

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY STRATY CIĄŻY

Śmierć dziecka podczas poronienia pozostawia w sercu matki niegojącą się ranę. Jest to wydarzenie nie tylko czysto medyczne, lecz także psychologiczne i społeczne wiążące się z bólem, cierpieniem całej rodziny. Analizując literaturę tematu, można odnieść wrażenie, że wszelkie problemy związane z tym traumatycznym przeżyciem dla kobiety i jej rodziny kończą się z chwilą wypisania jej ze szpitala do domu^{1,2}.

Poronienie (łac. *abortus*) – w medycynie terminem tym określa się wydalenie z jamy macicy jaja płodowego do 22. tygodnia ciąży. W klasyfikacji poronień w zależności od stopnia nasilenia objawów wyróżnia się:

- 1) poronienie zagrażające – charakteryzujące się najczęściej bezbolesnym krwawieniem z macicy, mogą wystąpić skurcze macicy o niewielkim natężeniu;
- 2) poronienie w toku – objawiające się krwawieniem i bólem o różnym nasileniu;
- 3) poronienie zatrzymane (*missed abortion*) – charakteryzuje się niewydaleniem obumarłego płodu w przewidywanym okresie, tj. w ciągu 8 tygodni od chwili stwierdzenia śmierci płodu³.

Szacuje się, że w Polsce 22–31% ciąży ulega poronieniu. Etiologicznych przyczyn poronienia jest wiele. Za najczęstsze przyczyny uważa się czynniki: genetyczne, hormonalne, anatomiczne, immunologiczne, a także stresogenne (lęk, poczucie zagrożenia, depresje). Częstość straty ciąży na wczesnym etapie jej trwania jest więk-

1 J. Starzyńska, M. Rabiej, E. Dmoch-Gajzlerska, *Ciąża u kobiety obciążonej doświadczeniem poronienia – studium przypadku*. „Położna Nauka i Praktyka” nr 4 (36) (2016), s. 56–58.

2 I. Barton-Smoczyńska, *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*, Częstochowa 2015, s. 41–60.

3 J. Skrzypczak, *Poronienie*, [w]: *Położnictwo i ginekologia*. Tom I, red. G.H. Bręborowicz, Warszawa 2015, s. 85–91.

sza u kobiet po 35. roku życia i wynosi 50%, podczas gdy u kobiet wieku poniżej 35 lat ryzyko to wynosi 6,4%⁴.

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) jako najczęstszą przyczynę straty ciąży przedstawia poronienie samoistne. Częstość występowania poronień samoistnych potwierdzonych klinicznie wynosi 10–15% wszystkich ciąży. Jak podaje literatura naukowa, ryzyko wystąpienia poronienia samoistnego wzrasta wraz z liczbą przeżytych w przeszłości poronień. Około 5% wszystkich poronień samoistnych stanowią poronienie nawykowe⁵.

U kobiety, która w wywiadzie posiada dwa kolejno po sobie występujące poronienia, prawdopodobieństwo wystąpienia trzeciej straty ciąży stanowi 17–35%, a każdej następnej zwiększa się o 25–46%⁶ [2, 33, 36, 39, 45].

Warunki dopuszczalności przerwania ciąży w Polsce reguluje ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zwłaszcza jej art. 4a, który stanowi, że przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:

- 1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,
- 2) badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jej życiu,
- 3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego.

Stratą ciąży jest również zgon wewnątrzmaciczny płodu następujący przed jego całkowitym wydaleniem lub wydobyciem z organizmu matki niezależnie od czasu trwania ciąży. W Polsce częstość zgonów waha się w granicach 4,2–6,7 na 1000 porodów, w zależności od regionu. Ciąża obumarła częściej dotyczy kobiet ciężarnych poniżej 15. roku życia i powyżej 35. roku życia, jak również matek niezamężnych. Najwięcej zgonów obserwuje się w pierwszych 12 tygodniach trwania ciąży⁶.

Postęp medycyny oraz zastosowanie diagnostyki prenatalnej prowadzą w Polsce do wzrostu liczby zabiegów przerwania ciąży z powodu wad płodu. Obecnie większość przypadków legalnego przerwania ciąży w Polsce dotyczy tzw. terminacji

4 J. Banasiewicz, K. Owczarek, *Wpływ asysty położnych przy zabiegach przerywania ciąży na wypalenie zawodowe i stres pourazowy*, „Położna Nauka i Praktyka” nr 2 (26) (2014), s. 14–18.

