



**Katarzyna Konczelska**

SWPS Uniwersytet Humanistyczno-Społeczny

## Doświadczenie śmierci dziecka jako sytuacja graniczna

### Abstract

The death of a child is one of the most difficult and painful experiences in an adult person's life. Statistics reveal the terrifying frequency of this phenomenon. Several thousand children and young adults die every year as a result of diseases, accidents, homicide and suicides. Unfortunately, despite the universality of this experience, a child's death is still a socially tabooed phenomenon. Depending on the type of loss, there are various difficulties for mothers and fathers with experiencing mourning. Lonely parents may be more likely to experience mental and somatic health problems, such as severe depression (Sanders, 1989), physical exhaustion (Rando, 1986), insomnia (Bowlby, 1980), dissociative disorders, or somatoform disorders (Łuszczynska, 2011). Even a permanent change in personality being a result of complications in the course of mourning is a possible outcome. It was also noted that grieving parents often have tight and dysphoric affect associated with the experience of helplessness in the face of a loss. Felt anger is directed not only to the immediate environment, but above all to the grieving parents themselves, as a result of the growing sense of guilt (Johnson, 1987). The paper presents results of a study on the problems of a child's death and the difficulties of parents in coping with the loss, which affects both the family and the society.

**Key words:** child death, grief, limit situation, posttraumatic growth.

### 1. WSTĘP

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. Ogromnym wyzwaniem dla rodziców, szczególnie widocznym w pracy terapeutycznej, jest ponowne nauczenie się czerpania radości z życia po śmierci dziecka (Konczelska, 2016), jednak nie wszystkim się to udaje (Girasek, 2005). „Wyleczenie się” jest możliwe tylko wtedy, gdy zmienia się „cały wewnętrzny system pojęciowy człowieka” (Sanders, 2001). Jak podkreśla Aleksandra Łuszczynska (2011), niezbędne w procesie adaptacji po stracie jest przetworzenie doświadczenia traumatycznego w taki sposób, aby zasymilować traumatyczne wspomnienia z posiadanymi wcześniej pozytywnymi fundamentalnymi przekonaniami na temat świata, tj. założeniem o tym, że jest on

bezpieczny, przewidywalny, a ja jestem osobą wartościową. Z problematyką redefinicji schematów poznawczych w wyniku doświadczenia traumatycznego wiąże się również koncepcja potraumatycznego wzrostu, wprowadzona w 1996 roku przez Richarda G. Tedeschi'ego i Lawrence'a G. Calhoun'a (2004). Autorzy Ci stwierdzili, że wydarzenia traumatyczne mogą sprzyjać rozwojowi, oraz być impulsem dla pozytywnych zmian psychologicznych w odbiorze samego siebie, relacji z innymi ludźmi oraz posiadanej filozofii życiowej. Śmierć, jako zjawisko graniczne, umożliwia przewartościowanie życia, ustalenie nowych priorytetów, wyrwanie się z niewoli konsumpcjonizmu (Dąbrowski 1975; Jaspers 1932). Bez wątplenia śmierć dziecka jest sytuacją graniczną, która jako nagle doświadczenie popycha człowieka ku konfrontacji jego egzystencjalną sytuacją w świecie (Yalom, 2008). Według 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). 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.

Według Światowej Organizacji Zdrowia rocznie około 800 000 ludzi umiera w wyniku samobójstwa (WHO, 2018). Raport przedstawiony przez Główny Urząd Statystyczny wskazuje, iż w latach 2011–2016 umarło łącznie 9892 niemowląt (GUS, Rocznik Demograficzny 2017). Ponadto dodatkowo, zgodnie z danymi, corocznie umiera kilka tysięcy dzieci i młodych dorosłych w wieku od 1 do 29 roku życia (GUS, 2017). Szczegółowe statystyki przedstawia poniższa tabela (Tabela 1). Oznacza to, iż każdego roku przybywa średnio ponad 13 tysięcy osieroconych rodziców, matek i ojców.

**Tabela 1.** Umieralność niemowląt, dzieci i młodych dorosłych w Polsce. Dane zebrane na podstawie GUS.

Lata	Zgony niemowląt od 0 do 27 dni	Zgony niemowląt od 28 do 365 dni	Zgony niemowląt ogółem	Zgony dzieci i młodych dorosłych od 1 do 29 lat	Suma zgonów
2011	1258	578	1836	6064	7900
2012	1276	515	1791	5692	7483
2013	1164	520	1684	5442	7126
2014	1084	499	1583	5130	6713
2015	1067	409	1476	4818	6294
2016	1094	428	1522	4448	5970

W najnowszej metaanalizie oceniającej rozpowszechnienie osób narażonych na samobójstwo, Andriessen, Reham, Draper i in. (2017) obliczyli, że 4,3% i 22 % populacji było narażonych na samobójstwo odpowiednio w ciągu ostatniego roku i całego okresu ich życia. Śmierć dziecka w wyniku samobójstwa jest poważną traumą, co powoduje dla rodziców większe ryzyko zachorowalności psychicznej i pojawienia się problemów zdrowotnych w porównaniu do innych przyczyn śmierci dziecka (Ross, Kolves i in. 2018). Częstotliwość doświadczenia utraty nie dziecka nie oznacza akceptację społeczeństwa w kwestii przeżywania żałoby po dziecku. Ten temat jest wciąż społecznie tabuizowanym zjawiskiem.

