

TRAUMA UTRATY DZIECKA: DOŚWIADCZENIA RODZICÓW PO STRACIE DZIECKA W WYNIKU CHOROÓB LETALNYCH I SAMOBÓJSTW

DANUTA SOWIŃSKA

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-3098-1802>

Uniwersytet Gdański, Fundacja DiversityPL

ALEKSANDRA KOLECKA

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0144-6808>

Uniwersytet Gdański, PSONI Ostróda

Wprowadzenie

Śmierć dziecka jest jednym z najbardziej traumatycznych doświadczeń w aspekcie pełnionej funkcji rodzicielskiej. Utrata dziecka istotnie wpływa na stan emocjonalny rodziców, jak również modyfikuje życie codzienne całego systemu rodzinnego. Postawy rodziców wobec śmierci dziecka są zróżnicowane i zależą nie tylko od indywidualnych doświadczeń i przeżyć rodzica, jego cech osobowościowych czy temperamentalnych, lecz także od czynników kulturowo-obyczajowych, panującego światopoglądu oraz narzucanych z zewnątrz regulacji normalizujących społeczne widzenie zdarzeń krytycznych. Wszystkie wymienione czynniki wynikają z niepowtarzalnej struktury psychicznej każdego człowieka (Makselon, 1990; Ziemiński, 2007; Kolek, 2009). Dlatego też sposób przeżywania utraty dziecka, żałoby po doświadczeniu straty będą zróżnicowane w zależności od współdziałania wielu zmiennych środowiskowych i intrapsychicznych. Żałoba to naturalny, adaptacyjny proces psychiczny, obejmujący sfery: psychiczną, somatyczną i społeczną, który stanowi reakcję na utratę czegoś lub kogoś ważnego, lecz nie zawsze prowadzi do długotrwałych następstw zdrowotnych (Kornas-Biela, 2017). Mimo że spełnia większość kryteriów choroby, żałoba nie jest nią, lecz integralną reakcją emocjonalną i adaptacyjną na stratę (Kleszcz-Szczyrba, 2016). Żałoba jest także formą stresu, którego intensywność i przewlekłość mogą wpływać na zdrowie somatyczne i psychiczne, co podkreślają badania Thomasa Holmesa i Richarda Rahe'a (1967), wskazujące na wysoką stresogenność doświadczeń związanych z utratą bliskich. W kontekście żałoby istotną

rolę odgrywa spostrzegana kontrola nad własnym życiem, regulująca reakcje na stres (Ludwikowska-Świeboda, Lachowska, 2019; Wiśniowska, 2020). Psychopedagogiczne ujęcie żałoby wskazuje na jej potencjał jako stresora. Pozwala to analizować ją w kontekście kryteriów DSM¹, rozważając jako możliwą formę PTSD² w przypadku występowania sześciu określonych czynników, takich jak reakcje fizjologiczne, emocje czy analiza sytuacji (Kaplan, Sadock, 1998; Niebrój, Kosińska, 2003; Wiśniowska, 2020; Binnebesel i in., 2023). Przedstawiona perspektywa akcentuje złożoność żałoby i jej powiązania z reakcjami stresowymi. Żałoba nie jest jednostkowym doświadczeniem, lecz procesem, który może przebiegać przez różne etapy. Obejmują one zaprzeczenie, gniew, negocjacje, depresję i akceptację. Jednakże w przypadku niektórych osób przeżywanie żałoby może prowadzić do poważniejszych problemów zdrowotnych, w tym rozwoju zaburzeń takich jak wspomniany zespół stresu pourazowego.

W kontekście chorób letalnych dziecka oraz samobójstw wymiar tej straty doświadczanej przez rodziców staje się wyjątkowo złożony, obciążony psychologicznymi, emocjonalnymi i społecznymi aspektami. Odbierają one rodzicom poczucie stabilności i bezpieczeństwa. Prezentowany artykuł przybliży dotychczasową wiedzę dotyczącą doświadczeń rodziców przeżywających utratę dziecka w wyniku chorób letalnych oraz samobójstw, ze szczególnym uwzględnieniem istniejących zagrożeń dla zdrowia psychicznego rodziców, zwłaszcza rozwoju zespołu stresu pourazowego. Ryzyko wystąpienia PTSD w takich sytuacjach jest znacząco podwyższone. Rodzice, którzy doświadczyli utraty dziecka, mogą zmagać się z intensywnymi emocjami, chronicznym smutkiem i poczuciem winy, co zwiększa prawdopodobieństwo rozwinięcia wystąpienia symptomów właściwych dla klinicznego PTSD. Symptomami mogą być pojawiające się flashbacki, unikanie myśli o stracie dziecka, a także problemy ze snem czy koncentracją.

Strata dziecka w kontekście choroby letalnej

Diagnoza choroby przewlekłej u dziecka wiąże się ze wzmożonym napięciem emocjonalnym rodziców, generuje u nich problemy ze snem, sprzyja występowaniu objawów lęku, depresji oraz stresu, jak również może prowadzić do rozwoju PTSD (Meyers i in., 2020). Choroba dziecka sprzyja podwyższonemu ryzyku wypalenia rodzicielskiego (Suarez, Yakupova, 2023; Cici, Özdemir, 2024). Stale odczuwane przez rodzica napięcie emocjonalne oraz pojawiające się w związku z chorobą dziecka wyzwania i wymagania mogą prowadzić do postawy alienacji rodzica względem dziecka oraz poczucia chronicznego stresu (Roskam i in., 2017). Matki dzieci z chorobami

¹ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (pol. *Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych*) opracowany przez American Psychiatric Association (APA, pol. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne).

² *Post-traumatic stress disorder* (pol. zespół stresu pourazowego).

przewlekłymi są szczególnie podatne na psychologiczne konsekwencje wynikające z konieczności sprawowania intensywnej opieki nad chorym dzieckiem, co często wiąże się z rezygnacją z aktywności zawodowej i osobistej. Sprostanie wyzwaniom opiekuńczym oraz emocjonalnym wymaga od rodziców adaptacji do nowych, trudnych warunków, a także aktywizacji zasobów zarówno indywidualnych, jak i systemowych rodziny (Reich-Stiebert i in., 2023).

