

Ewa Włodarczyk

O „rodzeniu się” macierzyństwa,

(w:) J. Deręgowska, M. Majorczyk (red.), *Konteksty współczesnego macierzyństwa. Perspektywa młodych naukowców*, Poznań 2012, s. 101-127

Wstęp

Jak wynika z analizy literatury, sporo już uwagi poświęcono relacji „matka – dziecko” i systemowi wzajemnych powiązań między nimi, zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i badawczym, zwykle silnie podkreślając znaczenie tego związku dla rozwoju dziecka. Ta relacja ma szczególny charakter, gdyż może nawiązać się jeszcze przed narodzeniem dziecka. Dziecko od swoich pierwszych dni istnienia żyje przecież w matce i z matką. Choć są dwiema odrębnymi istotami¹, stanowią w pewnym sensie fizyczną i emocjonalną jedność, wzajemnie na siebie oddziałując.

Osobliwość okresu ciąży dotyczy zarówno osoby matki, jak i dziecka. Współcześnie dla niektórych kobiet zatracą one jednak swą wyjątkowość i choć niesłusznym jest (poza wyjątkowymi sytuacjami) utożsamianie jej z chorobą, to nie sposób odebrać temu okresowi znamion niepowtarzalności.

Dojrzewanie do roli macierzyńskiej

W zależności od zaistnienia i siły szeregu czynników, pierwszy okres po poczęciu dziecka to czas niezwykle intensywnych przeżyć kobiety. U niektórych dominuje poczucie dumy i mocy, ożywienia, aktywności, radości i uniesie-

¹ Traktowanie dziecka jako odrębnej istoty (choć rozwija się ono w organizmie kobiety i w ścisłej zależności od niego) jest jednym z 3 elementów stanowiących podstawę procesu tworzenia się prenatalnej więzi. Za: E. Bielawska – Batorowicz, *Psychologiczne aspekty prokreacji*, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2006, s. 130-132

nia, entuzjazmu i szansy życiowej². Dla innych to zniweczenie planów i aspiracji życiowych, wśród których nie było przewidziane dziecko, a wręcz życiowy dramat. W doświadczeniu rodzicielstwa tkwi potencjał unikalnych przeżyć, ale zdarza się, że zostaje on niezauważany z powodu skupienia się głównie na przeżywaniu chronicznej żałoby po utraconej wolności³.

G. Makiello-Jarża wyróżniła trzy okresy rozwoju postawy macierzyńskiej:

- okres od wczesnego dzieciństwa do zajścia kobiety w ciążę,
- okres ciąży i porodu,
- okres od urodzenia dziecka do ukończenia przez nie 3-4 miesięcy życia⁴.

W tym czasie, w sposób mniej lub bardziej świadomy, kobieta poznaje zakres obowiązków matki, najczęściej najpierw w oparciu o wzory zaobserwowane w domu pochodzenia, a dalej (w wyniku ich zaaprobowania jako te, które chciałyby powielać albo ich zakwestionowania i odrzucenia) kształtuje własne ich wyobrażenie oraz sposób ich realizacji. Badania, na przykład B. Parysewicz⁵, pokazują, że kobiety częściej kopiują zachowania z rodziny pochodzenia niż tworzą świadomie własną wizję (dlatego tak istotne jest, by obrazy wyniesione z domu rodzinnego były wzorcem prawidłowym) i nie starają się wzbogacić swojej wiedzy o wychowaniu dzieci korzystając z różnych źródeł.

J. Raphael-Leff⁶, przyjmując za kryterium zmiany stanu psychicznego kobiety, wyróżniła natomiast 3 etapy ciąży, obrazujące również swoiste dorastanie do roli matki.

W pierwszy wyróżniony przez nią etap ciąży wpisują się rejestrowanie przez kobietę doznania będące sygnałami procesów zachodzących w jej organizmie (np. powiększenie się piersi, zmiana smaku i zwiększona niechęć do pewnych pokarmów lub zwiększony apetyt na nie, nudności i wymioty, zgaga, zmiany w wyglądzie skóry, wzmożona senność, podatność na zmęczenie). Druga

² D. Kornas-Biela, *Wokół początku życia ludzkiego*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2004, s.42

³ Z. Miłska-Wrzościńska, *Para z dzieckiem czyli niezupełnie poprawne politycznie uwagi o rodzicielstwie*, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 2005, s. 16

⁴ G. Makiello-Jarża, *Geneza i rozwój postawy macierzyńskiej*, Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne, 1972, zeszyt 17, s. 22-24

⁵ Patrz. B. Parysewicz, *Wychowawcza rola matki we współczesnej rodzinie polskiej w świetle badań Katedry Pedagogiki Rodziny Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego* [w:] *Partnerka, matka, opiekunka: kobieta w czasach nowożytnych*, (red.) J. Jakubiak, Wydawnictwa Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz 2000, s. 207-208

⁶ Źródło: J. Raphael-Leff, *Psychological processes of childbearing*, Londyn 1991. Opis tych faz za: E. Batorowicz-Bielawska, *Psychologiczne aspekty...*, op. cit. s. 112-115

grupa zmian dotyczy sfery psychicznej, a wiąże się głównie ze zwiększoną wrażliwością i labilnością emocjonalną, drażliwością, zakłóceniami uwagi i pamięci. Jest to tzw. normalny okres autystyczny, cechujący się skoncentrowaniem kobiety na sobie i nieumiejętnością przejścia z myślenia „ja” na myślenie „my”⁷.

Drugi etap wyróżnia to, że w toku jego trwania uwaga stopniowo przenoszona jest na rozwijające się dziecko. Odczuwanie ruchów dziecka sprzyja uznaniu jego odrębności i wyobrażaniu go sobie. Od partnera/ojca dziecka kobieta oczekuje coraz większego wsparcia, związanego z codziennymi czynnościami, przygotowaniem do przyjścia na świat dziecka oraz ze wsparciem emocjonalnym.

Najważniejszym zadaniem trzeciego etapu jest przygotowanie się do porodu. Wiąże się on często z nasileniem niepewności, niepokoju, obaw dotyczących tego wydarzenia (jego przebiegu, bólu, komplikacji i konsekwencji tych komplikacji).

Jak wynika z powyższego, owe trzy etapy układają się w sekwencję, ukazując, że dojrzewanie do roli matki ma charakter procesu.

Ciąża może być postrzegana – w skrajnych postaciach - w kategoriach ciężaru (fizycznego, finansowego, ruchowego, psychicznego; waga każdego z nich jest inna) i stanu błogosławionego – jako dwa krańce jednego wymiaru (choć naturalnie pomiędzy nimi znajduje się wiele pośrednich stanów)⁸. „Uważa się nawet, że wiele kobiet przechodzi średnią depresję zwłaszcza podczas pierwszych 8-10 tygodni (ciąży - przyp. autorki), a sam stosunek matki do dziecka w tym okresie charakteryzują sprzeczne myśli i odczucia – od pełnej akceptacji do odrzucenia”⁹, przyjmując częstokroć różne wartości i odcienie ambiwalencji wobec poczętego dziecka.

Nie oceniając pochopnie postaw niektórych kobiet, trzeba sobie zdać sprawę z tego, że macierzyństwo wiąże się z rozłożonym w czasie procesem

⁷ D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 46

⁸ D. Opozda, *Stan błogosławiony czy ciężar? - z psychopedagogicznej problematyki postaw wobec „wczesnego rodzicielstwa”*. Uwagi wybrane, [w:] *Ciąża czy stan błogosławiony? Zagadnienie interdyscyplinarne*, (red. nauk.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowski, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011, s. 41-42

⁹ E. Lichtenberg-Kokoszka, *Zmiany bio-psycho-społeczne zachodzące w organizmie kobiety, wynikające z poczęcia dziecka*, [w:] *Ciąża czy stan błogosławiony...*, op. cit., s. 15

stawania się i bycia matką¹⁰ oraz że wchodzenie kobiety w rolę matki może być procesem długotrwałym, w którym (niekiedy bardzo powoli) dorasta się do tej roli, pod wpływem splotu indywidualnych i społecznych czynników. W toku tego stopniowego dojrzewania treść i intensywność macierzyńskich przeżyć, doświadczeń, umiejętności i obowiązków stale się zmienia i wzbogaca¹¹.

R. Rubin, za 4 najważniejsze zadania wpisane w okres ciąży i stojące przed kobietą, uznaje: zapewnienie sobie i dziecku bezpieczeństwa przez okres ciąży i porodu, uzyskanie akceptacji dla dziecka ze strony najważniejszych osób w rodzinie, nawiązanie więzi z mającym się urodzić dzieckiem oraz przystosowanie się do nowych zadań¹². Można przypuszczać, że ich efektywne zrealizowanie jest jednym z warunków płynnego wejścia w rolę macierzyńską już po urodzeniu dziecka.

Nierzadko jednak dzieje się tak, że kobiety nie od razu odnajdują w sobie entuzjazm i umiejętność bycia matką. Narodziny miłości macierzyńskiej niekoniecznie muszą następować równocześnie z poczęciem się dziecka. Nierzadko – nawet już po urodzeniu dziecka – poprzedza je okres bezradności, dystansu, obojętności, oziębłości, oschłości, a dopiero z czasem pojawia się namysł i porządkująca refleksja.

