

JUSTYNA TREPKA-STAROSTA

Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia „Dąbrówka” w Gliwicach

POWRÓT DO RÓWNOWAGI PSYCHICZNEJ PO DOŚWIADCZENIU STRATY DZIECKA

Śmierć dziecka jest niewątpliwie najtrudniejszym doświadczeniem w życiu dorosłego człowieka, z którym przyszło mu się zmierzyć. Rodzic potrzebuje czasu, by przeżyć żałobę, by poradzić sobie z ogromnym bólem i cierpieniem. Bez odpowiedniego wsparcia ze strony otoczenia jego powrót do równowagi może być jeszcze trudniejszy lub nawet niemożliwy do osiągnięcia.

Catherine M. Sanders (2001) na podstawie swoich wieloletnich badań dotyczących problematyki osierocenia doszła do wniosku, że „spośród wszystkich doświadczanych kiedykolwiek w życiu strat, śmierć dziecka okazała się zdecydowanie najbardziej znaczącym przeżyciem” (Sanders, 2001, s. 12). Według autorki cierpienie, którego doświadczają rodzice, „jest znacznie głębsze i silniejsze niż jakikolwiek inny rodzaj bólu” (Sanders, 2001, s. 15). Jego intensywność, natężenie, a także czas trwania dotykają człowieka, budując w nim przekonanie, że nigdy nie będzie w stanie odzyskać zdrowia (Sanders, 2001, s. 15). Dzieje się tak dlatego, gdyż „stosunek rodziców do własnych dzieci jest jedyny w swoim rodzaju” (Sanders, 2001, s. 20). Więzy łącząca rodziców z dziećmi jest znacznie potężniejsza od tak zwanych więzów krwi, ponieważ dzieci są częścią rodziców. W swoich potomkach ludzie odnajdują część siebie, wzmacnianą takimi stwierdzeniami, jak: „ma moje oczy”; „to cała mama” albo „cały tata”; „ja też taka byłam w jej wieku” itp. Dorośli identyfikują się ze swoimi dziećmi także dlatego, że wychowując je, dzielą z nimi obszar swojego życia (Sanders, 2001, s. 21). Ponadto z biologicznego punktu widzenia dzieci są przyszłością rodziców, ich nadzieją na pewną formę nieśmiertelności (przedłużenie gatunku). Dzieci wnoszą do domu energię i życie, których tak bardzo brakuje, gdy przedwcześnie odchodzą.

Śmierć sama w sobie jest przerażająca. Oznacza koniec wszystkiego. Unikamy więc tego tematu, unikamy ludzi, którzy mają z nią kontakt. Jej akceptacja

oznacza konfrontację z wieloma trudnymi prawdami: że człowiek ma ograniczenia; że jego życie się kończy; że mimo to świat będzie nadal istniał; że jest się jednym z wielu – nikim więcej i nikim mniej; że wszechświat nie uznaje wyjątkowości człowieka [...]; i wreszcie, że pewne surowe, nienaruszalne wymiary istnienia są poza sferą naszych wpływów (Yalom, 2008, s. 129).

W związku z tym można zauważyć, jakim trudnym i skomplikowanym procesem jest żałoba.

„Żałoba jest procesem trwającym w czasie, którego istotą pozostaje zmaganie się z bólem i cierpieniem po stracie bliskiej osoby” (Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 268). Oznacza społeczny wyraz reakcji na utratę bliskiej osoby, usankcjonowany typowymi dla danej społeczności obyczajami (noszenie odpowiedniego stroju, wycofanie z życia społecznego na pewien okres, unikanie zabaw itp.). Według C. Sanders „żałoba niesie w sobie pewien szczególnie, pokrewny wstydu rodzaj piętna, wynikający z traktowania śmierci jako kary. W żadnej innej sytuacji nie jest to tak oczywiste, jak w wypadku utraty dziecka” (Sanders, 2001, s. 28). Rodzice często czują się napiętnowani, naznaczeni. W śmierci dziecka mogą doszukiwać się ukarania między innymi za swoje niedociągnięcia, dawne czyny, brak dostatecznej wiary w Boga i wiele innych kwestii. Czują się odpowiedzialni za śmierć własnego dziecka, gdyż w ich przekonaniu rodzic ma obowiązek chronienia swojego potomstwa. To poczucie winy jest charakterystyczne dla większości rodziców konfrontujących się z tak bolesną utratą. Oprócz poczucia winy i wyrzutów sumienia, towarzyszy im wszechogarniający żal. „Żal po stracie to złożona i długotrwała reakcja na utratę bliskiej osoby (lub innego ważnego obiektu, do którego jesteśmy przywiązani), zaczynająca się od zaprzeczania, a zakończona pogodzeniem się z utratą” (Dodziuk, 2001a, s. 16). Według Anny Dodziuk zainteresowani tym zjawiskiem badacze i terapeuci zgodnie zwracają uwagę na kilka cech żałoby. Jest to proces długotrwały, składający się z przeżywania różnych uczuć i wielu różnorodnych zachowań. Jest bolesny i wiąże się z wysiłkiem. Przebieg tego procesu może być prawidłowy lub zaburzony, zakończony lub zatrzymany (Dodziuk, 2001a, s. 16). Równocześnie należy „uwzględnić indywidualną, subiektywną interpretację sytuacji i jej jednostkowe znaczenie zanurzone w kontekście charakterystyk i relacji rodzinnych” – jak słusznie zauważa Dorota Kubacka-Jasiecka (2010, s. 269). Pionier problematyki żałoby, psychiatra E. Lindemann (1944), zwrócił uwagę na pięć typowych reakcji związanych z przeżywaniem żalu po stracie. Pierwszą są dolegliwości płynące z ciała, głównie osłabienie, brak apetytu, sporadyczna utrata oddechu. Następnie pojawiają się wyobrażenia i wrażenia, że się widzi lub słyszy zmarłą osobę. Kolejną charakterystyczną reakcją jest poczucie winy oraz wypowiadanie samooskarżeń za to, co się stało. Czwartą reakcją jest gniewna irytacja, która ujawnia się chociażby poprzez odbieranie obecności innych ludzi jako

