

## PSYCHOLOGIA / PSYCHOLOGY

MONIKA GUZEWICZ

### PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE KONSEKWENCJE UTRATY DZIECKA W WYNIKU PORONIENIA

#### 1. Zagadnienia wstępne

Doświadczenie utraty dziecka w okresie prenatalnym jest przedmiotem badań zarówno medycznych, jak i psychologicznych. Medycyna skupia się przede wszystkim na genezie, czynnikach, przebiegu utraty i konsekwencjach fizjologicznych, wpisując utratę dziecka przed narodzinami do działu patologii ciąży oraz diagnostyki prenatalnej, dodatkowo zajmuje się badaniami nad utrzymaniem zagrożonej ciąży. Z kolei psychologia stara się odpowiedzieć na pytania o możliwe wystąpienie skutków psychologicznych i psychosomatycznych dotykających matkę, jak i pozostałych członków rodziny. Ponadto psychologia ma za zadanie pomóc poprzez natychmiastową interwencję oraz późniejszą opiekę psychologiczną i psychoterapeutyczną, ma także wspomagać w podejmowanych kolejnych próbach prokreacyjnych.

Z psychologicznego punktu widzenia utrata dziecka jest dla rodziny przeżyciem trudnym i bardzo bolesnym. Większość par świadomie oczekuje potomstwa i jest to dla nich czas ogromnej radości. Już na początku ciąży mogą nadać dziecku wymiar osobowy, szukając dla niego imienia, dbając o zapewnienie potrzebnych rzeczy, które będą gromadzić w miarę zbliżania się terminu porodu. Im bardziej zaawansowana jest ciąża, tym więcej krewnych i znajomych wie o niej, tym więcej przygotowań na przybycie dziecka: urządzenie pokoju, kupowanie ubrań i zabawek<sup>1</sup>. Utrata dziecka w późniejszym okresie ciąży wiąże się z mocniej odczuwaną stratą, choć w przypadku długo oczekiwanego dziecka strata może być równie silna na każdym etapie rozwoju dziecka w łonie matki.

Teoretyczne rozważania dotyczące spełnionego macierzyństwa oraz sytuacji utraty dziecka opisują różnice w doświadczanych emocjach i zachowaniach w obu przypadkach zakończenia ciąży. Prowadzi to do wysunięcia hipotezy o różnicach w postrzeganiu siebie i swojej sytuacji przez kobiety. W badaniach, które prowadziła Izabela Barton-Smoczyńska, w wyniku śmierci dziecka

MONIKA GUZEWICZ, mgr psychologii, doktorantka w Katedrze Psychologii Klinicznej Dorosłych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II; e-mail: monika.guzewicz@gmail.com

<sup>1</sup> C.G. Lachelin, *Poronienia*, Warszawa 1998.

przed narodzinami zaobserwowano zmiany w postrzeganiu siebie, a głównymi długotrwałymi następstwami śmierci dziecka było: zmniejszenie wiary w siebie, osłabienie siły ego i postawa bierności<sup>2</sup>. Kobiety po stracie dziecka odczuwają rozczarowanie, żal, gniew, litują się nad sobą, mają poczucie braku wartości, co nie jest spotykane w opisie kobiet po urodzeniu dziecka<sup>3</sup>. W literaturze opisującej badania obrazu siebie matek w ciąży zwraca uwagę tendencja do przypisywania sobie zwiększonej liczby cech negatywnych oraz dążenie do zaprzeczania<sup>4</sup>. Natomiast badania dotyczące postrzegania siebie i swojej sytuacji przez rodziców w okresie poporodowym świadczą o przeważającej pozytywnej gamie uczuć, dumie, radości i oczekiwaniach w stosunku do nowej sytuacji. Ukazują podwyższenie swojej wartości u kobiety jako matki, która wydała na świat nowe życie<sup>5</sup>. Natomiast kobiety, które doświadczyły utraty dziecka, w sytuacji, gdy wiedzą o zagrożeniu przedwczesnym porodem, ujawniają wiele negatywnych emocji<sup>6</sup>. Bezpośrednio po stracie mogą występować u nich reakcje depresyjne, zaburzenia psychiczne, a nawet myśli samobójcze<sup>7</sup>.

Kobieta po poronieniu doświadcza oprócz bólu fizycznego i psychicznego załamania wiary w sens własnego istnienia<sup>8</sup>. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, iż „utrata dziecka poczętego skutkuje załamaniem wiary w sens życia, naruszeniem poczucia bezpieczeństwa i kontroli, obniżeniem wartości siebie, ukształtowaniem się przekonania, że życie jest całkowicie bezsensowne”. Nawet po roku od straty 31% kobiet nadal nie potrafiło wskazać żadnych korzyści ani sensu przeżytej tragedii, większość kobiet uczestniczących w badaniu ujawniała natomiast obniżenie poczucia sensu życia. Badania prowadzone przez Dorotę Mroczkowską wykazały średnią niższą jakość życia kobiet po poronieniu niż średnia jakość życia kobiet, które nigdy nie poroniły ciąży<sup>9</sup>.

---

<sup>2</sup> I. Barton-Smoczyńska, *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Łomianki 2006.

<sup>3</sup> C.G. Lachelin, dz. cyt.

