

UNIVERZA V LJUBLJANI

TEOLOŠKA FAKULTETA

Drugostopenjski študijski program Zakonski in družinski študiji

Jasmina Rački

TRAVMATIČNO ŽALOVANJE

MAGISTRSKO DELO

Mentor:izr. prof. dr. Tanja Repič Slavič

Ljubljana, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se vsem, ki so sodelovali v raziskavi in mi omogočili delček vpogleda v njihove življenjske izkušnje in njihova doživljanja.

Zahvaljujem se mentorici dr. Tanja Repič Slavič ter dr. Robertu Cvetku za usmerjanje in strokovno pomoč pri izdelavi magistrske naloge.

Zahvala gre tudi Romani Čolić za pomembno dodatno pomoč pri raziskovanju ter vsem prijateljem in bližnjim za njihovo podporo ter izraženo zanimanje.

SEZNAM KRATIC

DSM - Klasifikacija duševnih motenj

PTSM – posttravmatska stresna motna

PII – projekcijsko introjekcijska identifikacija

KAZALO

ZAHVALA.....	IV
SEZNAM KRATIC.....	V
KAZALO.....	VII
KAZALO TABEL.....	X
KAZALO SLIK.....	XI
UVOD.....	1
1. ŽALOVANJE IN IZGUBA.....	3
1.1 Faze žalovanja.....	4
1.2 Vrste pomoči.....	7
1.2.1 Družba.....	7
1.2.2 Religija in duhovnost.....	9
1.2.3 Psihoterapija.....	11
1.3 Relacijska družinska terapija.....	14
2. OD OBIČAJNEGA K TRAVMATIČNEMU ŽALOVANJU.....	19
2.1 Definicija in simptomi travmatičnega žalovanja.....	20
2.2 Vzroki in dejavniki tveganja za travmatično žalovanje.....	23
2.3 DSM-V o travmi in travmatičnem žalovanju.....	25
2.4 Preventiva in kurativa v povezavi s travmatičnim žalovanjem.....	28
2.4.1 Preventiva pred izgubo.....	28
2.4.2 Preventiva neposredno po izgubi.....	29
2.4.3 Strokovna pomoč kot kurativa.....	30
3. TRAVMATIČNO ŽALOVANJE IN DOŽIVLJANJE STRESA.....	33
3.1 Vpliv doživljanja dolgoročnega stresa.....	37
3.1.1 Vpliv dolgoročnega doživljanja stresa na odnose.....	39

- 3.1.2 Vpliv dolgoročnega doživljanja stresa na doživljanje in izražanje emocij
39

**4. POMEN RAZVOJA ZDRAVJA PRIMARNE DRUŽINE PRI DOŽIVLJANJU
IZGUBE..... 42**

- 4.1.1 Pomen spodbujanje izražanja čustev in poudarjanja jasnosti izražanja
čustev 45
- 4.1.2 Odgovornost..... 46
- 4.1.3 Medsebojno spoštovanje..... 47
- 4.1.4 Odprtost med člani družine..... 47
- 4.1.5 Soočanje z ločitvami in izgubami..... 48
- 4.1.6 Ustvarjanje prijetnega družinskega vzdušja 48
- 4.1.7 Spoprijemanje s konflikti s čim manj stresa 49
- 4.1.8 Soočanje med člani 50
- 4.1.9 Razvijanje zaupanja 50
- 4.2 Zdravje v primarni družini in travmatično žalovanje posameznika..... 51

5. IZGUBA KOT TRAVMATIČEN DOGODEK 54

- 5.1 Travmatično žalovanje glede na način izgube 56
- 5.1.1 Nasilna smrt 57
- 5.1.2 Samomor..... 57
- 5.1.3 Bolezen 58
- 5.1.4 Nesreča..... 59
- 5.2 Travmatično žalovanje glede na vrsto odnosa med žalujočim in umrlim..... 59
- 5.2.1 Izguba otroka 60
- 5.2.2 Izguba starša 61

6. PREDSTAVITEV PROBLEMA IN HIPOTEZE..... 66

7. METODA 67

- 7.1 Udeleženci..... 67

7.2	Merski pripomočki.....	68
7.3	Postopek raziskave	69
8.	REZULTATI RAZISKAVE.....	71
9.	RAZPRAVA	74
SKLEP.....		80
POVZETEK.....		82
ABSTRACT		83
REFERENCE		84
PRILOGE	Napaka! Zaznamek ni definiran.	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Deskriptivna statistika za posamezne vrednosti	71
Tabela 2: Spearmanov korelacijski koeficient med travmatičnim žalovanje in zdravjem primarne družine ter med stresom	72
Tabela 3: Rezultati razlik v doživljanju travmatičnega žalovanje med tistimi, ki so izgubili otroka ali starša ter med tistimi, ki so izgubili bližnjo osebo naravne ali nenaravne smrti	73

KAZALO SLIK

Slika 1: Temeljne razlike med žalovanjem in depresijo (Underwood 2004, 296).....	25
Slika 2: Razsevni diagram travmatično žalovanje in stopnjo zdravja primarne družine	Napaka! Zaznamek ni definiran.
Slika 3: Histogram travmatično žalovanje	Napaka! Zaznamek ni definiran.
Slika 4: Histogram funkcioniranje družine	Napaka! Zaznamek ni definiran.
Slika 5: Razsevni diagram travmatično žalovanje in stopnja stresa	Napaka! Zaznamek ni definiran.
Slika 6: Histogram stopnja stresa	Napaka! Zaznamek ni definiran.

UVOD

Človek se v življenju srečuje z različnimi izgubami in vsaka pomeni spremembo (Simonič 2006, 201). Ena izmed najbolj bolečih izkušenj, ki terja močno posameznikovo prilagoditev pa predstavlja izguba bližnje osebe. Celo toliko, da predstavlja temelj poezije, literature in filma, vse z namenom prikazati bolečine obupa, smrti in ločitve od nam ljubljenih ljudi. Izguba in ločitev od bližnje osebe je zato postalo pomembno področje raziskovanja (Hobfoll idr. 2000, 267).

Vendar pa se proces žalovanja razlikuje od posameznika do posameznika - nekateri se borijo že samo da preživijo tekom procesa, drugi si želijo biti sami v žalosti in čutijo, da jih nihče ne razume. Zato je potrebno v vsakem obdobju ponovno preučiti potrebe vsakega žalujočega. Kadar kljub nenehnim poskusom stika okolice z žalujočim do tega ne pride in kadar znaki trajajo dlje kot mesec dni od izgube ter oseba ni zmožna postopnega nadaljevanja z vsakodnevnim življenjem, se lahko zgodi, da je potrebna strokovna pomoč. Znaki, ki na to nakazujejo, so vztrajne motnje spanja in koncentracije, nočne more, vsiljive podobe in spomini na dogodek ali popoln odklon govora o dogodku (Dyregrov in Dyregrov 2008, 160-162).

Cilj magistrske naloge je osvetliti proces žalovanja ter raziskati nekatere pomembne vidike in njihovo povezanost z načinom žalovanja. Končni cilj magistrske naloge je opozoriti družbo in strokovno javnost na težavne vidike žalovanja, ki stojijo sami zase in ozaveščati o pomembnosti osredotočanja na samo izgubo in na individualno emocionalno doživljanje posameznika in ne samo na fizične simptome, ki jih žalujoči doživlja.

Zato bomo v teoretičnem delu magistrske naloge razdelali pojem »travmatično žalovanje« in kako se pomembno razlikuje od nekaterih duševnih bolezni, s katerimi jih družba povezuje. Ena izmed najpomembnejših raziskovalk sodobnega časa na področju žalovanja, Prigerson idr. (1995, 22) je v svoji raziskavi (in ostalih ponovitvenih raziskavah) ugotovila, da se simptomi kompliciranega žalovanja, kot so *iskanje osebe*, *hrepenenje*, *preokupiranost z mislimi na pokojno osebo*, *neutolažljivi jok*, *nezaupanje v povezavi s smrtjo*, *šokiranost zaradi izgube in umanjkanje sprejetja izgube* pomembno razlikujejo od simptomov drugih duševnih motenj; da ti simptomi trajno onemogočajo

normalno funkcioniranje in tako ustvarjajo potrebo po ločenem in specializiranem zdravljenju.

Ker nas zanima, kaj oteži proces žalovanja, si bomo ogledali kako pomembno povezavo ima primarna družina s procesom žalovanja. Raziskave so namreč pokazale na visoko povezavo med starševsko odprtostjo in komunikacijo z nizko stopnjo simptomov depresije in anksioznosti pri žalujočih otrocih (Raveis idr. 1988, 165). Znotraj primarne družine se namreč naučimo sprejemati izgube in se z njimi soočiti (Simonič 2006, 174).

Ponovitvene raziskave po travmatični izgubi pokažejo na prisotnost PTSM-ja, depresije in anksioznosti 14 dni, 6 mesecev in tudi 14 mesecev po izgubi (Kersting idr. 2007, 437), zato nas v magistrski nalogi zanima tudi povezanost načina izgube pokojne osebe ter odnosa, ki ga je žalujoči s travmatičnim načinom žalovanja imel s pokojno osebo.

V drugem delu magistrske naloge, ki je empirične narave, bomo predstavili rezultate naše raziskave in tako skušali osvetliti nekatera vprašanja v povezavi z naravo izgube ter posledično omogočiti boljše razumevanje samega procesa žalovanja in de-tabuizirati njeno vlogo v družbi. Natančneje, bomo predstavili rezultate štiri hipoteze. Prvi dve se nanašata na prisotnost travmatičnega žalovanja v povezavi z zdravjem primarne družine in stopnjo stresa v povezavi z žalovanjem. Drugi dve se nanašata na prisotnost travmatičnega žalovanja v povezavi z načinom izgube in vrsto odnosa med žalujočim ter pokojno osebo. V magistrskem delu smo tako skušali vsaj deloma osvetliti dejavnike, ki so močno povezani z načinom žalovanja ter vsaj deloma odgovoriti na vprašanja.

1. ŽALOVANJE IN IZGUBA

Kako močno je posameznik lahko v stiku s čutenji po izgubi bližnje osebe in kako žaluje izgubo je v veliki meri odvisno tudi od njegove bližnje in širše okolice, ki ga obdaja. Da bi lažje razumeli reakcije posameznika, je potrebno vzeti pod drobnogled kaj vpliva na posameznikovo doživljanje, in kako.

Psihoanaliza govori o procesu žalovanja kot o procesu, ki predstavlja prilagodljiv odziv, v katerem žalujemo izgubo in se prilagodimo na spremembo, kar nam kasneje omogoča nadaljevanje z življenjem (Kissane 2014, 11). Tako žalost in proces žalovanja predstavljata popolnoma normalen odziv na bolečo izgubo (McKenzie 2005,72; Sanchia 2000, 38).

Za razumevanje žalovanja moramo razumeti termina 'izguba', s katero se dnevno srečujemo in enostavno pomeni, da nečesa več nimamo. V povezavi z žalovanjem, izgubo najbolj pogosto povežemo z izgubo bližnje osebe, z umanjkanjem osebe v našem življenju in je torej povezana z občutkom praznine. Ker smo na osebo navezani ob izgubi te osebe in posledični praznini doživljamo močno emocionalno bolečino. Vendar pa ima termin 'žalovanje' holističen vidik in tako poleg emocionalnih odzivov zajema bio-psiho-socialne in duhovne odzive (Thompson 2012, 18-20). V vzhodni literaturi se npr. žalovanje nanaša na emocionalno stanje žalosti in se lahko tudi razloži s pomočjo reakcij, ki zajemajo afektivne reakcije (depresija, jeza, anhedonija), kognitivne reakcije (preokupacija s pokojno osebo, izguba občutka za realnost, težave s spominom ali koncentracijo) in psihološke reakcije (izguba teka, težave s spancem in težave somatskega tipa) (Schoulte idr. 2012, 38).

V angleški terminologiji najdemo več izrazov za proces žalovanja. *Bereavement* (slo. žalovanje) izhaja iz angleške besede *deprivation* (slo. Deprivacija, pomanjkanje), ki pomeni prikrajšanost, odvzem, »biti oropan« in tako natančno opisuje stanje žalujoče osebe ob izgubi. Smrt bližnje osebe pusti žive z občutkom, da so bili nečesa oropani, da jim je nekaj odvzeto. *Mourning* (slo. žalovanje) pravzaprav opisuje kolektivni proces žalovanja in imamo predvsem v mislih rituale neke skupnosti, soseske. Načini, kako skupnost reagira na izgubo in žalovanje so zelo pomembni, saj vpliva na proces žalovanja posameznika (Thompson 2012, 21).

Bowlby (1980) je eden izmed prvih, ki je videl izgubo in ločitev kot temeljni točki dojenčkovega razvoja (Hobfoll idr. 2000, 267). Naši odzivi na izgubo se izoblikujejo že v otroštvu in sicer v interakciji z mamo. Otrok ob maminih odhodih doživlja separacijsko stisko, anksioznost in stres ter ob tem protestira, kar pa izzveni ob njenem prihodu. Vendar v primeru, ko ne pride do ponovne združitve, kot pri smrti osebe, sledi začetni šok, otopelost, pojavita se globoka žalost in občutek izgube. Separacijsko stisko ali anksioznost spremlja tudi hrepenenje za osebo. Žalujoči je vznemirjen, išče znake, ki spominjajo na umrlo osebo, vidi njen obraz, lahko doživlja, da sliši njen glas, pojavijo se celo halucinacije o umrli osebi. Stanje se sčasoma izboljša in simptomi stiske izzvenijo, ko žalujoči integrira dejstvo izgube osebe (Raphael in Dobson 2000, 46).

1.1 Faze žalovanja

Žalovanje so raziskovali že v 17. stoletju, ko je Bruton ta sklop simptomov poimenoval melanholija (Schoulte 2012, 38). Zgodnje študije govorijo o procesu žalovanja predvsem kot o linearnem procesu vključujoč več stopenj, ki vodijo k razrešitvi žalovanja. Današnje razumevanje pa je napredovalo in opisuje žalovanje kot intenziven in dolgotrajen proces, ki ima lahko v primeru nepričakovane izgube travmatične in uničujoče posledice in ki spreminja življenja žalujočih ter izpodbija pričakovan družinski tok (Wiener in Gerhardt 2014, 198). Rezultati v raziskavi o razsežnostih psihološke stiske v procesu žalovanja potrjujejo trditev, da je žalovanje kompleksen in nedokončen proces več razsežnosti (Jacobs idr. 1987, 41).

Žalovanje je univerzalna izkušnja pa vendar se potek žalovanja razlikuje od posameznika do posameznika – različen je proces razreševanja emocionalne stiske, različni so miselni in vedenjski izrazi stiske. Ne glede na potek in sprejete faze žalovanja, pa je vsem žalujočim skupna žalost, jeza, krivda, anksioznost in obup. Kognitivni proces obsega vsiljive misli, vedenjski odzivi pa socialni umik ali iskanje pomoči in podpore (Schuler idr. 2012, 78).

Poudarjeni so tipični simptomi žalovanja, ki so različno intenzivni v različnih obdobjih žalovanja in sčasoma naj bi izgubili na identiteti: solzavost, žalost, otopelost, nespečnost in fizične manifestacije anksioznosti (Carmon idr. 2010, 155).

Gostečnik (2006, 478-480) ob izgubi prepoznava šest stopenj v procesu žalovanja: *šok, zanikanje, jeza, žalost in depresija, pogajanje, obup in ločitev ali integracija*. Prva reakcija predstavlja šokiranost na dogodek in se lahko pojavi v fizični obliki (otopelost, apatija, umik) ali v čustveni, psihične obrambe (zanikanje, dvom, izogibanje) in lahko traja tudi nekaj mesecev. Vzporedno lahko sledi zanikanje, vendar, ko spoznamo resničnost dogodkov, pride žalost. Takrat posameznik občuti globok obup, potrnost bolečino, izgubi energijo. V tej fazi lahko nastopijo motnje v spanju, izguba teka in nezmožnost koncentracije. Sledi jeza, ki lahko vključuje občutek izdajstva in razočaranje nad samim seboj ali nad drugimi. Obup je prisotno ob dokončnem sprijaznjenju z izgubo. Dodamo še sedmo, integracija, v katero posameznik preide, ko preoblikuje svoj pogled na svet in se prazen prostor prične polniti z novimi priložnostmi, idejami in odnosi. Posameznik na življenje gleda bolj realno, bolečina ni več tako intenzivna. Čustvena energija se usmerja na sedanje in prihodnje odnose in ne na preteklo (Simoni in Poljanec 2008, 253-254).

Thompson (2012, 16-17) tudi opisuje proces žalovanja, ki mora iti skozi šest faz, vendar uporablja drugačno terminologijo: *prepoznavanje izgube* (sprejetje in razumevanje smrti), *reakcija na ločitev* (čutiti bolečino, začutiti, prepoznati, sprejeti in izraziti odzive na izgubo), *podoživljanje in spominjanje osebe in odnosa* (realističen pregled odnosa, pregled in podoživljanje vseh čutenj v povezavi z njunim odnosom), *odreči se stari navezanosti ter tvoriti novo, prilagajanje novemu brez, da bi pozabili na staro* (ustvariti nov odnos s pokojno osebo, sprejeti nove načine bivanja v svetu), *ponovno vlaganje in investiranje*.

Carmon idr. (2010, 255) prav tako opiše šest ključnih reakcij na izgubo, ki temeljijo na vzorcu žalujočih odraslih: *obup* (ki vključuje občutja osamljenosti in žalosti). *Panika*, sestavljena iz fizičnih učinkov žalovanja, kot so glavoboli, bolečine v telesu in utrujenost. *Osebna rast*, ki se pojavi vzporedno s sposobnostjo odpuščana, empatijo, upanjem in toleranco izgube. *Krivljenje-jeza* vključujeta občutja sovražnosti, jeze in maščevalnosti. Občutek *odcepiteve* vključuje izogibanje ljudem, izogibanje lastnih emocij in doživljanja sprememb v identiteti. *Deorganizacija* se pojavi ob težavah s koncentracijo in učenjem novih informacij.

Nekateri strokovnjaki v grobem razlikujejo tri stopnje: *otopelost, žalovanje in sprijaznjenje*. *Otopelost* pomeni čustveno otopelost, občutek ohromljenosti, brezvoljnost.

Oseba noče sprejeti izgube ali se ji celo zdi, da oseba ni umrla. Otopelost lahko traja od samo nekaj ur do nekaj dni. *Žalovanje* označuje obdobje žalosti, počutja podobnega depresiji, izgubo pravega teka, jokanje, nemir, tesnobo in težavo s koncentracijo. Lahko se pojavijo tudi telesni znaki kot je bolečina. Veliko ljudi za smrt bližnje osebe krivijo druge – strokovnjake, družino, prijatelje ali pa čutijo krivdo sami. Imajo občutek povezanosti z umrlim, kot da je na nek način še vedno prisoten. Nekateri celo trdijo, da je umrla oseba navzoča, da so umrlo osebo videli, slišali ali vohali. Včasih znaki žalovanja celo spominjajo na depresijo, vendar so le-ti povsem normalni. Običajno šest mesecev po izgubi začne žalost počasi popuščati, oseba postopoma *sprejema* smrt in se počasi vrača v normalno stanje. Vendar pa to traja različno dolgo in včasih je potrebna tudi pomoč (McKenzie 2005,72-73).

Nadalje literatura govori o petih čustvenih stopnjah žalovanja: zanikanje, jeza, pogajanje, depresija in sprejetje. Vendar naj bi tudi te služile samo kot vodnik morebitnih odzivov žalujočih. Prehajanje med stopnjami ne poteka linearno, vendar se posameznik giblje med njimi, celo večkrat vrača ali niha med stopnjami, odvisno od narave izgube. Porabi se nezmerna količina energije in prilagajanje poteka na več nivojih (Kent idr. 2004, 38).

Avtorji opisujejo štiri nivoje žalovanja: *sprejetje izgube*, v kateri se žalujoči navaja na dejstvo, da osebe fizično ni več poleg; *ukvarjanje z bolečino izgube*, *prilagajanje na spremenjeno okolje* (zunanje spremembe, notranje in duhovne spremembe) ter *emocionalno premeščanje osebe in nadaljevanj življenja s smislom in z novim ljubečim odnosom s pokojno osebo* (Thompson 2012, 25).

Žalovanje je vsekakor več dimenzionalen proces (Hogan idr. 2001, 30) in kljub skupnimi psihološkimi in fizičnimi reakcijami ter vedenjskimi manifestacijami žalovanja vsak posameznik žaluje na svoj unikatni način (Kent idr. 2004, 42) in bolj kot vse faze žalovanja so pomembne aktivnosti žalujočega, ki mu pomagajo, da zaključi proces žalovanja. To so: sprejetje izgube, doživljanje in izražanje čustev, transformacija odnosa in prilagoditev posameznika na življenje brez bližnje osebe (Ozbič 2010, 17).

V procesu žalovanja tako žalujoči niha med naslavljanjem izgube ter izogibanjem vsemu kar ga spominja na bližnjega. To mu predstavlja tudi način, kako se spopasti z izgubo (Dyregrov in Dyregrov 2008, 25)).

1.2 Vrste pomoči

Posameznik ob travmatičnih doživetjih potrebuje razširjeno mrežo pomoči. Rothschildova (2000) navaja 5 vrst pomoči: *funkcionalne, fizične, psihološke, interpersonalne in duhovne* (Gostečnik 2008, 239-244), kar bomo skušali zaobjeti v naslednjih podpoglavjih. Žalovanje je skupek emocij in je intersubjektivno na vseh nivojih. Je interakcija med notranjim, medosebnim, družbenim in kulturnim okoljem, kar pa ima temelje v izoblikovanju pomena okoli smrti in življenja pokojne osebe (Klass 2014, 15).

1.2.1 Družba

Naše okolje in kultura v kateri odraščamo vplivata na naše doživetje izgube in procesa žalovanja (Thompson 2012, 62).

Dejavniki, ki okrepijo možnost zdravega načina žalovanja so: dobri socialni odnosi, podpora s strani družine, prijateljev, sodelavcev, podpora v religioznih krogih, v socialnih krogih. Odsotnost podpore okolja zato predstavlja dejavnik tveganja za razvoj težav po izgubi. Umanjkanje podpore se vidi skozi socialno nesposobnost (pomanjkanje materialne pomoči, umik družine in prijateljev, dajanje nepomembnih in nekoristnih nasvetov in prehitro umik dajanja podpore žalujočim). Dobra podporna mreža pomirja, blaži in lajša stresne učinke žalovanja ter zmanjšuje psihološke težave žalujočega saj spodbuja psihološko prilagajanje in veščine obvladovanja. Tovrstna pomoč omogoča žalujočemu obvladovanje travmatičnega dogodka in gradi okrepljeno samopodobo ter bolj optimistično gledanje na prihodnost. Žalujoči s travmatično in stresno izkušnjo z dobro socialno podporno mrežno niso tako kritično prizadeti in si tudi prej opomorejo. Tisti, ki se po travmatični izgubi ne osamijo, se tudi manj borijo s psihološkimi težavami po travmatični izgubi (Dyregrov in Dyregrov 2008, 111-117; 147.)

Podpora okolja je pri žalujočih identificirana kot dejavnik zaščite in razvoja PTSM, depresije in podaljšanega žalovanja. Posamezniki, ki se lahko pogovarjajo o travmatičnem dogodku s sebi pomembnimi osebami, oblikujejo bolj točno oceno travme, posledično travmatične dogodke manj povezujejo s krivljenjem samega sebe in se ne izogibajo procesiranju misli in občutij povezanih s travmo (Hibberd idr. 2010, 439-440). Sprang in McNeil (1998, 55) v svoji raziskavi pokažeta na statistično pomembno

povezavo med nivojem podpore okolja z intenziteto žalovanja in razvojem PTSM pri žalujočih pri katerih so bližnji smrtne žrtve voznikov pod vplivom alkohola. Bolj kot je odsotna podpora okolja, bolj je prisotna PTSM simptomologija in bolj je žalovanje travmatično.

Na travmatičen način izgube pa hkrati vpliva tudi odziv okolice, ki se pogosto umika od žalujoče osebe zaradi občutljivosti načina izgube. Zaradi lastnega umika ali umika družbe po travmatični izgubi se žalujoči počutijo osamljene (Raphael in Dobson 2000, 49). Kar 63% žalujočih poroča o neprimernih, nekoristnih ali celo škodljivih izjavah okolice in med nekoristne bi uvrstili kar 80% izjav okolice (Range in Niss, 1990, 423). Najpogosteje se žalujoči počutijo izolirane in stigmatizirane s strani okolice v primeru samomora (Jordan 2001, 93).

Naravna podpora družinskega sistema krepi odpornost žalujočega (Schuler idr 2012, 81) zato najpomembnejšo vrsto pomoči, ki jo lahko okolica nudi žalujoči osebi, predstavlja dajanje prostora v katerem lahko žalujoča oseba spregovori o dogodku ter fizična prisotnost in nudenje tolažbe oz. nudenje socialne spodbude. Pomembno je tudi nudenje praktične pomoči pri pripravah na pogreb, pomoč pri otrocih, pospravljanju doma, kuhanju in nenazadnje tudi finančna pomoč, če je ta potrebno in v zmožnostih posameznika. Poslušanje, pogovori o izgubi in umrli osebi, odkrito jokanje in izražanje čustev, deljenje spominov, spodbujanje izgovorjave imena umrle osebe, obiski groba, vse to spodbuja k lastnemu toku procesa žalovanja ter onemogoča prekinitev socialnih stikov žalujoče osebe in omogoča lažjo vrnitev na delovno mesto ter k ostalim obveznostim (Thompson 2012, 107).

Nezadostno razumevanje travmatične izgube bližnje osebe posledično pomeni nevednost glede nudenja pomoči in opore žalujoči osebi. Zaradi intenzitete reakcij žalujoče osebe jih okolica lahko doživlja kot nenavadne in zastrašujoče in ne razume, da so to pravzaprav čisto normalne reakcije ob tovrstnem dogodku. K temu dodatno prispeva še zaprta in zadržana drža žalujoče osebe. Okolica doživlja žalujoče kot zahtevne, preobčutljive in razdražljive. Napačno razumevanje vodi h krivljenju drug drugega in takšno nerazumevanje s strani okolice vodi k slabšanju odnosov. Žalujoči, ki pričakujejo razumevanje, stik z bližnjimi ter pomoč in občutek, da je drugim mar pa krivijo bližnje za to pomanjkanje. Žalujoči zato govorijo o tem, da že zelo kmalu – samo tedne po izgubi – čutijo pritiske iz okolice naj se vrnejo k normalnemu načinu življenja in poudarjajo

potrebo po večjem razumevanju trajanja in intenzivnosti procesa žalovanja. Tu se pokaže potreba po usmeritvi okolice s strani strokovnjakov. Splošno znanje o travmatičnih dogodkih, odprta drža in informiranje o kriznih situacijah, smrti in žalovanju prispevajo k lažjemu nudenju pomoči saj celotna situacija postane veliko bolj razumljiva obem stranem. Meta-komunikacija, je torej pomemben pogoj za dajanje zadostne podpore žalujočemu, saj na ta način izrazi svoje potrebe in okolica lažje razume kaj žalujoči pravzaprav potrebuje ter mu to tudi lažje nudi. Pomoč je lahko pomoč samo kadar se sklada s potrebami žalujočega (Dyregrov in Dyregrov 2008, 114–115; 126-128; 132-134).

Žalujoči govorijo, da je odprta drža oz. dajanje odkritih signalov okolici zanje najboljša strategija soočanja z izgubo in življenjem po izgubi. Odprta drža pomeni iskrenost, odkritost, poštenost in direkten pogovor. Odkrito izražanje ima za žalujočega terapevtsko vrednost, prav tako pa daje okolici možnost razumevanja njihovega doživljanja in stanja v katerem so. V izogib slabšanju odnosov med žalujočim in okolico, je pomembno, da se izražata obe strani ter da okolica spoštuje žalujočega ter dejstvo, da vsak žaluje na svoj način. Pomembno je, da ima žalujoči prostor v katerem izrazi svoje potrebe, kar tudi okolica potrebuje, zato da je lahko sočutna do žalujoče osebe, da zdrži z njeno bolečino in z morebitno zavrnitvijo, brez da bi se počutili zavrnjene ter da se izogne dajanju napotkov in nasvetov. Da okolica izrazi, da ne ve kako se žalujoči počuti, je največje sočutje, ki ga lahko da žalujoči osebi (Thompson 2012, 107; 149).

