

Psihološka podrška paru nakon gubitka djeteta

Suzana Haramina bacc.obs., Hrvatska komora primalja

suzana.haramina@gmail.com

Sažetak

Rad govori o utjecaju perinatalnog gubitka na mentalno zdravlje žene, ranoj psihološkoj podršci te kasnijem pristupu psihoterapijom koja se razlikuje u odnosu na opću populaciju. Psihološke posljedice perinatalnog gubitka javljaju se ne samo kod žene već i partnera. One uključuju proces tugovanja, kompliciranu tugu, depresivne poremećaje, posttraumatski stresni poremećaj i druge anksiozne poremećaje. Učinci psiholoških promjena nakon perinatalne smrti na parove povezane su kratkoročnim i dugoročnim posljedicama. Koliko snažan psihološki utjecaj će imati gubitak trudnoće ili novorođenčeta i koliko dugo će on trajati ovisi o individualnim osobinama žene i njenog partnera, značenjem i implikacijom trudnoće i roditeljstva u osobni identitet, postizanjem razvojnih zadataka odraslih te procesu tugovanja. Nadalje, empatično i brižno okruženja te razvijena strategija pružanja rane psihološke podrške ili savjetovanja obiteljima koje su doživjele perinatalni gubitak morale bi biti sastavni dio skrbi u porodu i nakon njega. Ispravan način ophođenja, empatičnost i otvorena komunikacija zdravstvenih djelatnika s tugujućim parom pridonosi unapređenju kratkoročnih i dugoročnih ishoda roditelja nakon perinatalnog gubitka.

Ključne riječi : perinatalni gubitak; psihološka podrška; emocionalna podrška

Uvod

Perinatalno razdoblje smatra se vrlo složenim i turbulentnim periodom u životu svake žene s obzirom na tjelesne, emocionalne i psihološke promjene kroz koje prolaze tijekom trudnoće. Period tranzicije ispunjen je promjenama, izazovima i planiranjem budućnosti u kojem žena nastoji pronaći novi identitet kao jedinka, partnerica u vezi i članica društvene zajednice (Barclay i ostali 1997). Već ionako složen period može biti dramatično narušen ako žena i partner dožive perinatalni gubitak. Gubitak djeteta u perinatalnom periodu prepoznat je kao složeno emocionalno i traumatično iskustvo u većini slučajeva, bez obzira na gestacijsku dob ili ako se radi o smrti novorođenčeta (Bennett i ostali 2012). U ovom radu autor će koristiti izraz perinatalni gubitak u kontekstu gubitka djeteta između puna dvadeset i dva tjedna gestacije i sedam dana nakon rođenja djeteta. Prijevremeni porodi, mrtvorođenost i smrt novorođenčeta kako u prošlosti tako i sada u dvadeset i prvom stoljeću teme su koje zabrinjavaju ne samo zbog uzroka već i posljedica koje problem predstavlja u odnosu na fizičko i mentalno zdravlje majke, partnera, obitelji pa posljedično i na socioekonomsku dobrobit društvene zajednice.

Statistički podaci govore da u Kanadi svake godine 20 000 trudnoća završava smrtnim ishodom (Corno i ostali 2020), dok je u Europi prosječna stopa perinatalne smrtnosti iznosi 5,5 smrtnih slučajeva na svakih 1000 rođenih (Euro-Peristat Projekt 2018). Prema statističkim podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo perinatalna smrtnost u Republici Hrvatskoj iznosi 6,7/1000 ukupno rođenih, što čini broj od 247 perinatalno umrlih u prošloj godini (Rodin, Cerovečki, i Jezdić 2020). Unatoč činjenici da se perinatalna smrtnost na globalnoj razini smanjuje još uvijek oko 2% trudnoća završava smrću djeteta (Hutti i ostali 2015).

Perinatalni gubitak kod mnogih žena može prouzročiti čitav spektar različitih emocija i psiholoških promjena. Proces tugovanja prirodna je nepatološka pojava i duboki osobni proces. No unatoč tome ipak je za očekivati da će se kod većeg broja žena pojaviti različite reakcije na gubitak jer jednostavno u prirodi je ljudskog roda da prvo umiru roditelji a potom njihova djeca. Unatoč modernoj maternalnoj skrbi i sve većem broju dokaza da perinatalni gubitak može dovesti do značajnih posljedica koje će imati utjecaj na mentalno zdravlje žena, dešava se da žene koje su pogođene perinatalnom smrću ne primaju dostatnu emocionalnu i psihološku podršku (DeMontigny i ostali 2017). Nužnost emocionalne podrške i psiholoških intervencija neposredno nakon postavljanje dijagnoze, kroz sam porod i nakon poroda pa sve do

odlaska tugujuće obitelji kući neupitna je i nasušno potrebna. U kontekstu kontinuiteta skrbi za tugujuću obitelj treba naglasiti potrebu dobre komunikacije između rodilišta i patronažne skrbi u zajednici. Unatoč tome, u svakodnevnoj praksi svjedoci smo da se emocionalna i psihološka pomoć obično ne nude, a rutinske intervencije i nadalje se primjenjuju u kliničkoj praksi i primaljskoj njezi pri čemu se često ne poštuju načela individualno i holističkog pristupa.

