia sobie, że jest Panem swojego losu i może kontrolować wszystko, co mu się w życiu zdarza. Dlatego też sięga po diagnostykę prenatalną w nadziei, że jest to narzędzie, które umożliwi mu kontrolę nad jakością jego prokreacji. Już nie modlitwa, zawierzenie Opatrzności, rozmowy z najbliższymi czy śpiewanie i przemawianie do dziecka daje kobiecie uspokojenie, ale diagnoza lekarska w oparciu o różne badania. Każdy najmniejszy niepokój rozwiązywany jest przy pomocy lekarza, a nie zdrowego rozsądku i bliskich. Jest przecież rzeczą normalną, że przed urodzeniem dziecka rodzice zadają sobie wiele pytań: kiedy ono się urodzi, czy będzie zdrowe, chore, jak przebiegać będzie jego rozwój, jakie będzie miało zdolności, co w życiu osiągnie itd. Jeśli kobieta przeżywa ten okres trochę mocniej, to trzeba ją po prostu wysłuchać. To słuchanie, bycie z nią, bycie przy niej, zmniejsza jej lęki i napięcia.

Druga sprawa, na którą pragnę zwrócić uwagę to dostępność diagnostyki prenatalnej. Dostępność usług medycznych to niewątpliwie wielki ich walor, jednak w tym przypadku ogromna dostępność, zwłaszcza badań USG, indukuje powszechny lęk przed urodzeniem dziecka chorego. Na przestrzeni ostatnich lat, równoległe do rozwoju usług prenatalnych, obserwuje się u kobiet wzrost lęku przed urodzeniem dziecka z wadą. Organizowanie i reklamowanie badań prenatalnych kreuje nowe wzorce zachowywania się w okresie ciąży, tworzy swego rodzaju modę. Dostarcza bowiem modelu postępowania „nowoczesnej kobiety”, która korzysta z najnowszych osiągnięć techniki, również w tym zakresie. Poza tym dostępność diagnostyki prenatalnej stwarza poczucie powinności korzystania z jej możliwości. Kobiecie wydaje się, że aby być dobrą matką musi wziąć udział w badaniach, bo jeżeli się „nie sprawdzi” i nie podda tym badaniom, to spotka ją coś fatalnego. Zmniejsza się w ten sposób jej poczucie kompetencji rodzicielskiej i macierzyńskiej, aż w końcu przestaje wierzyć, że może urodzić zdrowe dziecko. Zmedykalizowanie okresu ciąży, tłumi atmosferę radości, spokoju i wzniosłego napięcia, która powinna jej wtedy towarzyszyć. Przeciwnie, stwarza nacisk społeczny w kierunku sprawdzenia dziecka, czy spełnia kryteria rodziców. Zamiast więc wspierać kobietę w poczuciu, że na pewno da sobie radę, jest i będzie świetną mamą, spełni swoje zadania, a my jej w tym pomożemy, to utwierdza się ją w przekonaniu, że jej ciało może wydać na świat niezdrowe dziecko. Zmniejsza się tym samym zaufanie kobiety do siebie samej.

Istnieje grupa kobiet o tzw. „zwiększonym ryzyku genetycznym” nazywana czasem „matkami starszymi”. Tak okre-

śla się kobiety po 35 roku życia. W innych krajach są tak określane już nawet kobiety w 32 roku życia: im diagnostyka prenatalna jest w danym kraju rozwinięta, tym niższy „wiek ryzyka”, gdyż tym więcej kobiet można objąć badaniami. W tej grupie kobiet ryzyko urodzenia dziecka z chorobą wrodzoną jest wyższe niż populacyjne, ale rzeczywiście niskie, np. kobieta w wieku czterdziestu lat w wyniku badania amniocentycznego ma większe ryzyko poronienia niż urodzenia dziecka niepełnosprawnego. A tylko to badanie jest miarodajne w rozstrzygnięciu, czy dziecko jest obciążone chorobą Downa.

Następna grupa kobiet z „ryzykiem genetycznym” to kobiety, u których istnieją podstawy do przypuszczenia, że dziecko może rozwijać się nieprawidłowo, gdyż doświadczyły one uprzednio niepowodzeń prokreacyjnych (śmierć dziecka, martwe porody, samoistne poronienia, niepłodność), mają już dziecko chore lub niepełnosprawne, albo też ktoś z bliskiej rodziny ma podobne problemy. W wyniku porady genetycznej dochodzi do ustalenia rodzaju choroby, co do której istnieje zwiększone ryzyko ujawnienia się jej u potomstwa oraz wysokości tego ryzyka. Diagnoza o ryzyku genetycznym wywołuje w rodzinie panikę - jedni rezygnują z dalszej prokreacji, inni godzą się na nią z uwzględnieniem diagnostyki prenatalnej i selektywnej aborcji w sytuacji wystąpienia u dziecka wady rozwojowej. Kiedy kobieta z ryzykiem genetycznym stwierdza poczęcie dziecka, to najpierw udaje się na badania prenatalne, a potem decyduje, czy to dziecko urodzi. Wynik badania wykluczający chorobę dziecka jest dla niego „paszportem” wyrażającym zgodę rodziców na urodzenie się. Między poczęciem a diagnozą o stanie zdrowia dziecka matka robi wszystko, żeby się do niego nie przywiązać, tworzy pewną

