

mgr Bożena Miernik  
*Katolicki Uniwersytet Lubelski*  
*Jana Pawła II*

## **Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psychopedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym<sup>1</sup>**

Termin poronienie, zgodnie z nomenklaturą medyczną, odnosi się do sytuacji, gdy ciąża zostaje zakończona przed 22. tygodniem jej trwania (Szkodziak i inni, 2012). Zasadniczo wyróżnia się tzw. poronienia samoistne, których wystąpienie jest niezależne od interwencji matki lub lekarza oraz poronienia sztuczne, wywołane zamierzonym działaniem zewnętrznym, podjętym na przykład przez lekarza. Liczba samoistnych poronień klinicznych (to jest rozpoznanych) w Polsce, jak podaje B. Chazan (2013), odpowiada mniej więcej dziesięciu procentom liczby urodzeń i jest to około 35 tysięcy rocznie. Na świecie poronienie uznawane jest za najczęstszą przyczynę niepomyślnego zakończenia ciąży (tamże).

Utrata dziecka na skutek poronienia samoistnego jest niewątpliwie wydarzeniem trudnym dla jego rodziców, niekiedy także dla całej rodziny. Bolesne przeżycia zostają spotęgowane, gdy dziecko było przez rodziców szczególnie upragnione, a jego rodzeństwo zdążyło już nawiązać z nim swoistą więź. W takiej sytuacji poronienie staje się wydarzeniem rodzinnym dotykającym na swój sposób każdego z członków rodziny.

### **1. Przeżycia oraz sposoby radzenia sobie z poronieniem przez rodziców**

Trudno wyobrazić sobie, co przeżywają rodzice, którzy otrzymują informację o poronieniu. Dla części z nich taka wiadomość może być tożsama z utratą długo oczekiwanego i upragnionego dziecka, dla innych stanowi medyczny przekaz o niepowodzeniu ciąży. Jak pokazują badania z udziałem osób po doświadczeniu poronienia (Barton-Smoczyńska, 2006; Bielawska-Batorowicz, 2012; Kleszcz-Szczyrba, 2014), wydarzenie to przynosi najczęściej szereg bolesnych przeżyć, z którymi członkowie rodziny muszą się zmierzyć.

---

<sup>1</sup> Artykuł został przygotowany w oparciu o jeden z rozdziałów rozprawy doktorskiej mgr Bożeny Miernik powstającej w Instytucie Pedagogiki na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II pod kierunkiem dr hab. Doroty Kornas-Bieli, prof. KUL.

Psychologowie badający konsekwencje poronienia wskazują na trzy najczęściej występujące w tej sytuacji reakcje emocjonalne, to jest: żal po stracie, depresja oraz lęk (Bielawska-Batorowicz, 2012, s. 29-33; Szymona-Pawłowska, Steuden, 2009, s. 43-44). Żal po stracie jako reakcję na utratę dziecka można zaobserwować zarówno u kobiet jak i mężczyzn, choć u kobiet jego nasilenie jest większe, a przeżywanie bardziej intensywne. Intensywność żalu powiązana jest z czasem trwania ciąży – nasilenie żalu wzrasta u kobiet, które poroniły w późniejszym etapie ciąży. Także objawy depresyjne są częstą reakcją emocjonalną na doświadczenie utraty dziecka w okresie prenatalnym. Jak zauważyli badacze, prawdopodobieństwo wystąpienia depresji u kobiet zwiększa się, gdy poronienie wystąpiło kilkakrotnie, gdy ciąża nastąpiła po dłuższym okresie oczekiwania oraz gdy silne było pragnienie posiadania dziecka. U części kobiet, które doświadczyły poronienia badacze zaobserwowali wystąpienie zespołu ostrego stresu oraz zaburzeń po stresie traumatycznym – szczególnie w przypadku poronień nawykowych (Bielawska-Batorowicz, 2012). U wielu kobiet, których macierzyństwo na skutek poronienia zostało niejako „przerwane” stwierdza się duże nasilenie takich uczuć jak: smutek, złość, poczucie niesprawiedliwości losu i krzywdy, głębokie poczucie nieszczęścia, bezradności, niepokój (Kornas-Biela, 1999, s. 181-182).

