

ZOFIA DOŁĘGA  <https://orcid.org/0000-0002-2402-3819>

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
SWPS University of Social Sciences and Humanities
e-mail: zdolega@swps.edu.pl

Adaptacja wtórna i inne statusy kondycyjne żałoby rodziców po stracie dziecka

Secondary Adaptation of Parents after the Loss of a Child and Other Condition Statuses of Mourning

Abstract. The article is devoted to the characteristics of a course of the psychological crisis caused by a critical event, which is the death of a child. The author of the work refers to the cyclical-phase model of developmental changes, which is well-known in the developmental psychology, and the Dual Process Model of Coping with Bereavement (DPM) of Margaret Stroebe, Henk Schut and Catrin Finkenauer (1999, 2001, 2010, 2013, 2015). What parents experience after the loss of a child is not an identical and parallel process. The course of mourning in parents is not the same. Rather, it is the interweaving of different states of mourning, sometimes with a regression to previous states. The result is a different mental condition of the mother and the father as a consequence of dealing more or less successfully with the loss of a child. The paper, based on theoretical and empirical analyses, proposes an original model of four psychological statuses of parents after the loss of a child. It takes into account the differentiation of the mental condition of parents in connection with the possibility of adequate psychological help. The bereavement status model (MSK) takes into consideration the statuses of secondary adaptation, unfinished mourning, complex persistent bereavement disorder, and the status of possible post-traumatic growth. A hypothesis worthy of empirical verification has been formulated that in assessing the mental condition of parents after the loss of a child, it is worth proposing a specific diagnostic package containing information on the life situation of the family; the time that has passed since the death of a child; the sex of the parent; intensification of feelings of loneliness, availability of social support and its perception by parents, and the assessment of coping strategies for everyday stress. It remains an open question, what are the direct and indirect relationships between these variables and whether their differentiation proves the legitimacy of distinguishing certain conditioning statuses of mourning in parents after the loss of a child. This is currently the subject of an empirical research testing out the MSK model.

Keywords: bereavement status model, parents, child death, feelings of loneliness, coping strategies, social support

Słowa kluczowe: Model statusów kondycyjnych żałoby (MSK), rodzice, śmierć dziecka, poczucie samotności, strategie radzenia sobie, wsparcie społeczne

WPROWADZENIE

Kryzysy rozwojowe dotyczą znaczącej nieadekwatności między bieżącymi zasobami radzenia sobie a wymaganiami i wzywaniem rzeczywistości. Cykliczno-fazowy model zmian rozwojowych zakłada ich naturalność, a nawet sekwencyjność w biegu życia związaną z normatywnymi zdarzeniami życiowymi (Boyd, Bee, 2008; Dołęga, 2020b). Kryzysy rozwojowe powiązane z normatywnymi zdarzeniami nie mają bardzo wysokiego gradientu przeżyć, ponieważ wynikają ze wspólnoty społecznie podzielanych doznań i doświadczeń tworzących płaszczyznę do testowania indywidualnych strategii zaradczych (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 1996). Raczej pobudzają potencjały rozwojowe wcześniej nierozpoznane niż utrwalają podatności na emocjonalne zranienia.

Niemniej w bieg życia wpisane są także zdarzenia nienormatywne: nagłe, nieoczekiwane, nieplanowane, niosące w sobie potężny ładunek stresu, zagrożenia, lęku i poczucia samotności (Opozda, Parzyszek, red. 2017; Dołęga, 2020a, 2020b). Helena Sęk (1997) nazywa je zdarzeniami krytycznymi, takimi, które wymagają wzmoczonego wysiłku w celu adaptacji do dużej życiowej zmiany (ang. *life change events*) jednocześnie w trzech obszarach relacyjnych: z samym sobą, rodziną i szerszym otoczeniem społecznym. Zgodnie z opartą na kwantyfikacji indywidualnej taksonomią stresorów ujętych w *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS) Thomasa Holmesa i Richarda Rahe (polską adaptacją jest Skala Ponownego Przystosowania Społecznego, SPPS) śmierć dziecka to zdarzenie krytyczne o sile największej z możliwych, doświadczenie wyjątkowe, esencjonalnie skrajnie, prowadzące do kryzysu psychologicznego o maksymalnym natężeniu, którego przezwyciężanie opisuje się zwykle jako trudny, kilkuetapowy proces. Przykładowo Catherine Sanders (2001) wymienia skoncentrowaną na indywidualnym przeżywaniu sekwencję pięcioetapową: (1) etap szoku i rodzaju odrętwienia mającego łągodzić wybuch rozpaczy oraz niedowierzania; (2) etap uświadomienia sobie straty, tzw. prawdziwego żalu z silną dezorganizacją emocjonalną, gniewem, poczuciem krzywdy i winy;

(3) etap wycofania, „hibernacji” z jednoczesnym osłabieniem systemu odpornościowego, objawami psychosomatycznymi i podobnymi do depresji (faza melancholii – wedle nazewnictwa stosowanego przez Zygmunta Freuda); (4) etap prób rezygnacji z dawnego życia, zapominania, gojenia się emocjonalnych ran; (5) etap odnowy, zwanej powrotem do codzienności, podjęcia odpowiedzialności i uczenia się życia na nowo i „pomimo”.

Warto zauważyć, że żałoba po śmierci dziecka przede wszystkim dotyka obojga rodziców i ta nie musi się toczyć w sposób tożsamy, sekwencyjnie spójny i paralelny. Oprócz tradycyjnego ujęcia etapowych sekwencji żałoby i radzenia sobie ze stratą może być i tak, jak sugerują Margaret Stroebe i Henk Schut (1999, 2001, 2010, 2015) oraz Stroebe, Schut i Catrin Finkenauer (2013). W swoich pracach proponują Dualny Model Radzenia Sobie z Żałobą (ang. *Dual Process Model of Coping with Bereavement*, DPM), który zakłada przeplatanie się etapów żałoby u obojga rodziców łącznie z regresem do stanów poprzednich w wyniku wciąż falującego kryzysowania. Przyjmuje niekonieczną zgodność w czasie i formie rodzicielskich strategii radzenia sobie ze stratą dziecka.

