Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar

Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés szakdolgozata

A perinatális szaktanácsadó szerepe a veszteséget átélt szülők segítésében

Horváth Réka

2020. Budapest

Témavezető: Dr. Andrek Andrea PhD

egyetemi adjunktus

Köszönöm fiamnak, Ábelnek, aki mellett anya lehettem a perinatális veszteségeink legmélyebb időszakaiban is, és lányomnak, Borának, aki minden sebemet begyógyított!

TARTALOM

1. Bevezetés, a témaválasztás indoklása 3.

2. A perinatális kötődés 4.

3. A perinatális veszteségek definíciói, kórképei 8.

4. A perinatális veszteség eseményei – A jövő vége 10.
   4.1. Kórházi tapasztalatok hatása a gyászfolyamatra 11.
   4.2. Érvénybe levő szabályozások, rendeletek a holttesttel kapcsolatban 12.

5. A perinatális gyász és annak hatásai 13.
   5.1. Milyen tényezők befolyásolják a perinatális gyászt? 15.
   5.2. Sajátosságok, amelyek nehezíti perinatális gyászt 16.
   5.3. A komplikált gyász tényezői a perinatális veszteségek során 16.
   5.4. Egészségi állapotot érintő tartós negatív következmények 17.
   5.5. Megküzdési stratégiák 17.
   5.6. Hosszú távú feldolgozás 18.
   5.7. Az apák gyásza 18.
   5.8. Férfiak és nők közötti különbség a perinatális gyász szempontjából 19.
   5.9. A párkapcsolat alakulása 20.
   5.10. A testvérek gyásza 21.
   5.11. A nagyszülők gyásza 22.

6. A szakszerű segítségnyújtás jelentősége,
   A perinatális szaktanácsadó szerepe, kompetenciája 22.
   6.1. A veszteségeket átélt szülők kórházi támogatása 23.
   6.2. Búcsú protokoll helyett búcsú lehetőség 24.
   6.3. A perinatális gyász támogatása a veszteség után 25.
   6.4. Az egészségügyi dolgozók nehézségei 27.
   6.5. A perinatális veszteség hatása a következő várandóságnál 28.

7. Poszttraumás növekedés 29.

IRODALOMJEGYZÉK 31.

MELLÉKLET 33.
Ajánlások az egészségügyi intézményeknek a családok támogatására perinatális veszteség esetén

EREDETISÉGNYILATKOZAT 35.

1. Bevezetés, a témaválasztás indoklása

„Ha egy gyermek elveszíti szüleit, árvának nevezzük. Ha egy házastárs elveszíti férjét vagy feleségét, özvegynek hívjuk. Ha egy szülő elveszíti gyermekét, arra nincsen szavunk ...”[1]

Minden perinatális veszteség gyászfolyamatot okoz, annak ellenére, hogy az embrió, a magzat vagy az újszülött csak nagyon rövid ideig része a szülők életének. Azonban ez az egészen kicsi létezés is elég ahhoz, hogy nyomot hagyjon a lelkekben. A várandóság során, a szülés közben vagy az újszülött korban bekövetkezett halált a társadalom tabuként kezeli. Az érintettek azonban nem elfelejteni akarják gyermeküket, hanem méltóképpen meggyászolni és megőrizni emlékét. Ennek a gyásznak az elismerésében és támogatásában viszont nehezen mozdul a szemléletváltás.

A szülészeten minden az életről szól, nincs belekalkulálva a halál, és ha mégis megtörténik, az egészségügyi dolgozók tehetetlenséget, frusztrációt éreznek. A traumát átélt anyák ettől izolálva érzik magukat, nő a bűntudatuk, a szégyenérzetük, ez pedig akadályozza a megfelelő és gyógyító gyászfolyamat elindulását (Singer, 2016).

Az egészségügyi dolgozók általában nincsenek felkészülve a perinatális veszteséget elszenvedő családok támogatására. A sokkos állapotba került szülők a lesújtó ultrahang eredménnyel a kezükben, a halvaszülés után vagy a PIC osztályon bejelentett halálhírrel legtöbbször végtelenül egyedül maradnak.

A perinatális gyász esetén pedig a társas támogatás a legfontosabb. Az ilyen traumákon átesett szülők gyászát kifejezetten megnehezíti az elszigetelődés és a nem támogató kommunikáció. A szülők a veszteség után meglepetten tapasztalják, hogy még a családtagok, barátok sem veszik komolyan az őket ért tragédiát és arra bíztatják őket, hogy minél előbb lépjenek túl a történteken. A magzatra, újszülöttre úgy tekintenek, mint valami fogyóeszközre, mely könnyen pótolható. Pedig azok az anyák és apák, akik azt tapasztalták meg, hogy szeretettel, együttérzéssel fordulnak feléjük és nincsenek magukra hagyva, azok nem csupán hálát éreznek a segítőik iránt, de úgy vélik nekik köszönhetik, hogy egyáltalán túlélték a történteket (Singer, 2016).

A téma kapcsán szerzett személyes negatív tapasztalataim indítottak el azon az úton, hogy jelentkezzek az ELTE perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzésére. Célom, hogy a képzést befejezve az itt szerzett tudással és a perinatális látásmóddal bármilyen, várandóság során bekövetkezett vagy szülés körüli veszteséget átélt szülőnek tudjak megfelelő, személyre szabott támogatást adni. Ugyanis hiába van magas színvonalú diagnosztizálás, megfelelő szomatikus ellátás, empatikus és segítő hozzáállás a szülészet területén, az orvosok és az ápoló szakszemélyzet nincs felkészítve, de egyúttal kapacitása sincs a veszteséget átélt szülők megfelelő és professzionális támogatásában. Ez ugyanis egy külön szakterület. A perinatális szaktanácsadó a képzése folyamán a szülés születés körüli testi és lelki változásokkal egyaránt megismerkedik, holisztikus szemléletben egy olyan interdiszciplináris tudás birtokába kerül, amellyel sikeresen tud belesimulni az egészségügyi szakemberek és a gyermeket váró pár kapcsolatába. Kiegészítve és segítve az orvosi, ápolói, gyógyító munkát, megkönnyítve a kórházi alkalmazottak és a szülők között fennálló kommunikációt, kísérni kórházi tartózkodás eseményeit, támaszt nyújtani a várandóság, a szülés,

[1] Az Amerikai Egyesült Államokban Ronald Reagan amerikai elnök 1988-ban ezzel a mondatával kezdte azt a beszédét, amivel útjára indította azt a kezdeményezést, amely nyomán október 15-ét a perinatális gyász világnapjának nyilvánította. Forrás: https://www.facebook.com/koraszulottcom/posts/2007754339262910 letöltve: 2020. 04. 07.

a gyermekágy miatt megváltozott tudatállapotban levő anyának, aki perinatális veszteség esetén sokkos állapotban lehet, segíteni az apát eligazodni és támogatni az új, nem várt élethelyzetben. Mindezt úgy, hogy közben team-et alkot a gyógyító személyzettel, mintegy levéve a vállukról a bevonódás és a másodlagos traumatizáció terhét, megkönnyítve és magasabb színvonalra helyezni munkájukat. A perinatális szaktanácsadó a veszteséget átélt szülők nehézségeinek elismerésével, meghallgatásával támaszt nyújthat a megfelelő és gyógyító gyász elindulásához. Később a gyászfolyamat kísérésével és lezárásával, a trauma feldolgozásával, mely során a perinatális veszteség integrálódik a szülők élettörténetébe emlékké válik, amelyre kontrolláltan tudnak visszaemlékezni, ezáltal elő tudja segíteni a párt az újabb várandóság vállalásában, esetleg a poszttraumás növekedés megtapasztalásában.

Szakdolgozatomban a rendelkezésemre álló hazai és külföldi szakirodalom feldolgozásával és rendszerezésével szeretném egy logikus ív mentén bemutatni, hogy mi a perinatális veszteség, milyen a perinatális gyász lefolyása, hogyan hat ez a szülőkre, az egészségügyi szakszemélyzetre és mi az az űr, amit a perinatális szaktanácsadó kitölthet, biztonságot és támaszt adva ebben a tragikus helyzetben, nagyrészt a szülők, de a kórházi dolgozók számára is.

A várandósághoz tartozó veszteségélmények közé sorolható minden olyan megpróbáltatás, amely a várt gyermek egészséges és ideális érkezését befolyásolja, kezdve a fogantatási nehezítettséggel, folytatva a sort az IVF beavatkozással, a várandóság alatt nem várt, de megjelenő testi, lelki nehézségekkel, anyai szövődményekkel, vetéléssel, habituális vetéléssel, a magzati mortalitással. A veszteségek közé tartozik még a méhen kívüli terhesség, az eltűnt iker szindróma, az iker-iker transzfúzió okozta magzati sérülés és halál, a fejlődési rendellenességek, a genetikai betegségek, a fogyatékos újszülött világrajövetele, a koraszülés, a császármetszés, a traumatikus szülésélmény. Az összes olyan enyhébb vagy igazán jelentős veszteség, ami az anya és az apa által elképzelt ideális víziót megváltoztatja. Ezen nehézségek és traumák gyászreakciót váltanak ki, ennek elfojtása, gondozatlansága pedig komplikációkat okozhat.

Dolgozatomban a terjedelmi korlátozások miatt és a téma nagyságát tekintve most perinatális veszteség alatt kizárólag az embrió, a magzat vagy az újszülött természetes halálát értem. A művi abortusz is perinatális veszteség, de számos tekintetben eltér az embrió, majd a magzat kihordása mellett elkötelezett szülők veszteségélményétől, így a terhességmegszakítás témakörére nem térek ki.

2. A perinatális kötődés

„Akkor kezdődik, amikor az ember megtudja, hogy terhes..."[2]

Egyes terhességi tesztek az utolsó menstruációt követő 28. napon már nagy biztonsággal kimutatják az anyai szerveztben várandósan termelődő hCG hormont. Ami azt jelenti, hogy körülbelül 14 nappal a fogantatás után a beágyazódott petezsák hírt adhat magáról. Ezzel egy új világ kezdődik, egy új jövő formálódik. A legtöbb anya már a teszttel a kezében elkezdi kialakítani kapcsolatát az apró embrióval, kiszámolja a születés várható idejét és elkezd álmokat, vágyakat szőni az anyaságáról. Egyértelmű tehát, hogy egy gyermek élete nem a születés után kezdődik, hiszen az anyaméhben töltött hónapok számtalan tapasztalatot, élményt és nem utolsó sorban egyre erősödő kapcsolatot, kötődést hoznak létre az embrió, később a magzat és szülei triádjában. Egy várt gyermek fogantatása mindig nagy örömöt jelent a szülők életében s egyúttal egyre intenzívebb bevonódásukat hozza. Továbbá a még meg nem született gyermek fokozatosan része lesz a család életének, kistestvére a nagyobb testvérnek, unokája a nagyszülőknek. A második trimesztertől egyre bővülő körben szereznek róla tudomást a barátok, az ismerősök, a kollégák, a szomszédok. A várandós anya méhe láthatóan növekszik, a magzat formálódik, érik és egyre többen várják érkezését.

[2] ELTE BTK Kísérleti Pszichológiai Tanszék: Csehi I. (1992) A magzat és az anya közötti kommunikáció, terhes nők beszámolói alapján készült felmérés néhány tapasztalata In Varga- Suhai *Szülés és születés* 2010, 37.o.)

Az ultrahang, ami kezdetben a fejlődési rendellenessége szűrésének eszköze volt, napjainkban már a magzat megszemélyesítésének az eszköze is, ami még jobban elősegíti a szülés előtti kötődés kialakítását. (Raphael-Leff, 2010)

A szülők igyekeznek a fejlődő élet optimális körülményeinek biztosítására, az idő előre haladtával egyre inkább készülnek fel mentálisan és a környezet alakításával is az újszülött érkezésére, a születendő gyermekkel kapcsolatos belső reprezentációk erősödnek, vágyakat, terveket, valamint egyre fokozódó anya-magzat, apa -magzat kötődés jelenik meg, elkezd kibontakozni a szülői szeretet. (Makó, 2017)

Az anyák a várandóságuk alatt alapvetően négy készséget fejlesztenek ki magukban**:** biztonságot igyekeznek teremteni önmaguk és magzatuk számára, biztosítani kívánják, hogy a magzat elfogadásra kerüljön a családon belül, létrehozzák a magazt befogadását, azaz a „mi érzés", továbbá megjelenik náluk az önfeladási hajlandóság (Rubin,1975, idézi Andrek, 2019). Az anya, az apa és gyermeke közötti kapcsolat tehát egyértelműen az anyaméhben kezdődik. A várandóság hetei egyúttal az új életszakaszra való ráhangolódást is jelentik. A gyermeket váró szülők a magzat kihordásán túl lélektani tekintetben saját szülőségük alappilléreit is létrehozzák, elindulnak saját anyaságuk és apaságuk útján (Andrek, 2019). A kötődés folyamata tehát napról napra már a prenatális korban az anya, az apa és magzata között zajló dinamika során elkezdődik, ez a prenatális kötődés.

„A prenatális kötődés egy absztrakt fogalom, amely a szülők és magzatuk közötti affiliatív kapcsolat leképezésére hivatott és létrejön a várandóságot megelőzően is. Azon érzelmi és kognitív képességünk eredménye, hogy képesek vagyunk egy másik ember képzeleti megalkotására és továbbfejlesztésére saját ökológiai rendszerünkön belül" (Doan és Zimerman, 2003 idézi Andrek, 2019).

Az anya várandósága során a trimeszterek pszicho-dinamikai sajátosságai hatással vannak a gyermeket váró nő lelki strukturális változásaira: Az **első trimeszter** központi témája maga a várandóság. Az embrióra való „igen" mondás nyomán fejlődésnek indul az anyaság belső mentális képe. A gyermek testi-lelki befogadásához nyitottságra van szükség, ám a nyitottság egyben sérülékenységet is jelent. A hormonális hatások érzelmi hullámzásokat, időnként érzelmi elárasztást okozhat az anyákban. A nő mélyebben bevonódik a párkapcsolatba, az apára, mint önmaga és születendő gyermeke védelmezőjére tekint. Megváltozhat a nőiességről alkotott képe, ami változást hozhat a párkapcsolatban is. Ez az időszak a megnyílás, a fellazulás ideje is egyben, a korábbi kontroll alapú működés helyett előtérbe kerül a ráhagyatkozás állapota. A **második trimeszterben** a befelé fordulás a jellemző. A várandóság előre haladtával nő a magzat iránt táplált érzelmek intenzitása, a magzatmozgások tapasztalása pedig még jobban erősíti a kötődést. Az anyában egyre inkább nyilvánvalóvá válik, hogy magzata különálló lény. Képzeletében individuális jegyeket tulajdonít neki, családtagokhoz hasonlítja, kapcsolatuk egyre személyesebbé válik. A kötődés nyomai ebben a belső párbeszédben, a magzattal való testi-lelki interakciókban érhetők tetten. Az anya érdeklődése csökken a külvilág felé, az anyai tudatállapot beszűkül és ez megnöveli a szuggesztiók iránti fogékonyságot is. Az anyában feléledhetnek a saját kora gyerekkori élményei, a saját anyjával kapcsolatos emlékek, esetleg nehézségek, traumák. A **harmadik trimeszterben** a szülés kerül a fókuszba, megjelenik a türelmetlenség érzése, tovább nőhet a biztonságra, védettségre való igénye (Andrek, 2019).

Az ultrahang vizsgálatok során átélt anyai és apai élmények is elősegítik a szülővé válás folyamatát, erősíti az anya-magzat, apa-magzat kötődést. Ez a hatás a 12-14. gesztációs héten elvégzett uh vizsgálatnál a legerősebb (Sedgmen, McMahon, Carins, Benzie & Woodfield, 2006 idézi Andrek, 2019).

A magzat látványa tehát a várandóság korai szakaszában, amikor a magzatmozgások még nem érzékelhetők óriási jelentőséggel bírnak, melynek hatására az anyákban még jobban tudatosodik, hogy egy új élet fejlődik méhükben.

Condon 1993-ban kidolgozott elméletében az anya-magzat kötődés három dimenzióját írta le:
Az *affektív dimenzió* a magzat iránt érzett érzelmeket (öröm, szorongás stb.) tartalmazza.
A *kognitív kötődési* dimenzió amikor az anya mentális reprezentációt alkot a magzatról, érzelmekkel, temperamentummal, személyes tulajdonságokkal ruházza fel. Ennek során a magzat fokozatosan differenciálódik az anyától és végül az anya különálló lényként tud gyermekére tekinteni.
Az *altruisztikus kötődési dimenzió* során az anya a magzat megóvásának érdekében önfeladási mozzanatokat tesznek, változtatnak korábbi életmódjukon, egészségesebben élnek, étkeznek, jobban odafigyelnek testi, lelki egyensúlyukra, betartják a várandósgondozásban részt vevő szakemberek előírásait.

