

REDAKCJA

TERESA ROSTOWSKA

ALEKSANDRA LEWANDOWSKA-WALTER

**PSYCHOSPOŁECZNE
KONTEKSTY
RELACJI RODZINNYCH**

Copyright © Difin SA
Warszawa 2019

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości
lub fragmentów niniejszej pracy bez zgody wydawcy zabronione.

Książka ta jest dziełem twórcy i wydawcy.

Prosimy, abyś przestrzegał praw, jakie im przysługują.

Jej zawartość możesz udostępnić nieodpłatnie osobom bliskim
lub osobiście znanym, ale nie publikuj jej w Internecie.

Jeśli cytujesz jej fragmenty, nie zmieniaj ich treści i koniecznie
zaznacz, czyje to dzieło. A kopiując jej część, rób to jedynie
na użytek osobisty. Szanujmy cudzą własność i prawo.

Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Gdański

Recenzent

dr hab. Grażyna Poraj, prof. UŁ

Redaktor prowadząca

Julia Siemińska

Korekta

Małgorzata Włodarczyk

Projekt okładki

Mikołaj Miodowski

Zdjęcie na okładce

www.123rf.com

ISBN 978-83-8085-768-1

Difin SA

Warszawa 2019, wydanie pierwsze

ul. F. Kostrzewskiego 1, 00-768 Warszawa

tel.: 22 851 45 61, 22 851 45 62

Księgarnia internetowa Difin:

www.ksiegarnia.difin.pl

Skład i łamanie: Poligrafia, tel. 609 940 055

Wydrukowano w Polsce

Dorota Kornas-Biela

Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II

Rozdział 2

Relacje rodziców z dzieckiem prenatalnym

Rodzinę, jako podstawową grupę społeczną oraz związek najbliższych sobie osób charakteryzujący się więzami krwi (czasem też przysposobienia) i powinowactwa, można rozpatrywać z różnych punktów widzenia. Jednym z nich jest systemowe ujęcie rodziny, dzięki któremu uwypuklona zostaje wielość różnorodnych związków łączących wszystkich jej członków, różnorodność pojawiających się relacji i nieustające wzajemne oddziaływania jednych jednostek na inne, jednych związków na kolejne. Systemowe ujęcie rodziny akcentuje fakt, że pewna zmiana w jednym elemencie systemu wywołuje różne efekty w całym systemie. Tak też poczęcie się dziecka stanowi nową jakość nie tylko dla jego matki, ale również dla ojca i jest wydarzeniem znaczącym i modyfikującym (w różnym stopniu) życie wszystkich członków rodziny. Istotne byłoby tu prześledzenie zmian – na podstawie literatury przedmiotu – w podsystemach rodzinnych po poczęciu dziecka, z uwzględnieniem pojawiających się wtedy trudności i zagrożeń, a także pozytywnych wyzwań rozwojowych dla każdego członka rodziny oraz znaczenia pozarodzinnych systemów wsparcia. Jest to jednak zagadnienie zbyt obszerne, aby można je było przedstawić w ograniczonych ramach tej publikacji, dlatego zostaną zasygnalizowane jedynie niektóre zagadnienia z tej szerokiej problematyki.

Poczęcie dziecka jest zawsze ważnym wydarzeniem życiowym

Poczęcie dziecka jest doniosłym wydarzeniem w życiu większości kobiet i szczególnie w odniesieniu do nich jest rozpoznane jako zadanie rozwojowe okresu

wczesnej i średniej dorosłości (Bartosz, 2002; Bakiera, 2003; Kuryś, 2011; Mądry, 2012), szczególnie w odniesieniu do ważnych wydarzeń w życiu każdej matki i ojca, w ich życiu jako pary, w życiu każdego małżeństwa i rodziny jako systemu osób oddziaływających na siebie i będących ze sobą w różnych powiązaniach. Poczęcie dziecka inicjuje bowiem powstanie systemu rodzinnego albo poszerza go o kolejnego członka rodziny, zmienia więc siłę, treść i rodzaj wzajemnych relacji między wszystkimi członkami rodziny. Dotyczy to zarówno relacji między małżonkami, między małżonkami a ich dzieckiem/dziećmi, jak i ich relacji z własnymi rodzicami, teściami, krewnymi, a nawet z osobami spoza rodziny, które mogą w różny sposób wpływać na postawy członków rodziny wobec faktu poczęcia dziecka oraz wobec jego rodziców w tej nowej sytuacji, np. osoby zaprzyjaźnione, osoby z sąsiedztwa, grupy przynależności lub środowiska pracy (Kornas-Biela, 1995, 2009b, s. 101–103).

Poczęcie dziecka i jego rozwój, a tym samym zapoczątkowane przez to procesy ciąży, porodu i laktacji, ujmowane są jako ważne wydarzenia życiowe, które „zmieniają wszystko”, gdyż to świadomość powstania nowego życia i stania się rodzicami, świadomość odpowiedzialności za jego rozwój i wychowanie jest motorem dalszych – rozwojowych lub destrukcyjnych – decyzji prokreacyjnych, w znaczący sposób wpływając na koncepcję siebie, akceptację siebie, poczucie sensu i zadowolenie z życia, stosunek do innych, a szczególnie do najbliższych, satysfakcję z małżeństwa i jakość relacji z ojcem dziecka. Nowa sytuacja życiowa inicjuje okres normalnego kryzysu rozwojowego, charakteryzującego się intensywnymi przemianami osobowościowymi, podobnie jak dojrzewanie i menopauza, gdyż dostarcza nowych doznań i emocjonalnych odniesień, wymaga wypracowania nowego obrazu swego „ja” fizycznego, psychicznego i społecznego, przeorganizowania systemu wartości, celów w życiu, aspiracji i planów, znaczących zmian w funkcjonowaniu osobistym i całego systemu rodzinnego, nabycia ważnych cech, pełnienia funkcji, nowych kompetencji, np. opiekuńczych i wychowawczych (Bartosz, 2002, s. 40; Kornas-Biela, 2003, 2009b, s. 103–105; Mądry, 2012). Tego rodzaju kryzys rozwojowy ma w zdecydowanej większości wypadków charakter dezintegracji pozytywnej, tzn. polega na zmianie dotychczasowych schematów reagowania i zachowania w kierunku wypracowania nowych, odpowiadających wymaganiom sytuacji. Zmiana z diady małżeńskiej w triadę rodzinną lub każde poszerzenie rodziny poprzez poczęcie dziecka, nawet jeśli nie dojdzie do jego urodzenia, na zawsze wprowadza zmiany w osobowości rodziców i w ich wzajemnych relacjach.

Oprócz uniwersalnego kryzysu rozwojowego (Bartosz, 2002; Kuryś, 2010, 2011) każdy rodzic doświadcza indywidualnie zróżnicowanych reakcji, które są zależne od wielu czynników osobowościowych i sytuacyjnych, rodzinnych, społecznych

i kulturowych. Dokonanie tych zmian wymaga czasu i stanowi obciążenie dla psychiki, dlatego obserwuje się czasem takie objawy, jak: obniżenie samopoczucia, huśtawka emocjonalna, niezrównoważenie, przewrażliwienie, napięcie i niepokój (Kornas-Biela, 2002). Rodzice mogą uporać się z kryzysem i wtedy osiągają wyższy poziom dojrzałości albo mogą nie zdołać poradzić sobie z wyzwaniami tego okresu i podjąć decyzje i zachowania dezintegrujące, destrukcyjne, nierozwojowe. T. Holmes ze współpracownikami skonstruowali skalę określającą wielkość stresu w różnych sytuacjach życiowych. Okresowi ciąży przypisali na skali jednostek zmian życiowych wielkość 40 pkt, przy czym nieraz towarzyszy ciąży dodatkowy niepokój, występują w tym czasie różne wydarzenia, które zwiększają ogólny poziom stresu (np. zawarcie małżeństwa – 50, zmiana stanu finansowego – 38, kłopoty z teściami – 29, a różne zmiany, np. warunków życia, osobistych nawyków dotyczących żywienia i snu, miejsca zamieszkania, sposobu spędzania czasu wolnego, liczby rodzinnych spotkań, uzyskały na skali punktację od 25 do 15). Osoba, która w okresie dwóch lat przekroczy 300 pkt, jest zdaniem autorów narażona na rozwinięcie się u niej poważnej choroby (za: Hanulewicz, 2012, s. 47–48).

Poczęcie i urodzenie dziecka to przełomowe doświadczenia życiowe, zwłaszcza macierzyńskie. Patrząc przez pryzmat psychologii egzystencjalnej, można je interpretować jako głębokie wydarzenie egzystencjalne, które wprowadza reorganizację w systemie wartości, w poczuciu sensu życia (sprawia, że warto żyć), w podejściu do życia i śmierci, a dla wielu kobiet jest bogatym doświadczeniem duchowym. W zależności od osobistego znaczenia tych przemian i odpowiedzi na nie różny może być ich potencjał rozwojowy (Prinds i in., 2014), jednak macierzyństwo prenatalne jest szansą wzrostu osobistego kobiety-matki (Kornas-Biela, 2009b, 2015, 2017). Literatura teoretyczna i empiryczna z zakresu psychologii pozytywnej podkreśla potencjalne korzyści wynikające z trudnych wydarzeń życiowych, a takimi mogą być: nieplanowane poczęcie, nieprawidłowy przebieg ciąży i porodu lub zdarzające się wtedy nieszczęśliwe sytuacje (np. śmierć bliskiej osoby, strata pracy, wypadek), niepomyślna diagnoza prenatalna. Potrzeba dostosowania się do wymagających i stresujących okoliczności może doprowadzić do przeformułowania sensu życia, pogłębienia w rozumieniu tego, co w nim ważne, zmiany obrazu siebie i poczucia własnej wartości oraz jakości interakcji społecznych. Innymi słowy, trudne okresy w życiu mogą przyczyniać się do rozwoju osobistego, samo-realizacji i być źródłem prawdziwego szczęścia. Dobrostan i wzrost osobisty zależą od uruchomienia i wykorzystania zasobów wewnętrznych (np. prężności psychicznej) i zewnętrznych, zwłaszcza wsparcia społecznego (Taubman – Ben-Ari, 2014).

