

ANETA BORUCKA-IWAŃSKA

Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS, Filia we Wrocławiu, Wrocław
SWPS University of Social Sciences and Humanities, Wrocław Faculty of Psychology
e-mail: aborucka-iwanska@swps.edu.pl

ZOFIA DOŁĘGA

Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS, Wydział Zamiejscowy w Katowicach, Katowice
SWPS University of Social Sciences and Humanities, Katowice Faculty of Psychology
e-mail: zdolega@swps.edu.pl

Dziecko w żałobie – przegląd wybranych podejść teoretycznych

Grieving Child – Review of the Selected Theoretical Approaches

Abstract. A child's grievance usually consists in a sudden violation of the emotional attachment and a chronic feeling of the existential threat. This may have a fundamental impact on the further development of the child. Unfortunately, the scarcity of research on the subject, both concerning the perception of the child itself and the process of grief, often involves not only the diagnostic difficulties, but also the selection of therapeutic procedures that can be discussed in terms of evidence-based programs. The subject of this article is a critical review of the theoretical positions related to child mourning, including its complex and traumatic nature.

Keywords: attachment, death, grief.

Słowa kluczowe: przywiązanie, śmierć, żałoba.

WPROWADZENIE

Kultury tradycyjne radzą sobie z oczywistą nieuchronnością i uniwersalnością śmierci przez różnorodne rytuały oswojenia, podczas gdy kultury postnowoczesne, zwłaszcza współczesna popkultura, raczej unikają tego tematu, wypierają i tabuizują problem ludzkiej śmiertelności albo go trywializują. Przeraża zwłaszcza śmierć nagła, śmierć młodych ludzi, śmierć rodzica/rodziców, dotyka ona bowiem bezpośrednio niesamodzielnych życiowo i bezbronnych emocjonalnie sierot, ale również śmierć dziecka, bo ta z gruntu zaprzecza naturalnej kolei rzeczy. Do obszarów pomijanych należy również żałoba dziecięca, naruszająca społeczne tabu niemó-

wienia o rzeczach trudnych do pojęcia i budzących lęk. Zgodnie z teorią opanowania trwogi (ang. *terror management theory* – TMT) temat ten podlega psychologicznej represji, a więc zostaje wyparty ze społecznej i indywidualnej świadomości (Greenberg, Solomon, Pyszczynski, 1986; 1997; Greenberg i in., 1992; Kesebir i in., 2011). Powszechność umierania i powaga tematu żałoby rodzą istotne pytania, np.: Jaka prywatną koncepcją śmierci dysponują osoby w określonym wieku i danej sytuacji życiowej oraz czym jest żałoba i do czego służy? Jak bardzo konieczny i jednocześnie kulturowo uzasadniony jest zestaw dotyczących jej zachowań i postaw? Czy ma na tyle głębokie znaczenie psychologiczne, że pomyślnie

przejście przez nią może mieć regulacyjny, pozytywny wpływ na późniejsze funkcjonowanie psychologiczne, a powikłanie procesu żałoby – skutki negatywne? Wciąż niewiele wiadomo na ten temat, badania w obszarze problematyki tanatologicznej bowiem są stosunkowo nieliczne, w szczególności gdy celem eksploracji są dzieci. Psychologiczna koncepcja śmierci, zmiany rozwojowe, jakie się w niej dokonują, związku koncepcji umierania z charakterystyką przechodzenia przez żałobę, uniwersalność vs. niepowtarzalność tego procesu – to w przypadku najmłodszych wciąż psychologiczna *terra nova*.

Przyjmując perspektywę rozwojową, a w jej obrębie założenie strukturalno-poznawcze, można przyjąć, że w dzieciństwie strukturą istotną dla sposobu przechodzenia przez żałobę jest reprezentacja poznawcza samej śmierci, inaczej koncepcja śmierci, która może tłumaczyć, dlaczego tak trudne doświadczenia osobiste, jak zgon bliskiej osoby i żałoba, spowodowany nim smutek, mogą podlegać rozwojowej adaptacji, a kiedy z kolei grożą psychologicznym utknięciem, tj. brakiem możliwości zasymilowania ich znaczenia i wykorzystania dotychczasowych zasobów rozwojowych (brakiem akomodacji). W takiej perspektywie teoretycznej wiek życia stanowi marker tych procesów, a otoczenie społeczne jest istotnym i silnym ich moderatorem. Koncepcja śmierci u dzieci jest bowiem przedświadoma (dopóki się nie zdarzy) i nie wspiera jej repertuar strategii radzenia sobie wspomagany kulturowymi rytuałami.

Psychologia rozwoju człowieka dysponuje co najmniej kilkoma niezłe uzasadnionymi modelami sekwencyjnego, fazowego i ostatecznie prozdrowotnego przechodzenia przez okres żałoby. Te jednak, po pierwsze, dotyczą przede wszystkim osób dorosłych, a po drugie, ich trafność jest kwestionowana. Żałoba dla wielu pozostaje bowiem skrajnie indywidualnym doświadczeniem, tak że dowodzenie jej „systematyczności” wydaje się niestosowne. Jednak w przypadku dzieci rozwojowo uwarunkowana reprezentacja śmierci powiązana z wiekiem i okolicznościami życia ma wpływ na proces żałoby, która może mieć charakter konstruktywny lub powikłany. Przez owo po-

wikłanie należy rozumieć zarówno długo utrzymujące się trudności i zaburzenia adaptacyjne, jak i patologię rozwoju psychicznego w postaci np. zespołu stresu pourazowego, posttraumatycznego zaburzenia rozwoju czy zaburzeń lękowych. Tego rodzaju powikłania znajdują uzasadnienie w praktyce klinicznej penetrującej problemy tzw. niedokończonej – uporczywej w sensie czasu trwania – żałoby (w naszej kulturze trwającej dłużej niż rok), prowadzącej do trudności i zaburzeń adaptacyjnych, lub też żałoby powikłanej, która niezależnie od czasu trwania ujawnia dysfunkcje w różnych sferach, np. behawioralnej, w mechanizmach emocjonalno-dążeń i/lub w strukturach osobowości. Terminy określające nieprawidłowe przeżywanie żałoby nie stanowią odrębnych jednostek klinicznych, wskazują natomiast na złożony, często utajony (niemanifestujący się w zachowaniach), negatywny wpływ skrajnie trudnego życiowo zdarzenia, jakim jest śmierć bliskiej osoby, na rozwój psychiczny żałobnika.

Czy można więc, i czy warto, wyróżniać uniwersalne, a więc w dużym stopniu przewidywalne stadia żałoby dziecięcej? Modele procesualne opisują reakcje i zachowania osób przeżywających żałobę oraz charakteryzują dynamikę tego procesu, prowadzą jednak do uproszczeń. Wypada zgodzić się ze stanowiskiem Williama Wordena, który, parafrazując wypowiedź Gordona Allporta, ujął to następująco: „każda osobista żałoba jest podobna do tej przeżywanej przez innych ludzi; jednocześnie każda osobista żałoba jest podobna do tej, którą przeżywają tylko niektórzy; i jednocześnie każda osobiste przeżywana żałoba nie daje się porównać do żadnej innej” (*each person's grief is like all other person's grief; each person's grief is like some other person's grief; and each person's grief is like no other person's grief*) (Worden, 2009, s. 8).

