

Dariusz Pater

Trauma i ból po stracie dziecka – implikacje terapeutyczne

Trauma and pain after the loss of a child. The need for therapeutic help

Artykuł mówi o traumie spowodowanej przedwczesną śmiercią dziecka. Cierpienie dosięga wszystkich członków rodziny. Trudną sytuację przeżywa szczególnie rodzeństwo zmarłego dziecka, które czasem bierze na siebie całą winę, a jednocześnie boi się odrzucenia ze strony rodziców. Szczegółowo omówiono uczucia pojawiające się u poszczególnych członków rodziny. Szczególną uwagę poświęcono poronieniu. Zaakcentowano konieczność niesienia pomocy przez personel szpitalny, na oddziałach położniczych, a także potrzebę wsparcia psychologicznego. Pomoc terapeutyczna pomaga w osiągnięciu stabilizacji emocjonalnej. Ukazano statystyki śmiertelności wśród dzieci. Przedstawiono liczby z ostatnich lat, w tym samobójstwa, których najwięcej jest w grupie wiekowej 15–24 lata.

Słowa kluczowe: trauma, ból, cierpienie, poronienie, pomoc psychologiczna, poczucie winy

The paper discusses trauma caused by the premature death of a child. While suffering reaches all family members, the siblings of the deceased child are particularly affected, as they sometimes take all the blame for the death of their brother or sister and, simultaneously, are afraid of rejection from their parents. The emotions of individual family members have been discussed in detail. Particular attention was focused on miscarriage, emphasizing the need for help from hospital staff and maternity wards, as well as the need for psychological support, which helps to achieve emotional stability. Recent child mortality statistics were also presented, including suicides, most of which occur in the 15-24 age group.

Key words: trauma, pain, suffering, miscarriage, psychological help, sense of guilt

Trauma i krzywda psychiczna

Pojęcie traumy wywodzi się z języka greckiego i oznacza „ranę”, „uraz”, „skaleczenie”. *Wielki słownik wyrazów obcych* podaje dwa znaczenia tego terminu. W znaczeniu psychologicznym trauma to „uraz psychiczny, wydarzenie negatywnie i decydująco wpływające na psychikę”, natomiast w ujęciu medycznym to „uszkodzenie organizmu, obrażenie ciała, uraz”¹.

W piśmiennictwie psychologicznym możemy znaleźć katalog wydarzeń traumatycznych, który zawarty jest w kwestionariuszu *The Life Events Checklist* (LEC). Ma on polską adaptację opracowaną przez M. Rzeszutka, M. Lis-Turlejską, H. Palich i S. Szumiął. W tym kwestionariuszu znalazło się 17 wydarzeń: klęska żywiołowa, pożar lub wybuch, wypadek komunikacyjny, poważny wypadek w pracy, w domu lub podczas zajęć rekreacyjnych, narażenie na substancje toksyczne, fizyczny atak, napaść z użyciem broni, napaść seksualna, inne niechciane lub przykre doświadczenie seksualne, udział w walce frontowej lub przebywanie w strefie wojny, niewola, zagrażająca życiu choroba lub uszkodzenie ciała, dotkliwe ludzkie cierpienie, nagła gwałtowna śmierć, nagła przypadkowa śmierć, poważne obrażenia, krzywda lub śmierć innej osoby, którą ktoś spowodował, inne bardzo stresujące wydarzenie lub doświadczenie². Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, o traumatycznym zdarzeniu mówimy wtedy, gdy osoba doświadczyła poważnego zranienia, śmierci lub zagrożenia integralności cielesnej, własnej albo innych osób. Istotne jest bezpośrednie narażenie na tę sytuację, czyli uczestniczenie w zdarzeniu lub uzyskanie informacji o zagrożeniu życia, o nieoczekiwanej, gwałtownej śmierci lub o zranieniu bliskiej osoby, i przeżywane wówczas uczucia: „silnego strachu, bezradności lub przerażenia”³. Wśród wymienionych wydarzeń zabrakło tak znaczącego przeżycia, jakim jest

¹ A. Latusek (red.), *Wielki słownik wyrazów obcych*, Warszawa 2016, s. 893.

² M. Rzeszutko, M. Lis-Turlejska, H. Palich, S. Szumiął, *Polska adaptacja narzędzia pomiaru ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji DSM-5: Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*, „Psychiatria Polska” 2018, nr 3, s. 499–510.

³ M. Lis-Turlejska, *Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu; współczesne kierunki badań*, „Nowiny Psychologiczne” 2000, nr 2, s. 25–38.

strata dziecka w wyniku poronienia, ale należy uznać, że mieści się ono w zakresie dotkliwego ludzkiego cierpienia.