„A prenatális kötődés alatt tehát azt a megváltozott anyai viselkedést értjük, ami a várandóság történéseinek, valamint a magzattal való kapcsolat kialakulásának hatására figyelhetők meg." (Andrek, 2019)

Egy spanyol kutatócsoport MRI vizsgálatokkal primiparák agyának változását követték nyomon. A várandóság során jellegzetes agyi strukturális változásokat mutattak ki a szociális észlelésért felelős agyi területeken: szürkeállomány zsugorodás, a kéreg vastagságának csökkenése jött létre annak következtében, hogy sűrűsödtek és erősödtek az itt található neurális kapcsolatok. Ez a vizsgálat egyértelmű példája annak, hogy a várandóság során olyan anatómiai és élettani változások is bekövetkeznek, amelyek előkészítik, aktiválják azokat az agyi területeket, amelyek a magzat és az anya közötti kötődést elősegítik. Ezek a változások pedig egyértelműen hozzájárulnak az anyai érzésekhez és az anyaszerep kialakulásához (Hoekzema, Barba-Müller, Pozzobon, Picado, Lucco, García-García, Vilarroya, 2017 idézi Andrek,2019).

Az anya és a magzata kommunikál is egymással. Davenport felosztása alapján három csatornán keresztül.

Fiziológiai csatorna: A méh-placentáris keringése során az anya szervezetéből számos kémiai anyag jut át a magzat szervezetébe, ami hat a magzat fiziológiai állapotára. Ugyanez megfordítva is igaz, azaz a magzat és a placenta anyagcseretermékei visszakerülnek az anyába így fiziológiás szinten is változásokat okoznak, anya és magzata tehát hatással van egymásra.

Viselkedéses csatorna: Ez magába foglal minden olyan tevékenységet, amit az anya végez, hiszen ezek mind hatással vannak a magzatra. Így a munkája, pihenése, járása, beszéde, életmódja, környezete, valamint közvetlenül a magzatra irányuló viselkedése, minta a beszéd a magzathoz, érintés, simogatás, ringatás. Ezeket a várandóság előre haladtával a magzat egyre jobban érzékeli és reagál rá.

Intuitív csatorna: Ez egy „hagyományosan nehezen magyarázható pszichológiai kapcsolat", de ez az egyik legfontosabb kapcsolat. Amikor anya és magzata intuitív módon egymáshoz kapcsolódnak, összehangolódnak, ami még mélyebb lelki kötődés kialakulását eredményez közöttük. Sokszor ennek az intuitív csatornának a kézzel fogható eredménye az, hogy az anya érzi milyen nemű gyermeke fog születni vagy mi lesz a szülés pontos időpontja, úgy, hogy az anya számára nem áll rendelkezésre semmilyen objektív támpont. (Davenport,1988 idézi Varga és Suhai 2010)

„Mióta megmozdult bennem, azóta bensőséges a kapcsolatunk. Volt már olyan, hogy elkezdtem olvasni valamit és elkezdett nagyon intenzíven rugdosni"

„Elkezdem simogatni a hasam. Szia Tücsök. Jó reggelt! Hogy aludtál? Ahogy beszélek hozzá úgy mozog." (Varga és Suhai, 2010)

Az apává válás lélektana is a prenatális szakaszban kezdődik el, hiszen a legtöbb férfi napjainkban már aktívan bevonódik a várandóságba, például részt vesz az ultrahangvizsgálatokon, szülés felkészítőkön (Genesoni, Talladini, 2009 idézi Andrek, 2019) beszél a magzathoz, simogatja érinti várandós párja hasát.

A ’90-es évek óta egyre több tudományos figyelem irányul a férfiak mentálhigiénéjére is a várandóság idején. Az apák egy részénél (különböző vizsgálatok szerint 20-60%-nál) párjuk várandósága során couvade szindróma figyelhető meg, ami egy pszichogén eredetű szomatikus tünetegyüttes. (Leibnitz, 1991; Brennan, Ayers, Ahmed& Marshall-Lucette, 2007 idézi Andrek, 2019).
A couvade szindróma leggyakoribb tünetei: emésztési zavarok, alvási nehézségek, hízás, derékfájás. E tünetek legtöbbször az első és utolsó trimeszterben vagy a szülés körül jelentkeznek, majd nyomtalanul eltűnnek, emiatt nem is tudatosodik az apákban a várandósággal való kapcsolat. (Klein, 1991 idézi Andrek, 2019). Az érintett férfiak bár számos tünettől szenvednek, mégsem kérnek orvosi segítséget, talán mert úgy gondolják ebben az élethelyzetben nem lehetnek betegek, helyt kell állniuk. (Andrek, 1995). Antropológusok a világ számos pontján jegyeztek fel olyan rítusokat, tabukat, amelyek a várandóság, a szülés és a gyermekágy idején segítik a férfiakat az új szerepkörükben. Ebből láthatjuk, hogy a hagyományos társadalmak támogatják a férfiak regresszióját a perinatális időszakban, míg a modern társadalmak kevésbé tolerálják. Az apák részvétele a várandóság alatti szűrővizsgálatokon, szülésfelkészítő csoportokon vagy akár a szülőszobán, modern kori couvade rítuskén is felfogható, hiszen a bevonódás szorongáscsökkentő hatású lehet (Andrek, 2019).

Az anyákhoz hasonlóan az apák is gyászolják az elvesztett magzatot, ami alátámasztja, hogy kötődést alakítanak ki gyermekükkel a várandóság alatt (McCreight, 2004; Badenhorst & Hughes, 2007; Einaudi, Le Coz, Malzac, Michael, D’Ercole & Gire, 2010 idézi Andrek, 2019).

Amennyiben a szülést követően órákat, napokat vagy heteket élet az újszülött, akkor nyilvánvalóan az újszülött-anya, újszülött-apa kötődés még inkább valóságossá, kézzel foghatóvá válik és rohamos erősödésnek indul, csakúgy, mint egy életben maradó gyermeknél. Ezt a posztnatális kötődést segíti elő a szülés utáni aranyóra, az anyával és az apával töltött bőr-bőr kontaktus nyomán beinduló oxitocin termelés, a szoptatás, valamint az újszülött látványa, személyisége is. Nyilván amennyiben kiderül, hogy az újszülöttet záros határidőn belül elveszítik a szülők, a kötődés ambivalenssé válhat és beindul az anticipációs gyász.

A magzat és szülők közötti kapcsolatot leíró és a triádban kialakuló kötődést tanulmányozó bőséges és részletes szakirodalmi anyagok alapján egyértelműen kijelenthető, hogy a várandóság mennyire maghatározó és fontos időszak. Az anatómiai és élettani változásokon túl, az anyai és apai lélektani események és a környezet formálása is egyértelművé teszik, hogy azok a társadalom által sokszor közvetített érvek, hogy a még meg nem született embrión, magzaton vagy az újszülöttkorban elvesztett gyermekeken hamar „túl lehet lépni” és egy új várandósággal pótolható, mennyire károsak. Leszögezhetjük, hogy bármelyik gesztációs korban is történt a veszteség az haláleset, ami elkerülhetetlenül gyászfolyamattal jár, amelyben nem hagyhatjuk támasz nélkül a szülőket.

3. A perinatális veszteségek kórképei

Papp Zoltán A szülészet- nőgyógyászat tankönyve a gyerekvállaláshoz és szüléshez kapcsolódó veszteséget az alábbiak szerint definiálja (1999):

A vetélés (abortus spontaneus) a megtermékenyített emberi petesejt idő előtti spontán távozása az anyaméhből. Vetélésről a magzat 23.hét 6. napos koráig beszélünk.

A spontán vetélés idő szerinti osztályozása:

- **szubklinikai:** fogantatást követő 2-3 héten belül, általában nem okoz tüneteket, késve érkező, erősebb menstruáció fogamzások 65-70 százaléka így végződik
- **korai**: 1 trimeszterben 12. hétig az össze spontán vetélés 70%-át ez teszi ki.
- **középidős**: 13-23. hét. 6 nap közötti magzatvesztés

A spontán elvetélt **magzatok** több, mint 50%-nál súlyos kromoszómarendellenesség igazolható. Túlnyomó többségük sejtosztódási hiba vagy megtermékenyítési zavar következtében jön létre. Mindezek miatt az ismétlődésnek csekély a valószínűsége. A prenatális életben jelentős kromoszomális gentikai szelekció megy végbe, azaz a rendellenes fogamzások többsége megszakad.

Anyai okok között lehetnek:

- Genitális: gyulladások, méhfejlődési rendellenességek, méhnyak elégtelenség, mióma és egyéb daganatok, endometrium károsodás, progeszteron elégtelenség.
- Extragenitalis: endokrin zavarok (diabetes, pajzsmirigy, mellékvese betegségek), terhességi immunológiai adaptációs zavarok, autoimmun betegségek, lázas állapotok, anya vírusos, bakteriális vagy parazitás fertőzései, toxikus ártalmak: dohányzás, alkohol, kábítószerek, szerves oldószerek, nehézfém, pszichés és mechanikai traumák.

Apai okok: a hímivarsejtek rendellenességei.

A prenatális veszteséget okozó vetélések fajtái:

Befejezetlen vetélés: (abortus incompletus): Erős, alvadékos vérzés és görcsös méhösszehúzódások mellett a nyitott méhszájon át a pete részei is távoznak a méhből. A kezelőorvos az esetlegesen a méhben maradt szöveteket kiüríti a méhből vákumaspirációval vagy tompa küretkanállal.

Befejezett vetélés: (abortus completus): A pete és mellékrészei maradéktalanul távoznak, a friss vérzés megszűnik a nyakcsatorna órákon belül záródik. Megfelelően kollaboráló anyával negatív fizikális, laboratóriumi és ultrahang lelett mellett, kellő tájékoztatás után a kezelőorvos eltekinthet a műszeres befejezéstől.

Abbamaradt vetélés: (missed abortion): A pete a méhen belül elhal, de kilökődése nem következik be. Esetleg kevés, barnás vérzés jelzi a szövődmény fennállását, görcsök nincsenek. Fizikális vizsgálattal az uterus nagysága elmarad az elvárt mérettől, ultrahangvizsgálat során szabálytalan vagy üres petezsák látható. A hCG szint csökken, a terhességi próbák negatívvá válnak. A kezelőorvos a méhszájelőkészítés után vákuummal vagy tompa küretkanállal kiüríti a méhet.

Habituális vetélés: szokványos vagy ismétlődő vetélés, legalább két egymást követő spontán vetélés.

Primer: amikor a vetélések mellett kiviselt várandóság még nem fordult elő.
Szekunder: amikor a korábban sikeresen kiviselt várandóság(ok)at követően fordul elő sorozatos vetélés.

Méhen kívüli terhesség: a megtermékenyített petesejt nem a méh üregébe ágyazódik be és indul fejlődésnek, hanem a méhen kívül a hasüregbe. A várandóságok 1%-ban fordul elő. Fontos a megfelelő diagnosztizálás és az állapot előrehaladottságától függő kezelés, gyógyszeres vagy műtéti beavatkozás kórházi körülmények között (Papp, 1999).

Bár sokszor szereplő okok az anyai bűntudatban, de nem okoz vetélést a testmozgás, a szexuális élet, a munka vagy nehéz tárgyak emelése, émelygés és a hányás, esés, könnyebb sérülés (Andrek, 2019).

Vetélés kockázatát növelő tényezők:
- életkor (nő 35 év felett, férfi 40 év felett)
- korábbi vetélések
- krónikus betegségek diabétesz, pajzsmirigyproblémák
- méh rendellenes anatómiája
- dohányzás, alkohol, kábítószer
- genetikai szűrővizsgálatok: chorionboholy-biopszia, amniocentézis
- transzgenerációs problematika (Andrek, 2019)

A 24. gesztációs kort betöltött vagy legalább 500g súlyú és 30 cm hosszúságú gyermek esetében **prenatális mortalitásról** vagy **halvaszülésről** beszélünk. (Hivatalos értesítő, 2010)

Számos ismert és számos ismeretlen okai lehetnek a méhen belüli elhalásnak, mint a placenta vagy köldökzsinór nem megfelelő működése, kromoszómarendellenességek, fejlődési rendellenességek, kockázatos iker- és többesterhességek, anyai fertőzések, anyai betegségek, pszichés és fizikális traumák, szülés vagy császármetszés során fellépő végzetes komplikációk.
Az élve született, ám a szülést követő 1-7 napon belül elhunyt gyermek esetében az **újszülött halál** a pontos megnevezés. Ennek okai legtöbbször a koraszülés szövődményei, fejlődési rendellenességek, méhen belüli károsodások, genetikai betegségek, SIDS (Sudden Infant Death Syndroma). Helyszíne az esetek legnagyobb részében a NICU (Newborn Intensive Care Unit) azaz az újszülött intenzív osztályok, rendkívül ritka esetben a család otthona. Dolgozatomban perinatális veszteségnek tekintem még az újszülött korban hetekig életben maradt, de haza sohasem került gyermekeket is, akik genetikai betegségek, fejlődési rendellenességek vagy a koraszülés szövődményei miatt veszítették el életüket a NICU osztályokon.

Az alábbi táblázatból jól láthatjuk, hogy a 2015 és 2018 közötti időszakot vizsgálva átlagosan az éves szinten körülbelül 91 000 szülés mellett, 16 000 korai és középidős vetélés, 400 magzati halálozás (A KSH definíció a magzati mortalitás, halvaszülést érti alatta), valamint 350 csecsemőhalál (a KSH definíció ezen az újszülött halálozást érti) következik be Magyarországon. Ami azt jelenti, hogy évente körülbelül 17 000 családot ér valamilyen perinatális veszteség. (KSH, letöltés ideje: 2020. március 3.) Ez egy olyan jelentős szám, amit alátámasztja azt az igényt, hogy szükséges lenne országos szinten megteremteni annak lehetőségét, hogy szakmailag jól képzett segítők tudjanak támogatni minden veszteséget átélt szülőt. Ezért a perinatális szaktanácsadó tudás és szemlélet , továbbá a felkészült szakemberek önismerete és szupervíziós lehetősége is fontos lenne a kórházakban dolgozó perinatális szaktanácsadók, valamint a védőnői hálózat továbbképzéseiben is, hiszen ezek azok a területek, amelyek hivatalból kapcsolatban állnak minden érintett anyával, apával. Szükség esetén pedig a perinatális veszteségekre szakosodott segítőkhöz irányíthatnák őket.

	2015. év	2016. év	2017. év	2018. év	4 év átlaga
Csecsemőhalálozások száma (eset)	383	368	332	304	346
Korai és középidős magzati halálozások száma (fő)	16 394	16 794	16 107	15 837	16 283
Késői magzati halálozások száma (fő)	408	410	435	383	409
Élveszületések száma (fő)	91 690	93 063	91 577	89 807	91 534

Függetlenül attól, hogy a várandóság során, a szülés közben vagy a világrajövetel utáni rövid időszakban halt meg a gyermek, a várandóság körüli veszteségélmények az esetek többségében hasonló pszichológiai reakciókat váltanak ki, a gyászmunka sajátosságaiban és a feldolgozásában is a hasonlóságok vannak túlnyomó részt (Makó, 2017), ezért szakdolgozatomban is egységesen kezelem ezeket a veszteségeket.

4. A perinatális veszteség eseményei – A jövő vége

A várandósághoz, a szüléshez, koraszüléshez kapcsolódó veszteségek rendkívüli terhet rónak a szülőkre a testvérekre, a nagyszülőkre. Ha az embrió, a fejlődő magzat vagy az újszülött életét veszélyeztető vagy halálos kimenetelű állapot merül fel, az sokk szerűen hat az anyára és az apára egyaránt. Továbbá a rítusok hiánya, tabusítás és a „temetetlenség" jellemzi ezt az áldatlan állapotot. A vetélés és a magzati halálozás megrázkódtatása egyfelől nehezen illeszthető bele a várandóság alapvetően bizakodó hangulatába. Másrészt a természetesen jellemző ambivalens és nehéz érzések is befolyásolhatják a veszteségek megélését. Ilyenkor elindulhat az anyában a bűntudat, hogy talán azért halt meg a gyermeke, mert nem szerette eléggé vagy nem mostanra tervezte az anyaságot.

Vannak anyák, akik a korai jelekről tudomást sem vesznek, abban bíznak, hogy az apró tünetek majd elmúlnak. Más anyák sokszor tünetek nélkül is megérzi, hogy nem várandósak már. Ebben az esetben aztán a vizsgálatok csak megerősítik, hogy az embrió vagy magzat már halott, bár a vetélés, szülés még nem indult el. A hosszan tartó erős élénk vérzés azonban olyan vízválasztó lehet, ami után már nem tud egykönnyen hinni az anya abban, hogy gyermeke életben van. Néha azonban még nem teljesen biztos a veszteség és a várandós nőben felcsillan a remény, ami aztán újra elveszik, mikor bekövetkezik a lesújtó diagnózis.
A vetélésig tartó várakozás alatt morbid félelem töltheti el, hogy egy halott gyermeket hordoz. Ha a vetélés otthon történik a teljesen kifejlődött, felismerhető emberi magzat látványa traumatikus élmény. Amíg a halott magzat születésére vár az anya érzelmileg nagyon ellentmondásos helyzetbe kerül: egyfelöl vágyik rá, hogy megtartsa gyermekét, másfelől szorong, hogy egy holttestet hord méhében (Raphael-Leff, 2010).

Ha orvosilag nem indokolt a műtéti befejezés és az anya nincs egyedül, megfelelő társas támasz jelenlétében az otthon zajló spontán vetélés minden nehézsége ellenére is lehet pozitív, hiszen a nő saját tempójában, elfogadásban, biztonságban történik. Ezzel szemben a legtöbb egészségügyi intézményben zajló vetélésnél megjelenhet a magány, az elidegenedettség, az együttérzés hiányának a veszélye. A kórházban főleg a korai vetéléseket szinte mindennapos eseményként kezelik, azok befejezése is egyszerű rutinellátásnak számít. Emellett komoly veszélyt jelenthet az egészségügyi dolgozók részéről a megfelelő kommunikáció hiánya. A vetéléseket ugyanis legtöbbször elbagatellizálják, és a minél gyorsabb újbóli fogantatást javasolják, mint megoldást a veszteségre.