Rodzice, którzy opiekują się dzieckiem zagrożonym śmiercią z powodu zdiagnozowanej choroby, zwykle potrzebują wsparcia, by dotrzeć do własnych zasobów psychologicznych, w tym nadziei egzystencjalnej. Utrata dziecka, nieuchronnie wpisana w przebieg jego letalnej choroby, wiąże się ze szczególnego rodzaju przeżyciem emocjonalnym, naznaczonym długotrwałym procesem żałoby rodzica. Nawet po upływie kilku lat po śmierci dziecka rodzice mogą w dalszym ciągu odczuwać psychologiczne konsekwencje tego traumatycznego zdarzenia (Garstang i in., 2014). Żałobę możemy zdefiniować jako naturalną odpowiedź psychofizyczną człowieka na doświadczenie straty oraz jej długotrwałe konsekwencje (Stankiewicz, 2015). Żałoba nie jest zatem stanem psychopatologii czy słabości psychologicznej jednostki. Stanowi reakcję przystosowawczą człowieka względem zaistniałego wydarzenia krytycznego. Jest to proces wieloaspektowego przystosowania, przebiegający na różnych poziomach funkcjonowania człowieka, począwszy od poziomu psychicznego, poprzez liczne zmiany na poziomie somatycznym i behawioralnym, aż do poziomu globalnego funkcjonowania społecznego. Ogół zachodzących zmian ma prowadzić do pogodzenia się z zaistniałą sytuacją, aby pozwolić rodzicom na optymalizację ich życia pomimo doświadczonej straty. Niemniej jednak utrata bliskiej osoby, zwłaszcza śmierć dziecka, stanowi rodzaj traumy, która często prowadzi do załamania, kryzysu psychologicznego rodziców. Zaistniały kryzys i zaburzenie dotychczasowej równowagi dotyczą zarówno rodzica, jak i całego systemu rodzinnego (Stankiewicz, 2015). W rozumieniu jednostkowym trauma po przeżyciu śmierci dziecka stwarza realne zagrożenie dla ujawniania się różnego rodzaju problemów psychologicznych rodzica, rozwoju PTSD, co zwrótnie będzie wpływać na funkcjonowanie rodziny.

Czynniki ryzyka PTSD u rodziców dzieci z chorobą letalną

Mechanizmy powstawania PTSD u rodziców po śmierci dziecka wiążą się przede wszystkim z chronicznym stresem, lękiem o życie i przyszłość dziecka, jak również jest rezultatem obciążenia z uwagi na nieustające wyzwania związane z opieką paliatywną oraz towarzyszenie rodzica w cierpieniach dziecka. Długotrwałe napięcie i brak poczucia kontroli nad sytuacją mogą prowadzić do wyczerpania emocjonalnego i psychicznego, co zwiększa ryzyko wystąpienia PTSD. Zgodnie z DSM-5 do potencjalnych zdarzeń traumatycznych, predysponujących do wystąpienia PTSD, zalicza się chorobę u dziecka. Klasyfikacja precyzuje to zdarzenie jako „katastrofa medyczna dotycząca dziecka”, przy czym musi być ono bezpośrednio związane ze stanem zagrożenia życia dziecka (APA, 2013). Nowa definicja poszerza wcześniejsze założenia przyjęte

w ramach DSM-IV-TR, które wiązały się ściśle z diagnozą choroby zagrażającej życiu dziecka (Kilpatrick i in., 2013). W DSM-5 podkreśla się zatem, że traumatyczne zdarzenie nie koniecznie musi być powiązane z diagnozą, może jedynie obejmować stan zagrożenia, które w założeniu jest sytuacją występującą w sposób nagły (Friedman i in., 2011). Z uwagi na to coraz częściej w literaturze przedmiotu przedmiotu zwraca się uwagę na możliwość rozwoju PTSD wśród rodziców i opiekunów pacjentów pediatrycznych dotkniętych schorzeniami lub chorobami, zarówno letalnymi, jak i tymi o charakterze przewlekłym, niezagrażającym życiu dziecka (Friedman i in., 2011). Badania (Carmassi i in., 2019) prowadzone w grupie rodziców dzieci chorujących na padaczkę pozwoliły stwierdzić PTSD u 13,3% matek i 4,5% ojców. Ponadto wykazano, że występowanie innych stresorów życiowych, takich jak posiadanie dwójki lub więcej dzieci ze zdiagnozowanym zaburzeniem, trudności ze znalezieniem lub utrzymaniem pracy lub problemy małżeńskie, wiązało się ze zwiększonym ryzykiem PTSD rodziców (Casey i in., 2012). Z kolei trudności finansowe, niższe dochody gospodarstwa domowego i zwiększone wydatki związane z chorobą dziecka są istotnie powiązane z nasileniem objawów PTSD u ojców (Perez i in., 2018).

Stres związany z przeżywaną chorobą dziecka stanowi kolejny czynnik ryzyka dla rozwoju PTSD. Warto podkreślić, że nasilenie tego stresu wynika często z obciążenia psychologicznego o złożonej naturze. Dzieje się tak z tego powodu, że rodzice, mierząc się z poważną chorobą swojego dziecka, są równie mocno narażeni na działanie wszystkich innych możliwych stresorów i negatywnych wydarzeń życiowych (Casey i in., 2012). Nakładanie się na siebie ich działania w obliczu choroby letalnej dziecka stanowi niewątpliwy problem i ryzyko utraty równowagi psychicznej przez rodzica.

