

EMILIA LICHTENBERG-KOKOSZKA¹
Uniwersytet Opolski
ORCID ID: 0000-0002-3659-88-20

RODZICIELSTWO ADOPCYJNE I ZASTĘPCZE W KONTEKŚCIE PRENATALNEGO I PERINATALNEGO OKRESU ŻYCIA PODOPIECZNYCH

ADOPTIVE AND FOSTER PARENTING IN THE CONTEXT OF PRENATAL
AND PERINATAL LIFE

Abstract

One of the fundamental conditions of successful adoption is to provide parents with accurate information about the past of the child and his or her family, analyze the impact of his or her experiences on current functioning, and anticipate their long-term effects. Contemporary knowledge of prenatal and perinatal pedagogy, psychology and medicine allows to claim that the earliest - intrauterine period of life is the time of biological, psychological and even social development of man. Since many orphaned children come from dysfunctional families, it is advisable to consider the specificity of their functioning in relation to the prenatal and perinatal period of their lives and even the experiences of previous generations.

Keywords: orphaned child, adoption, prenatal period of life, childbirth

Abstrakt

Jednym z podstawowych warunków powodzenia adopcji jest przekazanie rodzicom dokładnych informacji na temat przeszłości dziecka i jego rodziny, analiza wpływu jego doświadczeń na aktualne funkcjonowanie oraz przewidywanie ich długofalowych skutków. Współczesna wiedza z zakresu pedagogiki, psychologii i medycyny prenatalnej i perinatalnej pokazuje, że najwcześniejszy – wewnątrzmaciczny okres życia to czas biologicznego, psychicznego, a nawet społecznego kształtowania się człowieka. Ponieważ wiele osieroconych dzieci pochodzi z rodzin dysfunkcyjnych, wskazane jest rozpatrywanie specyfiki ich funkcjonowania w odniesieniu do prenatalnego i perinatalnego okresu ich życia, a nawet doświadczeń poprzednich pokoleń.

Słowa kluczowe: dziecko osierocone, adopcja, prenatalny okres życia, poród

WPROWADZENIE

¹ Dr Emilia Lichtenberg-Kokoszka, Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski. W swoich publikacjach oraz prowadzonych badaniach podejmuje problematykę z zakresu pedagogiki, psychologii i medycyny prenatalnej i perinatalnej (okołoporodowej). E-mail: emilia.lichtenberg-kokoszka@uni.opole.pl; www.emilia.opole.pl.

Jednym z podstawowych, niedocenianych wcześniej, warunków powodzenia adopcji, jest przekazanie rodzicom dokładnych informacji na temat przeszłości dziecka i jego rodziny, analiza wpływu jego doświadczeń na aktualne funkcjonowanie oraz przewidywanie ich długofalowych skutków (Stańczak-Kuraś 2016, 34; Miller 2005, 85). Praktyka pokazuje bowiem, że nie da się „zacząć wszystkiego od nowa”, że dziecko już od okresu prenatalnego nie tylko koduje docierające do niego informacje, ale jest wręcz przez nie kształtowane. Najczęściej uważa się, że funkcjonowanie dziecka osieroconego i/lub jego problemy są konsekwencją doświadczeń postnatalnych wyniesionych z domu rodzinnego. Tymczasem ich źródła można doszukiwać się już w okresie prenatalnym² i perinatalnym³, a nawet w doświadczeniach poprzednich pokoleń (Loehlin 2015, 329). Celem niniejszej publikacji jest zatem zasygnalizowanie pewnych źródeł specyfiki rozwojowej dzieci osieroconych oraz wskazanie na niedoceniany dotychczas element, jakim jest najwcześniejszy, wewnątrzłonowy etap rozwoju. Prenatalny okres życia to bowiem czas biologicznego, psychicznego, a nawet społecznego kształtowania się człowieka. Z tego, co spożywa matka, kształtowane jest ciało dziecka, jej emocje wpływają na jego osobowość, komunikacja z poczętym dzieckiem wpływa na jego socjalizację. Tymczasem wiele osieroconych dzieci pochodzi z rodzin dysfunkcyjnych, w których pojawia się alkohol, niezaradność życiowa, ubóstwo, przemoc. Od samego początku swojego życia odbierają zatem informacje o tym, że przyjdzie im żyć w niesprzyjającym środowisku, że życie nie będzie łatwe. Całe ich jestestwo przygotowywane jest zatem do walki o przetrwanie.