Często kobiety w miarę upływu czasu zaczynają akceptować ciążę czy dziecko. „Wstępne zaskoczenie i przekonanie o trudnościach, jakie przynosi ze sobą urodzenie dziecka, ustępuje miejsca rzeczowej analizie sytuacji i podejmowaniu działań przygotowujących do przyjęcia go. Równoległe przebiega proces emocjonalnej adaptacji do perspektywy rodzicielstwa, a także stopniowe nawiązywanie więzi z dzieckiem”¹³. Bywa jednak również tak, że akceptacja ta jest pozorna i nie musi oznaczać zmartwychwstania „instynktu macierzyńskiego”, lecz jedynie reakcję na silną presję oczekiwań społecznych w kulturze, w której macierzyństwo

¹⁰ B. Bartosz, *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 44; M. Lesińska-Sawicka, *Późne macierzyństwo, studium socjomedyczne*, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2008, s. 29; D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 42

¹¹ D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 42

¹² Za: E. Batorowicz-Bielawska, *Psychologiczne aspekty...*, op. cit., s. 129

¹³ E. Bielawska-Batorowicz, *Psychologiczne aspekty...*, op. cit., s. 159

jest uznawane za główną cechę normalnej, dorosłej kobiety (co oznacza, że kobiety pragnące uchodzić za normalne podlegają „obowiązkowi bycia matką” czyli „nakazowi macierzyństwa”)¹⁴ i w której „udane macierzyństwo” stanowi istotę kobiecej tożsamości¹⁵. Zdaje się, że częściowo w Polsce nadal mamy do czynienia z takim właśnie przymusem społecznym skonstruowanym na przeświadczeniu, że macierzyństwo to obowiązkowa kobieca rola społeczna.

Każda ciąża zmienia sens i cel życia, prowokując konieczność adaptacji kobiety do nowej sytuacji¹⁶; nie wszystkie jednak kobiety oczekujące dziecka obierają strategię tego dostosowywania się, właściwe z punktu widzenia ich zdrowia psychicznego i rozwoju poczętych w nich dzieci.

Gdy kobiecie brakuje wiedzy, intuicji, odpowiedzialności...

„Niemowlęta są jak tworzywo, z którego dopiero powstanie ich własne >>ja<<. Każde z nich ma pewien genotyp oraz unikalny wachlarz możliwości. Ich ciało jest zaprogramowane, aby rozwijać się w określony sposób, ale z pewnością nie jest to program automatyczny”¹⁷. Ten proces warunkowany jest wczesnymi doświadczeniami, stanowiącymi niewidoczną historię życia¹⁸, ukształtowaną, jak można przypuszczać w dużej mierze, przez osobę matki, zapoczątkowaną w okresie życia płodowego. „Rozwój dziecka przed urodzeniem jest procesem celowych zmian, które są zaprogramowane genetycznie, ale które są również zależne od wpływów wewnętrznych i zewnętrznych. Im wcześniejszy etap w rozwoju, tym bardziej intensywne tempo przemian i większa wrażliwość na czynniki, które mogą zmienić to, co z taką precyzją zostało dziedzicznie przekazane”¹⁹.

¹⁴ B. Budrowska, *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Wydawnictwo Funna, Wrocław 2000, s. 14

¹⁵ S. Macintyre, *Kto chce dzieci? ”. Społeczne fabrykowanie „instynktów*, (w:) *Nikt nie rodzi się kobietą*, (wybr. i przekł.) T. Hołówka, Czytelnik, Warszawa 1982, s. 195

¹⁶ E. Lichtenberg-Kokoszka, *Zmiany bio-psycho-społeczne...*, op. cit., s. 17

¹⁷ S. Gerhardt, *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 14

¹⁸ Ibidem, s. 12

¹⁹ D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 13

Wpływ matki zaczyna więc działać jeszcze przed urodzeniem dziecka i to – jak twierdzą niektórzy – także poprzez jej stosunek do niego. Zdaniem M. Neugebauer znaczenie ma tu dojrzała miłość (obojska rodziców), która powoduje, że pojawia się gotowość do tego, aby powołać do życia, przyjąć i wychować dziecko²⁰. Są zwolennicy przekonania, że zarodek wysyłając sygnały swojej obecności już na etapie zagnieżdżenia się w błonie śluzowej macicy (co wyraża się w typowych objawach u matki, jak senność, nabrzmienie piersi, zmiany smaku i powonienia) i sygnalizując w ten sposób swoją obecność, oczekuje odpowiedzi, która w zależności od tego, czy będzie pozytywna czy negatywna, doznany mi wrażeniami zabarwi jego późniejsze doświadczenia i może rzutować na późniejsze zachowania²¹; jeśli te doznania będą negatywne, mogą spowodować samoistne poronienia lub także mogą w przyszłości odbić się echem w postaci lęków, wrogości czy występowania wad wrodzonych powstałych w okresie organogenezy, dotyczących zwłaszcza serca i ośrodkowego układu nerwowego²². Zatem synchronizacja odbierania sygnałów przez kobietę oraz pozytywnego lub negatywnego wzmocnienia prowadzi do powstania międzyosobniczej interakcji, która stanowi ważny etap w rozwoju psychospołecznym dziecka oraz jej matki²³.

Interakcja między matką a dzieckiem stanowi więc układ sprzężenia zwrotnego. Trzeba przy tym uwzględnić fakt, że obie te składowe mogą ulegać zmianom pod wpływem różnych czynników, także tych generujących i wzmacniających negatywne nastawienie wobec dziecka i okresu ciąży, związanych bądź z kobietą bądź z dzieckiem, ale w konsekwencji – z tą diadą.

Jak słusznie zauważa K. Kuryś, „rozpoznanie i percepcja fizjologicznego stanu ciąży może oznaczać zarówno dla kobiety, jak i mężczyzny sytuację krytyczną samą w sobie. (...) Z uwagi na wiele czynników – zarówno środowiskowych, jak i osobistych – percepcja ta może być różnorodna i rozpięta na continuum od sytuacji krytycznej

²⁰ M. Neugebauer, *Miłość od poczęcia...* [w:] *Studium Rodziny*, (oprac.) T. Rzepecki, Oficyna Współczesna, Poznań 1999, s. 131

²¹ W. Fijałkowski, *Rodzenie i stawanie się* [w:] *Człowiek – wartości – sens*, (red.) K. Popielski, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1996, s.228

²² M. Neugebauer, *Miłość od poczęcia...* op. cit., s. 43

²³ D. Kornas-Biela, *Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju* [w:] *Problemy współczesnej psychologii*, A. Biela, Cz. Walesa (red.), Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Lublin 1992, s. 250

skrajnie negatywnej do wysoce pozytywnej. Percepcja i ocena tego faktu może dodatkowo ulegać zmianom, które z kolei także mogą być zależne od złożonej konfiguracji czynników biopsychicznych i społecznych”²⁴.

Również, analizując postawy wobec ciąży (i wczesnego okresu rodzicielstwa czyli przypadającego na okres ciąży), „rozumianej jako czas istotnych egzystencjalnie zdarzeń w życiu człowieka i konfrontacji z rolą rodzicielską, która urealnia się w konkretnych splotach sytuacji życiowych lub do której człowiek ma się ustosunkować i dokonać wyboru: podjęcia jej lub odrzucenia”²⁵, należy podkreślić, że „są one wypadkową ogólnych, jakościowych zmian rozwojowych o charakterze psychofizycznym oraz czynników socjokulturowych”²⁶. W to rozwojowe i kulturowe tło pełniące bazowe funkcje w kształtowaniu postaw wobec „wczesnego rodzicielstwa” wpisany jest „długotrwały proces uczenia się znaczeń i krystalizowania się systemów wartości. Szczególna rola przypada tu socjalizacji wewnątrzrodzinnej, dzięki której dziecko i młody człowiek rekonstruuje obraz otaczającej rzeczywistości i buduje system znaczeń konotacyjnych, także związany z rodzicielstwem, w aspekcie własnej płodności, poczęcia dziecka, ciąży i potencjalnego lub realnego macierzyństwa i ojcostwa. Prototypowe wpisy mające swe źródło w gromadzonych doświadczeniach przez codzienność życia rodzinnego stanowią podstawę kształtujących się postaw. Są również odniesieniem do wpływów pozarodzinnych. Socjalizacja wtórna i szeroko rozumiany kontekst socjokulturowy mogą być podstawą konfrontacji i weryfikacji dotychczasowych odniesień kształtowanych heteronomicznie zwłaszcza w pierwszych etapach ontogenezy. Należy również uwzględnić wiele silnie zindywidualizowanych zdarzeń i właściwości, które są pewnego rodzaju predyktorami kształtujących się postaw wobec ciąży i rodzicielstwa”²⁷.

Jakie zatem czynniki należałoby brać pod uwagę dociekając ich znaczenia jako owych predyktorów tychże postaw?

²⁴ K. Kuryś, *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010, s. 65

²⁵ D. Opozda, *Stan błogosławiony czy ciężar?...*, op. cit., s. 43

²⁶ Ibidem s. 47. Więcej patrz. s. 47-53

²⁷ Ibidem s. 53-54

Ogromne znaczenie ma stosunek emocjonalny matki do dziecka prenatalnego, warunkowany elementem zaplanowania lub zaskoczenia faktem ciąży, burzącym plany życiowe kobiety i oddalającym realizację jej aspiracji²⁸, a także nastawienie do dziecka prenatalnego: albo wyczekujące go albo wrogie, niechętne lub obojętne wobec niego (przy czym równie toksyczna może być skrajnie nasiloną postać „wyczekiwania dziecka”, duże zdeterminowanie pragnieniem posiadania dziecka).