Już w drugiej połowie XX wieku postępy w diagnostyce i terapii skoncentrowane na początku życia ludzkiego doprowadziły do zmian w rozumieniu poczęcia

i uznawania go jako ważnego wydarzenia życiowego. Planowanie poczęć z nastawieniem, że na świat mogą przychodzić tylko planowane i chciane dzieci, zmniejszenie się liczby rodzonych dzieci, zwiększenie wymagań co do ich „jakości”, zarządzanie dzieckiem już od poczęcia, a nawet konstruowanie sytuacji poczęcia w laboratorium po uprzednim zbadaniu kariotypu komórek płciowych i doboru tych, które z punktu widzenia technika są najlepsze i dadzą „doskonałe dziecko” (Kornas-Biela, 2012) – to wszystko doprowadziło do upowszechnienia się tendencji traktowania dziecka jako jednego z projektów życiowych dorosłych ludzi, obok projektu rozwoju zawodowego, spełnienia osobistego w zakresie zainteresowań, hobby czy talentu. Dziecko jako projekt rodzicielski (Szymanik-Kostrzevska, 2016) jest poddawane kontroli jeszcze przed poczęciem, gdyż chodzi nie tylko o zmniejszenie ryzyka pojawienia się wad wrodzonych, ale również o dobór odpowiednich jego cech, zgodnie z życzeniami rodziców. Planowanie poczęcia z uwzględnieniem diagnostyki preimplantacyjnej oraz wielokrotnym w okresie ciąży stosowaniem diagnostyki prenatalnej podkreśla „ważność” dla rodziców poczęcia i następujących po nim procesów prokreacyjnych, lecz jednocześnie świadczy o ich nastawieniu charakterystycznym dla eugeniki pozytywnej (Kornas-Biela, 2012b, 2018), zarządzaniu „projektem dziecka” zgodnie ze swoimi oczekiwaniami i wymaganiami, co skutkuje później kreowaniem wszystkich detali jego życia, przeciążeniem dziecka koniecznością realizacji rodzicielskich ambicji, a jeśli dziecko nie jest w stanie lub nie chce być popędzane w kierunku wyznaczonym przez rodziców – sprawia rodzicom zawód i jest odrzucane emocjonalnie, traktowane jako niewydarzone, „do niczego”, w różny sposób karane.

Jeszcze przed poczęciem rodzice mają nastawienie, że „dzieciństwo jest zbyt cenne, by zostawić je dzieciom, a dzieci są zbyt cenne, żeby zostawić je samym sobie” (por. Honoré, 2011). Dlatego planują poczęcie, organizują „prenatalny uniwersytet” w postaci codziennej stymulacji prenatalnej (np. przy użyciu „walkmana dla płodu”, masażu brzucha, komunikacji z dzieckiem przy użyciu wahadełka, poprzez ćwiczenia jogi (Kornas-Biela, 2009b, s. 258–264), serfują w internecie w celu optymalizacji zdrowia i rozwoju dziecka, uczą się być rodzicami w szkole rodzenia, opracowują plan porodu, który spełniałby ich marzenia z nim związane. Najczęściej chodzi o poród zaplanowany co do dnia i godziny, szybki i bezbolesny, przy ulubionej muzyce, z dokładną rejestracją fotograficzną i wideofilmowaniem. Idea „Dziecko od poczęcia najważniejsze!” jest realizacją osobistego wyobrażenia o dziecku i swoim miejscu w jego życiu, które można by określić – „nadrodzicielstwem” – rodzice są za blisko dziecka, za bardzo nad, przed i obok dziecka, nawet wtedy, kiedy się jeszcze nie poczęło. Zmęczeni rodzicielstwem, które kosztuje ich tak wiele energii psychicznej, czasu i wysiłku, nie są w stanie później zaplanować

kolejnej wyczerpującej inwestycji w postaci drugiego dziecka. Prenatalne rodzicielstwo nabiera charakteru relacji łączącej przełożonego z podwładnym, nauczyciela z uczniem, lekarza z pacjentem, zamiast być relacją uczuciowej więzi z kimś, kogo bezwarunkowo kochamy.

Podsystem małżeński

Rozpatrując znaczenie poczęcia dziecka dla życia małżeńskiego i rodzinnego z punktu widzenia teorii systemów, należy podkreślić, że zmienia ono małżeńską lub już rodzinną niszę ekologiczną, swoisty mikrokosmos (Dryll, 2001) – jego strukturę, granice, dynamikę zachodzących procesów, które równoważą się w celu utrzymania homeostazy, rodzinnego status quo. Zmiany w małżeńsko-rodzinnej niszy ekologicznej po poczęciu dziecka można opisywać w czterech wymiarach – fizycznym, biologicznym, psychologicznym i społecznym. Elżbieta Dryll wskazuje na konieczność uwzględnienia też wymiaru semantycznego, tzn. badania rzeczywistości rodzinnej z punktu widzenia autonarracji zwanej etosem rodzinnym, który „definiuje się jako wspólny zasób wiedzy wytworzony w toku codziennych interakcji, zawierający informacje o rodzinie jako całości, jej członkach, otaczającym świecie oraz system reguł umożliwiających interpretację wydarzeń (np. związanych z ciążą, porodem, dzieckiem). W zależności od etapu rozwoju rodziny zmieniają się treści etosowe oraz sposób mówienia o nich i negocjowania ich znaczeń. Z jednej strony każdy z członków rodziny ma swoje opowieści na temat tego, co się wydarza, z drugiej strony następuje ich negocjowanie, wytwarzanie grupowej autonarracji, swoistej «społeczności mówienia»» (Chądzyńska, 2012, s. 17–18). Badania przeprowadzone przez Chądzyńską wskazują, że w fazie młodego małżeństwa następuje tworzenie wspólnej przyszłości, organizowanie życia, planowanie różnych jego sfer, dlatego małżonkowie skupiają się na wypracowywaniu kompromisów, uzgadnianiu sposobów zaspokajania wzajemnych potrzeb i odwołują się do kategorii pragnień, oczekiwań, celów, planów, dążeń. Małżonkowie są skupieni na terażniejszości i wspólnym działaniu, ale ciągle jednak oprócz odwoływania się do „my”, są skoncentrowani na „ja”, na własnych działaniach i własnej odrębności, tożsamości osobistej, odrębnej autonarracji (Chądzyńska, 2012, s. 205–206). W fazie następnej – oczekiwania na urodzenie dziecka – interakcja między małżonkami, którzy stali się rodzicami, zmienia się diametralnie i stanowi szansę przyspieszenia tworzenia się poprzez wymianę emocjonalną osobowości interakcyjnej i tożsamości wspólnoty. Podjęcie nowych ról prowadzi do uwzględniania wielu pozycji „ja” w narracji, czyli jej polifoniczności i poszerzenia tworzącej się

autonarracji małżeńskiej o rodziną (por. Chądryńska, 2012, s. 206). Poczęcie dziecka zmienia strukturę rodziny i powoduje modyfikację małżeńsko-rodzinnego systemu znaczeń. Wzbogaca się wtedy sieć relacji, przybywa zdarzeń, problemów, interakcji, działań, a tym samym powstaje konieczność negocjacji rodzinnego systemu znaczeń, uzgadniania, upodabniania się wzorców aktywności członków rodziny i sposobu narracji o nich (Chądryńska, 2012, s. 110–111).

Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat przeprowadzono bardzo dużo badań nad dynamiką relacji małżeńskich w okresie oczekiwania na narodziny dziecka. Szczególnie nasilenie tych badań można odnotować w latach 90. XX wieku. Fakt otrzymywania odmiennych wyników badań w różnych krajach, grupach społecznych, na różnym etapie ciąży oraz w zależności od uprzednich i aktualnych doświadczeń prokreacyjnych, osobowości rodziców, ich biografii wskazuje na znaczenie bardzo wielu zmiennych, które występują w indywidualnych konstelacjach, a ich współdziałanie nieustannie się zmienia w trakcie ciąży, porodu i połogu. Satysfakcja małżeńska jest szczególnie narażona na obniżenie na etapie przejściowym, tzn. w ostatnim trymestrze ciąży a zwłaszcza w pierwszym trymestrze po porodzie lub, zdaniem innych autorów, na przestrzeni całego pierwszego roku po urodzeniu dziecka. Spadek ten może być spowodowany stosunkowo wysokim zadowoleniem małżeńskim w czasie ciąży i nie oznacza dysfunkcji w zakresie tej satysfakcji (Perren i in., 2005).

Na zadowolenie z małżeństwa u kobiet wpływa więcej czynników niż u mężczyzn, np. nietradycyjny podział ról, zaangażowanie ojca w przygotowanie do rodzin i opiekę nad dzieckiem (Tomlinson, 1987). Kobiety są bardziej podatne na spadek satysfakcji małżeńskiej, gdyż zależy ona od umiejętności ojca dziecka w kwestii partnerskiego podziału ról i osiągnięcia konsensusu w zakresie zadań, działań, celów i wartości w tej nowej sytuacji rodzinnej (Tomlinson, 1996). Doświadczenie kryzysu małżeńskiego, szczególnie pod koniec ciąży, zależy również od wielu czynników socjodemograficznych (np. status społeczny) oraz dotychczasowej dynamiki życia pary; formalny związek małżeński oraz wyższy status społeczny rodziny sprzyjają bardziej pozytywnej dynamice w takich wymiarach, jak indywidualizacja, stabilność, elastyczność, wzajemność i komunikacja, dlatego że wówczas jest większy dostęp do różnego typu zasobów wzmacniających małżeństwo, społeczna aprobatą dla związku małżeńskiego, wzajemne wsparcie, zwłaszcza istotne dla żony wsparcie ze strony męża (Tomlinson, White, Wilson, 1990; White i in., 1996). Należy jednak zaznaczyć, że pomimo spadku zadowolenia z małżeństwa na etapie tranzytu przed urodzeniem dziecka i po jego narodzeniu pary te mają znacznie wyższą satysfakcję małżeńską niż pary niemające dzieci, dlatego wspomniane

zmiany wskazują jedynie na dynamikę satysfakcji w tym zakresie, a nie jej brak (Tomlinson, 1996).

Badania podłużne ukazały duże znaczenie dla adaptacji do zmian po urodzeniu dziecka poziomu doświadczanego stresu oraz tzw. dopasowania małżeńskiego, do- brych relacji między małżonkami w okresie ciąży. Okazuje się, że szczególnie poczucie satysfakcji żony z małżeństwa w okresie ciąży ma wpływ na jej oraz męża zadowolenie małżeńskie po urodzeniu dziecka (badania 96 par pół roku po poro- dzie – Wallace, Gotlib, 1990). Ponadto stwierdzono, że prenatalne małżeńskie do- stosowanie żon przyczynia się do przewidywanego dostosowania małżeńskiego mężów sześć miesięcy po porodzie. W szczególności trzy czynniki mogą wpływać na satysfakcję podczas przechodzenia na rodzicielstwo: oczekiwania przed ciążą i przed urodzeniem dziecka, zmiany w komunikacji i przedurodzeniowy związek małżeński (<http://family...>). Negatywne, nieadekwatne (np. zbyt romantyczne) wyobrażenie rodzicielstwa i niezrealizowane oczekiwania prenatalne (np. co do podziału obowiązków) prowadzą zwykle do negatywnych doświadczeń w relacjach małżeńskich i rodzicielskich (np. Belsky, 1988). Małżonkowie, którzy są bardziej usatysfakcjonowani na początku małżeństwa, zgłaszają wyższe oczekiwania wobec rodzicielstwa. Badania nad związkami między oczekiwaniami prenatalnymi, za- kresem, w jakim zostały one potwierdzone lub niepotwierdzone, oraz trajektorią satysfakcji małżeńskiej od początku małżeństwa do czasu opieki nad niemowlę- ciem ukazały, że zmniejszenie się satysfakcji małżeńskiej jest większe po urodzeniu dziecka niż w trakcie ciąży i zależy od rodzaju oczekiwań, płci oraz wielu zmien- nych osobistych i małżeńskich (Lawrence, Nylén, Cobb, 2007).