Rodzic w traumie

Możemy przyjąć, że codziennie w Polsce umiera więcej niż 80 osób, które pozostawiają na świecie chociażby jednego rodzica. Czy zawsze jednak zrozpaczonego? Zazwyczaj tak. Jeśli jednak przyjrzymy się bliżej przyczynom śmierci osób w stosunkowo młodym wieku, dostrzeżemy ogromne zróżnicowanie powodów zgonów. Każda rozpacz po stracie dziecka jest uwarunkowana wieloma okolicznościami i bardzo różne są drogi do poradzenia sobie z bólem żałoby. Szok nagłej śmierci spowodowanej np. wypadkiem zupełnie inaczej uderza w psychikę rodzica niż długie i pełne cierpień przegrane zmagania z glejakiem. Inaczej rodzic żegna się z dopiero co zaistniałym, bezimiennym jeszcze życiem, straconym w skutek poronienia, a inaczej z maturzystą, z którym do końca życia kojarzyć się będzie każdy kąt w mieszkaniu, każda wigilia, przewędrowane wspólnie górskie szlaki, obejrzone razem filmy.

A czy można zestawiać ból młodego małżeństwa tracącego długo wyczekiwaną córeczkę, któremu medycyna nie daje już szans na kolejne dziecko z bólem przykutego do łóżka 87-latka, który traci jedynego opiekuna, jakim było jego dziecko, i nawet nie może być na jego pogrzebie?

Wszyscy jesteśmy dziećmi

Dziecku, zwłaszcza małemu, przynależy się w naszej kulturze szczególne miejsce. Młode życie w wielu osobach, przede wszystkim we własnych rodzicach, wyzwala odruchy troski, wzruszenia, radości. Dlatego też śmierć dziecka wydaje się być bezgraniczną niesprawiedliwością. Jednak mieszanie pojęcia sprawiedliwości z koniecznością umierania, która realizować się może na każdym etapie życia, jest nieporozumieniem. Świat nie jest sprawiedliwy, a prawa natury nie podlegają takiej kategorii osądu. Tak naprawdę chodzi o ból straty i nieznośną retorykę pytania: „dlaczego?”, a chyba jeszcze trafniej sformułowanego: „dlaczego ja to przeżywam?”.

Schemat umierania jest tu jakby drugorzędny. Na pierwszy plan wysuwają się raczej subiektywne odczucia: pragnienia rodzica, jego oczekiwania i perspektywy związane z relacją z własnym dzieckiem. Żyjemy przecież wszyscy w relacjach. Miłość stanowiąca sens ludzkiego istnienia jest właśnie relacją. W bardzo naturalny sposób nasza wyobraźnia „zagospodarowuje” najbliższe osoby zgodnie z naszymi pragnieniami. Mamy prawo oczekiwać, że dzieci będą realizowały nasze potrzeby, akceptowalne moralnie, że przyniosą nam radość, rozwijając w sobie najpiękniejsze ludzkie przymioty, ofiarują nam pomoc u schyłku naszych lat. Stąd ich śmierć powoduje bezpowrotną utratę osoby i radykalne przerwanie związanych z nią wyobrażeń o szczęściu.

Utrata dziecka w wyniku poronienia

Czy można sobie poradzić z taką stratą? Czy pomoc bliskich osób oraz psychologa pozwolą w miarę szybko powrócić do normalnego funkcjonowania?

Bardzo istotną rolę – wsparcie w sytuacji utraty dziecka – odgrywa partner lub mąż kobiety. Jest on dla matki osobą, od której najszybciej może ona otrzymać pomoc. Uczestnicząc w ciąży swej partnerki, obserwując jej reakcje i przeżycia, oczekuje równie jak ona narodzin potomka. Badania przeprowadzone przez S. Steuden i K. Szymonę wskazują na to, że mężczyźni przejawiają wyrozumiałość wobec dolegliwości i przeżyć swoich partnerek⁴. Z perspektywy ojca utrata dziecka poczętego jest sytuacją straty, w której również i on doświadcza bólu, a jednocześnie jest osobą najmocniej wspierającą matkę dziecka. Ból dosięga również rodzeństwo zmarłego przed swymi narodzinami dziecka. Siostry i bracia mogą doświadczać zawodu i obwiniać samych siebie o zaistniałą sytuację. Czasem ma to związek z pojawiającymi się uczuciami zazdrości i strachu wobec nowego członka rodziny. Dzieci boją się odrzucenia i braku miłości po urodzeniu się nowego dziecka, starsze dzieci często nie chcą rodzeństwa i proszą, aby się nie urodziło. W sytuacji śmierci dziecka poczętego rodzeństwo obwinia siebie, a jednocześnie obawia się, że ujawnienie prawdy o tych uczuciach wywoła u rodziców złość albo spowoduje

⁴ S. Steuden, K. Szymona, *Doświadczenia macierzyństwa i ojcostwa przez rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, [w:] J. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny*, Łódź 2003, s. 228–244.

odrzuć. Niezmiernie ważne jest, żeby rodzice poświęcali czas i uwagę rodzeństwu zmarłego dziecka, wyjaśniając przyczynę jego śmierci i tym samym zdejmując z żyjącego dziecka ciężar odpowiedzialności i poczucie winy⁵.