<sup>4</sup> K.M. Swanson, *Contexts and Evolution of Women's Responses to Miscarriage during the First Year after Loss*, „Nursing Research” 1999, 48(6), s. 288–298; G.E. Robinson, R. Stirtzinger, D.E. Stewart, E. Ralewski, *Psychological reactions in women followed for 1 year after miscarriage*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” 1994, 12(1), s. 31–36; D. Kornas-Biela, *Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym*, w: *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej*, pod red. E. Bielawskiej-Batorowicz, D. Kornas-Bieli, Lublin 1992, s. 61–75.

<sup>5</sup> E. Bielawska-Batorowicz, *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym*, Łódź 1995.

<sup>6</sup> S. Steuden, K. Szymona, *Doświadczenia macierzyństwa i ojcostwa przez rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, w: *Psychologia w służbie rodziny*, pod red. J. Janickiej, T. Rostowskiej, Łódź 2003, s. 228–244.

<sup>7</sup> I. Barton-Smoczyńska, dz. cyt.

<sup>8</sup> R. Fernandez, D. Harris, A. Leschied, *Understanding grief following pregnancy loss: a retrospective analysis regarding women's coping responses*, „Illness, Crisis & Loss” 2011, 19(2), s. 143–163; P. Gerber-Epstein, R.D. Leichtentritt, Y. Banyamini, *The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices*, „Death Studies” 2009, 33, s. 1–29; M. Szymańska, B. Chazan, *Differences between behaviours of female patients from Poland and Belarussia after natural miscarriage and induced abortion*, „Ethics & Medicine: An International Journal of Bioethics” 2008, 24(1), s. 29–39; C. Maker, J. Ogden, *The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity?*, „Psychology & Health” 2003, 18(3), s. 403–415.

<sup>9</sup> D. Mroczkowska, *Jakość życia kobiet po poronieniu ciąży*, „Życie i Płodność” 2011, 4, s. 77–88.

Większość kobiet oczekujących narodzin dziecka ma nadzieję, że urodzi się ono zdrowe i w planowanym terminie. Niepowodzenia prokreacyjne są odbierane jako niespełnienie roli rodzicielskiej. Sytuacja zagrożenia ciąży i zmiana terminu porodu jest zaskoczeniem dla matki i jej rodziny, zdarzeniem nieprzewidywalnym, do którego nie można się przygotować. W ciąży zagrożonej percepcję ryzyka modyfikuje bowiem nadzieja, która pozwala odsuwać świadomość powagi sytuacji i ewentualne późniejsze negatywne skutki<sup>10</sup>. W sytuacji niepomyślnego zakończenia ciąży bez względu na to, czy miało miejsce poronienie, obumarcie dziecka, urodzenie martwego płodu, czy śmierć niemowlęcia, oczekiwania rodziców zostają zawiedzione. U rodziców, którzy czują się odpowiedzialni za dziecko, pojawia się złość, że przydarzyło się to właśnie im, jednocześnie czują się oni winni śmierci swojego dziecka<sup>11</sup>. W związku ze stratą kobieta doświadcza wejścia w żalobę, od szoku i zaprzeczania powinna przejść do akceptacji faktu śmierci dziecka. Jest to o tyle trudne, że większość kobiet wolałaby poświęcić swoje życie, by dać życie dziecku.

Matki doświadczające utraty dziecka poczętego borykają się z wieloma konsekwencjami natury psychologicznej. Każda kobieta w stanie fizjologicznej ciąży przygotowuje się, by przyjąć do swojego życia i rodziny kolejnego członka. Bez względu na nastawienie do stanu ciąży, pozytywnego bądź negatywnego oczekiwania na przyjście dziecka, w organizmie kobiety dokonują się wyraźne przemiany emocjonalne związane z tym stanem. W przypadku poronień matki często obwiniają swoje ciało o to, że je w jakiś sposób zdradziło. Reakcje na utratę dziecka są zazwyczaj bardzo silne i trudne, występują przeżycia emocjonalne, takie jak bezsilność, gniew, agresja, poczucie winy, wstydu, a także naruszenia własnej tożsamości<sup>12</sup>. Również reakcje członków rodziny, bliższych i dalszych znajomych na wiadomości o stracie dziecka są różne. Wiele osób ma tendencję do pomniejszania i bagatelizowania następstw poronienia, ponieważ strata nastąpiła we wczesnym okresie trwania ciąży.

## 2. Psychologiczne konsekwencje utraty dziecka poczętego

Pierwszymi reakcjami po stracie dziecka są często zaburzenia somatyczne (ściskanie w gardle, dławienie, skrócenie oddechu, potrzeba głębokiego oddychania, uczucie pustki w brzuchu, brak siły mięśniowej), a także psychicznej (poczucie winy, złość do innych, zaburzenia normalnego sposobu zachowania)<sup>13</sup>. Później utrata dziecka poczętego ujawnia różne emocje, które ujawniają się

<sup>10</sup> J. Łuczak-Wawrzyniak, *Matka wcześniaka – sytuacja psychologiczna i społeczna w trakcie pobytu w szpitalu i po opuszczeniu oddziału noworodkowego*, „Ginekologia Praktyczna” 2009, 1(17), s. 7–8.

<sup>11</sup> C.M. Sanders, *Jak przeżyć stratę dziecka*, Gdańsk 2001.

<sup>12</sup> B. Prażmowska, G. Puto, E. Kowal, B. Gierat, *Niespełnione macierzyństwo*, „Ginekologia Praktyczna” 2009, 4(17), s. 53–56.