Poleg naše okolice in družine v kateri živimo, religija in duhovnost predstavljata pomemben vidik v procesu žalovanja za nemalo ljudi. V sodobnem času pa se pogosto ljudje obrnejo k psihoterapevtom, ki jim predstavljajo močno oporo v težkem času.

1.2.2 Religija in duhovnost

Uteho najdemo tudi izven religije in pomanjkanje utehe lahko najdemo tudi znotraj religije (Klass 2014, 2). Človek ima priložnost skozi rituale izraziti čutenja in misli v simboličnem svetu. Ritualni neresnično naredijo resnično, lajšajo žalovanje in zdravijo izgubo, smrti dajejo pomen, definirajo posameznikov nov položaj in novo identiteto, in imajo socialno funkcijo ponovnega definiranja vlog in podpirajo aktivno delovanje. Okolici omogočajo, da se skozi njih zberejo na kupu ter tvorijo kratkoročni ter dolgoročni podporni obroč žalujočim. Udeležba ritualov s strani družine, prijateljev in bližnje okolice

ima za nekatere žalujoče veliko vrednost pri nadaljnjih korakih v življenju (Dyregrov in Dyregrov 2008, 149-150).

V teološki doktrini najdemo uteho v liturgiji, svetih tekstih, glasbi in umetnosti. Verniki z molitvijo svetnikom molijo za svoje pokojne in misel na to, da so njihovi pokojni v Jezusovih rokah jih pomiri (Klass 2014, 10). Spiritualni viri tolažbe kot so meditacija, molitev, glasba, narava in drugi tudi predstavljajo izvor odpornosti žalujočemu (Wiener in Heirhardt 2014, 205).

Rituali, ki še pomagajo, so pisanje o čutenjih in mislih v povezavi z izgubo, pisanje o pomembnosti pokojne osebe v življenju žalujočega, njene pozitivne in negativne plati, kako je izguba vplivala na njegovo življenje, na njegov razvoj v tem svetu. Ti rituali omogočajo posamezniku, da si predstavlja samega sebe v prihodnosti, omogočajo refleksijo ter hkrati ustvarjanje varne distance do dogajanja kadar se žalujoči znajde ujet v občutjih izgube in hrepenenja (Dyregrov in Dyregrov 2008, 214).

Religioznim družinam vera predstavlja pomemben izvor tolažbe in zaupanja. Mnogo družin najde moč, tolažbo in usmeritev skozi povezovanje z njenim kulturnim in religioznim okoljem ter tradicijami. Staršem ob izgubi otrok na primer pomaga verovanje v nebesa (Kissane idr. 2014, 108). Bodisi religija v širšem pomenu, bodisi specifična religija ali spiritualni kontekst – oblikovanje pomena nosi pomembno vlogo v procesu žalovanja. Omogoča holističen pristop k okrevanju v procesu žalovanja (Raphael in Dobson 2000, 50). Danes razumemo vpliv travmatičnih dogodkov in razumemo tudi kako pomembno vlogo ima integracija duhovnosti in ključno – ustvarjanje pomena, usmerjanje k virom moči in odpornosti (Cvetek 2009, 325).

Kako se bo posameznik odzval na travmo je odvisno tudi od socialnih dejavnikov: kulture, spola in drugih dejavnikov. Posameznik z duhovno dimenzijo lahko izgubi občutek zase, težka najde svoje mesto, lahko postane zmeden glede svojega religioznega prepričanja – lahko izgubi smisel in vero v Boga, čuti jezo ob situaciji, ki se mu je zgodila in izgubi upanje. Nereligiozni pa naredijo pregled svojega življenja in se lahko sprašujejo o lastnem smislu obstoja (Thompson 2012, 46-47).

1.2.3 Psihoterapija

Za mnoge žalujoče je terapevtski proces težak, saj se morajo znotraj tega soočiti s težavnimi situacijami. Terapija za žalujoče ni samo prostor v katerem je poudarek na pogovoru, temveč vključuje sistematično uporabo različnih metod, s katerimi zmanjšujemo težave žalujočih (Dyregrov in Dyregrov 2008, 216-218). V prvi vrsti je v terapevtskem procesu najpomembnejši varen odnos, ki ga tvori terapevt z žalujočimi (Schuler idr. 2012, 82). Danes se v terapevtskem procesu terapevt predvsem osredotoča na post-travmatsko rast in rekonstrukcijo zgodbe (Klass 2014, 2).

Ravno razlikovanje med simptomi travmatičnega žalovanja in simptomi depresije ter PTSM simptomi znotraj terapevtskega procesa omogočajo uporabo bolj primernega zdravljenja (Bonanno 2007, 342).

Pri travmatičnem žalovanju je potrebno vedeti, da ima v svojem jedru nadaljujočo in pretirano ločitveno anksioznost in izogibanje sprejetja izgube bližnje osebe (Raphael in Dobson 2000, 56). V tujini poznajo vrsto psihoterapije imenovane Terapija kompliciranega žalovanja (eng. *Complicated Grief Therapy*), ki vključuje uporabo podobnih terapevtskih tehnik kot se uporabljajo pri delu s PTSM. Tovrstna terapija vključuje naslavljanje področij:

- reakcije žalovanja, komplicirani simptomi žalovanja, prilagajanje izgubi in ponovno opredeljevanje življenjskih ciljev,
- pogovori s pokojno osebo in ponavljanje zgodbe o okoliščinah smrti z namenom zmanjšanja stiske zaradi podob in misli o pokojni osebi,
- raziskovanje in predelovanje čustev,
- izboljšanje sposobnosti spoprijemanja,
- zmanjšanje doživljanja krivde (Mayo Clini 1998).

V primeru PTSM zaradi izgube osebe na travmatičen način je potrebna pomoč strokovnjaka v terapevtskem procesu, v katerem terapevt sprva dela s travmo in simptomi PTSM-ja, šele nato pa se lahko posveti procesu žalovanja posameznika (Dyregrov in Dyregrov 2008, 207). Posameznik, ki trpi zaradi PTSM simptomatologije poroča o vznemirljivih vizualnih ali slušnih podobah, spremljajo ga močni afekti, medtem ko nekatere dele travmatičnega dogodka odcepi, disociira. Pri tem nam pomaga terapevtska

strategija imenovana model SIBAM (sensation, image, behaviour, affect, meaning), ki na učinkovit način razloži fenomen disociacije ter omogoča pristop k travmam (Gostečnik 2008, 220-221).

Terapija je vedno potrebna, kadar ob žalovanju, občutku izgubljenosti in hrepenenju posameznik vzporedno doživlja »flashbacke«, samoočitanje, anksioznosti in druge reakcije, ki se zgodijo v procesu žalovanja:

- odzivi se nadaljujejo z nezmanjšano intenzivnostjo,
- žalujoči ne funkcionira na delovnem mestu, v šoli, v prostem času,
- žalujoči se izolira od okolja,
- družina se bori z dodelitvijo vlog, notranjih konfliktov ali drugimi družinskimi težavami,
- pojavljanje težav z zlorabo alkohola, zdravil,
- proces žalovanja se nadaljuje več mesecev ali pa sploh ni znaka o žalovanju,
- starši so potrebni informiranja glede ravnanja z otroki, mladostniki,
- zastoj v komunikaciji med žalujočim in okolico, žalujoči se zapira pred svetom, ne sprejema pomoči od zunanjega sveta (Dyregrov in Dyregrov 2008, 210-211).

V primeru močnega občutka krivde zaradi smrti, se lahko za zmanjševanje le-tega uporabijo kognitivne tehnike, ki vsebujejo tehnike kot so spreminjanje misli, čutenj in obnašanja posameznika, učenja vzpostavljanja kontrole nad določenimi mislimi in čutenji ter konfrontacija z določenimi situacijami. S tehnikami kognitivne terapije posameznika izpostavimo stimulusom – travmatičnim sprožilcem (ang. trigger), zaradi česar se nauči kontrolirati svoje misli, zmanjšuje se občutek krivde ter obžalovanje in očitane samemu sebi. Priporočljiva je tudi uporaba tehnike »Eye Movement Desenzitization and Reprocessing« (slo. desenzitacija in reprocesiranje z očesnimi gibi) (EMDR) (Dyregrov in Dyregrov 2008, 215-216), ki pomaga predelati neprimerne in disfunkcionalne shranjene izkušnje in doživetja iz preteklosti (Cvetek 2009, 262).

Uporaba genograma je v družinski terapiji pogosta, saj omogoča lažji vpogled v družino in njene kompleksne vzorce za lažje razumevanje in lajšanje simptomov (Walsh 2014, 18).

Skupinska terapija oz. podporne skupine

Nekaterim je sicer smrt bližnje osebe preveč intimna in osebna tema, da bi jo lahko delili v skupini tujih ljudi. Nekateri pa si želijo poiskati posameznike s podobno izkušnjo izgube bližnje osebe in enak način izgube (npr. samomor). Skupinsko terapijo ali podporne skupine obiskujejo različno dolgo, nekaj tednov do nekaj let. V pomoč jim je občutek skupnosti, občutek, da niso sami v doživljanju, skupen jim je afekt normaliziranja stanja, v katerem so se znašli. Tisti, ki obiskujejo skupinske terapije ali podporne skupine, sčasoma lažje delijo svoja občutja in lažje žalujejo. Pri skupinskih terapijah posameznik dobi informacijo o tem, kaj pomaga drugim žalujočim, s čim si pomagajo, saj si delijo pot po kateri hodijo in potem nekaj od tega uporabijo tudi zase (Dyregrov in Dyregrov 2008, 62-62, 170). Skupine se oblikujejo premišljeno in z vnaprej določenimi kriteriji: dolžina trajanja skupine, odprti ali zaprti tip ter čas trajanja posameznega srečanja (Underwood 2004, 297).

Weinberg idr. (2005) navaja kot pozitivne vidike skupinske obravnave:

- skupinsko vzdušje spodbuja samorazkrivanje in pomaga ljudem, da se odprejo, člani tako s pogovorom normalizirajo svoj odziv, posledično se njihove obrambe (izogibanje, pretirana razburjenost) zmanjšujejo;
- gradi se zaupanje, člani se počutijo, da niso sami, in z osredotočenjem na tukaj in zdaj predelujejo, znova gradijo in prevzemajo vlogo preživelega ter doživljajo razumevanje in empatijo s strani ostalih članov;
- člani imajo možnost raziskati svoje primarne obrambe in jih spremeniti (Cvetek 2005, 281).

Underwood (2004, 296-297) nadalje navaja dobre vidike skupinske terapije:

- a. Nudi občutek varnosti in podpore, ki sta pogosto poškodovani v primeru travmatičnega načina izgube;
- b. Skupina izobražuje o procesu žalovanja;
- c. Normalizira in ovrednoti reakcije na izgubo in življenjske spremembe po izgubi;
- d. Pripravlja člane na prihajajoče izzive povezane z izgubo;
- e. Lajša reševanje težav povezanih s posledicami izgube.

V primeru skupine za žalujoče je pomembno, da skupina:

- a. Daje prostor žalovanju;
- b. Priznava in razlikuje med primarno in sekundarno izgubo;
- c. Raziskuje resnične in simbolične pomene izgube;
- d. Identificira, označi in razlikuje med afektivnimi izkušnjami;
- e. Normalizira in priznava primerne odzive žalovanja;
- f. Naslavlja odsotnost primernih odzivov žalovanja;
- g. Podpira ponavljanje govora o podrobnostih izgube z namenom razrešitve;
- h. Aktivno promovira pomen socialne podpore.

Pozorni pa moramo biti tudi na pomanjkljivosti skupinske dinamika. Izzivi s katerimi se srečujejo udeleženci so pomanjkanje osebne kemije znotraj skupine, zgodi se, da zapustijo skupino zaradi prevelike razlike med žalujočimi, saj se soočajo z različnimi načini izgube. Starša, ki sta izgubila otroka, bi se raje soočala s svojim žalovanjem v skupini sebi podobnih kot pa v skupini z vdovo, ki je po naravni smrti izgubila moža. Drug izziv skupinske dinamike je nezmožnost odhoda iz skupine zaradi občutka pripadnosti do ostalih članov s katerimi se je zgradila intima, zaradi občutka krivde, kljub lastnemu občutku pomanjkanja pomoči in podpore. Tretji izziv je nudenje enake kvalitete pomoči vsem članom skupine. Medtem ko nekateri potrebujejo več psihoterapevtske perspektive, drugi potrebujejo več poudarka na regulaciji emocij in medsebojni podpori (Dyregrov in Dyregrov 2008, 63-64).

Schuler (2012, 83) je v raziskavi o učinku družinske terapije v primeru izgube družinskega člana ugotovil, da se njen učinek kaže predvsem v izboljšani odprti komunikaciji ter izražanju skrbi do posameznika.

1.3 Relacijska družinska terapija

Kot omenjeno v prejšnjem poglavju, je v preteklosti terapevtsko delo dajalo v ospredje delo s posameznikom, vendar se je to v sodobnem času spremenilo (Kissane 2014, 13). Družinski sistemski pristop k zdravljenju travme se je pričel šele po 2. sv. vojni ter nadaljeval po Vietnamski vojni družinskih članov, ki so bili v vojni izpostavljeni travmi prihajali domov in je njihovo doživljanje vplivalo na celoten družinski sistem (Harris idr. 2014, 140). Družinski vzorci vplivajo na način in tok procesa žalovanja kar nas je

usmerilo k razmišljanju o nujenju klinične pomoči družinam kot celotnemu sistemu in ne samo posameznemu članu družine (Kissane idr. 1996, 659).

V Sloveniji poznamo inovativen Relacijski družinski model, ki je osnovan na temeljnih mehanizmih, kot so delo s projekcijsko-introjekcijsko identifikacijo (v nadaljevanju PII), kompulzivnim ponavljanjem, delom s temeljnimi afekti in afektivnim psihičnim konstruktom in vključuje sistemski vidik. To pomeni, da vzame pod drobnogled celoten družinski sistem ter kako se boleči afekti, ki prevevajo odnose družinskih članov, uravnavajo znotraj celotnega družinskega sistema (Cvetek 2009, 120-121).

Relacijski družinski model obrambo pred bolečimi čustvi in afekti imenuje afektivni psihični konstrukt. Posameznik preplavljajoče in neprenosljive afekte disociira in na nezavedni in neverbalni ravni projicira na druge osebe. Zato se model ukvarja s čustvenim uravnavanjem, se pravi s stikom s čustvi in afekti (Cvetek 2009, 65).

Pri mehanizmu PII pošiljatelj projicira nezaželene vsebine in preplavljajoče občutke na druge (partner, družinski člani, terapevt). S pripisovanjem oz. s projiciranjem slabega in nezaželenih delov sebe vzdržujejo samopodobo, ki je v primeru travme polna krivde, samoobtoževanja in negativnega pripisovanja (Cvetek 2009, 136). PII razloži, kako naša nezavedna sfera deluje kot prenosnik, ki se prične že v otroštvu ter deluje skozi odraslost (Gostečnik 2008, 105-106).

PII ter disociacija sta najbolj zgodnja obrambna odziva, ki se ju naučimo v otroštvu, ko nas afekti preplavijo. To imenujemo tudi disregulacija afekta. Relacijska paradigma se zato osredotoča na dinamiko transfer-kontratransfer ter na kompulzivno ponavljanje, ki je pokazatelj posameznikove želje po razrešitvi travme. Relacijski terapevt preko PII in kompulzivnega ponavljanja postane naslovnik vsebin. Terapevt disregulativni afekt v sebi predela in ga v funkcionalni obliki vrne naslovniku (Gostečnik 2008, 115-133). Kot nekoč v odnosu mati-otrok, tako v odnosu tukaj in sedaj, relacijski terapevt uporabi svoj avtoregulativni sistem za regulacijo posameznikovih disregulativnih afektov (Gostečnik 2008, 133-138). Pri tem si pomaga s strategijo dvojnega zavedanja (Gostečnik 2008, 336)

Temeljni afekt in psihični konstrukt vzdržujeta družinski sistem v nefunkcionalnosti (Gostečnik 2004, 14). Zato je ob izgubi sposobnosti prilagoditve na izgubo in integracijo izgube v življenje celotnega družinskega sistema osrednja lastnost zdravega družinskega sistema. Za člane sistema je pomembno, da pridejo v stik z bolečimi čutenji, jih predelajo

in se reorganizirajo. Kjer to ni mogoče in njeni člani blokirajo čutenja, se izguba ne izžaluje (Simonič 2006, 173).

Ker je pri izgubi za žalujoče najtežje najti pomen smrti sorodnika, se bo relacijski terapevt v tem primeru posluževal tudi uporabe SIBAM modela, ki omogoča poiskati pomen v dogodku, kar je ključno pri razreševanju travmatičnega doživetja. Še posebej v primeru travmatičnega načina izgube (npr. priča smrti ali izpostavljenost, ko sorodnik najde truplo po samomoru) se bo relacijski terapevt osredotočal na celotno sliko travmatičnega dogajanja. Ob tem je pozoren na vpliv travme na posameznika ter na njegovo okolico in njegove medosebne odnose (Gostečnik 2008, 231, 359).

Relacijski terapevt bo v oteženem procesu žalovanja raziskoval globinsko čustveno dinamiko, ki družini, paru ali posamezniku otežuje proces. Pomembno za posameznika je, da se sooči z bolečimi čutenji, ki spremljajo izgubo, zato je ključna predelava čustvenih zapletov, ki blokirajo normalen proces in integriteto posameznika v življenju (Simonič in Poljanec, 250-252).

Kadar posameznik ne more izžalovati izgube zaradi družinske lojalnosti, ki zahteva določen način vedenja, mišljenja, spodbuja mite in zato ne ustreza različnim čutenjem ob izgubi, takrat posameznik doživlja, da mora svoja čutenja potlačiti in jih ne izraziti. Takrat se lahko pojavi simptomatično vedenje (Simonič in Poljanec 2008, 252).

Izkušnja izgube vpliva na celoten družinski sistem zaradi procesa prenosa čutenj v odnosih zaradi nezavednih soodvisnih odnosov družinskih članov. Onemogoča družini funkcionalno delovanje in emocionalni popotresni sunki izgube odmevajo v družini neposredno po izgubi ali še dolgo časa po tem (Walsh 2014, 17). Medgeneracijski prenos travme je najbolje opisan pri preživelih holokavsta in njihovih družinah in družinah, v katerih so doživeli travme in izgube skozi več generacij. Prepletanje žalovanja, navezanosti in izgube vplivajo na prihodnje generacije (Raphael in Dobson 2000, 53). Med mehanizme medgeneracijskega prenosa sodi tudi PII. V otroštvu to poteka neposredno z implicitnim vplivom v zgodnjem otroštvu in na podlagi komunikacije (dvoumna komunikacija, ki vzbuja krivdo, zarota, pretiran molk ali pretirana preokupacija), vzgoje in interakcij med družinskimi člani kasneje v otrokovem življenju (Cvetek 2009, 159).

Relacijska družinska paradigma govori o notranjepsihični podobi družine in njenih posameznikov. Najzgodnejši odnosi z za nas pomembnimi drugimi (skrbniki) nas zaznamujejo. Te podobe in afekti se ponotranjijo (Gostečnik 2006, 247). Zato je ključno poznavanje družinskega konteksta za razumevanje procesa žalovanja prav vsakega posameznika – otroka, mladostnika ali odrasle osebe. Otroku še posebej pomaga pri soočanju z izgubo in procesu žalovanja pomoč drugega starša (Lenhardt in McCourt 2000, 195).

V primeru doživljanja travme ob izgubi je možno travmo razrešiti sistemsko, tako da se znotraj varnega prostora v terapevtskem procesu oblikuje prostor za zavedanje temeljnih potreb po pripadnosti. Ob nemoči sistema, da bi predelal travmo in zadovoljil potrebe osnovne relacijske potrebe vsakega posameznika ostajajo sistem in posamezniki ranljivi za travme (medgeneracijskega prenašanje travme) (Kompan Erzar 2006, 18). Večkratne izgube vključujejo izgube odnosov, vlog znotraj družine, izgubo družinske enote, izgubo upanja in hrepenenja za prihodnost (Walsh 2014, 18; 21). Odziv na izgubo je odsev temeljnega afekta, ki upa na razrešitev. Zato bo terapevt skušal najti temeljni afekt in nato spremeniti osnovni sistem regulacije afekta, da bo ta bolj funkcionalen. Relacijski model omogoča predelavo razdiralnega temeljnega afekta ter možnost za novo postavitvev odnosov (Simonič in Poljanec 2008, 255).

V primeru družinske terapije ob izgubi so tako pomembna vprašanja: o družinski komunikaciji, vloge, ki jih imajo družinski člani, konflikti in dobro počutje za ustvarjanje dobre družinske klime (Dyregrov in Dyregrov 2008, 218). Terapevt že s sočutnim poslušanjem trpljenja in borbe povezane z izgubo, spodbuja med člani družine medsebojno podporo in aktivno sodelovanje v procesu prilagajanja in odpornosti (Walsh 2014, 27).

Travmirani posamezniki niso sposobni uravnavanja čustev in postanejo preobčutljivi za neprijetne izkušnje. Dogajanje ali dogodek lahko hitro zaznajo kot grožnjo njihovemu obstoju (Cvetek 2009, 72). Zato se bo relacijski družinski terapevt v primeru travme osredotočil na celotno travmatično dogajanje ter na vpliv travme na posameznika, njegovo bližnjo okolico ter medosebne odnose. Terapevt s svojo sočutno držo in v varnem okolju omogoča posamezniku razrešitev najbistvenjših elementov travme. Posameznik v terapevtskem procesu predela travmo. Terapevt ga nauči, kako na novo živeti (Gostečnik 2008, 232).

Eden bistvenih elementov za okrevanje po travmi v Relacijskem modelu predstavlja tudi dvojno zavedanje, ki označuje možnost zavedanja in razlikovanja med čustvi in mislimi, ki se nanašajo na sedanost in tistimi, ki se nanašajo na preteklost (Cvetek 2009, 260). Relacijska terapija družini in posameznikom omogoči globinsko naslavljanje izgube in bolečih čutenj. Zaradi globinskega naslavljanja izgube lahko na plano pridejo pretekle, neizžalovane izgube, ki jih je tekom terapevtskega procesa potrebno nasloviti, saj jih spremljajo močna in blokirana čutenja (Simonič in Poljanec 2008, 255).

2. OD OBIČAJNEGA K TRAVMATIČNEMU ŽALOVANJU

V prejšnjem poglavju smo poudarili, da obstajajo različne poti procesa žalovanja, kar pomeni, da se vrstni red in časovno obdobje različnih obdobij žalovanja razlikuje od posameznika do posameznika. Po izgubi sledi proces sprejetja realnosti izgube, posameznikovo dovoljenje samemu sebi izkusiti bolečino izgube ter prilagoditev na novo realnost v kateri izgubljene osebe ni in ohranjati odnose z drugimi ljudmi (Thompson 2012, 125-126).

Večina ljudi doživlja normalno žalost in žalovanje. Imajo obdobja žalosti, odrevenelosti, srečujejo se celo s krivdo in jezo. Postopoma se ti občutki lajšajo in možno je sprejeti izgubo ter napredovati. Običajno oz. funkcionalno žalovanje vključuje transformiranje odnosa s pokojno osebo na trajajočo duhovno povezanost, spomine in dejanj, ki se prenašajo preko sorodstvenih razmerij ter skozi generacije in ki služijo v čast pokojnemu (Reynolds idr. 2011, 1; Walsh 2014, 23).

Žalovanje postane integrirano, kadar posameznik doživi prerod interesa in zadovoljstva v aktivnostih in ljudeh, ko ponovno odkriva občutke veselja in zadovoljstva, hkrati pa ohranja občutek povezanosti s pokojno osebo. Občutja žalosti, hrepenenja, osamljenosti še vedno ostajajo v ozadju doživljanja, vendar izgublajo na intenzivnosti in ne okupirajo žalujočega (Reynolds idr. 2011, 2).

Za nekatere ljudi pa so občutki izgube izčrpavajoči in se njihovo stanje ne izboljša niti po preteku časa. Temu se reče komplicirano žalovanje, kar imenujemo kot vztrajna motnja kompleksnega žalovanja. Pri kompliciranem žalovanju so boleča čustva tako dolgotrajna in huda, da imajo posamezniki težave s sprejemanjem izgube in z nadaljevanjem lastnega življenja (Walsh 2014, 23). Takih je kar 10%-15% žalujočih (Bonanna 2007, 342).

Parkers (1972) je prvi vključil smrt in žalovanje v psihologijo in poudaril učinke žalovanja na posameznika ter njegovo zdravje. Do takrat je bilo proces žalovanja nekaj običajnega in psihologija mu ni posvečala pretirane pozornosti (Hobfoll idr. 2000, 267), kljub temu, da izguba ljubljene osebe predstavlja eno izmed najbolj mučnih stvari v življenju posameznika (Schuler idr. 2012, 77).

Jasno je, da se proces žalovanja za nekatere ne nujno konča s pretečenim časom in lahko vztraja število let. Trajni občutki krivde, zavidanja, zagrenjenosti ali jeze lahko vodijo v komplicirane reakcije žalovanja. Vsaj 7% žalujoči se spopada z nezmožnostjo prilagajanje v procesu žalovanja, postanejo prepleteni in znajdejo se na neskončnih valovih akutnih bolečih emocijah (Wiener in Gerhardt 2014, 200).

In kadar se simptomi običajnega procesa žalovanje skozi čas ne izboljšajo, žalovanje postane komplicirano (Mayo Clinic 1998). Travmatično žalovanje poimenujemo slabo prilagodljive odzive na izgubo in vključuje intenzivno in podaljšano žalovanje in tudi morebitne depresivne motnje, motnje anksioznosti in poslabšano zdravje posameznika (Sanchia 2000, 9; Silverman 2000, 857).

Thompson (2012, 45) govori o travmi, ki označuje psihosocialni in duhovni pojav, je eksistencialna rana v smislu, da ima globok učinek na posameznikov občutek jaza in na naše razumevanje sveta. Travma je kot psihosocialni pojav v smislu: vpliva na naše misli, občutja in dejanja. Otežuje našo sposobnost osredotočenja in jasnega razmišljanja. Onemogoča naše funkcioniranje in mehanizme spoprijemanja s stresnimi situacijami.

Emocionalni odzivi v procesu žalovanja, veljajo tudi pri doživljanju travme. Oseba, ki je doživela travmo je doživela izgubo in zato doživlja reakcije procesa žalovanja. Travma in izgube vplivajo na občutek varnosti, optimizma in občutka, da je svet varen. Vplivajo na posameznikovo zmožnost spoprijemanja s stresnimi situacijami. In posameznik, ki je doživel travmo potrebuje strokovno pomoč za okrevanje. V nasprotnem primeru oseba ostane zamrznjena v travmatičnem dogodku, umakne se vase in tvega za prisotnost depresije (Thompson 2012, 46).

2.1 Definicija in simptomi travmatičnega žalovanja

Pri pregledu literature ugotovimo, da za žalovanje, ki odstopa od običajnega najdemo več izrazov v klinični literaturi: patološki proces žalovanja, nerazrešen, kompliciran, kroničen, zakasnel, pretiran, odsoten, morbiden, izkrivljen, slabo prilagojen, podaljšan, nevrotičen in disfunkcionalen in travmatičen proces žalovanja (Sanchia idr. 2000, 38).

Nadalje, so v raziskavah o odraslih žalujočih identificirali vzorce žalovanja in opazili podaljšane in intenzivne nivoje običajnega procesa žalovanja, ki traja več kot leto dni. To so nekateri poimenovali »kronično žalovanje« (Raphael in Dobson 2000, 46).

»*Nerazrešen*« proces žalovanja nastopi, kadar je proces žalovanja podaljšan, oviran, zelo intenziven in/ali podaljšan (Lenhardt in McCardt 2000, 189).

»*Komplicirano žalovanje*« poimenujejo, kadar se intenziteta žalovanja ne zmanjša mesece po izgubi temveč je nadalje intenzivna, vztrajna in izčrpavajoče tudi po šestih mesecih po izgubi (Mayo Clinic 1998). Takšno ekstremno stanje, ki zavira vsakodnevno funkcioniranje mora torej trajati najmanj šest mesecev, da lahko govorimo o kompliciranem oz. travmatičnem žalovanju (Holland idr. 2009, 190).

