

## Sytuacja kobiet w ciąży wysokiego ryzyka jako przykład sytuacji granicznej – inspiracje Jaspersowskie

Katarzyna Rychter

(Uniwersytet Śląski, Wydział Nauk Społecznych)

### Wprowadzenie

W ramach artykułu podejmuję skromną próbę wykorzystania kategorii „sytuacji granicznej” (rozumianej tak, jak ją scharakteryzował Karl Jaspers, a także tak, jak została podjęta w ramach psychologii prokreacji oraz socjologii i pedagogiki), do opisu (zarysu, szkicu) położenia i kondycji kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, ryzyko których pochodzi z diagnozy wad rozwojowych/chorób płodu, w tym wad/chorób płodu, (a) które nie występowały wcześniej w rodzinach (tych kobiet) oraz (b) których pełna etiologia nie jest znana bądź ze względu na wczesny etap diagnozy, bądź ze względu na wieloczynnikowy charakter etiologii.

W artykule wykorzystuję materiał pochodzący z rozmów, jakie przeprowadziłam (w okresie lipiec – listopad 2018 roku)<sup>1</sup>, z kobietami w ciąży wysokiego ryzyka, a także materiał pochodzący z filmu pt. *Moje dziecko jest aniołem* w reżyserii M. Górskiej oraz książki pt. *Dar czasu. O kontynuowaniu ciąży z nieuleczalnie chorym dzieckiem* autorstwa A. Kuebelbeck i D.L. Davis.

<sup>1</sup> Rozmowy przeprowadziłam w okresie lipiec–listopad 2018 roku, techniką wywiadu swobodnego ukierunkowanego. W badaniu brało udział 30 kobiet (w wieku 22–43 lata; z wykształceniem zawodowym, średnim i wyższym, zamieszkałych w województwach: śląskim, dolnośląskim i małopolskim) w ciąży wysokiego ryzyka, po badaniach prenatalnych (z diagnozą wad rozwojowych płodu).

## Uwagi teoretyczne

### Słów kilka na temat współpracy filozofii i nauk szczegółowych

Są kategorie filozoficzne, które trafiają na warsztat badawczy nauk szczegółowych, stając się przy tym inspiracją dla kolejnych pokoleń badaczy, w tym badaczy z różnych dyscyplin. Zdarza się, że kategorie te wracają na łono filozofii, choćby po to, by filozofowie mogli z nich skorzystać podczas swoich dociekań nad kolejnymi zjawiskami (problemami), dostrzeganymi na granicy między refleksją filozoficzną a badaniami naukowymi. Podstawową zasadą, która przyświeca tego typu działaniom, jest zasada wzajemnej pozytywnej relacji między filozofią i naukami szczegółowymi: stałej (współ)obecności i wzajemnej uważności. Tak sformułowana zasada uderza zarówno w postulaty neopozytywistycznego scjentyzmu, jak i neoromantycznego antyintelektualizmu<sup>2</sup>, stanowiąc przy tym podstawę do poszukiwania twórczego kompromisu i miejsca gdzieś „w pół drogi” – między jednym a drugim stanowiskiem.

### Sytuacja graniczna w ujęciu Karla Jaspersa<sup>3</sup>

Wyjątkową kategorią filozoficzną, która została na nowo skonceptualizowana i zoperacjonalizowana w ramach nauk szczegółowych, w tym m.in. w ramach psychologii (i psychoterapii), psychiatrii, pedagogiki, socjologii i antropologii, jest kategoria „sytuacji granicznej”, autorstwa Karla Jaspersa – niemieckiego psychiatry i filozofa. O jej wyjątkowości świadczy chociażby fakt, że jej autor doświadczenia i inspiracje do jej sformułowania, zdobywał/odnajdywał i w nauce (psychologia, psychiatria), i w praktyce (psychiatria, psychoterapia), i w filozofii (filozofia egzystencjalna). Wyjątkowości tej kategorii filozoficznej dodaje również fakt jej ogromnej mocy inspiracyjnej.

Sytuacja graniczna definiowana jest przez Jaspersa jako specyficzny rodzaj sytuacji. Jej specyfika wynika z kilku czynników wiążących się m.in. z jej istotą, przebiegiem, intensywnością oraz funkcją zmianotwórczą, w tym sensotwórczą. Cierpienie, śmierć, wina – to niektóre przykłady sytuacji granicznych.

<sup>2</sup> Por. F. Nietzsche, *Niewczesne rozważania*, tłum. L. Staff, Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2003.

<sup>3</sup> Jaspers K., *Sytuacje graniczne*, w: *Jaspers*, R. Rudziński, Seria: Myśli i Ludzie, Wiedza Powszechna, Warszawa 1978, s. 186–242.

Życie ludzkie toczy się w sytuacjach. Każdy człowiek doświadcza m.in. trosk, zmartwień i cierpienia, jako sytuacji możliwych (do przepracowania i w miarę prawidłowego funkcjonowania). Sytuacje możliwe tworzą pewien rodzaj rutyny. Opierają się zarówno na tych wrodzonych, jak i na nabytych, w tym wypracowanych na różnych etapach życia, mechanizmach radzenia sobie z napotkanymi i/lub prowokowanymi trudnościami. Rutyna rządzi życiem. W codzienności przeciętnego człowieka nie ma miejsca na refleksję nad życiem. Puls codzienności zagłusza dopominające się postawienia i repliki, pytania egzystencjalne. Każdy człowiek w jakiś konkretny sposób (po części zarezerwowany dla niego samego, po części dzielony z innymi – z danej grupy, kultury, a po części charakterystyczny dla człowieka jako przedstawiciela gatunku *Homo sapiens*<sup>4</sup>) postrzega siebie, innych ludzi i świat. Przynależy do jakiegoś miejsca i czasu, i z perspektywy tego miejsca i czasu patrzy, słucha, ocenia, itd. Jest wśród znanych (bliskich) i nieznanymi (dalekich) sobie osób. Posiada rzeczy, które to miejsce wypełniają, i z którymi się identyfikuje. Działa w pewien mniej lub bardziej określony sposób. Działania jakie podejmuje, wypełniają jego czas, z kolei wytwory działań – przynajmniej niektórych – miejsca. Schematy (myślenia i działania), jakich używa w codziennym życiu, stwarzają poczucie bezpieczeństwa.

Są jednak momenty (sytuacje graniczne) – nierzadkie, stanowiące naturalne (powszechne) zjawisko w ludzkich biografiiach – w których następuje „pęknięcie w codziennej rzeczywistości”<sup>5</sup>, zaburzenie rutyny (zniesienie, tymczasowe zniszczenie potoczności<sup>6</sup>), utrata kontroli (poznawczej, behawioralnej)<sup>7</sup>, wstrząs i rodzące się z niego – zdumienie i zadziwienie, a także strach i niepewność, w tym wręcz fundamentalny niepokój, który dotyka konkretnego człowieka w jego całości (we wszystkich wymiarach jego bycia i funkcjonowania – w jego fizyczności, myśleniu, emocjach, duchowości, społecznych więziach, jakie tworzy<sup>8</sup>). Nic już nie jest takie, jakie było wcześniej. Sytuacje graniczne są niepowtarzalne,

<sup>4</sup> Por. M. Trydeński, *Doświadczenie graniczne w perspektywie filozofii Karla Jaspersa*, w: *Karl Jaspers: w kręgu wielkich myślicieli współczesności*, red. Cz. Piecuch, UNIVERSITAS, Kraków 2015, s. 151–152.

<sup>5</sup> A. Kargulowa, *O teorii i praktyce poradnictwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 133.

<sup>6</sup> M. Trydeński, *Doświadczenie graniczne w perspektywie filozofii Karla Jaspersa*, dz. cyt., s. 148.

<sup>7</sup> K. Polak, *Sytuacje graniczne – szczególne spotkanie pedagogiki i pedagogii*, w: *Sytuacje graniczne w biegu ludzkiego życia*, red. J. Wiśniewska, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2015, s. 27–28.

<sup>8</sup> M. Trydeński, dz. cyt., s. 153–154; K. Polak, dz. cyt., s. 25.

a przez to wymagają zupełnie nowego podejścia/ujęcia/odnalezienia się, w tym postawienia podstawowych dla ludzkiej egzystencji pytań (pytań m.in. o to: kim jestem/kim mogę być, co wiem/mogę wiedzieć, czego się spodziewam/czego mogę się spodziewać, co czynię i co powinienem (powinam) czynić<sup>9</sup>, a dalej czym jest dla mnie śmierć, czym jest życie i jaki ma dla mnie sens i cel, itd.). Nie sprawdzają się wcześniej przyjęte schematy poznawcze, realizowane w życiu jednostki wzory zachowań, a nawet przyjmowane normy i wartości. Próżno szukać punktu oparcia w dotychczasowym „ja”, w znanym świecie, w innych: bliskich i dalekich. Sytuacje graniczne czynią człowieka samotnym w odczuciach, w podejmowanych decyzjach i odpowiedzialności za nie. Bycie samotnym to bycie zamkniętym – mimo (konieczności) obecności innych – we własnym świecie, który w wyniku doświadczania sytuacji granicznych staje się człowiekowi obcy, nieprzewidywalny. To również zamknięcie we własnym języku<sup>10</sup>.