Niniejsza praca skupia się na przeżyciu przez rodziców śmierci dziecka, analizując to doświadczenie przez pryzmat sytuacji granicznej i możliwość osiągnięcia potraumatycznego wzrostu u rodziców po stracie.

## 2. SYTUACJA GRANICZNA VS. POTRAUMATYCZNY WZROST

O tym, że doświadczenie śmierci dziecka można zakwalifikować do sytuacji granicznych świadczyć mogą obserwowane konsekwencje utraty dziecka. Rodzice często doświadczają pogorszenia funkcjonowania psychospołecznego (Moore, 2008). Rodzice mogą doświadczać psychicznych i somatycznych problemów zdrowotnych takich jak: ciężka depresja (Sanders, 1989), fizyczne wyczerpanie (Rando 1986), bezsenność (Bowlby 1980), zaburzenia dysocjacyjne lub somatoformiczne (Łuszczczyńska, 2011). Często pojawia się nasilone poczucie winy (Johnson, 1987) i wysokie ryzyko wystąpienia kryzysu małżeńskiego (Sanders, 1989). Dowiedziono, że proces żałoby po śmierci dziecka jest dłuższy niż po stracie współmałżonka Lehmann, Wortman, Williams, 1987) i bardziej narażony na patologizację (Rando, 1986). Jednocześnie badacze Shields i in. (2017) oraz Owens i in. (2008) sugerują, że proces tworzenia znaczenia ma kluczowe znaczenie dla rodziców pogrążonych w żałobie, ponieważ pozwala im żyć w świecie, w którym nie ma już dziecka. Podczas, gdy tworzenie znaczeń wiąże się z uzdrawianiem i rozwojem po traumie, niezdolność osieroconego do znalezienia sensu śmierci może wpłynąć na proces readaptacji po stracie i prowadzić do skomplikowanych objawów żalu (Ross, Kolves i in. 2018).

Jednym z możliwych skutków doświadczenia granicznego, w tym śmierci dziecka, może być potraumatyczny wzrost, czyli „doświadczenie pozytywnej zmiany, która pojawia się w następstwie zmagania się jednostki z trudnymi bądź traumatycznymi wydarzeniami życiowymi. Wyraża się to przez docenienie i podwyższenie wartości życia, pogłębienie relacji interpersonalnych, zwiększenie osobistej siły, zmianę systemu wartości oraz wzbogacenie życia duchowego” (Tedeschi, Calhoun, 2004). Wzrost potraumatyczny obserwujemy, gdy u człowieka następują transformacyjne zmiany życiowe, które nie są rezultatem błędów spostrzegania czy interpretacji zdarzenia. W efekcie doświadczona strata, poprzez doznanie cierpienia, zostaje przekształcona w istotną dla człowieka wartość (Ogińska - Bulik, 2013). Co więcej, to pogłębione rozumienie siebie i otaczającej rzeczywistości pozwala człowiekowi na bardziej skuteczne radzenie sobie z przeciwnościami losu w przyszłości. Z kolei badacze Schaefer i Moos wymieniają dodatkowo: regulację emocji, optymizm, zrozumienie siebie (Zięba, Czarnecka-van Luijken, Wawrzyniak, 2010). Wzrost potraumatyczny wyraża się przede wszystkim w przekonaniach i subiektywnych ocenach jednostki, która go doświadcza. Do jego pomiaru stosuje się najczęściej kwestionariusze oraz rozmaite techniki jakościowe opierające się o wywiad strukturalizowany lub techniki narracyjne (Neymeier, 2006).

## 3. BADANIE WŁASNE

Mając na uwadze wiedzę teoretyczną dotyczącą żałoby, sposobów jej przeżywania oraz czynniki modyfikujące pozytywnie lub negatywnie doświadczanie utraty, wielokrotnie podkreślano, że śmierć dziecka jest bardzo obciążającym wydarzeniem dla obojga rodziców (Kleszcz-Szczyrba, Gałuszka, 2016). Z powodzeniem można zaliczyć