drażniącej. Na końcu można wyróżnić pobudzone, chaotyczne, bezcelowe zachowanie (Dodziuk, 2001a, s. 19). Jak widać, proces przeżywania straty bliskiej osoby wywołuje u człowieka różne emocje (w tym: żal, samotność, smutek, gniew, poczucie winy); doznania fizyczne (objawy wegetatywne, np. zwiększone napięcie mięśniowe, trudności oddychania, suchość w ustach, kołatanie serca); zakłócenia świadomości (chaos myślowy, halucynacje, przyspieszenie myśli, trudności w koncentracji uwagi, ciągle myśli o zmarłym); zaburzenia zachowania (izolacja, nadmierna aktywność, zaburzenia jedzenia, zaburzenia snu). Podsumowując, „osierocenie nie jest stanem, lecz procesem, który przebiega etapami, w sposób indywidualny i zależny od wielu czynników” (Krzyżanowski i in., 2005, s. 128).

Można także spojrzeć na zagadnienie żałoby z perspektywy kryzysu psychologicznego. Eric Klinger (1975)

w swojej koncepcji uwalniania się od podniety dostrzega, iż w przebiegu reakcji kryzysowej w czasie żałoby po utracie bliskiej osoby, dokonuje się powolny proces „uwalniania się” emocjonalnego i psychicznego od utraconej osoby. Jest to proces związany ze zrywaniem więzi, który charakteryzuje szereg typowych, następujących po sobie stadiów (Klinger, 1975, za: Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 56).

Cały proces rozpoczyna się fazą mobilizacji, cechującej się wzrostem ożywienia i pobudzenia jednostki. Następnie dochodzi do fazy buntu, która charakteryzuje się narastaniem frustracji, gniewu i sprzeciwu wobec sytuacji utraty bliskiej osoby. W tym czasie zachowanie przybiera postać stereotypowego i bardziej prymitywnego. Kolejna faza – rezygnacji – ukazuje załamanie się emocji stenicznych. Objawia się smutkiem, pesymizmem, bezradnością, a także apatią. Potem następuje faza depresji. D. Kubacka-Jasiecka zauważa, iż tezy koncepcji E. Klingera „akcentują rolę czynników poznawczych, a także nierównomierny rozkład w czasie poszczególnych elementów procesu kryzysowego, które mogą odzwierciedlać różne fazy zmagania się, np. uwalniania się od straty”. Istotne są tutaj myśli, które mają związek z zablokowanymi przez stratę dążeniami (Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 57).

Catherine M. Sanders wielokrotnie podkreśla, iż nie u każdego człowieka może wystąpić jednocześnie cały zespół symptomów. Czas trwania każdego z etapów jest indywidualny. Istnieje możliwość powracania do poprzednich etapów (np. skutek kolejnego kryzysu) i taka regresja jest czymś zupełnie naturalnym. Ponadto, mając na uwadze siłę przeżywanych emocji i wewnętrzny rozpad człowieka pod wpływem czynników mających związek ze śmiercią dziecka, w niektórych przypadkach istnieje możliwość niepowrót do pełnego zdrowia. Ponieważ śmierć potomka jest najtrudniejszym doświadczeniem w życiu dorosłego człowieka, autorka zwraca uwagę, iż każdy rodzic powinien przechodzić żałobę w swoim własnym rytmie, bez pośpiechu, aby móc ją dobrze przeżyć i doświadczyć w pełni wszystkich emocji. Zablokowanie czy

przyspieszenie zdrowienia mogłoby zaburzyć cały proces, odbierając szansę na powrót do równowagi psychicznej (Sanders, 2001, s. 31).

