

OBLICZA MACIERZYŃSTWA

Redaktor
DOROTA KORNAS-BIELA

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIwersYTETU LUBELSKIEGO
LUBLIN 1999

Projekt okładki i stron tytułowych
ZOFIA KOPEL-SZULC

Opracowanie techniczne
IRENA GĘBURA

Na okładce reprodukcja obrazu
Lucasa Cranacha *Dziewica z dzieciątkiem pod jabłonią*

Wydanie publikacji dofinansowane
przez Komitet Badań Naukowych

© Copyright by Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1999

ISBN 83-228-0693-0

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO
ul. Konstantynów 1, 20-708 Lublin
tel. 524-18-09 (centrala), 525-71-66 (kolportaż)

Wydanie I. Zam. 216/99

Zakład Małej Poligrafii KUL

Spis treści

Religijne wymiary macierzyństwa

Wprowadzenie.	9
Dorota Kornas-Bieła. Macierzyństwo w nauczaniu Jana Pawła II.	13
Wanda Półtawska. Macierzyństwo darem	41
Antoni J. Nowak OFM. Powołanie do macierzyństwa, jego godność i świętość	49
S. Auxiliana Mack. Duchowe macierzyństwo: macierzyństwo kobiet żyjących w dziewictwie.	59

Psychospołeczne aspekty macierzyństwa

Maria Braun-Gałkowska. Mieć dziecko czy być matką	67
Grażyna Soszyńska. Radość macierzyństwa.	75
Wiesława Stefan. Odkrywane macierzyństwo: rola matki w tworzeniu świata szczęśliwego dzieciństwa.	83
Bogna Bartosz. Współczesne macierzyństwo: szansa czy zagrożenie dla kobiety.	95
Irena Kowalska. Wielodzietne macierzyństwo w okresie społeczno- -ekonomicznej transformacji	109
Krystyna Zając, Bronisława Strojnowska. Wielokrotne macie- rzyństwo.	129
Blandyna Kołodziej. Wychowanie do macierzyństwa: wychowanie dziewczynki w aspekcie płciowości	137

Trudności w realizacji biologicznego macierzyństwa

Bogdan Chazan. Medycznie chronione macierzyństwo: profilaktyka niepowodzeń macierzyńskich.	163
Dorota Kornas-Bieła. Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu	179

Alicja Kałus. Upagnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności.	201
Dorota Kornas-Bieła. Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją.	213
Andrzej Winkler. Zranione macierzyństwo: doświadczenia matek po aborcji.	241
Antonina Gutowska. Darowane macierzyństwo: problemy psychologiczne matek oddających dzieci do adopcji.	247
Maria Szlagura. Otrzymane macierzyństwo: przeżycia matek adoptujących.	259

Macierzyństwo w sytuacjach trudnych społecznie

Katarzyna Litwińska-Malec. Ukradzione macierzyństwo: obraz kobiety i macierzyństwa w wybranych mediach.	269
Bogusława Lachowska. Samotne macierzyństwo.	281
Teresa Kukołowicz. Czasowo samotne macierzyństwo.	289
Marina Zalewska. Trudne macierzyństwo: sytuacja psychologiczna matki z dzieckiem niepełnosprawnym.	297
Iwona Niewiadomska. Udręczone macierzyństwo: specyfika funkcjonowania kobiet w rodzinie z problemem alkoholowym.	303
Dorota Kornas-Bieła. Tragiczne macierzyństwo: psychospołeczny kontekst dzieciobójstwa.	317
Noty o autorach.	337

Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją

Na przestrzeni kilkudziesięciu lat coraz większą skalę społeczną przybiera zjawisko bezdzietności i to zarówno niezamierzonej, jak i zamierzonej. Nieplanowany brak dzieci jest wynikiem niemożności poczęcia dziecka lub jego donoszenia z powodu poronień, przedwczesnych porodów i wewnątrzmacicznej śmierci. Istnieje bogata literatura psychologiczna dotycząca psychogennych uwarunkowań i konsekwencji niezamierzonej bezdzietności małżeńskiej. Wszystkie metody interwencji medycznej w naturę ludzkiej prokreacji, mające na celu przezwyciężenie problemów, jakie wynikają z bezdzietności małżeńskiej, określa się terminem „wspomagana prokreacja” lub w szerokim tego słowa znaczeniu „sztuczne zapłodnienie”. Tak szerokie znaczenie tego terminu oraz fakt intensywnego rozwoju różnych technik sztucznego wzbudzania życia ludzkiego objętych tym terminem powoduje jego nieprecyzyzność (por. Koza-kiewicz 1985; Popielski 1987; Szymański, Iwanier 1988). Rodzicom oferowana jest coraz większa gama usług w tym zakresie. Wśród nich są metody:

– *in vivo*, czyli w organizmie kobiety-technika ta polega na wprowadzeniu nasienia męża (inseminacja, unasiennienie, zapłodnienie homologiczne, AIH – artificial insemination of husband) lub dawcy (zapłodnienie heterologiczne, AID – artificial insemination of donor) albo nasienia męża zmieszanego z nasieniem dawcy (AIM – artificial insemination with donor semen mixed with semen of the husband, zwane też BAI – biseminal artificial insemination). Nasienie może być wprowadzone do szyjki macicy, do macicy lub na dno miednicy mniejszej, do zatoki Douglasa. Nasienie może być świeże (otrzymane w wyniku masturbacji lub operacyjnie) albo uprzednio zamrożone w banku spermy.

– *in vitro*, czyli poza organizmem kobiety, w sztucznej retorcie – funkcjonuje ono pod nazwami: zapłodnienie pozaustrojowe, zapłodnienie ludzkie zewnętrzne, w probówce, IVF, IVFET (in vitro fertilization and embryo transfer), PZ-UZM (pozaustrojowe zapłodnienie i umieszczenie zarodka w macicy). Może być ono również homologiczne lub heterologiczne i ma wiele modyfikacji, np. chirurgiczne przeniesienie zarodka do macicy, wewnątrzpochwowa hodow-

la przed przeniesieniem zarodka do macicy, przenoszenie zapłodnionej komórki jajowej lub zarodków do jajowodów (kilka wariantów zależnie od okresu rozwoju zarodka).

– ***przenoszenie gamet żeńskich i męskich*** – są to techniki sztucznego zapłodnienia w warunkach in vivo, ale z hormonalnym i technicznym wspomaganie procesu zapłodnienia. Przenoszenie plemników lub komórek jajowych (oocytów), albo obu gamet odbywa się do jajowodowo (GIFT – gamete intrafallopian transfer), przezmacicznie do jajowodowo (TUFT – transuterine fallopian transfer), domaciczne bezpośrednie przeniesienie oocytów i plemników (DOST – direct oocyte sperm transfer), dootrzewnowe przeniesienie oocytów i plemników (POST – peritoneal oocyte sperm transfer).

Mając do dyspozycji gamety ludzkie, stosowane są również różne mikro-manipulacje w ich zakresie. Poza tym sztuczna prokreacja pozwala na skorzystanie z macierzyństwa zastępczego, surogatowego, które może być częściowe (matka nosicielka jest matką genetyczną) oraz czyste (matka nosicielka jest tylko matką biologiczną). Są tu możliwe różne kombinacje dawców oocytów i plemników (np. siostra może być matką dla swego rodzeństwa, ciotka może być matką dla swego siostrzeńca).

Zastosowanie każdej z powyższych metod wymaga żmudnej pracy wielodyscyplinarnego zespołu wysokiej klasy specjalistów, unikalnej aparatury i wysokich nakładów finansowych. Możliwości powodzenia są więc zróżnicowane, w najlepszych ośrodkach amerykańskich i australijskich sięgają 25% na jeden cykl, w grupie odpowiednio dobranych małżeństw. Większość z tych metod łączy się ze stosowaniem zamrażania ludzkich embrionów oraz ich niszczenia przed przeniesieniem do organizmu kobiety (około 99.5% embrionów ludzkich zostaje zmarnowanych, gdyż nie spełnia kryterium normy) lub redukcji w trakcie ich rozwoju w macicy (likwidacja jednego lub kilku z rozwijających się dzieci), co pociąga za sobą problemy natury etycznej i psychologicznej.

Uznanie niepłodności za chorobę spowodowało rozwój technik medycznych, których zastosowanie traktowane jest jako lecznicze, niezależnie od prawdopodobieństwa powodzenia i ryzyka dla zdrowia. Przeciwnie, zarówno konsumenci tych usług, jak i personel medyczny traktuje je jako „przywracające zdrowie”, stąd podejmowanie ryzyka jest ceną, którą trzeba zapłacić za spełniającą społeczne standardy „normalność”. W konsekwencji coraz większa medykalizacja w tym zakresie zdaje się nie mieć limitu (por. Becker, Nachtin-gall 1994). Tymczasem techniki wspomaganej prokreacji nie leczą bezpłodności, ale pomagają uniknąć bezdzietności. Sztuczne zapłodnienie, podobnie jak aborcja, wykorzystuje możliwości medycyny do rozwiązywania problemów natury psychospołecznej – w przypadku aborcji do tego, aby zniszczyć istniejące życie, przy użyciu zaś technik sztucznego zapłodnienia, aby je zainicjować. W przypadku zapłodnienia pozaustrojowego pozostaje ciągle prawnie i psychologicznie nie rozwiązany problem, czy mamy tu do czynienia z donacją gamet,

donacją embrionu czy z prenatalną adopcją. Wszystkie te procedury rodzą wiele problemów natury medycznej, psychologicznej, prawnej (np. Safjan 1990; Smoczyński 1996), etycznie – filozoficznej (np. Kielanowski 1980; Olejnik 1984; Kornas 1986; Ślipko 1994, z punktu widzenia etyki liberalnej: Szawarski 1987; Singer, Wells 1988) i religijnej (Paweł VI 1968; Instrukcja 1987; Jan Paweł II 1995).

Rozważając skorzystanie z jakiejś metody sztucznej prokreacji, kobieta stoi wobec problemu moralnej i religijnej oceny tej formy przekazywania życia. Musi ustosunkować się do niego i podjąć uzgodnioną z mężem decyzję. Jeśli czuje jego presję, aby poddać się zabiegowi, może na to przystać (np. z powodu lęku przed odrzuceniem ze strony partnera), ale z poczuciem przymusu, zniewolenia, braku kontroli nad sytuacją. Jest to ważne szczególnie dla kobiet wyznania katolickiego, gdyż przez poddanie się zabiegowi sztucznego zapłodnienia popadają w konflikt sumienia. Wyzwalają się wtedy podświadomie mechanizmy obronne, które pomagają radzić sobie z konfliktem, np. uruchamia się mechanizm racjonalizacji celem usprawiedliwiania się przed sobą („muszę to zrobić w tej sytuacji”, „to jedyne wyjście”, „jest to najlepsze dla nas rozwiązanie”), zaprzeczania („nie mam żadnych problemów moralnych”), bagatelizowania („nie jest ważne, w jaki sposób dziecko się poczyňa”), projekcji („wszyscy tak robią w podobnej jak ja sytuacji”), słodkiej cytryny („co zyskam dzięki temu?”), tłumienia poczucia konfliktu i unikania sytuacji przypominających o nim (poprzez np. zerwanie osobistego związku z Kościołem, negatywny stosunek do instytucji kościelnych), agresji (np. ostra krytyka nauczania Kościoła w tym względzie). Konflikty moralne są źródłem nerwic i chorób psychosomatycznych, zaburzonego funkcjonowania w różnych dziedzinach życia, a zwłaszcza w ramach rodziny i w postawach wobec dziecka. Radzenie sobie z nimi zachodzi m.in. przez odejście od praktyk religijnych i zmianę swoich przekonań religijnych, co jest szczególnie widoczne na Zachodzie, gdzie poddanie się zabiegom wspomaganej prokreacji jest przez użytkowników uznawane za nie podlegające ocenie moralnej (np. Daniels 1989).