Z tymi kwestiami wiąże się akceptacja ciąży przez przyszłą matkę. Powinna się ona odbyć „jednocześnie na kilku poziomach: świadomym i nieświadomym, intelektualnym, emocjonalnym i działaniowym. Szybkiej akceptacji poczętego dziecka sprzyja fakt planowania ciąży. Nie jest to jednak zasada ogólna i bezwzględna. Zdarza się bowiem tak, że pomimo planowania ciąży i oczekiwania na poczęcie dziecka kobieta nie akceptuje stanu, w jakim się znalazła. (...) Kobiety często nie uświadamiają sobie tego, że nie akceptują mającego narodzić się dziecka. Choć na poziomie intelektualnym i emocjonalnym deklarują ogromne przywiązanie i chęć wydania na świat dziecka, podświadomie odrzucają płód”²⁹. Jak widać, taki stan jest wyjątkowo psychologicznie zawikłany.

Innymi czynnikami modyfikującymi nastawienie do dziecka może być także: płeć dziecka (preferowana lub nie) i związane z nią oczekiwania³⁰, a także stwierdzone w toku diagnostyki prenatalnej nieprawidłowości w jego rozwoju, choroby czy zapowiedź niepełnosprawności. Wyidealizowane wyobrażenie i fantazje na temat mającego się narodzić dziecka (w nawiązaniu do obrazu dziecka nazwanego przez J. T. Condon i D. J. Dunna „dzieckiem wyobrażonym”³¹), które napotykać weryfikację w postaci diagnozy lekarskiej przewidującej różnorodne ograniczenia sprawności dziecka lub jego

²⁸ Zainteresowanych wynikami badań nad natężeniem więzi z dzieckiem kobiet określających swoją ciążę jako planowaną i nieplanowaną odsyłam np. do: E. Bielawska-Batorowicz, *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1995

²⁹ K. Kuryś, *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne...*, op. cit., s. 67

³⁰ Więcej o znaczeniu wiedzy o płci dziecka dla kształtowania się przywiązania do niego patrz. D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna – nowy obszar nauk o wychowaniu*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2009, s. 85-87

³¹ J. T. Condon, D. J. Dunn 1988, za: E. Batorowicz-Bielawska, *Psychologiczne aspekty...*, op. cit., s. 131

zeszpecony wygląd, zwykle pociągają za sobą negatywne stany emocjonalne brzemienniej kobiety, uczucia lęku, gniewu, smutku, przygnębienia, poczucia winy, bezradności, frustracji³²; zapowiedź upośledzenia dziecka może więc potencjalnie upośledzać wchodzenie w rolę macierzyńską i nawiązywanie więzi z dzieckiem.

Duże znaczenie w akceptacji okresu ciąży i dziecka ma motywacja, którą kieruje się kobieta podejmując decyzję (samodzielnie bądź w porozumieniu z partnerem) o prokreacji. Znane są badania, które stawiały sobie za cel zdemaskowanie motywacji posiadania dzieci. Przykładem takich prac badawczych jest propozycja A. Titkow, która, na podstawie wyników przeprowadzonych przez siebie badań (pod koniec lat siedemdziesiątych XX wieku), pogrupowała argumenty uzasadniające to, że mimo wielu wyrzeczeń i kosztów warto mieć dzieci, wyróżniając trzy grupy motywacji: motywację stymulującą (dziecko jako źródło pozytywnych doznań oraz czynnik rozwoju rodziców), motywację pragmatyczną (dziecko jako cel życia, cel małżeństwa, czynnik zespalaający małżonków, źródło rozrywki, źródło pomocy) oraz motywację egzystencjalną (dziecko jako sposób kontynuowania jednostki i narodu)³³. M. Kościelska dodaje, że w wymiarze biologicznym macierzyństwo jest szansą na przedłużenie gatunku, zaś w wymiarze psychologicznym i społecznym jest możliwością przekazania dziedzictwa indywidualnego i kulturowego, spełnienia marzeń o nieśmiertelności, pogłębiania więzi między małżonkami, wypełniania życia uznanymi społecznie formami aktywności (rodzicielstwem i wychowywaniem dzieci), osobistego prestiżu i realizacji zadań życiowych, spełniania marzeń o czyjejś bliskości³⁴. D. Kornas-Biela wskazuje na jeszcze inne potrzeby kobiet zaspokajane przez poczęte dziecko. Są nimi: potrzeba bezpieczeństwa (dziecko może zapewnić opiekę w chorobie i w starości), potrzeba afiliacji (dziecko zapewnia poczucie więzi, przynależności do kogoś), potrzeba uznania i szacunku (dziecko podnosi prestiż kobiety w opinii społecznej, gdyż świadczy o jej zdolności prokreacyjnej), potrzeba dodatkowej samooceny (dziecko dowartościowuje kobietę w jej własnym pojęciu), potrzeba twórczości (dziecko stymuluje do rozwoju predyspozycji i nabywania nowych umiejętności), potrzeba dominowania

³² Więcej patrz. np. M. Karwowska, *Macierzyństwo wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2007, s. 68, 72-74; M. Kościelska, *Trudne macierzyństwo*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998, rozdz. VII, VIII

³³ Patrz. A. Titkow, *Miejsce dziecka w świecie wartości*, Warszawa 1982, s. 27

³⁴ M. Kościelska, *Trudne...*, op. cit., s. 11

i opiekowania się kimś (dziecko zależne od rodziców potrzebuje pomocy, co utwierdza ich w poczuciu mocy i wyższości), potrzeba sensu życia (dziecko daje poczucie, że jest po co i dla kogo żyć) oraz potrzeba nieśmiertelności (dziecko częściowo zaspokaja dążenie rodziców do nieśmiertelności, gdyż dziedziczy ich biologiczne, psychiczne i materialne bogactwo)³⁵. Jak widać, prowokacją decyzji kobiet o urodzeniu dziecka mogą stać się dojrzałe motywy, ale również pobudki utylitarne, instrumentalne (choć zwykle ryzykownym jest jednoznaczne zakwalifikowanie motywów albo wyłącznie do egoistycznych albo altruistycznych).

Z drugiej jednak strony, oprócz kobiet, które w swoje plany życiowe wpisują macierzyństwo, istnieje wiele kobiet, które nie sytuują wśród celów życiowych bycia matką i nie zyskuje ono w ich hierarchii wartości i potrzeb wysokiej pozycji, ze względu na związane z macierzyństwem wyrzeczenia, w obawie przed koniecznością rezygnacji z własnej niezależności, swoich interesów i pragnień. W sytuacji, gdy są już w ciąży, z ogromnym trudem przychodzi im zgoda na pożegnanie fazy własnego życia – fazy swobody, bez troski i nieodpowiedzialności, zgoda na zmiany jakie ciąża wprowadziła w ich życie oraz zrozumienie faktu, że postarzały się nie tylko o 9 miesięcy, ale o całe pokolenie³⁶. Z pewnością sprzyjają temu: uleganie lansowanym, zwłaszcza przez media, modelom szczęśliwego życia, pomijającym rodzicielstwo lub wręcz pokazującym je jako uciążliwy balast; uleganie promowaniu różnorodnych postaci samorealizacji, odmiennych od roli macierzyńskiej, a wręcz niekiedy wykluczających ją; przyzwolenie społeczne na niezobowiązujące, tymczasowe związki, w których dominuje hedonizm i egocentryzm; dostępność środków antykoncepcyjnych; rosnąca samoświadomość kobiet oraz ekspansywne rozszerzanie pola swoich działań przez kobiety, wykraczających poza „die drei K - Kinder, Küche, Kirche” (czyli dzieci, kuchnię, kościół). W efekcie mamy do czynienia z racjonalizacją i pragmatyzmem w podejmowaniu decyzji prokreacyjnych, ze zrelatywizowaniem postaw wobec własnej płodności, uzależnieniem planów prokreacyjnych od szeregu czynników oraz traktowaniem potencjału prokreacyjnego jako przedmiotu świadomego wyboru, podpartego chłodną kalkulacją zysków i strat związanych z macierzyństwem (rodzicielstwem). Niektóre kobiety, właśnie

³⁵ D. Kornas-Biela, *Wokół początku ...*, op. cit., s. 50-51. Częściowo wskazane tu motywacje pokrywają się z motywami wyróżnionymi w: A. Janow, *The Feeling Child*, New York 1993, za: D. Kornas-Biela, *Kształtowanie się przywiązania...*, op. cit., s. 256-257

³⁶ Z. Mińska-Wrzońska, *Para z dzieckiem...*, op. cit., s. 12, 55

tak myślące o macierzyństwie, koncentrują się wyłącznie na negatywnych aspektach posiadania dzieci, eksponując koszty ponoszone w związku z posiadaniem dzieci: zaburzenia dotychczasowego porządku życia i związane z tym napięcia emocjonalne, konieczność ponoszenia wydatków związanych z opieką, wychowywaniem i edukacją dziecka, zmniejszenie ilości wolnego czasu na indywidualne pragnienia i potrzeby, koszty fizyczne, spowodowane niedoborem snu i wypoczynku, pogorszenie relacji z członkami rodziny, brak czasu dla małżonka/partnera i/lub starszych dzieci, postrzeganie dziecka jako zagrożenia dla fizycznej atrakcyjności i wolności kobiety oraz jako przeszkody w realizacji planów osobistych, a konieczności rezygnacji z życia zawodowego i osobistego. kontroferty dla osiągnięcia wysokiego statusu materialnego. Przywołane tu poglądy i ich katalizatory to ogromne przeszkody na drodze do akceptacji kobiety i siebie jako matki i „tego, co w brzuchu” jako własnego dziecka.