Według autorki proces żałoby rozpoczyna się od:

1. Szoku (odrętwienia), który jest naturalną izolacją mogącą łagodzić wybuch rozpacz. Ma na celu ochronę człowieka przed nadmiarem bólu. Objawia się wewnętrznym zamętem, wzburzeniem, niedowierzaniem, psychologicznym dystansowaniem się oraz objawami wegetatywnymi. W tej fazie rodzice mogą reagować całkowicie różnie. Jedni na przykład mogą rozpaczać, inni mogą funkcjonować niczym „automaty”, wykonując wszelkie niezbędne czynności (łącznie z organizacją pogrzebu czy dbaniem o pozostałych członków rodziny), jakby informacja o śmierci do nich nie docierała. Możliwa jest skrajność zachowań od stuporu po nadmierne pobudzenie. Tak jak każdy człowiek inaczej reaguje na stres, tak też ludzie różnią się w sposobie przeżywania żałoby. „Wstrząs, który przeżywają ludzie w konfrontacji ze śmiercią, bywa słabszy lub silniejszy – zależy od wielu czynników, takich jak na przykład stopień przywiązania do zmarłego, rodzaj śmierci, oraz to, czy jej oczekiwano lub spodziewano się” (Sanders, 2001, s. 34). Jednak podczas śmierci dziecka wstrząs jest zawsze wielokrotnie intensywniejszy, gdyż z reguły nie jesteśmy nastawieni na śmierć tak młodego człowieka. W naszej kulturze zwykło się zakładać, że to dzieci powinny pochować swoich rodziców, nie odwrotnie. Po drugie, z powodu bardzo silnej więzi łączącej rodziców ze swoim potomkiem, ze śmiercią dziecka umiera część tych, którzy dali mu życie. Po trzecie, rodzice czują się odpowiedzialni za szczęście swojego potomstwa i w sytuacji jego śmierci czują się temu winni (Sanders, 2001, s. 34). W następstwie szoku rodziców ogarnia chaos wewnętrzny i poczucie zagubienia. Rozpaczliwie próbują zrozumieć to, co się stało, mimo iż często nie przyjmują owej wiadomości do siebie.

2. Kiedy następuje faza druga, czyli uświadomienie sobie straty, pojawia się etap prawdziwego żalu. Rodzice przeżywają silną dezorganizację emocjonalną (ujawnienie gniewu i poczucia winy), niepokój, żyją w stanie przewlekłego stresu. Ten etap charakteryzuje się największą zmiennością przeżywanych uczuć, które nachodzą na siebie z wielką intensywnością i zaskakują nie tylko bliskich, lecz przede wszystkim osoby przeżywające żałobę. Rodzice są nadwrażliwi i bardzo łatwo można pogłębić ich uraz (Sanders, 2001, s. 35). C. Sanders uważa, że „głównym komponentem drugiej fazy jest niepokój wywołany separacją, dlatego dużo bardziej typowe dla tego okresu są lęk i obawa niż depresja” (Sanders, 2001, s. 37). Świat, w którym żyją rodzice po stracie, utracił dla nich sens, a poczucie bezpieczeństwa, zdaje się, zostało utracone bezpowrotnie. Trudno jest w takiej sytuacji znaleźć oparcie w czymkolwiek (Sanders, 2001, s. 37). Rodzice stają się podatni na zranienie, nadwrażliwi na to, co mówią i okazują im inni. Poczucie naznaczenia i niezrozumienia potęguje ich cierpienie. Istotne jest także to, że

głęboki smutek i żal pochłania niesłychanie dużo energii [...]. Ten stan alarmu pobudza część sympatyczną autonomicznego układu nerwowego, a on z kolei uwalnia zwiększoną ilość adrenaliny. Jest to jeden z powodów, dla których zarówno w pierwszej, jak i drugiej fazie pojawiają się kłopoty ze snem [...]. Obie fazy trwają dość długo i można je łącznie uznać za okres przewlekłego stresu (Sanders, 2001, s. 37).