Warto zauważyć, że wraz z utratą nienarodzonego dziecka pojawia się w życiu kobiety wiele trudnych emocji: szok, niedowierzanie, smutek, żal, cierpienie i poczucie niesprawiedliwości. Uważa się te emocje za zupełnie naturalne w obliczu tak trudnego doświadczenia. Spektrum emocji i zachowań jest bardzo szerokie i każdy może reagować nieco inaczej. Pierwszymi reakcjami po stracie dziecka są często zaburzenia somatyczne, takie jak: ściskanie w gardle, dławienie, skrócenie oddechu, potrzeba głębokiego oddychania, uczucie pustki w brzuchu, brak siły mięśniowej. Towarzyszą im zaburzenia natury psychicznej: poczucie winy, złość względem innych, zaburzenia w codziennym funkcjonowaniu. Z czasem utrata dziecka poczętego ujawnia inne emocje: „pojawia się strach przed kolejnym poronieniem, obawa o przyszłość, ogromne rozczarowanie, żal, złość, poczucie zawodu, niedostosowania, zazdrość 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”⁶. Trudno nie zgodzić się z opinią psycholog I. Barton-Smoczyńskiej, że kobiety po stracie dziecka poczętego można zaklasyfikować do grupy zagrożonej wystąpieniem zespołu stresu pourazowego, tzw. syndromu PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). U kobiet tych występują następujące zachowania: zmniejszenie wiary w siebie, osłabienie siły *ego*, bierność i pesymizm w relacjach z innymi, reakcje depresyjne i zaburzenia nastroju, silne dolegliwości psychosomatyczne, nawracające obrazy i wyraźne negatywne myśli. Cechą charakterystyczną PTSD jest długotrwałe występowanie wymienionych objawów, nawet kilka lat po poronieniu⁷. W literaturze medycznej mówi się o głównych konsekwencjach utraty dziecka, przede wszystkim

⁵ I. Barton-Smoczyńska, *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Łomianki 2006, s. 144–152.

⁶ M. Guzewicz, *Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia*, „Civitas et Lex” 2014, nr 1, s. 15–27.

⁷ Zob. https://www.rodzicpoludzu.pl/images/stories/publikacje/problemy_emocjonalne_okres_okoloporodowy.pdf (dostęp: 30.12.2022).

kolejną ciążę określa się jako ciążę wysokiego ryzyka. Z medycznego punktu widzenia potencjalne zagrożenia mogą zostać opanowane, ale doświadczenie psychiczne jest trudne do opanowania.

Wsparcie dla kobiet po poronieniu dziecka

Oprócz rodziny i psychologa także personel medyczny odgrywa bardzo ważną rolę w procesie udzielania wsparcia psychicznego kobiecie po stracie dziecka. Pierwszym i chyba najważniejszym elementem tego wsparcia jest zaakceptowanie uczuć kobiety, zezwolenie na wyrażanie negatywnych emocji oraz przeżywanie procesu żałoby. W tej sytuacji niezwykle pomocna jest rozmowa o tym, co się stało. Oczywiście, wcześniej personel medyczny jest zobowiązany zapewnić pacjentce czas pozwalający na oswojenie się z zaistniałą sytuacją⁸. Rozmowa powinna być przeprowadzona w czasie odpowiednim dla pacjentki i w odpowiednich warunkach. Pomieszczenie, w którym odbywa się spotkanie, powinno być odosobnione. W czasie przekazywania informacji o śmierci dziecka istotna jest obecność obojga rodziców lub w przypadku samotnej matki – kogoś jej bliskiego. Badania przeprowadzone przez A. Bubiak, J. Bartnickiego i Z. Knihnicką-Mercik wskazują, że stały kontakt z osobą bliską może w takiej sytuacji zmniejszyć negatywne uczucia⁹. W procesie żałoby po śmierci dziecka taka rozmowa, choć bardzo trudna, przynosi dobre efekty. Niezmiernie ważne jest, aby lekarz i położna udzielili dokładnych informacji na temat tego, co się wydarzyło, co aktualnie się dzieje i jakie są rokowania na przyszłość. Konieczne jest przedstawienie przyczyn poronienia oraz opisanie wpływu tego wydarzenia na płodność kobiety. Właściwie przekazana wiedza pomaga zmniejszyć strach i zniwelować poczucie bezradności czy też winy. W czasie rozmowy położna powinna zachęcać kobietę do zadawania pytań, ponieważ pytania ukazują problemy pacjentki i ułatwiają opiekę nad nią.

Potrzeba więc życzliwego dialogu, bez pośpiechu, pełnego życzliwości i szacunku. Wówczas pacjentka ma możliwość zastanowienia się nad

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, pogoju, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, Dz.U. z 2015 r., poz. 2007.