Najwłaściwszą metodą docierania do danych psychologicznych o dzieciach doznających jakiejś formy osierocenia wydają się studia indywidualnych przypadków. Taka metodyka zbierania danych empirycznych jest etycznie słuszna i rozwiązuje problem ograniczonej dostępności do intrapsychnego w swej naturze materiału badawczego. Pozwala też z wycuciem

i wrażliwością minimalizować koszty psychologiczne, rozpoznawać ukryte mechanizmy obronne (np. projekcję, racjonalizację, przeniesienie, przeciwprzeniesienie), dbać o nastrój dziecka, dla którego śmierć rodzica, rodzeństwa lub kogoś innego, równie bliskiego (np. ukochanego psa), jest zdarzeniem skrajnie nienormalnym powodującym niepowetowaną relacyjną stratę i stanowiącym czynnik ryzyka dla dalszego rozwoju psychicznego. Dane statystyczne jednak mówią jedynie o szacunkowej liczbie osieroconych, tj. pozbawionych przynajmniej jednego rodzica, młodych ludzi (ok. 400 tys., w tym ok. 7,5 tys. sierot zupełnych). Szacuje się, że jest to ponad 4% populacji dzieci i młodzieży w wieku do 20 lat (Szukalski, 2007). W populacji tej mieści się pewna nieznaną liczbą sierot, u których śmierć bliskiej osoby wywołała co najmniej trudności, a niekiedy zaburzenie adaptacyjne, kojarzone najczęściej z syndromem posttraumatycznym (ang. *posttraumatic stress disorder* – PTSD). Jednak pogłębione wywiady anamnestyczne, genogramy rodzinne prowadzone w konwencji systemowej lub analizy narracyjne prowadzone z osobami dorosłymi pozwalają na sformułowanie spostrzeżenia (Schier, 2014), że wczesne doświadczenia związane z utratą bliskiej osoby mogą leżeć u podłoża ukształtowania się nieprawidłowych struktur i mechanizmów osobowości (DSM-V: 301–310; ICD-10: F60.0–F60.9).

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zmian, jakie charakteryzują koncepcję śmierci, a także ujawnienie wyjątkowości przeżywania przez dzieci żałoby silnie zależnej od społecznego kontekstu rozwoju psychicznego oraz odbiegającej od potocznych wyobrażeń i oczekiwań. Konieczne jest więc zastosowanie innych niż wobec osób dorosłych kryteriów oceny, czy proces żałoby jest lub był konstruktywny. Przypadki szczególne, interesujące zwłaszcza w perspektywie klinicznej, wskazują, że u dzieci powszechnie występuje deficyt strategii radzenia sobie z istotną, bolesną i urazową stratą, co powoduje wzrost ryzyka patologii rozwoju psychicznego. Dla konstruowania profesjonalnej pomocy dzieciom pozostającym w niedokończonej lub powikłanej żałobie, dla której charakterystyczny *ex post* jest traumatyzujący

się rozwój psychiczny, istotne są stanowiska teoretyczne dotyczące rozwojowych koncepcji śmierci oraz charakterystyka przebiegu żałoby dziecięcej.

BADANIA NAD DZIECIĘCĄ KONCEPCJĄ ŚMIERCI

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że dziecięca zdolność do wyrażania żalu po stracie bliskiej osoby związana jest z wyznaczoną wiekiem życia poznawczo-emocjonalną gotowością dziecka do zrozumienia fenomenu śmierci. Małym dzieciom na ogół odmawia się możliwości nie tylko dysponowania jakąkolwiek koncepcją zjawiska umierania, ale i zdolności do doświadczania żałoby. Jest to o tyle niezrozumiałe, że dzieci w obliczu nawet krótkotrwałego pozbawienia fizycznego kontaktu z bliską osobą każdorazowo protestują, płaczą i okazują swoje niezadowolenie. Eksperymentalne badania z udziałem niemowląt i ich matek dowodzą, że psychologiczna niedostępność matki, np. uporczywe (kilkanaście–kilkadziesiąt sekund) niezwracanie uwagi na sygnały płynące ze strony dziecka, są dla niego niepokojące i nieznośne (Keirse, 2005). Heather Geis i współpracownicy (1998) podkreślają, że małe dzieci, nawet te poniżej 1. roku życia, dysponują poczuciem stałości obiektu, czyli poznawczej reprezentacji opiekuna. I jeśli ten jest fizycznie czy psychologicznie niedostępny, reagują z całą swoją mocą: emocjonalnie i behawioralnie, by przywrócić relacyjną bliskość, nie biorąc pod uwagę jej bezpowrotnej straty. Nie znają też atrybutu nieodwracalności śmierci. Dlatego też, jeśli ta się przydarzy w ich przestrzeni życiowej, fakt ten może wywołać jedynie dezorientację. Dowodem tego są np. uporczywe poszukiwania zmarłej osoby czy pytania o jej powrót do domu. U dorosłych budzi to niejednokrotnie zdziwienie i zniecierpliwienie, tym większe, im mniej wiedzą na temat dziecięcej koncepcji śmierci oraz im bardziej stanowi ona obszar tabu (Geis i in., 1998; Johnson, 1999; Keirse, 2005).

Pionierskie badania Sylvii Anthony i Marii Nagy prowadzone w trakcie drugiej wojny

światowej i po jej zakończeniu (za: Gudas, 1993) dowodzą, na podstawie wypowiedzi ok. 400 dzieci w wieku od 3 do 10 lat, że w rozwoju dziecięcej świadomości śmierci można wyróżnić trzy etapy (Corr, Balk, 2010). Pierwszy obejmuje okres między 3. a 5. rokiem życia i charakteryzuje się brakiem rozumienia definitywności/nieodwracalności śmierci. Dzieci w tym okresie biorą umieranie za jeden z przejawów życia, podobny do snu lub nieobecności spowodowanej wyjazdem. W takiej konwencji życie nie jest procesem domykającym się śmiercią, a ona sama nie jest czymś ostatecznym. Drugi etap przypada na okres pomiędzy 5. a 9. rokiem życia i charakteryzuje się m.in. personifikacją śmierci. Ta nabiera wówczas konkretnego, najczęściej niepokojącego kształtu czy wizerunku, np. szkieletu, ducha lub kostuchy, które można jednakże przechytryć, oswoić, przekupić, oszukać i w ten sposób ich uniknąć. W tej fazie nadal jednak nie występuje uznanie atrybutu powszechności śmierci, a jej ostateczność i nieodwracalność okazują się warunkowe, tj. powiązane z odpowiednim postępowaniem. Koresponduje to z charakterystyką Piagetowskiego etapu realizmu moralnego i immanentnej sprawiedliwości, w których zdarzenia nawet całkiem losowe w mniemaniu dzieci stają się konsekwencją ich postępowania. Trzeci etap rozwoju konstruktów śmierci dotyczy dzieci powyżej 9. roku życia. Te już rozumieją, że śmierć nie jest bytem czy fenomenem odrębnym; że proces umierania dotyka każdego, powodując definitywną utratę wszelkich aktywności życiowych. Dziecięca koncepcja śmierci staje się wówczas bliższa dojrzałemu jej rozumieniu, tzn. zawiera uznanie, że zgon jest faktem ostatecznym, nieodwracalnym i powszechnym (Corr, Balk, 2010).

Rezultaty uzyskane przez Nagy stały się inspiracją teoretycznych dyskusji i badań empirycznych uwzględniających psychologiczny (emocjonalny i poznawczy) oraz społeczny kontekst mentalnego tworzenia rozwojowo uwarunkowanych konstruktów śmierci u dzieci w różnym wieku, a także opracowań dotyczących sposobów radzenia sobie z nieodwracalną relacyjną stratą i żałobą (Gudas, 1993). Badania skupione początkowo na poznawczej

reprezentacji i rozumieniu śmierci powiązano z analizami jej przeżywania. Badania Barbary Kane (1979) z udziałem dzieci między 5. a 10. rokiem życia dostarczyły danych pozwalających na wyznaczenie kilku kategorii porządkujących mentalne atrybuty śmierci. Badaczka ustaliła, że w przypadku dzieci reprezentacja poznawcza tego zjawiska obejmuje aspekty: rozstania, bezruchu, nieodwracalności, przyczynowości, przerwania funkcji życiowych, uniwersalizmu oraz całkowitego zaniku uczucia (Gudas, 1993). To pozwoliło później bardziej precyzyjnie opisywać zmiany w poznawczo-rozwojowych reprezentacjach śmierci. Stwierdzono m.in., że u pięcioletków aspekt bezruchu nie wiąże się z zaprzestaniem funkcji życiowych, brakiem uczucia dotyku, zdolności słyszenia czy widzenia. Zrozumiałe więc stało się, dlaczego pięcioletkom trudno jest np. wyjaśnić, czym różni się śmierć udawana w toku zabawy od śmierci rzeczywistej i nieodwracalnej. W tym wieku fenomen śmierci w dalszym ciągu jest bowiem przestrzenią dziecięcego emocjonalno-poznawczego imaginariu bazującego na myśleniu przedoperacyjnym, egocentryzmie poznawczym oraz immanentnej sprawiedliwości opartej na przekonaniu, że zgon bliskiej osoby stanowi konsekwencję określonych zachowań, w tym zwłaszcza „niegrzecznego” zachowania dziecka (Corr, Balk, 2010). Nieodparta jest tu analogia z Piagetowskim stadium realizmu moralnego, w którym typowe u dzieci myślenie magiczne bywa źródłem poczucia winy wywołanego wyobrażonym osobistym sprawstwem śmierci (Johnson, 1999). Te aspekty rozwojowe mogą mieć kapitalne znaczenie dla terapeutów, którzy dzięki nim będą w stanie np. precyzyjniej opisać tzw. pozycję dziecka w sytuacji żałoby. Jest to istotne zwłaszcza wtedy, gdy istnieje ryzyko niedokończenia i powikłania tego procesu.