3. Chronienie siebie, czyli kolejny etap żałoby, jest czasem wycofania się, „hibernacji”, osłabienia systemu odpornościowego, rozpaczki oraz izolacji. Objawy przypominają depresję – są uzasadnione dużą utratą energii. W tym czasie dobrze jest słuchać swojego ciała, które żąda odpoczynku i spowolnienia ruchowego, mającego na celu regenerację organizmu. Należy pozwolić rodzicom na wycofanie z kontaktów towarzyskich, zwiększony odpoczynek i sen. Przebywanie w samotności jest ich naturalną potrzebą, często odbieraną przez otoczenie jako coś negatywnego (Sanders, 2001, s. 37). Ten etap żałoby również może trwać miesiącami. Dla wielu „ważnym i pomocnym czynnikiem jest filozofia życiowa oparta na wierze w Boga” (Krzyżanowski i in., 2005, s. 129).

4. Następnie pojawia się powracanie do zdrowia – po wyjściu z etapu „hibernacji” i bierności następuje stopniowe przejmowanie kontroli nad własnym życiem. Objawia się to rezygnowaniem z dawnych ról, tworzeniem nowej tożsamości, przebaczeniem i zapominaniem. Jest to czas, w którym rodzice zaczynają poszukiwać głębszego sensu w nieszczęściu, które ich dotknęło. Zaczynają zapominać o okolicznościach śmierci ich dzieci. Najważniejsze zadanie tej fazy polega na wzmocnieniu więzi rodzinnych, połączeniu sił i przekierowaniu uwagi ze zmarłych na żywych, którzy są tuż obok. Dokonuje się też zmiana osobowości rodziców wywołana utratą wraz z dzieckiem części siebie (Sanders, 2001, s. 46). Rodzice powoli zaczynają interesować się innymi sprawami, ucząc się w ten sposób życia bez zmarłej osoby.

5. Jako ostatnie stadium autorka wyróżniła o d n o w ę, zwaną powrotem do codzienności, która jest podjęciem próby odpowiedzialności za swoje szczęście, uczeniem się życia bez dziecka, które odeszło. „Gdy porzucamy dawne role i naszą poprzednią tożsamość, stopniowo rodzi się w nas i rozwija nowe życie” (Sanders, 2001, s. 49). Rodzice się zmieniają. Nie są już tymi samymi osobami, którymi byli dawniej, jednak mają w sobie wewnętrzną siłę na dokonanie zmian, które mają wpływ na relacje interpersonalne, podejmowane decyzje. Stają się bardziej tolerancyjni, zdolni do głębszych wzajemnych kontaktów. Rozumieją, że jeżeli chcą odbudować swoje życie, to muszą sami wziąć za nie odpowiedzialność (Sanders, 2001, s. 50), gdyż „na najgłębszym poziomie odpowiedzialność stanowi o istnieniu” (Yalom, 2008, s. 226). Po przeżyciu niezwykle bolesnej straty, a potem bardzo długiego procesu opłakiwania potomka, człowiek ma szansę odnaleźć w sobie nowe siły, odwagę, aby wziąć odpowiedzialność za osobę, którą się staje (Sanders, 2001, s. 206). Zakończenie piątej fazy nie oznacza, że już nigdy rodzice

nie poczują żalu i tęsknoty za dzieckiem. Wręcz przeciwnie. W różnych okresach ich życia (święta, rodzinne uroczystości, rocznice) będą one powracały. Ale jeżeli żałoba została przeżyta, a rodzic nauczył się na nowo czerpać z życia bez poczucia winy i gniewu, taki etap żalu powinien szybko minąć. Jest wtedy zupełnie naturalny i adekwatny do sytuacji. U osób, które nie poradziły sobie z żałobą z jakiegokolwiek powodu, często takie sytuacje kończą się stanami transkryzysowymi.

Granica pomiędzy normalnym a patologicznym przeżywaniem żałoby jest bardzo trudna do określenia. Badacze za główny objaw patologii przyjmują brak przeżywania procesu żałoby (wycofanie emocji) lub przedwczesne zakończenie procesu żałoby. Bardziej szczegółowe kryteria rozpoznawania patologicznego procesu przebiegu żałoby prezentuje Robert Paul Liberman (za: Kubacka-Jasiecka, 2010, s. 270):

- lękowe unikanie miejsc, osób i przedmiotów związanych ze zmarłym (przy silnym natężeniu poczucia winy i gniewu),
- nierealistyczna idealizacja zmarłej osoby,
- utrzymujący się żal, widoczny w natrętnych snach o zmarłym,
- identyfikacja polegająca na podtrzymywaniu więzi ze zmarłym w postaci niezmienionej.

Czynnikami wpływającymi na patologiczny przebieg procesu żałoby opisanymi przez D. Krzyżanowskiego i współautorów (2005) są cechy osobowościowe (np. skłonność do pesymizmu, bierność, załamywanie się pod wpływem stresu); wcześniejsze zaburzenia psychiczne lub nerwicowe (np. zaburzenia depresyjne, lękowe, obsesyjno-kompulsywne itp.); brak przygotowania na śmierć bliskiej osoby (nagły zgon, młody wiek); ciężkie doświadczenia życiowe (które wydarzyły się w niedalekiej przeszłości) oraz trwanie w nierozwiązanej konflikcie z osobą zmarłą.

