

Psychoseksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu

Psychosexual consequences of miscarriage or bereavement of a child during delivery

Zbigniew Bielán, Anita Machaj, Izabela Stankowska

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Streszczenie

Strata dziecka w okresie ciąży i porodu jest doświadczeniem o charakterze psychologicznym i seksualnym. Jej konsekwencje stanowią często istotny problem kliniczny, który pociąga za sobą różnorodne powikłania, mogące wpłynąć na całokształt funkcjonowania partnerów tworzących związek. Niestety nie ma obecnie jasnych kryteriów postępowania w takich sytuacjach.

Celem niniejszego artykułu jest uwrażliwienie specjalistów różnych dziedzin, zajmujących się kobietami po stracie dziecka w okresie ciąży i porodu oraz ich partnerami, na trudności związane z tym doświadczeniem. Przedstawiona argumentacja może przyczynić się do bardziej precyzyjnego projektowania koniecznych interwencji wspierających osoby po stracie ciąży w tym okresie.

Seksuologia Polska 2010; 8 (1): 41–46

Słowa kluczowe: strata dziecka w okresie ciąży i porodu, zaburzenia psychiczne, zaburzenia seksualne, życie seksualne, krytyczne wydarzenie życiowe, zespół stresu pourazowego

Abstract

Child loss in pregnancy and childbirth period is a sexual and physical experience. Its consequences are essential clinical problem often, catching multifarious complications and influencing on totality of partnership. There are not clear criterions of proceeding in such situations unfortunately.

The elaboration objective is to promote awareness among different school experts for women after child loss and their partners for responding experience difficulties. Argumentation showed can focuss on more precise necessary intervention supporting persons after child loss directly after.

Polish Sexology 2010; 8 (1): 41–46

Key words: miscarriage, bereavement of a child during delivery, mental disorder, sexual disorder, sexual intercourse, critical life sensation, post-traumatic stress disorder

Wstęp

Ciąża jest dla kobiety wyjątkowym wyzwaniem osobistym i społecznym. Wiązą się z nią różnorodne przeobrażenia ciała, psychiki, a także relacji partnerskiej, co inklinuje konieczność włączenia w strukturę osobowości roli matki. Konsekwencją jest reorganizacja codziennego życia zawodowego i osobistego pod kątem pojawienia się dziecka. Poronienie to także doświadczenie,

które zmienia biografię kobiety i musi być włączone w strukturę tożsamości. Może ponadto istotnie wpłynąć na jej codzienne funkcjonowanie.

Ze względu na dość fragmentaryczną wiedzę środowisk medycznych o możliwych konsekwencjach psychoseksualnych pojawiających się u kobiet, które straciły dziecko w okresie ciąży lub porodu, oraz niedostrzeżenie konieczności udzielania wsparcia psychologicznego rodzicom po stracie, czego przejawem jest niewielka liczba psychologów zatrudnianych w polskich szpitalach, warto zastanowić się nad możliwością wyodrębnienia tego doświadczenia spośród innych wydarzeń o charakterze traumatycznym. Ma to na celu

Adres do korespondencji: dr n. hum. Anita Machaj
ul. Promienista 164a/1, 60–157 Poznań
tel.: 600 422 337

uwrażliwienie specjalistów kontaktujących się z kobietą i umożliwienie wdrożenia odpowiedniego postępowania.

Konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu nie wymagają wprawdzie nowej odrębnej klasyfikacji nozologicznej, natomiast z pewnością wymagają głębszego spojrzenia psychoseksualnego z uwagi na częstotliwość poronień, koncentrowanie się na ich medycznych aspektach z pominięciem wewnętrznych przeżyć kobiet oraz możliwe konsekwencje w życiu seksualnym, relacyjnym i parentalnym. Statystyki wskazują, że aż około 10–15% wszystkich ciąż kończy się poronieniem, z czego do 80% poronień dochodzi w I trymestrze ciąży [1], natomiast około 50% następuje jeszcze przed implantacją zapłodnionej komórki jajowej. Ponadto szacuje się, że do około 10% poronień dochodzi po 8. tygodniu ciąży, natomiast po 13. tygodniu — do 1–2% [2]. Dodatkowo niepokojąca staje się zwiększająca ryzyko poronienia tendencja do podejmowania decyzji prokreacyjnej w coraz późniejszym wieku [3, 4 s. 8].