Strata dziecka na etapie prenatalnym jest wydarzeniem wpływającym na oboje małżonków. Doniesienia z badań wskazują na pojawienie się trudności i zakłóceń w relacji małżeńskiej po doświadczeniu poronienia (Serrano, Lima, 2006). Relacje małżonków w obliczu trudnego wydarzenia zostają poddane próbie. Wzajemne obwinianie, złość, czasem agresja prowadzą do osłabienia więzi małżeńskiej, a w skrajnych przypadkach do rozpadu więzi. Małżeństwa, które w dojrzały sposób przeżywają proces żałoby, jednocześnie podejmując pracę nad wzmocnieniem więzi małżeńskich, po takiej próbie stają się jednak jeszcze silniejsze (Sławiński, 2013, s. 133-134). W tym kontekście istotne znaczenie przypisuje się wzajemnej komunikacji małżeńskiej i małżeńskiemu wsparciu (Bielawska-Batorowicz, 2014). Jak pisze R. Kleszcz-Szczyrba (2014, s. 191), od początku warto, by małżonkowie rozmawiali o stracie, obdarzając przy tym siebie nawzajem czułością i serdecznością. Ważną rolę do odegrania ma tu mężczyzna - ojciec, który przeżywa żałobę w nieco inny sposób, proporcjonalnie do siły więzi nawiązanej z dzieckiem. Żałoba jest charakterystyczna dla relacji, w których nastąpiło wcześniej przywiązanie do kochanej osoby. Ze względów biologicznych i psychosomatycznych, najczęściej to kobieta jako pierwsza nawiązuje więź z dzieckiem rozwijającym się w jej łonie, by potem wprowadzić w nią męża. Z tego względu żałoba mężczyzny jest przeżywana inaczej, zazwyczaj mniej jest w niej intensywnego żalu czy poczucia winy. Zadaniem mężczyzny staje się wobec tego szczególne wsparcie psychiczne i udzielenie potrzebnej bliskości matce dziecka, tak, by dzięki temu oboje mogli przejść przez trudne doświadczenie zbliżeni do siebie i harmonijni w relacji (tamże, s. 183).

Źródłem wsparcia dla kobiety doświadczającej straty dziecka w pierwszych dniach po tym wydarzeniu może stać się – poza jej mężem lub partnerem - także szersze otoczenie społeczne. Istotną staje się wówczas rola personelu medycznego, który podczas hospitalizacji matki roniącej bezpośrednio oddziałuje na nią, czasem także na jej partnera (Chazan, 2010, 2013). To na lekarzach najczęściej spoczywa obowiązek poinformowania rodziców o śmierci ich dziecka. Zdaje się to być trudnym zadaniem, bowiem często nie posiadają oni przygotowania do właściwego pod względem psychologicznym przekazania takiej informacji (Szymańska, 2008). Fakt poronienia sam w sobie jest wydarzeniem trudnym: dla rodziców oznacza najczęściej nieodwracalną utratę kogoś bliskiego; dla lekarzy i personelu medycznego – jest sytuacją, w której nie byli w stanie ochronić życia dziecka. Dla obu stron staje się więc doświadczeniem wywołującym przykre odczucia, co dodatkowo utrudnia proces informowania o stracie i wsparcia rodziców.

Dla rodziców doświadczających utraty własnego dziecka, najtrudniejsze są zazwyczaj pierwsze dni spędzone w szpitalu. B. Chazan (2013) podkreśla, że wówczas to postawa lekarzy i pielęgniarek, jaką przyjmują wobec roniącej kobiety, jej dziecka, jej męża może stwarzać przestrzeń do godnego, pełnego akceptacji przeżywania tego wydarzenia, ale może stać się także czynnikiem upokarzającym rodziców dziecka, niosącym informację, że ich ból nie jest rozumiany, a ich dziecko właściwie nie zaistniało. Personel medyczny dysponuje możliwościami, które w tej trudnej sytuacji mogą pomóc przejść przez nią rodzicom dziecka w poczuciu zrozumienia i szacunku. Zdarza się, że kobieta potrzebuje i prosi o obecność męża w trakcie procedur medycznych, co daje jej poczucie bezpieczeństwa, łagodząc trudne przeżycia psychiczne. Personel medyczny może także na prośbę matki podać jej środki znieczulające, co stwarza możliwość łagodzenia cierpień fizycznych. Staraniem personelu powinno być w miarę możliwości – unikanie umieszczania pacjentki po poronieniu na jednej sali szpitalnej z kobietami po porodzie. Brak troski i wrażliwości w traktowaniu rodziców dziecka utraconego w pierwszych chwilach po poronieniu, które najczęściej spędzają oni w szpitalu, dodaje im kolejnego, zbędnego cierpienia (Chazan, 2013).

