

Wpływ nieprzeżytej żałoby w rodzinie na funkcjonowanie i rozwój dziecka

The influence of unreconciled grief in the family on the functioning and development of a child

Bernadetta Janusz¹, Lucyna Drożdżowicz²

¹Katedra Psychiatrii UJ CM

Kierownik: prof. dr hab. J. K. Gierowski

²Gabinet Prywatny

Summary

The aim of the work is to present the influence of unreconciled grief in a family for functioning and growth of a child. The paper is based on some examples of clinical work from the field of family therapy, where developmental problems of children followed their carer's inability to cope with death and bereavement. Presented cases from family therapy serve as examples of possible therapeutic interventions in such situations. They show examples of developmental disturbances and psychopathology of the child who stays in relationship with deeply bereaved intimates.

Słowa kluczowe: nieprzeżyta żałoba, rozwój dziecka, opis przypadku

Key words: unreconciled grief, development of a child, case study

Wstęp

Jednym z kluczowych tematów w pracy z rodzinami w żałobie są przeżycia dzieci. Szczególnie wtedy, kiedy utrata ma miejsce w pierwszych latach życia dziecka, a jego dalszy rozwój emocjonalny jest w znacznej mierze zależny od tego, w jaki sposób poradzili sobie z nią jego opiekunowie. W przygotowywanej obecnie nowej edycji „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V)” istnieje propozycja zwrócenia szczególnej uwagi na zakłócenia rozwojowe u dzieci i nastolatków doświadczających żałoby po utracie osoby bliskiej [1]. Prezentowane w tej pracy doniesienia kliniczne przedstawiają sytuację dzieci, które doświadczyły śmierci swojego rodzeństwa i również w swoim dorosłym życiu zmagają się z problemami rozwojowymi i zaburzeniami emocjonalnymi. W artykule podjęta zostaje refleksja nad doświadczeniem terapeutycznej pracy z rodzinami, w których znaczące okazały się bezpośrednie lub odległe konsekwencje nieprzeżytej żałoby związanej z poronieniem i śmiercią dziecka.

Żałoba w rodzinie

Używane w tym opracowaniu pojęcie „nieprzeżytej żałoby” odnosi się do zablokowania przeżywania smutku, żalu czy złości po utracie bliskiej osoby. Może to w konsekwencji znacząco wpływać na rozwój dzieci, jak również skutkować symptomami patologicznej żałoby u poszczególnych osób, takimi jak bezsenność, brak apetytu, spadek wagi ciała, poczucie smutku [2]. Inne możliwe objawy to trwające więcej niż sześć miesięcy chroniczna tęsknota i pragnienie przebywania ze zmarłym, kłopot z zaakceptowaniem śmierci, nieufność, gorycz związana ze śmiercią, trud z wprowadzaniem zmian w życiu, odrętwienie ciała, widzenie przyszłości w czarnych barwach [3].

W historii rodzin, w których spotykamy symptomy patologicznej żałoby, jak również zablokowanie jej przeżywania, istnieją często znaczące utraty [4]. Utrudniają one dzieciom przeżywanie emocjonalnej bliskości z opiekunami, co ogranicza możliwość redukcji lęku i innych negatywnych emocji wywołanych stratą, jak również stabilnego powrotu do normalnych aktywności dnia codziennego [5].

Za szczególnie trudne dla rozwoju dziecka uznawane są takie sytuacje, w których matka lub bliski opiekun dziecka jest emocjonalnie wycofany bądź doświadcza depresji w pierwszych miesiącach jego życia. Tego rodzaju stan może być związany z doświadczoną wcześniej utratą matki, np. poronieniem. Francuski psychoanalityk Andre Green [6] określa wytworzoną w tych okolicznościach strukturę psychiczną dziecka „kompleksem martwej matki”. W takim wypadku nieświadome zaprzeczanie przez dziecko uczuciom związanym z utratą emocjonalnego kontaktu powoduje, że stopniowo żałoba przechodzi w stan przewlekły. Odnosząc się do „kompleksu martwej matki” Greena, okoliczności jego powstawania Katarzyna Walewska opisuje w następujący sposób: „Brak odzwierciedlania przez matkę nieobecną psychicznie, odzwierciedlania, które jest warunkiem życia psychicznego, powoduje w obszarze nieodzwierciedlonym reprezentację pustki, zdrętwienie, „martwieć” tkanki psychicznej (poza nim ożywianej stałym przepływem energii psychicznej). Ów obszar psychicznie zdrętwiały pozostaje w dodatku nierozpoznany. Im wcześniej zaistniała ta trauma, tym trudniej zlokalizować ów stan braku w wewnętrznej przestrzeni i reprezentacji” [7].