⁹ A. Bubiak, J. Bartnicki, Z. Knihnicka-Mercik, *Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2014, nr 4(1), s. 69–78.

najlepszym rozwiązaniem swoich problemów¹⁰. Profesjonalizm, doświadczenie, wiedza i umiejętność komunikacji interpersonalnej są niezbędne w udzielaniu wsparcia w takich sprawach, jak: pogodzenie się ze stratą, zezwolenie na doświadczanie cierpienia i żalu, zaakceptowanie rzeczywistości i życia bez dziecka, mobilizacja do inwestowania energii i uczuć w nowe relacje i związki, odzyskanie wiary w kolejną szansę na szczęśliwe rodzicielstwo, odzyskanie równowagi bio-, psycho- czy społecznej kobiety i jej najbliższych¹¹.

Podczas rozmów z kobietami, które doświadczyły straty dziecka w wyniku poronienia, niejednokrotnie pojawiało się stwierdzenie, że czas nie leczy ran, tylko pomaga w radzeniu sobie z trudną sytuacją. Niestety, nie dotyczy to kobiet, które kilkakrotnie doświadczały poronienia.

Ewa S., lat 62: „To nieprawda, że czas leczy rany, a to, co nas nie zabiło, to nas wzmocni. Ja wciąż odczuwam klucie w sercu, gdy słyszę w mediach określenie: «aniołkowe mamy», chociaż od czasu ostatniego poronienia minęło 28 lat. Wciąż cierpię, gdy zbliżają się rocznice utraty każdej ciąży. Moje dzieci, gdyby dane im było żyć, miałyby 35, 33 i 28 lat. Może tak jak ja kochałyby świat i ludzi, lubiły się uczyć i pomagać innym. A może byłyby zupełnie inne, niezwykle, wyjątkowe. Zawsze, gdy o tym myślę, mam do Boga wiele pytań: dlaczego nie dane mi było wrócić ze szpitala z dzieckiem na rękę, czemu nie mogę się z tym pogodzić, po co Bóg obdarzył mnie instynktem macierzyńskim, skoro nie dał możliwości się w nim spełnić? Poronienia to największy dramat w moim życiu i nic nie ukoji mojego bólu. Nie znalazłam też w chwilach rozpacz i wątpienia takich słów, które dałyby mi nadzieję i pokrzepiły zranione serce. W tamtych czasach, gdy trafiałam do szpitala z nadzieją, że lekarzom uda się doprowadzić moją ciążę do szczęśliwego rozwiązania, a jednak tak nie było, nikt za bardzo pacjentkami po poronieniu się nie przejmował. Z bloku operacyjnego kobieta wracała na salę, na której wcześniej leżała, na której znajdowały się kobiety

¹⁰ M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus, *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2009, s. 157–163.

¹¹ G.H. Bręborowicz, *Ciąża wysokiego ryzyka*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych. Instytut Chemii Bioorganicznej PAN, Poznań 2006, s. 1174–1181.

ciężarne. Nie rozmawiał ze mną psycholog, a położna miała inne sprawy na głowie niż wspieranie kogoś takiego jak ja. Podczas wypisu lekarz poinformował mnie tylko, kiedy mam się zgłosić do poradni ginekologicznej na rutynowe badanie... Na szczęście, dziś dla kobiet w podobnej sytuacji organizacja służby zdrowia jest korzystniejsza”¹².

Poronienie jest dla wielu kobiet doświadczeniem traumatycznym. Od 1 stycznia 2019 roku obowiązują nowe standardy opieki okołoporodowej¹³. Według nich obowiązkiem szpitala jest zadbać o to, aby pacjentka w sytuacji szczególnej nie przebywała w sali razem z pacjentkami ciężarnymi, których ciąża zakończy się urodzeniem zdrowego dziecka, była traktowana z szacunkiem, miała możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej i/lub kontaktu z duchownym, otrzymała wyczerpujące informacje na temat jej sytuacji zdrowotnej, miała możliwość brania udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z koniecznym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym, otrzymała wyczerpujące informacje na temat swoich praw, w tym prawa do pochówku dziecka martwo urodzonego, otrzymała wyczerpujące informacje na temat możliwości uzyskania wsparcia psychologicznego po zakończeniu hospitalizacji, miała zapewnioną możliwość pożegnania się ze zmarłym dzieckiem w obecności osób bliskich, miała zapewnioną możliwość otrzymania pamiątek po zmarłym dziecku (opaska identyfikacyjna, zaświadczenie chrztu, ubranko, zdjęcie USG itp.). Osoby sprawujące opiekę nad matką i dzieckiem są przygotowane do pracy z rodzicami po poronieniu, doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego. Osoby sprawujące w oddziale opiekę nad pacjentką w sytuacji szczególnej powinny: wykazywać akceptację, empatię, tworzyć przestrzeń umożliwiającą wyrażanie emocji oraz przeżywanie żałoby, miały świadomość, jak ważne są takie rzeczy, jak ton rozmowy, ich postawa oraz słowa kierowane do pacjentki po utracie dziecka, pytały o jej potrzeby i oczekiwania, a informacje w tym zakresie wykorzystywały do wspierania jej podczas pobytu na oddziale, zapewniały wykonywanie badań i zabiegów w intymnej atmosferze.

