

Bernadetta Janusz¹, Joanna Jurek^{1,2}, Karolina Dejko-Wańczyk¹

PROCES ŻAŁOBY PO UTRACIE DZIECKA Z PERSPEKTYWY TEORII KONTYNUOWANIA WIĘZI: SYSTEMATYCZNE STUDIUM PRZYPADKU

THE GRIEVING PROCESS AFTER CHILD LOSS FROM THE PERSPECTIVE OF THE CONTINUING BONDS THEORY: A SYSTEMATIC CASE STUDY

¹Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

²Młodzieżowa Poradnia Profilaktyki i Terapii „Poza Iluzją”, Warszawa

**continuing bonds theory
stages of grief
systematic case study**

Streszczenie

Autorki opisują przeżycia matki związane z żałobą po stracie dziecka. Opis przypadku jest ilustracją problemu badawczego, jakim jest proces żałoby z perspektywy teorii kontynuowania więzi oraz zdolności do mentalizacji. Zgodnie z teorią kontynuowania więzi, więź ze zmarłym jest początkowo manifestowana silną potrzebą fizycznej bliskości, stresem związanym z separacją oraz psychologicznym protestem przekształcającym się z czasem w rozpacz. W sytuacji prawidłowego przebiegu procesu żałoby osoby przeżywające utratę przechodzą do fazy reorganizacji polegającej na ustanowieniu więzi psychologicznej. Dlatego celem analizy badawczej było ustalenie, które poruszane tematy związane z opisem śmierci i przeżywaniem żałoby odnoszą się do fizycznych, konkretnych sposobów radzenia sobie (charakterystycznych dla pierwszych etapów żałoby), a które do stanów mentalnych wskazujących na reorganizację doświadczenia straty. Prezentowany opis przypadku jest częścią szerszego projektu badań rodziców po śmierci dziecka.

Summary

The authors present the grief of a mother after the loss of her child. This case study is an illustration of the research problem of the mourning process from the perspective of the continuing bonds theory and the ability to mentalize. According to the theory, the bond with the deceased is initially manifested by a strong need for physical closeness, stress associated with separation and a psychological protest that evolves over time into despair. In the situation of a proper mourning process, the people who experience the loss move on to the reorganization phase, consisting in the establishment of a psychological bond. Therefore, the aim of the research analysis was to determine which topics related to the description of death and experiencing grief refer to physical, specific ways of coping (characteristic of the first stages of mourning), and which refer to mental states indicating the reorganization of the experience of loss. This case study is part of a larger project investigating parents after their child's death.

Wprowadzenie

Żałoba po utracie dziecka

Celem artykułu jest przybliżenie Czytelnikowi konceptualizacji żałoby z perspektywy teorii więzi oraz zilustrowanie opisu przykładem z badań. Śmierć dziecka jest doświadczeniem prowadzącym do najbardziej zdeorganizowanego przebiegu żałoby w porównaniu z reakcjami na śmierć innych bliskich osób [1, 2]. Żałoba ta może trwać do końca życia rodzica [3, 4], stanowi ona również czynnik ryzyka zakłócenia emocjonalnego rozwoju pozostałych dzieci w rodzinie [5]. Z tego względu przeżywanie żałoby po śmierci dziecka, szczególnie wtedy, gdy proces ten jest utrudniony lub zablokowany, wymaga szczególnej uwagi badaczy oraz klinicystów.

Silny stres związany ze stratą prowadzi do aktywacji strategii regulacyjnych charakterystycznych dla systemu przywiązania [6–8], przy czym system ten obejmuje w takim samym zakresie dziecko, jak i rodzica [9]. Dotyczy to między innymi dążenia do utrzymania kontaktu fizycznego lub jego ponownego nawiązania w momencie separacji [10, 11].

Proces żałoby z perspektywy teorii więzi

Zarówno Bowlby, jak i inni badacze z nurtu teorii utrzymywania więzi [6, 9, 12–14] uważają, że reakcja rodzica na śmierć dziecka przebiega w podobny sposób, jak reakcja dziecka na separację z obiektem przywiązania. Stres separacyjny rodzica objawia się wówczas w podobnym nasileniu, jak u dziecka, prowadząc do aktywacji mechanizmów regulacji emocjonalnej. Rodzaj mechanizmu regulacyjnego zależy od dominującego wzorca więzi. Mary Ainsworth wyróżniła cztery wzorce więzi: więź ufna (bezpieczna), odrzucająca (lękowo-unikająca), zaabsorbowana (lękowo-ambiwalentna) oraz z nierozwiązaną traumą (zdeorganizowana) [8]. Wiąż ufna cechuje się możliwością przeżywania i myślenia o uczuciach związanych z utratą. Odrzucający wzorzec więzi wiąże się z dezaktywacją systemu przywiązania i unikaniem przeżywania smutku i żałoby, obronnym wycofaniem i rezygnacją z zachowań podtrzymujących więź [6, 15, 16]. Nasilony lęk, jak i zachowania unikające wiążą się również z większym ryzykiem patologicznej żałoby oraz wystąpieniem przedłużonych objawów depresyjnych po utracie bliskiej osoby [17]. Z kolei wzorzec zaabsorbowany (ambiwalentny) wiąże się z byciem nadmiernie pochłoniętym utratą, z jednoczesną niemożnością przeżycia uspokojenia. Nadmiernie zależna relacja z figurą przywiązania w życiu dorosłym, charakterystyczna dla lękowo-zaabsorbowanego stylu przywiązania, prowadzi do utrzymywania się stanu „psychologicznego alarmu”, który wyraża się przez nawracające myśli o zmarłym (ruminacje), unikanie wszystkiego, co kojarzy się z utratą [18] oraz zaprzeczenie jej nieodwracalności [19]. Wiązany z nierozwiązaną traumą wzorzec zdeorganizowany skutkuje brakiem spójnej strategii regulacyjnej i niemożnością przeżycia straty.

