

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE
TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA
ŽALOVANJE OTROK IN DUŠEVNE MOTNJE

ANJA ERJAVEC

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN INFORMACIJSKE
TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Žalovanje otrok in duševne motnje

(Bereaved children and mental disorders)

Ime in priimek: Anja Erjavec

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Koper, avgust 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Anja ERJAVEC

Naslov zaključne naloge: Žalovanje otrok in duševne motnje

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 26

Število referenc: 50

Mentor: doc. dr. Matej Kravos

Ključne besede: žalovanje, duševne motnje, travma, depresija, terapija kompleksnega žalovanja

Izvleček:

Ob doživljanju izgube se sproži naravna reakcija – žalovanje. Žalovanje je dolgotrajen proces v katerem posameznik predeluje izgubo ter se ji prilagaja. Žalujemo pa vsi, tudi otroci, vendar se pri vsakem posamezniku izraža drugače. Ali je otrok sposoben žalovanja pa je odvisno od njegovega kognitivnega razvoja. Od otrokove osebnosti, načina smrti in kako je bilo poskrbljeno zanj v času procesa žalovanja je odvisno ali otrok žalovanje odloži, kronično žaluje ali pa se mu popolnoma izogne. To lahko privede do nastanka nekaterih duševnih motenj. Mnogo raziskovalcev že razvija različne načine pomoči in zdravljenja kompleksnega žalovanja. Cilj naloge je pregled literature žalovanja otrok in ugotoviti ali lahko povzroči nastanek nekaterih duševnih motenj, ter kako le te zdraviti. S tem pa želim podati izhodišče za nadaljnja raziskovanja.

Key words documentation

Name and SURNAME: Anja ERJAVEC

Title of the final project paper: Bereaved children and mental disorders

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 26

Number of references: 50

Mentor: Assist. Prof. Matej Kravos, PhD

Keywords: bereavement, mental disorders, trauma, depression, complicated grief therapy

Abstract:

By experiencing loss we initiate natural reaction – bereavement. Mourning is long term proces in which every person is processing and developing loss. Everybody mourn, even children. If a child is capable of mourning, depends on their cognitive development. On the childs personality, way of death and how he was treated during the process of grieving, depends on weather the child delayed grief, cronically grief or proces of grief is absent. This can lead to formation of some mental disorders. Many researchers is already developing diferent ways of how to help and to treat complicated grief. The goal of this project is literature review of bereavement children and to investigate weather may cause mental disorders and how they should be treated. With that, I want to provide a basis for additional research.

Kazalo vsebine

1 UVOD	1
2 OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV	2
2.1 Žalovanje.....	2
2.2 Duševne motnje	2
3 OTROKOVO RAZUMEVANJE SMRTI.....	3
3.1. Zgodnje otroštvo.....	3
3.2. Srednje otroštvo.....	3
3.3. Adolescenca	4
4 KULTURA IN SMRT.....	5
4.1 Rituali.....	5
5 SIMPTOMI ŽALOVANJA	6
5.1 Kompleksno žalovanje.....	7
6 DUŠEVNE MOTNJE	8
6.1 Travma	8
6.1.1 Travmatsko žalovanje.....	8
6.1.2 Spomin in travma	9
6.2 Depresija	10
7 KAKO POMAGATI STARŠEM?.....	11
8 ZDRAVLJENJE	12
8.1 Kdo pomaga?.....	12
8.2 Farmakološko zdravljenje	12
8.3 Terapija kompleksnega žalovanja (Complicated Grief Therapy)	12
8.3.1 Interpersonalna terapija	13
8.3.2 Kognitivno – vedenjska terapija	13
8.4 Kdaj poiskati pomoč?	13