Upravo zbog prednje navedenih činjenica autor ovog rada smatra da je teme relevantna ne samo za primalja već i sve zdravstvene djelatnike koji aktivno sudjeluju u pružanju maternalne skrbi. Jedino kontinuiranim cjeloživotnim učenjem, unapređenjem komunikacijskih vještina, provođenjem skrbi temeljene na dokazima i empatičnošću unaprjeđuje se kvaliteta primaljske skrbi i razina zadovoljstva pacijentica.

Obrada teme

Psihološke promjene trudnice kroz tranziciju u roditeljstvo

Trudnoća i prijelaz u roditeljstvo period su u kojem dolazi do značajnih promjena u organizmu žene u biološkom i psihološkom kontekstu te kao i njenom odnosu s partnerom, roditeljima i ostalim članovima društvene zajednice. Pod utjecajem hormona trudnoće dolazi do bioloških i fizičkih promjena. Premda su takve promjene kod većine trudnica povezane s osjećajem sreće uslijed spoznaje da u njenom tijelu raste novo biće kod nekih trudnica promjene mogu značajno narušiti njeno samopoštovanje. Istovremeno kako se mijenja slika tijela mijenjaju se i njene slike o sebi, ponovno s pozitivnom ili negativnom konotacijom na samopoštovanje i njenu tranziciju u roditeljstvo. To je period kada trudnice svjesno ili nesvjesno, preispituju pozitivne i negativne aspekte roditeljske skrbi kroz koje je i sama prošla u djetinjstvu i adolescenciji. Mnoge od njih donose odluke hoće li svoje dijete odgajati po uzoru na vlastite roditelje ili će ih iz temelja mijenjati ovisno o osobnim iskustvima iz prošlosti. Istovremeno trudnice redefiniiraju svoj odnos s partnerom i preispituju odnose s vlastitim roditeljima, posebno s majkom. Kroz trudnoću žene često planiraju budućnost djeteta i obitelji i većina se raduje trenutku ulaska u „klub“ odraslih žena i drugih majki (Diamond i Diamond 2016).

Trudnoća sama po sebi složeni je proces u psihološkom kontekstu, a ako se radi o rizičnoj trudnoći mora se sagledati i medicinski kontekst. Kao rezultat prednje navedenog, perinatalna i novorođenačka smrt imat će široko značenje, implikacije i

učinke na više razina. Osim fizičkog gubitka fetusa ili djeteta, do izražaja dolazi i simbolički gubitak. Žena gubi mogućnost potpune tranzicije u roditeljstvo, gubi status majke, priliku za iscjeljenjem „starih rana“ i redefiniranjem odnosa s bližnjima. Gubitak, proces tugovanja i perinatalna trauma nerijetko su okidač koji na površinu vraća neriješenu tugu, nezadovoljstvo i traume iz prošlosti. Kod žena koje u anamnezi imaju već od ranije poznatu psihopatologiju može doći do relapsa bolesti. Svi ovi čimbenici zahtijevaju razumijevanje i empatičnost zdravstvenih djelatnika kao i provođenje intervencija baziranih na pružanju emocionalne i psihološke podrške ožalošćenom paru i članovima obitelji.

Proces tugovanja nakon perinatalnog gubitka

Tugovanje je uobičajen, prirodni proces koji se manifestira kroz psihološke, bihevioralne, fizičke i socijalne reakcije nakon gubitka (Arambašić 2005). No brojni su čimbenici koji proces tugovanja čine specifičnim nakon perinatalnog gubitka u odnosu na tugovanje nakon gubitka dragih osoba što potencijalno iziskuje drugačiji pristup (Bennett i ostali 2005). Roditelji nisu imali priliku upoznati svoje dijete ili su ga poznavali vrlo kratko stoga imaju uistinu malo provedenih zajedničkih trenutaka. Dakle, oni žale za onim što je moglo biti u budućnosti, a ne za onim što je bilo u prošlosti. Istovremeno mogu osjećati kao da su ljubav, energija, vrijeme i fizičke, psihološke, a ponekad i financijske obveze utrošene kroz trudnoću nenagrađene. U trenutku kada roditelji ni sami možda u potpunosti neće razumjeti što se dogodilo bit će suočeni sa zadatkom da objasne obitelji i prijateljima njihov gubitak (Nikcevic i ostali 2000). Perinatalni gubitak može kod žene izazvati osjećaj da je nešto što je učinila prouzročilo smrt djeteta, osjećaj da ju je vlastito tijelo izdalo, da je "nesposobna" biti majka ili da s njenim tijelom nešto nije u redu. Sve to doprinosi samooptuživanju, smanjenom samopouzdanju i samopoštovanju (Barr 2005).