Poza stresorami, istotnym czynnikiem możliwie warunkującym występowanie PTSD u rodziców dziecka z chorobą letalną jest kondycja psychiczna rodziców oraz ich osobowościowe i temperamentalne cechy funkcjonowania, które często korespondują z pewnego rodzaju responsywnością osoby wobec sytuacji krytycznych. Kondycja psychiczna rodziców oraz występowanie u nich objawów psychiatrycznych stanowi potencjalny czynnik predysponujący do PTSD u rodziców dziecka z chorobą letalną. Badania pozwalają stwierdzić, że PTSD jest powiązane z rodzinną diagnozą zdrowia psychicznego, narażeniem rodzica na doświadczenie traumy, a także ze zdiagnozowaniem u rodzica objawów depresyjnych, lękowych, maniakałnych (zwłaszcza u ojców) i ostrego dystresu. Ponadto wpływ na występowanie PTSD u rodziców dziecka chorego mogą mieć przyjmowane przez rodziców strategie radzenia sobie w sytuacji trudnej. Nieadaptacyjne style radzenia sobie, zwłaszcza zorientowane na emocje u ojców i na unikanie u matek, wydają się szczególnie predysponować do rozwoju PTSD. Dodatkowo wśród czynników ryzyka PTSD u rodziców w obliczu choroby dziecka wymienia się: ruminacje (Dell’Osso i in., 2018; Perez i in., 2018), myśli perseweratywne rodzica (Carmassi i in., 2019), niepewność, niezaspokojone potrzeby rodziców – szczególnie w aspekcie informacji udzielanych przez personel medyczny (McCarthy i in., 2018). W badaniach stwierdzono również, że poczucie winy i wstydu u opiekunów dziecka chorego jest związane z wyższym PTSD u opiekunów

(Hawkins i in., 2019). Nie bez powodu klasyfikacja DSM-5 (APA, 2013) uwzględnia je za istotny czynnik w psychopatologii PTSD. Ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia PTSD u rodziców korelowały długość pobytu w szpitalu, a także obiektywne nasilenie choroby (Malin i in., 2019).

Wsparcie psychologiczne i instytucjonalne rodziców dzieci z chorobą letalną

Doświadczenie śmierci własnego dziecka występującej jako konsekwencja choroby letalnej tworzy specyficzne warunki zapotrzebowania na odpowiednie wsparcie psychologiczne, zarówno w wymiarze jednostkowym, terapeutycznym, jak i w obszarze pomocy instytucjonalnej, społecznej. Jeden z ważniejszych czynników wspierających rodziców w przeżywaniu żałoby po stracie dziecka stanowi wyczerpująca informacja dotycząca choroby dziecka, jej przebiegu, a także wyjaśnienie wynikających z niej okoliczności i przyczyn śmierci (Garstang i in., 2014). Wiedza rodziców na temat śmierci dziecka, choć początkowo trudna dla nich do przyjęcia i wymagająca od personelu medycznego subtelności przekazu, stanowi bezwzględny warunek pozytywnego przeżycia żałoby, gdyż niweluje poczucie winy i odczuwane cierpienie (Garstang i in., 2014).

Kolejnym istotnym aspektem pomocowym dla rodziców w sytuacji śmierci dziecka w kontekście choroby letalnej jest wsparcie emocjonalne płynące zarówno od członków rodziny, jak i od specjalistów oraz personelu medycznego (Meert i in., 2009). Ponadto w obszarze wsparcia instytucjonalnego ważne jest, aby rodzice trwający w żałobie po stracie dziecka mieli możliwość korzystania z profesjonalnej pomocy terapeutycznej. Prowadzone interwencje psychologiczne, w postaci interwencji indywidualnych czy grupowych, mogą skutecznie wspomagać rodziców w radzeniu sobie z traumą i skomplikowanym procesem żałoby. Mogą też niwelować objawy stresu, niepokoju, równoważyć stan afektywny rodziców oraz kształtować w nich właściwe sposoby rozładowania pojawiającego się napięcia emocjonalnego, dbałości o dobrostan psychiczny w przeżywanym kryzysie. Interwencja skoncentrowana na odporności psychicznej poprawia jakość życia u opiekunów (Zale, 2018). Kształtowanie poczucia własnej skuteczności u rodziców w zakresie opieki nad swoim chorym dzieckiem zmniejsza natychmiastowe i długoterminowe objawy PTSD związane z procedurami leczenia dziecka (Harper, 2013).

Strata dziecka w wyniku samobójstwa

Kiedy rodzice tracą dziecko, dochodzi do głębokiego zaburzenia ich dotychczasowego ładu życiowego. Dotyczy to bowiem istoty, której nie sposób zastąpić. Prowadzi to do poczucia utraty części siebie oraz gruntownej przemiany w życiu. Dotychczasowy ład, często podporządkowany potrzebom i pragnieniom dziecka, przestaje istnieć. W przypadku nagłej śmierci dziecka rodzice doświadczają licznych, złożonych procesów psychicznych, które różnią się od tych, jakie przeżywają osoby, których dziecko zmarło