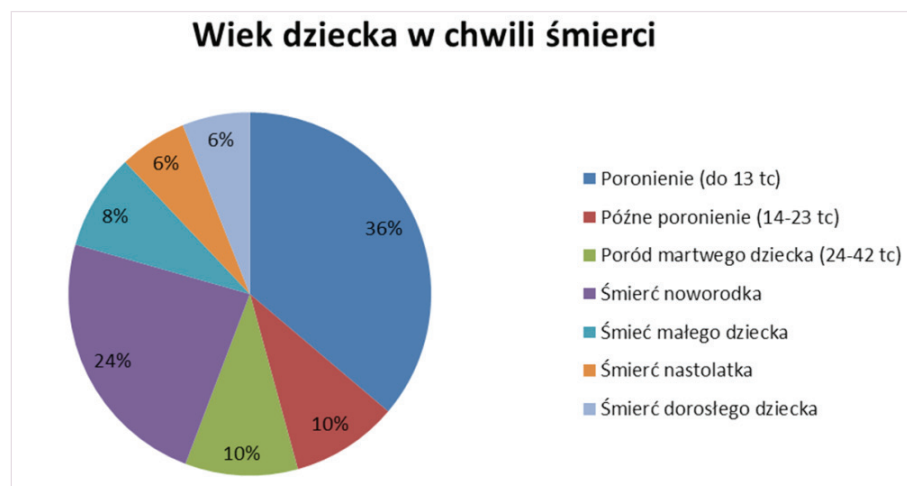
je do jednego z najtrudniejszych doświadczeń w życiu dorosłego człowieka (Yalom, 1989). Mimo wszystko problematyka ta jest stosunkowo słabo zweryfikowana naukowo. Wpływa to wtórnie na pogłębianie społecznego tabu utraty i nasilenie cierpienia części osób po stracie poprzez zwiększone poczucie osamotnienia, stygmatyzację czy niewłaściwie świadczoną pomoc. Stąd uznano za istotne przeprowadzenie badania, którego celem było określenie zależności pomiędzy doświadczeniem śmierci dziecka a psychospołecznym funkcjonowaniem osieroconych rodziców, w tym także potraumatycznym wzrostem.

Od 2017 r. do 2018 r. badaniem zostało objętych 204 rodziców, którzy doświadczyli utraty dziecka w okresie ostatnich 5 lat. Rodzice zostali zaproszeni do badań poprzez fora internetowe, organizacje zajmujące się pomocą dla rodziców po stracie dziecka (m.in. hospicja), zastosowano również metodę kuli śnieżnej. Badania były przeprowadzane indywidualnie, przez psychologa, z zachowaniem standardów etyki badań psychologicznych. Każda z osób badanych w pierwszej kolejności wypełniała pakiet kwestionariuszy, następnie miała możliwość udzielenia odpowiedzi rejestrowanych na dyktafon (wywiad standaryzowany). Po zakończonym badaniu każdy uczestnik miał możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej, jeżeli była taka potrzeba. Do badań wykorzystano m.in. kwestionariusz: PGTI-PL Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 Goldberga, kwestionariusz HADS oraz ankietę własną.

#### 4. CHARAKTERYSTYKA GRUPY BADAWCZEJ

Grupę badawczą stanowili rodzice, którzy stracili dziecko bez względu na jego wiek w momencie śmierci oraz na przyczynę śmierci. W ramach prowadzonego projektu w badaniu wzięły udział 184 kobiety ( $M_{wiek}=34,33$   $SD_{wiek}=8,64$ ) oraz 20 mężczyzn ( $M_{wiek}=38,10$   $SD_{wiek}=9,51$ ). W grupie przeważały osoby z wykształceniem wyższym (59%) oraz osoby pracujące na pełen etat (52%).

Wykres 1. Wiek dziecka w chwili śmierci.

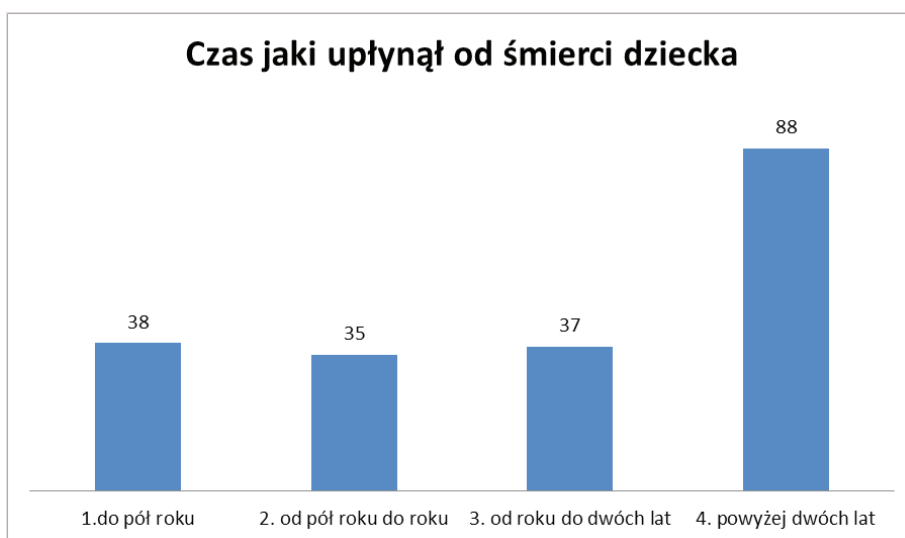


\*) wyników 5 osób nie wzięto pod uwagę ze względu na brak kompletności danych.