Motywy skorzystania z procedury sztucznego zapłodnienia

Schizofreniczna mentalność człowieka końca XX wieku wyraża się między innymi w tym, że wartość dziecka jest względna, uzależniona od tego, czy jego poczęcie jest planowane i chciane. Dzieci można „nie chcieć mieć” i pozostać małżeństwem bezdzietnym z wyboru, ale trzeba go „móc mieć”, jeśli się go chce lub otoczenie tego od nas oczekuje, stąd posiadanie jednego dziecka „załatwia” większość potrzeb rodziców (np. potrzebę opiekowania się, doznawania uczuć, posiadania kogoś bliskiego, dominowania i sprawowania kontroli, potwierdze-

nia kobiecości i męskości, udowodnienia zdolności do posiadania dzieci, podniesienia statusu społecznego).

Małodzieństwo jest powszechnie akceptowanym modelem rodziny, również zamierzona bezdzietność jest coraz częściej tolerowanym wyborem, bezdzietność natomiast niezamierzona jest traktowana jako niepełnosprawność w dziedzinie prokreacji i obsługiwana przez interwencje medyczne. Uznanie społeczne jest silnym instrumentem społecznej kontroli. Niestety uznanie to jest ograniczone do tych, co mogą mieć dzieci i mają je w modelowej liczbie (co najwyżej dwoje), wycofywane jest natomiast wobec tych, którzy mają ich więcej lub nie mogą ich mieć. Dla tych ostatnich brak uznania społecznego staje się silnym motywem skłaniającym do poddania się sztucznemu zapłodnieniu, jako jedynej drodze zdobycia aprobaty społecznej (por. Colpin i in. 1998).

Jeżeli kobieta odczuwa nacisk otoczenia, by „dała mężowi dziecko”, „by dała teściom wnuka”, to brak dzieci wpływa na negatywną ocenę siebie, jako nie spełniającej kryterium „dobrej żony”, „dobrej synowej” i może motywować ją do szukania wszelkich sposobów zaradzenia tej sytuacji. Jeżeli w środowisku przecenia się znaczenie więzów krwi, to kobieta może czuć się przymuszona, aby urodziła dziecko, zamiast skorzystać z adopcji, np. w badaniach lubelskich tylko 15% z 80 par małżeńskich wyraziła chęć adoptowania obcego dziecka w sytuacji niepowodzenia sztucznego zapłodnienia, 2/3 badanych wymieniało jako najważniejszy motyw „chęć posiadania własnego dziecka” (Łepecka-Klusek i in. 1988; Sendek i in. 1988). Podobnie badania 37 par w Czechach ujawniły silniejszą preferencję skorzystania ze sztucznego zapłodnienia niż z adopcji (Kucerova, Dolanska 1997).

Macierzyństwo jest ważnym elementem obrazu siebie u kobiety zamężnej, jest jednym z elementów składających się na jej rolę kobietą (Miall 1989); identyfikację z własną płcią (Colpin i in. 1998) i poczucie atrakcyjności (por. Łepecka-Klusek 1997b). Jeżeli kobieta widzi cel swojego życia jedynie jako urodzenie dziecka, to jego brak odczuwa bardzo boleśnie jako utratę sensu życia, a swoje ciało odczuwa jako „nieurodzajną glebę”, „ugór”, „uschłe drzewo” niezdolne rodzić owoców (nawet jeśli sama jest płodna, to w sytuacji bezpłodności męża projektuje taką wizję oceny siebie przez otoczenie). Dlatego kobiety, które upatrują w spełnianiu tradycyjnej roli kobiecej jedyny sposób na realizację siebie w świecie przeżywają silniejszy niepokój z powodu bezdzietności niż te, które są w stanie zaakceptować tradycyjnie męskie zaangażowanie lub mają bardziej androgeniczną tożsamość płciową (Cook 1993). Jeżeli kobieta ma przekonanie, że rodzenie i wychowanie dziecka jest warunkiem rozwoju jej osobowości, to bezpłodność jest traktowana jako pozbawienie jej szansy bycia w pełni dojrzałą, jako zmniejszenie możliwości realizacji siebie i będzie miała poczucie, że jedynie poprzez biologiczne macierzyństwo może być „normalną i zdrową psychicznie kobietą”.

Ze względu na biopsychiczne potrzeby związane z macierzyństwem, kobiecie trudniej niż mężczyźnie przychodzi pogodzić się z bezdzietnością, dlatego jest bardziej zdeterminowana do szukania wszelkich możliwych sposobów poradzenia sobie z nią. Dla niej możliwość wydania na świat potomstwa i wychowywania go jest nawet ważniejsza w hierarchii wartości niż zgodne pożycie małżeńskie (odwrotnie niż dla mężczyzny) oraz częściej z powodu trudności w tym zakresie ocenia związek małżeński jako nieudany, a nawet jako pomyłkę życiową, a swoją pozycję w małżeństwie jako gorszą (por. prawie dwukrotnie więcej kobiet niż ich mężów uważa, że ze względu na brak dzieci ich pozycja w małżeństwie jest gorsza – Łepecka-Klusek 1997b).

Dziecko jest wyrazem miłości małżeńskiej, dlatego jego brak może być odbierany jako dowód miłości niepełnowartościowej, bezowocnej, niestabilnej i pozbawionej silnych podstaw. Około 1/5 badanych osób korzystających ze sztucznego unasiennienia wskazała, że motywem ich decyzji była „chęć stworzenia pełnej rodziny”, a aż 80% uważa, że do pełnego szczęścia małżeńskiego brak im tylko dziecka (Łepecka-Klusek i in. 1988; Sendecka i in. 1988). Ich koncentracja na sukcesie w postaci urodzenia dziecka powoduje silne uwikłanie w medykację sfery prokreacji, zamiast kierowanie się zdrowym rozsądkiem. Można by oczekiwać, że kobiety, które mają trudności z poczęciem dziecka, będą motywowane do nauczania się umiejętności rozpoznawania własnej płodności, aby zmaksymalizować prawdopodobieństwo jego poczęcia. Niestety niewiele z nich zna swoją cykliczną płodność i potrafi ją rozpoznać (por. Blake i in. 1997; Pyper 1997). W sytuacji trudności z poczęciem zamiast skontaktować się w pierwszej kolejności z nauczycielem naturalnego planowania rodziny, kontaktują się z lekarzem, a ten rozpoczyna ciąg medycznych diagnoz i leczenia. Tymczasem kobieta mogłaby uniknąć wielu frustracji, gdyby nauczyła się dokładnie rozpoznawać szczyt swojej płodności, a tym samym zwiększyć szansę na poczęcie dziecka.

Silny nacisk ze strony innych (faktyczny lub projektowany przez kobietę), by za wszelką cenę urodziła dziecko oraz pragnienia związane z potrzebami macierzyńskimi powodują, że decyzja o skorzystaniu ze sztucznej prokreacji nie jest wolna i autonomiczna. Większość motywów ma charakter podświadomy, jest powiązana z lękami, podlega moralnym i religijnym ocenom, trudno je wyrazić werbalnie. Dlatego dotarcie do nich w badaniach empirycznych jest utrudnione. Podobnie ma się rzecz odnośnie do przeżyć związanych z poddawaniem się kolejnym procedurom wymaganym w ramach sztucznej prokreacji. Wiadomo, że są one bardzo stresujące, a kobiety te są wyselekcjonowaną grupą, która ma dużą odporność na trudne sytuacje, w przeciwnym razie, nie wyraziłyby zgody na tak długotrwałe i wyczerpujące psychicznie interwencje medyczne (Destounis 1988). Mają one tak silną motywację zakwalifikowania się i skorzystania z nich jako „zabiegu ostatniej szansy” (por. Łepecka-Klusek i in. 1988; Sendecka i in. 1988), że uruchamia się dążenie do pokazywania się

w jak najlepszym świetle (por. Bartlett 1991). Pomimo nasilenia negatywnych uczuć (np. niepokoju), kobiety nie skarżą się na swoją sytuację i mają tendencję do dawania takich odpowiedzi (np. w kwestionariuszach), jakie są społecznie pożądane (Visser i in. 1994). Poza tym w tej sytuacji uruchamiają się silne mechanizmy obronne (np. zaprzeczania, tłumienia), pozwalające usprawiedliwić i nadać sens podejmowanym decyzjom, dlatego tak trudno uchwycić prawdziwe przeżycia kobiet. Wzorec reagowania poprzez mechanizmy obronne nie pozwala na ekspresję negatywnych emocji i ocenę stopnia ich nasilenia przy użyciu metod opierających się na samoopisie. Potrzebne są bardziej subtelne sposoby dotarcia do przeżyć kobiet związanych ze sztuczną prokreacją (Mazure 1988). Dopiero po upływie czasu od zakończenia ostatniej z prób kobiety są w stanie mówić o swoich doświadczeniach i oceniają je jako ekstremalnie trudne oraz wysuwają postulat, aby przed zakwalifikowaniem do zabiegu kobieta (oraz jej partner) miała możliwość uzyskania porady i terapii, jak też dostęp do informacji o przeciwwskazaniach i koniecznych środkach ostrożności (Bourguignon i in. 1998).

Wspomagana prokreacja jako sytuacja trudna

Cały okres związany z próbami osiągnięcia sukcesu sztucznego zapłodnienia jest bardzo stresujący, tym bardziej, że podatność na stres jest wzmożona długotrwałą niepłodnością oraz szukaniem optymalnego wyjścia z sytuacji (Mahlstedt i in. 1987). Tak oceniają go prawie wszystkie kobiety i jest on dla nich w porównaniu z ich partnerami znacznie trudniejszy do zniesienia (Slade i in. 1997). Obciążenia psychiczne są odbierane jako większe niż obciążenia związane z fizycznymi aspektami zastosowanych procedur (van Balen i in. 1996; por. Boivin, Takefman 1996). Przy bardzo napiętej atmosferze oczekiwania na zakwalifikowanie do zabiegu oraz w trakcie przeprowadzania kolejnych prób i czekania na ich wyniki nietrudno o błędy jatrogenne. Kobiety narzekają na sposób traktowania ich przez personel medyczny. Doświadczają tego, że personel odnosi się do nich z nonszalancją, w zbyt zrutynizowany sposób. To co dla pacjentki jest intymnym i wstydliwym przeżyciem, dla personelu jest dobrze płatną czynnością zawodową. Współżycie seksualne jest pozbawione spontaniczności. Para dostaje pozwolenie lub zakaz intymnych zbliżeń od personelu medycznego, co budzi poczucie uzależnienia i infantylnej submisji, stawiając ją w sytuacji przywołującej zależnościową postawę od rodziców w dzieciństwie (Pines 1990). „Seks na zawołanie”, współżycie małżeńskie pod kontrolą, konieczność masturbacji przez męża, zwierzanie się z najbardziej intymnej sfery życia rodzi poczucie zażenowania, poniżenia, depersonalizacji, dehumanizacji (Athea 1987; Hurwitz 1989). Kobiety mają poczucie, że ich zaangażowanie się w cykl medycznie wspomaganej prokreacji obniżyło

pragnienie współżycia seksualnego u ich mężów (Laffont, Edelmann 1994b). Prokreacja osiągnięta tą drogą prowadzi do pocucia ciała jako „maszyny” do poczęcia i ciążowego podtrzymania oraz rodzenia dziecka jak też traktowania zbliżenia cielesnego rodziców jako nie związanej z tym aktywności (Mimoun 1993).