9 PRIMER	14
10 ZAKLJUČEK	16
11 LITERATURA	17

1 UVOD

Otroci so nenehno se razvijajoča bitja, razvoj pa poteka preko posnemanja, lastnih izkušenj ter same vzgoje. John Bowlby (1980) pravi, da je žalujočemu odraslemu v obdobju žalovanja nujno potrebna ena ali več oseb, ki mu nudijo oporo in pomoč. V še večji meri pa to dejstvo velja za otroke in mladostnike, saj še nimajo te izkušnje, da bi se zavedali, da je kljub izgubi ključne ali najbližje osebe možno preživeti. Ravno to pa je razlog, zakaj običajno otroci ob izgubah doživljajo občutke izgubljenosti in zapuščenosti. Izguba staršev je ena najhujših travm za otroka ali mladostnika pravi Onja Tekavčič-Grad (2001). Po takšni travmi je zagotovo doživljanje življenja precej spremenjeno. Po smrti enega starša ostane otrok z drugim roditeljem, ki pa ima tudi on svoje stiske, manj moči, potrpežljivosti, da bi toleriral otroka, ki potrebuje več pomoči in podpore kot pred izgubo. Smrti kot nekaj dokončnega in nepovratnega otrok dolgo ne more razumeti, zato pa potrebuje razlago primerno svoji starosti. Razumevanje povratnosti se pri otroku razvije, ko jim njihov kognitivni razvoj to omogoči. Pomembno je, da razume čas in pojem »za vedno«, razume kaj je to sprememba, razume pomen dokončnosti in nepovratnosti, razume vzročnost ter doseže operacionalizacijo mišljenja, ki se po Jeanu Piagetu razvije po 7. letu starosti. Najbolj ranljiva starostna skupina so otroci, stari med 5 in 7 letom starosti, ki razumejo pojem smrti imajo pa še nerazvite mehanizme za predelovanje težav, ki jih doživljanje smrti prinese (Tekavčič-Grad, 2001).

Namen zaključne naloge je raziskati ali obstaja korelacija med žalovanjem otrok in nastankom duševnih motenj. Opredelila bom oblike in izražanje žalovanja otrok v različnih starostnih obdobjih, ter spremembe v njihovem vedenju, telesnih spremembah, čustvovanju ter kogniciji. Pogovor z otrokom, ki je pred osmimi meseci doživel izgubo starša bo opredelil otrokovo dožemanje smrti in na primeru pokazal enega iz med primerov doživljanja izgube starša v otroštvu.

Osrednji problem na katerega želim opozoriti z zaključno nalogo je kako lahko s pravilnim ravnanjem in pomočjo najbližjih, strokovnjakov in organizacij otrokom pomagamo v procesu žalovanja.

2 OPREDELITEV TEMELJNIH POJMOV

2.1 Žalovanje

Onja Tekavčič-Grad (1994) je zapisala, da žalovanje ni stanje pač pa je dolgotrajen proces v katerem žalujoči predeluje izgubo in se prilagaja tej izgubi. Zato je proces žalovanja nujno potreben. Je stanje obdobja, ki je zelo stresno za posameznika (Hashim, Eng, Tohit in Wahab, 2013). Žalovanje je definirano tudi kot izkušnja, v kateri je bilo nekaj ali nekdo iztrgano iz posameznikovega življenja. Gre za večinoma nenadno ločitev, brez možnosti, da bi sami imeli vpliv nanjo (Dubose, 1997). V literaturi, ki je zapisana v angleškem jeziku, avtorji uporabljajo različne izraze kot so bereavement, grief, mourning. Kljub pestrosti izrazov pa ima vsak svoj pomen. J. William Worden (1996) je definiral izgubo osebe (bereavement) kot adaptacijo k izgubi, žalovanje (mourning) kot proces skozi katerega mora žalujoči iti skozi, da pride do adaptacije, ter izraz globoke žalosti (grief) opiše osebno izkušnjo, misli, čustva povezana s smrtjo.

2.2 Duševne motnje

Vukosav Žvan (1999) v učbeniku Psihijatrija navaja, da je sleherna duševna motnja rezultat prepletenosti psihosocialnih in bioloških dejavnikov.