A méhen kívüli várandóság több életeseményt is magába sűrít: életveszélyben van az anya, posztoperatív fájdalom, megrázkódtatás a magzat vagy a termékenység esetleges elvesztése miatt, ami megfosztja a következő terhesség reményétől. Az embrió elvesztése miatti fájdalom, bűntudat amiért nem tudott termékeny talajt biztosítani magzata számára. Érezhet haragot az apa iránt, aki „*nem megfelelő helyre juttatta*" a hímivarsejtjeit. Megjelenhet a becsapottság érzése, mivel még csak nem is tudott a várandóságáról, így nem élhette át a pozitív érzelmi élményt, elsőnek a veszteséggel találkozott (Raphael-Leff ,2010).

Az esetek egy részében az ultrahangvizsgálatokon az élő magzat mellet egy másik petezsák vagy életjelenséget nem mutató embriót is látni. Ez ikerterhességet jelent. Az ikerterhességeknek legalább a felében az egyik embrió vagy magzat elhal. Ez az eltűnt iker, azaz vanishing twin szindróma. Ebben az esetben lélektanilag az öröm és a gyász is megjelenik a szülőkben (Raphael-Leff ,2010). Elvesztett gyermeküket ugyanis el kell, hogy gyászolják, amelynek nehéz érzései, fizikai tünetei, mindenképp hatással lesznek az életben maradt magzatra, miközben örülnek annak, hogy életben van. Vele tovább tervezik a jövőt, ugyanakkor létezése mindenképp emlékezeti őket az ikertestvérre. Fontos, hogy gyászukat megéljék és ne elfolytsák, valamint érzelmi elárasztással ne az életben maradt magzatot terheljék, hiszen neki is fel kell dolgoznia testvérének elvesztését, bármilyen korai is volt a halál időpontja.

A vetélés után főleg amikor nincs orvosi magyarázat a veszteségre megjelenhetnek irracionális félelmek és hiedelmek is az anyában. Úgy gondolhatja, hogy múltbeli vétkeiért vagy azért, mert vegyes érzelmekkel fogadta a várandóság tényét, esetleg korábbi szexuális kicsapongásiért bűnhődik. Ezzel próbál meg értelmet adni a veszteségnek (Raphael-Leff ,2010).

„*Egy kis pont vagyok, kiszolgáltatva a végzet sötét erőinek. A sors nem véletlen. Amikor elvesztettem a magzatot, rögtön tudtam, hogy ez a büntetés az abortuszért, amelyet 19 éves koromban elkövettem. Nem menekülhetsz el tetteid következménye elől. Végül úgyis utolérnek.*" (Raphael-Leff ,2010 186.o.)

4.1. Hogyan hatnak a kórházi tapasztalatok a gyászfolyamatra

A kórházban megnövekedik a szuggesztibilitás, ebben az érzékeny lelki állapotban minden szó, gesztus felerősödik és ez fokozottabban jelentkezik, ha veszélyben van a magzat, újszülött élete. A szülők beszámolóiban éppen ezért nagy hangsúly van a kórházban történt eseményeken. Negatív és pozitív élményeikről egyaránt szenvedéllyel beszélnek. A perinatális veszteséget nagyon sok érzés és érzet kiséri. Kétségek, remények váltakozása, fizikai és lelki gyötrelmek jelentkeznek. Váratlansága és kiszámíthatatlansága miatt nem lehet rá felkészülni. Ha az ultrahangvizsgálat során kiderül, hogy az embriónak, magzatnak nincs szívhangja, az anyát egyértelműen sokkolja az esemény (Singer, 2016). A nagyobb magzatok elvesztése még sokkolóbb ugyanis ebben az esetben az anya kénytelen megszülni gyermekét. Végtelenül nyomasztó úgy vajúdni és „elszenvedni" egy szülést, hogy hiábavaló volt a végén nincs ott a „jutalom", azaz a várva várt gyermek (Raphael-Leff ,2010). A legnagyobb trauma azonban, amikor szüléskor következik be a halál, hiszen az anya a szülés miatt egy regresszív, beszűkült tudatállapotban van. Ebben az érzékeny lelki állapotban nehézséget okoz a halál realitásának a felfogása is (Singer, 2016).
Ha a gyermek élve születik, de olyan súlyos fejlődési rendellenességgel vagy betegséggel, hogy hamarosan a halálára lehet számítani, akkor ez egy olyan trauma a szülőknek „amely megállítja az idő kerekét; és ha az idő megáll az ember számára, akkor a képzelete sem képes kilépni a jelenből. A jövő hirtelen bejósolhatatlanná, érzelmileg átélhetetlenné válik. Egyúttal a reményekkel és a várandóság alatti fantáziákkal teli múlt emléke elmosódik, túlzottan fájdalmassá válik. A szülők a végtelennek tűnő jelen foglyai." (Stern, 128.o.).

A NICU osztályokon kezd kialakulni az a gyakorlat, hogy amennyiben van rá mód megteremtsék a búcsú lehetőségét. Ideális esetben az osztály dolgozói igyekeznek még időben értesíteni a szülőket és segítenek abban, hogy a gyermek ne az inkubátorban elszigetelve haljon meg, hanem a szülei karjában. Ez bár egy nagyon megrendítő élmény, ugyanakkor a szülők úgy érzik a végső együttlétben megjelenik egy felemelő érzés is, ami a későbbiekben melegséggel tölti el őket és a következő fejezetekben láthatjuk majd miként segíti a gyógyító gyászfolyamat elindulását (Singer, 2016).
Az anyákat nyilván fájdalmasan érinti, ha halvaszülés esetén egészséges élő gyermeket szülő nő mellett kell vajúdniuk, ezért fontos, hogy elszeparálva szülhessenek, majd a nőgyógyászati osztályra kerüljenek és ne a gyermekágyas kórtermekbe. Erre napjainkban talán már kellő figyelmet fordítanak. Azt végképp nehezen viselik, ha művi abortuszra várókkal kell egy szobában lenniük. Ezek az élmények érthető módon csak megnehezíthetik a kezdődő gyászidőszakot. Ugyanakkor itt is nagyon sok egyéni reakció lehet, egyes anyákat mélységes szomorúság önti el, ha az újszülöttek sírását hallják a gyermekágyas osztályról, más anyákban a csecsemők sírása halvány reménysugarat ad, hiszen "*születnek még kisbabák, nem mindegyik hal meg*" (Singer, 2016 16.o.) A szülők leginkább arra kíváncsiak, hogy mi okozta a gyermekük halálát. Korai vetéléseknél erre legtöbbször nem derül fény, de sokszor még a fejlettebb magzatok esetében is csak későbbi vizsgálatokkal lehet tisztázni. E tekintetben az orvosok nem tudnak megnyugtatást adni, viszont nagyon sok múlik az emberséges, együttérző hozzáállásukon (Singer, 2016).

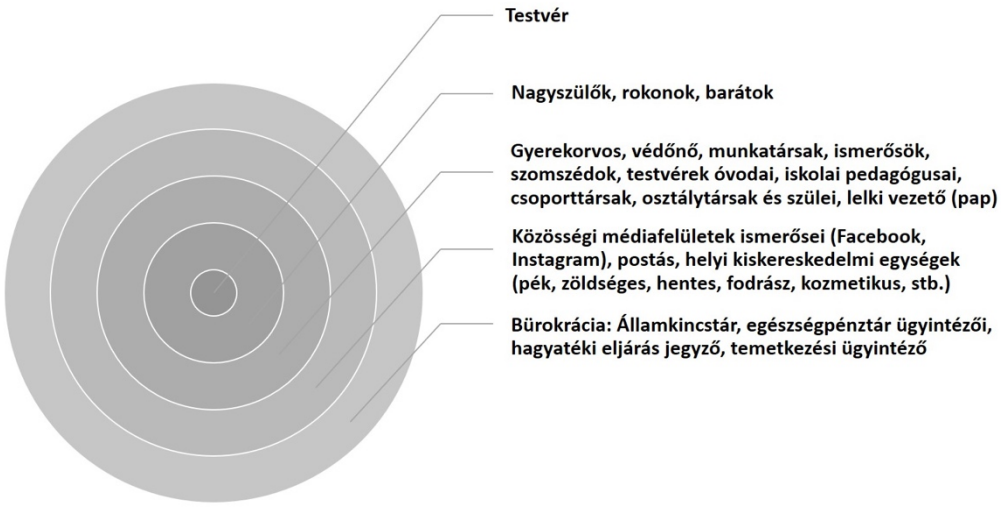
4.2. Érvénybe levő szabályozások, rendeletek a holttesttel kapcsolatban

Amennyiben a 24. hét előtt következik be a halál vagy a magzat mérete nem ére el a 30 cm-t és/vagy 500 g-ot, akkor az vetélésnek számít, halottvizsgálati bizonyítványt nem kell kiállítania az orvosnak. Ekkor a magzat teteme a kórbonctanra kerül, ahol egy részéből szövettani vizsgálat készül, a többi szövetet más emberi maradványokkal együtt úgynevezett gratis-ládába kerül, amelyet a temető egy adott részén temetnek el. Az így eltemetett emberi maradványoknak a temető üzemeltetője külön sírhelytáblát jelöl ki.
Perinatális halálnak számít a várandóság 24. hete után vagy 30 cm és 500 g felett halva született gyermek vagy ha az újszülött halála a szülést követő 168 órán belül következik be. (34/1999. IX. 24.BM- EüM-IM együttes rendelet, 1999. Évi XLIII. törvény). Ebben az esetben az orvosnak egy halottivizsgálati bizonyítványt kell kitöltenie, majd intézkednie a halott elszállításáról, a patológiai osztályra. A lefolytatott korbonctani vizsgálatot követően a magzati tetem eltemethető. A már említett rendelet kimondja (16. §, 3. bekezdés), hogy a temetésről az egészségügyi intézmény kezeskedik, kivéve, ha saját kérése alapján, arról más személy kíván gondoskodni. A meghalt magzat sírhelyét a 145/1999 (X. 1.) Kormányrendelet értelmében meg kell jelölni, feltüntetve azon a temetés napját és a temetési hely sorszámát. Ha nem intézményi temetés történik, a fejfán fel lehet tüntetni az utónevet is. Az országosan érvényes jogszabályozás lehetőséget biztosít arra, hogy halvaszülés, vetélés esetén, még ha nem kórházban történik is, a közeli hozzátartozó kérhesse, hogy maga gondoskodjék a temetésről, a kezelőorvosnak viszont erre nincs tájékoztatási kötelessége. Ugyanakkor arra sincs tájékoztatási kötelessége, hogy a magzattól, újszülöttől való búcsú lehetőségét fel kell-e kínálni. Emiatt a megfelelő tájékoztatás csak alacsony mértékben valósul meg. A 24. hét előtti elvetélt magzatok sokszor a többi műtéti eljárás során eltávolított emberi maradvánnyal kerülnek egy helyre, mintegy egészségügyi hulladékként. Ilyen esetben gyakran előfordul, hogy a hozzátartozók a temetésről nem gondoskodnak mivel nem is tudják, hogy erre lehetőségük lenne. Miután az elhunyt emberi magzatok emberi státuszának megítélése erősen intézmény és egyén függő, a velük való bánásmód nem egyértelmű.
Vannak olyan intézmények, ahol lehetőséget kapnak a gyermekkel való együttlétre a kegyeleti szobában, más helyeken viszont arra sincs lehetőség, hogy a szülők láthassák vagy karjukba vegyék gyermeküket. A Magyarországra legjellemzőbb helyzet azonban az, hogy az elhunyt magzatok és újszülöttek temetését is az intézmény a saját gyakorlata szerint intézi, a szülők megkérdezése és tájékoztatása nélkül, a veszteség sokkját átélő szülőpár pedig csak sodródik az eseményekkel (Zsák, 2019). A kórházból való távozás után kezdődik el teljes valójában a szülők gyásza (Singer, 2016).

5. A perinatális gyász és annak hatásai

Amikor egy nő a több hónapon át kibontakozott remény beteljesülését elveszti, hatalmas űr keletkezik benne. Az anyák magyarázatot próbálnak találni az őket ért veszteségre, sokszor a dühük az egészségügyi dolgozók ellen fordul, akik „hagyták ezt megtörténni" vagy látszólag „meg sem rázta őket az eset. Amikor tehát a várandóság felfelé ívelő érzelmi folyamatát a magzat halála megszakítja és lerombolja, akkor ez óriási traumaként jelenik meg a szülők lelkében. Ez elkerülhetetlené teszi azt, hogy a veszteség után gyászfolyamat induljon el. A kezdeti dermedtség után fájdalmas zavarodottság lesz úrrá az anyákon, ezt pedig érzelmek, gondolatok és események sokasága követi, mint a sokk, a tagadás, a harag, a düh, gyötrelem, a magzat keresése, a veszteség elfogadása, majd a fokozatos felépülés, ami viszont hosszú hónapokat vesz igénybe (Raphael-Leff, 2010). A perinatális veszteség egy olyan hirtelen és egyáltalán nem várt esemény, amelyre a legtöbb szülő természetesen nem készül fel, egyben a "jövő elvesztését" jelenti (Robinson, Baker, 1999 idézi Makó, 2017). A szülők gyászolják a gyermeküket, a várandóság alatt felépült vágyaikat az elképzelt boldogságukat, tovább fejlődő kapcsolatuk jövőképét (Bennett, Litz, Lee, 2005, idézi Makó 2017).
Andrek Andrea friss tanulmányában (2020), arra hívja fel a figyelmet, hogy máig nincs egyezményes meghatározás a normál és komplikált gyászra vonatkozóan. A definíciók tanulmányozása nyomán az a kép rajzolódik ki, hogy a különbségek leginkább a gyász idejére, illetve annak tüneti, érzelmi intenzitására vonatkoznak (Andrek, 2020). Igen szűk a mezsgye a normalitás és patológia között, emiatt gyakori a fölösleges patologizálás jelensége (Benzúr, 2015 idézi Andrek, 2020). A gyász megjelenése ugyanis a perinatális veszteségre adott természetes reakció, a veszteség körülményeitől függően azonban gyakran megjelenhet a komplikált gyászmunka is. Minél intenzívebb a szülők gyásza, annál nagyobb valószínűséggel alakul ki poszttraumás stressz zavar, depresszió és kóros szorongás különösen a következő gyermekkel való várandósság alatt (Hutti, 2015 idézi Andrek, 2020). Kvalitatív vizsgálatok arra mutattak rá, hogy a perinatális veszteség első jellegzetes reakciója a sokk élmény és a valóság elfogadásának képtelensége (Brier, 2008 idézi Andrek, 2020). A kezdeti megrázkódtatást az anya- és apaszerep, valamint az ehhez kapcsolódó jövőkép váratlan eltűnése követi, ami egyre hevesebb szomorúság és csalódottság érzéssel jár. A halott gyermek iránt érzett szenvedéssel teli sóvárgás az egyik legmeghatározóbb lélektani, érzelmi reakció az elveszített gyermek gyásza során (Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson, 2007 idézi Andrek, 2020). További jellegzetes tünetek perinatális gyász esetén a sírás, fáradtság, étkezési és alvási szokások megváltozása, a veszteségben való elmerülés és a bűntudat. A bűntudat megjelenés igen gyakori és gyakran társul hozzá önvádlás, önhibáztatás (Andrek 2020). A megfelelő idő elteltével és a gyászmunka befejezésével érhető el a „gyógyulás" állapota, amikor a szülők képesek lesznek újraépíti kapcsolataikat céljaikat és már csak időnként fájdalmas az emlékezés. (Komlósi idézi Bowlby, 1963)

Az egyik első és egyben nagyon nehéz probléma a halálhír közlése a környezettel. A várandóság előre haladtával egyre több és több ember szerez tudomást a gyermek érkezéséről, személyesen vagy akár napjainkra oly természetessé vált közösségi médiumokon (Facebook, Instragarm stb.) keresztül. A család és a gyermeket váró párt körülvevő jelentős számú embercsoport a vetélés vagy a szülés után értetlenül áll a hirtelen eltűnt várandósághoz, vagy kedvesen érdeklődnek a „baba megszületéséről". A gyermek elvesztésének közlése szintén borzasztó nehéz a szülőknek. Nem beszélve a haláleset miatti hivatalos ügyéntézésről, hagyatéki eljárásról, amikor az ügyintézőknek saját gyermekük halotti anyakönyvi kivonatát kell átnyújtaniuk. Ezek mind-mind olyan elkerülhetetlen interakciók, amik jelentős terhet okoznak a szülőknek. Az alábbi ábrán összegyűjtöttem azokat az ismeretségi köröket, amelyek felé a tragédia után előbb vagy utóbb kommunikálni kell a hírt.