Specyficzną przeszkodę w komunikacji tworzy nieadekwatność języka wobec sytuacji granicznej. Innemu (drugiemu) trudno wytłumaczyć (ująć w słowa) to, co się czuje, przeżywa, zwłaszcza wówczas, gdy się jest zanurzonym w sytuacji granicznej (nieco inaczej jest w przypadku retrospekcji). Taka specyfika sytuacji wynika, z jednej strony, z trudności zrozumienia przez osobę doświadczającą tego, czego doświadcza. Z drugiej – z niedostatków języka, tj. m.in. z jego tymczasowego, nieadekwatnego, niewspółmiernego charakteru (z niemożności ujęcia za pomocą słów, zmieniającej się rzeczywistości odczuć i przeżyć)<sup>11</sup>.

## Potencjał sytuacji granicznych<sup>12</sup>

Sytuacje graniczne wypełnione są możliwościami (człowiek jest bytem dynamicznym, określa się w sytuacjach i poprzez sytuacje; możliwości, które wykorzystuje lub których nie wykorzystuje). W sytuacjach granicznych tkwi potencjał, i to zarówno niszczyielski, jak i potencjał do rozwoju (do tego, by człowiek je

<sup>9</sup> Por. Pytania stawiane przez I. Kanta: „Co mogę wiedzieć?”, „Czego mogę się spodziewać?”, „Co powinienem czynić?”, „Kim jest człowiek?”.

<sup>10</sup> Por. „Cierpieć, to nic nie mówić, bo cierpieć, to nie móc nic czynić, więc także nie móc zdobyć się na dystans wobec swych doświadczeń, nawet na odległość słowa”, z: M. Opoczyńska, *Dyskurs cierpienia – dialog świadków?*, w: M. Straś-Romanowska, M. Żurko, B. Bartosz, *Psychologia małych i wielkich narracji*, ENETEIA, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2010, s. 279.

<sup>11</sup> „(...) niema niemożliwość komunikacji – niemota, która zarówno sobie, jak i innym nie potrafi powiedzieć, czym jest, i pozostaje tęskna, bezradna, bezmowna”, z: K. Jaspers, *Wiara filozoficzna wobec objawienia*, Znak, Kraków 1999, s. 141; por. K. Polak, dz. cyt., s. 29–30.

<sup>12</sup> Na podstawie: K. Jaspers, *Sytuacje graniczne*, dz. cyt., s. 186–242.

przeżywający mógł stać się autentyczną egzystencją). Niszczycielska moc sytuacji granicznych sprowadza się w gruncie rzeczy do niewykorzystania potencjału sytuacji granicznych, do pozostania w ramach egzystencji nieautentycznej (bytu empirycznego), w tym do zaprzeczania istnienia i działania doświadczeń terminalnych i ich sensotwórczej (zmianotwórczej) roli w życiu człowieka.

Doświadczenia graniczne przepełnione są skrajnie negatywnymi emocjami, które to mogą prowokować zachowania ucieczkowe. Przy czym ucieczka od sytuacji nieuniknionych, takich jak doświadczenia (sytuacje) graniczne, jest tylko pozorna i wymaga zaangażowania sporych zasobów psychicznych. Zasoby te są pożytkowane m.in. na uruchomienie mechanizmów obronnych, w tym, m.in. zaprzeczenia (częściowego, tj. tłumienia/supresji lub całkowitego, czyli wyparcia/represji<sup>13</sup>) czy racjonalizacji (por. ucieczka w światopogląd). U podłoża mechanizmów obronnych leży strach/ lęk<sup>14</sup> przed konfrontacją z sytuacją graniczną: z czysto ludzkim cierpieniem, odczuciem winy czy bliskością śmierci (własnej lub bliskiej osoby). Strach/lęk może być chwilowy (przejściowy) lub trwały. Może prowadzić do zatracenia się w empiryczności.

Sytuacja graniczna może również wyzwolić potencjał kreatywny, osobotwórczy, potencjał do poznania samego siebie i świata, w tym do poszukiwania (nadawania) sensu i mobilizowania sił w trudnych sytuacjach – do konstruktywnej konfrontacji (jako przeciwieństwa ucieczki) oraz do rozwoju. Doświadczenie sytuacji granicznej może stać się okazją do odsłonięcia prawdy o człowieku jako takim, o jego skończoności, ograniczoności, oraz o możliwościach, ale przede wszystkim prawdy o „mnie” (tak o moich ograniczeniach, jak i o możliwościach), jako o konkretnym człowieku. Jest to możliwe o tyle, o ile istnieją ku temu odpowiednie warunki: wewnętrzne i zewnętrzne, indywidualne i społeczne. Warunkiem podstawowym jest otwartość na sytuację, zdanie sobie sprawy z zagrożenia i z szansy, jakie niesie i potraktowanie jej jako wyzwania<sup>15</sup>. Podjęcie wyzwania wymaga reakcji: sytuacja graniczna domaga się reakcji. Nie sprawdza się bierna postawa (samo)obserwacji.

<sup>13</sup> Zob. też inne mechanizmy obronne wymieniane w literaturze psychologicznej.

<sup>14</sup> W tekście nie odróżnia się strachu i lęku.

<sup>15</sup> „(...) stajemy się sami sobą, gdy z otwartymi oczyma wkraczamy w sytuacje graniczne”, za: K. Jaspers, *Sytuacje graniczne*, dz. cyt., s. 189.

## Rozumienie sytuacji granicznych w naukach szczegółowych

W psychologii, w tym m.in. w psychologii społecznej, rozwojowej (w tym prenatalnej), w psychologii prokreacyjnej, psychologii poznawczej, psychologii emocji, osobowości podejmuje się badania teoretyczne i empiryczne nad sytuacjami granicznymi i im pokrewnymi, np.: *epizody nuklearne* (D. McAdams), *zdarzenia krytyczne* (D. Tripp, 1996<sup>16</sup>), *krytyczne wydarzenia* (Ch. Bühler, 1999<sup>17</sup>), *okresy krytyczne* (Erikson, 2004<sup>18</sup>), *momenty kluczowe, punkty przełomowe* (M. Gladwell, 2009<sup>19</sup>), *doświadczenie dna* (F. Thorne, 1963<sup>20</sup>), *zdarzenia zmieniające* (L. Greenberg, 1986<sup>21</sup>), *sytuacje kryzysowe* (Tomaszewski, 1975<sup>22</sup>), w tym nad konkretnymi sytuacjami granicznymi (por. badania nad śmiercią) oraz badania, które potraktować można jako badania pomocnicze (np. nad stresem psychologicznym, strategiami radzenia sobie ze stresem<sup>23</sup>).

Wszystkim wyżej wymienionym kategoriom przypisać można cechy wspólne, takie jak: nagły charakter, nieprzewidywalność, obciążenie, głównie skrajnie negatywnymi emocjami, oraz potencjał zmianotwórczy.

Najogólniej, można powiedzieć, że próby badania przez psychologów kategorii „sytuacji granicznej” sprowadzają się do podjęcia (trudu) obserwacji, a także pomiarów i opisu:

- a) odczuć i zachowań (reakcji) osób, które doświadczają/doświadczyły konkretnej sytuacji granicznej i wpływu (pozytywnego i/lub negatyw-

<sup>16</sup> D. Tripp, *Zdarzenia krytyczne w nauczaniu. Kształtowanie profesjonalnego osądu*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1996, s. 29, za: M. Wrona, *Sytuacje graniczne w chaosie pojęciowym – próba syntezy znaczeń*, w: *Sytuacje graniczne w biegu ludzkiego życia*, dz. cyt., s. 12.

<sup>17</sup> Ch. Bühler, *Bieg życia ludzkiego*, PWN, Warszawa 1999, s. 258–260, za: M. Wrona, dz. cyt., s. 11.

<sup>18</sup> E. Erikson, *Tożsamość i cykl życia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 111, za: M. Wrona, dz. cyt., s. 12.

<sup>19</sup> M. Gladwell, *Punkt przełomowy*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2009, s. 13–17, za: M. Wrona, dz. cyt., s. 14.

<sup>20</sup> F.C. Thorne, *The clinical use of peak and nadir experience reports*, „Journal of Clinical Psychology” 1963, vol. 19, No. 2, s. 248–250, za: R. Stagg, *The nadir experience: crisis, transition and growth*, „The Journal of Transpersonal Psychology” 2014, vol. 46, No. 1, s. 72, za: M. Wrona, dz. cyt., s. 16.

<sup>21</sup> L.S. Greenberg, *Change Process Research*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1986, Vol. 54, No. 1, s. 6; za: M. Wrona, dz. cyt., s. 18.

<sup>22</sup> T. Tomaszewski, *Psychologia*, Warszawa 1975, s. 31–32.

<sup>23</sup> R.S. Lazarus, S. Folkman, *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York 1984; N.S. Endler, D.A. Parker, *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1990, vol. 58, No. 5, s. 844–854.

