

Agnieszka Chojnacka

Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław

CONSILIA Centrum Psychoterapii i Szkoleń we Wrocławiu

Poradnictwo w żałobie (*grief counseling*) dla kobiet doświadczających straty prokreacyjnej

Artykuł zwraca uwagę na ważne aspekty życia społecznego, jakimi są strata prokreacyjna i stan psychiczny kobiet doświadczających poronienia. Można wykazać, że poronienie może być rozumiane, nie tylko jako przedwczesne zakończenie ciąży, ale jako utrata dziecka nienarodzonego, w związku z czym naturalnym procesem po jego stracie jest żałoba. W artykule omówiony został model adaptacji do straty prokreacyjnej Izabeli Barton-Smoczyńskiej. Na podstawie założeń poradnictwa w żałobie (*grief counseling*) J. Williama Wordena uwypuklona została rola doradców, którzy wspierają kobiety po stracie prokreacyjnej. W artykule pokazane zostało, że głównymi zadaniami realizowanymi przez doradców w tego rodzaju poradnictwie jest pomoc w wyrażaniu emocji związanych ze stratą oraz towarzyszenie kobiecie i jej rodzinie w procesie akceptacji poronienia.

Słowa kluczowe: poradnictwo w żałobie, poronienie, strata prokreacyjna, wsparcie, żałoba

Strata prokreacyjna (poronienie) jest czymś wysoce skomplikowanym i niejednoznacznym. Z medycznego punktu widzenia rozumiana jest jako zakończenie ciąży przed 22. tygodniem jej trwania, przy jednoczesnej masie płodu poniżej 500g. Wyniki badań wskazują, że dotyczy to ponad 30% ciąży, a liczba ta sygnalizuje, że wiele kobiet doświadczyło w swoim życiu tej szczególnej sytuacji (Malewski, 2008). Z kolei badania psychologów dowodzą, że doświadczenie poronienia ma bardzo indywidualny charakter. Na to, w jaki sposób kobieta i jej bliscy będą przeżywać swoją stratę wpływa wiele czynników a przede wszystkim: osobowość kobiety, jej sytuacja życiowa, nastawienie do ciąży oraz zasoby osobiste i społeczne do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (Barton-Smoczyńska, 2015; Guzewicz, 2014; Prażmowska et al., 2009; Sikora, 2014). Poruszany przeze mnie temat jest zatem istotny zarówno ze względu na złożoność i zakres zjawiska, zwłaszcza, że stosunkowo duży procent kobiet ma kłopoty z donoszeniem ciąży. Jest on ważny również dlatego, że poronienie może być dla kobiety doświadczeniem krytycznym, traumatycznym, stresującym.

Wzrost liczby poronień przypisuje się przemianom cywilizacyjnym związanym z rozwojem nauki, przemysłu i technologii. Podkreśla się dwoistość efektów tych przemian. To postęp cywilizacyjny z jednej strony, wywołuje chaos i niekorzystne zmiany ekologiczne w środowisku życia i są one podawane, jako przyczyny wielu chorób oraz patologicznych zaburzeń kondycji zdrowotnej ludzi. Z drugiej, rozwój zastosowanych w medycynie wynalazków, pozwala stosunkowo wcześniej zdiagnozować nie tylko ciążę i płęć mającego urodzić się dziecka, ale i stan jego zdrowia, a nawet umożliwia przeprowadzenie odpowiednich zabiegów medycznych ratujące życie, jeszcze przed porodem. Pozytywnym aspektem – jeżeli wszystko układa się pomyślnie – jest też możliwość uzyskania wczesnej diagnozy i „otrzymanie” odpowiedniego czasu potrzebnego do przygotowania się na powitanie nowego członka rodziny. Rozwój ultrasonografii i innych technik diagnostycznych potwierdzających ciążę na bardzo wczesnym etapie powoduje, że kobiety bardzo szybko mogą zidentyfikować się ze swoimi dziećmi.

Natomiast przemianom kulturowym, kształtującym styl życia, zawdzięcza się głębszą analizę istoty i roli poronienia w wymiarze osobistym i społecznym. W związku z tym m. in. zwraca się uwagę, że na przestrzeni ostatnich dekad podwyższył się wiek kobiet, w którym rodzą pierwsze dziecko¹, co niesie określone konsekwencje. Późniejszy wiek urodzenia pierwszego dziecka łączy się zarówno z tym, że kobiety planują – jako bardzo ważny – swój rozwój zawodowy, jak i z tym, że dłużej poszukują właściwego partnera życiowego i pragną mieć stabilną sytuację finansową. Najczęściej, kiedy udaje im się osiągnąć te cele, przychodzi czas na powiększenie rodziny. Biologicznym następstwem decyzji o późnym macierzyństwie jest jednak zwiększone prawdopodobieństwo niepowodzeń ciążowych (w tym poronień) i skrócony czas na diagnostykę prokreacyjną². Dlatego też współczesne pary starające się o dziecko doświadczają wcześniej nieznanych obaw i przeżywają dużą presję czasu.

W tym artykule chciałabym wskazać, że poronienie może być rozumiane, nie tylko jako przedwczesne zakończenie ciąży, ale jako utrata dziecka nienarodzonego, w związku z czym naturalnym procesem po jego stracie jest żałoba. Omawiam więc model adaptacji do straty prokreacyjnej Izabeli Barton-Smoczyńskiej i zwracam uwagę, że doświadczanie poronienia, może prowadzić do procesu żałoby, tak, jak rozumie to J. William Worden. Odwołując się do jego założeń poradnictwa w żałobie (*grief counseling*), próbuję pokazać rolę doradców, którzy wspierają kobiety po stracie prokreacyjnej.

Zauważyłam, że na polskim gruncie poradnictwo w żałobie jest zagadnieniem stosunkowo nowym. Przez wiele lat radzenie sobie z żałobą interesowało tylko tych psychologów i psychoterapeutów, którzy wspierali pacjentów z „patologicznym

¹ Na przestrzeni 30 lat nastąpiło przesunięcie wieku najwyższej płodności kobiet. W 1990 roku najwyższą płodność odnotowano w grupie kobiet w wieku 20–24 lata, natomiast w roku 2018 w grupie kobiet w wieku 30–34 lata (Cierniak-Piotrowska et al., 2019, s. 21; Podogrodzka, 2013, s. 170).

² Perspektywa ta odnosi się do biologicznych możliwości rozrodczych człowieka.

przebiegiem reakcji żałoby³. Dopiero w ostatnich latach pojawiają się publikacje popularnonaukowe, które zaznajamiają czytelników z tym tematem z nieco innej strony. Mam tu na myśli książki: *Doświadczanie żałoby* napisanej przez Helenę Alexander (2013) czy *Cierpisz? Masz do tego prawo: doświadczenie żałoby w kulturze, która jej nie rozumie* Megan Devine (2021). Książki te opisują, w jaki sposób może reagować człowiek na stratę bliskiej osoby i jak może radzić sobie z tym doświadczeniem.