Jednym ze źródeł doświadczanego przez kobiety stresu jest poczucie utraty kontroli nad własnym ciałem, które zostało niejako oddane do dyspozycji lekarzy i poczucie bezradności wobec biologicznych sił organizmu oraz zależności od sprawności technicznej lekarzy i urządzeń medycznych, decydujących o efekcie całego przedsięwzięcia (np. Mahlstedt i in. 1987; Hurwitz 1989; Reading i in. 1989). Im kobieta starsza, tym jest bardziej energiczna w poszukiwaniu form pomocy i domagająca się od personelu skutecznej interwencji oraz ma bardziej rozbudowane oczekiwania odnośnie do zachowania personelu oraz efektywności jego pracy, co naraża ją na frustracje, gdyż z wiekiem prawdopodobieństwo sukcesu maleje (Sauer, Paulson 1992). Kobiety czują się czasami jak króliki doświadczalne w programie badań naukowych. Mają poczucie, że lekarze – mężczyźni dominują nad nimi i starają się przy okazji ich osobistego nieszczęścia, zaspokoić swoje zainteresowania zawodowe, zarobić pieniądze, zrobić karierę i zyskać popularność (Bonnicksen 1988).

Jednym ze źródeł stresu jest sposób informowania o prawdopodobieństwie powodzenia zabiegu. Sukces w tym zakresie jest bardzo różnie obliczany, np. liczbą żywo urodzonych dzieci, liczbą ciąż (nie wszystkie kończą się sukcesem), liczbą zapłodnionych komórek jajowych (większość z nich ginie jeszcze przed implantacją), liczbą dojrzałych gamet w stymulowanym hormonalnie cyklu. Poza tym procent zabiegów sztucznego zapłodnienia kończących się sukcesem zależy od ośrodka medycznego, tzn. od wyposażenia w najnowszą aparaturę medyczną oraz od liczby i doświadczenia w tym zakresie całego grona profesjonalistów. Sukces zależy też od wieku kobiety i szeregu czynników biologicznych i psychospołecznych. Część z nich jest nieznana lub trudna do kontroli (Bonnicksen 1988). Poza tym należy wyraźnie podkreślić fakt, że przekazując informację o możliwości skorzystania z procedury sztucznego zapłodnienia, operuje się statystycznymi miarami sukcesu, a nie niepowodzenia, chociaż ono przeważa. Świadomość małżonków jest więc manipulowana tak, aby byli skłonni podjąć decyzję o skorzystaniu z zabiegu. Dlatego mają oni silną tendencję do przeceniania prawdopodobieństwa jego powodzenia (Daniels 1989; Leiblum 1987) przy jednocześnie dużym lęku, czy on się uda (zwłaszcza FIVET – Johnston i in. 1987). Czekanie na wynik sztucznego zapłodnienia oraz informacja o jego negatywnym rezultacie jest oceniana jako najbardziej stresująca. Na podłożu nieracjonalnych oczekiwań i przeceniania prawdopodobieństwa powodzenia zabiegu kobieta przywiązuje się do dziecka, którego jeszcze nie ma, a potem jeszcze silniej przeżywa rozczarowania (por. Greenfeld i in. 1988).

Sztuczne zapłodnienie rozdziela współżycie seksualne od prokreacji, co w konsekwencji powoduje nasilenie sztucznych interwencji. Ewentualna ciąża nie jest traktowana jako proces fizjologiczny, dlatego sprawdza się dokładnie każdą z jej faz. Kobieta dowiaduje się, na jakim etapie doszło do niepowodzenia. To daje jej niczym nie uzasadnione poczucie, że z każdą następną próbą zbliża się do celu. Wiedza o tym, że każdy zabieg sztucznego zapłodnienia jest niezależny od wyniku poprzedniej próby, jest wypierana ze świadomości. Przeciwnie, występuje tu tendencja poznawcza do traktowania szansy jako wzrastającej linearnie wraz z liczbą prób i nie odnoszenia statystyk dotyczących niepowodzeń do własnej sytuacji (Reading 1989, s. 509-510). Jeżeli poprzedni zabieg nie udał się w jego wstępnej fazie, kobieta tłumaczy sobie, że „nie była to prawdziwa próba”, jeśli zaś niepowodzenie zaszło w końcowej fazie, uważa, że następnym razem uda się jej „dokończyć”. Stąd trudno jej podjąć decyzję o rezygnacji z dalszych prób. Zawsze pozostaje uczucie niesprawdzonej szansy, „a może następnym razem udałoby się”. Trudność w powiedzeniu „nie” odczuwają silniej kobiety niż mężczyźni, których entuzjazm słabnie w miarę liczby prób i którzy z troską myślą o negatywnych konsekwencjach długotrwałego leczenia dla zdrowia żon (Williams 1998). Jednym ze źródeł stresu w sytuacji sztucznego zapłodnienia jest lęk przed zakażeniem chorobami przenoszonymi drogą płciową (Nielsen i in. 1995) oraz ewentualnymi skutkami długotrwałego leczenia farmakologicznego, zabiegów chirurgicznych i dozowania różnych środków chemicznych celem wspierania interwencji medycznych. Kobiety skarżą się na uczucie zmęczenia, depresji, dolegliwości somatyczne, np. bóle głowy, przybieranie na wadze. Do tego dołącza się świadomość długofalowych konsekwencji medycznych, np. możliwości nowotworu (Emanuel, Powderly 1994). Chociaż więc kobiety oceniają negatywny wpływ procedur sztucznego zapłodnienia na ich stan emocjonalny oraz na ich zdrowie fizyczne jako większy niż ich mężowie, to jednak są bardziej zdecydowane podjąć ryzyko, gdyż odczuwają silniejszą odpowiedzialność, a w związku z tym i determinację w osiągnięciu powodzenia wspomaganej prokreacji (Becker, Nachtigall 1994; Laffont, Edelmann 1994b; Guerra i in. 1998).

Im więcej prób, tym większe nasilenie negatywnych konsekwencji stresu (Laffont, Edelmann 1994b; McMahon i in. 1997; Guerra i in. 1998). Stąd tak częsta jest rezygnacja z dalszych prób, pomimo silnej determinacji w osiągnięciu sukcesu (Mahlstedt i in. 1987). W badaniach 144 kobiet poddawanych zapłodnieniu pozaustrojowemu w klinice w Manchesterze okazało się, że część z nich nie skończyła nawet pierwszego cyklu prób, 1/5 zrezygnowała w trakcie, a 1/3 istotnie opóźniała przystąpienie do następnej próby, zwłaszcza do ostatniej (Emery i in. 1997). Rezygnacja z poddania się dalszym próbom (zwykle jest ich trzy) wynika nie tylko z trudności finansowych czy dylematów moralnych, ale przede wszystkim z nadmiaru stresu, nasilenia się depresji i niepokojów

związanych ze stosowaną interwencją medyczną, uczuciem żałoby (Reading i in. 1989) oraz brakiem wsparcia (Weaver i in. 1997).

Osiągnięcie sukcesu sztucznego zapłodnienia jest poprzedzone wieloma nieudanymi próbami, dlatego jest związane z wielokrotnym doświadczaniem „żałoby po stracie” i konsekwencji psychologicznych podobnych jak po poronieniu, np. opłakiwania utraty nadziei na posiadanie dziecka, straty dziecka (Greenfeld i in. 1988), smutku, objawów somatycznych, złości (Leiblum i in. 1987; Hurwitz 1989), oceny swego życia jako ciągu porażek, jako życia o niskiej jakości (Weaver i in. 1997). Objawy depresji i niepokoju oraz fizjologicznych zaburzeń występują u prawie każdej kobiety (Baram i in. 1988). Bardzo silny niepokój występuje przed zakwalifikowaniem do sztucznego zapłodnienia (Hurwitz 1989), po pierwszym nieudanym zapłodnieniu metodą FIVET (Greenfeld 1988), bezpośrednio po umieszczeniu embrionu w macicy, w czasie ostatniej próby i po nieudanym cyklu prób (Slade i in. 1997).

Sposoby radzenia sobie ze stresem niepowodzenia oraz kolejnych prób zapłodnienia zależą od wielu czynników. Pomagają kobiecie pozytywne cechy osobowości, dojrzałość psychiczna, wysoka samoocena i pozytywny obraz siebie, dobra pozycja w pracy i satysfakcja z niej, zadowolenie z małżeństwa oraz uznanie adopcji dziecka jako ostatniej szansy realizacji potrzeb macierzyńskich (Brighenti i in. 1997). Pozytywnym czynnikiem, zwiększającym istotnie szansę osiągnięcia sukcesu zapłodnienia *in vitro*, jest między innymi percepcja małżeńskiej harmonii (Stoleru i in. 1997) oraz wsparcie ze strony współmałżonka. Znaczenie wsparcia jest nie do przecenienia. Kobiety cenią sobie najbardziej i przypisują największą rolę wsparciu ze strony męża niż innych osób, zwłaszcza jeśli próba sztucznego zapłodnienia nie powiedzie się (Laffont, Edelmann 1994a). Wszyscy użytkownicy procedur wspomaganej prokreacji po nieudanych próbach zdobycia dziecka tą drogą skarżą się na brak dostatecznego wsparcia ze strony personelu medycznego oraz brak poradnictwa psychologicznego, a z tego, który uzyskali, nie byli zadowoleni (Weaver i in. 1997). Dostarczenie natomiast wszechstronnych i wyczerpujących informacji przed przystąpieniem do prób (Milne 1988) oraz skorzystanie z psychoterapii, nawet krótkoterminowej, skoncentrowanej na poprawieniu wglądu w siebie, na akceptacji swojej bezdzietności oraz motywacji skorzystania ze sztucznego zapłodnienia, zwiększa w istotnym stopniu prawdopodobieństwo sukcesu (Brandt, Zech 1991). Nie da się zaprzeczyć, że tak jak w uwarunkowaniach niepłodności małżeńskiej, tak i w niepowodzeniach sztucznie wspomaganej prokreacji, pewną rolę odgrywają również czynniki związane ze społeczną, interpersonalną i psychiczną sytuacją kobiety. Nie znamy dokładnie mechanizmu tych powiązań, ale wiemy, że one istnieją (por. Christie 1994; Demyttenaere i in. 1994). Powodzenie zabiegu sztucznego zapłodnienia jest więc zależne nie tylko od ogromnej liczby czynników natury biologicznej i medycznej, ale również od

tego, co dzieje się w psychice kobiety, od jej myśli, przekonań, uczuć (por. Kornas Biela 1997).