¹² Wywiad pogłębiony, niepublikowany, przeprowadzony z Ewą S., Warszawa 2023.

¹³ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, Dz.U. z 2018 r., poz. 1756.

Można bez wątpienia stwierdzić, że całkowite zlikwidowanie bolesnych doświadczeń związanych z utratą dziecka w wyniku poronienia nie jest możliwe i nie jest osiągalne za pomocą jakichkolwiek znanych metod, jednak uzyskanie wsparcia psychologicznego po zakończeniu hospitalizacji jest najlepszą rekomendacją, użyteczną w osiągnięciu przez kobietę stabilizacji emocjonalnej.

Śmierć dziecka po narodzinach i w wieku późniejszym

Tam, gdzie jest życie, musi być i śmierć. To banalne stwierdzenie przynosi każdemu ciężar bezwarunkowego wyroku śmierci, dlatego często wyganiamy je ze sfery świadomości. Jesteśmy przywiązani do życia, dlatego z niemałym trudem godzimy się na prawdę o jego przemijaniu. A w naszym życiu nie ma niczego trwałego. Nawet intuicyjnie przyjmowany porządek umierania – od najstarszego do najmłodszego – to tylko statystyczny schemat, od którego codziennie są tysiące odstępstw. Zdarza się, że nawet osoby mocno zaawansowane wiekiem, umierają i zostawiają rodziców w żalu po ich śmierci. Dramat śmierci własnego dziecka można przeżywać w różnym wieku. Zawsze jest to osobista tragedia, która ma indywidualny wymiar.

W 2020 roku zmarło w Polsce 477 355 osób. To prawda, że przeszło 448 tys. spośród nich to osoby 50-letnie i starsze, jednak niemal 28 tys. to osoby poniżej 50 roku życia, spośród których ogromna większość wyprzedziła na drodze do śmierci chociażby jednego rodzica¹⁴. A przecież każdy jest czymś dzieckiem, lecz nie każdemu udaje się zachować wyimaginowaną, naturalną kolejność umierania. Śmierć dziecka jest w naturze równie zwyczajna jak śmierć rodzica. Największy potencjał śmierci występuje na obu biegunach grup wiekowych: najmłodszych (poronienia i wczesne śmierci) i najstarszych.

¹⁴ Zob. https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5746/3/5/1/garbage_codes_wiek_zmarlych_w_2020_r.xlsx (dostęp: 17.10.2023).

Przeżywanie żałoby

Tak ciężkie przeżycia prowadzą do poczucia krzywdy osobistej. J. Mellibruda uznaje, że: „doświadczenie krzywdy powstaje wtedy, gdy łączą się (...) cztery ważne zjawiska: cierpienie, poczucie bezsilności, zaburzenia ważnych relacji i poczucie porządku osobistego, określającego ważne aspekty życia”¹⁵. Trzeba w tym miejscu przeanalizować zaproponowane przez tego autora sposoby uwolnienia się z pułapki utrwalonej krzywdy. Można porównać je do przechodzenia przez cztery kręgi. Krąg pierwszy to spotkanie z lękiem, zbliżenie się do niego do niego po to, aby go w jakiś sposób oswoić. Lęk pojawia się jako ochrona przed zbliżeniem obszarów, które zostały kiedyś zranione. Pozwolenie sobie na przeżycie lęku prowadzi do jego oswojenia, zmniejsza częstotliwość jego nawrotów i ich intensywność. Pomaga też odkryć, co jest źródłem lęku i w efekcie stwarza szansę na poradzenie sobie z tym poczuciem zagrożenia. Krąg drugi to spotkanie z cierpieniem. Istnieją dwa podstawowe rodzaje okoliczności tworzących powody do cierpienia. Po pierwsze, sytuacje, w których realnie uaktywnia się przyczyna cierpienia. Źródło cierpienia jest żywe, póki człowiek znajduje się pod jego wpływem, wtedy nie da się uniknąć poczucia bólu. Drugi rodzaj okoliczności występuje wtedy, gdy realne i zewnętrzne przyczyny cierpienia już nie istnieją, a jednak cierpiemy nadal, ponieważ w naszej psychice cały czas pozostaje jakiś szczególny ślad zmagania się z tym, co spowodowało szkodę. Przechodzenie przez drugi krąg polega na zrozumieniu cierpienia nie przez zaprzeczanie jego istnieniu, lecz przez zbliżenie i oswajanie. Trzeci krąg to spotkanie z uczuciem gniewu, które powoduje gromadzenie się w psychice człowieka energii niezbędnej do tego, żeby się przeciwstawić krzywdzie, jaka kogoś spotkała. Gniew jest naturalną reakcją wewnętrznego sprzeciwu wobec cierpienia i zagrożenia, i może odgrywać konstruktywną rolę. W wielu sytuacjach bez gniewu nie moglibyśmy przeciwstawić się złu i byłoby nam trudno pokonywać przeszkody. Gniew pozwala też mobilizować większy zapas energii potrzebnej do zmiany osobistej i poszukiwania lepszego sposobu życia. Ostatni, czwarty krąg, to spotkanie ze smutkiem, który jest reakcją na stratę. Smutek, przeżywany na drodze uwalniania się od poczucia krzywdy, jest uzdrawiający. Przywraca bowiem grunt pod nogami, oczyszcza duszę.