3 OTROKOVO RAZUMEVANJE SMRTI

Obstaja veliko nasprotujočih si razlag, kako si otroci razlagajo in dojemajo smrt. Njihove predstave se lahko nanašajo na naravo smrti, njene vzroke in kaj se zgodi po smrti človeka (Bowlby, 1980).

Že zelo majhni otroci se srečajo z različnimi primeri smrti; mrtev hrošč, mrtva miška, mrtva ptica, včasih pa tudi ob smrti prijatelja, bližnjega ali starša. Mrtva žival je nepremična in se ne odzove na noben dražljaj. Lahko bi rekli, da je to pravilo, ki pri otroku vzbudi zanimanje in sproži vprašanja. V takšnih okoliščinah, se otroku ponudi pojasnilo, ki ga prejme od staršev, drugih otrok. Iz katere sam razvija svoje ideje (Bowlby, 1980).

Vse informacije otrok nabira postopoma in iz njih sestavlja svoje lastne predstave o smrti. Da si otrok na takšen način sestavi predstave o smrti se je potrebno zavedati, kako pomembne so vse otrokove informacije. Ko otrok išče odgovore na svoja vprašanja mu jih je potrebno dati na razumljiv način, saj ima izogibanje pogovoru o izgubi lahko neugodne posledice. Odvisno je seveda od otrokove osebnosti in pomoči primarnega objekta in oseb, ki ne sodijo v njegovo neposredno okolje (Hofer, 2012).

Razlage smrti se glede družin in kulturnih okoljih močno razlikujejo. Razpon je od idej o reinkarnaciji pa do idej o dokončnosti smrti oziroma naravnosti tega procesa (Bowlby, 1980).

Otrokova sposobnost žalovanja je povezana z njegovo stopnjo kognitivnega razvoja. Dokler otrok ne razvije čuta za konstantnost objekta, kot je to poimenoval Piaget ne more zaznati izgube. Konstantnost objekta se nanaša na dejstvo, da objekt še vedno obstaja, čeprav ga ni več v našem vidnem polju. Torej osebe, ki ne obstajajo v našem razumu preprosto ne obstajajo (Dickinson; Leming, 2011). Med drugim in petim letom starosti je je konstantnost objekta dosežena in otrok ima boljše, vendar še vedno nepopolno razumevanje smrti (Worden, 1991). Žalovanje se pri otrocih navidezno konča po določenem obdobju, vendar pa se lahko vrne v tisti starosti, kot je bila starost umrlega ob smrti (Tekavčič-Grad, 2001).

3.1. Zgodnje otroštvo

Občutek izgube, ki ga predšolski otroci izkusijo se lahko kaže v aktivnem iskanju osebe, ki so jo izgubili. Žalovanje bližnjih in sprememba rutine lahko sprožijo zmedenost, razvojno regresijo in stisko (Dowdney, 2008). Že manjša vznemirjenost lahko sproži nepričakovano izražanje jeze in agresije (Dowdney, 2005). Glede na Piagetovo teorijo, otrok v predoperativni (ali prvi) fazi še nima dovolj razvitih umskih sposobnosti, da bi v celoti dojel koncept smrti (Dickinson; Leming, 2011).

3.2. Srednje otroštvo

Srednje otroštvo bi opredelili kot obdobje med 6 letom starosti ter adolescenco. V tem obdobju, Piagetova druga faza, se žalovanje najpogosteje izrazi kot težave s spanjem, saj težje zaspijo, lahko imajo nočne more, toda sanje so lahko tudi pozitivne. Otroku v tem obdobju, se pojavljajo vprašanja glede izgube, kar pa lahko žalujočega starša postavi v neprijeten položaj, še večjo stisko. Da bi zaščitil starša, lahko otrok prične postavljati vse manj vprašanj, s tem pa dobivati vse manj odgovorov (Dowdney, 2008). Otrok se lahko tudi težje osredotoči na delo v šoli ali postane slabše socialno prilagojen (Dowdney, 2005).