Niesprzyjająca jest również druga skrajność: uleganie złudnym obrazom okresu ciąży jako okresu cudownego, niczym nie zmąconego oczekiwania na dziecko oraz macierzyństwa fałszywie przedstawianego wyłącznie jako sielanka.

Dojrzałe, świadome macierzyństwo nie jest więc niestety udziałem wszystkich kobiet. Obok tych, które cechuje refleksyjne podejmowanie roli macierzyńskiej, wrastanie w nią i identyfikacja z nią, wiele jest niepokojących przykładów manipulacji tą rolą, dla spełnienia funkcji fasadowej (np. dla zamaskowania pełnienia innej roli lub dla ułatwień w pełnieniu innej roli) i/lub dla spełnienia funkcji instrumentalnej (np. dla osiągnięcia innej wartości)³⁷. Budowane na takich przesłankach macierzyństwo może się sprzęgać z osłabieniem dynamiki procesu wchodzenia w rolę macierzyńską.

W budowaniu wizji własnego macierzyństwa i wyobrażenia siebie jako matki znaczenie odgrywają również inne czynniki natury psychospołecznej. Mowa tu między innymi o aktualnej i prognozowanej sytuacji życiowej kobiety spodziewającej się dziecka, o odczuwanym przez nią konflikcie ról oraz o istniejącym lub brakującym wsparciu społecznym dla niej przed i po urodzeniu dziecka. Perspektywa bycia zdaną wyłącznie na siebie silnie obniża gotowość oczekiwania na dziecko i przyjęcia go w atmosferze bezwzględnej akceptacji. Perspektywa rozszerzenia diady małżeńskiej/

³⁷ Typy stosunku jednostki do ról społecznych za M. Łoś, patrz. M. Łoś, „*Role społeczne*” w *nowej roli* [w:] *O społeczeństwie i teorii społecznej*, (red.) E. Mokrzycki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985, s. 130-141

partnerskiej w triadę może stać się spoiwem, lecz może również wprowadzać zakłócenia i destabilizację w tym zmieniającym się układzie³⁸, zwłaszcza w pierwszym trymestrze ciąży, który zwykle cechuje tzw. huśtawka emocjonalna kobiety intensyfikowana doświadczanymi przez nią przykrymi dolegliwościami somatycznymi. Ciąża to zatem złożona sytuacja psychologiczna, nie tylko dla kobiety, lecz obojga rodziców dziecka. „Od tego, w jakiej atmosferze przebiega dziewięć miesięcy, czy jest to dla partnerów czas upragniony czy też niechciany, będzie zależeć prawdopodobnie sposób późniejszego wywiązywania się z rodzicielskich zadań”³⁹.

Utrudnieniem w procesie wchodzenia w rolę macierzyńską może być także negatywny obraz samej siebie, spostrzeganie siebie jako nie dość mądrej, kompetentnej, silnej, sprawnej, prawej, by uważać się za zdolną do udanego wypełniania roli macierzyńskiej, a także trudne doświadczenia z własnego dzieciństwa (np. rozpad małżeństwa rodziców, fizyczna nieobecność zapracowanych rodziców, bolesna, urazowa relacja lub brak bliskich relacji kobiety z własną matką), będące podstawą obaw powielenia we własnym macierzyństwie takiego samego modelu stosunków⁴⁰ czy inne obserwowane w rodzinie pochodzenia toksyczne postawy macierzyńskie.

Podobnie obniżającymi pozytywne nastawienie wobec dziecka/ciąży mogą być uciążliwości i dolegliwości fizyczne wpisane w okres ciąży. Mogą one powodować niechęć wobec dziecka postrzeganego jako przyczyna tego dyskomfortu oraz ograniczenia sprawności i dyspozycyjności kobiety. Jest to tym trudniejsze dla kobiet, które mają szczególnie silną potrzebę panowania nad własnym losem i decydowania o tym, co zdarza się w ich życiu, gdy tymczasem dziecko rozwija się poza ich świadomością, wysiłkiem i kontrolą, co może w nich budzić lęk⁴¹. Podobnie sama ciąża może być uważana za powód niedogodności związanych ze spowolnieniem umysłowym, osłabieniem procesów zapamiętywania, trudnościami z koncentracją uwagi i szybkim podejmowaniem decyzji, niechęcią do wysiłku umysłowego i rozwiązywania problemów⁴², powodujących powolność, niezdarność, brak kreatywności,

³⁸ Za: K. Kuryś, *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne...*, op. cit., s. 65

³⁹ Ibidem, s. 66

⁴⁰ M. Kościelska, *Trudne...*, op. cit., s. 13

⁴¹ D. Kornas-Biela, *Wokół poczętku...*, op. cit., s. 47; D. Kornas-Biela, *Kształtowanie się przywiązania...*, op. cit., s. 251

⁴² Ibidem s. 63

zmęczenie czy popełnianie błędów, dokuczliwych zwłaszcza dla kobiet aktywnych intelektualnie i zawodowo przed zajściem w ciążę.

Są także kobiety, u których powiększanie się brzucha budzi odrazę, odbierane jest jako konsekwencja i symbol nieprzyzwoitych pragnień cielesnych, kojarzone jest podświadomie z czymś zwierzęcym, prymitywnym, nieczystym, stanowi widoczną, upublicznią oznakę poddawania się działaniom instynktownym i realizacji popędu seksualnego⁴³.

Brak akceptacji ciąży/dziecka może brać swe źródło również w spostrzeganiu dziecka/ciąży jako przyczyny obniżenia atrakcyjności fizycznej. Dotyczy to zwłaszcza kobiet, które poczucie swojej wartości budują na wyglądzie zewnętrznym.

Owa niechęć w stosunku do dziecka może być manifestowana beztroskim brakiem dbałości o zdrowie – własne i dziecka, lekceważeniem potencjalnie groźnych patogenów, unikaniem wizyt u lekarza ginekologa, nieprzestrzeganiem jego zaleceń, brakiem dbałości o higienę warunków życia (np. brak odpowiedniej ilości snu i odpoczynku, noszenie ciężkich przedmiotów, uprawianie ekstremalnych sportów, krępowanie ciała ciasnym ubraniem itp.)⁴⁴, nie przykładaniem wagi do jakościowego i ilościowego sposobu odżywiania się⁴⁵, swobodnym dysponowaniem swoim ciałem, niekiedy wręcz forsującym je, nie uwzględniającym wyjątkowości tego okresu i znaczenia dla postnatalnego rozwoju dziecka⁴⁶.

Jednym z obszarów, w których ujawnia się absencja odpowiedzialności, wiedzy bądź intuicji kobiet w ciąży, jest kwestia teratogennego wpływu pewnych czynników, oddziałujących na dziecko będące jeszcze w okresie prenatalnym swojego rozwoju. Przebieg i dynamika rozwoju dziecka (w każdej fazie jego życia) zależy od szeregu determinujących go czynników, o charakterze genetycznym oraz

⁴³ Ibidem, s. 55

⁴⁴ D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, op. cit., s. 47

⁴⁵ O normach żywieniowych kobiet w ciąży i konsekwencjach ich nie zachowywania dla rozwoju płodu patrz. np. J. Gruszka, *Żywność w ciąży a zdrowie mamy i dziecka – wybrane aspekty* [w] *Ciąża i narodziny fundamentem przyszłości dziecka. Zagadnienie interdyscyplinarne*, (red.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012. O konsekwencjach niedożywienia dzieci pomiędzy 4 miesiącem życia płodowego a 2 drugim rokiem życia patrz. L. Eliot, *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, Media Rodzina, Poznań 2003, s. 604. Więcej również D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, op. cit., s. 48-50

⁴⁶ D. Kornas-Biela nazywa zachowania z tej grupy przemocą prenatalną, będącą zaniedbaniem dziecka mogącym przybrać postać fizycznego, medycznego lub emocjonalnego zaniedbania. Więcej patrz. D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, op. cit., s. 43-65

środowiskowym, a także od efektów interakcji pomiędzy tymi uwarunkowaniami. Teratogeny należą do grupy czynników „najczęściej pochodzenia środowiskowego, które mogą powodować trwałe zaburzenia budowy lub czynności organizmu, jeżeli narażenie na ich oddziaływanie wystąpi w okresie życia embrionalnego albo płodowego. Mogą to być czynniki środowiskowe, substancje farmakologiczne, środki psychoaktywne czy zatrucia zawodowe”⁴⁷. Zatem jest to grupa czynników, które działając na organizm kobiety, powodują wady u dziecka.