- nego) tej sytuacji na ich funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze, społeczne i/lub
- b) cech oraz zasobów (m.in. emocjonalnych, poznawczych, społecznych<sup>24</sup>) osób, które doświadczają (doświadczyły) sytuacji granicznych i korelacji tych cech ze sposobem reakcji na takie sytuacje (por. strategie radzenia sobie ze stresem a konkretne cechy jednostki) i/lub
  - c) reakcji osób bliskich/dalekich na zachowania osoby pozostającej w sytuacji granicznej/osoby, która była w sytuacji granicznej (por. zjawisko emocjonalnego wsparcia), przy uwzględnieniu różnych okoliczności i zmiennych, np. różnic indywidualnych w zakresie temperamentu, płci, wieku, szczególnych potrzeb osób badanych oraz warunków, w jakich zachodzą sytuacje graniczne (por. warunki zwykle trudne oraz warunki odbiegające od standardów codzienności przeciętnego człowieka np.: warunki misji wojskowych, wojny, pobytów w więzieniu, sytuacji długotrwałej hospitalizacji, psychoterapii, praktyk inicjacyjnych).

W ramach psychologii prokreacji, prowadzi się badania m.in. nad:

- a) odczuciami (przeżyciami) i zachowaniami (reakcjami) kobiet, które doświadczają/doświadczyły niepowodzeń położniczych (poronienie, aborcja selektywna, przedwczesny poród) oraz takich, które urodziły dziecko z wrodzoną wadą rozwoju, w tym wadą letalną (śmiertelną), oraz wpływu (pozytywnego lub negatywnego) tych doświadczeń na ich funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze, społeczne. Badaniu poddaje się m.in. emocje, jakie towarzyszą kobietom (por. badania nad dystresem prenatalnym oraz zwrotnym wpływem stresu na przebieg ciąży<sup>25</sup>). Znaczną część badań stanowią badania nad zaburzeniami emocjonal-

<sup>24</sup> S. Hobfoll, *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 61–76.

<sup>25</sup> Por. P.B. Rodrigues, C.F. Zimbaldi, A. Cantilino, E. Botelho, E.B. Sougey, *Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review*, „Trends Psychiatry Psychotherapy” 2016, vol. 38, No. 3, s. 136–140; L.E. Sockol., C.N. Epperson, J.P. Barber, *The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers*, „Archives of Women’s Mental Health” 2014, vol. 17, No. 3, s. 199–212; M.Semczuk, S. Steuden, K. Szymona, *Ocena nasilenia i struktury stresu u rodziców w przypadkach ciąży wysokiego ryzyka*, „Ginekologia Polska” 2004, nr 75(6), s. 417–424.

nymi i psychicznymi kobiet w ciąży, poddawanych wpływowi nadmiernego i długotrwałego stresu<sup>26</sup> i/lub

- b) cechami oraz zasobami kobiet w ciąży wysokiego ryzyka i/lub
- c) reakcjami osób bliskich/dalekich na zachowania kobiet w ciąży wysokiego ryzyka (zob. zjawisko emocjonalnego wsparcia przez ich partnerów<sup>27</sup>).

Badania nad sytuacjami granicznymi prowadzone są również przez socjologów, w ramach m.in. socjologii zdrowia i choroby (w tym socjologii choroby przewlekłej, doświadczenia choroby, socjologii diagnozy), socjologii rodziny (w tym badań nad społecznymi uwarunkowaniami prokreacji). Podejmuje się badania nad społecznym kontekstem i konsekwencjami konkretnych sytuacji granicznych, dotyczących jednostki, a także grup społecznych. Wskazuje się na oczekiwania, jakie społeczeństwo ma wobec jednostki/grupy pozostającej w danej trudnej sytuacji, a także, jakie jednostka/grupa ma i może mieć wobec społeczeństwa. Uwagę zwraca się np. na zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym jednostki, znajdującej się w okolicznościach obiektywnie i subiektywnie trudnych, w tym na zaburzenia w ramach pełnionych ról społecznych (np. rola społeczna chorego a inne jego role<sup>28</sup>; rola społeczna kobiety-matki a inne role; konflikt/napięcie w roli społecznej<sup>29</sup>) oraz w relacjach interpersonalnych (z grupami pierwotnymi, wtórnymi). Sporo uwagi poświęca się, dzielonemu z psychologią społeczną, zagadnieniu wsparcia społecznego: potrzebie takiego wsparcia, realnym konsekwencjom jego udzielenia lub nie udzielenia. Coraz chętniej, podejmuje się rozważania i badania empiryczne nad doświadczeniem jednostki (np. socjologia doświadczenia choroby) i wpływem kontekstu socjokulturowego na sposoby doświadczania, a także nad wpływem tego doświadczenia na społeczne funkcjonowanie jednostki<sup>30</sup>.

<sup>26</sup> M. Makara-Studzińska, J. Moryłowska, K. Sidor, *Zaburzenia depresyjne i lękowe w ciąży*, „Przeгляд Ginekologiczno-Położniczy” 2009, nr 9(2), s. 63–66.

<sup>27</sup> Ł. Bieleninik, M. Bidzan, D. Salwach, A. Zdolska-Wawrzekiewicz, *Wsparcie od partnera a radzenie sobie z problemami prokreacyjnymi*, w: *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*, red. L. Golińska, E. Bielawska-Batorowicz, Łódź 2011, s. 177–186.

<sup>28</sup> T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1969, s. 150.

<sup>29</sup> W. J. Goode, *Teoria napięcia w roli*, w: *Socjologia. Lektury*, red. P. Sztompka, M. Kucia, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005, s. 156; J. Turowski, *Socjologia. Małe struktury społeczne*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001, s. 135; P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2002, s. 118, 132.

<sup>30</sup> F. Schütze, G. Reimann, *Trajektorie jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cier-*



Kategoria sytuacji granicznej nie jest obca również pedagogice, w ramach której to traktuje się ją m.in. jako element mający znaczenie w procesie wychowania i kształcenia osób w różnym wieku, z różnymi potrzebami i problemami. Jako jedno z najpierwszych zadań pedagogiki przyjmuje się przygotowanie człowieka zarówno do życia w świecie: do wymagań otoczenia społecznego i przyrodniczego (przystosowanie zewnętrzne), jak i do życia w zgodzie ze sobą (przystosowanie wewnętrzne). Znaczącą częścią tego przygotowania jest wykształcenie w człowieku świadomości (wszech)obecności sytuacji trudnych (granicznych), potencjału, jaki w nich tkwi, a także konieczności (konstruktywnej) adaptacji do tych sytuacji – z wykorzystaniem działań samodzielnych (samopomocowych, samorozwojowych) oraz działań wspierających, w tym poszukiwania wsparcia i umiejętności korzystania z niego<sup>31</sup>.

### **Początki trudnego macierzyństwa – ciąża wysokiego ryzyka**

Ciąża wysokiego ryzyka to ciąża zagrożona, w przebiegu której fizjologiczne i/lub psychologiczne czynniki występujące u matki lub płodu postrzegane są jako zagrażające ich zdrowiu, życiu lub przynajmniej ich wzajemnej relacji<sup>32</sup>.

Sama kategoria „ciąży zagrożonej” („ciąży wysokiego ryzyka”) jest kategorią szeroką. Kryje ona w sobie długą listę zagrożeń. Wynikiem zagrożeń mogą być m.in.: bądź poronienie, bądź przedwczesny poród (spontaniczny lub wywołany przez lekarzy), bądź konieczność podjęcia decyzji o aborcji selektywnej, bądź o kontynuacji ciąży, a dalej być może decyzji o intensywnej terapii płodu lub terapii nowonarodzonego dziecka (konwencjonalnej lub eksperymentalnej), bądź urodzenie chorego dziecka i wynikające z tego konsekwencje, a także ryzyko pogorszenia stanu zdrowia kobiety, a nawet zagrożenie dla jej życia<sup>33</sup>.

---

*pienia i bezładnych procesów społecznych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, nr 36(2), s. 89–109; M. Bury, *Chronic Illness as Biographical Disruption*, „Sociology of Health and Illness” 1982, vol. 4, No. 2, s. 167–182; za: M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011.

<sup>31</sup> M. Straś-Romanowska, *Doświadczenie graniczne w rozwoju człowieka: wyzwanie dla poradnictwa*, w: *Poradownictwo – kontynuacja dyskursu*, red. A. Kargulowa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 65–83.

<sup>32</sup> E. Bielawska-Batorowicz, *Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych*, „Przegląd Psychologiczny” 1987, nr 30(3), s. 680–693; T. Widomska-Czekajaska, J. Górajek-Jóźwik, *Encyklopedia dla pielęgniarzek i położnych*, t. 1, Warszawa 2010, s. 136.

<sup>33</sup> Por. J. Skrzypczak, T. Pisarski, L. Pawelczyk, *Trudności w urodzeniu zdrowego dziecka*, w: *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów*, red. T. Pisarski, PZWŁ, Warszawa 1998, s. 333–334.

Diagnoza ciąży wysokiego ryzyka<sup>34</sup> wymuszać może m.in.: konieczność wdrożenia odpowiedniego leczenia (matki i/lub płodu/dziecka), nierzadko hospitalizacji<sup>35</sup>, a także reorganizacji w dotychczasowym trybie (sposobie) życia kobiety i całej rodziny, i zorientowania go na zachowanie ostrożności i przestrzeganie zaleceń lekarskich, a także wiąże się z silnymi, negatywnymi reakcjami, emocjami i uczuciami występującymi u kobiety, jej partnera oraz bliższego i dalszego otoczenia. Szczególnym przypadkiem ciąży zagrożonej, jest ciąża obarczona ryzykiem urodzenia dziecka z wadami rozwojowymi.