Zespół Sary Albuquerque i jej licznych współpracowników (2017) przetestował Dualny Model Radzenia Sobie z Żałobą z udziałem rodziców, którzy 6, 12 lub 20 miesięcy wcześniej stracili dziecko. Potwierdzono albo współwystępowanie, albo wzajemne przeplatanie się dwóch strategii radzenia sobie z żałobą (ang. *flexible oscillation between both coping orientation*). Pierwsza koncentrowała się na samej stracie (ang. *focus on the loss itself*, LO). Druga ogniskowała rodziców na stresorach niewynikających bezpośrednio z żałoby (ang. *restoration coping orientation, focus on stressors that come about as an indirect consequence of the bereavement*, RO).

Przechodzenie przez żałobę to proces bardzo indywidualny, ale też w jakimś stopniu modelowy. Może przybrać postać sekwencyjnie realizowanych etapów lub dualnego oscylowania między różnymi strategiami w diadzie rodziców. Wspólne problemy to konieczność poradzenia sobie z kryzysem egzystencjalnym straty

osobowej, radzenie sobie z zadaniami i stresem dnia codziennego, poszukiwanie i korzystanie z dostępnego wsparcia społecznego oraz poczucie samotności, które jako chroniczne niezrządki staje się predyktorem depresji i innych stanów patologicznych (Bonanno, Kaltman, 2001; Dołęga, 2020a, 2020b; Fried i in., 2015; Ogińska-Bulik, 2017; Parker, Prigerson, 2010; Prigerson i in., 2021; Shapiro, 2017; Strobe, Shut, 2010). To wszystko wyznacza podobną lub zróżnicowaną kondycję psychiczną u rodziców będących w kryzysie psychologicznym po starcie dziecka. Na podstawie analizy literatury przedmiotu można wymienić cztery możliwe statusy kondycyjne rodziców po stracie dziecka. Są to: (1) adaptacja wtórna po stracie dziecka z elementami falowania i oscylacji w ramach strategii radzenia sobie ze stratą zgodnie z modelem dualnym; (2) przedłużająca się z czasem żałoba niedokończona, wychodząca poza schemat adaptacji wtórnej; (3) stan psychopatologiczny w postaci uporczywego złożonego zaburzenia żaloby wynikającego z przeżytej traumy utraty; (4) ewentualny, choć niekonieczny, wzrost potraumatyczny po starcie dziecka. Statusy kondycyjne mają to do siebie, że wiąże je toczący się wciąż kryzys psychologiczny spowodowany po pierwsze krytycznym zdarzeniem, a po drugie wyjątkową konfiguracją czynników sytuacyjnych, wyznaczników osobowościowych i społecznych zasobów radzenia sobie ze stratą (Dołęga, 2020b). Model statusów kondycyjnych (MSK) rodziców po stracie dziecka ilustruje rysunek 1.

STATUS KONDYCYJNY 1. ADAPTACJA WTÓRNA

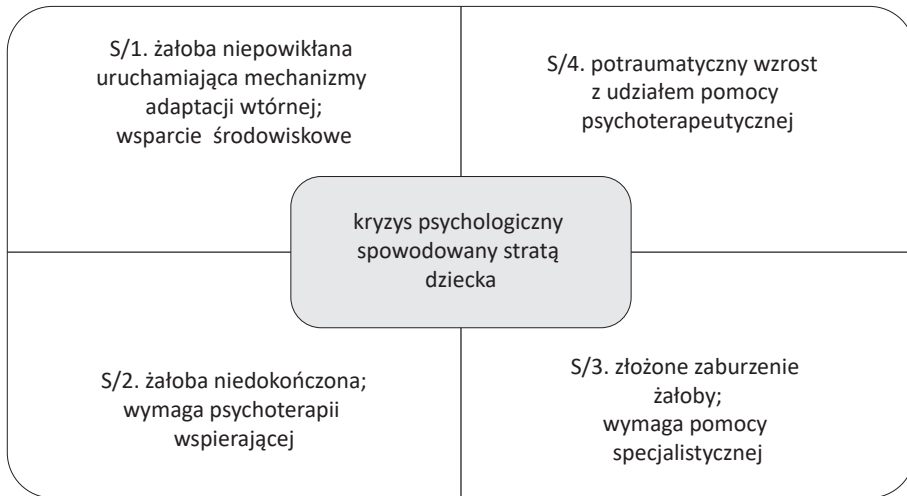
Analiza aspektów psychologicznych u młodych rodziców po stracie dziecka jest ważnym, ale rzadko podejmowanym zadaniem badawczym. Warto zatem, korzystając z dostępnej literatury przedmiotu, przedstawić model czterech statusów żaloby rodziców po śmierci dziecka.

Etapowość sekwencyjna i paralelność, a także dyfuzyjne przeplatanie się sposobów radzenia sobie ze stratą u matek i ojców przeżywających żałobę stanowią ilustrację proce-

su adaptacji wtórnej po stracie. Ten podwójny proces nie musi być tożsamy u rodziców, zarówno w treściach przeżyć, jak i metod radzenia sobie. Wspólne dla tego podwójnego procesu pozostaje to, że charakteryzuje go postęp adaptacyjny w tym sensie, że w miarę upływu czasu u obojga rodziców generalnie maleje orientacja ukierunkowana na stratę, a wzrasta orientacja prospektywna na zmianę i reorganizację struktury życia.