5 Wytyczne The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, *Zgon wewnątrzmaciczny oraz doświadczenie straty ciąży – wytyczne postępowania*, „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo” nr 4 (2007), s. 42–48.

6 A. Mach, A. Nowacka, E. Dmoch-Gajzlerska, *Rola i zadania położnej w opiece nad kobietą ciężarną zagrożoną poronieniem*, „Położna Nauka i Praktyka” nr 2 (26) (2014), s. 32–38.

ze względów eugenicznych. Według szacunkowych danych opracowanych przez Radę Ministrów w 2011 r. wykonano 669 zabiegów przerwania ciąży, co stanowi o 28 terminacji ciąży więcej niż w 2010 r. Z powodu zagrożenia życia lub zdrowia kobiety ciężarnej dokonano 49 aborcji. Wykonano 620 zabiegów, których przyczyną były nieprawidłowe wyniki badań prenatalnych, wskazujące na występowanie dużego prawdopodobieństwa ciężkiego, nieodwracalnego upośledzenia płodu. Warto podkreślić, że w roku 2011 nie wykonano zabiegu przerwania ciąży, która powstała w wyniku czynu zabronionego⁷.

Obecnie w społeczeństwie panuje przekonanie, że strata ciąży, bez względu na jej stopień zaawansowania i przyczynę, jest zdarzeniem traumatycznym dla większości kobiet. Może być przyczyną powstania niepożądanych zaburzeń psychicznych u kobiety. Następstwem starty ciąży jest przeżycie klasycznie przebiegającej żałoby. W przebiegu tej żałoby ważną rolę odgrywa fakt, czy strata ciąży była sytuacją nagłą i niespodziewaną, czy też była poprzedzona długotrwałym oczekiwaniem, strachem oraz cierpieniem.

Kobiecie oczekującej na stratę ciąży towarzyszą przeżycia odpowiednie dla żałoby jeszcze przed dokonaniem się poronienia. Jest to tzw. antycypacja procesu żałoby. Zjawisko to, umożliwia stopniowe pożegnanie się rodziców z własnym dzieckiem. Skutkiem antycypacji żałoby po dokonaniu się poronienia może być uczucie ulgi. Dotyczy to szczególnie kobiet, u których zdiagnozowano ciężkie, genetyczne, często letalne wady u płodu.

Reakcja emocjonalna kobiety roniącej jest silna i dynamiczna. Zachodzi ona w trzech następujących sferach: poznawczej, emocjonalnej oraz behawioralnej. Literatura przedmiotu najobszerniej opisuje psychologiczne skutki straty ciąży u kobiet, które podjęły decyzję o jej przerwaniu, nazywając to zjawisko stresem pourazowym, wcześniej określanym jako zespół poaborcyjny⁸.

Definicja zespołu poaborcyjnego została przedstawiona przez V. Rue, amerykańskiego psychologa, w 1981 r. V. Rue określa go jako zespół objawów występujących po przerwaniu ciąży do którego zaliczają się zaburzenia depresyjne, lękowe, skłonności samobójcze, skłonność do uzależnień, zaburzenia seksualne i problemy z płodnością⁹.

7 Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz skutkach stosowania w 2011 r. ustawy z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz. U. 2012 r. Nr 17, poz. 78).

8 B. Major, M. Appelbaum, L. Beckman et al., *Abortion and mental health: Evaluating the evidence*, „American Psychologist” nr 69 (9) (2009), s. 863–890.

9 B. Urbanowicz, *Zespół Zaburzeń Stresu Pourazowego (PTSD-Post Traumatic Stress Disorder), a Rozpacz Poaborcyjna (PAD-Post Abortion Distress) i Zespół Poaborcyjny (PAS-Post Abortion Syndrome)*, „Biuletyn SPCh” nr 9 (1997), s. 9–18.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1987 r. przedstawiło dwa rodzaje zaburzeń, których kobieta ma możliwość doświadczyć po zabiegu przerwania ciąży. Są to:

- 1) *post abortion distress* (PAD) i
- 2) *post abortion syndrome* (PAS).