Piagetova tretja faza običajno sodi v obdobje med sedmim in dvanajstim letom otrokove starosti. Otroci v tej fazi so glede smrti radovedni, realistični in iščejo informacije in razlage. Konkretno probleme rešujejo preko mentalnih operacij (Dickinson; Leming, 2011).

3.3. Adolescenca

Adolescenti izražajo svoje žalovanje na več različnih načinov. Lahko se prenehajo udeleževati družinskih aktivnosti ali družiti s prijatelji. Nekateri si pričnejo postavljati vprašanja o smislu življenja, kjer lahko preizkušajo svojo umrljivost. To se kaže preko njihovega vedenja kot je npr. jemanje drog, pitje alkohola, tvegano vedenje, kot so izzivanje nesreč, nevarnosti. Za nekatere je takšno vedenje vir ugodja (Dowdney, 2008). Njihov kognitivni razvoj je že tako visok, da so sposobni pregleda preteklih dogodkov vedno znova in znova, s tem pa podaljšujejo posledice, ki jih je pustila izguba (Dowdney, 2005). V četrti fazi, Piagetovega kognitivnega razvoja, ki se pojavi od trinajstega leta naprej, pa otroci vidijo smrt kot naraven proces, ki je zelo drugačen od vsakdanje rutine in tega procesa nikakor ne morejo nadzorovati. Najstniki pa so pogosto preokupirani z oblikovanjem lastnega življenja in zanikanjem možnosti lastne smrti (Dickinson; Leming, 2011).

4 KULTURA IN SMRT

Izkušnja in reakcija ob smrti je umeščena v kontekst časa in prostora. Nekateri avtorji zagovarjajo žalovanje kot univerzalen človeški proces, čeprav ga zaznamuje kulturološko okolje (Archer, 1999, cit. po Holland, 2001). Rituale pokopa in grobove je možno izslediti za kar 500.000 let nazaj. Pomislimo na egipčanske piramide, ki so močno povezane s posmrtnim življenjem. Njihovi rituali ob smrti so zahtevali veliko natančnih in dolgoročnih priprav (Holland, 2001).

Sodobni status smrti v zahodni kulturi je pogosto dojet kot tabu (Illich, 1977, cit. po Holland, 2001). Holland (2001) pravi, da v njegovi, zahodni kulturi ni javnega žalovanja, kot je tolerirano in sprejeto na pogrebnih slovesnostih v nekaterih kulturah po svetu. Odprto žalovanje nam je precej tuje in težje razumljivo, vendar je takšen način izražanja čustev pozitiven in ima terapevtski učinek za žalujoče. Maori, domorodno ljudstvo Nove Zelandije, verjamejo, če ne sprostijo svojih čustev ne pride do fizičnega ali čustvenega zdravljenja bolečine. Predvsem otroci Maorov imajo pomembno vlogo v procesih žalovanja (Holland, 2001).

Sodoben pogled na smrt je v nasprotju z egipčanskim ali katerim drugim pogledom. V devetnajstem stoletju je bila smrt dojeta kot reintegracija v poslednje življenje. Vse do prve polovice dvajsetega stoletja so bili otroci intimno seznanjeni s smrtjo. Pravzaprav je imela vlogo v njihovem otroštvu, še posebej, če so bili najmlajši član družine (Holland, 2001).

Nekaj desetletij nazaj so ljudje umirali v domačem okolju in v krogu družine. Smrt je bolj religiozno izkustvo kot medicinsko, zdravnika so potrebovali le toliko, da jo je uradno proglasil. Ker se je večina smrti zgodila doma, so običajno sorodniki skrbeli za umrlega in so imeli precej bolj osebni odnos z umiranjem in smrtjo. Danes pa se je okolje smrti močno spremenilo in je postalo neosebno (Cassell, Salinas, Winn, 2005).