Adaptacja wtórna rodziców po stracie dziecka charakteryzuje się tym, że rodzice używają strategii radzenia sobie z trudnościami dnia codziennego, mierząc się jednocześnie z wyzwaniem straty, czyli potrzebą jej oplakania na swój indywidualny sposób, aż do stanu ukojenia, jednak bez rezygnacji z „normalnego” życia. Przyjmowane strategie przetrwania mogą się zatem koncentrować na zadaniach w radzeniu sobie ze stresem codziennym, a jednoczesnym unikaniu ciągłego skupiania się na niewyobrażalnym cierpieniu. Jak dowodzą badania, obie te strategie zmniejszają nasilenie osamotnienia po stracie dziecka, podczas gdy strategia koncentrująca się na przeżywanych emocjach je wzmacnia (Biskupska, 2016; Borucka-Iwańska, Dołęga, 2018). Duże znaczenie w utrwalaniu się statusu adaptacji ma percypowana przez rodziców dostępność wsparcia społecznego, z którego mogą mniej lub bardziej efektywnie korzystać. Literatura przedmiotu wskazuje, że istotny jest czynnik płci zwłaszcza wówczas, gdy żałobę po stracie dziecka bada się jako proces chroniczny. Przykładowo Kenneth Doka (2002; Doka, Martin, 2010) zwraca uwagę na to, że mężczyźni często przeżywają żałobę w sposób, jakby byli społecznie pozbawieni do tego prawa. Ukrywają swoje uczucia, szczególnie nieukojonny żal; rzucają się w wir zadań zawodowych, tłumiąc i wypierając rozpacz. Częściej niż kobiety mają też niekojarzone z tym faktem objawy psychosomatyczne, zapadają na przewlekłe choroby, sięgają po środki psychoaktywne.

Literatura przedmiotu podkreśla, że sposób radzenia sobie z tak potężnym zdarzeniem krytycznym, którym jest strata dziecka, zależy w dużej mierze od osobowej odporności/reziliencji (ang. *resilience*, zob. Ogińska-Bulik, 2017). Można postawić hipotezę, że to ona

Rysunek 1. Cztery statusy kondycyjne rodziców po stracie dziecka (MSK)

Źródło: opracowanie własne

stanowi istotny predyktor skutecznej adaptacji wtórnej po stracie dziecka, czyli takiej, która nie potrzebuje specyficznej interwencji i terapii przy założeniu, że w toku adaptacji wtórnej szczególnie ważne staje się czułe, ale nienarzucające się środowisko społeczne. Najczęściej tworzą je najbliżsi: rodzina i przyjaciele. Współcześnie, zwłaszcza w dobie powszechności rodzin nuklearnych i zdekonstruowanych, są to również grupy samopomocowe czy profesjonalne stowarzyszenia. Wsparcie społeczne wydaje się w takich sytuacjach elementem niezbędnym nie tylko do przetrwania, ale także do podmiotowego nowego zdefiniowania przez rodziców sensu życia. Nel Noddings (1984, 1999), odwołując się do paradygmatu troski, przygotowała filozoficzne podwaliny pod nowoczesne, psychologiczne rozumienie wsparcia społecznego wobec osobowej straty. Według tej autorki troska nie przejawia się jedynie w biernym współczuciu, syntonii czy empatii. Jej istotą nie jest też tylko zdolność do współodczuwania i rozumienia sytuacji egzystencjalnej biedy. Troska to coś więcej niż dobre intencje, te przecież mogą wynikać np. z niezdrowej ciekawości gapiów i cechować się bezsilnością. Jest czymś zatem więcej niż rodzajem życzliwego nastawienia do ludzi. Troska wymaga określonego kontaktu

z konkretną osobą. Wymaga działania, któremu powinno towarzyszyć rozeznanie potrzeb osoby wspieranej. Warto podkreślić, że Noddings nawiązuje po części do zasady socjobiologicznej ewolucyjnej ciągłości zachowań, uznając, że ludzie są wyposażeni w regulacyjny moduł opieki i troski o innych, a więc mają naturalną niejako skłonność do działania na rzecz dobra innych. Dzięki ukrytemu wrodzonemu impulsowi chcą i mogą, gdy przyjdzie taka potrzeba, stać się pomocnymi, co oczywiście w bardzo różny sposób może się ujawniać.

Jednocześnie jednak warto dodać, że uczestniczenie we wspierających grupach samopomocowych (najczęściej via internet) może powodować nadmiar celebrowania pielęgnującej pamięć o stracie, okolicznościach śmierci, różnych „powinnościach” związanych z niezżyjącym dzieckiem, a także nadmierną idealizacją rodzicielskiej roli, niepozwalającą na bardziej proaktywną niż pasywną pracę żałoby (ang. *grief work*). To może przekierować proces wtórnej adaptacji w stronę statusów żałoby mniej korzystnych adaptacyjnie, np. wciąż niepatologicznej żałoby niedokończzonej.

STATUS KONDYCYJNY 2. ŻAŁOBA NIEDOKOŃCZONA

Śmierć dziecka jest zdarzeniem tak bardzo krytycznym, że niesie ryzyko kryzysu chronicznego z utrwalonymi mechanizmami przeżywania szoku, zaprzeczania i przedłużającym się okresem intruzji, która w przeciwieństwie do mechanizmu obronnego negacji na wczesnych etapach żaloby cechuje się zwiększonym aktywnością, stałym pobudzeniem, kompulsjami nacechowanymi czujnością i łatwym uleganiem panice. Bywa też, że niedokończona żaloba przybiera postacię psychosomatyczne, np. przewlekłą bezsenność, podwyższone ciśnienie tętnicze. Jak wynika z badań, nawet 10 lat od śmierci dziecka istnieje ryzyko depresji i zaburzeń lękowych u rodziców, a smutek za utraconym dzieckiem może trwać do końca życia (Opozda, Parzyszek, red., 2017). Taki przebieg żaloby dotyczy ok. 10% rodziców. Dużą rolę odgrywają czynniki kulturowe, np. społeczne oczekiwania dotyczące tego, w jaki sposób można i należy odbywać żalobę; czy można ją zakończyć bez szczególnej wizualnej celebracji straty; czy jej nazbyt szybkie domknięcie nie świadczy o symbolicznej zdradzie wiecznej pamięci o dziecku.