Teoria kontynuowania więzi w procesie żałoby

Teoria kontynuowania więzi wyrasta zarówno z koncepcji Johna Bowlby’ego, jak również nawiązuje do obserwowanego w wielu kulturach utrzymywania więzi ze zmarłym, stanowiącego naturalny sposób adaptacji do zaistniałej utraty [20]. Jej centralnym

założeniem jest uznanie, że konstruktywne przekształcenie więzi, a nie jej zamknięcie, jest adekwatną reakcją na śmierć osoby bliskiej [9, 21]. Z perspektywy omawianej teorii zablokowanie procesu żałoby wiąże się z niemożnością przekształcenia dotychczasowej więzi z bliskim zmarłym [6, 22]. Może się to przejawiać w utrzymywaniu lub wręcz narastaniu zachowań związanych z kontynuowaniem fizycznej bliskości z nim [9].

Pierwszy okres po utracie opisywany jako **faza protestu** [6] charakteryzuje się silną tęsknotą, protestem wobec rozstania i dążeniem do odtworzenia fizycznej bliskości [23, 24]. Jednostka bowiem nie w pełni uznaje nieodwracalność utraty, co przejawia się między innymi pragnieniem (przymusem) odwiedzania miejsc, w których bywała utracona osoba, używaniem rzeczy należących przed śmiercią do niej czy też tendencją do błędnego spostrzegania, dostrzegania jej twarzy w tłumie, mylnego rozpoznawania płynących z otoczenia dźwięków jako głosu osoby zmarłej czy odgłosu jej kroków [9, 23, 25]. Strategie tego typu przynoszą czasową ulgę czy też doraźnie regulują emocje, ale stosowane niezmiennie przez miesiące, a nawet lata stają się psychologicznie dezorganizujące, jako że nawracające próby ponownego ustanawiania fizycznej bliskości nie mogą być ostatecznie efektywne [26]. W konsekwencji mogą one wtórnie uruchamiać tendencję do unikania wszystkiego, co przypomina zmarłą osobę, prowadząc do występujących naprzemiennie objawów intruzji (wtargnięcia wspomnień) oraz zachowań unikających [27]. Zanikanie opisanych zachowań w okresie kilku miesięcy od śmierci osoby bliskiej jest przejawem stopniowego uznawania nieuchronności utraty [28].

W **fazie rozpacz** osoba będąca w żałobie doświadcza głębokiego smutku i wycofania, co jest związane ze stopniowym uznawaniem nieodwracalności utraty [9]. Niepowodzenia dążenia do chwilowego doznawania fizycznej bliskości prowadzą do poczucia bezradności [29]. Ból utraty związany jest wówczas z występowaniem, a nawet nasileniem zachowań zmierzających do podtrzymania fizycznej więzi przy jednoczesnym stałym poczuciu nieobecności osoby zmarłej.

W ostatnim etapie, określanym jako **faza reorganizacji**, istnieje szansa na przemianę pragnienia fizycznego połączenia się z osobą zmarłą w więź o charakterze psychicznym. Dzieje się to w procesie internalizacji, czyli uwewnętrznienia osoby bliskiego zmarłego [9]. Niektóre zachowania związane z kontynuowaniem więzi, takie jak pozostawianie rzeczy osoby zmarłej, traktowane są w tej fazie jako utrzymywanie obiektów przejściowych umożliwiających doświadczenie częściowego połączenia ze zmarłym, przy jednoczesnym budowaniu doświadczenia jego psychicznej czy duchowej obecności [9, 30]. Zmarły staje się bowiem obiektem identyfikacji, zaczyna stanowić ważną część autobiografii osoby będącej w żałobie i jest traktowany jako kluczowy obiekt podtrzymywania dziedzictwa rodzinnego i kulturowego [9, 20].