w wyniku długotrwałej, nieuleczalnej choroby (Jędrzejewska, 2015). Konsekwencje każdej śmierci samobójczej dla rodzin, szkół i społeczności są druzgocące (Plante, Cyr, 2011). Badania (Jiong Li i in., 2003) wykazały wzrost śmiertelności rodziców po śmierci dziecka, szczególnie gdy była ona nagła lub nienaturalna. Badania Julie Cerel i współpracowników (2009) dowiodły, że osoby, które przeżyły samobójstwo bliskiej osoby, są bardziej narażone na PTSD, skomplikowaną żałobę oraz myśli samobójcze lub śmierć. Badania Ferruccio Antonelli (1995) ujawniły, że po stracie współmałżonka lub dziecka 5% osób przeżywających żałobę umiera w ciągu roku. Jeżeli dziecko lub współmałżonek umiera nagle, poza domem lub w szpitalu, wpływ ten wzrasta pięciokrotnie. Prawdopodobnie wynika to z przeżytego szoku. Z perspektywy szkoły ryzyko myśli i zachowań samobójczych, po samobójstwie osoby uczącej się w niej, jest podwyższone w szerokiej grupie uczniów, którzy doświadczyli towarzyszących negatywnych wydarzeń życiowych. Rodzice, którzy przeżyli śmierć dziecka, często określają to doświadczenie jako druzgocące oraz jako cierpienie, które nie ma odpowiednika w żadnym innym bólu. Utrata dziecka jest uznawana za zdarzenie traumatyczne, powoduje głębokie i trwałe przekształcenia w strukturze oraz funkcjonowaniu rodziny, prowadząc do długotrwałych skutków emocjonalnych i psychicznych (Cook, 1983). Jednym z najtrudniejszych i najbardziej bolesnych wyzwań, z jakimi mierzą się rodzice w obliczu samobójstwa, jest próba odnalezienia sensu w śmierci dziecka. Poszukiwanie znaczenia tego traumatycznego doświadczenia obejmuje próby zrozumienia jego przyczyn oraz skutków dla życia rodzinnego i osobistego. Proces ten może trwać wiele lat i często pozostaje niedokończony, co nasila cierpienie rodziców i wpływa na ich zdolność do przystosowania się po stracie (Cook, 1983). Szeroka gama negatywnych konsekwencji wpływa na funkcjonowanie jednostki zarówno w sferze osobistej, jak i społecznej. Wśród najczęściej zgłaszanych skutków wymienia się głęboki żal oraz intensywne poczucie winy, które mogą prowadzić do rozwoju stanów lękowych oraz epizodów paniki. Ponadto osoby dotknięte traumą często doświadczają uczuć gniewu oraz pragnienia zemsty, co może skutkować dalszym pogłębieniem ich problemów emocjonalnych i psychicznych. Depresja oraz objawy związane z PTSD są również powszechne wśród tych, którzy doświadczyli tak głębokiej straty. Dodatkowo brak odpowiedniego wsparcia ze strony otoczenia oraz frustracja związana z działaniem systemu wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych mogą nasilać te negatywne doświadczenia, utrudniając proces adaptacji i powrotu do względnej normalności (Lehman i in., 1987; Amick-McMullan i in., 1989). Według koncepcji Ronnie Janoff-Bulman (1992) trauma prowadzi do nagłego i głębokiego zakłócenia fundamentalnych przekonań jednostki na temat świata oraz jej własnej wartości. Przed doświadczeniem traumatycznego wydarzenia ludzie zazwyczaj postrzegają świat jako miejsce dobroczynne i uporządkowane, a siebie samych jako istotne i wartościowe. Jednakże w wyniku niekontrolowanego i traumatycznego zdarzenia te podstawowe przekonania ulegają rozpadowi. Osoby dotknięte traumą, w tym osoby ocalałe, doświadczają gwałtownego zburzenia swoich wcześniejszych przekonań, co może prowadzić do głębokiego kryzysu egzystencjalnego i długotrwałych trudności w adaptacji do nowej rzeczywistości, postrzegają siebie

jako bezradne i słabe w złowrogim, pozbawionym sensu świecie (Amick-McMullan i in., 1989). Wczesne reakcje na traumę są zdominowane przez intensywny strach, a proces radzenia sobie polega na budowaniu nowego światopoglądu, co jest trudne ze względu na powiązania emocji i poznania. Mechanizmy obronne, takie jak zaprzeczanie i ponowne przeżywanie, pomagają ocalonym osobom przekształcić traumatyczne wspomnienia w bardziej znośne narracje. Koncepcja Janoff-Bulman (1992) wskazuje, że reorganizacja światopoglądu po traumie zależy od czynników ryzyka i ochronnych. Zalicza się do nich przyczyny śmierci, predyspozycje psychologiczne oraz wsparcie społeczne (Lehman i in., 1987; Janoff-Bulman, 1992). Rodzice pogrążeni w żałobie po samobójstwie odczuwają niewielkie wsparcie i piętno społeczne (Jordan, 2001). Nic więc dziwnego, że wielu z pogrążonych w żałobie rodziców spełnia kryteria diagnostyczne PTSD (APA, 2013). Tego typu strata w przypadku wielu osób prowadzi do innych przypadłości i problemów: depresji, stanów lękowych, alkoholizmu lub narkomanii. Może też prowadzić do wystąpienia chorób somatycznych oraz zachowań autodestrukcyjnych, które stanowią istotne zagrożenie dla zdrowia i życia jednostki ludzkiej.

Wsparcie psychologiczne i instytucjonalne rodziców w żałobie suicydalnej

Zespół chronicznej, skomplikowanej żałoby objawia się poczuciem bezsensu życia, skrajnym rozgoryczeniem i gniewem z powodu straty oraz poczuciem, że obumarła istotna część „ja”, powodując otępienie emocjonalne. W przypadku żałoby nie zawsze samopomoc wystarczy. Typowa żałoba jest normalną reakcją na stratę poprzez reakcje fizyczne, emocjonalne, behawioralne, społeczne, duchowe i poznawcze (Williams, 2002). DSM-5 żałobę traktuje w różnych kontekstach (APA, 2013). Żałoba nieskomplikowana jest zaliczana do szerokiego spektrum stanów, które mogą wymagać wsparcia terapeutycznego, choć nie jest formalnie traktowana jako zaburzenie psychiczne. Osoby przeżywające żałobę mogą odnieść znaczną korzyść z konsultacji z lekarzem psychiatrą, psychologiem. Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 w trakcie żałoby często pojawiają się uczucia winy i smutku związane z utratą, podczas gdy w depresji przeważają doświadczenia utraty poczucia własnej wartości. W żałobie myśli o śmierci mogą wynikać z pragnienia ponownego połączenia się ze zmarłą osobą, natomiast w depresji myśli samobójcze są zazwyczaj rezultatem poczucia bezwartościowości lub niemożności poradzenia sobie z emocjonalnym cierpieniem (Doka, 2017).

Żałoba wywiera istotny wpływ na stan zarówno psychiczny, jak i fizyczny człowieka. Proces ten może prowadzić do różnorodnych reakcji emocjonalnych, poznawczych oraz somatycznych, wymagających wsparcia specjalistycznego. W Polsce dostępne są bezpłatne formy pomocy oferowane przez wykwalifikowanych specjalistów m.in. z organizacji pozarządowych. Jedną z takich instytucji zapewniających wsparcie osobom w żałobie jest Fundacja „Nagle Sami” (<https://naglesami.org.pl/>), która prowadzi telefon zaufania, organizuje grupy wsparcia, warsztaty oraz oferuje indywidualne konsultacje z terapeutami i psychologami. Inną jest eMOCja Holistyczne Centrum Wsparcia po Stracie (<https://centrumemocja.pl/>). Indywidualne płatne

wsparcie można uzyskać m.in. poprzez liczne portale medyczne, które umożliwiają kontakt z profesjonalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego zajmującymi się tematem żałoby (Węglarz, Tołoczmańska, 2024).