Zapłodnienie nasieniem dawcy

Z badań nad parami poddającymi się sztucznemu zapłodnieniu wynika, że bezpłodność męska działa bardziej destrukcyjnie na poczucie męskości niż bezpłodność żeńska na poczucie kobiecości. Dla mężczyzny trudniejszy w akceptacji jest brak płodności niż fizyczny brak dziecka, dlatego łatwiej „radzi sobie” z bezpłodnością żony niż swoją. Dla kobiety natomiast ważniejsza jest możliwość rodzenia i/lub wychowania dziecka niż fakt własnej płodności, dlatego łatwiej jej zaakceptować swoją bezpłodność niż brak dziecka. Jest więc bardziej niż mąż chętna, aby skorzystać z adopcji (Dunn 1988) i rzadziej stawia jakieś warunki, np. co do płci (mężczyźni skłaniają się ku preselekcji płci, preferując poczęcie chłopca – Krishnan 1987; Kucerova, Dolanska 1997).

W związku z tym zauważa się dwie prawidłowości. W sytuacji bezpłodności żony mąż współprzeżywa z nią jej problem lub odchodzi do innej, płodnej kobiety; w sytuacji bezpłodności męża natomiast kobieta czuje się nie tylko bezdzietna, ale i bezpłodna, gdyż on jej nie zapłodnił. Można by powiedzieć, że mamy tu do czynienia z przyjęciem przez kobietę stygmatu bezpłodności „przez grzeczność” dla swojego męża, z przyjęciem tegoż „piętna” przez solidarność z mężem. Stąd bierze się druga prawidłowość. Jeżeli żona chce mieć dziecko a mężczyzna nie, to pozostają bezdzietni, jeżeli mąż natomiast bardzo chce mieć dziecko, a kobieta odnosi się do tego niechętnie, to albo zmienia po czasie zdanie i poddaje się sztucznemu zapłodnieniu, albo mąż odchodzi do kobiety, która urodzi mu dziecko. Potwierdzają to wyniki badań ankietowych przeprowadzanych w Klinice Rozrodczości i Andrologii w Lublinie na próbie 224 bezdzietnych par. Okazało się, że kobiety, odwrotnie niż mężczyźni, częściej akceptowały obie metody unasiennienia (nasieniem męża lub dawcy), rzadziej niż ich mężowie były przeciwne unasiennieniu heterologicznemu, co wynika z ich determinacji w zaspokojeniu potrzeby macierzyńskiej. Kobiety, których mężowie aprobowali metodę zaplemnienia nasieniem dawcy częściej korzystały z niej, natomiast przy braku zgody z jego strony, rezygnowały z niej (Łepecka-Klusek 1997a).

Należy przy tym zaznaczyć, że presja, jaką wywiera mąż na żonę w kierunku posiadania dziecka, nie musi być wyrażana słownie. Wystarczy, że żona czuje, iż mężowi na tym bardzo zależy, że z tego powodu jest nieszczęśliwy. Wtedy stara się skompensować męską niedoskonałość przez wzięcie na siebie odpowiedzialności za usunięcie skutków bezpłodności i za dalszy los prokreacji. W ten sposób mąż uwalnia się od dręczącego poczucia, że nie sprawdził się przez brak dziecka. Poprzez brak akceptacji bezpłodności wpływa on na rodzaj decyzji

podejmowanych przez kobietę, nawet wbrew jej woli. Często nie zdaje sobie ona sprawy, że podjęła tę decyzję w atmosferze psychologicznego przymusu i twierdzi, że to była jej decyzja. O tej pseudoautonomii w decyzjach kobiet poddających się sztuczemu zapłodnieniu pisał m.in. Blaser, Maloigne Katz, Gigon (1988). Kobiety korzystające ze sztucznego unasiennienia oceniają je bardziej niż ich mężowie jako stresujące, krzywdzące, szkodliwe, groźne, przynoszące straty, wymagające ogromnego wysiłku organizmu i psychiki (Prattke, Gass Sternas 1993).

Poddanie się procedurze unasiennienia przez obcego mężczyznę wzbudza uczucia związane z edypalnym konfliktem (Berger i in. 1986). Kobieta w tej sytuacji musi poradzić sobie z nasuwającymi się fantazjami i marzeniami związanymi z osobą dawcy (np. jak wygląda, jakie ma cechy charakteru, zdolności, zainteresowania, jak się zachowuje, co robi, jak zachowałby się w trakcie zapładniającego współżycia). Darowizna nie obejmuje bowiem tylko anonimowej pojedynczej komórki, ale dotyczy całej osoby dawcy, dlatego pytania i wyobrażenia jego osoby trwają latami (i to zarówno u kobiet lesbijek, jak i zamężnych, por. Brewaeys i in. 1993). Niektóre kobiety przeżywają lęk przed odrzuceniem ich płodności i dziecka przez rodzinę, a zwłaszcza przez męża, gdyby w przyszłości wycofał swoją zgodę na zapłodnienie nasieniem obcego mężczyzny, doświadczają obniżenia pozycji męża w stosunku do dawcy (mąż jako kastrat, dawca jako rywal męża) i uczuciową presję, by o nim zapomnieć (van Thiel i in. 1990). Czasem zaś kobieta musi poradzić sobie z poczuciem wstrętu wobec nasienia obcego mężczyzny. Jeśli dawcą był ktoś z rodziny może pojawić się dyskomfort związany z kojarzeniem tej formy zapłodnienia z kazirodstwem (por. Purdie i in. 1994).

Celem zmniejszenia problemów powstałych z powodu braku więzów dziedziczności między ojcem i dzieckiem oraz zwiększenia poczucia kobiety, że to jest ich dziecko, niektórzy lekarze pomagają parze poprzez stworzenie sytuacji sprzyjających rozwojowi ich uczuć rodzicielskich, np. mieszają nasienie męża z nasieniem dawcy; dokonują sztucznego zapłodnienia w nocy, przy obecności męża i zachęcają kobietę, aby była ubrana w ładną bieliznę nocną; umożliwiają parze współżycie zaraz po sztucznym zapłodnieniu (romantyzowanie zabiegu medycznego). Poza tym żona jest zachęcana do uczęszczania wraz z mężem do szkoły rodzenia i na wizyty lekarskie, do sprzyjania prenatalnej komunikacji ojca z dzieckiem i jego obecności przy porodzie, przy karmieniu piersią oraz do pielęgnacji przez niego noworodka. Chodzi bowiem o to, aby matka pomogła rozbudzić w ojcu uczucia rodzicielskie i stworzyła warunki dla wspólnego „budowania gniazda”. Zaangażowanie męża w doświadczenie ciąży ma stworzyć warunki dla ukształtowania wspólnoty rodzinnej w tej tak trudnej dla nich sytuacji (Kentenich, Stauber 1992). Kiedy zabieg skończy się sukcesem i dziecko rozwija się prawidłowo, matki nie żałują swojej decyzji, oceniają małżeństwo

jako bardziej obecnie szczęśliwe, ponad połowa z nich uważa, że dziecko jest podobne do ich mężów (Durna i in. 1995).

Szczególną grupą coraz częściej na Zachodzie korzystającą z usług heterologicznego nasieniennia stanowią lesbijki. Potrzeba doświadczenia macierzyństwa i posiadania dziecka powoduje podjęcie przez nich starań, by bez kontaktu z mężczyzną doszło do poczęcia własnego dziecka. Ich motywacje skorzystania z nasienia dawcy związane są z poczuciem samotności, brakiem poczucia bezpieczeństwa, podatnością na zranienie przez innych, poczuciem zmniejszenia aspiracji i celów życiowych oraz perspektyw samorealizacji (Frank, Brackley 1989). Coraz częściej kobiety te, aby nie być „posądzoną” o ukierunkowanie heteroseksualne, ujawniają otwarcie swoją homoseksualną orientację („coming out”), ostentacyjnie domagają się specjalistycznej pomocy w przekroczeniu ograniczeń wynikających z natury faktów, domagają się likwidacji w opiece ginekologicznej i w oferowanych im usługach sztucznego zapłodnienia jakichkolwiek insynuacji o nietypowości ich zachowań lub słów o heteroseksualnym kontekście tej sytuacji. Często towarzyszą im w czasie wizyt ich aktualne partnerki, dając wsparcie emocjonalne i stwarzając namiastkę rodziny (Zeidenstein 1990). Jednak skorzystanie ze sztucznego nasieniennia powoduje częściej trudności w relacjach z ich partnerkami seksualnymi, niż to się dzieje w małżeństwach (Wendland i in. 1996). Dziecko nie jest tu owocem wzajemnej miłości pary ludzkiej, lecz jest traktowane wyjątkowo instrumentalnie, jako narzędzie do zaspokajania osobistych potrzeb kobiety. Jedną z werbalizowanych przez nie motywacji jest chęć odróżnienia się od otoczenia i uczynienia następnego kroku w „byciu innym niż większość” (Brewaeyns i in. 1993). Lesbijki są tą grupą, która wyraźnie deklaruje chęć ujawnienia dziecku sposobu jego poczęcia, chociaż większość nie wie kiedy i jak to robi oraz obawia się, jak dziecko poradzi sobie z tą informacją. Chciałaby też otrzymać więcej informacji o dawcy nasienia, niż tylko standardowe, dotyczące jego rasy, wykształcenia lub wzrostu (Leiblum i in. 1995; Klock i in. 1998; Wendland i in. 1996).

Najnowsze osiągnięcia medycyny, która ma leczyć choroby i ratować życie, wprzęgnięte zostają do rozwiązywania problemów, które mają swoje źródło w nieuporządkowanej sferze płciowej.

Sztuczne zapłodnienie z wykorzystaniem gamety dawczyni

Gdy kobieta jest bezpłodna, ale zdolna do bycia w ciąży, wtedy zapładnia się nasieniem męża komórki jajowe pobrane od innej kobiety i przenosi się rozwijający embrión do jej macicy. Kobieta nie jest matką genetyczną dziecka, które nosi w swoim łonie, ale staje się jego matką biologiczną, nosicielką. Ta praktyka sztucznego zapłodnienia jest o wiele bardziej skomplikowana niż

sztuczne unasiennienie, stąd rodzi więcej problemów medycznych, prawnych i psychologicznych. Jest też rzadziej stosowana, stąd mniej jest wiedzy na temat psychospołecznych konsekwencji jej zastosowania. Trudności związane z otrzymaniem gamety wydłużają listy oczekujących a brak międzynarodowych uregulowań prawnych otwiera bramę dla „oocytowego rynku” (Cornet 1997) i nadużyć, z wykorzystaniem in. internetu.