Łatwodostępnym środkiem teratogennym jest alkohol. Z pewnością napoje alkoholowe spożywane przez kobiety będące w ciąży nie pozostają substancją obojętną dla rozwijających się płodów. Efekty mogą być zróżnicowane pod względem ilości i jakości defektów ujawniających się z biegiem czasu u dziecka, sytuujących się na kontinuum od braku skutków, poprzez lekką postać aż po pełnoobjawowy zespół alkoholowy⁴⁸. W łonie matki, dzięki tzw. barierze łożyskowej, dziecko jest chronione przed wpływem niektórych szkodliwych czynników, niestety nie przed działaniem alkoholu. Cząsteczki alkoholu, ze względu na swoje niewielkie rozmiary, z łatwością mogą wnikać do organizmu dziecka, właśnie przez łożysko, już w 2 tygodniu życia płodowego (jest to tym bardziej niebezpieczne, że najczęściej kobiety jeszcze w tym stadium ciąży nie są świadome tego, że będą spodziewać się dziecka). Tak więc ciężarna sama pijąc alkohol, dostarcza go także swojemu dziecku. Szacuje się, że po około 40 minutach

⁴⁷ Za: I. Kowalewski, *Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogenego działania alkoholu na rozwijający się płód* [w:] *Alkoholowy zespół płodu. Teoria. Diagnoza. Praktyka*, (red.) M. Banach, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011, s. 137-138

⁴⁸ Współcześnie w literaturze i praktyce diagnostycznej funkcjonuje kilka nazw zaburzeń, będących efektem spożywania alkoholu przez matki doświadczonych nimi osób w trakcie ich życia płodowego. Ogólnym terminem FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders*) opisuje się całe spektrum skutków rozwojowych występujących u dzieci matek pijących alkohol w okresie ciąży, które mogą obejmować zaburzenia rozwoju fizycznego, umysłowego, zachowania i uczenia się oraz które mogą trwać przez całe życie. Wśród tych poalkoholowych uszkodzeń wyróżnia się następujące kategorie: FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*) oraz FAE (*Fetal Alcohol Effects*) – Alkoholowy Efekt Płodowy, w obrębie którego mieszczą się: pFAS (*Partial Fetal Alcohol Syndrom*) – częściowy FAS, ARND (*Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder*) oraz ARBD (*Alcohol Related Birth Defects*). Dokładniejsze omówienie charakterystyki każdej z tych kategorii patrz. M. Klecka, M. Janas-Kozik, *Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009; T. Jadczyk-Szumilo, *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009

stężenie alkoholu u płodu jest zbliżone do stężenia alkoholu we krwi matki⁴⁹; co więcej po każdej porcji alkoholu spożytego przez matkę, płód jest pijany dłużej niż ona. Tak więc płód jest bezbronny w kontakcie z alkoholem i nie dysponując jeszcze wystarczająco rozwiniętymi zdolnościami metabolizowania go, nie potrafi bronić się przed jego teratogennym wpływem. Obojętnie więc czy jest to okres zarodkowy czy płodowy, to w każdym z nich alkohol, modyfikując czynniki hormonalne, żywieniowe i komórkowe, ma wpływ na procesy zachodzące w tym okresie w rozwoju zarodka, a potem płodu⁵⁰. Zawsze jednak najbardziej wrażliwy na teratogenne właściwości alkoholu jest mózg, który może ulec uszkodzeniom strukturalnym i funkcjonalnym⁵¹. Nie ustalono, jak dotąd, jaka dawka alkoholu i z jaką częstotliwością spożywana mogłaby być jeszcze bezpieczna dla płodu i czy nawet jednorazowe spożycie nawet niewielkiej dawki alkoholu przez kobiety w okresie ciąży może być przyczyną późniejszych trudności rozwojowych u ich dzieci, dlatego propaguje się pogląd, że nie ma dawki alkoholu, którą kobieta może wypić w ciąży bez ryzyka, że wyrządzi to szkody jej dziecku. Niektóre kobiety lekceważą te przestrogi, licząc na to, że skoro negatywne konsekwencje ekspozycji płodu na alkohol mogą występować u 1% wszystkich noworodków⁵², to one pewnie znajdą się w grupie pozostałych 99%, a inne sądzą, że skoro spożywały alkohol we wcześniejszych ciążach i ich dzieci są zdrowe (lub wydają się być zdrowymi), również w kolejnych ciążach mogą sobie pofolgować z piciem alkoholu. Niestety niektóre wady są ukryte i ujawniają się dopiero po kilku latach, a wówczas często już nie wiąże się ich z piciem alkoholu przez matkę w okresie ciąży i wówczas też często jest już za późno na działania zaradcze przynoszące realne efekty.

Kondycja dziecka jest uzależniona również od innych toksycznych substancji przyjmowanych przez matkę. Mowa tu między innymi o niektórych lekach: należy przyjąć zasadę, że każdy lek znajdujący się we krwi matki w mniejszym lub większym stopniu przechodzi do krążenia płodu, przy czym płód jest bardziej wrażliwy na to działanie, co

⁴⁹ Za: D. Hryniewicz, *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007, s. 8

⁵⁰ E. K. Michaelis, M. L. Michaelis, *Komórkowe i molekularne podstawy teratogennych właściwości alkoholu*, [w:] *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, (red.) M. Ślósarska, „Alkohol a zdrowie” nr 17, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 1998, s. 26 i nast.

⁵¹ Więcej na ten temat patrz. S. N. Mattson, T. L. Jernigan, E. P. Riley, *Zastosowanie MRI do badania skutków narażenia na wpływ alkoholu w życiu płodowym. Metoda umożliwiająca głębszy wgląd w istotę FAS*, [w:] *Uszkodzenia płodu wywołane...*, op. cit.

⁵² Witryna internetowa: www.ciazabezalkoholu.pl/fas_skala_wystepowania.html (dostęp 30.09.2010)

prowadzi do wyższego stężenia leków w jego ustroju, głównie z powodu niedojrzałości enzymatycznej układów

116

odtruwania⁵³. Szkodliwe jest także palenie papierosów przez kobiety ciężarne, a także tzw. bierne palenie, powodujące zmniejszenie zaopatrzenia płodu w tlen, spadek przepływu krwi przez łożysko, niedotlenienie, niską masę ciała płodu, krwawienia w czasie ciąży, poronienia, oddzielanie się łożyska, wady wrodzone, przedwczesne porody oraz wzrost śmiertelności okołoporodowej noworodków⁵⁴. Bezdyskusyjna jest także kwestia zażywania narkotyków przez kobiety świadome tego, że w ich ciele rozwija się nowe życie, narażane na niedotlenienie, uszkodzenia wielu układów i powstanie wielu wad rozwojowych⁵⁵.

Okazuje się więc, że matka dystrybuuje nie tylko substancje budulcowe, mineralne, immunologiczne czy tlen, ale także substancje szkodliwe i czynniki chorobotwórcze, które to elementy stanowią o jakości środowiska wewnątrzmacicznego; wynika stąd jasno, że stan biologiczny matki niezaprzeczalnie oddziałuje na dojrzałość, jakość i przeżywalność potomstwa⁵⁶.

Skutki omówionego powyżej teratogennego wpływu alkoholu, a także częściowo innych szkodzących substancji, zależą nie tylko od fazy ciąży, od okresu rozwojowego, w którym zadziałał dany czynnik, od dawki i częstotliwości ich przyjmowania, od rodzaju, siły (natężenia), częstotliwości i długości oddziaływania tych czynników, od genetycznie zdeterminowanej specyfiki biochemizmu ustroju dziecka i cech układu nerwowego, ale również od właściwości związanych z osobą matki: od jej wieku, kondycji zdrowotnej (w tym stanu odżywienia), wyposażenia genetycznego (matki i płodu), barier ochronnych organizmu matki oraz barier tworzonych przez łożysko, genetycznych i paragenetycznych

⁵³ H. Kędzia, *Embriogeneza* [w:] *Medycyna perinatalna*, (red.) Z. Słomko, tom 1, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985, s. 91; G. Bręborowicz, Z. Słomko, *Farmakologia płodu* [w:] *Medycyna perinatalna*, (red.) Z. Słomko, tom 2, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986

⁵⁴ A. Cekański, *Ciężarna a środowisko* [w:] *Medycyna perinatalna*...op. cit., s. 87; D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna*..., op. cit., s. 50-51; U. Dudziak, *Palenie tytoniu a zdrowie rodziny* [w:] *Palenie tytoniu – aspekty medyczne, psychiczne i duchowe*, (red.) R. Jaworski, Płocki Instytut Wydawniczy, Płock 2006, s. 98-101

⁵⁵ D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna*..., op. cit., s. 52

⁵⁶ M. Kosińska, *Stan okołourodzeniowy jako efekt interakcji układu płód – matka – środowisko*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2011, s. 11

czynników organizmu matki, od przyjmowania przez nią kilku substancji psychoaktywnych, a także od prowadzenia przez nią nieregularnego, stresującego trybu życia⁵⁷.

117

Przywołany tu stres doświadczany przez kobietę w ciąży ma ogromne znaczenie, gdyż dzieci wyposażone są w swoisty „radar” rejestrujący treść przeżyć matek⁵⁸.

O wpływie konkretnego czynnika działającego jako stresor w okresie ciąży decydują jego cechy przedmiotowe (np. rodzaj, siła, długość czasu działania), jak i cechy podmiotowe, wśród których najważniejsze znaczenie mają: stosunek do dziecka i siła przywiązania do niego, doświadczenie stanu ciąży (ponieważ w tym okresie zmienia się percepcja bodźców stresowych, te spośród nich, które zagrażają życiu własnemu i najbliższych odbierane są silniej niż normalnie), a także rodzaj i siła niezaspokojonych potrzeb (zwłaszcza potrzeby miłości i bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego)⁵⁹.

Silnie stresogenne są obawy i rozterki, jakie zgłaszane są przez brzemiennie kobiety (dotyczące dziecka, kobiety lub dziecka i kobiety)⁶⁰, które nazwać można ogólnie lękami przed nieznanym. Wszystkie one mogą spletać się z pasywnością, z niskim poczuciem własnej wartości, z brakiem wiary w „lepsze jutro” oraz motywacji i gotowości, by wziąć swój los w swoje ręce, a także z toksycznymi emocjami i uczuciami smutku, strachu, niepokoju, przerażenia, stanami przygnębienia, zniechęcenia, beznadziei, a nawet depresji⁶¹.