4.1 Rituali

Ritualni predstavljajo simbolično potrditev vrednot kulture, kateri umrli pripada (Taylor, 1980, cit. po Littlewood, 1955). Namen ritualov je, da vedno nudijo pomoč tistim, ki gredo skozi proces žalovanja (Littlewood, 1955). Ritualni dovolijo izražanje čustev, ki bi drugače bili prepovedani, v takšni situaciji je izražanje čustev primerna oblika vedenja (Cassell, Salinas in Winn, 2005). Soočenje s tem, ko žalujoči vidi truplo umrlega, prinese spoznanje o dokončnosti smrti (Worden, 1991).

5 SIMPTOMI ŽALOVANJA

Reakcija na izgubo, je običajno žalovanje, ki pa je edinstvena pri vsakem otroku (Borucky, Križan-Lipnik, Perpar, Štadler in Valenček, 2004). Simptomi žalovanja se pri žalujočem otroku običajno pojavijo 4 mesece po izgubi. Ti ne okupirajo celotnega delovanja osebe, ki žaluje (Dowdney, 2005).

Bowlby (1980) je faze žalovanja razdelil na 4 faze:

1. V prvi fazi se običajno pojavijo šok, nesprejemanje smrti, čustvena otopelost in zanikanje. Ta faza običajno traja krajše časovno obdobje, torej od nekaj dni do enega tedna. V tej fazi je žalujoči zaščiten pred najburnejšimi čustvi, pogosto se okolica čudi njihovim reakcijam, ki so navidez videti povsem racionalne in smiselne. Pomislili bi lahko, da se jih smrt bližnjega sploh ni dotaknila.
2. Protest, hrepenenje, močna čustvena reakcija je faza v kateri izrazijo pričakovana čustva kot so jok, huda bolečina in nemir. Lahko pa žalujoči doživlja tudi razdražljivost, spremenjene vzorce vedenja in spremenjene odnose z ljudmi. Dolžina te faze je običajno dva tedna do kar treh mesecev.
3. Dezorganizacija je tretja faza, ki jo je opisal Bowlby. Pravi, da jo sestavljajo obup, občutki brezizhodnosti in nepovratnosti izgube. Pogosto so prisotne tudi motnje spanja in apetita, pretirana nemirnost ali utrujenost. Žalujoči lahko deluje zmeden in nezbran, v socialnih situacijah pa umaknjen. Stopnjujejo se tesnoba, občutki krivde, jeza in razdražljivost. Ta faza pa običajno traja do enega leta po izgubi.
4. Reorganizacija je zadnja opisana faza. Ta bi morala biti cilj vsakega žalujočega posameznika. Običajno se začne ob končanem prvem letu po izgubi. Takrat je žalujoči bolj ali manj uspešno prebrodil večje pomembne dogodke (npr. večji družinski prazniki, obletnice). Ob teh dogodkih se praznina za umrlim najbolj občuti. Ugotovijo pa, da kljub hudi in boleči izgubi lahko preživijo in živijo svoje življenje naprej.

Kljub tem fazam pa je žalovanje izrazito individualen proces, ki lahko pri vsakem posamezniku poteka drugače. Faze se lahko preskočijo, nekateri odlagajo žalost, jo zanikajo ali želijo zavreči nekatera čustvena doživljanja, ker so za njih preveč boleča ali nepričakovana. Tudi socialno okolje ima lahko vpliv na žalujočega in mu postavlja zahteve, ki se odražajo v prepričanjih, predsodkih in stališčih družbe katere del je žalujoči (Tekavčič-Grad, 2001).

V proces žalovanja vstopa posameznik individualno, kljub temu, da je izguba doletela vse člane družine, pa vsak čustvuje in reagira na svoj način (Tekavčič-Grad, 2001). J. William Worden (1991) pravi, da ko posameznik doživi smrt ali kakšno drugo hudo izgubo nanjo reagira s čustvi, vedenjem, telesnimi doživljanji in s spremenjenimi kognitivnimi procesi.