barierę psychiczną między nią a dzieckiem, co powoduje blok w przepływie informacji uczuciowych do dziecka. Zdarza się czasem, że kobieta zachodzi w ciążę „na próbę”, nawet 5 - 7 razy. Czeka do 4 czy 5 miesiąca, czy lekarz nie stwierdzi jakiejś wady. Jeżeli okaże się, że dziecko jest chore, to „usuwa” je, by po jakimś czasie znowu począć następne dziecko, skorzystać z badań i selektywnej aborcji itd. Są to tzw. „ciąże na próbę”. Co to oznacza dla całej rodziny, a przede wszystkim dla tej kobiety w sensie psychologicznym i moralnym, to możemy sobie wszyscy bez trudu wyobrazić. Cały okres ciąży jest wtedy jakby czasem żałoby, ponieważ kobieta obawia się, że znowu po następnym badaniu prenatalnym stanie w sytuacji decyzji o pozbyciu się chorego dziecka. Taki stan psychiczny, jak potwierdza współczesna literatura psychologiczna, może wpłynąć na to, że wady rozwojowe mogą wystąpić nawet wtedy, gdy przedtem ich nie było. Trzeba zwrócić uwagę także i na to, jak dramatyczne są to przeżycia. Kiedy lekarz stwierdza poczęcie dziecka u kobiety z ryzykiem genetycznym, wysyła ją na badania, kiedy ona oczekuje na nie nieraz przez wiele tygodni i im się poddaje, kiedy podejmuje decyzję o usunięciu dziecka, gdy wreszcie poddaje się selektywnej aborcji. Przez cały ten czas pozostaje sama, ze swymi lękami, niepokojem, napięciem, nikt się nią nie interesuje - nie ma bowiem żadnych usług medycznych, psychologicznych, pedagogicznych, duszpasterskich, społecznych, które służyłyby pomocą rodzinie w takiej sytuacji.

Rozwój diagnostyki prenatalnej jest niewyobrażalny, ale i niewyobrażalne jest cierpienie kobiet, które weszły w cykl: poczęcie - badanie prenatalne - aborcja selektywna. W Polsce codziennie dokonuje się wielu aborcji selektywnych. Te kil-

kumiesięczne dzieci po prostu giną w wyniku tzw. „przyspieszonych porodów”. Od strony psychologicznej jest to sytuacja dramatyczna. Trzeba przyznać, że na Zachodzie jest bardziej pozytywny stosunek do osób niepełnosprawnych. Udziela się im większej pomocy, jest więcej instytucji, które się nimi zajmują. Istnieje tam adopcja dzieci niepełnosprawnych i upośledzonych, są więc realne podstawy dla wybrania opcji rodzenia dziecka niepełnosprawnego. Natomiast w Polsce, na tysiące robionych amniocentyz decyzje o urodzeniu dziecka z chorobą lub wadą wrodzoną podejmowane są bardzo rzadko (pojedyncze przypadki, częściej wtedy, gdy istnieje pewność, że ze względu na rodzaj choroby dziecko po urodzeniu nie będzie długo żyło). Natomiast prawie wszyscy rodzice decydują się na aborcję dziecka niepełnosprawnego. Nie łudźmy się więc, że badanie prenatalne pozwala między innymi przygotować się na urodzenie dziecka chorego. Na dzień dzisiejszy jest to tylko marzenie.

Kobieta w czasie ciąży jest bardzo podatna na sugestie lekarza, na to, co on mówi i w jaki sposób przedstawia jej wyniki badań. Zastanawia się, czy lekarz czegoś nie przemilczał, w jakiej kolejności mówił, co akcentował oraz jakie on sam ma przekonania w zaistniałej sytuacji. Mówi się, że lekarz udziela porady „niedyrektywnej”, bo niczego nie wymusza, nie narzuca, ale przecież nawet przez dobór słów, mimikę, gesty czy intonację głosu sugeruje wybór. Zresztą stosowana terminologia sprzyja „usuwaniu” tych dzieci. Zauważmy, że często mówimy o ryzyku urodzenia dziecka chorego (najczęściej małym 1-5%), a nie o szansie urodzenia dziecka zdrowego (przemilczamy pozostałe 95%). Akcentujemy ryzyko - i to jest przejaw dyrektywności, bo w ten sposób mode-

lujemy postawę ucieczki przed ryzykiem - w aborcję selektywną. Ryzyko oznacza bowiem coś, co nam grozi, jest niepożądane, przed czym należy się ustrzec.

W literaturze, która narosła wokół diagnostyki prenatalnej, możecie państwo spotkać bardzo dużo terminów, które wprowadzają zamęt. Mówi się np. że diagnostyka prenatalna pozwala na prewencję wad w populacji, a przecież te wady już wystąpiły, bo nie urodzone dziecko też należy do populacji ludzkiej. Jedyne, na co nam „pozwala”, to na szybkie ich usunięcie, by nie pogorszył się wskaźnik zdrowotności społeczeństwa. Te dzieci giną w wyniku zwykłego zabiegu aborcyjnego lub tzw. przyspieszonego porodu, dlatego są poza statystyką. Jeżeli zaś urodziłyby się chore, niesprawne, to część z nich umarłaby w okresie dzieciństwa, co pogorszyłoby dane liczbowe wskazujące na kondycję zdrowotną społeczeństwa. W taki sposób „zapobiega się” wadom w populacji: przez ich dość wczesne usuwanie wraz z chorymi.

Mówi się też o tym, że diagnostyka prenatalna usuwa szkodliwe geny z populacji. Jest to nieprawda, bo przecież każdy z nas nosi jakieś szkodliwe geny, a które z nich zostaną uznane za szkodliwe, to tylko sprawa odpowiednio przyjętych kryteriów, które coraz bardziej się zawężają. Stawiamy bowiem coraz więcej warunków, którym człowiek musi sprostać, by mógł żyć. Trzeba sobie szczerze powiedzieć, że idea aborcji selektywnej prostą drogą prowadzi do eutanazji. Jeżeli nie mają prawa żyć dzieci chore, to powstaje pytanie, czy mają prawo żyć osoby niepełnosprawne, chore psychicznie, stare i zniedołężniałe? Tak trudno jest tworzyć pozytywne postawy wobec osób niepełnosprawnych, gdyż nie ma bezwzględnie pozytywnej postawy wobec dziecka przed urodze-

niem. Ze względu na ciągły wzrost możliwości diagnostyki prenatalnej w zakresie wykrywania różnych cech człowieka (np. grupy krwi) lub wad (teoretycznie ok. 5 tys. chorób wrodzonych może być wykrytych w zarodkach ludzkich) powstaje pytanie, kto jest powołany do ustalenia, które wady i choroby są ciężkie, przed którymi należy się bronić, jakim sposobem i za jaką cenę (aspekt ekonomiczny i moralny). Dla jednych rodziców ciężką wadą będzie upośledzenie umysłowe, dla drugich wada serca, która może być leczona itp. Rodzice zawsze mogą powiedzieć: „- Ja nie mam na to ochoty. My chcemy dziecko zdrowe, chorym nie będziemy się zajmować!”. Jednym słowem, wszystkie choroby, które można prenatalnie zdiagnozować i potem leczyć, mogą być podstawą do usuwania dzieci nimi zagrożonych, tylko dlatego, że rodzice nie mają ochoty na to, by dziecko po urodzeniu poddać leczeniu lub rehabilitacji.