1. ODŻYWIANIE

Do niedawna uważano, że płód jest „pasożytem doskonałym” (Pawelczyk 1993, 139), a zatem, że niezależnie od tego, jak odżywia się „ciążarna”, dziecko pobierze z jej organizmu wszystkie niezbędne dla jego rozwoju składniki. Zachęcano zatem kobiety do tego, by prawidłowo się odżywiały nie tyle ze względu na dziecko, co raczej ze względu na siebie. Doprowadzało to do sytuacji stosowania niewłaściwej, niekorzystnej dla potomka diety (np. nadmiernie obfitującej w mleko) oraz egoistycznego koncentrowania się na sobie (a tym samym zamknięcie na potrzeby dziecka). W skrajnych przypadkach pojawienie się objawów świadczących o obciążeniu organizmu matki wpływało na jej niechęć czy wręcz agresję w stosunku do „płodu” – sprawcy wyniszczenia jej organizmu. I choć we współczesnych rodzinach, gdzie dziecko jest planowane i wyczekiwane, pogląd taki nie ma racji bytu, to w sytuacji patologicznej, gdzie ciąży są częste, a dbałość o siebie

²Prenatalny, wewnątrzmaciczny okres rozwoju człowieka obejmuje czas od poczęcia do narodzin.

³Perinatalny, okołoporodowy okres życia człowieka obejmuje ostatni trymestr ciąży (najczęściej od 20-28 tygodnia ciąży), poród i pierwsze kilka dni lub tygodni po porodzie (w zależności od autora wskazuje się na 1-4 tygodnie).

i poczęte dziecko niewielka, pogorszenie kondycji zdrowotnej w okresie ciąży jest powszechne, a co za tym idzie, częstsza jest też niechęć do poczętego dziecka jako winowajcy tego stanu.

Początkowo uważano, że niedożywienie kobiety wpływa przede wszystkim na to, że dzieci rodzą się mniejsze, słabsze, bardziej podatne na choroby, z deficytami w rozwoju fizycznym i psychicznym, że częściej umierają w okresie niemowlęcym czy wczesnego dzieciństwa. Kolejne badania wykazały jednak, że skutki niedożywienia mogą mieć również swoje odległe konsekwencje. Zbyt niski przyrost masy ciała lub niedożywienie w okresie ciąży predysponuje bowiem do wystąpienia w przyszłości otyłości, cukrzycy i wad serca, podwyższonego ciśnienia krwi, nieprawidłowego poziomu cholesterolu, obniżonej tolerancji glukozy, a nawet tendencji do uzależnień (Paul 2011, 25; Spork 2011, 179-183; Eliot 2010, 73)

Do niedawna kobiety, w tym również ciężarne, o niskim statusie socjoekonomicznym kojarzono raczej z niedożywieniem i niską masą ciała. Współcześnie jednak coraz częściej są to osoby otyłe, a ich tusza wynika nie tylko z nieprawidłowych nawyków żywieniowych czy nadmiernego objadania się, ale także z takiego właśnie sposobu radzenia sobie ze stresem. Dzieci matek z nadwagą oraz tych kobiet, które w okresie ciąży nadmiernie przytyły, mogą w przyszłości cierpieć na otyłość czy choroby metaboliczne. Stwierdzono u nich nieprawidłowości w działaniu insuliny, podniesiony poziom sytości wymagający większych ilości pożywienia dla zaspokojenia głodu, nieprawidłowy poziom leptyny i greliny – hormonów regulujących apetyt, większe ryzyko wystąpienia różnego rodzaju wad (Waller et al. 2007, 745-750).

Poczęte dziecko przyzwyczaja się ponadto do smaków zapamiętanych z okresu prenatalnego, preferując je również w okresie postnatalnym. Spożywane przez ciężarną produkty nie stanowią bowiem jedynie budulca ciała dziecka, ale są również dla niego ważnym źródłem wiedzy o świecie pozamacicznym. Dziecko niejako bezkrytycznie przyjmuje, że substancje, które dostarcza do jego organizmu matka, są dla niego dobre. Równocześnie z kształtowaniem preferencji smakowo-zapachowych dziecko dostosowuje swój przewód pokarmowy do przyswajania tych właśnie produktów. Rodzi się zatem z wadliwymi nawykami żywieniowymi, stanowiącymi bazę dla rozwoju wielu chorób.