### Wady rozwojowe płodu

Wady rozwojowe płodu to wady, które powodują zaburzenia w strukturze i/lub funkcji jednego lub wielu narządów i (znacznie) utrudniają lub nawet uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie i rozwój (fizyczny, psychiczny, społeczny). Wśród wad rozwojowych płodu wyodrębnić można m.in.: wady struktury i wady funkcji; wady genetyczne dziedziczne i wady *de novo* u płodu; wady duże, w tym wady letalne i małe; izolowane (pojedyncze) i mnogie, zespoły wad; wady sprzężone i niesprzężone z płcią<sup>36</sup>.

<sup>34</sup> Zob. *Diagnostyka prenatalna w praktyce*, red. P. Węgrzyn, D. Borowski, M. Wielgoś, PZWL, Warszawa, 2015.

<sup>35</sup> Hospitalizacja traktowana jest jako dodatkowy stresor. Do tego dochodzi także kwestia roli personelu medycznego; por. A. Rutkowska, A. Rolińska, W. Kwaśniewski, M. Makara-Studzińska, A. Kwaśniewska, *Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka*, „Current Problems of Psychiatry” 2011, No. 12, s. 56–59, za: M. Lewicka, M. Wójcik, M. Sulima, M. Makara-Studzińska, *Nasilenie negatywnych emocji u kobiet ciężarnych w okresie hospitalizacji*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis (online)” 2015, No. 69, s. 182; *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018 r., w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*, dostępne na stronie: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf>.

<sup>36</sup> Por. *Ciąża wysokiego ryzyka*, wyd. II rozszerzone, red. G.H. Bręborowicz, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2006; J. Miłkowski, J. Miłkowski, *O wadach wrodzonych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1989; *Medycyna perinatalna*, t. II, red. Z. Słomko, Warszawa 1986; H. Bartel, *Embriologia. Podręcznik dla studentów*, wydanie IV, PZWL, Warszawa 2004.

## **Charakterystyka badanej grupy**

Kobiety, z którymi miałam przyjemność rozmawiać, to kobiety różniące się wiekiem (22–43 lata), wykształceniem, wykonywanym zawodem oraz miejscem zamieszkania (miasto: duże, małe, średnie, lub wieś). Wszystkie te kobiety to kobiety zamężne, co w najmniej 25 tygodniu ciąży, po diagnozie wady rozwojowej płodu. Wśród zdiagnozowanych wad płodu, były zarówno wady duże i/lub zespół wad, jak i wady małe, sprzężone, jak i niesprzężone z płcią. W znacznej części były to wady układu nerwowego (m.in. wrodzona przepuklina przeponowa), układu krążenia (m.in. krytyczne zwężenie aorty, zespół niedorozwoju lewego serca (HLHS)), układu pokarmowego, narządów płciowych oraz wady genetyczne powstałe w wyniku aberracji chromosomowych (m.in. trisomie 21). W jednym przypadku zdiagnozowano wadę letalną płodu (trisomia 18). Na podstawie rozmów oraz pobieżnego przejrzenia dokumentacji medycznej, uzyskałam informację, że etiologia tych wad na danym etapie diagnozy albo nie jest ustalona, albo ustalono ją, wskazując na szereg czynników ryzyka, bez podania czynnika dominującego. Wszystkie kobiety, z którymi rozmawiałam, były pod ścisłą kontrolą lekarską. U większości kobiet nie zdiagnozowano chorób genetycznych, ani żadnych innych chorób (np. cukrzyca, nadciśnienie, otyłość), które mogłyby stanowić czynnik ryzyka wad/chorób płodu.

Wśród kobiet, z którymi rozmawiałam, były zarówno takie, które dopiero co poznały diagnozę wady/choroby płodu, jak i takie, które miały okazję oswoic się z informacjami na temat wady/choroby i ewentualnych rokowań. Reakcje tych kobiet były różne. To, co je łączyło, to ładunek emocjonalny ich reakcji – lęk pomieszany z nadzieją oraz świadomość nieuniknionych zmian. Dodatkowymi cechami wspólnymi były: pojawiająca się u tych kobiet (nierzadko pierwszy raz w życiu), refleksja nad sensem życia, śmierci, świata (zob. samoistne filozofowanie) oraz poczucie osamotnienia (wręcz absolutnego) i jednocześnie ogromna potrzeba wsparcia.

## Sytuacja kobiet w ciąży wysokiego ryzyka jako przykład sytuacji granicznej

Przyjmuję, że sytuację tych konkretnych kobiet, a także sytuację kobiet w ciąży wysokiego ryzyka, określić można jako sytuację graniczną, tak jak ją rozumie Karl Jaspers oraz tak, jak jest podejmowana w psychologii prokreacji oraz socjologii i pedagogice. Charakterystykę sytuacji granicznej zawrzeć można, w mojej opinii, w kilku punktach (zob. powyżej). To sytuacja, która przede wszystkim:

1. jest naturalnym elementem ludzkich biografii:
  - powoduje „pęknięcie w codziennej rzeczywistości”,
  - wiąże się z silnymi (nadmiarowymi) emocjami,
2. jest sytuacją trudną (kryzysową, traumatyczną, zagrażającą), o ogromnym potencjale zmianotwórczym, w tym sensotwórczym:
  - wymusza zmianę schematów działania i myślenia, w tym zmianę celów i środków ich osiągnięcia oraz indukuje przyjęcie nowej (nowych) roli (ról) / modyfikację ról dotychczas pełnionych,
  - prowokuje postawienie pytań egzystencjalnych,
  - wzbudza konieczność/potrzebę (prze)wartościowania,
3. ma swoje społeczne konsekwencje:
  - wiąże się z jednej strony z absolutnym osamotnieniem, z drugiej – z koniecznością poszukiwania wsparcia i jego otrzymania.

### Sytuacja graniczna jako naturalny element ludzkich biografii. „Pęknięcie w codziennej rzeczywistości” – diagnoza ciąży wysokiego ryzyka i towarzyszące jej emocje

Sytuacja ciąży, czy to prawidłowej, czy zagrożonej, jest sytuacją trudną, kryzysową, tj. taką, która prowokuje zmiany i wymusza konieczność adaptacji do tych zmian (Glynn i in. 2008; Sęk 2004; Kuryś 2010<sup>37</sup>). Wśród tych zmian są zmiany fizyczne, psychiczne i społeczne. Ilość i jakość, w tym zakres tych zmian, powodują pojawienie się zróżnicowanych emocji – emocji negatywnych i pozytywnych.

<sup>37</sup> L.M. Glynn, C.D. Schetter, C.J. Hobel, C.A. Sandman, *Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth*, *Health Psychology*, „Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association” 2008, No. 27, s. 43–51; K. Kuryś, *Urodzenie dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Kraków 2010; H. Sęk, *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, w: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa 2004, s. 18–19, s. 49–67.

Ciąże wysokiego (podwyższonego) ryzyka, nie są zjawiskiem marginalnym. Tego typu ciąży obarczone są głównie, choć niewyłącznie, emocjami negatywnymi. Szczególny, zwłaszcza pod względem emocjonalnym, jest m.in. moment diagnozy wady/choroby płodu<sup>38</sup>.

### Przyjmowanie diagnozy – etapy<sup>39</sup>

Pierwszy etap po diagnozie to etap szoku. Najpierwszą i najczęstszą reakcją matki (rodziców) jest szok. Reakcja ta jest odpowiedzią na traumę. Na początku informacja o wadzie (chorobie) płodu nie jest przyjmowana. W wyniku ostrego stresu następuje u matki (rodziców) zaburzenie funkcji poznawczych (uwagi, pamięci, percepcji), które blokuje możliwość jej przyjęcia. Trudność ta wiąże się z i treścią, i z formą przekazywanej informacji, w tym z jej niezgodnością z oczekiwaniami, oraz z ogromnym ładunkiem emocjonalnym, jaki ze sobą niesie. Trudno wyrazić słowami, co się czuje. Z prowadzonych przeze mnie rozmów z kobietami w zagrożonej ciąży, wynika, że to, co czuje kobieta po usłyszeniu negatywnej diagnozy, odbiera jej głos, wiąże go w gardle (odbiera możliwość złapania oddechu, a tym samym uwolnienia głosu<sup>40</sup>). Do tego, niemożliwość opowiedzenia innym dokładnie tego, co się czuje, wiąże się z niezrozumieniem tego, co się dzieje, a także z niezrozumieniem tego, co się czuje, oraz z niechęcią do mówienia

<sup>38</sup> Słowa jednej z matek (Annette G.): „Początkowo sądziłam, że badająca miała problem z wykonaniem pomiarów, bo nasz maluch był bardzo ruchliwy. Wkrótce ta iluzja pękła i moje życie podzieliło się na «przed» i «po». Być może był to decydujący moment mojego życia”; Słowa Elizabeth: „To wyglądało, jakbyśmy stopniowo spadali ze szczytu schodów. Początkowo, podczas mojego powtórnego badania ultrasonograficznego, odkryli u Katherine przepuklinę przeponową. Potem miałam badanie amniopunkcji i tego samego dnia zostałam skierowana do kardiologa dziecięcego, który ocenił, w jakiej kondycji jest serce Katherine. Trzy dni później zderzyliśmy się z diagnozą trisomii 13”, w: A. Kuebelbeck, D. Davis, *Dar czasu. O kontynuowaniu ciąży z nieuleczalnie chorym dzieckiem*, Krakowskie Hospicjum dla Dzieci im. ks. Józefa Tischnera, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2017, s. 27, s. 35.

