

Wsparcie rodziny z doświadczeniem zaniedbania jako jednej z form przemocy prenatalnej

Supporting families with the experience of negligence
as one of the forms of prenatal violence

EMILIA LICHTENBERG-KOKOSZKA

Uniwersytet Opolski, Instytut Nauk Pedagogicznych, Polska

emilia.lichtenberg-kokoszka@uni.opole.pl

<https://orcid.org/0000-0002-3659-8820>

TOMASZ GWOŹDZIEWICZ

Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Teologiczny, Polska

tomasz.gwozdziejwicz@us.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0003-2153-6886>

Abstract: This article aims to show possibilities of supporting a family affected by prenatal violence caused by negligence. A synthesis has been made that allows to specify which actions should be undertaken to support a family affected by this problem. The synthesis was reached through analysis of the phenomenon itself, as well as its causes and consequences. The synthesis shows prenatal violence as a multidimensional phenomenon, and the support of the family should take place through appropriate semantics, supporting dialogue skills with the child during a prenatal period, and specific institutional and educational actions.

Keywords: prenatal violence; prenatal neglect; stimulants; motherhood; fatherhood

Abstrakt: Celem artykułu jest ukazanie możliwości wsparcia rodziny, która dotknięta jest przemocą prenatalną spowodowaną zaniedbaniem. Poprzez analizę samego zjawiska oraz przyczyn i następstw jego występowania dokonano syntezy, która pozwala określić konkretne działania wspierające rodzinę dotkniętą tym problemem. Uzyskana synteza ukazuje przemoc prenatalną jako zjawisko wielopłaszczyznowe, a wsparcie rodziny powinno dokonywać się poprzez stosowanie właściwej semantyki, wspieranie umiejętności dialogu

z dzieckiem w okresie prenatalnym, a także konkretne działania instytucjonalne i edukacyjne.

Słowa kluczowe: przemoc prenatalna; zaniedbanie prenatalne; używki, macierzyństwo; ojcostwo

Wprowadzenie

Niezwykle palącym problemem obecnych czasów jest przemoc wobec dzieci. Zdaniem papieża Franciszka, jest ona „otwartą raną na ciele Chrystusa i całej ludzkości” (Franciszek 2023, 33). Szczególnym jej rodzajem jest przemoc prenatalna, a więc zadawana dziecku przed jego narodzeniem.

Przemoc prenatalna jest wielowymiarowa, może bowiem być zadawana w różny sposób i przyjmować postać konkretnych czynów skierowanych przeciwko dziecku lub zaniedbania określonego działania, które związane jest z opieką nad nim. Może dokonywać się ze strony matki, z którą dziecko w okresie prenatalnym jest najściślej zespolone, lub być generowana przez środowisko, w którym przebywa kobieta w stanie błogosławionym.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie możliwości wsparcia rodziny z doświadczeniem przemocy prenatalnej spowodowanej zaniedbaniem. Najpierw zostanie ukazane samo zjawisko przemocy prenatalnej, ze szczególnym uwzględnieniem zaniedbania, które stanowi jedną z jej form. Następnie będą opisane przyczyny i konsekwencje przemocy prenatalnej dla życia dziecka i matki. W ostatniej części zostaną zaproponowane konkretne sposoby przeciwdziałania przemocy prenatalnej i pomocy, zwłaszcza w rodzinach zagrożonych tego rodzaju zjawiskiem, oraz konkretne rozwiązania edukacyjne, zmierzające do przeciwdziałania mu.

Przemoc prenatalna – próba określenia zjawiska

Przemoc jest zjawiskiem powszechnie spotykanym i występującym w różnych kontekstach życia. Na płaszczyźnie społecznej jest ona definiowana jako jeden z głównych, obok groźby, środków przymusu. Polega na użyciu siły przez jednostkę lub grupę, często wbrew obowiązującemu prawu, w celu zmuszenia jakiejś osoby lub członków grupy do określonego działania czy też uniemożliwienia podjęcia działań lub do zaprzestania wykonywania czynności już rozpoczętej. Przemocą jest także bezprawne narzucenie władzy (Olechnicki i Załęcki 2002, 167). Jak można zatem zauważyć, definicja ta wskazuje na relacyjny charakter przemocy, która skierowana jest przeciwko konkretnej

jednostce (osobie lub grupie) i w tym znaczeniu obejmuje także działania skierowane przeciwko poczętemu dziecku.

W ogólnym ujęciu przemocą prenatalną jest każde działanie osoby dorosłej (zamierzone lub niezamierzone), które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny poczętego dziecka (Kornas-Biela 2009, 44). Przemoc taka może mieć charakter aktywny jako działanie skierowane przeciwko dziecku lub pasywny, wiążący się z zaniedbaniem określonych działań.

W sensie aktywnym przemoc prenatalna jest więc konkretnym działaniem. Może być ono podejmowane świadomie i intencjonalnie, czyli z założenia ma wyrządzić krzywdę dziecku, np. spowodować poronienie, doprowadzić do jego śmierci. Może być też formą zemsty na dziecku za krzywdy doznane od jego ojca. Przemoc prenatalna może być także świadoma, choć nie intencjonalna. Występuje wówczas, kiedy kobieta, wiedząc, że alkohol, tytoń czy narkotyk szkodzi dziecku, choć nie chce celowo mu zaszkodzić, to jednak ich używa, ponieważ nie chce lub nie może ich sobie odmówić. Przemoc prenatalna może być także podejmowana bez intencji zadania krzywdy dziecku: matka dziecka lub jego bliscy nie zdają sobie sprawy, że dane działanie mu szkodzi. Może to wynikać także z braku wiedzy i kompetencji opiekuńczo-wychowawczych rodziców, ich nieprzygotowania do rodzicielstwa, niewydolności intelektualnej, niezaradności życiowej, niedojrzałej osobowości, traum doznanych w życiu (Kornas-Biela 2012, 25).