Stan emocjonalny kobiety w ciąży okazuje się więc być bardzo istotnym, co tyczy zarówno emocji zabarwionych negatywnie, jak i pozytywnie. Dowodu na to jak pozytywny stan emocjonalny matki wpływa na płód dostarczyły badania przeprowadzone na początku lat 80-tych XX wieku w Izraelu⁶². Umożliwiono ciężarnym kobietom słuchanie muzyki (przez słuchawki, a zatem płody nie słyszały jej), jednocześnie obserwując, za pomocą ultrasonografii, aktywność ich dzieci. Okazało się, że wówczas, gdy matki słuchały swojej

⁵⁷ Za: M. Klecka, *Poalkoholowe spektrum...*, op. cit., s. 7; K. Liszcz, *Jak być opiekunem dziecka z FAS*, Toruń 2010, s. 11; E. K. Michaelis, M. L. Michaelis, *Komórkowe i molekularne...*, op. cit., s. 25; D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, op. cit., s. 57

⁵⁸ J. T. Ham, J. Klimo, *Fetal awareness of maternal emotional states during pregnancy*, *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* 2000, nr 15 (2), za: D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, op. cit., s. 56

⁵⁹ D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, op. cit., s. 65

⁶⁰ Więcej patrz. E. Włodarczyk, *Polka w sytuacji macierzyństwa. W trosce o osiągnięcie i spełnianie wartości macierzyństwa*, *Chowanna* 2008, tom 2 (31), s. 67-68

⁶¹ Tamże, s. 68

⁶² Opis procedury badawczej i wyników badania za: L. Eliot, *Co tam się dzieje?...*, op. cit., s. 118

ulubionej muzyki, dzieci zaczynały się ożywiać, zwałiej poruszać, co prowadzi do wniosku, że ich reakcja była związana ze zmianami w stanie emocjonalnym matek.

118

Istnieją także wyniki badań potwierdzających wpływ negatywnych emocji przeżywanych przez kobiety spodziewające się dzieci⁶³. Wraz z krwią transportowany jest do dziecka tlen, pożywienie, ale także hormony. Te ostatnie to biochemiczny język, którym matka komunikuje się z dzieckiem - jeśli docierają do niego hormony wydzielane w stanie agresji, wściekłości, lęku matki, to metabolizm organizmu dziecka zmienia się na odpowiadający tym emocjom⁶⁴. Zatem dziecko nie jest świadome treści przeżyć psychicznych matki, ale zmiany fizjologiczne zachodzące w jej organizmie pod wpływem negatywnych emocji transmitowane są do niego drogą biochemiczną⁶⁵. Ponadto „zapamiętane” przez organizm dziecka emocje „mają cechy względnej trwałości i mogą decydować o wrodzonej predyspozycji do lękowego, agresywnego lub radosnego wkroczenia w świat poza łonem matki”⁶⁶.

Wydaje się, że zagrożenie jest większe dla dzieci tych kobiet, które przeżyły w okresie ciąży jakieś bardzo stresujące wydarzenie (np. rozwód, utratę pracy, gwałt czy śmierć bliskiej osoby), które znajdowały się w ciągłym silnym stresie (spowodowanym np. chorobą, wymagającą pracą czy ubóstwem), a także te, które mają osobowość szczególnie podatną na stres lub łatwo poddają się niepokojom⁶⁷. Kobieta w ciąży, którą cechuje przeżywanie dużego stresu bądź przewlekłego niepokoju, może „zalewać” noszony w łonie płód kortykosteroidami i katecholaminami; pierwsze z nich przyczyniają się do zaburzeń rozwojowych mózgu oraz zaburzeń behawioralnych, drugie natomiast, osiągając wysoki poziom, ograniczają dopływ krwi do macicy, co zmniejsza dostawy tlenu i składników odżywczych, hamując proces rozwoju mózgu i przyczyniając się do tego, że substancje odżywcze zostają szybciej zużyte⁶⁸. Wyniki badań wskazują też, że stres przeżywany w ciąży łączy się z zaburzeniami neurologicznymi, wyższym współczynnikiem poronień, niższą masą

⁶³ Przeglądu takich badań dokonała np. E. Bielawska-Batorowicz, w: E. Bielawska-Batorowicz, *Psychologiczne aspekty...*, op. cit., s. 117-121

⁶⁴ D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 39

⁶⁵ D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, op. cit., s. 67. O innych tego konsekwencjach – dla matek i dzieci poczęwszy od życia płodowego na ich dorosłości skończywszy patrz. ibidem, s. 66-73

⁶⁶ D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 39

⁶⁷ L. Eliot, *Co tam się dzieje?...*, op. cit., s. 125-126

⁶⁸ Ibidem, s. 122-125

urodzeniową, przedwczesnymi porodami, a także różnorodnymi problemami zdrowotnymi, a być może nawet opóźnieniem rozwoju umysłowego i zdolności ruchowych⁶⁹.

119

Jednoznaczna ocena wpływu stresu na dziecko w okresie prenatalnym jest utrudniona, ponieważ często współwystępuje on z innymi czynnikami ryzyka, niemniej w wielu badaniach potwierdzony został niewielki, ale rzeczywisty wpływ stresu matki na zdrowie i rozwój płodu⁷⁰.

Z pewnością do kolejnych czynników tłumiących rozwój poczucia bycia matką można zaliczyć dotychczasowe nieudane doświadczenia prokreacyjne, tj. wcześniejsze samoistne poronienia, martwe urodzenia, ciąży o powikłanym przebiegu, leczenie niepłodności czy techniki wspomaganego rozrodu⁷¹. Powodują one, że kolejnym ciążom najczęściej towarzyszy wysoki poziom stresu, przewlekły stan niepokoju, napięcie, rozdrażnienie, obniżony nastrój i dystans w nawiązywaniu relacji z dzieckiem w obawie przed jego utratą i poniesieniem kolejnych kosztów emocjonalnych z nią związanych.

Nielatwym jest także stan, w którym kobieta tak silnie nie akceptując rozwijającego się niej dziecka i siebie jako matki oraz zupełnie nie wyobrażając sobie przyszłości z dzieckiem, podejmuje decyzję o aborcji (legalnej lub nielegalnej), względnie o przekazaniu dziecka do adopcji. Z badań M. Kościelskiej⁷² wynika, że zwykle kobiece motywy ewentualnej aborcji dzielą się na trzy grupy: dla dobra dziecka, dla własnego dobra i dla dobra rodziny, przy czym w uzyskanych przez nią wypowiedziach poszczególne argumenty łączyły się i miały charakter uogólnień. Decyzje o usunięciu ciąży bywają często podejmowane w pierwszym jej trymestrze, cechującym się rozchwianiem emocjonalnym, pojawiającym się wskutek zmian neurohormonalnych, odbieranych przez ośrodki emocji, powodując zmienność nastrojów, nieuzasadnione rozdrażnienie, bezprzedmiotowy smutek, niepohamowane reakcje, przeżywanie silnych uczuć od skrajnie radosnych do głęboko

⁶⁹ Ibidem, s. 123

⁷⁰ Ibidem, s. 125

⁷¹ Więcej patrz. E. Bielawska-Batorowicz, *Psychologiczne aspekty...*, op. cit., s. 146-151; J. Dzierżanowska-Peszko, *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.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012; D. Kornas-Biela, *Kształtowanie się przywiązania...*, op. cit., s. 252

⁷² M. Kościelska, *Trudne...*, op. cit., s. 31-32. Podobnie analizy motywów aborcji dokonała D. Kornas-Biela, patrz. D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., Warszawa 2004, s. 187-196

lękowych i depresyjnych, z przewagą ambiwalentnych⁷³. W takim stanie emocjonalnym trudno podejmować racjonalne decyzje, kierować się zdrowym rozsądkiem i rzeczowymi argumentami⁷⁴.

120

Oczywiście przywołane powyżej utrudnienia komplikujące wczesne odpowiedzialne podjęcie roli macierzyńskiej nie składają się na pełny ich katalog, a jedynie stanowią jego fragment. Wiele z nich nabiera na sile wskutek zachodzących w okresie ciąży zmian neurohormonalnych, odbieranych przez ośrodki emocji, powodując rozchwianie emocjonalne, zmienność nastrojów, nieuzasadnione rozdrażnienie, bezprzedmiotowy smutek, niepohamowane reakcje, przeżywanie silnych uczuć od skrajnie radosnych do głęboko lękowych i depresyjnych, z przewagą ambiwalentnych⁷⁵, co czyni te uwarunkowania determinujące „oswajanie się” z rolą matki jeszcze trudniejszymi do przepracowania.

SOS. Będę matką!

Poczęcie dziecka i okres ciąży może stać się doświadczeniem wzbogacającym, stymulującym do osobistego rozwoju, nadającym sens życiu. Nie wszystkim jest jednak dane, by tak to postrzegać; w wyniku wskazanych wcześniej źródeł utrudnień w procesie osadzania się w roli macierzyńskiej dla niektórych kobiet ich ciąża to ciężar, ich brzemiennosc to brzemie, a dziecko to pozytywny wynik testu ciążowego.