Naturalną reakcją rodziców jest pragnienie zobaczenia dziecka, nawet gdy zmarło, a jego ciało jest zniekształcone czy nie w pełni ukształtowane (Sławiński, 2013, s. 131-134). Wynika to z silnej więzi matki – czasem także ojca – z ich nienarodzonym dzieckiem. Bardzo ważne jest wówczas – w miarę możliwości – zapewnienie rodzicom takiego „spotkania” z ich zmarłym dzieckiem. Może ono okazać się kluczowe w procesie pożegnania z dzieckiem i przepracowania straty. Także przekazanie rodzicom – na ich prośbę – pamiątek po dziecku może pomóc im w poradzeniu sobie ze stratą. Badania M. Szymańskiej (2008) pokazują, że znaczna część lekarzy (87% spośród biorących udział w badaniu) uważa, że nie ma potrzeby, a nawet sensu przekazywania takich pamiątek rodzicom. Sądzą oni, że może to

pogłębić zły stan psychiczny pacjentek. Jedynie 7% spośród respondentów pozytywnie oceniło dostarczanie rodzicom pamiątek po dziecku, uzasadniając to własnym doświadczeniem straty i pragnieniem posiadania przedmiotów, które stanowiłyby pamiątkę po dziecku (Tamże). Jak stąd wynika, nadal istnieje silna potrzeba uwrażliwiania także środowiska medycznego na sytuację psychiczną i potrzeby rodziców doświadczających poronienia.

## 2. Żałoba po stracie dziecka w okresie prenatalnym

Naturalnym następstwem starty dziecka w okresie prenatalnym jest przeżywanie przez jego rodziców żałoby (Dziedzic, 2013, s. 153). Żałoba jest doświadczeniem powszechnym, doświadczeniem każdego, kto traci bliską osobę lub znaczącą wartość. Pojawia się najczęściej w sytuacji śmierci osoby bliskiej. Jej przeżycie wydaje się łatwiejsze, gdy odchodzi osoba, której życie było niejako „spełnione”, a śmierć była jak gdyby dopełnieniem cyklu chronologicznego. Praktyka życia potwierdzona w wiedzy psychologów pokazuje, że znacznie trudniej jest przyjąć i zaakceptować utratę osoby, przed którą było jeszcze całe życie, z bogactwem jego rozwoju, wydarzeń, doświadczeń. Śmierć dziecka jest swoistym odwróceniem naturalnego porządku, w ramach którego, to rodzice osieracają dzieci. Staje się więc czasami wydarzeniem niezwykle trudnym, traumatycznym, wywołującym skrajne emocje. Podobnie jak w przypadku śmierci osoby bliskiej – członka rodziny czy przyjaciela, także po stracie dziecka na skutek poronienia wejście w proces żałoby jest etapem naturalnym. Przyzwolenie na przeżywanie żałoby staje się „bramą” w poradzeniu sobie ze stratą i powrocie do normalnego funkcjonowania w codziennym życiu.

Zjawisko żałoby zostało szeroko opisane przez psychologów oraz terapeutów (Tucholska, 2009; Herbert 2005). W zależności od sytuacji przeżywanie żałoby może się od siebie różnić, bo zmienia się kontekst i okoliczności straty, a przede wszystkim osoba, która jej doświadcza, jednak pewne cechy tego zjawiska pozostają wspólne. Żałoba nie jest wydarzeniem jednorazowym, odbywającym się w pojedynczym momencie, odizolowanym od czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Jest procesem o charakterystycznej dla siebie fazowości.

C.M. Sanders (2001) wyróżnia pięć etapów procesu żałoby: szok, uświadomienie sobie straty, chronienie siebie (wycofanie się), powracanie do zdrowia i wreszcie odnowę. Wskazuje przy tym, że każdy z etapów jest ważny, a dojrzałe przeżycie go otwiera na „pójście naprzód”, przezwyciężenie rozpacz i powrót do twórczego doświadczania codzienności. Zdaniem Sanders w ten sposób powinni przeżywać proces żałoby także rodziców, którzy stracili dziecko na skutek poronienia.