W okresie tranzycji do rodzicielstwa obserwuje się zarówno ilościowe, jak i ja- kościowe zmiany w komunikacji małżeńskiej. Im mniej po poczęciu dziecka, a po- tem po jego urodzeniu, otwartości w kontaktach małżeńskich i więcej konfliktów (np. walki na argumenty), rzadsza komunikacja i więcej poczucia stresu, tym bar- dziej osłabia się satysfakcja z małżeństwa. Oczywiście działa tu mechanizm błęd- nego koła czy tzw. kuli śniegowej. Mniejsza satysfakcja prowadzi do stresu, kon- fliktów, ograniczania komunikacji i jej otwartości. Najważniejszym czynnikiem decydującym o niezadowoleniu po narodzinach dziecka jest napięcie w relacjach małżeńskich przed jego urodzeniem. Pary z lepszymi zdolnościami i strategiami rozwiązywania problemów oraz konfliktów w okresie ciąży radzą sobie lepiej po urodzeniu się dziecka niż pary, które nie osiągnęły skutecznej taktyki dochodzenia do porozumienia jeszcze przed jego narodzeniem. Stąd poczęcie i urodzenie dziecka może w tych parach jeszcze bardziej zaostrzyć problemy osobiste i mał- żeńskie (<http://family...>). Pary, które potrafią już w okresie ciąży rozwiązać pro- blem w obopólnie satysfakcjonujący sposób zwykle po urodzeniu się dziecka

czują się bardziej szczęśliwe i ich relacje z dzieckiem są bardziej satysfakcjonujące (Belsky, Kelly, 1994).

Jednym z czynników, które mają duży wpływ na trajektorię jakości życia małżeńskiego w okresie ciąży i po urodzeniu się dziecka, są doświadczenia wyniesione w rodzinie pochodzenia. Okazuje się, że ten okres przejścia z fazy małżeństwa do fazy rodzicielstwa jest szczególnie wrażliwy na wpływ doświadczeń wyniesionych z własnych rodzin pochodzenia. Rodzice, którzy bardziej dostrzegają negatywne zmiany w jakości ich własnych małżeństw w okresie ciąży, istotnie częściej oceniają negatywnie jakość życia małżeńskiego swoich rodziców (Perren i in., 2005). W tym zakresie ponownie czynnik biograficzny okazał się istotny dla funkcjonowania w roli małżeńskiej i rodzicielskiej jeszcze przed urodzeniem się dziecka.

Biorąc pod uwagę związek między jakością życia a jakością więzi z dzieckiem prenatalnym, można stwierdzić, że dla kobiety mąż jest najważniejszą osobą, której wsparcie ma znaczenie dla jej więzi z nienarodzonym dzieckiem. Satysfakcjonujące relacje małżeńskie są dla obojga rodziców czynnikiem, który sprzyja przywiązaniu prenatalnemu. Wzajemność w relacjach, poczucie spójności i zgodności związku, wiąże się bowiem z poczuciem bezpieczeństwa, a ono stanowi wstępny warunek akceptacji nowego członka rodziny (Wilson i in., 2000). Rozwój więzi małżeńskiej w tym okresie życia rodziny powinien być obszarem troski obojga małżonków-rodziców, gdyż od zgodności i spójności związku, intymności, zaufania i możliwości samorealizacji w nim oraz satysfakcji z niego, możliwości bezpiecznej ekspresji emocjonalnej i otwartej komunikacji zależy dalsze powodzenie życia osobistego, małżeńskiego i rodzinnego (Hanulewicz, 2012, s. 52–57).

W przeglądzie badań nad wieloaspektowym znaczeniem wsparcia ojcowskiego w okresie ciąży Yuan i współpracownicy (2018) zwrócili uwagę, że wsparcie to jest ważnym czynnikiem zarówno profilaktycznym, jak i terapeutycznym wobec ryzyka ciążowego, depresji kobiety w ciąży i po porodzie, zmniejszenia uczuć lęku i złości, poprawy nastroju, akceptacji poczęcia dziecka oraz zmniejszenia trosk i niepokoju matki, skrócenia czasu hospitalizacji matki z problemami psychicznymi w procesie prokreacji, prowadzenia od początku ciąży właściwego trybu życia (odżywianie, sen, ćwiczenia), a po urodzeniu dziecka ojcowie mieli z nim lepszą więź. Zwiększenie uczestnictwa ojca w opiece prenatalnej (np. poprzez edukację grupową, dyskusje, masaż) ma pozytywny wpływ na więź małżeńską, stan zdrowia psychicznego matki i zdrowia dziecka, zmniejsza u kobiety objawy depresji i innych zaburzeń psychicznych.

W badaniach 300 kobiet latynoskich będących w ciąży pytano o planowanie poczęcia dziecka przez nie same i jego ojca. Okazało się, że chęć ojca, aby dziecko przyszło na świat, była ważniejszym czynnikiem niż chęć matki wpływającym m.in.

na skorzystanie z medycznej opieki prenatalnej. Pozytywna postawa ojca miała ochronny wpływ na wczesne rozpoczęcie opieki prenatalnej. Poczęcie niezamierzone przez matkę, ale upragnione przez ojca cechowało się wcześniejszą opieką prenatalną. Ten trend był istotny zwłaszcza w związkach małżeńskich. Z badań tych wynika konieczność podejmowania wysiłków, aby zaangażować mężczyzn w planowanie rodziny a także w uczestnictwo w programach mających na celu opiekę pre- i perinatalną (Sangi-Haghpeykar i in., 2005).

Filozofia opieki macierzyńskiej jest dotychczas zorientowana na rodzinę. Interwencje edukacyjne i poradniane powinny jednak zarówno dotyczyć zdrowia fizycznego oraz dobrego samopoczucia kobiet w ciąży, jak i powinny aktywnie zachęcać ojców do udziału w opiece prenatalnej, aby pogłębić intymność małżeńską i przywiązanie ojca do dziecka przed jego urodzeniem (Yu i in., 2012). Troska o wzmocnienie więzi małżeńskiej i przywiązania prenatalnego to zadanie nie tylko dla rodziców i osób im bliskich, ale również dla personelu medycznego, zwłaszcza położnych oraz pracowników szkół rodzenia, gdyż wczesna diagnoza i szybka interwencja w tym zakresie podjęte w czasie opieki prenatalnej sprzyja spójności rodziny, jej dobremu funkcjonowaniu i prawidłowemu rozwojowi dziecka (Ossa, Bustos, Fernandez, 2012). Nie wystarczy przecież urodzić zdrowe dziecko, trzeba je jeszcze wychować na dojrzałego człowieka, a silna więź małżeńska i rodzicielska już na tym pierwszym etapie rozwoju jest dobrym predykatorem więzi postnatalnej.

Podsystem rodzicielski

Literatura przedmiotu na temat kształtowania się prenatalnej relacji rodziców, zwłaszcza matki z dzieckiem, jest bardzo bogata (w Polsce np. Makiello, 1970; Nitecka, 1992; Golańska, 1997; Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 129–151; Kornas-Biela, 1992, 2004, 2009b, s. 73–88, 2017; Gracka-Tomaszewska, 2014, 2009 i wcześniejsze pozycje; Bieleninik, Preis, Bidzan, 2010; Zalewska, Szytber, 2010; Pawlicka, Chrzan-Dętkoś, Lutkiewicz, 2013; Matuszczak-Świgoń, 2014; Iłska, Przybyła-Basista, 2015; Zimny i in., 2017; Kucharska, Janicka, 2018), dlatego nie sposób przytoczyć tutaj nawet jej największego skrótu. Tym bardziej że relacja ta jest opisywana pod różnymi bardziej lub mniej synonimicznymi określeniami, jak np. więź, przywiązanie, związek, kontakt, interakcja, dialog, łączność, a nawet – nastawienie do dziecka, postawy wobec dziecka, percepcja lub reprezentacja dziecka, kształtowanie się rodzicielstwa. W obecnym opracowaniu będą czasem używane zamiennie określenia „relacja” i „więź”.

Jednym z zadań rozwojowych okresu po poczęciu dziecka jest nabycie tożsamości rodzica – matki i ojca, gdyż dziecko prenatalne do prawidłowego rozwoju potrzebuje obojga rodziców. Rodzicem w sensie biologicznym staje się dany człowiek w wyniku poczęcia dziecka i jest to fakt nieodwracalny, na całe życie, niezależnie od podjęcia spełniania zadań rodzicielskich lub rezygnacji z nich. Natomiast ukształtowanie się świadomości bycia rodzicem, poczucia bycia matką i ojcem, podjęcie się roli rodzicielskiej i związanej z tym odpowiedzialności oraz troski, nawiązanie relacji i komunikacji z dzieckiem, rozwój bliskiej więzi z nim i uczucia miłości jest procesem, który powinien rozpocząć się wraz z uzmysłowieniem sobie faktu poczęcia dziecka. Poczęcie dziecka inicjuje powstanie rodziny i rodzice dla dobra dziecka i własnego rozwoju powinni rozpocząć funkcjonowanie jako jego matka i ojciec.

Cały okres ciąży obejmuje proces kształtowania się tożsamości kobiety jako matki, a nie tylko kobiety ciężarnej, oraz tożsamości mężczyzny jako ojca, a nie jedynie partnera/męża kobiety ciężarnej. Pojęcia matki i ojca mają charakter relacyjny, tzn. ich istotą jest relacja do dziecka. Rodzicem w sensie biologicznym, psychologicznym, społecznym, prawnym i duchowym jest się wobec osoby uznanej za własne dziecko. Dla kobiety zapoczątkowanie biologicznego macierzyństwa rozpoczyna się wraz z poczęciem dziecka, chociaż z powodu postępu w ramach usług związanych z zapłodnieniem pozaustrojowym może nie być ona matką genetyczną, jeśli skorzystała z dawstwa komórki jajowej. Podobnie mężczyzna, jeśli oddał nasienie do banku spermy i zostało ono wykorzystane do kreacji nowego życia, jest jedynie ojcem genetycznym; natomiast relacje z dzieckiem ma szansę budować mężczyzna, który uzna się za jego ojca prawnego lub wyrazi zgodę na podjęcie się roli ojca wobec niego. Tożsamość macierzyńska i ojcowska w sensie psychicznym, społecznym, prawnym i duchowym rozwija się stopniowo od poczęcia przez cały okres ciąży, w czasie porodu oraz po urodzeniu dziecka. Dla kobiety wejście w relację z dzieckiem jest łatwiejsze dzięki biologicznemu macierzyństwu i fizycznej bliskości dziecka. Sytuacja ojca jest nieco odmienna. W reakcji na pierwsze zderzenie się z faktem poczęcia dziecka kobieta może podzielić się tą informacją (radosną dla niej lub smutną), może też ukrywać ją, np. do czasu potwierdzenia stanu ciąży przez ginekologa lub do końca 3. miesiąca, a więc okresu możliwego poronienia, do momentu rozwiązania jakiegoś konfliktu, sytuacji trudnej w układzie z mężczyzną, może też usunąć dziecko, nie informując nawet partnera, że został ojcem. W zależności od relacji uczuciowych łączących oboje rodziców dziecka poczętego oraz przewidywanej przez kobietę reakcji partnera na fakt pojawienia się dziecka może ona w różny sposób manipulować tą informacją lub też od początku włączyć mężczyznę w jego ojcowską rolę.