Badania wskazują na współistnienie strategii podtrzymywania więzi ze strategiami związanymi z odłączaniem się od utraconego obiektu. Matki, które poroniły lub dokonały aborcji opisują zarówno strategie utrzymywania więzi (rozmawianie z dzieckiem, nadawanie mu imienia, przechowywanie rzeczy, np. koszuli nocnej, którą miały na sobie w szpitalu), jak również strategie odłączania się od dziecka (wypieranie się go, uznawanie, że dziecko nie należało do nich oraz zapominanie, że ono istniało) [13]. Wykazano również różnice w sposobach utrzymywania więzi ze zmarłym dzieckiem pomiędzy rodzicami, którzy przeżywają żałobę w sposób zdeorganizowany (nasiloną depresyjność, nawracające

myśli o śmierci dziecka) i tymi, którzy lepiej radzą sobie z przechodzeniem tego stanu. Ci pierwsi w fazie internalizacji nie uwewnętrzniają pozytywnych cech swojego dziecka [12]. Oznacza to, że nie są oni w stanie się z nimi zidentyfikować ani też doświadczać pozytywnych uczuć wtedy, kiedy je wspominają.

Oprócz możliwości regulowania emocji, dzięki odniesieniu się do zinternalizowanego obiektu przywiązania, istotnym osiągnięciem fazy reorganizacji jest uzyskanie głębszego rozumienia swoich zachowań i postaw obecnych we wcześniejszych fazach żałoby. Tego rodzaju możliwość wiąże się między innymi ze zdolnością przeżywania świata, siebie samego i relacji z innymi w kategoriach stanów mentalnych, czyli zdolnością do mentalizowania [31].

Mentalizowanie

Mentalizowanie definiowane jest jako zdolność do rozumienia zachowań swoich i innych osób w perspektywie stanów mentalnych, czyli uczuć, myśli, pragnień [31]. Zdolność do mentalizowania umożliwia opisanie własnych przeżyć emocjonalnych oraz ich regulację [32]. Z jednej strony mentalizowanie pełni funkcję mechanizmu regulacji emocjonalnej, a z drugiej skuteczność działania tegoż mechanizmu zależy od poziomu przeżywanego napięcia. Silne pobudzenie emocjonalne obniża możliwości świadomej i kontrolowanej refleksji nad przeżyciami oraz uruchamia procesy szybkiego i automatycznego przetwarzania informacji. Mediatorem związków pomiędzy pobudzeniem a możliwością utrzymania postawy refleksyjnej jest styl przywiązania. Osoby o bezpiecznym stylu przywiązania tracą zdolność do refleksji później oraz szybciej ją odzyskują niż osoby o lękowym lub zdeorganizowanym typie więzi [33]. Opisane prawidłowości są szczególnie znaczące w kontekście doświadczenia śmierci bliskiej osoby, które stanowi jedno z najtrudniejszych doświadczeń emocjonalnych oraz silnie aktywuje system przywiązania [6, 34].

Celem przedstawionego w tej pracy opisu przeżyć matki po śmierci dziecka jest powiązanie żałoby z opisem jej zdolności do mentalizowania. Jako metodę badawczą wybrano systematyczne studium przypadku [35, 36]. Tego rodzaju metoda jest stosowana w projektach odpowiadających na sprecyzowane pytania badawcze, zarówno w ilościowych, jak i jakościowych metodach analizy danych. Jej kluczowym elementem jest również współpraca zespołu badawczego, w którym razem dyskutuje się wyniki.

Metoda

Cel badania

Badanie miało charakter eksploracyjny. Jego główne pytanie badawcze brzmiało: W jaki sposób zdolność do mentalizowania wiąże się z przeżywaniem żałoby, jak również z możliwością opowiedzenia o przeżyciach związanych z utratą na przestrzeni czasu? Głównym celem analizy badawczej było ustalenie, które poruszane tematy związane z opisem śmierci i przeżywaniem żałoby odnoszą się do fizycznych, konkretnych sposobów radzenia sobie (charakterystycznych dla pierwszych etapów żałoby), a które odnoszą się do stanów mentalnych (charakterystycznych dla późniejszych etapów żałoby związanych z akceptacją oraz reorganizacją doświadczenia). Drugim celem było ustalenie, w jakim stopniu

retrospektywna opowieść na temat przeżywania śmierci dziecka i okresu żałoby cechuje się ciągłością oraz w jakim stopniu osoba badana ma świadomość zmian i przekształceń, które nastąpiły w kolejnych trzech latach po śmierci dziecka. Prezentowany poniżej opis przypadku jest częścią szerszego projektu badań rodziców po śmierci dziecka.

Osoba badana

Wybór przypadku Pani A. był związany z jej zdolnością do opisywania swoich doświadczeń w sposób swobodny, obszerny i spontaniczny, co dało większą możliwość dostępu do jej indywidualnej narracji. Badana sama rozwijała i wносиła nowe wątki związane z przeżywaniem żałoby po śmierci córki z powodu wady genetycznej w wieku 10 miesięcy 4 lata przed badaniem. Respondentka w chwili badania miała ponad 30 lat, była matką półrocznego syna. Miała wyższe wykształcenie, pracowała zawodowo, miała dobrą relację ze swoim partnerem, zarówno w chwili badania, jak i w okresie poprzedzającym śmierć dziecka oraz w czasie żałoby. Zarówno przed, jak i po badaniu respondentka uczestniczyła w grupie wsparcia prowadzonej przez hospicjum dziecięce.