Post abortion distress (PAD) to zespół objawów, który jest powiązany z przeżywaniem ostrego stresu poaborcyjnego. Zaburzenie to ma miejsce w ciągu pierwszych trzech miesięcy po zabiegu przerwania ciąży i trwa nawet do roku. Poaborcyjna rozpacz charakteryzuje się pojawieniem ostrych fizycznych oraz psychicznych reakcji. Koreluje ona z silnym przeżywaniem poczucia straty oraz winy. Kobiety, które doświadczyły przerwania ciąży, często mają poczucie bezsensowności życia, występują u nich zaburzenia obrazu samej siebie, zaburzenia snu, miewają także lęk przed stosunkiem seksualnym, a nawet przed następną ciążą.

Post abortion syndrom (PAS) to zespół zaburzeń chronicznych, który wystąpił z powodu konfliktów psychicznych oraz fizycznych. Kształtował się on w trakcie podejmowania decyzji o przerwaniu ciąży, a następnie w ciągu całego roku po dokonaniu się poronienia sztucznego. Symptomy, które charakteryzują syndrom poaborcyjny, widoczne są dopiero kilka lat po doświadczeniu przerwania ciąży. Pojawienie się zespołu poaborcyjnego najczęściej poprzedza pojawienie się w otoczeniu osób, przedmiotów lub zdarzeń, które kojarzą się z wydarzeniem przerwania ciąży jako zdarzeniem traumatycznym¹⁰.

Zaburzenie po stresie urazowym (PTSD) powstaje na skutek działania silnych stresorów, które mogą mieć charakter katastrofalny, krótko- lub długotrwały. Zaburzenie to ma charakter lękowy, łączy się z przytłaczającym oraz zagrażającym życiu wydarzeniem oraz brakiem umiejętności przepracowania powstałego urazu¹¹.

Według klasyfikacji DSM-IV na wystąpienie zespołu stresu pourazowego narażona jest osoba, która doznała kontaktu ze śmiercią, stanem zagrożenia życia lub ciężkim zranieniem, ryzykiem naruszenia własnej fizycznej nienaruszalności bądź innych lub była świadkiem takich zdarzeń. Osoby cierpiące na PTSD przechodzą cztery etapy tego procesu.

10 M. Lewicka, M. Sulima, M. Pyć i wsp., *Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” nr 59, 1 (2013), s. 123–127.

11 E. Haghparast, M. Faramarzi, R. Hassanzadeh, *Psychiatric symptoms pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history*, „Pakistan Journal of Medical Sciences” nr 32(5) (2016), s. 1097–1101.

- Faza I** – adaptacja (dobry poziom funkcjonowania) – na tym etapie pacjentka nawiązuje kontakty z innymi osobami, samodzielnie rozwiązuje problemy oraz okazuje swoje uczucia. W niewielkim stopniu mogą występować intruzje, pobudzenie, zaburzenia snu czy tendencja do unikania. Po upływie czasu prawidłowego funkcjonowania, wskazującego na okres kompensacji, pod wpływem bodźców (np. rocznica traumatycznego wydarzenia) pacjentka zaczyna odczuwać silny lęk, co powoduje wejście w drugą fazę PTSD.
- Faza II** – przetrwanie (pogorszenie w funkcjonowaniu) – cechą charakterystyczną tego etapu jest obronna orientacja pacjentki. Nasilają się wspomnienia związane z traumatycznym wydarzeniem, reakcje unikowe, pogłębia się odrętwienie oraz pobudzenie. Częściej pojawiają się również zaburzenia snu. Pacjentka stopniowo ma coraz większy problem z okazywaniem uczuć i emocji, wzrasta również jej impulsywność i chęć sięgania po alkohol.
- Faza III** – dekompensacja (załamanie funkcjonowania) – na tym etapie pacjentka traci kontakt z otaczającą rzeczywistością. Odczuwa silny lęk oraz nie potrafi poradzić sobie z własnymi emocjami i uczuciami. W tym momencie osoba taka nie ma żadnych planów na przyszłość, nie ma poczucia odpowiedzialności, jak również uważa, że w swoim życiu nie ma już nic do stracenia. Faza dekompensacji może przyjmować dwie formy. Pierwsza obejmuje agresję, ryzykowne czyny, przemoc, impulsywne zachowania, picie alkoholu oraz przyjmowanie narkotyków. Druga forma cechuje się całkowitym zamknięciem się na otaczającą rzeczywistość oraz zerwaniem wszelkich kontaktów z osobami bliskimi.
- Faza IV** – depresja (bardzo złe funkcjonowanie) – po zakończeniu burzliwego i gwałtownego etapu dekompensacji pacjentka jest odczuwać zmęczenie, orientuje się, jak wiele zniszczyła w swoim życiu. Jest jej źle, czuje bezradność oraz upokorzenie. W głębi duszy pojawia się poczucie winy. Traci apetyt, staje się bardziej wrażliwa. Rozpoczynają się problemy z koncentracją i pamięcią, co prowadzi do tego, iż często potrzebuje wsparcia osób bliskich. Na tym etapie występuje największe prawdopodobieństwo popełnienia próby samobójczej.

