

OBLICZA MACIERZYŃSTWA

Redaktor
DOROTA KORNAS-BIELA

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO
LUBLIN 1999

Projekt okładki i stron tytułowych
ZOFIA KOPEL-SZULC

Opracowanie techniczne
IRENA GĘBURA

Na okładce reprodukcja obrazu
Lucasa Cranacha *Dziewica z dzieciątkiem pod jabłonią*

Wydanie publikacji dofinansowane
przez Komitet Badań Naukowych

© Copyright by Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1999

ISBN 83-228-0693-0

REDAKCJA WYDAWNICTW
KATOLICKIEGO UNIWERSYTETU LUBELSKIEGO
ul. Konstantynów 1, 20-708 Lublin
tel. 524-18-09 (centrala), 525-71-66 (kolportaż)

Wydanie I. Zam. 216/99

Zakład Małej Poligrafii KUL

Spis treści

Religijne wymiary macierzyństwa

Wprowadzenie.	9
Dorota Kornas-Bieła. Macierzyństwo w nauczaniu Jana Pawła II.	13
Wanda Półtawska. Macierzyństwo darem.	41
Antoni J. Nowak OFM. Powołanie do macierzyństwa, jego godność i świętość.	49
S. Auxiliana Mack. Duchowe macierzyństwo: macierzyństwo kobiet żyjących w dziewictwie.	59

Psychospołeczne aspekty macierzyństwa

Maria Braun-Gałkowska. Mieć dziecko czy być matką.	67
Grażyna Soszyńska. Radość macierzyństwa.	75
Wiesława Stefan. Odkrywane macierzyństwo: rola matki w tworzeniu świata szczęśliwego dzieciństwa.	83
Bogna Bartosz. Współczesne macierzyństwo: szansa czy zagrożenie dla kobiety.	95
Irena Kowalska. Wielodzietne macierzyństwo w okresie społeczno-ekonomicznej transformacji.	109
Krystyna Zając, Bronisława Strojnowska. Wielokrotne macierzyństwo.	129
Blandyna Kołodziej. Wychowanie do macierzyństwa: wychowanie dziewczynki w aspekcie płciowości.	137

Trudności w realizacji biologicznego macierzyństwa

Bogdan Chazan. Medycznie chronione macierzyństwo: profilaktyka niepowodzeń macierzyńskich.	163
Dorota Kornas-Bieła. Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu.	179

Alicja Kałus. Upagnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności.	201
Dorota Kornas-Bieła. Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją.	213
Andrzej Winkler. Zranione macierzyństwo: doświadczenia matek po aborcji.	241
Antonina Gutowska. Darowane macierzyństwo: problemy psychologiczne matek oddających dzieci do adopcji.	247
Maria Szlagura. Otrzymane macierzyństwo: przeżycia matek adoptujących.	259

Macierzyństwo w sytuacjach trudnych społecznie

Katarzyna Litwińska-Malec. Ukradzione macierzyństwo: obraz kobiety i macierzyństwa w wybranych mediach.	269
Bogusława Lachowska. Samotne macierzyństwo.	281
Teresa Kukołowicz. Czasowo samotne macierzyństwo.	289
Marina Zalewska. Trudne macierzyństwo: sytuacja psychologiczna matki z dzieckiem niepełnosprawnym.	297
Iwona Niewiadomska. Udręczone macierzyństwo: specyfika funkcjonowania kobiet w rodzinie z problemem alkoholowym.	303
Dorota Kornas-Bieła. Tragiczne macierzyństwo: psychospołeczny kontekst dzieciobójstwa.	317
Noty o autorach.	337

Dorota Kornas-Biela

Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu

Dane statystyczne dotyczące poronień samoistnych świadczą o ich stosunkowo dużej częstotliwości, gdyż około 50% wszystkich poczętych istot ludzkich obumiera w najwcześniejszym okresie swego rozwoju, a w połowie przypadków dochodzi do tego tak wcześnie, że fakt poczęcia nie zostaje jeszcze stwierdzony. Wśród klinicznie rozpoznanych sytuacji poczęcia dziecka około 10-20% kończy się samoistnym poronieniem. Można stąd wnosić, że tysiące matek i ojców rokrocznie przeżywa niepowodzenie prokreacyjne (np. Wall Haas 1985; Layne 1990). W badaniach prowadzonych w Nijmegen na grupie 2140 kobiet, które poczęły dziecko, okazało się, że u 227 nie doszło do jego urodzenia z powodu straty, przy czym w 85% przypadków było to wynikiem poronienia, a w 15% śmierci dziecka w późniejszym okresie ciąży lub w trakcie porodu (Cuisinier i in. 1996). Wysoka częstotliwość występowania samoistnego poronienia oraz korzystanie z istniejącej przez wiele lat możliwości poddania się aborcji zmniejsza uznanie w odczuciu społecznym znaczenia utraty dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju dla psychologicznego funkcjonowania rodziców. Inaczej mówiąc odmowa statusu człowieka rozwijającej się istocie ludzkiej oraz wysoka śmiertelność poczętych dzieci z powodu zalegalizowanych usług aborcyjnych prowadzi do odrzucenia smutku i żalu jako uzasadnionej reakcji po poronieniu. Kontekst kulturowy naszej epoki odmawia więc kobiecie prawa do przeżywania żałoby po poronieniu (Wetzel 1982; Layne 1990; Brier 1999). Przeżycia matek, jako normalna reakcja na trudną sytuację życiową, w której nastąpiła strata dziecka i deprywacja ważnych biopsychicznych potrzeb, nie są rozpoznane i akceptowane ani przez rodzinę, ani przyjaciół ani personel medyczny (Stack 1984). Często są dopiero identyfikowane i składają otoczenie do troski o matkę, gdy manifestują się patologiczną postacią poczucia winy, żalu i depresji (Hall i in. 1987). Brak zrozumienia ze strony otoczenia wynika również często z faktu niewiedzy, że doszło do niepowodzenia ciążowego, gdyż matka nie zdążyła jeszcze powiadomić innych o poczęciu dziecka, a teraz trudno jej mówić o stracie. Nie może więc liczyć na rozumienie jej przeżyć i reakcji.

Częstotliwość i długość trwania emocjonalnej reakcji po poronieniu

Reakcje związane z samoistnym poronieniem są zazwyczaj podobne do tych, które towarzyszą stracie dziecka w wyniku aborcji (Adu 1996), śmierci wewnątrzmacicznej lub śmierci dziecka po urodzeniu, jak też z powodu urodzenia dziecka z wadą, chociaż są zwykle mniej intensywne i krócej trwające (por. Kornas Biela 1992, 1996). Niektórzy badacze udowadniają, że nasilenie żalu, smutku i niepokoju bezpośrednio po poronieniu jest podobne do tego, jakie występuje po stracie bliskiej osoby (Nikcevic 1998b). Nie ma wątpliwości, że przeżycia te stanowią mniej lub więcej nasilony uraz psychiczny (Brody 1980; Pizer, Paliński 1980; Jimenez 1982) i powodują powstanie wielu konsekwencji w psychospołecznym funkcjonowaniu kobiety (Golańska, Bacz 1988, Deckardt i in. 1994). Jedni badacze stwierdzają, że każda kobieta jest dotknięta psychologicznymi następstwami poronienia, chociaż reakcje są indywidualnie zróżnicowane (Wall Haas 1985), inni zaś nie identyfikują procesu żałoby u wszystkich kobiet badanych. Nie ma też zgody co do częstotliwości jego występowania. Są badania dokumentujące jego wysoką częstotliwość (np. 96% – Turner i in. 1991). Läßle, (1991) podsumowując dotychczas publikowane badania stwierdza, że 50-80% kobiet doświadcza po poronieniu żałoby, zaś Beutel i in. wykryli żal i depresję u 52% matek (1995). Najczęściej identyfikuje się u około połowy kobiet objawy żalu i depresji uchwytne w badaniach metodami psychologicznymi (np. za dobre skale w tym zakresie uważane są Edinburgh Postnatal Depression Scale oraz General Health Questionnaire (Lee i in. 1997). Zmienność danych co do częstości objawów wynika z ich zmienności pod wpływem czasu, np. Nikcevic i in. stwierdzili nasilenie klinicznych objawów depresji i niepokoju u 45% kobiet w 10 tygodni po poronieniu i tylko u 15% w 14 tygodni (1998a).