Narzędzia badawcze

1. Wywiad dotyczący doświadczenia choroby i śmierci dziecka

Na potrzeby projektu badawczego skonstruowano wywiad składający się z dziesięciu pytań, z których pięć dotyczyło śmierci dziecka i następujących po niej przeżyć osoby badanej. (Jak Państwo/Pani/Pan pamięta okres związany ze śmiercią Waszego dziecka? Czy jesteście Państwo/ Pani/Pan w stanie opisać to, co się wtedy działo? Co się działo po pogrzebie, jak wyglądały najbliższe dni/tygodnie/miesiące? Czy Państwo/Pani/Pan może opisać zachowania/przeżycia/myśli związane ze zmarłym dzieckiem? Jak one zmieniały się w czasie? Które momenty po śmierci dziecka były najtrudniejsze? Co było wtedy dla Państwa/Pani/Pana pomocne?).

2. Wywiad do Badania Przywiązania u Osób Dorosłych

Ocena zdolności do mentalizowania polega na analizie narracji uzyskanej w ramach Wywiadu do Badania Przywiązania u Osób Dorosłych (ang. *Adult Attachment Interview* — AAI)[37]¹. AAI jest wywiadem częściowo ustrukturuowanym, którego pytania dotyczą doświadczeń w relacji z opiekunami z okresu dzieciństwa, ich wpływu na dalszy rozwój oraz na oceny tych relacji z perspektywy osoby dorosłej.

Metody analizy

Analiza tematyczna

Analizie tematycznej poddany został wywiad dotyczący doświadczenia choroby i śmierci dziecka w celu ustalenia głównych, powtarzających się tematów w wypowiedzi badanej [38]. W prezentowanym przypadku zostało zastosowane podejście esencjalistyczne, jako

¹ Polska wersja językowa wywiadu autorstwa Karoliny Dejko-Wańczyk i Bernadetty Janusz.

że celem badania był opis doświadczeń, znaczeń i retrospektywnie przeżywanej rzeczywistości doświadczenia żałoby. Należy mieć jednak świadomość tego, że nie można uniknąć częściowego konstruowania znaczeń w rozmowie, w trakcie samej procedury wywiadu [39, 40].

W analizie tematycznej „temat” jest rozumiany jako wątek, który obejmuje i ilustruje znaczącą (z perspektywy zadanego pytania badawczego) treść zawartą w danych. W prezentowanym przypadku zastosowano teoretyczny, dedukcyjny rodzaj analizy danych [40]. W pierwszym etapie kodowania zostało zastosowane podejście semantyczne, co oznacza, że kategorie zostały nazwane poprzez odczytanie wprost znaczenia wypowiedzi. Na etapie grupowania kategorii w główne tematy analiza była przeprowadzana w oparciu o nadawanie znaczenia pojawiającym się wzorcom wypowiedzi [41].

Zastosowane etapy analizy danych: 1. wyróżnienie wstępnych kodów (kategorii) z uwzględnieniem przede wszystkim semantycznego znaczenia wypowiedzi badanej; 2. pogrupowanie kodów według ich znaczenia — na tym etapie włączono teoretyczny aspekt kodowania; 3. pogrupowanie kodów w taki sposób, aby utworzyły główne tematy, które są istotne z perspektywy pytania badawczego; 4. etap sprawdzania, na ile kody zawarte w tematach są wewnętrznie spójne, ostateczne przegrupowanie kodów i ustalenie, które tematy będą stanowić końcowy etap analizy.

Celem zapewnienia rzetelności kodowania dwie pierwsze autorki artykułu wykonały trzy pierwsze etapy analizy danych. Czwarty etap, polegający na uporządkowaniu kategorii w kierunku ich wewnętrznej spójności i ostatecznym wyłonieniu tematów, został przeprowadzony przez pierwszą i trzecią autorkę artykułu.

Skala Funkcjonowania Refleksyjnego

Celem oceny zdolności do mentalizowania narracja uzyskana w ramach Wywiadu do Badania Przywiązania u Osób Dorosłych analizowana jest za pomocą Skali Funkcjonowania Refleksyjnego (SFR; ang. *Reflective Functioning Scale*) [43]. SFR składa się z czterech kryteriów oceny zdolności refleksyjnej: (a) Świadomości natury stanów mentalnych; (b) Wyraźnego wysiłku wkładanego w rozumienie zachowań w odniesieniu do stanów mentalnych; (c) Uwzględnienie aspektów rozwojowych i systemowych; (d) Uwzględnienie stanów umysłu pojawiających się w kontekście wywiadu i relacji z osobą prowadzącą wywiad. Oceny dokonuje się na 11-stopniowej skali od 1 (postawa anty-refleksyjna) do 9 (wyjątkowo wysoki poziom funkcji refleksyjnej). Przeciętny poziom zdolności do mentalizowania u osób zdrowych (bez diagnozy zaburzeń psychicznych lub zaburzeń osobowości) wynosi 5 [42].