Wśród symptomów niedokończony żaloby wyróżnia się skłonność do długotrwałego i niekiedy dziwnego dla otoczenia celebrowania straty; niedopuszczanie myśli, że dziecko nie żyje; utrzymywanie myśli i fantazjowanie wraz z towarzyszącą temu aktywnością sięgającą do sfery irracjonalnej (np. matka usiłuje skontaktować się z dzieckiem poprzez praktyki ezoteryczne, by ustalić, co się teraz z dzieckiem dzieje, czy jest mu ciepło, czy jest bezpieczne). Pojawia się regresja intelektualna w obszarze atrybucji przyczynowej dotyczącej śmierci dziecka w postaci przedoperacyjnego wnioskowania z obszaru fenomenu immanentnej sprawiedliwości: „dlaczego się nam to przytrafiło” – „to kara boska za to, że jesteśmy za dopuszczalnością aborcji”; odwołanie się do wyobrażeń wprost z dziecięcego arcyficyzmu: „to Bóg nas tak doświadcza, abyśmy stali się lepszymi ludźmi” albo animizmu typu: „dziecko żyje, tylko jest w innym wymiarze”. Charakterystyczne dla przedłużającej się żaloby są również długo-

trwałe poczucie krzywdy („nie zasłużyliśmy sobie na taki los”, „gdyby lekarze podjęli na czas właściwą decyzję, to by się nie stało”), poczucie winy („gdybyśmy podjęli wcześniej decyzję o leczeniu, dziecko by nie umarło”), samotność i dezintegracja społeczna (w prowadzonych wywiadach często pojawiają się takie sformułowania rodziców: „jesteśmy z tym wszystkim sami”; „nie ufam, co inni do nas mówią”; „jak inni mogą nas zrozumieć, skoro tego nie przeżyli”), a także kwestionowanie siebie w roli rodzica, zwłaszcza u matek: „co ze mnie za matka, nawet dziecka nie umiem porządnie urodzić”. Trudnościom w przeboleniu straty dziecka towarzyszy chroniczne, dojmujące poczucie samotności w różnych jej wymiarach: społecznym, emocjonalnym i egzystencjalnym (Biskupska, 2016; Borucka-Iwańska, Dołęga, 2018; Dołęga, Borucka-Iwańska, 2016).

Zgodnie z MSK radzenia sobie z żalobą niektórzy rodzice (lub jedno z nich) ujawniają status niedokończony żaloby. Jego składowymi są:

- chroniczny sentyment poczucia straty, który można mierzyć znaczącym nasileniem samotności globalnej i jej trzech wymiarów: samotności społecznej, emocjonalnej i egzystencjalnej (Dołęga, 2020a);
- wsparcie społeczne percypowane przez rodzica/rodziców jest mało dostępne lub nieadekwatne do potrzeb;
- dominuje tendencja do używania emocjonalnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Powyższe składowe statusu niedokończony żaloby są takie same jak w adaptacji wtórnej, ale siła związków między nasileniem poczucia samotności, percypowanym wsparciem społecznym i emocjonalnymi strategiami radzenia sobie ze stresem okazuje się paradoksalnie słabsza. Wynika to z ograniczonych możliwości rodziców przeżywających niedokończony żalobę w zakresie korzystania z dostępnych zasobów. Dzieje się tak dlatego, bo żalobie niedokończony towarzyszy podwyższony lęk prowadzący niekiedy do uogólnionego zaburzenia lękowego/lęku wolno płynącego (Albuquerque i in., 2017; DSM-5, American Psychiatric Association, 2013, s. 222–226; Prigerson i in., 2021). Jego

cechą jest obecność dysfunkcyjnych objawów w obliczu jasno określonego traumatyzującego stresora, a przeciwieństwem żałoba niedokończona lub nierozwiązana (ang. *unresolved grief*) wynika z konkretnego masywnego stresora.

Toczą się prace nad kryteriami diagnostycznymi żałoby niedokończonej jako ewentualną jednostką nozologiczną (ang. *prolonged grief disorder*, PGD: Prigerson i in., 2021). Jak dotąd niedokończoną żałobę należy traktować jako problem rozwojowo-egzystencjalny wymagający nie tyle pomocy psychoterapeutycznej, co wsparcia psychologicznego na różnych poziomach (Dołęga, 2020b). Jedną z propozycji jest kilkumiesięczna psychoterapia wspierająca, bo „klasyczne” modalności terapeutyczne okazują się w żałobie niedokończonej mało skuteczne (Shear, Mulhare, 2008).

STATUS KONDYCYJNY 3. ZŁOŻONE UPORCZYWE ZABURZENIE ŻAŁOBY

Wydaje się, że żałoba to po prostu proces zbliżony do etapów zdrowienia, rekonwalescencji i powrotu do stanu pierwotnego po chorobie (np. Engel, 1961, za: Worden, 2009). Jednakże żałoba nie jest chorobą, choć nosi w sobie kliniczne piętno. Zwłaszcza wówczas, gdy zamiast typowych w żałobie poczucia winy, tęsknoty, smutku pojawiają się dwa osiowe stany wyrażające zaprzeczenie utracie: melancholijny lub maniackalny, a więc takie, które wskazują, że proces żałoby nabiera cech psychopatologicznych.