PRZEZWYCIĘŻANIE PUSTKI WEWNĘTRZNEJ – POCZĄTEK NOWEGO ŻYCIA

Śmierć dziecka jest największą z możliwych tragedii. Odbiera ludziom to, co bezcenne. Wraz z dzieckiem odchodzi część rodziców. Żałoba staje się więc bardzo trudnym i bolesnym procesem, który często trwa latami. Rodzice buntują się przeciwko życiu, Bogu, śmierci, tocząc nieskończoną liczbę walk ze światem i samymi sobą. „Paradoksalne wydaje się, że aby pozbyć się bólu, trzeba się z nim zmierzyć i wyjść mu naprzeciw” (Sanders, 2001, s. 157). Praca nad żałobą wymaga konfrontacji, stawienia czoła cierpieniu. Przed nim nie da się uciec. Można rzucić się w wir pracy czy innych obowiązków, próbować udawać, że to mnie nie dotyczy, jednak gdy tylko następuje zwolnienie biegu, myśli powracają ku temu straszному wydarzeniu i śmierci dziecka (Sanders, 2001, s. 157). Wielokrotne (czasami wieloletnie) rozmyślanie, analizowanie tego co się stało,

przybliża rodziców do pozbywania się iluzji, że ich dziecko kiedyś wróci. Oznacza to, że życie się zmieniło i już nigdy nie będzie takie samo (Sanders, 2001, s. 157). Jest to moment, w którym tak naprawdę rodzice zaczynają godzić się ze stratą. Oznacza, że zmiany muszą pojawić się we wszystkich okresach życia. C. Sanders nazywa ten okres *zmarłych wstaniem*, czyli narodzeniem się nowej osoby – rodzica, któremu zmarło dziecko, ale który nauczył się bez niego żyć. Wyleczenie się jest możliwe tylko wtedy, gdy zmienia się „cały wewnętrzny system pojęciowy człowieka” (Sanders, 2001, s. 161). Konieczne jest nauczenie się życia samodzielnego i niezależnego, bez dziecka. Naturalnie to każdy rodzic dokonuje wyboru. Owa szansa na przezwyciężenie pustki wewnętrznej jest zawsze potencjalna, gdyż zależy od decyzji rodzica (chęci i gotowości do zmiany). Opór co do zmiany widoczny jest na wielu etapach procesu żałoby. Rodzice kurczowo trzymają się wszystkiego, co wiąże się z dzieckiem – jedni dłużej, inni krócej. Jest to zależne od wielu czynników. Jednak, aby *zmarłych wstać*, należy zasymilować zmiany, które zachodzą we wnętrzu osoby osieroconej. Pomocne stają się tu wszelkie metody koncentracji, medytacji, psychoterapii czy głębokiej relaksacji, gdyż pozwalają na: rozwijanie w sobie wewnętrznej siły, wsłuchanie się we własne potrzeby, lepsze poznanie siebie (Sanders, 2001, s. 163).

POSZUKIWANIE GŁĘBSZEGO SENSU

Kiedy umiera dziecko, rodzice nieustannie zadręczają się pytaniami o sens tego, co się stało. Towarzyszy im wciąż pytanie: „dlaczego?” Jednak próby dochodzenia odpowiedzi na to pytanie mogą być skuteczne dopiero wtedy, gdy minie „szok i pojawi się pewien dystans do zaistniałej sytuacji. Konieczne jest także przepracowanie w pełni faktu śmierci i pogodzenie się z nim oraz zaakceptowanie zmian, które są w tej sytuacji nieuniknione” (Sanders, 2001, s. 167).

Viktor Frankl uważa, że

bycie człowiekiem oznacza bycie odpowiedzialnym za wypełnienie sensu zawartego potencjalnie w danej sytuacji życiowej. Co ważniejsze, człowiek ów wie, że sens można znaleźć nie tylko w tworzeniu dzieła i spełnianiu czynu, nie tylko w spotkaniu kogoś i doświadczeniu czegoś, lecz również, jeśli trzeba, w sposobie, w jaki znosimy cierpienie (Frankl, 1978, s. 154, 155).