Badania wykazały, że poczęcie nowego dziecka szybko po doznanej wcześniej utracie jest rodzajem obrony przeciwko totalnej bezradności, jak również podtrzymaniem identyfikacji w roli matki i ojca [8]. Inne doniesienia wskazują na istotną rolę rodzinnego wsparcia wobec matki, która doświadczyła utraty, np. poronienia. Obrazują one, że możliwość otrzymania wsparcia po utracie nienarodzonego dziecka w istotny sposób redukuje lęk i depresję u matek, co więcej, czynnik ten jest bardziej znaczący niż czas, który upłynął od utraty [8, 9].

Z perspektywy systemowej ważne jest również to, co po utracie dziecka dzieje się w relacji rodziców. Z badań wynika, że ojcowie stają się ogólnie bardziej skoncentrowani na pracy, a matki najczęściej przejawiają smutek i żal [10]. Zjawisko to jest opisywane również jako „gender role splitting” [11], czyli rozejście się mężczyzny i kobiety w sposobach przeżywania utraty dziecka. Polega ono na wzajemnym odcinaniu się od sposobu reagowania współmałżonka, przez co dochodzi do „emocjonalnego rozchodzenia się” pary. Taka sytuacja skutkuje brakiem wzajemnego oparcia między

partnerami, jak również utrudnia bycie blisko pozostałych dzieci. Brzemienne w skutkach bywają również sytuacje, w których dorośli w rodzinie nieświadomie zaprzeczają uczuciom zwanym z utratą. Należy do nich symboliczne „zastąpienie” zmarłej osoby, np. matki, inną osobą lub też zmarłego dziecka innym dzieckiem. Przykładem tego jest nowy związek czy urodzenie nowego dziecka, gdy proces żałoby jeszcze nie został zakończony [11].

Według Murraya Bowena [4] różne sposoby chronienia dzieci przed przeżywaniem utraty powodują, że dzieci rozwijają nierealistyczne fantazje dotyczące życia i śmierci, które utrzymują się również w ich dorosłym życiu. Uważa on [4], że rozmowy z dziećmi po śmierci osoby bliskiej wymagają otwarcia się dorosłych na każde potencjalnie zadane przez dziecko pytanie. Ta konceptualizacja znajduje swoje odniesienie w badaniach empirycznych, które pokazują, że powszechnie funkcjonują przekonania, że dzieci należy izolować od traumy związanej ze śmiercią. Skutkuje to brakiem uczestnictwa dzieci w rytuale pogrzebu, ukrywaniem przez rodziców tego, co przeżywają, a czasami nawet samego faktu śmierci bliskiego. W społeczeństwach zachodnich utrwalają się takie przekonania związane z przeżywaniem śmierci i żałoby przez dzieci, że nie przeżywają one żałoby, jeszcze nie doświadczyły prawdziwej utraty, dorośli mogą ochronić dzieci, dzieci szybko podnoszą się z żałoby, a te, które zbyt długo smucą się po śmierci osób bliskich, będą źle radzić sobie jako dorośli [12]. Istniejące badania na temat przeżywania śmierci przez dzieci nie potwierdzają tych przekonań. Poglądy te jednak wpływają w sposób znaczący na to, jak dorośli towarzyszą dzieciom w przeżywaniu utraty bliskiej osoby. Dzieci często nie są w stanie wprost okazywać żalu, co nie oznacza, że go nie przeżywają. Zazwyczaj pokazują swoje przeżycia w zabawie i określonych sposobach zachowań, np. w szkole tracą przyjaźnie, stają się bardziej impulsywne [13]. Żałoba ma u nich bowiem wymiar indywidualny, jest powiązana z ich procesami rozwojowymi. Z badań wynika, że dzieci, które otrzymały wsparcie w przeżywaniu procesu żałoby, rozwinęły mniej zaburzeń emocjonalnych w okresie dorastania [14].