Wśród osób badanych większość (84%) to osoby pozostające w związku małżeńskim. Rozpadu małżeństwa doświadczyło 3% badanych, a 1% było w trakcie separacji. W związku nieformalnym (konkubinacie) było 7% badanych, 5% było stanu wolnego (panna/kawaler). 54% osób badanych doświadczyła śmierci dziecka w okresie prenatalnym, tj. od wczesnego poronienia po śmierć w 42 tygodniu ciąży (N=111). 2 osoby doświadczyły straty dziecka dorosłego w wyniku śmierci samobójczej. Szczegółowy wykaz znajduje się na wykresie nr 1.

Większość osób badanych (N=110) doświadczyła straty dziecka w okresie od 1 miesiąca do 2 lat (Wykres 2). 61% badanych (N=120) skorzystało z profesjonalnej pomocy (psychologa, psychiatry lub udziału w grupach wsparcia dla osieroconych rodziców).

**Wykres 2.** Czas jaki upłynął od śmierci dziecka.



\*) wyników 6 osób nie wzięto pod uwagę ze względu na brak danych.

## 5. UZYSKANE WYNIKI

**Tabela 2.** Wyniki testu NIR (p w dolnej części tabeli) dla porównań grup z uwagi na czas po stracie dla zmiennej PTGI – zmiana percepcji siebie

	powyżej dwóch M=24,455	do pół roku M=19,105	pół do roku M=19,139	rok do dwóch M=19,158
powyżej dwóch				
do pół roku	0,013			
pół do roku	0,015	0,989		
rok do dwóch	0,013	0,983	0,994	

Analizy post-hoc zostały przeprowadzone testem NIR, ponieważ dla silniejszych testów porównań wielokrotnych nie uzyskano istotności statystycznej. Porównania te wykazały istotne statystycznie różnice w zmiennej *zmiana percepcji siebie*

między osobami, które doświadczyły straty ponad dwa lata przed badaniem względem wszystkich pozostałych grup (Tabela 2). Grupa osób, które doświadczyły straty ponad dwa lata przed badaniem uzyskiwała wyższe wyniki w tej skali.

Wyniki znajdują potwierdzenie w wypowiedziach osób badanych rejestrowanych na dyktafon. Poniżej przytoczono trzy z nich:

**Czy sądzi Pani, że przez doświadczenie śmierci dziecka zmienił się Pani sposób myślenia o sobie?**

Matka nr 1, (2 lata po śmierci 18-letniego syna):

*„Tak, na pewno tak, ponieważ człowiek tak naprawdę nie wie, ile jest w stanie wytrzymać, dopóki nie musi czegoś wytrzymać, nie wie, ile jest w stanie znieść, teraz rozumiem, że bardzo dużo, więc siła człowieka, w tym momencie moja wiem, że jest bardzo duża. Nie znaczy to, że chciałabym ten efekt powtórzyć, tak, ale wiem, że z bardzo wieloma rzeczami jestem sobie w stanie poradzić wcześniej czy później. To znaczy takie doświadczenia traumatyczne, znaczy jest tak, że nie załamiam nas, na takiej zasadzie, że nie będę chciała sobie, albo komukolwiek czegoś zrobić, tak, poradzę sobie z tym wcześniej, czy później”.*

Matka nr 2 (2,5 roku po śmierci 3 letniej córki):

*„Tak, jak można to nazwać, takie stwierdzenie z kwestionariusza wezmę, które było tam bardzo takie trafne i bardzo jakoś od razu je poczułam i mi spasowało, to dotyczące zaufania do siebie. Tak, mogę powiedzieć, że w większym stopniu ufam temu, co czuję, co mi podpowiada intuicja, że decyzje, które gdzieś... Tak można to nazwać jakimś rodzajem większej pewności siebie, no i chyba paradoksalnie, oczywiście poza tym takim najtrudniejszym czasem, którym dla mnie to jest taka cezura pierwszego roku, tak to się układa. Gdzie ja tak samo, jak moja córeczka żyła 3 lata i pierwszy rok był inny znacząco od dwóch pozostałych mojego życia z nią, tak ten pierwszy rok po śmierci był czasem przeżywania i później oczywiście teraz też, ale też takiego spokoju, który jest jakimś głębszym spokojem niż ten, który miałam wcześniej, tak. Bo właśnie gdzieś na jakimś poziomie to się łączy z tym zaufaniem do siebie takim, nieszarpaniem się z samą sobą może o tak”.*