W związku z powyższym powstaje wiele trudnych pytań, np. do czego zobowiązuje miłość rodzicielska i macierzyńska, która powinna być miłością bezwarunkową, bezgraniczną i zdolną do poświęceń?; czy należy kochać dzieci chore czy tylko zdrowe?; czy wtedy, kiedy wada była niediagnozowalna w okresie prenatalnego rozwoju rodzice mogą pozbawić dziecko życia już po urodzeniu? Trzeba wreszcie zapytać, czy rodzice mają prawo kochać dzieci miłością warunkową? Trudno wychować dzieci w miłości do nas dorosłych, zwłaszcza do ludzi starych, ułomnych, bezradnych, wymagających pomocy i opieki, jeśli my możemy kochać je tylko pod pewnym warunkiem, tylko wtedy, gdy spełnią określone wymogi zdrowia. Jak wychować dzieci, które wiedzą, że urodziły się tylko dlatego, że udało się im być zdrowymi, a więc spełniały

określone kryteria, ale miały jedno, dwoje czy nawet więcej rodzeństwa, które nie żyje z woli rodziców tylko dlatego, że było chore. Wtedy w okresie dorastania powstaje szereg dramatycznych pytań i wątpliwości. Dla młodego człowieka, kiedy kształtuje się jego poczucie tożsamości i własnej wartości, jest rzeczą ważną, czy rodzice kochają go w sposób bezwarunkowy. Miłość rodziców zdolna do największych poświęceń na jego rzecz, daje mu poczucie bezpieczeństwa, oparcia, nadzieję na przyszłość; pozwala na kształtowanie się zdrowej koncepcji siebie, wiary w sens życia i miłości.

Jest jeszcze aspekt moralny diagnostyki prenatalnej. Człowiek to nie tylko istota fizyczna, ale i duchowa. Ma swój światopogląd, religię, system wartości i norm moralnych. Nie można więc polecać diagnostyki prenatalnej, a potem ewentualnego „usuwania płodu”, osobie wierzącej. Jest to niemoralne, gdyż ściąga na nią cały cykl sytuacji stresowych związanych z konfliktem sumienia. Lekarz jest nieodpowiedzialny, jeśli sam będąc niewierzącym, proponuje osobie wierzącej „usunięcie” nie narodzonego dziecka. Nie mówiąc już o tym, że jeżeli takie dziecko jest chore, to właśnie ono jest pierwszym pacjentem, któremu lekarz powinien pomóc. Mamy bowiem wtedy sytuację, w której dwóch pacjentów wymaga pomocy: kobietę i dziecko. Mają oni równe prawo do życia. Nie może być tak, że życie jednego z nich poprawia się kosztem życia drugiego. Często rodzice decydujący się na aborcję selektywną argumentują swój wybór chęcią zapobieżenia cierpieniom dziecka. Twierdzą, że nie mogą dopuścić do tego, żeby się urodziło, gdyż wtedy cierpiałoby w przyszłości. W gruncie rzeczy chodzi tu o cierpienie rodziców, którzy projektują swój ból związany z posiadaniem dziecka niepeł-

nosprawnego na niego samego. Cierpienie osób chorych i kalekich jest sprawą dość trudną do przewidzenia. Wiele chorób czysto fizycznych można leczyć farmakologicznie i ból fizyczny może być łagodzony stosunkowo łatwo, szybciej niż ból psychiczny. Jednak cierpienie, które najbardziej dotyka człowieka niepełnosprawnego, nie jest natury fizycznej, ale psychicznej i wynika z odrzucenia przez otoczenie. A za to już my jesteśmy odpowiedzialni. Są tu na sali osoby, które pracują z niepełnosprawnymi, głęboko upośledzonymi i wiedzą doskonale, że te osoby można najłatwiej uszczęśliwić, gdyż ich potrzeby nie są rozbudzone. Jeżeli mają zaspokojone podstawowe potrzeby fizjologiczne; jeśli jest przy nich ktoś stały, ta sama bliska osoba na co dzień, dająca poczucie bezpieczeństwa; jeśli czują, że są kochane, przytulane i pieszczone - to zaspokojenie tych podstawowych potrzeb ludzkich daje im poczucie zadowolenia i radości z życia. Być może to dziecko leżące całe życie jest o wiele bardziej szczęśliwe niż nasz niejeden wybitnie zdolny nastolatek, który goni po świecie i szuka miłości, przyjaźni i wielu innych rzeczy, które ukazał się mu jako cenne, np. „urządzenie się”, sławę czy przyjemność zmysłową. A my nie możemy zapewnić mu szczęścia, kupując coraz to lepsze „zabawki” i „pocieszanki”. Poczucie szczęścia i cierpienia jest bardzo subiektywne. Nie można ratować kogoś przed cierpieniem i sugerować mu cierpienia w przyszłości tylko dlatego, że w gruncie rzeczy to my nie jesteśmy w stanie znieść w życiu cierpienia.

W tym miejscu pragnę podkreślić, że Kościół wyraża zgodę na diagnostykę prenatalną tylko wtedy, gdy służy ona leczeniu dziecka przed urodzeniem, zmniejszeniu jego cierpienia przez podawanie odpowiednich leków lub przygotowa-

niu natychmiastowej interwencji medycznej po urodzeniu. Jeżeli natomiast sama procedura diagnostyki prenatalnej lub jej konsekwencje zagrażają integralności, zdrowiu i życiu dziecka, to uważa się ją za niemoralną. Jeżeli więc intencją kobiety, jest to, by dzięki diagnostyce prenatalnej zdecydować o ewentualnym urodzeniu dziecka, jeżeli jest zdrowe lub skorzystanie z aborcji, jeżeli jest chore, to wtedy poddawanie się badaniom prenatalnym oceniane jest jako niemoralne, także w przypadku tych, którzy w nim uczestniczą i pomagają, czyli lekarzy, pielęgniarek i tych wszystkich, którzy za tym stoją, np. mąż, teściowa. Często jest to krąg kilku osób, tworzących „zespół proaborcyjny”, który kobiecie doradza, zarówno w sensie psychologicznym jak i moralnym. Jest to zło, którym każda z tych osób jest skażona.

