



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Radzenie sobie ze stratami prenatalnymi i perinatalnymi jako wyzwanie naszych czasów

Author: Renata Kleszcz-Szczyrba

Citation style: Kleszcz-Szczyrba Renata. (2016). Radzenie sobie ze stratami prenatalnymi i perinatalnymi jako wyzwanie naszych czasów. W: R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), "Utrata i żałoba : teoria i praktyka" (S. 145-154). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Renata Kleszcz-Szczyrba

Radzenie sobie ze stratami prenatalnymi i perinatalnymi jako wyzwanie naszych czasów

Abstract: The issue of dealing with prenatal and perinatal losses is multi-threaded and multi-faceted, and all the threads and aspects affect each other. Technological advances unleashes new capabilities to watch a man from the very beginning, biopsychosocial reality of pregnancy, new legislation regarding the treatment of low pregnancies, the new position of the Church on the fate of children who died without baptism, social attitudes towards prematurely dead children and their parents, the threads that are discussed in this article. Article justify why coping with the loss of prenatal and perinatal may be a specific challenge of our time.

Key words: miscarriage, coping, mourning, law

W Polsce średnio w ciągu roku ma miejsce około 40 tys. poronień i martwych porodów (choć nieoficjalnie mówi się o liczbie dwa razy większej!), czyli 40 tys. par rodzicielskich rocznie może (choć niekoniecznie musi) doświadczać w naszym kraju żalu po przedwczesnej śmierci dziecka (GUS, 2012).

Radzenie sobie ze stratą wyznaczane jest rytmem żałoby, która jest naturalnym procesem adaptacyjnym, uruchamianym w chwili, kiedy ponoszona jest strata kogoś lub czegoś ważnego (por. MULLAN i in., 2003; STROEBE i in., 2005). Można powiedzieć, że wartość straty uruchamia potrzebę żałoby, czyli żalu po stracie.

Odnosząc powyższe rozumienie procesu żałoby do problematyki strat prenatalnych i perinatalnych, można zaryzykować stwierdzenie, iż straty te (zwłaszcza wczesne poronienia!) w dzisiejszych czasach coraz bardziej „domagają się” przeżycia żalu po nich, a zatem uruchomienia procesu żałoby. Wpływają na to liczne czynniki związane z szeroko rozumianym postępem technologicznym i większym zaangażowaniem psychologii jako nauki w obszar interdys-

cyplinarnego rozumienia okresu ciąży (por. BIELAWSKA-BATOROWICZ, 2006; KLESZCZ-SZCZYRBA, 2014). Zmiany te rodzą dalsze konsekwencje, wśród nich do kluczowych należą nowe rozwiązania prawne (w prawie świeckim i kanonicznym) związane z „doczesnym i wiecznym” traktowaniem utraconych przedwcześnie dzieci (por. IMIELSKA, 2014).

1. „Nowa” rzeczywistość ciąży

Współcześnie coraz głośniej i wyraźniej mówi się nie tylko o fizjologicznym aspekcie ciąży, ale także o jej wymiarze psychologicznym (por. BIELAWSKA-BATOROWICZ, 2006; POPLAWSKA, 2011). Równie poważnie podchodzi się do jej wymiaru społecznego, bowiem o tym, że pojawi się nowy człowiek w społeczeństwie, coraz bardziej otwarcie i oficjalnie mówi się niemal od samego początku ciąży. W ów wymiar społeczny wpisane jest także większe zaangażowanie ojców w emocjonalny kontakt z dzieckiem w okresie ciąży i porodu (wspólne wizyty kontrolne z partnerką, udział w porodzie rodzinnym). Ważną kwestią, o której warto wspomnieć, jest także aspekt duchowy przeżywania ciąży, odnoszący się zwłaszcza do kwestii szacunku dla życia od momentu poczęcia (*Katechizm Kościoła katolickiego*, 1994).