Miejsce psychoseksualnych konsekwencji straty dziecka w okresie ciąży i porodu w ICD-10

Analizując kategorie diagnostyczne wyróżnione w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Classification of Diseases and Health Related Problems, Tenth Revision*) [5], łatwo zauważyć, że uwzględniono w niej psychiczne aspekty problemów zdrowotnych związanych z porodem i położeniem, ujmując je w kategorii diagnostycznej F53 „Zaburzenia psychiczne związane z porodem, niesklasyfikowane gdzie indziej”, która pomija jednak doświadczenie straty dziecka. Powyższa klasyfikacja opisuje wprawdzie poronienie, lecz wyłącznie w wymiarze medycznym – O00 „Ciąża, poród i połóg”. Nie można w niej zatem odnaleźć kategorii odnoszącej się bezpośrednio do psychicznych konsekwencji tego doświadczenia. Z praktyki klinicznej psychologów i psychiatrów wynika, że część kobiet, które przeżyły utratę ciąży, wymaga szczególnej i specyficznej opieki psychologicznej i/lub psychiatrycznej. W związku z tym konsekwencje wynikające z poronienia są najczęściej ujmowane w kategorii diagnostycznej F43, ponieważ obejmują ostrą reakcję na stres i zaburzenia adaptacyjne, będące jednym z podstawowych problemów tego stanu. Nie wyczerpują one jednak wszystkich symptomów mogących towarzyszyć temu doświadczeniu. Z uwagi na przytoczone dane można sądzić, że istnieje uzasadniona potrzeba rozszerzenia kategorii diagnostycznej F43 „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne” o kategorię „Reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne spowodowane stratą dziecka w okresie ciąży i porodu”.

Uzasadnienie

1. Psychologiczne aspekty funkcjonowania kobiety po stracie dziecka w okresie ciąży i porodu

Doświadczenie utraty ciąży na skutek poronienia jest zdarzeniem biomedycznym, jednak u części kobiet wywiera również ogromny wpływ na funkcjonowanie psychiczne oraz seksualne. Poronienie, bez względu na stopień zaawansowania ciąży, uznaje się za sytuacyjny kryzys psychologiczny, czyli trwającą około 6–8 tygodni reakcję zdrowej kobiety na sytuację trudną, przekraczającą jej zasoby i możliwości adaptacyjne [6]. Wywołuje on wstrząs ze względu na swą nagłość, nieprzewidywalność i brak możliwości kontroli. Charakteryzuje się najczęściej wzmożonym napięciem, poczuciem dyskomfortu i załamaniem mechanizmów radzenia sobie [7]. Co więcej, objawy kryzysu mogą nakładać się na wiele lub nawet na wszystkie aspekty funkcjonowania matki [8].

Należy zaznaczyć, że następujące po poronieniu etapy zmierzające do osiągnięcia stanu równowagi są tożsame z fazami radzenia sobie z kryzysem psychologicznym w innych sytuacjach krytycznych. Oznacza to, że wiele kobiet po stracie ciąży na ogół przechodzi przez następujące fazy:

1. szok — obejmuje negację poronienia, wzmożone napięcie, zaburzenie stanu wewnętrznej równowagi, zaprzeczanie;
2. reakcja emocjonalna — obejmuje konfrontację z rzeczywistością oraz próby uporania się z trudnymi emocjami poprzez różnego rodzaju mechanizmy obronne, na przykład wyparcie, racjonalizację;
3. praca nad kryzysem — oznaczająca zwrot ku możliwym rozwiązaniom i przyszłości, akceptację straty ciąży, możliwe plany prokreacyjne;
4. nowa orientacja — oznacza uznanie kryzysowego wydarzenia za własne doświadczenie życiowe i pogodzenie się ze stratą, akceptację, że było się matką, poradzenie sobie z poczuciem winy za stratę ciąży, odbudowę poczucia własnej wartości.