Na potwierdzenie dostrzegania społecznej ważności obserwowanego zjawiska przytoczę fragment wyników kontroli prowadzonej w latach 2017–2020, która dotyczyła opieki medycznej nad pacjentkami w przypadkach poronień i urodzeń martwych:

„(...) w większości szpitali nie zachowywano należytej staranności, by zapewnić wszystkim pacjentkom, które miały takie życzenie pomoc psychologa oraz nie dokumentowano rzetelnie, czy w przypadku każdej pacjentki doświadczającej niepowodzenia położniczego⁴ przestrzegany był standard dotyczący umożliwienia kobiecie skorzystania możliwie szybko z pomocy psychologicznej” (Najwyższa Izba Kontroli [NIK], 2020 s. 38).

Doświadczenie straty prokreacyjnej

Poronienie jest doświadczeniem, które rodzice często przeżywają w samotności, ponieważ na ogół nawet bliscy nie rozumieją ich problemów. Cierpienie, jakiego doznają niejednokrotnie bywa bagatelizowane, wywołuje zakłopotanie lub „zmoję milczenia”. Powołać mogę się tu na swoje badania, które polegały na analizie wpisów internetowych zamieszczonych na portalach dedykowanych rodzicom po stracie. Z jednej strony zawierały one bardzo osobiste i emocjonalnie zaangażowane treści, oddające pełnię cierpienia i opisujące stratę. Z drugiej opis, w jaki sposób kobiety zapamiętały to, co spotkało je ze strony osób, które powinny świadczyć profesjonalne wsparcie i nieść pocieszenie. Analiza opisów pokazała, że kobiety te nie dostały profesjonalnego wsparcia w tym trudnym dla nich doświadczeniu. Jedna z autorek mówi, że usłyszała następujące słowa: „*nic z tego nie będzie, tętna brak, trzeba wywoływać...*”. *I tyle, nic więcej. Żadnych słów pocieszenia, wsparcia, niczego. Nie próbował wytłumaczyć mi, dlaczego tak się stało. Było i nie ma, tak po prostu. To okropne wspomnienie, które nadal wzbudza we mnie smutek i niezrozumienie. Nie*

³ Patologiczny przebieg reakcji żałoby powstaje na skutek trudności w przeżywaniu uczuć, które wpisane są w radzenie sobie ze stratą. Uczucia te mogą zostać stłumione, zahamowane lub nadmiernie okazywane, co w konsekwencji może prowadzić do różnych trudności w funkcjonowaniu osoby osieroconej (Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 270).

⁴ Niepowodzenie położnicze rozumiane jest jako sytuacja, w której pacjentka po zakończeniu ciąży nie zabierze do domu zdrowego dziecka z powodu: poronienia, urodzenia dziecka martwego, niedożalnego do życia lub obciążonego letalnymi schorzeniami.

życzę czegoś takiego nikomu. Inna autorka wpisu opowiada o reakcji położnej na oddziale: „Dlaczego Pani tak krzyczy? Jest środek nocy. Przecież nic się nie dzieje” – usłyszałam tylko. Do dziś brakuje mi słów, by opisać, co wtedy czułam. Kolejna kobieta pobyt w szpitalu wspomina tak: *no i ten koszmar w szpitalu, gdzie brak zrozumienia. Lekarz wulgarny, personel bardzo niemili i ta straszna pustka po łyżeczkowaniu i znowu załamka, nie mogłam się pobierać. Jeszcze na sali leżałam z dziewczyną wysoko w ciąży. Co 2 godziny mierzone tętno, a ja czułam pustkę, bo mojego maleństwa nie było. Coś strasznego.* Wpisy te pokazują, jak wielkiego cierpienia doświadczyły kobiety i jak nie zostało ono zrozumiane przez personel medyczny (Chojnacka, 2020). Zauważyć można, że już sam fakt istnienia takich portali pokazuje, jak wielka jest potrzeba podzielenia się swoim doświadczeniem nawet z kimś obcym (potencjalnym czytelnikiem). Internet daje kobietom szansę na rozmowę, której być może nie mogłyby prowadzić w świecie realnym, wśród swoich bliskich i rodziny. To zjawisko jest wynikiem braku zrozumienia dla cierpienia, jakiego doświadczyły kobiety po stracie oraz związane jest z tabuizacją tego doświadczenia (Chojnacka, 2020).

Znany badacz sensu choroby, śmierci J. William Worden (2009) uważa, że osoba po stracie musi zmierzyć się z określonymi „zadaniami żałoby” i wykonać „pracę z żałobą”. Podejście to zakłada, że jednostka osierocona, może w sposób aktywny brać udział w procesie żałoby, a działania podjęte przez nią oraz wsparcie innych może być lekarstwem na bezsilność, jaka pojawia się na skutek śmierci osoby bliskiej. Pierwsze „zadanie żałoby” to akceptacja rzeczywistości po stracie lub w związku ze stratą. To, co urzeczywistnia doznaną stratę to udział w rytuale pożegnania (np. pogrzebie), jednak istotą tego zadania jest uznanie, że relacja ze zmarłym była ważna, a jego śmierć wpływa na dalsze życie osoby osieroconej. Drugie zadanie związane jest z doświadczeniem bólu straty, czyli doświadczeniem różnorodnych przykrych przeżyć emocjonalnych jak: smutek, żal, złość, samotność, rozpacz, poczucie winy, gniew. Tym, co może utrudniać pełne przeżycie tego doświadczenia to zaprzeczanie uczuciom i unikanie ich. Trzecie zadanie to przystosowanie się do życia bez osoby zmarłej, które dokonuje się poprzez uświadomienie sobie, jakie role w życiu ona pełniła. Jest to czas adaptacji do nowych ról, które wiążą się ze śmiercią osoby bliskiej. Czwarte zadanie zmierza do znalezienia dla osoby zmarłej miejsca we wspomnieniach (a nie w realnym życiu) oraz nauczenia się od nowa, jak kochać świat. Poprzez świadomość, że zmarły był obecny i stanowił dotychczas ważną, lecz minioną część życia osoby osieroconej, może ona zacząć angażować się w rzeczy, które sprawiają przyjemność, wchodzić w nowe związki (Worden, 2009).

Podobne „zadania” uwzględnione zostały w modelu adaptacji do sytuacji straty prokreacyjnej autorstwa Barton-Smoczyńskiej.

Etapy adaptacji do straty prokreacyjnej	Poradnictwo
Odreagowanie pierwszych emocji związanych ze stratą	Wербализacja i dialog społeczny
Przepracowanie emocji związanych z traumą	
Nadanie znaczenia doświadczeniu straty i jego akceptacja	
Integracja zdarzenia z aktualnym życiem	

Rys. 1. Model adaptacji do straty prokreacyjnej

Źródło: Barton-Smoczyńska, 2015, s. 92–100.