Problemy pojawiają się również wówczas, kiedy informacje przekazane przez matkę w okresie ciąży są niespójne z tymi, jakie zastaje dziecko po urodzeniu. W sytuacji optymalnej noworodek bezpośrednio po porodzie trafia w ramiona mamy i jest po raz pierwszy przystawiony do piersi. Rozpoznaje najbliższą mu osobę po smaku i zapachu. To zaspokaja jego, jakże ważną, potrzebę bezpieczeństwa. Oksytocyna, która dostaje się do jego organizmu wraz z mlekiem mamy, ułatwia mu kształtowanie więzi z rodzicielką. Tymczasem, gdy decyzja o oddaniu dziecka do adopcji podejmowana jest już w okresie ciąży, najczęściej (ze względu na dobro kobiety) noworodek oddzielany jest od matki bezpośrednio po porodzie. Mocno związany z nią biologicznie i emocjonalnie nie może rozpoznać świata postnatalnego. Kiedy

ostatecznie trafia w obce ramiona (personelu medycznego, mamy adopcyjnej, zastępczej) zostaje otoczony nieznanymi mu dźwiękami, zapachami, rytmem, odczuciami. Niezależnie od tego, jak ciepły, życzliwi i otwarci są jego nowi opiekunowie, dziecko odczuwa zagubienie, odrzucenie, zmieszanie, a nawet agresję.

Owsem, miłość i opiekuńczość rodziców adopcyjnych może w pewnym stopniu zniwelować deficyty powstałe w okresie prenatalnym i okołoporodowym, jednak zawsze pozostaną pewne objawy czy symptomy, przy których ich starania wydają się być niewystarczające. Oddzielenie od matki jest bowiem centralnym doświadczeniem życiowym i poważnie wpływa na rozwój dziecka (Bonus 2006, 52). Matkę i siebie dziecko traktuje jako nierozdzielny zespół. Strata biologicznej matki jest zatem dla niego czymś najgorszym, co może mu się przydarzyć. Dziecko wysyła do matki sygnały, które pozostają bez odpowiedzi, popada więc w stan bezsilności. Żeby przeżyć tę sytuację, musi rozszczepić swoją psychikę. Więzy z rodzicami adopcyjnymi czy zastępczymi budowana jest zatem jedynie w tej części jego psychiki, która nie została „odszczepiona” (Ruppert 2012, 269-270). To powoduje kształtowanie skomplikowanych relacji, które są tym bardziej pogmatwane, im więcej opiekunów na swojej drodze spotkało dziecko. Wielokrotne przerywanie relacji opiekuńczych powoduje bowiem bezsilność, bezradność, zwątpienie, strach i złość. Dzieci, które przeszły wczesną traumę, cechuje wiele charakterystycznych dla nich zachowań, takich jak: napady wściekłości, wandalizm, napady lęku i paniki, odmowa podjęcia jakiegokolwiek wysiłku, stwarzanie sytuacji niebezpiecznych dla siebie i innych, krzywdzenie siebie i innych bez okazywania przy tym empatii, zachowania społeczne (Brągiel i Kurcz 2003, 14-15). Powszechnie stosowaną strategią przetrwania staje się przekraczanie granic (Krüger 2015, 363-364).

2. STRES

Sytuacja psychospołeczna matki i dziecka, kiedy ta już w okresie ciąży rozważa oddanie potomka do adopcji, wydaje się być niezwykle trudna. Decyzję taką podejmują bowiem najczęściej samotne kobiety, pochodzące z ubogich rodzin, o niskim wykształceniu i statusie socjoekonomicznym. Same mogą pochodzić z rodzin dysfunkcyjnych, są niedojrzałe emocjonalnie, o niskim poziomie samoświadomości. Ojcem ich dziecka bywa przypadkowy mężczyzna, który najczęściej jest tak samo nieprzygotowany na rodzicielstwo jako one. Konsekwencją takiego stanu rzeczy jest podniesiony poziom stresu, a w związku z tym również zaburzenia i nieprawidłowości emocjonalne i hormonalne, jakich doświadcza dziecko. Sytuację pogarsza najczęściej brak odpowiednich, stymulujących rozwojowo bodźców, takich jak: dialog z dzieckiem nienarodzonym, brak zainteresowania jego dobrem (dbanie o własną przyjemność), a nawet niechęć do dziecka (w tym świadoma lub nieświadoma chęć pozbycia się go), alkohol, narkotyki, niebezpieczne zachowanie zagrażające zdrowiu i życiu matki i dziecka.

Analizując wpływ stresu, należy wziąć pod uwagę nie tylko poziom jego natężenia, ale również czas trwania oraz stopień rozwoju mózgu poczętego dziecka. Silny lub długotrwały stres, podnosząc poziom kortyzolu w organizmie matki i dziecka, może przeprogramować systemy reakcji stresowej w mózgu rozwijającego się potomstwa, a tym samym zwiększyć podatność na stres oraz choroby z nim związane, takie jak: depresja, bezsenność, ataki serca, fibromalgia, alergie i cukrzyca (Dragan 2014, 169-179). Stwierdzono ponadto, że stres przeżywany przez ciężarną, powodując zaburzenia hormonalne zwłaszcza w zakresie testosteronu, może predysponować do nieprawidłowości w kształtowaniu się tożsamości płciowej poczętych dzieci (Eliot 2010, 128-129).