A veszteségre adott reakciók számosak, függ az érintettek élettörténeti előzményeitől, a várandósághoz való viszonyulástól, a veszteség körülményétől. Befolyásolja az egyén személyisége, megküzdési stratégiái, az egészségügyi személyzet hozzáállása, kommunikációja, a támogató pszichés kisérés megléte és minősége (Makó, 2017). A leggyakrabban azonosított érzések és reakciók a legtöbb szülőnél megtalálhatóak. Érzelmi reakciók a sokk, a szorongás, a depresszió, a bűntudat a tagadás, a bánat, az önvád, az elkeseredettség, a kilátástalanság, a reménytelenség, az élet értelmetlenségének érzése, a szorongás, a harag, a düh, valamint az ingerlékenység A fizikai működésben jelentkező zavarok a szorító érzés a mellkasban, a torokban, a légszomj, a gyengeség, a fáradtság**.** A kognitív működésre gyakorolt hatások, mint az intruzív gondolatok a magzattal kapcsolatosan, a fantom magzatmozgások, a koncentrációs és döntéshozatali nehézségek, a disszociatív amnézia, a jövővel kapcsolatos félelmek és aggodalmak, a magyarázatok keresése. Viselkedésben megjelenő zavarok is jelentkezhetnek, alvási és étkezési zavarok, szociális visszahúzódás, az eseményre emlékeztető helyzetek elkerülése formájában. Ezek a viselkedést és az érzelmi, kognitív működést érintő hatások a veszteségre adott normatív reakciók, amennyiben azok a gyermek halálát követő 6-12 hónapban jelentkeznek (Makó, 2017). A veszteség továbbá súlyos következményekkel járhat az önértékelésre, valamint az énképre (Leon 2001, Bowles és mtsai 2000, Moscarello 1989 idézi Makó, 2017).

A szülők szinte minden esetben súlyos kudarcként élik meg a perinatális veszteségeket, alkalmatlanságuk pedig szégyenérzettel tölti el őket. Egy harminchárom éves nő így érzett: "*Milyen feleség vagyok, milyen nő, milyen anya? Mindenkinek sikerül egészséges gyermeket szülnie, nekem miért nem? A nővérem és a sógornőm már a második, harmadik gyereket szüli, csak én vagyok ilyen selejtes árú*." (Singer, 2016 19.o)

Az apák is érezhetnek hasonlót: 35 éves közgazdász apa: "*Nem is értem igazán, ilyen fiatalon elismert vagyok a szakmámban, már tanítom is a fiatalabbakat, most mégis olyan fura érzésem van, mintha éretlen kis kölyökké fokozódtam volna le. Főleg akkor érzem, ha a szüleimmel vagyunk, ezért most kevesebbet látogatjuk őket."* (Singer, 2016 19.o)

Az anyák szomorúsága láttán az apák frusztrálódnak szembe kerülnek saját tehetetlenségükkel, férfi szerepeik sérülésével. "*Nem tudom, miért érzem azt, hogy kudarcot vallottam, mint férfi, nem védtem meg a feleségemet, sőt egyenesen cserben hagytam*." 28 éves apa (Singer, 2016 19.o)

Tipikus tünet a veszteségek átélt nők esetében a várandós nők és az újszülöttek iránti negatív érzelmek. Amit azután szintén szégyenérzet kísér, hiszen, milyen ember az, aki ártatlan várandósokat és gyermekek

iránt így érez. 26 éves nő: "*Nem ismerek magamra, el sem hiszem, hogy én vagyok az, aki még a barátnőjével sem képes találkozni, mert babát vár. Nem tudok örülni neki és ez még a jobbik eset, az idegen kismamákat utálom is. Ha meglátok egyet az utcán elfordulok.*" (Singer, 2016 19.o)

Az intolerancia nem csak más várandósok felé mutatkozhat meg, hanem a legjellemzőbben a nő saját anyja irányába. Ennek alapja az az érzés, hogy saját anyjával szemben alul maradt, mert ő nem volt képes egy gyermeket a világra hozni. 29 éves nő az anyjával kapcsolatban: "*neheztelek rá, mert neki nem volt gond a gyerekszülés*" (Singer, 2016 20.o).

Ellenpélda is lehet: "*anyu a legfőbb támogatóm, ha valaki, hát ő megérti, min megyek keresztül. És milyen érdekes ez az egyszerű asszony nem mond hülyeségeket, mint sokan mások*." (Singer, 2016 20.o)

A perinatális veszteségeket átélt nők sokszor bármilyen reagálást nehezen fogadnak, nem tudják kihez forduljanak, a barátok ismerősök tanácstalanok ebben a helyzetben. 39 éves negyedik gyermekét elvesztő anya: "*Ha érdeklődik, hol a baba, az a baj, ha nem kérdez rá a lapos hasamra az a baj. Ha nem kapok támogatást, megbántódom, ha pedig együttérzéssel fordulnak felém, tiltakozom, hogy ne sajnáljanak engem. Mit várok akkor, hogy lehet így segíteni nekem*?" (Singer 2016. 21.o)

A szülők reakcióit összehasonlító elemzésekből kiderül, hogy az anyák gyakrabban éreztek bűntudatot, emellett lényegesen több anya nyilatkozott gyakori sírásól. A harag és a bűntudat megjelenhet önmagukkal vagy a környezetükkel szemben, vádolják tehát saját magukat, az Istent, a kezelőorvosukat. Küzdenek a realitás elfogadásával. Nehezen hiszik el, hogy ez velük megtörténhet és aggódnak, hogy a jövőben mindez újra megismétlődhet. Szenvednek a környezet tapintatlan reakciói miatt, ezáltal kínos szituációkat élnek át (Benfield, Leib 1978, idézi Makó, 2017). Fontos tény továbbá, hogy még a korai vetélésen átesett nők is megélik a bűntudatot, az üresség érzését, valamint a veszteségélményt, a bánatot és az elhagyatottságot (Adolfson, Larsonn 2004, idézi Makó, 2017). A nők sok esetben úgy érzik nem tudták megvédeni gyermeküket, mialatt a testükben hordozták, önmagukat vádolják, ami még inkább fokozódhat abban az esetben, ha a halál okára nincs objektív orvosi magyarázat. Az ilyenkor jelentkező szélsőséges önvád további pszichés problémákat gerjeszthet, csökkentheti az önbecsülést, amely megnehezíti a gyászfeldolgozást (Oikonen 2002, idézi Makó, 2017). Fontos kutatási eredmény, hogy a perinatális veszteséget átélt anyák szorongásszintje - más gyászhoz kapcsolódó tünetekkel ellentétben - hónapokkal a veszteséget követően is magas marad. (Deregrov 1991, idézi Makó, 2017). Jellemző az anyaszerep hirtelen "eltűnése miatt érzett zavarodottság és az anticipált jövő elvesztése miatti csalódottság (Brier 2008, idézi Makó, 2017).

5.1 Milyen tényezők befolyásolják a perinatális gyászt?

A perinatális veszteséget követő gyászt befolyásolja a gyászoló személyisége, az, hogy milyen korábbi veszteségei voltak és azokkal hogyan sikerült megküzdenie, milyen az aktuális testi és lelki állapota, optimista vagy pesszimista a világnézete, mennyire nyitott, tud-e segítséget elfogadni, továbbá milyen a hitrendszere. Befolyással vannak a gyászra a veszteség körülményei is. Pár hetes embriók elvesztését a szülők könnyebben viselik el, ha először történik. Azonban ahogy telnek a hetek és nő méhen belül a magzat úgy kezdenek a szülők egyre inkább kötődni hozzá, a bekövetkező veszteség súlya pedig ezzel arányosan növekszik (Singer, 2016). A gesztációs kor tehát pozitívan korrelál a gyász intenzitásával (Andrek, 2019). Ha még nincs élő gyermekük a szülőknek, kínzó bizonytalanság gyötörheti őket, hogy lesz-e egyáltalán. Ebben a helyzetben nehéz a hitet életben tartani, még akkor is, ha orvosi szempontból nincs semmin szervi ok az egészséges gyermek születésére. Hosszú várakozás vagy IVF program során fogant gyermekek esetében a halált még súlyosabb veszteségként élhetik meg a szülők. Azonban ilyen esetekben is lehetnek eltérések: volt olyan szülőpár, "akik lombikprogram segítségével fogant, koraszülöttként világra jött, pár napot élt gyermekük halála után, bár mélyen gyászoltak, boldogok voltak, hogy elveszített gyermekük

szülővé tette őket" (Singer, 2016 18.o). Nem annyira várt gyermek esetében, amikor az anya nehezebben fogadta el a magzatot a bűntudat nehezíti meg a halál feldolgozását. A bűntudat kerül előtérbe akkor is, amikora magzattal nem sikerült a megfelelő minőségű kapcsolat kialakítása a várandóság során, a megélhetés, a jövő miatti aggodalom vagy a párkapcsolati nehézségek miatt (Singer, 2016). Fontos körülmény még, hogy a diagnózis közlése és a szülés megindítása között eltelt időt, hogy és hol töltik a szülők, milyen támogatást kapnak (Zsák, 2019).

5.2. Sajátosságok, amelyek nehezíti perinatális gyászt

A gyászoló szülőknek, testvéreknek, nagyszülőknek kevés tapasztalata van az elvesztett gyermekkel kapcsolatban. Kevés az emlék, amire visszaemlékezhet, aminek az emlékét ápolhatja. Sokszor nincs fizikai test, amit el tudnak temetni. Hiányoznak a perinatális gyászhoz tartozó szokások, rítusok. Kevés lehetőség van a verbális feldolgozásra, érzések kifejezésére. A környezet sokszor különösen a korai vetéléseknél alábecsüli a veszteséget, a tovább lépést sürgetik (Brier, 2008 idézi Makó, 2017). Az anyák várandóságuk hetei hónapjai alatt elképzelik a gyermekük születése utáni időszakot. Ha dolgoznak, akkor úgy szervezik meg az életüket, hogy egy időre szüneteltetik karrierjüket. Gyermekük váratlan elvesztése után a munka folytatása vagy új munkahely keresése nagy kihívást jelent (Makó, 2017).

5.3. A **komplikált gyász tényezői a perinatális veszteségek során**

Váratlan veszteség - Várandóság során inkább a boldog jövőre gondolnak a szülők, minthogy elveszíthetik magzatukat, a vetélések, koraszülések váratlanul kiszámíthatatlanul jelentkeznek.

Túlságosan erős kötődés a halotthoz - A várandóság tényének beigazolódásától a hetek múlásával egyre jobban erősödik a kötődés a magzathoz. Így a 3. trimeszterben vagy a születés utáni halálozások még nagyobb kockázatot jelentenek.

Ambivalens érzelmek az elhunyttal kapcsolatban - Előfordulhat, hogy a várandóság nem tervezett vagy részben nem kívánt volt. Egyéb életkörülmények miatt pl. anyagiak, párkapcsolat ambivalens viszony is megjelenhet a magzattal kapcsolatosan.

Gyermek, illetve fiatal halála – Magzatról, újszülöttről van szó.

Gyásszal egyidejűleg fellépő egyéb stresszhelyzetek, hiányos szociális kapcsolatok - Sokat ronthat a környezet, tabusítása, a perinatális veszteség bagatellizálása, valamint a továbblépés sürgetése, ami növelheti a magára hagyatottság érzését, a társas támasz hiányát, az izolációt. A gyászreakció nemek közötti különbségei miatt feszültség jöhet létre a párkapcsolatban, fokozódhat a meg nem értettség érzése.

Halál erőszakos bekövetkezése - Baleset miatt elvesztett magzat vagy újszülött, az élettel össze nem egyeztethető fejlődési rendellenesség vagy egyéb fejlődési rendellenesség vagy genetikai probléma miatti terhességmegszakítás.

A túlélő olyan balesetben veszít el valakit, aminek saját maga volt az okozója - A magzat halála és az estleges szülői felelősség közötti összefüggés frusztrációja.

Elhúzódó gyász - A feldolgozás a várhatónál hosszabb idejű és intenzívebb bevonódással jár.

Hiányzó vagy késleltetett gyász - A veszteséget követően nem jelenik meg gyászmunka. (Pilling, 2003; Makó, 2017). Ugyanakkor a gyászhoz kapcsolódó érzelmeket alig mutató személyek hosszú távú után követésben nem mutattak elfojtott gyászra utaló tüneteket, ezért a megküzdés lehetséges útjaként érdemes

erre is tekinteni. Az érzelmek tagadása akut gyász idején énvédő hatású, megóv az elárasztó, elviselhetetlen fájdalomtól (Hutti, 2015 idézi Andrek, 2019).

Patológiás következménnyel járó gyász - A gyásszal összefüggésben szövődmények, mint például az egészségi állapot romlása, mentális problémák következnek be.
(Pilling, 2003, Makó, 2017)

Akadályoztatott gyászmunka a helyzet speciális volta miatt a fentieken túl kialakulhat még amennyiben a halott magzattal vagy újszülöttel való fizikai kapcsolat nehezített volt. Később megbánás jelentkezhet, amennyiben nem nézte meg a gyermeke testét. Ugyanakkor, ha a halott magzat, újszülött látványa túlságosan traumatizáló volt számára. Amennyiben intenzív és feloldhatatlan bűntudat érzése jelenik meg. A sérült szülői identitás a későbbi gyermekvállalásban nehézséget okozhat, ugyanis a tervek vágyak megsemmisülésével alapjaiban sérülhet a szülők jövőbe vetett hite (Makó, 2017).

Egyes kutatások szerint még nehezebb lehet a gyászfeldolgozás kimenetele: ha az érintett anyák pszichológiai kezelés alatt állnak, párjuk vagy családjuk felől nem érkezik megfelelő támogatás, a veszteség a várandóság későbbi szakaszaiban történik, ha látták halott gyermeküket, a következő várandóságig letelt idő rövidebb volt (Turton és mts., 2006, idézi Makó, 2017). Ha van testvér nehezebb a gyászmunka, mert kevesebb idő jut a szülőknek elmélyülésre (Andrek, 2019).

Keefe-Cooperman (2005) vetélésen és magzati fejlődési rendellenesség miatti terhességmegszakításon átesett nők gyászát összehasonlítva nem talált különbséget a két csoport között. Ugyanakkor 6 olyan változót azonosított, amely befolyásolta a gyászfeldolgozás folyamatát: a veszteség óta eltelt idő, a gyásztanácsadáson való részvétel, az otthonon kívüli tevékenység, foglalkoztatottság megléte. Mérsékelte vagy nehezítette a veszteséggel való megküzdést a veszteség miatt érzett felelősségérzet. Az anya életkora és az azzal járó bűntudat, miszerint korábbi életkorban kellett volna gyermeket vállalni. Valamint a gesztációs kor (Keefe-Cooperman, 2005 idézi Makó 2017).

5.4 Egészségi állapotot érintő negatív következmények

A nők 20-35 %-nál az egészségi állapotot érintő tartós negatív következmények kockázatával is lehet számolni, melyek jellemzően az alábbiak lehetnek: depresszió, szorongás, poszttraumás stressz zavar, hangulatzavar, traumatikus eseményeket felidéző gondolatbetörések, kényszeres zavar, akut stresszreakció, a műtéti beavatkozásokkal járó fizikai problémák (folyamatos vérzés, menstruációtól eltérő vérzés, esetleges műtéti szövődmények vagy azoktól való félelem, a jövőre irányuló kétségek a reprodukciós képességekkel, szomatoform zavarok (jellemző rájuk, hogy az érintettek klinikai szempontból jelentős, de megmagyarázhatatlan fizikális tünetek tucatjaival fordulnak orvoshoz) Az idő múlásával a perinatális gyász a hagyományos gyászfolyamatokhoz hasonlóan rendszerint mérséklődik. A vetélést vagy halvaszülést követő fél-egy éven belül lezajlik. A tünetek, mint a szorongás, depresszió, harag, hangulatzavar jelentősen csökken, az önbecsülés pedig növekedni kezd (Makó, 2017). Átlagosan a tünetek egy éven belül mérséklődnek, de a nők egy jelentős része 20%-uk egy éven túl is a veszteséghez kapcsolódó problémákkal küzd (Schweizer, Büchi, Fauchére, Mörgeli és Jenewein, 2007; idézi Makó 2017).

5.5 Megküzdési stratégiák

Kovácsné, Szeverényi és Forgács hazai, 1994-es kutatása alapján a perinatális veszteség folyamatában négy megküzdési stratégia különíthető el: a tragédia nyílt megbeszélése a családon belül vagy a gyógyító, segítő személyzettel, a vallásos hit, a probléma előli menekülés, az anyák témával kapcsolatos hárítása, tagadása (Kovácsné, Török, Szeverényi, 1994 idézi Makó, 2017).

Dyregrov és Mattiensen (1991) is leírják tanulmányukban, hogy a háztartásban otthon maradt nőket, ellentétben azokkal, akik visszatértek a munkába, magasabb distressz jellemezte a veszteséget követő egy évben, hiszen a személyes hatékonyság megtapasztalása és a munkahelyi társas kapcsolatok együttesen járulnak hozzá a nehézségek mérséklődéséhez (Dyregrov és Mattiensen,1991 idézi Makó, 2017).

5.6 Hosszú távú feldolgozás

Az adaptáció, azaz a „gyász feldolgozása" olyan szakkifejezés, amely félreérthető lehet a gyászoló számára, hiszen sokan azt hiszik, hogy ezáltal el kell felejteniük elvesztett gyermeküket. Ez természetesen egy téves elképzelés, a veszteség feldolgozása valójában azt jelenti, hogy a gyászoló érzéseiben és emlékeiben az elvesztett magzat, gyermek emléke úgy él tovább, hogy emellett képes a megfelelő életvitelre. Az elvesztett gyermekről már anélkül tud beszélni, hogy ez reménytelenséget, kilátástalanságot ébresztene benne. Újra bűntudat nélkül tud örülni az élet szépségeinek, anélkül, hogy azt árulásnak tekintené elvesztett gyermeke miatt. A veszteséget átélt szülők újra tudják folytatni az életüket, céljaik megvalósítását. A korábbi szociális kapcsolatok megújulnak, képesek új örömteli kapcsolatok kialakítására (Pilling, 2003).