Bardzo ważną rzeczą jest towarzyszenie kobiecie w podejmowaniu pozytywnej decyzji o urodzeniu dziecka, w przeżywaniu okresu przed urodzeniem i w pierwszych trudnych dniach po urodzeniu niepełnosprawnego dziecka. Ważne jest uczenie jej (np. w ramach szkoły rodzenia) osobistych kontaktów z dzieckiem. Jedną z form takiego kontaktu jest wizualizacja, która polega na tym, że jest się z dzieckiem w swoich fantazjach i marzeniach. Matka łączy się z nim wtedy bardzo blisko, bo przecież ono jest fizycznie i realnie przy niej i z nią. Trzeba również zwrócić uwagę na wypowiadanie pewnych afirmacji na rzecz dziecka, np. „kochamy cię, jesteś piękny i wspaniały”, „jakie piękne będzie życie z tobą, przyjmiemy cię i urodzimy”. Te wszystkie afirmacje wspierają dziecko w rozwoju, nawet upośledzonym. W tej sytuacji powinno stosować się także inne formy kontaktu z dzieckiem, takie jak śpiew, muzyka, utulanie, kołysanie, itp. Są to sposoby prena-

talnej stymulacji, które w wypadku dziecka niepełnosprawnego spełniają szczególnie ważną rolę. Dziecko potrzebuje przyjaznej atmosfery miłości już przed urodzeniem. Taka forma kontaktu z dzieckiem zapobiega też skutkom stresu, jaki kobieta wtedy przeżywa oraz stymuluje mózg dziecka do rozwoju. Fala fizyczna, jaką jest śpiew, muzyka czy głos ludzki oddziałuje na dojrzewanie układu nerwowego dziecka; jest to fakt naukowy. Poza tym komunikacja prenatalna z dzieckiem zwiększa satysfakcję rodziców z pełnionej roli, wzmacnia ich kompetencje i poczucie radzenia sobie w trudnej sytuacji.

To wszystko wymaga innego myślenia o dziecku przed urodzeniem, zmiany postaw i stereotypów dotyczących upośledzenia umysłowego lub innych niesprawności. Wymaga też zmiany terminologii, jaką się posługujemy, tak by nie raniła rodziców. Ogromnie ważne jest również to, by objąć opieką oboje rodziców. Jest to jedną z tragedii, że za niepełnosprawność dziecka oskarżana jest matka i tylko ona odpowiedzialna jest za jego wychowanie. To, że mamy właśnie takie dzieci niepełnosprawne a nie inne, tak rozwinięte psychicznie w swej niepełnosprawności, jest również skutkiem częstego braku ojca w ich wychowaniu.

Fundamentem przyjęcia dziecka niepełnosprawnego jest modlitwa rodzinna. Przecież to dziecko zostało pomyślane przez Boga, który ma w tym jakiś cel. Ten cel musimy starać się odczytać i to nie tylko w stosunku do dziecka, ale również w kontekście całej rodziny i otoczenia. Do tego potrzebna jest kontemplacja i modlitwa poparta pomocą i opieką duszpasterską w bardzo szerokim zakresie.

W wymiarze duszpasterskim bardzo ważne jest tworzenie w miastach, parafiach i dekanatach grup wsparcia dla rodzi-

ców, takich jak „Rodzice Rodzicom”, w ramach których rodzice dzieci chorych i niepełnosprawnych mogliby dzielić się swoimi doświadczeniami: „Mamy dziecko niepełnosprawne, przeżyliśmy to wszystko, daliśmy sobie z tym radę, cieszymy się, że mamy to dziecko i możemy pomagać innym w podobnej sytuacji”. Mogliby to być rodzice pilotujący innych rodziców, służący swym telefonem, mający „otwarty dom”, którzy zawsze byłiby gotowi udzielić rady czy duchowego wsparcia rodzicom załamany, najczęściej na początku drogi rozwoju z dzieckiem. Takie świadectwo osób, które to przeżywają na co dzień i dają sobie radę, jest przekonujące.

Diagnostyka prenatalna jest bardzo rozpowszechniona. W każdym mieście mamy wiele kobiet, które przeżywają dramat związany z wynikiem diagnozy prenatalnej. Zróbmy coś, żeby one wszystkie mogły się spotkać i o tym rozmawiać. Może część z nich wzajemnie się wesprze, by razem przetrwać ten trudny okres. Myślę, że jest to dla nas wyzwanie i odpowiedzialne zadanie, w realizacji którego trzeba całkowicie zawierzyć Bogu.

DYSKUSJA

Część 1

Ks. F. Płonka:

- Dlaczego Kościół zgodził się na badania prenatalne?

Ks. J. Nagórny:

- Istotą bioetyki, czyli etyki życia i zdrowia, jest poszukiwanie wszelkich dróg, godziwych moralnie, aby pomóc choremu człowiekowi. Papież Jan Paweł II w jednym ze swoich przemówień powiedział, że jeżeli diagnostyka prenatalna służy wykryciu choroby, którą można będzie leczyć - nawet jeśli teraz nie do końca znamy sposoby jej leczenia - to rozpoznając chorobę powoli, w miarę postępu medycyny może okazać się, że będziemy mogli ją leczyć. Z tym, że to zastrzeżenie, o którym Pani Doktor wcześniej powiedziała, jest jak najbardziej aktualne, gdyż badanie powinno być zawsze nastawione na terapię, nawet jeśli nie osiągnie się pożądanego rezultatu, bo przecież w ocenie etycznej działań medycznych liczy się nie tylko skutek. Jeśli lekarz uczynił wszystko, co możliwe i zarazem godziwe, to postąpił etycznie. Można więc powiedzieć, że jeżeli badanie nastawione jest na terapię - służy człowiekowi, także nie narodzonemu - to jest jednym z aktów jego akceptacji.