Warto w tym miejscu podkreślić, że wykształcenie szczególnie wrażliwego systemu reakcji na stres nie jest bezzasadne. Poczęte dziecko przygotowuje się bowiem w ten sposób na szczególnie trudne warunki, w jakich przyjdzie mu żyć. Wyższy poziom nieufności, a nawet bezwzględności, niechęć do penetrowania nowych przestrzeni, niejednokrotnie również szybszy rozwój psychofizyczny ma mu zapewnić większą szansę na przetrwanie.

Miłość rodziców do ich dzieci przejawia się w bliskości fizycznej (głaskanie, przytulanie) jak i psychicznej (dobre myśli, rozmowy, czytanie bajek). Ich troska stabilizuje, już w okresie prenatalnym, poziom hormonów stresu, oraz innych neuroprzekaźników istotnych np. dla zachowań społecznych. Nieprawidłowy stosunek rodziców do dziecka skutkuje natomiast zaburzeniami funkcjonowania systemu hormonów przytulania (oksytocyny i wazopresyny), utrudniając tym samym potomstwu nawiązywanie prawidłowych, bliskich relacji interpersonalnych (Moberg 2016, 35, 70-71; Brisch 2011a, 22-23). Powstaje wówczas poczucie wewnętrznej pustki, problemy z funkcjonowaniem społecznym, z ukształtowaniem prawidłowej więzi z matką adopcyjną, z autorytetami, zaufaniem, niechęć do bliskości emocjonalnej czy fizycznej, większa częstotliwość chorób psychicznych, uzależnienia od alkoholu, zaburzenia osobowości, neurozy, problemy z zachowaniem (Verny 2013, 125; Kolska 2016, 127, 130).

Spragnione miłości i akceptacji dziecko wszelkimi sposobami stara się zdobyć uwagę bliskich mu osób, w tym zwłaszcza matki adopcyjnej. Czyni to jednak w dość specyficzny, prowokujący do jego odrzucenia i wywołujący negatywne reakcje sposób (Fernance 2011, 167-168). Dzieci adoptowane przez wiele lat, również jako dorośli, noszą bowiem w sobie poczucie straty i odrzucenia, a także lęku związanego z ich rodzicami adopcyjnymi, a nawet całym światem (Mickiewicz 2015, 17). Bojąc się ponownego odtrącenia, tworzą niejednokrotnie nieprawdziwy, całkowicie nierealny obraz siebie jako osoby posłusznej, niezdolnej do sprzeciwu czy gniewu (złości) i ukrywają przed światem swoje prawdziwe „ja”. Powoduje to odczucie wewnętrznej niespójności, pewnego rozdarcia, które z kolei prowokuje do prowadzenia wzmocnionej kontroli nad sobą i swoim życiem. Pocieszające jest to, że molekularno-biologiczne procesy kształtujące charakter (zwłaszcza poziom lęku i nadwrażliwości na bodźce stresowe) są odwracalne, a umożliwienie rodzicom adopcyjnym czy zastępczym

podjęcia jak najszybszej prawidłowej opieki nad poranionym prenatalnie dzieckiem pozwala na dokonanie zmian epigenetycznych, a tym samym na stopniowe jego zdrowienie (Spork 2011, 127).

3. DZIECI NIECHCIANE

Lęk odczuwany przez dziecko w czasie ciąży i porodu powoduje powstanie swego rodzaju imprintu (zapisu) w pamięci utajonej. Transmarginalny stres wywołuje bowiem głębokie zmiany w strukturach i funkcjach układu nerwowego, doprowadzając równocześnie do zamykania i blokowania percepcji. A ponieważ systemy mózgowe odpowiedzialne za więź i lęk są ze sobą powiązane – wpływa także na proces kształtowania przywiązania w okresie prenatalnym i postnatalnym, rozwój tożsamości oraz relacje z sobą samym i z innymi. Przeżywana trauma prenatalna i perinatalna wynikająca z braku i/lub utraty więzi z matką powoduje lub pogłębia problemy z samopoznaniem oraz kształtowaniem poczucia własnej tożsamości. Doprowadza to do sytuacji zaburzeń w kształtowaniu więzi oraz nadmierny, narcystyczny związek z *Self*. Tak ukształtowana zdolność (a właściwie niezdolność) tworzenia relacji zostaje zatem pierwotnie zdeterminowana (Jakel 2011, 93-95).