Nieprzykładanie wystarczającej wagi, zignorowanie, a tym samym niedanie kobiecie przyzwolenia na pojawienie się towarzyszących w tej sytuacji emocji uniemożliwia przepracowanie kryzysu. Z kolei nieprzepracowanie kryzysu zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się labilnych stanów emocjonalnych, mogących trwać miesiącami lub nawet latami. Ponadto jakikolwiek pojawiający się później stresor może wtórnie doprowadzić do stanu kryzysowego [8]. Mechanizmy obronne, takie jak tłumienie lub wyparcie, pociągają za sobą wysokie koszty zdrowotne, a trudne emocje bez udziału świadomości są przenoszone

na inne obszary funkcjonowania, na przykład na motywację i jakość współżycia seksualnego.

Ważnym elementem przepracowania sytuacyjnego kryzysu psychologicznego, który w praktyce bywa szczególnym obszarem zainteresowania psychologów i psychoterapeutów, jest przejście kobiety przez okres żałoby, którą definiuje się jako biopsychospołeczną reakcję będącą odpowiedzią na stratę i jej konsekwencje. Na proces ten składa się pięć etapów [4]:

1. szok — wraz z wewnętrznym zamętem, poczuciem bezradności, dystansowaniem się;
2. uświadomienie sobie straty dziecka — poczucie winy, złość, niepokój, stres;
3. ochrona siebie, wycofywanie się — rozpacz, zmęczenie, praca nad smutkiem;
4. powracanie do zdrowia — przebaczenie, poszukiwanie znaczenia, odzyskanie kontroli i poczucia sprawstwa, tworzenie nowej tożsamości;
5. odnowa — przejęcie odpowiedzialności, przyjmowanie nowych ról, rozwijanie nowej świadomości siebie, odbudowanie kontaktów z otoczeniem [7].

Brak wsparcia najbliższych oraz specjalistów w przeżywaniu żałoby po poronieniu może przy kolejnej ciąży doprowadzić nawet do psychozy położniczej z urojeniami na temat dziecka [9].

Kobiety, które utraciły ciążę, aby poradzić sobie z sytuacją, nierzadko zaprzeczają swoim uczuciom i uciekają od przeżytego doświadczenia. Częstym mechanizmem obronnym jest uznanie pokutującego w społeczeństwie przeświadczenia, że w sytuacji utraty ciąży lepiej, gdy dzieje się to w pierwszych tygodniach po zapłodnieniu aniżeli w późniejszych. W praktyce okazuje się jednak, że to właśnie kobiety po wcześniejszej stracie mają poważniejsze trudności z poradzeniem sobie z poronieniem. Może to wynikać z większej łatwości w zaprzeczeniu konsekwencjom poronienia, szybszego powrotu rodziny i bliskich kobiety do stabilizacji, a to z kolei utrudnia proces przepracowania problemu. Zasadniczo jednak nie ma znaczenia, w którym momencie okresu płodowego kobieta utraci dziecko, ponieważ doświadczenie to jest tragedią bez względu na czas trwania ciąży.

Zgoda matki oraz przyzwolenie otoczenia na przeżywanie żałoby, przy założeniu jej prawidłowego przebiegu, umożliwia rozwiązanie dylematu dotyczącego ponownego zajścia w ciążę. Część par odracza podjęcie decyzji o kolejnej próbie posiadania dziecka, zgłaszając brak gotowości, duży poziom lęku i napięcia, zaburzenia w sferze relacyjnej oraz seksualnej. Drugą, wyraźnie zaznaczającą się strategią, jest potrzeba czy chęć bardzo szybkiego (kiedy tylko zezwala na to lekarz prowadzący) ponownego zajścia w ciążę, jako rozwiązania leżącego zarówno dla kobiety, jaki i mężczyzny. Ostatecznie kwestię tę mogą rozstrzygnąć wyłącznie partnerzy z uwzględnieniem swoich potrzeb i możliwości. Istotne jest jednak to, by potrzeba za-

pełnienia pustki oraz poradzenia sobie ze stratą nie stała się przyczyną „zastąpienia jednego dziecka drugim”. Szansa uniknięcia takiego stanu rzeczy pojawia się po przepracowaniu straty, wtedy kolejna ciąża może przynieść spełnienie partnerów i satysfakcję z rodzicielstwa. Możliwe staje się wtedy także nawiązanie więzi emocjonalnej z dzieckiem.

