

Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży

Early and late psychological effects of pregnancy loss

Łuczak-Wawrzyniak Jadwiga, Czarnecka-Iwańczuk Marta,
Bukowska Anna, Konofalska Nina

Zespół Psychologów Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Streszczenie

Ciąża jest zdarzeniem nie tylko medycznym, ale także psychologicznym i społecznym. Wiązą się z nią sytuacje, które oceniane medycznie jako ryzyko, zagrożenie czy niepowodzenie skutkują u kobiety szeregiem reakcji emocjonalnych wymagających szczególnej uwagi i troski w zakresie jej funkcjonowania psychicznego.

Autorki pracy poddały analizie sytuację kobiet, które doświadczają poronienia, obumarcia wewnątrzmacicznego płodu, śmierci noworodka. Oceniono wczesne i późne skutki utraty ciąży w kontekście zdrowia psychicznego kobiety oraz dzieci matek, które wcześniej doświadczyły takich niepowodzeń.

Celem pracy jest wskazanie optymalnego sposobu opieki nad kobietami tracącymi ciążę na podstawie standardów opracowanych w GPSK UM w Poznaniu.

Słowa kluczowe: **poronienie / ciąża / strata / żaloba / zdrowie psychiczne /**

Summary

Pregnancy is not only a medical but also a psychological and social event. There are many situations combined with pregnancy that in medical terms, constitute a risk, danger or failure and result in a wide range of emotional reactions in a woman that require special care and attention for her psychological functioning.

The authors of this paper analyzed the situation of women experiencing a miscarriage, intrauterine fetal death and death of a newborn. Early and distant consequences of a pregnancy loss were discussed here especially in the context of a woman's mental health and children of the mothers who had experienced such failure in the past.

The aim of this paper was to present an optimal way of taking care of women after pregnancy loss on the basis of the standards that were created in the Gynecological and Obstetrical Clinical Hospital in Poznań.

Key words: **miscarriage / pregnancy / grieving / mental health /**

Adres do korespondencji:

Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak
Zespół Psychologów GPSK UM
60-535 Poznań, ul. Polna 33
tel. 061 841 93 27
e-mail: j.luczakwawrzyniak@poczta.onet.pl

Otrzymało: 17.07.2009
Zaakceptowano do druku: 25.04.2010

Rozpoznanie ciąży

Fakt rozpoznania przez kobietę ciąży, inicjuje w niej przemiany w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Nowa sytuacja wymusza liczne zachowania, których celem jest ochrona rozwijającego się płodu, dostosowanie swojego trybu życia do wymagań stawianych przez organizm – unikanie sytuacji zwiększających ryzyko utraty, dostosowanie diety, korzystanie z opieki lekarskiej i poddawanie się badaniom laboratoryjnym, obrazowym, diagnostycznym. Intensywne przemiany dokonują się także w psychice kobiety. Matka od chwili rozpoznania ciąży doświadcza kolejnych etapów uświadamiania sobie obecności potomka w swoim życiu. A poprzez proces włączania, różnicowania i oddzielania przygotowuje się do zadań wynikających z nowej roli, którą już zaczęła pełnić w życiu. Już w latach 60. XX wieku opisano wielkość i znaczenie więzi i uczuć jakie nawiązują się pomiędzy matką a dzieckiem w okresie prenatalnym [1].

Te wewnętrzne procesy, które stają się udziałem matki dla jednych są szansą na rozwój, dla innych dramatem i przyczyną licznych konfliktów, zdarzeniem rujnującym dotychczasowy system wartości i norm.

Percepcja ryzyka w ciąży

Kobieta pogodzona z rolą matki oczekuje, że dziecko urodzi się zdrowe i spełni jej oczekiwania co do możliwości rozwoju poznawczego, motorycznego, emocjonalnego i społecznego. Bez względu na to, jaką drogę musiała pokonać do czasu akceptacji faktu poczęcia, zawsze będzie oczekiwała takich informacji o przebiegu ciąży i rozwoju płodu, które zaspokoją potrzebę posiadania zdrowych dzieci. Przy takim nastawieniu jednocześnie obniża się gotowość do przyjmowania treści niezgodnych z realizowaniem tej potrzeby. Fakt uznania poczętego dziecka jako członka rodziny, wiąże się również z odrzucaniem takich informacji, które mogą wpływać na zmianę obrazu siebie. System wartości, które kobieta uznaje jako ważne związany jest także ze znaczeniem jakie przywiązuje do aprobaty społecznej, będącej wypadkową dodatniej samooceny budowanej na podstawie zdrowia i osiągnięć dziecka, które się narodzi.