Winere idr. (2014, 200) uporabljajo izraz »*patološko žalovanje*«, ki vključuje simptome ločitvene stiske, izogibanje opomnikov na umrlo osebo, šok ob izgubi in težava s sprejemanjem, zagrenjenost, otopelost, občutek izgube pomena in nezaupanje vsaj 6 mesecev po izgubi.

»*Komplicirano žalovanje*« je tisto, ki odstopa od običajnega. Trije temeljni znaki tega so: izguba bližnje osebe, odsotnost izboljšanja simptomov skozi čas in vpliv na vsakodnevne sposobnosti in vsakodnevno funkcioniranje posameznika (Mayo Clinic 1998). Holland idr. (2009) še dodaja: separacijsko stisko, vsiljive in emocionalno vznemirjujoče misli o pokojni osebi, pomanjkanje občutka pomena in smisla, težavo s sprejemanjem izgube in onеспособljeno funkcioniranje.

Prigerson idr. (1999, 67) s sodelavci razvije diagnostični kriterij za simptome travmatičnega žalovanja, za katerega pravijo, da je patološki odziv oz. psihopatologija, ki ima svoje korenine v kroničnem procesu žalovanja. Travmatično žalovanje ima v svojem centru dve pomembni komponenti: separacijsko stisko ob izgubi bližnje osebe in travmatično stisko, kot posledica prilagajanja življenju po tej izgubi (Neria in Litz 2003, 77).

Zato v magistrski nalogi uporabimo izraz »*travmatično žalovanje*«, ki označuje proces žalovanja, ki odstopa od običajnega in vključuje simptome psihološke travme (Sanchia idr. 2000, 39). Travma predstavlja ekstremne psihološke in psihosocialne reakcije na veliko izgubo, kot je izguba bližnje osebe (Harvey 20001, 23). Ključen negativen učinek,

ki ga ima travmatičen dogodek na življenje posameznika je vpliv na njegovo fundamentalnost – posameznikovo doživetje samega sebe, drugih ter sveta okoli sebe (Updegraff in Taylor 2000, 12).POMANJAKNJE POMENA

»Travmatično žalovanje« se nanaša na separacijsko travmo, ki je osnova pri močni navezanosti na umrlo osebo (Sanchia idr. 2000, 40) in označuje simptome, ki napovedujejo psihološko morbidnost (Silverman idr. 2000, 857).

Prigerson idr. (2001) opisuje diagnostični kriterij za travmatično žalovanje in sicer: intenzivno hrepenenje, osamljenost, slabo prilagajanje na izgubo, izogibanje opomnikov na umrlo osebo in motnje spanja (Sanchia idr. 2000, 40).

Simptomi običajnega in travmatičnega žalovanja se sprva ne razlikujejo v prvih mesecih po izgubi, vendar pa, medtem ko simptomi normalnega žalovanja skozi čas zbledijo, simptomi travmatičnega žalovanja postajajo vse hujši, posameznik živi v stanju stalno trajajočega procesu žalovanja, ki mu onemogoča ozdravljenje. Znaki in simptomi kompliciranega oz. travmatičnega žalovanja so:

- intenzivna žalost in bolečina ob misli na ljubljeno osebo,
- težka se osredotočiti na kaj drugega, kot na smrt ljubljene osebe,
- ekstremna pozornost na opomnike o ljubljeni osebi oz. pretirano izogibanje le teh,
- intenzivno in vztrajno hrepenenje ali koprnjenje za pokojno osebo,
- problemi z sprejemanjem smrti,
- otopelost ali občutek nenavezanosti,
- zagrenjenost, zaradi izgube,
- občutek, da je življenje brez smisla ali brez ciljno,
- razdražljivost ali vznemirjenost,
- pomanjkanje zaupanja v druge,
- nezmožnost uživati življenje ali razmišljanje o preteklih lepih dogodkih, ki jih je oseba preživela z ljubljeno osebo (Mayo Clinic 1998).

Vendar pa Holland idr. (2009, 192) v raziskavi o strukturi žalovanja ugotovi, da patološki in normalni simptomi žalovanja nista dve popolnoma različni kategoriji temveč se nahajajo na različnih koncih istega kontinuuma. Avtor zato predlaga meritve celotnega spektruma simptomov žalovanja, ki omogoča bolj natančno merjenje. Ločevanje simptomov normalnega od patološkega žalovanja bi v večini primerov zavrglo

pomembno variabilnost. Patološko žalovanje naj torej označuje intenziteta simptomov in ne samo prisotnost ali odsotnost specifičnih patoloških simptomov.

Harvey (2002, 23) opredeli posledice travme kot: izguba koncentracije, motnje prehranjevanja in motnje spanca, »flashbacki« in nočne more. »Flashbacki« predstavljajo najbolj tipične telesne znake, ki dokazujejo, da je telo prežeto s travmo, govori o vznemirjajočih psiholoških in somatskih simptomih. Vedno pa je vzporedno prisotna tudi oblika travmatične disociacije (Gostečnik 2008, 217-218).

Običajni simptomi izgube ljubljene osebe lahko posnemajo simptome depresije, vendar pa se ti simptomi običajno končajo v dveh mesecih po izgubi. Pri tistih, ki so lahko dovzetni za razvoj depresije, ima žalovanje potencial razvoja v depresivno epizodo, pri tistih, ki so že doživeli depresijo, se lahko proces žalovanje podaljša in poslabša zaradi depresije. Razlika med depresijo in žalovanjem je ta, da so v procesu žalovanja občutki žalosti v povezavi z izgubo ali smrtjo, pri depresiji so pa značilni občutki ničvrednosti, obupa in pomanjkanja veselja (GoodTherapy.org 2007).

2.2 Vzroki in dejavniki tveganja za travmatično žalovanje

Točnih vzrokov travmatičnega žalovanja ne poznamo. Kot pri mnogih duševnih težavah, lahko vključuje podedovane lastnosti, vpliv okolja, kemijo naših teles ter našo osebnost (American Psychiatric Association 2013, 179).

Dejavniki tveganja:

- nepričakovana ali nasilna smrt (prometna nesreča, umor ali samomor),
- smrt otroka,
- način povezanosti z umrlo osebo (bližnji odnos, odvisniški odnos),
- pomanjkanje podpore ali prijateljstva,
- depresija ali druge duševne motnje v preteklosti,
- travmatični dogodki v otroštvu, kot je zanemarjanje ali zloraba,
- pomanjkanje odpornosti ali prilagodljivosti na življenjske spremembe,
- ostali življenjski stresorji (Mayo Clinic 1998).

Dyregrov in Dyregrov (2008, 201-202) v knjigi opisuje dejavnike, ki lahko delujejo kot dejavniki tveganja za razvoj travmatičnih odzivov in travmatičnega žalovanja: v primeru

izpostavljenosti močnim vtisom v povezavi s smrtjo (našel umrlega, izpostavljen podobam krvi, neprijetni močni vonji, zvoki), nepripravljenosti na izgubo, je bolj tvegano, da razvijejo komplicirane odzive žalovanja oz. posttravmatske odzive.

Dejavniki, ki vplivajo na poznejši razvoj težav in kateri nam pomagajo pri ugotavljanju potrebe po strokovni pomoči so slednji:

Situacijski dejavniki:

- zaradi načina izgube in drame okoli tega,
- odsotnost družinskih članov,
- podvrženosti močnim čutnim senzacijam,
- nenadna, nepričakovana smrt ali kot posledica dolgotrajne smrti,
- čas za priprave na smrt,
- prisotnost ritualov in omogočanja mirne participacije,
- je žalujoči prejel potrebne informacije v zvezi z dogodkom,
- koliko je ozadje smrti ostalo nepojasnjeno.

Dejavniki, ki se nanašajo na odnos s pokojnim:

- starost pokojnega ob smrti,
- narava odnosa s pokojno osebo.

Dejavniki, ki se tičejo posameznika osebe ali družine:

- osebna zgodovina posameznika (prejšnje smrti, psihološke težave, strategije spoprijemanja) in družinska zgodovina
- spol
- stopnja odprte in odkrite komunikacije
- druge družinske dinamike (skrivnosti, stabilnost, konflikti...).
- Podpora in reakcije okolice:
- podpora družine in prijateljev,
- podpora strokovnjakov,
- podpora na delovnem mestu,
- podpora s strani podpornih skupin in vrstnikov.

2.3 DSM-V o travmi in travmatičnem žalovanju

Simptome kompliciranega procesa žalovanja so v preteklosti pogosto označili kot simptome depresije in/ali simptome PTSM-ja (Bonanno 2007, 342). Sanchia (2000, 41) govori o tem, da je depresija pogosto tesno povezana z žalovanjem. Harvey (2002, 34) pa govori o procesu žalovanja, kot o motnji, kadar vključuje simptome *Velike depresivne motnje*: nespečnost, pomanjkanje apetita in izguba telesne teže, ki trajajo vsaj 2 meseca po izgubi. Vrsto raziskav pa je že pokazalo, da se simptomi travmatičnega žalovanja pomembno razlikujejo od ostalih duševnih motenj vključenih v DSM-IV, kar nakazuje na pomembno vključenosti travmatičnega žalovanja v DSM. Pomembno število ljudi je po izgubi bližnje osebe doživlja klinično pomembno vedenje ali psihološke vzorcev ali psihološki sindrom, ki se pojavi pri posamezniku in je povezan s sedanjo stisko ali nezmožnostjo (Prigerson idr. 2009, 2,7).

Nujno je, da razlikujemo med klinično depresijo ter kompliciranim procesom žalovanja, predvsem zaradi pravilnega načina zdravljenja:

Slika 1: Temeljne razlike med žalovanjem in depresijo (Underwood 2004, 296)

ŽALOVANJE	DEPRESIJA
Z manj motnjami v dojetanju	Vztrajne motnje v dojetanju
Vznemirjenost, nemir	Pomanjkanje energije
Sprejemanje izgube	Zanikanje izgube
Okupacija z mislimi na pokojno osebo	Okupacija s samim seboj
Nihanje razpoloženja	Statično razpoloženje
Odzivnost na zunanjo podporo	Neodzivnost na prejemanje zunanje podpore
Parasuicidalnost redka	Parasuicidalnost pogosta
Bolečina, kot posledica izgube	Bolečina brez smisla

Boelen idr. (2003, 1339–1341) izvede raziskavo v skupini ljudi, ki so po izgubi bližnje osebe (starša, partnerja, otroka ali sestro/brata) iskali pomoč zaradi težav z žalovanjem. Rezultati so pokazali, da težave v procesu žalovanja vključujejo simptome travmatičnega žalovanja, ki predstavljajo ločeno klinično sliko različno od simptomov z žalovanjem povezane depresije in anksioznosti.

Kombinirani učinki travme in žalovanja predstavljajo dejavnik tveganja za razvoj težav v dožemanju, vedenju in fizičnem zdravju (Pfefferbaum idr. 2001, 19).

Kljub močni povezanosti travmatičnega žalovanja z nekaterimi duševnimi motnjami v DMV-V, pa travmatičen proces žalovanja vsebuje simptome, ki jih ostale motnje ne zajamejo (Bonanno 2007, 342). Hooland idr. (2009, 191) še doda, da je glaven simptom razlikovanja intenzivna separacijska stiska (hrepenenje za pokojno osebo), saj ni prisoten pri nobeni drugi motnji. Skozi prizmo teorije navezanosti bi to poimenovali vztrajno hrepenenje po pokojni osebi (Jacobs idr. 1987, 42). Relacijska Družina paradigma govori o temeljnem hrepenenju človeške psihe, ki je usmerjeno k drugemu in logika tega hrepenenja je, da oseba, ki je predmet našega hrepenenja tudi biva, sicer je naša piha zlagana in v samem jedru ogoljufana, prevarana (Gostečnik 2006, 238).

Golden in Dalgleish (2010, 338-339) v raziskavi potrdita, da simptomi depresije, PTSM in anksioznosti niso sočasni s simptomi travmatičnega žalovanja ter da se proces travmatično žalovanje razlikuje od normalnega procesa žalovanja

DSM-V pa že v svoji zadnji izdaji uvršča med *Drugače opredeljene travmatske in stresne motnje* novo motnjo in sicer *Vztrajna motnja kompleksnega žalovanja*, ki jo karakterizira močno in vztrajno žalovanje s posledicami (American Psychiatric Association 2013, 289). Vključenost v DSM-V tako omogoča standardiziran kriterij za travmatično žalovanje, kar omogoča raziskovanje razširjenosti, dejavnikov tveganja, rezultatov, nevrobiologije, preventivo in zdravljenje motnje (Prigerson idr. 2009, 2).

Vztrajna motnja kompleksnega žalovanja ima z *Veliko depresivno motnjo* in *Vztrajajočo depresivno motnjo (distimijo)* skupne simptome: žalost, jok in samomorilne misli, depresivno vzdušje, z osredotočenjem na izgubo (American Psychiatric Association 2013, 792). Po izgubi osebe na travmatičen način, žalujoči lahko razvije PTSM in

Vztrajno motnjo kompleksnega žalovanja. Obe motnji vključujeta vsiljive misli in izogibanje opomnikov na dogodek (izgubo). S *Separacijsko motnjo* si deli stisko zaradi ločitve od osebe navezanosti oz. pokojne osebe (792). *Motnje anksioznosti* so močan pokazatelj intenzitete procesa žalovanja (Sanchia 2000, 42).

DSM-V navaja tudi povezanost *Motnje z nočnimi morami*, ki po DSM-V spada med *Parasomnije*. Vključuje nočne more, ki se pojavijo med procesom žalovanja in vključujejo izgubo in žalost, katerim sledi samorefleksija in vpogled vase (American Psychiatric Association 2013, 406).

Kadar je izguba bližnje osebe travmatična, žalovanju sledi PTSM (Sanchia 2000, 42). Izguba otroka (travmatičen dogodek) je bolj povezana z razvojem PTSM-ja, medtem, ko je izguba starša (travmatičen dogodek v otroštvu), bolj povezano z razvojem depresije (Silverman idr. 2000, 861).

Nekateri posamezniki doživljajo vizualne ali slušne halucinacije o pokojni osebi, znotraj katerih za trenutek dojamejo umrlo osebo kot še vedno živečo, npr. vidijo osebo sedeti na najljubšem stolu. Prisotni so tudi različni somatske težave (težave s prebavo, bolečino in utrujenost) vključujoč simptome podobne tistim, ki jih je doživljala umrla oseba (American Psychiatric Association 2013, 791).

Kot pri travmi, je posameznikova prva reakcija na vest o izgubi šok, ki deluje kot zaščita pred tem, da ga čustva ne preplavijo, kar lahko vodi v zamrznitev. Kljub temu, da se na razumski ravni zavedajo dogajanja, se pa tega v polnosti ne zavedajo na čustveni ravni. Običajne so tudi reakcije kot je tresenje po telesu, slabost, mrzlica in omotica, ki se lahko vleče dneve in čemur sledi izguba apetita in pešanje spomina (Dyregrov in Dyregrov 2008, 28).

Vztrajna motnja kompleksnega žalovanje se lahko pojavi v katerikoli starosti, začevši s prvim letom starosti. Njeni simptomi se lahko pojavijo v začetnih mesecih po izgubi, vendar se lahko pojavi mesečni ali večletni zamik, preden se motnja razvije v polnosti, vendar pa morajo vztrajati najmanj 12 mesecev oz. 6 mesecev pri otrocih. Razširjenost motnje je približno 2.4-4% in se lahko pojavi v vseh kulturah in pri obeh spolih (American Psychiatric Association 2013, 791).

Rezultati v raziskavi Silverman idr. (2000, 861) pokažejo, da večina posameznikov, ki so dosegli kriterij za travmatično žalovanje, ne dosegajo kriterijev za PTSM in *Velike depresivne motnje*, kar podpira njihovo trditev, da travmatično žalovanje vsebuje ločeno klinično entiteto, ki bi ostalo spregledano pri diagnosticiranju PTSM-ja in depresije.

Vse več avtorjev opredeljuje travmatično žalovanje ter njegove simptome, kar nam omogoča lažje razumevanje vzrokov, samega procesa ter omogoča lažje oblikovanje kurativnih in preventivnih programov.

2.4 Preventiva in kurativa v povezavi s travmatičnim žalovanjem

Pomoč, ki jo žalujoči dobijo je ali nezadovoljiva in kratkotrajna, kar v njih vzbuja še več frustraciji in zagrenjenost. V prvih dnevih ali tednih so najbolj v šoku in v pripravah na pogreb in urejanju ostalih obveznosti, tako da kratkotrajna pomoč ne zadovoljuje njihovih potreb. Izpostavljajo, da potrebujejo pomoč pri razumevanju, kaj se z njimi dogaja, pomoč pri tem, da nekdo za nekaj časa poskrbi za njihove potrebe ter informiranje o tem, kako naj si tudi sami pomagajo. Predvsem potrebujejo stabilnost in možnost neprekinjene pomoči. Žalujoči običajno ne vedo, kam se obrniti v kriznih trenutkih in ne vedo kakšne oblike pomoči obstajajo. Prav tako zaradi pogosto prisotnih občutkov sramu, krivde in zaradi lastnih ter družbenih predsodkov, si sami pomoči ne poiščejo in zato potrebujejo, da bi ta bila avtomatizirana ter dolgoročna, ki bi jim nudila oporo skozi različna obdobja (Dyregrov in Dyregrov 2008, 61-68).

Vendar pa raziskave kažejo, da kljub različnih strokovnjaki, usposobljenih za delo na tem področju (župnik, zdravstveno osebje, psihoterapevti), žalujoči govorijo o pomanjkanju takojšnje pomoči. Prav tako izražajo željo po tem, da bi strokovno osebje bilo prvo, ki bi dalo pobudo za nudenje pomoči oz. informiranje glede tega, kam se lahko obrnejo, še preden bi žalujoči moral sam poiskati pomoč. Pomanjkanje primerne fokusa je tudi na otroke in mladostnike, ki so ob izgubi pogosto spregledani žalujoči (Prav Tam, 64-65).

2.4.1 Preventiva pred izgubo

Preventiva usmerjena na celotno socialno okolje je prva in nujno potrebna preventiva. Mednje spadajo izobraževalni programi, ki informirajo o običajnem in kompliciranem

procesa žalovanja, o smrti, nudenju pomoči žalujočim in kdaj poiskati strokovno pomoč (Raphael in Dobson 2000, 54).

Osebi, ki se spopada z izgubo je potrebno ponuditi možnost, da govori o svojih čustvi, mu dati priložnost za izpovedovanje svojih čustev, da lahko govori o jezi in žalosti, ki jo doživlja, o občutku krivde. Včasih jih jezi, ker so ostali sami, včasih jih pa pestijo občutki slabe vesti, ker so morebiti umrlemu pred smrtjo rekel nekaj grdega. Mnogi se ob izgubi pričnejo zavedati tudi svoje lastne minljivosti. Potrebno je osebi ovrednotiti, da so takšne misli in občutja normalni in jih je treba izraziti (McKenzie 2005, 74).

Žalujoči imajo veliko potrebo po informiranju – zdravstvenih vidikih smrti, o procesu žalovanja ter o tem, kako lahko izguba vpliva na družinske člane in na družino kot sistem. Informiranje o načinu ravnanja z žalujočimi otroki in načinu ravnanja s težavami, ki se kot posledica pojavijo v družini. Prav tako potrebujejo odgovore na eksistencialna, praktično usmerjena, pravna vprašanja ter predvsem psihoterapevtsko pomoč. Zdravstveno osebje, psihoterapevti in druge službe, ki imajo stik z žalujočimi, imajo možnost prispevati k odprti drži posameznikov ter k njihovi odprti komunikaciji o težavnih temah (Dyregrov in Dyregrov 2008, 61, 77).

S travmo povezano obnašanje lahko vodi k retravmatizaciji, zaradi česar je razvidno, da so posledice travme škodljive skozi življenje posameznika. Preventiva temu je informiranost in znanje tudi na področju travme in posledic travmatičnih dogodkov (Thompson 2012, 50-51).

2.4.2 Preventiva neposredno po izgubi

Preventivni ukrepi neposredno po izgubi prav tako predstavljajo informiranje, lajšanje pogovora o načinu izgube, omogočanje izražanja čustev in posledic izgube, hrepenenja in jeze, spodbujanje pregleda izgubljenega odnosa, preusmerjanje k obstoječim odnosom, krepitev socialne podpore in posameznikove zmožnosti sprejemanja podpore (Raphael in Dobson 2000, 56).

Preventiva za žalujoče je zmanjšanje stresnih dejavnikov v življenju žalujočega. Največja preventiva v izogib travmatičnega procesa žalovanja je podpora, ki jo lahko okolica nudi v začetnih fazah žalovanja: iskrena fizična in psihična prisotnost, brez nepotrebnih besed. Sigurno ne v enaki intenziteti, ampak je kljub temu potrebna prisotnost tovrstne pomoči

tudi skozi čas, kar lahko pomeni tudi leta po izgubi, saj raziskave kažejo, da največ težav na psihičnem, fizičnem in socialnem področju imajo ravno tisti žalujoči, ki se osamijo po travmatični izgubi. Preživljanje časa s prijatelji, odkriti pogovori z drugimi, pisanje (pisem, pesmi, dnevnika) za sprostitev obsesivnih misli, pogovori z umrlim, poslušanje in igranje glasbe, praznovanje njenega rojstnega dneva pokojne osebe, spominjanje prijetnih izkušenj z umrlim, spominjanje in jok, branje literature na to temo – o izgubi otroka, starša,...sodelovanje na intenzivnih fizičnih treningih, religiozne aktivnosti, delo so načini, kako si lahko žalujoči v vsej svoji žalosti pomaga pri lastni preventivi (Dyregrov in Dyregrov 2008, 169).

Pomoč, ki jo nudi okolica je lahko dobronamerna, vendar brez veliko vrednosti, če ni v skladu s potrebami in željami žalujočega. Obstajajo temeljni parametri (zahteve), ki bi morale biti uveljavljene, za zagotavljanje nudenje najboljše pomoči žalujočim po travmatični izgubi: žalujoči imajo potrebo in si želijo podpore in pomoči, okolica ima znanje o reakcijah žalujočih in o vrsti pomoči, ki jo žalujoči potrebuje, žalujoči ima znanje in razumevanje lastne okolice, okolica je seznanjena z izzivi in rešitvami pri nudenju podpore, okolica ima pogum za kontaktiranje žalujočo osebo, pomoč vsebuje obliko in kontekst, glede na individualne razmere, tako okolica kot žalujoči imajo nekaj znanja o tem, kdaj je potrebna profesionalna pomoč, okolica pridobi potrebno podporo in spodbudo. Skozi čas je družba ugotovila, da so najmočnejši prispevek, ki ga lahko nudijo emocionalna podpora, pogovori in praktična pomoč. Emocionalno podporo izražamo neverbalno s prisotno držo, objemi, jokom, stiskom rok, s poslušanjem in izražanjem razumevanja ter sočutja (Dyregrov in Dyregrov 2008, 134-141).

2.4.3 Strokovna pomoč kot kurativa

Tudi, ko je proces žalovanja travmatičen, je travmo možno predelati, če jo je posameznik, sistem sposoben zregulirati. To pomeni, da travma izgubi svoj destruktiven pomen, kadar posameznik dobi primerne odzive okolice – zaupnost, občutek pripadnosti in povezanosti, spoštovanje in dostojanstvo, prepoznavanje stiske ob izgubi in najpomembneje, sočutje (Kompan Erzar 2006, 15;40).

Nujna strokovna pomoč je potrebna, kadar posameznik ob izgubi bližnje osebe doživlja samomorilne misli in kadar pride do težav na področjih vsakodnevnega delovanja v posameznikovem življenju:

- Močan občutek nejevere nad dogodkom, občutek nemoči in intenzivno hrepenenje,
- težave pri opravljanju običajnih rutin,
- opuščanje socialnih aktivnosti,
- prisotnost depresije in/ali globoke žalosti,
- prisotnost občutka krivde in samokrivljenja,
- posameznikovo prepričanje, da bi lahko osebno preprečil smrt ali da je sam naredil kaj narobe, kar je povzročilo smrt,
- izguba smisla v življenju,
- želja po lastni smrti ob izgubi,
- samomorilne misli (Reynolds idr. 2011, 2).

Ker nenadna smrt oz. nenadna izguba povzročita dolgoletne stiske, težave in trpljenje za mnogo ljudi, je priporočena zgodnja in avtomatizirana strokovna pomoč, še posebej v primerih samomora, nesreč in umora, ob izgubi otroka. Takrat bi strokovna pomoč morala iti z roko v roki s procesom žalovanja. Podajanje informacij žalujočim je primerno storiti že v prvih dneh po izgubi za omogočanje lažjega odločanja pri različnih temah: pogovori z otroki o izgubi in smrti, ali naj se otroki udeležijo pogreba, uporaba zdravil za boljše spanje in drugih zdravil, zdravniški dopust. Kasneje, bodo potrebne tudi informacije:

- o običajnih emocijah, kognitivnih in vedenjskih reakcijah po izgubi,
- o razlikah v reakcijah znotraj družine, o razlikah med spoloma, ter o družinski dinamiki,
- o otrokovih reakcijah,
- o svetovanju za lažje soočanje s »flashbacki«, z nespečnostjo,
- o reakcijah in o napredovanju skozi čas in priprava na bližajoče se obletnice,
- o pričakovanih reakcijah okolice
- o pripravah na rituale, vrnitev na kraj dogodka,
- o možnostih koriščenja raznih pomoči v zdravstvenem sektorju in ostalih strokovni pomoči, o morebitnih skupinah za samopomoč za žalujoče, o organizacijah (Dyregrov in Dyregrov 2008, 211-212).

Žalovanje samo po sebi ni škodljiv proces, vendar pa zaradi intenzitete izkušnje (v primeru izgube kot travmatičen dogodek), intenzitete doživljanja stresa v procesu žalovanja ter sposobnosti spoprijemanja, ima žalovanje lahko močan in dolgoročen vpliv

na posameznikovo mentalno zdravje (kratkotrajna ali dolgotrajna depresija, nižanje samozavesti, nevrotične motnje, odvisnosti, agresija in nasilje, psihotične motnje) in je izredno pomembno, da se z ustreznimi in primernimi podporo in zunanjo pomočjo izogne škodljivim procesom žalovanja (Thompson 2012, 143). S pogovorom o travmatičnem dogodku, oseba namreč pridobi občutek nadzora nad situacijo. Zato polagamo veliko vrednost diskusijam in pogovorom z drugimi, saj so način, kako dogodek konkretiziramo ter vrnemo pomen dogajanju, ki je totalno brez pomena. Okrepimo posameznikovo samopodobo in identiteto ter olajšamo in umirimo njegovo izkušnjo kaosa, bolečine, nemoči, obupa in žalovanje (Dyregrov in Dyregrov 2008, 143).

3. TRAVMATIČNO ŽALOVANJE IN DOŽIVLJANJE STRESA

Izogibanje soočenju z izgubo bližnje osebe in razvoj travmatičnega žalovanja predstavljata močan stres v življenju posameznika. Vedno večje doživljanje stresa pa predstavlja dejavnik tveganja za razvoj simptomov pri žalujočemu ter tako še nadalje oteži proces žalovanja in sprejetje izgube. Posameznik zapade v začarani krog.

V našem vsakodnevem življenju se srečujemo s stresom, ki pozitivno deluje na posameznika – ga aktivira, motivira in stimulira v vsakodnevem življenju. Je pa odvisno od dolžine trajanja, intenzitete in količine stresa, ki določa, ali je njegov vpliv na nas pozitiven ali negativen (Thompson 2012, 128).

Žalujočih se običajno uspešno prilagodi izgubi, kljub pogrešanju, hrepenenju ter spominjanju bližnje osebe, lahko pa se sprevrže v različne patologije (Raphael in Dobson 2000, 53).

Skoraj 20% posameznikov se z izkušnjo izgube bližnjega ne soočajo z intenzivnim in daljšim obdobjem žalovanja, kar kaže na to, da se z izgubo ne soočajo. To pomeni, da se ne pogovarjajo o dogodkih pred izgubo in o dogodkih po njej, da se ne osredotočajo na spomine o bližnji osebi in se ne pogovarjajo o svoji obliki navezanosti na bližnjo osebo, ampak se aktivnega žalovanja lotijo skozi osredotočanje na druge dejavnosti (Dyregrov in Dyregrov 2008, 25-26). Harvey (2002, 35) poudari, da tovrstno vedenje označuje umanjkanje žalovanja. Žalovanje po izgubi pomembnega družinskega člana, ki se mu ne posveti potrebne pozornosti, lahko vodi v močne in škodljive reakcije v odnosih – oddaljen odnos v zakonu, ločitev, afere, spolno zlorabo (Walsh 2014, 17-18). V jeziku Relacijske paradigme bi rekli, da je tovrstna disregulacija afekta lahko povezana s stresi in konflikti v odnosu, katere izvor lahko poiščemo v zgodnjem odnosu mati-otrok, in kasneje oče-otrok, ki je na novo prebujen v odraslosti (Gostečnik 2015, 29;36).

