

## PSYCHOSPOŁECZNE KONSEKWENCJE ROZWOJU USŁUG W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI PRENATALNEJ

DOROTA KORNAS-BIELA

*Diagnostyka prenatalna łączy się ściśle z nowymi metodami prokreacji oraz z usługą aborcyjną, gdyż wobec niewielu zdiagnozowanych prenatalnie chorób jesteśmy w stanie podjąć jakieś skuteczne działanie lecznicze. Rozwój usług w tej dziedzinie niesie ze sobą ryzyko jeszcze większej medykalizacji i komercjalizacji okresu ciąży oraz dziecka poczętego, zmian w systemie ogólnospołecznych wartości oraz w rozumieniu relacji rodzinnych, wprowadzenie kontroli „jakości życia” oraz ograniczenia wolności w wyborach prokreacyjnych, nasilenia negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych i zmniejszenia zobowiązania ze strony państwa do opieki nad nimi. W literaturze przedmiotu wskazuje się prawie wyłącznie na pozytywne skutki rozrzucania się praktyki korzystania przez rodziców z usług prenatalnych (np. likwidacja lęku o stan zdrowia dziecka) natomiast milczy się na temat psychologicznych zagrożeń z tym związanych.*

**O**pieka ginekologiczno-położnicza, jak każdy rodzaj opieki medycznej, musi wykorzystywać zarówno elementy nauki jak i sztuki. Aspekt sztuki obejmuje to wszystko, co pozwala opiece być zorientowaną na konkretnego pacjenta (podejście personalne i indywidualne) oraz angażować bardziej osobowość lekarza (np. zdolność do empatii) niż jego wiedzę. Niestety nowoczesna medycyna postawiła na naukę i technologię – wartości okresu Oświecenia, na prymat wiedzy nad sztuką. W efekcie coraz lepsze poznanie chorób, coraz szerszy zakres możliwych ingerencji w naturę i dostosowywanie jej do swoich potrzeb, coraz większa władza nad ludzkim losem. W profesji medycznej coraz bardziej liczą się zdolności organizacyjne, menadżerskie, techniczne, językowe. Zmniejsza się szansa kariery zawodowej dla lekarza humanisty, lekarza wszechstronnie wykształconego, o wysokim poziomie moralnym, liczącego się z tym, co się dzieje w psychice człowieka i z jego więzią rodzinną.

Udostępnianie przez publikacje, systemy informacji komputerowej oraz międzynarodowe konferencje wyników tysięcy prowadzonych badań powoduje, że obieg informacji jest szybki a wiedza lekarzy na świecie jest w miarę ujednoczona. Pojawienie się na rynku nowych metod, narzędzi, aparatów i leków jest tak szybkie, iż jedynie daleko posunięta specjalizacja pozwala na bycie kompetentnym. Dostępność informacji i badań podstawowych, które ułatwiają diagnozę i leczenie powinno spowodować możliwość wyboru najlepszych sposobów pomocy medycznej. Okazuje się jednak, że na decyzję o wyborze metody diagnostycznej czy terapeutycznej ma wpływ przede wszystkim to, co nazywamy percepcją przewidywanych zysków i strat w wyniku użycia tej proce-

dury. Percepcja korzyści i strat a nie dowody na korzyści i straty są ważne w ocenie tego, co uznaje się za rzeczywiste dobro pacjenta. Percepcja ta zaś zależy od szeregu czynników, np. kulturowych, od poziomu opieki medycznej, mody, nacisków firm farmaceutycznych, statusu społecznego i zachowania pacjentki oraz osobowości lekarza (np. jego stereotypów).

Na przestrzeni ostatnich lat szczególne niebezpieczeństwo kryje w sobie polityka rynkowa firm farmaceutycznych oraz produkujących sprzęt medyczny, które na różne sposoby szukają rynku zbytu i uzależniają od siebie nie tylko pojedynczych lekarzy, ale również (m.in. przez tzw. umowy wiązane) systemy opieki medycznej danego kraju z tym samym konkretnym pacjentą, który staje się konsumentem.