Czynniki ryzyka PTSD

Badania przeprowadzone przez Shirley A. Murphy i współpracowników (1999) wykazały, że PTSD jest powszechnym zjawiskiem wśród rodziców, którzy doświadczyli gwałtownej śmierci swojego dziecka. Szczególnie narażeni na rozwój PTSD byli rodzice, których dziecko zostało zamordowane – ryzyko wystąpienia u nich tego zaburzenia było dwukrotnie wyższe w porównaniu z rodzicami, którzy stracili dziecko w wyniku wypadku lub samobójstwa. Ponowne przeżywanie traumatycznych wydarzeń było najczęściej zgłaszanym objawem, a u 21% matek i 14% ojców symptomy PTSD utrzymywały się nawet po dwóch latach od tragedii. Kolejne badania Murphy i współpracowników (2003), prowadzone przez pięć lat w grupie 175 rodziców, dowiodły, że 13% z nich miało myśli samobójcze w ciągu pięciu lat od śmierci dziecka, a 9% doświadczyło takich myśli już cztery miesiące po stracie. Wyniki badań potwierdziły, że płeć rodziców oraz przyczyna śmierci dziecka mają istotny wpływ na częstotliwość występowania PTSD, co podkreśla potrzebę ukierunkowanego wsparcia psychologicznego. To badanie uwypukla ogromne emocjonalne obciążenie, z jakim zmagają się rodzice po tragicznej stracie dziecka, i podkreśla konieczność wsparcia psychologicznego w takich sytuacjach (Murphy i in., 2003).

Ann Mitchell i Lauren Terhorst (2017) w swoich badaniach zwróciły uwagę na to, że śmierć samobójcza dziecka często prowadzi do rozwoju objawów PTSD, obniżenia jakości życia psychicznego oraz skomplikowanych reakcji na żałobę. Rodzice, którzy doświadczyli samobójczej śmierci dziecka, często zmagają się z poczuciem winy i odpowiedzialności. Prowadzi to do intruzywnych myśli, flashbacków i koszmarów charakterystycznych dla PTSD. Społeczna izolacja i brak wsparcia dodatkowo nasilają te negatywne emocje, co utrudnia proces radzenia sobie z traumą. Rodzice, których dziecko popełniło samobójstwo, często obwiniają się za zaniedbanie jego problemów. Społeczeństwo unika takich rodziców, co potęguje u nich poczucie winy i wstydu. W obliczu takiej tragedii rodzice potrzebują wsparcia społecznego i profesjonalnej pomocy, aby móc kontynuować swoje życie (Sanders, 2001; Jędrzejewska, 2015).

Debra R. Applebaum i G. Leonard Burns (1991) badali występowanie PTSD u rodzeństwa, które straciło brata lub siostrę w wyniku wypadku bądź zabójstwa, wykazując, że 45% z nich spełniało kryteria diagnostyczne dla tego zaburzenia. Badanie ujawniło, że wyższe poziomy PTSD u rodziców były powiązane z nasileniem objawów u ich żyjących dzieci. Rodzice, pogrążeni w żałobie po nagłej stracie dziecka, często nie dostrzegają objawów PTSD u pozostałego rodzeństwa, co może wynikać z ich własnego bólu i stresu pourazowego – aż 35% rodziców również spełniało kryteria PTSD, a 75% zgłaszało sześć lub więcej objawów. W efekcie zdolność rodziców do zaspokajania emocjonalnych potrzeb pozostałych dzieci bywa poważnie ograniczona (Kazdin, Marciano, 1998).

Na wyniki dotyczące rodziców pograżonych w żałobie mogą wpływać różnorodne czynniki, takie jak płeć, poziom samooceny, stosowane strategie radzenia sobie z żałobą, a także subiektywnie odczuwane wsparcie społeczne. Badania nad żałobą po stracie dziecka jako procesem przewlekłym wskazują na istotną rolę płci. Mężczyźni często doświadczają żałoby w sposób, który sugeruje społeczną deprecjację ich prawa do wyrażania emocji. Ukrywają swoje uczucia, w tym niezaopiekowany żal, angażując się w nadmierną aktywność zawodową, aby stłumić i wyprzeć rozpacz. W porównaniu z kobietami częściej występują u nich objawy psychosomatyczne, przewlekłe choroby oraz skłonność do sięgania po substancje psychoaktywne (Doka, 2002; Doka, Martin, 2010). Matki po stracie dziecka nigdy nie „odrywają się” ani nie „oddzielają” obrazu swojego dziecka, lecz pozostają na stałe związane i zaangażowane w jego narrację. Ta więź jest trwała, a proces żałoby nie przebiega w tradycyjny sposób, jakby „rozłączenie” ze stratą mogło przywrócić je do stanu sprzed tragedii (Brice, 1991). Strata jednego członka rodziny wpływa na całą jej strukturę, a szczególnie silne konsekwencje dotyczą rodziców, którzy tracą swoje dziecko, oraz rodzeństwo, które traci braci lub siostry. W wyniku tego zjawiska ocalenia dzieci mogą przyjmować role narzucone przez strauumatyzowanych rodziców, a rodzice mogą nieświadomie przypisywać żyjącym dzieciom pragnienia związane z utraconym dzieckiem, co może prowadzić do zaburzonych reakcji emocjonalnych, jak np. rocznicowe wspomnienia czy przejmowanie cech zmarłego rodzeństwa. Dla funkcjonowania rodziny szczególnie problematyczne jest wystąpienie jednoczesnego kryzysu na poziomie jednostki i systemu rodzinnego, ponieważ rodzice po stracie dziecka oczekują przede wszystkim wsparcia od najbliższych, którzy w tej sytuacji również znajdują się w potrzebie emocjonalnego wsparcia. Utrata dziecka, zwłaszcza w rodzinach jedynaków, często prowadzi do osłabienia więzi między rodzicami i może przyczynić się do rozpadu związku (Krakowiak, 2008). Islung Nam (2012) wskazuje, że trudności finansowe wpływają na przebieg żałoby, która trwa wówczas dłużej i ma cięższy charakter, co zwiększa ryzyko stanów depresyjnych, a poprawa sytuacji materialnej może wspomóc proces żałoby.