Przemoc pasywna w literaturze przedmiotu jest określana bardzo często jako „zaniedbania prenatalne”, chociaż znawcy problematyki używają tego określenia zarówno w odniesieniu do niezaspokajania przez kobietę w ciąży podstawowych potrzeb dziecka, jak również w szerszym kontekście, który zawiera przemoc fizyczną skierowaną przeciwko dziecku w fazie prenatalnej lub przeciwko jego matce, co związane jest z zagrożeniem zdrowia fizycznego lub psychicznego obojga (Kornas-Biela 2012, 24).

Przemoc prenatalna w wymiarze pasywnym, przybierająca postać zaniedbania, może dotyczyć wszystkich wymiarów zdrowia: fizycznego, psychicznego, społecznego, a nawet duchowego. Wymienić tu można niezdrowy czy wręcz zagrażający zdrowiu i życiu poczętego dziecka styl życia ciężarnej (niewłaściwe odżywianie, używki, brak stosowania odpowiednich suplementów diety, odpowiedniej ilości snu, zmian w trybie życia i organizacji dnia codziennego, niewłaściwe formy rekreacji i wysiłku fizycznego) oraz brak troski o zdrowie własne i mającego urodzić się dziecka (w tym niekorzystanie z profilaktycznej opieki medycznej w czasie ciąży, zaniechanie wykonywania zaleconych badań, konsultacji, leczenia chorób współistniejących w ciąży). Przemoc psychiczna wobec dziecka może przyjmować postać: niewłaściwej postawy wobec nienarodzonego, braku jego akceptacji, niechęci do nawiązywania kon-

taktu z nim i ekspresji uczuć wobec niego, zaprzeczania jego istnieniu, traktowania jedynie jako „ciąży”, emocjonalnego odrzucenia, niezwracania uwagi na jego potrzeby i dyskomfort (sygnalizowane przez jego ruchy), ignorowanie przez matkę znacznego zmniejszenia lub braku ruchliwości dziecka (sugerującego zagrożenie jego zdrowia i życia; Landwójtowicz 2007, 27-38).

Powodem zaniedbania prenatalnego jest najczęściej brak wiedzy i kompetencji rodziców, brak akceptacji ciąży i poczętego dziecka, słaba lub konflikto-wa relacja z ojcem dziecka, odrzucenie dziecka przez jego ojca, brak wsparcia i poczucia bezpieczeństwa matki, załamanie zdrowia psychicznego matki i/lub ojca (np. depresja, choroba psychiczna). Na etapie prenatalnym niezaakceptowane rodzicielstwo powoduje uprzedmiotowienie dziecka, co utrudnia matce i ojcu nawiązanie emocjonalnej więzi z nim, a jednocześnie ułatwia niewłaściwe zachowanie wobec niego czy zaniedbywanie go (Janiuk 2014, 69-70).

Warto w tym miejscu wspomnieć i o tym, że każda forma przemocy wobec matki dotyczy również dziecka. Chodzi tu nie tylko o działania najbliższej rodziny (ojca poczętego dziecka, jego dziadków, starszego rodzeństwo), ale również o osoby, z którymi kobieta styka się w życiu osobistym, zawodowym, społecznym. Dziecko może doznać krzywdy bezpośrednio lub pośrednio wskutek doznanego przez matkę urazu fizycznego (uderzenia w brzuch, wypadku samochodowego czy w miejscu pracy) lub psychicznego (alkoholizmu lub narkomanii w rodzinie, znęcania się psychicznego, mobbingu) oraz szeroko rozumianego zaniedbania społecznego (braku dostępu do właściwej opieki medycznej, bezpieczeństwa i higieny pracy ciężarnej, bezpieczeństwa komunikacyjnego, środowiska życia). Każdy z wymienionych czynników podnosi poziom stresu, a ten niekorzystnie wpływa na prenatalne środowisko życia dziecka oraz na samą kobietę. Emocje, które przeżywa matka (np. smutek lub radość, niepokój lub uspokojenie), są bowiem przekazywane dziecku, które choć nie rozumie sytuacji, to jednak „współprzeżywa” z matką jej emocje. Z tego powodu postawa ojca do żony, która nosi dziecko, jest również postawą do poczętego dziecka – agresja do żony jest także agresją wobec dziecka, czułość wobec niej jest również czułością wobec potomka (Kornas-Biela 2010, 163).

Przyczyny i następstwa zaniedbań prenatalnych

W konsekwencji przemocy prenatalnej – niezależnie od tego, czy była ona dokonana świadomie i intencjonalnie, czy jedynie skutkiem zaniedbania – może dojść do śmierci dziecka lub jego nieprawidłowego bio-, psycho-, społecznego rozwoju.