Iako je specifičan, proces tugovanja nakon perinatalnog gubitka ne razlikuje se značajno po intenzitetu od ostalih tugovanja nakon gubitka voljenih. Reakcije na gubitak mogu se očitati kroz narušeno svakodnevno funkcioniranje, izbjegavanje društvenih aktivnosti, prisutnost ponavljajućih i nametljivih misli i osjećaj duboke čežnje (Kersting i Wagner 2012). Duboka tuga, depresivno raspoloženje, razdražljivost, zaokupljenost, anksioznost, promjene u prehrani i spavanju smatraju se prirodnom reakcijom na gubitak (Burnett 1997), a psihološki odgovor organizma na perinatalni

gubitak gotovo je jednak općem odgovoru organizma na gubitak i uključuje poremećaje spavanja, depresiju, anksioznost i posttraumatski stres (Badenhorst i Hughes 2007; Boyle i ostali 1996). Rezultati istraživanja ukazuju da se u procesu tugovanja, koji uključuje prve srodnike, simptomi tuge smanjuju u prvih 12 mjeseci (Janssen i ostali 1997; Harmon, Glicklen, i Siegel 1984). Druge dvije longitudinalne studije potvrdile su da u normalnom procesu tugovanja intenzitet tuge opada tijekom razdoblja od dvije godine nakon perinatalnog gubitka (Janssen i ostali 1997; Lasker i Toedter 1991). Drugi pak autori navode da je za normalizaciju psihosocijalnih učinaka nakon perinatalnog gubitka potrebno pet do 18 godina (Christiansen, Elklit, i Olf 2013; Gravensteen i ostali 2012) .

Perzistentni složeni poremećaj tugovanja, poznat i kao komplicirani poremećaj tugovanja učestaliji je kod žena već od prije narušenog mentalnog zdravlja (Toedter, Lasker, i Janssen 2001).

Razlike u procesu tugovanja s obzirom na spol

Nakon perinatalnog gubitka proces tugovanja je ozbiljniji i dugotrajniji kod majke u odnosu na očeve (Murray i Terry 1999). Današnja aktivnija roditeljska uloga očeva vjerojatno ima utjecaj na intenzitet tuge zbog veće perinatalne povezanosti što ujedno povećava intenzitet majčine tuge (Robinson, Baker, i Nackerud 1999). Upravo iz tog razloga je razumno očekivati da i očevi mogu iskusiti jači intenzitet tuge.

Istraživanja ukazuju na istovremeno slične i različite psihološke reakcije majki i očeva nakon perinatalnog gubitka. Kod majki se češće javlja osjećaj krivnje u odnosu na očeve (Koopmans i ostali 2013). Reakcije muškaraca na gubitak trudnoće proizlaze iz činjenice da postoje spolne razlike u emocionalnom izražavanju općenito, a posebno kada se radi o tuzi. Muško-ženske razlike u obrascima tugovanja često se povezuju i u skladu su sa stereotipnim spolnim razlikama. Smatra se da žene u procesu tugovanja otvoreno izražavaju osjećaje povezane s gubitkom, s potrebom razgovora o gubitku kao načinu njegovog procesuiranja. Suprotno tome, muškarci vrlo rijetko otvoreno pokazuju osjećaje, zadržavaju stoički stav i tendenciju da gubitak obrađuje unutar sebe, putem misli, a ne osjećaja. Johnson i Baker istraživanjem su otkrili da su muškarci, čak i oni koji su bili izuzetno uključeni tijekom trudnoće, izbjegavali pokazivati psihološke reakcije (Johnson i Baker 2004). Takav način nošenja s tugom povezan je s lošijim dugoročnim ishodom u smislu depresije, anksioznosti i stresa. Muškarci su skloniji iskazivanju tuge kada su sami skrivajući se čak i od svojih suprug (Williams,

Bischoff, i Ludes 1992). Nadalje Jaffe i Diamond navode da se kod muškaraca češće javljaju simptomi i ponašanja koji su povezana s upotrebom supstanca ovisnosti i alkohola (Jaffe i Diamond 2011). Istraživanje koja su uspoređivala intenzitet tuge ovisno o spolu govore da zbog socijalnih očekivanja oko toga kako bi se muškarci trebali ponašati, muškarci općenito rjeđe pokazuju emocionalne reakcije. Također nisu skloni traženju ili prihvaćanju pomoći zbog narušenog mentalnog zdravlja i prilagodbe na gubitak (Seidler i ostali 2016). Mnogi prediktori pridonose (i pozitivno i negativno) na ekspresiju tuge kod muškaraca, a podijeljeni su na četiri razine: osobnost pojedinca, međuljudski čimbenici, društveni i socio-kulturni čimbenici kao i čimbenici društvene klime (Obst i ostali 2020).

Mnogi zaključci provedenih istraživanja ukazuju da je sveukupni učinak perinatalnog gubitka podcijenjen podjednako i za muškarce i za žene, s potencijalnim posljedicama za parove, sadašnju i buduću braću i sestre izgubljenog djeteta i druge članove obitelji (Diamond i Diamond 2016).

Psihološka podrška paru kod perinatalnog gubitka

Pružanje emocionalne i psihološke podrške roditeljima nakon perinatalnog gubitka opravdano je mnogim studijama a autori su istakli niz intervencija koje mogu biti korisne. U provođenju skrbi za ožalošćene roditelje tri su vodeće smjernice: prvo duboko poštivanje individualnosti i raznolikosti parova kao i načina na koji manifestiraju tugovanje, poštivanje svetosti tijela preminulog djeteta i prepoznavanje iscjeliteljske snage i otpornosti ljudskog duha.