Publikacje Zygmunta Freuda, m.in. *Żałoba i melancholia* (1917/1992: za: Walewska, J. Pawlik, red., 1992), wprowadziły do dyskursu teoretycznego pojęcie **pracy żałoby** (niem. *Trauerarbeit*), utrwalając dychotomiczny paradygmat: żałoby prawidłowej *versus* patologicznej (ang. *abnormal grief vs pathological grief*). Według Freuda „praca żałoby” to proces odbywający się w określonym czasie i wiążący się z bolesnym zaangażowaniem się, nieuchronnym cierpieniem i rozpamiętywaniem utraconego obiektu kateksji. Zgodnie z paradygmatem psychoanalitycznym zakończenie pracy żałoby oznacza wycofanie energii libidalnej z obiektu przywiązania, rozstanie się ze zmarłym, usu-

nięcie go z obszaru libido i w istocie zerwanie z nim relacji.

Erich Lindemann (1944/1994), kontynuujący myśl Freuda, podkreślał, że w **pracy żałoby** chodzi o przepracowanie pięciu grup objawów syndromu żałoby: somatycznych (m.in. napięcie mięśniowe, trudności z oddychaniem, suchość w ustach, kołatanie serca, zaburzenia trawienia); swoistego przetwarzania poznawczego (zaabsorbowanie wspomnieniami dotyczącymi zmarłego, obsesyjnego wracania myślami do sceny śmierci, odczuwanie obecności osoby zmarłej, chaos myślowy, trudności w koncentracji uwagi itp.); relacyjnych (np. nadmierna aktywność, irytacja i wrogość wobec osób pragnących być pomocnymi lub samoizolacja); emocjonalnych (zwłaszcza w obszarze bezradności i poczucia winy związanych z wyobrażonym zaniedbaniem zmarłego, przekonaniem o możliwościach zapobieżenia jego śmierci) i behawioralnych/działaniowych (np. w postaci niezdolności powrotu do dawnych nawyków i wzorów zachowań, nieumiejętności pełnienia dotychczasowych ról społecznych). Lindemann podkreślał także, że pracy żałoby powinna towarzyszyć ekspresja emocjonalna. Jej brak, niedostateczna wyrazistość lub odwrotnie, nadmierne pobudzenie, świadczą o patologicznym jej przebiegu. Złożone uporczywe zaburzenie żałoby charakteryzuje się intruzywnością pobudzenia emocjonalnego. Pojawiają się kompulsje nacechowane czujnością i łatwym uleganiem panice. Natarczywe myśli i potrzeba mówienia o zmarłym dziecku pozostają jednocześnie w konflikcie z tendencją do unikania konfrontacji z krytycznym zdarzeniem. W przeciwieństwie do typowych wspomnień po adaptacji wtórnej i w wyniku domknięcia się żałoby status złożonego, uporczywego zaburzenia ujawnia deficyt możliwości werbalizacji stanów wewnętrznych po stronie żałobników, bo zakodowanie pamięciowe i opracowanie traumatycznego doświadczenia przebiega głównie na poziomie przedświadomym. Brakuje linearnej narracji włączającej traumę w ciągłość historii ich życia. Uruchomione natomiast zostają pierwotne mechanizmy obronne chrońące przed konfrontacją z krytycznym zdarzeniem, wywołujące jednocześnie w różnym stopniu nasilone objawy

psychopatologiczne: od zaburzenia pamięci narracyjnej, zniekształceń pamięci pod postacią hipermnezji/amnezji, syndromów zbliżonych do PTSD aż po psychozy reaktywne, zaburzenie konwersyjne, fugi i inne złożone objawy z wymiaru dysocjacyjnego (Gawinecka, Łucka, Cebella, 2008; Liotti, Farina, 2016).

Warto uzupełnić, że w podręczniku DSM-5 pojawiła się nowa kategoria nozologiczna w postaci zaburzenia stresu pourazowego odwołującego się do zdarzenia krytycznego, jakim jest śmierć bliskiej osoby. To złożone uporczywe zaburzenie żaloby (ang. *persistent complex bereavement disorder*, PCBD), określane jako żałoba skomplikowana (ang. *complicated grief*) lub **zaburzenie** przedłużającej się żaloby (ang. *prolonged grief disorder*: nie mylić z żałobą niedokończoną). To ostatnie diagnozowane bywa wówczas, gdy śmierć nastąpiła w wyniku napaści/przemocy, wypadku komunikacyjnego, nagłej śmierci łóżeczkowej (ang. *sudden infant death syndrome*, SIDS) czy też zaginięcia nastolatka, które nie znalazło wyjaśnienia i rozwiązania.

Także w jedenastej rewizji ICD (The International Classification of Diseases: ICD-11, za: Krawczyk, Świącicki, 2020) dostrzeżono grupę zaburzeń powiązanych z długotrwałe przeżywanym lękiem wynikającym ze zdarzenia krytycznego i dystresu odłożonego w czasie. To złożone zaburzenie stresu pourazowego bazujące na nieprzepracowanej traumie utraty kogoś bliskiego, zwane również traumą złożoną. To w gruncie rzeczy rozszerzone PTSD w postaci PTSDc (ang. *complex post-traumatic stress disorder; post traumatic stress disorder/complex*). Trauma złożona charakteryzuje się: trudnościami w regulacji afektu, podwyższonym pobudzeniem psychofizjologicznym wyrażającym się m.in. bezsennością, dekoncentracją, uporczywym przeżywaniem zdarzeń powracających we fragmentarycznych wspomnieniach, łatwym dopatrywaniem się zagrożenia w sytuacjach „normalnych”, poważnymi problemami w kontaktach społecznych, niestabilnym obrazem samego siebie i poczuciem bycia nie na swoim miejscu i depersonalizacji. Obraz kliniczny przypomina nieokreślone zaburzenie dysocjacyjne (ang. *other dissociative and*

conversion disorders, 300.15, F44.89, Liotti, Farina, 2016).