Procedura badawcza

Po wstępnym nawiązaniu kontaktu, przedstawieniu celu badania i wyrażeniu pisemnej zgody przez osobę badaną przeprowadzony został półstrukturywany wywiad dotyczący doświadczenia choroby i śmierci dziecka. Rozpoczęła go pytanie otwarte „Bardzo proszę, aby Pani/Pan opowiedziała o swoim zmarłym dziecku”, w dalszej kolejności zadawane były pytania otwarte dotyczące przebiegu żałoby. Po zakończeniu tej części badania przeprowadzony został drugi wywiad według protokołu Wywiadu Przywiązania u Osób Dorosłych. Oba wywiady zostały nagrane oraz później poddane transkrypcji celem analizy. Osoba badana wyraziła pisemną zgodę na użycie danych do celów naukowych.

Wyniki

Zdolność do mentalizacji

W badaniu zdolności do mentalizacji uczestniczka uzyskała wynik RF = 5. Oznacza to, że ma ona zdolność nadawania znaczenia swoim doświadczeniom, myślom i uczuciom oraz ma spójny model swoich doświadczeń. Jej opisywana zdolność nie obejmowała jednak bardziej złożonych aspektów relacji interpersonalnych, takich jak konflikty wewnętrzne czy ambiwalencja. Była ona w stanie uwzględnić perspektywę rozwojową i wynikającą z niej zmiany sposobu doświadczania relacji z bliskimi osobami. Analiza pokazała, że osoba badana ma bardziej złożony obraz swojej relacji z własnymi dziećmi niż ze swoimi rodzicami (figurami przywiązania) z okresu dzieciństwa. Najwyżej ocenione aspekty dotyczyły relacji ze zmarłym dzieckiem i przeżywania żałoby oraz przeżyć związanych z separacją z dziećmi. W obydwu aspektach poziom funkcji refleksyjnej został oceniony na RF = 7 (bardzo wysoki poziom). Poziom mentalizacji relacji z figurami przywiązania oceniony został na RF = 4–6 (przeciętny — wysoki poziom zdolności do mentalizowania).

Wyniki analizy tematycznej

W wyniku przeprowadzonej analizy tematycznej wyróżniono główne tematy: świadomość zachodzących zmian i przekształceń (12); doświadczanie fizycznej obecności dziecka w konkretnych miejscach (11); detaliczny opis okoliczności śmierci (10); reakcje na otoczenie społeczne (7); refleksja nad przeżyciami w momencie śmierci (6); opis stanów emocjonalnych i sposobów radzenia sobie (5). Cztery spośród wyróżnionych tematów głównych odnoszą się bezpośrednio do pytań badawczych prezentowanej analizy, a zatem zostaną szczegółowo zdefiniowane i przedstawione poniżej.

Detaliczny opis okoliczności śmierci (10): Wyróżniony temat obejmuje kategorie cechujące się bardzo szczegółowym opisem tego, co się wydarzyło. Składające się na niego kategorie zawierają odniesienia do konkretnych zachowań i wypowiedzi, które w sposób detaliczny opisują następstwo kolejnych wydarzeń po sobie. Tego rodzaju wypowiedzi były silnie naładowane emocjonalnie. Nie były one poddawane komentarzowi ani refleksji. *I ona [pielęgniarka] jechała, i jechała, i jechała, nie wiem, to musiała być godzina 19. I ona jechała i jechała... Ja w międzyczasie zadzwoniłam do męża, żeby wrócił do domu z tej pracy szybciej. I było tak, że mąż wrócił i my poszliśmy do sypialni, siedzieliśmy, leżeliśmy razem z nią [córką] na łóżku naszym. I w końcu ta pielęgniarka przyjechała. Kiedy mąż schodził po nią na dół, otworzyć jej drzwi, brać te wszystkie tam sprzęty i ja wyszłam i on, M wyszedł, i ja wyszłam na chwilę z pokoju, żeby otworzyć te górne drzwi tutaj, bo one się zatrzasnęły, czy coś. To były sekundy. I jak wróciłam do niej to już widziałam, że ona po prostu, no to po pierwsze, nie oddychała, to jest pierwsza rzecz. Po drugie miała bardzo takie szkliste oczy i no nie wiem, po prostu byłam przekonana, że po prostu traci oddech, tak? No i ta pielęgniarka nic, to znaczy nic nie była w stanie, ona po prostu nic nie zrobiła.*

Doświadczanie fizycznej obecności dziecka w konkretnych miejscach (11): Na wyróżniony temat składają się kategorie zawierające opis konkretnych miejsc (dom, grób) i przedmiotów (zdjęcia), które przywołują obecność dziecka czy też dają poczucie przebywania razem z nim. Intensywne odnoszenie się do potrzeby przebywania w tych

miejscach oraz obcowania z przedmiotami pojawia się szczególnie w pierwszych miesiącach po śmierci (badana odnosi się do konkretnych punktów w czasie). Opuszczenie danego miejsca (np. dłuższy wyjazd z domu) czy niemożliwość obcowania z przedmiotami generuje stres, ponieważ dane miejsce skojarzone jest z obecnością dziecka. *W domu ona jest najbardziej z nami. Cały czas, praktycznie biorąc. Teraz już nie myślę tak bardzo o tym, ale były miesiące, nie wiem ile to trwało, czy to miesiące, czy w latach liczyć, że ja po prostu do niej mówiłam; I czuję ją bardziej tutaj, niż na cmentarzu. Natomiast, natomiast na cmentarzu też jest tak, że, no to jest też tak, no tak bardzo namacalne. Bo zdjęcie stoi, tak samo jak i tutaj, tak?*