Śmierć bliskiej nam osoby powoduje, że nasza psychika staje przed trudnym zadaniem. Kobieta po stracie dziecka musi poradzić sobie z różnorodnymi uczuciami, takimi jak: smutek, żal, poczucie winy, pustki, utraty sensu własnego życia. Zaakceptowanie i zrozumienie śmierci drugiego człowieka wymaga wielu poświęceń i wyrzeczeń. Zdarzenie śmierci dziecka może w kobiecie uruchomić proces dekonstrukcji wyznawanego dotychczas systemu wartości. Po tak traumatycznych

przejściach kobieta jest przekonana, że nigdy już nie zazna szczęścia, że już nic dobrego ją w życiu nie spotka.

W psychologii opisywanych jest wiele modeli radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych. Większość naukowców twierdzi, że najważniejszą rzeczą dla rodziców po stracie jest przeżycie żałoby. M. Makara-Studzińska i G. Iwanowicz-Palus termin żałoby określają jako złożony proces opłakiwania zmarłego i godzenia się z trudną do przyjęcia rzeczywistością, który obejmuje wiele przeżyć psychicznych, doznań fizycznych i zachowań zmieniających się w czasie z określoną dynamiką. Traktowany jest on jako normalna ludzka odpowiedź na stratę bliskiej osoby (obiektu przywiązania)¹².

Każda kobieta potrzebuje innego czasu na zaakceptowanie straty ciąży i przeżycia żałoby. Długość tego okresu zależy od wielu czynników, do których zaliczają się: przyczyny śmierci/straty ciąży, charakter danej osoby, styl życia, zdolność do radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, wcześniejsze doświadczenie straty bliskiej osoby lub ciąży, wsparcie emocjonalne rodziny oraz bliskich, jakość relacji rodzinnych i wiara w Boga. Literatura przedmiotu przedstawia następujące fazy żałoby:

- wstrząs/szok,
- uświadomienie sobie straty,
- chronienie siebie/wycofanie się,
- powracanie do zdrowia,
- odnowa¹³.

Wszystkie powyższe stadia żałoby dają kobiecie możliwość zminimalizowania bólu oraz lęku, który występuje po stracie ciąży, a przechodzenie w kolejne etapy żałoby odbywa się w sposób płynny.

Faza wstrząsu jest pierwszą odpowiedzią kobiety na stratę ciąży. Najwcześniejszą reakcją jest szok, niedowierzanie, bezradność, pobudzenie lub odrętwienie emocjonalne powodujące, że kobieta nie płacze ani nie reaguje na zaistniałą sytuację. W tym okresie kobiecie mogą towarzyszyć objawy ogólnoustrojowe, takie jak: nieprawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, przyśpieszony oddech, zaburzenia żołądkowe, łaknienia czy też zaburzenia snu. Rodzice w tej fazie posiadają poczucie zagubienia i doświadczają wewnętrznego chaosu. Część kobiet stratę wyraża poprzez płacz w obecności osób najbliższych. Inne opisują swój stan tak, jakby znajdowały się za szklaną szybą. Jest to tzw. dystansowanie psychologiczne,

12 M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, Warszawa 2009, s. 154–197.

13 T. Paszkowski, *Patologia wczesnej ciąży*, Lublin 2004.

które powstaje na skutek doświadczenia ogromnego stresu. M. Makara-Studzińska i G. Iwanowicz-Palus piszą, że pacjentki opisują odczucia niedowierzania i odrętwienia w następujący sposób: „Nie mogę w to uwierzyć...”, „To jakby okropny sen, w którym biorę udział...”, „Czuję się, jakbym oglądała z boku koszmarne film, chciałabym go wyłączyć, ale nie mogę...”¹⁴.