Ciąża w jej aspekcie psychologicznym to czas nawiązywania emocjonalnej więzi z dzieckiem. Z psychologicznego punktu widzenia jest to jedno z głównych zadań okresu ciąży. Ta więź wraz z postępem ciąży intensyfikuje się u obojga rodziców. Więź emocjonalna z dzieckiem stanowi relację, która tworzy się w okresie ciąży i stanowi wypadkową trzech elementów: traktowania płodu jako odrębnej istoty, nadawania mu cech i właściwości oraz nawiązywania kontaktu (por. BIELAWSKA-BATOROWICZ, 2006). Wymiernym wskaźnikiem odrębności płodu jest pojawienie się jego ruchów po 20. tygodniu ciąży. Niemniej bardzo wiele matek i ojców (aż 30%) zaczyna traktować płód jako odrębną istotę od samego początku trwania ciąży, a zatem na długo przed pojawieniem się tych wymiernych wskaźników, jakimi są ruchy płodu czy widoczna zmiana w wyglądzie kobiety, wskazująca na to, że jest w ciąży. Kiedy ciąża dobiega końca, już ponad 90% rodziców w taki właśnie sposób traktuje swoje żyjące w łonie matki dziecko (ZEANAH i in., 1990).

Fakt traktowania płodu jako odrębnej istoty (por. BIELAWSKA-BATOROWICZ, 2006) na pewno ma swoje konsekwencje w sytuacji straty prenatalnej i perinatalnej, a zwłaszcza reakcji na tę stratę. Warto zadać pytanie, czy w taki sam sposób jak wzrasta wraz z zaawansowaniem ciąży liczba rodziców, którzy traktują płód jako odrębną istotę, wzrasta też liczba rodziców, którzy wraz z zaawansowaniem ciąży reagują emocjonalnie na jej stratę. Jeśli tak, to można przypusz-

czać, że w pierwszym trymestrze ciąży nawet co trzeci rodzic przeżywa żalobę po stracie swego poczętego dziecka, a w ostatnim trymestrze ciąży już niemal każdy rodzic doświadcza takiej emocjonalnej reakcji. To skłania do wielkiej delikatności w traktowaniu rodziców po stracie i do szacunku dla ich przeżyć, niezależnie od tego, na jakim etapie ciąży tracą swoje dziecko. Nigdy bowiem nie wiadomo, jaka jest głębokość osobistej emocjonalnej więzi, którą udało im się już nawiązać z własnym poczętym dzieckiem.

Drugim ważnym obszarem mającym znaczenie w nawiązywaniu więzi emocjonalnej z nienarodzonym dzieckiem i reakcji na jego utratę jest przypisywanie mu cech i właściwości (por. BIELAWSKA-BATOROWICZ, 2006), a jest to możliwe wówczas, gdy wcześniej uwzględni się jego odrębność. Rodzice tworzą sobie wówczas obraz „dziecka wyobrazonego”, na który składają się te cechy i właściwości, które są dostępne obserwacji. Najczęściej na podstawie oceny aktywności ruchowej w życiu płodowym rodzice przypisują swemu dziecku jakieś cechy (np. *sportowiec, skoczek, leniuszek, śpioch, wrażliwy, nic go nie rusza* itp.). Są także skłonni oceniać jego nastrój (*szczęśliwe, dobrze mu tam, zadowolone po obiadku mamusi, rozkoszuje się głaskaniem taty* itp.) bądź pewne właściwości, jakie mogą pojawić się w kontaktach społecznych (*oddal mi kopniaka, lubi mnie, odwrócił się do mnie tyłkiem, chyba chce przybić piątkę, co za wiercipięta* itp.).

Wreszcie trzecim elementem mającym wpływ na budowanie więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie płodowym jest podejmowanie interakcji z nim (por. BIELAWSKA-BATOROWICZ, 2006), która może przybierać formę myślenia o dziecku, zwracania się do niego po imieniu, rozmawiania z nim, opowiadania mu, co się dzieje wokoło, dotykania i głaskania brzucha, śpiewania kołysanek, opowiadania i czytania bajek, słuchania muzyki czy tańczenia. Często rodzice podejmują takie aktywności od samego początku ciąży.

Pamiętając, iż to wartość straty uruchamia potrzebę żaloby, można uznać, że nawiązanie silnej emocjonalnej więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym, zaangażowanie rodziców w proces społecznego przygotowania na przyjście dziecka na świat, a także szacunek dla życia w ogóle mogą w sytuacji niepowodzenia ciąży uruchomić silną potrzebę żaloby, czyli przeżycia żalu po stracie.