Posamezniki, ki se z žalovanjem in izgubo ne ukvarjajo takoj po smrti, nekateri prehitro prenehajo s procesom žalovanja. Nadaljevanje z aktivnostmi kot utečeno lahko predstavlja odmik od lastnih čustev glede izgube, obrambo pred bolečimi čutenji, hkrati pa je v izogibanje vložene veliko energije. Ker je težko je ločiti med tistimi, ki se

izogibajo in zatekajo v obrambe ter med tistimi, ki so dejansko dobro opremljeni z mehanizmi spoprijemanja, je priporočljiva vključite v terapevtski proces. Tisti, ki se po travmatični izgubi ne osamijo, se najn borijo s psihološkimi težavami po travmatični izgubi, kot tisti, ki se osamijo (Dyregrov in Dyregrov 2008, 207-208; 147). Posameznikova zmožnost kontroliranja močnih negativnih afektov brez izogibanje, kaže na njegovo sposobnost uravanja čustev in afektov, na sposobnost zmanjševanja napetosti brez zunanjih vedenjskih težav (disociacija, zloraba substanc...) (Cvetek 2009, 64).

Razlog za kasnejše težave lahko predstavljajo tudi posledica problemov v preteklosti, s katerimi se žalujoči ni ukvarjal, se zanje ni zmenil, jih celo zanikal in preprosto potlačil in skušal pozabiti. Takšen problem je lahko izguba enega ali obeh staršev v otroštvu, ki je nismo predelali, temveč zakopali vase. Vendar so kljub temu v naši podzavesti in se vrnejo v zavest, kadar smo pod stresom ali na kakršenkoli način oslabljeni (McKenzie 2005, 44).

Posameznikovo doživljanje stresa ob izgubi predstavlja dodatno oviro ob spoprijemanju z izgubo. Stres lahko podkrepi proces žalovanja, žalovanje lahko povzroča nadaljnji stres. Kadar je oseba preplavljena s stresom ji je onemogoča soočanje s težavami ter nadaljevanje s običajnim procesom žalovanja (Thompson 2012, 16-17; 128). Stres negativno vpliva na nas, kadar doseže visok nivo intenzitete in traja dlje časa ter tako ohromi naše sposobnosti spoprijemanja in nas preplavi (Thompson 2012, 144). Pomembna travmatska težava je sposobnost obvladovanja afektivnega stanja. Doživljanje negativnih afektov, kot so jeza, sram in žalost lahko ojačajo stisko in uničijo pozitivne odnose, tako se izčrpanost zaradi travmatskega stresa povečuje (Cvetek 2009, 133).

Deluje pa tudi obratno – oseba, ki že doživlja stres v svojem načinu življenja in doživi izgubo, lahko zaradi vse večjega pritiska, ki ga ob tem doživlja, vedno bolj dovzetna za psihološka obolenja, samopoškodovanje, samomorilne misli ali poskuse samomora, depresijo, umika vase, notranja napetost, ki vodi v konflikte v medosebnih odnosih, kar povzroča vse več stresa. Posameznik se lahko znajde v začaranem krogu, zato je pomembno poznati in delati z vsemi aspekti kompliciranega žalovanja (Thompson 2012, 126-127).

Z doživljanjem stresa so povezane naše sposobnosti spoprijemanja s stresnimi dogodki (Harvey 2002, 25). Izvor posameznikovi zmožnosti regulacije ali disregulacije afekta pa

lahko sledimo v odnos z materjo v otroštvu, znotraj katerega se uči strategij soočanja, z namenom, da bi se zmožel soočiti s stresnimi situacijami (Gostečnik 2015, 29;42). Pri tem igrajo ključno vlogo naši možgani, ki primerjajo trenutne dražljaje s predhodno shranjenimi dražljaji. Shranjene sheme vzorcev temeljijo na prvih izkušnjah v otroštvu, ko se oblikujejo naše nevronske povezave (Gostečnik 2006, 19). Tako v primeru ne-varne oblike navezanosti regulacija afektov poteka tako, da ustvarja in ohranja omejenost v percepciji emocionalnih informacij in s tem onemogoča sposobnost posameznikove zaznave novih sporočil, ki ni skladno z njegovimi obstoječimi shemami (Kompan Erzar 2006, 176).

Kadar so oslABLJENE naše sposobnosti spoprijemanja se pojavita stres in travma. Travmo spremljajo uničujoči in pogubni občutki - posameznika pusti z občutkom nemoči, neobvladljivostjo dogodkov, posameznik s težavo obvlada občutek normalne v življenju. To se kaže kot PTSM (Thompson 2012, 145). Travmatičen dogodek ne glede na posameznikov temeljni občutek varnosti, poruši njegova temeljna občutja jaza (Janoff-Bulman in Berger Taylor 2000, 32).

Afekti stresnih življenjskih dogodkov vključujejo poleg negativnih reakcij, kot sta depresija in anksioznost, tudi motnje v kognitivnih funkcijah: vsiljive misli in preokupiranost z mislimi, ki vplivajo na posameznikovo funkcionalno delovanje in uspešno prilagajanje na dogodke. Ta psihološka razburjenost in nenehna raztresenost lahko traja dneve, mesece ali celo leta po dogodku. Razlog za to je posameznikova nezmožnost priklica vznemirjajočih misli travmatičnega dogodka v drugačnem, bolj funkcionalnem kognitivnem okviru. Izvor te nezmožnosti leži v ponavljajočih ciklih vsiljujočih misli ter zanikanja. Močno je pa povezano tudi z iskanjem pomena dogodka. Travmatična narava dogodka ter dolgoročne vsiljive in izogibajoče misli, tako predstavljajo dejavnik tveganja za razvoj PTSM simptomov (Updegraff in Taylor 2000, 10-12). Silverma idr. (2000) v svoji raziskavi govorijo o močni povezanosti starševske izgube otroka z PTSM-jem.

Stres se pojavi ob izgubi posamezniku pomembnih virov moči. Stres, kot posledica travme napade temeljne posameznikove vrednote, ker nastopi nepričakovano je izven običajno uporabljenih ali razvitih načinov spoprijemanja (Green 2000, 2-3).

Horowitz je (1986, 246) v svoji raziskavi o odzivu na travmo (vključujoč proces žalovanja) razdelil simptomatične odzive v dve kategoriji, tiste, povezane z vdori dogodka v trenutno doživljanje in tiste, povezane z izogibanje ali zanikanjem dogodka oz. izkušnje. Vdori ali vsiljevanje vključujejo hipervzburjenost, stanje stalne pripravljenosti, podoživljanje, vsiljive misli in iskanje osebe. Simptomi povezani z zanikanjem vključujejo amnezijo, nesposobnost priklica vizualnih podob, odklanjanje pomena, otopelost in umik vase. Vendar pa Raphael (1997) razlikuje med odzivi na travmo in žalovanjem. Kljub podobnosti med simptomi, loči med njihovo vsebino. Raphael in Martinek (1997) med primerjanjem reakcij pri PTSM in reakcij pri žalovanju osvetlita na tri ključne razlike: pri travmi je vsebina središče travme, medtem ko pri žalovanju to predstavlja travmo; anksioznost je povezana z izkušnjo ogrožnosti in z opomniki, pri žalovanju pa gre za separacijsko anksioznost v povezavi z izgubo osebe. Hrepenenje in žalost sta prisotni samo pri žalovanju, vendar običajno odsotni pri travmi. Green v svoji raziskavi, v kateri je primerjal odzive in spoprijemanje s travmo ali z izgubo minimalne razlike, kar lahko pomeni, da med travmatično izkušnjo in izgubo ni velike razlike (Green 2000, 4-5).

Danes govorimo o treh skupinah **simptomov specifičnih za PTSM, ki se manifestirajo v procesu žalovanja:**

1) vsiljivi spomini, misli ali izkušnje v povezavi z izgubo, ponavljajoče in vznemirjajoče sanje povezane z dogodkom, občutek posameznika ponavljanje dogodka, močna psihološka stiska ob izpostavljenosti dogodkov, ki spominjajo na aspekt dogodka.

Pri travmatičnem žalovanju se to izraža preko neustavljivega hrepenenja po pokojni osebi, ki se kaže skozi občasne a vendar ponavljajoče in vsiljive misli o pokojni osebi, o smrti, kraju smrti in ostalih opomnikov na izgubo (Jacobs idr. 1987, 42). Ta separacijska stiska se pri žalujočem kaže kot hrepenenje po pokojni osebi, preokupacija ter vsiljive misli o njej (Schuler idr. 2012, 19).

2) vztrajno izogibanje česar koli v povezavi z dogodkom, emocionalna otopelost kot sredstvo za izogibanje misli, emocij ali pogovorov povezanih z dogodkom; izogibanje aktivnosti, krajev ali ljudi, ki lahko spominjajo na dogodek, težave s spominjanjem, kar se je zgodilo, zmanjšan interes glede pomembnih aktivnosti

(počitnice, prosti čas), občutki nepovezanosti ali oddaljenosti od drugih ljudi, omejen obseg vpliva, občutek prikrajšanosti za prihodnost

Druga dimenzija travmatičnega žalovanja, se pojavlja kot obup, občutek nemoči in žalost, simptomi depresije, apatičnost, izguba občutka zdrave agresivnosti in nenehno naraščajoča izolacija (Jacobs idr. 1987, 42). Izogibajo se opomnikom na izgubo, doživljajo globoka žalost, zamero in jezo v povezavi z izgubo in krivijo same sebe za smrt osebe. Niso sposobni čutiti zadovoljstva in veselja v vsakodnevnih aktivnostih ali v donosih z bližnjimi (Schuler idr. 2012, 79).

3) vztrajni simptomi povečanega razburjenja, ki se manifestira skozi težave s spancem, razdražljivost ali izbruhi besa, težave s koncentracijo, hiper vzburjenost (oprezna drža), močni reakcije na karkoli novega - pretirane reakcije, psihološka reaktivnost z izpostavljenostjo dogodkom, ki slišijo na travmatični dogodek. Kadar tovrstni stresorji trajajo več kot mesec dni, oslabijo dnevno funkcioniranje (Dyregrov in Dyregrov 2008, 206).

V procesu travmatičnega žalovanja se to pokaže kot takojšnja reakcija na izgubo in sicer kot emocionalna otopelost, povečano nezaupanje ter kot izbruhi paničnih napadov in ekstremna jokavost. Spodaj ležeče težave čustvene otopelosti in izbruhov je sorazmerno nediferenciran in potencialno prevladujoč afektiven ton, ki se odraža kot »občutek na robu prepada«, kot grozeče neposredne težave ali v strahu pred izgubo nadzora. Izbruhi paničnih napadov in temeljno nezaupanje reflektirajo trud žalujočega ublažiti oz. predstavljajo obrambo pred realnostjo in izvira iz stalnega alarmnega občutja (Jacobs idr 1987, 42).

Nesprejetje izgube je spodaj ležeča težava nenehne žalosti, obupa in dezorganizirinega vedenja (Jacobs idr 1987, 48).

3.1 Vpliv doživljanja dolgoročnega stresa

Žalujoči je lahko priča travmatičnim dogodkom okoli smrti bližnjega. Kar se mu lahko vedno znova vrača v obliki »flashbackov«, npr. specifični vonji, zvoki in slike dogodka. Podoživljanje je lahko težavno in vzbuja v posamezniku občutek, da nima kontrole nad dogajanjem. Motnje spanja se pojavljajo v obliki nočnih mor, misli pred spanjem, ki to

onemogočajo, zbujanje zgodaj pred uro in nezmožnost zaspati nazaj. Dolgoročno pomanjkanje spanca vodi v slabšanje ostalih dolgoročnih posledic. Občutek varnosti je zamenjan z ranljivostjo ter anksioznostjo in strahom pred ponovitvijo. Svet za njih postane nesiguren in nepredvidljiv. Telo se znajde v stanju stalne pripravljenosti na nevarnost in se odziva na zvoke v okolici kot morebitne sprožilce. Stalno stresno stanje zavzema možgansko kapaciteto in zavzema sposobnost možganov, ki procesirajo informacije, kar povzroča težave s spominom. Posameznik ima občutek, da postaja senilen, vsiljive misli in zaskrbljenost prekinjajo tok misli, kar vpliva na izvajanje nalog, ki zahtevajo visok nivo mentalne zahtevnosti. Kronično stanje zaskrbljenosti povzroči, slabše delovanje imunskega sistema, pomanjkanje apetita pa pomanjkanje hranilnih snovi v telesu, zaradi česar žalovanje vodi v glavobole, težave s prebavo in pa stalno stanje napetosti, kronično utrujenost in druga psihosomatska obolenja (Dyregrov in Dyregrov 2008, 27-34).

Stresni in travmatični dogodki dolgoročne negativne vplive na posameznika tako, da misli in podobe dogodka lahko trajajo dolgo po dejanskem dogodku. Posledično so oslABLJENE posameznikove sposobnosti obvladovanja s poznejšimi stresorji, kar posameznika pušča še bolj ranljivega (Updegraff in Taylor 2000, 11).

Stres, od katerega se posameznik najtežje opomore je izguba bližnje osebe, še posebej v primeru nenadne, nepričakovane izgube ali izgube na travmatičen način (Jordan 1992, 310).

Eden izmed stalni stresorjev pri žalujočih predstavljajo ponavljajoče izgub. V tem obdobju posameznik doživlja stres najintenzivneje (Harvey 2002, 14).

Kadar je stres, ki je prisoten ob travmatičnem žalovanju prevelik, lahko povzroči disociacijo nekaterih elementov doživljanja izgube: senzacije, slike, vedenja, afekta ali pomena. Disociacija se pojavi kot obramba pred bolečimi vsebinami, npr. podoba umrle osebe (Gostečnik 2008, 220).

Pomembno je ločiti stresom in obremenitvijo. Prvo je dogodek, ki zahteva spremembo v funkcioniranju posameznika, celotne družine. Medtem ko je drugi trajajoče stanje, ki ustvarja napetost npr. med družinskimi člani, zaradi potrebne spremembe. Kadar potreba po spremembi preseže vire sistema, se stres samo povečuje. Na način, kako se bo družina

odzvala na stanje, vplivajo trenutni dogodki in stresorji v povezavi s preteklimi dogodki v družinskem sistemu (Jordan 1992, 309).

3.1.1 Vpliv dolgoročnega doživljanja stresa na odnose

Predvsem vpliva na odnose med odraslimi ter na odnose med otroki in odraslimi. Zaradi stresa in nezadostne medsebojne komunikacije o samem žalovanju in obupu, ki ga doživljajo zaradi izgube, se člani pričnejo izogibati govoru o izgubi. Zaradi neizgovorjenega se večja strah pred ponovno izgubo, družinski člani so v stanju stalne pripravljenosti. Tovrsten strah in anksioznost se lahko prenaša v naslednje generacije. Nezadostna medsebojna komunikacija, nesprejemanje različnega načina žalovanja in različni stili obvladovanja situacije samo povečujejo stopnjo stresa med člani, kar lahko vodi v ločitev zakoncev (Dyregrov in Dyregrov 2008, 38-42).

Stres ob izgubi se poveže s stresom prisotnim pred izgubo in nabirajoče se pritiski ter naporom. Preplavi družinsko funkcioniranje in posegajo v proces žalovanja (Walsh 2014, 21).

3.1.2 Vpliv dolgoročnega doživljanja stresa na doživljanje in izražanje emocij

Posamezniki, ki doživljajo stres in so doživeli travmo, doživljajo zelo močne čustvene viharje. To lahko vodi k ranljivosti ali pa čustvenemu umiku, izoliranosti in odtujenosti z drugimi ljudmi (Thompson 2012, 50-51). Žalujoči doživljajo žalost, zagrenjenost, zamera, razočaranje, anksioznost, občutek zmedenosti, pomanjkanje samozavesti, jeza, občutek krivde in včasih olajšanje, kot reakcije na izgubo. Občutek krivde je močno čustvo in lahko posameznika, ki se sčasoma počuti bolje, povleče nazaj v stanje obupa (Thompson 2012, 79-80).

Stres, ki ga posameznik doživlja v procesu žalovanja, oslabi posameznikovo razmišljanje, spomin, koncentracijo, samozavest, oslabi kvaliteto in količino sposobnosti za delo. Pri posamezniku se razvije depresija, ki prav tako vpliva na posameznikov tok razmišljanja, nagnjenost k pesimizmu (Thompson 2012, 106; 128).

Pomembno je ločevanje med reakcijami čustev. Tista, ki so usmerjena navznoter in tista, ki so usmerjena navzven. Navznoter usmerjena čustva imajo lahko kot posledico umik vase, depresijo ali občutek krivde. Posameznik lahko jezo zaradi izgube izrazi na prikrit

način, jo usmeri vase, kar se manifestira kot občutek krivde. Nekateri temu pravijo »preživitvena krivda«. Odkrito izražena jeza pa se lahko izraža kot jeza na okolico, kot agresija in nasilje. Krivljenje drugih za smrt bližnje osebe, je pogost odziv nekoga, ki ga izguba jezi. Zato je vedno pomembno prepoznati cel spekter svojih čutenj, saj igrajo pomembno vlogo pri ustvarjanju pomena v primeru izgube in ko posameznik čuti jezo, krivdo ali pa za smrt obtožuje druge (Thompson 2012, 80-81;149-151).

Žalujoči doživljajo obup, žalost, depresijo in krivljenje sebe in bližnje okolice. V primerih, ko se žalujoči ne spoprimejo z izgubo lahko mentalno zbolijo, prihaja do zakonskih konfliktov in doživljajo simptome motenj vedenja (Carmon idr. 2010, 354).

Anksioznost ali strah, ki ga doživlja posameznik je prikaz okrepljene pozornosti na nekaj, kar ogroža našo eksistenco. Pogosti dolgoročni odzivi žalujoče osebe so: občutek izgubljenosti, hrepenenje in bolečina, očitane samemu sebi in občutek krivde, podoživljanje preteklih dogodkov okoli smrti, motnje spanja, anksioznost in ranljivost, težave s spominom in koncentracijo, razdraženost in jeza ter obolenja (Dyregrov in Dyregrov 2008, 27-28).

Žalovanju sprva prevlada stiska in stres, vendar je v procesu žalovanja prostor za posttravmatsko rast. Posttravmatska rast daje možnost vznika novim življenjskim priložnostim, kot so povečan občutek za sočutje, spremembe v dojetanju lastne notranje moči in življenjske filozofije, eksistencialne ali duhovne spremembe (Schultz idr. 2012, 38). Rezultati raziskave so pokazali na posttravmatsko rast znotraj procesa žalovanja (Schultz idr. 2012, 41).

Stresni življenjski dogodki vplivajo na simpatični živčni sistem, na hipotalamus-hipofizno-nadledvično os in na nevroendokrinski sistem (Jiong idr. 2003.). Čustvene bolečine se na telesu kažejo kot psihosomatske bolezni. Odvijajo se na ravni limbičnega sistema in se odražajo v delovanju avtonomnega sistema. Ob stresu se aktivirajo limbični sistem, hipotalamus-hipofiza-skorja nadledvične žleze (Sinapsa 2003). Glavno vlogo ima razvoj desne hemisfere, ki je dominantna pri sprejemanju in ekspresiji emocij, pri komunikaciji ter tudi pri nadzoru spontanih emocijskih reakcij, modulacije in regulacije afekta (Gostečnik 2008, 44-47).

Psihološki stres po izgubi lahko na različne načine vpliva na zdravje žalujočega. Patološko psihološke spremembe kot posledice stresa, lahko povečajo občutljivost za

nalezljive bolezni, vplivajo na stopnjo tveganja in rakavo prognozo in kardiovaskularnih bolezni. Vpliva tudi na življenjski stil: povečanje kajenja in uživanja alkohola, spreminja prehranske vzorce in zmanjšuje fizično aktivnost. Vse to lahko poveča stopnjo umrljivosti žalujoče osebe (Jiong idr. 2003, 365).

Travmatično žalovanje samo po sebi predstavlja zapleten proces v življenju posameznika. Intenzivno doživljanje stresa ga še nadalje oteži in onemogoči. Zato je pomembno naše spoprijemanje s stresom in s stresnimi dejavniki (Kompan Erzar 2006, 179). Znotraj primarne družine se izoblikuje najbolj pomembno najgloblji odnosi (Schuler idr. 2012, 81), izoblikujejo se naše sposobnosti obvladovanja stresa ter delovanja s stresnimi izkušnjami. In ker je razvoj posameznika vedno sistemski in sledi afektivni dinamiki sistema ter se ta tudi vanj vpiše, zato si bomo v tem poglavju ogledali vlogo primarne družine (Kompan Erzar 2006, 179).

4. POMEN RAZVOJA ZDRAVJA PRIMARNE DRUŽINE PRI DOŽIVLJANJU IZGUBE

V času izgube, se posameznik zopet znajde ob vprašanju o lastni vrednosti »*Kdo sem jaz? Kako izguba vpliva name? Sem jaz lahko enako jaz, tudi brez te osebe? Ali sem dobra oseba? Sem vredna oseba? Imam pravico biti srečen, kljub izgubi?*« V času izgube, občutek, da nikoli več ne bo isto, da se nikoli ne bomo opomogli od izgube, da imajo dogodki na nas nepopravljive vplive, lahko negativno vplivajo na našo samopodobo in naš občutek vrednosti (Thompson 2012, 146-147).

Kot bomo videli v nadaljevanju, pa se naša samopodoba oblikuje že znotraj naše primarne družine in torej naša samozavest, ki kreirata našo identiteto – našo podobo sebe, drugih in sveta okoli nas (Thompson 2012, 146-147). Vse te vsebine postanejo del posameznikovega implicitnega spomina. Ker so nezavedne, toliko bolj oblikujejo posameznika in njegova dejanja v odraslosti (Gostečnik 2015, 13). Družinski vzorci oblikujejo posameznika. Družinski interni modeli nam omogočajo interpretacijo dejanj in prepričanj njenih članov (Carmon 2010, 254).

Hrepenenju ob ločitvi oz. izgubi objekta je prisotno že pri dojenčkih. Vzorec te zgodnje izkušnje z izgube primarnega objekta, se nadaljuje skozi naše odraslo življenje. Te vzorci odnosov omogočajo razumevanje odzivov v procesu žalovanja. Nevarna navezanost napoveduje težave pri žalovanju kakršnekoli izgube in ima vpliv tudi na trajanje procesa žalovanja (Kissane 2014, 11-13).

O interpersonalnem svetu otroka govori Relacijska družinska paradigma, ki razume pomembnost nežne in vzajemne čustven reakcije ter regulacije staršev in otrok pri razvoju otrokovega življenja. Zgodnje travme se zarišejo globoko v mentalno življenje posameznika. Pretekle travmatične izkušnje s primarnimi osebami v otrokovem doživljanju postanejo ključni moment v strukturi zdravja. (Gostečnik 2006, 246, 285). Otroci tako v primarni družini izoblikujejo samopodobo, psihološko stabilnost in sposobnost komuniciranja. Odprto izražanje emocij v primarni družini podpira socialno prilagodljivost in večjo samozavest v odraslosti. Raziskave kažejo na povezanost med komunikacijskimi vzorci in depresijo pri otrocih, ki žalujejo (Carmon idr. 2010, 245-

255). Ob rojstvu prisotna nevrnska mreža je odgovorna za soočenje s stresnimi situacijami. Do dojenčkovega 2. leta starosti se desna hemisfera hitreje razvija kot leva hemisfera in je ta tesno povezana z živčnim sistemom, limbičnim sistemom ter sistemom za vznburjenje in je ključna pri procesiranju socialnih in emocionalnih informacij. Tako da razvoj desne hemisfere deluje tesno v povezavi z odnosom mati-otrok, vsi razvojni deficiti v obdobju do tretjega leta starosti, vplivajo na poznejšo sposobnost sprejemanja in regulacije afektov. Socialni stres, ki se odvije med otrokom in materjo v tem zgodnjem obdobju odločno vpliva na otrokovo spopadanje s stresom ob stresnih dogodkih v življenju (Gostečnik 2008, 44-46).

Občutek izgube identitete, izgube občutka lastne vrednosti in kompetentnosti vodi k povečanju občutka nemoči in obupa, zato je ključnega pomena oblikovanje zdravega občutka za lastni jaz znotraj primarne družine. Ko posameznik izgubi občutek lastne vrednosti, s težavo tvori zadovoljive in varne medosebne odnose, strah jih je ponovne navezanosti (Thompson 2012, 146-148). Povečano tveganje travmatičnega žalovanja je pri posameznikih z nevarno navezanostjo, ki niso uspeli integrirati prilagodljivo notranjo podobo figure navezanosti. Vzorci nevarne navezanosti se lahko prenašajo iz generacije v generacijo in vplivajo na obstoječe odnose družinskih članov, na odnos do umrle osebe ter na odzive na izgubo (Lichtenhal in Sweeney 2014, 253).

Reakcije na izgubo bližnje osebe, so tako že shranjene v naših možganih. Prav reakcija vseh je občutek nerealnosti, občutek, kot da sanjaš ali da se to dogaja v filmu, čustva so ob začetnem šoku dana na stran. Vendar pa se vse reakcije skladiščijo v predelu možganov, kjer se shranijo spomini. V primeru travmatične izgube lahko vtisi postanejo trajno vtisnjeni kot izjemno intenzivna izkušnja. To omogoča mehanizem mentalne mehanizacije, ki možganom omogoča hitro absorpcijo informacij iz okolja, na podlagi katerih se možgani odločijo za način odzivanja. Zaradi dednosti mehanizma, bo akcija izbrana tudi v situacijah, za katere ni primerna (Dyregrov in Dyregrov 2008, 27-28). To se zgodi zato, ker ima sistem navezanosti vlogo ohranitve občutka varnosti v svetu in se formira pri dojenčkih v povezavi z njihovimi primarnimi odnosi, ki se krepijo z razvojem naših odnosov skozi odraščanje in se utrdijo v odrasli dobi. Postanejo naša shema in percepcija dojemanja sebe, drugih in sveta v katerem bivamo. V primarni družini se torej oblikuje posameznikove zmožnosti soočanje s spremembami, izgubo in tranzicijo (Harris in Rabenstein 2014, 141; Lichtenhal in Sweeney 2014, 253). Ker se otrok razvija znotraj

družinskega sistema, je potrebno na celoten razvoj gledati iz tega zornega kota (Kompan Erzar 2006, 33).

Iz systemskega vidika znotraj Relacijske družinske paradigme, smrt predstavlja travmo v družini in neizžalovana izguba preko neuresničenih potreb zaznamuje vsaj tri generacije. V družini se odpre prostor za nepripadnosti in nepovezanosti hkrati pa je ogrožen sistem kot tak, ki stremi k temu, da ostaja nespremenjen. Ker je zaradi izgube ogrožena systemska pripadnost, sistem raje ponavlja travmo z namenom, da ne razpade. Zaradi neuresničenih potreb po pripadnosti pa ni prostora za hrepenenje, pogrešanje, žalost, ki so nujna za ponotranjenje in izžalovanje izgube (Kompan Erzar 2006, 18-19).

Z drugimi besedami, naša zgodnje izkušnje, ki nastanejo v otroštvu na podlagi odnosa z nam pomembnimi drugimi, tvorijo naš notranji interni delovni model, s katerim se posameznik poistoveti, ponotranji ter ga ponavlja v odraslosti (Gostečnik 2015, 17). Najpomembnejši prostor posameznikovega razvoje je torej v prvi vrsti primarna družina v kateri odraščata in odnos med staršema ter odnosi otrok s starši (Kompan Erzar 2006, 15). Kako se bo posameznik soočal s težkimi čutenji ob izgubi je odvisno od tega, kako na to reagira družinski sistem. V družini se naučimo prenašati izgube. Družine imajo vsak svoj način soočanja s izgubami, tudi tistimi iz preteklih generacij (Simonič 20016, 178).