#### MEDYKALIZACJA OKRESU CIAŻY

Ciąża i poród stały się na przestrzeni ostatnich lat okresem życia pary ludzkiej, w który wkroczyła medykalizacja. Z chwilą poczęcia dziecka kobieta staje się pacjentką, a w wypadku tzw. podejścia zorientowanego na rodzinę, pacjentami staje się para rodziców, którzy zobligowani są do korzystania z coraz większej liczby usług medycznych. To zobligowanie ma często charakter przymusu pośredniego, jest niedyrektywnym insynuowaniem rodzicom, co jest dla nich dobre w ich sytuacji.

Jedną z form opieki prenatalnej, która staje się coraz bardziej rutynową jest diagnostyka prenatalna. Coraz więcej osób staje się rokrocznie jej użytkownikami, coraz więcej osób korzysta z niej wielokrotnie (czasem z różnych jej metod) w przebiegu jednej ciąży. Rutynowe stało się badanie ultrasonograficzne, lecz również inne metody diagnozy, w miarę rozwoju placówek oferujących badania, są częściej traktowane jako niezbędny element opieki prenatalnej, np. gdy w USA zaczęto stosować amniocentezę, proponowano ją kobietom powyżej 40 roku życia, ale w miarę dostępności badań obniżano wiek tzw. ryzyka genetycznego do 38 lat, później do 35 lat, obecnie w wielu placówkach proponuje się to badanie kobietom powyżej 32 lat.

Sama więc dostępność usługi medycznej zmienia liczbę osób, które podpadają pod kwalifikację „osoby z ryzykiem genetycznym”. Należy się więc spodziewać, że im większy nastąpi rozwój różnych usług związanych z diagnozą stanu zdrowia dziecka przed urodzeniem, tym więcej osób będzie nimi objętych, a tym samym zwiększy się medykalizacja przebiegu ciąży i porodu. Jest to zjawisko szczególnie niekorzystne, bo dotyczy każdego człowieka, który od poczęcia staje się pacjentem. Niestety sama dostępność aparatury i leków staje się moralnym zobowiązaniem do stosowania ich (imperatyw użycia), a entuzjazm wobec nowych procedur powoduje trudności w określeniu prawdziwego dobra pacjenta.

Medykalizacja niesie ze sobą szereg negatywnych konsekwencji, np. zwiększa poczucie bezradności wobec tego, co może zagrozić dziecku, a tym samym powoduje wzrost niepokoju; narusza zaspokojenie szeregu potrzeb psychicznych, np. potrzeby autonomii, prywatności, intymności, sprzyja powstawaniu dystansu w relacji personel – rodzice. To zaś jest udokumentowaną empirycznie psychogenną przyczyną większej liczby dolegliwości ciążowych, poronień, śmierci wewnątrzmacicznej płodu, komplikacji w przebiegu ciąży i porodu (m.in. porodu z użyciem narzędzi chirurgicznych, wspieranego farmakologicznie, zakończonego cesarskim cięciem), powikłań w przebiegu porodu, depresji

poporodowej, trudności w karmieniu piersią oraz zaburzeń w rozwoju dziecka przed urodzeniem oraz w jego stanie w okresie noworodkowym.