W prowadzonych na świecie badaniach empirycznych można zauważyć wyraźne skoncentrowanie uwagi na prenatalnej więzi matczynej, natomiast osoba ojca (jego obecność, wsparcie, postawa wobec kobiety, wzajemne relacje) występuje w nich najczęściej jako moderator więzi matki z dzieckiem przed jego urodzeniem. Wyniki badań empirycznych nad więzią prenatalną trudno jest uogólnić, gdyż występuje w nich zróżnicowanie, m.in. co do sposobu jej rozumienia (teoretycznych koncepcji więzi), wybranych aspektów więzi i czynników ewentualnie skorelowanych z nią, zastosowanych technik pomiaru, charakterystyk grupy badanej (np. sposobu poczęcia, okresu ciąży, jej przebiegu), sposobu doboru badanych (trudności te omówili m.in. Cannella, 2005; Alhusen, 2008).

Relacja, więź, komunikacja prenatalna to ważny i najczęstszy przedmiot badań w ramach psychologii prenatalnej i psychologii prokreacji. Psychologia prenatalna ujmuje je z perspektywy dziecka, tzn. zwracając uwagę na kompetencje dziecka umożliwiające mu kontakt prenatalny, przejawy jego aktywnego uczestnictwa w kontakcie z rodzicami i znaczenie rozwojowe dla niego więzi rodziców z nim. Psychologia prokreacji natomiast koncentruje się na relacji prenatalnej z punktu widzenia rodziców, w tym m.in. na rozróżnieniu między stosowanymi synonimicznymi do relacji określeniami, analizowaniu różnych koncepcji teoretycznych, zwłaszcza co do wymiarów więzi i dynamiki jej kształtowania się oraz czynników, które mają na nią wpływ (uogólniając wyniki badań empirycznych nad uwarunkowaniami sprzyjającymi i utrudniającymi tę relację). Psycholodzy zajmujący się więzią prenatalną, prezentują różne jej przejawy i możliwe formy komunikacji rodziców z dzieckiem, a także omawiają wewnętrzne reprezentacje rodziców na temat swojego dziecka (wyobrażenia o nim), znaczenie dziecka dla rodziców oraz ich zadania dotyczące relacji z dzieckiem i zróżnicowanie płciowe w zakresie dynamiki, siły i przejawów więzi. Celem psychologii prokreacji jest także ukazanie pewnych prawidłowości uniwersalnych oraz indywidualnych zróżnicowań, związku relacji/więzi prenatalnej z więzią perinatalną i postnatalną, konsekwencji rozwojowe dla rodziców różnych form relacji prenatalnej. Więź prenatalna traktowana jest w tym ujęciu jako zadanie rozwojowe dla rodziców.

Więź ma charakter rozwojowy, co w literaturze wyraża się w wyodrębnianiu kolejnych faz o odmiennej specyfice, która zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników (np. Kornas-Biela, 2002, s. 2009b, s. 73–87; Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 135–151). Relacja prenatalna może charakteryzować się różnymi biegunowymi cechami. Może być rozwojowa bądź destruktywna, pozytywna bądź negatywna, bliska bądź daleka, silna bądź słaba, krótkotrwała bądź długotrwała, budząca przychylność społeczną bądź jej przejawy mogą być nieakceptowane społecznie. Relacja przejawia się poprzez kontakt mentalny lub realny (werbalny,

zmysłowy, fizyczny), więź emocjonalną i wzajemną interakcję. Z kształtowania więzi prenatalnej można świadomie zrezygnować, można ją nawiązać, utrzymywać i pogłębiać, można też ją zerwać (np. po niepomyślnej diagnozie prenatalnej, poprzez aborcję). Kobieta podejmuje relację z dzieckiem jako coś bardzo naturalnego ze względu na jego bliskość fizyczną, stałą obecność i oznaki tej obecności. Dla ojca jest to trudniejsze wyzwanie.

Specyfika prenatalnej relacji wyraża się w tym, że bezpośredni wielozmysłowy kontakt z dzieckiem nie jest możliwy, zwłaszcza że preferujemy w kontaktach zmysł wzroku i głos. Reakcje dziecka są nieczytelne, brak nam wzorców w komunikacji z nim. Nie znamy i nie doceniamy jego potrzeb psychospołecznych i możliwości komunikacyjnych. Biologiczne, zmedykalizowane i komercyjne podejście do ciąży oraz „unaukowanie” całego procesu prokreacji w doświadczeniach rodziców spowodowało m.in. poczucie niekompetencji rodzicielskiej i konieczności posiadania specjalistycznej wiedzy o dziecku, aby móc z nim wejść w komunikację. Poza tym więź potrzebuje czasu i celebracji wzajemnych odniesień, dlatego naturalne jest stopniowe przez cały okres ciąży wyłanianie się zróżnicowanych płciowo różnych form jej przejawu.

Najczęściej wymienianymi przejawami więzi są: rozróżnienie między ciążą a dzieckiem (nadanie mu statusu odrębności od matki), interakcja i komunikacja z nim, przypisywanie mu cech oraz intencji, pozytywne uczucia do dziecka, zachowania służące jego dobru, dzielenie się z innymi relacją do dziecka, zaspokajanie jego potrzeb i ochrona (np. Cranley, 1981; Condon, 1993). Warunkami intencjonalnie podejmowanej komunikacji z dzieckiem prenatalnym jest, oprócz powyższych, m.in. rozpoznanie w dziecku podmiotu do wzajemnej interakcji, docenienie ważności prenatalnej komunikacji i potrzeby kontaktu z nim dla własnego i jego dobra, chęć podjęcia starań o podniesienie jakości życia dziecka. Świadome motywy podjęcia tej relacji to np. chęć rodziców, aby okazać miłość i czułość dziecku, dać mu komfort, otoczyć troską, zabezpieczyć, lepiej je poznać, czegoś dziecko nauczyć, wzmocnić więź rodzinną, zachowywać się tak, jak tego oczekuje otoczenie. Więziotwórcze formy komunikacji prenatalnej zostały już wielokrotnie omówione w publikacjach własnych autorki na przestrzeni 30 lat (np. Kornas-Biela, 2004, 2009a, s. 203–206, 2009b, s. 254–264, 388–391), dlatego zostaną one pominięte w tym opracowaniu.

W rozwoju więzi prenatalnej można zaobserwować okresy większego przyspieszenia czy też jej pogłębienia. Przyczyniają się do tego takie wydarzenia, jak np. zaobserwowane zmiany w wyglądzie i samopoczuciu kobiety, wizualizacja dziecka na obrazie ultrasonograficznym, odczuwanie jego ruchów, usłyszenie rytmu jego serca w badaniu kardiograficznym, zmiany neurohormonalne przed porodem

i w jego trakcie. Kształtowanie więzi, trwanie w bliskim związku z kimś (przywiązanie) jest pierwotną potrzebą człowieka, wdrukowaną w jego wyposażenie genetyczne. Jest fundamentalnym dynamizmem psychicznym, prymarnym warunkiem rozwoju osobowości jeszcze przed narodzeniem. Matka i dziecko są wyposażeni w genetycznie uwarunkowane wzorce zachowań przywiązaniowych, które ujawniają się szczególnie wyraźnie przy narodzinach dziecka, i dzięki nim następuje zaspokojenie jego biopsychicznej potrzeby bezpieczeństwa i miłości. Funkcją biologiczną przywiązania jest zapewnienie przeżycia poprzez zaspokojenie najważniejszych potrzeb dziecka. Funkcją psychologiczną jest, na bazie poczucia bezpieczeństwa, otwarcie się na świat rzeczy (rozwój poznawczy) i świat osób (rozwój emocjonalny i społeczny) oraz idei i ducha (rozwój duchowy i religijny).

Znaczenie więzi i kontaktu prenatalnego dla dziecka jest wieloaspektowe, np. zapewnia adekwatne zaspokajanie jego potrzeb, tym samym prowadzi do optymalizacji zdrowia, zabezpiecza przed czynną przemocą, zaniedbaniem pre- i perinatalnym i dzieciobójstwem, podnosi kompetencje komunikacyjne i lingwistyczne dziecka, skutkuje jego lepszą adaptacją po urodzeniu, zapewnia mu silniejszą więź z nim rodziców. Komunikacja prenatalna jest prototypem relacji i więzi dziecka z otoczeniem po urodzeniu. Również dla rodziców wysiłek związany z rozwojem form prenatalnego kontaktu skutkuje lepszą znajomością dziecka, rozumieniem jego potrzeb, pozytywną percepcją jego osoby, silnymi dodatnimi uczuciami do niego, umiejętnością pozawerbalnej komunikacji z nim, pozytywnymi doświadczeniami porodowymi, łatwością w nawiązaniu kontaktu po urodzeniu, większą satysfakcją z kontaktu, sukcesem w karmieniu piersią, chętnym podjęciem kangurowania, co pomaga dziecku przezwyciężyć negatywne konsekwencje wcześniactwa.

Analizując czynniki mające wpływ na kształtowanie więzi rodziców z dzieckiem przed jego urodzeniem, można dostrzec, że szczególną rozbieżność w rezultatach badań obserwuje się w przypadku takich zmiennych, jak np. obserwacja ruchów dziecka (może mieć podłoże neurotyczne), znajomość jego płci (może spowodować rozczarowanie lub zawęzić fantazje prenatalne), sposób uzyskania poczęcia (może skutkować nadmierną koncentracją na dziecku lub więzią warunkową), zagrożenia prokreacyjne i oczekiwanie na wynik prenatalnej diagnozy (może powodować wstrzymanie się od nawiązania bliższej relacji, aby nie przeżywać zawodu rozstania), skorzystanie z diagnostyki prenatalnej (może z lęku przed „nieudaną ciążą” i aborcją hamować więź do czasu uzyskania pomyślnej diagnozy).