V procesu žalovanja pride do sprememb na področju čustvovanja, vedenja, v telesnem doživljanju in v kognitivnih procesih. Čustvovanje je lahko zelo umirjeno ali zelo burno, razlikuje se glede na osebnost, izkušnje in pričakovanja okolice. Žalujoči najpogosteje doživljajo čustvo žalosti, jeze, tesnobe, hrepenenja po umrlem, osamljenosti in otopelosti. Lahko pa doživljajo tudi čustva krivde, sramu, samoobtoževanja ali morda olajšanja v primeru hude boleznii ipd. Vedenje, ki spremlja proces je lahko različno, tako se lahko pojavijo motnje spanja in izguba apetita. Nekateri žalujoči postavljajo oltarje ali

simbolične spominke umrlih ter si tako lajšajo izgubo in obujajo spomine. Nekateri pa želijo odstraniti vse kar bi jih spominjalo na umrlega. Ob hudi izgubi žalujoči lahko občutijo tudi telesne spremembe, kot so bolečine v mišicah, težko dihanje ipd. Ko žalujoči doživi hudo izgubo dolgo ne sprejema realnosti; mnogi ne sprejemajo, da je umrl res umrl, gojijo različne fantazije, nenehno razmišljajo o njem, kaj bi še lahko storili, da bi ga rešili smrti. Pojavljajo se lahko tudi psevdoblodnje, ko si žalujoči povsem razumljive dogodke razlaga kot sporočilo umrlega svojcem ali psevdohalucinacije, ko žalujoči umrlega sliši v množici (Tekavčič-Grad, 2001).

5.1 Kompleksno žalovanje

Zhang in drugi (2006) navajajo, da so se v zadnjih dvajsetih letih v številnih raziskavah veliko pozornosti posvetili kompleksnemu žalovanju. Kompleksno žalovanje opredelimo kot podaljšano žalovanje, ki traja več kot dvanajst mesecev, ter zajema specifične simptome travme in depresije (Cassell, Salinas in Winn, 2005). Lahko se pojavi kot popolna odsotnost procesa žalovanja in globoke žalosti, kot odloženo in kronično žalovanje (Littlewood, 1992). Odloženo žalovanje se pojavi, ko je priznanje izgube preloženo. Mnogi avtorji, ki opisujejo kompleksno žalovanje, menijo, da se žalujoči psihološko fiksira na določeni točki v procesu žalovanja (Volkan, 1975, cit. po Littlewood, 1992). Singh in Raphael (1981) navajata, da pri ljudeh, pri katerih se žalovanje razvije tudi v procesu preveč učinkovito ne napredujejo. Kronično žalovanje pa Littlewood (1992) opiše kot izraženost vseh reakcij, ki so običajne pri procesu žalovanja, vendar si žalujoči nikakor ne more opomoči. Geoffrey Gorer (1965) je vzpostavil termin »mumificiranja« (mummification). »Mumificiranje« je proces v katerem se svet žalujočega ustavi v času izgube. Žalujoči se vede kot, da se bo umrli nekje v prihodnosti vrnil nazaj (Littlewood, 1992).

Worden (1992) opredeli pet področij, znotraj katerih se nahajajo faktorji, katerih pojav pomeni kompleksno žalovanje.

- Odnos med žalujočim in umrlim: kadar sta imela umrli in žalujoči visoko ambivalenten odnos, narcisističen odnos v katerem umrli predstavlja podaljšek sebe ali močno odvisen odnos.
- Okoliščine smrti: primer. Ko žalujoči ni prepričan ali je prišlo do izgube, v nesrečah z več izgubami hkrati, v slučaju smrti kjer je truplo izginilo, ob nepredvideni smrti ali v primeru samomora, umora ali samozanemarjanja.
- Življenjska zgodba žalujočega: osebe, ki so v kratkem času doživele več zaporednih izgub ali osebe, ki so pred tem že izkusile kompleksno žalovanje.
- Osebnostne značilnosti žalujočega: osebe, ki se izogibajo čustvom nemoči ali osebe, ki se dojemajo kot močne osebe in si ne dovolijo, da bi se zlomile (ang. break down).
- Socialni faktorji: kadar je izguba socialno neizrekljiva ali se smatra za sramotno, kadar družba zanika izgubo in se vedejo kot, da sploh ni prišlo do izgube, kadar socialno okolje žalujočemu ni nudilo opore mu ni bilo v nikakršno pomoč.