Beatrice L. Wood i Joan A. Milo (za: Aho, Tarkka, 2006) stwierdziły, że śmierć dziecka miała pozytywny wpływ na światopogląd ojców oraz na rozwój ich życiowych celów. Takie wnioski znajdują uzasadnienie między innymi w teorii dezintegracji pozytywnej (TDP) K. Dąbrowskiego, jak również w koncepcji śmierci jako zjawiska granicznego Karla Jaspersa. Teoria dezintegracji pozytywnej mówi o zdolności człowieka do rozwoju wewnętrznego w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania

i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości. W tym ujęciu każde, nawet bardzo bolesne doświadczenie może stać się okazją do rozwoju osobistego. Natomiast śmierć, jako zjawisko graniczne, najogólniej umożliwia przewartościowanie życia, ustalenie nowych priorytetów (Dąbrowski, 1975; Jaspers, 1932). „Sens życia musi i może być tylko indywidualnie doświadczany i przeżywany. Nawet wówczas, gdy kontekst określonej sytuacji ułatwia jego doświadczenie, to dopóki jednostka nie zaakceptuje go jako swego własnego, jest on dla niej czymś obcym” (Popielski, 1987, s. 127). „Uświadomionym czyni go dopiero jasna, przekonywująca świadomość związków przyczynowo-skutkowych, podmiotowej kreatywności, doświadczenie życia i jego akceptacja” (Popielski, 1987, s. 132). Bez wątplenia śmierć najbliższej osoby jest sytuacją graniczną, która jako nagle doświadczenie popycha człowieka ku konfrontacji z jego egzystencjalną sytuacją w świecie (Yalom, 2008, s. 169). Według I. Yaloma „śmierć działa jak katalizator, który może przenieść człowieka do wyższego stanu bytu: od zadziwienia tym, *jak* rzeczy są, do stanu zadziwienia, że są [...]. Przypomina nam, że istnienia nie można odłożyć na później” (Yalom, 2008, s. 169). Jednak mimo iż potencjalnie konfrontacja ze śmiercią staje się szansą na odnalezienie sensu, to czy i kiedy dana osoba odnajdzie poczucie sensu, jest bardzo indywidualne.

Co możemy zaliczyć do czynników leczących według C. Sanders (2001, s. 168-180):

- miłość – żałoba uczy osieroconych, czym naprawdę jest to uczucie, które rozwija się i rośnie poprzez cierpienie (ponieważ wtedy podejście człowieka do miłości jest mniej powierzchowne i pozbawione kontroli);
- wybaczenie – po pierwsze samemu sobie, po drugie różnym zewnętrznym siłom, które przyczyniły się do śmierci dziecka (Bogu, losowości, przypadkowi, innym osobom, dziecku itd.);
- zapominanie – dotyczące pozbycia się bolesnych wspomnień związanych z momentem śmierci, poczuciem winy, wstydem, wyrzutami sumienia lub gniewem;
- stawanie się nowym człowiekiem – czyli adaptacja do życia po śmierci dziecka, które znacznie się zmieniło;
- troszczenie się o siebie – wymaga wiedzy i odwagi dotyczącej tego, czego się potrzebuje (a większość osób nie ma takiej świadomości, dlatego łatwiej im troszczyć się o innych);
- zaczynanie wszystkiego od nowa – jest to trudne zadanie, gdyż rodzice są znacznie bardziej wrażliwi i bezbronni. Sugerowane jest rozpoczęcie procesu od łatwych zadań, bez stosowania jakiegokolwiek presji czasowej.

Okazuje się, że dzięki „cierpieniu ludzie są mądrzejsi, bardziej rozumiejący i współczujący” (Sanders, 2001, s. 181). Uczą się

żyć bardziej autentycznie; z codziennymi zdarzeniami dającymi możliwość uczestniczenia w przygodzie, którą jest życie; a co najważniejsze z przeżyciami, które stymulują do tego, by

dzielić się miłością, talentami i specjalnymi uzdolnieniami ze wszystkimi ludźmi, którzy mogą ich potrzebować (Sanders, 2001, s. 182).

Konstruktywne przeżycie żałoby może stać się szansą dla rodziców do przewartościowania swojego życia i pełniejszego bycia tu i teraz.