Negatywne przeżycia związane z poronieniem trwają z różną siłą przez okres tygodni, miesięcy a nawet lat. Z badań wynika jednak, że przeciętnie między pół rokiem a rokiem rodzice powoli zaczynają radzić sobie ze stratą dziecka, np. w badaniach prowadzonych w szpitalu w Dublinie okazało się, że u 75% matek korzystających z usług Kliniki Poronień reakcja żałoby trwała około miesiąca, 21% z nich cierpiało natomiast długotrwale z powodu głębokiego smutku i żalu (Turner i in. 1991). Zwykle, jeśli pojawiają się objawy zaburzeń psychiatrycznych, to w 70% dochodzi do tego w pierwszym miesiącu po stracie (Neugebauer i in. 1997). W badaniach angielskich prowadzonych w Medycznym Centrum w Nottingham połowa matek badanych po 4 tygodniach od poronienia przejawiała objawy depresji (Friedman, Gath 1989). Dla jednego rodzica zakończy się ten okres nagle, zwykle wskutek jakiegoś zdarzenia życiowego, dla innych będzie to stopniowe przystosowywanie się. Zawsze

jednak jakieś zdarzenia, osoby lub rocznice mogą przywołać uczucie bólu i żalu po stracie dziecka.

Przeżycia matek po samoistnym poronieniu

Proces żałoby po stracie dziecka ma różne fazy i czasami zaczyna się jeszcze przed zaistnieniem poronienia, w efekcie pojawienia się zagrożeń dla jego życia, np. krwawienia w ciąży będącego sygnałem niebezpieczeństwa śmierci (Kowalski 1991). W początkowym etapie matka przeżywa **szok**. Charakteryzuje go ogólne pobudzenie lub przeciwnie, odrętwienie uczuciowe. Wtedy matka, czując się jakby sparaliżowana psychicznie, nie potrafi przejawiać jakichkolwiek uczuć, nawet płakać. Sprawia wrażenie, że nie przeżywa nic szczególnego, że nie doświadcza straty. Stan ten może trwać parę godzin, dni lub tygodni.

Następnie może pojawić się etap **zaprzeczania** faktu poronienia, niewiara w to, co się stało, intensywne zaabsorbowanie myślami i wyobrażeniami dotyczącymi dziecka, poczucie „pustego łona”, tzn. odczuwanie obecności dziecka w łonie i dolegliwości ciążowych. Jeśli poronienie nastąpiło w późniejszym okresie rozwoju dziecka, może też pojawić się objaw „pustych ramion”, tzn. odczucie obecności dziecka w domu, przesłyszenia dziecięcego płaczu, uczucie ciężaru lub swędzenia ramion, ból w klatce piersiowej, poczucie fizycznej pustki w sobie i wokół siebie, uczucie wyczerpania bez umiejętności odprężenia się. Do tego dołącza się wiele dolegliwości fizycznych.

W miarę uświadamiania sobie przez matkę nieodwracalności faktu utraty dziecka pojawia się cała gama uczuć (np. Rosenfeld 1991), a u niektórych nawet objawy zaburzeń psychicznych, np. w badaniach Seibel i Graves przejawiało je 25% kobiet (1980). Wśród dominujących uczuć można wyróżnić *agresję* (np. chęć wykrzyczenia bólu, zniszczenia czegoś) oraz **złość** do siebie, ludzi i Boga. Towarzyszą temu pojawiające się stopniowo uczucie **smutku** i żalu po stracie, które czasem mogą przybierać postać patologicznego żalu (Hall i in. 1987) lub depresji (Hayton 1988) i które mają wpływ na życie małżeńskie, rodzinne i zawodowe (Läpple 1991).

Doświadczenie **żalu** jest rozłożone w czasie i ma wiele etapów (np. Leppert i Pahlka wymienili 7 stadiów, 1984), które charakteryzują się innym dominującym uczuciem. Beutel i in. (1995) udowodnili, że trzeba rozróżnić reakcję żalu od reakcji depresji. Oba te stany uczuciowe są nasilone po poronieniu, ale u jednych matek dominuje żal, u innych depresja, a u jeszcze innych kombinacja obu tych stanów. Rokowanie jest jednak lepsze, jeśli matka reaguje uczuciem żalu niż stanami depresyjnymi. Jeśli matka pozwoli sobie na wyrażenie bólu z powodu straty dziecka, na żal, smutek i zachowania związane z procesem opłakiwania jego śmierci oraz na stopniowe uwalnianie się z zaabsorbowania

myśleniem o nim, to zwykle ostra i dotkliwa faza procesu żałoby mija w ciągu 4-6 tygodni (por. klasyczne badania – Lindemann 1944). W badaniach Turner i współpracowników 75% kobiet zeznała, że poradziła sobie z intensywnym uczuciem żalu w ciągu pierwszego miesiąca po poronieniu (1991). Dane empiryczne natomiast dotyczące długości trwania depresji po poronieniu wskazują na jej tendencję do zalegania, jest ona bowiem bardziej związana z osobowościową predyspozycją, a nie, tak jak żal – z sytuacyjną reakcją na stratę. Friedman i Gath (1989) uzyskali wynik wskazujący na istotne (czterokrotne) nasilenie depresji u połowy kobiet w miesiąc po przebytym poronieniu. W badaniach prowadzonych w Instytucie Psychiatrycznym w Nowym Jorku przez Neugebauer i in. (1992) objawy stanu depresyjnego udokumentowano 3 razy częściej u kobiet w pół roku po poronieniu, niż w grupie kontrolnej. W badaniach prowadzonych w Klinice w München zaobserwowano, że żal po stracie zanika w ciągu pół roku po poronieniu, około 20% kobiet natomiast, które zareagowały na poronienie rozpaczą, silnym napięciem, wyrzucaniem sobie tego, co się stało i fizycznymi objawami chorobowymi, nie mogło sobie z nimi poradzić, a nawet między pierwszym i drugim rokiem po poronieniu ich poczucie winy i depresja nasiliła się (Deckardt 1994).

U wielu niespełnionych w swym macierzyństwie kobiet stwierdza się dręczące je **poczucie niesprawiedliwości losu i krzywdy**, głębokie poczucie nie-szczęścia, **bezzradności**, ograniczenie zainteresowań, **zobojętnienie** i bierność. Dołącza się do tego często uczucie **niepokoju**, trudności z koncentracją uwagi, zaburzenia snu i jedzenia, podatność na skaleczenia i spowodowanie wypadku, podatność na choroby (Rich 1991). Silna i długotrwała depresja oraz tłumione uczucie żałoby (nieodżałowana strata) powodują bowiem zaburzenia funkcji limfocytów T, co zmniejsza odporność organizmu i zwiększa ryzyko zachorowania, np. częstsze przeziębienia, a nawet choroby nowotworowe (Läpple 1991).

Poronienie dziecka wywołuje również **lęki**, które mogą być bardziej lub mniej konkretne, np. lęk o szkodliwe, uboczne działanie leków podtrzymujących ciążę, lęk przed koniecznością ograniczenia liczby dzieci w rodzinie, lęk przed dezakceptacją niepowodzenia macierzyńskiego przez członków rodziny. Ten stan lękowy rozszerza się na całość jej życia. Kobieta może odczuwać strach, iż coś równie niebezpiecznego co spotkało jej nienarodzone dziecko, grozi jej lub jej bliskim i może odczuwać lęk np. przed wyjściem z domu, jazdą samochodem, podróżą bliskiej osoby.

Poronienie narusza potrzebę samorealizacji kobiety w ważnej dla niej sferze macierzyństwa, stąd jako jego konsekwencja może pozostać **niestałość emocjonalna, zaburzenia nastroju** (płaczliwość, drażliwość, skłonność do odczuwania przygnębienia), **poczucie mniejszej wartości**, poczucie bycia „złą matką”, ambiwalentne postawy wobec macierzyństwa, **zaburzenia seksualne** i dysfunkcjonalne układu rozrodczego (wynik procesu somatyzacji).

Ze względu na lęk przed następnym niepowodzeniem prokreacyjnym niezaspokojone zostają najważniejsze potrzeby kobiety: potrzeba bezpieczeństwa, macierzyńska, posiadania obiektu miłości, pozytywnego obrazu siebie. Silne pragnienie zaspokojenia tych potrzeb może prowadzić do poczęcia dziecka w krótkim czasie po poronieniu, ale jednocześnie silny lęk przed niepomyślnym zakończeniem okresu ciąży może mieć działanie poronne lub powodować wewnątrzmaciczną śmierć dziecka w późniejszym okresie ciąży (Golańska, Bacz 1988; Kornas-Biela 1997).

Niektóre matki po stracie dziecka przeżywają *kryzys religijny*, buntują się przeciw woli Bożej; czują złość do Boga, za to, że dopuścił śmierć dziecka; mają wątpliwości, czy rzeczywiście Bóg jest dobrym i kochającym Ojcem, skoro nie pomógł w tej sytuacji; doświadczają poronienie jako karę za grzechy i odczuwają lęk przed dalszymi wyrokami sprawiedliwości Bożej; boją się „zemsty” ze strony Boga; stają się dewocyjnie i neurotycznie religijne lub przeciwnie „obrażają się” na Pana Boga i zrywają związki z Kościołem.