<sup>13</sup> D. Kornas-Biela, dz. cyt.

w różnym czasie<sup>14</sup>. Pojawia się strach przed samym poronieniem, obawa o przyszłość, ogromne rozczarowanie, żal, złość, poczucie zawodu, niedostosowania, zazdrości wobec rodzin posiadających dziecko, przepełniający smutek, który czasem może przybierać formę depresji. Wszystkie te uczucia i emocje mogą utrzymywać się bardzo długo i nasilać w pewnych sytuacjach, takich jak widok rodziny z dzieckiem lub oglądanie programu dla rodziców. Uczucia te wzmagają się w rocznicę śmierci dziecka, dzień przewidywanych narodzin i kolejnych rocznic, w czasie świąt i rodzinnych spotkań. Siła przeżywanych emocji i ich rodzaj zależą od wielu czynników. Znaczenie ma sytuacja, w której znajduje się kobieta, wcześniejsze jej doświadczenia, wyczekiwanie dziecka. Nawet gdy kobieta doświadcza poronienia ciąży niechcianej, może się to wiązać z poczuciem winy oraz poszukiwaniem źródła poronienia w niechęci do dziecka.

Strata upragnionego dziecka oznacza dla rodziców przede wszystkim utratę szans na stanie się dla niego wychowującym rodzicem. Płód, który został poroniony, wciąż jest związany z ciałem matki, z jej psychiką i duchowością. Gdy dziecko było oczekiwane, u matki pojawia się smutek, poczucie winy oraz niekompetencji w roli kobiety. Matka bowiem najczęściej doszukuje się przyczyny śmierci dziecka w swoim ciele, zachowaniu i błędach w trosce o dziecko<sup>15</sup>. Po utracie dziecka kobieta doświadcza przede wszystkim bardzo silnego lęku związanego z traumą po jego śmierci. Jednocześnie wywołuje to kojarzenie każdej kolejnej ciąży z potencjalnym ryzykiem następnej straty, co tylko wzmagają trudny stan emocjonalny kobiety. Lęk dość często bywa skutecznie modyfikowany przez profesjonalnie działający personel medyczny, który jest otwarty na rozmowy i wykazuje dbałość o informowanie pacjentki o wielu aspektach dotyczących prokreacji.

Główną konsekwencją pojawiającą się po stracie dziecka poczętego jest wysokie zagrożenie dla kolejnego dziecka. O ile medycznie potencjalne zagrożenia mogą być opanowane, o tyle doświadczenie psychiczne staje się trudne do zmiany. Według Barton-Smoczyńskiej „ciąża wysokiego ryzyka oznacza stan przewlekłego i intensywnego stresu dla kobiety i jej partnera”<sup>16</sup>.

Kobieta po utracie dziecka poczętego może mieć psychiczne trudności z ponownym zajściem w ciążę, zwłaszcza jeśli planowanie ciąży odbywa się wcześniej niż rok po stracie. Należy przyrzeć się cechom jej osobowości, historii doświadczonych w życiu strat, ważne jest również poznanie źródeł i stopnia otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i informacyjnego przy kolejnych staraniach prokreacyjnych. Kobiety, które doświadczają straty dziecka i które doznają przy tym wsparcia emocjonalnego od najbliższych oraz profesjonalnego podejścia ze strony personelu medycznego, mają większe szanse do adaptacji po stracie dziecka. Jest to niezbędne, by z powodzeniem rozpocząć kolejne starania prokreacyjne. Ważna jest również stała współpraca z psychologiem, ma ona bowiem na celu wspieranie, a także modelowanie zachowań i emocji w trakcie

---

<sup>14</sup> R. Kocyłowski, *Trudny czas po poronieniu*, „Dobra Mama” 2012, 4(15), s. 44–45.

<sup>15</sup> B. Pilecka, *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*, Kraków 2004.

<sup>16</sup> I. Barton-Smoczyńska, dz. cyt.

kolejnej ciąży. Zdolność prokreacyjna zawiera w sobie nie tylko wymiar fizyczny czy hormonalny, wiąże się również ze stanem emocjonalnym i duchowym obojga rodziców starających się o poczęcie.

### 3. Rodzinny wymiar utraty dziecka przed narodzinami

Bardzo ważnym obszarem w sytuacji utraty dziecka są doświadczenia partnera lub męża danej kobiety, który jest zazwyczaj dla matki wsparciem pierwszego kontaktu. Mężczyzna, uczestnicząc w ciąży swej partnerki, obserwując jej reakcje i przeżycia, oczekuje równie jak ona narodzin potomka. W trakcie oczekiwania na dziecko, gdy ciąża jest zakwalifikowana do wysokiego ryzyka, stres, którego doświadczają oboje rodzice, zostaje spotęgowany, a matka dziecka kieruje przeżywanymi emocjami głównie na swojego męża lub partnera. Jak pokazują badania przeprowadzone przez Stanisławę Steuden i Katarzynę Szymonę, mężczyźni przejawiają wyrozumiałość wobec dolegliwości i przeżyć swoich partnererek<sup>17</sup>. Wiąże się to dodatkowo z faktem, na jakim etapie związku dana para się znajduje, oczekując dziecka. Ważny jest również sposób komunikowania przez kobiety swoich niepokojów. Utrata dziecka poczętego z perspektywy ojca jest sytuacją straty, w której także mężczyzna doświadcza bólu, a jednocześnie jest osobą najmocniej wspierającą matkę dziecka.