Etap szoku pojawia się najczęściej wraz z momentem otrzymania informacji o poronieniu. U odbierających taką wiadomość rodziców może się pojawić niedowierzanie, bezradność, poczucie wewnętrznego chaosu i zagubienia, czasem także wzburzenie czy złość. Cechą charakterystyczną tej fazy jest pojawianie się przeciwstawnych stanów emocjonalnych – z jednej strony mogą oni doświadczać pobudzenia, a z drugiej odrętwienia emocjonalnego. W procesie żałoby kolejny etap następuje, gdy odrętwienie wywołane szokiem mija, a przychodzi uświadomienie sobie poniesionej straty. W tej fazie rodzice utraconego dziecka mogą doświadczać silnego niepokoju, stresu, gniewu. Świadomość śmierci bliskiej osoby, braku możliwości podtrzymania jej życia, staje się dużym obciążeniem psychicznym, które pociąga za sobą fizyczne wyczerpanie. Zdarza się, że rodzice obarczają siebie winą za utratę dziecka, nie mogąc pogodzić się z jego odejściem. W kolejnej fazie zmęczenie spowodowane przeżywaniem stresu powoduje swoiste wycofanie się. Rodzice zmęczeni silnymi emocjami, które wywołała w nich informacja o poronieniu, na tym etapie doświadczają głębokiego smutku. Utrata dziecka w ich odbiorze staje się realna, a zmęczenie wymusza konieczność odpoczynku. Po przezwyciężeniu pasywności, może następować powolne akceptowanie straty. Jeśli rodzice dają sobie czas na odpoczynek i nabranie sił, ponownie zaczynają odzyskiwać kontrolę, rezygnując z dawnych ról i niejako na nowo formułując swoją tożsamość, swoje zadania i życiowe cele. Następuje wówczas etap powracania do zdrowia. Zaczynają poszukiwać głębszego sensu dramatu, którego doświadczyli, następuje proces przebaczenia sobie i zapominania. Ostatni etap – etap odnowy – jest czasem, gdy wraca aktywny kontakt rodziców ze światem. Powracają do pełnienia swoich ról życiowych, które przeformułowali, ucząc się żyć ze świadomością utraty dziecka (Bubiak i inni, 2014).

R. Kleszcz-Szczyrba (2014, s. 156) analizując proces żałoby po poronieniu, wskazuje na trzy czynniki zewnętrzne, które warunkują uruchomienie i prawidłowy przebieg procesu żałoby. Są to: obiektywne zaistnienie faktu straty, rytuał pożegnania z dzieckiem utraconym oraz zaktywizowanie się sieci społecznego wsparcia wobec pogrążonych w żalu rodziców. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z poronieniem, właściwie każdy z tych etapów jest narażony na pewną dysfunkcję – zdarza się, że otoczenie, w którym przebywają rodzice nie udziela im jednoznacznej informacji zapewniając, że nawet, jeśli poronienie nastąpiło w bardzo wczesnym etapie ciąży, ich dziecko zaistniało, a więc muszą się zmierzyć ze śmiercią swojego potomka. Zdarza się także, że nie dochodzi do urzeczywistnionego realnie pożegnania z dzieckiem, czy to w formie pochówku, czy napisanego do dziecka listu lub otwartej rozmowy w kręgu rodzinnym. Wreszcie nierzadko rodzice cierpiący po poronieniu nie uzyskują wsparcia społecznego, jakiego w tej sytuacji potrzebują, a które mogłoby pomóc im w dojrzałym przeżyciu żałoby.

Przepracowanie żałoby przez rodziców pogrążonych w bólu po stracie może odbywać się samodzielnie lub przy wsparciu terapeuty. Badania prowadzone przez Fundację „Przetrzeć cierpienie” w ramach kampanii społecznej „Ja też jestem dzieckiem” wskazują, że 30% kobiet, które doświadczyły poronienia popada w depresję, która wymaga leczenia psychiatrycznego, a dla około 30% wystarczającą jest pomoc psychologiczna<sup>2</sup>. Jak stąd wynika, specjalistyczne wsparcie – psychologiczne i psychiatryczne, ale także wsparcie duchowe, czy wsparcie uzyskane od osób przeżywających podobne doświadczenia – w wielu przypadkach okazuje się nieodzowne. Obecnie w Polsce brakuje opieki psychologicznej nad matką (czy także jej ojcem) po poronieniu, która byłaby w standardzie usług szpitali. Mimo tego część rodziców szuka specjalistycznej pomocy samodzielnie. Rolą psychologa wobec rodziców jest wówczas pomoc w rozpoczęciu procesu żałoby i towarzyszenie na różnych jej etapach przy pełnym wrażliwości i delikatności urealnianiu straty i stwarzaniu przestrzeni do wypowiedzenia wszystkich towarzyszących jej przeżyć (Kleszcz-Szczyrba, 2014, s. 207-214).