#### KOMERCJALIZACJA OKRESU CIĄŻY ORAZ DZIECKA POCZĘTEGO

Rozszerzenie zakresu i dostępności badań prenatalnych obciąża ich kosztami nie tylko budżet państwa lub firm ubezpieczeniowych, ale również zmieni w świadomości społecznej znaczenie okresu ciąży, który będzie musiał być rozpatrywany w aspekcie koniecznych nakładów ekonomicznych na diagnostykę prenatalną. Nie każdego, kto pragnąłby dziecka, będzie stać finansowo na pokrycie kosztów „niezbędnych” wizyt i badań lekarskich. Komerccjalizacja okresu ciąży i porodu łączy się z komercjalizacją samej osoby dziecka poczętego. Fakt, iż używa się określenia „możemy sobie pozwolić na dziecko”, „stać nas na dziecko” wskazuje na to, że dziecko tak jak samochód stało się towarem luksusowym. W tym kontekście urodzenie dziecka chorego lub niepełnosprawnego oznacza nabycie wyjątkowo luksusowego towaru, gdy zaś jest możliwość uchylenia się od jego posiadania, a ktoś rezygnuje z tego, oznacza, iż funduje sobie drogi produkt. Powstaje pytanie, ile pieniędzy trzeba będzie zużyć, aby taki „specjalny produkt” podtrzymać przy życiu i zapewnić rozwój na miarę jego możliwości; czy daną rodzinę i państwo stać na to?

Publikowane analizy ekonomiczne wskazujące jak nieopłacalne jest podtrzymywanie przy życiu, leczenie, rehabilitacja i wychowanie dzieci niepełnosprawnych i chorych w porównaniu z kosztami diagnostyki prenatalnej i selekcyjnej aborcji w szczególności obrazuje fakt, iż przyznawanie przez państwo środków finansowych na rozwój sieci usług prenatalnych wynika z koncepcji człowieka jako towaru wymiennego, który można ocenić pod względem jakości, w kontekście jego przyszłych wymagań finansowych i na tej podstawie „ometkować” i dopuścić do „obiegu” tzn. do urodzenia.

#### ZMIANA SYSTEMU WARTOŚCI

Rozwój poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej idzie w parze z rozwojem nowych technologii prokreacji. Wspólny dla nich jest system wartości, który traktuje jako towar nie tylko dziecko, ale i elementy, z których ono powstaje, np. nasienie męskie, jajeczko oraz usługi związane z sztucznym unasienianiem, sztucznym zapłodnieniem, dawstwem zarodka, macierzyństwem surogatowym.

W systemie wartości wyrażonym przez rozwój diagnostyki prenatalnej następuje glosyfikacja takich wartości jak zdrowie, sprawności fizyczne i umysłowe oraz zdolności, zatracona zostaje bezwzględna wartość życia człowieka tzn. jej niezależność od poziomu jego rozwoju i stanu zdrowia fizycznego czy psychicznego. Zwiększają się tym samym postawy społeczeństwa oceniające wartość i sens życia człowieka według kryterium zdrowia i sprawności psychofizycznych, a to prowadzi do akceptacji nie tylko aborcji selekcyjnej ale również eutanazji.

Dopuszczenie stosowania diagnostyki prenatalnej z uwzględnieniem selekcyjnej aborcji opiera się na założeniu, że życzenie drugiej osoby dotyczące mojego życia uzasadnia rację mojego istnienia a nawet decyduje o moim statusie jako osoby. Jeśli jestem niechciany ze względu na stan swojego zdrowia, to tracę kondycję osoby i prawo nie chroni mojego życia.

## KONTROLA „JAKOŚCI ŻYCIA” DZIECKA

Diagnostyka prenatalna jest reminiscencją eugeniki. Poradnictwo genetyczne wyrosło z „higieny genetycznej” a poradnie genetyczne z poradni eugenicznych. Diagnostyka prenatalna stała się narzędzie uzyskiwania celów eugenicznych (polepszenia puli genowej populacji ludzkiej, pomocy parze w doborze potomstwa). Jej rozwój nastąpił na bazie wzrostu oczekiwań społecznych co do warunków, jakie musi spełniać dziecko (coraz częściej już nie tylko pod względem zdrowia), aby jego urodzenie mogło być zaakceptowane. Idea „jakości życia” (quality of life) jest obecnie lansowana i budzi powszechną akceptację. Pod tym hasłem kryje się jednak niebezpieczeństwo przyjmowania standardów oceny tego, że „są takie życia nie godne przeżycia”. Wytworzony przez standardy społeczne dotyczące zdrowia, lęk przed urodzeniem dziecka niepełnosprawnego, jest w gruncie rzeczy podłożem tego, co społeczność nazywa „racjonalną decyzją”, a co polega na likwidacji choroby wraz z chorym. Dziecko traktowane jest bowiem jak towar, który musi przejść kontrolę jakości, aby mogło się urodzić. Forma życia oceniona jako niegodna dalszego trwania (wrong life) może podlegać zniszczeniu. Dziecko traktowane jako przedmiot własności rodziców zostaje wycenione zgodnie ze społecznym zapotrzebowaniem i standardami co do cech pożądanых i odrzucanych. Można spodziewać się, iż w miarę rozwoju technik diagnostycznych wzrastać będzie liczba chorób i wad, przed którymi będzie można uchronić się drogą selektywnej aborcji, a tolerancja społeczna wobec choroby i kalectwa będzie maleć. Pojęcie „zdrowia genetycznego” jako nieostre będzie obejmować coraz więcej cech uznanych arbitralnie jako pożądane, coraz mniej osób będzie spełniać kryterium zdrowia genetycznego.