Kot omenjeno v prejšnjih poglavjih, je pri kliničnem delu videti premik paradigme, saj je v procesu žalovanja fokus na vpliv izgube v različnih obdobjih posameznikovega življenja, torej na diadni odnos pri posamezniku. Teorija navezanosti nam daje vpogled v pomembnost razumevanja povezave med koreninami žalovanja v otroštvu v povezavi z otrokovimi zgodnjimi odnosi s primarnimi skrbniki in povezava navezanosti z razvojem težav v procesu žalovanja v odraslosti (Walsh 2014, 17).

Zaradi izgube, smrti in žalovanja ne trpi samo posamezno žalujoča oseba, temveč se bolečina odzvanja po celotnem sistemu, celotni družini in obratno – družina vpliva na proces žalovanja posameznikov. Narekuje etično držo posameznikov, norme, pravila, in dejanja: kdaj jokati, kdaj tolažiti in kdaj zadržati zase. Vzorci se prenašajo tudi iz generacije v generacijo, kar se lahko vidi kot empatična drža, podpora med družinskimi člani ali kot izogibajoča tišina med njimi (Kissane 2014, 6). Vzdušje in afektivna stanja, ki prevevajo izvorno družino, se tako ponavlja v posameznikovem doživljanju v sedanjosti (Gostečnik 2015, 30).

Schwartz (1991) govori o družinskem sistemu, znotraj katerega obstajajo pravila, ki imajo primarno nalogo vzpostavljanja družinske homeostaze oz. ravnovesja. Homeostaza je samoregulativni mehanizem z pozitivnimi in negativnimi feedback-i. Jasna ali neizgovorjena pravila, ki ohranjajo družino v ravnovesju urejajo obnašanje družine kot sistema in njenih članov z glavno potrebo – ohraniti ravnovesje in kontrolo. Negativni feedback minimalizira spremembe in ohranja že obstoječa pravila, medtem ko pozitivni feedback promovira spremembo. Reagiranje družine na dogodek torej lahko promovira prilagoditev ali rigidnost (Humphrey idr. 1996, 58).

Ob izgubi pride do strukturnih sprememb v družini: nove vloge družinskih članov, pravila in meje. Družinske skrivnosti, nevarna navezanost in rigidna pravila onemogočajo izražanje čustev in oblikovanje novega pomena (Humphrey idr. 1996, 60). Povečana sposobnost odprtega komuniciranja v družinah, pred izkušnjo izgube, podpira občutja za notranjo rast in zmanjšuje občutja odcepitve, prekinitve pri posameznikih ob izgubi (Carmen 2010, 253). Pomembno je, da v času izgube družina predstavlja zdrav in integriran sistem, kjer so odnosi funkcionalni, odprti in kjer je prostor za bolečino posameznika (Simonič 2006, 176).

Spodaj naštet in opisani koncepti zdrave družine nakazujejo na odprto in prilagojeno družino (Humphrey idr. 1996, 60). V ožjem pomenu so to njihove sposobnosti za kohezijo, odprta drža (izražanje misli in čustev) ter ukvarjanje s konflikti (Kissane idr. 1996, 663, 665).

4.1.1 Pomen spodbujanje izražanja čustev in poudarjanja jasnosti izražanja čustev

Če v primarni družini averzivna občutja, kot so anksioznost, sram, prezir, strah in bolečina skozi medsebojno učenje odnosa postanejo prepleteni z adaptivnimi čutenji jeze, veselje, navdušenje in žalovanje in s samospoštovanjem, je zavirana izkušnja adaptivnih občutij in posameznik se jih nauči izogibati (Peretz 2004, 261). V slabo družini integrirani družini se člani na izgubo ne prilagodijo in se lahko pojavijo simptomi, ki se kažejo v nefunkcionalnih oblikah (Simonič 2006, 176).

Odprta komunikacija misli in emocij, družinska kohezija in sprejemanje drugačnih pogledov so glavni stebri visoko funkcionalne družine (Schuler idr. 2012, 77) in nosijo vlogo ob izgubi. Zaradi ne sprejemanja dejstva smrti se lahko pojavi izogibanje kontaktov

s člani, jeza, ker je drugim uspelo izžalovati izgubo, simptomatično vedenje, družinski grešni kozel (krivec, ki navzven izraža vsa nesprejemljiva čutenja ostalih članov) (Simonič 2006, 176).

Potrebno bi bilo nameniti večjo pozornost tudi medgeneracijski komunikaciji, ki mora biti odprta in iskrena. Neizgovorjena travma, se namreč zelo hitro prenese na celoten družinski sistem. Otroci kljub tišini čutijo, da se je zgodilo nekaj groznega, nepojasnjene in nerazumljivega, zato je potrebno, da prejmejo potrebne informacije in pravi pomen. V nasprotnem primeru se starševska travma zarine v njihov notranjepsihični svet (Gostečnik 2008, 222). Že samo pregled treh generacij razkrije vzorec prenašanja načinov spoprijemanja in odzivov na izgube ter medsebojnih odnosov in tako omogoči osvoboditev zakoreninjenih vzorcev in odpira možnost spremembe (Schuler idr. 2012, 82).

Komunikacija o vsakodnevnih zadevah, znanih in rutinskih zadeva je nekaj preprostega v naših življenjih, vendar pa za nekatere nepredstavljiva, ko morajo spregovoriti o svojem čustvenem doživljanju. Ko se zgodi, da ob nenadni smrti bližnje osebe, bližnji ne zmorejo in ne znajo med seboj komunicirati o svojih čutenjih in mislih, na površje priplavajo nerazrešeni konflikti med člani, kar lahko vodi v obtoževanje drug drugega. Zatorej v družini, ki se je že prej soočala s težavami v interakciji med člani, ob izgubi lahko doživljajo osebne krize in lahko nastopijo težave, ki jih s težavo rešijo (Dyregrov in Dyregrov 2008, 38).

Odprta komunikacija omogoča lažje soočane z izgubo, saj omogoča možnost oblikovanja pomena. V času krize ravno komunikacija ima pomembno funkcijo pri ustvarjanju pomena znotraj družinskega konteksta. Razvija medsebojno razumevanje izkušenj in emocij posameznika (Carmen idr. 2010, 255-256). Nevarnost tišine okoli izgube, neizražena travma je lahko mehanizem medgeneracijskega prenosa (Cvetek 2009, 160).

4.1.2 Odgovornost

Družine ob izgubi doživljajo spremembo vlog družinskih članov, kar povzroči začasno nestabilnost sistema. Tudi v visoko funkcionalnih družinah se družinski člani znajdejo z izgubo določenih vlog oz. reorganizacijo vlog. Vloge, identiteta in pomen so medsebojno povezani in izguba določene vloge, lahko pri posamezniku ogrozi lasten občutek pomena

in namena. Vendar pa visoko funkcionalne družine prej uspejo najti način za reorganizacijo, s prevzemom odgovornosti ter ponovno vzpostavljanje stabilnosti (Lichtenhal in Sweeney 2014, 258). Kakršnakoli komunikacije poteka med družinskimi člani, družina deluje recipročno, potrebujejo drug drugega – vsak ima svojo vlogo. Vloge in odgovornosti članov vplivajo na doživljanje izgube in se ob izgubi spremenijo. Člani lahko drug drugega ovirajo pri izražanju emocij, zavoljo ohranitve statusa quo (Kissane 2014, 10; Walsh 2014, 25).

4.1.3 Medsebojno spoštovanje

Pomembno je, da družinski člani medsebojno spoštujejo, še posebej v svojem žalovanju. Spoštovanje in medsebojna podpora pripomore k boljšemu odnosu v težkih časih. V nasprotnem primeru odnose prevzame tišina in praznina, odnosi začnejo slabeti (Dyregrov in Dyregrov 2008, 37, 208-209).

Prilagodljivi odzivi pomeni medsebojna podpora in tolažbo, nudenje pomoči, razkrivanje in izmenjava misli in občutij ter zaupanje v sposobnost poslušanja drugega. Svoje temelje ima v globoki zavezi med družinskimi člani. Tako prevlada kohezivnost družine in njena sposobnost komunikacije. V nasprotju so družine, ki blokirajo komunikacijo, krivijo drug drugega, v procesu med seboj postanejo konfliktni, vezi se zlomijo in člani se oddaljijo drug od drugega. Tovrstne družine razkrivajo nefunkcionalnost, ki ima potencial škoditi naravnemu procesu žalovanja (Kissane 2014, 7).

4.1.4 Odprtost med člani družine

Raziskave govorijo o pomembnosti kohezije, komunikacije in stopnje konflikta znotraj družinskega sistema, ki narekujejo stopnjo ogroženosti družine. Ocenjujejo jih skozi vprašanja o tipu družine (odprta, zaprta), njeni sposobnosti za izražanje emocij, duhu za skupinsko delo in toleranci za sprejemanje različnih mnenj. Deficit v katerikoli izmed omenjenih fundamentalnih stebrov odnosa med člani družine, predstavlja dejavnik tveganja za družino in oviro za proces žalovanja (Kissane 2014, 8). Odprtost med člani ne pomeni samo odprta komunikacija. Pomeni še veliko več. Odprtost znotraj sistema dovoljuje posamezniku razviti lastno prepoznavnost. To pomeni, da razvije svoj osebni stil, da razvije svojo individualnost, da prepozna lastno poklicanost in enkratnost

(Kompan Erzar 2006, 22). Znotraj žalovanja to lahko pomeni, da dovoljuje posamezniku do lastnega načina žalovanja.

4.1.5 Soočanje z ločitvami in izgubami

Kot dejavnik tveganja za travmatično žalovanje in razvoj post travmatičnih odzivov je obvladovanje preteklih izgub. Neustrezno soočanje v preteklosti vodi k povečani ranljivosti ob izgubah v sedanjosti (Humphrey idr. 1996, 58).

Družinski sistem lahko skupaj gradijo pomen izgube in pomen lastnega življenja, na način, da se skupaj sestavljajo delce spomina na dogodek, primerjajo občutja do dogajanja, spreminjajo okvire, kar vodi k rasti in prilagajanju (Kissane 2014, 13-14).

Nesposobnost družine prilagajanja je dejavnik tveganja za razvoj psiholoških težav pri družinskih članih (Schuler idr. 2012, 82). Družina, ki je prilagodljiva lahko ohrani spomine na preteklost o pokojni osebi, z možnostjo življenja v sedanjosti. Za družino, ki obtiči v žalosti, je pomembna reorganizacija, spodbujanje medsebojne podpore, komunikacije in socializacije (Kissane 2014, 12).

Odzivi okolice in njihovih bližnjih vpliva na otrokov način spoprijemanja z izgubo. Raziskave kažejo na visoko povezanosti med nivojem resnosti otrokovih težav soočanja s travmatično izgubo z nivojem skrbnikove zmožnosti soočanja z lastnimi težavami. Pomembno je, da se starši z njimi pogovarjajo o smrti že prej, saj njihove predstave o smrti imajo tudi pomemben vpliv na njihov način soočanja. Pomanjkanje emocionalne razpoložljivosti skrbnikov, se nemalokrat vidi v otrokovem zaostajanju. Za njihov optimalen razvoj so potrebni iznajdljivi starši, stabilnost življenja, dobro medsebojno komunikacijo in medsebojno podporo znotraj družine, podporo s strani šole in prijateljev (Dyregrov in Dyregrov 2008, 71-72). Breier idr. (1988) pokazal na pomembnost primerne starševstva obstoječega partnerja. Raziskava pokaže, da ne glede na izgubo v otroštvu, neprimerno starševstvo je pomembno povezano z razvojem mentalnih obolenj v odraslosti (991).

4.1.6 Ustvarjanje prijetnega družinskega vzdušja

Družinska klima mora izražati odprtost, informacije morajo biti pretočne, drugače je povečano tveganje za razvoj dolgoročnih težav. Ob odprti komunikacij si delijo priznanje

realnosti smrti in njenih okoliščin. Tovrsten način omogoča posameznikom boljše obvladovanje težav in stresa (Harris in Rabenstein 2014, 143; Zaider 2014, 83).

Družinsko ozračje pomembno pripomore k razvoju psihosocialne obolevnosti (k razvoju simptomov depresije, razvoju anksiozne motnje, težav z alkoholom), kot spremljajoče dejavnike žalovanja (Schuler idr. 2012, 78). Družine s sovražnim družinskim ozračjem imajo visok niso tveganja za razvoj depresije, anksioznosti in obsesivno kompulzivnega vedenja. Medtem ko je v družinah z mračnim družinskim ozračjem sta močno prisotna jeza in bes, medosebna občutljivost, paranoidnost in psihotizicesm (Schuler idr. 2012, 80).

4.1.7 Spoprijemanje s konflikti s čim manj stresa

Dejavnik tveganja za razvoj travmatičnega žalovanja so tudi zmanjšani viri za soočanje s stresom. Stres, ki je nastal ob ali po izgubi ima bolj dolgoročen vpliv na razvoj težav, kot stres prisoten pred izgubo. Seveda v povezavi s podporo okolja, stopnjo travme in ostalih dejavnikov stresa. Zato je pomembno vzpostaviti informativni prostor za vse člane, v katerem se lahko direktno in odkrito naslovijo vsa vprašanja in vsaka težava. (Dyregrov in Dyregrov 2008, 202;164-165). Nerazrešeni konflikti delujejo dejavnik v nerazrešenem žalovanju (Kissane idr. 1996, 665).

Družine, ki so osredotočen na razreševanje konfliktov in nudijo podporo članom družine so bolj funkcionalne: poročajo o visoki kohezivnosti in izraznost ter odprti komunikaciji njenih članov. So bolj prilagodljive in se zatekajo k bolj prilagodljivim strategijam in načinom spoprijemanja. Tovrstne družine imajo najnižjo stopnjo intenzivnosti žalovanja ter na splošno manj psiholoških obolenj. Obvladovanje težav in način spoprijemanje poteka s kohezijo članov, odkrito komunikacijo, izražanjem emocij, prilagajanjem in sposobnostjo obvladovanja konfliktov (Lichtenhal in Sweeney 2014, 252). Vzorci komunikacije in obvladovanje konfliktov so kazalniki nivoja razumevanja med člani družine (Schuller 1987, 82).

Odprta komunikacija daje prostor zavestnim odločitvam, kako rokovati z izgubo znotraj družine brez nepotrebnega stresa. Pogovori o različnih želja družinskih članov, sprejemanje različnih procesov žalovanja krepijo občutek povezanosti znotraj družine in majn prostora je za nove konflikte. Zato je ključna odprta, iskrena in vključujoča

komunikacija, v katero so vključeni tudi otroci. Otrokom to pomeni varno osnovo za proces žalovanja in točko v njihovem življenju, v katero se lahko vračajo tudi kasneje v življenju (Dyregrov in Dyregrov 2008, 218).

Družine, ki so osredotočen na razreševanje konfliktov in nudijo podporo članom družine so bolj funkcionalne: poročajo o visoki kohezivnosti in izraznost ter odprti komunikaciji njenih članov. So bolj prilagodljive in se zatekajo k bolj prilagodljivim strategijam in načinom spoprijemanja. Tovrstne družine imajo najnižjo stopnjo intenzivnosti žalovanja ter na splošno manj psiholoških obolenj. Obvladovanje težav in način spoprijemanje poteka s kohezijo članov, odkrito komunikacijo, izražanjem emocij, prilagajanjem in sposobnostjo obvladovanja konfliktov (Lichtenhal in Sweeney 2014, 252).

Tam, kjer so znotraj družin podporni odnosi ali pa so člani usmerjeni na reševanje konfliktov, s podpornim stilom, imajo njeni člani močan občutek za skupinsko delo, pristnost, pripravljenost za sodelovanje in medsebojno podporo ter odprto držo za izražanje misli in občutij. Imajo dobro komunikacijo med člani, s toleranco do različnih mnenj in pogledov ter ohranjanje spoštovanja tudi v času preprirov (Kissane 2014, 7-8).

4.1.8 Soočanje med člani

Nesposobnost soočanja ali zmanjšana sposobnost soočanja med člani in z izgubo, še posebej v primerih, ko je ta nepričakovana, je dejavnik tveganja za razvoj psiholoških obolenj pri njenih posameznikih ter povečano tveganje za razvoj travmatičnega načina žalovanja (Schuler idr. 2012, 91).

Eden izmed najpomembnejših dejavnikov je oblikovanje varne navezanosti s starši oz. skrbnikom. Otroci z izkušnjo nevarne navezanosti, ki prihajajo iz domov, kjer je prevladovala nestabilnost, nasilje in kjer ni poskrbljeno za njihove primarne potrebe, so še posebej ranljivi ob nadaljnjih izgubah bližnje osebe. Razloga za to sta, da se ob novi izgubi prebudijo prejšnje pretekle izgube, ter njihovo močno povezanost z osebami, ki v njihovem življenju predstavljajo stabilno figuro (Dyregrov in Dyregrov 2008, 202).

4.1.9 Razvijanje zaupanja

Izguba ima v svojem bistvu odnosne razsežnosti, zato je za posameznike najbolj pomembno družinsko okolje in njena sposobnost zagotoviti varno, empatično in

podporno okolje (Zaider 2014, 82). Reakcije žalovanja so večinoma psihološke narave in zato individualne, vendar pa se posameznik lažje sooča z izgubo, kjer je v družini prevladovalo zaupanje in odprta komunikacija, saj tako lažje zaupa okolici in lažje spregovori o izgubi. Spominjanje in izražanje sta učinkoviti komunikacijski orodji o izgubi (Carmon idr. (2010, 255).

V začetku doživljanja izgube je najbolje pomagati si s pomočjo družine. S tem, ko se lahko posameznik opre na svojo družino, si lahko medsebojno pomagajo pri sprjaznjenju s tem, kar se je zgodilo (McKenzie 2005, 73). Proces zaupanja in preko medsebojne podpore med družinskimi člani pomeni potencial za razvoj mehanizmov prilagajanja pri posameznikih (Schuler idr. 2012, 81). Zaupanje v razvojnem smislu pomeni, da otrok lahko verjame v starševski pristen odziv na njegove potrebe, na dogajanja v njegovi okolici. Tako lahko prepozna, kaj je pristno in kaj ne in kaj je varno in kaj ne. Pomembno je, da ima starš sposobnost vživljanja v otroka, da lahko otrok razvije sposobnost misliti na drugega, ko se drugi vživi vate (Kompan Erzar 2006, 19).

4.2 Zdravje v primarni družini in travmatično žalovanje posameznika

V primarni družini se tako izoblikuje naše temeljno dožemanje sebe, odnosov in sveta okoli nas in se takšno dožemanje krepi skozi leta in predstavlja temelj našega notranjega sveta. Naš notranji delovni model usmerja način naših interakcij. Pri oblikovani varni navezanosti se izoblikujejo prepričanja, da je svet okoli nas smiseln in dobrohoten ter da smo vredni in kompetentni posamezniki (Janoff- Bulman in Dobson 2000, 30-31).

Sistem navezanosti se tako aktivira ob travmatičnem dogodku in odzivi posameznika so povezani ravno z njegovo zmožnostjo poiskati tolažbo, varnost in zmožnost pomiritve. V nefunkcionalnih družinah z dezorganiziranim stilom navezanosti, ki ga označuje nepredvidljivo, izogibajoče ali nedosledno vedenje, otežuje posamezniku poiskati pomoč in bližino v drugih ljudeh (Harris in Rabenstein 2014, 140). V disfunkcionalnih družinah z veliko konflikti, nizko stopno kohezivnosti in omejenim izražanjem, člani družine nosijo največje tveganje za razvoj psiholoških obolenj, depresije, anksioznosti, jeze in obsesivnosti (Lichtenhal in Sweeney 2014, 252). Doživeti zavrženost v primarni družini odpira ranljivost za nadaljnje izgube na ravni čustvenih in intimnih odnosov (Gostečnik 2018, 44).

Kissane idr. (1996, 663-664) v svoji raziskavi poudari klinično pomembnost identificiranja družin, pri katerih je večji dejavnik tveganja za razvoj psihološke morbidnosti. Tovrstne družine najbolj intenzivno doživljajo proces žalovanja in so v večji nevarnosti za razvoj depresije. So slabše opremljene z mehanizmi spoprijemanja, imajo slabšo medsebojno komunikacijo in so bolj konfliktna. Nezmožne so izkoristiti vire iz okolice in njeno podporo ter poiskati spiritualno podporo. Travmatičen dogodek zmoti zagotavljanje občutka varnosti znotraj družine in afektivno regulacijo. PTSM simptomi lahko vplivajo na družinsko funkcioniranje (Cvetek 2009, 123).

Neodkrita izražena emocija vodi k občutku praznine, depresiji in anksioznosti. Kadar ni primerno poskrbljeno za posameznikove potrebe, želja po zapolnitvi občutka praznine vodi k motnjam prehranjevanja (bulimija, kot motnja, pri kateri posameznik s hrano zapolni čustveno praznino, z anoreksijo posameznik poglobi občutek praznine), k zlorabi alkohola, kar je potrebno sprva nasloviti, tudi preden se lahko na terapiji v polnosti posvetimo izgubi in procesu žalovanja (Thompson 2012, 149-151, Kent idr. 2004, 38).

Proces žalovanja je odvisen tudi od obstoječih družinskih odnosov, vlogah in nalogah družinskih članov in vloge umrle osebe. Pri nenaravnih načinih smrti pa je potrebno vzeti v obzir tudi način smrti, okoliščine in pogoje, življenjski cikel družine, družinske stresorje, izkušnje, verovanja in toleranco do različnih in unikatnih procesov žalovanja (Sands in North 2014, 156). Ob psihološki obremenitvah je tako povečano tveganje za razvoj disfunkcionalnosti družin ter stisko njenih članov. Raziskave storjene na posameznikih s travmatičnim procesom žalovanja so pokazale povečano tveganje za razvoj intenzivnih in izčrpavajočih simptomov žalovanja, ki trajajo leta, če jih ne zdravimo (Lichtenhal in Sweeney 2014, 252-253). Obstaja večje tveganje za razvoj travmatičnega načina žalovanja pri posameznikih znotraj disfunkcionalnih družin. Šest dejavnikov tveganja za to so:

1. nizka podpora okolice,
2. dezorganiziran/izogibajoč/ambivalenten stil navezanosti,
3. identificiranje trupla po nasilni smrti,
4. izguba partnerja ali otroka,
5. visoka navezanost z osebo pred smrtjo,

6. visok nevroticizem (Lichtenhal in Sweeney 2014, 253).

Reakcije na travmatično izgubo znotraj družine vključujejo razvoj starševskega konflikta, dezorganiziranost družine, stres kot posledico prekinjenih odnosov in nesinhronost procesa žalovanja družinskih članov (Harris in Rabenstein 2014, 145).

V sovražnih družinah najdemo zavračanje pomoči, družinski člani so med seboj oddaljeni, zasidrani v svojih antagonističnih držah. Medosebne težave pomenijo še izvor sovraštva, odrivanje stran, kar deluje kot dejavnik tveganja za razvoj motenj. Pri disfunkcionalnih družinah, kjer družinski člani prikrito izražajo jezo oz. jo obrnejo vase, to postane dejavnik tveganja za razvoj depresije in duševnih motenj. Člani družine lahko kljub temu ostanejo odprti za sprejemanje zunanje pomoči (Kissane 2014, 7-8). Raziskave kažejo na to, da so družinski člani izpostavljeni psihiatričnim obolenjem znotraj procesa žalovanja, kjer so družinski odnosi polni konfliktov, oddaljenih odnosov, z omejeno komunikacija in slabo sposobnostjo timskega dela (Zaider 2014, 82-83). Zato je smiseln sistemski pregled tako kratkoročnih, kot tudi dolgoročnih vzorcev odnosov znotraj družinskega sistema (Su Jin 2014, 134).

Kadar se pomembni izgubi ne posvetimo primerno, se simptomi lahko zrcalijo v medosebnih konfliktih ali pa najbolj ranljivem članu družine, običajno so to otroci. Družinski člani se morajo vsak na svoj način soočiti z realnostjo izgube in se spoprijemati s pomenom izgube kot posameznik ter družina kot celota. Nezmožnost sprejetja realnosti dogodkov, vodi k izogibanju kontakta, projiciranje jeze na druge žalujoče ter ustvarja dolgoletne konflikte ali prekinitev odnosov (Walsh 2014, 18, 24;).

5. IZGUBA KOT TRAVMATIČEN DOGODEK

Premalokrat se zavemo, da ob nenadni izgubi bližnje osebe posameznik doživi močan šok, kar predstavlja travmatičen dogodek v njegovem življenju. Zaradi prepletanja nepričakovane izgube in navezanosti na pokojno osebo, brez možnosti vpliva na dogodke, ter hkratnega doživljanja intenzivnih občutij, doživi posameznik močan šok, kar predstavlja travmatičen dogodek v njegovem življenju.

Običajno so raziskave o prilagoditvi na travmatičen dogodek in o prilagoditvi na izgubo izvedene strogo ločeno, kljub temu, da se doživljanje stresa po travmatični izgubi in travmatičen način izgube križata (Neria in Litz 2003, 73–74). Žalujoči so po izgubi osebe na travmatičen način poleg žalovanju izpostavljeni tudi šoku ter občutku groze in terorja kot posledice travmatičnega načina izgube. Nasilna smrt nastopi nepričakovano in pusti žalujočega z občutkom nejasnosti, krivice in pomanjkanja pomena. Žalujoči po nepričakovani smrti nosi stigmo in samoobtoževanje, močno stisko in občutek nesposobnosti. V primerjavi z žalujočimi po naravni, pričakovani izgubi, žalujoči doživlja težave z identiteto, PTSM in simptome depresije (Hibberd idr. 2010, 428).

Termin travmatična izguba je uporabljen v povezavi z izgubo otroka, mladega človeka in odraslega človeka, katerega smrt je prišla nepričakovano, brez opozoril. Takšne izgube so posledica nesreče, samomora, naravnih katastrof ali pa nenadne in nepojasnjene smrti otroka. Ob tovrstni izgubi žalujoči doživi šok in travmo. Šok je posledica nenadne in nepojasnjene smrti, dogodek je prežet z travmo, posledica tega pa je občutek pomanjkanja kontrole. Posledica travme so lahko blodnje ter možnost razvoja dolgoročnih psiholoških težav. Travmatični načini izgube, ki nastopijo nepričakovano, predstavljajo dejavnik tveganja za razvoj travmatičnega žalovanja, katerega simptomi so lahko psihološke težave, na primer depresija in anksioznost. (Dyregrov in Dyregrov 2008, 19; 205).

Literatura najpogosteje pod travmatično oz. nasilno izgubo identificira tri lastnosti: izguba je travmatična, kadar je smrt nasilna, boleča in vključuje pohabljenost; kadar predstavlja kršitev pravic pokojnega in bližnjih ter kadar je smrt namerna ali posledica človeške malomarnosti (Hibberd idr. 2010, 427).

DSM-V opisuje pogoje za travmatično žalovanje: žalovanje po umoru ali samomoru z vztrajno stisko in preokupacijo s travmatično naravo smrti (trpljenjem pred smrtjo, poškodbami, iznakaženostjo pokojne osebe, zlonamerno naravo smrti) (American Psychiatric Association 2013, 790).

Ključni vidik travmatične izgube se nanaša na posameznikov občutek ogroženosti, ki ga spremlja nezmožnost zaščite in preprečitve škode. Travmatična izguba ne pomeni samo fizične izgube bližnje osebe, temveč pomeni tudi izgubo psihološke in emocionalne integracije pri žalujoči osebi (Harris idr. 2014, 138). Takrat je potrebna strokovna pomoč, saj emocionalna travma, tako kot fizična, povzroči rane. Emocionalna travma se kaže v obliki kroničnih neprijetnih čustvenih stanj, kot so anksioznost, depresija, žalost, občutek praznine, bolečina, osamljenost in občutek krivde. Ta emocionalna stanja izkrivljajo našo percepcijo samega sebe, drugih ljudi in našega vedenja (Simon 2012, 8–9).

Tedeschi in Calhoun (1995) navajata 4 ključne karakteristike travmatične izkušnje:

1. Travmatične izkušnje so nepričakovane in nenadne. Posameznik, soočen s travmatičnim dogodkom, se nanj ne more pripraviti.
2. Travmatičen dogodek je izven posameznikove kontrole.
3. Negativen negativni dogodki so sami po sebi doživeti kot travmatični, saj posameznik zaradi njegove njihove neobičajne narave ni zmožen črpati iz izkušenj z namenom lažjega spopadanja z njimi.
4. Posledica travmatičnega dogodka so novonastale, dolgoročne težave (Leedham idr. 2000, 167–168).