Autorka zastrzega się, że przedstawiony przez nią schemat jest pewnego rodzaju uproszczeniem i uogólnieniem procesu adaptacji do straty prokreacyjnej oraz jest tylko „modelowym opisem rzeczywistości” (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 92–100). Jak widać wyróżnia w nim, podobnie jak Worden, cztery etapy oraz podkreśla, że przez cały proces radzenia sobie ze stratą, istnieje silna potrzeba werbalizacji przeżywanego stanu i podtrzymywania dialogu społecznego. Przy tym uważa, że w każdym z etapów, kobieta ma różne potrzeby, które muszą zostać zaspokojone, aby mogła powrócić do dobrej kondycji bio-psycho-społecznej.

I tak w fazie odreagowywania pierwszych emocji związanych ze stratą, kobiety mogą być labilne emocjonalnie. Mogą to okazywać przez zupełnie odmienne zachowania, od skrajnego załamania, przez apatię, do nagłej potrzeby kontaktu z otoczeniem. Odrętwienie, zaprzeczanie, poczucie wyobcowania i izolacja od otoczenia – wg Elżbiety Zdankiewicz-Śmigały i Moniki Przybylskiej (2002) – są objawami świadczącymi o doznaniu urazu psychicznego, prowadzącego do utraty kontroli nad swoim życiem. Stąd, doświadczające go kobiety, mogą na przykład nie wierzyć personelowi medycznemu i zaprzeczać informacji o poronieniu. Gdy zaś dociera do nich ostateczność i nieodwracalność diagnozy, mogą odczuwać intensywną gorzkość, smutek i żal (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 37).

Na etapie przepracowywania emocji związanych z traumą, żal jest przeważającym uczuciem, może on być wzmocniony fizycznym doświadczeniem straty czegoś ważnego oraz pojawieniem się poczucia dewastacji siebie i/lub świata. „Praca z żalem” jest ciągłą i długotrwałą aktywnością, która ma doprowadzić do odzyskania równowagi psychicznej i zaakceptowania sytuacji. Podczas tej aktywności kobiety mogą przeżywać cały wachlarz różnorodnych uczuć: smutku, złości, gniewu, bezsilności, rozgoryczenia, poczucia winy lub wstydu (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 94; Dodziuk, 2001; Guzewicz, 2014; Zisook & Shear, 2009). Najczęściej na tym etapie

kobiety poszukują także odpowiedzi na pytanie: „dlaczego je to spotkało?”. Poszukiwaniom tym towarzyszy, konfrontowanie się ze zmiennymi uczuciami i emocjami. Konfrontacja ta jest istotnym i najtrudniejszym doświadczeniem, które pozwala na poradzenie sobie z przeżyciem straty (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 94; Frost et al., 2007). Powszechna zgoda na przeżywanie bólu i smutku powoduje, że kobiety mogą powoli uwalniać się od myślenia o doświadczonej utracie (Majewska, 2016; za: Lindemann, 1944).

Trzeci etap radzenia sobie z doświadczeniem straty prokreacyjnej jest próbą zrozumienia i zaakceptowania faktu utraty dziecka. Jest to okres powracania do zdrowia, w którym kobiety odzyskują kontrolę nad swoim życiem i są w stanie zrezygnować z dawnych ról (w tym roli matki nienarodzonego dziecka). Budowanie odrodzonej tożsamości bazuje zatem na akceptacji śmierci dziecka i akceptacji śmierci, jako naturalnego cyklu życia. Na tym etapie część kobiet, gdy już poradzą sobie z emocjonalnością doznanej straty, zaczyna poszukiwać sensu tego doświadczenia (Frost et al., 2007, s. 1015–1016). Te poszukiwania dają kobietom szansę na osobisty rozwój, spojrzenie na śmierć, jako naturalny etap egzystencji człowieka, na zmianę uznawanych wartości życiowych, zmianę celów i priorytetów ważnych w życiu (Barton-Smoczyńska, 2015; Frost et al, 2007; Herman, 2020). Zrozumienie i zaakceptowanie śmierci, prowadzące do stworzenia nowej tożsamości, ponownego wykreowania swojego Ja, jest możliwe wówczas, gdy kobieta w pracy biograficznej doświadczy swoistego przebaczenia sobie i poczuje je ze strony innych oraz określi znaczenie doświadczonej straty (Sanders, 2001).

Etap integracji zdarzenia następuje wtedy, gdy kobiety traktują poronienie jako nieodłączną część swojej osobistej historii życia (Barton-Smoczyńska, 2015, 2016; Jarosiewicz, 2010, s. 51; Kleszcz-Szczyrba, 2016b, 2016a; Majewska, 2016). Rozwój osobisty, większa świadomość ważnych dla siebie wartości, zwrócenie się w kierunku zdrowia, to efekty pracy związanej z restrukturyzacją życia, która uruchamia się po trudnych doświadczeniach. Na tym etapie kobiety świadomie mogą podjąć decyzję dotyczącą pracy z psychologiem lub terapeutą, by uzyskać pomoc w odkrywaniu swoich możliwości i zaspokojeniu potrzeby „poukładania” swojego życia po doznanej stracie. Wiele kobiet radzi sobie z procesem żałoby w sposób naturalny i skuteczny⁵, ale pewien odsetek potrzebuje wsparcia profesjonalisty.

Jak widać, obydwie modele przeżywania żałoby zakładają, że po śmierci osoby ważnej jest potrzeba głębokiego przeżycia procesu, w którym osoba osierocona wykonuje pracę biograficzną. Worden nazywa to „pracą z żałobą”, Barton-Smoczyńska „adaptacją” lecz – bez względu na nazwę – istotą tego procesu jest to, że ma doprowadzić do pogodzenia się z sytuacją utraty kogoś ważnego w życiu. Godzenie to trwa w czasie, wymaga wysiłku i bolesnego zmagania się z emocjami, po to, aby mogło w pełni zakończyć żałobę (Barton-Smoczyńska, 2015; Worden, 2009).

⁵ Prawidłowo przebiegający proces żałoby nie wymaga terapii (Parosło, 2020, s. 55–56; Zisook & Shear, 2009).

Poradnictwo w żałobie

Poradnictwo jest rozwiązywaniem problemów życiowych ludzi. Mówiąc o problemach, mamy na uwadze pewne złożone zadania o charakterze adaptacyjnym lub decyzyjnym lub/i stany emocjonalne niekiedy frustracyjne, z którymi jednostka musi się uporać w życiu, a których samodzielne optymalne rozwiązanie przez podejmowane działania, kontemplację, autorefleksję czy korzystanie z biograficznych doświadczeń przekracza w danej sytuacji jej możliwości.