Jednym z najlepiej zbadanych czynników wpływających na zdrowie potomstwa jest odżywianie się ciężarnej. Chodzi tu nie tylko o to, co może,

a czego nie powinna spożywać kobieta, ale i o to, ile kilogramów powinna przybrać w czasie ciąży. Niedożywienie matki, niski poziom mikroelementów mogą skutkować nie tylko niską masą urodzeniową, porodem przedwczesnym, wadami rozwojowymi (Waller, Shaw i Rasmussen 2007, 745-750), ale również powodować w przyszłości: niższy wzrost, większą podatność na choroby, predyspozycje do otyłości, cukrzycy i wad serca, podwyższonego ciśnienia krwi, nieprawidłowego poziomu cholesterolu, obniżonej tolerancji glukozy, nieprawidłowości w działaniu insuliny, tendencję do uzależnień. Z uwagi na to, że poczęte dziecko przyzwyczaja się do smaków zapamiętanych z okresu prenatalnego (preferując je również w okresie postnatalnym), rodzi się z wadliwymi oczekiwaniami i nawykami żywieniowymi, stanowiącymi bazę dla rozwoju chorób cywilizacyjnych (Spork 2011, 179-183; Eliot 2010, 73). Co istotne, również dzieci matek z nadwagą oraz tych, które nadmiernie przytyły w okresie ciąży, mogą w przyszłości cierpieć na: otyłość, choroby metaboliczne (zwłaszcza cukrzycę typu 2), nieprawidłowości w działaniu insuliny, predysponujące do otyłości, zaburzenia odżywiania, choroby serca, nadciśnienie tętnicze. Cechuje je także większe ryzyko wystąpienia różnego rodzaju wad w zakresie narządów i układów.

Nadmierny przyrost masy ciała ciężarnej może także spowodować: ryzyko straty ciąży, poród noworodka z wysoką urodzeniową masą ciała, dystocję barkową, uraz porodowy, aspirację smółki, poród przedłużony, konieczność zakończenia ciąży cięciem cesarskim, niską punktację w skali Apgar, hospitalizację na oddziale intensywnej terapii (Waller, Shaw i Rasmussen 2007, 745-750; Romejko-Wolniewicz i Czajkowski 2020, 436-438).

Ogromne znaczenie dla rozwoju poczętego dziecka ma alkohol spożywany przez ciężarną. Konsekwencją narażenia płodu na jego działanie może być: wolniejsze tempo rozwoju fizycznego zarówno w okresie prenatalnym, jak i postnatalnym, mały obwód głowy, deformacja kości, niedorozwój intelektualny i społeczny, zaburzenia związane z koordynacją ruchową, nieprawidłowości w zakresie nadwrażliwości lub zbyt słabej wrażliwości na dotyk, brak poczucia sytości lub głodu, problemy z odczuwaniem zimna lub gorąca, anomalie twarzy, nieprawidłowości w budowie kończyn i narządów wewnętrznych. Skutki spożywania alkoholu mogą przyjąć postać Płodowego Zespołu Alkoholowego lub formę zaburzeń rozwojowych w ramach jego spektrum (Łyżwa et al. 2022, 17-22)

Wśród konsekwencji psychicznych wymienia się: problemy ze zdolnością do reagowania i adaptacji, trudności w wygaszaniu nieistotnych bodźców, upośledzenie pamięci, trudności z rozwiązywaniem problemów, podjęciem złożonej decyzji, przetwarzaniem i magazynowaniem informacji, myśleniem abstrakcyjnym, oceną poznawczą, upośledzenie orientacji wzrokowo-prze-strzennej, trudności z uwagą i koncentracją, zapamiętywaniem i przenoszeniem

uwagi z jednego zadania na drugie, językiem werbalnym i pozawerbalnym, upór, wycofanie, niski poziom socjalizacji oraz skłonność do zaburzeń zachowania. Mogą pojawić się tendencje do używania, a nawet nadużywania alkoholu, narkotyków oraz zachowania antyspołeczne (Sacha et al. 2022, 11-15).

Szkodliwe jest również czynne (i bierne) palenie papierosów przez kobietę w ciąży. Wśród jego konsekwencji wymienia się zaburzenia rozwoju dziecka, przewlekłe niedotlenienie w okresie prenatalnym, zahamowanie wewnątrzmacicznego rozwoju płodu, wzrost śmiertelności okołoporodowej, wcześniactwo, niską urodzeniową masę ciała, częstsze hospitalizacje, zaburzenia ze strony układu oddechowego i krążenia, zespół „nagłego zgonu niemowlęcia”. Palenie tytoniu predysponuje do częstszego występowania wewnątrzmacicznego zgonu poczętego dziecka, poronień, porodów przedwczesnych, hiperbilirubinemii we wczesnym okresie noworodkowym oraz konieczności stosowania tlenoterapii. Dzieci matek narażonych na działanie dymu tytoniowego w okresie prenatalnym częściej chorują na astmę, alergię, zapalenie oskrzeli (Sochaczewska et al. 2010, 692).

Narkotyki oraz inne substancje psychoaktywne bardzo szybko przenikają przez barierę łożyskową. Mogą wywołać poronienie, poród przedwczesny, opóźnienie wewnątrzmacicznego wzrostu i wady rozwojowe płodu, niską urodzeniową masę ciała, oddzielenie się łożyska, a w konsekwencji zagrożenie zdrowia i życia dziecka, ryzyko jego uzależnienia już na etapie prenatalnym, co po porodzie może przybrać postać zespołu odstawienia (obniżenie napięcia mięśniowego, drżenia, zaburzenia snu, nadpobudliwość, płaczliwość, wymioty, epizody bezdechów, niepokój; Grudzińska i Bień 2009, 209). Amfetamina, kokaina i heroina zwiększają: ryzyko poronień, porodów przedwczesnych, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, krwotoków poporodowych, stanu przedrzucawkowego i rzucawki. Amfetamina i kokaina mogą spowodować ograniczenie wzrastania wewnątrzmacicznego oraz mniejszą urodzeniową masę ciała. Kokaina powoduje: zmiany w układzie oddechowym, zawały jelit, udary mózgu, malformacje kończyn, mniejszą odporność na stres w okresie noworodkowym. Konopie indyjskie może być przyczyną: wad wrodzonych, m.in. ośrodkowego układu nerwowego (przepukliny mózgowej, wodogłowie, małogłowie, wrodzonego braku oczu lub małocza), układu krążenia (wad serca), przewodu pokarmowego (zwężenia odźwiernika, wytrzewienia) i kończyn (zrośnięcia palców, nadliczbowych palców). Amfetamina może spowodować rozszczepy kręgosłupa, nieprawidłowy rozwój układu sercowo-naczyniowego, a nawet obumarcie płodu. Heroina wpływa na: zaburzenia wzroku, problemy ze snem, drgawki i upośledzenie rozwoju psychomotorycznego.