Harris in Raberstein (2014, 138–139) opredelita kot travmatično izgubo vsako nasilno smrt družinskega člana, nepričakovano smrt ali smrti v povezavi s trpljenjem, dvoumne, stigmatizirane smrti, kumulativne (ponavljajoče) izkušnje izgube in dogodke, ki delujejo kot sprožilci na pretekle travmatične dogodke. Vsaka izguba, ki močno ogrozi posameznikov občutek varnosti in posameznik doživlja, da so njegove meje prekoračene, se spremeni njegovo dojetanje o delovanju sveta, dojetanje ljudi in njegovo dojetanje samega sebe. Ob tem posameznik doživlja močna občutja nebogljenosti, nemoči, stiske in pomanjkanje smisla oz. izgubo pomena, ki je ključna pri travmatični izkušnji.

Tudi Thompson (2012, 137) piše o šestih faktorjih, ki opredeljujejo smrt kot travmatičen dogodek:

- nenadna, nepričakovana smrt,
- nasilje, iznakaženje in uničenje,
- odsotnost možnosti preprečitve smrti,
- izguba otroka,
- večkratne smrti,
- priča smrti in lastna ogroženost ob tem.

Travmatičen način izgube povzroči v procesu žalovanja intenzivne občutke anksioznosti, hipersenzitivnost, umik, ljubosumje, verbalno nasilje, jezo in destruktivnost. Travmirana oseba lahko deluje, kot da ima prekinjen stik s svetom okoli sebe in se torej ni zmožna odzivati na družinski sistem. Družinski člani se v njihovi bližini pazljivo vedejo (Harris in Rabenstein 2014, 143).

Izguba, ki je prekrita s travmo, nosi v sebi sprožilce, kot so kognitivni, emocionalni in psihološki »flashbacki«. To se dogaja ob posameznikovem povečanem občutku ranljivosti in nemoči. V tem obdobju ga lahko psihična razburjenost, anksioznost, panični napad in jeza onesposobijo. Po drugi strani pa lahko posameznik doživlja emocionalno otopelost, se izogiba ljudem, krajem ali sprožilcem, ki povzročijo podoživljanje travme. Nekateri poročajo tudi o občutjih razburjenja, povečano pazljivostjo in budnostjo, o težavah s spancem, koncentracijo in regulacijoemocij, kot sta jeza in bes (Harris in Rabenstein, 144).

5.1 Travmatično žalovanje glede na način izgube

Žalovanje je dolgotrajno in boleče, ko nepričakovano izgubimo odnos z bližnjo osebo. Takrat nastopi abstinenčna kriza, kar še bolj oteži poslavljanje in žalovanje (Gostečnik 2018, 5). Način izgube osebe predstavlja dejavnik tveganja za razvoj travmatičnega žalovanja. Raziskave so pokazale, da 50 %–60 % posameznikov, ki žalujejo zaradi umora, samomora ali nesreče, nepričakovane smrti otroka, razvijejo PTSM. Ravno zato je pomembno raziskati okoliščine smrti (Lichtenthal in Sweeney 2014, 254). DSM-V (2013, 284) v povezavi z motnjami povezanimi s travmo in stresom, opisuje žalovanje po smrti zaradi travmatičnih okoliščin. Akutna stresna motnja se lahko razvije v akutne reakcije žalovanja. V tovrstnih primerih lahko podoživljanje, disociacija in simptomi

razburjenja kot reakcijo na žalovanje vključujejo vsiljive misli glede načina smrti, nejevero v dogodek in jezo zaradi smrti.

5.1.1 Nasilna smrt

Ko govorimo o travmatičnem načinu žalovanja v povezavi s travmatičnim načinom izgube, govorimo predvsem o povezavi med situacijsko dramo - ko je posameznik priča dogodku in vsiljivimi mislimi v povezavi s smrtjo. Te namreč sprožijo specifične dolgoročne reakcije. Nenadna ali nasilna smrt predstavlja dejavnik tveganja za razvoj posttravmatske motnje oz. PSTM-ja, saj sproža občutke strahu, nemoči in terorja (Dyregrov in Dyregrov 2008, 206). Med posamezniki, ki so doživeli nenadno izgubo, obstaja večja stopnja obolevnosti tudi še dve leti po izgubi (Kent idr. 2004, 42).

Travmatično žalovanje je povezano z nasilnim načinom izgube in drugimi vrstami travmatične izgube. Zato je za preprečitev trpljenja in medsebojnega destruktivnega cikla skozi generacije izrednega pomena družino povprašati o preteklih travmatičnih izgubah v njeni bližnji ali daljni preteklosti (Walsh 2014, 20).

Komplicirane okoliščine glede načina smrti povečajo tveganje za zaplete pri iskanju pomena in smisla (Lichtenthal in Sweeney 2014, 259). Po DSM-V (2013, 276) se pojavijo simptomi kompliciranega žalovanja in posttravmatskega stresnega sindroma (PTSM), kadar travmatičen dogodek povzroči nasilno smrt.

Pri bližnjih sorodnikih poročajo o višjem tveganju za travmatično žalovanje po izgubi osebe na nenaraven način kot pri tistih, z izkušnjo izgube na naraven način (Lichtenthal in Sweeney 2014, 254).

5.1.2 Samomor

Različni avtorji namenjajo posebno pozornost izgubi bližnje osebe po samomoru, saj pri teh žalujočih obstaja večje tveganje za travmatično žalovanje (Reynolds idr. 2011, 4). Samomor je oblika izgube, ki zaradi stigme ostane v socialnem kontekstu neprepoznana. Žalujoči se po izgubi pogosto znajdejo v situaciji, da ne dobijo potrebne podpore s strani okolice in se v procesu žalovanja soočijo s pomanjkanjem pomena. V žalovanju lahko namreč pride to komplikacij zaradi stigme in občutka sramu, ki sta povezana z načinom izgube. (Thompson 2012, 57–58). Spremljajoča stigma spodbuja razvoj skrivnosti,

dezinformacij in posledično odtujitev znotraj družine ter odteguje podporo s strani okolja (Walsh 2014, 19).

Samomor je dejanje, ki si ga posameznik povzroči sam in s tem krši temeljno težnjo po samoohranitvi (Jordan 2001, 92). Pogoste teme, ki spremljajo samomor, so težave z iskanjem pomena, občutek krivde in sramu, iskanje krivca ter zelo močna občutja zavrnitve, zapuščenosti, nemoči in jeze. (Reynolds idr. 2011, 4).

Raziskave, izvedene na odraslih ljudeh, ki so v otroštvu izgubili bližnjo osebo po samomoru, kažejo, da so kot otroci doživljali frustracijo v povezavi s takratnim dogajanjem okoli izgube. V njihovih družinah se pogosto o dogodku ne pogovarjajo ali pa ga prikrivajo, komunikacija med člani o dogodku torej ne poteka. Miti in družinske skrivnosti, ki se izoblikujejo v povezavi z izgubo, pa vplivajo tudi na prihodnje generacije (Dyregrov in Dyregrov 2008, 77).

Samomor otroka povzroči v starših občutek nezmožnosti ohraniti zdrave odnose in poskrbeti za njihove še živeče otroke. Skoraj neizogibno se znotraj družine poveča občutek krivde in odgovornost za smrt. Neizrečeno obtoževanje drug drugega in sram zaradi načina izgube vodita v izogibanje in izolacijo družinskih članov (Sands in North 2014, 154–155;163).

5.1.3 Bolezen

V primeru nenadne smrti, kot je omenjeno v prejšnjih poglavjih, se družina sooča z izgubo brez možnosti priprave nanjo. Sooča se z odvzeto možnostjo posloviti se. Pogosto primeri ekstremnih, kroničnih razmer in podaljšanega procesa umiranja izčrpajo družinske člane in osiromašijo njihove sposobnosti skrbi za umirajočo osebo. Tako je hkrati z bolečino in žalostjo ob izgubi prisotno olajšanje ter posledično občutek krivde. Dolgotrajno ukvarjanje z umirajočim ima lahko na družino razdirajoče učinke tudi zaradi etičnih in religioznih vprašanj, ki se tičejo zdravljenja in sprejemanja odločitev, s katerimi se srečujejo v procesu (Walsh 2014, 19).

V primerih, ko so posamezniki kljub trajanju bolezni in vedenju o bližajoči se smrti po izgubi, pričali o nepripravljenosti na izgubo bližnje osebe, so doživljali pomembno večji nivo depresije, anksioznosti in simptomov kompliciranega žalovanja v primerjavi s tistimi, ki so poročali, da so bili na izgubo pripravljeni (Zaider 2014, 81).

Posamezniki, ki žalujejo po izgubi bližnje osebe po samomoru, nesreči ali dolgotrajnih boleznih doživljajo največ obolenj, z največ psihološkimi obolenji (Lichtenhal in Sweeney 2014, 254).

5.1.4 Nesreča

Izpostavljenost truplu po nasilni smrti ali po samomoru predstavlja pomemben napovednik za razvoj intenzivnih reakcij oz. travmatičnega žalovanja. Žalujoči se soočajo z močnimi vtisi v povezavi s smrtjo, ti vstopajo v psihični svet posameznika še dolgo po dogodku, in sicer jih doživljajo v obliki vsiljivih »flashbackov« (vizualnih ali zvočnih spominov). Pri nekaterih posameznikih tovrstne travme vodijo v izčrpanost in duševno otopelost (Sands in North 2014, 154).

5.2 Travmatično žalovanje glede na vrsto odnosa med žalujočim in umrlim

Globlja, kot je navezanost med pokojno osebo in žalujočim, intenzivnejše so emocije žalovanja (Schuler idr. 2012, 81), in bližja, kot je sorodstvena vez z umrlo osebo, večje je tveganje za razvoj travmatičnega žalovanja (Lichtenthal in Sweeney 2014, 254). Dosedanje raziskave o intenzivnosti doživljanja simptomov travmatičnega žalovanja so pokazale, da si po intenzivnosti žalovanja sledijo žalujoči starši > žalujoči partnerji > žalujoči otroci (Burnett idr. 1997, 51).

Separacijska stiska igra osrednjo vlogo pri podaljšanem, travmatičnem žalovanju. Pretežno je povezana z močnim občutkom izgube in hrepenenja, in sicer v intenzivnosti in trajanju, ki presega normalno žalovanje. Posameznik ob izgubi bližnje osebe vsakodnevno trpi in doživlja različne simptome separacijske stiske, kot so hrepenenje, izogibanje stvarim, ki ga spominjajo na pokojnega, otopelost, težave z usklajevanjem samega sebe z okolico, zagrenjenost, težave z zaupanjem okolici, občutek praznine in občutek, da je del njega umrl (Walsh 2014, 20).

Osebe, ki so preokupirane z mislimi na pokojno osebo, dlje doživljajo močne občutke izgube ali hrepenenja. Zato je pomembno spregovoriti o pomembnosti vloge pokojne osebe v njihovem življenju, da si žalujoči gradijo perspektivo nad dogajanjem. To se

dogaja hkrati s pogovorom o vrsti navezanosti na pokojno osebo. Z rekonstrukcijo pomena postane proces žalovanja aktivni proces, v katerem je žalujoči sposoben, da sam izbere, na kaj bo usmeril pozornost – na izgubo, na obnovitev lastnega življenja oz. na tiste zanj pomembne stvari, ki mu pomagajo, da se vrne v svoje aktivno in socialno življenje. Ni namen odvrniti pozornost žalujočega stran od izgube in žalovanja, temveč mu samo pomagati, da v svoje roke vzame moč odločanja in ima nadzor nad svojimi mislimi in dejanji (Dyregrov in Dyregrov 2008, 213).

5.2.1 Izguba otroka

Izguba otroka, ne glede na način smrti, pomeni travmo v življenju starša. Ogroža njun občutek za lastno identiteto, njun namen in njuno pričakovano dediščina (Wiener in Gerhardt 2014, 198). Skoraj zagotovo oba starša ali en starš doživlja travmatično žalovanje po izgubi otroka oz. je prekopiran z mislimi o otroku, preživeli družinski člani se spopadajo s krivdo, kar jim onemogoča funkcionalno, zadovoljujoče življenje (Harris in Rabenstein 2014, 144). Kar pri 10–20 % staršev je opaziti tveganje za razvoj nefunkcionalnega žalovanja (Fulton in Epstein-Lubow 2011, 34).

Raziskave kažejo, da odrasla oseba v procesu žalovanja doživlja več stiske ob izgubi otroka kot ob izgubi partnerja ali starša (Raphael in Dobson 2000, 46). Bolečina, ki nastopi v času akutnega žalovanja, t.j. takoj po izgubi otroka, je izredno močna in se izraža z nevsakdanjim vedenjem in močnimi emocijami starša. Starš lahko doživlja dezorganizacijo, občutek notranje praznine, brezvoljnost, povečane reakcije na dražljaje, poslabšanje kvalitete spanca in pomanjkanje apetita, doživlja »flashbacke« o umrlem otroku in nenadne valove bolečega hrepenenja ter žalosti. Nekateri imajo privide svojega umrlega otroka, iščejo ga v množici, vidijo njegov obraz na obrazih drugih ljudi, se pogovarjajo z njim, imajo žive sanje o njem, trpijo za pomanjkanjem strahu pred smrtjo in sanjarijo o samomoru, imajo pomanjkanje interesa za aktivnosti in druge ljudi ter doživljajo občutek krivde v zvezi s smrtjo otroka (Wiener in Gerhardt 2014, 199).

Lahko se zgodi, da v tem obdobju preživeli otroci prevzamejo vlogo izpopolnjevanja starševskih upov in sanj. Travmatična izguba namreč oslabi starševsko zmožnost poskrbeti za živeče otroke in jim nuditi skrb in stabilnost (Harris in Rabenstein 2014, 144; Raphael in Dobson 2000, 47). Zato je pomembno, da staršem pomagamo, da v procesu žalovanja ostanejo dostopni starši ostalim otrokom. Pomembno je, da ohranijo odprto

komunikacijo z njimi, da so emocionalno dostopni ter da tudi njim pomagajo vzpostaviti občutek povezanosti z izgubljenim bratom ali sestrom (Walsh 2014, 21).

Za nekatere starše postane medsebojna interakcija po izgubi otroka zelo težavna, predvsem zaradi različne intenzivnosti in trajanja njunih reakcij na izgubo (razlike v doživljanju izgube in nezmožnost komunikacije). Može se osredotočiti na ureditev zadev v zvezi z pogrebom, na svoje delo in drugače rokujejo s svojimi emocijami: pogosto se zgodi, da svoje misli o dogodku blokirajo, tako da se raje osredotočijo na druge misli, ki so bolj praktične narave in na konkretne dejavnosti. Na izgubo imajo bolj sistematičen pogled in k žalovanju pristopajo bolj racionalno. Ko spregovorijo oz. se soočijo s svojimi občutki, je to večkrat v prostoru, ki je samo njihov, kjer so odmaknjeni ali pa skozi neverbalno komunikacijo. Medtem ko ženske o izgubi večkrat spregovorijo na glas, jih tudi spremlja občutek, da morajo dati iniciativo za pogovor o izgubi. Mame imajo težnjo, da se osredotočijo na svoje notranje doživljanje in na izražanje težkih čutenj. Poleg tega večkrat iščejo stik z zunanjim svetom, kjer lahko govorijo o izgubi. Zato je za par pomembno, da sprejemata potrebe drug drugega v vsej svoji različnosti. Pomembno je, da v svojem žalovanju začitata spoštovanje in podporo partnerja. (Dyregrov in Dyregrov 2008, 37, 208-209).

5.2.2 Izguba starša

»Hodim po svetu z močnimi čutenji v sebi, in malenkost lahko izzove v meni neprimerno reakcijo, kar izgubim živce. Zaradi svoje reakcije se počutim nestabilno«.

(Dyregrov in Dyregrov 2008, 73)

Odnos starš-otrok nosi pomembno težo skozi celotno otrokovo življenje in igra pomembno vlogo v otrokovem razvoju, zato je izguba starša specifičen življenjski dogodek (Hayslip idr. 2015, 4).

Po izgubi bližnje osebe vsak družinski član žaluje na svoj unikaten način. Ogroženi so lahko družinski sistem, njegova skrbna in varna drža ter intimnost. Še posebno se to zgodi v primeru izgube starša (Sands in North 2014, 154), kar predstavlja dejavnik tveganja za ranljivost in zamik v razrešitvi (Raphael in Dobson 2000, 55).

Izguba primarne osebe varne navezanosti vodi pri otroku do povišanega občutka ranjenosti in zmanjšanega občutka varnosti. Spomini na bližnjo osebo sprožijo travmatične odzive, ki preplavijo in posledično onemogočijo otroku žalovanje (Harris idr. 2014, 138).

Raziskave ločijo dva odziva otrok na travmo: odziv z visoko vzdraženostjo in disociacijo. Oboje tvori nevarno navezanost, saj pomeni, da otrok ni prejel primerne odziva okolice in tako ni v homeostatičnem ravnovesju, njegove emocije niso zregulirane (Gostečnik 2008, 36–38).

Ob izgubi je možnost predelave le-te, dajanje pomena dogodku in seveda učenje spoprijemanja z izkušnjo v odnosu z odraslo osebo, ki ji otrok zaupa, izrednega pomena. V nasprotnem primeru lahko travmatična izguba povzroči težave v razvojnem obdobju in tudi kasnejši potek razvoja (Cvetek 2009, 59). Pri otrocih, ki so doživeli travmo zaradi izgube in se temu ni posvetila primerna pozornost, lahko to v odraslosti vodi v razvoj depresije, zlorabe drog in alkohola ter poskusov samomora (Harris idr. 2014, 139). Cvetek (2009,125) opisuje tri vzorce odnosov med staršem in otrokom, kadar je dogodek za otroka lahko travmatičen:

1. vzorec umika/neodzivnosti/nedostopnosti (zaradi lastne travmatizacije je starš lahko manj odziven in dostopen otroku, kar lahko povzroči povečanje otrokove simptomatologije),
2. vzorec pretiranega zaščitništva/omejevanja (zaradi starševske preokupacije s strahom pred tem, da bo otrok ponovno re-travmatiziran in zaradi občutka krivde, postanejo pretirano zaščitniški in otroka omejujejo) in
3. in vzorec vnovičnega uprizarjanja/izpostavljanja nevarnosti/prestrašenosti (nevarnost ponovne re-travmatizacije otroka ob nenehnem razpravljanju ali spraševanju o travmatičnem dogodku).

Zapuščenost s strani staršev je za otroka ena izmed najhujših travmatičnih izkušenj. Ob prekinitvi stika postane njegova obramba navidezna samozadostnost (Kompan Erzar 2006, 16). Potrebno ga je napotiti k strokovnjaku v primeru dlje časa vztrajajočih simptomov:

- vztrajno težko spregovori o umrlem staršu,
- agresivno vedenje,

- visok nivo anksioznosti,
- stalna prisotnost glavobolov,
- težave z apetitom in izguba telesne teže
- težave s spanjem,
- težave z učenjem,
- umik vase in vztrajno obtoževanje samega sebe,
- povečana emocionalna vznemirjenost, občutek krivde in družbeni umik,
- težave s koncentracijo (Harvey 2002, 53).

Ob staršu, ki ima sam težave s soočanjem s travmatično izgubo, obstaja povečano tveganje za razvoj anksioznosti, depresije, težav pri socialnih odnosih in sekundarne travmatizacije (Harris in Rabenstein 2014, 144). Stiska se tako pri otrocih kaže skozi igro, skozi razvojno regresijo in anksioznim ali protestnim obnašanjem v času separacije in ponovne združitve. Separacijska stiska je bolj prisotna pri mlajših otrocih, medtem ko se socialna stiska, stiska identitete in tveganje za komorbidno depresijo manifestirajo pri starejših otrocih in adolescentih (American Psychiatric Association 2013, 179).

Težave pri žalovanju otrok so povezane tudi s tem, da imajo otroci manj razvit niz strategij spopadanja kot odrasli (Leedham idr. 2000, 168). Zato tudi potrebujejo pomoč tako znotraj primarne družine kot zunaj nje, npr. pri učiteljih, socialnih delavcih in prijateljih. Nekdo, ki ni član družine in lahko nudi pomoč otroku, ni okupiran z lastnim žalovanjem, pripravljen ga je poslušati in ga sprejeti v vsej njegovi žalosti ter sprejeti njegovo bolečino. Otrok je tako v središču pozornosti in dobi potreben občutek varnosti. Podpora mladim lahko nudijo prijatelji in drugi vrstniki s podobno izkušnjo. Strokovna pomoč izven družine je potrebna tudi zaradi pomanjkanja znanja in informacij družinskih članov o tem, kako pomagati otroku (Dyregrov in Dyregrov 2008, 81).

V enem izmed glavnih poglavij smo si pogledali tudi vlogo primarne družine v procesu žalovanja in kako nas primarna družina izoblikuje. Vloga primarnih skrbnikov ima tako dolgoročne razsežnosti. Raziskave so dokazale, da otrokovo doživljanje anksioznosti ob ločitvi od starša napove patološko žalovanje ob izgubi kasneje v odraslosti (Prigerson idr. 2009, 2).

Po izgubi pride znotraj primarne družine do prestrukturiranja vlog družinskih članov in spremembe načina komuniciranja med njimi. Nema lokrat v primeru izgube enega izmed

staršev, najstarejši otroci prevzamejo vlogo skrbnika svojim bratom in sestram ter živemu staršu, medtem ko je ta drug starš nezmožen funkcioniranja. Opravljajo naloge starša, kot so skrb za kuhanje in pospravljanje doma, starejši, ki so že odšli od doma, se vrnejo domov. Svojega doživljanja ob izgubi ne delijo s preživelim staršem zaradi prepričanja, da ga s tem zaščitijo, da starš doživlja hujše stvari, kot jih otroci, in da staršem ni potrebno skrbeti za njih. Starši se z otrokom ne pogovarjajo o lastnem in otrokovem doživljanju zato, da ga zaščitijo pred bolečino. Otroci in mladostniki se zato pogosto počutijo osamljene v svojem žalovanju in minejo meseci, preden začutijo, da lahko oporo poiščejo pri staršu (Zaider 2014, 83).

Žalovanje v otroštvu lahko vpliva na otrokov razvoj in lahko deluje kot dejavnik tveganja za razvoj depresije v odraslosti. Kakšen vpliv bo imelo žalovanje, je zelo povezano s stabilnostjo, nudenjem občutka varnosti otroku, nudenjem podpore pri prilagajanju na situacijo ter njegovo ranljivostjo. Kljub velikemu številu raziskav na področju žalovanja, pa še vedno primankuje raziskav na področju žalovanja pri otrocih in mladostnikih (Raphael in Dobson 2000, 47). Raziskava Breierja idr. (1988) pokaže na pomembnost dobrega starševstva ob izgubi v otroštvu. Ne glede na izgubo je nezadostno starševstvo pomembno povezano z anksioznostjo v otroštvu in z razvojem depresivnih motenj v odraslosti. Izguba enega izmed staršev lahko vpliva na skrbništvo obstoječega starša, saj prizadene njegovo sposobnost skrbeti za otroke (991).

Hayslip (2015, 3) v svoji raziskavi o izgubi starša pokaže, da izguba starša v mlajši dobi bolj prizadene kot izguba v višji starosti. Zato je izjemnega pomena poznati težave s soočanjem z izgubo v različnih življenjskih obdobjih in razumeti, kakšno vlogo ima pri tem okolica. Otroke in mladostnike pogosto mečejo v isti koš, ali pa se mladostnike celo jemlje kot odrasle žalujoče, resnica pa je, da se način žalovanja in dožemanja izgube pri mladostnikih drastično razlikuje od obeh skupin. Razvojne potrebe in idealizirana podoba starša igrata svojo vlogo pri otežitvi procesa žalovanja (Lenhardt in McCourt 2000, 189-199).

Mladostnike pogosto spremlja jeza, občutek nestabilnosti, frustracije, samomorilne misli, depresija in anksioznost. V primeru samomora v družini govorijo o poslabšani samopodobi ter o krizi identitete. Najtežje je prenesti občutek izgube, ki je tako močan in onemogoča normalno delovanje v vsakodnevnem življenju. Tako že obiskovanje šole predstavlja težavo, saj se otroci skoraj vedno ali vsaj polovico časa težje skoncentrirajo

in se težje učijo. Za razumevanje novih snovi potrebujejo več časa in več razlage, kot so potrebovali pred izgubo bližnje osebe. Spet drugi se pred bolečino, ki jo doživljajo, zatekajo v šolske obveznosti in si na ta način ustvarjajo red v kaotičnem obdobju njihovega življenja (Dyregrov in Dyregrov 2008, 71–76).

6. PREDSTAVITEV PROBLEMA IN HIPOTEZE

Namen magistrske naloge je raziskati prisotnost travmatičnega žalovanja pri travmatičnih načinih izgube ter pri vrstah odnosa med žalujočim in pokojno osebo, raziskati povezanost travmatičnega načina žalovanja s funkcioniranjem primarne družine in doživljanjem stresa. Želeli smo opozoriti na prisotnost nefunkcionalnosti v procesu žalovanja ter opozoriti na pomembnost teme in njeno problematiko, ki je vredna dodatne pozornosti.

Kaj je tisto, kar oteži proces žalovanja? Ali so to vzorci spoprijemanja z izgubami, ki se jih naučimo v otroštvu v naši primarni družini? Ali pa je ne glede na našo visoko funkcionalnost proces žalovanja otežen ali celo onemogočen zaradi travmatičnega načina izgube oz. zaradi izpostavljenosti stresnemu dogodku. Kakšno vlogo ima pri tem družina? V magistrskem delu smo želeli osvetliti vsaj del teh vprašanj.

S tem namenom smo želeli preveriti naslednje hipoteze:

H1: Bolj travmatično žalujejo osebe, ki imajo nižjo stopnjo zdravja primarne družine.

H2: Bolj travmatično žalujejo osebe, ki imajo višjo stopnjo stresa.

H3: Bolj travmatično žalujejo osebe, ki so izgubile otroka, v primerjavi s tistimi, ki so izgubili starša.

H4: Bolj travmatično žalujejo osebe, ki so izgubile osebo nenadne smrti (kap, srčni infarkt, zadušitev, prometna nesreča, samomor, umor), v primerjavi z osebami, ki so izgubile osebo naravne smrti (starost, bolezen).

7. METODA

7.1 Udeleženci

V raziskavi je sodelovalo 613 polnoletnih udeležencev obeh spolov. Sodelovali so prostovoljno, pri čemer izobrazba ni bila izključitveni dejavnik. 132 jih je ustrezno rešilo vprašalnik do konca. Od tega je 34 moških (25,8 %) in 98 žensk (74,2 %).

Starost udeležencev je bila med 17 in 72 let. Skupna povprečna starost udeležencev je bila 33 let (SD = 9,638), pri moških 33 let (SD = 8,108) in tudi pri ženskah 33 let (SD = 10,153).

V otroštvu jih je bližnjo osebo izgubilo (23,5 %) in v odraslosti (76,5 %).

Pri odgovarjanju o vzroku smrti jih je največ kot vzrok navedlo bolezen in sicer 35,6 %. Sledi nenadna smrt (kap, srčni infarkt, zadušitev) 21,2 %, naravna smrt, zaradi starosti 13,6 %, prometna nesreča 7,6 %, samomor prav tako 7,6 % in umor 0,8%. Kar 13,6 % jih je odgovorilo z možnostjo Drugo in naštelo vzroke smrti: evtanazija, dolgotrajne bolezni, nesreča v gorah, utopitev, spontani splavi, predoziranje, letalska nesreča, itd.

Pri poročanju o razmerju z umrlo osebo jih je največ izgubilo starša 28 % ali starega starša 27,3 %. Takoj za tem sledi sorodnik, kamor so lahko sami napisali razmerje s pokojno osebo: brat, sestra, bratranec, sestrična, stric, teta, boter, itd., in sicer 21,2 %. Prijatelja/ico je izgubilo 10,6 %, otroka 5,3 % in partnerja/ko 2,3 %.

Največ (26,5 %) jih je odgovorilo, da je ob izgube minilo 2–5 let, sledi 5–10 let (24,2 %), 10 let ali več (20,5 %), 1 leto ali manj (15,9 %) in najmanj 1,2 leti (12,9 %).

Na vprašanje Ali ste po izgubi začutili potrebo po psihološki pomoči? je odgovorilo 140 udeležencev, od teh jih je 99 (75 %) odgovorilo z NE in 33 (25 %) odgovorilo z DA.