Przyczyny poronienia w doświadczeniu kobiety

Traumatyczność przeżyć związanych z poronieniem wywodzi się między innymi z faktu, że najczęściej trudno jest ustalić konkretną przyczynę tego, co się stało. Dla kobiety poronienie oznacza utratę poczucia kontroli nad własnym życiem, wyzwala uporczywe poszukiwanie przyczyny tego, co się stało, dręczące myśli o niewykorzystanych możliwościach zapobieżenia mu w przeszłości i o możliwościach ustrzeżenia się przed podobnymi doświadczeniami w przyszłości. Rozważając przyczynę poronienia kobiety poszukują jej (Mad-den 1988):

- we własnej osobowości, np. „jestem zbyt nerwowa”, „miałam dużo stresów”;
- we własnym zachowaniu, np. stało się tak dlatego, że „upadłam”, „wspinałam się”, „dźwigałam ciężar”, „uderzyłam się w brzuch”, „za mało wypoczywałam”;
- w zdarzeniach, które zaszły, np. „miałam grypę”, „ta praca mi szkodzi”, „pociąg bardzo turkotał”;
- w postępowaniu innych ludzi, np. męża, kogoś z rodziny, lekarza.

Czasem poszukiwania przyczyny poronienia przyjmują postać analizowania każdego drobnego szczegółu zachowań własnych lub innych ludzi. Zapewnienia personelu medycznego, że kobieta nie zrobiła nic takiego, co przyczyniłoby się do poronienia, są często nieskuteczne. Człowiek cechuje się bowiem tendencją do poszukiwania racjonalnego uzasadnienia ważnych wydarzeń życiowych, zapewnienia sobie poczucia kontroli nad tym, co mu się w życiu zdarza. Trudno przychodzi zaakceptowanie prawdy, że nie wszystko jesteśmy

w stanie w życiu przewidzieć i nie zawsze możemy zabezpieczyć się przed niepowodzeniem.

Nawet jeśli przyczyna poronienia jest znana (np. aberracja chromosomowa u dziecka), to i tak niektóre matki dręczą się pytaniem „skoro to tak rzadki przypadek, dlaczego wydarzył się akurat mnie?”. Może wtedy zrodzić się poczucie winy za dawne niewłaściwe postępowanie moralne (związane zwłaszcza z życiem seksualnym) i traktowanie poronienia jako kary za grzechy. W konsekwencji kobieta podejmuje jakieś zachowania ekspiacyjne, celem wyciszenia lęku o los przyszłego dziecka. Poczucie winy jest jednym z najtrudniejszych konsekwencji poronienia, gdyż nie łatwo można sobie z nim poradzić, dlatego czasem potrzebna jest pomoc psychologiczna (Leppert, Pahlka 1984; Frost 1996). Tym bardziej, że fakt wystąpienia u dziecka wady wrodzonej sprzyja obniżeniu poczucia własnej wartości i myśleniu o sobie w kategoriach osoby niepełnosprawnej w sferze prokreacyjnej.

Na poczucie winy, zwłaszcza patologiczne, narażone są szczególnie kobiety o niskim obrazie siebie i poczuciu własnej wartości. Mają one tendencję do przypisywania sobie odpowiedzialności za niepowodzenia życiowe, w tym prokreacyjne. Przypisując sobie winę, nie potrafią się z niej uwolnić ani sobie przebaczyć (por. Nikcevic i in. 1998a). Depresja jest również bardziej nasilona u tych matek, które mają poczucie, że same lub ich mężowie zaniedbali podjęcia albo zaniechania jakiś działań, które mogły zapobiec wystąpieniu poronienia (McCook 1990; Nikcevic i in. 1998b). Obwinianie siebie (a zwłaszcza swojej osobowości, np. nerwowości) lub bliskiej osoby za spowodowanie poronienia jest szczególnie niekorzystną formą radzenia sobie ze stresem tej sytuacji i nie zmniejsza depresji, gdyż możliwość kontroli biegu zdarzeń w następnej ciąży nie zależy tylko od zachowania kobiety. Również rady innych osób co do podjęcia konkretnych działań zapobiegających poronieniu w następnej ciąży nie zmniejszają smutku w obecnej sytuacji, przeciwnie, są komunikatem wskazującym na obarczanie jej przez otoczenie odpowiedzialnością za to, co się obecnie stało i za zdarzenia w przeszłości (Madden 1988).

Doświadczenia nawykowych poronień

Szczególnie trudna sytuacja spotyka matkę, jeśli doświadcza ona kolejnych, wczesnych strat swoich dzieci. Dotyczy to około 1% rodziców (Katz, Kuller 1994). W 50% można stwierdzić wtedy u dziecka specyficzne anomalie chromosomalne. Prawdopodobieństwo kolejnego poronienia po pierwszym wynosi 10-13%, po dwóch poronieniach 40%, po trzech 60%. Przegląd literatury wskazuje na słabe zainteresowanie badaczy psychologicznymi przyczynami i skutkami nawykowych poronień. Tymczasem powstaje tu błędne koło negatywnych somatopsychicznych i psychosomatycznych oddziaływań, utrwalanie

się nieprawidłowych mechanizmów regulacyjnych osobowości, co prowadzi do ukształtowania się pewnych stałych cech (Łuczak, Pisarski 1991). Sytuacja psychologiczna staje się coraz trudniejsza – nie jest to pierwsza ciąża, a jednak nie było porodu i nie ma dziecka; nie ma się dziecka, a jednak jest się matką po stracie dzieci; były dzieci, ale matczyzna myśl o nich i uczucia do nich nie mają się na czym oprzeć, bo nie ma śladów ich obecności.

Badania psychologiczne wskazują, że w sytuacji poronień nawykowych występuje tendencja do nagromadzania się negatywnych skutków związanych z niemożliwością realizacji macierzyństwa i utratą potomstwa. Kobiety te cechuje obniżone samopoczucie; poczucie winy i wstydu; tendencja do poniżania siebie i niskie poczucie własnej wartości; skłonność do porównywania się z innymi kobietami, zwłaszcza z teściową; negatywny obraz siebie jako kobiety niepełnosprawnej (niezdolnej mieć dziecko) oraz obraz własnego ciała jako fizycznie niepełnowartościowego (niezdolnego „wyprodukować” potomstwo); poczucie niemożności bycia choć w minimalnym stopniu „dobrą żoną” (dobra żona rodzi mężowi dzieci); zazdrość wobec innych kobiet, które są w ciąży lub mają dzieci; unikanie sytuacji kontaktu z małymi dziećmi (np. pokazywanych w filmach scen szczęśliwego rodzinnego życia). Po każdej stracie nasila się rozczarowanie, zniechęcenie i depresja. W badaniach prowadzonych w Instytucie Psychologii w Regensburgu stwierdzono, że zaburzenia psychiczne, nieefektywne sposoby radzenia sobie ze stresem, niska kontrola emocji oraz nasilenie depresji są typowymi objawami po nawykowych poronieniach (Läpple 1989a, b, c). Wśród cech psychologicznego funkcjonowania wyróżnia się również labilność emocjonalna, wrogość i krytycyzm w stosunku do otoczenia i siebie, zawężenie kontaktów społecznych (Łuczak, Pisarski 1991) oraz małe zadowolenie z partnera i trudności w adaptacji do wymagań życia małżeńskiego. Na przeżywanie depresji i niepokoju oraz konflikty małżeńskie narażone są szczególnie te kobiety, u których kolejne poronienia nastąpiły po wcześniejszej aborcji (Klock i in. 1997).

Każdej kolejnej ciąży towarzyszy silny lęk przed stratą i to trwający przez cały okres ciąży, chociaż bywają okresy jego szczególnego natężenia. Są nimi: pierwszy trymestr ciąży, zwłaszcza ten tydzień lub nawet dzień, w którym doszło do uprzednich niepowodzeń, sytuacje pojawienia się ewentualnych dolegliwości lub komplikacji w przebiegu ciąży oraz okres porodu. Kobiety skarżą się zwykle na wiele niekorzystnych objawów, które niepokoją je, a które są wynikiem nasilonego stanu napięcia, np. skurcze, bóle brzucha, ogólnie złe samopoczucie fizyczne. W razie wystąpienia komplikacji lub hospitalizowania nasilający się niepokój wzmacnia koncentrację na własnym ciele, reakcję depresyjną, zachowania regresyjne i zależnościowe (por. Motyka 1990, s. 154). Kobieta ma wtedy silną potrzebę doznawania opieki, czasem domaga się jej wyraźnie (np. wizyt, badań, leków, interwencji medycznych), najczęściej jednak przejawia ją poprzez uległość wobec personelu, bierność, zachowania infantyl-

ne, odcięcie się emocjonalne. Dominującym sposobem kontroli stanu emocjonalnego jest sytuacyjna modyfikacja napływających, np. z własnego ciała, bodźców emocjonalnych oraz niewykorzystanie uspokajających autoperswazji i przetwarzania informacji. Uruchamiają się przy tym niedojrzałe mechanizmy obronne, np. projekcja, wyparcie, obrona percepcyjna, fałszywe racjonalizacje (Łuczak, Pisarski 1991).