Z kolei rodzeństwo dziecka, które zmarło przed narodzinami, może doświadczać zawodu i obwiniać się o zaistniałą sytuację. Ma to związek z częstym odczuwaniem zazdrości i strachu w związku z pojawieniem się nowego członka rodziny. Starsze dzieci, bojąc się odrzucenia i braku miłości po urodzeniu się nowego dziecka, często nie chcą rodzeństwa i proszą, by się nie urodziło. W przypadku śmierci dziecka poczętego rodzeństwo obwinia siebie, bojąc się jednocześnie, że ujawnienie prawdy o tych uczuciach wywoła u rodziców złość i odrzucenie. Dzieci często więc tłumią w sobie te przeżycia, zostając z nimi samotnie. Ważne, by rodzice poświęcili czas i uwagę rodzeństwu zmarłego dziecka, wyjaśniając przyczynę śmierci dziecka, a tym samym zdejmując z żyjącego rodzeństwa ciężar odpowiedzialności, którym się ono obarcza<sup>18</sup>.

### 4. Wymiar religijny

Kolejnym tematem, który należy omówić w kontekście utraty dziecka przed narodzinami, jest wymiar religijny. W kulturze chrześcijańskiej pogrzeb jest naturalną konsekwencją śmierci osoby i takiego ostatniego pożegnania oczekuje się w sytuacji śmierci każdej osoby. W przypadku obumarcia dziecka w trakcie ciąży na decyzję o pochówku dziecka mają wpływ przede wszystkim rodzice,

<sup>17</sup> S. Steuden, K. Szymona, dz. cyt.

<sup>18</sup> I. Barton-Smoczyńska, dz. cyt., s. 144–152.

ale również prawo. Rodzice w myśl osobiście wyznawanych zasad i wiary mogą – ale nie muszą – dokonać pochówku dziecka poczętego, które zmarło przed narodzeniem. Okazuje się jednak, że rodzice, którzy wyrażają chęć pożegnania dziecka zgodnie ze swoją wiarą, nie zawsze będą mieli taką możliwość. Wiąże się to z przepisami prawnymi i kościelnymi, które zostaną omówione poniżej. Kodeks prawa kanonicznego w kanonie 1183 § 2 (1984) zaznacza wyraźnie: „Ordynariusz miejsca może zezwolić na pogrzeb kościelny dzieci, których rodzice mieli zamiar je ochrzcić, a jednak zmarły przed chrztem”. Istnieje specjalny formularz mszy pogrzebowej dla dziecka nieochrzczonego. Oznacza to więc, że rodzice, którym zależy na pochowaniu dziecka, mają do tego prawo. W wykonaniu nie jest to jednak takie proste. Często odmawia się rodzicom możliwości pochowania dziecka, a problemy występują już na początku drogi. Trudności pojawiają się m.in. w uzyskaniu aktu zgonu dziecka, otrzymaniu w szpitalu zgody na zabranie ciała, a także przez częste przypadki nieznamości prawa kanonicznego przez samych duchownych. Regulacja prawna w tym względzie opiera się na konieczności uzyskania aktu zgonu z zapisem „zmarło” (Dz.U. nr 219, poz. 2230). Jednak po zmianach w sprawie wydawania dokumentacji urodzeń i zgonów z 2 lutego 2005 r. pojawiają się rozróżnienia zapisu na poronienie, poród przedwczesny itp. Stąd rozróżnienie dwóch dokumentów: aktu zgonu oraz aktu urodzenia z zapisem „zmarło”. Zapis ten nie dotyczy jednak dzieci, które urodziły się przed 22 tygodniem życia lub z masą ciała poniżej 500 gramów, wtedy bowiem nie można wystawić świadectwa urodzenia/aktu zgonu. Tak więc dziecko o wadze 480 gramów, które zmarło przed narodzinami, nie może otrzymać dokumentu, a tym samym jego ciało nie zostanie wydane rodzicom i nie będzie mogło zostać pochowane. Szpitale tłumaczą się regulacjami prawnymi, za którymi stoją czynniki socjalne (np. prawo do urlopu macierzyńskiego), oraz przepisami Głównego Urzędu Statystycznego o obowiązku prowadzenia statystyk urodzeń i zgonów. Z kolei rodzicom często brakuje świadomości tego, co jest im należne, dlatego pozostają bezradni wobec procedur administracyjnych. Z psychologicznego punktu widzenia odmowa wydania rodzicom ciała dziecka i dokonania jego pochówku nie sprzyja procesowi przeżycia żałoby po stracie potomka. Rodzice pozostają niezrozumiani, potraktowani w sposób urzędowy, co wzmacnia ich poczucie, że utrata dziecka nie jest traktowana jak każda inna śmierć. Rodzice oczekują tymczasem szacunku wobec swojego cierpienia i śmierci ich dziecka. Należy dodać, że trwają już prace nad propozycją zmian w przepisach dotyczących pochówku dziecka zmarłego przed narodzinami. Rodzice mieliby prawo pochować zmarłe przed narodzeniem dziecko bez względu na tydzień ciąży, w którym zmarło, oraz ciężar masy ciała. Prawo do pochówku dziecka zmarłego przed narodzinami lub okołoporodowo mieliby zatem wszyscy rodzice.

Rodzice, którym nie udzielono zgody na pochowanie dziecka, często decydują się na własny rytuał pożegnania z dzieckiem. W wąskim gronie lub zapraszając całą rodzinę opowiadają o swoich przeżyciach, niespełnionych nadziejach i bólu. Zwracają się do dziecka osobowo, jednocześnie żegnając się z nim. Pokazuje to, jak bardzo rytuał pogrzebowy jest potrzebny, by pożegnać dziecko i móc wejść w kolejny etap żałoby.