¹⁵ J. Mellibruda, *Rany i blizny psychiczne*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2015, s. 56.

Przechodzenie przez te cztery kręgi przyczynia się do rozwiązywania węzłów emocjonalnych, zasupłanych w przeszłości tak, że człowiek ani nie przeżył ważnych uczuć do końca, ani nawet nie pozwolił na to, żeby uczucia mogły się pojawić, a są one ważne, ponieważ stanowią odpowiedź na zdarzenia teraźniejsze i są również echem przeszłych sytuacji. Ci, którzy przeszli przez krąg lęku, cierpienia, gniewu i smutku, doświadczyli m.in. uwolnienia się z pułapki minionego czasu, uzyskali nowe źródło mocy osobistej, zrezygnowali z nierealistycznych oczekiwań wobec życia, wycofali życiową energię ze spraw, które nie rokują powodzenia, powstrzymali lub ograniczyli przymus walki i obrony, byli zdolni do spotkania z zagrażającymi im emocjami, odzyskali umiejętność autentycznego życia. Niezmiernie ważne na drodze do uzdrowienia uczuć są zasoby osobistej energii i mocy oraz efektywność ich wykorzystania.

Koniec świata i utrata wyobrażeń

Dla ogromnej liczby rodziców dotkniętych dramatem śmierci dziecka świat przynajmniej na jakiś czas wali się bezpowrotnie. W zależności od perspektyw życiowych ich żal po stracie dziecka może mieć charakter absolutny albo względny. Zaspokojenie potrzeby rodzicielstwa nie jest ograniczone do relacji z konkretnym dzieckiem. Osoba umiera, a potrzeba pozostaje. Jeśli pojawi się możliwość jej zrealizowania, ból straty osoby będzie z czasem relatywnie mniejszy. Wytrychy do wyjścia z sytuacji dyskomfortu mamy w zasięgu naszej świadomości: „Bóg tak chciał”, „stało się i się nie odstanie”, „trzeba dalej żyć”. Niewątpliwie trauma i rozpacz po stracie dziecka są indywidualne, ale w wymiarze kulturowo-społecznym natężenie tych odczuć jest odwrotnie proporcjonalne do wskaźników dzietności, a te w ostatnich latach są w naszym kręgu cywilizacyjnym dramatycznie niskie. W społeczeństwach, w których wskaźnik dzietności jest wysoki, obcowanie ze śmiercią dziecka siłą rzeczy jest znacznie powszechniejsze. Powoduje to, że skala osobistych emocji przy stracie dziecka jest mniejsza. Powielanie wzorca jednodzietnej rodziny skłania do koncentracji emocjonalnej na konkretnej, najpierw malutkiej, a z czasem coraz większej osobie, której utrata wydaje się niepowetowana. Nic jej nie umniejsza, nawet fakt, że podejmując wyzwanie rodzicielstwa, ludzie biorą na siebie też wpisane w nie ryzyko utraty dziecka oraz dramatu z tym związanego.

Na początku i na końcu

Potencjał śmierci jest najwyższy we wczesnym i późnym etapie ludzkiego życia. O ile śmierć 90-latka przyjmowana jest zazwyczaj spokojnie i kwitowana jest stwierdzeniem, że „pożył sobie długo”, to utrata dziecka, stojącego dopiero u progu życia, dla ogromnej liczby rodziców jest problemem. W 2021 roku zmarło w Polsce 1270 dzieci poniżej pierwszego roku życia. Jeszcze więcej dzieci zakończyło swe życie przed narodzinami. Z danych zgromadzonych przez NIK, na podstawie sprawozdań o działalności ogólnej szpitali, wynika, że w Polsce w 2019 roku u ponad 39 tys. kobiet ciąża zakończyła się poronieniem (śmiercią przed 22. tygodniem od poczęcia). Szacuje się, że w Polsce około 10–15 proc. wszystkich świadomych ciąż kończy się poronieniem¹⁶.

