

Śmierć dziecka w doświadczeniu rodzica – analiza procesu żałoby

Child's death in parent's experience – analysis of the mourning process

© GinPolMedProject 1 (23) 2012

Artykuł poglądowy/Review article

ANETA LIBERA, DOROTA DARMOCHWAŁ-KOLARZ, JAN OLESZCZUK
Katedra i Klinika Późnictwa i Perinatologii, Uniwersytetu Medycznego
w Lublinie
Kierownik: prof. zw. dr hab. Jan Oleszczuk

Adres do korespondencji/Address for correspondence:
Dorota Darmochwał-Kolarz
Katedra i Klinika Późnictwa i Perinatologii, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
ul. Jaczewskiego 8, 20-950 Lublin, Poland
tel. +48 81 72 44 769; +48 81 72 44 841; e-mail: dorotak@mp.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count 3713/4717

Tabele/Tables 0

Ryciny/Figures 0

Piśmiennictwo/References 34

Received: 05.01.2011

Accepted: 09.03.2011

Published: 15.03.2012

Streszczenie

Doświadczenie straty bliskiej osoby jest jednym z najważniejszych i najbardziej traumatycznych przeżyć w życiu człowieka. W istotny sposób wiąże się ze wzrostem ryzyka zaburzeń psychicznych i dolegliwości somatycznych. Od strony psychologicznej żałoba definiowana jest, jako złożony, dynamiczny proces obejmujący różnorodnie przeżycia psychiczne, doznania fizyczne i reakcje behawioralne. Autorzy pracy przedstawiają zasadnicze problemy tradycyjnie podejmowane w analizie żałoby; omawiają typologię i uwarunkowania procesu żałoby, koncentrując się na psychologicznych aspektach żałoby rodzicielskiej. W pracy zwrócono także uwagę na fakt, że dostępność wsparcia społecznego w znaczny sposób determinuje naturalny przebieg żałoby, a jedną z najważniejszych form pomocy udzielanej rodzicom po stracie dziecka w pierwszym okresie żałoby jest wsparcie informacyjne ze strony personelu medycznego.

Słowa kluczowe: śmierć dziecka, proces żałoby

Summary

The experience of losing of a close person is one of the most important and most traumatic experiences in human life. This trauma is closely bound with the increase of risk of psychical disturbances and somatic disorders. From the psychological point of view, the mourning appears to be a complex, dynamic process covering all range of various psychical experiences, physical sensation and behavioral reactions. The authors of the study present major problems traditionally undertaken in analyzing of the mourning process, they discuss the typology and conditioning of the mourning process concentrating on the psychological aspects of the parental mourning. The study also focuses on the fact that the access to the social support significantly determines the natural course of the mourning process and one of the most important forms of help that could be offered to the bereaved parents in the first period of mourning process is the information support on the part of the medical personnel.

Key words: child's death, mourning process

WSTĘP

Śmierć bliskiej osoby zawsze wywołuje nagły i głęboki wstrząs, nawet wtedy, gdy jest oczekiwana. Większość badaczy uznaje, że tylko nieliczne sytuacje stresowe w ciągu życia człowieka można porównać do straty ukochanej osoby. Emocjonalna reakcja na tak traumatyczną sytuację jest intensywna, długotrwała, wiąże się ze wzrostem ryzyka zaburzeń psychicznych i dolegliwości somatycznych, dlatego doświadczenie straty uznawane jest, jako jedno z największych zagrożeń zdrowia, dobrego samopoczucia i wydolności funkcjonowania człowieka [1,2]. Przebieg żałoby u rodziców, którzy stracili dziecko, jest szczególnie intensywny. Natężenie reakcji (emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych, somatycznych) na tego typu stratę zdeterminowane jest wieloma czynnikami. Badacze zagadnienia wyróżniają następujące czynniki:

- identyfikowanie się z własnymi dziećmi - szczególnie silne więzy emocjonalne sprawiają, że w odczuciu rodziców dzieci stanowią część ich samych. Przeżycie śmierci dziecka odczuwane jest, jako utrata niezmiernie ważnej części własnej osoby, zburzenie nadziei, potrzeb i pragnień, poczucie „egzystencjalnej próżni”;
- utrata roli rodzica - jednej z najważniejszych ról, jakie człowiek spełnia w swoim życiu. Poczucie straty tej części życia uwydatnia się szczególnie wtedy, gdy umiera jedyne dziecko;
- intensywne, nieuzasadnione poczucie winy za śmierć dziecka, często trudne do likwidacji, gdyż zaspokaja namiastkę potrzeby zrozumienia rzeczywistości i poczucia kontroli nad wydarzeniami;
- poczucie „zakłócenia porządku świata”, które jest wynikiem naruszenia podstawowej wiedzy i przekonań dotyczących naturalnego biegu wydarzeń i przewidywanej przyszłości. Śmierć dziecka odwraca właściwą kolejność wydarzeń życiowych i zawsze jest doświadczana przez rodzica, jako wydarzenie nienaturalne i przedwczesne;
- tendencje do „rozpamiętywania” scen z życia zmarłego dziecka, żal związany z utratą możliwości obserwowania jego rozwoju oraz tendencje do nadopiekuńczości w stosunku do pozostałych dzieci [3,4].

ŻAŁOBA

Złożony proces żałowania, oplakiwania i godzenia się z trudną do przyjęcia rzeczywistością, określany terminem żałoby, obejmuje szereg przeżyć psychicznych, doznań fizycznych i zachowań zmieniających się w czasie z określoną dynamiką. Traktowany jest jako normalna ludzka odpowiedź na stratę bliskiej osoby [5,6].

Tradycyjnie żałoba rozumiana jest jako stan przeżywania wielu negatywnych emocji takich jak: smutek, żal, bezradność, poczucie winy, gniew, bezsilność, cierpienie i ból związane z definitywnym odejściem kochanej osoby [7].

INTRODUCTION

The death of a significant other is always bound to cause a sudden deep trauma, even if anticipated. Most researchers admit that few stress situations throughout human lifetime bear comparison with the loss of a loved one. The emotional response to such a traumatic situation is intense, prolonged and involves an elevated risk of mental disorders and somatic conditions alike and, as such, entails one of the greatest threats to health, mental well-being and functional efficiency [1,2]. The course of grief in parents who have lost their child is particularly intense. The emotional, cognitive, behavioral and somatic impact of such a bereavement is determined by numerous factors. Researchers in the field discern the following:

- identification with children – particularly strong emotional bonds contribute to the parental feeling of children constituting a part of their own being. Surviving the death of a child may be equated with forfeiting an integral part of oneself, seeing hopes dashed, needs and desired annihilated, a sense of “existential vacuum”;
- the loss of parental role – one of the most poignant roles for a human being to play during lifetime. The sense of loss of this aspect of life has particular momentum if an only child dies;
- intense, unjustified sense of responsibility for the death of a child is oftentimes hard to eradicate as it meets the modicum of the need to understand reality and control the way life unfolds;
- the sense that “the world is out of joint” due to the derangement of baseline knowledge and beliefs concerning the natural way of life and the expected future. The death of a child runs counter to the right order of things and it always appears to the parent as unnatural and premature;
- propensity for dwelling on the scenes from the life of the dead child, regret associated with forfeiting the opportunity to watch the child’s development and a tendency to be overprotective with respect to other children [3,4].

GRIEF

The complex process of regret, mourning and coming to terms with the challenging reality, termed grief, encompasses a whole manner of psychological states, physical experiences and behaviors that vary in time with a specific dynamics. It is considered to be a normal human response to the loss of a loved one [5,6].

Traditionally, grief is taken to be an experience consisting of many negative emotions such as sorrow, regret, helplessness, blame, anger, powerlessness, suffering and pain that ensue upon the death of a loved one [7].