## 5. Badania własne

W literaturze przedmiotu występowanie objawów depresyjnych u grupy kobiet w okresie przed- i okołoporodowym dotyczy przede wszystkim zagadnień związanych z depresją poporodową oraz z symptomem baby blues. W zdecydowanie mniejszym stopniu badane są objawy depresyjne u kobiet, które doświadczyły utraty dziecka w wyniku poronienia, przedwczesnego porodu, urodzenia martwego dziecka lub przedwczesnej śmierci noworodka. Badania niektórych aspektów tego problemu prowadzone były na terenie Polski w kilku zespołach, m.in. pod kierownictwem Magdaleny Chrzan-Dętkoś. Uzyskane wyniki pozwalały stwierdzić istnienie depresji u jednej piątej badanych kobiet, które straciły dziecko przed jego narodzeniem<sup>19</sup>. Także zespół Barbary Prażmowskiej wykazał nasilenie poziomu objawów depresyjnych u kobiet po porodzie martwego dziecka w porównaniu do kobiet po porodzie żywego dziecka<sup>20</sup>. Badania prowadzone przez Izabelę Barton-Smoczyńską wskazywały, że kobiety doświadczające śmierci dziecka przed jego narodzinami ujawniają objawy stresu pourazowego (PTSD)<sup>21</sup>. Badania prowadzone w tej grupie kobiet każdorazowo wykazywały występowanie depresji. Nie zostało jednak szczegółowo opisane występowanie objawów depresyjnych w sferze emocjonalnej, społecznej i somatycznej ze wskazaniem na aspekty wchodzące w zakres diagnozowania depresji ogólnej.

Celem badań własnych było stwierdzenie, czy i w jakim stopniu poszczególne symptomy depresji ujawniają się u kobiet po stracie dziecka poczętego w porównaniu z grupą kobiet, które urodziły dziecko. Innowacją było ukazanie natężenia każdego z symptomów składających się na obraz depresji.

W celu zbadania występowania i natężenia objawów depresyjnych zastosowano Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory) w polskim opracowaniu (BDI). Skala jest wersją przesiewową i odnosi się do sześciu z dziewięciu objawów depresji wymienianych przez klasyfikację zaburzeń psychicznych DSM V. Jest to metoda samoopisowa, służąca do oceny objawów depresyjnych oraz stopnia ich nasilenia. Test składa się z 21 kategorii, które zakładają odniesienie do różnorodnych objawów depresji ocenianych w czterech stopniach nasilenia. Każda kategoria zakłada możliwość odpowiedzi, która jednocześnie określa natężenie danego symptomu – od jego braku (0) aż do bardzo dużego nasilenia (3). Minimalny wynik ogólny skali wynosi 0, a maksymalny 63 punkty. W praktyce nie uzyskuje się wyników powyżej 50 punktów, ponieważ osoby z tak nasiloną depresją nie są w stanie wypełnić testu. Interpretacja wyników przedstawia się następująco: wynik w przedziale od 0 do 11 interpretuje się jako brak depresji, wyniki od 12 do 19 sugerują łagodną depresję, natomiast wyniki powyżej 20 wskazują na silny stan depresyjny. Za próg rozpoznawania występowania depresji uważa się najczęściej 12 punktów, przy czym niektórzy

<sup>19</sup> M. Chrzan-Dętkoś, *Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – dobre praktyki szpitalne w opiece nad matką*, „Ginekologia Praktyczna” 2010, 2(18), s. 27–30.

<sup>20</sup> B. Prażmowska, G. Puto, E. Kowal, B. Gierat, dz. cyt.

<sup>21</sup> I. Barton-Smoczyńska, dz. cyt.

autorzy sugerują, by za próg przyjąć już 10 punktów<sup>22</sup>. Wynik ogólny stanowi o występowaniu i nasileniu depresji. Trzy kategorie zachowań wyróżnione przez Z. Juchę obejmują: uczuciowość, stosunki społeczne oraz reakcje somatyczne. Analiza trzech wymienionych obszarów prowadzona jest na podstawie wydania eksperymentalnego Inwentarza Objawów Depresyjnych przez Katedrę Psychologii Klinicznej KUL. Natomiast analiza cech zachowań depresyjnych opiera się na opisie każdego pytania<sup>23</sup>.

W badaniach wzięło udział 125 kobiet, spośród których 65 urodziło dziecko (UDz), 60 doświadczyło natomiast utraty dziecka poczętego (SDz). Większość kobiet w obu grupach była zamężna, w pierwszym związku. W obu grupach jako miejsce zamieszkania zaznaczono wieś oraz duże miasto. Pod względem wykształcenia 80% kobiet z grupy UDz miało wykształcenie wyższe magisterskie, natomiast w grupie SDz wykształcenie średnie miało 50%, wyższe magisterskie 36,7% kobiet. Średni wiek badanych kobiet wynosił  $M=30$  lat w obu grupach. Również przedział wiekowy kobiet był porównywalny i wynosił od 21–22 do 41–42 lat.