Usługi medyczne dotyczące okresu ciąży stawiają więc nas wobec możliwości kontroli prokreacji, ale powstają pytania – co może podlegać kontroli, jak można kontrolować, dlaczego należy kontrolować, w jakim celu prowadzona jest kontrola, do czego ona doprowadzi, jaki może mieć zakres, kto na niej ucierpi, a kto zyska.

## WOLNOŚĆ WYBORU W ZAKRESIE PROKREACJI

Wprowadzeni nowych usług medycznych świadczy nie tylko o rozwoju wiedzy, ale jest również wyrazem zmian w świadomości społecznej, jak też te zmiany wywołuje. W zakresie ludzkiej prokreacji to, co do tej pory było wynikiem losu (przypadku), staje się przedmiotem wyboru. Jest to jednak wybór dość ograniczony. W sytuacji, gdy dane badanie staje się rutynowe, np. USG lub amniocenteza dla kobiet w starszym wieku, skorzystanie z niego przestaje być wynikiem swobodnego wyboru. Poza tym wybór zastosowania tej czy innej (a nawet wielu) metody detekcji stanu zdrowia dziecka przed urodzeniem, wcale nie rozszerza możliwości decyzyjnych co do dalszego postępowania leczniczego. Liczba chorób możliwych do leczenia w okresie prenatalnym jest znikoma, większość chorób i wad wrodzonych nie jest w ogóle uleczalna więc realnie wyjście jest głównie jedno – aborcja.

Możliwość skorzystania przez rodziców z diagnostyki prenatalnej jest przedstawiana jako szansa kontroli własnej płodności. Kontrola ta jednak nie otwiera dalszych „drzwi” tzn. możliwości wyborów różnych działań, gdyż istnieje przymus wyboru wśród zlimitowanej do jednej, społecznie akceptowanej opcji. Rodzice stają wobec konieczności

wyboru selekcyjnej aborcji, gdyż społeczeństwo narzuca standardy co do „jakości życia”, „jakości zdrowia” rodzonych dzieci, a przez antyrodzinną politykę strukturyzuje i zawęża wybory, a tym samym utrudnia decyzję o urodzeniu dziecka z problemem zdrowotnym. Urodzenie dziecka niepełnosprawnego w sytuacji, gdy rodzice mogli uchronić się przed jego urodzeniem poprzez selektywną aborcję, zmniejsza zobowiązanie ze strony państwa do pomocy im w tej sytuacji oraz wywołuje u rodziców poczucie winy, z racji obciążenia społeczeństwa ciężarem troski o niepełnosprawnego obywatela.