Ks. K. Kurek:

- W tym miejscu należy zwrócić uwagę na pewien grzech zaniedbania, który obarcza Kościół. Chodzi o działania dusz-

ców, takich jak „Rodzice Rodzicom”, w ramach których rodzice dzieci chorych i niepełnosprawnych mogliby dzielić się swoimi doświadczeniami: „Mamy dziecko niepełnosprawne, przeżyliśmy to wszystko, daliśmy sobie z tym radę, cieszymy się, że mamy to dziecko i możemy pomagać innym w podobnej sytuacji”. Mogliby to być rodzice pilotujący innych rodziców, służący swym telefonem, mający „otwarty dom”, którzy zawsze byliby gotowi udzielić rady czy duchowego wsparcia rodzicom załamany, najczęściej na początku drogi rozwoju z dzieckiem. Takie świadectwo osób, które to przeżywają na co dzień i dają sobie radę, jest przekonujące.

Diagnostyka prenatalna jest bardzo rozpowszechniona. W każdym mieście mamy wiele kobiet, które przeżywają dramat związany z wynikiem diagnozy prenatalnej. Zróbmy coś, żeby one wszystkie mogły się spotkać i o tym rozmawiać. Może część z nich wzajemnie się wesprze, by razem przetrwać ten trudny okres. Myślę, że jest to dla nas wyzwanie i odpowiedzialne zadanie, w realizacji którego trzeba całkowicie zawierzyć Bogu.

DYSKUSJA

Część 1

Ks. F. Płonka:

- Dlaczego Kościół zgodził się na badania prenatalne?

Ks. J. Nagórny:

- Istotą bioetyki, czyli etyki życia i zdrowia, jest poszukiwanie wszelkich dróg, godziwych moralnie, aby pomóc choremu człowiekowi. Papież Jan Paweł II w jednym ze swoich przemówień powiedział, że jeżeli diagnostyka prenatalna służy wykryciu choroby, którą można będzie leczyć - nawet jeśli teraz nie do końca znamy sposoby jej leczenia - to rozpoznając chorobę powoli, w miarę postępu medycyny może okazać się, że będziemy mogli ją leczyć. Z tym, że to zastrzeżenie, o którym Pani Doktor wcześniej powiedziała, jest jak najbardziej aktualne, gdyż badanie powinno być zawsze nastawione na terapię, nawet jeśli nie osiągnie się pożądanego rezultatu, bo przecież w ocenie etycznej działań medycznych liczy się nie tylko skutek. Jeśli lekarz uczynił wszystko, co możliwe i zarazem godziwe, to postąpił etycznie. Można więc powiedzieć, że jeżeli badanie nastawione jest na terapię - służy człowiekowi, także nie narodzonemu - to jest jednym z aktów jego akceptacji.

Ks. K. Kurek:

- W tym miejscu należy zwrócić uwagę na pewien grzech zaniedbania, który obarcza Kościół. Chodzi o działania dusz-

pasterzy, którzy przygotowują młodych ludzi do małżeństwa. Bardzo rzadko narzeczonym, którzy wybierają powołanie małżeńskie i rodzinne stawia się taki problem: - czy jeżeli tak się zdarzy, że 3 miesiące po ślubie twoja żona ulegnie wypadkowi, że nie będzie zdolna do gotowania, sprzątanía, do współżycia fizycznego - i to trzeba podkreślić - czy będziesz wracał z pracy przez 5, 10, 15, 20 lat, gotował, sprzątał, odnosił basen itd.? Kobiety zwykle mówią, że tak; mężczyźni czasem odpowiadają, że przecież są domy dla przewlekłe chorych! Dlaczego w okresie przygotowania do małżeństwa nie stawia się problemu cierpienia? Jak my będziemy realizować naszą postawę miłości, kiedy jedno z nas zachoruje, popsuje mu się charakter, jak to często się mówi?

Pytamy nowożeńców w dniu ślubu: - czy chcecie z miłością przyjąć i po katolicku wychować potomstwo, którym was Bóg obdarzy? I to jest wstęp do odpowiedzialnego rodzicielstwa, w tym pytaniu streszcza się całe rodzicielstwo. Trzeba jeszcze zapytać: - czy jeżeli tak ułoży się bieg waszego życia małżeńskiego i rodzinnego, że dziecko, którym was Bóg obdarzy będzie niepełnosprawne, czy wy je zaakceptujecie? Ktoś musi pierwszy postawić to pytanie. Bardzo często mówimy nowożeńcom, że życzymy im szczęścia, natomiast rzadko miłości - miłości prawdziwej.

Ks. J. Nagórny:

- Pragnę dodać jeszcze jedno zdanie. Jan Paweł II obok kryterium, o którym już wspomniałem wcześniej - kryterium terapeutycznego, postawił jeszcze kryterium fachowości. Działania prenatalne - związane z tak bardzo wrażliwym etapem rozwoju życia ludzkiego - nie mogą być prowadzone przez

wszystkich. Powinni wykonywać je lekarze odpowiednio przygotowani, albowiem zagrożenie ewentualną szkodą jest tak wielkie, że nie każdy tylko dlatego, że chce, może się nimi zajmować. Powinni to być lekarze o wysokiej klasie specjalizacji, rozumiejący szerszą perspektywę tego zagadnienia.

D. Kornas-Biela:

- Tego typu badania nie mogą być przeprowadzane jedynie dla zaspokojenia ciekawości rodziców czy wzrostu wiedzy medycznej, bo zawsze ich przedmiotem jest człowiek w okresie swego prenatalnego rozwoju. W związku z tym badania te nie mogą naruszać jego integralności, szkodzić jego zdrowiu, również w przyszłości. Trzeba przewidzieć, na ile badania w okresie prenatalnym mogą zaszkodzić dziecku w przyszłym życiu - postnatalnym. Jest to problem odpowiedzialności, o którym mówił Ksiądz Profesor oraz ryzyka związanego z tym badaniem, które powinno być mniejsze, niż przewidywalne korzyści.