6 DUŠEVNE MOTNJE

Kompleksno žalovanje je bilo opredeljeno kot skupek različnih duševnih motenj. Izguba pokojnega je lahko velik povzročitelj stresa, žalovanje pa tako poveča tveganje za nastanek različnih duševnih motenj (Shear in sodelavci, 2011). Mednje spadajo akutna stresna motnja, posttravmatska stresna motnja, prilagoditvena motnja in depresija (Horowitz, 1993). Koncept kompleksnega žalovanja so poimenovali Motnja podaljšanega žalovanja (Prolonged grief disorder), ki je definirana kot kombinacija stresa ob ločitvi in kognitivnih, čustvenih ter vedenjskih simptomov (Wittouck, Autreve, Jaegere, Portzky in Heeringen, 2011).

6.1 Travma

Kathleen O. Nader (1997) pravi, da je četrta izdaja priročnika diagnosticiranja in statistike duševnih motenj (DSM-IV) opisala travmatični dogodek kot:

- a) otrokovo osebno izkušnjo, kjer je priča dogodku ali je soočen z dogodkom, ki vsebuje dejansko smrt ali le grožnjo resne poškodbe
- b) otrokov odziv zajema intenziven strah, nemoč, grozo in dezorganizirano ali vznemirjeno vedenje.

Posttravmatska stresna motnja (PTSM), ki se običajno pojavi v roku šest mesecev po izgubi, je reakcija na izjemno hud dogodek. Običajno gre za nasilje, ki ogroža posameznikovo življenje ali življenje njemu najbližje osebe. Nastanek sindroma lahko znižajo ali otežijo njegov potek določena ranljivost in osebnostne značilnosti, kljub temu pa je najpomembnejša resnost samega travmatičnega dogodka (Tomori, Zihlerl, 1999). Otrok simptome post-travmatske stresne motnje kaže kot ponavljajočo se igro (pri tem je tema igre travma), ponavljajoče sanje (sanje so lahko tudi nejasne) in fiziološki in psihološki stres ob dejavnikih, ki spominjajo na dogodek. Veliko lahko izvemo iz otrokove igre. Igra otroka s post-travmatsko stresno motnjo je ponavljajoča in nekreativna (Cohen, Mannarino, Greenberg, Padlo, Shipley, 2002). Posebej ranljivi posamezniki ob doživljanju travmatskega stresa in soočenju s posledicami stresa lahko postanejo popolnoma nefunkcionalni. Čustvene posledice travme lahko postanejo izjemno močan element posameznikove notranje psihične in organske strukture (Schore, 1994).

Žalovanje je lahko definirano kot situacija v kateri posameznik izkusi izgubo nekoga, ki ima zanj velik pomen (Schut, Stroebe, Stoebe, 1998). V primerjavi s post-travmatsko stresno motnjo pa žalovanje ni uvrščeno na seznam duševnih motenj. Henk Schut, Margaret Stroebe in Wolfgang Stroebe menijo, da je razlog v tem, da je žalovanje normalna človeška izkušnja.

6.1.1 Travmatsko žalovanje

Termina travma in žalovanje se nanašata na življenjske dogodke, zaradi katerih lahko posameznik postane travmatiziran ali hudo prizadet (grief-stricken). Obe stanji vključujeta psihične in fizične vzorce odzivov (Schut H., Stroebe M., Stoebe W., 1998).