Czynnikami wpływającymi na prenatalną relację rodziców z dzieckiem ze strony dziecka są m.in.: jego wiek (miesiąc ciąży), stan zdrowia, żywotność i reaktywność na sygnały kierowane przez rodziców. Zmiennymi położniczymi są m.in.:

przeszłość położnicza (np. niepłodność, poronienia), trudności z poczęciem, sposób poczęcia, kolejność ciąży, jej przebieg (komplikacje, hospitalizacja, zagrożenie utratą dziecka), wynik diagnozy prenatalnej, bliźniactwo lub wieloracność. Ze strony rodziców znaczenie mają: płeć, wiek, zdrowie fizyczne (w tym np. ryzyko genetyczne, przewlekła choroba, niepełnosprawność) i psychiczne (np. zaburzenia psychiczne, neurotyzm), cechy osobowości, dojrzałość osobowości, styl aktywnej i silnej ekspresji uczuciowej, reaktywność na potrzeby drugiej osoby, siła ego i stabilność emocjonalna, relacje z innymi (np. tendencje aspołeczne), zgodność płci dziecka z płcią preferowaną, wiedza o rozwoju prenatalnym dziecka, niepokój o jego zdrowie, pragnienie dziecka, reprezentacja dziecka i ocena jego cech, akceptacja roli rodzicielskiej i gotowość opiekuńcza, zdolność wizualizacji siebie w roli matki/ojca, poczucie kompetencji rodzicielskiej, orientacja zadaniowa, osobiste doświadczenia z rodziny pochodzenia (np. „bycia matkowanym”), aktualna sytuacja życiowa – małżeńska (np. pozamałżeńskie poczęcie), rodzinna, ekonomiczna, stres, doświadczenie przemocy, stosunek ojca dziecka (np. odrzucenie, domaganie się aborcji) i najbliższego otoczenia, wsparcie społeczne, jakość kontaktu z personelem, uczestnictwo w szkole rodzenia (np. okazało się, że prowadzenie prelekcji z zakresu wychowania prenatalnego pozytywnie wpływa na zaangażowanie uczestników w przebieg kolejnych zajęć objętych programem takiej szkoły – Herda-Płonka, 2014).

Literatura relacjonująca badania empiryczne skoncentrowane na poszukiwaniu związku wyżej wymienionych czynników z jakością relacji rodzice (a zwłaszcza matka) – dziecko prenatalne jest ogromna – nie sposób zaprezentować jej w tym opracowaniu. Jeden z czynników jest szczególnie interesujący, a jest nim czynnik biograficzny, wskazujący na transmisję międzypokoleniową zdolności do tworzenia więzi z dzieckiem prenatalnym. Z badań 161 szwedzkich kobiet w wieku 21–50 lat w trzecim trymestrze ciąży, w którym uczestniczki wypełniały dwa kwestionariusze – jeden dotyczący przywiązania prenatalnego, a drugi wspomnień związanych z relacją z własną matką w dzieciństwie – wynika, że wspomnienia z dzieciństwa dotyczące własnego wychowania i bliskości z matką są ważnym wyznacznikiem jakości przywiązania prenatalnego. Kobiety, które doświadczyły więcej emocjonalnego ciepła od swoich matek, łatwiej identyfikowały się z rolą macierzyńską, miały lepsze kompetencje w zakresie opieki nad dzieckiem prenatalnym i nawiązywały z nim bardziej czułe relacje (Siddiqui, Hagglof, Eisemann, 2000).

Liczne badania empiryczne potwierdzają również, że relacja matki z ojcem dziecka i charakter tej relacji mają silny wpływ na szybkość kształtowania się ich bliskiej relacji z dzieckiem, natężenie i bogactwo wyrazu więzi. Np. badania 195 ojców w trzecim trymestrze ciąży partnerki wykazały, że ojcowie, którzy doświadcniają

więcej intymności małżeńskiej oraz wsparcia ze strony matki dziecka, są bardziej przywiązani do niego (Yu i in., 2012). Wiąż oraz intymność małżeńska są ważnymi predyktorami więzi prenatalnej i postnatalnej (por. Cabrera i in., 2009).

Adela Yercheski wraz ze współpracownikami (2009) dokonała przeglądu 183 badań przeprowadzonych w latach 1981–2006 nad więzią prenatalną matek – z 72 z nich można było uzyskać potwierdzenie występowania 14 czynników warunkujących tę więź. Najważniejszym czynnikiem okazał się wiek ciążowy, a następnie wsparcie społeczne i diagnostyka prenatalna. Inne czynniki (np. niepokój, samoocena, depresja, planowanie ciąży, wiek, stan cywilny, grupa etniczna, wysokość zarobków, poziom wykształcenia) miały małe znaczenie, a wysokie ryzyko ciążowe nawet bardzo małe znaczenie w tym zakresie (np. Mercer i in., 1988). Negatywny stosunek męża, brak jego zainteresowania i wsparcia skutkowały niskim przywiązaniem matczynym do dziecka (Kucharska, Janicka, 2018). Wraz z nasileniem się więzi między rodzicami i wsparcia ojca dla matki można było odnotować większe nasilenie jej więzi z dzieckiem nienarodzonym. Prawidłowość ta występowała zwłaszcza w ciążyach wysokiego ryzyka (Bieleninik, Preis, Bidzan, 2010).

Ze względu na znaczenie więzi rodziców z dzieckiem prenatalnym (np. dla zachowań zdrowotnych kobiety w czasie ciąży, więzi rodziców z dzieckiem po urodzeniu) istotne są wszelkie interwencje, które pomogą im rozwinąć tę więź. Jednak przegląd badań opublikowanych w języku angielskim w latach 2005–2015 na temat sposobów wspierania więzi prenatalnej (uwzględniono 27 artykułów spełniających przyjęte kryteria metodologiczne) wykazał brak wartościowych programów lub strategii interwencji, aby można je było rekomendować ze względu na ich efektywność (Cunen, 2017).

Podsystem matka – dziecko prenatalne

Od zarania wieków dostrzegano objawy i znaczenie więzi prenatalnej między matką i dzieckiem, co znalazło wyraz m.in. na kartach Biblii (m.in. w scenie nawiedzenia Elżbiety przez Maryję, Łk 1, 39–45). Leonardo da Vinci (1452–1519) tak o tym pisał: „Jedna dusza rządzi oboma ciałami, dzieląc swoje pragnienia, obawy i smutki z tą istotą (...) to, czego pragnie matka, można często odnaleźć odbite w dziecku, które ona nosi (...), jakaś chęć, wielkie pragnienie, lęk lub ból psychiczny ma większy wpływ na dziecko niż na matkę i dziecko może stracić życie z tego powodu (Nicholl, 2006, s. 499).

Współcześnie, dzięki możliwości bardzo wczesnego stwierdzenia poczęcia, kobieta staje wobec konieczności ustosunkowania się do tego faktu na długo przed

widocznymi objawami ciąży. Pierwszą reakcją, niezależnie od planów dotyczących pojawienia się dziecka, jest zazwyczaj zaskoczenie, zdziwienie, zdumienie – wydało się coś ważnego już na całe dalsze życie osobiste, małżeńskie i rodzinne. Emocjonalne zabarwienie tego pierwszego zadziwienia tajemnicą nowego życia zależy od sytuacji poprzedzającej to wydarzenie – może to być szczęście, radość, euforia, uniesienie, zachwyt, rozpierająca duma, a może być doświadczenie szoku, przerażenia, frustracji, uczucie nieszczęścia, zawodu, rozgoryczenia, smutku, poczucie bycia w potrzasku, załamania, zagubienia. A więc to jedno uczucie – zdziwienia, że doszło do tak poważnej zmiany sytuacji życiowej, że „klamka zapadła” – jest jednocześnie związane z wieloma innymi pozytywnymi lub negatywnymi uczuciami, wśród których jedno zaczyna dominować – radość lub smutek, poczucie szczęścia lub nieszczęścia, satysfakcji z osiągnięcia upragnionej wartości lub żalu z powodu jej straty, uniesienie lub rozgoryczenie, inicjacja procesu kształtowania się więzi z dzieckiem lub jego odrzucenie.

Czas od poczęcia do narodzin dziecka to czas stopniowego uzmysławiania sobie, że oprócz odmiennego stanu organizmu, jest jeszcze dziecko jako odmienny byt, dzięki któremu kobieta jest w ciąży. Będąc w ciąży, nosi dziecko, a nie ciężę (por. Mądry, 2016, s. 12), ma dziecko, a nie będzie je dopiero miała (Zubrzycka, 2009). Temu wyodrębnieniu siebie i dziecka pomaga obecnie badanie USG, wzrastająca wiedza o prenatalnym rozwoju dziecka, dostęp poprzez media do wizualnej dokumentacji tego rozwoju. Ale kształtowanie się tożsamości matki wymaga czegoś więcej. Wymaga afirmacji nowego życia, co wyraża się w akceptacji istnienia dziecka i przyznaniu mu bezwarunkowego prawa do dalszego życia niezależnie od jakichkolwiek warunków (np. stanu zdrowia, płci), akceptacji siebie jako jego matki, przyjęcia nowej wizji siebie, swojej roli, nowych obowiązków i odpowiedzialności, otwarcia się na to, co nowego wniesie sobą w jej życie, uznania rozwojowego znaczenia nowych zadań (Kornas-Biela, 2012a).

Niestety współczesna medykalizacja, komercjalizacja i unaukowanie procesu ciąży, porodu i położu oraz karmienia dziecka koncentrują kobietę na sobie, nie na dziecku, a jeśli na dziecku, to w aspekcie przeciwdziałania zagrożeniom. Nie sprzyjają natomiast nawiązaniu relacji uczuciowej matki z dzieckiem, gdyż powstrzymuje się ona od wiązania się z nim do czasu potwierdzenia poprzez kolejne badania prenatalne, że z dzieckiem „wszystko jest w porządku”. Poza tym te zmiany w podejściu do prokreacji spowodowały odebranie jej naturalnego charakteru, pojawienie się wielu odbiegających od siebie wzorców realizacji przez kobietę jej ról życiowych, a zwłaszcza roli matki, przekonanie o szczególnej uciążliwości okresu ciąży oraz czyhającym na matkę i dziecko ryzyku niepowodzeń, poczucie

konieczności nabycia specjalistycznej wiedzy, aby dobrze wypełnić rolę kobiety rodzącej i matki tak małego dziecka oraz rolę ojca – towarzyszącego kobiecie w tym czasie.

U matki pojawia się znacznie częściej, niż bywało to w przeszłości, poczucie niepewności, czy jestem dobrą matką dla dziecka na tym etapie jego rozwoju, lęk przed uszkodzeniem dziecka, obciążające poczucie odpowiedzialności za jego zdrowie i doskonałość cech, z jakimi przyjdzie na świat, niepokój, czy zrobiło się wszystko, aby prenatalny okres jego rozwoju był dla niego jak najbardziej stymulujący. Duża liczba poradników na temat ciąży, porodu, położu i wychowania dziecka od urodzenia oraz porady udzielane sobie przez internautki oprócz wsparcia powodują chaos informacyjny, a macierzyństwo traktowane jest jako coraz trudniejsze zadanie. Dziecko jest odbierane jako ktoś, kto zbyt dużo wymaga, testuje wiedzę matki, wymusza zaangażowanie ponad siły, wywołuje frustrację, przeciążenie, wyczerpanie, wypalenie. Z jednej strony kobieta otrzymuje informacje, że powinna być specjalistką od ciąży, porodu, położu i dziecka, stosować się do zaleceń ekspertów, wszystko przewidywać i planować, sprawdzać i oceniać skuteczność, „trzymać się dzielnie”, a z drugiej strony otrzymuje rady, aby kierowała się intuicją, polegała na zdrowym rozsądku, traktowała macierzyństwo prenatalne jako naturalny etap w swoim życiu, puściła wodze fantazji na temat dziecka i otulała je dobrą energią.