Nowe technologie prokreacji jak i diagnostyki prenatalnej na poziomie indywidualnym z pewnością rozwiązują trudną sytuację życiową i dają jednostce poczucie, że zdobyła kontrolę na swoim losem. Dotyczy to jednak tylko tych, którzy identyfikują się ze standardami i oczekiwaniami społeczności co do tzw. „nowoczesnej kobiety”, „wystarczającej liczby dzieci w rodzinie”, „odpowiedniego wieku do rodzenia dzieci”, „jakości życia warte go przeżycia”. Te standardy stanowią tak silną presję na jednostkę, iż być może trudno mówić o wolności wyboru w tym zakresie. Lęk przed niespełnieniem oczekiwań społecznych co do jakości produktu prokreacji i związanym z tym poczuciem winy oraz odrzuceniem społecznym, stanowi dla rodziców silną presję w kierunku korzystania z wszelkich dostępnych form ustrzeżenia się przed urodzeniem dziecka niepełnosprawnego.

#### INDYWIDUALNA DECYZJA RODZICÓW

Rozwój usług prenatalnych czyni decyzje prokreacyjne decyzjami indywidualnymi, pragmatycznymi i medycznymi (między pacjentką i ginekologiem), zatracając charakter moralny. Skorzystanie z badań prenatalnych jest traktowane jako wyraz odpowiedzialności rodziców za jakość ich aktywności prokreacyjnej, która podlega społecznej ocenie. Z jednej więc strony społeczność ingeruje w decyzje pary domagając się rodzenia tylko zdrowych dzieci, z drugiej strony funkcjonuje przeświadczenie, że dziecko jest własnością rodziców, a więc zaspokojenie jego specjalnych potrzeb jest traktowane jako prywatna sprawa rodziców. Polityka społeczna państw odnosi się do faktu niepełnej sprawności jako do problemu klinicznego pary ludzkiej, a nie jak do problemu społeczno-politycznego. Pozostawia więc tę sprawę rodzicom, zwalniając się w dużym stopniu od rozwiązań ich problemów i zaspokajania ich potrzeb. Takie zorganizowanie społeczeństwa, w którym jest miejsce jedynie dla zdrowych i sprawnych jest formą szantażu wobec rodziców, którzy czują się przymuszeni do wyboru diagnostyki prenatalnej z uwzględnieniem selekcyjnej aborcji.

#### POSTAWY WOBEC OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Rozwój diagnostyki prenatalnej jako sposobu prewencji wad w populacji rodzi zamieszanie w świadomości społecznej, gdyż trudno pogodzić pozytywny stosunek do intensywnej opieki neonatalnej wobec noworodków chorych i niepełnosprawnych wobec odmawiania prawa do życia tym samym istotom, lecz pozostającym jeszcze w łonach swych matek. Szeroka społeczna akceptacja prawa umożliwiającego aborcję selekcyjną rodzi pytanie o prawo do życia i wartość tego życia osób ciężko i nieuleczalnie chorych oraz głęboko upośledzonych. Szerzy złudne przekonanie, że możliwe jest, by na świat przychodziły tylko zdrowe dzieci, a tym samym utrudnia akceptację dzieci, które stały

się chore lub kalekie w ciągu życia. Zwiększa tym samym nasilenie negatywnych postaw wobec osób niepełnosprawnych i ich rodzin oraz sprzyja akceptacji eutanazji.

## ZMIANA ZNACZENIA POJĘĆ I RELACJI RODZINNYCH

Nowe usługi medyczne wymuszają reorientację znaczenia takich pojęć jak prokreacja, rodzicielstwo, macierzyństwo, ojcostwo, dziecko, rodzina, więzy rodzinne. Ulega likwidacji pojęcie bezwarunkowej miłości rodzicielskiej, przypisywanej zwłaszcza miłości macierzyńskiej. Tym samym zrujnowane zostają podstawy zaspokojenia najważniejszych potrzeb psychicznych dziecka, jak potrzeba bezpieczeństwa, tzw. prazaufania, afiliacji, miłości. Dziecko traktowane jest jako potencjalny wróg testujący zdolności prokreacyjne rodziców i narażający ich na straty emocjonalne, np. ośmieszenie wobec otoczenia. Badania prenatalne (np. elektroniczne monitorowanie płodu), skupione na dziecku, a nie na matce, prowadzą do zantagonizowania ich interesów. Łono matki oraz jej produkt – jajeczko, upatrywane jest jako bariera w ujawnianiu się pozytywnych potencjalności dziecka, a sama matka jako wróg dobrej opieki prenatalnej. Umyka gdzieś fakt, iż wskutek biopsychicznej łączności interesy matki i dziecka są ze sobą nierozłączne, nie można więc działać dla dobra lub na szkodę jednego nie dotykając w ten sam sposób drugiego.