Gotova jedna polovina iznenadne smrti fetusa u trudnoći javlja se kod trudnica s do tada urednom trudnoćom. Većina smrti dešava se prije nego porod uopće započne. Razvidno je da nitko nije spreman primiti takvu lošu vijest. U jednom trenutku uzbuđenje i radosno iščekivanje zamjenjuje tuga, očaj, nevjerica i gubitak (Weiss, Frischer, i Richman 1989). Säufund i suradnici u svom istraživanju ističu šest stavki koja sumiraju očekivanja tugujućih roditelja od zdravstvenih djelatnika: podršku pri susretu i odvajanju od djeteta, podršku u kaotičnom periodu, tugovanju, objašnjenje o nemilom događaju, organizacija skrbi i razumijevanje procesa tugovanja (Säufund, Sjögren, i Wredling 2004). Zdravstveni djelatnici morali bi biti svjesni značaja i težine ovih stavki u radu s tugujućim roditeljima i kroz intervencije provoditi skrb koja je prvenstveno usmjerena na roditelje, psihosocijalna i suosjećajna (Gold, Dalton, i Schwenk 2007). Izgradnja povjerljivog odnosa, empatičnost i pružanje emocionalne i

psihološke podrške ima utjecaj na njihove reakcije i proces tugovanja (Nuzum, Meaney, i O'Donoghue 2018). Savjetovanje kroz cijeli proces odvija se kronološki. Od trenutka kada je postavljena dijagnoza, kada se rade planovi poroda, u porodu i neposredno nakon njega, u tjednima nakon otpusta iz bolnice i prvog pregleda nakon poroda, kod pregleda po primitku svih nalaza, kada pacijentica razmatra narednu trudnoću te u vrijeme svih antenatalnih pregleda u narednoj trudnoći.

Nakon postavljanja dijagnoze perinatalne smrti, roditeljima se mora priopćiti vijest ekspeditivno na empatičan i neposredan način u okruženju koje im jamči privatnost. Izuzetno je značajno ostati s roditeljima koliko je potrebno. Priopćavanje loše vijesti stresan je događaj ne samo za roditelje već i osobu koja daje informacije. Počevši s priopćavanjem tužne vijesti kod roditelja započinje proces tugovanja koji će se odvijati kroz pet faza: poricanje, ljutnja, cjenkanje, depresija i prihvaćanje (Kübler-Ross 1969). Kod većine takvih poroda radi se indukcija i oni budu završeni vaginalnim putem uz adekvatnu anesteziju. Ako su roditelji izabrali ime svom djetetu u porodu ga se treba tako oslovljavati. Nakon poroda i pregleda djeteta i posteljice roditelje se informira ako su vidljive bilo kakve nepravilnosti.

Kontakt roditelja s mrtvorodenčetom smatra se važnim jer povezanost s mrtvim djetetom može utjecati na to kako će se roditelji nositi s gubitkom. Povezivanje s djetetom čini smrt stvarnom, pomaže kod prevencije emocionalne propusnosti i pomaže kod tranzicije u roditeljstvo (Säflund, Sjögren, i Wredling 2004; Rådestad i ostali 2009). Primalje i liječnici trebali bi razumjeti želju majke da vidi svoje mrtvorodeno dijete. Majke mrtvorodene djece osjećaju se prirodnije, ugodnije i manje su uplašene kad osoblje podržava povezivanje s djetetom (Erlandsson i ostali 2013). Roditelji koji vide, drže i oprostite se od mrtvorodenog djeteta imaju bolje ishode u pogledu mentalnog zdravlja u budućnosti. Od 2007. godine bilježi se mnoštvo studija koje osporavaju kliničke smjernice koje preporučuju da kliničari ne potiču kontakt roditelja s mrtvorodenim djetetom (Kingdon i ostali 2015). S druge strane neke studije su izvijestile da poticanje roditelja na držanje mrtvorodenčeta može prouzročiti psihološki morbiditet u narednim trudnoćama i povećati rizik postraumatskog stresa, anksioznosti i depresije (Turton, Evans, i Hughes 2009; Hughes i ostali 2002). Ova mimoilaženja mogu biti povezana s pripremljenošću roditelja da vide dijete, podrškom zdravstvenih djelatnika koju su dobili i osjećajem kontrole nad donesenom odlukom. Budući da su podaci o ovoj temi kontroverzni, najoprezniji pristup bio bi prepustiti ovu odluku pacijentici i obitelji, istodobno ukazujući na mogućnost da neki izbori mogu povećati

osjećaj traume. Oprostili se roditelji ili ne s djetetom, možda će u budućnosti poželjeti neku uspomenu kao fotografiju, čuperak kose, otisak stopala ili ručice (Miller i ostali 2014). Žene koje su prošle perinatalni gubitak obično ne žele biti smještene među ostalim ženama koje uz sebe imaju novorođenčad. Čak štoviše žele biti udaljene s mjesta gdje se čuje glas novog života pa ih u ovim zahtjevima treba podržati. Neupitno je da se partneru omogući stalan boravak uz ženu za vrijeme hospitalizacije.