2. Postęp technologiczny i jego następstwa

W ostatnich dziesięcioleciach można obserwować wyraźną ekspansję postępu technologicznego na obszar medycyny (także na dziedzinę ginekologii, położnictwa i neonatologii). W Polsce na przełomie lat 80. i 90. wprowadzono do sprzedaży testy ciążowe, które pozwalają każdej kobiecie z ponad 90-procento-

wą pewnością potwierdzić, że jest w ciąży. W USA testy te dostępne są od połowy lat 70. Każdego roku na całym świecie sprzedawane są w miliardach sztuk. Skonstruowano urządzenia do pomiaru tętna płodu i skurczów macicy (tzw. kardiotokografy zwane w skrócie aparatami KTG). W latach 60. i 70. były one wyłącznie wyposażeniem instytucji naukowych, obecnie ich uproszczone wersje można powszechnie nabyć w każdej aptece. Wielkim osiągnięciem ostatnich dziesięcioleci jest technologia ultrasonograficzna. Dzięki aparatom USG możliwa jest m.in. dokładna diagnostyka prenatalna. Obecnie aparaty takie stanowią wyposażenie niemal każdego gabinetu ginekologicznego, a oczekiwaniem pacjentek jest jak najwyższa jakość dźwięku i obrazu tych urządzeń. Oddziały neonatologiczne wyposażone są w nowoczesne inkubatory, które zapewniają możliwość przeżycia i rozwoju dzieciom urodzonym skrajnie przedwcześnie (tzn. przed 22. tygodniem ciąży).

W kontekście strat prenatalnych, perinatalnych i neonatalnych niezwykle dynamiczny postęp technologiczny ma swoje następstwa. Następuje wcześniejsze (niż kiedyś) urealnienie faktu ciąży, a co za tym idzie także faktu jej straty. Dziecko w pierwszych miesiącach ciąży przestaje być „abstrakcją” — jego obecność jest relatywnie szybko urealniana dzięki dostępnym obrazom i dźwiękom. Ma to niewątpliwie wpływ na szybsze nawiązanie więzi emocjonalnej z dzieckiem (przez matkę i ojca, a także rodzeństwo). Współcześni rodzice, tworząc albumy ze zdjęciami swoich dzieci, zaczynają ich zapełnianie od zdjęć USG, potem dopiero dołączają zdjęcia z porodu rodzinnego. Możliwość poznania płci dziecka, którą dają dokładne badania USG, sprawia, że niejednokrotnie na długo przed urodzeniem nadawane są dzieciom imiona, co sprzyja wczesnemu budowaniu relacji i więzi.

Warto zwrócić uwagę na różnice międzypokoleniowe w dostępie matek do możliwości technologicznych i na ewentualne następstwa dla funkcjonalności naturalnych sieci wsparcia, które powinny zadziałać w sytuacji kryzysowej. Dzisiejsza matka „widzi” swoje dziecko w pierwszych tygodniach ciąży na ekranie monitora USG i ma świadomość jego straty w sytuacji niepowodzenia ciąży, podczas gdy matki przed 50 laty roniły dzieci w bardziej zaawansowanej tygodniowo ciąży, często nawet nie będąc świadomymi tych strat.

Wymienione czynniki, będące wypadkową postępu technologicznego, mogą w sytuacji niepowodzenia ciąży uruchomić potrzebę żałoby po stracie. Strata dziecka w okresie prenatalnym (zwłaszcza bardzo wczesnym) jest, dzięki dostępnym współcześnie obrazom i dźwiękom, urealniona o wiele bardziej niż w przeszłości.

3. Ryzyko diagnostyki prenatalnej

Diagnoza prenatalna (tzw. USG połówkowe, przeprowadzane ok. 20. tygodnia ciąży) może przynieść diagnozę o tzw. wadzie letalnej płodu. W przypadku takiej diagnozy polskie prawo dopuszcza wykonanie tzw. aborcji selekcyjnej. Sytuacja taka stawia rodziców oraz profesjonalistów z obszaru medycyny wobec niezwykle trudnych dylematów natury medycznej, etycznej, religijnej, prawnej i społecznej (KORNAS-BIELA, 2008).