Późny wiek przedszkolny jest okresem znaczącego postępu w rozwoju pojmowania śmierci. Reguły myślenia obrazowo-wyobrażeniowego mogą, zwłaszcza przy wsparciu dorosłych, zostać zastąpione regułami myślenia protooperacyjnego (tj. Piagetowskie przesunięcie: w jednych kategoriach pojęciowych dziecko stosuje już wnioski operacyjne, a w innych jeszcze nie). Dzięki temu dzieci np. mogą stopniowo

wyżyć się emocjonalnie obciążającego podejścia, że ich niestosowne zachowanie mogło w jakikolwiek sposób przyczynić się do zgonu bliskiej osoby. Uznanie w tym okresie atrybutu nieodwracalności śmierci ułatwia rozpoczęcie procesu konstruktywnej żałoby posługującej się rytuałami służącymi zdrowieniu. Również postęp w rozwoju pojęciowym i językowym ułatwia sygnalizowanie potrzeby wsparcia ze strony dorosłych. W ten sposób smutek, gniew, złość, poczucie osamotnienia i inne uczucia złożone towarzyszące żałobie mogą zostać przepracowane i dziecko otrzymujące wsparcie społeczne może wejść w konstruktywną fazę wyznaczenia sobie zadań/wyzwań.

Wczesny okres szkolny sprzyja dojrzewaniu koncepcji śmierci (Herbert, 2005; Corr, Balk, 2010). W polskich warunkach jest to możliwe, jeśli w tym czasie proces ten nie zostanie zakłócony dość powszechną dydaktyką katechetyczną, straszącą piekłem i innymi ideologicznymi konstruktami.

W młodszym wieku szkolnym dzieci mogą zyskać też emocjonalnie odciążające przekonanie, że śmierć oznacza nie tylko koniec życia ukochanej osoby, ale ustanie obserwowanego u niej wcześniej cierpienia, co może nieco zrównoważyć ból relacyjnej straty. Niektórzy badacze, np. Mark Speece i Sandor Brent (1984; 1996) są zdania, że dojrzałe pojmowanie śmierci pojawia się u dzieci przedszkolnych, tj. do 7. roku życia (Corr, Corr, 1996; Corr, Balk, 2010; Speece, Brent, 1984). Nie wpływa to jednak zasadniczo na kierunek i tempo zmian rozwojowych. W wieku szkolnym, gdy u najmłodszych stopniowo obiektywizuje się koncepcja śmierci, w dalszym ciągu nie nosi ona przymiotu uniwersalności, co oznacza, że dzieci uważają, iż one same nie są na nią narażone. Interesujące są dla nich natomiast biologiczne aspekty tego zjawiska. Kojarzą je z podniecającą grozą prowokującą do fantazji na ten temat. Jednak w przypadku dzieci realnie dotkniętych śmiercią kogoś bliskiego taka naturalna skłonność do fantazjowania może stać się niebezpieczna jako przejaw kompulsji, świadcząc o tym, że przeżywanie bolesnej straty utknęło w sferze irracjonalnej, a koncepcja śmierci, jaką dziecko zdołało dotąd wytworzyć, ma cechy charaktery-

styczne dla fazy przedoperacyjnej. W dalszym ciągu zawiera ona aspekty poczucia winy i zwinionej krzywdy, osamotnienie oraz przekonanie o emocjonalnym porzuceniu (Dołęga, Borucka-Iwańska, 2016). Zespół przeżyć tego rodzaju świadczy o wikłaniu się procesu żałoby. Sprawdzenia wymaga, czy aby nie wiąże się to z postępowaniem rodziców lub innych członków rodziny np. unikających, tabuizujących problematykę śmierci czy lekceważących cierpienie dziecka i sygnały płynące z jego strony. Badania empiryczne podkreślają, że otwartość i gotowość do rozmów poruszających tematykę tanatologiczną w rodzinach, okazywanie zrozumienia dla dziecięcych lęków oraz dostarczenie najmłodszym wsparcia prowadzą zwykle do bardziej zrównoważonego emocjonalnie, w tym pozbawionego nadmiernych fantazji, konceptu śmierci (Johnson, 1999; Bowen, 2004; Keirse, 2005). Jednak w kulturze, która unika tematów tanatologicznych, dojrzewanie koncepcji śmierci u dzieci bywa niestety utrudnione. Lęk przed śmiercią i powikłane doświadczenia związane z relacyjną stratą, a niekiedy tragiczne okoliczności śmierci (np. samobójstwo rodzica) utrudniają komunikację wewnątrzrodzinną. Brakuje wzajemnego wsparcia, unika się rozmów, zbywa się pytania dzieci.

W okresie adolescencji dysponowanie rozwiniętą emocjonalno-poznawczą reprezentacją śmierci, jak podkreśla Joy Johnson (1999), pozostaje w konflikcie z typowymi dla okresu dorastania problemami i dylematami, takimi jak cielesność nastolatków, atrakcyjność fizyczna, kształtowanie się tożsamości osobowej, rozwój relacji rówieśniczych, problematyka celu i sensu życia itd. (Johnson, 1999; Dołęga, 2000; 2015). „Młodzi bogowie” nie myślą o własnym przemijaniu, fascynuje ich jednak groza śmierci, co skłania niekiedy do niebezpiecznych eksperymentów pozwalających poznać smak jej bliskości (np. eksperymentowanie ze środkami psychoaktywnymi, szaleńcze wyścigi samochodowe, ekstremalne sporty itd.). Natomiast sama żałoba, czyli trud przeżywania śmierci jako realnej, niepowetowanej straty, może przekraczać ich siły. Sprzyjają temu przekazy medialne, które tabuizują, zniekształcają oraz trywializują znaczenie tego zjawiska.

U nastolatków, którzy przeżyli śmierć np. członka rodziny lub przyjaciela, jej koncepcja z jednej strony może mieć szansę na refleksyjne pogłębienie, ale z drugiej – wywołać i tak generalnie silny u adolescentów lęk przed śmiercią, a tym samym zablokować rozwój dojrzałego konstruktów śmierci. Każda istotna strata relacyjna może tylko utrudnić domykanie się procesu żałoby (Keirse, 2005).

DZIECKO W ŻALOBIE W UJĘCIACH TEORETYCZNYCH I PRAKTYCE

W ciągu ostatniego stulecia powstało kilka teoretycznych modeli żałoby bazujących na koncepcjach o proveniencji psychodynamicznej, jak teoria relacji z obiektem i teoria przywiązania o konotacji etologiczno-psychoanalitycznej. W literaturze przedmiotu można znaleźć szereg opracowań etapów przechodzenia przez żałobę. Najczęściej bazują one na analizach narracyjnych oraz doniesieniach psychoterapeutów prowadzących rodziny z problemem nieprzepracowanej żałoby. W podejściach systemowych z tego zakresu praktyki klinicznej podkreśla się, że śmierć członka rodziny zakłóca rodzinną homeostazę, ale jednocześnie mobilizuje zazwyczaj zasoby rodzinne, by rodzina mogła podjąć trud przejścia przez prowadzącą do zdrowienia żałobę oraz uruchomić morfogenezę przeorganizującą myślenie i emocje członków tego małego układu społecznego, ich codzienne nawyki, przyzwyczajenia, interakcyjne wzorce, statusy tożsamościowe i pozycje funkcjonalne, odpowiednio w trakcie żałoby i po jej zakończeniu (Shapiro, 1994).