Z danych tabeli 1 wynika, że wyższy wynik ogólny depresji oraz wyższe wyniki w podskalach BDI uzyskano w grupie kobiet, które utraciły dziecko przed jego narodzeniem (SDz), aniżeli w grupie matek, które urodziły dziecko. Najwyższe różnice w średnich wynikach odnotowano kolejno w podskali reakcji somatycznych (RS), uczuciowości (U), a najmniejsze w skali stosunków społecznych (SS).

**Tabela 1.** Średnie wyniki oraz istotność różnic dla wyniku ogólnego i trzech podskal BDI

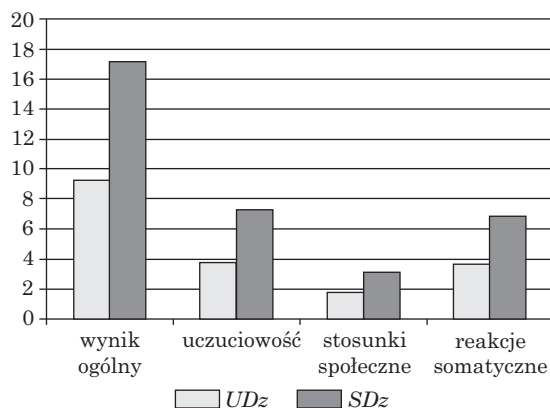
Zmienne	Przedziały teoretyczne	UDz (N = 65)		SDz (N = 60)		z	p
		M	SD	M	SD		
Wynik ogólny (WO)	0–63	9,22	5,43	17,17	8,87	-5,04	0,001
Uczuciowość (U)	0–30	3,82	2,95	7,32	4,47	-4,38	0,001
Stosunki społeczne (SS)	0–12	1,77	1,78	3,13	2,47	-2,92	0,004
Reakcje somatyczne (RS)	0–21	3,65	1,92	6,83	2,93	-6,01	0,001

Porównanie obu grup ujawniło istotne różnice zarówno w wyniku ogólnym, jak i we wszystkich trzech podskalach: uczuciowości, stosunków społecznych i reakcji somatycznych, w kierunku wyższych wyników dla grupy SDz (tab. 1). Wyraźnie obrazuje to wykres 1.

<sup>22</sup> W. Foltyn, E. Nowakowska-Zajdel, J. Knopik, A. Brodziak, *Wpływ negatywnych doświadczeń z okresu dzieciństwa na występowanie depresji u studentów medycyny – doniesienie wstępne*, „Psychiatria Polska” 1998, 32, s. 177–186; J. Schwab, M. Bialow, R. Clemmons, P. Martin, C. Holzer, *The Beck depression inventory with medical inpatients*, „Acta Psychiatr Scand” 1967, 43(3), s. 255–66.

<sup>23</sup> Z. Jucha, *Inwentarz Objawów Depresyjnych. Wydanie eksperymentalne* [Własność Katedry Psychologii Klinicznej KUL, 1973].





Wykres 1. Porównanie wyników średnich w grupach UDz i SDz w podskalach BDI

Uzupełnieniem danych zawartych w tabeli 1 jest szczegółowa charakterystyka nasilenia cech depresji określających wyodrębnione trzy sfery.

### 5.1. Sfera afektywna – uczuciowość

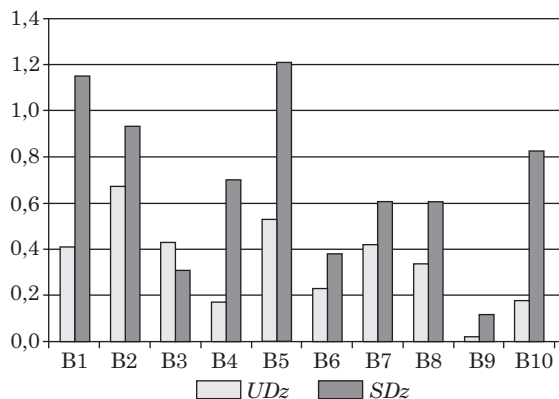
Sfera ta obejmuje 10 itemów opisujących różnorodne stany emocjonalne, które występują w depresji. W tabeli 2 przedstawiono średnie nasilenie cech w tej grupie symptomów.

Tabela 2. Średnie nasilenie cech w zakresie sfery afektywnej; różnice pomiędzy grupami kobiet

Itemy Inwentarza Depresji Becka	UDz (N = 65)		SDz (N = 60)		p
	M	średnia rangowa	M	średnia rangowa	
B1 – obniżenie nastroju	0,41	48,02	1,15	79,23	0,001
B2 – pesymizm	0,67	55,90	0,93	69,54	0,011
B3 – samooskarżanie	0,43	65,53	0,31	60,26	0,323
B4 – anhedonia	0,17	53,31	0,70	73,50	0,001
B5 – poczucie winy	0,53	50,85	1,21	76,16	0,001
B6 – potrzeba bycia ukaranym	0,23	59,42	0,38	66,88	0,137
B7 – niezadowolenie z siebie	0,42	57,53	0,61	68,93	0,044
B8 – poczucie niższości	0,34	56,25	0,61	70,31	0,014
B9 – myśli samobójcze	0,02	59,96	0,12	66,29	0,021
B10 – płacz	0,18	50,80	0,83	76,22	0,001

W ośmiu itemach dotyczących sfery afektywnej zachodzą istotne różnice między grupą UDz i SDz. Pytaniami nieróżnicującymi były pytania B3 i B6 (samooskarżanie i potrzeba bycia ukaranym). W grupie kobiet po stracie dziecka najwyższe średnie dotyczą kolejno: poczucia winy (M = 1,21), obniżonego

nastroju ( $M=1,15$ ), pesymizmu, płaczu, anhedonii, niezadowolenia z siebie na równi z poczuciem niższości, w najmniejszym stopniu zaś dotyczą myśli samobójczych ( $M=0,12$ ) (tab. 2). Poniżej przedstawiono porównanie obu grup pod kątem wyboru pytań (na skali odpowiedzi od 0 do 3), czyli również siły odczuwania poszczególnych symptomów w sferze afektywnej. Pytania o najsilniejszym wskaźniku wyboru w obu grupach ilustruje wykres 2.