Diagnoza letalna płodu powoduje, iż dalszy przebieg ciąży odbywa się według jednego z trzech scenariuszy: aborcja lub donoszenie ciąży, urodzenie dziecka i poddanie go uporczywej terapii albo donoszenie ciąży, urodzenie dziecka i oddanie go pod opiekę hospicjum perinatalnego. W obliczu diagnozy letalnej płodu rodzice, niezależnie od dokonanego wyboru, zawsze doświadczają wielokrotnionej straty. Pierwszą stratą jest utrata zdrowia przez ich dziecko i utrata jakiegokolwiek nadziei na to, że fakt ten może ulec zmianie. Na tę pierwszą stratę mogą nałożyć się kolejne, związane z wyborem opcji aborcji selekcyjnej lub utraty wizji dalszego życia, związanej z jego totalną reorganizacją, kiedy podejmowana jest decyzja o urodzeniu dziecka wymagającego specjalnej troski i opieki.

Na uwagę zasługuje spadek kondycji psychicznej matki, której ciąża jest zagrożona. Kondycja ta absolutnie nie pomaga w podejmowaniu decyzji po niepomysłnej diagnozie prenatalnej. Najczęściej obwinia ona samą siebie, nawet jeśli wie, że nie miała wpływu na to, co się stało. Poza tym trudno jej poradzić sobie z wielością i siłą uderzenia trudnych emocji, które dodatkowo w okresie ciąży są naturalnie rozchwiane. W takiej sytuacji emocjonalnej nietrudno o decyzję nieprzemyślaną, podyktowaną szokiem, który dodatkowo wzmacnia podatność na sugestie i rozwiązania płynące z zewnątrz.

Wśród ważnych czynników mogących mieć wpływ na podjęcie lub niepodjęcie decyzji o aborcji eugenicznej na plan pierwszy wychodzi wspomniany wcześniej poziom nawiązania emocjonalnej więzi z dzieckiem, który stanowi jeden z najważniejszych psychologicznych aspektów przebiegu ciąży. Rodzice, którzy rozważają aborcję eugeniczną, powstrzymują się od nawiązywania emocjonalnej więzi z dzieckiem (bądź ją blokują) do czasu postawienia ostatecznej diagnozy letalnej. Do tego czasu traktują dziecko jako próbę prokreacyjną, po prostu ciążę, twór zwany płodem. To ułatwia decyzję aborcyjną. Kiedy diagnoza letalna nie znajduje ostatecznego potwierdzenia, „odblokowują” proces uprzedmiotowienia dziecka, personalizują je i zaczynają kształtować emocjonalną więź z nim (por. KORNAS-BIELA, 2008).

4. Polskie rozwiązania prawne

W chwili obecnej (początek 2015 roku) polskie prawo umożliwia pochówek dzieci utraconych na każdym etapie trwania ciąży (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi. Dz.U. z 7.01.2010 r.). Możliwa jest także rejestracja tych dzieci w Urzędach Stanu Cywilnego, o ile możliwe jest określenie ich płci. Możliwość ta realizowana jest na jeden z dwóch sposobów: przez samych rodziców na ich wniosek (lub inne osoby chcące dokonać pochówku na ich wniosek) lub przez szpital (kiedy rodzice zrzekają się możliwości pochówku). Mowa o stracie dziecka (a ściślej zarodka lub płodu) na każdym etapie trwania ciąży, czyli nawet tym najwcześniejszym, co w języku medycznym należałoby precyzyjnie nazwać okresem zarodkowym.

Jeszcze pół wieku temu istniał w naszym kraju zapis, który mówił, iż karty zgonu w ogóle nie wystawia się dla noworodków martwo urodzonych oraz płodów i noworodków niezdolnych do życia, które nie przeżyły 24 godzin poza organizmem matki (Zarządzenie Ministra Gospodarki Komunalnej z 27 września 1962 roku w sprawie treści i sposobu wypełniania kart zgonu, § 3). Jest to zapis z 1962 roku, a więc obecnie ciągle żyją pokolenia rodziców i rodzeństw tamtych utraconych dzieci, które w wyniku ówczesnych zapisów prawnych nigdy nie miały sposobności oficjalnego podmiotowego uznania dzieci, które byłyby obecne w szerszej świadomości społecznej. Te dzieci, które po urodzeniu nie przeżyły doby, w sensie prawnym nie były włączone do społeczeństwa. Dzisiaj tę możliwość ma już zarodek ludzki. W ciągu półwiecza nastąpił zatem skok myślenia i postępowania.