Jak wynika z raportu NIK, te trudne dla rodziców sytuacje nie zawsze spotykają się z odpowiednim podejściem personelu w placówkach medycznych. W skontrolowanych szpitalach pacjentkom, które poroniły, urodziły martwe dziecko lub których dziecko zmarło tuż po porodzie, nie zapewniano prawidłowej i wystarczającej opieki. Winna temu była wadliwa organizacja procesu udzielania świadczeń oraz nieprzestrzeganie obowiązujących uregulowań, w tym standardów opieki okołoporodowej. Często opieka nad pacjentkami doświadczającymi tych szczególnych sytuacji ograniczała się do udzielenia niezbędnej pomocy medycznej, nie zapewniała im natomiast szerszego wsparcia.

Pomijając konieczność interwencji medycznych w takich sytuacjach i ryzyko wynikających z nich powikłań, utrata ciąży, bez względu na stopień jej zaawansowania, powoduje kilkutygodniowy kryzys psychologiczny. Poronienie wywołuje z reguły wzmożone napięcie nerwowe, poczucie dyskomfortu i załamanie mechanizmów obronnych. U kobiet po poronieniu ponad dwukrotnie częściej występuje depresja niż u kobiet, które nie doświadczyły straty dziecka przed jego narodzinami. Problem ten dotyka prawie 11 proc. kobiet po poronieniu.

Trzeba jednak w tym miejscu wspomnieć również o przeżywaniu straty przez ojców. Kwestia ta jest znacznie słabiej opisana w literaturze przedmiotu i rzadko podejmowana.

¹⁶ Zob. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/poronienia-i-martwe-urodzenia-opieka-nad-pacjentkami.html> (dostęp: 17.10.2023).

Śmierć to nie tylko cierpienie

Doświadczenie narodzin i kontaktu z dzieckiem zmienia optykę patrzenia na dramat wczesnych śmierci, do których dochodzi w pierwszym roku życia dziecka, wśród których ogromna część spowodowana jest ciężkimi wadami wrodzonymi. Wystarczy zestawić liczbę zanotowanych w 2021 roku zgonów dzieci przed ukończeniem pierwszego roku życia z liczbą zgonów dzieci od pierwszego roku życia do dwóch lat – 90. Ta naturalna selekcja, jakby to dramatycznie nie zabrzmiało, pozwala też mówić o błogosławieństwie śmierci. Ból rodzica mieści się w intymnej przestrzeni jego reakcji na trudne doświadczenia, które stają się jego udziałem.

Przestrzeń wrażliwości na doznawane cierpienie każdy ma uformowaną indywidualnie. Należy wspomnieć, że nie wszyscy cierpią z powodu śmierci dziecka. Ci, którzy cierpią, mają też prawo powiedzieć, że śmierć była lepszym rozwiązaniem niż dalsze życie pełne bólu.

Miłość i wina

Stopień przeżywanego cierpienia po stracie dziecka i sposoby na jego znoszenie w dużej mierze zależą od przyczyny śmierci, jak również sposobu, w jaki dziecko odchodzi z tego świata. W ogromnej mierze cierpienie rodziców wynika z poczucia odpowiedzialności za dziecko i z ich samooceny: czy dobrze wywiązali się z obowiązku opieki nad dzieckiem. Są oczywiście śmierci zawinione przez rodziców, spowodowane ich zaniebdaniem czy nieuwagą, a nawet celowym działaniem. W większości przypadków powód zgonu nie zależy w żaden sposób od działania rodziców.

Raport GUS z 2021 roku wskazuje, że w grupie dzieci od urodzenia do czwartego roku życia zmarło 1477 dzieci. Ogromna większość śmierci nastąpiła w pierwszym roku życia dziecka i spowodowana była wadami genetycznymi. W grupie dzieci od piątego do dziewiątego roku życia, a więc w okresie wzmożonej opieki rodziców nad dzieckiem, było już tylko 153 zgonów dzieci, a w grupie dzieci od dziesiątego do czternastego

roku życia, kiedy dzieci są znacznie bardziej samodzielne, liczba zgonów wzrosła do 206¹⁷.

Z opublikowanych w styczniu 2023 roku analiz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego wynika, że w 2021 roku przyczynami śmierci dzieci w wieku 1–14 lat w Polsce były:

1. wady rozwojowe wrodzone i aberracje chromosomowe – 110 zgonów (17 proc.);
2. nowotwór złośliwy mózgu – 55 zgonów (9 proc.);
3. wypadki komunikacji lądowej – 47 zgonów (7 proc.);
4. grypa i zapalenie płuc – 46 zgonów (7 proc.);
5. nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej i krwiotwórczej – 35 zgonów (5 proc.);
6. COVID-19 – 24 zgony (4 proc.);
7. zamierzone samouszkodzenie (np. samobójstwo) – 20 zgonów (3 proc.);
8. padaczka i stan padaczkowy – 17 zgonów (3 proc.);
9. zdarzenie o nieokreślonym zamiarze – 12 zgonów (2 proc.);
10. wypadkowe zatrucie – 11 zgonów (2 proc.);
11. objawy, cechy chorobowe i nieznane przyczyny – 22 zgony (3 proc.)¹⁸.