<sup>39</sup> Por. *Jak żyć z chorobą i jak ją pokonać*, red. I. Heszen-Niejodek, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, s. 80–105; E. Góralczyk, *Choroba dziecka w twoim życiu: o dzieciach ciężko i przewlekle chorych i ich rodzicach*, Warszawa 1996; L. Kowalewski, *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1995.

<sup>40</sup> Wypowiedź matki, z którą rozmawiałam: „(...) to tak, jakby ktoś ścisnął za gardło. Chcesz coś powiedzieć, ale nie możesz”.

o tym<sup>41</sup>. Pytaniem, jakie wówczas najczęściej się pojawia, jest pytanie: „Dlaczego (ja, my), dlaczego nas, nasze dziecko (to spotkało)?”

Najbardziej pierwotnymi reakcjami na zagrożenie, a tak określić można diagnozę choroby/wady płodu, są walka lub ucieczka. W przypadku informacji o chorobie, przychodzącej w większości przypadków nagle i niespodziewanie, przynajmniej w okresie zaraz po diagnozie, na walkę, tj. na aktywną konfrontację z przeciwnikiem, organizm kobiety-matki nie ma siły. Najczęściej, pozostaje ucieczka, która ujawnić się może w postaci uruchomienia mechanizmów obronnych.

Po etapie szoku, a często wraz z nim (w jego przebiegu), pojawia się kolejny etap – etap zaprzeczenia. Intensywność poprzedzającego go okresu, zostaje złagodzona. Na tym etapie następuje wstępne (powierzchowne) przyjęcie informacji o chorobie i jednocześnie ich zaprzeczenie. Matka (rodzice) podważa kompetencje specjalistów, zaprzecza diagnozie, konsultuje się z innymi specjalistami<sup>42</sup> (zjawisko „kupowania lepszej diagnozy”, „gonitwa terapeutyczna”).

Faza zaprzeczenia kończy się w momencie, gdy diagnoza zostaje potwierdzona przez innych specjalistów lub wraz z upływem czasu. Czasami faza ta przechodzi w fazę wyparcia. Częściej – pojawia się konfrontacja z diagnozą. Wraz z przyswojeniem informacji o chorobie (wadzie, zaburzeniu), pojawiają się pytania o to, co dalej, jak sobie z tym poradzić. Wtedy też (nieraz wcześniej, nieraz później), rozpoczynają się poszukiwania winnego. Kobietom towarzyszy ogromne poczucie winy, wstydu i szukanie przyczyn w sobie. Medyczne ulokowanie przyczyny, pozwala nieco obniżyć poczucie winy, choćby poprzez wyjaśnienie mechanizmu wystąpienia danej wady. W dalszej kolejności istotne są informacje o rokowaniach i objawach, które mogą wprowadzić pewien element przewidywalności i poczucia kontroli. Brak informacji na temat choroby dziecka bądź jej niezrozumienie przez matkę (rodziców) stanowi dodatkowe, ogromne źródło stresu<sup>43</sup>.

<sup>41</sup> Kobiety z ciążą zagrożoną charakteryzuje wysoki stopień powściągliwości, skrytości, niechęci do mówienia o sobie, swoich przeżyciach, uczuciach, doświadczeniach; por. K. Szymona-Pałkowska, *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005, s. 119–153.

<sup>42</sup> K. Mrugalska, *Czy rodzice i profesjonaliści mogą być sojusznikami?*, w: *U źródeł rozwoju dziecka*, red. I. Olechnowicz, Nasza Księgarnia, Warszawa 1998, s. 36–45, za: E. Pisula, *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1998, s. 19.

<sup>43</sup> R. Śmigiel, *Diagnostyka prenatalna – fakty i mity*, w: *Dziecko i jego środowisko: wyzwania pedia-*

Czas, który upływa od momentu diagnozy, może zmienić (nie)wiele. Po etapie zaprzeczenia następuje najczęściej etap adaptacji (wynikający, jak się wydaje z potrzeby powrotu do „normalności”), współwystępujący z procesem konfrontacji (przeciwieństwo ucieczki). Może to być adaptacja pozorna (powierzchniowa) bądź konstruktywna (głęboka)<sup>44</sup>. Etap adaptacji pozorowej może być etapem wstępnym adaptacji konstruktywnej. Może się też okazać, że adaptacja konstruktywna nie następuje. Jeden rodzaj adaptacji od drugiego różni poziom akceptacji dla zaistniałej sytuacji. W przypadku adaptacji konstruktywnej uzyskana diagnoza zaczyna wyznaczać czas oczekiwania na dziecko (o oczekiwaniu może być mowa, tylko wówczas, gdy matka (rodzice) zaakceptowała fakt choroby dziecka; z pytań o to „dlaczego ja/mnie?” mogą wyłonić się pytania: „dlaczego nie ja / nie mnie?”<sup>45</sup>).

### **(Współ)tworzenie roli kobiety-matki i związane z tym zmiany**

Od momentu diagnozy choroby (wady) lub później (w zależności od działania różnych czynników) – kobieta przyjmuje na siebie rolę matki<sup>46</sup> chorego dziecka, czasem matki umierającego dziecka, a czasem, dziecka, które już umarło (aborcja, poronienie)<sup>47</sup>. Każda z tych ról, jest jej po części narzucona (przez społeczeństwo, w tym przez środowisko medyczne), po części jest przez nią projektowana (*role-making*). Społeczeństwo ma określone oczekiwania wobec kobiet w ciąży (oczekiwania te są przekazywane w procesie socjalizacji pierwotnej i wtórnej).

Bycie (już w okresie ciąży) matką przewlekle nieuleczalnie chorego dziecka/umierającego dziecka/dziecka, które umarło jest rozszerzeniem i/lub modyfikacją roli matki (w przypadku i pierwszego, i kolejnego dziecka), a dalej także roli żony (parterki), córki, przyjaciółki, pracownika itd. Może się np. okazać, że rola ta staje się nadrzędna (podrzędna), a wszystkie pozostałe są jej podporządkowane (i wszystkim pozostałym jest podporządkowana)<sup>48</sup>. Zmiany w pełnieniu po-

---

*trii XXI wieku – wady wrodzone dzieci: problem kliniczny, psychologiczny i socjoekonomiczny*, red. A. Steciwko, D. Kurpas, L. Sochocka, Conlinuo, Wrocław 2011.

<sup>44</sup> Wiele zależy od tego, jakie konkretna jednostka posiada mechanizmy regulacji emocji i sposoby radzenia sobie z sytuacjami trudnymi.

<sup>45</sup> Słowa matki, u dziecka której wykryto wadę letalną, z filmu pt. *Moje dziecko jest aniołem*.

<sup>46</sup> E. Bielawska-Batorowicz, *Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych*, „Przegląd Psychologiczny” 1987, nr 30(3), s. 680–693.

<sup>47</sup> Dla kobiet, o czym więcej, w dalszych rozważaniach, określenie „płód” raczej nie jest zasadne. Niemalże od początku, mówią one i myślą o „dziecku”.

<sup>48</sup> V. Będkowska-Heine, *Tworzenie roli matki dziecka niepełnosprawnego*, w: *Wybrane zagadnienia*

szczególnych ról, mogą być przy tym na tyle duże (i znaczące), że mogą stanowić zagrożenie dla prawidłowego wypełniania tych ról (wszystkich lub niektórych).

Przyjęcie na siebie którejs z tych ról, a wcześniej sytuacja ciąży, diagnozy, co potwierdzają pytane przeze mnie kobiety: (a) wymagają reorientacji, zorganizowania wielu rzeczy na nowo i ponownej konsolidacji; (b) stwarzają możliwość (okazję) do poznania siebie, w tym swoich prawdziwych, tj. wypróbowanych w realnej sytuacji, a nie deklarowanych, przekonań (w rozmowach, jakie przeprowadziłam, dało się słyszeć, że niektóre kobiety, mimo iż deklarowały przed zajściem w ciążę, że są przeciwne aborcji (także z racji wyznawanej religii), to w trakcie ciąży, gdy same stanęły w obliczu decyzji o przerwaniu ciąży, choć takiej decyzji nie podjęły, to też zupełnie jej nie wykluczyły<sup>49</sup>); (c) stwarzają szansę na postawienie fundamentalnych pytań.