Ponadto istotną rolę w żałobie odgrywają współistniejące zaburzenia psychiczne, w tym depresja, stany lękowe, zaburzenia funkcji poznawczych oraz przejawianie wrogości. Te zmienne mogą znacząco kształtować przebieg procesu żałoby oraz wpływać na zdolność rodziców do adaptacji po stracie dziecka (Lehman i in., 1987; Janoff-Bulman, 1992; Murphy i in., 1999; Martin, Doka, 2000).

Podsumowanie

Utrata dziecka w wyniku chorób letalnych lub samobójstw to jedno z najcięższych traumatycznych przeżyć, które dotyka rodziców. W takim przypadku psychiczne konsekwencje są niezwykle głębokie i trudne do przetworzenia. Rodzice mogą zmagać się z intensywnymi uczuciami smutku, winy, bezradności, a także z chronicznymi emocjami, które mogą być trudne do opanowania. Te silne przeżycia, obciążone dodatkowymi czynnikami, jak np. nieakceptowanie społecznej postawy wobec

samobójstw, mogą przyczyniać się do rozwoju PTSD. W przypadku rodziców dziecka z chorobą letalną ryzyko wystąpienia PTSD jest silnie związane z chronicznym stresem, brakiem poczucia kontroli oraz obciążeniem emocjonalnym i psychologicznym wynikającym z towarzyszenia dziecku w cierpieniu. Czynniki, takie jak trudności finansowe, cechy osobowości, nieadaptacyjne strategie radzenia sobie czy poczucie winy i wstydu, dodatkowo potęgują ryzyko wystąpienia zaburzenia, zwłaszcza u matek. Kobiety są szczególnie narażone na rozwój PTSD, a także na inne problemy emocjonalne, w tym poczucie winy i wstydu. PTSD u rodziców po stracie dziecka rozwija się w wyniku przedłużonego stresu, lęku oraz obciążenia psychicznego związanego z opieką nad dzieckiem w stanie zagrożenia życia.

Strata dziecka, zwłaszcza w wyniku samobójstwa, prowadzi do poważnych zaburzeń w życiu rodziców, wywołując głęboką traumę i przemiany w funkcjonowaniu rodziny. Nagła śmierć dziecka wywołuje silne reakcje szokowe i długotrwałe skutki psychiczne. Różnią się one od tych, jakie występują po stracie dziecka w wyniku choroby. Zjawiska, takie jak poczucie winy, depresja, złość czy PTSD, są powszechne wśród rodziców, którzy doświadczyli podobnej tragedii. Brak odpowiedniego wsparcia oraz trudności w procesie adaptacji mogą nasilać te negatywne skutki. Traumatyczne przeżycie prowadzi do zaburzenia dotychczasowych przekonań o świecie i własnej wartości, co skutkuje głębokim kryzysem egzystencjalnym. Reakcje te mogą utrudniać proces zdrowienia i adaptacji, a osoby dotknięte traumą często potrzebują długotrwałej pracy nad przekształceniem swojego światopoglądu, co bywa niezwykle trudne. Strata może prowadzić do poważnych konsekwencji psychicznych, emocjonalnych i somatycznych, wymagających indywidualnego podejścia terapeutycznego i wsparcia specjalistycznego. W odróżnieniu od depresji, w żałobie reakcje emocjonalne, takie jak poczucie winy czy myśli o śmierci, są związane z tęsknotą za zmarłą osobą, a nie z poczuciem własnej bezwartościowości.