A perinatális veszteség hosszú távú feldolgozása során a halálhoz való viszonyulások és reprezentációk három mintázatát lehet elkülöníteni 2-10 évvel az esemény után, az elhunyt gyermekkel való kapcsolatban:
Üres tér, amikor a gyermek hiánya és az általa keletkezett űr áll továbbra is a család életének a középpontjában.
A kapcsolat folytatása, amikor emlékezéssel, rituális szokással történetmeséléssel folyamatos kapcsolat fenntartására törekednek az elhunyt gyermekkel, melyen keresztül ő is része marad a családnak.
A szülők úgy szervezik újra családjukat, hogy bár a veszteség a gyász fontos része a család történetének mégis az élő gyermek vagy gyermekek állnak a fókuszban (Grout és Romanoff, 2000 idézi Makó, 2017).

Schweizer és munkatársai 2007-ben többek között a koraszülöttek halálával való megküzdést vizsgálva 4 olyan tényezőt találtak, melyek a szülők 2-6 éves beszámolói alapján meghatározónak bizonyultak az esemény feldolgozását illetően.
Ezek a szociális támaszforrások, mint az érző támogatás a partnertől a családtagoktól, a barátoktól vagy az ismerősöktől. A pszichés erőforrások, mint az aktív megküzdés, a kommunikációs eszközök a veszteség kifejezésére, a kikapcsolódásra/pihenésre való képesség, a lehetőség/nyitottság a gyász megélésére és a búcsúra. A szakszerű támogatás (egészségügyi dolgozók viszonyulása, kommunikációja a kórházban, részletes pontos tájékoztatás, részvét, empátia, halott gyermektől való búcsú lehetőségének biztosítása, professzionális támasz és lelki támogatás) A családban meglévő gyermekek és egy következő egészséges gyermek születése (Makó, 2017).
Brier 2008-as tanulmányában szintén arra hivatkozik, hogy ha már van élő gyermeke a perinatális veszteséget átélt anyának, az bizonyos mértékű védettséget jelent, mivel a gyász intenzitása és az élő gyermek hiánya között szoros kapcsolat mutatkozik (Makó, 2017).

5.7. Az apák gyásza

Bár az anyák veszteségre adott pszichológiai reakcióik intenzívebbek és hosszabban elhúzódók, nem szabad figyelmen kívül hagyni az apák gyászát sem. Esetükben nőhet a rejtett gyász megjelenésének a kockázata, mert a veszteség idején gyakran háttérbe szorítva saját nehézségeiket, az anya mellett erős támaszként lépnek fel. A férfi szerephez társulóan kulturálisan is kevésbé elfogadott az érzelmek nyílt kifejezése vagy a támaszkeresés. Mivel az anyák kórházi ellátásban vannak vagy otthon lábadoznak, fizikai állapotuk nem megfelelő, legtöbbször az apákra hárul a veszteséggel kapcsolatos konkrét teendők például a hivatalos ügyek, temetés intézése. Alárendelődnek a mindennapi problémák megoldásának így "inkább cselekszenek, mint éreznek" (Leon, 2001 idézi Makó, 2017). A veszteséget követően a férfiak inkább "belefeledkeznek" a munkájukba, igyekeznek erősnek mutatkozni. Mivel az anyák gyásza a környezet számára is nyilvánvalóbb az apák mellőzettnek érezhetik magukat. Jóval kevesebb támogatás kapnak, mint az anyák,

hiszen nehezen fogadnak el, még nehezebben kérnek segítséget, részben mert a környezet az anya fájdalmára összpontosít, részben azért, mert az anyát próbálják védelmezni érzelmeik visszatartásával (O'Leray és Thorwick, 2006; idézi Makó, 2017). Ez a kettősség olyan kommunikációs zavart képes okozni a párok kapcsolatában, ami mindkét fél részéről fokozhatja a meg nem értettséget, távolságtartóvá válhatnak, izolálódhatnak a gyászukban (Makó, 2017). Az apák számára még fontosabb a veszteség tárgyiasítása: találkozás a halott gyermekkel, búcsú, temetés, fotó, emlékek. Újabb gyermek érkezése pedig belobbantja a korábbi gyászukat és ez hatással lehet a következő gyermekkel való kötődésük alakulására. Az apák magzathoz való kötődésnek intenzitása negatív irányba szignifikánsan befolyásolja korábbi veszteségük**,** míg az anyáknál ugyanakkor a korábbi veszteségeknek nincs jelentős hatása az aktuális magzattal való kapcsolatra (Andrek, 2019).

Ellentmondásosak az eredmények arra vonatkozóan, hogy hogyan befolyásolja az ultrahang képernyőn látott magzat látványa az apák gyászának lefolyását. Johnson és Puddifoot olyan férfiakat vizsgált, akik a 25. gesztációs hét előtt vesztették el gyermeküket. Ebben a vizsgálatban azok a férfiak, akik látták magzatukat, szignifikánsan életszerűbb, elevenebb képet őriztek róla és erőteljesebb gyászreakciót mutattak, mint azok, akik nem látták korábban magzatukat ultrahang felvételen (Johnson & Puddifoot, 1998 idézi Andrek, 2020). Más vizsgálatok ugyanakkor nem találtak összefüggést az ultrahang élmény és a gyász intenzitása között. Mindez felhívja a figyelmet az ultrahang vizsgálati élmények minőségének jelentőségére a perinatális gyász vonatkozásában is (Brier, 2008; Klier, Geller, & Ritsher, 2002 idézi Andrek 2020).

Apák gyászánál jelentős veszély lehet az elhúzódó gyász*,* melynek háttértényezői az alábbi okok lehetnek: önvád, az apai identitást érő bizonytalanság, a negatív környezeti reakciók (társas támogatás, támasz hiánya), saját érzéseik, gyászuk háttérbe szorítva igyekeznek támaszt nyújtani az anyának. Terhüket fokozza, hogy nekik kell értesíteni a családot, rokonokat ismerősöket a veszteségről, ők vállalják fel a veszteséggel kapcsolatos ügyintézést (hivatalos ügyintézés, temetés) (McCreight, 2004 idézi Makó, 2017). Halvaszülést követően az apákban fellépő pszichológiai zavarok lehetnek a jelentős szintű szorongások, a PTSD, a következő várandóságnál az eltelt időtől függetlenül aktiválódó aggodalmak, valamint a destruktív megküzdési stratégiák előfordulása (alkohol, drog) (Turton és mts, 2006 idézi Makó, 2017). Jelentős szintű szorongás nem csak a halvaszülést, de a vetélést követően is megjelenik az apákban. Ez egyfelől a magzat elvesztéséből, másfelől az anya iránt érzett aggodalomból is táplálkozik. (Makó, 2017)

5.8. Férfiak és nők közötti különbség a perinatális gyász szempontjából

A nők gyásza intenzívebb és valószínűsíthető, hogy hosszabb időre van szükségük a gyász feldolgozásához (Brier; 2008, Leon, 2001 idézi Makó, 2017). Ugyanakkor az anyák még a következő sikeres várandóság és szülést követően is fokozottabban lehetnek kitéve a klinikai tüneteknek (Makó, 2017). Az apáknak a következő várandóságig eltelt idővel párhuzamosan növekedhet a szorongás és a depresszió szintjük. (Turton és mts, 2006 idézi Makó, 2017) A korábban elszenvedett veszteség miatt az apák aggódva élik meg párjuk következő várandóságát és bár tudják, hogy a kimenetelre nincs hatásuk, félelmeiket elrejtve a párkapcsolatban hajlamosak még védelmezőbb szerepet felvenni (O'Leray, 2004 idézi Makó, 2017).

Különbség mutatkozott abban is, hogy az apáknál fontos gyászmunkát támogató tényező volt az észlelt házastársi gondoskodás, miközben az anyáknál ez nem volt szignifikáns faktor. Miután az anyák gyászának intenzitása nagyban függ a magzat életkorától, és ezáltal a magzattal kialakított kötődés mértékétől, veszteségüket gyakran személyes hibázásuk következményeként élik meg. Az apák ezzel szemben inkább a párkapcsolatban bekövetkező veszteségre érzékenyek, az ő esetükben nem szignifikáns bejósló tényező a magzat gesztációs kora (Swanson, Zahra, Karmali, Powell, & Pulvermakher, 2003 idézi Andrek, 2020).

Az alábbi Stinson, Kandi & Lasker szerzők által 1992-ben publikált amerikai tanulmány szerint, általánosságban elmondható, hogy a nők látszatra többet szenvednek, jobban megviseli őket a veszteség, a férfiak ezzel szemben jobban elfojtják érzelmeiket, minthogy nyíltan beszéljenek róla. A gyász során

tapasztalt viselkedést befolyásolják a nemi sztereotípiák. Ez azonban nem azt jelenti, hogy a nők nagyobb fájdalmat és mélyebb gyászt éreznek. Nem igaz tehát az a látszat, hogy a férfiak sokkal jobban kezelik a gyászt. A nemi különbségek és elvárások által megjelenő gyász fontos befolyással lehet az egyén egészségére és jóllétére, ugyanis a nem megfelelően megélt gyász negatív következményei lehetnek a dohányzás, megnövekedett alkoholfogyasztás, droghasználat, öngyilkosság, emelkedett halálozási arány és ez így az apákat jobban veszélyezteti. A gyász megélésének különbsége abból is adódhat, hogy a nők, hordják ki a gyermeket és ők az elsődleges gondviselők is. A férfiak pedig a szocializációjuk során az agresszívebb, kockázatvállalóbb, függetlenebb viselkedést tanulják meg. Így az, hogy nem számíthatnak mások támogatásra és nem fejezhetik ki megfelelően az érzelmeiket, hatással lehet arra, hogy korábban halnak meg, a férfias norma követése egészségügyi kockázattal is jár. Ezen elképzelés szerint a férfiaknak muszáj erősebbnek maradniuk, hogy segítsék a mellettük levő anyát, aki fizikálisan és emocionálisan is rosszabb helyzetben van. Ha a férfiak ki is fejezik az érzéseiket azt inkább férfias módon teszik meg, ezek alapján dühöt és agressziót mutatnak ki. A személyes kapcsolatok is befolyásolják a gyász hatását, a nők sokkal támogatóbbnak látják a családot és a barátaikat, ezért mernek is támogatást kérni, míg a férfiak gyakran úgy gondolják, hogy a veszteségüket egyedül, személyes eszköztárral kell feldolgozniuk. Azonban a nők sokkal magányosabbak a veszteség után, melynek oka, hogy a nők a szociális kapcsolataik ellenére jobban elszigetelődnek, a férfiak ugyanakkor más tevékenységekben is részt vesznek, munkájukat megszakítás nélkül folytatják. A düh, ami a hétköznapokban inkább egy férfias reakció perinatális veszteségek esetén megszokott válasz mindkét nem részéről. A férfiak hajlamosabbak tagadni a veszteséget, a környezet pedig sokszor nem veszi figyelembe a férfiak kétségbeesését, gyászának mértékét, csak mert nem látható rajtuk, hanem elfojtják (Stinson, Kandi & Lasker, 1992).

Ha a szülők közötti gyászmunka dinamikájának különbözőségét vizsgáljuk, akkor az inkább vetéléskor, mintsem halvaszüléskor jellemző. Halvaszülést vagy újszülött elvesztését követően ugyanis inkább az összhang jellemezte a gyászoló párokat. A jelenséget azzal magyarázzák, hogy korábbi terhességi időszakban bekövetkező vetélések idején az anya és apa változó mértékben kötődik a magzathoz. Míg az újszülötthöz való kötődés valószínűsége nagyobb, nagyfokú kötődési intenzitás figyelhető meg mindkét szülő részéről (Hutti, 1992; Hutti, dePacheco & Smith, 1998 idézi Andrek, 2020).

5.9. A párkapcsolat alakulása

A párkapcsolat minősége is fontos a perinatális veszteségek feldolgozásában. Ilyen krízishelyzetben kiemelten fontos, hogy mindkét fél szabadon kifejezhesse érzéseit és nagyobb türelemmel legyen a másik iránt (Singer, 2016). A párok közötti kommunikációs félreértések legtöbbször abból adódnak, hogy az anya úgy értelmezi az apa, a magzat vagy az újszülött elvesztésével kapcsolatos "zárkózottságát" és látszólagos "érzelemmentességét", hogy párját nem viseli meg a gyermek elvesztése. Az apák pedig úgy hiszik neki kell erősebbnek mutatkozniuk és támaszként helytállni az anyák mellett, így még inkább egyedül maradnak gyászukkal (Makó, 2017). A szülőknek ezért fontos, hogy nemcsak egyéni gyászukban, de párkapcsolatuk alakulásában is támogatást kapjanak. Ugyanis, ha őszintén tudnak kommunikálni és tisztában vannak a gyász feldolgozásának nemi különbségeivel, mely szerint a nőkre az érzelemifókuszú, férfiakra a problémaorientált hangsúlyú megküzdési stratégia a jellemző erős támaszai lehetnek egymásnak. A veszteség feldolgozása után így még szorosabbá, erősebbé válhat a párkapcsolatuk (Singer, 2016).

A perinatális veszteség negatív hatással lehet a pár szexuális életére is. A nő testi regenerációjának ideje várhatóan 6-8 hét, a lelki fájdalom ugyanakkor lényegesen megterhelőbb. A szexuális vágy és aktivitás hiánya sokszor ahhoz kapcsolódik, hogy az érintettek nem tudnak, vagy nem akarnak átélni örömteli pillanatokat. A vizsgálatok szerint azok az anyák, akik távolra kerültek a veszteséget követő első év során párjuktól, megküzdési stratégiáikat inkább a passzivitás jellemezte, és nehezebben fogant újabb gyermekük, mint azoknak az anyáknak, akik intim kapcsolatban maradtak párjukkal (Swanson és mtsai, 2003 idézi Andrek, 2020). Az apák számára az jelentette a segítséget, ha kapcsolatban tudtak maradni önmagukkal, a bánatukkal, és képesek voltak megosztani érzéseiket párjukkal (Andrek, 2020).

A szexualitás elutasítása elsősorban azokra a nőkre jellemző, akikben félelem alakul ki a várandósággal kapcsolatban, akik a trauma miatt elzárkóznak az újabb gyermek vállalásától, vagy a párjukkal szemben éreznek tudatos vagy tudattalan neheztelést (Singer, 2016).
"*Harmincöt éves vagyok, de már lehúztam a rolót. Két vetélés után egész egyszerűen elszállt a libidóm. Nem hiányzik a szex, hagyjanak engem békén"* (Singer, 2016 25.o.)

A lelki közelség óhatatlan velejárója a testi közelség: akut gyász idején elsősorban az ölelés, gyengéd érintés, simogatás és az intimitás egyéb formái nyújtanak kölcsönös vigaszt. Hosszú távon ugyanezen intimitási formákban tud majd megjelenni a másik iránti vágy. Az őszinte beszélgetések is támogatják a szexuális kapcsolathoz való visszatalálást, amennyiben a pár képes és meri kifejezni szükségleteit, félelmeit. Fontos tény azonban, hogy nagyon különböző lehet annak az ideje, amikor a felek ismét készen állnak a szexuális együttlétre. Általában a férfiak azok, akikben korábban ébred a szexuális impulzus, ám egyes esetekben a nő a kezdeményező. A női kezdeményezés hátterében gyakran az új gyermek iránti vágyakozás jelenik meg (Andrek, 2020).

Egyes párok ugyanakkor arról számolnak be, hogy a tragédia még inkább összekovácsolta párkapcsolatukat, egymást támogatva jutottak túl a krízisen. Azok az apák és anyák, akik támogatni tudták egymást a perinatális gyászmunkában, kedvezőbb egészségi állapotban voltak a gyász idején, mint azok a párok, akik eltávolodtak egymástól (Lang és mtsai, 2004 idézi Andrek, 2020).