Dzieci matek uzależnionych od narkotyków częściej wykazują zaburzenia o charakterze emocjonalno-behawioralnym. Palenie marihuany przez kobiety w ciąży może powodować nadpobudliwość, niższy iloraz inteligencji, pro-

blemy z zachowaniem i mową. Dzieci narkomanek są zwykle niespokojne, mają trudności z zasypianiem, częściej płaczą, z czasem stają się impulsywne, trudniej przyswajają wiedzę i koncentrują się. Sugeruje się także możliwość zwiększenia ryzyka nałogu u młodych dorosłych, którzy w okresie życia płodowego narażeni byli na działanie substancji psychoaktywnych (Jagielska et al. 2013, 173-177).

Kolejnym czynnikiem wpływającym na rozwój poczętego dziecka jest stres towarzyszący matce. Powoduje on w przyszłości: zwiększenie podatności dziecka na stres, depresję, bezsenność, choroby serca, fibromalgię, alergię i cukrzycę. Wywołuje głębokie zmiany w strukturach i funkcjach układu nerwowego, doprowadzając równocześnie do zamykania i blokowania percepcji. Podnosi poziom nieufności, bezwzględności, niechęci do penetrowania nowych przestrzeni. Powoduje: opóźnienie lub przyspieszenie rozwoju psychofizycznego, tendencję do nadaktywności (ADHD), nadpobudliwości, nieadekwatnego reagowania typu „walcz lub uciekaj”, zaburzeń motoryki i uwagi, rozwoju schizofrenii. Obniża poziom ciał odpornościowych, a tym samym przyczynia się do wzrostu częstotliwości występowania chorób zakaźnych (Spork 2011, 115, 123). Stres przeżywany przez matkę może spowodować poród przedwczesny, poronienie, niską urodzeniową masę ciała, nieprawidłowy przebieg porodu.

Lęk odczuwany przez dziecko niechciane czy nieakceptowane powoduje powstanie swego rodzaju imprintu (zapisu) w pamięci utajonej, który prowadzi do zamykania i blokowania percepcji, zaburzeń procesu kształtowania przywiązania, nieprawidłowego rozwoju tożsamości oraz relacji z sobą samym i z innymi (Jakel 2011, 93-95). Wpływa na: osobowość, sposób myślenia, zachowania, sferę emocjonalną, nawiązywanie relacji interpersonalnych, a w konsekwencji kształtuje poczucie wewnętrznej pustki, problemy w funkcjonowaniu społecznym, z ukształtowaniem prawidłowej więzi z matką, z autorytetami, zaufaniem, niechęć do bliskości emocjonalnej czy fizycznej, większą częstotliwość chorób psychicznych, uzależnień, neuroz, problemów z zachowaniem.

Niechęć matki i/lub ojca do poczętego dziecka przejawiać się może w rozważaniach dotyczących dokonania aborcji czy nawet podejmowaniem jej prób. Tymczasem już samo emocjonalne odrzucenie (emocjonalna aborcja) skutkować może poważnymi konsekwencjami natury psychospołecznej. Poczęte dziecko bowiem rejestruje w pamięci ambiwalentne uczucia wobec niego oraz sam fakt zagrożenia życia. Odnosi wrażenie, że jest intruzem, osobą niechcianą, że nie zasługuje na życie. Rozwija się: apatia, zniechęcenie, słaba mimika, zaburzenia somatyczne, zachowania impulsywne, niekontrolowana złość, poczucie niepewności i lęku, nieufności i podejrzliwości wobec rodziców oraz autorytetów, brak zaufania do samego siebie.

W wyniku braku kształtowania prawidłowej więzi rodziców z poczętym dzieckiem kształtuje się: obniżony obraz siebie, brak satysfakcji w życiu i z życia, nieszczerłość (także wobec siebie), cynizm, niedojrzałość, ciągłe poczucie winy, niezadowolenie (brak poczucia szczęścia), pesymistyczne podejście do życia, trudności w nawiązywaniu relacji międzyludzkich (w tym heteroseksualnych), brak zainteresowania światem, ograniczenie się do spraw materialnych, mała troska o środowisko naturalne oraz o własne dzieci. Rozwijają się niechęć do własnego rodzicielstwa, a potencjalne dziecko traktowane jest jako niechciane i niepożądane, stanowiące zagrożenie. W ten sposób następuje międzypokoleniowy przekaz postaw proaborcyjnych (Dzierżanowska-Peszko 2012, 99).

Pomoc rodzinie dotkniętej przemocą prenatalną

Następstwem przemocy prenatalnej może być: porzucenie dziecka po porodzie, pochopne oddanie do adopcji, odrzucenie, zaniedbanie i przemoc (w tym fizyczna i psychiczna), a nawet dzieciobójstwo, a także szereg innych konsekwencji, które zagrażają życiu dziecka i matki, gdyż i ona pada bardzo często ofiarą działań przemocowych (Janiuk 2014, 69). W tym kontekście istotne staje się zatem wdrożenie działań profilaktycznych już w okresie prenatalnym jako formy promocji zdrowej rodziny i rodzicielstwa.