Niektórzy autorzy podkreślają znaczenie wpływu nastawienia do życia optymistycznego lub pesymistycznego, jako ważnego czynnika modyfikującego sposób przyjmowania informacji niezgodnych z oczekiwaniami. Optymiści bowiem oczekują, że dzięki badaniom diagnostycznym potwierdzą się informacje o tym, że dziecko jest zdrowe, a pesymiści pragną natomiast upewnić się, czy dziecko nie jest chore. Dzięki psychologicznej analizie stylu życia matek/ojców uważa się, że informacje o obciążeniu wysokim ryzykiem ciąży lub/i płodu jest większym szokiem dla optymistów, gdyż takiego przebiegu wypadków nie spodziewają się [2].

Kolejną, równie ważną cechą osobowości oddziaływającą na sposób konfrontowania się z niepomyślnymi wiadomościami jest osobnicza skłonność do ryzyka. Osoby z niską skłonnością do ryzyka częściej zniekształcają niezgodne informacje, aby uzyskać możliwy do zaakceptowania poziom ryzyka, z wysokim – częściej poprawnie i zgodnie z rzeczywistością przyjmują treści mówiące o wielkości istniejącego ryzyka [3].

Poronienie – strata ciąży, strata dziecka, roli i marzeń

Utrata ciąży we wczesnych tygodniach jest zawsze dla rodziców zaskoczeniem, nawet pomimo istnienia wcześniejszych sygnałów świadczących o realnych czynnikach ryzyka dla jej dalszych losów. Reakcje kobiety roniącej, jej męża/partnera na to zdarzenie są silne i dynamiczne, zarówno na poziomie poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym.

Dominującymi przeżyciami są: szok, zaprzeczenie, gniew, złość, poczucie winy, bezradność, a ich siła jest stymulowana znaczeniem jakie zostało nadane utraconej ciąży. Wielu rodziców dopiero w chwili poronienia odkrywa wartość dziecka, realnej osoby, która zmieniła perspektywę postrzegania własnej przyszłości [4]. Neugebauer i Brier na podstawie prowadzonych badań wśród kobiet/rodziców doświadczających poronienia, podkreślają niezwykłą intensywność psychologicznych reakcji w chwili zdarzenia oraz zwracają uwagę na długi czas oddziaływania negatywnych skutków tego doświadczenia na zdrowie psychiczne osób tym dotkniętych [5, 6].

Inni badacze koncentrujący się na psychologicznych skutkach utraty wczesnej ciąży zgodnie podkreślają, że ważnym elementem opieki nad kobietami tracącymi ciążę/dziecko jest uwzględnienie całej gamy psychologicznych aspektów zaraz po poronieniu oraz w trakcie kolejnych wizyt u ginekologa, które też powinny mieć nieco inny charakter [7]. Ważny jest bowiem czas pierwszej kontroli po zdarzeniu i jej przebieg. Zwraca się uwagę na potrzebę rozmowy, w trakcie której kobieta oczekuje pomocy w zrozumieniu tego, co się wydarzyło. Takie spotkania z lekarzem nie powinny być krótsze niż 30 minut, ale też i nie dłuższe niż 60 [8].

Uważa się, że kobiety opuszczające szpital powinny otrzymać informację w formie pisemnej o tym, co będzie działo się z jej ciałem, jakie uczucia będą towarzyszyły oraz gdzie mogą szukać pomocy zarówno medycznej jak i dotyczącej sfery psychicznej [9]. Skuteczność takiego przekazu rośnie, gdy w widocznym miejscu zostaje umieszczone imię i nazwisko danej pacjentki [10].