**Wykres 2.** Średnie nasilenie symptomów w sferze afektywnej w grupach *UDz* i *SDz* wg BDI  
 Legenda: (B1) – obniżenie nastroju; (B2) – pesymizm; (B3) – samooskarżanie; (B4) – anhedonia;  
 (B5) – poczucie winy; (B6) – potrzeba bycia ukaranym; (B7) – niezadowolenie z siebie; (B8)  
 – poczucie niższości; (B9) – myśli samobójcze; (B10) – płacz

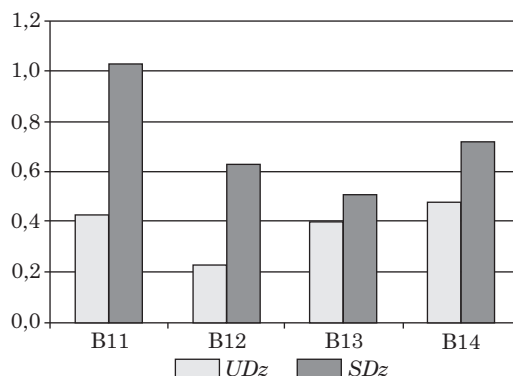
## 5.2. Sfera społeczna

Kolejna grupa pytań Inwentarza Depresji Becka dotyczy społecznego funkcjonowania kobiet. Część ta składa się z czterech podskal.

W czterech itemach dotyczących sfery społecznej zaszły istotne różnice w dwóch wymiarach (z przewagą występowania w grupie *SDz*) w zakresie drażliwości ( $M=1,03$ ) oraz izolacji społecznej ( $M=0,63$ ). W wymiarach dotyczących niezdecydowania oraz poczucia zmiany w wyglądzie nie odnotowano istotnych różnic (tab. 3). Wykres 3 wskazuje zarówno na częstość wybierania danych odpowiedzi w obu grupach, jak i siłę odczuwania danych symptomów.

**Tabela 3.** Średnie nasilenie cech w zakresie sfery społecznej; różnice pomiędzy grupami

Itemy Inwentarza Depresji Becka	UDz (N=65)		SDz (N=60)		p
	M	średnia rangowa	M	średnia rangowa	
B11 – drażliwość	0,43	52,59	1,03	74,28	0,001
B12 – izolacja społeczna	0,23	52,49	0,63	74,38	0,001
B13 – niezdecydowanie	0,40	60,33	0,51	65,89	0,325
B14 – poczucie zmiany w wyglądzie	0,48	59,16	0,72	67,16	0,168



**Wykres 3.** Średnie nasilenie symptomów w sferze społecznej w grupach UDz i SDz wg BDI  
 Legenda: (B11) – drażliwość; (B12) – izolacja społeczna; (B13) – niezdecydowanie;  
 (B14) – poczucie zmiany w wyglądzie

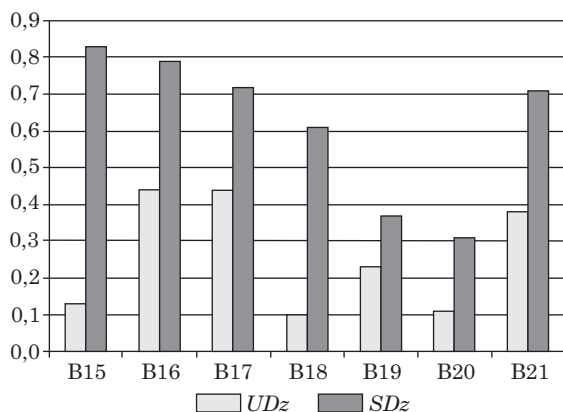
### 5.3. Symptomy fizjologiczne

Trzecia część Inwentarza BDI dotyczy fizjologicznych symptomów depresji i zawiera siedem podskal, dotyczących utraty zdolności do pracy, zaburzeń snu, zwiększenia męczliwości, utraty apetytu, wagi ciała, libido oraz ogólnego zamartwiania się swoim stanem zdrowia. Dostrzegalna płaszczyzna objawów depresyjnych może być dosyć przykra dla osoby, dodatkowo obciąża jej stan poczucia beznadziejności. Tabela 4 przedstawia strukturę odpowiedzi udzielanych w tym zakresie.