Dani i tjedni nakon hospitalizacije obično su vrlo teški za roditelje. Oboje su preživjeli veliki stres, moraju prihvatiti činjenicu da njihovo dijete nije živo, trebaju informirati ostale članove obitelji o gubitku, trebaju ukloniti sve ranije pripremljeno za novorođenče trebaju se moći nositi kroz proces tugovanja (Geerinck-Vercammen i Duijvestijn 2004). Ako u obitelji već postoji starije dijete treba inicirati razgovor o djetetu kojeg nema. Istraživanja govore da dijete treba uključiti u obiteljske rituale kako bi se umrlo dijete sačuvalo u sjećanjima, a istodobno roditelji bi morali prepoznati tugovanje kod starijeg djeteta (Wilson 2001).

Po dolasku kući daljnju skrb bi trebala preuzeti patronažna sestra. Isto tako bilo bi poželjno da liječnik ginekolog u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili obiteljski liječnik regularno kontaktiraju ženu i da se u samom početku zakaže što raniji prvi posjet. Regularni razgovori s pacijenticom u ovom periodu pomažu u procjeni emocionalnog statusa, otkrivaju znakove depresije i ukazuju na potrebu stručne pomoći.

Svaki zdravstveni i nezdravstveni djelatnik koji u tom periodu ulazi u interakciju s tugujućom ženom i njenim partnerom mora biti svjestan prirode procesa tugovanja (Säflund, Sjögren, i Wredling 2004). Tugovanje može ubrzati neke simptome i pogoršati mentalno zdravlje. Komplicirano tugovanje opisuje se kao sindrom simptoma uz koje se osoba ne može vratiti na razinu funkcioniranja i dobrobiti kako je živjela prije gubitka, a uključuje perzistentne reakcije koje su normalne neposredno nakon gubitka. Komplicirana tuga dovodi do prolongirane disfunkcije i takve pacijentice treba uputiti na psihijatarsku procjenu.

Emocionalna podrška pomaže ženi da identificira i iskaže svoje osjećaje. Ožalošćeni roditelji izrazili su želju da zdravstveno osoblje uvaži ozbiljnost njihovog gubitka, ponudi razumijevanje i podršku te da im dopustili i sudjeluje u razgovorima o njihovom mrtvorodenčetu. Teško je u ovom kontekstu govoriti o prikladnom pristupu, ali on bi se trebao sastojati od empatične, iskrene komunikacije između roditelja i zdravstvenog osoblja koje uvažava specifične potrebe i kulturalna obilježja pojedinih majki te različite potrebe majke i oca (McCreight 2004; Vance i ostali 2002).

Moramo znati da se proces tugovanja ne odvija linearno, cikličan je manifestira se na različite načine i ne postoji dvoje ljudi koji tuguju na isti način.

Proces psihoterapije kod pacijentice nakon perinatalnog gubitka

Mnoge pacijentice nakon perinatalnog gubitka ne traže pomoć same. Bilo da se radi o osjećaju srama ili pogrešnog tumačenja vlastitog iskustva. Tek kad spoznaju da njihovo stanje ometa svakodnevno funkcioniranje i da je intenzitet njihovog tugovanja prevelik potraže pomoć. Zato je važno da zdravstveni djelatnici i drugi stručnjaci budu svjesni potencijalnog utjecaja gubitka trudnoće i potaknu rano savjetovanje kao dio postpartalne skrbi. Neke pacijentice već u rodilištu traže pomoć. Kod drugih ponekad prođu tjedni ili mjeseci prije nego što ih na traženje pomoći uputi patronažna sestra, primarni ginekolog, liječnik obiteljske medicine ili netko od članova obitelji. Psihološka skrb o pacijenticama koje su pretrpjeli perinatalni gubitak ima niz ciljeva. Uz pomoć pacijenticama da se nose s traumom i višestrukim gubicima kliničari moraju procijeniti i liječiti psihološke poremećaje koji su izazvani ili pogoršani perinatalnim gubitkom. Drugim riječima mora se prosuditi odvija li se proces oporavka kako se očekivalo ili roditelj pretjerano pati i očekuje li se koristi od terapijske intervencije. Roditeljima kod kojih depresija traje nesmanjeno šest mjeseci ili više, antidepressivi mogu pomoći kod bioloških simptoma, a istovremeno se može ponuditi psihološki tretman za otkrivanje čimbenika koji inhibiraju oporavak. Također je važno da zdravstveni djelatnik prepozna da pacijentice ne traže terapiju radi promjena osobnosti već dolaze jer su traumatizirane, utučene i dolaze popraviti svoj osjećaj sebe (Leon, 2009). Uobičajena pitanja za roditelje u psihoterapiji ili savjetovanju odnose se na samopoštovanje, nemogućnost realizacije roditeljstva rođenjem mrtvog djeteta, osjećaj krivnje, kontinuirani bijes prema osoblju ili nepriznati bijes prema partneru ili izgubljenom djetetu. Smatra se da će roditelji koji ne mogu prihvatiti konačnost i koji se i dalje pokušavaju povezati s mrtvim djetetom vjerojatnije imati nepovezani odnos sa sljedećim djetetom. Oni su svjesni svog gubitka, ali ponašaju se kao da dijete ima kontinuirane potrebe (Hughes *i ostali*, 2001, 2004). Intervencija koja pomaže roditeljima da prihvate konačnost djetetove smrti može stoga biti od koristi budućem djetetu.