Przedstawiona powyżej definicja Alicji Kargulowej wprowadza w świat poradnictwa (2016, s. 145). Ze względu na rodzaj przeżywanych problemów mówi się o poradnictwie rodzinnym, zawodowym, edukacyjnym, egzystencjalnym, organizacyjnym (por. Czerkawska, 2012; Drabik-Podgórna, 2010; Minta, 2014; Kargulowa, 2007; Siarkiewicz, 2010; Wojtasik, 2011). Jednym z mało reprezentowanych w polskiej literaturze jest poradnictwo w żałobie.

Według klasyka tego zagadnienia, Williama Wordena ogólnym celem poradnictwa w żałobie (*grief counseling*) jest pomoc ludziom przeżywającym stratę w dostosowaniu się do rzeczywistości bez obecności osoby zmarłej. Istotą tych poradniczych działań jest wspieranie ludzi w przeżywaniu żalu tak, aby mogli podjąć się zadań związanych z żałobą. Innymi czynnościami, jakie mogą być podjęte w tym obszarze – a wykraczającymi poza poradniczą pomoc – jest leczenie traumy, nauka wyrażania emocji, pomoc w poradzeniu sobie z poczuciem winy, zbudowanie sieci wsparcia, trening godzenia się z nową rzeczywistością (Worden, 2009). Worden nie zajmuje się nimi, a ukazując rolę poradnictwa w żałobie, koncentruje się na zadaniach doradców dla osób doświadczających żałoby niepowikłanej. Zwraca uwagę na doniosłą rolę rozmowy z Drugim, który pomaga zrozumieć proces żałoby i dba o potrzebę mówienia o stracie po śmierci bliskiej osoby. Uważa, że doradcami w tych okolicznościach mogą stawać się zatem różni specjaliści, z którymi ma kontakt osoba doświadczająca straty (por. Siarkiewicz, 2010). Colin Parkes (1980) wyróżnia tu trzy grupy. Do pierwszej zaliczają się specjaliści (lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy socjalni), którzy oferują profesjonalne wsparcie osobom pogrążonym w żałobie. Pomoc ta może być świadczona indywidualnie lub grupowo. Druga grupa to wolontariusze, którzy są wybierani i szkoleni oraz otrzymują wsparcie ze strony profesjonalistów. Trzeci rodzaj doradców to grupy samopomocowe, w których osoby przeżywające żałobę oferują wsparcie innym osobom. Grupy takie mogą działać z udziałem lub bez udziału wsparcia profesjonalisty.

Mając na uwadze podstawowe założenia poradnictwa w żałobie Wordena, który – mówiąc najkrócej – uważa, że doradcy mają doprowadzić do akceptacji śmierci osoby bliskiej i wspomóc osieroconego w przeżyciu żałoby, można odwołać się do zaproponowanych przez Dorotę Kubacką-Jasiecką (2010) zadań doradcy. Zdaniem tej autorki doradca powinien ocenić poziom kryzysu, dobrać odpowiednie strategie konfrontacji ze stratą, opisać słownie pojawiające się emocje, towarzyszyć

i akceptować sposoby przeżywania poszczególnych etapów pracy z żałobą. Towarzyszenie i akceptacja form postępowania osób przeżywających żałobę oraz branie pod uwagę stadium przeżywanej straty, jest zatem istotą poradnictwa w żałobie. Poradnicza pomoc powinna polegać więc na wspieraniu osoby opuszczonej tak, aby mogła uwolnić się od relacji z osobą zmarłą zagrażającej jej stabilizacji i nauczyć się odnajdywać nowe, nagradzające interakcje. Interwencja doradcy w żałobie może dotyczyć akceptacji bólu, samotności i poczucia opuszczenia; przepracowywania relacji ze zmarłym; pomocy w opanowaniu lęku przed utratą zdrowia i własną śmiercią. Poprzez poradniczą psychoedukację w zakresie wyrażania przeżywanych emocji osoba osierocona ma możliwość rozładowania różnych emocji, które powstają na skutek utraty kogoś bliskiego. Możliwe jest to dzięki uwalnianiu się od bólu, poczucia winy, lęku, wrogości, niechęci zarówno do osoby zmarłej, jak i otoczenia, w modelowaniu radzenia sobie ze stratą.

Poradnictwo w żałobie po stracie prokreacyjnej

Przytoczone wyżej uwagi, dotyczące poradnictwa dla osób pogrążonych w żałobie, w dużej mierze odnoszą się do poradnictwa dla kobiet doświadczających straty prokreacyjnej. Poradnictwo tego rodzaju można rozumieć jako pomoc jednostce w: przeżywaniu żałoby po oczekiwanym utraconym dziecku (Barton-Smoczyńska, 2015; Kleszcz-Szczyrba, 2016b; Majewska, 2016, s. 156), poprzez ułatwienie jej wyrażania emocji połączonych ze stratą jego, oraz związanych z nim nadziei i planów, a niejednokrotnie nawet z utratą marzeń o rodzicielstwie (Frost et al., 2007; Guzewicz, 2014; Kornas-Biela, 2003; Parosło, 2020, s. 92); jak również pomoc w zaakceptowaniu straty; przystosowaniu się do życia po stracie oraz radzeniu sobie ze zmianami, jakie zaszły w kobiecie i w świecie po utraceniu nadziei na urodzenie zdrowego dziecka z tej ciąży, która nie została donoszona (Harris & Winokuer, 2021, s. 139–154). Poradnictwo w żałobie po stracie prokreacyjnej można rozumieć również w kontekście szerszym, czyli jako działania podejmowane względem otoczenia i środowiska osób, w którym tkwi kobieta, która doświadczyła poronienia. Rolą specjalistów z zakresu poradnictwa w żałobie jest w pierwszej kolejności wspieranie emocjonalne oraz podejmowanie takich działań psychoedukacyjnych, które mają poszerzać świadomość cierpienia, które towarzyszy stracie i umożliwiać dzielenie się emocjami, w celu modelowania radzenia sobie w zaistniałej sytuacji (Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 282). Działania te przyjmują postać wsparcia indywidualnych i społecznych działań, związanych z wyrażaniem przeżywanych emocji.

W poradniczej pomocy strata prokreacyjna traktowana jest nie tylko jako zakończenie ciąży, ale również jako utrata dziecka. Brane jest tu pod uwagę, że tej utracie towarzyszą również inne straty – np. marzeń o macierzyństwie i rodzicielstwie, zdrowia, poczucia bezpieczeństwa, poczucia kontroli nad swoim życiem. Warto podkreślić jest jednak to, że po doznanej stracie prokreacyjnej, kobieta ma

prawo przeżywać żałobę. Jak już pisałam, uznanie tego prawa związane jest z umożliwieniem jej konfrontowania się ze stratą, akceptację straty, wyrażanie emocji z nią związanych oraz odbudowanie nowego życia bez osoby zmarłej.