Wciąż niezmiernie zatrważającym zjawiskiem jest to, że już w następnej wyróżnionej grupie wiekowej (15–24 lata) pierwszym powodem śmierci są zamierzone samouszkodzenia, czyli samobójstwa. W 2021 roku 386 zgonów spowodowanych było własnym działaniem młodzieży i osób wchodzących w dorosłość. Śmierci samobójcze stanowiły w tej grupie wiekowej aż 21 proc. wszystkich zgonów.

Dane Policji wskazują, że w 2021 roku na niemal 14 tys. prób samobójczych odnotowanych w Polsce 1496 podjętych było przez dzieci i młodzież do 19 roku życia. W grupie najmłodszych wiekowo osób (7–12 lat) podejmujących takie próby zanotowano 85 takich przypadków, z których dwa zakończyły się śmiercią. W grupie wiekowej 13–19 lat znalazło się więcej, bo 125 śmiertelnych przypadków¹⁹.

Rosnąca liczba prób samobójczych na pewno jest przesłanką mówiącą, że naszym dzieciom trudno jest z nami żyć, nieraz ciężko odnaleźć się na tym świecie, brakuje im akceptacji, nie radzą sobie z problemami

¹⁷ Za: Główny Urząd Statystyczny/Obszary tematyczne/Ludność/Statystyka przyczyn zgonów/Umieralność w 2021 roku. Zgony według przyczyn – dane wstępne.

¹⁸ Za: <https://pulsmedycyny.pl/na-co-umieraja-polacy-najnowsze-dane-nizp-pzh-1174706> (dostęp: 17.10.2023).

¹⁹ *Zamachy samobójcze od 2017 roku. Statystyka*, portal polskiej Policji, www.policja.pl.

egzystencjalnymi. Zamachy samobójcze wśród dzieci to jakby ich wołanie o pomoc. Jak mówił Antoni Kępiński, to osoby starsze podejmują próby samobójcze po to, żeby umrzeć, ale dzieci czynią to, żeby dać światu informację, że chcą żyć. Samobójcza śmierć dziecka zostawia rodzica w podwójnym dramacie: straty i w poczuciu winy. A wina nie oznacza oskarżania siebie samego o niezapięcie pasów bezpieczeństwa czy niedopilnowanie dziecka na kąpielisku. Poczucie winy wiąże się z czymś dużo głębszym, z poszukiwaniem sensu istnienia najbliższej osoby.

Bibliografia

- Barton-Smoczyńska I., *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, NAF Michał Naftyński, Łomianki 2006.
- Bręborowicz G.H., *Ciąża wysokiego ryzyka*, Ośrodek Wydawnictw Naukowych. Instytut Chemii Bioorganicznej PAN, Poznań 2006.
- Bubiak A., Bartnicki J., Knihnicka-Mercik Z., *Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2014, nr 4(1), s. 69–78.
- Główny Urząd Statystyczny/Obszary tematyczne/Ludność/Statystyka przyczyn zgonów/Umieralność w 2021 roku. Zgony według przyczyn – dane wstępne.
- Guzewicz M., *Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia*, „Civitas et Lex” 2014, nr 1, s. 15–27.
- <https://pulsmedycyny.pl/na-co-umieraja-polacy-najnowsze-dane-nizp-pzh-1174706> (dostęp: 17.10.2023).
- https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5746/3/5/1/garbage_codes_wiek_zmarlych_w_2020_r.xlsx (dostęp: 17.10.2023).
- <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/poronienia-i-martwe-urodzenia-opieka-nad-pacjentkami.html> (dostęp: 17.10.2023).
- https://www.rodzicpoludzk.pl/images/stories/publikacje/problemy_emocjonalne_okres_okoloporodowy.pdf (dostęp: 30.12.2022).
- Lis-Turlejska M., *Psychologiczne konsekwencje traumatycznego stresu; współczesne kierunki badań*, „Nowiny Psychologiczne” 2000, nr 2, s. 25–38.
- Makara-Studzińska M., Iwanowicz-Palus G., *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2009.
- Mellibruda J., *Rany i blizny psychiczne*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2015, s. 56.
- Rzeszutko M., Lis-Turlejska M., Palich H. i in., *Polska adaptacja narzędzia pomiaru ekspozycji na traumatyczne zdarzenia według definicji DSM-5: Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*, „Psychiatria Polska” 2018, nr 3, s. 499–510.
- Studen S., Szymona K., *Doświadczenia macierzyństwa i ojcostwa przez rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, w: *Psychologia w służbie rodziny*, red. J. Janicka, T. Rostowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003, s. 228–244.
- Wielki słownik wyrazów obcych*, red. A. Latusek, Krakowskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2016, s. 893.
- Zamachy samobójcze od 2017 roku. Statystyka*, portal polskiej Policji, www.policja.pl.

Akty normatywne:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, Dz.U. z 2018 r., poz. 1756.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, Dz.U. z 2015 r., poz. 2007.