Dotychczasowe niepowodzenia prokreacyjne prowadzą do tego, że w następnej ciąży pojawia się tendencja do zaangażowania psychicznego bardziej w przebieg ciąży niż w towarzyszenie rozwojowi dziecka. Nawiązywanie kontaktu z dzieckiem, z powodu lęku przed ewentualnością pożegnania się z nim, zostaje odroczone (Chao 1977). Naturalną tendencją jest odsuwanie w czasie procesu tworzenia się przywiązania do niego, opóźnianie przygotowań na jego przyjście, wstrzymywanie się z dalekosiężnymi planami, gdyż w razie następnego niepowodzenia, matka w swoim odczuciu straci bardziej ciążę niż dziecko. Otoczenie zasypuje zwykle radami, które mają pomóc w zabezpieczeniu się przed niepowodzeniem, ale trudno je wszystkie zrealizować.

Kobiety z doświadczeniem niepowodzeń ciążowych potrzebują informacyjnych i emocjonalnych form wsparcia jeszcze przed poczęciem następnego dziecka, a zwłaszcza w następnej ciąży. Jeśli nie pomoże się im wyjść z kręgu depresyjnego zamknięcia, to ich stan emocjonalny może być psychogenną przyczyną kolejnego poronienia (Läpple 1989a, b, c; Mac Lean, Cumming 1993; Klock i in. 1997; por. Kornas-Biela 1997). Poza tym wymagają one nie tylko terapii podtrzymującej w obecnej sytuacji oraz pomocy w nawiązaniu kontaktu z dzieckiem, ale również terapii wglądowej, celem przepracowania tych problemów, które od strony psychogennej są przyczyną niepowodzeń ciążowych (Łuczak, Pisarski 1991).

Niektóre czynniki modelujące przeżycia matki po poronieniu samoistnym

Fakt, iż przeżycia psychiczne kobiet po poronieniu samoistnym są bardzo zróżnicowane, wskazuje na rolę różnych modyfikujących je czynników. Przy czym należy zaznaczyć, że wpływ tych czynników nie jest jednoznaczny i wyniki badań są czasem jakby sprzeczne ze sobą, gdyż przeżycia kobiet nie są prostą konsekwencją sumy działania kolejnych czynników, ale ich współgrania ze sobą, znoszenia wagi jednego z nich przez obecność drugiego (Lee, Slade 1996).

Jednym z czynników jest *pleć*. Na przeżywanie żałoby po poronieniu narażona jest szczególnie kobieta, ze względu na jej biologiczne zaangażowanie w proces rozwoju dziecka przed urodzeniem oraz wcześniejsze niż u ojca tworzenie się przywiązania do niego. U mężczyzn stwierdza się czasem brak, cza-

sem zaś słabe nasilenie uczuć smutku i żalu. Najczęściej jednak reakcja emocjonalna występuje, ale trwa krócej i jest maskowana powściągliwością w ekspresji przeżyć (Beutel i in. 1996). Wynika to z kilku przyczyn. Po pierwsze, jeśli już komukolwiek przyznaje się prawo do żałowania straty dziecka po poronieniu, to kobiecie, przeżycia mężczyzn natomiast są „czarnym kontynentem”. Nerozpoznane i nienazwane, do których nie wypada mu się przyznawać. Po drugie, zachowanie dystansu uczuciowego wynika ze stereotypu męskiej roli oraz zgodnego z nim sposobu przeżywania i nie ujawniania swoich uczuć. Mężczyzna stara się nie odstaniać swego „ja” i przyjmować pozycję „silnego dębu”. Po trzecie, ta pozycja jest istotnym elementem stereotypu roli męża we wspieraniu żony po poronieniu. Doświadczając negatywnych uczuć nie może sobie pozwolić na ich ujawnienie, gdyż od niego wymaga się, by okazywał żonie współczucie i pomagał jej radzić sobie z żałobą. Jego własne uczucia natomiast, muszą być stłumione (por. Johnson M.P., Puddifoot, 1996; Puddifoot, Johnson 1997).

U niektórych ojców ich negatywne uczucia po poronieniu występują z opóźnieniem (Lasker, Toedter 1991) i ujawniają się w postaci zachowań niepożądanych, np. wzmożenie palenia papierosów, picia alkoholu. Wielu mężczyzn jest przytłoczonych sposobem przeżywania przez żonę żałoby po stracie, nie potrafi sprostać jej oczekiwaniom w stosunku do niego, przeżywa napięcia w kontakcie, a to sprzyja konfliktom i chęci utrzymania dystansu wobec żony (Beutel i in. 1996). Dysproporcja w przeżywaniu przez małżonków tego okresu wywołuje z kolei u kobiety poczucie osamotnienia, niezrozumienia i obojętności ze strony męża, nasila stany depresyjne, a pretensje do niego wzmagają konflikty. Różnice międzypłciowe w przeżywaniu smutku i żalu występują ostro w pierwszym okresie po poronieniu. W miarę upływu czasu zaś zanikają (Goldbach i in. 1991).

Czynnikiem modyfikującym reakcję kobiety po poronieniu jest również **pragnienie dziecka**. Im silniejsze pragnienie dziecka, tym jego strata jest bardziej odczuwana. Z wielu badań wynika, że jeśli kobieta nie ma jeszcze dziecka, długo na nie czekała, lub miała już uprzednio poronienia, to jej pragnienie dziecka jest zwykle silniejsze, a tym samym reakcja na jego utratę jest bardziej intensywna (np. nasilenie depresji może być tak duże, że wymaga leczenia psychiatrycznego) niż u kobiety, która nie chciała dziecka, ma już co najmniej jedno dziecko lub u której zdarzyło się to po raz pierwszy (Bowers 1985; Friedman, Gath 1989; Iles 1989; Cuisinier i in. 1990, 1996; Cecil 1994; Neugebauer i in. 1997; Brier 1999). Pragnienie dziecka mogło przejawiać się w zaplanowaniu jego poczęcia – wtedy uczucie żałoby i smutku jest silniejsze, występuje u prawie wszystkich kobiet i są one bardziej skłonne do poszukiwania pomocy, np. uczestnictwa w grupach wsparcia (Turner i in. 1991; Prettyman i in. 1993). Na chroniczny natomiast żal połączony z depresją i przeżywanie patologicznych objawów po poronieniu narażone są te kobiety, które miały

ambiwalentny stosunek do dziecka, które życzyły sobie, aby ono się nie poczęło lub rozmyślały decyzję o aborcji (Hall i in. 1987; Beutel i in. 1995), doświadczały w ciąży negatywnych uczuć z nią związanych, które poczyniły wiele przygotowań na urodzenie dziecka, które mają niestabilną sytuację rodzinną lub zawodową (Beutel i in. 1993).

Przeżycia kobiet w sytuacji niespełnionego macierzyństwa zależą również od **wieku dziecka**. Im później w przebiegu ciąży następuje poronienie, tym jest ono zasadniczo trudniejsze do przeżycia (Toedter, Lasker, Alhadeff 1988; Iles 1989; Goldbach i in. 1991; Brier 1999), np. żal i smutek jest silniejszy (Cuisinier i in. 1993), gdyż w miarę mijania kolejnych tygodni po poczęciu, kobieta zaczyna postrzegać siebie jako matkę i przywiązywać się do dziecka. Jednak szybkość i siła tworzenia się więzi między matką i dzieckiem zależą od wielu czynników, nie tylko związanych z jego wiekiem. Z drugiej strony wiadomo, że proces żałoby łatwiej przebiega, jeśli odbyły się ceremonie pożegnalne i pozostały po zmarłym jakieś pamiątki. Tymczasem w sytuacji poronienia matka nie ma wyobrażenia wyglądu, płci lub innych cech dziecka. Nie ma też rytuałów pożegnalnych, nawet tych związanych z formalnościami urzędowymi, dlatego proces żałoby napotyka na trudności. Otoczenie nie przyznaje jej prawa do opłakiwania straty „zlepka komórek”, „czegoś, z czego miało rozwinąć się dziecko”. Dlatego zapewne w niektórych badaniach długość trwania ciąży nie okazuje się zmienną istotnie decydującą o nasileniu objawów żałoby (Neugebauer i in. 1997).