Według psychologów przeżywanie żałoby po stracie kogoś bliskiego może przybierać formy dojrzałe i niedojrzałe (Dudziak, 2013, s. 175). Niedojrzałe przeżywanie żałoby wynika czasami z usilnego skracania tego procesu, tłumienia w sobie lub współmałżonku trudnych emocji, braku przyzwolenia na przeżywaniu żalu, głębokiego smutku czy bezradności. U. Dudziak (2013) wymienia liczne reakcje patologiczne będące konsekwencją nieprawidłowo przeżywanej żałoby. Osoby takie mają skłonność do nadmiernej koncentracji na stracie, długotrwałego, przeciągającego się latami (czasem trwającego całe życie) roztrząsania śmierci dziecka, zwiększa się ich podatność zachorowania na depresję. Gdy brakuje dojrzałego przeżycia żałoby, mogą pojawić się także problemy zdrowotne o charakterze psychosomatycznym, a w skrajnych przypadkach napady lęku, myśli i próby samobójcze czy ucieczka w uzależnienia.

Proces żałoby i czas jej trwania u poszczególnych osób jest zróżnicowany, co jednak nie świadczy o jego niedojrzalej formie. Każda rodzina potrzebuje innego okresu czasowego, by przeżyć utratę własnego dziecka.

Pomocą w przepracowaniu straty prenatalnej są rytuały związane z pożegnaniem dziecka przez jego najbliższych (Barton-Smoczyńska, 2006, s. 161-166). Rolą posługiwania się rytuałami czy symbolami jest wyrażenie tego, co bardzo trudno opisać słowami. Niezwykle cenne w perspektywie psychologicznej może się okazać nadanie dziecku imienia. Takim rytuałem jest także pogrzeb dziecka zmarłego na skutek poronienia, podczas którego następuje pożegnanie z nim rodziców, rodzeństwa, dalszej rodziny. Sprawowanie rytuałów daje rodzicom możliwość wzmocnienia w przeświadczeniu, że ich dziecko – mimo, że nie zdążyło się narodzić

---

<sup>2</sup> Źródło: <http://www.dlaczego.org.pl/grupy-wsparcia-spotkania/727-szpital-e-wobec-rodzicow-po-stracie-dziecka>

lub urodziło się jako martwe – jednak zaistniało, a jego krótka obecność była niezaprzeczalna i ważna.

### **3. Przeżycia oraz sposoby radzenia sobie ze stratą przez rodzeństwo**

Poza rodzicami, którzy mierzą się z trudnym doświadczeniem straty dziecka, w niektórych rodzinach w to przeżywanie włączone są także żyjące dzieci – rodzeństwo dziecka utraconego (Barton-Smoczyńska, 2006, s. 144-160; Kleszcz-Szczyrba, 2014). W zależności od ich wieku, wiedzy oraz wyobrażeń o życiu prenatalnym, a przede wszystkim od stylu wychowania, jaki w codziennym życiu domowym prezentują ich rodzice, będą na swój sposób przeżywały utratę rodzeństwa. Reakcje dzieci w dużej mierze zależą od tego, czy i na jakim etapie zostały poinformowane o poczęciu się ich rodzeństwa oraz na ile były włączane w nawiązywanie więzi z nim poprzez rozmawianie, śpiewanie piosenek w kierunku brzucha mamy, głaskanie, przytulanie. Jeśli dzieci wiedziały o poczęciu i rozwoju ich prenatalnego rodzeństwa, bardzo ważne jest wówczas odpowiednie do ich możliwości poznawczych i emocjonalnych poinformowanie o śmierci oczekiwanego brata lub siostry. Powinno temu towarzyszyć zgodne z prawdą, choć przełożone na język dziecka, wskazanie przyczyny poronienia, co pomoże poradzić sobie z poczuciem winy czy obarczaniem winą za stratę pewnych osób lub wydarzeń. Jak pokazują badania, dzieci reagują nie tylko na informację o utracie rodzeństwa, ale także na zmiany w zachowaniu rodziców (Kleszcz-Szczyrba, 2014). Rozmowa, poświęcony czas i próba odpowiedzenia na pytania i wątpliwości dziecka daje szansę, by przez ten kryzys także dzieci przeszły wzmocnione.