ROLA WSPARCIA

Twierdzi się, że wsparcie odgrywa korzystną rolę dla zdrowia. Niezależnie od stresu daje poczucie przynależności, które działa wzmacniająco. Oznacza to, że osoby otoczone wsparciem są zdrowsze od tych, które wsparcia nie mają (Sęk, Cieślak, 2011, s. 25). Najbardziej popularną hipotezą dotyczącą wsparcia jest hipoteza buforowa, według której wsparcie społeczne (istniejące, spostrzegane i otrzymywane) „działa jako bufor wobec zagrożenia patologią, gdyż obniża występujące napięcie stresowe i umożliwia przewyciężenie trudności, włącza się w złożony mechanizm stresu i radzenia sobie osłabiając jego negatywne skutki” (Sęk, Cieślak, 2011, s. 26). Dzięki wsparciu poznawczemu osoby doświadczające kryzysu mają także szansę zmienić ocenę swoich kompetencji, uzyskać wgląd we własne możliwości, zwiększyć poczucie zaradności, co w konsekwencji może mieć wpływ na zmianę oceny wtórnej stresu na taką, która decyduje o skutecznym radzeniu sobie (Sęk, Cieślak, 2011, s. 26). Solomon i współautorzy (2001) zwrócili uwagę, iż ma to szansę tylko wtedy, gdy świadczona profesjonalna pomoc będzie wpływała na podwyższenie poczucia własnej skuteczności osób doświadczających kryzysu. Jak się okazało, „zbyt dużo wsparcia działa obciążająco i deprymująco” (Sęk, Cieślak, 2011, s. 26). Zgodnie z modelem mobilizacji wsparcia, im silniejszy stres przeżywamy, tym bardziej poszukujemy i oczekujemy wsparcia (Sęk, Cieślak, 2011, s. 27). Gdy pojawia się sytuacja trudna, to aktywne poszukiwanie pomocy jest jak najbardziej adekwatną formą radzenia sobie. Stwierdzono też, że najlepszym źródłem wsparcia społecznego w sytuacjach kryzysowych, w których ważne jest wypracowanie sobie realistycznej oceny sytuacji i samego siebie, własnych uczuć i myśli, są osoby w podobnej sytuacji, z podobnym problemem (Sęk, Cieślak, 2011, s. 16). Stąd pojawia się założenie, że wsparcie otrzymywane w grupach wsparcia powinno wpływać pozytywnie na radzenie sobie z żałobą po stracie dziecka. Ważnym aspektem jest także to, iż źródła wsparcia zmieniają swoje znaczenie w miarę upływu czasu działania sytuacji trudnej. Mechanizmy wsparcia zmieniają się dynamicznie w czasie wraz ze zmianą kontekstu. W zaleceniach profesjonalistów zajmujących się pracą z osobami będącymi w żałobie bardzo często wspomina się o wsparciu społecznym, jako jednym z najistotniejszych czynników wspomagających proces jej przeżywania. Również autorki E. Kübler-Ross i C. Sanders zwracają szczególną uwagę na rolę grup wsparcia i podkreślają, że ta forma pomocy jest korzystna dla rodziców po stracie dziecka.

Grupy wsparcia powinny być polecane w szczególności tym rodzicom, którzy stracili dzieci w dramatycznych, obciążających okolicznościach (śmierć samobójcza dziecka, śmierć jedynaka czy inne sytuacje powodujące spotęgowanie przeżywanej traumy) oraz mają trudności z uzyskaniem satysfakcjonującego wsparcia ze strony bliskich osób: współmałżonka, rodziny, przyjaciół, krewnych (Kübler-Ross, 1998; Sanders, 2001). Jeżeli inne źródła wsparcia działają prawidłowo, grupa wsparcia może pełnić rolę wspomagającą, psychoedukacyjną, a także przyspieszającą proces radzenia sobie ze stratą.

Udział w profesjonalnych grupach wsparcia daje szansę na lepsze zrozumienie przeżywania etapów żałoby, umiejętność rozumienia siebie i doświadczanych uczuć, minimalizuje ryzyko utrwalania patologicznych zachowań (np. unikowych czy lękowych). Praca w takich grupach jest ukierunkowana na zmianę, co stoi w sprzeczności z tym, czego rodzice mogą spodziewać się, na przykład korzystając jedynie ze wsparcia oferowanego na forach internetowych.

Znajomość czynników mających wpływ na radzenie sobie ze stratą dziecka, lepsze zrozumienie zjawiska, jakim jest żałoba, oraz roli udziału w spotkaniach grupy wsparcia, mogą pozwolić na określenie dalszych obszarów problemowych i wprowadzenie działań, mających na celu zapobieganie patologizacji procesu żałoby czy utrwalaniu zachowań utrudniających rodzicom powrót do zdrowia.