Jednym z czynników wpływających na tworzenie się przywiązania do dziecka i proces żałoby po jego stracie jest ***sposprzeganie go jako odrębnej istoty i identyfikacja z rolą matki*** (np. Mc Cook 1990). Umiejętność rozróżnienia między swoim własnym stanem zwanym ciążą a osobą dziecka jest funkcją jego wieku, ale nie tylko. Ważna jest również w tym zakresie wiedza matki dotycząca jego prenatalnego rozwoju, osobiste przekonania matki dotyczące statusu ontycznego płodu, stopień identyfikacji z rolą matki. Wiele matek już w drugim i trzecim miesiącu po poczęciu pierwszego dziecka myśli o nim jako o realnej osobie, a o sobie jako matce. Mają one poczucie istnienia dziecka, a nie tylko faktu ciąży, dlatego poronienie przeżywają jako utratę bliskiej osoby, stratę macierzyństwa. Szczególnie wyraźnie mają takie wyobrażenie o dziecku te matki, które widziały jego obraz na ekranie ultrasonografu lub słyszały bicie jego serca (Kornas-Biela 1996, s. 108-109). W tym wypadku poronienie oznacza dla matki stratę dziecka, a nie tylko przerwanie jej stanu ciążowego. Doświadczenie poronienia jest u nich głębsze niż u tych kobiet, które koncentrowały się dotychczas wyłącznie na swoim stanie fizjologicznym, odbieranym najczęściej z perspektywy odczuwanych dolegliwości, a rozwijające się dziecko było traktowane jako zlepek komórek. Jednak nawet wtedy, niektóre kobiety, chociaż nie ujmowały dziecka jako odrębnego od nich indywiduum, reagują na

poronienie jak na stratę części siebie, tzn. podobnie jak po amputacji lub utracie funkcji jakiegoś narządu (Connolly 1989).

Poronienie *poprzedzone komplikacjami w przebiegu ciąży* daje zwykle inny obraz doświadczeń macierzyńskich. Długo trwające komplikacje ciążowe prowadzą do zainwestowania przez matkę (i jej rodzinę, co stanowi dodatkowe obciążenie dla niej) znacznie więcej starań, aby urodzić dziecko, niż wtedy, gdy poronienie występuje nagle, dlatego reakcja po stracie jest silniejsza (Rich 1991, s. 162; Brier 1999). Matka poświęciła wiele nakładów finansowych, swojego czasu i energii na ratowanie życia dziecka, zrezygnowała ze współżycia seksualnego, z pracy zawodowej i z wykonywania wielu codziennych czynności. Rozstała się z bliskimi, nieraz na długi okres pobytu w szpitalu, narażając się na dyskomfort samotności i lęk o los dalszego pożycia małżeńskiego oraz poczucie zaniedbania starszych dzieci z powodu braku opieki z jej strony. Wszystko to okazało się niewystarczające, aby zapewnić dziecku życie. Stąd jej smutek, żal, poczucie bezradności i złość mogą być bardziej nasilone.

Niektóre *typy osobowości* mogą być szczególnie predysponowane do niewłaściwego przeżywania poronienia, np. mające wcześniej problemy ze zdrowiem psychicznym, przejawiające stany depresyjne, kobiety neurotyczne, podatne na stres i o nieefektywnych sposobach radzenia sobie z nim (Iles 1989; Lasker, Toedter 1991; Nikcevic i in. 1998b; Brier 1999), o negatywnym obrazie siebie i obniżonym poczuciu własnej wartości (Hobfoll, Liberman 1987, Nikcevic i in. 1998a).

Connolly (1989) omawiając poglądy Bowlbe'go na temat roli wczesnych doświadczeń we własnej rodzinie, wymienia osobowości kobiet szczególnie podatne na długotrwałe i intensywne przeżywanie nieprawidłowych form żałoby po stracie dziecka w wyniku poronienia. Są to:

- *kobiety, których związki z ludźmi są pełne niepokoju i ambiwalencji*. Są to osoby, które w dzieciństwie doznały odrzucenia uczuciowego i do tej pory poszukują obiektu miłości. Freud nazywał ten objaw „silną fiksacją na obiekcie miłości”. Utrata poprzez poronienie takiego obiektu może wywołać panikę i zaburzone formy zachowań. Poza tym nieobecni uczuciowo rodzice, nie dostarczyli wzorów radzenia sobie z trudnościami, dlatego kobiety te są mało wytrzymałe na stres i niepowodzenia w życiu. Podobnie reagują osoby, które przeżyły wczesną utratę bliskiej osoby i z tego powodu nie doznały miłości w dzieciństwie (Lasker, Toedter 1991).
- *Kobiety, które odczuwają przymus opiekowania się innymi*. Są to osoby, które były w dzieciństwie odpowiedzialne za opiekę nad kimś, np. chorym rodzicem lub rodzeństwem. Osoby te nie są w stanie szukać pomocy dla siebie w sytuacjach trudnych, nie potrafią pozwolić sobie na słabość, bezradność i niepowodzenie, przeciwnie, czują konieczność wspierania innych. Mają potrzebę posiadania kogoś, kto wymagałby od nich opieki i ochrony. Jako matki są zaborcze i nadmiernie ochraniające dziecko, na sytuacje poronienia

zaś reagują rozpaczą po utracie obiektu, który wymagał od nich opieki oraz wyolbrzymionym poczuciem winy i odpowiedzialności za niesprawdzenie się w roli protektora.

- **Kobiety, które manifestują chłód uczuciowy i niechęć do wchodzenia w związki emocjonalne z innymi.** W historii ich dzieciństwa spotkać można przypadki śmierci rodziców lub też brak uczuciowej łączności między członkami rodziny. W rodzinie macierzystej nie stosowano ekspresji uczuć, a ich wyrażanie było tłumione. Jako osoby dorosłe, albo w ogóle nie mają podstaw do przeżywania smutku po stracie dziecka w okresie prenatalnym, gdyż nie były w stanie związać się z nim uczuciowo, albo też sprawiają wrażenie osób nie zaangażowanych, gdyż nie potrafią uzewnętrznić swoich przeżyć.
- Kobiety, które mają **negatywne lub ambiwalentne stosunki z ludźmi**, zwłaszcza z rodzicami i u których dominuje skrywana wrogość do innych, są narażone na doświadczanie patologicznej żałoby po stracie dziecka. Szczególnie trudną sytuacją jest konieczność poradzenia sobie z żalem po poronieniu, jeśli nastąpiło ono w krótkim czasie po innej stracie, np. jednego z rodziców, zwłaszcza jeśli stosunki z nim układały się źle i nic już nie może poprawić tej sytuacji (por. Hall i in. 1987).

Relacje z mężem są następnym czynnikiem wpływającym na jakość przeżyć związanych z poronieniem. Pozytywne relacje z mężem oparte na pełnych zaufania kontaktach, poczucie intymnej bliskości z nim, satysfakcjonujące współżycie małżeńskie, ogólnie pozytywna ocena życia małżeńskiego – zmniejsza negatywne reakcje po poronieniu, obniża ryzyko patologicznej depresji (Hobfoll, Leiberma 1987; Toedter, Lasker, Alhadeff 1988).

Przeżycia kobiet po poronieniu zależą również w dużym stopniu od uzyskanego **wsparcia**. Wpływ wsparcia zależy od tego, kto go udziela i jaki ma ono charakter. Najbardziej istotnym jest dla kobiety wsparcie uzyskane przez męża, jej matkę oraz inne osoby z rodziny (Cecil 1994; Brier 1999). Uzyskanie różnorodnych form wsparcia, informacyjnego, emocjonalnego i instrumentalnego jest najbardziej efektywnym czynnikiem, który skraca trwanie okresu żałoby po poronieniu (Iles 1989; McCook 1990; Lasker, Toedter 1991). Szczególnie ważne jest zachowanie lekarza, który może znacząco pomóc, aby poczucie żalu, winy i frustracji było mniej dokuczliwe (Wells 1991). Prawie wszystkie kobiety potrzebują po poronieniu wsparcia w postaci rozmów z personelem medycznym, a około 1/3 potrzebuje poradnictwa psychologicznego. Brak możliwości uzyskania odpowiedzi na dręczące je pytania powoduje patologiczne nasilenie objawów depresji i niepokoju (Nikcevic 1998b).

Wśród czynników, które powodują trudności w poradzeniu sobie z żałobą po poronieniu, trzeba również wymienić **stan zdrowia matki**. Badania podłużne grupy 194 kobiet wskazały, że ważną rolę w nieumiejętności rozwiązania problemów związanych ze stratą dziecka odgrywa ogólny zły stan zdrowia i fizycznej kondycji kobiety oraz obecność uprzednich zaburzeń osobowości

lub choroby psychicznej (Toedter, Lasker, Alhadeff 1988) oraz wczesnych strat z powodu aborcji (Brier 1999). U prawie połowy kobiet po poronieniach, które chorowały wcześniej na depresję, pojawia się nawrót choroby i wymagają one leczenia psychiatrycznego (Beutel i in. 1995; Neugebauer i in. 1997). Również kobiety neurotyczne doświadczają po poronieniu bardziej nasilonych negatywnych reakcji emocjonalnych, poczucia społecznej izolacji i niskiej jakości życia, co ma wpływ na przeżycia w kolejnej ciąży i korzystanie z diagnostyki prenatalnej (Hunfeld i in. 1996). Typowe psychiatryczne konsekwencje poronienia to depresja, silny niepokój i zaburzenia po stresie urazowym (Frost 1996).