Z analizy danych epidemiologicznych dotyczących częstości poronień wynika, że od 10 do 24% wszystkich ciąż kończy się poronieniem. Przyjmując taką perspektywę można uznać to zdarzenie jako dość powszechne w populacji kobiet ciężarnych. Iles na podstawie przeglądu literatury, którego dokonał, dotyczącego poronienia, reakcji emocjonalnych, poczucia winy stwierdził, że otoczenie przyjmuje i traktuje reakcje psychiczne kobiet/rodziców jako typowe w takich sytuacjach [9]. Wyniki badań prowadzonych wśród kobiet po wcześniejszych stratach ciąży, w czasie bezpośrednio po zdarzeniu oraz w 6 i 13 miesiącu po, wskazują, że brak dodatkowej opieki w tych obszarach ludzkiego funkcjonowania może skutkować zwiększonym ryzykiem dla depresji, zaburzeń lękowych, rozwiniętego zespołu stresu pourazowego – PTSD [11].

Późne skutki utraty ciąży

W czasopiśmie medycznych ujęcie psychologicznych reakcji związanych z utratą ciąży zaczęło pojawiać się w połowie lat 80. ubiegłego wieku. Autorzy tych prac skupiali się na jakości reakcji emocjonalnych kobiet w ciążach zagrożonych lub/i tracących dzieci w okresie pre- i perinatalnym [12, 13, 14].

Efektom zainteresowania się tym problemem było uznanie prawa do przeżyć przypisanych żałobie po stracie bliskiej osoby. W tym czasie pojawiały się także doniesienia mówiące o zdrowiu psychicznym kobiet, które same decydowały się na zakończenie ciąży w pierwszym trymestrze jej trwania. Kolejne lata zaczęły uwzględniać coraz dłuższą perspektywę obserwacji kobiet po przerwaniu lub utracie wczesnej ciąży [1, 8, 15, 16].

Dopiero ostatnie lata 2003-2008 ukazały kolejny aspekt wcześniejszych utrat ciąży wskutek poronienia samoistnego lub indukowanego, obumarcia płodu, porodu przedwczesnego i śmierci tych dzieci. W pracach tych najczęściej wymienianymi psychiatrycznymi następstwami na przykład utraty wczesnej ciąży na skutek poronienia są: depresja (22-55%) – przy czym największe ryzyko jej rozwinięcia przypada na pierwsze 12 tygodni od poronienia, lęki i ataki paniki (22-41%), zaburzenia kompulsywne, PTSD [17,18,19].

Współczesne badania prowadzone są także wśród dzieci matek, które wcześniej doświadczały wielokrotnych poronień lub innych niepowodzeń położniczych. Okazało się, że dzieci te znajdują się w grupie ryzyka dla zaburzeń zachowania, w tym o charakterze antyspołecznym, ADHD, zaburzeń lękowych, schizofrenii, autyzmu, opóźnienia w sferze psychomotorycznej [20].

Tworzenie standardów wielodyscyplinarnej opieki nad kobietami tracącymi ciążę

W chwili obecnej w Polsce, w wiek prokreacyjny weszły kobiety urodzone w czasach wyżu demograficznego lat 80-tych XX wieku. Według prognoz epidemiologicznych liczba kobiet, które stracą ciążę we wczesnych tygodniach jej trwania może wzrastać. Pojawia się zatem pytanie kto, kiedy i w jaki sposób powinien opiekować się kobietą po poronieniu, aby zapobiec późniejszym konsekwencjom w życiu i funkcjonowaniu samych kobiet, osobom żyjącym w ich otoczeniu, a także w życiu dzieci, które w przyszłości mogą się urodzić.

Autorzy bardzo obszernego opracowania na temat straty ciąży, już blisko 20 lat temu przedstawili zasady opiekowania się osieroconymi kobietami/rodzicami [8].

Uznano prawo kobiet do wielodyscyplinarnej opieki ze strony służby zdrowia i obowiązek instytucji, w której najczęściej te zdarzenia następują, do zapewnienia jak najlepszej im opieki. Osobami zobowiązanymi do niesienia pomocy są lekarze, położne, psychologowie, kapelani, wszelkie służby pomocnicze funkcjonujące w szpitalu [15, 21, 22, 23].

W Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym od połowy 2006 roku zaczęto wprowadzać określone zasady opiekowania się kobietą po utracie ciąży i w innych trudnych sytuacjach, mających związek z samą ciążą, porodem i położeniem.

Zmiany te zainicjował wykład dla położnych środowiskowych na temat opieki paliatywnej w perinatologii. Dopiero reakcja środowiska położnych pokazała z jak wielkim problemem każdorazowo muszą się zmagać, gdy opiekują się kobietą po utracie ciąży. Następnie przy współudziale Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych zorganizowano dla położnych zatrudnionych w różnych szpitalach/oddziałach ginekologiczno-położniczych Wielkopolski, szkolenie na ten sam temat.