Niewątpliwie sam przebieg żałoby jest wysoce zindywidualizowany i zależy od wielu wchodzących ze sobą w interakcję czynników, wśród których wymieniane są: styl życia i osobiste predyspozycje do radzenia sobie w sytuacjach trudnych; okoliczności towarzyszące śmierci; osobowość; znaczenie zerwanej relacji; współistnienie innych sytuacji trudnych, czy kryzysowych; przeżycie wcześniej podobnego doświadczenia związanego z utratą bliskich osób; jakość relacji rodzinnych i możliwość otrzymania wsparcia emocjonalnego; kultura społeczeństwa wyznaczająca określone formy ekspresji żalu po stracie [5-12]. Wśród czynników istotnych dla przebiegu procesu żałoby po stracie dziecka wymieniane są także: status socjoekonomiczny, stopień zaawansowania ciąży, występowanie poronień w przeszłości, choroby psychiczne w historii życia kobiety [11,13,14].

Czynniki determinujące reakcje rodziców oraz przebieg żałoby można podzielić na niezależne (np. przyczyna zgonu dziecka) oraz zależne od zachowania rodziców (w jakim zakresie biorą udział w podejmowaniu decyzji/działań związanych np. z pochówkiem dziecka), przy czym przyczyna zgonu i jego przewidywalność okazały się istotnymi dla przebiegu reakcji żałoby. Jednakże w literaturze naukowej wskazuje się na brak spójności w poglądach dotyczących czynników determinujących proces przeżywania żałoby. Arnold i Gemma wskazują, że intensywność doznawanych przez rodziców negatywnych emocji (smutku, żalu) jest niezależna od takich zmiennych jak: wiek zmarłego dziecka, przyczyny bądź okoliczności jego zgonu [3].

Proces przeżywania żałoby, związany z trudnym i bolesnym zmaganiem się z problemem utraty, może przebiegać w sposób normalny lub patologiczny. Typowy przebieg żałoby zajmuje okres czasu około roku i opisywany jest w kilku fazach.

PODZIAŁ PRZEBIEGU PROCESU ŻAŁOBY

W literaturze najczęściej wyróżniany jest trójfazowy podział przebiegu żałoby, który określany jest jako najbardziej przydatny ze względów praktycznych. Wyróżniane są:

- faza szoku i negacji (zwana także fazą wstrząsu);
- faza dezorganizacji (zwana także fazą wycofania się lub kurczenia się w sobie);
- faza reorganizacji (zwana fazą akomodacji lub powracania do zdrowia) [6,15,16].

Patologia procesu żałoby polega na pojawianiu się bardziej intensywnych, dłużej trwających przeżyć, bądź przeciwnie - na zablokowaniu, opóźnieniu lub przerwaniu procesu żałoby w trakcie jego trwania.

Żałoba chroniczna charakteryzuje się wydłużonym czasem trwania, niemożnością pogodzenia się z odejściem bliskiej osoby, silnym uczuciem tęsknoty, czasem poczuciem winy i depresją.

Zablokowanie procesu żałoby (tzw. *żałoba zamaskowana*) spowodowane jest zahamowaniem ekspresji uczuć lub wręcz ich brakiem i wiąże się z silnymi mechanizmami zaprzeczania i wypierania.

There is no denying that the very process of grieving bears highly individualized features and depends on many interacting factors, among which such can be named as lifestyle and personal predispositions to cope in dire conditions, the circumstances accompanying death, personality, the significance of the broken relationship, concurrence of other challenging or crisis situations, prior experiences of loss of a significant other, the quality of family relations and the access to emotional support, the culture of the society determining the particular forms of expression of regret after loss [5-12]. Among the factors of significance for the course of grieving upon child loss the following may be also named: social-economic standing, advancement stage of pregnancy, the occurrence of miscarriages in the past, mental diseases in the history of the woman [11,13,14].

The reasons behind parental reactions as well as the course of grief fall into independent of (e.g., the cause of the death of a child) as well as dependent on the behavior of parents (to the extent threat they participate in the decision-making process/preparations concerning, e.g., the funeral service of the child), with the reason of death and its foreseeability proving important factors for the course of the grieving reaction. However, scientific literature indicates that there is no consensus as to the factors determining the grieving process. Arnold et Gemma point out that the intensity of the negative emotions haunting the parents (sorrow, regret) is not dependent upon such variables as the age of the deceased child, the cause or the circumstances of death [3].

The process of grief, related to the challenging and painful ordeal with the problem of loss may develop in a normal or pathological manner. The typical duration of grieving process spans the period of approximately a year and is divided into several stages.

GRIEVING TIMELINE

Grief is usually subjected to a three-fold division in the literature as it is considered of most utility with respect to practical purposes. The division comprises the following stages:

- the phase of shock and negation (also dubbed the phase of trauma);
- the phase of disorganization (also dubbed the phase of withdrawal or shrinking away from the situation);
- the phase of reorganization (also dubbed the phase of adaptation or recovery) [6,15,16].

The pathology of the grieving process involves the appearance of very intense and prolonged feelings or, to the contrary, the inhibition, delay or discontinuation of the grieving process while it should last.

Chronic grief is characterized by prolonged duration, the inability of reconciling with the passage of a significant other, a strong feeling of craving, sometimes blame and depression.

The inhibition of the grieving process (the so-called *masked grief*) is caused by the blockade of the

W *żałobie opóźnionej (odroczonej)* typowe przejawy występują dopiero po pewnym czasie od pogrzebu. Objawy charakterystyczne dla tego typu żałoby obejmują m. in.: bezcelową aktywność; pogłębiającą się izolację społeczną; patologiczną identyfikację ze zmarłą osobą; wrogość skierowaną wobec osoby utraconej, wobec innych osób związanych ze śmiercią i przebiegiem choroby lub wobec siebie [6,17,18].

Wiele badań dowodzi ścisłej zależności pomiędzy przeżywaniem żałoby, a występowaniem zaburzeń somatycznych, psychosomatycznych czy psychicznych. Autorzy Riley i wsp. analizując wpływ przeżytej żałoby w aspektach medycznych, stwierdzili znaczne osłabienie zdrowia somatycznego wśród rodziców po nagłej stracie dziecka w początkowym okresie żałoby, przy czym w miarę upływu czasu poprawiało się zdrowie matek, a pogarszało ojców [19]. Depresja jest stosunkowo częstym objawem występującym szczególnie w początkowym okresie żałoby i jest traktowana, jako wyraz naturalnego bólu po stracie ukochanej osoby. Według badaczy zagadnienia żałoba może być tak intensywna i długotrwała, że odpowiada kryteriom niektórych chorób psychicznych w DSM-IV czy ICD-10 [1]. Szczególna uwaga została zwrócona na koncepcję rozpatrującą patologiczną żałobę w kategoriach skrajnego stresu (PTSD) oraz na koncepcje zaliczające żałobę do grupy depresji reaktywnych. Badania wykazały, że ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych wymagających hospitalizacji wśród matek, które straciły dziecko, w porównaniu do kobiet nie posiadających takiego doświadczenia, jest znacznie podwyższone w okresie pierwszych pięciu lat po śmierci dziecka, a szczególnie wysokie w okresie pierwszego roku [20].

RODZAJE REAKCJI NA STRATĘ DZIECKA

Reakcje na traumatyczną sytuację straty bliskiej osoby przebiegają w trzech sferach: emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej. Pierwszą charakterystyczną reakcją na wiadomość o śmierci bliskiej osoby jest szok, niedowierzanie oraz odrętwienie z następującymi reakcjami emocjonalnymi: płacz, złość, tendencja do ucieczki od tej informacji. Stanowi temu towarzyszą także poczucie pustki lub wewnętrznego zamętu, zaburzenia koordynacji działań, objawy fizjologiczne (np. zaburzenia ciśnienia, oddechu, zaburzenia łaknienia, żołądkowe, snu). Zachowanie osoby przeżywającej żałobę często można scharakteryzować w kategoriach reakcji na silny i długotrwały stres. Wśród przeżywanych emocji można wymienić: niepokój, smutek, żal, gniew, poczucie winy, bezradność. W początkowym okresie występuje mechanizm zaprzeczania temu, co się wydarzyło lub też osoby zachowują się tak, jakby osoba zmarła jeszcze była z nimi. Psychiczny stan odrętwienia spełnia ważną funkcję obronną - jest sposobem uniknięcia całkowitego załamania, pozwala przetrwać najtrudniejszy okres i zmierzyć się z przykrymi obowiązkami związanymi z pogrzebem [15,16].

expression of feelings or their absence and is associated with strong mechanisms of denial and repudiation.