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 rejestruje bowiem w pamięci ambiwalentne uczucia wobec niego oraz sam fakt zagrożenia życia. Odnosi wrażenie, że jest intruzem, że nikogo nie cieszy jego obecność, że nikt z jego powodu nie jest szczęśliwy. Wyrastając w takiej atmosferze, jest przekonane, że nie zasługuje na życie. Jego osobowość, sposób myślenia, zachowania oraz sfera emocjonalna stają się specyficzne, charakterystyczne dla wczesnej traumy. Rozwijają 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 (Dzierżanowska-Peszko 2012, 99). Stan taki utrzymuje się latami, wpływając na zachowania związane z prokreacją oraz własnym potomstwem i stanowi jedną z podstawowych przyczyn nie tylko wielu chorób natury psychosomatycznej⁴, ale również międzygeneracyjnego przekazu traumy.

Z powodu tak wczesnego odrzucenia, dzieci niechciane noszą w sobie także „wrodzony wzorzec odchodzenia” (Fernance 2011, 168). Niezależnie od tego, czy zdają sobie sprawę z tego, że są adoptowane, czy nie, ze względu na brak poczucia przynależności, dążą do tworzenia sytuacji, w których najpierw są chciane i kochane, by następnie prowokować do ich odrzucenia. To ciągłe sprawdzanie ludzi,

⁴ Wymienia się tu między innymi anoreksję, bulimię, zaburzenia seksualne, zaburzenia tożsamości płciowej.

miejsc, zawodów wynika z wewnętrznej potrzeby poszukiwania miejsca, do którego mogłyby przynależeć. P.G. Ney i M.A. Peeters-Ney twierdzą wręcz, że dzieci mają wbudowaną pamięć o systemie rodzinnym, z którego pochodzą (Dzierżanowska-Peszko 2012, 100). Adoptowani mają poczucie, że czegoś im brakuje, że jest w nich jakaś luka, którą mogą wypełnić, jedynie znając swoją przeszłość (w tym rodziców biologicznych). Nie chcąc jednak ranić swoich obecnych opiekunów, mogą nie zadawać niewygodnych pytań i żyć w takim pełnym cierpienia rozdarcu.

Brak biologicznej matki to także brak dostępu do przodków, rodzinnej historii, poczucie wykorzenia, trudność w znalezieniu swojego miejsca. Osieroceni, porzuceni, zrozpaczeni szukają swoich biologicznych rodziców, mając nadzieję, że kiedyś się zjawią, że ich zabiorą. To poszukiwanie nasila się zwłaszcza w sytuacji śmierci rodziców adopcyjnych, zawarcia związku małżeńskiego, własnej ciąży, rozpoczęcia procesu terapeutycznego (Verny 2013, 133). Co ciekawe, to jak wielka będzie potrzeba ich odnalezienia zależy od przyczyn oddania dziecka do adopcji. Potomstwo kobiet, które już w okresie ciąży stworzyło emocjonalny dystans, rzadko kiedy stara się odnaleźć swoich biologicznych rodziców, a jeżeli to czyni, to tylko w celu (najczęściej jednorazowego aktu) uzupełnienia wiedzy o własnej przeszłości. Zupełnie inaczej zachowują się dzieci kochane w okresie prenatalnym. Te, które zostały przekazane do adopcji (niejednokrotnie adopcji ze wskazaniem) w celu zapewnienia im lepszej przyszłości – nie tylko poszukują swoich biologicznych rodziców, ale również rozumieją ich postępowanie i w wieku dorosłym tworzą z nimi pozytywne emocjonalne związki (Verny 2013, 128).

Warto w tym miejscu zauważyć, że dzieci, niezależnie od tego, jak wiele złych wspomnień wyniosły ze swojego rodzinnego domu, kochają swoich rodziców, a – znajdując się w bezpiecznej odległości od nich – zaczynają tęsknić, idealizować ich, pragną do nich wrócić (Kolska 2016, 11). Nie obwiniają ich za to, co się stało, lecz szukają winy w sobie, mają poczucie, że to z nimi jest coś nie tak. Sytuacja ta w połączeniu z obniżonym obrazem siebie, trudnościami w przyjmowaniu darów, w tym miłości, skłonnością do buntu, trudnościami z określeniem własnych pragnień, lękiem dotyczącym bliskości powoduje, że proces akceptacji rodziny adopcyjnej jest trudny, choć nie niemożliwy. Dzieci osieroczone testują rodziców adopcyjnych w specyficzny, nie zawsze uświadamiany sobie sposób, po to, by w sytuacji optymalnej, gdy poczują się „chciane niezależnie od wszystkiego” i kochane bezwarunkowo, odnaleźć swój bezpieczny azyl również w sobie samych, ukształtować właściwy poziom miłości własnej, akceptacji samych siebie i poczucia własnej wartości (Fernance 2011, 170-171). I choć dzieci adoptowane szybko opuszczają swój dom rodzinny, powtarzając niejako wzorzec przedwczesnego oddzielenia, mają też słabiej ukształtowaną więź emocjonalną z rodzicami adopcyjnymi, to jednak zazwyczaj zdają sobie sprawę z dobra, jakiego doświadczyli w nowym domu, oraz trudu, jaki rodzice adopcyjni włożyli, by pomóc im w ich rozwoju.