Przytoczone wyniki badań wyraźnie wskazują na silny związek między tragiczną stratą dziecka a rozwojem PTSD u rodziców. Częstotliwość występowania PTSD jest znacznie wyższa w przypadkach, gdy dziecko zginęło w wyniku samobójstwa, a objawy tego zaburzenia utrzymują się przez długi czas, niejednokrotnie przez lata po tragedii. Zjawisko to ma również głęboki wpływ na jakość życia rodziców, obniżając ich zdolność do radzenia sobie z żałobą i codziennością. Dodatkowo doświadczenie PTSD wśród rodziców ma swoje konsekwencje dla ich pozostałego rodzeństwa, które także może zmagać się z objawami PTSD, co wskazuje na wpływ traumy na całą rodzinę. Konieczność wsparcia psychologicznego i społecznego w takich sytuacjach staje się zatem nieodzowna, by umożliwić rodzinie proces zdrowienia. Pomoc psychologiczna w formie indywidualnych i grupowych sesji terapeutycznych jest dostępna w placówkach publicznych (szpitale, ośrodki zdrowia psychicznego, poradnie psychologiczne). Specjalistyczne wsparcie dla rodzin po samobójstwach, mimo istniejących programów prowadzonych przez fundacje, wciąż nie tworzy jednolitego systemu wsparcia. Organizacje te oferują bezpłatną pomoc psychologiczną i społeczną rodzicom i rodzeństwu po stracie.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC.
- Amick-McMullan, A., Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J., Smith, S. (1989). Family survivors of homicide victims: Theoretical perspectives and an exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 2(1), 21–35. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020104>
- Antonelli, F. (1995). *Oblicza śmierci. Jak kształtować właściwą postawę wobec śmierci?* Przekł. J. Dembska. Kraków: Wydawnictwo M.
- Applebaum, D.R., Burns, G.L. (1991). Unexpected childhood death: Posttraumatic stress disorder in surviving siblings and parents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(2), 114–120. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002_1
- Binnebesel, J., Formella, Z., Katolyk, H. (2023). Tanatopedagogiczny kontekst wielowymiarowości żałoby. *Białostockie Studia Prawnicze*, 28(3), <https://doi.org/10.15290/bsp.2023.28.03.10>
- Brice, C.W. (1991). Paradoxes of maternal mourning. *Psychiatry*, 54(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/00332747.1991.11024526>
- Carmassi, C., Corsi, M., Gesi, C., Bertelloni, C.A., Faggioni, F., Calderani, E., Massimetti, G., Saggese, G., Bonuccelli, A., Orsini, A., Dell’Osso, L. (2019). DSM-5 criteria for PTSD in parents of pediatric patients with epilepsy: What are the changes with respect to DSM-IV-TR? *Epilepsy & Behavior*, 70, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.02.025>
- Cerel, J., Padgett, J.H., Casey, L.B., Zankas, S., Meindl, J.N., Parra, G.R., Cogdal, P., Powell, K. (2012). Parental symptoms of posttraumatic stress following a child’s diagnosis of autism spectrum disorder: A pilot study. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 1186–1193. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.03.008>
- Conwell, Y., Reed, G.A., Jr (2009). A call for research: The need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(3), 269–281. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.269>
- Cici, A.M., Özdemir, F.K. (2024). Examining resilience and burnout in parents of children with chronic disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 75, e176–e183. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.01.0>
- Cook, J.A. (1983). A death in the family: Parental bereavement in the first year. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13(1), 42–61. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1983.tb00004.x>
- Dell’Osso, L., Corsi, M., Gesi, C., Bertelloni, C.A., Massimetti, G., Peroni, D., Bonuccelli, A., Orsini, A., Carmassi, C. (2018). Adult Autism Subthreshold Spectrum (AdAS Spectrum) in parents of pediatric patients with epilepsy: Correlations with post-traumatic stress symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 25–30. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2018.02.004>
- Doka, K. (2002). *Disenfranchised grief: New directions, challenges and strategies for practice*. Campaign, IL: Research Press.
- Doka, K.J., Martin, T.L. (2010). *Understanding the ways men and women mourn*. Revised Edition. London: Routledge.
- Doka, K.J. (2017). *Żałoba jest podróżą: jak zmagać się ze stratą*. Poznań: Wydawnictwo Charaktery.
- Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A., Brewin, C.R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750–769. <https://doi.org/10.1002/da.20767>
- Garstang, J., Griffiths, F., Sidebotham, P. (2014). What do bereaved parents want from professionals after the sudden death of their child: A systematic review of the literature. *BMC Pediatrics*, 14, 1–17. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-269>
- Harper, F.W.K., Peterson, A.M., Uphold, H., Albrecht, T.L., Taub, J.W., Orom, H., Phipps, S., Penner, L.A. (2013). Longitudinal study of parent caregiving self-efficacy and parent stress

- reactions with pediatric cancer treatment procedures. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1658–1664. <https://doi.org/10.1002/pon.3199>
- Hawkins, L., Centifanti, L.C., Holman, N., Taylor, P. (2019). Parental adjustment following pediatric burn injury: The role of guilt, shame, and self-compassion. *Journal of Pediatric Psychology*, 44(2), 229–237. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy079>
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press. <https://doi.org/10.1080/00029157.1994.10403078>
- Jędrzejewska, A. (2015). Opuszczeni rodzice: nagła śmierć dziecka. Jak dalek żyć? Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Jordan, J.R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(1), 91–102. <https://doi.org/10.1521/suli.31.1.91.21310>
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (1998). *Psychiatria kliniczna*, wyd. 1 pol. pod red. S. Sidorowicza. Tłum. G. Bagiński. Wrocław: Urban & Partner.
- Kazdin, A.E., Marciano, P.L. (1998). Childhood and adolescent depression. W: E.J. Mash, R.A. Barkley (red.), *Treatment of childhood disorders*, wyd. 2 (s. 211–248). New York, NY US: The Guilford Press.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Milanak, M.E., Miller, M.W., Keyes, K.M., Friedman, M.J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kolek, B. (2009). *Sens życia i umierania: antropologiczno-tanatologiczne aspekty myśli Antoniego Kępińskiego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Krakowiak, P. (2008). *Strata, osierocenie i żaloba: poradnik dla pomagających i dla osób w żalobie*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.
- Lehman, D.R., Wortman, C.B., Williams, A.F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 218–231.
- Li, J., Precht, D.H., Mortensen, P.B., Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361(9355), 363–367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12387-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12387-2)
- Ludwikowska-Świeboda, K., Lachowska, B. (2019). Polish version of Inventory of Complicated Grief-Preliminary Validation. *Psychiatria Polska*, 53, 1069–1086. <https://doi.org/10.12740/PP/91729>
- Makselon, J. (1990). *Antropologiczne implikacje badań tanatopsychologicznych*. Wrocław: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Malin, K.J., Johnson, T.S., McAndrew, S., Westerdahl, J., Leuthner, J., Lagatta, J. (2019). Infant illness severity and perinatal post-traumatic stress disorder after discharge from the neonatal intensive care unit. *Early Human Development*, 140, 104930. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104930>
- Martin, T.L., Doka, K.J. (2000). *Men don't cry, women do: Transcending gender stereotypes of grief*. New York: Psychology Press.
- McCarthy, M.C., McNeil, R., Drew, S., Orme, L., Sawyer, S.M. (2018). Information needs of adolescent and young adult cancer patients and their parent-carers. *Supportive Care in Cancer*, 26, 1655–1664. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3984-1>
- Meert, K.L., Briller, S.H., Myers Schim, S., Thurston, C., Kabel, A. (2009). Examining the needs of bereaved parents in the pediatric intensive care unit: A qualitative study. *Death Studies*, 33(8), 712–740. <https://doi.org/10.1080/07481180903070434>
- Meyers, E.E., Shaffer, K.M., Gates, M., Lin, A., Rosand, J., Vranceanu, A.M. (2020). Baseline resilience and posttraumatic symptoms in dyads of neurocritical patients and their