Relacja matki z dzieckiem przebiega na różnych poziomach. Relacja ta jako związek międzyosobowy zachodzący w tak specyficznych warunkach na poziomie fizycznym (neurohormonalnym) ma charakter pierwotny, naturalny, bezpośredni, ciągły, bliski i odbywa się poza świadomością obu podmiotów interakcji. Relacja na poziomie psychicznym bazuje na relacji fizycznej, ponieważ zmiany hormonalne w okresie ciąży oraz w czasie porodu i laktacji (zwłaszcza prolaktyna – hormon macierzyńskiej opieki, oksytocyna – hormon miłości i fascynacji kimś ukochanym, oraz endorfiny – hormony szczęścia) stanowią biologiczne podłoże wiązania się uczuciowego z dzieckiem. Relacja psychiczna poprzez coraz częstszy intencjonalny kontakt z dzieckiem, różne formy komunikacji z nim, dojrzewa, aby jest coraz bardziej nasycona dodatnimi uczuciami – radością z jego istnienia, miłością i przywiązaniem do niego, gotowością do poświęceń na jego rzecz. Kontakt z dzieckiem staje się nagradzający – sprawia przyjemność, rozbudza energię życiową, nadaje życiu głębszy sens, poszerza wiedzę o sobie, zwiększa poczucie własnej wartości i użyteczności. O ile wraz z urodzeniem dziecka kontakt fizyczny matki z nim zmieni się diametralnie, to relacja psychiczna będzie się nadal rozwijała i pogłębiała. Nawet gdyby dziecko obumarło, raz powstała więź może przetrwać w sercu matki do końca jej życia. Relacja matki z dzieckiem prenatalnym

o charakterze duchowym kształtuje się na podstawie relacji fizycznej i psychicznej, ale wychodzi ona dalej czy też głębiej i również trwa aż po grób, a nawet dłużej, gdyż dla matki religijnej ta więź raz powstała jest wieczna, jak wieczny jest człowiek. Ta intymna relacja z dzieckiem to przedsmak wieczności. Dzięki tej relacji matka czuje z dzieckiem silny związek, że ma w nim bratnią duszę. Ma poczucie, że zna dziecko, rozumie je i wyczuwa jego potrzeby. Czuje się z nim dobrze, spełniona, szczęśliwa. Ma poczucie jedności z nim, przy jednoczesnym uszanowaniu jego odrębności. Matka, obcując w tym szczególnym czasie z tajemnicą życia, jest nastawiona na refleksję nad zagadnieniami życia i śmierci, szukanie odpowiedzi na pytania filozoficzne i religijne. Kruchomość życia małej istoty w niej przywołuje pytania o to, kim jest człowiek, skąd przyszedł i dokąd zmierza, jaki życie ma sens, zwłaszcza jeśli miałyby być naznaczone cierpieniem, chorobą lub niepełnosprawnością, jakie są zobowiązania wobec ochrony i obrony życia już u jego początku.

Podsystem ojciec – dziecko prenatalne

Zainteresowanie prenatalną więzią ojcowską jest czymś stosunkowo nowym w naukach społecznych. Jeszcze niedawno ojciec był niezauważany, jego rola niedoceniana i zawężana do roli wsparcia dla kobiety w ciąży. Był traktowany jako „przyszły ojciec”, spodziewający się dziecka, a na razie miał nie przeszkadzać i służyć pomocą matce swojego dziecka, na ile ona sobie tego życzyła. W latach 80. XX wieku rozpoczęły się szersze badania w tym zakresie. Np. John T. Condon (1985) z badań przeprowadzonych na grupie 54 par wyciągnął trzy wnioski: myślenie i uczucia dotyczące dziecka prenatalnego są podobne u matek i ojców; behawioralna ekspresja przywiązania prenatalnego jest znacznie słabsza u mężczyzn, co najprawdopodobniej wynika ze stereotypowych przekazów dotyczących męskiej roli płciowej i doświadczanego konfliktu (3), u obu płci stosunek do dziecka nie jest skorelowany z postawą wobec „bycia w ciąży”. Pomimo upływu wielu lat problem relacji prenatalnej jest nadal głównie odnoszony do matek, np. w badaniach 27 różnych projektów wspierających rozwój więzi prenatalnej tylko w trzech odnotowano uwzględnienie również osoby ojca (Cunen, 2017).

Skupienie się na przeżyciach ojca w okresie ciąży partnerki pozwoliło na zbadanie zespołu „wylęgania się” zwanego *couvade*, który to zespół objawów obserwowano w kulturach pierwotnych przez wieki. Zespół ten obejmował różne nakazy i zakazy co do zachowania ojca w czasie ciąży i porodu, które miały zapewnić dobrostan kobiecie oraz urodzenie zdrowego dziecka (Głazewska, 2014). Współczesny ojciec pozbawiony tych rytuałów przygotowujących go do narodzin dziecka

przejawia częściej somatyczne dolegliwości oraz tendencję do dysfunkcyjnych zachowań. Występowanie tych objawów fizycznych, przypominających dolegliwości ciążowe i będących wyrazem zespołu *couvade*, tłumaczy się silną więzią mężczyzny z kobietą i emocjonalnym zaangażowaniem w stan ciąży. Ojcowie, którzy nie potrafią odnaleźć się w tej sytuacji, przejawiają częściej zachowania ryzykowne, aspołeczne (Kornas-Biela, 2014, s. 157–159). Weaver i Cranley (1983) w badaniach 100 ojców, oczekujących w trzecim trymestrze trwania ciąży urodzenia dziecka, uzyskał słabą korelację między ich przywiązaniem prenatalnym a występowaniem objawów *couvade* (objawów przypominających ciążę).

Więź ojca z dzieckiem prenatalnym sukcesywnie wzrasta, jednak na każdym etapie ciąży więź ta jest słabsza niż w przypadku matki i jakościowo odmienna (np. Mercer i in., 1988). Potrzebuje on więcej niż matka czasu, wsparcia i własnego wysiłku, aby ukształtować więź z dzieckiem. Dla wzrostu więzi ojca nie ma znaczenia pojawienie się ruchów dziecka, jak to jest u matki. Sposób patrzenia na relacje ojca z dzieckiem zmienił się m.in. pod wpływem udostępnienia usługi medycznej, jaką są badania USG i KTG, i możliwości uczestnictwa w nich ojca, okazało się bowiem, że udział ojca w tych badaniach ma dla niego ogromne znaczenie więziotwórcze (po wykonaniu USG 3D/4D więź ojcowska istotnie wzrasta, chociaż stopień tego wzrostu może być mniejszy u nich niż u kobiet, np. Pretorius i in., 2006). Aparatura medyczna umożliwiająca ojcu zobaczenie dziecka na ekranie USG spełnia jakby funkcję „protezy” – ojciec może unaocznić sobie realne istnienie swojego dziecka jako istoty odrębnej od stanu ciąży kobiety. A to rozróżnienie jest wstępnym warunkiem rozwoju więzi z dzieckiem. Badanie USG pomaga nadać embrionowi/płodowi status istoty ludzkiej, ale według kilku badań nie ma jednak istotnego wpływu na inne komponenty więzi z nim (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 135–138).

Dla więzi z ojcem bardzo znacząca jest jakość relacji z matką dziecka. Weaver i Cranley (1983) na grupie 100 ojców uzyskały pozytywną korelację między ich przywiązaniem do dziecka w trzecim trymestrze ciąży a siłą związku małżeńskiego (ich oceną siły więzi). Jest to wynik zrozumiały, gdyż to od matki zależy, czy umożliwi ojcu kontakt z dzieckiem, czy będzie z nim dzielić swoje odczucia związane z osobą dziecka. Zachodzi tu jednak sprzężenie zwrotne – zainteresowanie dzieckiem i wspieranie matki wzmacnia więź małżeńską, jej uczucia do ojca i chęć wspólnej z nim komunikacji prenatalnej, poprawia dobrostan psychiczny matki, co przekłada się na zdrowie dziecka. Duża część ojców jest obecnie bardzo zaangażowana w proces ciąży i optymalizację rozwoju dziecka, uczestniczą w badaniach lekarskich, w zajęciach szkoły rodzenia, przygotowaniu domu na przyjęcie dziecka, nawiązują z nim kontakt.

W badaniach związku między sposobem poczęcia dziecka a prenatalną więzią ojcowską brano pod uwagę ojców, których żony/partnerki skorzystały z zapłodnienia *in vitro*, oraz ojców po naturalnym poczęciu dziecka. Mężczyźni z grupy *in vitro* przejawiają więcej lęku, poczucia winy, niepokoju o poronienie dziecka, pośredniej agresji i lęku o zdrowie dziecka, tzn. im silniejsze poczucie nieszczęścia z powodu niepłodności, tym większy lęk o to, czy dziecko będzie normalne (Hjelmstedt i in., 2003). W innych badaniach ojców nie zaobserwowano różnic w poziomie więzi prenatalnej i jej stopniowym wzroście między 26. a 36. tygodniem ciąży – bardziej niż sposób poczęcia o przywiązaniu decydowały osobiste charakterystyki ojców, ich cechy osobowości (Hjelmstedt, Widström, Collins, 2007).

M. Hanulewicz (2011, s. 71–78) na podstawie własnych badań prenatalnej relacji ojców potwierdził, że w zdecydowanej większości reagują oni pozytywnie na wiadomość o poczęciu dziecka, są świadomi jego obecności w łonie kobiety, są zachęceni do podejmowania więziotwórczych zachowań lub podejmują je z własnej inicjatywy, towarzyszą kobiecie w badaniach, chętnie oglądają zdjęcia USG, pozytywnie ustosunkowują się do uczestnictwa w szkole rodzenia, bardzo chętnie podejmują komunikację z dzieckiem i snują wraz z partnerką marzenia o jego przyszłości. Poczucie odpowiedzialności ojca za rodzinę powoduje przeżywanie czasem pewnych obaw, np. czy utrzyma rodzinę, czy sprosta nowym wymaganiom życia i oczekiwaniom najbliższych, na ile będzie musiał przeorganizować swoje dotychczasowe życie, jakie będą jego relacje z matką dziecka, czy dziecko nie odbierze mu jej zainteresowania i miłości, czy będzie zdrowe i jak będzie się rozwijać (np. Hanulewicz, 2011, s. 67–69). Tak pozytywny obraz ojcowskiej więzi prenatalnej mógł być spowodowany w tych badaniach wyższym niż przeciętne zaangażowaniem religijnym ojców, a z wielu badań wynika, że religijność badanych jest ważnym moderatorem dobrych relacji małżeńskich, więzi prenatalnej oraz mniejszych obaw życiowych, w tym o dziecko przed urodzeniem (np. Ossa, Bustos, Fernandez, 2012).

Formy komunikacji ojca z dzieckiem ubogacają się w miarę, jak dziecko rośnie, i zawsze mają swój unikalny koloryt. Mogą one mieć charakter zarówno fizyczny, psychiczny, jak i duchowy. Spełniają one funkcję wychowania prenatalnego i umożliwiają psychiczne i społeczne „rodzenie się” dziecka, ale również jego rodziców (Kornas-Biela, 2014, s. 163–166).