Obserwacje wskazują, że nie da się jednoznacznie wyróżnić grupy matek, które trudniej przechodzą ten okres. Niemniej jednak zarysowuje się pewna tendencja do większego zaprzeczania i częstszej intelektualizacji pojawiających się emocji przez kobiety z wyższym wykształceniem. Bardziej konstruktywne wychodzenie z kryzysu przez kobiety słabiej wykształcone wynika najczęściej z faktu, że ich otoczenie daje większe przyzwolenie na przeżywanie straty i przepracowanie żałoby. Zauważa się również, że matki mieszkające w małych aglomeracjach miejskich i na wsiach dodatkowo muszą poradzić sobie z negatywną opinią społeczną na temat ich kobiecości i zdolności do macierzyństwa.

Kolejnym bardzo ważnym i charakterystycznym aspektem straty ciąży jest możliwość (lub jej brak) pożegnania się i pochowania nienarodzonego dziecka. Obserwacje dokonane podczas pracy z kobietami i parami wskazują, że szansa pochowania dziecka jest istotnym warunkiem prawidłowego przebiegu procesu żałoby oraz jej zakończenia. Kobiety, które nie miały szansy pożegnać się z dzieckiem lub go pochować, bardzo często cierpią na tak zwany zespół nieoznaczonego grobu. Terapeuci pracujący z kobietami oraz rodzinami, które doświadczyły straty nienarodzonego dziecka, zalecają, by dokonać symbolicznego nadania imienia oraz rytualnego pochowania dziecka [9–11].

2. Prawne aspekty straty dziecka w okresie ciąży i porodu

Doświadczenie straty dziecka dodatkowo komplikują zapisy prawne, które nie określają jednoznacznie sposobu postępowania z ciałem martwego płodu. W polskim ustawodawstwie obowiązuje obecnie Prawo o aktach stanu cywilnego z dnia 29 września 1986 roku (Dz.U., nr 36, poz. 180) tekst jednolity z dnia 30 czerwca 2004 roku (Dz.U., nr 161, poz. 1688). Nie ma w nim żadnych przesłanek mówiących, od kiedy płód jest dzieckiem. W art. 39 tej ustawy zaznaczono tylko, że rodzice lub szpital (jeśli poród nastąpił w szpitalu) mają obowiązek zgłoszenia urodzenia się martwego dziecka. Z tego punktu widzenia, przy braku innych zapisów w ustawie można twierdzić, że to rodzice bądź szpital decydują o tym, czy płód uznany jest za dziecko, czy też nie. Na podstawie § 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu, z dnia 31 października 2006 roku (Dz.U., nr 203, poz. 1503), można sądzić, że to lekarz dokonuje oględzin

i stwierdza czas zgonu. Zatem należałoby wnioskować, że to on decyduje, czy mamy do czynienia ze zgonem człowieka (dziecka). Od 2007 roku, zgodnie z § 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006 roku w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz.U., nr 153, poz. 1783), za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych, bez względu na czas trwania ciąży, stąd można wnioskować, że za dziecko można uważać płód od samego poczęcia. Oznacza to, że teoretycznie już od momentu poczęcia nie można odmówić pochówku dziecka.