W złożonym uporczywym zaburzeniu żaloby zauważyć można: masywne naruszenie poczucia bezpieczeństwa: załamanie się systemu zaufania komukolwiek, przekonanie o utracie kontroli nad życiem, jego sensu i znaczenia, tendencje samoizolacyjne, psychiczne odurwienie, poczucie zamierania. Potęgują to okoliczności straty dziecka, np. gdy życie matki było zagrożone podczas porodu. Stan taki ilustruje **syndrom ocalałej** (ocalałego) z silną autosugestią, że „skoro dziecko nie przeżyło, to ja także nie powinnam żyć”, i przekonaniem, że jest się martwym. Tak skrajne doświadczenia mogą prowadzić do trwałych zmian osobowości (w ICD-10: F62.0) (Applebaum, Burns, 1991, za: Ogińska-Bulik, 2017; Cohen-Mansfield i in., 2013, za: Ogińska-Bulik, 2017; Hogan, Schmidt, 2002, za: Ogińska-Bulik, 2017; Kaltman, Bonanno, 2003, za: Ogińska-Bulik, 2017). Ratunkiem może być pomoc psychoterapeutyczna w podejściu poznawczo-ewolucjonistycznym z ośmiofazowym protokołem psychoterapii EMDR (ang. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) oparta na pracach Giovanniego Liottiego i jego włoskiego zespołu (Onorfi, La Rosa, 2017) oraz Francine Shapiro (2017). EMDR ma na celu takie przetwarzanie informacji, by prowadziło do zmniejszenia cierpienia, wzmocnienia adaptacyjnych przekonań związanych z traumatycznym zdarzeniem, ale w przeciwieństwie do terapii poznawczo-behawioralnej (TF-CBT) nie wymaga szczegółowego opisu traumatycznych wydarzeń, bezpośredniego zaprzeczania fałszywym przekonaniom, przedłużonej ekspozycji na urazowe bodźce i wykonywania tzw. zadań domowych.

STATUS KONDYCYJNY 4. POTRAUMATYCZNY WZROST PO STRACIE DZIECKA

Badania empiryczne dowodzą, że większość rodziców pograżonych w żalobie po stracie dziecka wykazuje umiarkowane zakłócenia w funkcjonowaniu w ciągu pierwszego/drugiego roku. Przewlekłe, złożone zaburzenia powiązane

z traumą utraty dziecka dotyczą stosunkowo niewielkiej mniejszości (Bonanno, Kaltman, 2001; Ogińska-Bulik, 2013).

Nina Ogińska-Bulik (2013) w ślad za innymi badaczami psychologicznych konsekwencji straty osobowej (Lund, Utz, Caserta, de Vries, 2008/2009) podkreśla, że nawet tego rodzaju trauma może w pewnych warunkach niejako paradoksalnie uruchomić potencjał rozwojowy zwany potraumatycznym wzrostem (ang. *post-traumatic growth*). Używa się tu takich pojęć, jak znajdowanie korzyści (ang. *benefit finding*), wzrost związany ze stresem (ang. *stress-related growth*), transformacyjne radzenie sobie (ang. *transformative coping*), rozkwit/rozkwitanie (ang. *thriving/flourishing*) czy rozwój wynikający z przeciwności (ang. *adversarial growth*) (Tedeschi, Calhoun, 1996, 2004).

Potraumatyczny wzrost to nie tylko uzyskanie statusu adaptacji wtórnej i powrót do równowagi po doświadczonej traumie. To swoistego rodzaju transformacja wyrażająca się np. w większej świadomości życiowej (Ogińska-Bulik, 2013). Dlatego potraumatyczny wzrost może stanowić w modelu kondycji psychicznej rodziców po stracie dziecka odrębny status. Dotyczy on tych rodziców, którzy nie tylko poradzi sobie z dojmującym osamotnieniem i poczuciem krzywdy w wyniku fatalnego zrzędzenia losu czy dezorganizacją strategii radzenia sobie ze stresem, ale także odzyskali kontrolę nad życiem, np. przez wzmoczoną pracę zawodową, samokształcenie czy prospołeczną działalność, odnajdując w sobie pokłady aktywności, twórczości, duchowości, humoru itp. Z badań wynika, że paradoksalnie właśnie trauma o umiarkowanej i wysokiej sile zwiększa prawdopodobieństwo jej przepracowania, jednocześnie nie wykluczając utrzymującego się dystresu i obniżenia poczucia dyskomfortu. Odwołując się do psychologii rozwoju człowieka, można powiedzieć, że ilustruje to proces akomodacji, którego skutkiem jest powstanie nowych schematów poznawczo-emocjonalno-działaniowych dotyczących na nowo zdefiniowanej rzeczywistości.

Według Richarda Tedeschiego i Lawrence'a Calhouna (1996, 2004) potraumatyczny wzrost jest możliwy dzięki wyspecja-