**Tabela 4.** Średnie nasilenie cech w zakresie symptomów fizjologicznych; różnice pomiędzy grupami

Itemy Inwentarza Depresji Becka	UDz (N=65)		SDz (N=60)		p
	M	średnia rangowa	M	średnia rangowa	
B15 – niezdolność do pracy	0,13	49,10	0,83	78,06	0,001
B16 – zaburzenia snu	0,44	53,58	0,79	73,21	0,001
B17 – męczliwość	0,44	55,09	0,72	71,57	0,004
B18 – utrata apetytu	0,10	49,12	0,61	78,03	0,001
B19 – utrata wagi	0,23	59,26	0,37	67,05	0,123
B20 – troska o zdrowie somatyczne	0,11	58,34	0,31	68,05	0,024
B21 – utrata popędu seksualnego	0,38	54,84	0,71	71,84	0,003

W grupie kobiet, które doświadczyły utraty dziecka, istotne różnice dotyczące nasilenia symptomów fizjologicznych wystąpiły w utracie zdolności do pracy ( $M=0,83$ ), utracie apetytu, zaburzeniach snu, utracie libido, męczliwości oraz zamartwianiu się własnym stanem zdrowia ( $M=0,31$ ). Istotne różnice nie wystąpiły w zakresie utraty wagi ciała. Porównanie grup w zakresie udzielanych odpowiedzi ilustruje wykres 4.



**Wykres 4.** Średnie nasilenie symptomów fizjologicznych w grupach UDz i SDz wg BDI  
 Legenda: (B15) – niezdolność do pracy; (B16) – zaburzenia snu; (B17) – męczliwość;  
 (B18) – utrata apetytu; (B19) – utrata wagi; (B20) – troska o zdrowie somatyczne;  
 (B21) – utrata popędu seksualnego

## 5.4. Dyskusja

Występowanie depresji oraz nasilenie poszczególnych symptomów sugerujących jej występowanie oceniono na podstawie danych uzyskanych w Inwentarzu Depresji Becka (BDI). Cel badań, zgodnie z którym starano się ustalić, czy i w jakim natężeniu występują objawy depresyjne w grupie kobiet po stracie dziecka w okresie prenatalnym i okołoporodowym, został osiągnięty.

Kobiety po stracie dziecka charakteryzują się podwyższonymi symptomami związanymi z uczuciowością oraz reakcjami somatycznymi. Kobiety te cechuje obniżony nastrój, pesymizm, anhedonia, poczucie winy, niezadowolenie z siebie, poczucie niższości, obecność myśli samobójczych, płaczliwość, drażliwość, tendencja do izolacji społecznej, niezdolność do pracy, zaburzenia snu, męczliwość, obniżony apetyt, zamartwianie się swoim zdrowiem oraz obniżenie zainteresowania sprawami seksualnymi. Uzyskane wyniki sugerują, że najczęstszymi objawami, na które należy zwracać uwagę w opiece nad kobietą, jest poczucie winy, obniżenie nastroju, pesymizm oraz płaczliwość (sfera afektywna), drażliwość w relacji z innymi (sfera społeczna), niezdolność do pracy, zaburzenia snu, męczliwość (sfera somatyczna). Przeprowadzone badania mogłyby być precyzyjniejsze po zwiększeniu liczby badanych kobiet. Uzyskane wyniki mają jednak wartość kliniczną i mogą ułatwić pracę osobom sprawującym medyczną i psychologiczną opiekę nad kobietami.

Z przeprowadzonych badań wynika, że sytuacja utraty dziecka niesie ze sobą ryzyko wystąpienia depresji, której nasilenie i rozwój można obserwować już po wystąpieniu pojedynczych objawów. Ze względu na tłumienie przeżywanej straty ważna jest wnikliwa obserwacja kobiety w każdej sferze jej funkcjonowania.

## 6. Podsumowanie

Utrata dziecka poczętego jest przeżyciem bardzo trudnym, które wyzwała różnorodne konsekwencje we wszystkich aspektach funkcjonowania kobiety oraz jej rodziny. Bardzo ważne jest indywidualne traktowanie każdej z matek oraz ich rodzin. Dostrzeżenie przestrzeni, w jakiej kobieta funkcjonuje, oraz tego, jakie wartości wyznaje, jest kluczowe przy udzielaniu natychmiastowej, jak i długotrwałej pomocy. Konsekwencje psychologiczne i somatyczne powinny być traktowane równie rzetelnie, jak aspekty medyczne. Nie można również zapominać o systemie rodzinnym, pomocy duchowej i szerszym oddziaływaniu społecznym. Im bardziej kompleksowa i wszechstronna będzie pomoc niesiona kobiecie po utracie dziecka, tym lepsze efekty będzie przynosić interwencja, terapia i rehabilitacja.

### **PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL CONSEQUENCES OF A LOSS OF A CHILD DUE TO MISCARRIAGE WITH PARTICULAR REGARD TO DEPRESSIVE SYMPTOMS**

#### SUMMARY

This article refers to a situation of losing a child in the prenatal period which is a difficult experience affecting numerous families. Need of providing proper and purposeful help encourages a research on multifaceted consequences of this situation in different areas of life. Psychological outcomes usually disclose directly after the moment when the loss occurs and they evolve as the time goes. Proper overcoming of a loss of a child is the best solution for this situation. Unfortunately for many reasons it remains impossible. That is why experienced emotions and pain inevitably become a source of depressive symptoms. Article also concerns family, social and religious dimension of discussed phenomena. The paper presents results of the research on the prevalence of depressive symptoms among women experiencing the loss of a child before birth. The analysis was based on a research conducted on patients (N=60) of Szpital św. Aleksandra in Kielce. To investigate the prevalence of depression and for the purpose of assessment of the intensity of its components the Beck Depression Inventory (BDI) was used. The results prove the presence of depression symptoms among the participants of the survey. Following highly diagnostic items can be mentioned: sense of guilt, low mood and irritability.

**KEY WORDS:** a loss of a child, miscarriage, depression