W ramach tej procedury sztucznego zapłodnienia in vitro kobieta przedstawia swoją propozycję dawczyni (np. najczęściej siostrę, szwagierkę) lub zdaje się na wybór przez lekarzy obcej dawczyni. Wykorzystanie gamety siostry jest najbardziej akceptowaną i pożądaną alternatywą w porównaniu z gametą obcej dawczyni. Podobnie mniej akceptowane jest skorzystanie z gamet brata męża, w przypadku jego bezpłodności (Sauer i in. 1988). Psychologiczny kontekst i motywacja wyboru każdej z możliwości był przedmiotem badania psychoanalitycznego 110 kobiet w klinice paryskiej (Weil i in. 1994). W przypadku obcej dawczyni kobieta przedstawia uzgodnioną z mężem, „listę życzeń” co do upragnionych cech fizycznych i psychicznych dziecka. Zostaje jej zaproponowana komórka jajowa od kobiety, której medyczne i psychologiczne badania pozwalają na przewidywanie, iż jej gamety mogą spełniać oczekiwane kryteria. Badania prowadzone w Nowym Yorku pokazują, że najważniejsze są wymagania dotyczące cech wyglądu zewnętrznego, rasy, inteligencji i wykształcenia. Większość kobiet (71%) akceptuje za pierwszym razem proponowaną im dawczynię jajeczka. Odrzucenie propozycji jest wynikiem niespełnienia przez nią trzech, uznanych za najważniejsze, charakterystyk (Lindheim, Sauer 1998). Zaniepokojenie budzi u kobiet nie tylko to, kim jest i jaką jest kobietą dawczyni oocytu, ale również sposób jego przydziału i zwłoka stwarzająca trudną do zniesienia sytuację czekania (Ahuja i in. 1997).

Skorzystanie z obcej komórki jajowej jest dla kobiety trudniejsze niż zastosowanie nasienia dawcy. Narcystyczne zranienie spowodowane diagnozą bezpłodności zostaje „leczone” przez fantazmat, jakim jest darowany oocyt. Dzięki niemu kobieta ma szansę zmiany swej biologicznej kondycji i swego losu, osiągnięcia tego, co było dotychczas niemożliwe (Weil 1997). W takiej sytuacji, bardziej niż przy użyciu obcego nasienia, rozbudowane są fantazje dotyczące osoby dawczyni. Kobieta ma czasem poczucie, że zabrała dawczyni część jej ciała, że ta część nie przynależy do niej (jak przy transplantacjach), czasem myśli o dawczyni jak o sobowtórce. Wyobrażenia o genetycznym wyposażeniu dziecka mogą być zafałszowane, np. kobieta sądzi, że dziecko odziedziczyło po mężu 50%, od dawczyni 25%, a od niej samej też 25%. Częściej te kobiety życzą sobie porodu przez cesarskie cięcie w znieczuleniu ogólnym (Serr i in. 1988, s. 465).

W tego typu zapłodnieniu pozaustrojowym oprócz matki biologicznej dziecko ma jeszcze matkę genetyczną – dawczynię oocytu. W badaniach prowadzonych w Chicago okazało się, że dawczyniami komórek jajowych są

najczęściej kobiety młode (przed 30 rokiem życia), zamężne i pracujące zawodowo, mające co najmniej jedno dziecko, kierujące się motywacją altruistyczną (Greenfeld i in. 1995; Khamsi i in. 1997; Klock i in. 1998). Oceniają one udział w procedurze jako nie absorbujący czasowo, nie obciążający finansowo i nieszkodliwy dla zdrowia, co różni ich wizję zabiegu od kobiet, które nie zdecydowały się na partycypację w nim (Kan i in. 1998). W jednym z badań okazało się, że 24% dawczyń doznało w życiu przemocy seksualnej, a 40% doświadczyło straty dziecka (aborcja, poronienie). Większość z nich wykazywała zadowolenie z oddania oocytu dla innej kobiety, te natomiast, które kierowały się motywacją finansową lub miały ambiwalentny stosunek do zabiegu, nie były zadowolone ze swojej decyzji (Klock i in. 1998). Ponad połowa badanych kobiet angielskich – dawczyń gamet deklaruje, że mogłaby powtórnie poddać się tej procedurze i tyleż samo ich jest przeciwna finansowej rekompensacie oraz publicznym reklamom i ogłoszeniom w związku z naborem dawczyń (Ahuja i in. 1997). W badaniach fińskich żadna z kobiet nie żałowała tego, że poddała się procedurze pobrania oocytu i w 80% wyraziły opinię o możliwości powtórzenia swojej decyzji. Prawie wszystkie zastanawiały się nad efektywnością zapłodnienia z użyciem ich oocytu (89%) i większość (67%) chciała wiedzieć, czy zakończyło się ono pozytywnym rezultatem, ponad połowa wyrażała chęć uzyskania pewnych informacji dotyczących pary, która otrzymała ich komórkę jajową oraz dotyczących poczętego dziecka (Soderstrom 1995). Częściej anonimowe dawczynie, niż dawczynie wybrane przez parę jako bliskie im osoby, są zdania, że dziecko powinno być poinformowane o swoim pochodzeniu (Greenfeld i in. 1995; Soderstrom 1995). Deklarowana przez dawczynie motywacja altruistyczna nie wydaje się czynnikiem dostatecznie wyjaśniającym ich decyzję poddania się skomplikowanej i absorbującej czasowo interwencji medycznej. Zapewne odgrywają tu rolę nierozpoznane jeszcze czynniki psychologiczne, a nawet psychiatryczne (por. Bartlett 1991).

Psychologicznie jeszcze trudniejszą jest sytuacja, gdy kobieta nosi w sobie dziecko, którego oboje małżonkowie nie są genetycznymi rodzicami lub też wykorzystuje inną kobietę do rodzenia dziecka (ich dziecko-ich gamety, jej dziecko – jej oocyt a innego mężczyzny nasienie, jego dziecko-nasienie męża a oocyt innej kobiety, niekoniecznie matki biologicznej, która dziecko rodzi). Takie formy pozaustrojowego zapładniania w układach heterologicznych budzą wiele kontrowersji prawnych, a jednocześnie stwarzają wiele niebezpieczeństw psychologicznych dla samych rodziców i dziecka (np. wprowadzenie obcej osoby lub małżeństwa w swoje bardzo trudne i intymne doświadczenia małżeńskie, przeżycia związane z koniecznością oddania dziecka po urodzeniu innej parze). Jednocześnie istnieje silna presja, aby zalegalizować procedurę macierzyństwa zastępczego jako formę pomocy medycznej (por. Cahill 1988).

Psychologiczne konsekwencje tych procedur dla wszystkich osób, których one dotyczą, nie są jeszcze znane.

Doświadczenie macierzyńskie w wyniku powodzenia wspomaganej prokreacji

Część małżeństw poddających się sztucznemu zapłodnieniu, po wielu latach stosowania różnorodnych form leczenia, latach oczekiwania, zwątpień i nadziei, latach cierpienia i prób, staje wobec faktu poczęcia dziecka. Jeśli dojdzie do niepowodzenia na etapie prenatalnego rozwoju dziecka (poronienie, niewczesny poród), przeżycia rodziców są szczególnie dramatyczne. Gdy okres ciąży przebiega prawidłowo, to zdawałoby się, że nastąpił najszczęśliwszy moment w ich życiu. Jednak nie zawsze tak jest.

Jeżeli bowiem problem psychologiczny polegał bardziej na trudności w akceptacji siebie jako osoby bezpłodnej niż na braku biologicznego rodzicielstwa, to nawet udane sztuczne zapłodnienie nie likwiduje problemu, gdyż kobieta uświadamia sobie jeszcze bardziej, jak wiele czasu, środków finansowych, technicznych i medycznych oraz jak wielu profesjonalistów musi być zaangażowanych, aby doszło do ominięcia jej niesprawności prokreacyjnej, do poczęcia i urodzenia dziecka. Jej poczucie niższości i negatywny obraz siebie jako kobiety nie zostają uzdrowione (Shannon 1988).

Poza tym, niespełnione rodzicielstwo było przez wiele lat leczenia i prób przeżywane w sferze fantazji, najczęściej zbyt romantycznie, w sposób wyidealizowany. Okres ciąży jawił się jako wymarzony czas „kwitnienia”, okres radości i uniesienia. Poród rysował się w planach jako sprawny, skutecznie nadzorowany, w którym kobieta pod czułą opieką lekarza oraz przy wsparciu męża urodzi oczekiwanego „aniołka”. Dziecko widziane tyle razy w snach, marzone na jawie, było najpiękniejszym dzieckiem na świecie, spokojnym, uśmiechniętym, bezproblemowym. Karmienie dziecka wyobrażane było na wzór obrazków „Madonna z Dzieciątkiem”, jako czas odprężenia i spełnienia.

Rzeczywistość przynosi nieraz rozczarowanie. Zmedykalizowanie okresu ciąży dochodzi tu do maksimum. Ciąża, która była ściśle zaplanowana i sprowokowana, teraz jest równie dokładnie monitorowana. Kobieta jest nieustannie pacjentką i użytkownikiem usług medycznych, gdyż jest zobligowana do częstych wizyt i badań kontrolnych. Późna ciąża częściej stwarza ryzyko komplikacji (van Balen i in. 1996) oraz nasila objawy złego samopoczucia. Wiele dolegliwości fizycznych, pojawiające się problemy zdrowotne, konieczność wielu badań lekarskich – utrudniają przeżywanie tego okresu tak, jak był zaplanowany. Kobieta czuje się zobligowana do przeżywania radości, a tymczasem doświadcza nieraz smutku, potrzebuje się wyzalić, oczekuje pociechy. Jednak w porównaniu z kobietami, które nie osiągnęły upragnionego macierzyństwa,

poziom smutku jest w tym wypadku niższy a ocena jakości związku małżeńskiego bardziej pozytywna (Slade i in. 1997).

Niepokój i depresja są tym bardziej nasilone, im dłuższy był cykl leczenia i im większej liczbie prób sztucznego zapłodnienia kobieta została poddana (np. Thiering i in. 1993). Przedmiotem lęków jest przeżycie dziecka, jego normalny rozwój, możliwe komplikacje okołoporodowe, konieczność separacji od dziecka po urodzeniu (McMahon i in. 1997). Matka korzystająca ze sztucznego zapłodnienia musi radzić sobie nie tylko z normalnym niepokojem towarzyszącym każdej ciąży, ale i z lękiem o to, czy dziecko będzie odbiegać wyglądem i konstytucją fizyczną od niej samej i męża, czy będzie zdrowe, jakie predyspozycje przyniesie na świat, jak będzie się rozwijać, czy nie będzie żałowała decyzji, co robi, jeśli dziecko okaże się chore lub upośledzone. Tym bardziej, że w literaturze istnieją również dowody wskazujące na to, że dzieci poczęte w wyniku sztucznego zapłodnienia częściej niż w normalnej populacji umierają w okresie okołoporodowym, mają niższą wagę urodzeniową, obciążone są chorobami wrodzonymi (np. rozszczep kręgosłupa, wady związane z aberracjami chromosomalnymi). Częściej występują u nich problemy emocjonalne i zaburzenia zachowania (Lebovici, Bouaziz 1994; Brewaeys i in. 1997). Częściej też dochodzi do poronień samoistnych i rodzenia wieloraczków (Kola 1988; Kentenich, Stauber 1992). Zwraca się uwagę na możliwość dyskretnych zmian neurologicznych oraz odległych w czasie konsekwencji, jak np. nowotwory w okresie młodzieńczym, zaburzenia w funkcjonowaniu narządu płciowego, bezpłodność. Dochodzi do tego stres związany z ewentualnym przekazaniem choroby dziedzicznej przez osobę dawcy. Każdy człowiek jest bowiem nosicielem szkodliwych genów. Wprawdzie podkreśla się konieczność objęcia badaniami genetycznymi dawców plemników i komórek jajowych (Czeizel i in. 1983; Forse i in. 1986; Selva i in. 1986), to jednak utopią jest myślenie, że można dobrać dawcę wolnego od genetycznych defektów (Smith 1984). Dlatego też w czasie ciąży przeprowadza się rutynowo wielokrotne badania diagnostyczne celem wykrycia ewentualnych wad u dziecka, co jest dla matki kolejną sytuacją stresową.