Zachowanie personelu medycznego jako czynnik modyfikujący przeżycia matek po poronieniu

Szczególnie negatywnym doświadczeniem dla kobiety jest stosunek personelu do niej jako pacjentki i matki. Kobiety ujawniają wiele smutku, złości, poczucia osamotnienia i zaniedbania, z powodu postawy personelu do nich. Najczęstsze skargi kobiet dotyczą tego, że personel medyczny był zbyt zajęty, aby z nimi rozmawiać; nie uzyskały dostatecznej informacji i opieki medycznej po poronieniu; spotkały się w szpitalu z nietaktowną reakcją na ich sytuację i były pozbawione podtrzymującego kontaktu z innymi kobietami o podobnym doświadczeniu (Cuisinier i in. 1990). Spostrzeganie personelu medycznego jako niewrażliwego na przeżycia kobiet i nie udzielającego wsparcia emocjonalnego jest częstym zjawiskiem po poronieniu, np. w badaniach prowadzonych przez Condon (1987) 1/3 kobiet skarżyła się na brak podtrzymującego wpływu personelu ginekologiczno-położniczego na ich przeżycia po tzw. późnym poronieniu, Friedman zaś badając 67 kobiet w miesiąc po poronieniu, uzyskał istotny wskaźnik niezadowolenia z uzyskanej opieki medycznej (1989). Pacjentki skarżą się, że stosunek lekarzy do nich był „chłodny, oficjalny i naukowo obiektywny” lub też „nieautentyczny” czy „moralizatorski” (por. Jarosz, 1978, s. 293). Ogólnie można powiedzieć, że kobiety doświadczają braku profesjonalnej pomocy psychologicznej po poronieniu (Lee, Slade 1996).

Zachowania personelu medycznego wobec matki po poronieniu zależą od różnych czynników. Jednym z nich jest status społeczny kobiety, np. badania 309 pielęgniarek położniczych wykazały, że im wyższy status społeczny pacjentki i im bardziej równy własnemu statusowi pielęgniarki, tym większa umiejętność docenienia znaczenia i głębokości przeżyć matki po poronieniu oraz konieczności udzielenia jej pomocy (Reed 1990).

Przyczyną negatywnych doświadczeń matek w kontakcie z personelem medycznym jest fakt, że poronienie jest sytuacją trudną nie tylko dla niej, jej męża, najbliższej rodziny, ale również dla personelu szpitala. Niepowodzenie prokreacyjne jest również w pewnym sensie niepowodzeniem w sztuce lekarskiej

i wymaga poradzenia sobie z tą sytuacją przez osoby odpowiedzialne ze strony medycznej za prawidłowy przebieg ciąży. Wiele badań wskazuje na to, że psychologiczne znaczenie poronienia jest inne dla matki, inne dla ojca, inne dla dziadków, a jeszcze inne dla personelu medycznego, stąd dysproporcja w reakcjach i wzajemnych oczekiwaniach oraz niezadowolenie z kontaktu po obu stronach (Roberts 1991). Personel nie rozpoznaje poronienia jako znaczącego doświadczenia życiowego i popełnia w tej sytuacji wiele błędów jatrogennych, które wzmagają stres kobiety (por. Jarosz 1978). Często też odczuwa niechęć do przeprowadzania rozmów z nią, unika kontaktu, posługuje się wypowiedziami ogólnymi lub niezrozumiałymi dla niej, używa ostrych słów. Celem zrozumienia sytuacji kontaktu personelu z matką doświadczającą straty dziecka w wyniku poronienia należy wziąć pod uwagę kilka aspektów:

- Poronienie, które występuje w sposób samoistny, uznawane jest za ***naturalny, choć niepożądany sposób zakończenia ciąży***, stąd kobiety, które ronią, są traktowane jako normalne pacjentki, nie wymagające żadnej specjalnej uwagi i pomocy, poza ściśle medycznym zabezpieczeniem prawidłowego funkcjonowania ich organu rozrodczego, np. wyczyszczenia macicy z resztek płodowych. Lekarze najczęściej nie mają więc świadomości, jak głębokie przeżycia i jak długo trwające są następstwem faktu poronienia i nie doceniają ich wpływu na stan zdrowia pacjentki oraz przebieg następnej ciąży. Dla matki nie jest to jednak stan naturalny, nie myśli ona kategoriami lekarza, lecz czuje, że utraciła możliwość posiadania dziecka i wszystkiego, co z tym związane (np. z rolą macierzyńską, z pozytywną percepcją siebie przez męża, krewnych).
- ***Wysoka częstotliwość niepowodzeń prokreacyjnych***, w tym poronień, powoduje, iż postępowanie lekarza staje się rutynowe. Personel medyczny pracujący na oddziale patologii ciąży jest przyzwyczajony do tego, że poronienia są częstą, pospolitą formą zakończenia okresowo zmienionego stanu fizjologicznego kobiety. Nie zawsze rozumie i docenia znaczenie tego, co stało się w życiu konkretnej kobiety i jej rodziny, a co nie jest, tak jak dla niego ich codziennym doświadczeniem, nie mogą więc kierować się rutynową reakcją. Dla matki jest to nieraz niezwykle tragiczne wydarzenie życiowe, dlatego oczekuje specjalnego traktowania. Ma potrzebę, by inni solidaryzowali się z nią w jej bólu i smutku po stracie. Szczególnie boleśnie odczuwa traktowanie jej jako jeszcze jednego przypadku. Okazywane natomiast niezadowolenie ze stosunku personelu do niej, wpływa z kolei na jego satysfakcję z własnej pracy i potęguje ucieczkowe reakcje (unika jej, stosuje zakamuflowane sposoby rozładowania agresji, np. ironię), a to na zasadzie błędnego koła potęguje jej poczucie niezrozumienia ze strony personelu i przedmiotowego traktowania.
- ***Specyfika zawodu ginekologa*** powoduje koncentrację na pomyślnym „prowadzeniu ciąży” i na „utrzymaniu ciąży”, dla rodziców zaś, a zwłaszcza dla

kobiety, rozpoczął się okres rozwoju ich dziecka i kształtowania się miłości do niego. Personel jest więc skupiony na stanie fizjologicznym kobiety zwanym ciążą i na jej podtrzymaniu, matka natomiast odczuwała odmienność dwóch rzeczywistości: nowej istoty ludzkiej oraz ciąży, jako stanu podtrzymującego nowe życie. Personel medyczny często nie akceptuje negatywnych objawów przeżywania żałoby po poronieniu i domagania się przez kobietę, by uwzględnił jej stan emocjonalny (Stack 1984), gdyż w jego mniemaniu poronienie zakończyło fizjologiczny stan ciąży, od którego jest specjalistą, dla rodziców natomiast oznacza śmierć dziecka i stratę tego wszystkiego, co wniosłoby w ich życie. Dla personelu – nie było urodzin, tzn. nie było śmierci. Poronienie jest ujmowane jedynie jako potencjalna lub na tyle mała strata, że nie uzasadniająca żalu po niej (por. Lovell 1983).

- **Podważanie statusu ontycznego dziecka** jest częstą postawą lekarzy ginekologów, którzy na co dzień borykają się z koniecznością przyjmowania jednocześnie różnych ról – opiekuna nienarodzonych dzieci i ich matek oraz abortera. Mechanizmem obronnym radzenia sobie z negatywnymi skutkami dokonywanej aborcji jest odmawianie istocie we wczesnym etapie jej prenatalnego rozwoju statusu człowieka. Dlatego po poronieniu kobieta nie jest traktowana jako matka, która utraciła dziecko, ale jako pacjentka po łyżeczkowaniu macicy. Dlatego też trudno o psychologiczną przestrzeń dla tej matki na oddziale ginekologicznym (por. Lovell 1983).
- Lekarz może akceptować jedynie ograniczoną **konceptję swojej pracy**, w której swoją rolę ujmuje jako aktywne badanie i leczenie organizmu. Uważa, że wraz z zakończeniem ciąży również jego rola zakończyła się i powinien teraz swój czas poświęcić pacjentkom w ciąży, a nie tej, która już w ciąży nie jest. Koncentracja na fizjologii i aktywności powoduje brak zainteresowania z jego strony przeżyciami pacjentki i bierną postawę słuchacza. Objawy opłakiwania straty albo w ogóle nie są przez niego dostrzegane, albo uważa, że jego rolą nie jest przyjęcie pasywnej pozycji człowieka słuchającego wynurzeń kobiety celem leczenia jej duszy. Uważa, że ocieranie też należy do rodziny.
- W edukacji zawodowej personelu medycznego odczuwa się wyraźny **brak przygotowania do przeprowadzania rozmów z rodzicami w trudnych sytuacjach niepowodzeń prokreacyjnych**. Brak wiedzy i umiejętności w zakresie kontaktu z pacjentką i jej rodziną po stracie bliskiej osoby prowadzi do przyjęcia postawy unikania. Kontakt wydaje się bowiem zbyt trudny, ryzykowny, budzący lęk i poczucie bezsilności, bezradności i zakłopotania.
- Personel medyczny może również po nieudanej próbie podtrzymania życia dziecka przeżywać **smutek i żal**. Musi sobie radzić z poczuciem własnej bezradności, przygodności i podatności na cierpienia i śmierć, z własnym stosunkiem do problemu śmierci. Wielu lekarzy nie ma pogłębionej wizji sensu życia, cierpienia i śmierci, stąd nie czuje się na siłach, by rozmawiać o tym z pacjentką (por. Knapp 1979). Unikanie pacjentki i utrzymywanie dystansu