Z kolei podejście nomotetyczne skupia się na ogólnej charakterystyce osób przeżywających żal po nieodwracalnej stracie kogoś bliskiego i na klasyfikacji reakcji emocjonalnych wywołanych stratą, a także na dynamice samego procesu żałoby niejako niezależnego od społecznego kontekstu. Podejście idiograficzne natomiast generalnie kwestionuje uniwersalność stanów psychicznych towarzyszących żałobie oraz etapów przechodzenia przez nią. Podkreśla bowiem unikatowość przeżyć żałobników, których doświadczenia zasadniczo nie mogą być

do siebie podobne. W podejściu tym rezygnuje się z prób systematyzacji przejawów żałoby i poszukiwania uniwersalnych mechanizmów naprawczych, sprawiających, że ludzie mogą wrócić do emocjonalnej równowagi (Worden, 2009). Wyraża się natomiast przekonanie, że każde doświadczenie żalu i smutku straty relacyjnej ma niepowtarzalny charakter i zależy od interakcji czynników podmiotowych i zewnętrznych (Wolfelt, 1996; Keirse, 2005). Poza tymi dwoma podejściami w dorobku psychologii rozwoju człowieka istnieją liczne mniej lub bardziej zadowalające modele odnoszące się do procesu zmagania się ze stresem osobowej straty oraz konstruktywnego bądź powikłanego przechodzenia przez żałobę. Modele te bazują jednak raczej na doświadczeniach osób dorosłych niż dzieci. Stan ten ogranicza eksplikatywną i aplikacyjną wartość proponowanych konstruktów.

W tradycję badań nad dziecięcą żałobą wpisuje się przede wszystkim podejście psychoanalityczne. W jego zakresie m.in. Anna Freud i John Bowlby (za: Goodman, Scott, 2000) dostrzegli „naturalne” fazy żałoby powiązane z głębokim smutkiem dziecięcym (tzw. depresja ananktyczna) wynikającym ze straty obiektu przywiązania – rodzica, niekiedy rodzeństwa, czasem innej, równie znaczącej osoby. Fazy te obejmują dezorientację, gniew i protest, a w końcu stopniowe przystosowanie. Co jednak ważne, sekwencja faz żałoby może być różna. Mogą przechodzić jedna w drugą, powracać i powtarzać się aż do ostatecznego uporania się ze stratą i do konstruktywnej adaptacji. W przestrzeni społecznej funkcjonuje więc prawdopodobnie pewna trudna do oszacowania grupa dzieci pozostających w zupełnie różnych fazach żałoby – wciąż niedokończonych, a niekiedy także powikłanej i systematycznie traumatyzującej. Sprzyjają temu liczne czynniki ryzyka: wczesny wiek dziecka, ograniczona zdolność pojmowania śmierci (naiwna/dziecięca koncepcja śmierci), niski stopień dostępności i trafności społecznego wsparcia, społeczny kontekst, w którym zwykle bardziej znaczący jest sam fakt osierocenia niż to, co i jak przeżywa dziecko, czego ono potrzebuje i jakie przysługują mu podmiotowe prawa (Wolfelt,

1996; Keirse, 2005). Czynniki te blokują rozpoczęcie żałoby, a gdy ta już trwa, utrudniają jej domknięcie. Prowadzić to może do zaburzeń adaptacyjnych, a w skrajnych przypadkach do rozwoju patologicznej struktury osobowości (Liotti, Farina, 2016).

Pogląd o etapowym procesie żałoby budzi wątpliwości. Analizy jakościowe i narracyjne dowodzą, iż większość ludzi nie doświadcza tego mechanizmu sekwencyjnie. Trudno przecieć o granice, gdzie poszczególne etapy żałoby się zaczynają, a gdzie kończą (Worden, 2009). Paradygmat etapowego przechodzenia żałoby bierze się zapewne z popularności koncepcji umierania Elisabeth Kübler-Ross (1998), którą to koncepcję w przedziwny sposób pomieszano z koncepcją żałoby. Umierający mają przechodzić przez etapy: szoku i zaprzeczenia (ang. *denial*), gniewu (ang. *anger*), targowania się (ang. *bargaining*), depresji (ang. *depression*) i wreszcie pogodzenia się (ang. *acceptance*) (Kubler-Ross, 1998; Bunce, Rickards, 2004; Worden, 2009). Taki schemat dziecięcej żałoby nie wydaje się prawdopodobny.

Bardziej trafny, jeśli chodzi o dzieci, wydaje się model żałoby Colina Parkesa oraz Johna Bowlby'ego, nawiązujący do teorii przywiązania (za: Worden, 2009). Żałobę po stracie bliskiej osoby należy uznać za przedłużenie emocjonalnej odpowiedzi na rozstanie (Boyd, Bee, 2008). Model ten wyróżnia cztery fazy. Faza I obejmuje okres tzw. wstrząsu i odrętwienia, który przypada na czas nieodległy od dnia śmierci bliskiej osoby. Następnie przychodzi faza II, poszukiwania i tęsknoty, w czasie której możliwe jest wystąpienie uczucia całkowitego zaprzeczenia faktowi śmierci. Faza III, dezorganizacji i rozpacy, charakteryzuje się trudnościami w funkcjonowaniu społecznym. I wreszcie w fazie IV, mającej charakter reorganizacji, dokonuje się powtórne definiowanie wszystkich aspektów życia. Do zakończenia procesu żałoby istotne jest przejście przez wszystkie cztery fazy (Bowlby, 1980; Parkes, 2001; 2006; Worden, 2009). Z kolei Catherine Sanders (2001) wyróżnia pięć faz: szok, czyli fazę charakteryzującą się uczuciem niedowierzania, bezradności i wewnętrznego zamętu; uświadomienie sobie realności straty, czemu towarzyszy gniew

lub poczucie winy, przewlekły stres, konflikty emocjonalne; chronienie siebie/wycofanie się połączone z efektem hibernacji lub apatii, które mogą być zarówno sygnałem powracania do równowagi, jak i oznaką depresji; powracanie do zdrowia polegające na odzyskiwaniu kontroli, doświadczeniu uczuć przebaczenia, zapominaniu „złego”, poszukiwaniu znaczenia, nadawaniu sensu; oraz wreszcie odnowę, w której dochodzi do nawiązania aktywnego kontaktu ze światem zewnętrznym oraz zaakceptowania konieczności ponownego wzięcia odpowiedzialności za siebie i innych (Sanders, 2001).

Niektóre modele żałoby, w tym również wymienione powyżej, niosą w sobie rodzaj pasywnego oczekiwania. Określają sposób, w jaki osoba pogrążona w żałobie powinna przejść przez jej fazy. Inne z kolei zawierają koncepcję zadań delegowanych żałobie (ang. *grief work*). Zakładają one, że osoba doświadczająca osobowej straty może i powinna działać aktywnie na rzecz adaptacji do nowych warunków. To drugie podejście uzasadnia wiedza o pozytywnej roli mechanizmów autoregulacyjnych wpływających na poczucie kontroli zdarzeń oraz uznanie własnej sterowności i sprawczości (Worden, 2009). Trudno jednak oczekiwać tego rodzaju wysiłku od dzieci.

Złożoność procesu przechodzenia przez żałobę pokazuje ostatecznie wielowymiarowa teoria żałoby (ang. *multidimensional grief theory*, Kaplow i in., 2013). Opiera się ona na założeniu, że zarówno nieprzystosowawcze, jak i adaptacyjne zmaganie się z relacyjną stratą może manifestować się w obrębie trzech domen: dystresu separacyjnego, dystresu egzystencjalnego związanego przekształcaniem się niektórych aspektów tożsamości oraz dystresu związanego z okolicznościami samej śmierci. Każda z nich ma swoje prekursory (np. czynniki ryzyka), konsekwencje (np. zaburzenie adaptacyjne lub paradoksalny progres) oraz moderatory (np. wiek życia, wpływ środowiska domowego), a ich współwystępujące czynniki często wchodzi w interakcje (Kaplow i in. 2013; Layne i in., 2018).