4. ALKOHOL

Stosunkowo duża grupa dzieci staje się sierotami społecznymi z powodu alkoholizmu matki i/lub ojca. Z tego powodu do procesu przygotowywania rodziców adopcyjnych włączono wykłady dotyczące wpływu alkoholu spożywanego przez ciężarną na dalszy rozwój jej potomstwa.

Płodowy zespół alkoholowy (FAS) obejmuje wiele psychofizycznych objawów: przed i pourodzeniowe zaburzenia wzrastania, obniżoną masę ciała, mniejszy obwód głowy, nieprawidłowości OUN, odchylenia w stanie neurologicznym, opóźniony rozwój psychomotoryczny, obniżony intelekt, zaburzenia zachowania, specyficzną budowę twarzoczaszki (mała głowa, małoocze, wąskie szpary powiekowe, cieńsza wargą górną, brak rynienki wargi górnej, spłaszczona twarz), wady serca, nieprawidłowy rozwój układu kostno-stawowego, wady układu moczowego (moczowo-płciowego). Ponieważ ponad połowa krwi poczętego dziecka płynie do najintensywniej rozwijającego się organu, którym jest mózg, to tam właśnie obserwuje się największą ilość nieprawidłowości zarówno w zakresie struktury jak i funkcji. Alkohol uszkadza hipokamp, płaty czołowe, spoidło i jądra podstawy, mózdzek. Zmniejsza grubość kory mózgowej. Powoduje upośledzenie migracji komórek nerwowych, jej spowolnienie lub wędrowkę do niewłaściwych okolic mózgu. Nadmierna aktywność elektryczna mózgu powoduje obrzęk i uszkodzenie komórek nerwowych. Konsekwencją tych zmian jest opóźniony rozwój mowy, równowagi, słuchu, powonienia oraz nieprawidłowy rozwój ruchowy. Mogą wystąpić zaburzenia rytmu snu, problemy ze zdolnością do reagowania i adaptacji, drżenie, słaby odruch ssania, trudności w wygaszaniu nieistotnych bodźców (nadwrażliwość, nadreaktywność). Obserwuje się upośledzenie pamięci, trudności z rozwiązywaniem problemów, podjęciem złożonej decyzji, przetwarzaniem i magazynowaniem informacji, myśleniem abstrakcyjnym, oceną poznawczą, językiem werbalnym i pozawerbalnym. Pojawia się upośledzenie orientacji wzrokowo-przestrzennej, trudności z uwagą i koncentracją, zapamiętywaniem i przenoszeniem uwagi z jednego zadania na drugie, upór, wycofanie, niski poziom socjalizacji i komunikacji oraz skłonność do zaburzeń zachowania. Mogą pojawić się tendencje do używania, a nawet nadużywania alkoholu czy narkotyków, zachowania antyspołeczne. Wszystkie z wymienionych konsekwencji utrudniają dziecku prawidłowe funkcjonowanie w rodzinie, szkole i społeczeństwie (Eliot 2010, 80-82; Lichtenberg-Kokoszka 2016, 24-27; Kowalewski 2011, 135-146).

Ponadto noworodek matki nadużywającej alkoholu w okresie ciąży może mieć objawy zespołu abstynencyjnego – drżenie, wzmożone napięcie mięśniowe, osłabienie, zaburzenia snu, płacliwość, trudności w ssaniu. Może urodzić się przedwcześnie oraz doświadczać urazów mechanicznych zarówno w łonie matki jak i po porodzie. Jego kondycja psychofizyczna przyczynia się zatem z jednej strony do jego dalszego nieprawidłowego rozwoju, z drugiej – do jego porzucenia, jako dziecka „trudnego w obsłudze”, a w skrajnych przypadkach do przemocy, a nawet jego uśmiercenia.