- mogą być sposobami obrony przed pogłębianiem tych przykrych doznań. Kobieta odbiera to natomiast jako obojętność i chłód uczuciowy.
- Personel medyczny może odczuwać ***trudność w wyjaśnianiu pacjentce, dlaczego*** doszło do samoistnego poronienia, zwłaszcza jeśli pacjentka zadaje wiele wnikliwych pytań, a przyczyny poronienia nie są znane. Rozmowa, w której lekarz ma przyznać się do swojej (niezawinionej) niewiedzy, rodzi obawy przed zmniejszeniem własnego autorytetu w oczach pacjentki i utratą jej szacunku do medycyny.
 - Personel medyczny może mieć ***poczucie odpowiedzialności za to, co się stało*** (niezależnie od obiektywnej sytuacji), tzn. poczucie, że z braku jego kompetencji zawodowej lub z winy słabego wyposażenia czy organizacji szpitala nie udało się przeciwdziałać poronieniu. Unikanie kontaktów z pacjentką jest wtedy podświadomą próbą obrony przed poczuciem winy, a nie stosowne uwagi formą przerzucenia agresji na ofiarę.
 - Personel medyczny może ***odczuwać, że to pacjentka obarcza go odpowiedzialnością*** za niemożność uratowania dziecka, stąd rozmowę z nią uważa za zbyt trudną, bezsensowną, nie chce się tłumaczyć i usprawiedliwiać przed kimś, kogo uważa za mniej wykształconego i kompetentnego, a jej oskarżenia za bezsensowne i nieprawdziwe.
 - Personel nierzadko ***uważa, że to pacjentka jest odpowiedzialna za poronienie*** (np. poprzez swój styl życia, późne zgłoszenie się do lekarza). Wtedy trudno mu darzyć ją współczuciem i przejmować się jej smutkiem. Lekko-myślne, jego zdaniem, postępowanie pacjentki wywołuje brak szacunku do niej, a nawet złość.

Zakończenie

Wszystkie badania potwierdzają fakt, że z punktu widzenia zdrowia psychicznego ważne jest radzenie sobie ze stresem poronienia poprzez ujawnienie swego smutku, żalu i złości. Tłumienie tych uczuć prowadzi do zalegania stanów depresyjnych, niepokoju, nieadekwatnych i nieprzewidywalnych reakcji (np. wpadanie w furję w sytuacjach lub na widok osób przypominających fakt poronienia), zachowań infantylnych (jak to małe dziecko, którego nie ma) lub typu „acting out”, zaburzeń w kontaktach z ludźmi, zwłaszcza z mężem i dziećmi w rodzinie (Lindemann 1944; Stirtzinger, Robinson 1989) oraz depresją i zaburzeniami relacji z dzieckiem po urodzeniu w wyniku pomyślnie zakończonej kolejnej ciąży (Agterberg i in. 1997).

Doświadczenie poronienia jest szczególne, właściwe tylko tej matce, dlatego personel medyczny powinien w atmosferze dyskrecji, prywatności, zaufania, szacunku dla jej osobistej godności starać się zrozumieć znaczenie poronienia w kontekście historii jej życia, aby okazując współczucie i dając oparcie, zapo-

biec rozprzestrzenianiu się negatywnych konsekwencji wczesnej straty dziecka (Stead 1996), zwłaszcza, że dotyczy ona wszystkich członków rodziny, ojca i żyjących dzieci (Frost 1996), u których mogą pojawić się objawy charakterystyczne dla „ocaleńca” (por. Kornas-Biela 1998). Jak najwcześniej po poronieniu kobieta powinna mieć okazję do rozmowy i uzyskania odpowiedzi na wiele nurtujących ją problemów, np. dlaczego to się stało, jak wysokie jest ryzyko ponownego poronienia, jak można mu zapobiec (Brier 1999).

W wielu krajach funkcjonują grupy wsparcia dla kobiet po poronieniu. Najczęstszymi problemami przepracowywanymi w trakcie spotkań grupowych są: złość z powodu braku rytuałów związanych z opłakiwaniem straty dziecka; trudności z uznaniem straty ciąży jako straty dziecka i swojej roli jako rodzica; szukanie przyczyny i głębszego znaczenia tego co się stało; dokonanie powiązania między swoimi postawami wobec człowieczeństwa, rodzenia się i śmierci; wpływ zmedykalizowania ciąży i nowych technik medycznych na doświadczenie poronienia (Layne 1990). Matki potrzebują zarówno wyczerpującej i odpowiednio podanej informacji, słuchania ich problemów oraz poradnictwa (Stack 1980; Roberts 1991; Kornas-Biela 1992, 1996). Wiele matek potrzebuje również wsparcia ze strony religijnej, zwłaszcza rozmowy z duchownym oraz przeżycia ceremonii religijnych poświęconych osobie dziecka i pomagających rodzinie pożegnać się z nim.

Profesjonalna pomoc matkom po poronieniu powinna być obligatoryjną częścią opieki położniczej (Leppert, Pahlka 1984), w której jest również miejsce dla psychologa i duchownego. Tymczasem trudności, jakie przeżywa personel w kontakcie z pacjentką po poronieniu, są powodem poczucia dyskomfortu w pracy, nadmiernego obciążenia psychicznego, niepokoju i napięcia, pojawienia się objawów zespołu „wypalenia się” i uruchomienia mechanizmów obronnych, np. agresji, zobojętnienia, racjonalizacji. Powyższe problemy mają swoje skutki w reakcjach matek, są powodem ich żalu do personelu medycznego i poczucia, iż było się niewłaściwie traktowanym, poszukiwania nowego lekarza i lęku przed służbą zdrowia. Dlatego pilną rzeczą staje się opracowanie modelu pomocy psychologicznej matkom po poronieniu oraz pomocy personelowi medycznemu, który z nimi pracuje. Wspierający bowiem również wymagają wsparcia.

Bibliografia

- Ad u S.A., Biosocial profile of women with incomplete abortions in Ga Rankuwa Hospital, Medunsa, RSA. *Central Africa Journal of Medicine*, 1996, 42 (7): 198-202.

- Agterberg G., Hunfeld J.A., Wladimiroff J.W., Passchier J., Mothers' trait anxiety and adaptation to an infant born subsequent to the loss of a late pregnancy. *Psychological Reports*, 1997, 80 (1): 216-218.
- Beutel M., Deckardt R., Schaudig K., Rolvering M., Chronische Trauer nach einem Spontanabort: Ergebnisse einer Langsschnittstudie nach 13 Monaten. *Psychotherapie, Psychosomatische Medizinische Psychologie*, 1993, 43 (12): 411-419.
- Beutel M., Deckardt R., von Rad M., Weiner H., Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine*, 1995, 57 (6): 517-526.
- Beutel M., Willner H., Deckardt R., Von Rad M., Weiner H., Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, 40 (3): 245-253.
- Bowers N.A., Early pregnancy loss in the infertile couple. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1985, 14 (6, Suppl): 55-57.
- Brier N., Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. *Obstetrics and Gynecology*, 1999, 93 (1): 151-155.
- Brody J.E., Unwarranted fears about miscarriage. *New York Times*, 1980, March 5: C1, C14.
- Cecil R., „I wouldn't have minded a wee one running about”: miscarriage and the family. *Social Science and Medicine*, 1994, 38 (100): 1415-1422.
- Chao Y., An habitual aborter's self concept during the course of successful pregnancy. *Maternal Child Nursing Journal*, 1977, 6 (3): 165-175.
- Condon J.T., Prevention of emotional disability following stillbirth. The role of the obstetrics team. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1987, 27 (4): 323-329.
- Connolly K.D., Factors affecting grief following pregnancy loss. W: *The Free Woman*, pod red. E.V. van Hall, W. Everaerd, Lancs, The Parthenon Publ. Group, 1989: 433-440.
- Cuisinier M., Janssen H., de Graauw C., Bakker S., Hoogduin C., Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1996, 17 (3): 168-174.
- Cuisinier M.C., Janssen H., Timmers L., Hoogduin C.A., Grief work an support experienced during abortion and stillbirth. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 1990, 134 (49): 2395-2399.
- Cuisinier M.C., Kuijpers J.C., Hoogduin C.A., de Graauw C.P., Janssen H.J., Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 1993, 52 (3): 163-168.