### **Zmiany w obrazie siebie, innych, świata. Przestrzeń dla pytań egzystencjalnych**

Silne negatywne emocje, w tym głównie lęk (lęk o zdrowie i życie dziecka, własne życie i zdrowie, o własne kompetencje macierzyńskie, lęk o przyszłość<sup>50</sup>), jakie towarzyszą kobietom w zagrożonej ciąży, prowokują modyfikacje w obrazie siebie i w obrazie otoczenia: (częściej) potęgują pewne negatywne wyobrażenia na swój temat, lub prowokują pojawienie się negatywnych odczuć i przekonań na swój temat<sup>51</sup>, bądź (rzadziej) pozwalają odkryć i docenić w sobie, w otoczeniu, pozytywne cechy<sup>52</sup>.

---

*psychopatologii rozwoju dzieci młodzieży*, red. S. Mihilewicz, Kraków 2003, za: A. Maciarz, dz. cyt., s. 16–17.

<sup>49</sup> Materiał z rozmów z kobietami w ciąży wysokiego ryzyka, prowadzone w okresie lipiec – listopad 2018.

<sup>50</sup> M. Barańska, G. Kmita, E. Ciastoń-Przeclawska, H. Cerańska-Goszczyńska, *Lęk i strategie radzenia sobie u kobiet w ciąży ryzyka hospitalizowanych na oddziale patologii ciąży*, „Klinika Perinatologii i Ginekologii. Suplement” 1996, nr 13, s. 167–173, za: K. Szymona-Pałkowska, dz. cyt., s. 48; A.M. Yali, M. Lobel, *Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women*, „Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology” 1999, No. 20, s. 39–52, za: K. Szymona-Pałkowska, dz. cyt., s. 48.

<sup>51</sup> Wypowiedź jednej z moich rozmówczyń (kobieta, 37 lat, pierwsze dziecko, 2 tygodnie po diagnozie): „Chyba nie nadaję się na matkę, bo moje dziecko jest chore”.

<sup>52</sup> Wypowiedź jednej z moich rozmówczyń (kobieta, 32 lata, pierwsze dziecko, 20 dni po diagnozie): „Chyba dam radę, bo teraz już wiem, że mam wspaniałego męża” – tego typu wypowiedzi stanowiły mniejszość.



Wyniki badań wskazują, że u kobiet w zagrożonej ciąży spada poziom poczucia własnej wartości, samooceny, kobiecości, poczucia kontroli nad własnym życiem<sup>53</sup>, a także znacznie obniża się poczucie kompetencji macierzyńskich<sup>54</sup>. To z kolei przekłada się na negatywne relacje z otoczeniem (partnerem, pozostałymi dziećmi).

Przyczyn negatywnych zmian można by doszukiwać się w tym, że sytuacja dana (wada/choroba płodu, zagrożenie ciąży) jest niezgodna, po pierwsze, z oczekiwaniami społecznymi wobec kobiety, a po drugie, z jej własnymi pragnieniami (czego się spodziewam?), które też po części formowane są społecznie.

Zdarza się jednak, że ta niezgodność implikuje konstruktywne zmiany. Kiedy pragnienia (czego oczekuję? czego się spodziewam?) kobiety-matki, ulegają głębokiej modyfikacji w wyniku uświadomienia sobie przez nią sytuacji, w jakiej się znalazła, i umieszczenia jej w szerszym kontekście swojej biografii, może w jej życiu pojawić się przestrzeń dla innych (być może wcześniej nieakceptowanych, niepraktykowanych) zdarzeń, odczuć, doświadczeń (otwartość na przyjęcie tego, czego mogę się spodziewać). Realna, a przy tym silnie angażująca, sytuacja stwarza bowiem możliwość reorganizacji i ujawnienia się dotąd skrywanych bądź pojawienia się zupełnie nowych zachowań/przekonań/emocji.

Wówczas też jest czas i miejsce na zmiany w hierarchii wartości, w stawianych sobie celach. Niczym dziwnym nie są wówczas także pytania fundamentalne (ogólne), o to czym jest życie, jakie jest miejsce człowieka w świecie, wśród innych ludzi, postawienie których w innych okolicznościach, dla większości ludzi, nosi na sobie znamiona „dziwactwa”. Nie peszą (samiych zadających) także pytania o to, kim jestem, co mogę, a czego nie mogę, dlaczego postępuję w taki, a nie inny sposób, dlaczego mnie to spotyka itd. To wówczas, nawet niewprawne ucho, może „wysłyszeć”, występujące u osób w sytuacji granicznej, oznaki „filozofowania”.

<sup>53</sup> M. Kościelska, *Trudne macierzyństwo*, WSiP, Warszawa 1998; Fisher M., *Parenting Stress and the Child With Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, „Journal of Clinical Psychology” 1990; J. Rola, *Niepełnosprawność dziecka jako czynnik depresji u matki – uwarunkowania osobowe i środowiskowe*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. M. Chodkowska, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1995, s. 33–34.

<sup>54</sup> D. Dulude, J. Wright, C. Belanger, *The effect of pregnancy complications on the parental adaptation process*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” 2000, vol. 18, No. 1, s. 5–16, za: K. Szymona-Palkowska, dz. cyt., s. 34.

### **Samoistne filozofowanie**

Poprzez sytuację graniczną i w niej, o czym już była mowa, „dochodzą do głosu” pytania fundamentalne. Zdaniem Jaspersa, przywilej zadania tego typu pytań, a dalej, choćby próba repliki, przysługuje tym osobom, które otwierają się na sytuację graniczną i na siebie samych w takiej sytuacji. Dzięki zadawaniu takich pytań i poszukiwaniu na nie odpowiedzi człowiek próbuje na nowo ułożyć swój świat (zrozumieć/wyjaśnić sytuację, w jakiej się znalazł). Postawienie pytań i udzielenie odpowiedzi odbywa się w określonym kontekście, głównie w kontekście doświadczeń indywidualnych. Do tego pytania te kierowane są: do siebie samego (samej), do innych, do Boga. Często – odpowiedzi w ogóle nie padają albo, jeśli już padają, to są pełne metafor. Ludzie dookoła, niewiele mówią albo mówią bardzo dużo, ale nie o tym, co dotyczy „spraw ważnych” (życia: jego sensu, celu, śmierci). Inni zachowują się tak, jakby bali się, że mówiąc o bólu, cierpieniu, sami takich odczuć doświadczą. Sami zainteresowani – milczą (w momencie największego szoku), a potem pytają. Nierzadko – pytaniami wypełniają całą przestrzeń i czas.

W rozmowach, jakie przeprowadziłam, kobiety – niemalże jednym tchem – wymieniły listę pytań, jakie sobie zadawały w tamtej chwili (będąc w ciąży), a jakich nigdy wcześniej nie stawiały. Były to pytania: „czy jestem dobrym człowiekiem, skoro moje dziecko jest chore?”, „jak moje życie (życie mojego męża; mojego drugiego syna) będzie teraz wyglądać?”, „czy życie z taką ciężką chorobą, jaką ma moje dziecko, ma sens?”, „co zrobiłam Panu Bogu, że mnie tak doświadcza/doświadcza moje dziecko?”, „dlaczego to spotkało moje dziecko/mnie/moją rodzinę?”, oraz „dlaczego nie mnie, miałoby to dotknąć?”, „czy Bóg mi pomoże?”. A także pytania ogólne: „czy jest Bóg? i „gdzie teraz jest?”, „czy jest jakaś sprawiedliwość na tym świecie?”, „kim jest człowiek wobec choroby?”, „ile świat pomieści cierpienia, bólu, łez?”, itd. Mimo całej gamy różnic (w statusie społecznym, pochodzeniu, wieku, stanie rodzinnym) między moimi rozmówczyniami i wyjątkowości (indywidualności) każdej z nich, można wskazać pewne podobieństwa i prawidłowości. Niektóre pytania się powtarzały i to w określonych okolicznościach, tj. w zależności od tego, jak długi czas upłynął od diagnozy. Powtarzające się pytania dotyczyły: przyszłości dziecka, swojej i swojej rodziny, relacji z innymi, z Bogiem, a także sensu życia, śmierci, dobra i zła we własnej biografii, w świecie, a także (nie)sprawiedliwości. Bardzo często pojawiały się

pytania o Boga. Im krócej od momentu diagnozy – tym więcej rozgoryczenia, obwiniania (siebie, innych, Boga), ujawniającego się w pytaniach.

### **(Prze)wartościowanie**

W odczuciu winy (poprzez nie), które towarzyszy kobietom w zagrożonej ciąży, czy, szerzej, w sytuacji granicznej, ujawniają się (stare i nowe) wartości. W doświadczaniu sytuacji granicznych mogą przestać obowiązywać, pewne wcześniej wyznawane przez jednostkę, normy i standardy moralne bądź mogą one ulec modyfikacji. Sytuacja graniczna rzuca nowe/inne światło na uznawane (powszechnie, indywidualnie) wartości. Zdarza się, że występują znaczące różnice, między tymi deklarowanymi a realizowanymi przez jednostkę. Do tego, mówienie o normach i wartościach uniwersalnych, jest nadużyciem – wartości nie mają mocy obowiązującej same w sobie, dla wszystkich i wszędzie (por. K. Jaspers, S. Kierkegaard, F. Nietzsche, J.P. Sartre, H. Enzelberg, Z. Bauman).