Početak psihoterapije kod pacijentica s perinatalnim gubitkom treba biti usredotočen na neposredno traumatično iskustvo, postupajući kao kad se provodi krizna intervencija. Dok pacijentica priča terapeut istodobno sluša i procjenjuje.

Pacijenticu se treba poticati da ispriča priču o gubitku, uključujući detalje o fizičkom i medicinskom iskustvu. Istovremeno se procjenjuju simptomi PTSP-a, depresije, anksioznosti. Potiče se na razgovor o prethodnim traumama i gubitcima, kako na reproduktivnom, tako i na drugim područjima života. Od važnosti je oslušivanje izjava koje govore o utjecaju perinatalnog gubitka na mogućnost postizanja razvojnih zadataka prema roditeljstvu i kako ta činjenica doprinosi produbljivanju tugovanja. Obavezno treba pitati pacijenticu kako je njegov ili njezin partner proživio krizu i procijeniti razliku u načinu suočavanja i obrambenom stilu kod svakog člana para kako bi se utvrdilo jesu li to izvori sukoba. Primarne intervencije u ovoj ranoj fazi usredotočit će se na normalizaciju i provjeru pacijentičinog iskustva. Pritom se koristi psiho edukacija i empatija. Kad pacijentice shvate da su njihove reakcije normalne i očekivane u odnosu na traumu, često osjećaju trenutno olakšanje (Diamond i Diamond, 2016). Kako Diamondovi navode izazov u radu s pacijenticama nakon perinatalnog gubitka je razlika između već od ranije postojećih poremećaja i reakcija koje je izazvao gubitak. Simptomi se često preklapaju. Nužno je da terapeut bude upoznat s raznim načinima na koje se depresija, anksioznost i PTSP mogu manifestirati i, u nekom trenutku, objasniti ih pacijentici. Takav pristup će im omogućiti da same počnu razmišljati o raznim izvorima svojih nevolja što ujedno pomaže u postavljanju diferencijalne dijagnoze. Ponekada kad simptomi depresije, anksioznosti ili PTSP-a pretjerano ometaju funkcioniranje osobe poseže se za medikamentoznom terapijom. Kad se daju preporuke za lijekove važno je naglasiti da su lijekovi, kao i kod psihoterapije, zdrav dio brige o sebi. Složenost medicinskih problema naglašava još jedan razlog zašto bi psihosocijalna intervencija trebala biti prva linija pristupa. Iako postoje lijekovi koji su kompatibilni s trudnoćom, mnoge se pacijentice boje terapije i po svaku će cijenu htjeti izbjeći njihovu upotrebu. Pa se može zaključiti da su otvorenije za psihoterapiju kao početni način liječenja.

Kad se pacijentice osjete prihvaćenima i da ih netko razumije one postaju manje zabrinute za sebe ili svoje partnere, postaju manje zbunjeni i osjećaju se bolje. Psiho edukacija bi trebala uključivati objašnjenja pacijentici i partneru o višestrukim gubicima zbog kojih tuguju i o samom procesu tugovanja. Nužna je spoznaja da proces tugovanja nije linearan i da trebaju očekivati širok raspon emocija u vrlo kratkim vremenskim razdobljima. Nadalje, važno ih je educirati da je tugovanje proces i da će mu trebati vremena. Ponovno će se tuga javiti na obljetnice gubitka, očekivani datum poroda, blagdane i druge obiteljske događaje, kao i tijekom sljedećih trudnoća.

Konačno, izuzetno je korisno objasniti da muškarci i žene često različito tuguju i možda nisu uvijek u istim fazama procesa tugovanja. Takve informacije služe da se izbjegne pogrešno tumačenje, prosudba i otuđenje od partnera.

Poteškoća u tugovanju zbog perinatalnog gubitka je i činjenica da ne postoje uspomene kroz koje se može održati veza s izgubljenim djetetom. Terapeut može pomoći pacijentici stvoriti zamjenu stvaranjem aktivnosti ili rituala u čast izgubljenog djeteta. Te aktivnosti mogu uključivati imenovanje djeteta, stvaranje memorijske kutije. Korisno može biti i pisanje pisma djetetu, paljenje svijeće ili puštanje balona. Zapisivanja priče o trudnoći i dijeljenja s partnerom jača razumijevanje i suosjećanje među njima. Također pomaže zapisivanje i uvježbavanje odgovora na komentare dobronamjernih, ali zavedenih prijatelja i članovi obitelji koji unose nemir. Općenito ljudi ne mogu jasno razmišljati kad su emocionalno uzbuđeni, a zapisivanje odgovora može olakšati situaciju kad se pojedinac suoči s neočekivanim komentarima. Ovi alati također mogu pomoći u ponovnom uspostavljanju osjećaja kompetentnosti i kontrole koji se gubi kod gubitka trudnoće. Iako postoji malo istraživanja o učinkovitosti rituala tugovanja, u praksi se nije pokazalo da su štetni.