In case of *delayed (deterred) grief* the typical signs emerge only some time after the funeral. The characteristic symptoms for this type of grief comprise, inter alia, purposeless activity, aggravating social alienation, pathological identification with the deceased, hostility against the deceased, other persons involved in death or the course of the disease or against oneself [6,17,18].

Many studies indicate that there is close interdependency between the experience of grief and somatic, psychosomatic or psychological disorders. The authors Riley et al. have found considerable attenuation of somatic health among patients who have suffered grief upon child loss at the initial stages upon the analysis of the experienced grief in terms of medical issues, with the condition of mothers improving over time and of the fathers – growing worse [19]. Depression is a relatively common symptom developing especially at the onset of the grieving process and is to be treated as the expression of natural pain after the loss of a loved one. According to the experts in the research on grief, grief may be so intense and prolonged that meets the criteria of some of the mental diseases by the standards of DSM-IV or ICD-10 [1]. particular caution should be taken with respect to the stance to the effect that pathological grief should be considered in terms of extreme stress (PTSD) as well as with regard to the account by which grief is counted among reactive depressions. The findings show that the risk of developing mental disorders that require hospitalization in the mothers who have lost a child as opposed to women who are free from such an experience, is markedly elevated within the first five years of the child's death and, in particular, throughout the initial year [20].

REACTIONS TO CHILD LOSS

The reactions to the traumatic circumstances of losing a significant other develop in three stages: emotional, cognitive and behavioral. The first typical reaction to the news of the death of a loved one is shock, disbelief and numbness with the following emotional responses: cry, anger, tendency to escape from the piece of information. This state is also accompanied by the feeling of emptiness or internal chaos, ill-coordinated actions, physiological symptoms (e.g. abnormal pressure, and breathing, appetite, gastric and sleep disorders). The behavior of a person in mourning may be often characterized in terms of a massive and long-term stress reaction. Among the emotions felt the following may be named: distress, sorrow, regret, anger, blame, helplessness. In the initial period there settles in the mechanism of denial of what has happened or the persons involved act as if the deceased were still among the living. The mental state of numbness serves an important protective purpose – it is a way of evading a complete mental breakdown, it allows to survive the

Wheeler, badając pierwsze reakcje na informację o śmierci dziecka, wykazał szczególne nasilenie emocji strachu, gniewu, goryczy, psychicznego bólu i poczucia winy. Smutek, choć wymieniany przez rodziców, określany był, jako uczucie o mniejszym natężeniu. Emocjonalne reakcje często opisywane były przez rodziców, jako ekstremalne (uczucie fizycznego bólu, rozdarcia serca, agonii). Rozpacz po stracie dziecka jest tak silnym uczuciem, że wielu rodziców w tym momencie myśli o swojej śmierci, wręcz życzy jej sobie, by móc połączyć się z ukochaną osobą i złagodzić swój ból [10].

Na formę i przebieg żałoby istotny wpływ ma rodzaj śmierci dziecka - czy była to śmierć nagła i niespodziewana, czy też poprzedzała ją długa, wypełniona cierpieniem choroba. W przypadku przewidywanej, oczekiwanej śmierci przeżywanie uczuć właściwych żałobie ma miejsce jeszcze przed rzeczywistym zgonem. Zjawisko to, zwane antycypacją żałoby, umożliwia stopniowe żeganie się rodziców z dzieckiem i w ten sposób przygotowuje ich na traumatyczną sytuację straty. Wynikiem antycypacji żałoby może być także odczucie ulgi po śmierci dziecka, szczególnie, gdy zgon poprzedzony był długotrwałą, ciężką chorobą [5,10,21,22]. W przypadku straty dziecka w okresie okołoporodowym uczucie ulgi najczęściej ujawnia się w sytuacji, gdy u płodu stwierdzono nieprawidłowości rozwoju, bądź gdy ciąża była niepożądana [10,22].

W późniejszym okresie (faza dezorganizacji) występują objawy w znacznej mierze charakterystyczne dla depresji, której towarzyszy niepokój, lęk, rozpacz, koncentracja myśli i wspomnień na zmarłej osobie, żal, zmęczenie, zatracenie poczucia bezpieczeństwa. Nierzadko pojawia się gniew, pozbawione realnego uzasadnienia poczucie odpowiedzialności za zaistniałą sytuację i poczucie winy. Dokonują się zmiany w obrazie własnej osoby, formułowane są pytania o charakterze egzystencjalnym i religijnym [12]. Wśród objawów wegetatywnych często występują brak apetytu, bezsenność lub na odwrót - nadmierne łaknienie, niepokój ruchowy, objawy lęku i paniki. Charakterystyczną i często powtarzającą się reakcją u rodziców jest obsesyjne rozpamiętywanie okoliczności śmierci dziecka. Często towarzyszy temu pojawianie się intruzyjnych obrazów umierania ukochanej osoby [5, 21]. Obsesyjne rozpamiętywanie pojawia się, także u tych rodziców, którzy nie mogli być świadkami śmierci dziecka oraz nie widzieli ciała. Specyficzną sytuacją sprzyjającą tworzeniu wyobrażeń (najczęściej negatywnie wyolbrzymionych) jest poronienie lub strata dziecka w okresie okołoporodowym, kiedy często brakuje jakichkolwiek dowodów realnego życia i śmierci dziecka. Z wielu badań wynika, że możliwość fizycznego kontaktu z dzieckiem przed, jak i po śmierci oraz pozostawienie pamiątek po dziecku (fotografia USG, wstążeczka identyfikacyjna) umożliwia urealnienie osoby dziecka i jest podstawowym warunkiem pełnego przeżycia żałoby [14,23-25]. Niemniej jednak zalecając rodzicom

worst and confront the distressing duties related with the funeral service [15,16].

In his study on the first responses to news of a child's death, Wheeler demonstrated a particularly strong intensity of fear, anger, bitterness, mental pain and blame. Sorrow, although mentioned by parents, was depicted as less intense. The emotional reactions commonly described by parents as extreme featured the sense of physical pain, being torn apart and agony. The despair upon child loss is so intense a feeling that many parents ponder their own death thereupon, even wish for it in order to join with the loved one and alleviate the pain [10].

The form and course of grief significantly depends on the type of death the child suffers - whether it is sudden and unexpected or preceded by long-term disease filled with suffering. In case of a prolonged expected death the feelings typical of grief are experienced prior to the actual loss. This phenomenon, called grief anticipation, enables to gradually let go of the child by the parents and prepares for the traumatic circumstances of death. What results from anticipated grief may be relief upon the death of a child, particularly if brought about by a prolonged severe disease [5,10,21,22]. In case of child loss in the perinatal period, relief is shown if the fetus has been found out to be malformed or if the pregnancy is unwanted [10,22].

At a later stage (disorganization phase) the symptoms are more evocative of depression that is typically accompanied by distress, anxiety, despair, focus of thoughts and memories on the deceased, regret, fatigue, loss of the sense of safety. It is not rare for anger to appear as well as unjustified feeling of responsibility and blame for the emergent situation. Changes in the self-image follow, there arise questions of existential and religious nature [12]. Among vegetative symptoms common are loss of appetite, insomnia or, conversely, excessive appetite, motor distress, anxiety and panic. The characteristic and common recurrent reaction in parents is the obsessive dwelling on the circumstances of the child's death, often accompanied by intrusive images of the dying of a loved one [5, 21]. Obsessive dwelling develops in those parents who could not witness the death of their child or could not see its body. The specific circumstances that contribute to the formation of intimations (usually negatively distorted) involve miscarriage or the loss of a child in the perinatal period when there is little evidence of the child's actual living and its death. According to many studies, physical contact with the child prior to death as well as once it happens and the safekeeping of tokens of the child's existence (USG image, identification band) enables to realize the reality of the child and is a prerequisite of the fully embracing grief [14,23-25]. However, caution should be taken when advising the parents to bid farewell to the child through seeing it and physical exposure to it in view of the numerous factors that may affect the mental stance of the parents.

pożegnanie dziecka poprzez zobaczenie go i fizyczny z nim kontakt należy zachować ostrożność ze względu na wiele czynników, które mogą w znaczny sposób zmieniać ich sytuację psychologiczną.