5.10. A testvérek gyásza

A testvérek szintén átélik a gyászt. Amennyiben nem kapják meg az "elégséges" információt az elvesztett testvérről erősödhetnek bennük a betegséggel, halállal kapcsolatos félelmek. A veszteséget követően a gyermekek is sokszor mutatnak szorongásos tüneteket, erősödhet a szeparációs szorongásuk, a szülők egészsége és biztonsága miatt érzett aggodalom, valamint alvási nehézségek is gyötörhetik őket. Különböző változások állhatnak be a szülők és az élő gyermek vagy gyermekek kapcsolatában. Egyrészről megjelenhet a fokozódó aggodalom, a fizikai közelség növekvő szülői igénye, igyekezet a jobb szülővé válás kihívásának teljesítésére továbbá aktívabban figyelnek a gyermekükre. Ugyanakkor fennállhat a veszélye annak, hogy miközben a szülőket leköti a saját gyászuk nem figyelnek kellően gyermekeik szükségleteire (Dyregrov, 1990 idézi Makó, 2017).
A veszteséget átélt szülők gyakran a testvéreket azzal próbálják óvni, hogy elrejtik fájdalmukat, miközben elfeledkeznek arról, hogy az idősebb testvér is gyászolja az elvesztett gyermeket, aki sohasem kerülhetett haza. Ha a szülőkön nem látszik a gyász az megzavarhatja a testvért, sérülhet a feltétlen biztonságba vetett hite. A gyerekekkel beszélni kell a testvérük elvesztéséről, hiszen a maguk módján meg kell érteniük a halált. Fontos, hogy a gyászoló testvér érezze, hogy szülei elfogadják az ő veszteségét is, ugyanakkor az is fontos, hogy a gyászoló gyermeket biztosítsák arról, hogy ő biztonságban van, illetve, hogy nem felelős a történtekért. Sokszor, ha a szülőknek sikerül élő gyermeküket segíteni a gyászában, az a szülőknek is vigaszt nyújthat (Raphael- Leff, 2010). Ha a gyermek elől eltitkolják testvére elvesztését súlyos traumát okoznak neki. A gyermek magára marad a kétségeivel, izolálódik, kiközösítve érzi magát, mágikus gondolkodása révén pedig azt is képzelheti, hogy az ő hibájából nincs velük a testvére. Bűntudata, haragja így nem kerülhet felszínre, ezáltal súlyosbítva a problémát (Singer, 2016).
30 éves anya: *"Nem mondtam meg Nórikának, hogy meghalt a kistestvére, szerintem túl kicsi még, négy évesen nem tudja mi a halál, mindenfélét fantáziálna. Fura annyira várta a kistestvérét, de amióta hazajöttem a kórházból, nem is kérdez róla.*" (Singer, 2016 30. o.)

Nagyon fontos, hogy a gyermekek a saját értelmi képességüknek megfelelően informálva legyenek. Beszélgetéssel, rajzzal, mesékkel oldják benne a szülők a feszültséget, ugyanakkor lássák azt is, hogy szüleik gyászolnak.

5.11. Nagyszülők gyásza

Egy magzat vagy egy újszülött elvesztésének traumája nemcsak a szülőkre, hanem az egész családra, így az eggyel idősebb generációra is hatással van. A perinatális veszteséget nagyszülőként átélt emberek gyásza összetett és többdimenziós. Nemcsak elvesztett unokájukat gyászolják, hanem nagyszülői szerepükben is veszteség érte őket, ugyanakkor fájdalmat éreznek saját gyermekük iránt, aki közvetlenül érintett a perinatális veszteségben. (Makó, 2017)

Egy 2011-es, közös amerikai és ausztrál kutatásból kiderül, hogy vannak családok, ahol osztozni tudtak a nagyszülők a gyászban és ez a szülőkre megerősítőleg hatott, míg más családokban felerősítette a konfliktusokat, ami a két generáció közötti kapcsolat megromlásához vezet. A gyászoló szülők számára az bizonyult a legfontosabbnak, hogy a nagyszülők ismerjék el az elhunyt magzat helyét a családban, mint egy jelen nem lévő, de fontos családtag, illetve fogadják el, hogy az elvesztett gyermekkel a kapcsolat továbbra is megmarad, akár egy újabb várandóság alatt vagy után is. A szülők gyászát az segíti a legjobban, ha a közeli hozzátartozók megfelelő és támogató hozzáállással vannak mellettük.
A nagyszülők pedig nagyon fontos támasz, támogatás és biztonság-érzés forrásai lehetnek a gyászoló szülők számára. Sokkal többen fordulnak ilyenkor a szüleikhez, kiváltképp a nagymamához segítségért, mint szakemberhez. Az, ha elismerik, hogy a veszteség gyászt okoz, és osztoznak a fájdalomban a szülőkkel önmagában nagyon sokat segít. A nagyszülők ugyanakkor meg is nehezíthetik a gyászolás folyamatát. Sokszor nem tudják kifejezni gyermekük felé saját gyászukat, hiszen maguknak is nagyon nehéz az, továbbá nehéz elviselniük saját gyermekük szenvedését vagy ha a gyermekük nem meri igazán kifejezni érzelmeit, nehogy az túlságosan megterhelje a szüleit.
A legjobban az segíti a szülők gyászát a nagyszülők részéről, ha elismerik az elhunyt baba személyét mint a család tagját, ennek tagadása viszont hátráltatja a gyógyulás folyamatát. Továbbá, ha a nagyszülők érzelmi támogatást adnak, kifejezik fájdalmukat és képesek elfogadni gyermekük fájdalmát, illetve elfogadják, hogy a szülők kapcsolata megmarad az elhunyt kisbabával. Ez az utóbbi még fontosabbá válik az újabb várandóság során, amikor a szülők kialakítják az újabb kötődésüket az újabb gyermekük felé. Legerősebb hatása az anyai nagymama támogató hozzáállásának van.
A nagyszülők nem támogató viselkedésének sok oka lehet, például, hogy noha ők is gyászolnak, ezt nem képesek kommunikálni a gyermekük felé. Továbbá van egy generációs különbség is hiszen a nagyszülők generációjában a perinatális veszteségek gyakoribbak voltak és sokkal jobban tabunak számítottak
(Joann O'Leary, Jane Warland and Lynnda Parke, 2011).

6. A szakszerű segítségnyújtás jelentősége - A perinatális szaktanácsadó szerepe, kompetenciája

Annak ellenére, hogy a várandósággal kapcsolatos veszteségélmények száma jelentősnek tekinthető, súlyos, sok esetben elhúzódó, terheket ró az anyákra, apákra, testvérekre, nagyszülőkre, leendő gyermekekre és jelentős számú kutatási eredmény, tanulmány segíti az ellátás hatékonyságát, a pszichés intervenció és a perinatális szaktanácsadás még mindig nem rutinellátás a veszteséget átélt szülőpár kísérésében. Nem beszélve arról, hogy az anya a várandóság miatt kognitívan és emocionálisan is „más állapotban" van, gyermeke világrajövetel után pedig az érzékeny gyermekágyas időszakban, ami még inkább védtelenné és kiszolgáltatottá tesz fizikai és lelki síkon is. Mint azt a bevezetőben leírtam a szakszerű segítségnyújtás elengedhetetlen lenne a perinatális veszteség bármely formáját elszenvedett nők, férfiak és családok esetében. Ideális esetben egy szakmailag felkészült perinatális szaktanácsadó már a kórházban, az első megrendítő diagnózist követően támogatni tudná a szülőket. Közbenjárásával, tevékenységével emelhetné az ellátás színvonalát, ami preventív hatással lehetne a komplikált gyász kialakulására, elősegítené a gyászfolyamat egészséges alakulását, segítené a következő várandóság sikerességét, továbbá támogatná a kórházi dolgozók mentális jóllétét. Ehhez nagyon fontos, hogy az adott kórház egészségügyi személyzete ugyanazokra az alapelvekre legyen kiképezve, mint a perinatális szaktanácsadó. Amennyiben az azonos

szemlélet és értékrend jellemző, kiválóan tudnák egymást munkáját segíteni és kiegészíteni. A koncepció része lehet, hogy az adott osztályon dolgozzon perinatális szaktanácsadó, aki több időt tud tölteni a családokkal a veszteség felfogásában, a feldolgozás megindulásának támogatásában vagy akár hosszabb távú kísérésében is.

A perinatális szaktanácsadó az alábbi tevékenységekben tud hatékonyan segítséget nyújtani:

Kórházban: kríziskezelés, megfelelő, egyénre szabott búcsú a halott gyermektől, a gyász kibontakozásának elősegítése, támogatni a kommunikációt az egészségügyi szakszemélyzettel.
A veszteséget követő hetekben, hónapokban: a gyászmunka normatív folyamatainak támogatása, a komplikált gyász felismerése és kezelése, adott esetben speciális szakember (klinikai szakpszichológus, pszichiáter) bevonása a folyamatba.
A következő várandóság időszakában: a szülőknél a perinatális veszteséggel összefüggésben jelentkező pszichés problémák, az aktuális várandósággal kapcsolatos aggodalmak és a szülői szerepek kialakulásának támogatása, magzathoz való kötődés segítése.

Korábban hosszú évtizedeken át a perinatális veszteségek háttérbe szorítása és a jövőbe tekintés dominált. Nem támogatták a halott magzattal vagy gyermekkel való kapcsolatot, a fájdalmat pszichofarmakonokkal tompították, nem kezdeményeztek beszélgetést a veszteségekről és mihamarabb újabb gyermekvállalást javasoltak. Az elmúlt két évtizedben viszont egyre inkább elterjed az a szemlélet, hogy a szülőket támogatni, segíteni kell a gyászuk megélésében, az őket ért traumák kifejezésében, a veszteséggel való aktív megküzdésben (Leon, 1992, idézi Makó, 2017). Így napjainkban egyre inkább támogatott a halott gyermek megtekintésének a lehetősége, megérintése, esély nyílik az elbúcsúzásra, támogatják a névadást, a temetési szertartások megtartását. Ezek a döntések segítenek a teljes kontroll vesztettséget érző szülőknek választási lehetőséget adni, ami elősegítheti őket abban, hogy visszanyerjék kontroll élményüket e kiszolgáltatott helyzetben (Hutti, 1992 idézi Andrek, 2020). Nem ajánlott pszichofarmakonok szedése, inkább a veszteség érzéseinek nyílt kifejezése megbeszélése javasolt, továbbá az újabb várandóság ajánlását csak a megfelelő gyászmunka után javasolják a szakemberek (Leon, 1992, idézi Makó, 2017).

6.1 A veszteségeket átélt szülők kórházi támogatása

Perinatális szaktanácsadóként a szülőket segíthetjük a veszteség miatti érzések kifejezésének ösztönzésére, az elvesztett magzattal, újszülöttel kapcsolatos érzések, fantáziák, vágyak szavakba öntésére. Lehetőséget adhatunk a várandóság alatt történt események és tapasztalatok elmesélésre. A gyászhoz kapcsolódó rituálék támogatásával segíthetünk a gyászoló szülőknek a veszteség realizálásában. Segíthetjük továbbá a testvérek irányába mutatott kommunikációt. Kísérhetjük a gyászmunkát, szükség esetén további szakemberek bevonásával biztosítani a szakszerű ellátást (Brier, 2008; Bowles és mtsai., 2000 idézi Makó 2017).

A hasznos protokollok és szakmai ajánlások mellett, fontos, hogy a perinatális szaktanácsadó tanácsadó az alábbi kompetenciák és képességek birtokában legyen.
Felkészültnek kell lenniük a rossz hírek közlésében, a részvétnyilvánítás módjában, a veszteségre adott szülői reakciók kezelésében, valamint a gyászmunka támogatásában. Tisztában kell lenniük, hogy pontosan mi történt a családdal, elengedhetetlen az előzmények alapos ismerete. Tapintattal, türelemmel, együttérzéssel, empátiával és figyelmes meghallgatással kell a gyászoló szülőkhöz fordulniuk. Fontos elkerülni a túlzott bevonódást. A szakember felelőssége az érzések kifejezésére alkalmas idő és tér biztosítása, a rituálék megélésének lehetőségeinek felajánlása, megszervezése, támogatása. Képes legyen a pár egyedi működését figyelembe venni, empatikusan hozzáállni minden esethez, a veszteséget átélt szülők reakcióinak rugalmas kezelésére. Rá kell hangolódnia a szülők gyászában megmutatkozó szükségletekre és tiszteletbe kell tartani teherbíró képességüket. Tudja erősíteni a szülők döntési képességeit és csökkenteni tehetetlenségérzésüket. Facilitálja a személyes gyászfolyamatot azzal, hogy képes a bizalmi kapcsolat kialakítására, megfelelő mennyiségű és minőségű információt juttat a szülőknek. Képes a családtagok

működését jellemző egyedi mintázatok megismerésére, elfogadására, ami segíti a személyre szabott tanácsadást. Segíti és támogatja az egészségügyi szakszemélyzet és a szülők közötti kommunikációt (Makó, 2017). A perinatális veszteségek szakszerű és több szakterülettel együttműködésben megvalósuló kezelése mérsékelheti a szülők krízisét, a trauma hosszú távú feldolgozását, a gyászmunkát, ugyanakkor fontos támaszt jelenthet a következő gyermekvállalás idején (Leon 1992, idézi Makó, 2017).

6.2. Búcsú protokoll helyett búcsú lehetőség

A rituálék kezdettől fogva fontos kapaszkodói lehetnek a gyászmunkának (Kobler, Limbo & Kavanaugh, 2007, idézi Makó, 2017). Így az esetek többségében támogatott és javasolt a fizikai kontaktus és a búcsú az újszülöttől, az emlékezést segítő személyes kötődésű "tárgyak" pl: hajtincs, baba kezéről, lábáról vett lenyomat, ízléses fényép, a névadás, a keresztelés, a temetés lehetősége (Makó, 2017). Azzal, hogy a szülők közelednek a halott gyermekhez, lehetőséget kapnak arra, hogy meglássák, megismerjék gyermeküket, elnevezzék, felöltöztetve karjukba tartva, közelebb érzik magukat a gyermekükhöz, a veszteség kézzel foghatóbbá válik, emlékképek tudnak kialakulni, ami mind segíti a gyászfolyamat elindulását (Singer, 2016). A veszteség feldolgozásában fontos a halottal való találkozás, a végső búcsú. Segíthet megérezni és megérteni: a halott gyermek egyediségét, megismételhetetlenségét, elkülönülését, erősíti a gyászfolyamat megélését, ami segítheti a következő gyermek vállalását (Andrek, 2019). A találkozás során mikroszinten, de egy egész élet lezajlik. Létrejön a régóta várt találkozás, a megismerés, a szeretet megélése, a születés utáni szülői kötődés, ugyanakkor a halál fájdalmas megtapasztalása és a búcsú, a halott gyermektől való fizikai elszakadás. A hazai kórházi gyakorlat szerint a fejletlen vagy súlyos fejlődési rendellenességgel született halott magzatokat azonnal eltávolítják az anya látóteréből. Sokszor a szépen fejlett és elhunyt vagy szülés közben meghalt magzatokkal is ezt teszik, pedig sok esetben, a szülők igényeit finoman feltérképezve és támogatva segítség lehetne a lehetőség az újszülöttel való ismerkedés és búcsú. Sajnos sok szülő utólag megbánja, hogy elmulasztotta a búcsú lehetőségét. Ha azonban nem készek a találkozásra, de a segítő szakember valamilyen kézzel fogható emléket eltesz nekik, amiért bármikor visszajöhetnek, akkor később is lehetőség nyílik a búcsúra amikor a szülők már készen állnak erre a nehéz lelki feladatra (Singer, 2016).

Szép külföldi példák erre az úgynevezett „memory box" emlékdobozok, melyekben az elhunyt gyermekről kerülhetnek be emlékek (ultrahang kép, kórházi karszalag, hajtincs, láblenyomat, fotó) segítő tájékoztató anyagok és a gyász rítusát segítő eszközök pl: magról ültethető növény, napló, levélpapír, amit a szülő akkor vesz magához a segítő személytől, amikor arra elérkezettnek látja az időt.

A Remember My Baby angliai alapítvány, pedig azzal segíti a szülők gyászát, hogy önkéntes fotósaik ízléses emlékképeket készítenek a szülőknek elvesztett gyermekeikről.

Viszont a halott gyermek megtekintésével kapcsolatosan ellentmondásos eredményekre hívják fel a figyelmet a szakemberek. Akik nem kapnak lehetőséget a búcsúra, azoknak a halál után 1-2 évvel magasabb a szorongás szintjük. Azok viszont, akik találkoznak a halott gyermekükkel jellemzően nem bánják meg. Ugyanakkor a poszttraumás stressz szindróma megjelenésének gyakoribbá válása és a perinatális veszteséget követően fogant gyermekkel való kapcsolat kialakításának nehézségeit is összefüggésbe hozták a halott gyermekkel való találkozással (Andrek, 2019). Az egységesen mindenkinél alkalmazott protokoll oda vezethet, hogy annak végrehajtása fontosabb, mint maga a búcsú. A szülőkben a kontrollvesztettség dominál, viszont, ha a búcsú formájában, idejében önállóan dönthetnek, visszanyerhetik egy kis területen a kontrollt (Andrek, 2019). Nagy felelőség tehát a búcsú kísérése, szükséges hozzá az érzékeny egyénekre szabott támogatás. Minden esetben a szülők döntsenek, hiszen az újszülöttel való kapcsolat "erőltetése" vagy éppenséggel a "megkímélés szándéka" egyaránt káros (Makó, 2017). A gyászhoz tartozó rituálék, szertartások tehát kifejezetten segítik az elhunyt gyermekkel való búcsú lehetőségét, ami mindenképp a veszteség feldolgozását segítő tényező. A halott gyermekkel való ilyen módú kapcsolat kialakítása felvállalhatóvá és megélhetővé teszi a veszteséget, mind a szülők, mind az őket körülvevő közösség számára. Így kifejezhetővé válnak az érzelmek, aminek köszönhetően optimális mederben indulhat el a gyászmunka. A gyászhoz tartozó megfelelő intenzitású szertartások, mint a temetés, sírhely látogatása, megemlékezések támogatják a veszteség családtagok szülők, nagyszülők, testvérek élettörténetébe integrálódását, így nem marad rejtve, tabusítva a haláleset (Grout és Romanoff, 2000; Kobler, Limbo és Kavanaugh, 2007 idézi Makó, 2017).