Problem żałoby dziecięcej nadal jednak pozostaje słabo rozpoznany. Jeden z nielicznych jej badaczy Thomas Attig (1996; 2004) zwraca

też uwagę na wymiar etyczny problemu. Dotyczy on postępowania moralnego wobec powagi śmierci i żałoby. Wiąże się również z funkcją żalu po stracie, do którego dorosły żałobnik prawie zawsze ma prawo, co więcej – do przeżywania którego zostaje niejako zobowiązany. W stosunku do najmłodszych natomiast wysuwane są nieuzasadnione supozycje, że po prostu nie są zdolni do przeżywania „prawdziwej” żałoby lub że lepiej, szybciej i efektywniej niż dorośli sobie z nią radzą, bo nie są w stanie docenić powagi samej śmierci (Attig, 1996; 2004). Przykładowo Martha Wolfenstein (1966), sięgając do teorii relacji z obiektem, próbowała udowodnić ograniczoną zdolność dzieci w wieku preadolescencyjnym do przeżywania żalu po stracie rodzica z powodu nieukształtowanej w pełni struktury psychicznej (Wolfenstein, 1966; Kirwin, Hamrin, 2005). Tymczasem badania dowodzą, że nawet małe dzieci wykazują emocjonalną gotowość do przeżywania głębokiej żałoby. Wprawdzie pojawia się ona dużo wcześniej niż poznawczo-emocjonalna reprezentacja, dojrzały mentalny konstrukt śmierci, ale odmówienie najmłodszym zdolności do przeżywania żałoby jest nadużyciem. W celu ochrony zdrowia psychicznego dzieci należy uznać postulat Kennetha Doki (2002), by żałoba dziecięca nie była żałobą osób pozbawionych praw do przeżywania smutku (ang. *disenfranchised grief*). Tym bardziej że typowe dla przedoperacyjnej umysłowości dzieci przedszkolnych myślenie egocentryczne, magiczne i życzeniowe, tak jak i artyficyalizm oraz wiara w immanentną sprawiedliwość, a także podzielane w wieku szkolnym wyobrażenie atrybutów śmierci mogą przechodzenie przez żałobę zarówno ułatwiać, jak i utrudniać (Doka, 2002).

Praktyka kliniczna dostrzega wagę powikłanej żałoby dziecięcej (Goodman, Scott, 2000). Marielene Leist (2009) przekonuje, że dzieci mogą przeżywać utratę członka rodziny szczególnie silnie nie tylko w kontekście utraty obiektu przywiązania, ale także z powodu nagłej dezorganizacji życia rodzinnego i emocjonalnego zaniedbania, które odczuwają jako porzucenie. Żałoba dorosłych bowiem najczęściej nie pozwala im skupić się na potrzebach najmłodszych (Leist, 2009). Zasadniczo dbają jedynie, by

dziecko nie konfrontowało się z realnością śmierci i cierpieniem, nie doświadczyło realności straty (Heiney, Dunaway, Webster, 1995). Tymczasem z prowadzonych przez Murraya Bowena (2004) badań wynika, że nadmierne chronienie dzieci przed doznawaniem uczuć związanych ze śmiercią kształtuje w nich nierealistyczne wyobrażenia, np. że zmarłemu jest zimno w grobie lub że siedzi on na chmurce i obserwuje każdy ruch dziecka (Bowen, 2004). Tego rodzaju skrzywienia poznawcze podzielają również dorośli, co wydaje się dziwne. Z tego punktu widzenia niesłuszne zdaje się przekonanie, iż dzieci nie powinny uczestniczyć w pogrzebie. Podobnie jak u dorosłych rytuały funeralne pomagają im pożegnać zmarłego, pozwolić mu odejść i zachować o nim dobre wspomnienie. Zaleca się, by udział dzieci w pogrzebie był wspierany przez zaufanych dorosłych, najlepiej niedotkniętych bezpośrednio stratą. Jeśli dziecko wyraża chęć udziału w pogrzebie lub w jego części, ważne jest też wcześniejsze objaśnienie, co będzie się działo, np. jak będzie przebiegała uroczystość (Wolfelt, 1996; Lavercombe, 2006). Równocześnie należy pamiętać, że dzieci mają problem z werbalizacją negatywnych uczuć złożonych, a ich zachowania bywają nieadekwatne, co czyni je nieczytelne dla otoczenia (Leist, 2009). Mogą np. przejawiać emocjonalne niezaangażowanie albo wręcz odwrotnie – reagować nadmiernie afektywnie. Rytuałom pogrzebowym i żałobnym mogą również towarzyszyć niezrozumiałe z punktu widzenia dramaturgii sytuacji pozornie wesołość i bez troska dziecka (Kübler-Ross, 2007). Ponieważ reakcje emocjonalne tego typu są składowymi procesami adaptacji, nie powinny być przez dorosłych blokowane, nadmiernie komentowane czy inwazyjnie korygowane (Brower, Peart, 2010).

Przewlekły, depresyjny smutek, anhedonia, uporczywe rytuały z obszaru funeralnego, objawy psychosomatyczne, autoagresja stanowią niepokojące symptomy. Intrapsychicznym wskaźnikiem niedokończonej lub wikłającej się żałoby jest podwyższony poziom samotności emocjonalnej i egzystencjalnej (powyżej szóstego stopnia: Dołęga, Borucka-Iwańska, 2016; Dołęga, 2017). Nieostrzeżenie objawów i niedoceniaenie symptomów wiąże się z poglądem, że dzieci

intuicyjnie wiedzą, ile bólu emocjonalnego są w stanie znieść (Geis i in., 1998; Keirse, 2005). Przekonanie to opiera się na nieuzasadnionej projekcji, że zdolność dzieci do regulacji trudnych i złożonych emocji bazuje na tożsamych z ludźmi dorosłymi mechanizmach psychicznych.

ŻAŁOBA JAKO ZADANIE ROZWOJOWE

Panuje przekonanie, że proces żałoby jest podobny do procesu zdrowienia (Engel, 1961, za: Worden, 2009), mimo że już Erich Lindemann (1944, za: Worden, 2009) opisał wiele objawów patognomicznych żalu związanego z żałobą. Wyróżnił również związane z jej przebiegiem zadania. Zaliczył do nich wyzwolenie się z więzi ze zmarłym oraz ponowne zaadaptowanie się do sytuacji (Kirwin, Hamrin, 2005; Lindemann, 1944, za: Worden, 2009). Poglądy te jednak nie korespondują z problematyką żałoby dziecięcej.

Z badań wynika, że blisko 40% dzieci doświadczonych utratą rodzica przejawia problemy emocjonalne i przystosowawcze, które mogą się utrzymywać dłużej niż rok (Black, 1998; Dowdney i in., 1999). Badania porównawcze wskazują, że w stosunku do swych rówieśników osierocone dzieci odznaczają się istotnymi, utrzymującymi się nawet do dwóch lat po śmierci rodzica, odchyleniami w funkcjonowaniu emocjonalnym. Jak wynika z badań Williama Wordena, większość osieroczonych dzieci nie jest w stanie otwarcie okazywać swych uczuć związanych ze śmiercią rodzica przed upływem dwóch lat od tego zdarzenia. Natomiast żal po stracie rodzeństwa jest rejestrowany niekiedy dopiero po upływie pięciu lat od śmierci brata czy siostry (Keirse, 2005; Worden, 1996; 2009). Przyczyną tego stanu rzeczy mogą być silne mechanizmy np. wyparcia i represji powiązane z podzielaną społecznie koncepcją dziecięcej żałoby i psychologicznymi aspektami przechodzenia przez nią w systemie rodzinnym. Badania na ten temat nie są jednak prowadzone systematycznie.