- Deckardt R., Beutel M., Schaudig K., Psychische Langzeitfolgen nach Spontanabort: Helfen medizinische Betreuung, neuerliche Schwangerschaft und Entbindung, wirklich bei der Trauerverarbeitung? Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1994, 54 (6): 347-354.
- Friedman T., Women's experiences of general practitioner management of miscarriage. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1989, 39 (328): 456-458.
- Friedman T., Gath D., The psychiatric consequences of spontaneous abortion. British Journal of Psychiatry, 1989, 155: 810-813.
- Frost M., Condon J.T., The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1996, 30 (1): 54-62.
- Golańska Z., Baczyńska A., The psychological effects of maternal attitudes in cases of repeated unfavorable pregnancy outcome. W: Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine. Pod red. P. Fedor Freybergh, P.V. Vogel, Lancs, 1988, The Parthenon Publ. Group: 93-97.
- Goldbach K.R., Dunn D.S., Toedter L.J., Lasker J.N., The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. American Journal of Orthopsychiatry, 1991, 61 (3): 461-467.
- Hall R.C., Beresford T.P., Quinones J.E., Grief following spontaneous abortion. Psychiatric Clinics of North America, 1987, 10 (3): 405-420.
- Hayton A., Miscarriage and delayed depression. Lancet, 1988, 1 (8589): 834.
- Hobfoll S.E., Leiberma n J.R., Personality and social resources in immediate and continued stress resistance among women. Journal of Personality and Social Psychology, 1987, 52 (1): 18-26.
- Hunfeld J.A., Agterberg G., Wladimiroff J.W., Passchier J., Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case-control study. Prenatal Diagnosis, 1996, 16 (9): 783-90.
- Iles S., The loss of early pregnancy. Baillieres Clinical Obstetrics & Gynaecology, 1989, 3 (4): 769-790.
- Jarosz M., Psychologia lekarska. Warszawa, PZWL, 1978.
- Jiménez S.J., The other side of pregnancy. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1982.
- Johnson M.P., Puddifoot J., The grief response in the partners of women who miscarry. British Journal of Medical Psychology, 1996, 69 (Pt 4): 313-327.
- Klock S.C., Chang G., Hiley A., Hill J., Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. Psychosomatics, 1997, 38 (5): 503-507.
- Katz V.L., Kuller J.A., Recurrent miscarriage. American Journal of Perinatology, 1994, 11 (6): 386-397.

- Knapp R.J., Peppers L.G., Doctor patient relationships in fetal/infant death encounters. *Journal of Medical Education*, 1979, 54 (10): 775-780.
- Kornas-Biela D., Psychogenne uwarunkowania rozwoju człowieka w okresie prenatalnym a mózgowie porażenie dziecięce. W: *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy*. Pod red. H. Mierzejewska, M. Przybysz – Piwkowa, Warszawa, 1997, DiG: 86 – 99.
- Kornas-Biela D., Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym. W: *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*. Pod red. E. Bielawska Batorowicz, D. Kornas Biela, Lublin, 1992, Redakcja Wydawnictw KUL: 61-75.
- Kornas-Biela D., Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej. Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL, 1996.
- Kornas-Biela D., „Zespół ocalenia” jako konsekwencja przemocy wobec dzieci. W: *Przemoc dzieci i młodzieży w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej*, pod red. J. Papież, A. Plukis, Warszawa, Wydawnictwo Adam Marszałek, 1998: 150-162.
- Kowalski K., No happy ending: pregnancy loss and bereavement. *Naacogs Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing*, 1991, 2 (3): 368-380.
- Läpple M., Coping behavior in women with miscarriage or spontaneous abortion and recurrent spontaneous abortion. *Psychotherapie, Psychosomatic, Medizinische Psychologie*, 1989a, 39 (9-10): 348-355.
- Läpple M., Diagnosis, counseling and psychotherapy in spontaneous abortion and recurrent spontaneous abortion and habitual abortion. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 1989b, 37 (93): 277-290.
- Läpple M., Health and psychosocial effects of miscarriage. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 1991, 59 (5): 155-163.
- Läpple M., Pilot study on assessing medical, psychological and psychosocial factors in stillbirth and spontaneous abortion and recurrent abortion. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1989c, 101 (19): 666-673.
- Lasker J.N., Toedter L.J., Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1991, 61 (4): 510-522.
- Layne L.L., Motherhood lost: cultural dimensions of miscarriage and stillbirth in America. *Women and Health*, 1990, 16 (3-4): 69-98.
- Lee C., Slade P., Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, 40 (3): 235-244.
- Lee D.T., Wong C.K., Ungvari G.S., Cheung L.P., Haines C.J., Chung T.K., Screening psychiatric morbidity after miscarriage: application of the 30-item General Health Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychosomatic Medicine*, 1997, 59 (2): 207-210.

- Lindemann E., Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 1944, 101: 141-148.
- Leppert P.C., Pahlka B.S., Grieving characteristics after spontaneous abortion: a management approach. *Obstetrics and Gynecology*, 1984, 64 (1): 119-122.
- Lovell A., Some questions of identity: late miscarriage, stillbirth and perinatal loss. *Social Science Medicine*, 1983, 17 (11): 755-761.
- Łuczak J., Pisarski T., Stan psychiczny kobiet w ciąży po dwóch i więcej niepowodzeniach położniczych. *Ginekologia Polska*, 1991, 2, Supl.: 264-267.
- McCook L., The relationship between pregnancy identity, motherhood identity, and rates of depression in women with early fetal loss. *Praca doktorska*, Temple University, 1990.
- MacLean M.A., Cumming G.P., Providing for women following miscarriage. *Scottish Medical Journal*, 1993, 38 (1): 5-7.
- Madden M.E., Internal and external attributions following miscarriage. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1988, 7 (2-3): 113-121.
- Motyka M., Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie. W: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*. Pod red. I. Heszen-Niejodek, Warszawa, 1990, PZWL: 143-158.
- Neugebauer R., Kline J., O'Connor P., Shrout P., Johnson J., Skodol A., Wicks J., Susser M., Depressive symptoms in women in the six months after miscarriage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1992, 166 (1): 104-109.
- Neugebauer R., Kline J., Shrout P., Skodol A., O'Connor P., Geller P.A., Stein Z., Susser M., Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage [see comments]. *JAMA*, 1997, 277 (5): 383-388.
- Nikcevic A.V., Kuczmierczyk A.R., Nicolaides K.H., Personal coping resources, responsibility, anxiety and depression after early pregnancy loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 1998a, 19 (3): 145-154.
- Nikcevic A.V., Tunkel S.A., Nicolaides K.H., Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 1998b, 11(2): 123-128.
- Pizer M., Paliński C.O., *Coping with a miscarriage*. New York, 1980, Dial Press.
- Prettyman R.J., Cordle C.J., Cook G.D., A three month follow up of psychological morbidity after early miscarriage. *British Journal of Psychology*, 1993, 66 (Pt 4): 363-372.
- Puddifoot J.E., Johnson M.P., The legitimacy of grieving: the partner's experience at miscarriage. *Social Science Medicine*, 1997, 45 (6): 837-845.

- Reed K., Influence of age and parity on the emotional care given to women experiencing miscarriages. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, 1990, 22 (2): 89-92.
- Rich L.A., *When Pregnancy Isn't Perfect*. A Dutton Book, 1991.
- Roberts H., Managing miscarriage: The management of the emotional sequelae of miscarriage in training in the West of Scotland. *Family Practice*, 1991, 8 (2): 117-120.
- Rosenfeld J.A., Bereavement and grieving after spontaneous abortion. *American Family Physician*, 1991, 43 (5): 1679-1684.
- Seibel M., Graves W.L., The psychological implications of spontaneous abortions. *Journal of Reproductive Medicine*, 1980, 25 (4): 161-165.
- Stack J.M., The psychodynamics of spontaneous abortion. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1984, 54 (1): 162-167.
- Stack J.M., Spontaneous abortion and grieving. *American Family Physician*, 1980, 21 (5): 99-102.
- Stead C.E., Nursing management in the accident and emergency department of women undergoing a miscarriage. *Accident and Emergency Nursing*, 1996, 4 (4): 182-186.
- Stirtzinger R., Robinson G.E. The psychologic effects of spontaneous abortion. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140 (7): 799-801, 805.
- Toedter L.J., Lasker J.N., Alhadeff J.M., The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *American Journal, of Orthopsychiatry*, 1988, 58 (3): 435-449.
- Turner M.J., Flannelly G.M., Wingfield M., Rasmussen M.J., Cullen S., Maguire R., Stronge J.M. The miscarriage clinic: an audit of the first year. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1991, 98 (3): 306-308.
- Wall Haas C.L., Women's perceptions of first trimester spontaneous abortion. *Journal of Obstetrical, Gynecological and Neonatal Nursing*, 1985, 14 (1): 50-53.
- Wells R.G., Managing miscarriage. The need for more than medical mechanics. *Postgraduate Medicine*, 1991, 89 (2): 207-212.
- Wetzel S.K., Are we ignoring the needs of the woman with a spontaneous abortions? *American Journal of Maternal Child Nursing*, 1982, 7 (4): 258-259.