Matka nr 3 (9 miesięcy po śmierci noworodka):

*„O mnie? Nie spodziewałam się w ogóle, że jestem w stanie to wytrzymać, to tak chyba, taka jedna z takich rzeczy. A jak sobie kiedyś wyobrażałam, zanim byłam w ciąży, to wydawało mi się, że to jest coś strasznego i... Znaczący oczywiście odsuwa się takie myśli, ale, no chyba to tak najbardziej.”*

Analizy post-hoc zostały przeprowadzone testem NIR, ponieważ dla silniejszych testów porównań wielokrotnych nie uzyskano istotności statystycznej. Porównania te wykazały istotne statystycznie różnice w zmiennej **potraumatyczny wzrost (skala ogólna)** pomiędzy osobami, które doświadczyły straty ponad dwa lata przed badaniem względem dwóch grup: osoby doświadczające straty w czasie od pół roku do roku oraz od roku do dwóch od badania (Tabela 3). Grupa osób, które doświadczyły straty ponad dwa lata przed badaniem uzyskiwała wyższe wyniki w tej skali.

Podobnie jak w poprzednim przypadku, analizy post-hoc zostały przeprowadzone testem NIR, ponieważ dla silniejszych testów porównań wielokrotnych nie uzyskano

istotności statystycznej. Porównania te wykazały istotne statystycznie różnice w zmiennej *samoakceptacja* pomiędzy osobami, które doświadczyły straty ponad dwa lata przed badaniem względem grupy, która doświadczyła straty w przeciągu roku do dwóch od badania (Tabela 4). Grupa osób, które doświadczyły straty ponad dwa lata przed badaniem uzyskiwała wyższe wyniki w tej skali.

**Tabela 3.** Wyniki testu NIR (p w dolnej części tabeli) dla porównań grup z uwagi na czas po stracie dla zmiennej PTGI – skala ogólna

	powyżej dwóch M=58,750	do pół roku M=50,790	pół do roku M=49,750	rok do dwóch M=47,316
<b>powyżej dwóch</b>				
do pół roku	0,073			
pół do roku	<b>0,047</b>	0,845		0
rok do dwóch	<b>0,010</b>	0,507	0,646	

**Tabela 4.** Wyniki testu NIR (p w dolnej części tabeli) dla porównań grup z uwagi na czas po stracie dla zmiennej PMP - samoakceptacja

	powyżej dwóch M=27,466	do pół roku M=24,789	pół do roku M=24,333	rok do dwóch M=23,211
<b>powyżej dwóch</b>				
do pół roku	0,101			
pół do roku	0,060	0,815		
rok do dwóch	<b>0,009</b>	0,411	0,564	

Wielokrotne porównania średnich rang wykazały istotne statystycznie różnice w zmiennej *PTGI\_większe docenianie życia* pomiędzy osobami, które doświadczyły straty ponad dwa lata przed badaniem względem wszystkich pozostałych grup (Tabela 5). Grupa osób, które doświadczyły straty ponad dwa lata przed badaniem uzyskiwała wyższe wyniki w tej skali.

**Tabela 5.** Wyniki porównań wielokrotnych rang (statystyka w górnej części oraz wartość p w dolnej części tabeli) dla porównań grup z uwagi na czas po stracie dla zmiennej PTGI\_większe docenianie życia

	powyżej dwóch R=119,89	do pół roku R=89,88	pół do roku R=77,89	rok do dwóch R=87,63
<b>powyżej dwóch</b>		2,671	3,668	2,871
do pół roku	0,045		0,493	0,477
pół do roku	<b>0,002</b>	1,000		0,023
rok do dwóch	<b>0,025</b>	1,000	1,000	

R – średnia ranga

**Czy sądzi Pani, że przez doświadczenie śmierci dziecka zmienił się Pani sposób myślenia o tym, co w życiu jest najważniejsze?**

Matka nr 1, (2 lata po śmierci 18 letniego syna):

*„Tak, zdecydowanie tak, to powiedzenie księdza Twardowskiego, spieszymy się kochać ludzi tak szybko odchodzą, najważniejsza w życiu jest miłość, jest ważniejsza od śmierci z całą pewnością i ważniejsza czasami nawet od samego życia, w związku z czym, no zdecydowanie tak. To jest kwestia takiego stwierdzenia, że to jest uczucie, które jest tak silne, że jest ponad czas, poza grób i że więże ludzi bardzo mocno, w związku z czym jakby do końca tej więzi się nigdy nie traci, ona jest na tyle mocna”.*

Matka nr 2 (2,5 roku po śmierci 3 letniej córki):

*„Tak, znowu to samo muszę powiedzieć, że to też życie mojego dziecka, ale to chyba nie jest takie niespójne, bo śmierć tego nie zmienia. Jakby kruchość życia, ale zarazem takiego piękna naprawdę w każdej chwili tu i teraz, która trwa. Może to brzmi tak jak banał, ale to jest jakoś bardzo namacalne i wyraźne na co dzień moim życiu więc tak. I to mam odniesienie też bardzo bezpośrednio do mojej rodziny, do moich dzieci, ale też w pytaniu jest jeszcze raz, żebym nie...”*

Przeprowadzono analizy wskazujące, iż potraumatyczny wzrost wiąże się ujemnie w stopniu słabym i umiarkowanym ze zmiennymi odnoszącymi się do negatywnego afektu (Tabela 6).