lizowanej pomocy psychoterapeutycznej, która potrafi uruchomić mechanizmy kompensacyjne i spowodować reorientację celów życiowych po stracie, większą autonomiczność w działaniu, zmiany w systemie wartości i innych funkcjach/strukturach osobowości, np. bardziej adekwatną do problemów regulację emocji, zrozumienie siebie, optymizm, poczucie humoru. Jednakże rodzice przeżywający traumę po stracie dziecka mogą odczuwać znaczący dyskomfort, uświadamiając sobie, że śmierć ich dziecka mogłaby utworzyć pole do bardziej wartościowego niż przed stratą życia. Dlatego sugerowane psychotherapie oferujące rodzicom po stracie dziecka potraumatyczny wzrost należy traktować jako rodzaj eksperymentu, którego charakteru powinni być świadomi. Eksperyment taki niesie w sobie ryzyko jatrogenności – w tym wypadku niezamierzonych, negatywnych skutków pomocy psychologicznej. Nie jest to bezpodstawne, bo nie dokonano dotąd rozstrzygnięcia, czym jest tzw. normalna i nienormalna żałoba. A więc nie ma pewności, jak wyglądający proces żałoby wymaga wsparcia terapeutycznego. Ponadto specyficzne stany afektywne, objawy psychosomatyczne, silne poczucie samotności diagnozowane w toku adaptacji wtórnej, niedokończonej lub patologicznej żałoby mogą dotyczyć problemów osobistych i relacyjnych pochodzących z okresu sprzed utraty dziecka. W ich ocenie należy wziąć pod uwagę czynniki kontekstowe, bo nie każda strata dziecka bywa tak samo honorowana psychologicznie i społecznie. Śmierć dziecka ma różną „wagę gatunkową”. Poronienia, poród przedwczesny kończący się śmiercią skrajnie niedojrzałego wcześniaka, śmierć dziecka krótko po urodzeniu w wyniku letalnych wad rozwojowych lub we wczesnym dzieciństwie są postrzegane inaczej niż śmierć dziecka „w kwiecie wieku”. Ponadto trudno korzystać z zasobów społecznego wsparcia, gdy z racji intymności/prywatności takich tematów strata dziecka nie może być poddana rytuałowi kulturowej socjalizacji żalu i żałoby. W ten kontekst wpisuje się np. sytuacja przyszłych rodziców po niepomyślnej diagnozie prenatalnej, którzy nie chcą się dzielić swoją stratą/żałobą z powodu bardzo prawdopodobnej śmierci oczekiwanego dziecka, utraty nadziei na zdrowe

dziecko oraz lęku powiązanego z opresyjnym w Polsce prawem antyaborcyjnym. Ich poczucie osamotnienia pogłębia słyszany często w takich okolicznościach argument, że przecież „można mieć jeszcze inne dzieci”. To nie pomaga, bo, po pierwsze, deleguje zadanie, do którego realizacji rodzice absolutnie nie są w tym momencie gotowi. Po drugie, to inne, „nowe dziecko” nie stanowi dla rodziców substytutu tego, którego już nie ma lub za chwilę go nie będzie. Dla nich każde jest tak samo ważne, niezastępowalne, wyjątkowe. Stąd uzasadniony wydaje się postulat Kennetha Doka (2002; Doka, Martin, 2010), aby sytuacje osobowej straty nie powodowały form żaloby osób pozbawionych praw, w tym do przeżywania smutku i żalu po swoim (ang. *disenfranchised grief*). Postulat ten w warunkach polskich nabiera szczególnego znaczenia.

PODSUMOWANIE

Złożoność kryzysu psychologicznego związanego ze stratą dziecka dobrze ilustruje wielowymiarowa teoria żaloby (ang. *Multidimensional Grief Theory*: Kaplow i in., 2013). Opiera się na założeniu, że zarówno adaptacyjne, jak i nieadaptacyjne (tj. patologiczujące z czasem procesy żaloby) zmagania się z relacyjną stratą manifestują się w trzech domenach: dystresie separacyjnym spowodowanym utratą; dystresem egzystencjalnym związanym z koniecznością zmiany istotnych aspektów struktury życia oraz dystresem powiązanym z poczuciem samotności

w sensie: „przecież nikt mnie nie jest w stanie zrozumieć”. Każdy z tych aspektów ma swoje prekursory, a niekiedy także konsekwencje psychopatologiczne. Aspekty te moderowane są wiekiem życia i płcią, jakością środowiska rodzinnego, przyczynami śmierci dziecka, relacją małżonków/partnerów sprzed straty dziecka i po niej oraz innymi czynnikami wchodzącymi ze sobą w interakcje (Kaplan, Sadock, 1995; Kaplow in., 2013; Layne, Kaplow, Oosterhoff, Hill, Pynoos, 2018). Złożoność ową dobrze ilustruje powiedzenie Williama Wordena (2009, s. 8): „każda osobista żaloba jest podobna do tej przeżywanej przez innych ludzi; każda żaloba jest podobna do tej, którą przeżywają tylko niektórzy, i jednocześnie każda osobiście przeżywana żaloba nie daje się porównać z żadną inną”. Ważne jest zatem, by rozumieć zróżnicowaną kondycję psychiczną rodziców będących w żalobie po stracie dziecka, często mocno wpisana w kulturowo-społeczne oczekiwania, jak „należy” ją przechodzić. Z perspektywy psychologii rozwojowej warto śledzić to, jak przebiega adaptacja wtórna, oraz zadbać o odpowiednie środki pomocowe (profilaktyczne), gdy proces ten nie przebiega pomyślnie. Warto też założyć, że określony status kondycyjny (wyrażony w MSK) nie musi dotyczyć obojga rodziców, a niepokojące symptomy będą wymagać adekwatnej pomocy psychoterapeutycznej (Kubacka-Jasiecka, 2010, 2016), niekiedy prowadzącej do potraumatycznego wzrostu, zmieniającego prawdziwe łyż w perły, jak to metaforycznie ujęła Ogińska-Bulik (2013).

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque S., Buyukcan-Tetik A., Stroebe M.S., Schut H.A.W., Narciso I., Pereira M., Finkenauer C. (2017), Meaning and coping orientation of bereaved parents: Individual and dyadic processes. *PLoS One*, 12(6). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0178861> (dostęp: 12.01.2022).
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Biskupska N. (2016), *Wsparcie społeczne i strategie radzenia sobie ze stresem jako predyktory poczucia samotności rodziców po stracie dziecka*. Niepublikowana praca magisterska pod kier. Z. Dołęgi. Katowice: Archiwum Biblioteki Uniwersytetu SWPS.
- Bonanno G.A., Kaltman S. (2001), The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705–734.
- Borucka-Iwańska A., Dołęga Z. (2018), Dziecko w żalobie – przegląd stanowisk teoretycznych i badań. *Psychologia Rozwojowa*, 23(1), 9–26.