Badania przeprowadzone podczas szkoleń skoncentrowanych na rozwój przywiązania w diadzie ojców – dziecko prenatalne wskazały na sensowność takich interwencji, gdyż prenatalne przywiązanie ojcowskie jest podatne na zmiany, a jego ukształtowanie się jest korzystne dla ojca, matki i dziecka (Yuan i in., 2018). Szkolenie ojców na temat umiejętności komunikacji z dzieckiem prenatalnym i tworzenia więzi z nim (przez niego i matkę) istotnie zmniejsza niepokój ojców oraz

intensyfikuje ich więź z dzieckiem (różnice w poziomie ojcowskiej więzi prenatalnej po czterech 90-minutowych sesjach okazały się bardzo istotne statystycznie, $p < 0,001$), dlatego prowadzenie edukacji prenatalnej ukierunkowanej na pogłębianie relacji ojców z dzieckiem i ich matką w okresie ciąży wydaje się konieczne (Setodeh, Pourahmad, Akbarzadeh, 2017).

Uwagi końcowe

W zakończeniu tego krótkiego opracowania zagadnienia relacji z dzieckiem prenatalnym w rodzinie należy jeszcze dodać, że w wielu rodzinach funkcjonują ponadto podsystemy: rodzeństwo – dziecko prenatalne oraz dziadkowie – dziecko prenatalne, a czasem podsystem relacji innej osoby znaczącej z dzieckiem przed jego urodzeniem.

Jakość więzi starszego dziecka (najczęściej jest w okresie żłobkowym lub przedszkolnym) z jego matką będącą w ciąży przekształca się w miarę coraz bardziej widocznych zmian w jej wyglądzie, funkcjonowaniu, wskutek pojawienia się ruchów dziecka prenatalnego, przygotowań domu na przyjęcie nowego członka rodziny czy też innych czynników. W zależności przede wszystkim od wieku, a tym samym rozumienia zachodzących w rodzinie zmian, oraz od oddziaływań rodziców u dziecka kształtuje się świadomość istnienia rodzeństwa prenatalnego, pewne wyobrażenia o nim, zdobywa ono wiedzę dotyczącą jego wyglądu, zachowań, sposobów komunikacji z nim, oczekuje na jego narodzenie i przygotowuje się do tego. Czasem następują silne reakcje emocjonalne na tak poważne zmiany w jego życiu oraz trudności wychowawcze. Obok obiektywnych, obserwowalnych zmian w funkcjonowaniu dziecka oczekującego na narodziny rodzeństwa, mają także miejsce te bardziej subtelne, subiektywne odczucia i przeżycia, silnie oddziałujące na jakość jego funkcjonowania, a niezewnętrzniżniane w stanach somatycznych czy jasno definiowalnych zachowaniach. Kwestią otwartą jest zagadnienie przygotowania dziecka przedszkolnego na narodziny jego rodzeństwa. Dlatego znaczna część kobiet podejmuje przygotowanie starszego dziecka do nowej sytuacji i do nowej roli, w jaką ono wchodzi. Różne jakościowo sposoby tego przygotowania mają znaczenie dla nawiązywania więzi pomiędzy rodzeństwem i dzieckiem prenatalnym (Kasten, 1997; Zubrzycka, 2009; Kornas-Biela, 2009, s. 274–278; Lubaczewska, 2012; Jabłońska, 2018).

Drugim podsystemem, który spełnia niezwykle ważną funkcję w kształtowaniu więzi rodziców z dzieckiem prenatalnym są dziadkowie. Ich akceptacja dla poszerzenia się rodziny swoich dzieci, zainteresowanie przebiegiem ciąży i przygotowaniem

do porodu oraz przyjęcia dziecka w domu, wsparcie informacyjne (porady), emocjonalne (budzenie poczucia bezpieczeństwa i nadziei, pociecha, okazywanie serdeczności) oraz instrumentalne (konkretna pomoc) – to wszystko ma niebagatelne znaczenie dla samopoczucia rodziców i rozwoju ich relacji z dzieckiem nienarodzonym. Adekwatna do potrzeb rodziców pomoc dziadków na tym etapie reorganizacji życia małżeńskiego i rodzinnego jest nieoceniona. Ale również dziadkowie, świadomi posiadania nowego spadkobiercy swojego życiowego (nie jedynie materialnego) dorobku, mogą rozwijać w kontakcie z nim swoją osobowość oraz pogłębiać duchowy wymiar życia. Dziadkowie nie tylko poprzez swoje wsparcie udzielane rodzicom, ale również podjęte formy kontaktu z nienarodzonym dzieckiem dojrzewają do bardziej transcendentalnej perspektywy życiowej i mogą ją przekazywać innym (Brudek, 2014).

Bibliografia

- Alhusen, J.L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37 (3), 315–328. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x.
- Bakiera, L. (2003). Rodzicielstwo a rozwój dorosłych w wieku średnim. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (s. 47–62). Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Bartosz, B. (2002). *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Belsky, J. (1985). Exploring individual differences in marital change across the transition to parenthood: The role of violated expectations. *Journal of Marriage and the Family*, 47 (4), 1037, DOI: 10.2307/352348.
- Belsky, J., Kelly, J. (1994). *The Transition to Parenthood: How a First Child Changes a Marriage: Why Some Couples Grow Closer and Others Apart*. New York, NY: Delacorte Press.
- Bielawska-Batorowicz, E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe Śląsk.
- Bieleninik, Ł., Preis, J., Bidzan, M. (2010). Uwarunkowania więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążyach wielopłodowych i pojedynczych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3 (3), 223–231.
- Brudek, P. (2014). Rola dziadków w procesie wspierania rozwoju dziecka w prenatalnym okresie życia z perspektywy teorii gerotranscendencji Larsa Tornstama. W: E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, P. Kierpal (red.), *Prenatalny okres życia człowieka. Zagadnienia interdyscyplinarne* (s. 109–126). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Cabrera, N.J., Shannon, J.D., Mitchell, S.J., West, J. (2009). Mexican American Mothers and Fathers' Prenatal Attitudes and Father Prenatal Involvement: Links to Mother–Infant Interaction and Father Engagement. *Sex Roles*, 60 (7–8), 510–526. DOI: 10.1007/s11199-008-9576-2.
- Cannella, B.L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50 (1), 60–68. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03349.x.
- Chądzyńska, M. (2012). *Wzorce aktywności w narracjach rodzinnych. Metoda badania, krystalizacja i przekaz międzypokoleniowy*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Condon, J.T. (1985). The parental-foetal relationship – a comparison of male and female expectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4 (4), 271–284. DOI: 10.3109/01674828509016729.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66 (2), 167–183. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x.
- Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30 (5), 281–284. DOI: 10.1097/00006199-198109000-00008.
- Cunen, N.B., Jomeen, J., Borg, R.B. Xuereba, A.P. (2017). A narrative review of interventions addressing the parental – fetal relationship. *Women and Birth*, 30 (4), 141–151. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.11.005.
- Głazewska, E. (2014). *Kuwada. Egzotyczny zwyczaj w nowej odstonie*. Lublin, Wydawnictwo UMCS..
- Golańska, Ż. (1989). Interakcja matki z dzieckiem w okresie prenatalnym, *Annales Academiae Medicae Silesiensis, Supplement*, 65–70.
- Gracka-Tomaszewska, M. (2009). Znaczenie badań prenatalnych dla budowania więzi z dzieckiem i tworzenia jego reprezentacji u jego matki. *Endokrynologia, Diabetologia I Choroby Przemiany Materii Wiekui Rozwojowego*, 15 (3), 157–160.
- Gracka-Tomaszewska, M. (2014). *Drogi do macierzyństwa. Reprezentacja siebie i reprezentacja dziecka w umyśle kobiety jako podstawa macierzyństwa*. Warszawa: Scholar.
- Hanulewicz, M. (2011). Uciemieniony czy szczęśliwy, czyli dziewięć miesięcy oczekiwania na narodziny dziecka z perspektywy męża. W: E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski (red.), *Ciąża czy stan błogosławiony? Zagadnienie interdyscyplinarne* (s. 63–80). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Hanulewicz, M. (2012). Przygotowanie małżonków do narodzin dziecka szansą ich rozwoju. W: M. Jeziorański, D. Opozda, A. Rynio (red.), *Rodzina przestrzenią rozwoju osoby. Perspektywa pedagogiczna* (s. 45–58). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Herda-Płonka, K. (2015). Lekcja z koncepcji „wychowania prenatalnego”. W: D. Opozda, M.L. Opiela, D. Bis, E. Świdrak (red.), *Rodzina miejscem integralnego rozwoju i wychowania* (s. 291–303). Lublin: Wydawnictwo Episteme.

- Hjelmstedt, A., Widström, A.M., Wramsby, H., Matthiesen, A.S., Collins, A. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82 (2), 152–161. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2003.00040.x.
- Hjelmstedt, A., Widström, A.M., Collins, A. (2007). Prenatal attachment in Swedish IVF fathers and controls. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (4), 296–307. DOI: 10.1080/02646830701668911.
- Honoré, C. (2011). *Pod presją. Dajmy dzieciom święty spokój!* Tłum. Wojciech Mitura. Warszawa: Drzewo Babel.
- <http://family.jrank.org/pages/1703/Transition-Parenthood-Changes-in-Marital-Relationship.html>, dostęp: 27.04.2018.
- Ilska, M., Przybyła-Basista, H. (2015). Kultura wizualna a kształtowanie się rodzicielstwa w prenatalnym okresie rozwoju dziecka. *Chowanna*, 2, 161–182.
- Jabłońska, D. (2018). *Więź dziecka przedszkolnego z rodzicami i jego prenatalnym rodzeństwem*. Praca doktorska, promotor: D. Kornas-Biela, KUL.
- Kasten, H. (1997). *Rodzeństwo. Idealy, rywale, powiernicy*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Kornas-Biela, D. (1992). Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju. W: D. Kornas-Biela (red.), *Problemy psychologii prenatalnej* (s. 249–259). W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii*. Lublin: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Kornas-Biela, D. (1995). Z zagadnień psychologii rodziny w okresie ciąży. W: B. Chazan (red.), *Rodzina i prokreacja* (s. 37–52). Warszawa: IMiDZ.
- Kornas-Biela, D. (2003). Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy z obszaru prokreacji. *Przegląd Psychologiczny*, 46 (2), 179–196.
- Kornas-Biela, D. (2004). *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Kornas-Biela, D. (2009a). Osiągnięcia psychologii prenatalnej szansą dla rodziny. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań* (s. 195–215). Warszawa: Difin.
- Kornas-Biela, D. (2009b). *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kornas-Biela, D. (2012a). Afirmacja życia w kontekście jego zagrożeń po niepomyślnej diagnozie prenatalnej. W: J. Stala (red.), *Życie i śmierć. Wyzwania działalności charytatywnej*. Tarnów (s. 19, 171–188). Lublin: Polihymnia.
- Kornas-Biela, D. (2012b). Eugeniczny wymiar diagnostyki preimplantacyjnej jako wyraz dystansu społecznego wobec osób niepełnosprawnych. W: M. Parchomiuk, B. Szabala (red.), *Dystans społeczny wobec osób z niepełnosprawnością jako problem pedagogiki specjalnej. T. I. Przyczyny-Konsekwencje-Przeciwdziałanie* (s. 17–39). Lublin, Wydawnictwo UMCS.