6.3. A perinatális gyász támogatása a veszteség után

A magzat vagy az újszülött halálát követően kiemelkedő szerepe van a közösség megtartó erejének: *"A szüleink, testvéreink, barátaink, mindenki képes felfogni, hogy nem vigasztal minket egy másik gyermek lehetősége. Mi őt szerettük, őt veszítettük el és ez nagyon fáj. Jólesik, hogy ezt mindenki megérti körülöttünk."* (Singer, 2016 26.o.). Számos esetben nem könnyű, de hasznos magatartás lehet a felülemelkedés. A rokonok barátok sokszor ügyetlen megjegyzésekkel igyekeznek segíteni, számos esetben azonban elzárkóznak tehetetlenségükben. Érdemes ebben az esetben a gyászoló párt arra bíztatni, hogy a segítő szándékot nézzék vagy az elzárkózó rokonok barátok felé tegyék meg ők az első lépést: "*Szerencsére tudom, hogy jót akarnak és igyekszem csakis erre koncentrálni, mert egyébként sírnék, dühöngenék az olyan megjegyzéseken, hogy vegyek egy kiskutyát" (*Singer, 2016 26.o.) Elengedhetetlen az érzelmek átélése, kifejezése, a türelem, a megbocsájtás. A spiritualitás, hit is erőt adhat, míg az elvesztett gyermeket családtaggá fogadása, névadása, a család történetébe integrálása olyan mozzanat, ami mindenképp elősegíti a megfelelő gyászmunkát. Ha nincs mód gyászszertartásra nincs sírhely, emlékhely, ilyenkor segítség lehet egyéb pótrítusok megélése, ami segít elengedni az elvesztett gyermeket, sokan fát, bokrot ültetnek,

papírcsónakot úsztatnak, virágot dobnak egy folyóban, templomi szertartást rendeznek. Ha nem sikerült elbúcsúzni a gyermektől vagy maradtak még vele kapcsolatban érzések, gondolatok a legalkalmasabb rítus a levélírás, mindaddig amíg a gyászoló szülők szükségét érzik (Singer, 2016). Amennyiben hasonló sorsú szülőkkel meg tudják osztani tapasztalataikat, az enyhíti a depresszió és a kudarc érzését (Raphael-Leff, 2010).

Segítő beszélgetés, prevenciós programok

Az alábbi szakirodalomban fellelhető és ajánlott módszereket és programokat egy perinatális szaktanácsadó, a saját kompetenciahatárait ismerve is alkalmazni tud, természetesen szükség esetén további szakemberek bevonásával tudja segíteni a perinatális gyászt megélő szülőket.

A veszteségek feldolgozása, a lelki gyászmunka akkor lehet igazán hatékony, ha a veszteséget átélt személy ehhez együtt érző, szakértő segítséget talál, akivel megosztva, aki által legalizálva sirathatja el a veszteséget, majd, aki segítségével felépítheti újfajta viszonyát önmagához és a megújult környezethez. Ehhez a társas lelki folyamathoz, azaz az érzelmileg megterhelő élménymegosztásra kevesen ajánlkoznak a veszteséget átélt személy környezetéből. Ha nem talál ebben az esetben támaszt a gyászoló gyakran elszigetelődik. Mindazok a coping mechanizmusok hatékonyak, amelyek azt kommunikálják a gyászoló felé, hogy aktuális szükségleteik szerint kitárulkozhatnak vagy bezárkózhatnak, a környezetre számíthatnak, elfogadják, támogatják, mellette állnak. Nem hatékonyak azonban azok, amelyek nehezítik a pszichológiai gyászmunka fájdalmas, ám kikerülhetetlen elvégzését, mint az elkerülés: „foglald el magad" ne kelljen gondolkodni, „utazz el", azaz a halogatás, a tagadás: „semmi ne változzon" dacos tagadása a valóságnak, idealizálás: „a nyomába se ér senki" (Komlósi, 1999). Komlósi tanulmánya alapján a perinatális szaktanácsadó első és nagyon fontos teendője lehet a lelki gyászmunka segítésében, hogy bátorítsa a gyászoló szülőket a kapcsolat felvételre, hiszen sokszor elzárkóznak, passzivitásba vonulnak, a segítő kezdeményezésre van szükségük a segítség igénybevételénél. A veszteség miatti indulatokat sokszor a tanácsadóra zúdítják, ugyanakkor kapcsolattartási nehézségek is adódhatnak. Fontos a szülők érzelmi hullámzásának megfelelő követése, a ráhangolódás, ami azonban nem lehet érzelmi bevonódás. Az empátia szükségessé teszi az intellektuális rálátást és ez biztosítja a belesodródás kivédését. Az agresszív indulatok, fantáziák felszínre hozatala szükséges a gyászmunkához, ezt bátorítani kell, ugyanakkor rendelkezni kell azzal a képességgel, hogy ezek átélését a segítő elviselje, mintegy „tartájként" befogadja, de úgy, hogy a segítő ne károsodjon általa. Ez az úgynevezett „containing" funkció, erre azonban csak az a segítő képes, akinek nagy a belső stabilitása, s mindenekelőtt a saját veszteségélményei fel vannak dolgozva. A jövőre irányítás fázisát nem szabad siettetni, de a múlt, a veszteség elfogadtatásával elő lehet segíteni. Ezáltal tud a fájdalom intenzitása fokozatosan csökkenni, az elvesztett érték beleépülve megmaradjon. A jövőképet, s az újfajta viszonyt önmagához és környezetéhez csak a gyászoló által értékesnek és fontosnak tartott elemekből tudja összerakni (Komlósi,1999).

A prinatális gyerekvesztés követő lelki munka segítésének a része a gyász folyamatát meghatározó olyan tényezők megismerése, mint a halál körülménye, az elvesztett gyermekkel való kapcsolat és a gyászoló személyisége és a szociális támaszrendszere. Kersting, Roestel és Kroker (2008) a perinatális gyász támogatásának lehetőségeként egy **5 üléses prevenciós programot mutattak be:**

Kezdő fázis (1. ülés): a perinatális gyászmunka sajátosságainak, a megküzdés lehetőségeinek megbeszélése, a veszteség realizálása, elfogadása, az érzelmek kifejezésének megélésének bátorítása.

Intenzív fázis (2-4. ülés): a veszteséggel való megküzdéssel kapcsolatos témák megbeszélése.

- visszaemlékezés a várandóságra, magzattal kapcsolatos fantáziák, emlékek, remények

- a magzat vagy az újszülött halálával kapcsolatos szorongás, vélt vagy valós bűntudat feltárása, megválaszolatlan kérdések, bizonytalanságok

- a magzat vagy az újszülött halálának diagnosztizálása és közlése és az ezzel kapcsolatos traumatikus hatások azonosítása

- az elvesztett gyermek születése, a szüléssel kapcsolatos emlékek és a tőle való búcsú átbeszélése

- a párkapcsolattal és a környezettel kapcsolatos kérdések, mint a veszteségre adott reakciók, meglévő vagy hiányzó támaszlehetőségek, források a párkapcsolatban és a szociális térben, megküzdéssel kapcsolatos nemi sajátosságok.

Befejező szakasz (5. ülés) Előtérbe az elválás áll. Olyan témák érintésével, mint a gyászfolyamat további lehetséges lefolyása, későbbi várandóság tervezése és annak rizikói, aggodalmak, félelmek.
(idézi Makó, 2017)

Elakadt gyász esetén a terápiás cél a halál körülményeinek átértelmezése: a téves érzések és vélekedések feldolgozása. Továbbá a halott gyermekkel való kapcsolat támogatása, emlékezés segítése, belső reprezentációkkal az elvesztett gyermekről, és egyéni gyászrituálékkal. A gondolkodásmód és viselkedésmód átformálása: a gyásszal kapcsolatos érzések nyílt kifejezése és azok támogatása. Végezetül támasz biztosítása, szakmai segítségnyújtás az elvesztett gyermekkel való kapcsolat átkeretezéséhez, segítség a gyász folyamat lezárásban. A pszichoterápiás munkák során a szakemberek gyakran találkoznak olyan páciensekkel, akik nem gyászoltak el elvesztett hozzátartozókat. Különösen így van ez a perinatális halál esetén, hiszen sokakban az a téves társadalmi „elvárás" miszerint egy magzat vagy egy újszülött nem volt „igazi gyermek", így nem is kell a hagyományos módon meggyászolni. Ebben a közegben még inkább elengedhetetlen, hogy a gyászoló szülőknek legyen segítője, aki végigkíséri a gyászmunka során. Ez mentálhigiénés szempontból is fontos, hiszen a gyász egy olyan kritikus időszak, amikor a gyászoló ötször olyan gyakran betegszik meg és kétszer olyan gyakran kísérel meg öngyilkosságot, mint a nem gyászoló populáció. A sikeres gyászmunkához hozzátartozik a lezárás (Kovácsné Török, 2000):

„Elengedtem, mint amikor a gyermek megnő és megérik arra, hogy elhagyja a szüleit. Mégis a szívünkben marad" (Kovácsné Török, 2000 27.o.).

A perinatális gyász intézményesült protokoljának is meg van a maga veszélye. Fontos tehát hogy a gyászoló szülők empatikus meghallgatását és egyénre szabott támogatás ne írják felül a szakmai ajánlások.

6.4. Az egészségügyi dolgozók nehézségei

Az orvosok és ápolók nagymértékű érzelmi teherként éli meg a perinatális halálozást. Egy várandóság elvesztése szakami és emberi kudarcként jelenhet meg számukra. Az empatikus ellátás során érzelmi tartalékaik kimerülhetnek, túlzott bevonódás alakul ki a törékeny, sebezhető kis páciensek irányába. Ez a fajta megterheltség hosszú távon az érzelmi kapacitásaik kimerüléséhez vezet, amelyet a burnout egyik meghatározó elemének írnak le. A perinatális veszteségek ellátásában bekövetkező tragédiák, személyes történetek az egészségügyi szakemberekben másodlagos traumatizációt válthat ki, mely során a negatív érzéseket fokozottan éli át a segítő személyzet, érzelmi és viselkedési zavart szenvedve el. Így bennük is megjelenhetnek azok az érzések, amiket a páciensek átélnek. Ebben az esetben az érzelmek felismerése, tudatosítása és elfogadása a megküzdési stratégia az érzelmi terhek könnyítésében. A szakemberképzés sajátosságaiból adódóan a kommunikációs startégiák hiánya is problémát jelent. Információs, önismereti és szupervíziós képzési módok együttese sokat jelenthet a perinatális egészségügyi ellátásban érintett

szakembereknek, így hivatásukban az elvárásainak megfelelően magas szinten szakmailag és pszichésen is jól felkészülten tudjanak helyt állni (Zsák, 2019).

Az orvosok és az ápoló személyzet mentális támogatásában, segítő beszélgetésekkel, a szülőkkel való kommunikáció elősegítésében is aktív szerepe lehet a kórházi környezetben, a perinatális szaktanácsadónak. Ezzel mintegy komplex kétirányú munkát végezve. Ennek szükségességét saját magam is tapasztalom a Honvéd kórház koraszülöttosztályán végzett munkám során, számtalan esetben elő tudtam segíteni a nővérek, védőnők és a szülők között kialakult feszültségek kisimulását, a neonatológusokat tájékoztatni tudtam az adott család aktuális helyzetéről, félelméről, érzelmi állapotáról, nehézségeikről, ami nagyban segíteni tudja az orvosi kommunikációt, ezáltal a gyógyító munkát is. Amikor ezeket a sorokat írom épp a COVID 19 járvány sújtja a világot. Mivel nem egészségügyi szakdolgozó vagyok a jelenlegi vészhelyzetre és a kijárási korlátozásra tekintettel a kockázatok csökkentése érdekében nem járhatok be a PIC osztályra, de az intenzív részleg dolgozói kifejezett kérésére emailben küldtem nekik mentális támogatást erre a nehéz időszakra, amire számos pozitív visszajelzés érkezett, tehát úgy ítélem meg, hogy a perinatális szaktanácsadó segítségére a kórházi dolgozók részéről is jelentős igény mutatkozik.

6.5. A perinatális veszteség hatása a következő várandóságra

Nem csak a testnek, de a léleknek is készen kell állnia egy újabb várandósságra. Az alábbiakban összegyűjtöttem a feldolgozott szakirodalom azon pontjait, amelyek segítenek a téma mélyebb megértésében.

Orvosi szempontból a testi regeneráció 3-6 hónap. Gyakran javasolják azonban az orvosok, a minél előbbi fogantatást, mert az „új baba feledteti a veszteséget" Utánkövetéses vizsgálatok szerint javasolt a veszteség után egy évet várni az újabb várandóság vállalásával. Nyilván ez attól is függ hányadik gesztációs héten veszítette el az adott pár a magzatot. Egy év azonban a normál gyász lezajlásának az ideje, így körülbelül egy év után válik a nő alkalmassá egy újabb gyermek befogadására. A perinatális veszteségek után 16-18 hónappal vállat várandóságok a gyász lezárásának tekinthetők. Komplikált gyász esetén azonban ez az idő a többszörösére növekedhet (Andrek, 2019).
A perinatális veszteség okozta trauma szoros összefüggésben áll az aktuális várandóságban átélt depresszióval és szorongással (Armstrong 2004, idézi Makó, 2017). A feldolgozatlan gyász ezért súlyos terhet róhat mind a szülőkre, mind a perinatális veszteség után fogant magzatokra is. Így a legfontosabb, hogy a szülők ne sürgessék, ne próbálják lerövidíteni a gyászmunkát. (Bourne és Lewis 1984, idézi Makó, 2017) A feldolgozatlan gyász növelheti a kötődési zavarok kockázatát a következő várandóságból született gyermek esetén (Hughes, Turton, Hopper, McGauleyés Fonagy, 2001, idézi Makó, 2017). A klinikai gyakorlatban leírt helyettesítő gyermek (saját megfigyelésem alapján az internetes hétköznapi megjelenése „szivárványbabák" „vigaszbabák") csapdája, hogy a halott gyermek pótlására vállalják az újabb várandóságot, ami negatívan befolyásolja az így fogant magzat identitásának fejlődését. A "sérülékeny gyermek szindróma" pedig akkor fordul elő, amikor a szülők hajlamosak túlzott aggodalommal, szorongóan viszonyulni a perinatális veszteség után fogant gyermekükhöz (Bourne és Lewis, 1984; Hughes és Riches, 2003 idézi Makó, 2017).
A perinatális veszteségek a megnyugtató feldolgozását követően is érthető módon nyomot hagynak a szülők lelkében, így különösen az anyákra jelentősen jellemző az aktuális várandósághoz kapcsolódó terhesség specifikus szorongás, jobban emelkedhet a depresszió szintje, valamint fokozottabb felelősséget éreznek a magzat egészségével kapcsolatosan (Geller és mtsai 2004; Armstrong, 2002; idézi Makó, 2017). A szorongás mérséklődhet az élő gyermek születése után (Schweizer és mts, 2007; idézi Makó, 2017) viszont az is tény, hogy a későbbi anya-gyermek kapcsolatban is fennmaradhat a fokozottabb szorongás, aggódás és a túlóvó szülői gondozás (Dyregov, 1990 idézi Makó, 2017).
Az újabb várandóság öröme feszültségbe és ellentmondásba kerülhet a még le nem zárult gyászfolyamattal, ami negatív hatással lesz nemcsak az anya lelki állapotára, de a következő születendő gyermekre is.(Singer, 2016). "*A klinikán mindenki nagyon empatikus és segítőkész volt, a szülészorvos és a genetikus mégis*

határozottan afelé terelt, hogy három hónap múlva azonnal lássunk hozzá az újabb babához. De hát hogy, előbb túl kell lennünk ennek a kisbabának az elvesztése miatti gyászunkon" (Singer, 2016 25.o.)

Egy újabb várandóság tovább bonyolítja a helyzetet, hiszen a traumatikus élményre emlékezteti az egész családot. Az is előfordulhat, hogy az elhunyt gyermekhez való hűség miatt nem engedik meg maguknak a szülők, hogy kötődjenek az új magzathoz (Makó, 2017)**.** Természetesen egy új gyermek fogantatása és megszületése egészséges és egyben normatív igényként is felmerülhet a szülők életében. Hiszen ennek bekövetkezése támogatóan hathat és újabb értelmet, elégedett jövőképet adhat a szülőknek, amennyiben az így született gyermek már nem az elvesztett testvért pótolja (Leon,1992; Leon, 2001; Dyregrov, 1990; Grout és Romanoff, 2000 idézi Makó, 2017).

Tekintettel azonban arra, hogy a veszteséget átélt szülők, élettörténetében, pszichés és társadalmi státuszában, a veszteségélmény sajátosságában számos mintázat lehet, ezért nem lehet egységes állásfoglalással élni azzal kapcsolatosan, hogy pontosan mi az optimális időpontja a következő várandóságnak.

Ugyanígy káros az is, ha a szakemberek nyomós indok hiányában előírás szerű javaslatban ellenzik a gyász érdekében az újabb várandóság vállalását (Leon, 1992 idézi Makó, 2017). Megfelelő gyászmunkát követően egy „új" gyermek enyhítheti a szülők fájdalmát és kitöltheti az űrt, amit elvesztett testvére hagyott maga mögött. A következő egészséges gyermek születése korrekciós lehetőséget biztosít a női önértékelésre, énképre. Az élet teljessé válása mérsékelheti a korábbi veszteségek okozta problémákat (Geller és mts 2004; Leon, 2001, idézi Makó, 2017).Azt viszont fontos hangsúlyozni, hogy a perinatális veszteséget és gyászt átélt szülők pszichés támogatása kiemelt fontosságú a következő várandóság időszakában is az anyai és apai szerepek támogatása szempontjából, a fejlődő magzattal később az újszülöttel való kötődés kialakítása érdekében, valamint a várandóság alatt megjelenő szorongásaik kezelése miatt (Benfield és mtsai, 1978; Bourne és Lewis, 1984; Geller és mtsai., 2004; Turton és mtsa, 2006; O'Leray és Thorwick, 2006; O'Leary, 2004. idézi Makó, 2017).