Zaključak

Perinatalni gubitak ili smrt djeteta neposredno prije ili nakon rođenja prepoznat je kao složen i potencijalno traumatičan životni događaj i može imati značajan utjecaj na mentalno zdravlje žena. Nepovoljni ishodi perinatalnog gubitka na majku mogu imati utjecaj na partnerske odnose, na razvoj fetusa u narednim trudnoćama, vezu majke i novorođenčeta te kognitivni, emocionalni i bihevioralni razvoj djeteta. Ovi ishodi predstavljaju teret koji se može spriječiti. Psihološke intervencije mogu poboljšati ishode žena i njihovih obitelji nakon perinatalnog gubitka. Međutim, često se psihološka pomoć i savjetovanje ne nude. Iako je važnost dobre komunikacije i empatičnost s roditeljima koji dožive perinatalni gubitak dokumentirana u mnogim istraživanjima ipak najčešće roditelji ne dobivaju dosljedno odgovarajuće informacije kad dožive gubitak. Učinkovita komunikacija s roditeljima koji su doživjeli gubitak zahtijeva stalni dijalog tijekom svih faza skrbi, počevši i prije gubitka djeteta. Da bi učinkovito komunicirali, kliničari moraju poznavati vrstu informacija koju trebaju dati, kako i kada davati informacije i kako procijeniti razumijevanje informacija od strane roditelja.

Psihološka i emocionalna podrška roditeljima nakon perinatalnog gubitka temelji se na empatičnosti, prihvaćanju ekspresija tuge, razumijevanju, poštivanju njihove intime, dobroj komunikaciji te individualnom i holističkom pristupu. Takvim pristupom u radu može se prevenirati teže narušavanje mentalnog zdravlja žene i lakša tranzicija kroz sve faze procesa tugovanja.

Literatura

Arambašić, L. 2005. *Gubitak, tugovanje, podrška*. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Badenhorst, William, i Patricia Hughes. 2007. „Psychological aspects of perinatal loss“. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 21 (2): 249–59.

Barclay, Lesley, Louise Everitt, Frances Rogan, Virginia Schmied, i Aileen Wyllie. 1997. „Becoming a mother - An analysis of women's experience of early motherhood“. *Journal of Advanced Nursing* 25 (4): 719–28.

Barr, Peter. 2005. „Guilt and Shame Proneness and Grief of Perinatal Bereavement“. *Psychology and psychotherapy* 77 (siječanj): 493–510.

Bennett, Shannon M, Brett T Litz, Barbara Sarnoff Lee, i Shira Maguen. 2005. „The Scope and Impact of Perinatal Loss: Current Status and Future Directions.“ *Professional Psychology: Research and Practice* 36 (2): 180–87.

Bennett, Shannon M., Jill Ehrenreich-May, Brett T. Litz, Christina L. Boisseau, i David H. Barlow. 2012. „Development and Preliminary Evaluation of a Cognitive-Behavioral Intervention for Perinatal Grief“. *Cognitive and Behavioral Practice* 19

Boyle, Frances M, John C Vance, Jake M Najman, i M. John Thearle. 1996. „The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: Prevalence and patterns of distress among mothers“. *Social Science & Medicine* 43 (8): 1273–82.

Christiansen, Dorte M, Ask Elklit, i Miranda Olf. 2013. „Parents Bereaved by Infant Corno, Giulia, Stéphane Bouchard, Rosa M. Baños, Marie Christine Rivard, Chantal Verdon, i Francine de Montigny. 2020. „Providing Psychological and Emotional Support After Perinatal Loss: Protocol for a Virtual Reality-Based Intervention“. *Frontiers in Psychology* 11 (June): 1–8.

Death: PTSD Symptoms up to 18 Years after the Loss.“ *General Hospital Psychiatry* 35 (6): 605–11.

DeMontigny, Francine, Chantal Verdon, Sophie Meunier, i Diane Dubeau. 2017. „Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with healthcare services“. *Archives of Women's Mental Health* 20 (5): 655–62.

Diamond, David J, i Martha O Diamond. 2016. *Understanding and treating the*

psychosocial consequences of pregnancy loss. The Oxford handbook of perinatal psychology.

Erlandsson, Kerstin, Jane Warland, Joanne Cacciatore, i Ingela Rådestad. 2013. „Seeing and Holding a Stillborn Baby: Mothers' Feelings in Relation to How Their Babies Were Presented to Them after Birth--Findings from an Online Questionnaire.“ *Midwifery* 29 (3): 246–50.

Euro-Peristat Project. 2018. „Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015.“ *European Perinatal Health Report*. www.europeristat.com.

Geerinck-Vercammen, C, i M Duijvestijn. 2004. „Coping with grief following perinatal death: A multifaceted and natural process“. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 148 (srpanj): 1231–34.

Gold, Katherine, Vanessa Dalton, i Thomas Schwenk. 2007. „Hospital Care for Parents After Perinatal Death“. *Obstetrics and gynecology* 109 (lipanj): 1156–66.

Gravensteen, Ida K., Linda B. Helgadottir, Eva Marie Jacobsen, Per M. Sandset, i Øivind Ekeberg. 2012. „Long-term impact of intrauterine fetal death on quality of life and depression: A case-control study“. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12.

Harmon, , Glick, i Siegel. 1984. „Neonatal Loss in the Intensive Care Nursery: Effects of Maternal Grieving and a Program for Intervention.“ *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 23 (1): 68–71.