Stres i depresja może stanowić psychogenną przyczynę dalszych niepowodzeń ciążowych, np. zespół badaczy z Louvain stwierdził, że w grupie 116 kobiet poddanych unasiennieniu nasieniem dawcy, niepowodzenia w poczęciu i poronienia samoistne zdarzały się istotnie statystycznie częściej u tych osób, które charakteryzowało znaczne nasilenie niepokoju (Demyttanaere i in. 1988). Badając 98 kobiet, które poddawano zapłodnieniu *in vitro*, stwierdzono, że niepowodzenie zabiegu było istotnie związane z doświadczaniem przez nie negatywnych uczuć oraz depresją (Demyttanaere i in. 1998). Wyniki te potwierdziły wnioski z wcześniejszych badań, np. zespołu badaczy australijskich, którzy na grupie 330 kobiet korzystających z procedury transferu embrionu stwierdzili, że klinicznie rozpoznana depresja jest czynnikiem istotnie zwią-

szającym ryzyko niepowodzenia zabiegu (Thiering i in. 1993). Wysoki poziom depresji, przewidywanego niepokoju i tłumienia ekspresji emocji daje psycho-endokrynologiczną odpowiedź poprzez reakcję organizmu, m.in. poprzez trudności z poczęciem przy zastosowaniu sztucznego unasiennienia i z utrzymaniem życia w prenatalnym okresie jego rozwoju po zapłodnieniu pozaustrojowym. Koncentracja kortyzolu, prolaktyny, endorfin na różnych etapach sztucznego zapłodnienia zależy nie tylko od poziomu niepokoju i depresji ale również od sposobów radzenia sobie z nimi (Demyttenaere i in. 1991, 1992; Merari i in. 1992).

Nie można nie wspomnieć o stosowanej, przy sztucznym wzbudzaniu życia ludzkiego, procedurze selekcji tzw. dodatkowych embrionów lub nadliczbowych płodów. Co do selekcji embrionów przed implantacją do macicy, to prawie wszystkie kobiety niezależnie od ich poglądu odnośnie do statusu osobowego embrionu, preferują podarowanie go innym parom lub zniszczenie. Te, które uznawały człowieczeństwo embrionu różniły się jedynie tym, że negatywnie oceniały użycie go do eksperymentów (np. Laruelle, Englert 1995). Jeszcze trudniejszy problem powstaje w związku ze stosowaną selekcją nadliczbowych płodów. W procedurze sztucznego zapłodnienia *in vitro* przenosi się czasem do macicy kilka embrionów, celem zwiększenia prawdopodobieństwa implantacji jednego z nich. Może się okazać, że sukces jest pełny i „dzieci jest za dużo”. Przy sztucznym unasiennieniu *in vivo* natomiast wieloracza ciąża jest wynikiem stymulowanej hormonalnie owulacji. Stymulacja taka powoduje dojrzewanie w cyklu więcej niż jednej komórki jajowej i jeśli wszystkie zostaną zapłodnione, a poczęte dzieci rozwiną się, powstaje problem z ciążą wieloraczą. Kobieta może bowiem nie być zdolna fizycznie lub nie chcieć urodzić naraz kilkoro dzieci. Bliźniaki są łatwo zaakceptowane, trojaczki natomiast spotykają się z odrzuceniem (Laruelle, Englert 1995). O ile literatura medyczna i etyczna jest na ten temat skąpa, o tyle literatura psychologiczna prawie zupełnie milczy, chociaż wskazuje się na konieczność zapewnienia psychiatrycznej pomocy (Ormont, Shapiro 1995). Tak naprawdę niewiele wiemy na temat przeżyć rodziców, a zwłaszcza matek, które doświadczyły zabicia w ich łonach jednego lub więcej dzieci, aby stworzyć lepsze warunki dla rozwoju tego lub tych, którzy pozostaną, jak również dla przeżyć ocalonych dzieci (por. Kornas-Biela 1998a i b).

Poród w sytuacjach wspomaganej prokreacji odbywa się najczęściej przez cesarskie cięcie (por. Applegarth i in. 1995; Kentenich, Stauber 1992). Już samo leczenie niepłodności zwiększa odsetek operacyjnego ukończenia ciąży (Kraczkowski i in. 1998). Poza tym w przebiegu porodu kobiet rodzących pierwsze dziecko po 35 roku życia, długo niepłodnych, statystycznie częściej dochodzi do pewnych komplikacji (np. znaczna utrata krwi, konieczność zastosowania farmakoterapii). Poród indukowany lub wspomagany technicznie nie daje kobiecie możliwości doświadczenia go jako szczytowego przeżycia macierzyńskiego.

Dziecko pomarszczone, czerwone, krzyczące, odbiega od typowego reklamowego obrazka przedstawiającego „słodkiego noworodka”. Trudniej też o sukces w karmieniu piersią, gdyż zmedykalizowany poród zmniejsza laktację a karmienie przez matkę starszą wiekiem może być wyczerpujące i bolesne.

Pojawiające się trudności z przebiegiem ciąży, porodu i karmienia mogą być odbierane jako następne niepowodzenia życiowe, utwierdzające w poczuciu niepełnowartościowości. Jeżeli dziecko nie jest ładne, sprawia kłopoty (np. związane z kolką), rodzice przekonują się, że nic i nikt nie jest w stanie zaspokoić ich oczekiwań. Trudno im pogodzić się z tym, że ich plany były nierealistyczne, że to jest wszystko, co osiągnęli po wielu latach prób. Dlatego rodzice ci potrzebują wsparcia społecznego, psychologicznej interwencji lub pielęgniarskiej pomocy.

Niemalą trudnością może być również konieczność przystosowania się matek, wbrew wieloletnim przyzwyczajeniom, do innego trybu życia, jaki narzuca obecność dziecka. Chcą być doskonałymi matkami i w razie jakiś trudności opiekuńczych, rozwojowych lub wychowawczych są narażone na przeżywanie poczucia winy, że nie sprawdzają się w roli rodzicielskiej, że nie dość zaspokajają potrzeby dziecka lub nie dość cieszą się nim. Często mają trudności w pozostawieniu dziecka pod opieką osoby trzeciej, w podjęciu pracy zawodowej, w okazywaniu dziecku swego niezadowolenia lub niechęci, w stawianiu wymagań. Pragną być perfekcyjnymi matkami. To prowadzi do postawy nadopiekuńczości, przesadnej troski o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka, ograniczania jego swobody, nadmiernej koncentracji uczuciowej nad nim (Weaver i in. 1993). W porównaniu z innymi częściej oceniają swoje dzieci jako bardzo wrażliwe, nadmiernie receptywne, mające zaburzenia zachowania i sprawiające trudności wychowawcze. Ocena ta jest odbiciem ich bojaźliwej troski o dziecko i niepokoju o jego zdrowie i normalny rozwój (Gibson i in. 1998).

Dzieci te są również narażone na problemy emocjonalne z powodu bycia „drogocennym dzieckiem” (Lasker, Borg, za: Holmes 1988). Przez nauczycieli są częściej oceniane jako mające trudności w emocjonalno-społecznym przystosowaniu. Ryzyko zaburzeń emocjonalnych dotyczy zwłaszcza chłopców oraz dzieci starszych rodziców, na co ma wpływ długie leczenie i próby osiągnięcia sukcesu w dziedzinie prokreacyjnej (Levy Shiff i in. 1998). Mało jest badań nad rozwojem dzieci poczętych poprzez sztuczne zapłodnienie, a te które są prowadzone, dają rozbieżne wyniki. Zależnie od wieku dzieci i użytych metod psychologicznych uzyskuje się wyniki wskazujące na to, że nie przejawiają one zaburzeń emocjonalnych (np. Golombok i in. 1995), inne zaś wskazują na częstsze w tej grupie zaburzenia emocjonalne i w zachowaniu niż w grupie dzieci poczętych naturalnie, niezależnie od tego, na ile ukryto przed dzieckiem sposób jego poczęcia (np. badania 4 - 8 latków w 38 rodzinach holenderskich, które skorzystały z unosiennienia heterologicznego – K. Brewaeys i in. 1997; por. tenże 1996).

Bardzo istotnym problemem jest jawność zabiegu oraz anonimowość dawców gamet, czy i kto ma prawo do informacji o sposobie poczęcia dziecka, czy dziecko ma prawo do informacji o swoim biologicznym pochodzeniu i do jak szerokiej informacji, skoro większość dawców domaga się anonimowości. Jawność zabiegu rodzi szereg problemów natury psychologicznej, społecznej i prawnej (por. Kornas-Biela 1999).

Wspomniane trudności w sytuacji poczęcia dziecka po wielu latach bezdzietności oraz w wyniku obciążeń sztucznego zapłodnienia wskazują jedynie na niebezpieczeństwa, które mogą wystąpić, ale które mogą być przezwyciężone. Niewątpliwie dziecko w takiej rodzinie jest upragnione i kochane, rodzice doświadczeni życiowo, silnie ze sobą związani, ich sytuacja materialna stabilna. Matki cenią sobie fakt rodzicielstwa, cieszą się dzieckiem i starają się być jak najlepszymi matkami (por. Applegarth i in. 1995; Golombok i in. 1995; Brewaeys 1996; Gillett i in. 1996). Dziecko w większości rodzin integruje parę i wpływa na pogłębienie więzi między rodzicami, a oni widzą zwykle podobieństwo swojego małżonka w nim (Durna i in. 1995).