W optymalnych warunkach poczęcie dziecka jest chciane i planowane. Ponieważ jednak niemal połowa ciąży nie jest planowana, kluczowa staje się potrzeba jej akceptacji. Brak akceptacji rodzicielstwa wyraża się w postawie odrzucenia. Papież Franciszek podkreślił, że taka forma odrzucenia wyraża brak człowieczeństwa, ponieważ „odrzucenie ojcostwa i macierzyństwa umniejsza nas, pozbawia nas człowieczeństwa. W ten sposób cywilizacja się starzeje i odczłowiecza” (Franciszek 2022, 28).

Wskazane jest więc kształtowanie prawidłowych postaw rodzicielskich wobec poczętego dziecka, w tym zwłaszcza postawy jego bezwarunkowego przyjęcia i zaakceptowania swojego rodzicielstwa. Jest to szczególnie trudne wtedy, kiedy dziecko pojawiło się na świecie nieoczekiwanie. W takiej sytuacji Jan Paweł II zachęcał do podjęcia postawy poświęcenia, a nawet heroizmu, który wyraża się nie tylko w konieczności przyjęcia dziecka, ale w zmianie stosunku do niego, nie jest ono bowiem ani intruzem, ani agresorem, ale osobą, i ma prawo do tego, aby rodzice nie skąpili mu daru z siebie (Jan Paweł II 1991, 477).

Każde „dziecko chciałoby się pojawić na świecie z woli obojga rodziców, którzy są gotowi na jego przyjście, biorą odpowiedzialność za powołanie go do życia, wspieranie go w rozwoju i w jego dążeniu do prawdy, wolności

i miłości. Chodzi o to, żeby dziecko nie pojawiło się przez przypadek albo w wyniku naszych marzeń o tym, aby wreszcie ktoś nadał sens naszemu życiu i sprawił, że staniemy się kimś naprawdę ważnym dla drugiego człowieka. [...] Dziecko pragnie przeżyć w spokoju i komforcie czas ciąży, czemu dobrze służy harmonijna relacja między rodzicami” (Eichelberger i Mieszczanek 2014, 69).

Należy przy tym pamiętać, że miłość rodzicielska to proces rozłożony w czasie, a pierwszym zadaniem małżonków (rodziców) nie jest natychmiastowa i bezwarunkowa miłość do dziecka, ale wzajemne wspieranie się w procesie wzrastania w rodzicielstwie. Współczesny świat predysponuje w pewien sposób do przemocy prenatalnej. Niski poziom wiedzy o rozwoju i kompetencjach poczętego dziecka, negatywne nastawienie do prokreacji, zmiana celów i priorytetów życiowych (zwłaszcza kobiet), wydłużony proces dojrzewania psychospołecznego (w tym do macierzyństwa i ojcostwa), zmiany neurohormonalne, jakim podlega kobieta w okresie wczesnej ciąży, specyfika etapów dojrzewania do ojcostwa tworzą raczej wrogie środowisko dla rozwoju nowego życia (Lichtenberg-Kokoszka 2012, 114, 116).

Kolejnym istotnym zagadnieniem jest kwestia słownictwa używanego na określenie dziecka w okresie prenatalnym. Stanowi ono zarówno bazę dla wczesnych relacji interpersonalnych (rodzice–potomstwo), jak i ich wyraz. Nadanie kobiecie i mężczyźnie, dzięki którym poczęło się nowe życie, miana rodziców powoduje, że dziecko przed urodzeniem nie jest już „niczyje”, nie musi liczyć jedynie na tzw. przyszyłych rodziców, ale ma matkę i ojca, którzy stwarzają mu jak najlepsze warunki rozwoju. Z kolei nazwanie poczętej istoty dzieckiem, a nie jajem płodowym, zarodkiem czy płodem, podkreśla stosunek emocjonalny łączący rodziców z potomkiem i prócz wymiaru medycznego nadaje mu aspekt społeczny, a nawet pedagogiczny. Uświadamia rodzicom – czy raczej potwierdza – że już od chwili poczęcia, a nie od momentu narodzin, mogą, a nawet powinni zacząć pełnić swoje funkcje rodzicielskie (Lichtenberg-Kokoszka 2022, 11).

Sposób zwracania się rodziców do dziecka świadczy o tym, jak jest ono dla nich ważne. Okazuje się bowiem, że to, w jaki sposób matka mówi o dziecku, jest formą wyrazu poprzez którą pokazuje ona, „jak umieszcza je [...] w świecie, jak je prezentuje, na jakie aspekty jego zachowania zwraca uwagę, jakie właściwości mu przypisuje, jakie ma wobec niego oczekiwania. Poprzez narrację matka buduje obraz dziecka, urealnia jego obecność, uświadamia sobie jego autonomię i niezależną tożsamość oraz nadaje sens swoim doświadczeniom z okresu ciąży. Z jednej strony narracja opowiada o dziecku, a z drugiej doświadczenia ciążowe oraz spostrzegana tożsamość dziecka wpływają zwrotnie na samą narrację” (Matuszczak-Świgoń 2014, 35). Przez sam fakt mówienia o dziecku z szacunkiem i dobrocią matka oraz jej bliscy uświada-

miają sobie i jemu, że jest kochane i oczekiwane. W przeciwnym wypadku, gdy określa się je w sposób bezosobowy czy negatywny, traktuje się dziecko jak intruza i pozbawia należnego mu szacunku, łatwiejsze stają się akty przemocy wobec niego.

Prawidłowy rozwój poczętego dziecka nie jest możliwy bez podjęcia z nim dialogu. By jednak mógł on zaistnieć, niezbędne jest zaakceptowanie istnienia poczętego dziecka jako odrębnej osoby, jego personalizacja, uznanie jego podatności na działania wychowawcze oraz własnej, rodzicielskiej odpowiedzialności (Wojaczek 2011, 87-88).