Pojawia się tu jednak jeszcze inna kwestia, mianowicie: wydanie odpowiednich aktów administracyjnych, co leży już w zakresie praw i obowiązków lekarza i rodziców. Istniejące akty prawne pozwalają przypuszczać, że obowiązek ten spoczywa bardziej po stronie lekarza, gdyż to on musi stwierdzić zgon w celu zgłoszenia narodzin martwego dziecka. Jeżeli lekarz nie poda czasu zgonu, twierdząc, że martwy płód nie jest jeszcze dzieckiem, to niemożliwe staje się zgłoszenie narodzin martwego dziecka. Według ostatnich regulacji (Dz.U., nr 219, poz. 2230) szpital jest zobligowany do wydania pisemnego zaświadczenia lub aktu urodzenia z zapisem „zmarło” wszystkim dzieciom. W rozporządzeniu z dnia 2 lutego 2005 roku w sprawie wydawania dokumentacji urodzeń i zgonów pojawiają się różne medyczne definicje poronienia, przedwczesnego porodu. Zatem rodzice zmarłego przedwcześnie dziecka mogą otrzymać akt zgonu lub akt urodzenia z zapisem „zmarło”. Dokumenty te są rozłączne, ponieważ akt urodzenia wydaje się na podstawie Prawa o Aktach Cywilnych. Rodzinom dzieci urodzonych przed 22. tygodniem ciąży bądź z masą ciała niższą niż 500 g, nie wystawia się aktu urodzenia ani zgonu. W tej sytuacji ciało dziecka nie zostanie wydane rodzicom wraz dokumentacją, przez co nie może się odbyć pogrzeb.

W szerszym kontekście stwierdza się, że prawo jako całość stanowi pewien zwarty i spójny system i nie powinno działać w oderwaniu od zasad moralnych panujących w danym społeczeństwie. Dlatego też, biorąc pod uwagę fakt, że Kościół Katolicki uważa dziecko za oddzielny byt już w momencie poczęcia (art. 75 Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego, § 1), można uznać, że śmierć takiego bytu oznacza śmierć dziecka.

3. Religijne aspekty doświadczenia straty dziecka w okresie ciąży i porodu

Rodziny, które doświadczyły utraty dziecka, o ile są wierzące, często odczuwają potrzebę ochrzczenia oraz pochowania zgodnie z obrzędkiem religijnym nienarodzonego lub zmarłego podczas porodu dziecka [4]. W Polsce dominującą religią jest katolicyzm reprezentowany przez Kościół Rzymskokatolicki. W myśl prawa kanonicznego (kanon 1183) dziecku zmarłemu przedwcześnie w łonie matki lub w trakcie narodzin należy się pogrzeb, nawet

jeśli nie zostało ono ochrzczone. Warunkiem jest, by rodzice byli osobami wierzącymi. Obrzędy Kościoła Rzymskokatolickiego dysponują zapisem mszy pogrzebowej dla dziecka nieochrzczonego. Dylematy związane z tą szczególną sytuacją są konsekwencją niedookreślenia statusu duszy dziecka nienarodzonego lub przedwcześnie zmarłego, ponieważ z punktu widzenia Pisma Św. chrzest może przyjąć ktoś, kto tego pragnie, ponieważ uwierzył. Według wykładni św. Augustyna, dziecko poczęte nie ma zdolności do czynienia zła, zatem pokalanie grzechem pierwotnym nie powinno go dotyczyć. Formalnie Kościół nadal nie rozstrzygnął jednoznacznie statusu dusz dzieci zmarłych przed porodem.

Kolejny dylemat dotyczy możliwości ochrzczenia dziecka urodzonego przedwcześnie. Taką możliwość daje miłość rodziców i pragnienie zawierzenia dziecka Bogu. Zakłada się tu pośredniczenie Kościoła w realizowaniu powszechnej woli zbawczej Boga (*votum Ecclesiae*), pragnącego zbawienia wszystkich ludzi (Kościół uznaje istnienie człowieka od chwili jego poczęcia). Znacząca większość teologów zgadza się, że zbawienie dzieci zmarłych bez chrztu wodą, przed dojściem do możliwości używania rozumu, dokonuje się na podstawie pragnienia zbawienia rodziców i wspólnoty wierzącej. Msza pogrzebowa dziecka ochrzczonego i nieochrzczonego różni się jedynie treścią modlitwy. Można zatem stwierdzić, że ksiądz odmawiający pochówku dziecka nienarodzonego (ochrzczonego lub nie) kieruje się subiektywnym przekonaniem i działa niezgodnie z literą prawa kościelnego.