Po pewnym czasie szok, niedowierzanie i odrętwienie emocjonalne zaczyna mijać. Kobieta zaczyna odczuwać wewnętrznie silny ból. Uświadamia sobie poniesioną stratę, co powoduje przejście w drugą fazę żałoby. Dla tej fazy żałoby charakterystyczny jest niepokój spowodowany stratą dziecka, nadwrażliwość, przewlekły oraz długotrwały stres, gniew, żal oraz poczucie winy. Etap ten cechuje się największą zmiennością przeżywanych uczuć. Żal oraz gniew, którego doświadcza kobieta w chwili straty dziecka, to uczucia najczęściej kierowane przeciwko personelowi medycznemu. Zachowanie tego rodzaju podyktowane jest przede wszystkim brakiem zaufania, występowaniem podejrzeń, że prawdopodobnie zostały zaniedbane pewne procedury.

Często bywa tak, że ten żal i gniew kobieta kieruje przeciwko dziecku, winiąc je za to, że odeszło, przeciwko Bogu, że jest on niesprawiedliwy, oraz przeciwko samej sobie. Jest to wynik wewnętrznego poczucia winy. Wzięcie odpowiedzialności za stratę ciąży jest naturalnym i klasycznym dążeniem człowieka do zrozumienia otaczającej go rzeczywistości. Zarówno faza wstrząsu, jak i faza uświadomienia sobie straty ciąży powoduje długotrwały stres i ból, agresywność wobec otoczenia, niechęć do widywania osób bliskich, zaburzenia snu i odżywiania, które są skutkiem wyczerpania. Kobieta stopniowo zaczyna wchodzić w kolejny etap żałoby, czyli fazę wycofania.

Fazę chronienia się/wycofania cechują następujące symptomy: rozpacz i smutek, zmęczenie, wycofanie oraz „hibernacja”. Kobieta w tym stadium żałoby potrzebuje odpoczynku, co jest pożądanym symptomem, który wśród osób bliskich często wzbudza niepokój. Fazę tą można pomylić z depresją, gdyż pacjentkę charakteryzuje wycofanie się z otaczającej rzeczywistości. W tym czasie przeżywa ona głęboki smutek. Jest to reakcja jak najbardziej pożądana w prawidłowo przebiegającej żałobie. Poczucie smutku może trwać nawet od 6 do 8 tygodni po stracie ciąży i doświadcza go około 20% kobiet. Rodzice wchodzący w fazę wycofania oczekują poprawy samopoczucia oraz zminimalizowania żalu i bólu po stracie dziecka.

Czwartym etapem żałoby jest faza stopniowego powracania do zdrowia. Charakteryzuje ją odzyskanie kontroli nad rzeczywistością, przebaczenie, zapomnienie oraz poszukiwanie nowych przyczyn straty ciąży. W fazie tej zachodzi również gojenie

14 M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie...*, dz. cyt., s. 154–197.

się ran psychicznych. Po przejściu przez tzw. okres hibernacji rodzice stopniowo zaczynają kierować własnym życiem i starają się odszukać nową tożsamość. Powracaniu do zdrowia towarzyszy poszukiwanie głębszego sensu zaistniałej tragedii oraz przebaczenie samemu sobie i pogodzenie się ze stratą ciąży. Jest to najtrudniejszy element przeżywania żałoby.

Ostatnim etapem żałoby jest faza odnowy. Jest to czas, w którym dochodzi do rozwijania nowej świadomości własnej osoby oraz kształtowania na nowo przyszłości już bez dziecka, jak również bez siebie w roli matki. W okresie tym już bez bólu kobieta mówi o stracie ciąży, rozpoczyna aktywny kontakt z rzeczywistością poprzez zaspakajanie własnych, wewnętrznych potrzeb. Po tak przeżytej tragedii kobieta staje się silniejsza i bogatsza w nowe doświadczenia¹⁵.

Na skutek nieprawidłowo przeżytej żałoby mogą pojawić się psychopatologiczne zachowania interpersonalne oraz zaburzenia psychiczne, do których zalicza się: depresję, zespoły lękowe, zespół stresu pourazowego oraz niektóre z chorób psychiatrycznych, jakimi są schizofrenia, urojenia czy też myśli samobójcze. Nieprawidłowym stanem po stracie ciąży jest również całkowity brak przeżytej żałoby. Nieprzeżyta żałoba powoduje zablokowanie przeżywania smutku, żalu oraz złości po doświadczeniu straty ciąży¹⁶.