Prezentacje kliniczne

Przedstawione wyżej konceptualizacje zostaną zilustrowane przykładami klinicznej pracy z rodzinami. Pierwszy z nich odnosi się do traumatycznego w przeżyciu matki poronienia. W rodzinie tej poczucie i przyjście na świat kolejnego dziecka ożywiało lęk związany z utratą poprzedniego. Konsekwencją tej sytuacji były znaczące zakłócenia więzi między matką a dzieckiem.

Rodzina S. została skierowana na terapię rodzinną przez psychiatrę córki leczącej się z powodu tendencji samobójczych, depresji, zakłóceń w podejmowaniu ról i zadań społecznych (trudności w ukończeniu szkoły). W rodzinie dochodziło do licznych napięć. Córka w okresie adolescencji poszukiwała innych znaczących kobiet w swoim życiu, które uważała za swoje matki. Przyszła ona na świat z drugiej ciąży. Pierwsze dziecko zostało poronione pod koniec ciąży. Nie miało pogrzebu, rodzice relacjonowali, że zostało pochowane „pod płótem” cmentarza. Matka pamiętała, że była wtedy sama, nie miała wsparcia w mężu, była nieakceptowana przez jego rodzinę, a co więcej, zo-

stała przez nią obwiniona za poronienie. Nie miała również wsparcia ze strony własnej matki, która była skupiona na życiu swojego syna. Druga ciąża i przyjście na świat córki aktywowało lęk i poczucie wcześniejszej utraty – tym silniejsze, że niedługo przed porodem zmarł jej ojciec, z którym była bardzo związana. Na zawał także zmarła nagle jej siostra. Między pacjentką a mężem dochodziło do silnych napięć. Uważała go ona za niewrażliwego na stan, w którym się znajdowała po porodzie. Największe zakłócenia w rozwoju córki uwydatniły się w jej wczesnej adolescencji.

Przytoczony wyżej opis odnosi się do konsekwencji zablokowania więzi pomiędzy dzieckiem a będącą w żałobie matką, która – doświadczając różnorodnych utrat – nie miała możliwości otrzymania wsparcia ze strony bliskich. Problemy, które trafiły córkę będącą identyfikowaną pacjentką, mogą być rozumiane w kategoriach wspomnianego wyżej kompleksu martwej matki. Dolegliwości dotkniętych nim osób to według Greena [6] przede wszystkim symptomy depresyjne i przeżywanie swoistej pustki. Utratą, której doznaje dziecko, jest w takich wypadkach zakłócenie kontaktu z matką, która sama będąc pogrążona w żałobie, nie jest dla niego dostępna. Symptomy depresyjne i inne formy emocjonalnego wycofania matki wpływają na rozwój dziecka szczególnie wtedy, gdy ich przyczyna pozostaje dla niego całkowicie ukryta. Dzieci, które rozumieją, co się dzieje, łatwiej radzą sobie ze śmiercią osoby bliskiej.

Poniżej zostanie zaprezentowany przykład terapii, który ilustruje przeżycia i potrzeby dzieci.

W jednej z rodzin, która zgłosiła się do ośrodka terapii rodzin po utracie dziecka, zgłaszanym problemem było złe zachowanie w szkole dziesięcioletniego syna. Bardzo szybko okazało się, że śmierć rocznego synka, która wydarzyła się pół roku wcześniej, była w tamtym momencie kluczowym tematem, z którym zmagala się rodzina. Zmarłe dziecko urodziło się z licznymi wadami rozwojowymi, a lekarze nie dawali mu szans na przeżycie. Rodzice zabrali je do domu i walczyli o jego życie, ale po roku zmagañ dziecko zmarło. Zanim to się stało, starszy syn został wysłany na kolonię, a brat zmarł właśnie w tym czasie. Rodzice zdecydowali się nie przerywać wakacji syna, który o śmierci brata dowiedział się dopiero po powrocie z kolonii. W krótkim czasie stał się on impulsywny, zamykał się w swoim pokoju, nie chciał rozmawiać z matką, a w szkole stał się agresywny wobec kolegów. W czasie prowadzonej konsultacji, dzieci, a szczególnie syn, żywo reagowały na stymulowane przez terapeutę przywoływanie wydarzeń związanych z narodzeniem się, walką o życie i śmiercią najmłodszego dziecka. Na kolejnej konsultacji rodzice poinformowali o lepszym kontakcie z synem. Zmiana była również widoczna w sposobie obecności dzieci w trakcie spotkania rodzinnego. Stały się one bardziej spontaniczne, wprowadzały inne wątki dotyczące życia rodzinnego.