Jednym ze sposobów radzenia sobie z żałobą jest odwołanie się do niej jako zadania. Jest to nawiązanie do ugruntowanej w psychologii

rozwoju koncepcji zadań rozwojowych Roberta Havighursta (Havighurst, 1981, za: Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 2014). Zgodnie z nią zadania rozwojowe delegowane są swoiście do okresów rozwojowych i pochodzą z trzech źródeł: dojrzewania somatycznego, kontekstu kulturowego oraz indywidualnych aspiracji i wartości. Pomyślne rozwiązanie zadań danego etapu prowadzi do poczucia satysfakcji, mobilizuje i uprawdopodobnia sukcesy w realizacji zadań późniejszych (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 2014). Należy zauważyć, że żałoba jako zadanie nie wpisuje się w tak wyznaczone obszary powinności, ale stanowi inspirację dla propozycji w tę stronę ukierunkowanych. Przykładami są pięcioletniowy model opracowany przez Lewisa Tagliaferre'a i Gary'ego Harbaugha (1990) oraz model „R” realizujący sześć procesów, opracowany przez Therese Rando (Rando, 1993, za: Martin, Doka, 2000; McCoyd, Walters, Levers, 2012). Naturę niepokwiklanej żałoby po stracie relacyjnej opisuje też model podwójnego procesu żałoby (ang. *dual process model of coping with bereavement – DPM*) Margaret Stroebe i Henka Schuta (1999) oraz model czterech zadań żałoby Williama Wordena (Worden, 2009; Stroebe, Schut, 1999, za: Stroebe, Schut, 2010). Niestety, wszystkie one koncentrują się przede wszystkim na sposobach radzenia sobie z relacyjną stratą przez ludzi dorosłych a nie przez najmłodszych. Model podwójnego procesu żałoby nie został jak dotąd w ogóle wykorzystany w odniesieniu do problematyki żałoby u dzieci i młodzieży (Spuij, 2014), natomiast po model zadań Wordena sięgnięto w badaniach Johna Bakera, Mary Ann Sedney i Esther Gross (1992; 1996) oraz Alicii Cook i Kevina Oltjenbrunsa (1998). Użyto go do analiz potrzeb i zagrożeń rozwojowych w obliczu straty bliskiej osoby (Baker, Sedney, Gross, 1992; 1996; Spuij, 2014). Baker i współpracownicy (1992) sformułowali zadania rozwojowe w odniesieniu do faz żałoby u dzieci. Dotyczą one zarówno samego dziecka przechodzącego przez żałobę, jak i odpowiedzialnych za ten proces dorosłych. Są to:

1. zadania fazy wczesnej (ang. *early-phase tasks*), które koncentrują się wokół potrzeby zrozumienia przez dziecko tego, co się

wydarzyło, oraz zabezpieczenia go przed wpływem emocjonalnych skutków doświadczanej straty;

2. zadania fazy pośredniej (ang. *middle-phase tasks*), które koncentrują się wokół prób akceptacji przez dziecko realności doznanej straty, stawiania czoła psychologicznemu bólowi i przewartościowania dotychczasowej relacji ze zmarłym;
3. zadania fazy późnej (ang. *late-phase tasks*), które koncentrują się przede wszystkim wokół prób integracji doznanej straty z budującą się dziecięcą tożsamością, nawiązywaniem i podtrzymywaniem relacji interpersonalnych, internalizacją zmieniającą się z czasem reprezentacji umysłowej osoby zmarłej i powrotem do zgodnych z etapem rozwoju zadań rozwojowych (Baker, Sedney, Gross, 1992; Salloum, 2012).

Porównanie modeli zadań żałoby Wordena oraz Bakera, Sedney i Gross przedstawia tabela 1. Zadania żałoby pokazane są w kontinuum, gdzie osoby doświadczające żalu po stracie realizują je we właściwym dla siebie czasie (Kirwin, Hamrin, 2005).

Jeśli jednak uznać, że proces przechodzenia przez żałobę jest swoistym zadaniem rozwojowym, to wymaga ono pewnego zaawansowania poznawczego, a więc reprezentacji poznawczej śmierci, zdolności rozumienia jej realności, a także funkcjonalnych mechanizmów obronnych regulujących ekspresję żalu i innych emocji (Cook, Oltjenbruns, 1998; Spuij, 2014). Niektórzy badacze, tacy jak Dennis Klass i współpracownicy (Klass, Silverman, Nickman, 1996), podkreślają, że do zrealizowania tego zadania przystosowawcze znaczenie ma symboliczna więź, jaką dziecko może podtrzymać ze zmarłym (ang. *continuing bonds*), zwłaszcza jeśli wewnętrzna reprezentacja jego osoby jest dostępna i ma bezpieczny charakter (Klass, Silverman, Nickman, 1996; Worden, 2009). Robert Neimeyer wskazuje z kolei na aspekt nadania znaczenia śmierci (ang. *meaning-making*; Neimeyer, 2001, za: Neimeyer, Anderson, 2002), przy czym dostrzega trzy jego aspekty: poszukiwanie sensu (ang. *sense-making*), poszukiwanie korzyści (ang. *benefit-finding*) oraz rekonstrukcja tożsamości (ang. *identity-reconstruction*). Poszukiwanie sensu obejmuje domaganie się wyjaśnienia powodu

Tabela 1. Porównanie modeli zadań żałoby

	Zadania dziecka J. Bakera, M. Sedney, E. Gross (1992)	Zadania dorosłych W. Wordena (2009)
Zadania wczesnej fazy (<i>early-phase tasks</i>)	Zrozumieć fakt, że osoba bliska nie żyje oraz związane z tym faktem konsekwencje Dzieci koncentrują się na ochronie siebie i swojej rodziny	Zadanie 1. Zaakceptować realność utraty
Zadania fazy pośredniej (<i>middle-phase tasks</i>)	Zaakceptować oraz emocjonalnie uznać realność straty	Zadanie 2. Doświadczyć bólu emocjonalnego po stracie
	Stawić czoło psychologicznemu bólowi po stracie Dokonać ponownej oceny relacji ze zmarłą osobą	Zadanie 3. Dostosować się do otoczenia, żyć w świecie bez osoby zmarłej
Zadania późnej fazy (<i>late-phase tasks</i>)	Investować w nowe relacje Rozwijać nowe znaczenie tożsamości zawierające doświadczenie straty oraz podtrzymywać wewnętrzną relację ze zmarłym	Zadanie 4. Emocjonalnie zmienić umiejscowienie utraconej osoby

Źródło: opracowanie własne na podstawie Baker, Sedney, Gross, 1992; Kirwin, Hamrin, 2005; Worden, 2009.

śmierci („dlaczego?”), co jest szczególnie ważne na początku procesu żałoby. Okazuje się, że satysfakcjonująca odpowiedź na to pytanie uspokaja i obniża egzystencjalny lęk (Neimeyer, Anderson, 2002). Poszukiwanie korzyści obejmuje natomiast identyfikację osobistych i duchowych prowizji, jakie mogą się wiązać z żałobą, np. uzyskanie zainteresowania otoczenia czy wsparcia, jakiego nigdy dotąd być może dziecko nie otrzymało. Robert Neimeyer i Adam Anderson (2002) oraz inni badacze wskazują, że w przeciwieństwie do pogrążonych w żałobie dorosłych młodzi żałobnicy często nie są w stanie znaleźć choćby jednej korzyści z doznanej straty (Taub, Servaty-Seib, 2008). Trzeci wymiar nadawania znaczenia to rekonstrukcja tożsamości. Wydaje się ona kluczowa dla dalszego rozwoju psychicznego, doświadczenie straty bliskiej osoby bowiem narusza poczucie pewności siebie, zwłaszcza odnośnie do podstawowych ról społecznych, takich jak dziecka swojego rodzica, siostry, brata, a także innych, np. ucznia, gdy przekładowo jego zmarła mama wcześniej uczestniczyła intensywnie w życiu klasy, a teraz pozostaje po niej dojmująca pustka. Autonarracja w tym zakresie wymaga bezpiecznego przedefiniowania siebie, co samo w sobie nie jest łatwe (Taub, Servaty-Seib, 2008).

KLINICZNE ASPEKTY POWIKŁANEGO PROCESU ŻAŁOBY

Pogląd o niezdolności dzieci do przeżywania osobowej straty i żałoby ciąży do dziś na praktyce klinicznej, ujawniając lekceważący stosunek do problemów psychologicznych najmłodszych doświadczających różnych form osierocenia (także po stracie ukochanego pieska czy kotka). Dowodem są rejestry częstości udzielania profesjonalnej pomocy psychiatrycznej. Okazuje się, że dzieciom poniżej 5. roku życia taka pomoc oferowana jest bardzo rzadko, nawet gdy rodzina zmarłego/zmarłej tego oczekuje i zwraca się z prośbą o wsparcie (Dowdney i in., 1999). Brakuje też zwalidowanych, kompleksowych protokołów diagnostyczno-terapeutycznych atypowej żałoby. Tymczasem prospektywne

badania wskazują, że dzieci, które otrzymały wsparcie w czasie jej przeżywania, rozwijają zdecydowanie mniej zaburzeń w okresie adolescencji niż te, które samotnie borykały się z relacyjną stratą (Wolfelt, 1996).