Diagnostyka prenatalna narusza podstawowe więzy rodzinne, bo trudno przeobrazić nieprzychylny stosunek do dziecka z jakimś problemem zdrowotnym przed urodzeniem na pozytywny stosunek do niego, jeśli urodziło się z tym defektem. Rodzice narażeni są na trudności w uznaniu wartości życia i akceptacji dziecka z wadą oraz przyjęciu zobowiązania do opieki nad nim, jeśli uprzednio rozważali możliwość aborcji selekcyjnej, jeśli z jakichś powodów zrezygnowali z badań diagnostycznych, jeśli choroba nie została prenatalnie wykryta lub nie jest dotychczas możliwa do stwierdzenia w tym okresie, jeśli nie wiedzieli o możliwości badań prenatalnych lub wystąpienie wady było trudne do przewidzenia.

Fakt dostępności badań prenatalnych może również wpłynąć na zahamowanie rodzenia się przywiązania i miłości do rodziców u dzieci, które wiedzą, że ich stan zdrowia był prenatalnie testowany i urodziły się, bo spełniały odpowiednie kryteria. Mogą one przejawiać charakterystyczne cechy tzw. „zespołu ocalenia”. podobne problemy może przeżywać ich rodzeństwo. W miarę upowszechniania się badań prenatalnych dotyczyć to będzie wszystkich dzieci, które staną wobec konieczności dostrzeżenia sensu i bezwzględnej wartości swego życia oraz akceptacji siebie w kontekście zakwestionowania ich życia przez najbliższe osoby, wtedy, gdy jeszcze się nie urodziły.

Spółeczność, która ceni jedynie dzieci spełniające określone kryteria, nie troszczy się o pozostałe, tym samym hamuje pozytywne nastawienie do wszystkich dzieci, gdyż każde z nich w rozwoju sprawia pewne trudności, testuje miłość rodziców i potrzebuje ich akceptacji, takim jakie jest. Gdy zaś odbiera się dzieciom prawo do bezwarunkowej miłości, to hamuje się w społeczeństwie postawy prospołeczne, allocentryczne, altruistyczne.

## SELEKCYJNA ABORCJA

Akceptacja aborcji łączy się ze zmianą znaczenia pojęć: ciąża, płód, dziecko poczęte. Aby móc abortować, trzeba odpersonalizować dziecko poczęte i sprowadzić je do pozycji produktu prokreacji zwanego zarodkiem lub płodem. Powstaje jednak trudna psychologicznie sytuacja – zachęcamy kobietę, aby zaakceptowała stan ciąży, pokochała dziecko, troszczyła się o jego zdrowie, a jednocześnie zachęcamy ją, by była skłonna wyabortować je jako produkt nieudanej prokreacji, jeśli okaże się obciążone wadą lub chorobą. Są to sprzeczne informacje, które powodują zamieszanie w świadomości kobiety. Korzystając z diagnostyki prenatalnej doświadcza ona dwóch przeciwstawnych uczuć – lęku o dziecko oraz odrzucenia go, lęku o uszkodzenie dziecka w wyniku zastosowania tej procedury diagnostycznej jak i gotowości poddania się procedurze powodującej jego śmierć.