Zabieg przerwania ciąży niesie ze sobą liczne bezpośrednie, wtórne oraz późne zaburzenia psychologiczne. Większość tych powstałych zaburzeń negatywnie oddziałuje na sytuację społeczną kobiety. Dotyczy to głównie zmian w życiu osobistym i rodzinnym. Zaburzenia psychologiczne, jakich doświadczyły kobiety po przerwaniu ciąży, przyczyniły się do powstania wielu istotnych problemów, m.in. w pełnieniu roli matki, poprzez naruszenie więzi rodziców z dziećmi już istniejącymi lub tymi, które dopiero narodzą się w przyszłości. U dzieci wychowywanych w rodzinie, w której dokonano zabiegu przerwania ciąży, stwierdzono problemy wychowawcze oraz występowanie zaburzeń psychologicznych, jakie niesie za sobą aborcja¹⁷.

Oprócz zachwiania funkcjonowania systemu rodzinnego konsekwencje zaburzeń psychologicznych po zabiegu przerwania ciąży prowadzą do nieprawidłowych relacji pomiędzy partnerami. Wielu mężczyzn po zabiegu przerwania ciąży całą

15 M. Makara-Studzińska, G. Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie...*, dz. cyt., s. 154–197; H. Stallman, B. McDermott, M. Beckmann, K. Wilson, K. Adam, *Women who miscarry: The effectiveness and clinical utility of the Kessler 10 questionnaire in screening for ongoing psychological distress*, „Obstetrics Gynaecology” nr 50 (1) (2010), s. 70–76.

16 A. Winkler, *Uzależnienia jako konsekwencje aborcji*, [w:] *Aborcja: przyczyny, następstwa, terapia*. Warszawa 2009, s. 219–226; W. Simon, *Konsekwencje aborcji u kobiet*, [w:] *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, red. J. Meder, Kraków 2003, s. 78–96.

17 T. Paszkowski, *Patologia...*, dz. cyt.; W. Simon, *Konsekwencje aborcji...*, dz. cyt., s. 78–96.

odpowiedzialnością za stratę ciąży obarcza kobietę, co wywołuje negatywne emocje u współmałżonków. W efekcie stają się oni wobec siebie nieszczerzy, co przyczynia się do powstania wielu konfliktów, które w sposób bezpośredni i pośredni wpływają na pożycie seksualne. Wpływa to niewątpliwie na postawy rodzicielskie oraz opiekuńcze, jak również prowadzi do dopuszczenia się zdrady, stosowania używek, przemocy wobec kobiety i rozwoju patologii społecznej. Konsekwencją zaburzeń psychologicznych u kobiet są różnego rodzaju uzależnienia, np.: alkoholizm, palenie tytoniu, narkomania, hazard oraz pracoholizm¹⁸.

U kobiet, które straciły dziecko, mogą się pojawić tzw. mechanizmy kompensacyjne. Część kobiet usiłuje uniknąć przeżywania ciężkiej sytuacji okołoporodowej poprzez ponowne oraz szybkie zajście w kolejną ciążę. W tej sytuacji mechanizm kompensacyjny stanowi część reakcji unikowej. Oznacza to, że pacjentka chce powtórzyć to wydarzenie, ale z zupełnie innym, pozytywnym zakończeniem. Ma nadzieję, że w ten sposób uniknie negatywnych emocji oraz poczucia żalu. Spec- khard i Mufel piszą, iż mechanizm kompensacyjny pomógł niektórym pacjentkom poradzić sobie ze stresem oraz poczuciem winy. Niestety, w niektórych przypadkach może się on zakończyć następnym kryzysem pełnym dwuznaczności oraz ponownym zabiegiem przerwania ciąży¹⁹.

18 A. Winkler, *Uzależnienia jako konsekwencje...*, dz. cyt., s. 219–226.

19 M. Szymańska, B. Chazan, *Postawy pacjentek po niektórych niepowodzeniach prokreacyjnych*, „Kliniczna Ginekologia i Perinatologia” nr 40, 1 (2004), s. 10–14.