Reakcji obsesyjnego rozpamiętywania towarzyszy często także zjawisko idealizowania obrazu dziecka poprzez podkreślanie jego zalet i umniejszanie wad. Niektórzy rodzice ujawniają dążenie do podtrzymania więzi ze zmarłym dzieckiem poprzez odwiedzanie miejsc i przetrzymywanie przedmiotów z nim związanych. Czasem zachowania takie są znacznie nasilone i mogą budzić niepokój wśród osób wspierających.

Wśród rodziców przeżywających żałobę po stracie dziecka obserwuje się różne rodzaje wytrwałej aktywności, by dowiedzieć się jak najwięcej o przyczynach zgonu. Dążenie do wyjaśnienia wszystkich aspektów sytuacji śmierci dziecka jest naturalnym i uzasadnionym procesem, gdyż częściowo zaspokaja potrzebę zrozumienia rzeczywistości i poczucia kontroli nad wydarzeniami, pozwala zmniejszyć strach przed powtórzeniem się traumatycznej sytuacji straty w przyszłości [24]. Obawa przed powtórzeniem się sytuacji straty potomstwa może manifestować się poprzez zachowania kompulsywne polegające na ochronie pozostałych dzieci. Rosenblatt, analizując relacje wśród członków rodziny po stracie dziecka, wykazał u rodziców silną tendencję do zachowania ochronnego i nadopiekuńczości w stosunku do pozostałych dzieci. Zachowania takie mogą przyjąć wiele form, np. zwiększoną czujność, gotowość do natychmiastowego reagowania na najmniejsze przesłanki pojawiającego się problemu, podporządkowywanie osobistych potrzeb wszystkim potrzebom dzieci [12].

Śmierć dziecka w rodzinie, jest szczególnie bolesnym i brzemiennym w skutkach doświadczeniem. W istotny sposób wpływa na funkcjonowanie systemu rodzinnego i może stanowić zagrożenie dla trwałości związku partnerów. Badania wykazały, że zmiany w relacjach między rodzicami po stracie dziecka mogą mieć dwojaki charakter: zmiany pozytywne, które są efektem zbliżenia się do siebie w procesie wzajemnego wspierania, oraz zmiany negatywne, które mogą stanowić o poważnym kryzysie małżeńskim [26,27]. Problemy wśród współmałżonków są najczęściej konsekwencją indywidualnego, często innego przebiegu procesu żałoby u każdego z partnerów, odmiennych sposobów radzenia sobie w trudnej sytuacji oraz zaburzonej komunikacji uczuć. Stosunkowo często obserwowanym wśród ojców mechanizmem radzenia sobie z trudną sytuacją straty dziecka jest zablokowanie procesu przeżywania żałoby poprzez zaangażowanie się w pracę. W odbiorze osób postronnych strategia taka często oceniana jest, jako konstruktywna, wspomagająca proces radzenia sobie. Jednak w miarę upływu czasu symptomy żałoby nasilają się. Ujawnia się niepokój emocjonalny, tendencja do ograniczania kontaktu z innymi ludźmi, a nawet myśli samobójcze. Matki odczuwają większą potrzebę rozmowy o śmierci dziecka

The reaction of obsessive dwelling is accompanied by the phenomenon of idealizing of the child's image by means of underscoring its virtues and belittling the vices. Some parents evince the yearning to sustain the bond with the child by revisiting the sites and objects that bear a relation to the child. Sometimes such behaviors gain intensity and may be disconcerting for the persons providing support.

Among the parents suffering grief upon child loss various perseverant types of activity is seen that is oriented towards investigating as much as possible about the cause of death. The endeavor to explain all the aspects of the child of a child is a natural and justified process as it partially fulfills the need to come to terms with reality and regain control over one's life, it allows to alleviate the fear of the recurrence of the traumatic circumstances of loss in the time to come [24]. The fear of the recurrence of the loss of offspring may manifest itself through compulsive behaviors involving the protection of the surviving children. Rosenblatt, upon analyzing the relationships between the members of the family who have suffered a child loss, has shown a strong tendency of the parents to secure safety of the remaining children and acting in an over-protective way. Such behaviors may take on numerous forms such as augmented alertness, readiness to react on minor signs of an emerging problem, subordinating all one's needs to the needs of children [12].

The death of a child within the family is a particularly painful experience, fraught with consequences. It significantly affects the functioning of the family system and may pose a threat to the stability of the partnership relation. Findings show that the alterations concerning the parental relations following child loss may have a dual character: positive in the wake of the closeness arising from showing mutual support and negative that may further lead to a serious marital crisis [26,27]. Problems encountered by spouses usually arise from the individual course of the grieving process experienced by each of the partners, different coping strategies in the face of challenging circumstances and dysfunctional emotion communication. A relatively common coping strategies elaborated by the fathers in the aftermath of losing a child is the inhibition of grief through the engagement in work. This strategy is often-times considered to be constructive and successful as a means of coping by onlookers. However, the symptoms of grief tend to aggravate with time. What comes to the fore are emotional distress, limited social interactions and even suicidal thoughts. The mothers feel a greater need to talk about their child's loss and experience the grieving process more intensely at the initial stages.

i intensywniej przeżywają żalobę w początkowym okresie. W sytuacji, gdy współmałżonek koncentruje się na pracy, kobiety przeżywające żalobę czują się osamotnione i opuszczone w swym nieszczęściu. Poczucie braku wsparcia często prowadzi do wzajemnego obwiniania się i konfliktów. Brak konstruktywnego rozwiązywania trudności może prowadzić do wzajemnego poczucia niezrozumienia, emocjonalnego oddalenia się, współmałżonków i w konsekwencji do rozpadu małżeństwa [28].

SPECYFIKA DOSWIADCZEŃ RODZICÓW W SYTUACJI STRATY DZIECKA W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM

Dziecko pojawia się w rodzinie nie tyle w chwili urodzenia, ale już w momencie poczęcia. To z pozoru banalne określenie uświadamia, że utrata ciąży w odczuciu rodziców, w szczególności matki, wiąże się z doznawaniem przeżyć charakterystycznych dla procesu żaloby po stracie bliskiej osoby. Istnieje jednak pewna specyfika doświadczeń doznawanych przez kobiety w sytuacji poronienia lub straty dziecka w okresie okołoporodowym, na które warto zwrócić uwagę.

Pierwszą reakcją kobiety na najczęściej zaskakującą ją sytuację utraty ciąży jest szok, niedowierzenie (czasem zaprzeczanie) oraz odrętwienie emocjonalne z następującymi płaczem i złością, tendencją do ucieczki od tej informacji [14,29]. Odczucia niedowierzenia i odrętwienia ujawniają się wypowiedziach: „nie mogę w to uwierzyć...”, „to jakby okropny sen, w którym biorę udział...”, „czuję się, jakbym oglądała koszmarny film, który oglądam z boku, chciałabym go wyłączyć, ale nie mogę...”. Mogą wystąpić również zachowania ujawniające tendencje do podtrzymania przez kobietę kontaktu z utraconym dzieckiem: „czasem odruchowo kładę rękę na brzuchu, jakby dziecko tam jeszcze było...”. Wśród emocji takich jak: niepokój, smutek, żal, gniew, bezradność, stosunkowo często pojawiają się, także poczucie winy, wstyd, poczucie niepełnej wartości, na skutek czego może nastąpić obniżenie samooceny i poczucia własnej wartości. Poczucie winy najczęściej wiąże się z tendencją do obarczania się odpowiedzialnością za zaistniałą sytuację. Tendencja taka wynika z naturalnego dążenia człowieka do zrozumienia i uzasadnienia otaczającej go rzeczywistości. Natomiast w sytuacji, gdy nie ma jednoznacznej zewnętrznej przyczyny utraty ciąży kobiety wykazują tendencje do poszukiwania przyczyny utraty ciąży w sobie (swoim ciele, swoim zachowaniu) [23,24,30]. Jako przykład irracjonalnego przekonania o odpowiedzialności za śmierć dziecka można przedstawić wypowiedź jednej z pacjentek, która utraciła ciążę około 20 hbd: „ja myślę, że to przeze mnie, bo ciąża była dla mnie zaskoczeniem i na początku ja nie chciałam tego dziecka”.