24 (18,2 %) jih je na vprašanje Ali ste potrebno pomoč prejeli? odgovorilo pritrdilno in naštel vrst pomoči: biblija, bioenergija, bioterapija, EFT-angelski terapevt, meditacija, branje knjig o smrti, thetahealing, pogovor (s prijatelji, v družini), spominjanje, podpora, pogovor z psihologom, pomoč terapevta, obisk psihiatra, psiho-svetovalnica na fakulteti, obisk energetskega terapevta, uporaba antidepressivov, tolažba staršev in prijateljev.

7.2 Merski pripomočki

V raziskavi smo uporabili sestavljen vprašalnik, v katerem smo udeležence vprašali o spolu in starosti ter postavili vprašanja, ki se navezujejo na določeno izgubo (odnos z umrlo osebo in vzrok smrti, čas in obdobje izgube). Sledile so spodaj opisane tri merske lestvice, raziskavo smo pa zaključili z dvema vprašanjema o potrebni pomoči po izgubi.

Stopnjo stresa smo merili z največkrat uporabljenim Vprašalnikom za zaznavanje stresa pri posameznikih (Perceived Stress Scale PSS) (Cohen 1944). Trditve so oblikovane tako, da merijo, koliko imajo posamezniki svoje življenje za nepredvidljivo, nenadzorovano in preobremenjeno. Vprašalnik je sestavljen iz desetih trditev. Vprašanja se tičejo počutja in čustvovanja v zadnjem mesecu, na katera lahko anketiranci odgovorijo, kako pogosto so se počutili na določen način, od 0 (nikoli) do 4 (zelo pogosto). Seštevek vseh elementov znaša največ 40 in najmanj 0, pri čemer pomeni večji seštevek večjo stopnjo stresa. Prigerson idr. (1995) v svoji raziskavi poročajo o koeficientu test-retest zanesljivost, in sicer Cronbachov alfa koeficient znaša 0.84, 0.85 in 0.86 pri treh različnih meritvah. Glede veljavnosti pa navaja med 0.52–0.76. Pri nas znaša Cronbachov alfa koeficient 0,22.

Za merjenje travmatičnega žalovanja smo uporabili Vprašalnik kompliciranega žalovanja (Inventory of Complicated Grief ICG) (Prigerson idr. 1995). Vprašalnik je sestavljen iz 19 vprašanj, ki se tičejo posameznikovega počutja, anketiranci odgovarjajo na 5-stopenjski lestvici, kjer 0 (nikoli) pomeni najmanj in 4 (vedno) pomeni največ. Skupni seštevek sega med 0 in 76, višji kot je rezultat, višja je stiska posameznika. Pri rezultatu 24 ali višje je priporočljiv obisk pri terapevtu, medtem ko rezultat 32 ali več nakazuje na zelo visok rezultat odgovorov na vprašalniku. Avtorji poročajo o visoki test-retest zanesljivosti, Cronbachov alfa koeficient znaša 0.94. Pri nas znaša Cronbachov alfa koeficient 0,93. V primerjavi z drugimi vprašalniki, avtorji poročajo o alfa koeficientu 0.67.

Za merjenje družinske funkcionalnosti smo uporabili lestvico o izvorni družini Family of Origin Scale (FOS), avtorjev Hovestadt in drugih (1985). Vprašalnik je kreiran tako, da pomaga posamezniku priklicati funkcioniranje primarne družine, tj. družine v kateri je preživel svoje otroštvo. Sestavljen je iz 40-ih trditev in se osredotoča na dve pomembni komponenti v življenju funkcionalne družine, in sicer na avtonomijo in intimnost. Znotraj

družine se avtonomija razvija s poudarjanjem jasnosti izražanja čustev (JIČ), odgovornosti (O), medsebojnega spoštovanja (MS), odprtosti med člani družine (OMČD) ter soočanjem z ločitvami in izgubami (SZLiI). Intimnost pa se izraža s spodbujanjem izražanja čustev (SIČ), ustvarjanjem prijetnega družinskega vzdušja (UPDV), spoprijemanjem s konflikti s čim manj stresa (SsKČS), soočanjem med člani družine (SMČD) in razvijanjem zaupanja (ZiRZ). Posamezniki so na 5-stopenjski lestvici odgovarjali, kako močno se strinjajo oziroma se ne strinjajo s posamezno trditvijo, od 1 (nikakor se ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam). Pri vsakem posameznem elementu je možno doseči od 4 do 20 točk, pri avtonomiji in intimnosti najmanj 20 in največ 100 točk. Skupni seštevek pa znaša najmanj 40 točk in največ 200. Višji, kot je rezultat, bolj so razviti elementi avtonomije in intimnosti, posledično je funkcioniranje družine višje (Repič 6, 117). Avtorji navajajo, da gre za dobro notranjo zanesljivost, saj v preteklih raziskavah znaša alfa 0.75 in standardiziran alfa 0.97. Cronbachov alfa koeficient je bil na našem raziskovalnem vzorcu -0,01, kar kaže na slabo zanesljivost. Avtorji prav tako navajajo, da ima vprašalnik dobro veljavnost, ki dobro razlikuje med dvema skupinama.

7.3 Postopek raziskave

S pomočjo spletne aplikacije Ika TEOF, ki je namenjena spletnemu anketiranju, smo kreirali anketo. Spletno povezavo do ankete smo posredovali predvsem preko elektronske pošte in spletnega socialnega omrežja Facebook. Vzorčenje je potekalo predvsem po metodi snežne kepe. Vprašalniki so bili dostopni tudi na različnih forumih (diva.si, jazsemvreda.si, mavrični-forum.net, ringaraja.net, iskreni.net, medover.net, vizita.si, zadovoljna.si, bibaleze.si, moškisvet.si). Po dogovoru z vodstvom smo vprašalnike v elektronski obliki posredovali tudi članom slovenskega društva Hospic ter članom skupine za žalujoče starše, ki poteka v prostorih Študijsko-raziskovalnega centra za družine v Ljubljani. Zbiranje podatkov je trajalo od septembra 2016 do junija 2017.

Anketa je bila sestavljena po sledečem vrstnem redu: demografski podatki, vprašanja o razmerju z umrlo osebo, o preteku časa od izgube, o načinu izgube ter obdobju izgube. Sledili so trije vprašalniki in sicer Vprašalnik o stopnji stresa, Vprašalnik o travmatičnem žalovanju ter Vprašalnik o funkcioniranju primarne družine. Anketa se je zaključila z dvema vprašanjema o potrebi ter vrsti pomoči po izgubi. Sledila je analiza podatkov, za

kar smo uporabili program SPSS 20. Pridobljene podatke smo prikazali v obliki tabel in grafov.

8. REZULTATI RAZISKAVE

V Tabeli 1 so razvidni osnovni opisi rezultatov za merjenje lastnosti, in sicer povprečne vrednosti, standardna deviacija, asimetričnost, sploščenost oz. kurtičnost, minimalne ter maksimalne vrednosti.

Tabela 1: Deskriptivna statistika za posamezne vrednosti

	N	M	SD	Asim.	Spl.	min.	max.
ICG - travmatično žalovanje	132	16,40	13,70	1,03	0,46	0	62
FOS - funkcioniranje primarne družine	132	125,28	31,4	-0,17	-0,48	47	191
PSS - stopnja stresa	132	14,10	6,73	0,23	-0,51	1	30
FOS - intima primarne družine	132	65,46	14,72	-0,29	-0,29	27	95
FOS - avtonomija primarne družine	132	64,27	15,71	-0,09	-0,72	30	98

Opomba: N – število udeležencev; M – povprečna vrednost; SD – standardna deviacija; Asim.- asimetričnost; Spl. – sploščenost oz. kurtičnost; min – najnižja vrednost; max – najvišja vrednost; ICG – lestvica travmatičnega žalovanja; FOS - lestvica o izvorni družini; PSS – lestvica stopnje stresa.

Vse vprašalnike je uspešno rešilo 132 udeležencev. Iz tabele so razvidni najnižji in najvišji rezultati pri posamezni lestvici, kar nam pokaže povprečje rezultatov.

Pri vprašalniku ICG nakazuje rezultat 34 na prisotnost travmatičnega žalovanja, pri rezultatu 24 in višje pa se priporoča obisk terapevta. V naši raziskavi znašajo rezultati med 19 in 81 s povprečno vrednostjo 35,41, kar nakazuje na visoko prisotnost travmatičnega žalovanja pri naših udeležencih.

Pri vprašalniku PSS višje število točk pomeni višjo stopnjo stresa. Na našem raziskovalnem vzorcu so udeleženci dosegli rezultat med 15 in 44 s povprečjem 28,1. Povprečje nakazuje na visoko stopnjo stresa med udeleženci.

Pri vprašalniku FOS višji, kot je rezultat, bolj so razviti elementi avtonomije in intimnosti, posledično pa je funkcioniranje družine višje. Pri elementu intime so udeleženci dosegli rezultate med 27 in 95 s povprečjem 65,46 ter pri elementu avtonomije med 30 in 98, s podobnim povprečjem, in sicer 64,27. Na celotni lestvici so rezultati med 47 in 191, s

povprečjem 125,28. Rezultati nakazujejo na širok razpon med udeleženci na področju funkcioniranja primarne družine.

Sledijo rezultati preverjanja hipotez.

H1: Bolj travmatično žalujejo osebe, ki imajo nižje zdravje primarne družine.

H2: Bolj travmatično žalujejo osebe, ki imajo višjo stopnjo stresa.

Veljavnost hipotez 1 in 2 smo preverjali s Spearmanovim korelacijskim koeficientom, saj so rezultati odstopali od normalne porazdelitve in tako pogoji za Pearsonov korelacijski koeficient niso bili izpolnjeni (Priloga 1). V tabeli 2 je prikazana povezanost med travmatičnim žalovanjem in zdravjem primarne družine ter med travmatičnim žalovanjem in stopnjo stresa.

Tabela 2: Spearmanov korelacijski koeficient med travmatičnim žalovanjem in zdravjem primarne družine ter med stresom

	ICG
FOS - zdravje primarne družine	,054
PSS - stopnja stresa	,451**

Opomba: ** = statistična pomembnost na nivoju $p < 0,01$; FOS – lestvica o izvorni družini ; PSS – lestvica zaznavanja stresa pri posameznikih ; ICG – lestvica travmatičnega žalovanja.

Iz tabele je razvidno, da obstaja nizka, statistično nepomembna povezanost med travmatičnim žalovanjem in zdravjem primarne družine. Razvidno pa je, da je travmatično žalovanje pomembno povezano s stopnjo stresa. Koeficient korelacije med travmatičnim žalovanjem in stopnjo stresa je statistično pomemben na 0,1 % nivoju tveganja. Povezava je pozitivna, kar nam pove, da bolj, kot je žalovanje travmatično, večjo stopnjo stresa doživlja posameznik.

Glede na rezultate tako ovržemo hipotezo 1, kjer ni statistično pomembne povezanosti, in potrdimo hipotezo 2, saj obstaja statistično pomembna povezanost med travmatičnim žalovanjem in stopnjo stresa.

H3: Bolj travmatično žalujejo osebe, ki so izgubile otroka, v primerjavi s tistimi, ki so izgubili starša.

H4: Bolj travmatično žalujejo osebe, ki so izgubile osebo nenadne smrti (kap, srčni infarkt, zadušitev, prometna nesreča, samomor, umor), v primerjavi z osebami, ki so izgubile osebo pričakovane smrti (starost, bolezen).

Tabela 3: Rezultati razlik v doživljanju travmatičnega žalovanja med tistimi, ki so izgubili otroka ali starša ter med tistimi, ki so izgubili bližnjo osebo naravne ali nenaravne smrti

	spremenljivka	N	M	SD	KSz	KSp	U	p
ICG	izguba otroka	7	31	21,3	,00	,00	79,50	0,108
	izguba starša	37	17	11,77	,00	,00		
ICG	pričakovana izguba	3	2	0	,00	,00	684,0	0,23
	nenadna izguba	10	1,7	0,48	,00	,00		

Opomba: N – število udeležencev; M – povprečna vrednost; SD – standardna deviacija; KSz – vrednost Kolmogorov-Smirnovega testa; KSp – pomembnost odstopanja od normalne; distribucije; U – vrednost Mann-Whitneyevega U-testa; p – statistična pomembnost; ICG – lestvica travmatičnega žalovanja.

Da bi odgovorili na hipotezi smo preverili normalnost distribucije s pomočjo Kolmogorov Smirnov testa, tako da smo ustvarili dvakrat po dve skupini (prva skupina: izguba otroka ali izguba starša in druga skupina: naravna ali nenaravna izguba). Ker smo ugotovili, da distribucije odstopajo od normalne distribucije, smo nadalje uporabili neparametrične U-teste.

V nadaljevanju je U-test pokazal, da med skupinama tistih, ki so izgubili otroka in tistih, ki so izgubili starša, ne gre za statistično pomembno razliko pri ($p=,108$). Numerus je v nekaterih skupinah nizek, zato lahko govorimo samo o možnosti ovržbe hipoteze 3.

V nadaljevanju je U-test še pokazal, da gre med skupinama tistih, ki so izgubili bližnjo osebo naravne smrti in tistimi, ki so izgubili bližnjo osebo nenadne smrti, za statistično pomembno razliko ($p=,023$), zato lahko potrdimo hipotezo 4.

9. RAZPRAVA

V pričujoči raziskavi smo si zastavili 4 hipoteze, ki so se osredotočale predvsem na povezanost travmatičnega žalovanja z različnimi dejavniki. Prvi dve hipotezi raziskujeta povezanost travmatičnega žalovanja z zdravjem primarne družine ter povezanost travmatičnega žalovanja s stopnjo doživljanja stresa.

Drugi dve hipotezi pa preverjata prisotnost travmatičnega žalovanja glede na način izgube bližnje osebe in glede na odnos s pokojno osebo, pri čemer smo udeležence razdelili v dve skupini, in sicer glede na način izgube: izguba na naraven način (starost, bolezen) in izguba na nenaraven način (kap, srčni infarkt, zadušitev, prometna nesreča, samomor, umor). Glede na odnos s pokojno osebo, smo se osredotočili na izgubo otroka ali starša.

Pri prvi hipotezi so rezultati pokazali, da med travmatičnim žalovanjem in zdravjem primarne družine ni statistično pomembne povezave, kar lahko pomeni, da udeleženci, ki so poročali o travmatičnem načinu žalovanja, niso nujno poročali o nizkem zdravju primarne družine. Raziskav na temo povezave med travmatičnim žalovanjem v sedanosti in zdravjem primarne družine (družina, v kateri smo odraščali) nismo našli. Rezultati so pa deloma v nasprotju z raziskavo Jordan (1992, 320, 326), katera zajema 24 družin in raziskuje povezavo med stresorji, izgubami v družini skozi štiri generacije ter trenutno družinsko funkcioniranje. Avtor v pilotski raziskavi pokaže na povezavo med večgeneracijskimi in sistemskimi vplivi na trenutno žalovanje. Pravi, da je poškodba družinskega pogleda na svet po izgubi v družini, ključen dejavnik pri prenosu adaptivnih oz. neadaptivnih vzorcev iz ene generacije v drugo. Otroci odrastejo z notranjo podobo, ki vključuje izgubo, zavrženost in trpljenje kot temelj družinskega življenja. Kar tudi potrjuje, da je posameznikovo doživljanje sveta ena izmed najmočnejših posledic travme.

Pomembna avtorja na področju izgube in žalovanja Jordan (1992, 320) in Walsh (1988), govorita o vplivu preteklih, nerazrešenih izgub v družinski zgodovini na sedanje doživljanje izgube, vendar ne spregovorita pa o pomenu zdravja primarne družine na doživljanje žalovanja v odraslosti. Literatura govori predvsem o pomembnosti vpliva izgube družinskega člana na družinsko funkcioniranje ter o tem, da lahko izguba povzroči nefunkcionalnost v družini (Jordan, 1992, 311).

Humphrey idr. (1996, 58) v knjigi z naslovom Svetovanje v procesu žalovanja (eng. Counselling for Grief and Bereavement) spregovorijo o obvladovanju preteklih izgub kot dejavniku tveganja za razvoj travmatičnega žalovanja. K povečani ranljivosti ob izgubah v sedanjosti vodi neustrezno soočanje z izgubo v preteklosti.

Nadalje Dyregrov idr. (2008, 202) govorijo o enem izmed najpomembnejših dejavnikov za razvoj travmatičnega žalovanja, ki je oblikovanje varne navezanosti s starši oz. skrbnikom – otroci z izkušnjo nevarne navezanosti so še posebej ranljivi ob nadaljnjih izgubah bližnje osebe. Ob novi izgubi se prebudijo prejšnje pretekle izgube. Prebudi se tudi otrokova povezanost z osebami, ki so v njihovem življenju predstavljali stabilno figuro.

Ena izmed razlag, zakaj ni korelacije med travmatičnim žalovanjem in zdravjem primarne družine, so lahko rezultati, ki nam jih predstavljajo Tomarken idr. (2012, 775). Močan dejavnik tveganja za razvoj travmatičnega žalovanja je negativen pomen izgube pri žalujočih. Negativen pomen ali umanjkanje pomena je eden izmed simptomov travme. Torej je lahko izguba travmatičen dogodek za posameznika ne glede na zdravje primarne družine.

Travma lahko doleti tiste, ki so bili pred izgubo varno navezani, torej so bili deležni optimalnega zdravja v primarni družini. Razlika bi lahko nastala v predelovanju travme po izgubi. Smiselno bi bilo preveriti, kako uspešno je predelovanje travme pri tistih z varno in ne-varno navezanostjo. Vendar pa Tomarken idr. (2012, 776) v svoji raziskavi ne najdejo statistično pomembne povezave med travmatičnim žalovanjem in PTSD. Raznolikost raziskav na področju žalovanja zahteva izjemno natančnost pri meritvah travmatičnega žalovanja ter iskanju morebitnih povezav z navezanostjo.

Rezultati so pokazali statistično pomembno povezavo med travmatičnim žalovanjem in stopnjo stresa. Naše rezultate potrди več raziskav. Holmes in Rahe (1976, 216) v raziskavi o stresnih življenjskih dogodkih opredelita izgubo partnerja kot najbolj stresen dogodek v življenju posameznika, ki potrebuje več psihološke prilagoditve kot kateri koli drugi dogodek. Rebollo idr. (2005, 508) v raziskavi o kvaliteti življenja po smrti bližnjega ugotovijo, da je nedavna smrt bližnjega povezana z nižjim čustvenim zdravjem, ki je bistveno slabše od povprečnega prebivalstva.

Raziskave so pokazale, da stresni življenjski dogodki, kot je npr. izguba bližnje osebe, vodijo k povečanju tveganja za razvoj depresije in anksioznosti znotraj enega leta po izgubi, predvsem zaradi psiholoških učinkov, ki jih ima izguba na posameznika (Updegraff in Taylor 2000, 12). Prav tako so pokazale povezanost med travmatičnim žalovanjem in kognitivno dezorganizacijo, s težavami z zdravjem in oslabljenim delovanjem (Bonanno 2007, 342). Carey idr. (2014, 604) so v raziskavi pokazali na povečanje kardiovaskularnega tveganja v prvih mesecih po izgubi partnerja, kar je lahko posledica različnih psiholoških odzivov, povezanih z akutnim žalovanjem.

Naše rezultate bi lahko potrdili tudi z ugotovitvijo Elkit in O'Connor (2005, 439), ki v raziskavi ugotovita, da ne samo, da je izguba stresen dogodek, je tudi travmatičen dogodek, saj so posamezniki poročali o simptomih PTSM-ja: pomanjkanju sposobnosti izražanja, zamrznjenosti, strahu pred smrtjo ali boleznijo ter občutku nemoči v povezavi z izgubo.

V primerjavi med skupinama (skupino žalujočih in skupino nežalujočih, ki niso doživeli izgube) je Thompson s sodelavci (1984, 313) naletel na zanimive rezultate: žalujoči so po nedavni izgubi poročali o razvoju težav na duševnem področju ali o poslabšanju obstoječih težav, poročali so tudi o začetku medikamentnega zdravljenja ali o povečanju jemanja obstoječih zdravil. Celostno zdravje žalujočih je bilo slabše od tistih, ki niso žalovali. Tu bi lahko ugovarjali, da je lahko zdravje žalujočih slabše predvsem zato, ker se s tem šele spoprijemajo, ker predelujejo izgubo in se soočajo s težkimi čutenji ter je to lahko predvsem normalen odziv posameznika.

Izgube imajo negativen učinek na psihološko in fizično zdravje posameznika. Seveda je izguba sama po sebi stresen dogodek, je pa potrebno vzeti pod drobnogled stil življenja posameznika pred in po izgubi ter sposobnost spoprijemanja s stresom. Tseng idr. (2017, 1) so raziskovali povezanost med žalovanjem in posameznikovim dobrim počutjem. Rezultati so pokazali povečanje stresa predvsem v primeru izgube partnerja v starosti, saj se partnerjeva vloga pred smrtjo spremeni v negovalca. Slabo zdravstveno stanje posameznika pred izgubo poveča možnost za razvoj podaljšanega žalovanja in intenzivne stiske (Utz idr. 2011, 460). Pomanjkljivost naše raziskave je v tem, da ni vzela pod drobnogled pretečenega časa po izgubi, saj lahko predvidevamo, da se nivo stresa po izgubi zmanjšuje. Iz enakega razloga priporočamo tudi ponovitvene raziskave pri posameznikih, kjer se meri nivo stresa. Green idr. (2001,) celo pravijo, da bi morali izgube

na travmatičen način gledati kot na travmatičen stresor in celo nek manjši procent klasificirati pod PTSM. Pomanjkljivost naše raziskave je tudi v tem, da nismo merili nivoja stresa pred izgubo in tako ne vemo, ali je bila visoka raven stresa prisotna že pred izgubo.

Če se sedaj navežemo na tretjo hipotezo, je Jordan (1992, 327) v svoji raziskavi pokazal, da stres in pretekle izgube v življenju moža in očeta napovedujejo nivo zadovoljstva žene in otroka. Večje izgube ali travmatične izgube v preteklosti vplivajo na razvoj rigidnosti, neprilagodljivih vzorcev komuniciranja z ženo in otrokom. Raziskava je tudi pokazala na povezanost med očetovim doživljanjem travmatičnega dogodka in otrokovo simptomatologijo.

Ob pregledu tretje hipoteze nismo našli raziskave, ki bi primerjala izgubo starša in otroka v povezavi s travmatičnim žalovanjem, obstajajo pa ločene raziskave, ki potrjujejo travmatično žalovanje v obeh primerih – po izgubi otroka in po izgubi starša. Veliko raziskav je bilo opravljenih o žalovanju staršev po izgubi otroka in o žalovanju otrok po izgubi starša. Jiong idr. (2003, 363-365) so tako v svoji raziskavi primerjali smrtnost staršev, ki so izgubili otroka in tistih, ki nimajo izkušnje izgube otroka. Rezultati so pokazali na statistično pomembno višjo smrtnost pri materah, ki so izgubile otroka (s tem, da je pri izgubi na nenaravni način rezultat nekoliko višji, kot pri tistih, ki so izgubile otroka na naraven način) in o nekoliko povečani zgodnji smrtnosti očetov zaradi nenaravnih vzrokov.

Omejitev naše raziskave je, da nismo preverjali načina izgube otroka. Song idr. (2010, 269) v raziskavi ugotavljajo, da je kvaliteta življenja pri starših z izkušnjo izgube otroka nasilne smrti občutno nižja kot pri tistih, ki nimajo izkušnje otroka nasilne smrti.

Izguba otroka vpliva na psihološko in fizično stanje staršev. Ugotovitve prve raziskave pokažejo, da skoraj polovico staršev po izgubi otroka doživlja močno separacijsko stisko in hrepenenje v povezavi z žalovanjem (McCarthy idr. 2010, 1321), rezultati druge raziskave pa opozorijo na pomembno poslabšano psihološko in fizično zdravje staršev. Prav tako so v isti raziskavi očetje pogosteje poročali o težavah s spanjem, mame pa o pogostejšem obisku osebnega zdravnika ter odločitve za bolniško (Lannen idr. 2008, 5870).

Song idr. (2003, 363-356) so raziskovali kvaliteto življenja staršev po izgubi otroka v primerjavi s starši, ki niso doživeli izgube in torej ne žalujejo. Rezultati so pokazali na nižjo kvaliteto življenja v pri starših, ki so doživeli izgubo. Zanimivo je, da pri tem avtorji raziskave opozorijo, da lahko bližina v zakonu oz. med partnerjema zmanjšuje negativne posledice žalovanja, medtem ko starost otroka ob smrti in čas, ki je pretekel od smrti otroka, nista imela statistično pomembne povezave s kvaliteto življenja po izgubi pri žalujočima staršema (Song idr. 2010, 275-277).

O izgubi starša je bilo storjenih vrsto raziskav. Eth in Pynoos (1994, 302-303) sta v svoji raziskavi ugotovila, da so tisti otroci, ki so izgubili starša nasilne smrti in bili temu priča, trpeli za akutno posttravmatsko reakcijo, ki jim je onemogočila proces žalovanja. Poleg tega govorita tudi o nazadovanju v otrokovem razvoju, kar vodi k poslabšanju šolskega uspeha, nezmožnosti zaupanja ljudem okoli sebe ter tvoriti pomembno navezanost z drugimi.

Breier idr. (1998, 991) je s sodelavci prišel do zanimivih ugotovitev med raziskovanjem povezave izgube starša v otroštvu in prilagoditve na izgubo ter med psihičnimi motnjami v odraslosti. Rezultati raziskave pokažejo, da je nesposobnost prilagajanja na izgubo starša v otroštvu močan napovednik psihiatričnih motenj v odraslosti. Birtchnell je v svoji raziskavi (1971, 256–257) o vlogi najstarejših otrok v družinah po izgubi starša potrdil domnevo, da lahko zgodnje breme skrbi za mlajše brate in sestre ob izgubi enega izmed staršev prispeva k razvoju duševnih bolezni v odraslosti.

Naša primerjava med žalovanjem po izgubi otroka ter starša je neustrezna. Če bi bili v raziskavo vključeni otroci, bi bilo neprimerno primerjati proces žalovanja odrasle osebe in otroka ali mladostnika. Priporočljivo bi bilo meriti vrsto navezanosti pri otroku in mladostniku. V Sloveniji je bila leta 1996 opravljena raziskava, v kateri so primerjali dve skupini žalujočih, sicer odraslih partnerjev – prva skupina ovdovelih je žalovala zaradi izgube po samomoru, druga zaradi prometne nesreče. V obeh niso našli razlik, temveč podobnosti. Ugotovili so, da poleg načina izgube ter časa po izgubi, vpliva na način žalovanja odnos med partnerjema – ali je prisotna varna navezanost ali ambivalentna, nevarna (Grad in Zavasnik, 1996, 243). Lai idr. (2014, 4) so v raziskavi o povezavi med vrsto navezanosti in kompliciranim oz. podaljšanim žalovanjem pokazali, da obstaja statistično pomembna povezava med okupiranostjo z odnosom in visokim nivojem

travmatičnega žalovanja. Glede na te ugotovitve pri odraslih, bi bilo smiselno tudi pri otrocih in mladostnikih pogledati na vrsto navezanosti in njene dimenzije.

Ravnokar omenjeni rezultati raziskave nam veliko povedo tudi o naših rezultatih pri zadnji hipotezi: da na način žalovanja bolj vpliva vrsta navezanosti in kvaliteta življenja pred izgubo kot način izgube. Range in Niss (1990, 423), ki sta opazovala proces žalovanja pri izgubi po samomoru, nesreči, umoru in pričakovani ali nepričakovani naravni smrti, sta ugotovila, da proces žalovanja s časom postane med žalujočimi podoben ne glede na način izgube. V naši raziskavi se nismo osredotočali na čas, pretečen po izgubi, temveč samo na način izgube in način žalovanja.

Novejša raziskava tudi potrjuje naše rezultate. Kitson (2000, 341) v raziskavi potrdi, da vdove, ki so izgubile moža po dolgotrajni bolezni, doživljajo več stiske in stres kot vdove po izgubi moža po nasilni, nepričakovani ali celo naravni smrti. To si lahko razlagamo, da element nepričakovanosti izgube, šoka in morebitne travme po nepričakovani naravni ali nasilni smrti, povzroči odložene odzive na izgubo.