Zaczynające się ujawniać w okresie ciąży postawy matek można pogrupować tak jak uczyniła to J. Raphael-Leff, dzieląc kobiety na matki ułatwiające rozwój i matki regulujące rozwój⁷⁶. Matki ułatwiające rozwój charakteryzuje: traktowanie ciąży i macierzyństwa jako potwierdzenia ich kobiecości, radość z poczęcia dziecka, szybkie przystosowanie do stanu ciąży i związanych z nią dolegliwości, podporządkowanie się wymaganiom okresu ciąży, chęć nawiązywania i intensyfikowania nawiązywania z dzieckiem relacji, projektowanie swojej nowej roli, traktowanie dziecka jako odrębnej istoty oraz ułatwianie ojcu dziecka nawiązywania kontaktu z dzieckiem. Odmienne zachowują się matki regulujące rozwój,

⁷³ D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 44

⁷⁴ Ibidem, s. 50

⁷⁵ Ibidem, s. 44

⁷⁶ Za: ibidem, s. 115-116

gdyż one pomimo okresu ciąży zwykle kontynuują dotychczasowy tryb życia, także dużo rzadziej podejmują próby nawiązywania kontaktu z dzieckiem i również, w obawie o stan zdrowia dziecka i utratę kontroli nad własnym zachowaniem podczas porodu, dążą do zastosowania farmakologicznego znieczulenia porodu. Postawy te stanowią dwa krańce teoretycznego continuum, pomiędzy którymi sytuują się kobiety o pośrednich nastawieniach. Oczywiście postawy

121

te w przebiegu ciąży nie muszą być trwałe i niezmiennie; często odczuwanie pierwszych ruchów dziecka czy przeżycie badania USG stanowi punkt przełomowy w urealnieniu się obecności dziecka, silniejszej koncentracji na nim, inicjowaniu kontaktu z nim oraz zmianie postrzegania i wartościowania swojego stanu brzemienności⁷⁷.

W codzienności zaobserwować można szereg przykładów kobiet, które zdają się nie dostrzegać dalekosiężnych skutków swojego postępowania w okresie ciąży⁷⁸. Przestrzec tu należy przed pochopnym ocenianiem ich zachowań, które nie zawsze są przejawem ich niefrasobliwości, podyktowanej wyłącznie lekkomyślnością, lecz niekiedy także deficytami wiedzy, ograniczeniami intelektualnymi, niezaradnością życiową bądź brakiem świadomości ważności pewnych zachowań kobiety w tym okresie.

Niektóre kobiety nie wiedzą (bądź nie wierzą), że wchodzenie w rolę matki można zainicjować podejmując kontakt ze swoim dzieckiem będącym jeszcze w okresie życia płodowego. Więź i miłość do dziecka może narodzić się jeszcze przed jego narodzinami, dlatego warto wykorzystać okres ciąży i próbować nawiązać kontakt oraz stymulować dziecko w okresie prenatalnym, bo – jak przekonują niektórzy – ma to korzystny,

⁷⁷ Więcej na temat korzyści poddania się badaniu USG przez kobiety ciężarne patrz. D. Kornas-Biela, *Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu* [w:] *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, (red.) E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1992, s. 31; D. Kornas-Biela, *Pedagogika prenatalna...*, op. cit., s. 79-84; M. Wojacek, *Wpływ badania ultrasonograficznego na budowanie więzi z dzieckiem w prenatalnym okresie życia*, [w] *Ciąża i narodziny fundamentem przyszłości dziecka. Zagadnienie interdyscyplinarne*, (red.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012; D. Kornas-Biela, *Kształtowanie się przywiązania...*, op. cit., s. 254

⁷⁸ Stawiając w tych rozważaniach w centrum zainteresowania kobiety w ciąży, celowo unikam przyjmowania perspektywy rozwijającego się dziecka i omówienia znaczenia jego prenatalnych doświadczeń dla niego i jego dalszego rozwoju. Doskonale to czyni D. Kornas-Biela w swojej znakomitej, cytowanej tu już kilkakrotnie, książce pt. *Pedagogika prenatalna – nowy obszar nauk o wychowaniu*.

wielopłaszczyznowy wpływ na jego rozwój postnatalny, a także rozwój kobiety w kierunku macierzyństwa.

W świetle wyników badań dziecko prenatalne w piątym miesiącu ma już całkowicie wykształcone zmysły i to na tyle, by mogły zachodzić procesy takie jak odbieranie, selekcjonowanie i rozpoznawanie bodźców, przeżywanie prostych emocji czy kształtowanie nawyków⁷⁹. Wiedząc o tym, można

122

podejmować próby dynamizowania relacji „matka-dziecko” oraz animacji rozwoju (jak się okazuje nie tylko samego dziecka, ale obojga partnerów tej relacji).

Przykładowo, wykorzystując to, że dziecko między 4 a 5 miesiącem życia zaczyna reagować na dźwięki⁸⁰, można śpiewać mu czy przemawiać do niego⁸¹. Zapamiętywanie wrażeń prenatalnych dokumentują obserwacje noworodków, których matki czytały im jeszcze przed urodzeniem tę samą rymowaną bajkę – okazało się, że po urodzeniu dzieci te wołały słuchać głosu matki, a nie innej osoby oraz tylko tej znanej im bajki, a nie jakiejś o innym rytmie⁸². Inne znaczenie w związku z gromadzeniem wrażeń prenatalnych ma przechowywanie w pamięci dziecka bicia serca matki, gdyż rosło ono i dojrzewało w rytmie jego uderzeń, stającym się synonimem stałości i bezpieczeństwa oraz uspokajając dziecko także już po jego urodzeniu się, zmniejszając stres poporodowy i dając poczucie ciągłości⁸³. Udowodniono, że dzieci wolą muzykę, której rytm jest zgodny z pulsem dorosłego człowieka w czasie odpoczynku, a także dźwięki o niskich częstotliwościach, np. dźwięki fagotu, wiolonczeli czy kontrabas. Warto pamiętać o tych preferencjach.

Jeszcze wcześniej, bo w 14-15 tygodniu życia płodowego, ciało dziecka staje się wrażliwe na dotyk⁸⁴, zatem informacja ta może być zachętą do głaskania brzucha i jego czułego dotykania⁸⁵.

⁷⁹ D. Kornas-Biela, *Rodzina w procesie prokreacji* [w:] *Rodzina, bezcenny dar i zadanie*, (red.) J. Stala, E. Osewska, Polne Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2006, s. 512

⁸⁰ Za: E. Lichtenberg-Kokoszka, *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym*, Oficyna wydawnicza Impuls, Kraków 2008, s. 63

⁸¹ Więcej o tym patrz. np. D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 98-103

⁸² *Ibidem*, s. 35-36

⁸³ *Ibidem*, s. 34

⁸⁴ *Ibidem*, s. 24

⁸⁵ *Ibidem*, s. 105-107

Z biegiem czasu kobiety próbują uczyć się odczytywać i interpretować ruchy swojego dziecka, a reagując na nie (np. zmianą położenia swojego ciała czy dotlenieniem się) nawiązuje dialog z dzieckiem, próbując dostosowywać się do siebie wzajemnie i zapewniać poczucie komfortu⁸⁶.

Uważa się, że te, jak się zdaje zwyczajne, czynności nastawione na podejmowanie interakcji z dzieckiem⁸⁷, budują więź obojga rodziców z dzieckiem jeszcze w okresie prenatalnym, stanowiąc podwaliny do

123

wzmacniania więzi w okresie postnatalnym⁸⁸ i, jak można przypuszczać, ułatwiają odnajdywanie się w roli matki (rodzica). Jedną ze zwolenniczek prowadzenia swego dialogu z dzieckiem prenatalnym – E. Lichtenberg-Kokoszka – uważa, że ów dialog z nim to trwanie w świadomości istnienia dziecka i włączanie go w całość biegu własnego życia⁸⁹.

Argumenty przemawiające za komunikowaniem się z dzieckiem w okresie prenatalnym odnaleźć można w korzyściach i dla dzieci (potwierdzają to spostrzeżenia z obszaru psychologii biodromalnej) i dla matek. Okazuje się bowiem, że matki stosujące prenatalną stymulację (w tym formy komunikacji będące afirmacją życia i wyrażających ciepło rodzicielskich) rozwijają swoją osobowość, intuicję i wrażliwość oraz postrzegają swoje dzieci w korzystniejszym świetle: lepiej oceniają okres oczekiwania na ich urodzenie i zazwyczaj są bardziej zadowolone z porodu niż matki, które nie próbowały nawiązać tak wczesnie kontaktu ze swoimi dziećmi, a następnie czują się bardziej rozluźnione w kontaktach z noworodkiem, lepiej rozumiejąc sygnały płynące od dziecka i sprawniej na nie reagując oraz czerpiąc większą radość z kontaktów z nimi⁹⁰.

Część kobiet podejmuje wysiłek, by przygotować się do rodzicielstwa (samotnie lub włączając w to ojca dziecka). Czynią to czytając czasopisma, poradniki, literaturę fachową, biorąc udział w zajęciach w szkołach rodzenia, czerpiąc wiadomości z zasobów internetu oraz od kobiet, które doświadczyły już ciąży i porodu.

⁸⁶ D. Kornas-Biela, *Kształtowanie się przywiązania* ..., op. cit., s. 254

⁸⁷ To podejmowanie interakcji z dzieckiem jest jednym z 3 elementów prenatalnej więzi emocjonalnej – według propozycji E. Bielawskiej-Batorowicz. Por. przypis 1.