Identyfikacja przyczyny utraty ciąży, poprzez odbarczenie z poczucia odpowiedzialności, w znaczny spo-

Faced with their spouses focusing on work, they feel lonely and abandoned in their misfortune. The failure to provide support leads to mutual blame and conflicts. The inability to find a constructive solution may spur the sense of mutual misunderstanding and emotional distance and, in effect, marriage disintegration [28].

THE PARTICULAR EXPERIENCES OF PARENTS ENCOUNTERING CHILD LOSS IN THE PERINATAL PERIOD

The child's advent in a family is marked not by its birth but by its conception. This apparently trivial statement allows to embrace the fact that the loss of an unborn child is associated with the grieving experience typical after the loss of a loved one for the parents, and particularly for the mother. However, women show a specific profile of the survival of miscarriage or the loss of child in the perinatal period that should be brought to attention.

The first reaction of a woman to this often surprising event of miscarriage is shock, disbelief (sometimes denial) as well as emotional numbness with consecutive cry and anger, tendency to escape from the news [14,29]. The feelings of disbelief and numbness may be vented in the utterances such as “I can't believe it...”, “it seem to be some freakish nightmare that I am a part of...”, “I feel as if I were watching a dreadful movie that I am watching from the side but cannot turn it off...”. Other behaviors that may develop reveal the woman's need to maintain contact with the deceased child: “I sometimes inadvertently put my hand on my belly as if the child were still there...”. Among emotions such as distress, sorrow, regret, anger, helplessness relatively common are also the following: blame, shame, sense of incomplete value that induce lower self-esteem and self-criticism. Blame is most commonly associated with the tendency to take responsibility for the emergent situation. This tendency stems from the natural human endeavor to understand and substantiate surrounding reality. In an instance of the absence of an unequivocal external reason behind miscarriage, women tend to look for the cause in themselves (their bodies, behavior) [23,24,30]. The utterance of a patient who lost her child around 20 hbd may serve as an illustration of an irrational conviction of the accountability for the death of a child: “I think I am to blame, it's because of me, since this pregnancy came as a surprise and, initially, I didn't want this child.”

The establishment of the reason behind miscarriage, through the removal of the burden of responsibility, may significantly reduce the blame experienced by women, while the fulfillment (at least partial) of the need to understand reality and have control over one's life permits to alleviate the fear of the recurrence of such an incident in the future [13,29,24].

sób może zmniejszyć poczucie winy doznawane przez kobiety; natomiast zaspokojenie (przynajmniej częściowe) potrzeby zrozumienia rzeczywistości i poczucia kontroli nad wydarzeniami pozwala zmniejszyć strach przed powtórzeniem się sytuacji w przyszłości [13,29,24].

Doświadczenia kliniczne w pracy z pacjentkami po poronieniu pokazują, że czas trwania ciąży determinuje natężenie reakcji przywiązania matki do osoby dziecka, a tym samym wpływa na natężenie i jakość przeżyć w odpowiedzi na utratę ciąży. W ocenie kobiet łatwiej im pogodzić się z utratą ciąży w I trymestrze, gdy jeszcze sama ciąża jest bytem w pewnym stopniu „abstrakcyjnym” (tzn. brak widocznych oznak jej istnienia) i dopiero rozpoczyna się proces uświadamiania sobie realności istnienia dziecka oraz jego akceptacji w ciele i w życiu rodziny. Wraz z rozwojem ciąży pojawiają się nowe doświadczenia, takie jak odczuwanie ruchów dziecka, coraz bardziej intensywna komunikacja z dzieckiem, bardziej skonkretyzowane wyobrażenia, marzenia, plany i nadzieje związane z oczekiwanymi narodzinami. Wymienione elementy, w przypadku utraty zaawansowanej ciąży, oceniane są jako bardzo trudne, wpływające na zwiększenie natężenia doświadczonego smutku i żalu [22]. W przypadku ciąży zagrożonej w większości przypadków kobieta ponosi wysiłek związany z leczeniem (hospitalizacja, reżim łóżkowy). Wśród pacjentek, które poniosły znaczny wysiłek w związku z utrzymaniem ciąży, a jednak poroniły, stosunkowo często ujawnia się silne poczucie żalu, niesprawiedliwości, bezradności, złości. Opisane emocje wyrażane są poprzez wypowiedzi takie jak: „*po co to wszystko było, cały ten wysiłek...*”, „*tak się starałam...*”, „*to niesprawiedliwe, niektóre kobiety wcale nie dbają o ciążę, ani o dziecko i mają, a ja tak bardzo chciałam...*”.

Doświadczenie utraty ciąży rzutuje na sposób przeżywania przez kobietę kolejnej ciąży. Silne napięcie emocjonalne oraz lęk przed powtórzeniem się sytuacji straty ujawniają się najczęściej do tego tygodnia rozwoju ciąży, w którym kobieta utraciła poprzednią ciążę, przy czym najsilniejsze negatywne emocje odczuwane są w „kulminacyjnym” tygodniu, w którym nastąpiła utrata. W przypadku poronień nawykowych można zaobserwować, także specyficzny mechanizm obronny polegający na zadaniowym traktowaniu ciąży przez kobietę – koncentrowaniu się na medycznych aspektach przebiegu ciąży, zachowywaniu dystansu w stosunku do osoby dziecka, a także duża ostrożność w zakresie wyobrażeń i planów związanych z dzieckiem.

POMOC RODZICOM PO STRACIE DZIECKA

Wsparcie społeczne określane jest, jako przejawy troski ze strony otaczających osób, które swoim zachowaniem mogą wzmacniać lub utrudniać prawidłowy przebieg żałoby [22]. Zachowania, które nie pomagają, a niejednokrotnie utrudniają radzenie sobie z trudnymi

The clinical findings obtained from the work with patients after miscarriage show that the duration of gestation determined the intensity of the maternal attachment to the child and, as a consequence, of the intensity and actuality of the response to miscarriage. As evaluated by the women themselves, it is easier to come to terms with the loss of the fetus in the I term whereupon the embryo itself is viewed as “abstract” to a degree (i.e., without visible tokens of existence) and the very process of realizing the actuality of the child’s existence is only inchoating as well as is the process of its acceptance as a part of the maternal body and the family life. Along with the development of pregnancy, novel experiences ensue such as the child’s movements, more intense communication with the child, more specific understanding, dreams, plans and hopes related to the anticipated delivery. The above-mentioned elements are seen as extremely challenging if an advanced embryo is lost and contribute to the intensity of sorrow and regret [22]. In case of a threatened pregnancy, the woman usually bears the burden of the effort oriented towards treatment (hospitalization, bed-ridden regime). Among the patients who have gone to considerable lengths to maintain the pregnancy and were unfortunate enough to miscarry all the same, the feelings of regret, injustice, helplessness and anger are relatively common. The emotions depicted are expressed in utterances such as “*the whole trouble, the effort, it was pointless...*”, “*I have strived so much...*”, “*it’s unjust, some women don’t care about their pregnancy or babies and still have a child and I wanted it so much...*”.

The experience of miscarriage projects upon the manner of surviving any future miscarriage. A strong emotional tension as well as the fear of the recurrence of such circumstances are usually manifested since the week the woman has lost her previous child, with the most intense affects evinced in the “apex” week of the previous miscarriage. In case of habitual miscarriages, it may be observed that the particular protective mechanism developed by the woman consists in a task-oriented attitude toward the pregnancy – focusing on the medical aspects of the course of gestation, distancing oneself from the humanity of the child as well as considerable caution towards the intimations and plans associated with the child.