Hughes, P, P Turton, E Hopper, i C D H Evans. 2002. „Assessment of Guidelines for Good Practice in Psychosocial Care of Mothers after Stillbirth: A Cohort Study.“ *Lancet (London, England)* 360 (9327): 114–18.

Hutti, Marianne H., Deborah S. Armstrong, John A. Myers, i Lynne A. Hall. 2015. „Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss“. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 44 (1): 42–50.

Jaffe, Janet, i Martha O Diamond. 2011. *Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients. Reproductive trauma: Psychotherapy with infertility and pregnancy loss clients*. Washington, DC, US: American

Janssen, H J, M C Cuisinier, K P de Graauw, i K A Hoogduin. 1997. „A Prospective Study of Risk Factors Predicting Grief Intensity Following Pregnancy Loss.“ *Archives of General Psychiatry* 54 (1): 56–61.

Johnson, Martin P, i Sarah R Baker. 2004. „Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: A longitudinal study.“ *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Johnson, Martin P.: School of Behavioral Sciences, University of Newcastle, Callaghan, NSW, Australia, 2308: Taylor & Francis.

Kingdon, Carol, Jennifer L Givens, Emer O'Donnell, i Mark Turner. 2015. „Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth.“ *Birth (Berkeley, Calif.)* 42 (3): 206–18.

Kersting, Anette, i Birgit Wagner. 2012. „Complicated grief after perinatal loss“. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 14 (2): 187–94.

Koopmans, Laura, Trish Wilson, Joanne Cacciatore, i Vicki Flenady. 2013. „Support for mothers, fathers and families after perinatal death“. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (6).

Kübler-Ross, Elisabeth. 1969. *On Death and Dying*.

Lasker, Judith N, i Lori J Toedter. 1991. „Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss.“ *American Journal of Orthopsychiatry*. US: American Orthopsychiatric Association, Inc.

McCreight, Bernadette Susan. 2004. „A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective“. *Sociology of Health and Illness* 26 (3): 326–50.

Miller, Lynne, Lisa Lindley, Sandra Mixer, Mary Lou Fornehed, i Victoria Niederhauser. 2014. „Developing a Perinatal Memory-Making Program at a Children's Hospital.“ *MCN. The American journal of maternal child nursing* 39 (ožujak): 102–6.

Murray, Judith A, i Deborah J Terry. 1999. „Parental Reactions to Infant Death: The Effects of Resources and Coping Strategies“. *Journal of Social and Clinical Psychology* 18 (3): 341–69.

Nikcevic, Kuczmierczyk, Tunkel, i Nicolaidis. 2000. „Distress after miscarriage: Relation to the knowledge of the cause of pregnancy loss and coping style“. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 18 (4): 339–43.

Nuzum, Daniel, Sarah Meaney, i Keelin O'Donoghue. 2018. „The impact of stillbirth on bereaved parents: A qualitative study“.

Obst, Kate Louise, Clemence Due, Melissa Oxlad, i Philippa Middleton. 2020. „Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model“. *BMC Pregnancy and Childbirth* 20 (1): 1–17.

Rådestad, Ingela, Pamela J Surkan, Gunnar Steineck, Sven Cnattingius, Erik Onelöv, i Paul W Dickman. 2009. „Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby“. *Midwifery* 25 (4): 422–29.

Robinson, M, L Baker, i L Nackerud. 1999. „The Relationship of Attachment Theory and Perinatal Loss.“ *Death Studies* 23 (3): 257–70.

Rodin, U., I. Cerovečki, i D. Jezdić. 2020. *Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2019. godine*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Säflund, Karin, Berit Sjögren, i Regina Wredling. 2004. „The Role of Caregivers after a Stillbirth: Views and Experiences of Parents.“ *Birth (Berkeley, Calif.)* 31 (2): 132–37.

Seidler, Zac E, Alexei J Dawes, Simon M Rice, John L Oliffe, i Haryana M Dhillon. 2016. „The Role of Masculinity in Men’s Help-Seeking for Depression: A Systematic Review.“ *Clinical Psychology Review* 49 (studeni): 106–18.

Toedter, L J, J N Lasker, i H J Janssen. 2001. „International Comparison of Studies Using the Perinatal Grief Scale: A Decade of Research on Pregnancy Loss.“ *Death Studies* 25 (3): 205–28.

Turton, Penelope, Chris Evans, i Patricia Hughes. 2009. „Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II of a nested case-control cohort study“. *Archives of Women’s Mental Health* 12 (1): 35.

Vance, J C, F M Boyle, J M Najman, i M J Thearle. 2002. „Couple Distress after Sudden Infant or Perinatal Death: A 30-Month Follow Up.“ *Journal of Paediatrics and Child Health* 38 (4): 368–72.

Weiss, Louis, Laya Frischer, i Jane Richman. 1989. „Parental Adjustment to Intrapartum and Delivery Room Loss: The Role of a Hospital-based Support Program“. *Clinics in Perinatology* 16 (4): 1009–19

Williams, Lee, Richard Bischoff, i Jacqueline Ludes. 1992. „A biopsychosocial model for treating infertility.“ *Contemporary Family Therapy: An International Journal* 14 (4):

Wilson, Ruth E. 2001. „Parents’ support of their other children after a miscarriage or perinatal death“. *Early Human Development* 61 (2): 55–65.