Uważam, że strata prokreacyjna przede wszystkim wywołuje potrzebę opowiedzenia o niej oraz wymaga akceptacji tej straty zarówno przez osobę osieroconą, jak i jej bliskich. Barton-Smoczyńska (2015) nazywa to potrzebą mówienia o swoim cierpieniu – czyli „weralizacją i dialogiem społecznym”. Zadbanie o zaspokojenie tej potrzeby może odbywać się poprzez uprawianie poradnictwa w żałobie. Podstawowym zadaniem doradcy jest wówczas obecność w procesie pracy z żałobą, wymagająca umiejętności słuchania i prowadzenia dialogu. Do szczegółowych zadań natomiast należą: diagnoza poziomu kryzysu oraz uwrażliwienie bliskich na sygnały „nietypowego” procesu żałoby, komunikowanie o stracie, działania terapeutyczne i edukacyjne związane z akceptacją straty, wsparcie indywidualnych i społecznych działań, związanych z wyrażaniem przeżywanych emocji.

Pierwsza pomoc udzielana kobietom doświadczającym straty prokreacyjnej powinna mieć charakter interwencji kryzysowej, który jest krótkotrwały, przejściowy i polega głównie na towarzyszeniu kobiecie oraz jej bliskim w tym wyjątkowym czasie (Kubacka-Jasiecka, 2005, s. 256–259; James & Gilliland, 2005). Interwencja ta wiąże się także z przekazaniem kobiecie informacji o nieprawidłowym przebiegu ciąży i jej przedwczesnym zakończeniu. Przy rozmowie na ten temat, jeśli tylko jest taka możliwość, powinni przebywać obydwój rodzice. Rozmowa ta może budzić bardzo silne negatywne emocje, jednak jest niezbędnym krokiem w konfrontacji ze stratą. Idealnym rozwiązaniem w komunikowaniu o stracie byłaby więc obecność specjalisty z zakresu poradnictwa w żałobie, który mógłby zapewniać poczucie bezpieczeństwa i w profesjonalny sposób kierować komunikat o stracie. Rodzicom nienarodzonego dziecka powinna zostać zapewniona komfortowa i oddzielona (od kobiet ciężarnych czy matek z dziećmi) przestrzeń, aby mieli możliwość wyrażenia bez skrępowania swoich uczuć: smutku, złości, rozżalenia, wściekłości (Napiórkowska-Orkisz & Olszewska, 2017). Przekazujący informację powinien pamiętać, że informowanie o stracie musi być procesem, a nie „chwilą”, a sposób przekazu szczegółowych informacji powinien być dostosowany do potrzeb i możliwości intelektualnych rodziców. Nie można zostawiać pary z pytaniami bez odpowiedzi i należy udzielać informacji (jeśli jest to możliwe) o przyczynach samego zjawiska. Najważniejsze jest jednak, aby personel medyczny wykazywał zrozumienie i akceptację uczuć, które pojawiają się po doznanej stracie.

Późniejsza diagnoza poziomu kryzysu wywołanego utratą dziecka dokonywana jest przez doradcę poprzez obserwację i ocenę prawidłowości przebiegu żałoby oraz czuwanie nad tym, by nie nastąpiło zatrzymanie tego procesu, na którymś etapie. Istotną cechą pracy z żałobą jest bowiem – jak pisałam – wypełnianie określonych „zadań żałoby”, a nie czas, wyznaczony na ich realizację (Keirse, 2004; Kleszcz-Szczyrba, 2016a; Parosło, 2020, s. 55–56). Osoby wspierające kobiety, zarówno te świadczące pomoc formalną (specjaliści) jak i nieformalną (bliscy)

powinni z uważnością obserwować, czy nie doświadcza ona przedłużających się stanów smutku, żalu, poczucia winy, braku chęci do konfrontacji z tymi uczuciami. Takie stany charakteryzują bowiem „nietypowy” przebieg żałoby, który prowadzi do powstaniu błędnego koła, w którego centrum znajduje się tęsknota za zmarłym dzieckiem (wyobrażeniem o dziecku) i silne pragnienie odzyskania go. Zatrzymanie procesu żałoby nie pozwala na odrodzenie się nowego Ja, odbudowanie tożsamości kobiety po stracie, snucie planów na przyszłość (Barton-Smoczyńska, 2015; Dreżewska & Sitarska, 2016, s. 124–125; Zisook & Shear, 2009, s. 69).

Główne działania, jakie podejmuje specjalista z zakresu poradnictwa w żałobie, prowadzące do akceptacji straty, mają więc charakter terapeutyczny i edukacyjny. Działania te realizowane są poprzez poszukiwanie znaczenia straty wraz z osobą, która jej doznała (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 196, 200; za: Schein 2012). Relacja terapeutyczna powinna bazować na zaufaniu. Doradca powinien starać się zrozumieć wspomaganą kobietę, zachowując dystans do jej problemów. Ważne też jest, aby nie wyręczał kobiety w jej doświadczeniach związanych z rozwiązaniem wewnętrznych konfliktów, dawał przyzwolenie i możliwość samodzielnego odbudowania poczucia kontroli (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 196; Herman, 2020; Wojtasik, 2009). Empatyczny specjalista z zakresu poradnictwa w żałobie, powinien dyskretnie umożliwiać pełne przeżycie wcześniej wymienionych towarzyszących jej doznań przez akceptowanie doświadczania bólu, samotności, poczucia opuszczenia. Tym samym może pomóc w przepracowaniu żałoby oraz opanowaniu lęku przed utratą zdrowia i własnej śmierci (Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 282).

W najbliższym środowisku życia kobiety działania pomocowe dotyczą wsparcia całej rodziny, która doświadczyła straty. Do działań specjalistów należy więc edukacja bliskich, poprzez propagowanie wiedzy dotyczącej poronienia (Keirse, 2004, 2005) oraz pokazywanie sposobów udzielania wsparcia. Najbliżsi mogą bowiem świadczyć pomoc nieformalną, codziennie towarzyszyć kobietom w przeżywaniu trudnych emocji, motywować je do działań związanych z podjęciem pracy nad sobą (Di Fabio, 2014). Tym samym specjaliści z zakresu poradnictwa przeciwdziałają powstaniu „zmowy milczenia” (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 110–111; Frost et al., 2007; Layne, 1997) i społecznemu zaprzeczaniu traumy (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 110–111; Keirse, 2005; Kleszcz-Szczyrba, 2016b, s. 152–153; Parosło, 2020, s. 48, 58, 70). „Zmowa milczenia” jest zachowaniem, które polega na społecznym zaprzeczaniu pojawienia się poronienia i wywołanej tym traumy. Wskazuje na nieumiejętność zachowania się w obliczu czyjejś straty świadcząca o tym, że ludzie nie wiedzą, co mają powiedzieć i jak reagować na taką sytuację. Zaprzeczanie traumy jest mechanizmem społecznym, poprzez który umniejsza się znaczenie poronienia, a tym samym odmawia prawa do przeżywania żałoby (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 110–111; Keirse, 2005; Kleszcz-Szczyrba, 2016b, s. 152–153; Parosło, 2020, s. 48, 58, 70). Jego stosowanie wynika z faktu, że współczesne społeczeństwo ma tendencję do tabuizacji śmierci (Guzowski et al., 2016; Kleszcz-Szczyrba, 2016b). Poronienie, gdy traktowane jest jako przedwczesna śmierć dziecka, jest postrzegane jako „mała”