Nietrudno wyobrazić sobie dzisiejszy kompletny brak zrozumienia matki przez matkę, z których pierwsza w latach 60. urodziła z donoszonej ciąży martwe dziecko i nie otrzymała karty zgonu, a druga w obecnej rzeczywistości prawnej poroniła w 8. tygodniu ciąży i otrzymała urzędowy akt zgonu. Warto wyobrazić sobie te dwie rzeczywistości prawne, w jakich traciły swe dzieci te dwie hipotetyczne matki chociażby po to, aby zastanowić się, co może ziać się ze zrozumieniem i wsparciem jednej przez drugą w chwili obecnej. Czy to wsparcie ma szansę zaistnieć i być funkcjonalne w dzisiejszych czasach?

Jeszcze do końca 2006 roku możliwość pochówku dzieci nienarodzonych była wyznaczona pewną konkretną granicą czasową trwania ciąży (20. tydzień) lub wagą płodu (500 g). Postępowanie ze szczątkami płodów o wadze poniżej 500 g lub pochodzących z ciąż krótszych niż 20-tygodniowe polegało na szpitalnej ich utylizacji, jak to ma miejsce w przypadku każdego tzw. odpadu szpitalnego. Były te szczątki traktowane jak „części ciała ludzkiego odłączone od całości” i utylizowane. Od stycznia 2007 roku szczątki te mają status „zwłok ludzkich”, a nadanie tego statusu wiąże się z konsekwencją traktowania

ich z szacunkiem przynależnym zwłokom ludzkim (przechowywanie w prosektorium, specjalny transport, godny pochówek itp.). Zatem grudzień 2006 roku przyniósł dość rewolucyjną zmianę w tym zakresie, mianowicie możliwość pochówku dzieci utraconych w każdym momencie trwania ciąży.

Biorąc pod uwagę, że ważnym elementem procesu żałoby jest realizacja rytuału pożegnania, można powiedzieć, że współczesne rozwiązania prawne wychodzą naprzeciw rodzicom, w których potrzeba wybrzmienia żałoby po przedwczesnej stracie dziecka jest silna.

5. Współczesne stanowisko Kościoła

Kościół w odniesieniu do przedwczesnej śmierci dziecka staje wobec teologicznego wyzwania pogodzenia dwóch prawd zawartych w Biblii (*Biblia Tysiąclecia*, 1990). Pierwsza mówi o tym, że Bóg chce zbawienia wszystkich ludzi (Rdz 3, 15; Rdz 22, 18; 1 Tm 2, 3—6), druga, mówi o tym, że do zbawienia potrzebny jest chrzest (Mk 16, 16; Mt 28, 19; Dz 2, 40—41; Dz 16, 30—33). Może się wydawać, iż prawdy te są sprzeczne.

Zagadnienie dotyczące losu dzieci zmarłych bez chrztu zostało powierzone Międzynarodowej Komisji Teologicznej. W ramach specjalnie utworzonej podkomisji złożonej z przedstawicieli nauki i dostojników kościelnych podjęto próbę rozstrzygnięcia wskazanego dylematu. Efektem jej prac stało się studium teologiczne *Nadzieja zbawienia dla dzieci, które umierają bez chrztu* (Międzynarodowa Komisja Teologiczna, 2008).

Międzynarodowa Komisja Teologiczna uznała, że dzieci przedwcześnie utracone dostępują zbawienia poprzez tzw. chrzest pragnienia. Dzieci nienarodzone, które umierają bez chrztu (w wyniku poronienia samoistnego lub martwego urodzenia), zostają uwolnione od grzechu pierwotnego za pomocą takiego chrztu, wyrażonego (aktem woli) przez rodziców dziecka lub inne osoby wierzące.