W Wielkiej Brytanii zostało przeprowadzone badanie mające na celu rozpoznanie czy i w jaki sposób rodzice udzielają wsparcia swoim dzieciom – rodzeństwu dziecka utraconego (Wilson, 2001). Jak pokazały wyniki badań, rodzice udzielali dzieciom wsparcia przede wszystkim w trzech obszarach: przez zauważenie i uznanie żalu dziecka, włączenie go w rodzinne rytuały związane z pożegnaniem dziecka zmarłego oraz podtrzymywanie rodzinnej pamięci o dziecku.

### **4. Możliwe konsekwencje poronienia dla wychowania dzieci kolejnych – „zespół zastępczego dziecka” i „zespół chronionego dziecka”**

We współczesnej literaturze psychologiczno-pedagogicznej podejmującej temat utraty dziecka i jego konsekwencji dla życia rodziny można spotkać się z określeniami „zespół zastępczego dziecka” oraz „zespół chronionego dziecka” (Bielawska-Batorowicz, 2012, s. 36-39; 2014, s. 428). Pojęcia te odwołują się do problematyki wychowania dzieci poczętych przez rodziców po doświadczeniu

poronienia. W rodzinie, w której miała miejsce strata prenatalna, może wystąpić pewien zespół zachowań, emocji oraz oczekiwań kierowanych przez rodziców do kolejnego dziecka, które poczęło się i urodziło jako zdrowe.

Zdaniem E. Bielawskiej-Batorowicz (2014), ważnym fundamentem dla podjęcia decyzji o urodzeniu kolejnego dziecka jest prawidłowe przeżycie okresu żałoby i przepracowanie straty. Zdarza się, że rodzice, którzy nie zakończyli lub nie przeżyli prawidłowo procesu żałoby, mają trudność w przyjęciu kolejnego dziecka i traktowaniu go jako nowej, odrębnej osoby. Niekiedy w powołaniu do życia kolejnego dziecka upatrują szansę na poradzenie sobie z bólem po stracie, wysyłając tym samym sygnał do dziecka, że ma ono niejako „zastąpić” zmarłe rodzeństwo. Taka sytuacja jest określana terminem „zespół zastępczego dziecka”. Rodzice prezentują pewien zespół zachowań i oczekiwań kierowanych do dziecka, z których wynika, że jego zadaniem jest zastąpienie rodzicom utraconego wcześniej potomstwa. Już w trakcie ciąży rodzice mogą przeżywać konfliktowe uczucia i ograniczać nawiązywanie więzi emocjonalnej z dzieckiem traktując ją jako wyraz lekceważenia pamięci o dziecku utraconym.

Termin „zespół chronionego dziecka” (Bielawska-Batorowicz, 2014) dotyczy natomiast sytuacji, gdy rodzice, którzy w przeszłości doświadczyli straty prokreacyjnej<sup>3</sup> przyjmują wobec dziecka postawę nadopiekuńczą, chcąc ochronić go przed wszelkimi zagrożeniami i zaspokoić jego – jak uważają – specjalne potrzeby. Doświadczenie niedawnej straty wzbudza w nich lęk o rozwój kolejnego dziecka, stąd zdarza się, że traktują dziecko jako osobę wymagającą specjalnej troski. Ograniczają jego inicjatywę i aktywność, chcą ocalić go przed potencjalnymi problemami czy trudnościami. Jednocześnie w obawie przed bólem, nie nawiązują silnej i głębokiej więzi emocjonalnej z dzieckiem. Takie postawy rodziców w znaczący sposób wpływają na proces wychowania dziecka. Mogą zaburzać jego rozwój, powodując trudności psychiczne, społeczne czy duchowe.