Refleksja nad przeżyciami w momencie śmierci (6): Temat zawierający kategorie obejmujące opisy przeżyć i potrzeb dokonane z perspektywy czasu, uwzględniające złożoność przeżywania (świadome decyzje, automatyczne reakcje). Kategorie zawierają odniesienia do zmian własnych stanów psychicznych w tamtym czasie, umieszczają opisywane przeżycia w kontekście innych doświadczeń życiowych. *To jest jedna z najtrudniejszych w ogóle rzeczy, z takich momentów, do których... Jeden z najtrudniejszych momentów całej powiedzmy tej historii, do których, do których wracam. No i, no i wtedy tak strasznie szybko to trwało. Tak, to poszło bardzo szybko. To był taki moment, który do dzisiaj sobie właśnie cały czas wypominam, że gdybym miała tę wiedzę, którą już dzisiaj posiadam... No to wiadomo, że na pewno ze spokojem by to nie, nie było, ale odbyłoby się trochę wolniej. Na pewno wolniej bym się z nią żegnała.*

Doświadczenie kontaktu z dzieckiem w momentach stresu (8): Temat obejmuje kategorie zawierające opisy zachowań (rozmawianie z dzieckiem) i przeżyć (doznawanie ulgi poprzez spotykanie dziecka w snach) nakierowanych na doświadczenie jego obecności połączone z nadaniem znaczenia temu zdarzeniu. Doświadczenie kontaktu z dzieckiem jest związane z doznaniem ulgi, pocieszenia, uświadomienia swojego stanu i potrzeby zmiany przeżywania. *Wracałam do domu. I mówię, że mama już jest w domu, że teraz, nie wiem, zrobimy obiad. W sklepie to samo było, ciągle mówiłam w sklepie do niej, mówię, że teraz weźmiemy kapustę. Bo tak mówiłam do niej, jak po prostu siedziałyśmy przez te 10 miesięcy, tak? No bo cały czas się do dzieci mówi, tak? Ja po prostu nie przestałam do niej mówić. Na wyjeździe w górach ja tak pchałam pod górę, też znowu rycząc, wózek z córką koleżanki wtedy malutką. Pcham ten wózek, pcham, i pcham, i pcham, i pcham. Myślę sobie, Boże, dlaczego to tak jest, że ja pcham nie swoje dziecko, do cholery jasnej. I też na końcu góry, na środku samym stoi sarenka i się gapi. Gapi się i gapi. Ja normalnie koło niej przeszłam. Przeszłam. Normalnie stała, nie wiem, no 50 centymetrów ode mnie i od wózka. Jeszcze tylko tak podążyła, podążyła wzrokiem za nami. No i parę razy jeszcze później się tak zdarzyło, że widziałam sarenkę. No i ja oczywiście wtedy przestałam ryczeć, no bo to pewnie o to chodziło, żebym już sobie dała spokój. R: Dla pani to był taki znak, tak? Tak, to był dla mnie taki znak, że to znowu moja córka tutaj jest i mi się tutaj pokazuje, i mi mówi, żebym się ogarnęła.*

Świadomość zmian i przekształceń (12): Ostatni z wyróżnionych tematów zawiera opis następujących po sobie zachowań i doświadczenia określonych stanów, a jednocześnie świadomości zmian zachodzących w przeżywaniu (np. zacieranie się pamięci szczegółów doznań zmysłowych związanych z dzieckiem, zmniejszenie intensywności wściekłości i bólu). *Tak, bo ja ją po prostu w pewnym momencie przestałam, znaczy się, no wiadomo,*

że ją czułam tutaj w domu, bo cały czas o niej myślałam. Ale, no, no nie śniła mi się, tak? Chciałabym po prostu... Czas, wiadomo robi też to, że przestajesz widzieć oczami wyobraźni, nie jesteś w stanie sobie przypomnieć, odtworzyć twarzy, szczegółów twarzy, zapachu. No ale to jeszcze był też taki moment, że my naprawdę tego jeszcze tak do końca nie czuliśmy, że ona naprawdę odeszła, i ona nie wróci. Że to nie są wakacje, że ona nie wyjechała nie wiadomo gdzie i że za chwilę wróci. Tylko, że to po prostu to już nie wróci i tyle.

Podsumowanie wyników

Przeprowadzona analiza badawcza wskazuje, że matka charakteryzująca się dobrą ogólną zdolnością do mentalizacji (RF = 5) jest w stanie odnieść się do relacji ze swoim dzieckiem i do swoich przeżyć wewnętrznych. Należy jednak podkreślić, że pewne aspekty badanego doświadczenia pozostały na poziomie konkretnego odtworzenia zdarzeń. Dotyczy to szczególnie okoliczności śmierci dziecka — temat **Detaliczny opis okoliczności śmierci**. Podobnie, doznania opisane w punkcie: **Doświadczenie fizycznej obecności dziecka w konkretnych miejscach** cechowały się zarówno szczegółowością, jak i konkretnością opisu. Badana zazwyczaj sytuowała tego typu doznania w pierwszych miesiącach po śmierci dziecka, podając przy nich konkretne daty i przedziały czasowe.