Dialog z dzieckiem w okresie prenatalnym jest więc rozpoczęciem oddziaływania wychowawczego, gdyż wychowanie dokonuje się w dialogu, który w tym właśnie czasie prowadzony jest szczególnie przez matkę, jak również przez całe środowisko wychowawcze, w którym wzrasta dziecko. Jest on formą budowania więzi, która wzrasta dwukierunkowo. Z jednej strony stanowi sposób afirmacji dziecka jako wychowanka, z drugiej zaś uznania siebie za rodzica i podjęcia właściwego kierunku wychowania, w tym także wychowania moralnego. Konieczne w tym względzie staje się znalezienie właściwych form komunikacji z dzieckiem, a także eksponowanie pozytywnych walorów działalności wychowawczej i formacyjnej, które w znacznej mierze są sposobem rozwoju etyczno-moralnego, społecznego i intelektualnego. W okresie prenatalnym bowiem dziecko odczytuje sygnały, postawy i zwroty kierowane do niego przez bliskich, co umożliwi mu nie tylko budowanie więzi, ale również rozpoczęcie szeroko rozumianego procesu wychowania. W tym także procesie wychowania sumienia, który zdaniem współczesnej psychologii, rozpoczyna się już w okresie prenatalnym (Filipcuk 2016, 180).

Nie bez znaczenia pozostaje więc dbałość także o to, by ciąża przebiegała w atmosferze otwartości na Boga, którego rodzice doświadczają poprzez skupienie, modlitwę, prowadzenie życia sakramentalnego. Takie przeżywanie codzienności pozwala na pełny rozwój duchowy, a także kształtowanie właściwych zasad moralnych (Kornas-Biela 2005, 49-50; Filipczuk 2016, 180).

W kontekście zaburzeń rozwoju poczętego dziecka wynikających z zaniedbania istotne staje się udzielenie rodzicom adekwatnego wsparcia, przy realizacji którego nieodzowna jest pomoc hospicjów perinatalnych. Są to instytucje świadczące opiekę perinatalną, która obejmuje „planowanie rodziny, opiekę prekonceptyjną (sprzyjającą zajściu w ciążę), przedporodową, śródporodową, poporodową, interkonceptyjną oraz opiekę nad noworodkami i niemowlętami do pierwszego roku życia” (Dangel i Szymkiewicz-Dangel 2005, 27).

Przedmiotem tej opieki realizowanej w wymiarze paliatywnym jest dbałość o kobietę ciężarną – troska jest zarazem troską o jej dziecko. Ma ona wymiar całościowy, obejmuje elementy: fizyczne, społeczne, emocjonalne i duchowe. Podejmowana jest w wyniku zdiagnozowania u dziecka wad gene-

tycznych, nieuleczalnych chorób lub zakażeń, które mogą prowadzić do skierowania się w stronę przemocy prenatalnej, której formą może być aborcja. Opieka paliatywna pozwala na poprawę jakości życia zarówno dziecka, jak i rodziny, obejmując leczenie dotkliwych objawów oraz troskę o rodzinę, która również odczuwa skutki choroby (Dangel i Szymkiewicz-Dangel 2005, 27).

Zapewnienie opieki perinatalnej jest koniecznym wsparciem, na które powinna liczyć kobieta w stanie błogosławionym, w sytuacji, w której zagrożone jest jej życie lub zdrowie jej dziecka. Szczególnie istotne jest to w kontekście negatywnej diagnozy prenatalnej. Organizacja takiej opieki napotyka zazwyczaj na różne społeczne trudności, które wyrażają się w złej organizacji, a także niewystarczającej liczbie instytucji. Nie zmienia to jednak faktu, że istniejące już hospicja zapewniają szeroką pomoc, którą realizują odpowiednie zespoły mające na względzie pomoc rodzinie. Korzystający ze wsparcia hospicyjnego mogą liczyć na pomoc medyczną, psychologiczną, socjalną, duchową, a nawet przygotowanie domu i sprzęt potrzebny do opieki nad chorym noworodkiem. W działalności hospicjów perinatalnych wyraża się troska całego społeczeństwa o dzieci nienarodzone. Jest to konieczne z jeszcze jednego względu. Jeśli bowiem nie będzie odpowiednich struktur i instytucji, to z całą pewnością społeczeństwo przyczyni się do powiększania skali przemocy prenatalnej (Biały 2018, 81-85).

Nie bez znaczenia w świadczonej opiece hospicyjnej jest dowartościowanie duchowego towarzyszenia, ponieważ „wiara w Boga, dobrze odczytane powołanie kobiety, wartość życia ludzkiego – nawet tego chorego – ułatwi podjęcie decyzji i pomoże przetrwać w natłoku sprzecznych [...] informacji od lekarzy, rodziny czy z otoczenia”. Potrzeba także towarzyszenia poprzez obecność. Najbardziej odpowiednimi w tym względzie są bliscy kobiety: mąż, rodzice, rodzeństwo czy przyjaciele, by jednak zapewnić opiekę, nieodzowna staje się w takim momencie obecność osoby duchownej (Rawicka 2022, 179).

Małżonkowie powinni uświadomić sobie, że poczęcie dziecka to nowy etap w ich życiu. Niezbędna jest zatem edukacja dotycząca nie tylko rozwoju poczętego dziecka, ale również kształtowania opieki nad nim w najwcześniejszym etapie życia. Istotna w tym względzie staje się postulowana przez Dorotę Kornas-Bielę pedagogika prenatalna, obejmująca proces wychowania i opieki nad dzieckiem w okresie prenatalnym. W kręgu jej zainteresowań znajduje się także szeroko rozumiana przemoc prenatalna, w tym wynikająca z zaniedbania (Kornas-Biela 2009, 64).