GRIEF SUPPORT FOR PARENTS UPON CHILD LOSS

Social support is defined as the expression of concern on the part of immediate environment that though their behavior may either facilitate or hamper the course of grieving [22]. The types of behavior that fail to help and oftentimes hinder the management of challenging experiences feature, among other things, pessimistic attitude, lack of empathy, stating critical comments, avoidance of interaction with the person in need of assistance. Positive social support facilitates coping

przeżyciami, charakteryzują się m. in. pesymistycznym nastawieniem, brakiem empatii, udzielaniem krytycznych uwag, unikaniem kontaktu z osobą potrzebującą pomocy. Pozytywne wsparcie społeczne wspomaga radzenie sobie w traumatycznych sytuacjach i chroni zdrowie [psychiczne i fizyczne] od negatywnych konsekwencji straty.

Zachowania podtrzymujące, przejawiane przez rodzinę, przyjaciół, czy personel służby zdrowia, zawierają trzy komponenty: emocjonalny, informacyjny i instrumentalny. Wsparcie emocjonalne obejmuje budowanie empatycznej i opartej na zaufaniu relacji; wspomaganie tworzenia naturalnej grupy wsparcia; pomoc rodzicom w akceptacji, wyrażaniu i odreagowywaniu negatywnych uczuć; akceptację ich zachowania; przekazywanie wiary w naturalne siły i zdolności terapeutyczne rodziny do poradzenia sobie z trudną sytuacją; zachęcanie do wzajemnego wspierania. Warunki umożliwiające werbalizowanie i okresowe odreagowanie silnych emocji gniewu, lęku, żalu, poczucia winy wspomagają powrót do równowagi psychicznej, umożliwiają także kobiecie wyrażenie i zastanowienie się nad najbardziej nurtującymi ją dylematami, np. czy powinna uczestniczyć w pochówku, jak należy rozmawiać o stracie ze starszymi dziećmi [8,23]. Badania wykazały, że wielu rodziców spostrzega rozmowę na temat śmierci dziecka, jako pomocną, kojącą ich smutek, choć niewątpliwie trudną i wywołującą wiele silnych reakcji emocjonalnych [22]. Niezbędnymi czynnikami udzielenia właściwego wsparcia emocjonalnego jest okazanie kobiecie zrozumienia i akceptacji jej odczuć, przyzwolenie na wyrażanie negatywnych emocji. Niewystarczający zasób umiejętności w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem oraz komunikacji interpersonalnej może powodować, iż część osób z personelu medycznego może udzielać jatrogennych komunikatów (najczęściej w wyniku dobrych intencji). Przykładem mogą stanowić następujące wypowiedzi: „*jesteś młoda, jeszcze będziesz miała dziecko*”, „*takie małe ciężko często lecą*”, „*najlepiej o tym nie myśleć*”, które są zaprzeczeniem i negowaniem powagi sytuacji, a także mogą wzbudzać/pogłębiać negatywne emocje (złość, żal, poczucie niezrozumienia).

Niezmiernie ważne jest także zapewnienie warunków zapewniających intymność, umożliwienie kontaktu z osobami najbliższymi. Zapewnienie warunków intymności w znacznym stopniu może uchronić kobietę przed dodatkową traumą, jaką stanowi hospitalizacja w otoczeniu innych kobiet ciężarnych bądź matek opiekujących się noworodkami. Natomiast obecność partnera znacznie obniża poziom lęku odczuwanego przez kobietę, zmniejsza jej poczucie osamotnienia, a wspólne przeżycie straty może zacieśnić relacje pomiędzy małżonkami. [12,17,23,24,29,30]. Warto nadmienić, że śmierć dziecka jest wydarzeniem wpływającym na wielu członków rodziny: pozostałe dzieci rodziców tracących dziecko, a także na dziadków. Umiejętność wzajemnego wspierania się tych osób jest

with traumatic instances and protects health [both physical and mental] against the negative aftermath of loss.

Supportive behaviors shown by the family, friends or health care personnel comprise three components: emotional, informative and instrumental. Emotional support involves moulding a relationship based on empathy and trust, assistance in the creation of a natural support group; help for parents in showing acceptance, expressing and venting negative emotions, the acceptance of their comport, conveyance of the faith in the natural powers and properties of family in coming to terms with a difficult situation, encouragement to providing mutual support. Circumstances that are conducive to the verbalization and occasional venting of the strong emotions ranging from rage, through anxiety, regret, to blame help regain mental equilibrium as well as articulate and ponder the grave dilemmas encountered by the woman such as the attendance of the funeral service and the choice of communication means concerning the loss with older children [8,23]. Research reveals that many parents see intercourse about the loss of their child as helpful and appeasing, though challenging and provocative of a manner of strong emotional responses [22]. The indispensable factors of providing an appropriate emotional support for the woman is to show understanding and acceptance of their emotional reaction as well as consent for the expression of negative emotions. Insufficient resources for stress management and interpersonal communication may lead to some of the staff issuing iatrogenic utterances (usually out of benevolent intentions). Illustrations of such utterances are: “*you’re young, you will have another child*”, “”, “*such undersized embryos are readily miscarried*”, “*it’s best not to give it a second thought*”, all of which are a negation and denial of the solemnity of the circumstances and may lead to or aggravate negative emotions (anger, regret, sense of not being understood).

It is of utmost importance to ensure the settings of intimacy, allowing for the contact with significant others. Securing intimacy may to a major degree protect the woman against additional trauma arising from the hospitalization among pregnant women or mothers attending to their newborns. What is more, the presence of the partner decreases the level of anxiety and loneliness, while the common survival of loss may tighten the bonds between spouses [12,17,23,24,29,30]. It is noteworthy that the death of a child is an event that affects many family members: the other children of the parents who have lost their child as well as grandparents.

czynnikiem znacznie usprawniającym prawidłowy przebieg żałoby i powrót do równowagi psychicznej po doznanej traumie [31].

Ważnym elementem udzielania wsparcia rodzicom po stracie dziecka w okresie okołoporodowym jest umożliwienie im pożegnania dziecka poprzez zobaczenie go i fizyczny z nim kontakt. Badania wykazują, że dokonanie pożegnania (poprzez kontakt z ciałem zmarłego bądź symboliczne) wpływa na doznawanie przez rodziców mniejszego natężenia smutku na późniejszych etapach żałoby [11]. Chociaż jest to niewątpliwie doświadczenie bardzo trudne, którego rodzice obawiają się, jednak większość z nich ujawnia potrzebę takiego pożegnania. Ważność omawianego aspektu ilustruje poniższy przykład:

Pacjentka, lat 26 od pierwszej doby połogu objęta wsparciem psychologicznym ze względu na stresogenną sytuację wcześniactwa i hospitalizacji dziecka w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym z powodu wad u płodu. Obserwowalny nastrój obniżony reaktywnie na sytuację, wysoki poziom lęku, niepokoju i wewnętrznej napięcia w związku z niepewnością odnośnie stanu zdrowia dziecka. Zaawansowany proces antycypacji żałoby (negatywna diagnoza w okresie prenatalnym). Po zgonie dziecka obserwowane reakcje charakterystyczne dla sytuacji starty bliskiej osoby (I-II faza żałoby); podwyższony lęk i wewnętrzne napięcie związane z antycypacją niemożliwości realizacji potrzeby pożegnania się z dzieckiem (zobaczenia go, dotknięcia). Znaczne obciążenie psychiczne stanowiła dla pacjentki obecność intruzyjnych, negatywnych obrazów widocznej wady dziecka (widok z okresu okołoporodowego). Na pytanie, czy widziała dziecko, odpowiada: „*Nie, widziałam ją tylko przez chwilę, jak ją zabierali. Pamiętam tylko ten wielki guz na plecach, i tą małą rączkę. Nie mogę przestać o tym myśleć*”. Jednym z elementów udzielanego wsparcia psychicznego było towarzyszenie rodzicom w trakcie pożegnania z dzieckiem. Na pytanie, czy pacjentka potrzebuje wsparcia psychologicznego w trakcie pożegnania, odpowiedziała: „*Bardzo tego chcę, ale bardzo się tego boję. Gdyby mogła Pani z nami pójść, będziemy bardzo wdzięczni*”. W trakcie pożegnania z dzieckiem rodzice ujawnili silną potrzebę przytulenia dziecka, a także zatrzymania po nim jakiegoś drobiazgu – pamiątki, jednak trudno im było zwerbalizować te potrzeby. Naprowadzające pytania psychologa w znaczny sposób ułatwiły im realizację doznawanych potrzeb. Jednym z ważniejszych aspektów możliwości zobaczenia dziecka, w opinii matki, było zobaczenie twarzy dziecka – fakt ten wpłynął na znaczne zmniejszenie intensywności negatywnego obrazu widocznej wady dziecka, pojawiającego się od okresu porodu.