Ks. K. Kurek:

- Patrząc od strony pastoralnej, poruszamy się na obrzeżach duszpasterstwa leczenia. Tam, gdzie będzie słabe duszpasterstwo leczenia, wszystkie te problemy moralne obciążą małżonków. Dlatego też niezwykle istotny jest integralny wymiar duszpasterstwa ogólnego. Jest to problem dla biskupów i tych, którzy kierują wydziałami duszpasterskimi w diecezjach. Musimy zdać sobie sprawę z tego, że zaniedbania na tym odcinku wpływają negatywnie na kondycję moralną wielu wiernych, a potem to już nie dotyczy tylko duszpasterstwa leczenia, ale problem przenosi się na pozostałe dziedziny duszpasterstwa.

D. Kornas-Biela:

- Przepraszam, ale chciałabym skierować jeszcze do książki „W imieniu dziecka poczętego” (p. red. J. W. Gałkowski, J. Gula, Rzym - Lublin 1991). Drugie, poszerzone wydanie tej książki zawiera wiele wypowiedzi Papieża w czasie konferencji naukowych z lekarzami, pielęgniarkami i położnymi oraz innych spotkań (Aneks I). Porusza problematykę eksperymentów genetycznych i biologicznych oraz związanych z nimi aspektów moralnych (Aneks II). Niestety, ta część książki, a wiem to z doświadczenia swoich studentów, nie jest czytana, ponieważ są to teksty trudniejsze. Myślę, że warto ją jednak przeczytać.

Ks. F. Płonka:

- Rzecz jest niemożliwa do zaakceptowania przez Kościół, jeżeli jest zła w sobie, np. antykoncepcja. Natomiast jeżeli rzecz nie jest zła w sobie, no to ze względu na pozytywną treść może być uznana, np. hipnoza. Zależy, co się „wkłada” w człowieka przez hipnozę, jakie treści.

Głos z sali:

- Chciałabym zapytać, jakie jest stanowisko Kościoła w sprawie adopcji? My, Polacy jeszcze nie umiemy zaakceptować wśród nas ludzi upośledzonych i niepełnosprawnych. Ale na Zachodzie jest trochę inaczej i te sprawy są rozwiązywane pozytywnie. Wiemy o tym, że są takie rodziny we Francji, które chciałyby adoptować dzieci niepełnosprawne w Polsce i przypuszczam, że robią to z całą miłością i odpowiedzialnością. Wiem, że napotykają na bardzo poważne przeszkody prawne. Przecież to, czy ktoś jest Polakiem czy Francuzem, to nie znaczy, że inaczej wychowuje dziecko!

Ks. J. Nagórny:

- Jesteśmy przybranymi dziećmi Boga. Bóg nas adoptował. To jest prawda o Bożym ojcostwie i Bogu, który nie pyta o narodowość, tylko wszystkich uznaje za swoje dzieci. Stąd rodzi się postawa rodziców chrześcijańskich, powiedziałbym nawet, że wszystkich ludzi dorosłych, katolików, ludzi ochrzczonych. Jesteśmy matkami i ojcami wszystkich dzieci, mimo że za swoje dzieci jesteśmy bardziej odpowiedzialni. Zobaczcie państwo, jaka to cudowna perspektywa, gdybyśmy tak w naszym społeczeństwie mieli poczucie odpowiedzialności za dzieci zaniedbane, osierocone - niczyje. Gdybyśmy wszyscy poczuli, że to są nasze dzieci. Adopcja jednak słusznie związana jest z pewnym porządkiem prawnym. Aby być obiektywnym, trzeba spojrzeć na ten problem z dwóch stron. Najpierw z punktu widzenia rodziców - najczęściej dotyczy to małżeństw bezdzietnych - którzy myślą mniej więcej w taki sposób: „chcemy mieć dziecko, nasze małżeństwo będzie w pełni się rozwijać i będzie głębsze, kiedy stanie się rodziną, gdy będzie w nim dziecko”. Jednak w pragnieniu dziecka może być ukryty fałsz, szczególnie wtedy, gdy jest ono traktowane, jako jeszcze jeden element „własności”, wyraz takiego konsumpcyjnego dobra, jak np. mieszkanie i inne rzeczy materialne. Istnieje wtedy niebezpieczeństwo, że adopcja ma na celu tylko zaspokojenie w rodzicach pragnienia „posiadania”. Natomiast z drugiej strony jest to zawsze dramat dziecka opuszczonego, zagubionego - sieroty bez rodziny. Ten dramat jest oskarżeniem dla nas wszystkich. I muszę powiedzieć, że kiedy przebywałem w Niemczech, skądinąd liberalnych, krytykowanych, to jednak tam w parafii, gdzie pracuję wakacyjnie (byłem już pięć razy w jednej parafii, więc dosyć dobrze znam środowisko) jest

znacznie więcej rodzin, które mają dzieci adoptowane, i to nie dlatego, że nie mają swoich dzieci: mają swoich dwoje i troje, a czwarte i piąte jest dzieckiem adoptowanym. Ktoś powie: dobrobyt. Nie, dobrobyt zamyka generalnie serce na drugiego człowieka, więc nie jest to kwestia dobrobytu. Zauważcie państwo, że to, co mówiliśmy na temat mentalności przeciw życiu, może także rzutować na perspektywę adopcji. Jeżeli ktoś jest w ogóle przeciwny temu, żeby przychodziło nowe pokolenie, przeciwko dziecku, no to też nie będzie za adopcją. Na tym polu nasza praca jest bardzo ważna, bardzo znacząca.

D. Kornas-Biela:

- Musimy sobie szczerze powiedzieć, że kiedy w Polsce mamy do czynienia z tzw. wczesną adopcją, to niestety dosyć często dziecko odbierane jest matce bezpośrednio po porodzie, tak żeby go nie widziała, nie karmiła piersią, nie pieściła, żeby się nie przywiązała i potem nie przeżywała bólu rozstania. Myślę, że w przypadku dzieci niepełnosprawnych jest to sytuacja bardzo niebezpieczna, gdyż rodzice powinni mieć możliwość decyzji o przyjęciu dziecka także po jego urodzeniu. Nie mamy prawa robić „gwałtu” na matce tylko dlatego, że z przyczyn być może od niej niezależnych nie może zdecydować się na przyjęcie dziecka. Podejmowanie w czasie ciąży decyzji o oddaniu dziecka jest stosunkowo częste. Jednak większość kobiet, zwłaszcza nieletnich dziewcząt, kiedy ma po porodzie możliwość przygarnięcia, przytulenia, a zwłaszcza nakarmienia dziecka piersią, kiedy to pulsujące, ciepłe ciało ma w swoich rękach, to wtedy zaczyna je kochać. A jeśli jeszcze np. dziadek przyjdzie i powie, że on nie odda wnuka, to sprawa jest załatwiona.