Inny charakter ma temat określany jako **Opis kontaktu z dzieckiem w momentach stresu**, w którym w mniejszym stopniu były opisywane konkretne miejsca, a kontakt z dzieckiem polegał bardziej na rozmowach, snach czy też dostrzeganiu jego obecności w różnych aspektach kontaktu z przyrodą. W tym wypadku badana była w stanie dostrzec wpływ tych doświadczeń na swoje krótko- i długoterminowe reakcje emocjonalne. Podobnie, temat określany jako **Świadomość zmian i przekształceń** wskazuje, że badana była w stanie retrospektywnie opowiedzieć o zdarzeniach i swoich stanach emocjonalnych. Obszerne fragmenty jej wypowiedzi cechowały się ciągłością, czyli opisem zdarzeń i stanów mentalnych, które następowały jeden po drugim oraz wzajemnie z siebie wynikały.

Podsumowując, badana matka, charakteryzująca się dobrą ogólną zdolnością do mentalizowania, była w stanie w sposób spójny opowiedzieć o doświadczeniach związanych ze śmiercią swojego dziecka w pierwszych trzech latach po jego śmierci. Identyfikowała ona potrzebę kontaktu z miejscami i przedmiotami skojarzonymi ze zmarłą córką. Opisywała również odczucie ulgi i wewnętrznej przemiany poprzez zmieniające się formy kontaktu z nią. Wreszcie w swojej narracji sytuowała w czasie zmieniające się sposoby zachowań i stany mentalne oraz podawała niektóre przyczyny zachodzących w niej zmian.

Dyskusja wyników

Przedstawiony powyżej retrospektywny opis doświadczeń matki po śmierci dziecka, w pewnym zakresie pozwala uchwycić proces przekształcania zachowań związanych z kontynuowaniem więzi [9]. We wspomnieniach momentu śmierci oraz pierwszych tygodni po niej wyraźnie dominuje potrzeba utrzymywania więzi fizycznej. Na szczególną uwagę zasługuje opis przeżywania spotkań z postacią sarenki, co może być rozumiane jako doświadczenie kontaktu z obiektem przejściowym [30], mające z jednej strony wymiar kontaktu fizycznego, pozwalające regulować emocje, ale również wpływające na stopniową zmianę nastawienia do rozstania z dzieckiem i swojego życia.

Wydaje się, że zdolność do przeformułowania fizycznej więzi ze zmarłym dzieckiem na więź psychiczną zależy między innymi od zdolności do mentalizowania, co z kolei jest uwarunkowane gotowością do przeżywania i wyrażania swoich doznań oraz bardziej efektywną regulacją emocjonalną [31]. Regulacyjny aspekt mentalizacji jest szczególnie ważny w sytuacjach zwiększonego stresu [33], do których w sposób szczególny można zaliczyć doświadczenie śmierci osoby bliskiej [43].

Należy również uwzględnić to, że niektóre doświadczenia związane ze śmiercią dziecka są na tyle dojmujące i bolesne, że ich mentalizacja wydaje się skrajnie trudna lub w ogóle niemożliwa. W prezentowanym badaniu tego rodzaju doświadczeniem był sam moment umierania, opowieść o nim była wysycona detalicznymi ciągami zdarzeń i obrazów, które były odtwarzane jakby pozostały w całkowicie niezmiennym stanie. Pozwala to uznać, że miały one charakter traumy [43–45], która stanowi doświadczenie przekraczające możliwości regulacji emocjonalnej. Doświadczenie utraty pierwszego dziecka może również wiązać się ze szczególnie trudnymi przeżyciami — poczuciem winy związanym z niemożnością uchronienia dziecka przed śmiercią czy utratą świeżo ukształtowanej tożsamości matki. Tego rodzaju przeżycie może dodatkowo obciążać możliwości regulacyjne. Dotyczy to również osób, których ogólna zdolność radzenia sobie z emocjami oparta jest o dojrzałe i efektywne mechanizmy, jakim jest między innymi dobrze rozwinięta zdolność do mentalizacji.