Kolejnym ważnym krokiem było zorganizowanie spotkania naukowego na temat psychologicznych konsekwencji niepowodzeń położniczych w ramach Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dla lekarzy z obszaru Wielkopolski.

Celem obu tych szkoleń było przedstawienie różnorodnych perspektyw niepowodzeń położniczych: tracącej matki/rodziców, personelu medycznego – lekarzy, położnych, psychologów i pozostałych pracowników danej jednostki i przez to różnych zadań wobec takich pacjentek wynikających z istoty uprawianej profesji. Dla personelu medycznego uczestnictwo w utracie ciąży bez względu na długość jej trwania lub/i towarzyszenie kobietom po tym zdarzeniu, jest doświadczeniem również traumatycznym.

Opracowywanie standardów opieki nad kobietami w trakcie i po stracie ciąży

Zespół Psychologów w GPSK UM w Poznaniu liczy 7 osób. Do tej pory byli oni zatrudniani w poszczególnych klinikach szpitala, realizując cele poszczególnych jednostek, opiekując się i pracując z pacjentkami tam hospitalizowanymi. Ze względu na rosnące zapotrzebowanie pacjentek, również oddziałów niezatrudniających psychologów, na pomoc psychologiczną wyodrębniono Zespół, który obejmuje swoją opieką pacjentki przebywające we wszystkich Klinikach/Oddziałach szpitala.

Od listopada 2006 roku psychologowie podjęli się udzielania pomocy kobietom w trudnej sytuacji psychologicznej przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Są oni dostępni pod zaktualizowanym numerem telefonu komórkowym, co umożliwia kontakt z nimi z każdego wewnętrznego telefonu w szpitalu. Psycholog może zostać przywołany przez lekarza, położną, na prośbę pacjentki lub jej rodziny. Po konsultacji, interwencji, psycholog zobowiązany jest do dołączenia do dokumentacji pacjentki wyniku pisemnej konsultacji i ewentualnych zaleceń. Konsultacje psychologiczne poza godzinami pracy początkowo rozliczane były w ramach nadgodzin za konkretne przyjazdy, obecnie rozliczana jest gotowość i praca w ramach dyżuru. Psychologowie służą także pomocą wszystkim pracownikom szpitala, którzy zgłaszają taką potrzebę.

Praca psychologa z kobietą po stracie ciąży/dziecka opiera się na następujących relacjach terapeutycznych: wzbudzeniu zaufania, empatii, klaryfikacji, konfrontacji, wsparciu, wzbudzeniu nadziei, zachęcaniu do próbowania nowych zachowań i strategii rozwiązywania sytuacji trudnych, akceptacji doświadczanych emocji, wzmacnianiu potrzeby dobrego komunikowania się z otoczeniem. Najczęściej wykorzystuje się założenia różnych metod psychoterapeutycznych: behawioralnej, egzystencjalnej, systemowej.

Działania psychologów w przypadku straty ciąży, dziecka, zdrowia płodu/dziecka mają charakter interwencji kryzysowej, gdyż oddziaływania muszą być podejmowane natychmiast, gdy do kobiety zaczyna docierać niepomyślna informacja i pojawiają się określone skutki na poziomie procesów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych.

Zakończenie

Wiele akcji społecznych, które są adresowane do szerokiej grupy odbiorców, otwiera oczy na takie zdarzenia, które od zawsze były, są i będą częścią naszego życia – narodziny, choroba i śmierć.

Akcja lat 90. „Rodzić po ludzku” dzięki społecznej inicjatywie pozwoliła ocenić, a potem zmienić wiele praktyk, które rodzice uznali za niewłaściwe, pozbawiające kobietę/rodziców i rodzące się dziecko godności.

Łuczak-Wawrzyniak J, et al.

Na przełomie XX i XXI wieku ogłoszono kolejną akcję „Rodzić po ludzku”, która objęła kobiety tracące dzieci we wczesnych tygodniach ciąży. Liczne głosy kobiet wskazały, że wiele jest praktyk, które odbierają ludzki wymiar temu zdarzeniu, odmawiając rodzicom i poronionym płodom konstytucyjnie gwarantowanych praw poszanowania życia ludzkiego. Kolejną akcją ogłoszoną na początku 2008 roku była akcja „Umierać po ludzku”, która ujawniła także wiele niewłaściwych zachowań wobec osób będących w ostatnim okresie swojego życia.