Ostatecznie zniesiono pojęcie tzw. *otchłani dzieci* jako miejsca pobytu dzieci po śmierci, do której przez wiele wieków odwoływał się Kościół, by tłumaczyć los dzieci zmarłych bez chrztu. Uznano, że pojęcie *otchłani* nie znajduje żadnej bezpośredniej podstawy w Biblii. Warto jednak podkreślić, że wspomniana *otchłań* stanowiła powszechną doktrynę katolicką aż do połowy XX wieku. Stąd ponownie należy zauważyć, że obecnie żyją pokolenia rodziców, którzy przedwcześnie tracili swoje dzieci, a których rozumienie ich losu było całkowicie odmienne, biorąc pod uwagę obecne i przeszłe nauczanie Kościoła.

6. Tabuizacja tematyki śmierci

Złożoność problematyki radzenia sobie po przedwczesnej śmierci dziecka można wiązać z ogólną negacją tematyki śmierci, jaka ma miejsce we współczesnej kulturze. Antropologowie zauważają w dzisiejszym świecie narastające zjawisko traktowania śmierci jako swoistego tabu, tzw. tabuizacji tematyki śmierci (SIKORA, 2008). Śmierć staje się tematem niemodnym, niepopularnym, niewygodnym. Jest sukcesywnie wypierana z naszej świadomości, gdyż absolutnie nie pasuje do współczesnej wizji konsumpcyjnego stylu życia (por. GÓRNIK-DUROSE, 2013). Dominujący kult piękna, młodego ciała, zdrowego trybu życia, długowieczności, dobrej kondycji odsuwa na bok tak niepopularną w tym „towarzystwie pojęciowym” kwestię, jaką jest przemijalność człowieka, jego kruchość i śmiertelność. Współczesny człowiek przestaje uznawać i z pokorą traktować nie tylko samo zjawisko śmierci, ale nawet naturalną tendencję do niej.

Jednocześnie śmierć, poprzez środki masowego przekazu, weszła na stałe do naszej codzienności, ale nie wzbudza większych emocji, ponieważ każdy ma świadomość, że wystarczy wyłączyć telewizor, komputer, wyciszyć radio czy wyrzucić gazetę, a problem zniknie. Stajemy się swoistą kulturą dysocjacji (oddzielenia, odsuwania się „od”, negowania, wypierania tego, co trudne i niewygodne). Moda na dysocjację przejawia się w różnych obszarach naszego życia.

Odsuwanie tematyki śmierci na margines myślenia ma swoje konsekwencje. Jednostka, zaprzestając uznawania nie tylko samej śmierci, ale nawet naturalnej tendencji do niej, przestaje pokazywać światu osobisty żal po stracie, przestaje tę stratę publicznie opłakiwać, a co za tym idzie — słyca znaczenie rytuału pożegnania, jego terapeutyczny wymiar. Rytuały pożegnania przestają być potrzebą i mającą psychologiczne znaczenie granicą wyznaczającą czas pomiędzy życiem z osobą zmarłą a życiem bez osoby zmarłej, ale zaczynają być niemal wyłącznie koniecznością.

W tym oto właśnie czasie — negacji i tabuizacji tematyki śmierci — ujrzały światło dzienne naturalne straty prenatalne i uruchomiło się trudne przeżywanie tych strat. W efekcie osoby, które potrzebują opłakiwać przedwczesną śmierć dziecka, zmuszone są walczyć z dominującą współcześnie tendencją do negacji śmierci i dysocjowania się od niej. Warto mieć to na uwadze — tę ich (rodziców) ogromną trudność w godnym przeżyciu rozstania, jeśli muszą mierzyć się nie tylko z nowym rodzajem utraty, ale także ze społeczną tendencją do negacji śmierci w ogóle, a śmierci tak „małej” w szczególności.

Można powiedzieć, iż brak uznania dla skrajnie wczesnych strat wynika bezpośrednio ze społecznej dehumanizacji tych strat (KLESZCZ-SZCZYRBA, 2012). Przecież to nie umarł człowiek, bo to jeszcze nie był człowiek, nie mógł być, bo się jeszcze nie urodził — taka argumentacja społeczna jest podnoszona. Nagle to, czego dostarcza postęp technologiczny (możliwość obserwacji człowieka

przed narodzeniem, możliwość uzyskania jego realnego obrazu), zaczyna być względne, pomijane, odrzucone. Kiedy człowiek szczęśliwie rozwija się w łonie matki, społeczeństwo czeka na przyjście dziecka na świat. Kiedy ten sam człowiek w tym łonie umiera, społeczeństwo jest skłonne negocjować to, że kiedykolwiek był, a świat go nie żegna.