Poruszane zagadnienia obrazują wagę włączenia dzieci we wspólnotę przeżywania smutku po utracie osoby bliskiej. Odsunięcie dzieci od wiedzy o okolicznościach śmierci, jak również od tego, czego doświadczają rodzice czy starsze rodzeństwo, wymaga podjęcia pracy terapeutycznej związanej z przezwyciężeniem tego oddzielenia. Niezależnie od doświadczania przez dziecko żałoby matki i innych bliskich należy mieć na uwadze jego własną reakcję na utratę bliskiej osoby. Poszukiwanie zmarłej osoby przez najmłodsze dzieci jest związane z tym, że nie rozumieją one nieodwracal-

ności śmierci. Starsze dzieci i nastolatki konfrontują się z tym, że same mogą umrzeć, a utrata powoduje u nich poczucie odmienności, wyobcowania [15, 16]. Izolacja tego rodzaju często zaczyna się już w rodzinie.

Poniżej zostanie przytoczony przykład sytuacji, w której rodzice byli przez lata zaabsorbowani nagłą śmiercią najstarszej córki, a jednocześnie nie byli w stanie z nikim dzielić się swoimi przeżyciami. Spowodowało to emocjonalną izolację pomiędzy nimi a młodszą córką, której rozwój został w konsekwencji istotnie zakłócony.

W momencie zgłoszenia się rodziny na terapię upłynęło 18 lat od tamtego zdarzenia. Problemem było nadużywanie środków psychoaktywnych przez 28-letnią kobietę (młodszą córkę, która w momencie tragicznego wypadku miała 10 lat). Aktualnie miała ona za sobą bardzo poważne zatrucie efedryną. Lekarz psychiatra zajmujący się pacjentką od okresu dorastania zalecił po raz kolejny terapię rodzinną. Pacjentka od 15 roku życia przejawiała wiele problemów (szczególnie zaburzenia odżywiania się) i była dwukrotnie hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym. W wieku 18 lat wyszła za męża i urodziła dwoje dzieci, córkę i syna, mających w momencie zgłoszenia 10 i 8 lat. Na pierwszą konsultację zgłosili się pacjentka z mężem i jej rodzice. Ujawnił się brak granic międzypokoleniowych, rozmyta odpowiedzialność pary za wychowywanie dzieci. W tej sytuacji terapeuci zdecydowali się na interwencję strukturalną. Zaplanowano naprzemiennie konsultacje w sekwencjach: konsultacje wspólne, starszych rodziców, młodszych rodziców. W drugim cyklu spotkań doszło do odsłonięcia przeżyć związanych z przeszłością – tragiczną śmiercią siostry/córki. Działo się to równolegle na odrębnych spotkaniach obu par. Niewerbalne reakcje ojca, w trakcie gdy żona opowiadała o tragicznym zdarzeniu, pokazywały cierpienie i ciągle niezaleconą ranę. Rodzice nigdy o tym ze sobą nie rozmawiali. Ojciec nie był w stanie niczego powiedzieć. Był świadkiem tego wydarzenia, córka umarła na jego rękach w drodze do szpitala. W trakcie spotkania wyznał, że czuł się całkowicie odpowiedzialny i winny śmierci córki. W tym samym czasie na spotkaniu z młodszym małżeństwem córka wspominała tamto wydarzenie ze swojej perspektywy. Terapeuci mieli obraz tego, jak poszczególni członkowie rodziny reagowali na to, co się stało. Ojciec zamknął się w sobie, dużo przebywał sam, rozmyślał o tym, co się wydarzyło. Jego przeżywanie winy potęgował fakt, że młodszą córką była jego ulubienicą. Po tym wydarzeniu – w poczuciu winy – odsunął się od niej. Matka w pewnym momencie postanowiła urodzić dziecko: „albo urodzę kolejne dziecko, albo zwariuję”. W tej sytuacji młodszą córkę czuła się bardzo samotna. Brak oparcia w rodzicach, niemożność poradzenia sobie z przeżyciami związanymi zarówno z przeszłością, jak i aktualnymi wyzwaniem rozwojowymi w późniejszym czasie skutkowały impulsywnymi, ryzykownymi zachowaniami, które zmuszały otoczenie do zajęcia się nią.