Strata ciąży, płodu/dziecka lub/i jego zdrowia jest dla kobiet/rodziców wydarzeniem traumatycznym, którego skutki obserwuje się zarówno w perspektywie terażniejszej – „tu i teraz”, jak i przyszłej – w postaci znaczących problemów/zaburzeń w funkcjonowaniu psychicznym. Reakcje osób dotkniętych utratą są intensywne i wszechogarniające, jednak jest to naturalna i prawidłowa odpowiedź na zaistniałą sytuację. W tych momentach istotne znaczenie ma wielodyscyplinarna pomoc, która może zapobiec urazom wynikającym nie tylko z samego doświadczenia straty, ale także niewłaściwego postępowania czy zachowania, które odbiera ludzki wymiar temu zdarzeniu.

Praca zgłoszona na XXX Jubileuszowy Kongres Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Jakość życia kobiety – Salus feminae suprema lex esto” w dniach 16-19 września 2009 roku w Lublinie

16. Łuczak-Wawrzyniak J, Pisarski T. Psychologiczne aspekty straty ciąży w okresie prenatalnym. Poznań: *Materiały Naukowe Jubileuszowego Kongresu Ginekologii Praktycznej*. 1997, 232-233.
17. Boyce P, Condon J, Ellwood D. Pregnancy loss: a major life event affecting emotional health and well-being. *Med J Aust*. 2002, 176, 250-251.
18. Jelovsek F. Pregnancy loss Psychological Reactions, Accurate Answers. Physician advice for your health concerns from Woman's Diagnostic Cyber. www.wdxcyber.com/nmood07.htm
19. Czamecka M. Psychological aspects miscarriage. *Archives of Perinatal Medicine*. 2005, 11.
20. Seligmann M, Walker E, Rosenhan D. Podejście biologiczne i neuronauka. W: *Psychopatologia*. Red. Seligmann M, Walker E, Rosenhan D. Poznań: *Zysk i S-ka Wydawnictwo*. 2003, 168-173.
21. Brucker P, McKenry C. Support from health care providers and the psychological adjustment of individuals experiencing infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004, 33, 597-603.
22. Franche R, Mikail S. The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Soc Sci Med*. 1999, 48, 1613-1623.
23. Łuczak-Wawrzyniak J, Skrzypczak J, Szczepańska M. Leczenie jest sztuką – na podstawie wybranych obszarów działalności szpitala ginekologiczno-położniczego. *Ginekol Pol*. 2002, 73, 884-887.

Piśmiennictwo

1. Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998, 27, 183-189.
2. Kornas-Biela D. Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej. Lublin: *Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego*, 1996.
3. Goszczyńska M, Tysza T. Jak spostrzegamy zagrożenia? *Przeegl Psych*. 1986, 29, 39-63.
4. Adolfsson A, Larsson P, Wijma B, [et al]. Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women Int*. 2004, 25, 543-560.
5. Neugebauer R, Kline J, Bleiberg K, [et al]. Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depress Anxiety*. 2007, 24, 219-222.
6. Brier N. Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth*. 2004, 31, 138-142.
7. Côté-Arsenault D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nurs Res*. 2007, 56, 108-116.
8. Woods J, Esposito J. *Pregnancy Loss: Medical therapeutics and practical considerations*. Baltimore: *Williams&Wilkins*, 1987.
9. Iles S. The loss of early pregnancy. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1989, 3, 769-790.
10. Heszen J, Sęk H. *Psychologia Zdrowia*, PWN, 2007.
11. Engelhard I, van den Hout M, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001, 23, 62-66.
12. Beisert M, Sęk H. Psychologiczne problemy kobiet w ciąży specjalnej troski. *Ginekol Pol*. 1982, 53, 721-732.
13. Golańska Ż. Postawy macierzyńskie kobiet w ciąży zagrożonej. *Ginekol Pol*. 1986, 57, 605-608.
14. Motyka M. Psychologiczne uwarunkowania powikłań położniczych. *Ginekol Pol*. 1982, 53, 431-435.
15. Swanson K. Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image J Nurs Sch*. 1999, 31, 339-345.