Techniki odreagowywania negatywnych emocji powinny być stosowane w dalszych fazach przeżywania żałoby. Bezpośrednio po traumie bardzo pożądane jest wsparcie informacyjne; niejednokrotnie wskazana jest także farmakoterapia (leki uspokajające, nasenne),

The ability of providing mutual support by the persons involved is a factor that significantly facilitates a normal course of the grieving process and the recovery of mental equilibrium after the experienced trauma [31].

Of great import when providing support for parents upon child loss in the perinatal period is to enable them to bid farewell to the child through seeing her or him and physical contact. Research findings show that a farewell (by means of physical contact with the body of the deceased or symbolically) is conducive to less intense sorrow at the further stages of grief [11]. Although the experience is bound to be challenging and is dreaded by parents, most reveal the need to go through it. The significance of the procedure may be shown in the case description below:

A patient aged 26, provided with psychological support from the first day of labour due to the stress-inducing circumstances of preterm delivery and hospitalization at the Children's Clinical Hospital as a result of fetal defects. The woman evinced dysphoria in response to the circumstances, high level of anxiety, distress and internal tension due to the uncertainty concerning the condition of the child. An advanced stage of anticipating grief (negative diagnosis in the prenatal period). Upon the death of the child reactions typical of the loss of a loved one (I-II phase of grief); increased level of anxiety and internal tension associated with the anticipated failure to fulfill the need to bid farewell to the child (see it, touch it). What taxed the mental condition of the woman was the intrusive negative images of the visible malformation of the child (image from the perinatal period). Asked if she had seen the child, she responded: “*No, I have only glanced at her when she was being taken away. I remember but the huge bump on her back and the tiny arm by its side. I can't stop thinking about it.*” One of the aspects of the psychological support offered to the parents was accompanying them during the farewell with the child. In response to the question whether the patient requires psychological support during the farewell, she said: “*I want it very much but I am so afraid. We would appreciate it very much if you could accompany us.*” During the farewell with the child the parents manifested a strong need to embrace the child and to keep a token in remembrance but they struggled to verbalize their needs. The guidance of the psychologist have greatly facilitated the fulfillment of those needs. One of the most significant aspects of seeing the child, according to the mother, was the opportunity to see the child's face that have alleviated the intensity of the negative image of the visible malformation of the child that had lingered since the delivery.

The strategies of venting negative emotions should also be implemented at the consecutive stages of grieving. The instant after trauma informative support is desired, oftentimes pharmacological therapy is also recommended (sedatives, sleep-inducing medicines) in order to alleviate anxiety, intrusive images, insomnia

aby zmniejszyć nasilenie lęku, intruzyjnych obrazów, bezsenności, objawów depresyjnych [5]. Wsparcie informacyjne polega na przekazaniu rzetelnej, uczciwej i ścisłej wiedzy o przyczynach choroby i śmierci. Tego rodzaju wsparcia w znacznej mierze może udzielić personel medyczny przekazując rodzicom informacje o przyczynach zgonu dziecka, jego cierpieniu (np. czy dziecko czuło ból), podejmowanych procedurach medycznych. Należy zaznaczyć, iż zgodnie z nowymi przepisami, obowiązującymi od 20 stycznia 2007 roku, w przypadku dzieci urodzonych martwo lub w przypadku poronienia rodzice mają prawo otrzymać akt urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu dziecka, co umożliwi dokonanie pochówku bez względu na czas trwania ciąży. W przypadku trudności z ustaleniem płci płodu stosowana jest procedura „uprawdopodobnienia płci”. Kobięcie po poronieniu/urodzeniu dziecka martwego przysługuje prawo do urlopu macierzyńskiego w wymiarze 8 tygodni, czyli połowy wymiaru urlopu przysługującego po urodzeniu dziecka żywego [32,33].

Wsparcie instrumentalne odnosi się do udzielania praktycznych wskazówek, rad i pomocy w wypełnianiu spraw formalnych związanych ze zgonem dziecka (uregulowanie spraw urzędowych, nabywanie trumny, organizowanie pogrzebu, kupowanie kwiatów) [9,22].

Powrót do zdrowia osoby przeżywającej żałobę obejmuje uznanie śmierci osoby bliskiej, jako realnego faktu; odzyskiwanie kontroli nad swoimi przeżyciami, które stają się mniej intensywne i uporczywe; zgodę na odejście ukochanej osoby; zrezygnowanie z dawnych ról pełnionych w relacji ze zmarłym; zaakceptowanie wielu zmian we własnej tożsamości; sprawniejsze funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych; stosowanie bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie w odmiennej psychospołecznie sytuacji, w której brak bliskiej osoby. Bardzo ważne w tym okresie jest zachowanie wspomnień. Wspominanie jest formą uczczenia zmarłej osoby, a jednocześnie pełni funkcję zachowania ciągłości między przeszłością a przyszłością [16,27]. Utrata bliskiej osoby wiąże się z przeżywaniem kryzysu wartości i przekonań. Zakwestionowanie lub odrzucenie dotychczasowego systemu wartości jest wynikiem silnego dysonansu poznawczego, który powstaje w sytuacji braku logicznego wytłumaczenia zaistniałych wydarzeń. Podważenie/załamanie dotychczasowej postawy filozoficznej i religijnej osób przeżywających żałobę skłania je do poszukiwania na nowo znaczenia życia i śmierci. Wheeler stwierdza, że akceptacja powszechności i nieodwracalności śmierci jest niezbędnym warunkiem powrotu do zdrowia [10].

PODSUMOWANIE

Strata dziecka dotyka rodziców w różnych okresach małżeństwa i cyklu życia rodziny. Żałoba rodzicielska jest równie intensywna po śmierci niemowlęcia, kilkunastoletniego dziecka, czy dorosłego już potomka. Zawsze wywołuje intensywny żal i wnosi chaos w życie rodziców. Powoduje utratę obiektu przywiązania, mi-

and depressive symptoms [5]. Informative support consists in the conveyance of reliable, honest and strict knowledge concerning the etiology of the disease and death. This support should be provided by the medical staff by means of informing the parents of the causes of the death of a child and its suffering (e.g. Whether the child felt pain) and the medical procedures undertaken. It should be underscored that, in keeping with the novel regulations in effect since January 20, 2007, parents are entitled to a Birth Certificate with an annotation of stillbirth in case of still birth or miscarriage that permits for interment irrespective of the duration of gestation. In the event of uncertain fetal sex, the procedure of “probable sex determination” is launched. The woman upon stillbirth/miscarriage is entitled to maternal leave of up to 8 weeks, equivalent to half the duration of the leave in case of normal delivery [32,33].

Instrumental support concerns the provision of practical hints, advice and assistance with respect to formal issues related to the death of a child (attending to administrative duties, coffin purchase, funeral arrangement and flowers purchase) [9,22].

The recovery of a person in grief involves the acknowledgment of the passing away of a loved one as an actual fact, recovery of control over one's emotions that become less intense and perseverant, embracing the fact of the loss of a loved one, abandonment of the roles played toward the deceased, the acceptance of the many alterations in one's own personality, greater efficacy in interpersonal relations, implementation of more efficient ways of coping in the changed psycho-social circumstances in the absence of a loved one. It is of utmost importance to keep memories at this stage. Remembrance is a way of paying tribute to the deceased and, simultaneously, serves as a link between the past and the future [16,27]. The loss of a loved one is associated with a crisis of values and beliefs. The denial or rejection of the heretofore held axiological system is an effect of a grave cognitive dissonance that ensues in the absence of a logical explanation of what has happened. The rebuttal/collapse of the heretofore manifested philosophical and religious attitude of grieving individuals prompts them to revisit the issues of the sense of life and death. Wheeler claims that the acceptance of the universality and irreversibility of death is a necessary condition of recovery [10].