4. Zaburzenia relacji partnerskiej i rodzinnej

Poronienie może istotnie rzutować na relacje w związku. Partnerzy bardzo często rezygnują z podejmowania rozmowy na temat straty, swoich wzajemnych potrzeb i próbują domyślać się, czego potrzebuje druga strona. Mężczyzna, chcąc chronić kobietę przed nieprzyjemnymi uczuciami, przyjmuje postawę skały czy niewzruszonego rycerza. Kobieta, która w takiej sytuacji potrzebuje najczęściej przede wszystkim bliskości, czułości i uznania jej cierpienia, skłonna jest wtedy oskarżać partnera o lekceważenie jej uczuć i brak miłości do ich zmarłego dziecka. Nieumiejętność rozmowy na temat poronienia może stać się początkiem zaburzeń komunikacji, prowadzących do wycofywania się ze związku i wzajemnego oskarżania. Barton-Smoczyńska [4] zauważa, że prawie 60% par, które doświadczyły utraty dziecka nienarodzonego, rozstaje się po kilku latach od tego wydarzenia. Prawdopodobnie przeżycie to staje się bodźcem do refleksji o śmierci, utracie, rozpadzie, a także źródłem lęku i obaw dotyczących braku wzajemnego zrozumienia, bliskości, umiejętności dawania wsparcia i zwracania się z prośbą o pomoc. W doświadczeniu utraty dziecka należałoby więc zachęcać

partnerów do kontaktu. Nie jest przy tym najważniejszy sam fakt rozmowy, lecz bycie ze sobą.

Rodzina, żegnając jednego z członków lub marzenia i oczekiwania związane z jego pojawieniem się, także znajduje się w sytuacji kryzysu. Część terapeutów zauważa, że członkowie rodziny konfrontują się z poczuciem utraty sensu i celu życia, które dopiero z czasem powoli odbudowują. Szacuje się, że 1/4 rodzin wymaga specjalistycznej pomocy terapeutycznej, ponieważ nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie z traumą. Zakłada się, że im bardziej autonomiczne jednostki tworzą rodzinę, tym większa szansa pokonania kryzysu i odzyskania równowagi. Niemniej jednak rodziny najczęściej posługują się następującymi strategiami radzenia sobie ze stratą:

1. Pozostawienie roli, która była dedykowana dziecku, pustej i nieobsadzonej.
2. Szukanie zastępczego członka rodziny, który będzie pełnił tę funkcję — najczęściej jest to staranie się o następne dziecko. Zwykle proces wiązania się rodziców z zastępczym dzieckiem przebiega w znacznie ograniczony sposób [12].
3. Przejmowanie roli przez jednego z członków rodziny (rodzeństwo, rodzice) lub rozpadanie się systemu rodzinnych więzi [4].

5. Seksualne konsekwencje straty dziecka w okresie ciąży i porodu

Strata dziecka, jako doświadczanie intensywnie wpływające na poczucie kobiecości, atrakcyjności i seksualności, może być przyczyną zaburzeń o charakterze seksualnym, zarówno w wymiarze diadycznym, jak i indywidualnym. Wyniki doświadczeń klinicznych potwierdzają, że część kobiet oraz par boryka się problemami natury seksualnej.

Większość kobiet po przeżyciu poronienia, według Barton-Smoczyńskiej [4], szybko podejmuje współżycie z partnerem. Jednak motywacja do kontynuowania życia seksualnego ma na ogół charakter psychiczny, pozaseksualny — kobiety w akcie seksualnym poszukują zaspokojenia potrzeby bliskości, opieki, poczucia bezpieczeństwa, wsparcia i intymności. Innym najczęściej spotykanym problemem jest wstrzymanie współżycia seksualnego, niechęć do jego podejmowania, odczuwanie dyskomfortu lub bólu w trakcie stosunku seksualnego oraz brak przyjemności czy orgazmu. Niechęć lub niemożność podjęcia współżycia może być konsekwencją następstw pozabiegowych (ingerencje medyczne, badania, infekcje), jak również wyrazem mechanizmu spustowego uruchamiającego latentne formy konfliktu diadycznego.