- Kornas-Biela, D. (2014). Ojciec w prenatalnym okresie życia dziecka. W: D. Kornas-Biela (red.), *Ojcostwo dzisiaj*, (s. 155–170). Lublin: Fundacja Cyryla i Metodego – Inicjatywa Tato.Net.
- Kornas-Biela, D. (2015). Docenić macierzyństwo. W: M. Ryś (red.), *Miłość i rodzina w budowaniu cywilizacji miłości* (s. 19–39). Warszawa: Instytut Papieża Jana Pawła II.
- Kornas-Biela, D. (2017a). Prenatalne macierzyństwo. E. Włodarczyk (red.), *W trosce o macierzyństwo* (s. 41–52). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kornas-Biela, D. (2017b). Kształtowanie więzi rodziców z dzieckiem w perinatalnym okresie życia. *Fides et Ratio*, 1 (29), 148–170.
- Kornas-Biela, D. (w druku). *Wielowymiarowy kontekst diagnostyki prenatalnej. Tom. 1. Aspekty psychomedyczne*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kucharska, M., Janicka, I. (2018). Zależność i wsparcie od partnera a więź matki z dzieckiem w okresie prenatalnym. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23 (1), 139–156. DOI: 10.14656/PFP20180109.
- Kuryś, K. (2010). *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kuryś, K. (2011). *System rodzinny wobec zmian rozwojowych*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Lawrence, E., Nylen, K., Cobb, R.J. (2007). Prenatal expectations and marital satisfaction over the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 155–164. DOI: 10.1037/0893-3200.21.2.155.
- Lubaczewska, A. (2012). *Przygotowanie dziecka w wieku przedszkolnym na narodziny rodzeństwa*. Praca magisterska, promotor: D. Kornas-Biela, KUL.
- Makiello, G. (1970). Geneza i rozwój postawy macierzyńskiej. *Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne*, 15.
- Matuszczak-Świągół, J. (2014). Narracja matki o dziecku w okresie prenatalnym. *Psychologia Rozwojowa*, 19 (1), 33–50.
- Mądry, M. (2012). Macierzyństwo jako płaszczyzna permanentnego rozwoju kobiety w biegu życia. *Psychologia Rozwojowa*, 17 (3), 9–21. DOI:10.4467/20843879-PR.12.015.0634.
- Mercer, R.T., Ferketich, S., May, K., DeJoseph, J., Sollid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment. *Nursing and Health*, 11 (2), 83–95. DOI: 10.1002/nur.4770110204.
- Nicholl, Ch. (2006). *Leonardo da Vinci. Lot wyobraźni*. Tłum. Andrzej Grabowski. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Nitecka, E. (1992). Dialog z dzieckiem w wewnątrzłonowej fazie życia. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy psychologii prenatalnej* (s. 261–266). Lublin: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Ossa, X., Bustos, L. Fernandez, L. (2012). Prenatal attachment and associated factors during the third trimester of pregnancy in Temuco, Chile. *Midwifery*, 28 (5), e689–e696. DOI: 10.1016/j.midw.2011.08.015.

- Pawlicka, P., Chrzan-Dętkoś, M., Lutkiewicz, K. (2013). Prężność psychiczna przyszłych matek oraz kolejność ciąży jako moderatory budowania więzi z nienarodzonym jeszcze dzieckiem. *Family Forum*, 3, 139–152.
- Perren, S., von Wyl, A., Brgin, D., Simoni, H., von Klitzing, K. (2005). Intergenerational transmission of marital quality across the transition to parenthood. *Family Process*, 44, 441–459, DOI: 10.1111/j.1545-5300.2005.00071.x.
- Pretorius, D.H., Gattu, S., Ji, E., Hollenbach, K., Newton, R., Hull, A., Carmona, S., D'Agostini, D., Nelson, T.R. (2006). Preexamination and postexamination assessment of parental-fetal bonding in patients undergoing 3-/4-dimensional obstetric ultrasonography. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 25 (11), 411–421. DOI: 10.7863/jum.2006.25.11.1411.
- Prinds, Ch., Hvidt, N.Ch., Mogensen, O., Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood. A scoping review. *Midwifery*, 30 (6), 733–741, DOI: 10.1016/j.midw.2013.06.021.
- Sangi-Haghpeykar, H., Mehta, M., Posner, S., Poindexter, A. (2005). Paternal influences on the timing of prenatal care among Hispanics. *Maternal and Child Health Journal*, 9 (2), 159–163. DOI: 10.1007/s10995-005-3012-9.
- Setodeh, S., Pourahmad, S., Akbarzadeh, M. (2017). A study of the efficacy of fathers' attachment training on paternal-fetal attachment and parental anxiety. *Family Medicine and Primary Care Review*, 19 (4), 393–398. DOI: 10.5114/fmper-2017.70814.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1), 67–74. DOI: 10.1080/02646830050001690.
- Szymanik-Kostrzewska, A. (2016). *Dziecko jako projekt rodzicielski? Przekonania matek na temat wychowania i ich percepcja zachowań dziecka*. Warszawa: Difin.
- Taubman – Ben-Ari, O. (2014). Well-Being and Personal Growth in Emerging Motherhood: And What About Meaning? W: A. Batthyany, P. Russo-Netzer (red), *Meaning in Positive and Existential Psychology* (s. 415–434). New York, NY, DOI: 10.1007/978-1-4939-0308-5_21.
- Tomlinson, B., White, M. A., Wilson, M.E. (1990). Family dynamics during pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (6), 683–688. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1990.tb01891.x.
- Tomlinson, P.S. (1987). Spousal differences in marital satisfaction during transition to parenthood. *Nursing Research*, 36 (4), 239–243. DOI: 10.1097/00006199-198707000-00014.
- Tomlinson, P.S. (1996). Marital relationship change in the transition to parenthood: a reexamination as interpreted through transition theory. *Journal of Family Nursing*, 2 (3), 286–305, DOI: 10.1177/107484079600200305.
- Wallace, P.M., Gotlib I.H. (1990). Marital adjustment during the transition to parenthood: stability and predictors of change. *Journal of Marriage and Family*, 52 (1), 21, DOI: 10.2307/352834.

- Weaver, R.H., Cranley, M.S. (1983). An exploration of paternal-fetal attachment behavior. *Nursing Research*, 32(2), 68–72. DOI: 10.1097/00006199-198303000-00002.
- White, M.A., Wilson, M.E., Tomlinson, B., Tómasdóttir, M. (1996). Cross-national comparison of family dynamics during the third trimester of pregnancy in the United States and Iceland. *Health Care for Women International*, 17 (2), 97–107. DOI: 10.1080/07399339609516226.
- Wilson, M.E., White, M.A., Cobb, B., Curry, R., Greene, D., Popovich, D. (2000). Family dynamics, parental-fetal attachment and infant temperament. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 204–210, DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01245.x.
- Yarcheski, A., Mahon, N.E., Yarcheski, T.J., Hanks, M.M., Cannella, B.L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (5), 708–715. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013.
- Yu, Ch.Y., Hung, Ch.H., Chan, T.F., Yeh, Ch.H., Lai Ch.Y. (2012). Prenatal predictors for father-infant attachment after childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (11–12), 1577–1583. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04003.x.
- Yuan, L. (2018). A paternal-fetal attachment pilot intervention on mental health for pregnant mothers. *NeuroQuantology*, 16 (1), 71–76. DOI:10.14704/nq.2018.16.-1.1162.
- Zalewska, K.T., Szyber B. (2010). Nawiązanie kontaktu z dzieckiem i jego wizualizacja w życiu wewnątrzmacicznym. *Położna. Nauka i Praktyka*, 12, 44–49.
- Zimny, M., Szwinta, C., Ćwiek, D., Szymoniak, K., Daszkiewicz, A. (2017). Budowanie więzi z dzieckiem w okresie życia prenatalnego i po porodzie przez matki przebywające w wybranych zakładach karnych w Polsce. *Problemy Pielęgniarstwa*, 25 (4), 264–269. DOI: 10.5603/pp.2017.0044.
- Zubrzycka, E. (2009). *Bądźmy mieli Drugie Dziecko! Magia serca i miłości*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Streszczenie

Relacje rodziców z dzieckiem prenatalnym

Problem relacji rodziców w dzieckiem prenatalnym podjęto w artykule z punktu widzenia systemowej teorii rodziny. U początku rodziny jest poczęcie dziecka inicjujące dalsze procesy prokreacyjne, jak ciąża i poród. W wyniku tych procesów dokonuje się wiele zmian w życiu osobistym i małżeńskim, dlatego okres ten został rozpoznany jako ważne wydarzenie życiowe, kryzys rozwojowy o charakterze dezintegracji pozytywnej. Obejmuje on zmiany zachodzące w podsystemie małżeńskim i rodzicielskim oraz w relacji matka – dziecko prenatalne i ojciec – dziecko prenatalne, jak również w podsystemach dziadkowie – dziecko prenatalne oraz rodzeństwo – dziecko prenatalne. Relacje te w miarę upływu ciąży stają się coraz głębsze (rozwijają się więź), częstsze, nasycone

pozytywnymi uczuciami, bardziej zróżnicowane co do form ekspresji, przejawiające się w podjętych działaniach na rzecz dobra dziecka. Relacje w podsystemach rodzinnych współzależą od wielu czynników osobowościowych, małżeńskich, rodzinnych, sytuacyjnych, kulturowo-społecznych i medialnych. Istnieje pilna potrzeba wspomagania małżonków na tym początkowym etapie rozwoju rodziny, aby zaistniałe procesy prokreacyjne miały pozytywny wpływ na ich życie.

Słowa kluczowe: prokreacja, ciąża, prenatalny okres życia człowieka, relacje w rodzinie, dziecko prenatalne, przywiązanie prenatalne, komunikacja prenatalna

Abstract

Parents' relations with a prenatal child

The issue of the relation of parents with the prenatal child is approached from the theoretical perspective of the family as a system. At the very beginning of the family is the conception of the child which initiates further procreation processes, such as pregnancy and childbirth. As a result of these processes, many changes in personal and marital life take place, which is why this period has been recognized as an important life event, a developmental crisis of a positive disintegration character. It includes changes occurring in the marital and parent subsystem, and in the mother-prenatal child relationship and the father-prenatal child, as well as in the subsystems: grandparents-prenatal child and siblings-prenatal child. These relationships become deeper as the pregnancy progresses (bonds develop), get more frequent, full of intensive, mostly positive feelings, and become increasingly diverse in their forms of expression and manifested in activities undertaken for the child. Relationships in the family subsystems depend on various personality, marital, family, situational, cultural, social and media factors. There is an urgent need to support spouses at this early stage of their family development so that the existing procreative processes have a positive impact on their lives.

Key words: procreation, pregnancy, prenatal period of human life, relationships in the family, prenatal child, prenatal attachment, prenatal communication.