Kiedy moc tracą pewne normy, zasady, wartości, wtedy jest czas i miejsce na wartościowanie (wybór spośród wielu różnych wartości). Jedynym kompetentnym, tj. powołanym do tego, by wypracować/przyjąć/wybrać standardy, normy i wartości – jest osoba, która jest w sytuacji granicznej. To ona dźwiga ciężar wolności i to na niej ciąży odpowiedzialność za podjęte decyzje (wybory), a dalej także wina (za to, co zrobiła i/lub czego nie zrobiła; Jaspers, 1979)<sup>55</sup>.

Szczególną, jest sytuacja odpowiedzialności w relacji matka – dziecko (także dziecko nienarodzone). Jaspers wskazuje na jej pierwotny, genetyczny wymiar. Rodzice (matka) do dziecka i odwrotnie przynależą w pewien niezastąpiony (niezastępowalny) sposób, tj. współzależą od siebie i są za siebie odpowiedzialni<sup>56</sup>. Odpowiedzialność ta, przez konkretne osoby rozumiana może być w odmienny sposób, a przez to wiąże z wyborem i realizacją przeróżnych wartości, nierzadko sprzecznych ze sobą, a także zmianami w hierarchii wartości. Wartościami nadrzędnymi, w większości przypadków, stają się życie i zdrowie dziecka (co potwierdza literatura z zakresu psychologii prokreacji, a także zebrane przeze

<sup>55</sup> K. Jaspers, *Psychologie der Weltanschauungen*, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1954, s. 220, za: R. Rudziński, *Człowiek w obliczu nieskończoności. Metafizyka i egzystencja w filozofii Karla Jaspersa*, Warszawa 1980, s. 56, za: K. Rozmarynowska, *Sytuacja graniczna jako moment doświadczenia siebie w ujęciu Karla Jaspersa*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 2012, t. 48, nr 3, s. 172; K. Jaspers, *Philosophie*, t. 2, Berlin 1955, s. 246–248.

<sup>56</sup> K. Jaspers, *Philosophie*, dz. cyt., s. 215–216, za: Cz. Piecuch, *Metafizyka egzystencjalna Karla Jaspersa*, Universitas, Kraków 2011, s. 59.

mnie informacje od kobiet w ciąży wysokiego ryzyka). Tym dwóm wartościom ustępują miejsca takie wartości, jak np. kariera, samorozwój, dobra materialne, wygląd, zdrowie kobiety.

### **Osamotnienie w sytuacji granicznej. Inni ludzie a kobieta w ciąży zagrożonej**

Każdy osobisty dramat rozgrywa się w samotności<sup>57</sup>. Kolejne akty dramatu kobiety i kobiety-matki (w zagrożonej ciąży) także rozgrywane są w samotności, mimo, że wokół są ludzie (partner, rodzina, lekarze). Samotność ta wynika z jednostkowości, pojedynczości i wyjątkowości przeżyć i różnic perspektyw (kobiety-matki i otoczenia, w tym środowiska medycznego). Kobięca (matczyzna) perspektywa jest inna niż męska (ojcowska), a dalej także, inna niż społeczna, w tym medyczna. Dla wielu kobiet (rodziców), urealniony (np. poprzez ruchy, w badaniu USG) płód jest realnym dzieckiem, a kobieta w ciąży – matką, podczas gdy dla lekarzy, określenie „płód” funkcjonuje niemalże przez cały okres ciąży pacjentki, a kobieta ciężarna jest „przyszłą matką”. Z takiej różnicy perspektyw wynikają także konsekwencje dla decyzji, jakie należy podjąć w odniesieniu do zagrożeń ciąży. Kobieta, która musi podjąć decyzje co do przyszłości ciąży, dziecka, życia swojego i rodziny, staje w obliczu wyborów egzystencjalnych i dylematów moralnych, a ewentualne niepowodzenia (np. urodzenie obciążonego wadami dziecka) dotyczą jej w całości, w najbardziej fundamentalny sposób, kiedy to dla lekarzy decyzje te są decyzjami o zabiegu ratującym życie, najczęściej obcej osoby<sup>58</sup>.

Tak charakteryzowana samotność nie wyklucza obecności innych i konieczności wsparcia kobiet w trudnej sytuacji. Kobiety, z którymi rozmawiałam, mówiły o potrzebie wsparcia, zwłaszcza wsparcia informacyjnego i psychologicznego – wsparcia bliższego (mąż/partner, rodzina) i dalszego otoczenia (personel medyczny, instytucje, w tym szpitale, poradnie specjalistyczne, pracodawca), i to zarówno wsparcia w trakcie trwania ciąży, jak i po jej zakończeniu<sup>59</sup>.

<sup>57</sup> Nie rozróżnia się tutaj samotności i osamotnienia.

<sup>58</sup> B. Kędzierska, M. Miniszewska, *Strata perinatalna – poczucie winy w medycynie perinatalnej*, w: *Postępowanie paliatywne w opiece perinatalnej. Praktyka kliniczna, Etyka, Prawo, Psychologia*, red. M. Rutkowska, S. Szczepaniak, PZWL, Warszawa 2018, s. 358–361; A. Maciarz, dz. cyt., s. 24.

<sup>59</sup> Wypowiedź jednej z moich rozmówczyń: „Dobrze, że mój mąż jest przy mnie (...) Przydałby się jeszcze psycholog”.

## **Kilka słów na zakończenie**

Prezentowany artykuł jest, co najwyżej, pewnym szkicem – próbą opisu sytuacji kobiet w ciąży wysokiego ryzyka. Wielu wątków bądź w ogóle nie poruszyłam, bądź jedynie je zaznaczyłam (po to, by je rozwinąć przy innej okazji). Kategorią podstawową, wykorzystaną przeze mnie w tym artykule, jest kategoria „sytuacji granicznej”, która to, moim zdaniem, okazuje się użyteczna do opisu sytuacji kobiet w ciąży wysokiego ryzyka – na ile, to pokażą czas i ludzie, a przede wszystkim wyniki dalszych rozważań i badań empirycznych, dzięki którym będzie można precyzyjniej przedstawić (naszkicować) sytuację zarówno w ujęciu szczegółowym (w odniesieniu do konkretnej grupy kobiet, z którymi miałam okazję rozmawiać), jak i ogólnym. Rozległość kategorii „sytuacji granicznej” i jej ogromny potencjał inspiracyjny pozwalają – moim zdaniem – na ukazanie złożoności, a także (po)wagi sytuacji kobiet, w tym m.in.: jej nagłego i wyjątkowego przebiegu, tj. przebiegu obarczonego emocjami, ważnymi pytaniami oraz wymuszającego konieczność/potrzebę reorganizacji i reorientacji w różnych sferach życia kobiet-matek.

Oddany do rąk czytelnika artykuł, jest pierwszym z serii artykułów, w których przy wykorzystaniu inspiracji Jaspersowskich, rozważam położenie i kondycję kobiet w sytuacjach granicznych. Kolejny (drugi z serii) planowany jest jako analiza i opis sytuacji kobiet opiekujących się i wychowujących dzieci w ciężkim stanie klinicznym (dzieci przewlekłe nieuleczalnie chorych). Planuję również badania nad funkcjonowaniem emocjonalnym i poznawczym kobiet w sytuacjach granicznych, w tym w sytuacji diagnozy choroby (wady) płodu/dziecka. Wydaje się, że kwestie związane z tą właśnie grupą osób, w tym problemy, jakie jej dotyczą, nie są, z różnych względów, zbyt chętnie eksplorowane (podejmowane), przynajmniej przez przedstawicieli nauk społecznych. Zupełnie inaczej, rzecz się ma w naukach medycznych (medycynie prenatalnej, ginekologii, położnictwie). Moim zdaniem, nadszedł już czas, ze względu choćby na to, że problem, mimo że aktualny i ważny, wciąż jest spychany, a przez filozofów prawie w ogóle niepodejmowany, by te zaległości nadrobić. Tym bardziej, że można, a nawet należy, wykorzystać potencjał, jaki daje filozofia – dawniejsza (Jaspers) i najnowsza (choćby ta współpracująca z kognitywistyką), do rozważań nad kwestiami, które dotyczą znacznej (znaczącej) części społeczeństwa, pozostającej w sytuacji o wymiarze fundamentalnym.