Z praktyki klinicznej wiadomo, że atypowa żałoba, powikłana i traumatyczna, jest stanem rozwijającym się u tych dzieci, które doświadczyły nagłej, niespodziewanej śmierci osoby znaczącej, często w tragicznych okolicznościach. Manifestacje tej żałoby są podobne do obserwowanych objawów PTSD: kompulsywne powracanie do traumatycznych aspektów śmierci, selektywny brak uwagi, unikanie (nawet pozytywnych) wspomnień o zmarłym w obawie o aktualizację stanów przerażenia i totalnej utraty poczucia bezpieczeństwa. Dzieci nie potrafią lub też nie chcą myśleć i mówić o tragedii (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2011). Utrudnia to efektywne domknięcie żałoby z dostateczną akceptacją sytuacji doznania straty, zachowaniem dobrych wspomnień o zmarłym, przeorganizowaniem z nim relacji z realnej na symboliczną oraz ustaleniem na nowo więzi z żyjącymi bliskimi. Stan taki staje się z czasem podobny do PTSD (po upływie co najmniej 6 miesięcy od zdarzenia doświadczanego przez dziecko jako traumatyczne). Pojawia się również możliwość wystąpienia zespołu ostrego stresu (ang. *acute stress disorder* – ASD), który charakteryzuje się symptomatologią zbliżoną do PTSD: powracającym odtwarzaniem tragedii (np. zabawy o tematyce śmierci, niespokojny sen, moczenie nocne), unikaniem osób i/lub sytuacji przypominających tragiczne zdarzenie, przewlekłym pobudzeniem lub rozdrażnieniem, napadami złości, nieadekwatnymi do sytuacji atakami fizycznej/werbalnej agresji, zaburzeniami koncentracji uwagi, zmianami w nastroju wyrażającymi się niemożnością przypomnienia sobie ważnych szczegółów związanych ze zdarzeniem (nie dotyczy dzieci poniżej 6. roku życia), negatywnym postrzeganiem siebie (np. jestem złym dzieckiem, nikomu nie mogę ufać), poczuciem winy (np. to wszystko moja wina, gdybym był grzeczny, to by się to nie stało), przewlekłym odczuwaniem negatywnych emocji przy równoczesnym zablokowaniu, anhedonią (American Psychiatric Association, 2013).

W najnowszej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-V oprócz kontrowersji wokół czasu trwania niepowikłanej żałoby, która została skrócona do dwóch tygodni, oraz trudności diagnostycznych w różnicowaniu tego zjawiska od choćby ASD, pojawiła się również, oczekiwana przez klinicystów, propozycja kryteriów diagnostycznych uporczywej i złożonej żałoby (ang. *persistent complex bereavement disorder*). Propozycja ta, zawarta niestety na razie w ramach zdefiniowanych obszarów do dalszych badań, zawiera również komponentę żałoby traumatycznej, manifestowanej przez dzieci lub nastolatków, traktowanej jako rodzaj żałoby atypowej, zwykle powikłanej. Według zaproponowanej definicji powikłaną żałobę dzieci i młodzieży będzie można rozpoznać w przypadku występowania określonych symptomów w okresie co najmniej 6 miesięcy (kryterium A) od śmierci bliskiej osoby. Do symptomów powikłanej żałoby należą (minimum jeden z symptomów): przewlekły żal i tęsknota za zmarłą osobą (kryterium B1), potencjalnie współwystępujące intensywny smutek i częsty płacz (kryterium B2) oraz zaabsorbowanie osobą zmarłego (kryterium B3) lub okolicznościami jego śmierci (kryterium B4).

Dodatkowo w prowadzonym postępowaniu diagnostycznym ważna będzie obecność minimum sześciu innych symptomów z tzw. spektrum kryteriów C. Należą do nich m.in.: trudność w zaakceptowaniu samego faktu śmierci bliskiej osoby (kryterium C1), niedowierzenie, że osoba bliska nie żyje (kryterium C2), niepokojące wspomnienia (kryterium C3), złość z powodu straty (kryterium C4), nieadekwatna samoocena w stosunku do zmarłego lub faktu śmierci (kryterium C5), unikanie wszystkiego, co mogłoby przypomnieć o doświadczonej stracie (kryterium C6). Dzieci mogą również ujawniać: pragnienie śmierci powiązane z irracjonalnym przekonaniem, że ponownie spotkają się ze zmarłym (kryterium C7), nieufność w stosunku do innych osób (kryterium C8), wycofanie z życia społecznego (kryterium C9), brak sensu i celu w dalszym życiu (kryterium C10), zachwianie

poczucia tożsamości (kryterium C11), trudności w angażowaniu się w związki interpersonalne i planowaniu najbliższej przyszłości (kryterium C12) (American Psychiatric Association, 2013). W diagnozie ważnym elementem będzie również odpowiedź na pytanie, czy reakcje dziecka powodują istotne klinicznie cierpienie i/lub upośledzenie życia społecznego, np. szkolnego (kryterium D), oraz czy zachowania dziecka są nieproporcjonalne lub niezgodne z normami kulturowymi, religijnymi albo nieadekwatne do wieku (kryterium E) (American Psychiatric Association, 2013).

PODSUMOWANIE

Śmierć bliskiej osoby narusza system emocjonalnego przywiązania i może prowadzić do przewlekłego poczucia egzystencjalnego zagrożenia, co jest szczególnie niebezpieczne w przypadku dzieci i nastolatków po relacyjnej stracie. Poznanie ich prywatnych koncepcji śmierci jest ważnym zadaniem psychologa pragnącego profesjonalnie im pomóc, emocjonalno-poznawczy konstrukt śmierci bowiem przybliży klinicystę do zrozumienia, „jak sobie dziecko świat przedstawia”, zwłaszcza że faza rozwoju reprezentacji poznawczych w tym zakresie może mieć związek z procesem żałoby. Niestety, niedostatek zarówno badań w obrębie poznawczych reprezentacji śmierci u dzieci, jak i pogłębionych analiz procesu dziecięcej żałoby, ogranicza dobrą praktykę kliniczną – zwłaszcza w przypadkach, które wymagają szczególnie profesjonalnej pomocy. Diagnostyka prowadzona w oparciu o symptomatologię ASD czy też PTSD nie wydaje się wystarczająca, do tworzenia ram profesjonalnej pomocy psychologicznej udzielanej dzieciom i nastolatkom pozostającym w żałobie potrzebny jest bowiem trafny model teoretyczny dający się empirycznie zweryfikować i aplikować do praktyki klinicznej. To ważne zwłaszcza w przypadkach żałoby niedokończonej, powikłanej i traumatyzującej rozwój psychiczny, których nieznaną liczbą czeka wciąż na odkrycie.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Attig T. (1996), *How we Grieve: Relearning the World*. New York: Oxford University Press.
- Attig T. (2004), Disenfranchised Grief Revisited: Discounting Hope and Love. *Omega* 49, 3, 197–215.
- Baker J., Sedney M., Gross E. (1992), Psychological Tasks for Bereaved Children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 1, 105–116.
- Baker J.E., Sedney M.A., Gross E. (1996), How Bereaved Children Cope with Loss: An Overview. W: C. Corr, D. Corr (red.), *Handbook of Childhood Death and Bereavement*, 109–130. New York: Springer.
- Black D. (1998), Coping with Loss: Bereavement in Childhood. *British Medical Journal*, 316, 7135, 913–933.
- Bowen M. (2004), Family Reaction to Death. W: F. Walsh, M. McGoldrick (ed.), *Living beyond Loss*, 47–60, New York, London: W.W. Norton & Company.
- Bowlby J. (1980), *Attachment and Loss*, Vol. 3. *Loss, Sadness, and Depression*. New York: Basic Books.
- Boyd D., Bee H. (2008), *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Brower N., Peart K. (2010), *The Death Experience: Helping Parents. Understand Childhood Grief, Families and Communities*. Utah State University Cooperative Extension. <https://extension.usu.edu/relationships/ou-files/thedeathexperience.pdf> (dostęp: 07.09.2016).
- Bunce M., Rickards A. (2004), *Working with Bereaved Children: A Guide*. Colchester, Essex: Children's Legal Centre, University of Essex.
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. (2011), *Terapia traumy i traumatycznej żałoby u dzieci i młodzieży*, tłum. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Cook A.S., Oltjenbruns K.A. (1998), *Dying and Grieving: Life Span and Family Perspectives*. Fort Worth: Harcourt & Brace.
- Corr Ch.A., Balk D.E. (2010), *Children's Encounters with Death, Bereavement and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Corr Ch.A., Corr D.M. (1996), *Handbook of Childhood Death and Bereavement*. New York: Springer.
- Doka K. (2002), *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges and Strategies for Practice*. Champaign, IL: Research Press.
- Dołęga Z. (2000), Autonomia w okresie dorastania. *Czasopismo Psychologiczne*, 6, 1–2, 77–86.
- Dołęga Z. (2015), Reakcja w motywacji zadaniowej gimnazjalistów. *Czasopismo Psychologiczne*, 21, 2, 257–265.
- Dołęga Z. (2017), Skala Poczucia Samotności (SBS-C) do badania dzieci – doniesienia wstępne. *Psychologia Rozwojowa*, 22, 1, 93–114.
- Dołęga Z., Borucka-Iwańska A. (2016), Próba adaptacji programu terapeutycznego dla dzieci doświadczających traumatycznej lub powikłanej żałoby. *Czasopismo Psychologiczne / Psychological Journal*, 22, 2, 307–315.
- Dowdney L., Wilson R., Maughan B., Allerton M., Schofield P., Skuse D. (1999), Psychological Disturbance and Service Provision in Parentally Bereaved Children: Prospective Case Control Study. *British Medical Journal*, 319, 7206, 354–357.
- Geis H., Whittlesey S., McDonald N., Smith K., Pfefferbaum B. (1998), Bereavement and Loss in Childhood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 1, 73–85.
- Goodman R., Scott S. (2000), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, tłum. A. Dunajska i in. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Greenberg J., Simon L., Pyszczynski T., Solomon S., Chatel D. (1992), Terror Management and Tolerance: Does Mortality Salience Always Intensify Negative Reactions to Others Who Threaten One's Worldview? *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 212–220.
- Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T. (1986), The Causes and Consequences of a Need for Self-esteem: A Terror Management Theory. W: R.F. Baumeister (ed.), *Public Self and Private Self*, 189–212. New York: Springer-Verlag.
- Greenberg J., Solomon S., Pyszczynski T. (1997), Terror Management Theory of Self-esteem and Social Behavior: Empirical Assessments and Conceptual Refinements. W: M.P. Zanna (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 29, 61–139. New York: Academic Press.