śmierć (Frost et al., 2007, s. 9–10; Kleszcz-Szczyrba, 2016b, s. 152–153). Brak społecznego uznania wagi poronienia (Barton-Smoczyńska, 2015; Kleszcz-Szczyrba, 2016b, s. 152–153; Parosło, 2020) oraz specyficzny charakter tego doświadczenia (utrata wyobrażenia o dziecku, niemożliwość spotkania się z dzieckiem) może wzmacniać „nietypowy i patologiczny” sposób przechodzenia przez proces żałoby. Zapobiegać temu może, w jakimś stopniu, rytuał pożegnania, który urealnia doświadczenie straty (Kwaśniewska et al., 2015, s. 92–95; Zisook & Shear, 2009) i pozwala na konfrontację z emocjami (Barton-Smoczyńska, 2015; Guzewicz, 2014, s. 20; Keirse, 2004; Kleszcz-Szczyrba, 2016b, s. 151; Kornas-Biela, 2020, s. 343).

Podstawową metodą pracy doradcy w żałobie jest rozmowa. Według wielu badaczy (Barton-Smoczyńska, 2015; Frost et al., 2007; Kornas-Biela, 2020; Worden, 2009) kobiety doświadczające starty prokreacyjnej mają silną potrzebę opowiadania swojej historii. Barton-Smoczyńska (2015) uważa, że tą potrzebę mają one przez cały czas pracy z tym doświadczeniem. Możliwość opowiedzenia o swoich odczuciach daje przestrzeń do dalszej pracy nad stratą. Poprzez opowiadanie o swoich doświadczeniach kobiety oswajają się ze stratą, dają upust emocjom. Sygnalizują też otoczeniu, że to, co się wydarzyło, jest dla nich trudne, bolesne i wymagające wsparcia w powrocie do pełnego funkcjonowania zawodowego, rodzinnego, społecznego (Chojnacka, 2020).

Na różnych etapach przeżywania żałoby i radzenia sobie z poronieniem werbalizacja doświadczeń przebiega w odmienny sposób. W pierwszej fazie mogą jej towarzyszyć wybuchy złości, gniewu, w drugiej nieoczekiwany i nagły płacz oraz potrzeba mówienia o wszystkim czego się doświadczyło, w trzecim etapie, to rozmowy o sensie tego doświadczenia, o jego przyczynach i skutkach, a w ostatnim to po prostu opowiedzenie swojej historii. Te werbalizacje i towarzyszące im przeżycia są istotne w pracy biograficznej kobiet, podczas której ważna jest również interakcja ze znaczącymi innymi, a same procesy biograficzne polegają na odtwarzaniu przeszłości, powtarzaniu opowieści, interpretowaniu i redefiniowaniu tego, co się wydarzyło (Schutze & Riemann, 2012, s. 395).

W polskim społeczeństwie istnieje wiele barier, które utrudniają kobietom swobodne prowadzenie rozmowy. O części z nich już wspomniałam. Pierwsza to tabuizacja śmierci w ogóle (Barton-Smoczyńska, 2015; Guzowski et al. 2016; Parosło, 2020, s. 46–47). Jeśli więc traktujemy poronienie jako śmierć dziecka, to automatycznie ten rodzaj śmierci też jest objęty tabu. Druga bariera to brak umiejętności i wiedzy, jak się zachować w obliczu poronienia, jakich słów pocieszenia używać, jak wspierać (Barton-Smoczyńska, 2015, s. 110–111; Frost et al., 2007; Layne, 1997). Trzecia to rodzaj „wewnętrzny” wstydu czy poczucia winy (Frost et al., 2007) za doznane poronienie. Kobiety boją się ujawniać faktu, że były w ciąży. Istnieje przekonanie, że o ciąży powinno się informować (m. in. rodzinę) dopiero po zakończonym pierwszym trymestrze, kiedy ryzyko poronienia znacząco maleje.

Rolą specjalisty z zakresu poradnictwa w żałobie jest pomoc w przekraczaniu tych barier, nie tylko w pracy indywidualnej z kobietami, ale również przez

uczestnictwo w grupach wsparcia zarówno stacjonarnych jak i wirtualnych. Aktywność doradców ma na celu uświadamianie kobietom doświadczającym straty prokreacyjnej znaczenia godnego przeżycia żałoby. Fora internetowe zrzeszające osoby po stracie, na których nieobecni są specjaliści, mogą być dla zrozpaczonych kobiet zagrożeniem, ponieważ mogą utrzymywać je w stanie braku nadziei na przyszłość i prowadzić do niepodejmowania działań związanych z szukaniem dla siebie pomocy (Parosło, 2020, s. 55). Specjaliści z zakresu poradnictwa w żałobie, biorąc udział w dyskusjach internetowych, mogą być tymi, którzy nie tylko pokazują znaczenie procesu żałoby w życiu osób doświadczających straty, ale także budują nadzieję na przeorganizowanie swego życia.

Ważną rolę specjalistów z zakresu poradnictwa w żałobie powinno być edukowanie administracji szpitali oraz personelu medycznego dotyczące charakteru tego zjawiska i sposobów niesienia pomocy kobietom po poronieniu⁶. Szpitale czy oddziały powinny być tak przygotowane, aby kobiety z podobnymi doświadczeniami znajdowały się w jednej sali (*Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, 2018; Parosło, 2020, s. 102). Heterogeniczność organizacyjna szpitala pozwala, z jednej strony na oddzielenie roniących od rodzących i ciężarnych, z drugiej na przebywanie w jednej przestrzeni kobiet, które w pewien sposób mogą siebie nawzajem wspierać, ponieważ doświadczyły podobnej straty. Taki rodzaj wsparcia związany z obecnością innych, którzy doświadczyli tego samego, może zostać potraktowany jako poradnictwo tworzone przez okoliczności (Siarkiewicz, 2010).

Do działań szeroko rozumianego poradnictwa w żałobie można zaliczyć kampanie społeczne, których celem jest uwrażliwienie społeczeństwa na potrzeby kobiet doświadczających straty prokreacyjnej, poprzez szerzenie wiedzy o skali tego zjawiska oraz psychicznych jego konsekwencjach (Keirse, 2004, 2005). Takimi działaniami są m. in. akcje związane ze Światowym Dniem Dziecka Utraconego, który obchodzony jest 15 października.