## Bibliografia

- Barańska M., Kmita G., Ciastoń-Przeclawska E., Cerańska-Goszczyńska H., *Lęk i strategie radzenia sobie u kobiet w ciąży ryzyka hospitalizowanych na oddziale patologii ciąży*, „Klinika Perinatologii i Ginekologii. Suplement” 1996, nr 13, s. 167–173.
- Bartel H., *Embriologia. Podręcznik dla studentów*, wydanie IV, PZWL, Warszawa 2004.
- Bartel H., *Embriologia medyczna*, Warszawa 2009.
- Będkowska-Heine V., *Tworzenie roli matki dziecka niepełnosprawnego*, w: *Wybrane zagadnienia psychopatologii rozwoju dzieci młodzieży*, red. S. Mihilewicz, Kraków 2003, s. 77–93.
- Bielawska-Batorowicz E., *Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych*, „Przeгляд Psychologiczny” 1987, t. 30, nr 3, s. 680–693.
- Bieleninik Ł., Bidzan M., Salwach D., Zdolska-Wawrzkiwicz A., *Wsparcie od partnera a radzenie sobie z problemami prokreacyjnymi*, w: *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*, red. L. Golińska, E. Bielawska-Batorowicz, Łódź 2011, s. 177–186.
- Bühler Ch., *Bieg życia ludzkiego*, PWN, Warszawa 1999.
- Ciąża wysokiego ryzyka*, wyd. 2 rozszerzone, red. G.H. Bręborowicz, Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2006.
- Diagnostyka prenatalna w praktyce*, red. P. Węgrzyn, D. Borowski, M. Wielgoś, PZWL, Warszawa, 2015.
- Dulude D., Wright J., Belanger C., *The effect of pregnancy complications on the parental adaptation process*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology”, 2000, 18(1), s. 5–16.
- Endler N.S., Parker D.A. *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*, „Journal of Personality and Social Psychology” 1990, vol. 58, No. 5, s. 844–854.
- Erikson E., *Tożsamość i cykl życia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
- Gladwell M., *Punkt przełomowy*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2009.
- Glynn L.M., Schetter C.D., Hobel C.J., Sandman C.A., *Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth*, *Health Psychology*, „Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association” 2008, No. 27, s. 43–51.

- Goode W.J., *Teoria napięcia w roli*, w: *Socjologia. Lektury*, red. P. Sztompka, M. Kucia, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005.
- Góralczyk E., *Choroba dziecka w twoim życiu: o dzieciach ciężko i przewlekle chorych i ich rodzicach*, Warszawa 1996.
- Greenberg L.S., *Change Process Research*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1986, vol. 54, No. 1, s. 4–9.
- Hobfoll S., *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
- Jaspers K., *Problem winy*, „Etyka” 1979, nr 17, s. 143–207.
- Jaspers K., *Sytuacje graniczne*, w: R. Rudziński, *Jaspers*, Myśli i Ludzie, Wiedza Powszechna, Warszawa 1978, s. 186–242.
- Jaspers K., *Wprowadzenie do filozofii. Dwanaście odczytów radiowych*, Wydawnictwo Siedmioróg, Wrocław 1998.
- Jaspers K., *Wiara filozoficzna wobec objawienia*, Znak, Kraków 1999.
- Kargulowa A., *O teorii i praktyce poradnictwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Kędzierska B., Miniszewska M., *Strata perinatalna – poczucie winy w medycynie perinatalnej*, w: *Postępowanie paliatywne w opiece perinatalnej. Praktyka kliniczna, Etyka, Prawo, Psychologia*, red. M. Rutkowska, S. Szczepaniak, PZWL, Warszawa 2018, s. 353–365.
- Koss J., Rudnik A., Bidzan M., *Doświadczenie stresu a uzyskiwane wsparcie społeczne przez kobiety w ciąży wysokiego ryzyka. Doniesienia wstępne*, „Family Forum” 2014, t. 4, s. 183–201.
- Kościelska M., *Trudne macierzyństwo*, WSiP, Warszawa 1998.
- Kowalewski L., *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. I. Obuchowska, Warszawa 1999, s. 55–100.
- Kuebelbeck A., Davis D.L., *Dar czasu. O kontynuowaniu ciąży z nieuleczalnie chorym dzieckiem*, Krakowskie Hospicjum dla Dzieci im. ks. Józefa Tischnera, Wydawnictwo św. Stanisława BM, Kraków 2017.
- Kuryś K., *Urodzenie dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, appraisal and coping*, Springer, New York 1984.

- Łukasik R., Waksmańska W., Golańska Ż., Woś H., *Różnice w wyobrażeniach matki i ojca o życiu prenatalnym dziecka*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007, t. 15, z. 4., s. 254–261.
- Makara-Studzińska M., Moryłowska J., Sidor K., *Zaburzenia depresyjne i lękowe w ciąży*, „Przegląd Ginekologiczno-Położniczy” 2009, nr 9(2), s. 63–66.
- Medycyna perinatalna*, t. 2, red. Z. Słomko, Warszawa 1986.
- Miłkowski J., Miłkowski J., *O wadach wrodzonych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1989.
- Mrugalska K., *Rodzice i dzieci*, w: *U źródeł rozwoju dziecka: o wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*, red. H. Olechnowicz, Warszawa 1999, s. 11–37.
- Nietzsche F., *Niewczesne rozważania*, tłum. L. Staff, Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków 2003.
- Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969.
- Pisula E., *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1998.
- Polak K., *Sytuacje graniczne – szczególne spotkanie pedagogiki i pedagogii*, w: *Sytuacje graniczne w biegu ludzkiego życia*, red. J. Wiśniewska, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2015, s. 24–32.
- Rodrigues P.B., Zimbaldi C.F., Cantilino A., Botelho E., Sougey E.B., *Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review*, „Trends Psychiatrii Psychotherapy” 2016, vol. 38, No. 3, s. 136–140.
- Rola J., *Niepełnosprawność dziecka jako czynnik depresji u matki uwarunkowania osobowe i środowiskowe*, w: *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, red. M. Chodkowska, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1995, s. 33–44.
- Semczuk M., Steuden S., Szymona K., *Ocena nasilenia i struktury stresu u rodziców w przypadkach ciąży wysokiego ryzyka*, „Ginekologia Polska” 2004, nr 75(6), s. 417–424.
- Sęk H., *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, w: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa 2004, s. 49–67.
- Schütze F., Reimann G., *Trajektoria jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, t. 36, nr 2, s. 89–109.



- Skrzypczak J., Pisarski T., Pawelczyk L., *Trudności w urodzeniu zdrowego dziecka*, w: *Położnictwo i ginekologia. Podręcznik dla studentów*, red. T. Pisarski, PZWL, Warszawa 1998.
- Skrzypek M., *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2011.
- Sockol L.E., Epperson C.N., Barber J.P., *The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers*, „Archives of Women’s Mental Health” 2014, No. 17(3), s. 199–212.
- Straś-Romanowska M., *Doświadczenie graniczne w rozwoju człowieka: wyzwanie dla poradnictwa*, w: *Poradownictwo – kontynuacja dyskursu*, red. A. Kargulowa, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 65–83.
- Straś-Romanowska M., Żurko M., Bartosz B., *Psychologia małych i wielkich narraacji*, ENETEIA, Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2010.
- Szymona-Palkowska K., *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2005.
- Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2002.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G., *The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma*, „Journal of Traumatic Stress” 1996, vol. 9, No. 3, s. 455–471.
- Tomaszewski T., *Psychologia*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1975.
- Tripp D., *Zdarzenia krytyczne w nauczaniu. Kształtowanie profesjonalnego osądu*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1996.
- Turowski J., *Socjologia. Małe struktury Społeczne*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2001.
- Trydeński M., *Doświadczenie graniczne w perspektywie filozofii Karla Jaspersa*, w: *Karl Jaspers: w kręgu wielkich myślicieli współczesności*, red. Cz. Piecuch, Universitas, Kraków 2015, s. 147–163.
- Wrona M., *Sytuacje graniczne w chaosie pojęciowym – próba syntezy znaczeń*, w: *Sytuacje graniczne w biegu ludzkiego życia*, red. J. Wiśniewska, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji, Radom 2015, s. 9–23.
- Yali A.M., Lobel M., *Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high – risk women*, „Journal of Psychosomatic Obstetric Gynecology” 1999, vol. 20, No. 1, s. 39–52.

## Streszczenie

Niniejszy artykuł ma na celu pokazanie, że użytecznym może być wykorzystanie kategorii „sytuacji granicznej”, tak jak ją rozumiał Karl Jaspers, i tak jak jest ona charakteryzowana w ramach psychologii prenatalnej oraz socjologii i pedagogiki, do opisu sytuacji kobiet w ciąży wysokiego ryzyka – z diagnozą wady rozwojowej/choroby płodu, w tym wad, które: (a) nie występowały wcześniej w rodzinach (tych kobiet) oraz, (b) których pełna etiologia nie jest znana. W artykule wykorzystałam materiały pochodzące z rozmów, jakie przeprowadziłam z kobietami w ciąży wysokiego ryzyka, a także materiały z filmu *Moje dziecko jest aniołem* i książki *Dar czasu. O kontynuowaniu ciąży z nieuleczalnie chorym dzieckiem*.

**Słowa kluczowe:** sytuacja graniczna, Jaspers, psychologia prenatalna, kobiety w ciąży wysokiego ryzyka, wady rozwojowe płodu

## Summary

### **The Situation of Women with High-Risk Pregnancies as an Example of Border Situation – Jaspers Inspirations**

This paper aims to presenting that to use the category of ‘border situation’ from the perspective of Karl Jaspers’ philosophy and from the perspective of psychology of reproduction and sociology and pedagogics may be legitimate to characterize the situation of women with high-risk pregnancies – with diagnosis of fetal malformations which: (a) did not occur in their families earlier, and (b) a full etiology of malformations is unknown. In the text I used materials from conversations which I conducted with women with high-risk pregnancies and materials from the film *My child is an angel* and from the book *A gift of Time. Continuing Your Pregnancy When Baby’s Life Is Expected to Be Brief*.

**Key words:** ‘border situation’, Jaspers, psychology of reproduction, women with high-risk pregnancies, fetal malformations