Pedagogika prenatalna postuluje konkretne rozwiązania, by przeciwdziałać omawianemu zjawisku, wskazuje także rozwiązania dotyczące już występującej przemocy. Wśród nich należy zwrócić uwagę na podnoszenie kompetencji rodzicielskich. Niewystarczająca wiedza rodziców bowiem może być źródłem różnych form zaniedbania. Nie zawsze brak wiedzy wynika ze złej woli ro-

dziców, wiele błędów jest bowiem podyktowanych różnymi czynnikami zewnętrznymi, niewielkim doświadczeniem życiowym, a także możliwościami samych rodziców. Pedagogika prenatalna ma także za zadanie identyfikować osoby, które podatne są na stosowanie przemocy w okresie ciąży jako formy reakcji na różnorakie trudności. Dotyczy to identyfikacji rodzin wysokiego ryzyka oraz propozycji wsparcia dla osób już doświadczonych przemocą (Kornas-Biela 2009, 64).

W celu podniesienia poziomu wiedzy społeczeństwa niezastąpione są zajęcia z „wychowania do życia w rodzinie” realizowane na różnych etapach edukacyjnych oraz spotkania odbywające się w ramach edukacji przedporodowej. W polskich realiach odbywają się one zazwyczaj w szkołach rodzenia (lub w ramach finansowanej przez Ministerstwo Zdrowia edukacji przedporodowej) i prowadzone są dopiero w drugiej połowie ciąży. W wielu wypadkach może być już za późno, ponieważ do zaniedbań prenatalnych dochodzi dużo wcześniej. Słuszny więc wydaje się postulat, by edukację przedporodową rozpocząć zdecydowanie wcześniej. Może w tym pomóc „szeroko rozumiana edukacja w zakresie odpowiedzialnego rodzicielstwa, promowania zachowań prozdrowotnych i kształtowania systemów wartości, w których ochrona dziecka w prenatalnym okresie życia jest normą” (Janiuk 2014, 74).

Zakończenie

Dziecko prenatalne wnosi w wewnętrzny świat rodziców nowe treści i przeżycia. Wyprowadza ich poza siebie samych. Inicjuje różne formy aktywności, inny sposób spostrzegania i doświadczania rzeczywistości, dopracowania się nowych form radzenia sobie z trudnościami. Czas ciąży w tym kontekście staje się okresem intensywnego osobistego rozwoju rodziców i dziecka (Kornas-Biela 2006, 532-533). Niemniej jednak w okresie ciąży zarówno dziecko, jak i jego matka mogą doświadczyć przemocy. Może ona mieć charakter aktywny lub pasywny – związany z zaniedbaniem, którego dziecko doświadcza ze strony matki lub środowiska, w którym przeżywa ona czas ciąży. Do najczęstszych zaniedbań zalicza się złe odżywianie, używki, stres towarzyszący matce, lęk i brak akceptacji, które wynikają ze złego przeżywania ciąży.

By właściwie przeciwdziałać przemocy prenatalnej, konieczne wydaje się wsparcie samej matki pozwalające na lepszą komunikację z dzieckiem w jej łonie oraz wspomagające akceptację stanu błogosławionego. W wymiarze społecznym wsparciem jest właściwa edukacja przedporodowa – powinna być podejmowana wcześniej niż obecnie i przybierać formę pedagogiki prenatalnej, która wiąże obszar swoich zainteresowań z przeciwdziałaniem przemocy prenatalnej.

Na płaszczyźnie moralnej nieodzowne staje się promowanie odpowiedzialnego rodzicielstwa, a także podkreślanie wartości życia ludzkiego, które powinno być chronione od samego poczęcia.

BIBLIOGRAFIA

- Biały, Stanisław. 2018. Hospicjum jako forma opieki perinatalnej w celu zapobiegania zjawisku aborcji. *Studia nad Rodziną*, XXII, 2 (47), 77-90.
- Dangel, Tomasz i Joanna Szymkiewicz-Dangel. 2005. Opieka paliatywna w perinatologii. W: *Opieka paliatywna nad dziećmi*, red. Tomasz Dangel, 27-30. Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci.
- Dzierżanowska-Peszko, Joanna. 2012. Wpływ straty dziecka w okresie prenatalnym na funkcjonowanie psychologiczne matek i ojców oraz kolejnych dzieci. W: *Ciąża i narodziny fundamentem przyszłości dziecka. Zagadnienie interdyscyplinarne*, red. Emilia Lichtenberg-Kokoszka i Ewa Janiuk, 83-106. Kraków: Impuls.
- Eichelberger, Wojciech i Anna Mieszczanek. 2014. *Jak wychować szczęśliwe dzieci*. Warszawa: Zwierciadło.
- Eliot, Lise. 2010. *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*. Poznań: Media Rodzina.
- Filipczuk, Marek. 2016. Być człowiekiem sumienia. Sumienie widziane od strony procesu rozwoju. *Studia Theologica Varsaviensia*, 2, 174-194.
- Franciszek. 2022. Św. Józef cieśla, Audiencja ogólna, 5.01.2022. *L'Osservatore Romano*, 2(440), 27-28.
- Franciszek. 2023. Młodzi jako protagoniści walki o godność człowieka. Przesłanie wideo na 9. Światowy Dzień Modlitwy i Refleksji poświęconej Walce z Handlem Ludźmi (8.02.2023). *L'Osservatore Romano*, 2-3 (450), 33.
- Grudzińska, Marta i Agnieszka M. Bień. 2009. Styl życia kobiety ciężarnej. W: *Opieka nad ciężarną*, red. Agnieszka M. Bień, 183-212. Warszawa: PZWL.
- Jagielska, Iwona et al. 2013. Kobieta i narkotyki. *Farmacja Współczesna*, 6, 173-177.
- Jakel, Barbara. 2011. Prenatalne korzenie przywiązania w psychoterapii. W: *Ciąża czy stan błogostawiony. Zagadnienie interdyscyplinarne*, red. Emilia Lichtenberg-Kokoszka, Ewa Janiuk i Jerzy Dzierżanowski, 93-116. Kraków: Impuls.
- Jan Paweł II. 1991. Homilia w czasie Mszy Świętej odprawianej na lotnisku w Mastowie. W: *Jan Paweł II. Dzieła zebrane T. IX, Homilie i przemówienia z pielgrzymek – Europa część I*, red. P. Ptasznik, 474-478. Kraków: M.
- Janiuk, Ewa. 2014. Prenatalny okres życia człowieka w edukacji przedporodowej. W: *Prenatalny okres życia człowieka. Zagadnienie interdyscyplinarne*, red. Emilia Lichtenberg-Kokoszka, Ewa Janiuk i Piotr Kierpal, 67-76. Kraków: Impuls.
- Kornas-Biela, Dorota. 2012. Zaniedbania prenatalne. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*, 1 (38), 24-33.
- Kornas-Biela, Dorota. 2005. Rodzina w kontekście wychowania prenatalnego. *Roczniki Teologiczne*, LII(10), 35-53.
- Kornas-Biela, Dorota. 2006. Rodzina w procesie prokreacji. W: *Rodzina. Bezcenny dar i zadanie*, red. Józef Stala i Elżbieta Osewska, 481-539. Radom: Polwen.
- Kornas-Biela, Dorota. 2009. *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*. Lublin: KUL.
- Kornas-Biela, Dorota. 2010. Ojciec w prenatalnym okresie życia dziecka. W: *Ojcostwo dzisiaj*, red. Dorota Kornas Biela, 155-170. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.