Glavna omejitev naše raziskave je nizek numerus, predvsem nizek numerus pri določenih podkategorijah. Razlog za nizko število v celoti rešenih vprašalnikov je lahko dolžina vprašalnikov, saj le-ta vpliva na motiviranost anketirancev. Ti lahko med reševanjem izgubijo koncentracijo in motivacijo ter predčasno zaključijo z reševanjem. Prav tako je ena izmed omejitev majhen vzorec moških anketirancev, ki so sodelovali v raziskavi.

Kot eno izmed glavnih omejitev raziskave bi tudi izpostavila, da nismo merili časa, ki je potekel od izgube. Zajeli smo sicer vzorec žalovanja od enega leta do desetih let in več po izgubi. S tem smo izgubili pomemben podatek, in sicer, koliko po izgubi je posameznik reševal vprašalnik. Po pregledu literature smo namreč ugotovili, da je to pomemben podatek. Obstaja mnogo faktorjev, ki delujejo ločeno od narave izgube, pa pomembno vplivajo na potek in izid procesa žalovanja: interpersonalni dejavniki (posameznikove karakteristike, specifični dogodki), vrsta navezanosti (med žalujočim in umrlim ter med žalujočim in njegovim okoljem), pretekle izgube, spol, starost (Neria in Litz 2003, 80).

Priporočljivo bi bilo tudi pogledati obrambe, s katerimi največkrat rokujejo žalujoči ter povezanost načina žalovanja z vrsto navezanosti.

SKLEP

Raziskave na različnih področjih nakazujejo, da izguba in proces žalovanja kljub vsemu vplivata na kvaliteto življenja žalujočega tudi v različnih starostih in je torej dobrodošlo nadaljnjo raziskovanje dejavnikov in posledic izgube in žalovanja.

Izguba je nekaj, kar se zgodi vsakemu človeku. Ali bomo žalovali in ali se bomo oklepali obrambnih drž, sta kompleksni vprašanji. Posameznika namreč oblikuje otroštvo in vrsta nevezanosti. Na njegov proces žalovanja vpliva tudi njegova širša okolica. Ponekod se ob spremstvu pokojnega veselijo in pojejo, ponekod učijo, da je potrebno zadržati svoja čustva zase. Z našo raziskavo smo želeli opozoriti na proces žalovanja, ki žalujočim onemogoča funkcionalno življenje. Včasih se žalujoči soočajo s simptomi PTSM ali depresije.

Pomembno je, da v tovrstno raziskovanje vključimo celoten spekter posameznikovega življenja: njegovo socialno mrežo, trenutne odnose ter način spoprijemanja z izgubo v primarni družini. Z magistrskim delom smo želeli raziskati nekaj od teh dejavnikov, vendar smo ugotovili, da so dejavniki bolj kompleksni. Pod drobnogled je potrebno vzeti način izgube, pretečeni čas od izgube, pogostost izgub v življenju žalujočega in način soočanja s temi morebitnimi preteklimi izgubami. Priporočljivo bi bilo meriti trenutne ali vseživljenjske izpostavljenosti travmatičnim dogodkom posameznika.

Namen magistrske je opozoriti na nov vidik doživljanja izgube ter opozoriti strokovnjake na delitev težav v žalovanju, ki so povezane s samo izgubo ter ostalimi duševnimi motnjami. Ob pravilnem diagnosticiranju in prepoznavanju stiske, lahko posameznikom omogočimo najbolj optimalno pomoč. Ob tem je pomembna ozaveščenost, da moramo ločiti med otroki in mladostniki, ki se v svojem odzivanju lahko razlikujejo. Hkrati pa se moramo zavedati, da se v otroštvu naučimo načinov odziva ter obramb, ki jih prenesemo v odraslost. Ob pravem razumevanju dinamike prenosa čutenj v odraslost, lahko nudimo žalujočemu empatično držo, ki si jo zasluži.

Pri tem ne smemo prezreti, da v družinskem sistemu vsak odigra svojo vlogo, kar se bo pokazalo tudi ob težkem, čustvenem dogodku, kot je izguba. Zato smo v teoretičnem delu

želeli poudariti pomembnost družinskega relacijskega modela pri predelovanju izgube. Ob tem omenimo, da je tu priložnost za nadaljnjo raziskovanje.

Magistrska odpira več vprašanj za nadaljnje raziskovanje. S pregledom literature smo v začetnem delu pomembno opozorili na razvejenost tovrstne teme: izguba, žalovanje v povezavi s PTSM-jem, travmo in primarnimi družinskimi odnosi. Odprli smo temo žalovanje znotraj konteksta travme kot dolgoletnega procesa, s katerim se spopadajo žalujoči in njihova okolica.

POVZETEK

V magistrskem delu smo raziskovali travmatično žalovanje in njegovo povezanost s stopnjo stresa, s stopnjo zdravja primarne družine ter načinom izgube in odnosom s pokojno osebo.

V prvem delu magistrskega dela poglobljeno razložimo pojem »travmatično žalovanje«. V teoretičnem delu tako razčlenimo besedilo o procesu žalovanja in vrstah pomoči, ki so nam na voljo ter poudarimo pomembnost preventive na tem področju. Ob tem pregledamo vlogo duhovnosti, družbe in najpomembneje, vlogo relacijskega terapevta v terapevtskem procesu v primeru travmatičnega žalovanja. Predstavili smo razlikovanje med travmatičnim žalovanjem ter ostalimi duševnimi motnjami, opredeljenimi v DSM-V.

Pobliže si ogledamo doživljanje stresa v primeru travmatičnega žalovanja in njuno prepletenost ter pomen zdravja v primarni družini. Ob zaključku teoretičnega dela opozorimo na travmatičen način izgube bližnje osebe ter na odnos, ki ga je pred izgubo imel žalujoči s pokojno osebo.

V raziskovalnem delu smo preverjali štiri hipoteze. V raziskavi je sodelovalo 34 moških (25,8%) in 98 žensk (74,2%). Rezultati so pokazali, da travmatično žalovanje ni statistično pomembno povezano z zdravjem primarne družine, je pa statistično pomembno povezano s stopnjo doživljanja stresa. Rezultati so pokazali, da bolj, kot je žalovanje travmatično, večjo stopnjo stresa doživlja posameznik. Nadalje je iz rezultatov razvidno, da med skupinama tistih, ki so izgubili otroka in tistih, ki so izgubili starša, ne obstaja statistično pomembno razlika, obstaja pa med skupinama, ki so izgubile bližnjo osebo na različne načine. Rezultati so pokazali, da osebe, ki so izgubile bližnjo osebo nenadne smrti, žalujejo bolj travmatično v primerjavi z osebami, ki so izgubile osebo pričakovane smrti.

KLJUČNE BESEDE: travmatično žalovanje, žalovanje družina, stres, travma, PTSM, izguba otroka, izguba starša, travmatična izguba.

ABSTRACT

The author in this thesis investigates traumatic grieving and its connection with the level of stress, the level of health of primary families and with the nature of loss and with the relationship with the deceased person.

In the first part, the theoretical part, the term "traumatic mourning" is thoroughly explained. Through the theoretical part, she breaks down the grieving process and in shows what kind of help is available and talks about preventive measures in the area of grieving process. In this light, she examines the role of spirituality, society and most important, the role of a relational family therapists in the therapeutic process in case of traumatic mourning. The author presents a distinction between traumatic grief and other mental disorders defined in DSM-V.

She looks closely stress in case of traumatic mourning and their intertwining and the importance of health in the primary family. In the conclusion of the theoretical part, the author warns about traumatic ways of loss and the type of relationship that a grieving person had with the deceased before the loss.

In the empirical part the author examined four hypotheses. The survey involved 34 men (25.8%) in 98 women (74.2%). The results showed no statistically significant correlations of traumatic mourning to the health of the primary family, but it is statistically significantly correlated to the degree of stress experienced. The results show that the higher the score of traumatic grieving, the higher the level of stress is experienced by the individual. Furthermore, it can be seen from the results that there are no statistically significant differences between groups of those who have lost a child in those who have lost their parents, but there is a difference between groups who have lost loved ones in different ways. Results show, that the level of traumatic grieving is higher with those, who have lost someone in an unpredicted way, in comparison with those who were expecting loss.

KEY WORDS: traumatic grief, complicated grief, prolonged grief, bereavement, grief, family, stress, trauma, PTSD, loss of a child, loss of a parent, traumatic loss.

REFERENCE

American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, peta izdaja (DSM-V)*. Washington: American Psychiatric Publishing.

GoodTherapy.org. 2007. Domaća stran. <http://www.goodtherapy.org/learn-about-therapy/issues/grief> (pridobljeno dne 10. Maja).

Birtchnell, John. 1971. Early Parent Death, in Relation to Size and Constitution of Sibship, in Psychiatric Patients and General Population Controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 47:250-70.

Boelen, Paul A., Jan van den Bout in Jos de Keijser. 2003. Traumatic Grief as a Disorder Distinct From Bereavement-Related Depression and Anxiety: A Replication Study with Bereaved Mental Health Care Patients. *The American Journal of Psychiatry* 160:1339–1341.

Bonanno, George A., Yuval Neria, Anthony Mancini, in Karin G. Coifman. 2007. Is There More to Complicated Grief Than Depression and Posttraumatic Stress Disorder? A Test of Incremental Validity. *Journal of Abnormal Psychology* 116:342-351.

Bowlby, John. 1980. *Attachment and Loss* (Vol. 3): Loss. New York: Basic Books.
Navaja Hobfoll, Stevan E., Nicole Ennis in Jennifer Kay. 2000. Losses, Resources, and Resiliency in Close Interpersonal Relationships. V: Harvey, John H. in Erid D. Miller, ur. *Loss ant Trauma: General and Close Relationships Perspectives*, 267-283. New York: Routledge.

Breier, Alan, Jhn R. Keolse, Paul D. Kirwin, Stacy A. Beller, Owen M. Wolkowitz in David Pickar. 1988. Early Parental Loss and Development of Adult Psychopatology. *Archives of General Psychiatry* 45:987-993.

Burnett, Paul C., Warwick Middleton, Beverley Raphael and Nada Martinek. 1997. Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine* 27:49-57.

Carmon, Anna F., Kai J. Western, Amy N. Miller, Judy C. Pearson in Michael R. Fowler. 2010. Grieving Those we've Lost: An Examination of Family Communication Patterns and Grief Reactions. *Communication Research Reports* 27 (julij-september):253–262.

Cohen, Sheldon, Tom Karmarck in Robin Mermelstein. 1983. A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior* 24:385-396.

Corey, Iain M., Sunil M. Shah, Stephen DeWilde, Tess Harris, Christina R. Victor, Derek G. Cook. 2014. Increased Risk of Acute Cardiovascular Events After Partner Bereavement. *American Medical Association* 174:598-605.

Cvetek, Robert. 2005 *Bolečina preteklosti*. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.

Dyregrov, Kari in Atle Dyregrov. 2008. *Effective grief and Bereavement Support. The Role of Family, Friends, Colleagues, Schools and Support Professionals*. London in Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Elklit, Ask in Maja O'Connor. 2005. Blackwell Publishing, Ltd. Post-traumatic stress disorder in a Danish population of elderly bereaved. *Scandinavian Journal of Psychology* 46:439–445.

Eth, Spencer in Robert S. Pynoos. 1994. Children Who Witness the Homicide of a Parent. *Psychiatry* 57: 287-306.

Fulton, Ana Tuya in Gary Epstein-Lubow 2011. Family Caregiving at the End of Life. *Medicine & Health* 94:34-35.

Golden, Ann-Marie J., Tim Dalgleish. Is prolonged grief distinct from bereavement-related posttraumatic stress? *Psychiatry Research* 178:336–341.

- Gostečnik, Christian. 2006. Neustavljivo hrepenenje. Ljubljana: Brat Frančišek.
- Gostečnik, Christian. 2008. Relacijska paradigma in travma. Ljubljana: Brat Frančišek.
- Gostečnik, Christian. 2013. Relacijska paradigma in klinična praksa. Ljubljana: Brat Frančišek.
- Gostečnik, Christian. 2015. Inovativna relacijska zakonska terapija. Ljubljana: Brat Frančišek.
- Green, Bonnie L. 2000. Traumatic Loss: Conceptual and Empirical Links Between Trauma and Bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss: International Perspectives on Stress & Coping* 5:1-17.
- Grad, T. Onja in Anka Zavasnik. 1996. Similarities and Differences in the Process of Bereavement after Suicide and After Traffic Fatalities in Slovenia. *Omega* 33:243-251.
- Hayslip, Bert Jr, Jessica H. Priett in Daniela M. Caballero. 2015. The “How” and “When” of Parental Loss in Adulthood: Effects on Grief and Adjustment. *OMEGA-Journal of Death and Dying* 71:3-18.
- Harris, Darcy in Stephanie Rabenstein. 2014. Family Therapy in the Context of Traumatic Losses. V: *Bereavement Care for Families*, 137-153. New York: Routledge.
- Hibberd, Rachel, Lisa S. Elwood in Tara E. 2010. Galovski. Risk and Protective Factors for Posttraumatic Stress Disorder, Prolonged Grief, and Depression in Survivors of the Violent Death of a Loved One. *Journal of Loss and Trauma* 15:426–447.
- Holmes, Thomas H. in Richard H. Rahe. 1967. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11: 213-218.
- Horowitz, Mardi J. 1986. Stress-Response Syndromes: A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders. *Hospital and Community Psychiatry* 37:241-249.

Humphrey, Geraldine M. in David G. Zimpfer. 1996. *Counselling for Grief and Bereavement*, druga izdaja. London: Sage Publications.

Jacobs, Selby, Thomas R. Kosten, Stanislav V. Kasl, Adrian M. Ostfeld, Lisa Berkman in Peter Charpentier. 1987. *Attachment Theory and Multiple Dimensions of Grief*. *Omega* 18: 41–52.

Janoff-Beulma, Ronnie in Andrea Berger. 2000. *The Other Side of Trauma: Towards a Psychology of Appreciation*. V: Harvey, John H. in Erid D. Miller, ur. *Loss and Trauma: General and Close Relationships Perspectives*, 29–44. New York: Routledge.

Jordan, John R. 1992, *Cumulative Loss, Current Stress, and the Family: A Pilot Investigation of Individual and Systemic Effects*. *Omega* 24: 309–332.

Jiong, Li, Dorthe Hansen Precht, Preben B. Mortesen in Jon Olsen. 2003. *Mortality in Parents after Death of a Child in Denmark: A Nationwide Follow-up Study*. *The Lancet* 361: 363–367.

Jordan, R. John. 2001. *Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature*. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 31:91–102.

Kent, Hannah in Joan Mcdowell. 2004. *Sudden Bereavement in Acute Care Settings*. *Nursing standard* 19:38–42.

Kersting, Anette, K. Kroker, J. Steinhard, K. Ludorff, U. Wesselmann, P. Ohrmann, V. Arolt in T. Suslow. 2007. *Complicated grief after traumatic loss*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 257:437–443.

Kissane, David W. 2014. *Family Grief*. V: *Bereavement Care for Families*, 1–16. New York: Routledge.

Kissane, David W., Boucher, Bridgette in Francesca Del Gaudio. 2014. Culture and Grief in Families. V: Bereavement Care for Families, 107–122. New York: Routledge.

Kissane, David W., Sidney Bloch, Patrick Onghena, Dean P. Mackienzi, Ray D. Snyder in David L. Dowe. 1996. The Melbourne Family Grief Study II: Psychosocial Morbidity and Grief in Bereaved Families. *American Journal of Psychiatry* 153:659–666.

Kitson, Gay C. 2000. Adjustment to Violent and Natural Deaths in Later and Earlier Life for Black and White Widows. *Journal of Gerontology* 6:341–351.

Klass, Dennis. 2014. Grief, Consolation, and Religions: A Conceptual Framework. *Omega* 69:1–18.

Kompan Erzar, Katarina. 2006. *Ljubezen umije spomin*. Ljubljana: Brat Frančišek.

Lannen, Patrizia A., Joanne Wolfe, Holly G. Prigerson, Erik Onelov, and Ulrika C. Kreicbergs. 2008. Unresolved Grief in a National Sample of Bereaved Parents: Impaired Mental and Physical Health 4 to 9 Years Later. *Journal of Clinical Oncology* 26: 5870–5876.

Lai, Carlo, Massimiliano Luciani, Federico Galli, Emanuela Morelli, Roberta Cappelluti, Italo Penco, Paola Aceto in Luigi Lombardo. 2014. Attachment Style Dimensions Can Affect Prolonged Grief Risk in Caregivers of Terminally Ill Patients With Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 32: 855–860.

Leedham, Beth in Beth Meyerowitz. 2000. Loss, Adjustment, and Growth after Cancer: Lessons from Patients' Children. V: Harvey, John H. in Erid D. Miller, ur. *Loss and Trauma: General and Close Relationships Perspectives*, 166–182. New York: Routledge.

Lenhardt, Ann Marie in Bernadette McCourt. 2000. Adolescent Unresolved Grief in Response to the Death of a Mother. *Professional School Counseling* 3: 189–199.

Lichtenhal, Wendy G. in Corinne Sweeney. 2014. Families »At Risk« of Comlicated Bereavement. V: Kissane, David W. in Francine Parnes, ur. Bereavement Care for Families, 249–265. New York: Routledge.

Mayo Clinic. 1998. Domača stran. <http://www.mayoclinic.org/> (pridobljeno 1. junija 2016).

McCarthy, Maria C., Naomi E. Clarke, Cheng Lin Ting, Rowena Conroy, Vicki A. Anderson, in John A. Heath. 2010. Prevalence and Predictors of Parental Grief and Depression after the Death of a Child from Cancer. *Journal of Palliative Medicine* 13:1321–1326.

McKenzie, Kwanne. Kako razumeti depresijo. 2005. *Družinski zdravnik*. Murska Sobota: Maša Sotlar.

Neria, Yuval in Bret T. Litz. Bereavement by Traumatic means: The Complex Synergy of Trauma and Grief. *Journal of Loss and Trauma* 9:73–87.

Ozbič, Polona. 2010. »Intrapsihična dinamika posameznika z neizžalovano izgubo ob smrti bližnje osebe in njeno izžalovanje«. V: I. kongres zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, Kongres zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije. Ljubljana: Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije.

Parkers, Colin Murray. 1972. *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*, prva izdaja. Philadelphia: Routledge. Navaja Hobfoll, Stevan E., Nicole Ennis in Jennifer Kay. 2000. Loss, Resources, and Resiliency in Close Interpersonal Relationships. V: Harvey, John H. in Erid D. Miller, ur. *Loss ant Trauma: General and Close Relationships Perspectives*, 267–283. New York: Routledge.

Peretz, Jonathan R. 2004. Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 14:261–268.

Prigerson, Holly G., Paul K. Maciejewski, Charles F. Reynolds III, Andrew J. Bierhals, Jason T. Newsom, Amy Fasiczka, Ellen Frank, Jack Doman in Mark Miller. 1995. Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research* 59:65–79.

Prigerson, Holly G., Ellen Frank, Stanislav V., Charles F. Reynolds III., Barbara Anderson, George S. Zubenko, Patricia R. Houck, Charles J. George in David J. Kupfer. 1995. Complicated Grief and Bereavement-Related Depression as Distinct Disorders: Preliminary Empirical Validation in Elderly Bereaved Spouses. *American Journal of Psychiatry* 152:22–30.

Prigerson, Holly G., Holland, Jason M., Robert A. Neimeyer in Paul A. Boelen. 2009. The Underlying Structure of Grief: A Taxometric Investigation of Prolonged and Normal Reactions to Loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 31:190–201.

Prigerson, Holly G., M. K. Shear, S. C. Jacobs, Charles F. Reynolds III., Paul K. Mackiejewski, J. R. T. Davidson, R. Rosenheck, P. A. Pilkonis, C. B Wortman, J. B. W. Williams, T.A. Widiger, E. Frank, D. J. Kupfer in S. Zisook. 1999. Consensus criteria for traumatic grief, A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry* 174:67–73.

Prigerson, Holly G., Mardi J. Horowitz, Selby C. Jacobs, Colin M. Parkes, Mihaela Aslan, Karl Goodkin, Beverley Raphae, Samuel J. Marwit, Camille Wortman, Robert A. Neimeyer, George Bonanno, Susan D. Block, David Kissane, Paul Boelen, Andreas Maercker, Brett T. Litz, Jeffrey G. Johnson, Michael B. First in Paul K. Maciejewski. 2009. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine* 6:1–12.

Prigerson, Holly G. in Lauren C. Jacobs. 2001. Traumatic Grief as a Distinct Disorder: A Rationale, Consensus Criteria, and a Preliminary Empirical Test. *American Psychological Association* 814: 613–645. New York: APA Press. Navaja Sanchia, Aranda in Milne Donna. 2000. Guidelines for the Assessment of Complicated Bereavement Risk in Family Members of People Receiving Palliative Care. Melbourne: Center for palliative care.

Perets, Jonathan R. 2004. Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy, *Psychotherapy Research* 14:261–263

Range, M. Lillian in Nathan M. Niss. 1990. Long-Term Bereavement from Suicide, Homicide, Accidents, and Natural Deaths. *Death Studies*, 14:423–433.

Raphael, Beverly. 1997. The interaction of trauma and grief. *Psychological trauma: A developmental approach*. London: 31–43. Navaja Green, Bonnie L. 2000. Traumatic Loss: Conceptual and Empirical Links between Trauma and Bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss: International Perspectives on Stress & Coping* 5:1–17.

Raphael, Beverly in Martinek. 1997. Assessing traumatic bereavement and post-traumatic stress disorder. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: 373–395. Navaja Green, Bonnie L. 2000. Traumatic Loss: Conceptual and Empirical Links between Trauma and Bereavement. *Journal of Personal and Interpersonal Loss: International Perspectives on Stress & Coping* 5:1–17.

Raphael, Beverley in Matthew Dobson. 2000. Bereavement. V: Harvey, John H. in Erid D. Miller, ur. *Loss ant Trauma: General and Close Relationships Perspectives*, 45–61. New York: Routledge.

Raveis, Victoria H., Karolynn Siegel in Daniel Karus. 1998. Children's Psychological Distress Following the Death of a Parent. *Journal of Youth and Adolescence* 28:165–180.

Rebollo Pablo, Jordi Alonso, I. Ramon, G. Vilagut, R. Santed, R. Pujol in The 'Dying Elderly in Catalonia' Study Group. 2005. Health-related quality of life during the bereavement period of caregivers of a deceased elderly person. *Quality of Life Ressearch* 14:501–509.

Rotschild, Babbette. 2000. *The body remembers: The psychopsychology of trauma and trauma treatment*. New York: W.W. Norton&Company. Navaja Gostečnik, Christian. 2015. *Relacijska paradigm in travma*. Ljubljana: Brat Frančišek.

Reynolds III, Charles F., Jacqueline Stack in Jill Houle. 2011. Healing Emotions After Loss (HEAL): Diagnosis and Treatment of Complicated Grief. *UPMC Synergies* 2011:1–7.

Repič, Tanja. 2006. Avtonomija in intimnost v družini kot dejavnika tveganja za spolno zlorabo. *Psihološka obzorja* 15:111–125.

Silverman G. K, S. C. Jacobs, S. V. Kasl, M. K. Shear, P. K. Maciejewski, F. S. Naughiul in Holly G. Prigerson. 2000. Quality of Life Impairments Associated With Diagnostic Criteria for Traumatic Grief. *Psychological Medicine* 30: 857–862.

Simon, Julie M. 2012. *The Emotional Eater's Repair Manual*. California: New World Library.

Sanchia, Aranda in Milne Donna. 2000. Guidelines for the Assessment of Complicated Bereavement Risk in Family Members of People Receiving Palliative Care. Melbourne: Center for palliative care.

Sands, Diana C. in Julian L. North. 2014. Family Therapy following Suicide. V: *Bereavement Care for Families*, 154–170. New York: Routledge.

Song, Jieun, Frank J. Floyd, Marsha Mailick Seltzer, Jan S. Greenberg in Jinkuk Hong. 2010. Long-Term Effects of child Death on Parents' Health-Related Quality of life: A Dyadic Analysis. *Family Relations* 59:269–282.

Schwartz, R. C. in M. P. Nichols. 2991. *Family Therapy: Concepts and Methods*, druga izdaja. Boston: Allyn and Bacon. Navaja Humphrey, Geraldine M. in David G. Zimpfer. 1996. *Counselling for Grief and Bereavement*, druga izdaja. London: Sage Publications.

Schuler, Tammy A., Talia I. Zaider in David W. Kissane. 2012. Family grief therapy: A Vital Model in Oncology, Palliative Care and Bereavement. *Australian Institute of Family Studies* 90:77–86.

Schoulte, Joleen, Zachary Sussman, Benjamin Tallman, Munni Deb, Courtney Cornick, Elizabeth Altmaier. 2012. Is There Growth in Grief: Measuring Posttraumatic Growth in the Grief Response? *Open Journal of Medical Psychology* 1: 38–43.

Shahar, Danit R., Richard Schultz, Avner Shahar, Rena G. Wing. 2001. The Effect of Widowhood on Weight Change, Dietary Intake, and Eating Behavior in the Elderly Population. *Journal of Aging and Health* 13:186–199.

Simonič, Barbara in Andreja Poljanec. 2008 Ko odnos propade. *Socialno delo* 47: 249–257.

Simonič, Barbara. 2006. Prva resnica je rojstvo, zadnja je smrt (Izguba in žalovanje v družinskem sistemu). *Anthropos* 1–2:173–181.

Sinapsa. 2003. Domača stran. <http://www.sinapsa.org/naslovnica/> (pridobljeno 22. Aprila 2018).

Sprang, Ginny in John McNeil. 1998. Post-Homicide Reactions: Grief, Mourning and Post-Traumatic Stress Disorder following a Drunk Driving Fatality. *Omega* 37:41–58.

Su Jin, Kim. 2014. An Account of Family Therapy in Bereavement. V: *Bereavement Care for Families*, 123–134. New York: Routledge.

Tedeschi, Richard G. in Lawrence G. Calhoun. 1995. *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks: Sage Publications. Navaja
Thompson, Neil. 2012. *Grief and its Challenges*. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Thompson, Larry W., James N. Breckenridge, Dolores Gallagher and James Peterson. Effects of Bereavement on Self-Perceptions of Physical Health in Elderly Widows and Widowers. 1984. *Journal of Gerontology* 39: 309–314.

Tomarken, Alexis, Andrew Roth, Jimmie Holland, Ollie Ganz, Sherry Schachter, Gary Kose, Paul Michael Ramirez, Rhiannon Allen in Christian J. Nelson. Examining the Tole of Trauma, Personality, and Meaning in Young Prolonged Grievors. *Psycho- Oncology* 21:771–777.

Tseng, Fu-Min, Dennis Petrie in Roberto Leon-Gonzales. 2017. The impact of spousal bereavement on subjective wellbeing: Evidence from the Taiwanese Elderly Population. *Economics and Human Biology* 26: 1–12.

Updegraff, John A. in Shelley E. Taylor. 2000. From Vulnerability to Growth: Positive and Negative Effects of Stressful Life Events. V: Harvey, John H. in Erid D. Miller, ur. *Loss ant Trauma: General and Close Relationships Perspectives*, 3–28. New York: Routledge.

Underwood, Maureen M. 2004. *Group Interventions for Treatment of Psychological Trauma*. New York: American Group Psychotherapy Association.

Utz, Rebecca L., Michael Caserta in Dale Lund. 2011. Grief, Depressive Symptoms, and Physical Health among Recently Bereaved Spouses. *The Gerontologist* 52:460–471.

Weinberg, Haim, Nuttman-Schwartz, Omit in Martha Gilmore. 2005. Trauma groups: An overiev. *Group Analysis* 38: 187–202. Navaja Cvetek, Robert. 2005 *Bolečina preteklosti*. Ljubljana: Celjska Mohorjeva družba.

Walsh, Froma. 2014. *Conceptual Framework for Family Bereavement Care*. V: Kissane, David W. in Francine Parnes, ur. *Bereavement Care for Families*, 17–29. New York: Routledge.

Wiener, Lori in Cynthia A. Gerhardt. 2014. Family Bereavement care after the death of a Child. V: Kissane, David W. in Francine Parnes, ur. *Bereavement Care for Families*, 197–219. New York: Routledge.

Zainder, Taila I. 2014. Assessing Bereaved Families. V: Kissane, David W. in Francine Parnes, ur. Bereavement Care for Families, 79–91. New York: Routledg