7. Poszttraumás növekedés

Perinatális veszteséget követően sokszor központi kérdés a túlélésen túl a szülők gondolkodásában a veszteség értelmének megtalálása. Mivel az értelem nem egyedül a magzat vagy az újszülött halálának orvosi okára irányul, hanem mély lélektani és spirituális okok keresésére, így az értelem megtalálása egyúttal a veszteséget átélt szülők növekedésének „lépcsőfoka". (Singer, 2009) Singer Magdolna több mint száz perinatális veszteséget átélt szülővel beszélgetett több órán keresztül, mint mentálhigiénés szakember és gyásztanácsadó. Ezen szülők gyászfolyamatai a normál gyász keretein belül maradtak és a differenciáltabb megközelítéshez, valamint a bizonyításhoz empirikus és elméleti kutatásokra lenne szükség, mégis elmondható, hogy számos perinatális veszteséget átélt nő és férfi éli át a veszteség következtében elindult kognitív feldolgozás eredményeképpen létrejövő poszttraumás növekedést.

A poszttraumás növekedés a komoly kihívást jelentő életkrízisekkel való megküzdés során megélt pozitív változás. Közös jellemzője, hogy a személyek értékként fogják fel a megtapasztalt növekedést.
A poszttraumás növekedést nem a trauma okozza, hanem az azt követő: lelki küzdelem, kognitív feldolgozás és a mély érzelmi részvétel. Közös jellemzői, hogy értékként fogják fel a megtapasztalt növekedést, megjelenik az élet fokozottabb megbecsülése, a prioritások megváltozása, melegebb, nagyobb intimitás az emberi kapcsolatokban, a személyes erő fokozott érzete a sérülékenység egyidejű átélésével, új lehetőségek és életpályák felfedezése a személy életében, valamint spirituális fejlődés (Tedeschi- Calhoun, 2004 idézi Singer, 2009). Gyermekük elvesztése során, a gyász első szakasza után, amikor a szülők már nem a „túlélésért küzdenek" kétféle értelmet próbálnak keresni az veszteségre. A magzat vagy az elvesztett újszülött identitásának, létezésének az értelmét, valamint a tragédia által megváltozott életükben megjelenő

személyes értékeket. Mivel sokat gondolnak a veszteségre, a gyász továbbá „ellentmondást nem tűrően" rákényszeríti őket egész élettörténetük átgondolására: saját születésük körülményeire, gyerekkorukra, szüleikkel való kapcsolataikra, iskolai éveikre, párkapcsolatukra, barátaikra, örömeikre, bánatukra, munkájukra, vágyaikra. A tragédia mintegy kitágítja látóhatáruk kereteit, spirituális kérdésekre próbálnak választ találni. Az értelem, majd az érték megtalálásának öröme mellett természetesen továbbra is ott marad a fájdalom és a csalódottság. A poszttraumás növekedés tehát nem azt jelenti, hogy feltétlenül csökken a gyásszal járó distressz. Ugyanis a kétféle emóció egyidejűleg is jelen lehet. Ezeknek az aránya az idő és a feldolgozás fokának függvényében változik. Évekkel a történtek után visszatekintő anyáknál túlsúlyba kerültek a pozitívumok(Singer, 2009).

„*Azt érzem, hogy ez a sok tragédia ami velünk történt nem öncélú. Fejlődünk általa, másképp látjuk és értékeljük a világot. Talán, - vagy inkább csak én szeretném- aki elolvassa és megérinti ez a küzdelm, az erőt meríthet belőle. Nem célom a saját fájdalmaimmal és tragédiáinkkal másokat megrémíteni, sőt sajnálatra vagy szörnyülködésre sem vágyom. Inkább azt remélem, hogy olyan hitet és kitartást adhatok az elfáradtaknak, amelyet én kapok. És ha véget ér az utam elmondhassam, hogy minden tőlem telhetőt megtettem, bárhogy is alakul a vége. Mindent igazán és mélyen átéltem és minden embertelen fájdalmával, szomorúságával, örömével és végtelen el nem múló szeretetével a miénk."*
„Végül minden elrendeződik. Rengeteg a kín, a csalódottság és felfoghatatlan a veszteség. De a lelkem minden szilánkos sérülésével teljes, mert elértem valamit, bár elég sajátságos módon, de anyukája vagyok már két kisfiúnak és két kislánynak, akik engem választottak, akikért mindent megtettem, senkivel sem cserélnék". (Tündérmese másképp, személyes blog, letöltés 2020. április 5.)

A poszttraumás növekedés során az „értelem" szó helyett a jelentéstulajdonítást használja a szakirodalom. Ez a jelentéstulajdonítás a veszteségek után szerepet játszik az alkalmazkodásban és a poszttraumás növekedésben. A jelentéstulajdonítás további célja a megrendült bizalom helyreállítása is: a világ kiszámíthatóságába, igazságosságába, a biztonságos világba vetett hitnek a visszanyerése. Ha értelme volt a történteknek, akkor a világ kiszámíthatóságába továbbra is lehet hinni, megszűnik a fenyegetettség (Singer, 2009). A poszttarumás növekedést elősegítő tényezők közül elsősorban a személyiség jellemzőknek van jelentősége, ilyen az extraverzió, az élményekre való nyitottság, az optimizmus. A növekedés kulcstényezője továbbá a kognitív feldolgozás és a társas támogatás. (Tedeschi- Calhoun, 2004 idézi Singer, 2009). Kübler-Ross azt a vágyát fogalmazza meg, hogy bárcsak megértenék az emberek, hogy semmi sem negatív, ami velük történik. A sorscsapások, szenvedések, még a legnagyobb veszteségek is, amiket átélünk, mind-mind ajándék. Egytől egyig alkalmak a lelki gyarapodásra (Kübler -Ross, 2007 idézi Singer, 2009). Természetesen a gyász korai szakaszában erre nem lehet rávilágítani, ez értelem szerűen megütközést keltene a gyászoló szülőkben. Az az ideális, ha a gyász későbbi szakaszában „maguk érlelik ki fájdalmuk gyümölcsét, önbecsülésüket, gazdagodásukat." Hiszen a poszttraumás növekedés, a megnövekedett erő megtapasztalása sokkal inkább években mérhető, mint hónapokban (Singer, 2009).

Singer Magdolna tanulmányában számos példát olvashattam a poszttraumás növekedésről, a fogalom megismerésével azonban egyértelművé vált számomra, hogy én is ennek személyiségfejlődésnek köszönhetően végzem el a perinatális szaktanácsadó képzést. Most már biztosan tudom és érzem, hogy nem volt hiábavaló az a rengeteg idő, amit várandósként a terhespatológián vagy anyaként a koraszülött intenzív osztályon töltöttem. Perinatális veszteségeim tapasztalatai olyan értékek, amellyel most az elméleti tudás megszerzésével még hatékonyabban fogok tudni segíteni bármelyen perinatális veszteséget elszenvedett anyán és apán.

A szakirodalom feldolgozásával és összegzésével egyértelműen arra a következtetésre jutottam, hogy a perinatális szaktanácsadók holisztikus szemlélete nemcsak a veszteséget átélt szülők, családok, és a jövő generáció mentális egészségét támogatja, de megfelelő tudással, kommunikációs képességekkel egyensúlyt, támaszt és segítséget adhat az egészségügyi szakemberek számára is.

IRODALOMJEGYZÉK

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium szakmai irányelve a pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során, *Hivatalosértesítő* 2010. Évi. 104. szám.

Andrek A. (2019) A szülő-magzat kapcsolat és a kötődés gyökerei. A perinatális veszteségek és gyász. Előadások ELTE PPK Perinatális szaktanácsadó szakirányú továbbképzés

Andrek A. (2019) A szülő-magzat kötődést befolyásoló tényezők vizsgálata párkapcsolati és intergenerációs kapcsolati jellemzők figyelembevételével. Budapest ELTE PPK Pszichológia Doktori Iskola *PhD Disszertáció,* 52-119.

Andrek A. (2020) Párkapcsolat és szexualitás perinatális veszteséget követően In Hevesi Krisztina - Rigó Adrien – Urbán Róbert (Szerk.) *Szexuálpszichológia* c. tanulmánykötet kézirata

Illés Sz. (2019) Apró babák, hatalmas kihívások, pszichológus a koraszülöttellátásban Előadás MPPPOT XVI. ORSZÁGOS KONGRESSZUS

Kandi, M., Lasker, J., Lohmann, J., (1992) Parents' Grief Following Pregnancy Loss: A Comparison of Mothers and Fathers *Family Relations*; Apr 1992; 41, 2; Psychology Module 218-222.

Kitzinger, S. (2008) *A szülés árnyékában - Katarzis vagy krízis?* Budapest: Alternatal Alapítvány

Komlósi P. (1999) A veszteségek és a család in: *Gyász a szeretetben és a családban* Budapest 24-32.

Kovácsné Török Zs. (2000) Pszichoterápiás segítségnyújtás perinatális gyermekelvesztés után. *KHARÓN Thantológiai Szemle*, 4, 22-27.

Leff, J. R.(2010) *Másállapot A várandóság pszichológiája* Budapest: Háttér Kiadó, 181-189.

O'Leary, J.,Warland, J., Parker, L. (2011) Bereaved Parents' Perception of the Grandparents Reactions to Perinatal Loss and the Pregnancy *That Follows Journal of Family Nursing* 330-355.

Papp Zoltán (1999) *A szülészet-nőgyógyászat tankönyve* Budapest: Semmelweis Kiadó

Pilling János (2003) A gyász lélektana. In: Pilling János (Szerk.) *Gyász*. Budapest: Medicina Könyvkiadó 27-54.

Singer M. (2009) Jöttem is meg nem is, hoztam is, meg nem is… Posztraumás személyiségfejlődés perinatális gyász esetén, *Thanatológiai Szemle* 55-71.

Singer M. (2016) .*Asszonyok álmában síró babák*. Budapest: HVG Kiadó Zrt.

Stern, D. (dátum nélkül) *Anya születik Arról, hogyan változtatja meg az anyaság átélése örökre az embert?* Budapest: Animula Kiadó, 127-129.

Sz. Makó H. (2017). „Temetetlen gyász” A terhességi veszteségélmények pszichológiai következményei, feldolgozásuk sajátosságai és az intervenciós lehetőségek specifikumai. In Sz. Makó H., Veszprémi B. (Szerk.) *A párkapcsolattól a gyermekágyig A várandóság, a szülés és a gyermekágy időszakának pszichológiája és pszichoszomatikája.* Pécs: Octoport 257- 276.

Varga K., Suhai G. (2010) *Szülés és születés lélektanon innen és túl*. Budapest: Pólya kiadó

Zsák É. (2019) Szakmai és emberi nehézségek és kihívások a pre- és perinatális veszteségekben. In Varga Katalin, Andrek Andrea, Molnár Judit Eszter (Szerk.) *A szülés és születés minősége a perinatális tudományok megközelítésében*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 381-388.

Internetes források:

Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss (2001) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/#__ffn_sectitle letöltve: 2020. április. 05.

KSH statinfó http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/index.jsp letöltés dátuma: 2020. március 3.

Ronald Reagan idézet: https://www.facebook.com/koraszulottcom/posts/2007754339262910 letöltve: 2020. 04. 07.

Tündérmese másképp, személyes blog http://tmm-reka.blogspot.com letöltés: 2020. április. 05.

https://remembermybaby.org.uk képek letöltve: 2020. április 7.

https://twitter.com/CiaoLapo memory box kép letöltve: 2020. április 7.

https://www.rachelsgift.org memory box kép letöltve: 2020. április 7

https://www.perinatalhospice.org/faqs letöltve 2020. április. 05.

MELLÉKLET

Ajánlások az egészségügyi intézményeknek a családok támogatására perinatális veszteség esetén

Sokszor kommunikációs zárlat veszi körül a gyászoló szülőket. Fontos ezért a gyászmunkát támogató programok létrehozása, ahol a különböző szakértők bevonásával képesek támogatni a veszteséget átélt szülőket. A segítő személyzet érzelmi attitűdje, megfelelő kommunikációja egyedülálló módon képes minimalizálni a komplikált gyász veszélyét, és tudja facilitálni, a normál mederben folyó szülői gyászt. (Hivatalosértesítő 2010. Évi. 104. Szám)

A perinatális veszteségek óriási traumát jelentenek a szülők számára, így fontos, hogy ha a traumatikus élményüket megosztják, akkor a segítő személy tisztában legyen az alapvető segítői reakciókkal.

NEM hatékony segítői válaszok:

- felháborodás, szörnyülködés
- azonosulás
- másodlagos traumatizáció, amikor a páciens súlyos traumája mélyen érinti a segítőt, ami arra utal, hogy a háttérben a segítő saját múltbéli, feldolgozatlan traumája áll, ezért elengedhetetlen a segítő számára az önismeret és a szupervíziós háttér kiépítése
- düh
- hitetlenkedés
- hibáztatás
- a probléma lekicsinylése
- tolakodó kérdezősködés
- sajnálkozás
- megmentési fantáziák

Hatékony segítői jelenlét:

- nyugodt figyelem
- a kimondás nehézségének elismerése
- megerősítés, hogy továbbra is a trauma elszenvedője irányítja a kimondás folyamatát
- az érzések elismerése
- a szülőpár jelenlegi biztonságának a felmérése (Kitzinger, 2008)

Perinatális Hospice:

Amerikában és Európában is egyre növekvő számban működnek perinatális hospice központok, melyek támogatási modellje olyan szülők számára nyújtott segítség, akik valamely élettel össze nem egyeztethető prenatális diagnózis birtokában a terhesség megtartása mellett döntenek, a gyermek születéséig és haláláig. Ideális esetben ez egy átfogó és multidiszciplináris csapatmódszer, amely magában foglalhatja az alábbi szakembereket:

- szülészorvosok
- szülésznők
- perinatális szaktanácsadók
- pszichológusok
- pszichiáterek
- ápolók
- neonatológusok
- a NICU személyzete,
- egyházi személyek
- genetikai tanácsadók
- hagyományos hospice szakemberek

Támogatják a családokat a várandóság fennmaradó részén, a születés előtti és utáni döntéshozatali folyamatokban és a gyászmunkában. (perinatalhospice)

A Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikája az alábbi ajánlást javasolja palliatív ellátás, gyász esetén

- A szülőpár részletes tájékoztatása, pszichés kísérése
- Esetleges más családtagok bevonása
- Vallási, kegyeleti kérdésekben döntés pl. keresztelés
- Személyes, intim búcsúra való felkészülés – a személyzet felkészítése is
- A szülők fokozott jelenlétének biztosítása – fizikai érintkezés
- Az újszülött elvesztése esetén végig vele lehetnek a kritikus időszakban, majd a felöltöztetett gyermektől való intim, méltó búcsú
- A szülőpár számára rendszeres konzultáció, gyászfeldolgozási lehetőség biztosítása

Külföldi ajánlások az egészségügyi dolgozók számára perinatális halál esetén:

- Minimalizálják a várakozási időt, különösen nyilvános várókban.
- Legyenek nagyon körültekintők a rossz hír közlése során, mert annak minden momentuma mélyen a szülőkbe véződhet.
- Kommunikáljanak empatikusan, világosan és őszintén.
- Biztosítsák a szülőket (amennyiben helytálló), hogy a veszteség nem az ő hibájuk, és nem annak a következménye, hogy ők tettek vagy nem tettek valamit.
- Engedjék meg a szülőknek, hogy annyi időt töltsenek a gyermekükkel, amennyire szükségük van.
- Nyugodtan fejezzék ki szomorúságukat a történtek miatt és érezzenek együtt a szülőkkel.
- Biztosítsanak magánszférát a szülők számára, de ne hanyagolják el őket.
- Nyugtassák meg a szülőket, hogy a gyermek nem volt egyedül, nem félt, és nem érzett fájdalmat a halálakor.
- Kínáljanak fel lehetőségeket és módokat az emlékek létrehozásához (pl. fénykép, ultrahang felvétel, lábnyomat).
- Használják a „baba“ szót (pl. „magzat“ helyett), illetve használják a gyermek nevét, ha már kapott nevet.
  (Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss, 2001)

EREDETISÉGNYILATKOZAT

Alulírott Horváth Réka, az ELTE PPK Perinatális szaktanácsadó képzés hallgatója büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírásommal igazolom, hogy A perinatális szaktanácsadó szerepe a veszteséget átélt szülők segítésében című szakdolgozat/diplomamunka **saját, önálló szellemi munkám,** az abban hivatkozott, nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok általános szabályinak megfelelően történt.

Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat/diplomamunka esetén plágiumnak számít:

- a szószerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- a tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem, és tudomásul veszem, hogy plágium esetén szakdolgozatom/diplomamunkám visszautasításra kerül, és ilyen esetben fegyelmi eljárás indítható.

Budapest, 2020. április 14.

Horváth Réka