- Gudas L.J. (1993), Concepts of Death and Loss in Childhood and Adolescence. W: C.F. Saylor (ed.), *Children and Disasters*, 67–84. New York: Plenum Press.
- Heiney S.P., Dunaway C., Webster J. (1995), Good Grieving – An Intervention Program for Grieving Children. *Oncology Nursing Forum*, 22, 4, 649–655.
- Herbert M. (2005), *Żaloba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Horsley H., Patterson T. (2006), The Effects of a Parent Guidance Intervention on Communication among Adolescents Who Have Experienced the Sudden Death of a Sibling. *The American Journal of Family Therapy*, 34, 119–137.
- Johnson J. (1999), *Keys to Helping Children Deal with Death and Grief*. New York: Barron's Ed. Services, Inc.
- Kane B. (1979), Children's Concepts of Death. *Journal of Genetic Psychology*, 134, 141–153.
- Kaplow J.B., Layne C.M., Saltzman W.R., Cozza S.J., Pynoos R.S. (2013), Using Multidimensional Grief Theory to Explore Effects of Deployment, Reintegration, and Death on Military Youth and Families. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 3, 322–340.
- Keirse M. (2005), *Smutek dziecka. Jak pomóc dziecku przeżyć stratę i żalobę*, tłum. B. Frankowicz. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Kesebir P., Luszczyńska A., Pyszczynski T., Benight C. (2011), Posttraumatic Stress Disorder Involves Disrupted Anxiety-buffer Mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, 819–841.
- Kirwin K.M., Hamrin V. (2005), Decreasing the Risk of Complicated Bereavement and Future Psychiatric Disorders in Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18, 2, 62–78.
- Klass D., Silverman P., Nickman S. (1996), *Continuing Bonds: New Understandings of Grief*. Washington: Taylor & Francis.
- Kübler-Ross E. (1998), *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. I. Doleżał-Nowicka. Poznań: Media Rodzina.
- Kübler-Ross E. (2007), *Dzieci i śmierć. Jak dzieci i ich rodzice radzą sobie ze śmiercią*, tłum. M. Gajdzińska. Poznań: Media Rodzina.
- Layne C.M., Kaplow J., Oosterhoff B., Hill R., Pynoos R. (2018), The Interplay between Posttraumatic Stress and Grief Reactions in Traumatically Bereaved Adolescents: When Trauma, Bereavement, and Adolescence Converge. *Adolescent Psychiatry*, 7, 220–239.
- Lavercombe P. (2006), *Grief and Loss in the School Classroom*. Dutton Park: Brisbane Catholic Education Centre.
- Leist M. (2009), *Dzieci poznają tajemnicę śmierci*, tłum. A. Kucharska. Poznań: Wydawnictwo Św. Wojciech.
- Liotti G., Farina B. (2016), *Traumacyjny rozwój. Etiologia, klinika i terapia wymiaru dysocjacyjnego*, tłum. H. Michalska. Białystok: Fundacja Przyjaciele Martyńki.
- McCoyd J.L., Walter C.A., Levers L.L. (2012), Chapter 5: Issues of Loss and Grief. W: L.L. Lopez (ed.), *Trauma Counseling: Theories and Interventions*, 77–97. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Martin T.L., Doka K.J. (2000), *Men Don't Cry... Women Do: Transcending Gender Stereotypes of Grief*. PA: Brunner.
- Neimeyer R.A., Andreson A. (2002), Meaning Reconstruction Theory. W: N. Thomson (ed.), *Loss and Grief: A Guide for Human Service Practitioners* 45–64. New York: Palgrave Macmillan.
- Parkes C.M. (2001), *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life (3rd ed.)*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Parkes C.M. (2006), *Love and Loss: The Roots of Grief and its Complications*. New York: Routledge.
- Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (2014), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Salloum A. (2012), *Group Work with Adolescents after Violent Death: A Manual for Practitioners*. Oxford: Routledge.
- Sanders C. (2001), *Jak przeżyć stratę dziecka*, tłum. E. Knoll. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Schier K. (2014), *Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Shapiro E.R. (1994), *Grief as a Family Process: A Developmental Approach to Clinical Practice*. New York: Guilford Press.
- Speece M.W., Brent S.B. (1984), Children's Understanding of Death: A Review of Three Components of a Death Concept. *Child Development*, 1671–1686.

- Speece M.W., Brent S.B. (1996), The Development of Children's Understanding of Death. W: C.A. Corr, D.M. Corr (eds.), *Handbook of Childhood Death and Bereavement*, 29–50, New York: Springer.
- Spuij M. (2014), *Prolonged Grief in Children and Adolescents. Assessment, Correlates, and Treatment*. Ipskamp Drukkers B.V., Grant 15701.0002.
- Stroebe M.S., Schut H. (2010), The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade On. *Omega*, 61, 4, 273–289.
- Szukalski P. (2007), *Sieroctwo biologiczne osób nieletnich w Polsce w długookresowej perspektywie. Wizerunki ról rodzinnych*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Tagliaferre L., Harbaugh G.L. (1990), *Recovery from Loss: A Personalized Guide to the Grieving Process*. Deerfield Beach, Florida: Heath Communications.
- Taub D.J., Servaty-Seib H. (2008), Developmental and Contextual Perspectives on Bereaved College Students. *New Directions for Students Services*, 121, 15–26.
- Wolfelt A. (1996), *Healing the Bereaved Children*. Colorado: Companion Press.
- Wolfenstein M. (1966), How is Mourning Possible? *The Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 93–123.
- Worden W.J. (1996), *Children and Grief, when a Parent Dies*. New York: The Guilford Press.
- Worden W.J. (2009), *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company, LLC.