Podsumowanie

Niniejszy artykuł zwraca uwagę na ważny aspekt życia społecznego, jakim jest strata prokreacyjna i potrzeby kobiet doświadczających poronienia. Potrzeby te mogą zostać zaspokojone poprzez udzielenie wsparcia m. in. przez organizację poradnictwa w żałobie (*grief counseling*). Głównymi zadaniami realizowanymi w ramach

⁶ Na potrzebę edukowania personelu medycznego w zakresie współpracy z chorymi i ich rodzinami zwracają uwagę m. in. Rita da Cruz Amorim i Livia Alessandra Fialho da Cost (2020) autorki artykułu „Choroba i hospitalizacja. Kilka myśli o poradnictwie rodzinnym jako trosce/*Illness and hospitalization: reflections on family counselling as care*”, a wcześniej Grażyna Dolińska-Zygmunt (Dolińska, 1980) (Od redakcji).

tego rodzaju poradnictwa jest pomoc w wyrażaniu emocji związanych ze stratą oraz towarzyszenie kobiecie i jej rodzinie w procesie akceptacji poronienia.

Starałam się pokazać, że na każdym etapie radzenia sobie ze stratą prokreacyjną ważna jest obecność osoby, która rozumie, iż w doświadczenie poronienia wpisany jest proces żałoby. W związku z tym od momentu poinformowania kobiety o nieprawidłowym przebiegu ciąży, do zaakceptowania poronienia i włączenia tego doświadczenia do swojej historii życia, ważna dla niej jest obecność osób, które szanują stan psychofizyczny i emocje po stracie dziecka. Można zauważyć, że poradnictwo w żałobie (*grief counseling*), zdaje się być najbardziej adekwatną formą udzielania pomocy, ponieważ podjęte w nim działania, umożliwiają przepracowanie (wspólnie z doradcą) doznań takich, jak: bezsilność, niemoc, smutek, żal, niepokój, złość, samotność, poczucie winy, izolacja, dezorientacja i odrętwienie, będącym udziałem osoby doświadczającej straty.

Milczenie, umniejszanie straty, jakiej doświadczyli rodzice tracący dziecko w wyniku poronienia, często uniemożliwia im przeżywanie emocji i wyrażanie swoich potrzeb. Brak społecznych rytuałów pożegnania się z dzieckiem, nieuznanie straty, niemożliwość opowiedzenia o swoich emocjach i potrzebach powoduje, że rodzice tracący dziecko zostają zamknięci w pułapce, która utrudnia pogodzenie się ze stratą i prawidłowe przeżycie procesu żałoby. Szeroko rozumiana działalność edukacyjna i poradnicza wyrazić się zatem powinna poruszeniem tematyki poronienia w przestrzeni publicznej. Chodzi o możliwość dyskusji na temat organizacji opieki zarówno medycznej, jak i psychologicznej dla kobiet i całych rodzin doświadczających straty.

Artykuł nie wyczerpuje opisu badanego zjawiska, nie proponuje też sztywnych schematów, algorytmów, których zrealizowanie zapewniłoby udany proces przeżycia żałoby. Jest to przegląd poglądów na temat przeżywania żałoby, w tym żałoby po poronieniu i zbiór propozycji działań z zakresu udzielania wsparcia, które mogą zostać wykorzystane w profesjonalnej i nieprofesjonalnej pomocy, świadczonej na rzecz kobiet doświadczających utraty ciąży.

Z paradoznawczego punktu widzenia przeprowadzona analiza wykazuje, że istotne jest prowadzenie badań w nurcie biograficznym, jakościowym, narracyjnym w celu głębszego poznania zjawiska oraz lepszego organizowania procesów poradniczych, z udziałem kobiet doświadczających straty prokreacyjnej.

Redakcja dziękuje prof. Bożenie Wojtasik za pomoc w przygotowaniu artykułu do druku.

Bibliografia

- Alexander, H. (2013). *Doświadczenie żałoby* (K. Wierzchosławska & P. Wierzchosławski, Tł.). W drodze. (Praca oryginalna *Experiences of bereavement* wydana w 2002).
- Barton-Smoczyńska, I. (2015). *O dziecku, które odwróciło się na pięcie* (wyd. 2). Edycja Świętego Pawła.
- Cruz Amorim, R., & Costa, L.A.F. (2020). Choroba i hospitalizacja. Kilka myśli o poradnictwie rodzinnym jako trosce/ *Illness and hospitalization: Reflections on family counselling as care. Studia Poradownicze/ Journal of Counselling*. 9, 277–287, 553–562. <https://doi.org/10.34862/sp.2020.18>
- Chojnacka, A. (2020). Doświadczenie straty prokreacyjnej – analiza treści wybranych stron internetowych. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 5(4), s. 162–169.
- Czerkawska, A. (2012). O transgresji w edukacji dorosłych i poradnictwie. *Edukacja Dorosłych*, 2(67), 93–109. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.desklight-3cbc90d7-5b67-4776-a937-72ad7ef1a872>
- Devine, M. (2021). *Cierpisz? Masz do tego prawo. Doświadczenie żałoby w kulturze, która jej nie rozumie* (K. Środa, Tł.). Wydawnictwo Linia. (Praca oryginalna *It's ok that you're not ok: Meeting grief and loss in a culture that doesn't understand* wydana w 2018).
- Di Fabio, A. (2014). Poradnictwo kariery i psychologia pozytywna w XXI wieku. Nowe konstrukty i sposoby oceny skuteczności działań doradczych/ *Career counselling and positive psychology in the 21st century: New constructs and measures for evaluating the effectiveness of intervention Studia Poradownicze/ Journal of Counselling*, 3, 13–40, 193–213. <https://doi.org/10.34862/sp.2014.1>
- Dodziuk, A. (2001). *Żał po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby*. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Dolińska, G. (1980). Poradnictwo psychologiczne dla pacjentek oddziałów ginekologicznych. W A. Kargulowa & M. Jędrzejczak (Red.) *Rola poradnictwa i doradztwa w optymalizowaniu rozwoju osobowości i podnoszeniu kultury pedagogicznej społeczeństwa. Materiały Ogólnopolskiego Seminarium Naukowego we Wrocławiu 26–28 listopada 1979 r.* (s. 109–126). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Drabik-Podgórna, V. (2010). Tranzycja jako nowa kategoria biograficzna we współczesnym poradnictwie. *Edukacja Dorosłych*, 1(62), 91–104. <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.desklight-0db4850d-c66b-4335-bb44-131340df6878>
- Dreżewska, J., & Sitarska, E. (2016). Patologiczne przeżywanie żałoby przez osoby o osobowości zależnej. Studium przypadków. W R. Kleszcz-Szczyrba & A. Gałuszka (Red.), *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka* (s. 124–132). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L., & Garcia, J. (2007). The loss of possibility: Scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 1003–1022. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01019.x>
- Guzewicz, M. (2014). Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia. *Civitas et Lex*, 1(1), 16–27.
- Guzowski, A., Krajewska-Kuśak, E., & Bejda, G. (Red.). (2016). *Kultura śmierci, kultura umierania. T.I.* Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu.