- informal caregivers: A prospective dyadic analysis. *Psychosomatics*, 61(2), 135–144. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2019.11.007>
- Mitchell, A.M., Terhorst, L. (2017). PTSD symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(1), 61–65. <https://doi.org/10.1177/1078390316673716>
- Murphy, S.A., Braun, T., Tillery, L., Cain, K.C., Johnson, L.C., Beaton, R.D. (1999). PTSD among bereaved parents following the violent deaths of their 12- to 28-year-old children: A longitudinal prospective analysis. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 12(2), 273–291. <https://doi.org/10.1023/A:1024724425597>
- Murphy, S.A., Tapper, V.J., Johnson, L.C., Lohan, J. (2003). Suicide ideation among parents bereaved by the violent deaths of their children. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), 5–25. <https://doi.org/10.1080/01612840305307>
- Nam, I. (2012). Effects of economic hardship on complicated grief (Doctoral dissertation). University of Pittsburgh.
- Niebrój, L., Kosińska, M. (oprac. i red.). (2003). *Rodzina – opieka nad chorym*. Katowice: Śląska Akademia Medyczna.
- Perez, M.N., Sharkey, Ch.M., Tackett, A.P., Delozier, A.M., Bakula, D.M., Gamwell, K.L., Mayes, S., McNall, R., Chaney, J.M., Clawson, A.H., Mullins, L.L. (2018). Post traumatic stress symptoms in parents of children with cancer: A mediation model. *Pediatric Hematology and Oncology*, 35(4), 231–244. <https://doi.org/10.1080/08880018.2018.1524954>
- Plante, J., Cyr, C. (2011). Health care professionals' grief after the death of a child. *Paediatrics & Child Health*, 16(4), 213–216. <https://doi.org/10.1093/pch/16.4.213>
- Reich-Stiebert, N., Froehlich, L., Voltmer, J.B. (2023). Gendered mental labor: A systematic literature review on the cognitive dimension of unpaid work within the household and childcare. *Sex Roles*, 88(11), 475–494. <https://doi.org/10.1007/s11199-023-01362-0>
- Roskam, I., Raes, M.E., Mikołajczak, M. (2017). Exhausted parents: Development and preliminary validation of the parental burnout inventory. *Frontiers in Psychology*, 8, 236360. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00163>
- Sanders, C.M. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka*. Gdańsk: GWP.
- Stankiewicz, K. (2015). Rodzina wobec śmierci dziecka. Żałoba, kryzys, wsparcie społeczne. *Paedagogia Christiana*, 36(2), 237–250. <https://doi.org/10.12775/PCh.2015.035>
- Suarez, A., Yakupova, V. (2023). Past traumatic life events, postpartum PTSD, and the role of labor support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), 6048. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116048>
- Węglarz, M., Tołoczmańska, A. (2024). *Mamy trupa i co dalej. Od umierania do pochowania*. Warszawa: Wydawnictwo RM.
- Williams, J.R. (2002). Effects of grief on a survivor's health. W: K. Doka (red.), *Living with grief: Loss in later life* (s. 191–206). Washington, D.C.: The Hospice Foundation of America.
- Zale, E.L., Heinhuis, T.J., Tehan, T., Salgueiro, D., Rosand, J., Vranceanu, A.M. (2018). Resiliency is independently associated with greater quality of life among informal caregivers to neuroscience intensive care unit patients. *General Hospital Psychiatry*, 52, 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.02.012>
- Ziemiński, I. (2007). Twoja śmierć. Próba eksplikacji doświadczenia śmierci. *Diametros*, 11, 111–141. <https://doi.org/10.13153/diam.11.2007.270>

Netografia

- eMOCja. Holistyczne Centrum Wsparcia po Stracie. <https://centrumemocja.pl/wsparcie-indywidualne-dla-doroslych/> (dostęp: 20.12.2024).
- Fundacja „Naglesami”. <https://naglesami.org.pl/> (dostęp: 20.12.2024).

- Kleszcz-Szczyrba, R. (2016). Czy każdej stracie „potrzebna jest” żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest” terapia? W: R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), *Utrata i żałoba: teoria i praktyka* (s. 111–121). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. <https://rebus.us.edu.pl/handle/20.500.12128/6517> (dostęp: 28.04.2025).
- Kornas-Biela, D. (2017). Żałoba po niepomyślnej diagnozie prenatalnej jako stracie dziecka zdrowego. W: D. Opozda, M. Parzyszek (red.), *Rodzina w sytuacji straty bliskiej osoby*. Seria Pedagogika Rodziny w Teorii i Praktyce, t. 3 (s. 205–215). Lublin: Episteme. <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/14974> (dostęp: 28.04.2025).
- Wiśniowska, N. (2020). *Poziom stresu w przebiegu epizodu depresji w wyniku żałoby – studium przypadku*. <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/244790> (dostęp: 20.12.2024).

THE TRAUMA OF LOSING A CHILD: PARENTS' EXPERIENCES AFTER LOSING A CHILD TO LETHAL DISEASES AND SUICIDE

Abstract

Mourning, a natural and adaptive human reaction to loss, assumes a specific emotional and social character for parents who have lost a child. The trauma associated with such a loss often leads to a psychological crisis and a breakdown of family balance, increasing the risk of developing mental health conditions such as PTSD. An understanding of the mechanisms of this process and its impact on the functioning of a family nursing a child with a lethal disease is crucial for devising effective psychological and therapeutic support strategies for both parents and the whole family system. Furthermore, the death of a child by suicide is associated with additional, profound emotional and psychological consequences, such as complicated mourning and suicidal ideation. Factors that can compound PTSD symptoms following a child's suicide include the suddenness of the event, social stigma, feelings of shame, and social isolation. These situational and social aspects surrounding such losses can lead to an escalation of psychological problems and an exacerbation of PTSD symptoms in parents. The authors address the matter of trauma following the loss of a child, drawing on their experience in this field.

Keywords: PTSD, death of a child, lethal disease, suicide, parental bereavement, complicated grief