LITERATURA

- Aho, A.L., Tarkka, M.T. (2006). *Fathers' grief after the death of a child*. University of Tampere, „Issues in Mental Health Nursing”, Taylor & Francis Group.
- Aries, P. (1989). *Człowiek i śmierć*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss (Vol. III)*. New York: Basic Books.
- Dąbrowski, K. (1975). *Trud istnienia*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Dodziuk, A. (2001a). *Nie bać się śmierci*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Dodziuk, A. (2001b). *Żał po stracie, czyli o przeżywaniu żałoby*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Domański, M., Truś, K. (1998). Gdy umrze dziecko. *Lekarz Rodzinny*, 6, 60.
- Fijewski, P. (1998). *Tajemnica pustki wewnętrznej. Praca zbiorowa*. Warszawa.
- Frankl, V. (1978). *Nieuświadomiony Bóg*. Warszawa: Wydawnictwo IW PAX.
- Greenglass, E. (2011). Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (red.) (1995). *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- James, R., Gilliland, B. (2004). *Strategie interwencji kryzysowej*. Warszawa: PARPA.
- Jaspers, K. (1932/1978). Wybór pism: Sytuacje graniczne. Tłum. A. Staniszevska (Sytuacja, Śmierć, Cierpienie); M. Skwieciński (Walka, Wina, Problematyczność wszelkiego bytu empirycznego i historyczność rzeczywistości w ogóle jako sytuacja graniczna). W: W. Rudziński (1978) *Jaspers*. Warszawa: PIW.

- Keirse, M. (2004). *Smutek, strata, żałoba*. Radom: POLWEN.
- Klinger, E. (1975). Consequences of Commitment to and Disengagement from Incentives. *Psychological Review*, 82, 1.
- Konczelska, K. (2013). Żałoba ojca w perspektywie społecznych i kulturowych stereotypów ról płciowych. W: A. Wycisk, Ż. Krawczyk-Antońska (red.), *Z szerszej perspektywy – gender*. Katowice: ARW Omnibus.
- Krzyżanowski, D., Różańska, O., Chybicka, A., Mess, E. (2005). Osierocenie osób dorosłych po stracie bliskiej osoby. *Onkol. Pol.*, 8, 3.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Kübler-Ross, E. (1998). *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Poznań: Media Rodzina.
- Kübler-Ross, E. (2007). *Dzieci i śmierć*. Poznań: Media Rodzina.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*. Warszawa.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania*. Warszawa: Laurum.
- Lindemann, E. (1944). *Symptomatology and management of acute Grief*, 101, 2.
- Łuszczynska, A. (2011). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Materiały szkoleniowe z Roczego Studium Interwencji Kryzysowej 2010/2011 w DCP we Wrocławiu, zjazd VII *Interwencja Kryzysowa w sytuacji straty osobistej, śmierci, żałoby*.
- Ogryzko-Wiewiórowska, M. (1994). *Rodzina i śmierć*. Lublin: Wydawnictwo M. Curie-Skłodowskiej.
- Popielski, K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Popielski, K. (2008). *Psychologia egzystencji. Wartość w życiu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Popielski, K. (red.) (1987). *Człowiek – pytanie otwarte*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Sanders, C. (1989). *Grief: The morning after*. New York: John Wiley & Sons.
- Sanders, C. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei*. Gdańsk: GWP.
- Sęk, H. (2004). *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (red.) (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2011). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Soloman, M., Pistrang, M., Barker, C. (2001). The Benefits of Mutual Support Group for Parents of Children with Disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 1.
- Strelau, J., Doliński, Z. (2008). *Psychologia. Podręcznik akademicki. Psychologia ogólna*. Gdańsk: GWP.
- Yalom, I. (2008). *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

POWRÓT DO RÓWNOWAGI PSYCHICZNEJ PO DOŚWIADCZENIU STRATY DZIECKA

STRESZCZENIE: W artykule poruszony został temat żałoby po stracie dziecka, uczestnictwa w grupach wsparcia, a także ich roli w procesie radzenia sobie ze stratą. Celem artykułu jest ukazanie, jak znajomość czynników mających wpływ na radzenie sobie ze stratą dziecka, lepsze zrozumienie zjawiska, jakim jest żałoba, oraz roli udziału w spotkaniach grupy wsparcia, mogą pozwolić na określenie dalszych obszarów problemowych i wprowadzenie działań, mających na celu zapobieganie patologizacji procesu żałoby czy utrwalaniu zachowań utrudniających rodzicom powrót do zdrowia.

Poruszona zostaje również kwestia dotycząca tego, jak istotne jest przepracowanie w pełni problemu śmierci dziecka i pogodzenie się z tą sytuacją, a także zaakceptowanie nieuniknionych zmian z tym związanych.

SŁOWA KLUCZOWE: śmierć dziecka, żałoba, radzenie sobie ze stratą, grupy wsparcia, wsparcie społeczne.

PSYCHOLOGICAL RECOVERY AFTER THE LOSS OF THE CHILD

SUMMARY: This paper discusses issues related to grief after the death of the child, participation in support groups and its role in the process of coping with loss. The aim is to present how this participation affects the difficult process of mourning, how better understanding of the grief can help with coping with loss. This article presented such issues as: social support, role and benefits of support groups, predisposition of orphaned to choose adequate forms of assistance as well as recommendations for people who can help them.

KEYWORDS: death of the child, mourning, coping with loss, support group, social support.