Rodzice mają pierwszeństwo i prawo do wychowywania swojego dziecka. W związku z tym matka powinna mieć okazję i szansę do nawiązania z dzieckiem pierwszego kontaktu. Jeżeli jest inaczej, jeśli matce zabiera się dziecko i nie pomaga rozbudzić w niej uczucia do dziecka, uważając, że ona już decyzję podjęła, to jest to niemoralne. Dotyczy to szczególnie dzieci niepełnosprawnych, po urodzeniu których matki przeżywają szok. Nawet ból ewentualnego rozstania w przyszłości nie jest tak straszny, jak świadomość, że „wydaliła coś z siebie”, coś takiego, co się nawet nie nadawało do wzięcia. Z psychologicznego punktu widzenia pozostaje świadomość, że to był „potwór”, coś „zdegenerowanego” - jeden wielki koszmar. Kobieta musi mieć szansę zobaczenia, nawiązania kontaktu i pokochania swojego dziecka, nawet jeżeli później miałyby oddać je do adopcji.

Pragnę zwrócić państwa uwagę także na to, że na Zachodzie są specjalne instytucje, które zajmują się adopcją dzieci niepełnosprawnych. W Stanach Zjednoczonych jest kilka prywatnych agencji adopcyjnych, które zajmują się dziećmi niepełnosprawnymi. Publikują one specjalne broszurki, w których są zdjęcia i historia życia dzieci czekających na adopcję. Kiedy przebywałam w tym kraju, to byłam w kilku rodzinach adoptujących takie dzieci. W większości rodziny te miały swoje własne dzieci, a mimo to adoptowały jeszcze dziecko niepełnosprawne: jedno, drugie, za dwa, trzy lata trzecie itd. Była wśród nich rodzina, która adoptowała szesnaścioro niepełnosprawnych dzieci. W tej rodzinie jest np. 70-letnia babcia z padaczką, która przez 68 lat była w zakładzie i dopiero na stare lata znalazła ludzi, którzy ją pokochali i przyjęli do swojego domu. Teraz już w swojej rodzinie przez całe dni kołysze i bawi małą, sparali-

zowaną i głuchą dziewczynkę. Głaszcze ją i pieści na swoich kolanach. W tym domu są osoby z wszelkimi rodzajami upośledzeń, w różnym wieku, jest to po prostu jedna, wielka rodzina, która wspólnie organizuje sobie życie pełne wzajemnej miłości.

To, co różni te rodziny od innych, to wiara w Jezusa, który mieszka w drugim człowieku. Wierzą głęboko, że to Jezus przyprowadził do ich domu te dzieci. Są to rodziny głęboko religijne i u podłoża ich decyzji adopcyjnych jest motywacja religijna. Przy czym w większości nie były to rodziny katolickie, chociaż chrześcijańskie.

Ks. K. Kurek:

- Największe doświadczenia w dziedzinie adopcji są w Łodzi. Od kilkunastu lat istnieje tam katolicki telefon zaufania, a od czterech lat poradnia adopcyjna. Z jednej strony przygotowuje się matkę na to, że jeżeli urodzi, to będzie miała pomoc, a z drugiej daje się jej możliwość oddania dziecka. Równocześnie przygotowuje się rodziców, którzy chcą pokochać takie opuszczone dziecko. W tej chwili w Łodzi ponad 100 małżeństw czeka w kolejce na adopcję dziecka. Nic nie stoi na przeszkodzie, byście państwo tutaj w Bielsku powołali Diecezjalną Poradnię Adopcyjną. Byłby to bardzo dobry owoc tej sesji. Takie poradnie istnieją już we Wrocławiu i Lublinie. W Łodzi przestał istnieć Dom Małego Dziecka, dlatego, że ludzie wrażliwego serca i sumienia utworzyli oddział preadopcyjny. Jeżeli matka po urodzeniu mówi: „- dziękuję bardzo, nie jestem w stanie wychować”, to dziecko idzie na oddział preadopcyjny w Instytucie Matki Polki. Tam właśnie jest taki oddział. W 32 dniu po urodzeniu dziecka matka staje przed sądem i zrzeka się swoich praw rodzicielskich. W dwie godziny później przed tym

samym sądem inni rodzice mówią, że oni się tym dzieckiem zaopiekują i natychmiast dziecko trafia do ich rodziny. Właśnie tak powinno wyglądać apostołstwo laikatu. Nie rozdawanie Komunii św. przy ołtarzu, czytanie Ewangelii czy mówienie kazań.

Prowadzi się proszę państwa różne „rodzinne” eksperymenty, np. powstające „wioski dziecięce”. Przecież te wioski są ahumanitarne, mówiąc delikatnie, bo nie ma tam mężczyzn. Kościół nie może angażować się w sytuację, która do końca nie jest pewna od strony psychologicznej i moralnej. Przecież dziecko ma prawo do wychowywania przez kobietę i mężczyznę, ojca i matkę. Dlatego takich eksperymentów jak „wioski dziecięce” Kościół nie powinien popierać. Dobrą alternatywą są tutaj rodzinne domy dziecka. Kilka dni temu jeden z dyrektorów departamentu w MEN-ie, podzielił się z nami informacją, że na jedno dziecko w domu dziecka płaci się obecnie około 8 mln zł miesięcznie. Mówi: oddajmy to rodzinom zastępczym, które to dziecko wychowają. I to jest proszę państwa właściwy apostołat, dzięki któremu społeczeństwo będzie bogatsze o jednego człowieka lepiej wychowanego. To jest konkret. Proszę policzyć, ile w diecezji mamy dzieci w domach dziecka. Czy nie możemy zrobić akcji z ambony, w radio, w telewizji, w Kościele domowym? To wszystko można stosunkowo łatwo, szybko i tanio zorganizować. Jeżeli nie będziemy się bać tej pracy, to wspólnie możemy doprowadzić do tego, że Polska zasłynie z miłości do dzieci.