Zakończenie

Istnieje konieczność szerszych badań nad motywami skłaniającymi małżonków do decyzji o poddaniu się sztucznemu zapłodnieniu oraz nad ich doświadczeniami w tym zakresie, gdyż skala społeczna tego zjawiska ciągle narasta. Wynika to z faktu zwiększania się liczby małżeństw bezpłodnych, zmniejszania się liczby dzieci dostępnych dzięki adopcji (wskutek m.in. stosowania antykoncepcji i aborcji), zeświecczenia poglądów dotyczących początku życia ludzkiego, uprzedmiotowienia dziecka i traktowania go jako prywatnej własności rodziców, do której posiadania mają oni prawo, postępu medycyny wspartego przekonaniem, że to co nowoczesne i dostępne, to moralnie usprawiedliwione. Rozwój tych procedur jest wynikiem traktowania kobiety jako „maszyny do rodzenia dzieci”, dziecka jako rzeczy, do której posiadania rodzice mają prawo, życia ludzkiego jako wartości, którą można kupić i sprzedać, a życzenie posiadania dziecka jako wystarczający powód do manipulacji medycznych (por. Petersen 1987). Sztuczne zapłodnienie jako rozpowszechniająca się usługa medyczna prowadzi do antagonizacji płci, gdyż współżycie seksualne kobiety i mężczyzny przestaje być warunkiem posiadania dzieci. Homoseksualne kobiety lub mężczyźni mogą mieć własne dzieci bez kontaktu ze sobą. Kobiety korzystają z banku spermy, mężczyźni wynajmują ich łona do urodzenia dziecka, a w nieokreślonej przyszłości będą korzystać ze „sztucznych macic”. Każda z płci zdobywa panowanie nad właściwościami przynależnymi drugiej, eliminuje ją z własnego życia i zamiast się uzupełniać, pozostaje samotna. Gamety męskie i żeńskie stają się towarem handlowym, usługi świadczone przez spraw-

ne nasieniowody, jajniki i macice mogą być przedmiotem międzynarodowego rynku i kierować się prawami podaży i popytu. Rozwój technik sztucznego wzbudzania życia ludzkiego jest niewątpliwie wyrazem komercjalizacji seksualności, medykalizacji sfery prokreacji, jak też materialistycznej wizji życia oraz przedmiotowego i instrumentalnego traktowania człowieka.

Poddanie się procedurom wspomaganej prokreacji wynika z doświadczenia bezpłodności, które trwa nadal pomimo zastosowania sztucznego zapłodnienia. Próby niwelowania jej skutków stwarzają tak wiele trudnych sytuacji, że zarówno kobiety, jak i ich mężowie potrzebują różnych form psychologicznej pomocy (np. wsparcia, porad, relaksacji, strategii rozwiązywania problemów). Potrzebują też uzdrowienia duchowego. Jednak nie tylko rodzice bezpłodni korzystający z oferowanych im usług medycznych wymagają uzdrowienia, ale wymaga tego przede wszystkim chora mentalność cywilizacji zachodniej końca II tysiąclecia.

Bibliografia

- Ahuja K.K., Mostyn B.J., Simons E.G., Egg sharing and egg donation: attitudes of British egg donors and recipients. *Human Reproduction*. 1997, 12 (12): 2845-2852.
- Applegarth L., Goldberg N.C., Cholst I., McGoff N., Fantini D., Zellers N., Black A., Rosenwaks Z., Families created through ovum donation: a preliminary investigation of obstetrical outcome and psychological adjustment. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1995, 12 (9): 574-580.
- Athea N., Nouvelles techniques de procreation: Quelques reflexions d'une gynecologue sur la medicalisation et la psychologisation du desir d'enfant. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 1987, 51 (6): 1531-1542.
- Baram D., Tourtelot E., Muechler E., Eberhard H.K., Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilization. Special Issue: Psychosocial and ethical concerns in new reproductive technologies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 9 (3): 181-190.
- Bartlett J.A., Psychiatric issues in non anonymous oocyte donation. Motivations and expectations of women donors and recipients. *Psychosomatics*, 1991, 32 (4): 433-437.
- Becker G., Nachtigall R.D., „Born to be a mother”: the cultural construction of risk in infertility treatment in the U.S. *Social Science Medicine*, 1994, 39 (4): 507-518.
- Berger D.M., Eisen A., Shuber J., Doody K.F., Psychological patterns in donor insemination couples. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1986, 31 (9): 818-823.

- Blake D., Smith D., Bargiacchi A., France M., Gudex G., Fertility awareness in women attending a fertility clinic. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1997, 37 (3): 350-352.
- Blaser A., Maloigne-Katz, Gigon U., Effect of artificial insemination with donor semen on the psyche of the husband. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1988, 49: 17-21.
- Boivin J., Takefman J.E., Impact of the in vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Human Reproduction*, 1996, 11 (4): 903-907.
- Bonnicksen A., Some consumer aspects of in vitro fertilization and embryo transfer. *Birth*, 1988, 15 (3): 148-152.
- Bourguignon O., Navelet C., Fourcault D., Etude psychologique de 20 femmes apres echecs de fecondation in vitro. *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 1998, 26 (9): 663-673.
- Brandt K.H., Zech H., Auswirkungen von Kurzzeitpsychotherapie auf den Erfolg in einem in vitro Fertilisierung/Embryotransfer Programm. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1991, 141 (1-2): 17-19.
- Brewaeys A., Donor insemination, the impact on family and development. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 1996, 17 (1): 1-3.
- Brewaeys A., Golombok S., Naaktgeboren N., de Bruyn J.K., van Hall E.V., Donor insemination: Dutch parents' opinions about confidentiality and donor anonymity and the emotional adjustment of their children. *Human Reproduction*, 1997, 12 (7): 1591-1597.
- Brewaeys A., Ponjaert-Kristoffersen I., van Steirteghem A.C., Devroey P., Children from anonymous donors: an inquiry into homosexual and heterosexual parent's attitudes. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 1993, 14 Suppl: 23-35.
- Brighenti F., Martinelli F., Ardeni R., La Sala G.B., Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstetrica et Gynecologia Scandinavica*, 1997, 76 (5): 431-437.
- Cahill L.S., The ethics of surrogate motherhood: Biology, freedom, and moral obligation. Special Issue: Forum on surrogate motherhood: politics and privacy. *Law, Medicine and Health Care*, 16 (1-2): 65-71.
- Christie G.L., The psychogenic factor in infertility. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1994, 28 (3): 378-390.
- Colpin H., De Munter A., Vandemeulebroecke L., Parenthood motives in IVF mothers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 19 (1): 19-27.
- Cook R., The relationship between sex role and emotional functioning in patients undergoing assisted conception. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1993, 14 (1): 31-40.

- Cornet D., Don d'ovocytes : aspects psycho sociologiques, le point de vue du clinicien. *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 1997, 25 (7 8): 660-664.
- Czeizel A., Szentesi I., Horvath L., Results of genetic screening of donors for artificial insemination. *Clinical Genetics*, 1983, 24, 113-116.
- Daniels K.R., Psychosocial factors for couples awaiting in vitro fertilization. *Social Work in Health Care*, 1989, 14 (2): 81-98.
- Demyttanaere K., Nijs P., Evers Kiebooms G., Koninckx P.R., Coping, ineffectiveness of coping and the psychoendocrinological stress responses during in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Research*, 1991, 35 (2-3): 231-243.
- Demyttanaere K., Nijs P., Evers Kiebooms G., Koninckx P.R., Coping and ineffectiveness of coping influence the outcome of in vitro fertilization through stress responses. *Psychoneuroendocrinology*, 1992, 17 (6): 655-665.
- Demyttanaere K., Nijs P., Evers Kiebooms G., Koninckx P.R., Personality characteristics, psychoendocrinological stress and outcome of IVF depend upon the etiology of infertility. *Gynecology and Endocrinology*, 1994, 8 (4): 233-240.
- Demyttanaere K., Nijs P., Steeno O., Koninckx P., Anxiety and conception rates in donor insemination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 8 (3): 175-181.
- Demyttanaere K., Bonte L., Gheldof M., Vervaeke M., Meuleman C., Vanderschuerem D., D'Hooghe T., Coping style and depression level influence outcome in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 1998, 69 (6): 1026-1033.
- Destounis N., Psychological aspects of in vitro fertilization participants. 6th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (1988, Munich, Federal Republic of Germany). *Dynamische Psychiatrie*, 1988, 21 (5-6): 404-412.
- Dunn PC., Ryan I.J., O'Brien K., College students' acceptance of adoption and five alternative fertilization techniques. *Journal of Sex Research*, 1988, 24: 282-287.
- Durna E.M., Bebe J., Leader L.R., Steigrad S.J., Garrett D.G., Donor insemination: effects on parents. *Medical Journal of Australia*, 1995, 163 (5): 248-251.
- Emanuel E.J., Powderly K., Cancer and maybe a baby? *Hastings Centre Report*, 1994, 24 (6): 24-25.
- Emery J.A., Slade P., Lieberman B.A., Patterns of progression and nonprogression through in vitro fertilization treatment. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1997, 14 (10): 600-602.
- Forse R.A., Ackman C.F.D., Fraser F.C., Possible teratogenic effects of artificial insemination by donor. *Clinical Genetics*, 1986, 28: 23-26.

- Frank D.I., Brackley M.H., The health experience of single women who have children through artificial donor insemination. *Clinical Nurse Specialist*, 1989, 3 (3): 156-160.
- Gibson F.L., Ungerer J.A., Leslie G.I., Saunders D.M., Tennant C.C., Development, behaviour and temperament: a prospective study of infants conceived through in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 1998, 13 (6): 1727-1732.
- Gillett W.R., Daniels K.R., Herbison G.P., Feeling of couples who have had a child by donor insemination: the degree of congruence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1996, 17 (3): 135-142.
- Golombok S., Cook R., Bish A., Murray C., Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Development*, 1995, 66 (2): 285-298.
- Greenfeld D.A., Diamond M.P., DeCherney A.H., Grief reactions following in-vitro fertilization treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 8 (3): 169-174.
- Greenfeld D.A., Mazure C.M., Olive D.L., Keefe D.L., Similarities and differences between anonymous and directed candidates for oocyte donation. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1995, 12 (2): 118-122.
- Guerra D., Llobera A., Veiga A., Barri P.N., Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*, 1998, 13 (6): 1733-1736.
- Holmes H.B., In vitro fertilization: Reflections on the state of the art. *Birth*, 1988, 15 (3): 134-145.
- Hurwitz N., The psychological aspects of in – vitro fertilization. *Pre and Perinatal Psychology Journal*, 1989, 4 (1): 43-50.
- Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Odpowiedzi na niektóre aktualne zagadnienia. Kongregacja Doktryny Wiary, Watykan 1987.
- Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium Vitae*, Rzym 1995.
- Johnston M., Shaw R., Bird D., „Test-tube baby” procedures: Stress and judgments under uncertainty. *Psychology and Health*, 1987, 1 (1): 25-38.
- Kan A.K., Abdalla H.I., Ogunyemi B.O., Korea L., Latarche E., A survey of anonymous oocyte donors: demographics. *Human Reproduction*, 1998, 13 (10): 2762-2766.
- Kentenich H., Stauber M., Schwangerschaft, Geburt und Partnerschaft in einer Familie mit „Retortenbaby”. Nachuntersuchung von „IVF-Paaren” und deren Kindern. *Psychotherapie, Psychosomatic Medicinische Psychologie*, 1992, 42 (7): 228-235.