**Tabela 6.** Analiza korelacji - rho Spearmana - dla zmiennych z PTGI oraz HADS (N=204)

		HADS_Lęk	HADS_Depresja
PTGI_Zmiana percepcji siebie	Rho Spearmana	-,321***	-,411***
	Istotność	0,000	0,000
PTGI_Zmiana relacji z innymi	Rho Spearmana	-,221**	-,337***
	Istotność	0,001	0,000
PTGI_Większe docenianie życia	Rho Spearmana	-,084	-,188**
	Istotność	0,233	0,007
PTGI_Zmiany duchowe	Rho Spearmana	-0,069	-,141*
	Istotność	0,325	0,045
PTGI_Ogólny	Rho Spearmana	-,274***	-0,389***
	Istotność	0,000	0,000

\* p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001

Rozważano także potencjalny wpływ realizacji potrzeb rodzicielskich wśród rodziców po stracie pod kątem osiągnięcia potraumatycznego wzrostu oraz pogorszeniu bądź polepszeniu stanu zdrowia. Analiza wykazała brak istotnych różnic pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na *posiadanie* i *nieposiadanie* dzieci w potraumatycznym wzroście oraz w zmianie stanu zdrowia (Tabela 7, Tabela 8).



**Tabela 7.** Porównanie osób posiadających dzieci i nie posiadających dzieci. Test t

	Średnia NIE (N=70)	Średnia TAK (N=134)	t	df	p
PTGI_Ogólne	108,21	54,29	-,442		0,659

**Tabela 8.** Porównanie osób posiadających dzieci i nie posiadających dzieci. Test U

	Średnia ranga NIE (N=70)	Średnia ranga TAK (N=133)	U	Z	p
Zmiana stanu zdrowia	95,49	98,73	4220,00	1,092	0,275

\*  $p < 0,05$ 

Sprawdzono również różnice płciowe w osiągnięciu potraumatycznego wzrostu oraz zmianie stanu zdrowia. W zmiennej **PTGI\_Ogólne**: Większa średnia i mediana charakteryzuje grupę kobiet (Tabela 9). Niemniej różnica w liczebności obu grup jest przytłaczająco duża, więc należy do takiego porównania podchodzić z ogromną ostrożnością. Podobnie w pozostałych zmiennych, u kobiet wyniki są wyższe, poza zmienną *zmiana stanu zdrowia*. Dotyczy to porównań zarówno średnich, jak i mediany (z wyjątkiem *oceny związku*, gdzie mediany są podobne dla obu grup).

**Tabela 9.** Porównanie miar tendencji centralnej dla grupy kobiet i mężczyzn

	Średnia K (N=184)	Średnia M (N=20)	Mediana K (N=184)	Mediana M (N=20)
PTGI_Ogólne	54,96	42,85	54,85	22,65
HADS_Depresja	7,94	6,50	8	6,5
GHQ A	10,35	6,35	10	5
GHQ B	11,04	7,30	11	6
GHQ C	10,33	8	9	7
GHQ D	6,34	2,35	4	0
Ocena związku	2,78	2,65	3	3
Zmiana stanu zdrowia	2,07	2,60	1	3

## 6. PODSUMOWANIE BADAŃ

Przeżycie doświadczenia traumatycznego pociąga za sobą różne skutki i to nie tylko negatywne (Ogińska-Bulik, 2010). Wymienia się trzy możliwe konsekwencje przeżytej traumy, czyli przetrwanie (survival), dla którego charakterystyczny jest niższy niż przed traumą poziom funkcjonowania, powrót do stanu równowagi (recovery) oraz wzrost i rozwój (thriving, growth), który cechuje wyższy poziom funkcjonowania w porównaniu z okresem sprzed traumy (Kubany, 2004). Wszystkie trzy występują

u rodziców objętych badaniem, jednak na potrzeby niniejszego artykułu prezentowane zostały wyniki dotyczące potraumatycznego wzrostu.