Ten typ aborcji – podjętej w celu nie dopuszczenia do urodzenia dziecka niepełnosprawnego – jest najbardziej po ratowaniu życia matki, społecznie akceptowanym. Nie oznacza to jednak, że jest psychologicznie łatwy. Wręcz przeciwnie. Zespół zaburzeń po stresie urazowym jakim była aborcja, jest znacznie częstszy, jeśli dokonano ją ze względu na stan zdrowia dziecka. W tej sytuacji bowiem dziecko było chciane, lecz nie tej „jakości”. Aborcja powoduje separację z dzieckiem i przeżywanie żałoby po jego stracie, lecz nierozpoznany ból rodziców i niewyrażony żal jest szczególnie niszczący, zwłaszcza, że towarzyszy mu poczucie winy za warunkową miłość do dziecka. W tej sytuacji zostaje również przez „wybrakowaną jakość” dziecka zraniony obraz siebie i poczucie własnej wartości rodziców.

Praktyka selekcyjnej aborcji utrwała w społeczeństwie ambiwalentną postawę wobec rodzicielstwa. Z jednej strony jest ono pożądanym jako sposób na udowodnienie swojej kobiecości i męskości (stąd m. in. motywacja do leczenia niepłodności i skorzystania z technik sztucznej prokreacji) z drugiej strony jest ono niepożądane, jeśli nie spełni wymaganych kryteriów co do jakości produktu prokreacji.

Selekcyjna aborcja jest medycznym sposobem rozwiązania problemu społecznego – braku akceptacji dla niepełnej sprawności oraz braku pomocy ze strony państwa dla tych osób i ich rodzin. Czasem używa się określenia aborcja terapeutyczna, aby spowodować w świadomości personelu medycznego przekonanie, że jego działanie jest formą terapii społecznej. Wprawdzie podmiot terapii umiera, ale dzięki temu społeczeństwo zostanie uwolnione od „osoby problemowej”.

## WNIOSKI

Rozwój diagnostyki prenatalnej jest jednym z elementów tzw. medycyny technicznej, którą często przeciwstawia się medycynie humanistycznej. Oba podejścia nie można jednak ze sobą antagonizować, lecz trzeba je zintegrować. Jedno ma dostarczyć warunków i sposobów do profilaktyki, diagnozy i leczenia, drugie zaś ma te warunki i sposoby ocenić i dbać o to, aby lekarz nie stał się narzędzie własnych narzędzi, by zimny i apersonalny świat rzeczy – aparatów i leków został uzupełniony ciepłem międzyosobowego stosunku w diadzie personel medyczny – pacjent oraz by w tym kontakcie zostały uwzględnione rzeczywiste potrzeby rodziców oraz bezwzględna wartość życia ludzkiego.

Przedstawione w artykule niebezpieczeństwa rozwoju usług w zakresie prenatalnej diagnozy stanu zdrowia dziecka nie wyczerpują wszystkich psychospołecznych konsekwencji z tym związanych. Autor ma świadomość również i wielu pozytywnych skutków rozwoju usług prenatalnych, które są szeroko omówione w literaturze przedmiotu. W obecnym artykule zasygnalizowano tylko niektóre zagrożenia, których uniknięcie wymaga zmiany postaw wobec choroby i cierpienia oraz rozwoju możliwości terapeutycznych wobec chorób wrodzonych.

#### PSYCHOSOCIAL CONSEQUENCES OF DEVELOPMENT OF PRENATAL DIAGNOSIS AND RELATED SERVICES

D. Kornas-Biała

#### Summary

Prenatal diagnosis and abortion is an increasingly important part of the modern reproductive medicine. Prenatal diagnosis often leads to abortion because contemporary medicine can treat only few prenatally diagnosed health problems. The development of prenatal services increases medicalization and commercialization of pregnancy and commodification of life and bodies; impacts the system of values; force us to confront questions we never faced before and to examine the nature and origin of motherhood, parents – child bond and other family connected concepts; results in control of quality of life; offers new choices and creates new limitations of choice (gives illusinary choice); decreases positive attitudes towards disabled people and diminishes social and health care for those persons from the state.

ADRES AUTORA: ul. Fantastyczna 21/15, 20-531 Lublin

HASŁA PRZEDMIOTOWE: diagnostyka prenatalna, psychospołeczne konsekwencje

KEY WORDS: prenatal diagnosis, psychosocial consequences