Powyższe opisy terapii rodzinnej ilustrują związek emocjonalnych zaburzeń u dzieci z nieprzeżyta żałobą w rodzinie. Manifestowała się ona unikaniem kontaktu ze śmiercią czy też uruchomieniem mechanizmów zaprzeczania. Efektem tego było wyobcowanie i osamotnienie poszczególnych osób w rodzinie, poczucie winy, względnie oskarżenia kierowane pod adresem najbliższych. Sposób przeżywania żałoby przez rodziców w pierwszym i trzecim z prezentowanych przypadków był czynnikiem, który istotnie wpłynął na zakłócenie więzi między nimi a dziećmi.

Prezentowane w opisach klinicznych zaburzenia zachowania i objawy psychopatologiczne u dzieci można w tych wypadkach wiązać ze sposobem, w jaki rodzice radzili sobie ze śmiercią. Jak wskazują badania, w wypadku śmierci dziecka rodzice często w poczuciu winy zamykają się w sobie, dzieci rozwijają różnorodne objawy: od problemów związanych z zachowaniem, takich jak nadużywanie alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych, aż po poważne syndromy chorobowe, jak np. anoreksja, depresja czy zaburzenia psychotyczne [11, 13, 17]. Rodzice przeżywający utratę często nie są w stanie wczuć się w to, co przeżywają dzieci [11, 17]. Z badań Horsley i Pattersona [17] dotyczących nastolatków, których rodzeństwo zginęło w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wynika, że otrzymywali oni sygnały, aby się nie smucili, aby mogli pozostać silnymi „dla swoich rodziców”. Takie komunikaty w okresie adolescencji mogą utrudniać rozwój autonomii dzieci. Nastolatki ochraniają bowiem pogrążonych w smutku rodziców, np. poprzez unikanie wspominania swojego rodzeństwa, aby ograniczyć „ryzyko” wybuchu emocji w rodzinie. Badane dzieci wskazywały na to, że miały one poczucie utraty nie tylko rodzeństwa, ale również emocjonalnie dostępnego rodzica.

Możliwe sposoby interwencji terapeutycznych

Terapeuta pracujący z rodziną, w której nie dokończona żałoba w sposób znaczący organizuje relacje w rodzinie, jak również wpływa na powstawanie symptomów, napotyka wiele dylematów. Są rodziny, takie jak przedstawione wyżej, które nie chcą tego tematu zaczynać wcale, inne odpowiadają sucho i lakonicznie na zadawane pytania i tylko napięcie, które pojawia się w terapii, daje dostęp do trudu ukrytego za pozbawioną emocji opowieścią. W takich wypadkach dotarcie do przeżyć związanych z utratą zajmuje wiele spotkań, wymaga nawiązania bliskiej relacji, jak również kontynuowania pracy terapeutycznej w innych obszarach, np. lojalności rodzinnej [4].

Pracując z tego typu rodzinami, na początku często można rozmawiać jedynie o tym, co dzieje się „tu i teraz”, o aktualnych konfliktach i sposobach zachowań. Dotykanie wewnętrznych zranień, pustki może wywoływać chęć zakończenia spotkań. W niektórych przypadkach, w miarę nawiązywania więzi, staje się możliwe dotarcie do przeżyć związanych z „utraconymi relacjami” w rodzinie. Według Namysłowskiej [18] celem pracy terapeutycznej jest w takich wypadkach pomoc w wejściu w żałobę, której przeżycie umożliwia tworzenie nowych związków. Ważne jest przy tym nie tylko respektowanie mechanizmów obronnych rodziny, jej sposobu wyrażania przeżyć, ale również wieku dzieci i wynikających z tego możliwości emocjonalnego i poznawczego przyjmowania do wiadomości, czym jest śmierć osoby bliskiej.

W tradycyjnych podejściach do terapeutycznej pracy z rodziną wskazuje się na wagę używania słów, aby mieć poczucie więzi z innymi w żałobie. Klasycznym przykładem tego podejścia jest stworzona przez Paula i Grossera [19] koncepcja i zarazem terapeutyczna technika „operacjonalizacji żałoby”, której celem jest uwolnienie i odblokowanie uczuć związanych z przerwaną i zablokowaną żałobą. Aby ten cel osiągnąć, terapeuta na sesji zachęca do opowiadania o doznanych utratkach, jak również do odblokowania związanych z nimi uczuć.