Najsilniejsze zależności w aspekcie potraumatycznego wzrostu (skala ogólna, samoakceptacja, większe docenienie życia) zaobserwowano u badanych rodziców, u których minęły ponad 2 lata od śmierci dziecka. Koncepcja potraumatycznego rozwoju może się objawiać m.in. zmianą trzech obszarach: w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej (Tedeschi, Calhoun 1996 za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Główni badacze potraumatycznego wzrostu sugerują krzywoliniowy związek pomiędzy intensywnością wydarzenia a wzrostem (Tedeschi, Calhoun, 1998) zakładają, że sytuacja traumatyczna o słabym nasileniu prowadzi do mniejszego wzrostu, silniejsza zaś do większego. Jednakże ekstremalne wydarzenia mogą skutkować słabą adaptacją i niskim wzrostem lub jego brakiem. Wyniki są zgodne z literaturą, która wskazuje, że wzrost osobisty ma tendencję spadkową w pierwszym roku po utracie, a następnie wzrasta miarowo wraz z upływem lat po stracie (Feigelman, W., Jordan, J.R., Gorman, B.S., 2009). W prezentowanym badaniu ustalono, że im więcej upłynęło czasu od straty, tym wyższe wyniki na skali potraumatycznego wzrostu badani osiągnęli. Należałoby sprawdzić jak u badanych zmieniają się w czasie przekonania na temat świata, siebie i innych ludzi oraz czy i jaki ma to związek z osiągnięciem potraumatycznego wzrostu. W tym celu prowadzone są badania podłużne, które zakończą się w 2018 r.

Ponadto ustalono, iż potraumatyczny wzrost ma związek z niższymi objawami negatywnego afektu (lęku i depresji) u osób badanych. Przewartościowanie życia, reformułowanie swoich przekonań dotyczących traumatycznego wydarzenia jakim jest utrata dziecka, zmniejszało ryzyko pojawienia się objawów depresji i lęku. Zgodnie z modelem dwuprocesowym radzenia sobie z żałobą (Stroebe, Schut, 2010) istnieją dwie kategorie stresorów związanych z żałobą. Pierwsze są ukierunkowane na utratę i obejmują przetwarzanie doświadczeń związanych z utratą i poszukiwanie odpowiedzi. Drugie są ukierunkowane na odbudowę i zawierają przemyślenia zmieniające życie, zbliżone do fazy tworzenia sensu żałoby (Ross, Kolves, 2018). Model radzenia sobie osób pogrążonych w żałobie sugeruje, że strategie zarówno adaptacyjne, jak i nieprzystosowawcze, oscylują między dwoma procesami. Zasada leżąca u podstaw oscylacji polega na tym, że czasem pogrążeni w żałobie konfrontują aspekty utraty i przywracania, a czasami ich unikają. Oscylacja pomiędzy tymi dwoma rodzajami stresorów jest konieczna do adaptacyjnego radzenia sobie np. pozytywne ponowne przemyślenia kwestii są ważne dla pójścia do przodu, ale jeśli trwają one stale, zaniedbuje się rozmyślanie i pogodzenie się ze stratą (Stroebe, M., Schut, H., 2010). Zaskakujące okazało się, że posiadanie czy brak potomstwa nie ma związku z potraumatycznym wzrostem oraz nie wpływa na stan zdrowia badanych rodziców. Uznano, iż posiadanie żyjącego dziecka może mieć związek z lepszym radzeniem sobie ze stratą poprzez m.in. przekierowywanie uwagi w stronę życia, nadanie sensu, realizacją rodzicielskich potrzeb. Wśród badanych rodziców nie wykazano, ażeby fakt posiadania czy nieposiadania żyjącego dziecka miał związek z osiągnięciem potraumatycznego wzrostu czy lepszym lub gorszym stanem zdrowia badanych. Ponadto, kobiety uzyskiwały wyższe wyniki w potraumatycznym wzroście i skalach dotyczących depresji, mężczyźni w zmianie stanu zdrowia. Oczywiście interpretacje powinny być stawiane z dużą ostrożnością z racji wysokiej dysproporcji badanych grup, jednak potwierdzają wcześniej uzyskane wyniki: kobiety po stracie dziecka mają istotnie wyższy

poziom depresji od mężczyzn po stracie dziecka oraz śmierć dziecka wpływa na stan zdrowia rodziców po stracie (Konczelska, 2016). W tym aspekcie niezbędne byłoby zwiększenie grupy ojców w celu uzyskania bardziej wiarygodnych wyników.

## 7. WNIOSKI

Mając na uwadze wiedzę na temat przeżywania żałoby po stracie dziecka oraz trudności z jakimi borykają się rodzice po stracie, ustalono, że śmierć dziecka stanowi sytuację graniczną, która może prowadzić m.in. do potraumatycznego wzrostu. U badanych rodziców do potraumatycznego wzrostu zachodzi istotnie częściej w okresie powyżej 2 lat od śmierci dziecka niż we wcześniejszych okresach po stracie. Ponadto potraumatyczny rozwój ma związek z niższymi objawami negatywnego afektu (lęku i depresji) u osób badanych. Fakt posiadania lub nieposiadania dziecka nie miał związku z osiągnięciem wzrostu i stanem zdrowia badanych. Potwierdzono, że cierpienie, oprócz swych negatywnych konsekwencji daje także możliwość rozwoju. Ludzie mogą stać się mądrzejsi, bardziej rozumiejący i współczujący (Sanders, 2001). 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). Nie oznacza to bynajmniej, że należy się cieszyć w momencie tak wielkiej tragedii jaką jest śmierć dziecka. Jednak konstruktywne przeżycie żałoby, może stać się szansą dla rodziców do przewartościowania swojego życia i pełniejszego bycia tu i teraz.