Chcąc ująć w sposób całościowy problem zaburzeń seksualnych, będących konsekwencją poronienia na różnych etapach trwania ciąży, należy wyróżnić:

1. Spadek libido, który może być uwarunkowany hormonalnie, jako wynik przebytej właśnie ciąży, lub też ma charakter wtórny wobec niechęci do współżycia spowodowanej przyczynami psychologicznymi (wewnętrznym konfliktem lub też zaburzeniami diadycznymi pomiędzy partnerami).
2. Lęk i niechęć do penetracji pochwy, które często są powiązane z obawą o stan somatyczny „uszkodzonej pochwy” po poronieniu, a także ze strachem przed następną ciążą, na którą kobieta w danym momencie nie jest jeszcze gotowa, niezależnie od wygłaszanych deklaracji. Lęk będący wyrazem traumatycznego doświadczenia może się wyrazić unikaniem współżycia.
3. Zdarza się, że poza aspektem *stricte* wolicjonalnym niechęć do współżycia jest konsekwencją:
 - dyspareunii — będącej w pierwszej kolejności wynikiem następstw pozabiegowych, w tym też infekcyjnych;
 - pochwicy — której przyczyną może być:
 - brak poczucia bezpieczeństwa;
 - odrzucenie partnera — będące wyrazem konfliktów diadycznych, w tym światopoglądowych, lękiem o zdrowie kobiety, niechęcią wobec prawdopodobieństwa przeżywania kolejnej straty;
 - aspekt religijny przekładający się na chęć karanie siebie i/lub partnera, samoobwinianie;
 - zaburzenia osobowościowe, które w sytuacji przemian hormonalnych, przeżycia straty oraz stresu mogą nabrać siły lub się uaktywnić.

Na płaszczyźnie diadycznej powstaje wiele konfliktów, które wpływają bezpośrednio i pośrednio na pożycie seksualne. Dodatkowo, zaniżone poczucie wartości powiązane ze spadkiem atrakcyjności, wynikającej ze zmian pociążowych, w zasadniczy sposób utrudnia terapię. Do zaburzeń seksualnych, które mogą występować na tym tle, zalicza się [13–16]:

1. awersję seksualną, będącą następstwem przeżytej traumy i zgeneralizowanej niechęci przesuniętej na partnera;
2. dysharmonię seksualną, mogącą być wyrazem zmian reaktywności seksualnej partnerów;
3. dysocjację orgazmu, czyli oddzielenie orgazmu biologicznego od psychicznego, lub jej brak, co najczęściej prowadzi do zniechęcenia w pożyciu seksualnym;
4. smutek po współżyciu, będący wyrazem zarówno powyższych symptomów, jak i lękiem przed oceną ze strony partnera w sytuacji zaniżonego poczucia wartości;
5. autoagresję — przejawiająca się na płaszczyźnie seksualnej jest wynikiem zaburzeń osobowości-

wych, w tym dominującego przekonania o niezasłużoności udanego życia seksualnego w sytuacji niewypełnienia swej funkcji prokreacyjnej;

6. instrumentalne podejście do seksu jako czynności jedynie prokreacyjnej, służącej do „odzyskania” dziecka lub spłodzenia nowego, co może prowadzić do narzędziowego współżycia podporządkowanego dniom płodnym kobiety, pozbawionego radości i bliskości.

Faktyczny wymiar zmian jakościowych w pożyciu seksualnym można badać posługując się Skalą Mell-Krat odnoszącą się do jakości pożycia seksualnego przed i po poronieniu [13].

Podsumowanie

Doświadczenie utraty dziecka (płodu) ma charakter wieloaspektowy, dlatego też wywołuje u kobiety wiele procesów i emocji, związanych z nią samą, jej partnerem oraz dzieckiem. Obok przedstawionych trudności, podstawowe problemy jakie wyłaniają się na pierwszy plan to [4, 17–19]:

- poczucie winy za stratę dziecka (płodu) — zadreżczenie się myślami dotyczącymi odpowiedzialności, konkretnych działań, które mogły przyczynić się do utraty dziecka (niedopatrzenia, nieuwaga, zignorowanie wskazówek lekarza);
- bezpośrednie obwinianie siebie za niezdolność donoszenia i urodzenia dziecka, interpretowaną jako słabość ciała kobiety;
- częste powroty do myśli związanych z trudnościami i komplikacjami wynikającymi z ciąży (poczucie winy za to, że kiedyś kobieta nie chciała mieć dziecka, miała wątpliwości co do ciąży lub narzekała na ten stan);
- strach przed zobaczeniem i przytuleniem zmarłego dziecka — obawa, że kontakt z ciałem dziecka nie pozwoli na poradzenie sobie z jego utratą i będzie skutkowało trudniejszym i dłuższym powrotem do równowagi (możliwe utrudnienie procesu żałoby), przy równoległe odczuwanej potrzebie kontaktu, przytulenia i pożegnania dziecka;
- przeżycia związane z brakiem możliwości pożegnania się z dzieckiem lub pochowania go; ponadto matki wierzące mogą doświadczać dodatkowej traumy wynikającej z niemożności ochrzczenia dziecka;
- przeobrażenia w obrazie własnego ciała — ogromną trudność w powrocie do równowagi sprawia odczuwana złość na własne ciało, organizm. Kobiety nie mogą pogodzić się z tym, że ich ciało funkcjonuje tak, jakby nic się nie stało, podczas gdy one odczuwają cierpienie psychiczne;

- poczucie małości związane z utratą ciąży, które istotnie obniża poczucie własnej wartości — często wynika z obawy przed oceną społeczną w kategorii niepełnowartościowej kobiety lub niezdolności do bycia matką;
- zwątpienie we własną kobiecość i zdolności macierzyńskie;
- depresja i reakcja depresyjna, które mogą być połączone z zachowaniami suicydalnymi;
- czynności autoagresywne — jako forma neutralizowania napięcia oraz bólu związanego ze stratą, karania siebie lub jako wyraz złości na własne ciało;
- brak poczucia sprawstwa, kontroli, konfrontacja z własnym ograniczeniem;
- poczucie krzywdy, niesprawiedliwości;
- gniew, agresja, złość.

W świetle tych rozważań propozycja rozszerzenia kategorii diagnostycznej F43 „Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne” o kategorię „Reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne spowodowane stratą dziecka w okresie ciąży i porodu” wydaje się całkowicie uzasadniona.

Piśmiennictwo

1. Słomko Z. (red.). Ginekologia T. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
2. Bręborowicz G. (red.). Późniactwo i ginekologia. Tom I. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa, 2008.
3. Machaj A. Aktywność seksualna kobiet posiadających małe dziecko a wybrane aspekty ich seksualności. Niepublikowana rozprawa doktorska, 2009.
4. Barton-Smoczyńska I. O dziecku, które odwróciło się na pięcie. NAF, Łomianki 2006.
5. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2000.
6. Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Zak, Warszawa 2002.
7. Sońta E., Sońta G. Przemoc domowa — praca socjalna z rodziną dotkniętą przemocą. Materiały konferencyjne. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Poznaniu 2009.
8. Lipczyński A. Psychologiczna interwencja kryzysowa w sytuacjach kryzysowych. Difin, Warszawa 2007.
9. Lewis E., Bourne S. Pregnancy after stillbirth or neonatal death: psychological risks and management. W: Raphael-Leff J. (red.). Spilt milk. Perinatal loss & breakdown. The Institute of Psychoanalysis, London 2000.
10. Olders H. Mourning and grief as healing processes in psychotherapy. Can. J. Psychiatry 1989; 34 (5): 271–277.
11. McAll K., Wilson W.P. Ritual morning for unresolved grief after abortion. South Med. J. 1987; 80 (7): 817–821.
12. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment, Hogarth Press, London 1969.
13. Lew-Starowicz Z. Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych. PZWL, Warszawa 1985.
14. Imieliński K. Seksiatria. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1990.
15. Leiblum S.R., Rosen R.C. Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
16. Matusiak-Kita M. Orgazm po zabiegach ginekologiczno-urologicznych. W: Zdrojewicz Z. (red.). Tajemniczy świat kobiecego orgazmu. Continuo, Wrocław 2009.
17. Babiker G., Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
18. Badura-Madej W. Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Intert, Warszawa 1998.
19. Żylicz P. Praca psychoterapeutyczna z osobami doświadczającymi poczucia winy. W: Grzesiuk L. (red.). Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki. Eneteia, Warszawa 2006.