Warto w tym miejscu wspomnieć również o wpływie alkoholu spożywanego przez przyszyłych ojców, ponieważ alkohol może w sposób bezpośredni toksycznie wpływać na plemniki, powodując drobne, ale zauważalne zaburzenia u dzieci. Stwierdzono między innymi występowanie, u męskiego potomstwa alkoholików, problemów z zachowaniem, upośledzenie zdolności intelektualnych – w tym trudności z przetwarzaniem informacji, uczeniem się i zapamiętywaniem, nadmierną aktywność, nieprawidłowości układu nerwowego (nieprawidłową czynność bioelektryczną mózgu) i endokrynologicznego oraz nieprawidłową odpowiedź hormonalną nawet na krótkotrwałe działanie alkoholu. Zaobserwowano ponadto, że znaczne obniżenie poziomu testosteronu i β -endorfin oraz zmniejszenie masy pęcherzyków nasiennych powodowało nie tylko nieprawidłowości dojrzewania psychofizycznego, ale również ograniczenie płodności w wieku dojrzałym. U potomstwa żeńskiego stwierdzono nieprawidłowe stężenia niektórych podstawowych hormonów stresowych warunkujące nieadekwatne reakcje na stres. Nie zaobserwowano natomiast znaczących zaburzeń uczenia się (Lichtenberg-Kokoszka 2016, 23-24).

ZAKOŃCZENIE

Analizując wpływ prenatalnego i perinatalnego okresu życia dziecka na jego funkcjonowanie w rodzinie adopcyjnej czy zastępczej, należy podkreślić, że niekorzystne zmiany wpływające na jego rozwój mogą być przekazywane kolejnym pokoleniom. Choć przez wiele lat uważano, że we wczesnej fazie rozwoju biologicznego, kiedy kilka komórek płodu izoluje się i staje zaczątkiem komórek jajowych i plemników, są one izolowane od środowiska, a zatem nie mają styczności z epigenetycznymi procesami dopasowania przebiegającymi w ciele i psychice zarówno matki jak i samego poczętego dziecka, współcześnie wiadomo już, że bariera ta wcale nie jest nieprzekraczalna, a programy epigenetyczne można przekazać nie tylko swoim dzieciom, ale nawet dzieciom tych dzieci. Przy czym najbardziej zasadne wydaje się stwierdzenie, że jeżeli czynnik wywołujący zmiany epigenetyczne będzie aktywny w fazie powstawania komórek rozrodczych, to istnieje większe prawdopodobieństwo, że będą one miały wpływ również na dzieci i wnuki. Wynika to z tego, że podczas powstawania komórek produkujących plemniki albo komórki jajowe ich epigenomy mogą gromadzić informacje ze środowiska i transportować je do następnych pokoleń. A zatem doświadczenie przeszłych pokoleń stanowiące „transgeneracyjne epigenetyczne dziedzictwo” (Spork 2011, 18; Bauer 2005, 19) utrudniać będzie nie tylko życie dziecka osieroconego w wieku kilku czy kilkunastu lat, ale również jego funkcjonowanie jako osoby dorosłej, w tym małżonka czy rodzica. Jego potomstwo z dużym prawdopodobieństwem będzie „trudne”, a zatem połączenie jego własnych bio-, psycho-, społecznych deficytów z nieprawidłowościami rozwojowymi jego dzieci predysponować będzie do zaburzeń funkcjonowania rodziny, a nawet do powielania pewnych patologii (Brisch 2011b, 91). Opieka nad człowiekiem osieroconym trwać zatem powinna przez całe

jego życie, a wyznacznikiem sukcesu podejmowanych działań nie może być ocena funkcjonowania podopiecznego, ale jego dzieci i wnuków.

Kończąc, warto raz jeszcze podkreślić, że współczesny poziom wiedzy dotyczącej adopcji podkreśla, że „sama miłość nie wystarczy”, że aby udzielać skutecznego wsparcia i pomocy, potrzebne jest zrozumienie tego, co dziecko przeżyło, na jakie trudne sytuacje było narażone i jak to na nie wpłynęło. Dzieci skrzywdzone wymagają bowiem innego wychowania niż dzieci wzrastające od początku we własnych zdrowych rodzinach (Stańczak-Kuraś 2016, 35), a im trudniejsze dziecko, im dramatyczniejsze jego losy, tym więcej o nim i jego biologicznej rodzinie powinni dowiedzieć się jego przyszli opiekunowie. Rodzic, który wie, czym obciążony jest jego podopieczny, łatwiej poradzi sobie, kiedy pojawią się jakieś trudności w jego rozwoju czy zachowaniu. Dzieci adoptowane pochodzą bowiem z dwóch światów i w ciągu swojego życia muszą te dwa światy połączyć (Kolska 2016, 106) i choć nie jest rzeczą politycznie poprawną twierdzenie, że dzieci adoptowane są inne w porównaniu z pozostałymi dziećmi, to osoby spotykające się z nimi w pracy zawodowej oraz sami adoptowani twierdzą, że taka odmienność jest faktem (Verny 2003, 124).