- Boyd D., Bee H. (2008), *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Media & Rodzina.
- Doka K. (2002), *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges and Strategies for Practice*. Campaign, IL: Research Press.
- Doka K.J., Martin T.L. (2010), *Understanding the Ways Men and Women Mourn, Revised Edition*. London: Routledge.
- Dołęga Z. (2020a), *Biedy i bogactwo samotności. Studium psychologiczne*. Warszawa: Dyfin.
- Dołęga Z. (2020b), Poczucie samotność jako moderator przebiegu kryzysów sytuacyjnych, rozwojowych i egzystencjalnych. *Psychologia Rozwojowa*, 25(3), 89–99.
- Dołęga Z., Borucka-Iwańska A. (2016), Próba adaptacji programu terapeutycznego dla dzieci doświadczających traumatycznej lub powikłanej żaloby. *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, 22(2), 307–315.
- Fried E.I., Bockting C., Arjadi R., Borsboom D., Amshoff M., Cramer O.J., Stroebe M. (2015), From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 256–265.
- Gawinecka M., Lucka I., Cebella A. (2008), Pamięć zdarzeń traumatycznych. *Psychiatria*, 5(2), 65–69.
- Kaplan H., Sadock B. (1995), *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban & Partner.
- Kaplow J.B., Layne C.M., Saltzman W.S., Cozza S.J., Pynoos R.S. (2013), Using multidimensional grief theory to explore the effects of deployment, reintegration, and death on military youth and families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 322–340.
- Kubacka-Jasiecka D. (2010), *Interwencja kryzysowa*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie Profesjonalne.
- Kubacka-Jasiecka D. (2016), Kryzys emocjonalny i trauma szansą na rozwój i potęgowanie zdrowia. Wątpliwości i pytania. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, XXII/1, 51–89.
- Krawczyk P., Świącicki Ł. (2020), ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatra Polska*, 54(1), 7–20.
- Layne C.M., Kaplow J., Oosterhoff B., Hill R., Pynoos R. (2017), The Interplay between posttraumatic stress and grief reactions in traumatically bereaved adolescents: When trauma, bereavement and adolescence converge. *Adolescent Psychiatry*, 7, 220–239.
- Lindemann F. (1944/1994), Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 10, 141–148.
- Liotti G., Farina B. (2016), *Traumatyczny rozwój. Etiologia, klinika i terapia wymiaru dysocjacyjnego*. Wyd. Bledzew: Wyd. Fundacji Przyjaciele Martynki.
- Lund D.A., Utz R., Caserta M.S., de Vries B. (2008/2009), Humor, laughter and happiness in the daily lives of recently bereaved spouses. *Omega*, 58, 87–105.
- Noddings N. (1984), *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley–Los Angeles: University of California Press.
- Noddings N. (1999), Alternatywna wizja wychowania. *Przegląd Powszechny*, 5, 208–215.
- Ogińska-Bulik N. (2013), *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ogińska-Bulik N. (2017), Radzenie sobie ze stratą dziecka a występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych. *Psychological Journal*, 23(1), 159–166.
- Onorfi A., La Rosa C. (2017), *Żaloba. Psychoterapia poznawczo-ewolucjonistyczna i EMDR*. Poznań: Wyd. Fundacji Przyjaciele Martynki.
- Opozda D., Parzyszek M., (red.) (2017), *Rodzina w sytuacji starty bliskiej osoby*. Lublin: Wyd. KUL.
- Parker M.C., Priggerston H.G. (2010), *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life (4th Edition)*. London: Penguin Books Ltd.
- Prigerson H.G., Paul A., Boelen H.P., Xu J., Smith K.V., Maciejewski P.K. (2021), Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20, 96–106. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wps.20823> (dostęp: 20.01.2022).
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (1996), *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 1, Warszawa: PWN.
- Sanders C.M. (2001), *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei*. Gdańsk: GWP.
- Sęk H. (1997), Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, A.L. Lipowska-Teutch (red.), *Oblicza kryzysu i pracy interwencyjnej*, 143–158. Kraków: Wyd. ALL.

- Shapiro, F. (2017). Zostawić przeszłość w przeszłości. https://emdr.org.pl/portfolio_page/zostawic-przeszlosc-w-przeszlosci (dostęp: 10.03.2022).
- Shear M.K., Mulhare E. (2008), Complicated grief. *Psychiatric Annals*, 38(10), 662–670.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2009), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik do polskiej normalizacji*. Warszawa: PTP.
- Stroebe M., Schut H. (2015), Family Matters in Bereavement: Toward an Integrative Intra-Interpersonal Coping Model. *Perspectives on Psychological Science*, 10(6), 873–879.
- Stroebe M., Schut H., Finkenauer C. (2013), Parents coping with the death of their child: From individual to interpersonal to interactive perspectives. *Family Science*, 4(1), 28–36, and *Related Sciences*, 38 (3/4), 185–201.
- Stroebe M.S., Schut H.A. (1999), The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197–224.
- Stroebe M.S., Schut H. (2001), Models of coping with bereavement: A review. W: M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, H. Schut (red.), *Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping, and Care*, 375–403. American Psychological Association.
- Stroebe M.S., Schut H. (2010), The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega*, 61(4), 273–289.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (1996), The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004), Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–8.
- Walewska K., Pawlik J. (red.), Freud Z.: Żałoba i melancholia. W: K. Walewska, J. Pawlik (red.), *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*, 28–42. Warszawa: PWN.
- Worden W.J. (2009), *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company, LLC.