⁸⁸ Choć, jak zauważa E. Bielawska-Batorowicz, nie pozwala to jednoznacznie określić jakości postaw rodzicielskich po porodzie (patrz. E. Bielawska – Batorowicz, *Psychologiczne aspekty...*, op. cit., s. 132)

⁸⁹ E. Lichtenberg-Kokoszka, *Ciąża zagadnieniem...*, op. cit., s. 69

⁹⁰ D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 108

Choć okres ciąży to potencjalnie czas, w którym dziecko wnosi w wewnętrzny świat swoich rodziców nowe treści i przeżycia oraz wyprowadza ich poza siebie samych⁹¹, to jednak matki, w różnorodnych okresach swojego macierzyństwa, także tego zapoczątkowanego i przypadającego na okres ciąży, z różnym natężeniem, z różną częstotliwością i różną siłą niszczenia, mogą przeżywać swoiste znużenie, poczucie wyjałowienia, niedoceny, odstawienia na boczny tor⁹². Psychologowie sygnalizują, że niezwykle ważne jest, by osoby, które przeżywają emocje łączone ze stanami depresyjnymi, nie próbowały ich tłumić, bo prowadzić to może do jeszcze poważniejszych obciążających następstw

124

w sferze psychiki, stąd korzystnie jest, by stworzyć im bezpieczne warunki do zwerbalizowania swoich myśli i emocji (pomaga to spojrzeć na swój problem z dystansu, lepiej go zanalizować) oraz odreagowania tychże emocji⁹³.

Zakończenie

Macierzyństwo w swej fazie prenatalnej traktować należy jako szczególne, bowiem „jakość macierzyństwa, którego doświadcza dziecko od pierwszych dni swojego życia aż do dorosłości warunkuje w znacznej mierze to, jakim się staje ono człowiekiem”⁹⁴. Poza tym dbałość o kobiety spodziewające się dziecka jest inwestycją w rozwój społeczeństwa (niestety wielu brak tej dalekowzroczności). L. Eliot przywołuje ważki argument: najnowsze szacunki przypisują oddziaływaniu czynników prenatalnych aż 20% wariacji ilorazu inteligencji⁹⁵ – zatem kondycja omówionych powyżej czynników związanych z osobą matki ma niebagatelny wpływ na przyszłość dziecka.

Skoro ciąża inicjuje role rodzicielskie i jest nośnikiem znaczeń i sensów związanych z macierzyństwem (i ojcostwem)⁹⁶, to opieka i edukacja przedporodowa powinny być podejmowane jeszcze przed okresem koncepcji, ale nie sprowadzać się przy tym do sfery

⁹¹ E. Lichtenberg-Kokoszka, *Ciąża zagadnieniem...*, op. cit., s. 69

⁹² Z. Mińska-Wrzosińska, *Para z dzieckiem...*, op. cit., s. 32

⁹³ E. Włodarczyk, *Polka w sytuacji macierzyństwa...*, op. cit., s. 68

⁹⁴ A. Maciarz, *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 2004, s. 7

⁹⁵ L. Eliot, *Co tam się dzieje?...*, op. cit., s. 601

⁹⁶ D. Opozda, *Stan błogosławiony czy ciężar?...*, op. cit., s. 43

zdrowia i korzystania z gromadzonej wiedzy wyłącznie z zakresu medycyny i położnictwa, lecz winna być rozszerzana o nauki psychologiczne i pedagogiczne. Podobnie jak nie można czekać z wychowaniem dziecka, aż osiągnie określony wiek, tak i skoro macierzyństwo jest procesem, którego początek trudno wyznaczyć bez cienia wątpliwości, należy zacząć od siebie – od przygotowania się do roli rodzicielskiej i świadomości, by od początku towarzyszyć dziecku w rozwoju⁹⁷.

Bibliografia

- Bartosz B., *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002
- Bielawska-Batorowicz E., *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1995
- Bielawska-Batorowicz E., *Psychologiczne aspekty prokreacji*, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2006
- Bręborowicz G., Słomko Z., *Farmakologia płodu [w:] Medycyna perinatalna*, (red.) Z. Słomko, tom 2, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986
- Budrowska B., *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Wydawnictwo Funna, Wrocław 2000
- Cekański A., *Ciężarna a środowisko [w:] Medycyna perinatalna*, (red.) Z. Słomko, tom 2, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986
- Dudziak U., *Palenie tytoniu a zdrowie rodziny [w:] Palenie tytoniu – aspekty medyczne, psychiczne i duchowe*, (red.) R. Jaworski, Płocki Instytut Wydawniczy, Płock 2006
- Dzierżanowska-Peszko J., *Wpływ straty dziecka w okresie prenatalnym na funkcjonowanie psychologiczne matek i ojców oraz kolejnych dzieci [w] Cięża i narodziny fundamentem przyszłości dziecka. Zagadnienie interdyscyplinarne*, (red.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012
- Fijałkowski W., *Rodzenie i stawanie się [w:] Człowiek – wartości – sens*, (red.) K. Popielski, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1996
- Gerhardt S., *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010
- Gruszka J., *Zywnienie w ciąży a zdrowie mamy i dziecka – wybrane aspekty [w] Cięża i narodziny fundamentem przyszłości dziecka. Zagadnienie interdyscyplinarne*, (red.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012
- Jadczyk-Szumilo T., *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009
- Hryniewicz D., *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007
- Karwowska M., *Macierzyństwo wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2007
- Kędzia H., *Embriogeneza [w:] Medycyna perinatalna*, (red.) Z. Słomko, tom 1, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1985
- Klecka M., Janas-Kozik M., *Dziecko z FASD. Rozpoznanie różnicowe i podstawy terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2009

⁹⁷ D. Kornas-Biela, *Wokół początku...*, op. cit., s. 5

- Kornas-Biela D., *Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju* [w:] *Problemy współczesnej psychologii*, A. Biela, Cz. Walesa (red.), Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Lublin 1992
- Kornas-Biela D., *Pedagogika prenatalna – nowy obszar nauk o wychowaniu*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2009
- Kornas-Biela D., *Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu* [w:] *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, (red.) E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1992
- D. Kornas-Biela, *Rodzina w procesie prokreacji* [w:] *Rodzina, bezcenny dar i zadanie*, (red.) J. Stala, E. Osewska, Polwen Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2006
- Kornas-Biela D., *Wokół początku życia ludzkiego*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa 2004
- Kosińska M., *Stan okołourodzeniowy jako efekt interakcji układu płód – matka – środowisko*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2011
- Kościelska M., *Trudne macierzyństwo*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998
- Kowalewski I., *Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód* [w:] *Alkoholowy zespół płodu. Teoria. Diagnoza. Praktyka*, (red.) M. Banach, Wydawnictwo WAM, Kraków 2011
- Kuryś K., *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010
- Lesińska-Sawicka M., *Późne macierzyństwo. Studium socjomedyczne*, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2008
- Lichtenberg-Kokoszka E., *Ciąża zagadnieniem biomedycznym i psychopedagogicznym*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008
- Lichtenberg-Kokoszka E., *Zmiany bio-psycho-społeczne zachodzące w organizmie kobiety, wynikające z poczęcia dziecka* [w:] *Ciąża czy stan błogosławiony? Zagadnienie interdyscyplinarne*, (red. nauk.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierzanowski, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011
- Łoś M., „*Role społeczne*” w nowej roli [w:] *O społeczeństwie i teorii społecznej*, (red.) E. Mokrzycki, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1985
- Maciarz A., *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*, Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa 2004
- Macintyre S., *Kto chce dzieci?*. *Społeczne fabrykowanie „instyktów* [w:] *Nikt nie rodzi się kobietą*, (wybr. i przekł.) T. Hołówka, Czytelnik, Warszawa 1982
- Makiello-Jarża G., *Geneza i rozwój postawy macierzyńskiej*, Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczno-Pedagogiczne, 1972, zeszyt 17
- Michaelis E. K., Michaelis M. L., *Komórkowe i molekularne podstawy teratogennych właściwości alkoholu*, [w:] *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, (red.) M. Ślósarska, „Alkohol a zdrowie” nr 17, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 1998
- Milska-Wrzosińska Z., *Para z dzieckiem czyli niezupełnie poprawne politycznie uwagi o rodzicielstwie*, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza, Warszawa 2005
- Neugebauer M., *Miłość od poczęcia...* [w:] *Studium Rodziny*, (oprac.) T. Rzepecki, Oficyna Współczesna, Poznań 1999
- Opozda D., *Stan błogosławiony czy ciężar? - z psychopedagogicznej problematyki postaw wobec „wczesnego rodzicielstwa”*. *Uwagi wybrane* [w:] *Ciąża czy stan błogosławiony? Zagadnienie interdyscyplinarne*, (red. nauk.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierzanowski, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011
- Parysiewicz B., *Wychowawcza rola matki we współczesnej rodzinie polskiej w świetle badań Katedry Pedagogiki Rodziny Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego* [w:] *Partnerka, matka, opiekunka: kobieta w czasach nowożytnych*, (red.) J. Jakubiak, Wydawnictwa Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Bydgoszcz 2000
- Titkow A., *Miejsce dziecka w świecie wartości*, Warszawa 1982
- Wojaczek M., *Wpływ badania ultrasonograficznego na budowanie więzi z dzieckiem w prenatalnym okresie życia*, [w:] *Ciąża i narodziny fundamentem przyszłości dziecka. Zagadnienie interdyscyplinarne*, (red.) E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2012