BIBLIOGRAFIA:

- Bauer, Joachim. 2005. *Das Gedächtnis des Körpers*. München: Piper Verlag GmbH.
- Bonus, Bettina. 2006. *Mit den Augen eines Kindes sehen lernen*, t. 1: *Zur Entstehung einer Frühtraumatisierung bei Pflege- und Adoptivkindern und der möglichen Folgen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Brağiel, Józefa i Alicja Kurcz. 2003. Sytuacja szkolna dzieci z rodzin zastępczych. W: *W świetle dziecka osieroconego i rodziny adopcyjnej*, red. Alicja Kalus, 10-14. Opole: Wydawnictwo Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Brisch, Karl Heinz. 2011a. *Bezpečná vzťahová väzba*. Trenčín: Wydawnictwo F.
- Brisch, Karl Heinz. 2011b. *Poruchy vzťahové väzby. Od teorie k terapii*. Praga: Portál.
- Dragan, Wojciech Łukasz. 2014. *Temperament w pierwszym roku życia. Uwarunkowania genetyczne i środowiskowe*. Warszawa: Scholar.
- 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.
- Eliot, Lise. 2010. *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, tłum. Andrzej Jankowski. Poznań: Media Rodzina.
- Fernance, Robyn. 2011. *Narodzić się...*, tłum. Anna Niedzielska i Piotr Niedzielski, Warszawa: Wydawnictwo NEW DAWN.
- Jakel, Barbara. 2011. Prenatalne korzenie przywiązania w psychoterapii. W: *Ciąża czy stan błogosławiony. Zagadnienie interdyscyplinarne*, red. Emilia Lichtenberg-Kokoszka, Ewa Janiuk i Jerzy Dzierżanowski, 93-116. Kraków: Impuls.

- Kolska, Katarzyna. 2016. *Moje dziecko gdzieś na mnie czeka. Opowieści o adopcjach*. Poznań: W drodze.
- Kowalewski, Ireneusz. 2011. Prenatalny rozwój dziecka w świetle teratogennego działania alkoholu na rozwijający się płód. W: *Alkoholowy zespół płodu. Teoria, diagnoza, praktyka*, red. Marek Banach, 135-146. Kraków: WAM.
- Krüger, Liesel. 2015. Wczesna trauma, adopcja i rodzice zastępczy. W: *Wczesna trauma. Rozpoznawanie i uwalnianie*, red. Franz Ruppert, 359-378. Warszawa: Virgo.
- Lichtenberg-Kokoszka, Emilia. 2016. Wpływ alkoholu spożywanego przez przyszłych i obecnych rodziców na zdrowie kolejnych pokoleń. W: *Wybrane aspekty opieki pielęgniarstwa i położniczej w różnych specjalnościach medycyny*, t. 4, red. Danuta Żurawicka, Małgorzata Zimnowoda i Renata Widziak, 21-28. Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu.
- Loehlin, John. 2015. What Can an Adoption Study Tell Us About the Effect of Prenatal Environment on a Trait? *Behavior Genetics*, 46 (3), 329-333.
- Mickiewicz, Kinga. 2015. Jak dzieci z rodzin zastępczych postrzegają siebie i innych. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2, 16-25.
- Miller, Laurie. 2005. *The handbook of international adoption medicine. A guide for physicians, parents and providers*. Oxford: Oxford University Press.
- Moberg, Kerstin Uvnäs. 2016. *Hormón blízkosti. Rola oxytocínu vo vzťahoch*. Bratislava: Wydawnictwo F.
- Paul, Annie Murphy. 2011. *Origins. How the nine months before birth shape the rest of our lives*. New York, London, Toronto, Sydney: Free Press.
- Pawelczyk, Leszek. 1993. Rozpoznanie ciąży. W: *Położnictwo i ginekologia*, red. Tadeusz Pisarski, 599-669. Warszawa: PZWL.
- Ruppert, Franz. 2012. *Trauma, Angst & Liebe, Unterwegszugesunder Eigenständigkeit. Wie Aufstellungendabeihelfen*. München: Kösel.
- Spork, Peter. 2011. *Drugi kod. Epigenetyka, czyli jak możemy sterować własnymi genotypami*, tłum. Viktor Grotowicz. Warszawa: WAB.
- Stańczak-Kuraś, Małgorzata. 2016. Od czego zależy powodzenie adopcji? Z doświadczeń psychologa praktyka. W: *Rodzina i dziecko – radość obustronna*, 31-49. Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej, Wydział ds. Rodziny i Pieczy Zastępczej.
- Verny, Thomas. 2013. *Rodičovstvo od počatia*. Bratislava: Wydawnictwo Pozsony.
- Waller, D. Kim et al. 2007. Pregnancy Obesity as a Risk Factor for Structural Birth Defects. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161 (8), 745-750.