Piśmiennictwo

1. McCarthy MC, Clarke NM, Lin Ting C, Conroy R, Anderson VA, Heath JA. Prevalence and predictors of parental grief and depression after the death of a child from cancer. *J. Palliative Med.* 2011; 13: 1321–1326.
2. Thieleman K, Cacciatore J. When a child dies: A critical analysis of grief-related controversies in DSM-5. *Res. Social Work Pract.*, 2014; 24(1): 114–122.
3. Dyregrov A, Dyregrov K. Long-term impact of sudden infant death: A 12 – to 15-year follow-up. *Death Stud.* 1999; 23: 635–666.
4. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007; 370:1960–1973.
5. Janusz B, Drożdżowicz L. Śmierć i żałoba w rodzinie. Oddziaływania terapeutyczne. *Psychoter.* 2013; 2(165): 45–54.
6. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and depression. New York: Basic Books; 1980.
7. Parkes CM. Bereavement: studies of grief in adult life. Londyn: Routledge; 1996.
8. Allen J. Mentalization in the development and treatment of attachment trauma. Londyn: Karnac; 2013.
9. Field NP, Gao B, Paderna L. Continuing bonds in bereavement: an attachment theory based perspective. *Death Stud.* 2005; 29: 277–299.
10. George C, Solomon J. Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. W: Cassidy J, Shaver R, red. *Handbook of attachment theory and research* New York: Guilford Press; 1999; s. 649–670.
11. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, Maciejewski PK. Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 2009; 6(8): 1–12.

12. Ronen R, Packman W, Davies B, Kramer R, Long JK. Relationship between grief adjustment and continuing bonds for parents who have lost a child. *Omega* 2010; 60(1): 1–31.
13. Ronit D, Mahat-Shamir L, Mahat-Shamir M. Mothers' continuing bond with the baby: the case of Feticide. *Qual. Health Res.*, 2017; 27(5): 665–676.
14. Parks CM. Bereavement studies of grief in adult life. International Universities Press, INC, Nowy Jork 1972: 44.
15. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books; 1969.
16. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv. Emot.* 2003; (27): 77–103.
17. Maccallum F, Bryant RA. Prolonged grief and attachment security: A latent class analysis. *Psychiatry Res.* 2018; 268: 297–302.
18. Field NP, Sundin E. The role of adult attachment in adjustment to conjugal bereavement. *J. Soc. Pers. Relat.* 2011; 18: 347–361.
19. Lai C, Luciani M, Galli F, Morelli E, Cappelluti R, Penco I, Aceto P, Lombardo L. Attachment style dimensions can affect prolonged grief risk in caregivers of terminally ill patients with cancer. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 2015; 32(8): 855–860.
20. Attig T. Relearning the world: Making and finding meanings. W: Neimeyer RA, red. *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association, 2011; s. 33–53.
21. Field NP, Friedrichs M. Continuing bonds in coping with the death of a husband. *Death Stud.* 2004; 28: 597–620.
22. Horowitz MJ. A model of mourning: Change in schemas of self and other. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1990; 38: 297–324.
23. Archer J. The nature of grief: The evolution and psychology of reactions to loss. New York: Routledge, 1990.
24. Shaver PR, Tancredy CM. Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary. W: Stroebe M, Hansson R, red. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: American Psychological Association, 2011; s. 63–88.
25. Parkes CM. Bereavement: Studies of grief in adult life. Harmondsworth, England: Pelican Books, 1998.
26. Barbato M, Blunden C, Reid K, Inwin H, Rodriguez P. Parapsychological phenomena near the time of death. *J. Palliat. Care* 1999; 15(2): 30–37.
27. Field NP, Horowitz MJ. Applying an empty-chair monologue paradigm to examine unresolved grief. *Psychiatry* 1998; 61: 279–287.
28. Grimby A. Bereavement among elderly people: Grief reactions, postbereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1993; (87): 72–80.
29. Martin L, Tesser A. Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. W: Uleman J, Bargh J, red. *Unintended thought*. New York: Guilford Press, 1989: s. 306–326.
30. Winnicott D. Obiekty przejściowe i zjawiska przejściowe. W: Zabawa a rzeczywistość. Wydawnictwo Imago, Gdańsk, 2011; s. 21–63.
31. Allen JG, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Wyd. UJ, Kraków, 2014.
32. Jurist E. Mentalized Affectivity. *Psychoanal. Psychol.* 2005; 22(3): 426–444.
33. Luyten P, Fonagy P. The neurobiology of mentalizing personality disorders: theory, research, and treatment. *Personal Disord.* 2015; 6(4): 366–379.
34. Shear M, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N i wsp. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress. Anxiety*, 2011; 28(2): 103–117.

35. Elliott R. Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychother. Res.* 2002; 12: 1–21.
36. Iwakabe S, Gazzola N. From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychother. Res.* 2009; 19(4–5): 601 – 611.
37. George C, Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview Protokół. The Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley, 1985. Polskie tłumaczenie Karolina Dejko. Konsultacja tłumaczenia Bernadetta Janusz.
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol.* 2006; 3(2): 77–101.
39. Elo S, Kääriäinen M, Kanste O, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *Sage Open* 2014; 4(1): 1–10.
40. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
41. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage, 1990.
42. Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. Reflective-functioning manual. Version 5. London: Anna Freud Centre, 1998.
43. Baddeley JL, Williams JL, Rynearson T, Correa F, Saindon C, Rheingold AA. Death thoughts and images in treatment-seekers after violent loss. *Death Stud.* 2015; 39(2): 84–91.
44. Green BL. Traumatic loss: conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *J. Person. Interperson. Loss*, 2000; 5(1): 1–17.
45. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, Keshaviah A. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 2011; 28(2): 103–117.

Adres: bernadetta.janusz@uj.edu.pl