Terapia rodziny z nie dokończoną żałobą nie zawsze musi opierać się na relacjonowaniu wydarzeń i przeżyć związanych z utratą. Może ona stać się badaniem możliwości dzielenia ze sobą smutku przez poszczególne osoby w rodzinie. W takich wypadkach zadaniem terapeutycznym jest zrozumienie i uznanie istniejących trudności w tym zakresie. Nazwanie doświadczanego przez poszczególne osoby ryzyka związanego z otwieraniem się paradoksalnie umożliwi rodzinie otwarcie na różne sposoby przeżywania żałoby i wspólnotę pomimo różnic. Hooghe, Neimeyer i Rober [20] wskazują na to, że komunikacja na temat straty i żałoby jest procesem rozciągniętym w czasie. Z tego względu również możliwość dzielenia się tymi przeżyciami zmienia się wraz z upływem czasu. Autorzy kwestionują również postulowaną w tradycyjnych podejściach do pracy z żałobą konieczność rozmowy o tym, co się wydarzyło. Wskazują na wagę uznania istnienia jej niemożności i podejmowania prób rozumienia.

Podsumowanie

Prezentowane koncepcje teoretyczne i materiał kliniczny obrazują wpływ stanów emocjonalnych rodziców wywołanych utratami na rozwój dziecka. Wczesna śmierć dziecka jest traumatycznym wydarzeniem w życiu matki i innych członków rodziny. Poczęcie i przyjście na świat kolejnego dziecka ożywia lęk związany z utratą poprzedniego. Symptomy depresyjne, mechanizmy zaprzeczania i inne formy emocjonalnego wycofania opiekunów wpływają na rozwój dziecka.

Przeżywanie przez dzieci śmierci bliskiej osoby jest również uwarunkowane tym, jak to wydarzenie jest im przedstawiane, w jaki sposób w nim uczestniczą i jak go rozumieją. Kluczowe dla dziecka jest radzenie sobie jego rodziców czy opiekunów z tym, co zaistniało. W pierwszym okresie jego życia warto zwrócić uwagę na to, na ile pogrążona w żałobie, niedostępna emocjonalnie matka lub inny opiekun dziecka jest w stanie odzwierciedlać jego potrzeby i stany emocjonalne. Zakłócenia w tym obszarze mogą znacząco wpływać na formowanie się jego życia psychicznego. W takich wypadkach opieki terapeutycznej czy wsparcia może wymagać matka, para rodziców bądź też cała rodzina.

W pracy terapeutycznej ważne jest położenie nacisku na to, aby dzieci rozumiały emocje matki lub innych opiekunów, by nie przeżywały ich żałoby jako utraty miłości bez żadnego powodu. Uwalnia to bowiem dzieci od czynienia szczególnych zabiegów, by tę miłość odzyskać. Tego rodzaju starania owocują niezmiennie doświadczeniem porażki, gdyż dzieci zwykle nie są w stanie „ożywić” zamkniętego emocjonalnie rodzica.

Влияние непережитого траура в семье на функционирование и развитие ребенка

Содержание

Заданием работы является представление влияния непережитого траура в семье на функционирование и развитие ребенка. Разработка материала опирается на примерах клинической практики в семейной среде обследованных. Исследования указывают на проблемы развития ребенка, опекуны которых не могли перенести потерю близких и трауром. В статье показаны также возможные способы интервенции терапевтического метода. Это является

необходимостью, когда ребенок находится среди родственников, погруженных в траур, что связано с определенной психопатологией поведения всей семьи.

Ключевые слова: нелережитый траур, развитие ребенка, описание наблюдения

Einfluss der nicht gelebten Trauer in der Familie auf die Funktionsweise und Entwicklung des Kindes

Zusammenfassung

Das Ziel der Arbeit ist die Besprechung einer nicht gelebten Trauer in der Familie auf die Funktionsweise und Entwicklung des Kindes. Die Bearbeitung stützt sich auf die Beispiele der klinischen Studien aus dem Bereich der Familientherapie. Sie zeigen die Entwicklungsprobleme der Kinder, deren Betreuer sich mit der Trauer und mit dem Tod nicht zu helfen wussten. Der Artikel zeigt auch die möglichen Methoden der therapeutischen Interventionen in den Familien, in denen bestimmte Formen der Psychopathologie dadurch entstehen, dass das Kind in der Beziehung mit den in Trauer gesunkenen Nächsten bleibt.