Głos z sali:

- Uważam, że mimo wszystko jest to bardzo trudne zadanie, które wymaga nie tylko dobrej woli i zaangażowania, ale również wykształcenia odpowiedniej kadry. Jak to zrobić?

Ks. K. Kurek

- Jak zapewne państwo wiecie obecnie dokonuje się historyczny zwrot w polskiej szkole, która pragnie towarzyszyć rodzinie w zakresie wychowania. Rodzice traktowani są jako pierwsi i główni wychowawcy. Ministerstwo wprowadzając taki program sugeruje, że w konkretnych strukturach, w kuratoriach mogą być osoby kontynuujące ten prorodzinny program. W tym miejscu kieruję pytanie do Kościoła diecezjalnego: czy państwo postanowiliście przeanalizować ten program i wskazać kuratorowi pomocnika do jego kontynuacji? Oczywiście jest to związane z podjęciem konkretnych działań, np. prowadzenie przez cały rok sesji dla nauczycieli, rodziców, katechetów, a także księży. Poza tym kolportaż książek i czasopism poruszających ten problem. Programy już są, brakuje tylko czasem woli działania. Osobiście uważam, że to co się dokonało przez wejście w życie tego programu jest wielką szansą. Mamy przecież wyspecjalizowane instytucje, jak np. uniwersytety katolickie, które bardzo kochają kraj, bo kraj je kocha sypiąc grosz na ich utrzymanie. Powinny powstawać tam instytuty rodziny oraz studia podyplomowe dla nauczycieli. Możliwości jest sporo.

Ks. J. Nagórny:

- Jak próbujemy rozwiązać ten problem u nas w Lublinie? Tylko jeden przykład. Przychodzi do mnie ojciec dzieci, lekarz chirurg i mówi tak: - Słuchaj, nasza nauczycielka powiedziała, że ona tych lekcji nie poprowadzi, bo nie wie jak. Daj mi świeckiego człowieka, bo w koloratce lepiej się teraz w szkole nie pokazywać. Najlepiej świeckich studentów z KUL-u. Niech oni się przygotowują, przyjdą i poprowadzą taką lekcję. Od razu

utworzyłem ekipę z moich doktorantów, którzy będą chodzili - myślę, że nie potajemnie - do szkół w Lublinie i w miarę możliwości będą te lekcje prowadzić, oczywiście w uzgodnieniu z dyrektorami. To jest tylko część tego, co można na tym etapie zrobić. Przede wszystkim trzeba szukać różnych możliwości doraźnych.

D. Kornas-Biela:

- Podobnie stało się u nas na Sekcji Psychologii i Pedagogiki Wydziału Nauk Społecznych KUL. W ubiegłym roku poprosiłam, by przedłużono o semestr wykłady z psychologicznych aspektów prokreacji. Teraz studenci pedagogiki i psychologii mają przez rok wykładaną psychologię prokreacyjną i prenatalną. Poruszane są bardzo szeroko problemy psychologiczne, moralne i społeczne związane z prokreacją człowieka. Katolicki Uniwersytet Lubelski jest jedyną uczelnią w Polsce i na świecie, w której na poziomie uniwersyteckich wykładów prezentowana jest problematyka psychologii prokreacyjnej i prenatalnej przez okres roku akademickiego.

Ks. K. Kurek:

- Niedawno w Warszawie pod patronatem Ministerstwa Zdrowia zorganizowano spotkanie, na którym miano wypracować koncepcję realizacji odpowiedniej ustawy. To było całe szczęście, że przyjechało tam parę kobiet katoliczek. Zadbane, elegancko ubrane, wymalowane i mądre. Bo mamy sporo mądrych katoliczek w Polsce. I te katoliczki zabierały głos. Bardzo kompetentnie i odważnie. Po pewnym czasie feministki zaczęły drżąc wychodzić. Wieczorem nie było już żadnej. Proszę nie bać się dialogu, dyskusji, bo wy jako kobiety jesteście

mądre. Polki to mądre kobiety. Trzeba tylko bywać w różnych środowiskach i brać udział w dyskusjach. Musicie uwierzyć w to, że macie dużo do powiedzenia.

Ks. F. Płonka:

- Od roku istnieje w naszej diecezji Studium Rodziny. Z ryzykiem spróbowaliśmy zorganizować drugi rok, co robi się zwykle co dwa lata. Nie wiem co z tego wyjdzie. Zapraszamy bardzo gorąco, również panów. Właściwie tu mi przychodzi do głowy takie hasło: Każda pani przyprowadzi pana. Pano- wie także powinni prezentować dziedzinę odpowiedzialnego rodzicielstwa.

Ks. J. Nagórny:

- Drodzy państwo, chcę wyrazić swoją radość, że mogłem tutaj być z wami, że to nasze wspólne święto - tak został ten nasz dzień nazwany - jest dobrym znakiem wspólnych poszukiwań. Często mówię swoim studentom takie proste hasło: „Razem raźniej”. W tym naszym dzisiejszym załamaniu, w tym „dołku beznadziejności” - „razem raźniej”. To jest wezwanie do solidarności rodzin, solidarności dobra, solidarności w miłości. Tego nam ciągle za mało. Zresztą, chyba nigdy nie będzie za dużo, bo miłości nigdy nie jest za dużo. To spotkanie, w takiej scenerii, w teatrze, przypomina bardzo ważną rzecz: myśmy tutaj nie grali, to nie był teatr w sensie pewnej sztuczności. Myślę, że wszyscy doskonale to czują, że chodzi nam o prawdę, która ma piękne imię - człowiek. A jeśli człowiek, to także - Bóg.

Jeżeli Boga nazywamy „Bogiem z nami” (Emmanuel - Bóg z nami), to i człowieka musimy nazwać „człowiekiem

z Bogiem”. Chrześcijanin to ktoś, kto jest „człowiekiem z Bogiem”. Wydaje mi się, że dzisiaj mieliśmy także tego „nie spodziewanego gościa” w naszym teatrze, tego Niewidzialnego, ale najbardziej rzeczywistego Gościa, może rzadkiego do tej pory - samego Boga.