SUMMARY

The loss of a child affects parents at various stages of marriage and the familial life cycle. Parental grief is equally intense upon the loss of a newborn as a teen child or adult offspring. It is bound to trigger intense regret and wreaks havoc in the lives of parents. It causes the loss of an object of attachment, love and a source of energy, the forfeit of expectations and hopes related with the future of the family and the perishing of the

łości i źródła energii, utratę oczekiwań i nadziei związanych z przyszłością rodziny, utratę najważniejszego celu życia. Narusza rozumienie sensu życia, gdyż dziecko zapewnia poczucie ciągłości istnienia i zapewnia rodzicom pewien rodzaj nieśmiertelności [17]. Dla osieroconych rodziców kontynuowanie własnego życia wydaje się w tej sytuacji wręcz niemożliwe, a obsesyjne pytanie „dlaczego?” nie opuszcza ich ani na chwilę. Wsparcie psychologiczne wspomaga naturalny przebieg procesu żałoby i powrót do zdrowia. Formy pracy z osobą przeżywającą żałobę obejmują terapię indywidualną, rodzinną oraz uczestniczenie w grupach wsparcia [34]. Uczestnictwo w terapii umożliwia zrozumienie symptomów oraz poznanie przebiegu całego procesu doznawania smutku i żalu; sprzyja redukcji lęku spowodowanego zupełną utratą kontroli nad własnym życiem; przywraca nadzieję i ufność, że przyszłość znów kiedyś przyniesie radość, spokój, ukojenie w cierpieniu.

predominant life goal. It distorts the understanding of the sense of life as a child ensures a sense of the continuity of existence and secures a kind of parental immortality [17]. For the bereaved parents carrying on seems unfeasible and the obsessive query “Why?” won’t let go even for a minute. Psychological support facilitates the natural course of grief and recovery. The forms of cooperation with a grieving individual cover individual, familial therapy and participation in support group work [34]. Participation in a therapy allows to embrace the symptoms and the course of the entire process of experiencing sorrow and regret; contributes to the reduction in anxiety caused by the complete loss of control over one’s life, retrieves hope and reliance that the future still holds joy, peace and solace in suffering.

Piśmiennictwo / References:

1. **Starzomska M.** Patologiczna żałoba w standardowych systemach klasyfikacyjnych oraz dotyczące jej implikacje prewencyjne przy wykorzystaniu Berlińskiego Paradigmatu Mądrości. *Psychiatria Polska* 2002; 36/3:385-392.
2. **Blazer D, Steffens D, Busse E.** (eds.), Thompson LW, Kaye JL, Tang PCY, Gallagher-Thompson D. Textbook of Geriatric Psychiatry. 3rd ed. *American Psychiatric Press*. Washington. 2004.
3. **Arnold J, Gemma PB.** The continuing process of parental grief. *Death Studies* 2008;32,7:658-673.
4. **Romanoff BD.** When a child dies: special considerations for providing mental health counseling for bereaved parents. *Journal of Mental Health Counseling* 1993;15/4:384-393.
5. **Badura-Madej W, Hennel-Brzozowska A.** Interwencja kryzysowa i psychoterapia w przypadku traumatycznej żałoby po śmierci dziecka wskutek zabójstwa. *Psychoterapia* 1999;110,3:35-46.
6. **Libera A, Oleszczuk J.** Psychologiczna sytuacja rodziców po stracie dziecka. Przykłady opisów literackich. W: Loch E, Wallner G. Między literaturą a medycyną. Cz. 2. Problemy psychologiczne ludzi cierpiących w badaniach interdyscyplinarnych. *Norbertinum* Lublin. 2007:127-135.
7. **Kleszcz-Szczyrba R.** Dynamika wsparcia w okresie żałoby u kobiet po stracie współmałżonka. W: Popiołek K. (red.). Człowiek w sytuacji zagrożenia. Kryzysy, katastrofy, kataklizmy. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura Poznań. 2001:223-243.
8. **Cowles KV.** Cultural perspectives of grief: an expanded concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1996;23:287-294.
9. **Dyga-Konarska M.** Pediatria wobec śmierci dziecka-zadania, postępowanie. *Standardy Medyczne Lekarza Pediatri* 2003;5/6:1128-1132.
10. **Wheeler J.** Parental bereavement: the crisis of meaning. *Death Studies* 2001;25,1:51-66.
11. **Wijngaards-de Meij L, Stroebe M, Schut H et al.** Parents grieving the loss of their child: independence in coping. *British Journal of Clinical Psychology* 2008; 47,1: 31-42.
12. **Rosenblatt PC.** Recovery following bereavement: metaphor, phenomenology, and culture. *Death Studies* 2008; 32,1:6-16.
13. **Paszowski T.** Patologia wczesnej ciąży. *Wydanie IZT* Lublin 2004.
14. **Ritsher JB, Neugebauer R.** Perinatal Bereavement Grief Scale: distinguishing grief from depression following miscarriage. *Assessment* 2002;9(1): 31-40.
15. **Badura-Madej W.** (red.). Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby. Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej Collegium Medicum UJ. Kraków. 1993.
16. **Silverman P.** *Widow to widow.* Springer. New York. 1986.
17. **Ostoja-Zawadzka K.** Żałoba w rodzinie. W: de Barbaro B. (red.): Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. UJ Kraków 1999:91-96.
18. **Winch B.** Żałoba - stan psychicznej normy. *Essentia Medica* 2003;4:102-103.
19. **Riley LP, LaMontagne LL, Hepworth JT, Murphy BA.** Parental Grief responses and personal growth following the death of a child. *Death Studies* 2007; 31,4:277 - 299.
20. **Li J, Laursen T, Precht D et al.** Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *New England Journal of Medicine* 2005;352,12:1190-1196.
21. **Bishop GD.** Psychologia zdrowia. ASTRUM, Wrocław, 2002.
22. **Laakso H, Paunonen-Ilmonen M.** Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing* 2002;11,2:176-185.
23. **Kędziora S.** Postępowanie psychoterapeutyczne wobec pacjentek z niepowodzeniami położniczymi. *Klin Perinat Ginekol* 1996;supl. XIII:188-192.
24. **Kornas-Biela D.** Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym. W: Bielawska-Batorowicz E, Kornas-Biela D. (red.). Z zagadnień psychologii prokreacji. KUL, Lublin, 1993:61-74.
25. **Kornas-Biela D.** Wokół początku życia ludzkiego. PAX, Warszawa, 2002.
26. **Ogryzko-Wiewiórkowska M.** Rodzina w obliczu śmierci: studium socjologiczne. UMCS. Lublin 1992.
27. **Sanders CM.** Jak przeżyć stratę dziecka. GWP, Gdańsk, 2001.
28. **Gilbert KR, Smart LS.** Coping with Infant or Fetal Loss. The Couple's Healing Process. Brunner/Mazel. New York. 1992.
29. **Capitulo KL.** Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *The American Journal Of Maternal Child Nursing* 2005;30(6):389-396.
30. **Kraśnianin E, Nowosad M, Semczuk A.** Przeżycia psychiczne kobiet po przebytych poronieniu samoistnym. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2006;4 (17):141-144.
31. **White DL, Walker AJ, Richards L.** Intergenerational family support following infant death. *International Journal of Aging & Human Development* 2008; 67,3: 187-208.
32. DzU 2007 r. nr 1, poz. 9.
33. DzU 2007 r. nr 1, poz. 10.
34. **Reilly-Smorawski B, Armstrong AV, Catlin EA.** Bereavement support for couples following death of a baby: program development and 14-year exit analysis reprinted from *Death Studies* 26:21-37. *Neonatal Intensive Care* 2002;15,7:40-47.