## 8. LITERATURA

- Andriessen, K., Rahman, B., Draper, B., Dudley, M., Mitchell, P.B. (2017) Prevalance of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies. *J.Psychiatr. Res.*, 88, 113-120.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Volume III.* New York: Basic Books Inc.
- Dąbrowski K. (1975). *Trud istnienia.* Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Feigelman, W.; Jordan, J.R.; Gorman, B.S. (2009). How they died, time since loss, and bereavement outcomes. *OMEGA*, 58, 251–273.
- Girasek, D. C. (2005). Advice from bereaved parents: On forming partnerships for injury prevention. *Health Promotion Practice*, 6(2), 207-213.
- Główny Urząd Statystyczny (2017). *Rocznik Demograficzny 2017.* Warszawa, Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Jaspers K. (1932/1978). *Wybór pism: Sytuacje graniczne*, tłum. Staniszevska A. (Sytuacja, Śmierć, Cierpienie); Skwieciński M. (Walka, Wina, Problematyczność wszelkiego bytu empirycznego i historyczność rzeczywistości w ogóle jako sytuacja graniczna), [w:] Rudziński W. 1978: Jaspers. Warszawa: PIW.
- Johnson S. (1987). *After a child dies—Counseling bereaved families.* New York: Springer Publishing Company.
- Kleszcz-Szczyrba, R., Gałuszka, A., (red.), (2016). *Utrata i żałoba- teoria i praktyka.* Katowice: Wyd. UŚ. ISSN 0208-6336, ISBN 978-83-8012-838-5.
- Konczelska, K. (2016). „The role of the support groups in the process of mourning a child's death – research conclusions” (w:) „Challenges of the current medicine” E. Krajewska-Kułak, C.R. Łukaszuk, J. Lewko, W. Kułak, E. Sarnacka (ed.); 2016/Tom V/ (s. 67-81). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu „Duchno” Piotr Duchnowski/

- Kubany ES. (2004.) *The Trauma Related Guilt Inventory (TRGI). Assessing and treating PTSD manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Lehman, R., Wortman, C. B., Williams, A. F. (1987): Long-term effects of losing a spouse or a child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (1), 218-231.
- Łuszczynska, A. (2011). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. (w:) H. Sęk, R. Cieślak (red.). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 190-205). Warszawa: PWN.
- Moore, A. (2007-2008). Older poor parents who lost an adult child to AIDS in Togo, West Africa: a qualitative study. *Baywood Publishing Co., Inc. Omega*, 56(3), 289-302.
- Neimeyer, R. A. (2006). Re-storying loss: Ibstering growth in the posttraumatic narrative, [w:] L. G. Calhoun i R. G. Tedeschi (red.), *Hand book of posttraumatic growth: research and practice* (s. 68-90). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny - charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7(4), 129-142.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych. Czyli kiedy izy zamieniają się w perły. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Owens, C.; Lambert, H.; Lloyd, K.; Donovan, J. (2008) Tales of biographical disintegration: How parents make sense of their sons' suicides. *Sociol. Health Illn.* 30, 237-254.
- Rando, T. A. (1986). Parental bereavement: An exception to the general conceptualizations of mourning. In T. A. Rando (ed.), *Parental loss of a child* (p. 45-58). Champaign, IL: Research Press.
- Ross V., Kolves K., Kunde L., D. de Leo. (2018). Parents' Experiences of Suicide-Bereavement: A Qualitative Study at 6 and 12 Months after Loss. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 15,618.
- Sanders C. (1989). *Grief: The morning after*. New York, John Wiley & Sons.
- Sanders C. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei*. GWP, Gdańsk.
- Shields, C., Russo, K., Kavanagh, M. (2017). Angels of courage: The experiences of mothers who have been bereaved by suicide. *OMEGA*.
- Stroebe, M.; Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Stud.*, 23, 197-224.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tedeschi, R.G., Park, C.L., & Calhoun, L.G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive transformations in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- World Health Organization (accessed on 26 February 2018). *Suicide Data Available online: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)*.
- Yalom, I.D. (2008). *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Zięba, M., Czarnecka-vanLuijken, J., & Wawrzyniak, M. (2010). Nadzieja podstawowa i wzrost potraumatyczny. *Studia Psychologiczne*, 49(1), 109-120.