- Khamsi F., Endman M.W., Lacanna I.C., Wong J., Some psychological aspects of oocyte donation from known donors on altruistic basis. *Fertility and Sterility*, 1997, 68 (2): 323-327.
- Kielanowski T., (Red.), *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, Warszawa 1980.
- Klock S.C., Braverman A.M., Rausch D.T., Predicting anonymous egg donor satisfaction: a preliminary study. *Journal of Women's Health*, 1998, 7 (2): 229-237.
- Kola I., Commentary: embryo and fetal abnormalities in IVF. *Birth*, 1988, 15 (3): 145-147.
- Kornas S., *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*. Częstochowa, 1986.
- Kornas-Biela D., Doświadczenia rodziców użytkowników wspomaganey prokreacji. Materiały z Sympozjum „Rodzina polska u progu III tysiąclecia”, Piotrków Trybunalski 1999 (w druku).
- Kornas-Biela D., Psychogenne uwarunkowania rozwoju człowieka w okresie prenatalnym a mózgowie porażenie dziecięce. W: *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*. Pod red. H. Mierzejewskiej, M. Przybysz-Piwkovej, Warszawa 1997, DiG: 86-99.
- Kornas-Biela D., Psychospołeczne konsekwencje swoistej formy przemocy w rodzinie. *Pedagogika Rodziny*, 1998a, 1: 119-139.
- Kornas-Biela D., „Zespół ocalenia” jako konsekwencja przemocy wobec dzieci. W: *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie transformacji ustrojowej*. Pod red. J.Papież i A. Płukis, Toruń 1998b, Wydawnictwo „Adam Marszałek”: 150-162.
- Kraczkowski J.J., Hławacz J., Bakalczuk S., Semczuk M., Sposoby rozwiązania w ciążach uzyskanych w wyniku leczenia niepłodności – doniesienie wstępne. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 1998, 27 (3): 116-118.
- Kozakiewicz M., Sztuczne zapłodnienie nasieniem nieznanego dawcy. *Problemy Rodziny*, 1985, 3: 141.
- Krishnan V., Preferences for sex of children: A multivariate analysis. *Journal of Biosocial Science*, 1987, 19 (3): 367-376.
- KucEROVA M., DolANSKA M., Etické a psychologické problémy infertilich paru v genetickem poradenstvi. *Ceska Gynekologia*, 1997, 62 (4): 220-223.
- Laffont I., Edelmann R.J., Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1994a, 15 (4): 183-188.
- Laffont I., Edelmann R.J., Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1994b, 15 (2): 85-92.

- Laruelle C., Englert Y., Psychological study of in vitro fertilization-embryo transfer participants' attitudes toward the destiny their supernumerary embryos (see comments). *Fertility and Sterility*, 1995, 63 (5): 1047-1050.
- Lebovici S., Bouaziz D., Quelques difficultes du processus de „paternalisation” dans des cas de procreation medicaleement assistee. *Psychiatr Enfant*, 1994, 37 (2): 631-658.
- Leiblum S.R., Kemmann E., Lane M.K., The psychological concomitants of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1987, 6 (3): 165-178.
- Leiblum S.R., Palmer M.G., Spector I.P., Non traditional mothers: single heterosexual / lesbian women and lesbian couples electing motherhood via donor insemination. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1995, 16 (1): 11-20.
- Levy-Shiff R., Vakil E., Dimitrowsky L., Abramovitz M., Shahr N., Har-Even D., Gross S., Lerman M., Levy I., Sirota L., Fish B., Medical, cognitive, emotional, and behavioral outcomes in school-age children conceived by in-vitro fertilization. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1998, 27 (3): 320-329.
- Lindheim S.R., Sauer M.V. Expectation of recipient couples awaiting an anonymous oocyte donor match. *Journal of Assisted Reproduction Genetics*, 1998, 15 (7): 444-446.
- Łepecka-Klusek C., Sendek A., Bokinić M., Motywacja par małżeńskich decydujących się na zabieg sztucznego zaplemnienia. *Ginekologia Polska*, 1988, Suppl.: 83-87.
- Łepecka-Klusek C., Postawy małżeństw bezdzietnych wobec niektórych technik rozrodu wspomaganego. *Ginekologia Polska*, 1997a, 68 (5b): 200-203.
- Łepecka-Klusek C., Pozycja kobiety w małżeństwie bezdzietnym. *Ginekologia Polska*, 1997b, 68 (5B): 204-208.
- Mahlstedt P.P., Macduff S., Bernstein J., Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 1987, 4 (4): 232-236.
- Mazure C.M., de-l'Aune W., DeCherney A.H., Two methodological issues in the psychological study of in vitro fertilization/embryo transfer participants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1988, 9 (1): 17-21.
- McMahon C.A., Ungerer J.A., Beaupaire J., Tennant C., Saunders D., Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in vitro fertilization conception. *Human Reproduction*, 1997, 12 (1): 176-182.
- Merari D., Feldberg D., Elizur A., Goldman J., Modan B., Psychological and hormonal changes in the course of in vitro fertilization. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1992, 9 (2): 161-169.

- Miall Ch.E., Reproductive technology vs. the stigma of involuntary childlessness. *Social Casework*, 1989, 70 (1): 43-50.
- Milne B.J., Couples' experiences with in vitro fertilization. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 1988, 117 (5): 347-352.
- Mimoun S., Les multiples interactions entre l'infertilité et la sexualité. *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 1993, 21 (3): 251-254.
- Nielsen A.F., Pedersen B., Lauritsen J.G., Psychosocial aspects of donor insemination. Attitudes and opinions of Danish and Swedish donor insemination patients to psychosocial information being supplied to offspring and relatives. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1995, 74 (1): 45-50.
- Oleńnik S., Niepokojące poczynania biomedyczne w zakresie powstającego życia ludzkiego. *Chrześcijanin w Świecie*, 1984.
- Ormont M.A., Shapiro P.A., Multifetal pregnancy reduction. A review of an evolving technology and its psychosocial implication (see comments). *Psychosomatics*, 1995, 36 (6): 522-530.
- Paweł VI, Encyklika *Humanae Vitae*, Rzym 1968.
- Petersen P., Moderne Fertilitätstechnologien: Herausforderung an die psychosomatische Anthropologie. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 1987, 32 (5): 258-265.
- Pines D., Emotional aspects of infertility and its remedies. *International Journal of Psychoanalysis*, 1990, 71 (Pt 4): 561-568.
- Popielski B. Zapłodnienie pozaustrojowe w świetle etyki i prawa. *Problemy Rodziny*, 1987, 26 (1): 31-39.
- Prattke T.W., Gass-Sternas K.A., Appraisal, coping, and emotional health of infertile couples undergoing donor artificial insemination. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 1993, 22 (6): 516-527.
- Purdie A., Peek J.C., Adair V., Graham F., Fisher R., Attitudes of parents of young children to sperm donation implications for donor recruitment. *Human Reproduction*, 1994, 9 (7): 1355-1358.
- Pyper C.M., Fertility awareness and natural family planning. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*, 1997, 2(2): 131-146.
- Reading A.E. Psychological and Social Aspects of the New Reproductive Technologies. W: *The Free Woman*. Pod red. E.V. van Hall, W. Everaerd, Lanc, The Parthenon Publ. Group, 1989: 503-514.
- Reading A.E., Chang L.C., Kerin J.F., Psychological state and coping styles across an IVF treatment cycle. Special Issue: Psychology and infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1989, 7 (2): 95-103.
- Safjan M., Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji. Warszawa 1990, Wydział Prawa i Administracji UW.

- Sauer M.V., Paulson R.J., Demographic differences between younger and older recipients seeking oocyte donation. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 1992, 9 (4): 400-404.
- Sauer M.V., Rodi I.A., Scrooc M., Bustillo M., Buster J.E., Survey of attitudes regarding the use of siblings for gamete donation. *Fertility and Sterility*, 1988, 49 (4): 721-722.
- Selva J., Leonard C., Albert M., Auger J., David G., Genetic screening for artificial insemination by donor (AID). *Clinical Genetics*, 1986, 29: 389-396.
- Sendecka A., Łepecka-Klusek C., Bokiniec M., Postawy małżeństw bezdzietnych wobec zagadnienia sztucznej inseminacji nasieniem dawcy (AID). *Ginekologia Polska*, 1988, Suppl.: 93-97.
- Serr D.M., Tyano S., Mane R., Zabner L., Mashiach S., Shalev J., The Impact of Reproductive Technology on Society: The Donated Egg and Its Mother, and Induced Abortion as Seen via the Ultrasound Screen. W: *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. Pod red. P.M. Venessa Vogel, P. Fedor Freybergh. Lanc 1988, The Parthenon Publ., Group: 461-467.
- Shannon T.A., „The case against test tube babies”. *The National Catholic Reporter*, 1988, 11 August: 20.
- Singer P., Wells D., Dzieci z próbówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji. Warszawa 1988, Wiedza Powszechna.
- Slade P., Emery J., Lieberman B.A., A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 1997, 12 (1): 183-190.
- Smith P.E., Selection against genetics defects in semen donors. *Clinical Genetics*, 1984, 26: 87-108.
- Smyczyński T., (Red.) Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne. Poznań 1996, Wydawnictwo Nakom.
- Soderstrom A.V., Follow-up study of Finnish volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation. *Human Reproduction*, 1995, 10 (11): 3073-3076.
- Stoleru S., Cornet D., Vaugeois P., Fermanian J., Magnin F., Zerah S., Spira A., The influence of psychological factors on the outcome of the fertilization step of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1997, 18 (3): 189-202.
- Szawarski Z., (Red.) W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej. Warszawa 1987.
- Szymański W., Iwanier K., Sztuczna inseminacja jako metoda leczenia niepłodności małżeńskiej. *Ginekologia Polska*, 1988, Suppl.: 105-108.
- Ślipko T., Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki. Kraków 1994, WAM.

- Thiering P., Beaurepaire J., Jones M., Saunders D., Tennant C., Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilization/embryo transfer technology (IVF/ET). *Journal of Psychosomatic Research*, 1993, 37 (5): 481-491.
- Van Balen F., Naaktgeboren N., Trimbos Kemper T.C., In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction*, 1996, 11 (1): 95-98.
- Van Thiel M., Mantadakis E., Vekemans M., Gillot de Vries F., Etude, par entretiens et tests projectifs, du psychisme de patient(e)s ayant recours à l'insemination artificielle par donneur anonyme. *Journal de Gynecologie Obstetrique Biologie de la Reproduction*, 1990, 19 (7): 823-828.
- Visser A.P., Haan G., Zalmstra H., Wouters I., Psychosocial aspects of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1994, 15 (1): 35-43.
- Weaver S.M., Clifford E., Hay D.M., Robinson J., Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Educational Counseling* 1997, 31 (1): 7-18.
- Weaver S.M., Clifford E., Gordon A.G., Hay DM, Robinson J., A follow-up study of « successful » IVF/GIFT couples: social – emotional well-being and adjustment to parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1993, 14 Suppl.: 5-16.
- Weil E., Bref point de vue psychanalytique sur l'assistance medicale à la procreation (AMP). *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 1997, 25 (7-8): 665-669.
- Weil E., Cornet D., Sibony C., Mandelbaum J., Salat Baroux J., Psychological aspects in anonymous and non anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, 1994, 9 (7): 1344-1347.
- Wendland C.L., Burn F., Hill C., Donor insemination: a comparison of lesbian couples, heterosexual couples and single women. *Fertility and Sterility*, 1996, 65 (4): 674-670.
- Williams L.S., „It's going to work for me”. Responses to failures of IVF. *Birth*, 1998, 15 (3): 153-155.
- Zeidenstein L., Gynecological and childbearing needs of lesbians. *Journal of Nurse Midwifery*, 1990, 35 (1): 10-18.