- Landwójtowicz, Paweł. 2007. Cierpienie samotnego macierzyństwa. W: *Psychologiczny wymiar cierpienia. Teoria i badania*, red. Alicja Kalus i Dariusz Krok, 27-38. Opole: Uniwersytet Opolski.
- Lichtenberg-Kokoszka, Emilia. 2012. Aborcja jako forma przemocy. W: *Oblicza przemocy. Od przyczyn do przeciwdziałania*, red. Piotr Morciniec, 111-118. Opole: Wydawnictwo Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Lichtenberg-Kokoszka, Emilia. 2022. *Zanim się urodziłem. Rozwój człowieka w prenatalnym okresie życia – zagadnienia wybrane*. Kraków: Impuls.
- Łyżwa, Weronika et al. 2022. Spektrum poalkoholowych zaburzeń rozwojowych. W: *Płodowy Zespół Alkoholowy. Zagadnienia interdyscyplinarne*, red. Emilia Lichtenberg-Kokoszka, 17-22. Opole: Uniwersytet Opolski.
- Matuszczak-Świągół, Joanna. 2014. Narracja matki o dziecku w okresie prenatalnym. *Psychologia Rozwojowa*, 19(1), 33-50.
- Olechnicki, Krzysztof i Paweł Załęcki. 2002. *Słownik socjologiczny*. Toruń: Wydawnictwo Graffiti BC.
- Rawicka, Iwona. 2022. Pomoc rodzicom w akceptacji kontynuowania ciąży po negatywnej diagnozie prenatalnej. *Studia Paradyskie*, 32, 167-186.
- Romejko-Wolniewicz, Ewa i Krzysztof Czajkowski. 2020. Otyłość. W: *Położnictwo*, red. Grzegorz H. Bręborowicz i Krzysztof Czajkowski, 431-437. Warszawa: PZWL.
- Sacha, Katarzyna et al. 2022. Płodowy Zespół Alkoholowy. W: *Płodowy Zespół Alkoholowy. Zagadnienia interdyscyplinarne*, red. Emilia Lichtenberg-Kokoszka, 11-15. Opole: Uniwersytet Opolski.
- Sochaczewska, Diana et al. 2010. Palenie czynne i bierne w okresie ciąży a wybrane parametry morfologiczne i powikłania okresu noworodkowego. *Ginekologia Polska*, 81, 687-692.
- Spork, Peter. 2011. *Drugi kod. Epigenetyka, czyli jak możemy sterować własnymi genotypami*. Warszawa: WAB.
- Waller, D. Kim, Gary Shaw i Sonja A. Rasmussen. 2007. Pregnancy Obesity as a Risk Factor for Structural Birth Defects. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161 (8), 745-750.
- Wojacek, Maria. 2011. Rozwój więzi z dzieckiem w prenatalnym okresie życia. W: *Ciąża czy stan błogosławiony. Zagadnienie interdyscyplinarne*, red. Emilia Lichtenberg-Kokoszka, Ewa Janiuk i Jerzy Dzierżanowski, 81-91. Kraków: Impuls.

TOMASZ GWOŹDZIEWICZ – doktor teologii (teologia moralna), kapłan diecezji bielsko-żywieckiej, pracownik Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Zainteresowania naukowe w obrębie teologii moralnej: antropologia teologiczna, zagadnienia życia społecznego, teologia małżeństwa i rodziny, teologia moralna ekumeniczna.

EMILIA LICHTENBERG-KOKOSZKA – absolwentka Uniwersytetu Wrocławskiego. Doktor nauk humanistycznych. Dyplomowana położna. Od 1999 roku asystent, a potem adiunkt w Instytucie Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego. Zainteresowania z pogranicza pedagogiki, psychologii i medycyny koncentrują się wokół zagadnień związanych z szeroko rozumianą prokreacją, w tym zwłaszcza z okresem ciąży, porodu, rozwojem poczętego dziecka.