W społecznym odbiorze strata dziecka w okresie prenatalnym, zwłaszcza na wczesnym etapie ciąży (poronienie), jest uznawana za niepełnowartościową. Poronienie jest śmiercią nie do końca uznaną, nie w pełni ważną albo niezbyt dotkliwą, zatem w ocenie społecznej nie wymaga przeżycia żałoby. Jest to sytuacja tzw. braku prawa do smutku i występuje wówczas, gdy dany rodzaj utraty nie jest uznany społecznie (KEIRSE, 2005).

Podsumowanie

Podsumowując powyższe wywody, można sformułować trzy zasadnicze pytania. Czy radzenie sobie ze stratami prenatalnymi i perinatalnymi jawi się jako wyzwanie naszych czasów? Czy jesteśmy świadkami swoistego przełomu w traktowaniu strat prenatalnych i perinatalnych? Co w szeroko rozumianej kwestii radzenia sobie ze stratami prenatalnymi i perinatalnymi może zrobić każdy z nas, stanowiąc potencjalne źródło wsparcia dla rodziców po stracie? Odpowiedzi na te pytania „piszą” dzisiejsze czasy, a każdy z nas może być kreatorem konstruktywnej zmiany.

Bibliografia

- Biblia Tysiąclecia*, 1990: Poznań, Wydawnictwo Pallottinum.
- BIELAWSKA-BATOROWICZ E., 2006: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice, Wydawnictwo „Śląsk”.
- GÓRNIK-DUROSE M., red., 2013: *Kultura współczesna a zdrowie*. Sopot, Wydawnictwo GWP.
- GUS, 2012: *Główny Urząd Statystyczny: Rocznik Demograficzny 2012*. Warszawa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- IMIĘLSKA B., 2014: *Umarłych pogrzebać. Zagadnienie pochówku dzieci poronionych lub martwo urodzonych w prawie kanonicznym oraz ustawodawstwie polskim*. Bielsko-Biała, Wydawnictwo Inspiracje.
- Katechizm Kościoła katolickiego*, 1994: Poznań, Wydawnictwo Pallottinum.
- KEIRSE M., 2005: *Piętno smutku. Słowa otuchy dla tych, którzy cierpią*. Przeł. O. DE SMET-RUTECKA. Radom, Polskie Towarzystwo Encyklopedyczne.

- KLESZCZ-SZCZYRBA R., 2012: *Czynniki utrudniające przebieg procesu żałoby po stracie dziecka w okresie prenatalnym — rozważania teoretyczne*. Lublin, CPPP Scientific Press.
- KLESZCZ-SZCZYRBA R., 2014: *Witraże w ciemności, czyli o przedwczesnej śmierci dziecka. Książka niosąca światło*. Katowice, Wydawnictwo KSJ.
- KORNAS-BIELA D., 2008: *Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów*. „Medycyna Praktyczna Ginekologia i Położnictwo”, nr 4.
- Międzynarodowa Komisja Teologiczna, 2008: *Nadzieja zbawienia dla dzieci, które umierają bez chrztu*, Poznań: Wydawnictwo Pallottinum. Pobrano z: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/cti_documents/rc_con_cfaith_doc_20070419_un-baptised-infants_pl.pdf.
- MULLAN J.T., SKAFF M.M., PEARTIN L.I., 2003: *Bereavement process: Loss, grief and resolution*. In: CORLESS I., GERMINO B.B., PITTMAN M.A., eds., *Dying, death and bereavement*. New York: Springer, s. 225—246.
- POPLAWSKA E., 2011: *Więź emocjonalna z dzieckiem w okresie prenatalnym*. „Kwartalnik Naukowy”, nr 2(6), s. 28—39.
- SIKORA S., 2008: *Opowiedzieć śmierć — trzy dotknięcia realnego*. „Dialog”, nr 3, s. 144—151.
- STROEBE M.S., SCHUT H., STROEBE W., 2005: *Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration*. “Review of General Psychology”, no. 9, s. 48—66.
- ZEANAH C., ZEANAH P.D., STEWART L.K., 1990: *Parents constructios of their infants personalities before and after birth. A descriptive study*. “Child Psychiatry and Human Development”, no. 8, s. 23—36.