Schlüsselwörter: nicht gelebte Trauer, Entwicklung des Kindes, Fallbeschreibung

L'influence du deuil non vécu en famille sur le fonctionnement et le développement de l'enfant

Résumé

Ce travail vise à présenter l'influence du deuil non vécu en famille sur le fonctionnement et le développement de l'enfant. Les auteurs basent sur quelques cas du travail clinique concernant la thérapie de famille. Ils décrivent les problèmes du développement des enfants dont les proches ne se débrouillent pas avec la mort et le deuil. Les auteurs de cet article présentent aussi les interventions thérapeutiques possibles dans ces cas quand chez l'enfant vivant avec ses proches qui n'ont pas survécus leur deuil certaines formes de psychopathologie se développent.

Mots clés : deuil non vécu, développement de l'enfant, description d'un cas

Piśmiennictwo

1. Kaplow JB, Layne ChM, Pynoos RS, Cohen JA, Lieberman A. *DSM-V diagnostic criteria for bereavement-related disorders in children and adolescents: developmental considerations*. Psychiatry 2012; 75: 243–266.
2. Starzomska M. *Patologiczna żaloba w standardowych systemach klasyfikacyjnych oraz dotyczące jej implikacje przewencyjne przy wykorzystaniu Berlińskiego Paradygmatu Mądrości*. Psychiatr. Pol. 2002; 36: 385–392.
3. Dillen L, Fontaine JRJ, Verhofstadt-Deneve L. *Are normal and complicated grief different constructs? A confirmatory factor analytic test*. Clin. Psychol. Psychother. 2008; 15: 386–395.
4. Bowen M. *Family reaction to death*. W: Walsh F, McGoldrick M. red. *Living beyond loss*. New York, London: W.W. Norton & Company; 2004. s. 47–60.
5. Shear MK, Monk T, Melhem N, Frank E, Reynolds C, Sillowash R. *An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2007; 257: 453–461.
6. Green A. *The dead mother*. W: Green A. red. *On private madness*. London: The Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis; 1986. s. 142–173.
7. Walewska K. *Progi narodzin*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
8. Twomey JE. *Loss and replacement. Intergenerational dynamics related to a two-year-old infant*. Ment. Health J. 1995; 16: 144–154.

9. Cacciatore J, Schnebly S, Froen JF. *The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth*. Health Soc. Care Community 2009; 17: 167–176.
10. Alam R, Barrera M, D'Agostino N, Nicholas DB, Schneiderman G. *Bereavement experiences of mothers and fathers over time after the death of a child due to cancer*. Death Studies 2012; 36: 1–22.
11. Walsh F, McGoldrick M. *Loss and the family. A systemic perspective*. W: Walsh F, McGoldrick F. red. *Living beyond loss*. New York, London: W.W. Norton & Company; 2004. s. 3–26.
12. Kirwin KM, Hamrin V. *Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children*. J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs. 2005; 18: 62–78.
13. Geis H, Whittlesey S, McDonald N, Smith K, Pfefferbaum B. *Bereavement and loss in childhood*. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 1998; 7: 73–85.
14. Wolfelt A. *Healing the bereaved child*. Colorado: Companion Press; 1996.
15. Herbert M. *Żałoba w rodzinie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
16. de Kergolay-Soubrier MM. *Śmierć oczami dziecka. Jak pomagać w żałobie?* Kraków: Salwator; 2012.
17. Horsley H, Patterson T. *The effects of a parent guidance intervention on communication among adolescents who have experienced the sudden death of a sibling*. Am. J. Fam. Ther. 2006; 34:119–137.
18. Namysłowska I. *Żałoba*. Psychiatr. Pol. 1976; 10: 179–187.
19. Paul NP, Grosser GH. *Operational mourning and its role in conjoint family therapy*. Common Ment. Health J. 1965; 1: 339–345.
20. Hooghe A, Neimeyer RA, Rober P. *The complexity of couple communication in bereavement: an illustrative case study*. Death Studies 2011; 35: 905–924.

Adres: Bernadetta Janusz
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A

Otrzymano: 31.12.2012
Zrecenzowano: 25.02.2013
Otrzymano po poprawie: 9.05.2013
Przyjęto do druku: 9.08.2013