### **Podsumowanie**

Utrata dziecka na skutek poronienia jest dla rodziców doświadczeniem trudnym, niosącym szereg bolesnych przeżyć, zmian w relacjach z otoczeniem oraz konieczności przeformułowania planów czy zadań. Jego następstwem jest proces żałoby, w którego przejściu rodzice dość często potrzebują wsparcia psychologicznego. Takim wsparciem w niektórych sytuacjach powinny być objęte także dzieci, które podczas ciąży matki były włączone w nawiązywanie więzi ze swoim poczętym rodzeństwem i które po poronieniu przeżywają silnie przeżywają stratę. Dobrze przeżyta przez rodziców żałoba daje szansę „pójścia naprzód”,

---

<sup>3</sup> Pod pojęciem straty prokreacyjnej rozumiane jest doświadczenie poronienia lub okołoporodowej śmierci dziecka (zgodnie z propozycją E. Bielawskiej-Batorowicz, 2014).



powrotu do normalnego funkcjonowania w codziennych sytuacjach i podjęcia dojrzałej decyzji o dalszej prokreacji.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

- BARTON-SMOCZYŃSKA I., (2006), *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Łomianki: NAF.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E., (2012), *Strata ciąży i jej następstwa dla kobiety, stosunku do macierzyństwa, relacji z partnerem i kolejnym dzieckiem*, (w:) *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, E. Dmoch-Gajzlerska, I. Barton-Smoczyńska (red.), (s. 23-42), Warszawa: Oficyna Wydawnicza WUM.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E., (2014), *Trudności w realizacji planów prokreacyjnych i ich skutki dla rodziny*, (w:) *Psychologia rodziny*, I. Janicka, H. Liberska (red.), (s. 411-436), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- BUBIAK A., BARTNICKI J., KNIHINICKA-MERCIK Z., (2014), *Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym*, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4, 1, s. 69-78.
- CHAZAN B., (2010), *Lekarz wobec poronienia*, (w:) *Poronienie. Zrozumieć rodziców po stracie*, C. Klahs (red.), Poznań: Wydawnictwo W Drodze.
- CHAZAN B., (2013), *Nieudane rodzicielstwo – współczucie dla rodziców, szacunek dla ciała dziecka*, (w:) *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), (s. 207-214), Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.
- DUDZIAK U., (2013), *Sytuacja rodziców doświadczających śmierci dziecka przed urodzeniem*, (W:) *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), (s. 175-198), Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.
- DZIEDZIC J., (2013), *Wsparcie psychologiczno-pastoralne w przeżywaniu żałoby po stracie dziecka*, (w:) *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), s. 153-174, Kraków: Uniwersytet Papieski JP II w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.
- HERBERT M., (2005), *Żałoba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom*, Gdańsk: GWP.
- Kornas-Biela D., (1999), *Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 179-200), Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- KLESZCZ-SZCZYRBA R., (2014), *„Witraże w ciemności”, czyli o przedwczesnej śmierci dziecka. Książka niosąca światło*, Katowice: Księgarnia św. Jacka.
- SANDERS C. M., (2001), *Jak przeżyć stratę dziecka? Powrót nadziei*, Gdańsk: GWP.

- SERRANO F., LIMA M. L., (2006), Recurrent miscarriage; psychological and relational consequences for couples, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, pp. 585-594.
- SŁAWIŃSKI H., (2013), *Homilia podczas pogrzebu dzieci zmarłych bez chrztu*, (w:) *Od bólu po stracie do nadziei życia. Pogrzeb dziecka poronionego*, J. Dziedzic, P. Guzdek (red.), s. 127-152, Kraków: Uniwersytet Papieski JPII w Krakowie Wydawnictwo Naukowe.
- SZKODZIAK P. PASZKOWSKI T., PASZKOWSKI M., RADOMAŃSKI T., (2012), *Poronienie*, (w:) *Medycyna matczyno-płodowa. Położnictwo t. 2*, G. Bręborowicz, T. Paszkowski (red.), Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 1-9.
- SZYMAŃSKA M., (2008), *Postawa lekarza wobec niepowodzeń położniczych*, Białystok: Trans Humana.
- SZYMONA-PAWŁOWSKA K., STEUDEN S., (2009), *Doświadczenie zagrożenia utraty dziecka przez kobiety w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, (w:) *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*, S. Steuden, K. Janowski (red.), s. 41-57, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- TUCHOLSKA S., (2009), *Psychologiczna analiza procesu żałoby*, (w:) *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*, S. Steuden, S. Tucholska (red.), Lublin: Wydawnictwo KUL.
- WILSON R. E., (2001), Parents' support of their other children after a miscarriage or perinatal Heath, *Early Human Development*, 61 (2), pp. 55-65.