- Harris, D.L., & Winokuer, H.R. (2021). *Principles and Practice of Grief Counseling*. Springer.
- Herman, J. (2020). *Trauma. Od przemocy domowej do terroru politycznego*. (M. Reimann). Wydawnictwo Czarna Owca. (Praca oryginalna *Trauma and recovery: From domestic abuse to political terror* wydana w 1994).
- James, R., & Gilliland, B. (2005). *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię* (A. Bidziński, Tł.). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. (Praca oryginalna *Crisis intervention strategies* wydana w 1993).
- Jarosiewicz, H. (2010). Kryzys wartości a czynniki potencjału człowieka w rozwoju psychologicznym. W H. Skłodowski (Red.), *Człowiek w kryzysie – psychospołeczne aspekty kryzysu* (s. 43–60). Wydawnictwo Społecznej Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania w Łodzi. <http://bazekon.icm.edu.pl/bazekon/element/bwmeta1.element.ekon-element-000171585578>
- Kargulowa, A. (2007). *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradniczego dyskursu. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kargulowa, A. (2016). Kilka uwag o poradnictwie. *Edukacja Dorosłych*, 1, s. 135–150.
- Keirse, M. (2004). *Smutek, strata, żałoba. Jak sobie z nimi radzić? Jak pomóc innym?* (M. Węzowska, Tł.). Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne. (Praca oryginalna *Helpen bij verdriet en verdriet: een gids voor het gezin en de hulpverlener* wydana w 1996).
- Keirse, M. (2005). *Piętno smutku. Słowa otuchy dla tych, którzy cierpią* (O. De Smet-Rutecka, Tł.). Polskie Towarzystwo Encyklopedyczne. (Praca oryginalna *Vingerafdruk van verdriet: woorden van bemoediging* wydana w 2000).
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2016a). Czy każdej stracie „potrzebna jest” żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest” terapia? W R. Kleszcz-Szczyrba & A. Gałuszka (Red.), *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka* (s. 111–121). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2016b). Radzenie sobie ze stratami prokreacyjnymi i prenatalnymi jako wyzwanie naszych czasów. W R. Kleszcz-Szczyrba & A. Gałuszka (Red.), *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka* (s. 145–154). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kornas-Biela, D. (2003). Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej. Wybrane problemy z obszaru prokreacji. *Przegląd Psychologiczny*, 46(2), 179–196. <https://www.kul.pl/files/714/media/2.46.2003.art.3.pdf.pdf>
- Kornas-Biela, D. (2020). Ocena opieki perinatalnej jako przedmiot badań kobiet po poronieniu. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3(43), 334–352. <https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.309>
- Kubacka-Jasiecka, D. (2005). Interwencja kryzysowa. W H. Sęk (Red.), *Psychologa kliniczna. T. 2* (s. 244–272). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Kwaśniewska, J., Kuczmierowska, J., & Dobroszyńska, A. (2015). *Nadzieja na nowe życie. Poradnik dla marzących o dziecku*. Wydawnictwo Znak.
- Layne, L. (1997). Breaking the Silence: An Agenda for a Feminist Discourse of Pregnancy Loss. *Feminist Studies*, 23(2), 289–315. <https://doi.org/10.2307/3178398>

- Majewska, J. (2016). Wczesne poronienie z perspektywy kobiety. W R. Kleszcz-Szczyrba & A. Gałuszka (Red.), *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka* (s. 155–164). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Malewski, Z. (2008). Poronienie samoistne. W Z. Słomko (Red.), *Ginekologia T.1* (s. 586–588). Wydawnictwo PZWL.
- Minta, J. (2014). Oblicza współczesnych karier w perspektywie poradowniczej. *Dyskursy Młodych Andragogów*, 15, 113–127. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-32322347-ce55-442f-8181-b09cd7cd34e6>
- Najwyższa Izba Kontroli. (2020). *Informacja o wynikach kontroli. Opieka nad pacjentkami w przypadku poronień i martwych urodzeń* (46/2020/P/20/063/LKI).
- Napiórkowska-Orkisz, M., & Olszewska, J. (2017). Rola personelu medycznego we wsparciu psychicznym kobiety i jej rodziny po przebytych poronieniu. *Pielęgniarstwo Polskie*, 3(65), 529–536. <http://dx.doi.org/10.20883/pielpol.2017.72>
- Parkes, C.M. (1980). Bereavement counselling: Does it work? *British Medical Journal*, 281(6232), 3–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.281.6232.3>
- Parosło, K. (2020). *Życie ze stratą. Pomoc dla rodziców po odejściu dzieci nienarodzonych*. Wydawnictwo WAM.
- Prażmowska, B., Puto, G., Kowal, E., & Gierat, B. (2009). Niespełnione macierzyństwo. *Ginekologia Praktyczna*, 4(17), 53–56.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. W sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. (2018). <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>
- Sanders, C. M. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka* (E. Knoll, Tł.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. (Praca oryginalna *Surviving grief... and learning to live again* wydana w 1992).
- Schutze, F., & Riemann, G. (2012). „Trajektoria” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych (Z. Bokszański & A. Piotrowski, Tł.). W K. Kaźmierska (Red.), *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów* (s. 389–414). Zakład Wydawniczy Nomos. (Praca oryginalna wydana w 1992).
- Siarkiewicz, E. (2010). Poradnictwo performatywne i inne formy pomocy w zdarzeniach krytycznych i doświadczeniach granicznych. W M. Olejarz (Red.), *Dyskursy młodych andragogów* (s. 167–183). Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Sikora, K. (2014). Reakcja kobiet po stracie ciąży oraz zachowanie partnera. *Ginekologia i Położnictwo*, 3, 40–55.
- Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży – z późniejszymi zmianami (Dz.U.1993.17.78)
- Wojtasik, B. (2009). Sytuacja poradnicza – Między rytuałem interakcyjnym a prawdziwym spotkaniem. W A. Kargulowa (Red.), *Poradownictwo – Kontynuacja dyskursu* (s. 199–218). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wojtasik, B. (2011). *Podstawy poradnictwa kariery*. Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej.

- Worden, J.W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy, Fourth Edition: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer.
- Zdankiewicz-Śmigła, E., & Przybylska, M. (2002). *Trauma. Proces. Diagnoza. Mechanizmy psychoneurofizjologiczne*. Wydawnictwo Instytut Psychologii PAN.
- Zisook, S., & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. *World psychiatry. Official journal of the World Psychiatric Association*, 8(2), s. 67–74. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x>