PTSM se običajno pojavi v situacijah, kjer je žalovanje lahko, normalno ali patološko zelo pogosto prisotno. Dejavniki tveganja za razvoj in poslabšanje PTSM so podobni tistim, ki sprožijo žalovanje (Simpson, 1997). Lifton (1993) je večkrat poudaril elemente izgube,

žalovanja in globoke žalosti ob izgubi kot travmatski stresni sindrom. Želi nakazati, da ima mnogo simptomov travmatskega sindroma veliko vzporednic z nerazrešenim žalovanjem.

Travmatsko žalovanje pomeni, da žalovanje spremlja post-travmatska stresna motnja. Travmo pa povzroča način smrti in ne smrt sama. Simptomi travme so prisotni daljše časovno obdobje in niso sproženi s samo izgubo (Dowdney, 2005).

Travmatsko smrt Kathleen O. Nader (1997) opiše kot smrt, ki se zgodi v okoliščinah kot so npr.: smrt v prometnih nesrečah, v vojni ali samomori. Ob travmatski smrti, je pomembno, da se otrok spopade s simptomi travme, žalovanja in mešanico obojega.

Običajno je bilo travmatsko žalovanje v otroštvu označeno kot rezultat ob izgubi ljubljene osebe v travmatskih okoliščinah (npr. vojne nesreče, prometne nesreče, samomori, ipd.). Judith A. Cohenin sodelavci menijo, da je prav tako smrt zaradi naravnih razlogov in bolezni povzroči travmatsko žalovanje. Torej velja, če je otrokova subjektivna izkušnja smrti travmatska in simptomi travme posegajo v proces žalovanja in razreševanje izgube (Cohen, Mannarino, Greenberg, Padlo, Shipley, 2002). Otroks travmatsim žalovanjem, lahko posplošuje, pretirava, da bo v prihodnosti izgubil še druge bližnje (npr. »vsakega moškega, ki ga bom ljubila bo umrl, tako kot je moj oče«). Pričakovani bolečini, ki sledi v prihodnosti se otrok izogiba z zavračanjem ostalih oseb, ki bi mu rade nudile pomoč in oporo (Nader, 1997, cit. po Cohen idr, 2002). Pogosto se sprašuje zakaj se je to zgodilo ravno njegovim bližnjim in ne njemu samemu. To sproži otrokovo krivdo zakaj je on še vedno živ in varen, medtem, ko je umrli moral umreti. Lahko izkusijo tudi krivdo, ker niso bili prisotni in umrlega niso mogli rešiti, pojavljajo se tudi fantazije o maščevanju krivcu, ki je po njihovem mnenju povzročil smrt. Prav tako lahko otrok izkusi krivdo ali sram, če smrt je obdajala stigma. V takem primeru je lahko posledica samomor, tudi umor, ipd (Eth & Pynoos, 1985; Nader, 1997, cit. po Cohen idr, 2002). V raziskavi, ki so jo leta 2010 izvedli Macdonald in sodelavci so ugotovili, da pojav posttravmatske stresne motnje korelira s številom najstnikov, ki so bile žrtve travm (Castoro in Roche, 2013).

6.1.2 Spomin in travma

Da bi lahko razumeli spominske fenomene, povezane s stresom in travmo je pomembno hranjenje čustvenih izkušenj. Eksplicitni spomin zahteva usmerjeno pozornost, da lahko vkodira informacije. Aktivira področje srednjega temporalnega režnja in zajema še hipokampus. Del eksplicitnega spomina je občutek zavestnega priklica. Namenjen je predvsem sporazumevanju (Kompan Erzar, 2003; Siegel, 2002, cit. po Cvetek, 2009). Značilnost implicitnega spomina je, da se zavedamo učinkov priklica, vendar ob tem nimamo subjektivnega občutka, da je bilo nekaj res priklicano (Brockman, 17.2.1997; Perry, 1999, cit. po Cvetek, 2009). Torej v določeni situaciji lahko doživljamo tesnobo ali strah, pri čemer se sproži delovanje implicitnega spomina na sam dogodek. Ne sproži pa se spomin na z dogodkom povezanimi ali manjkajočimi elementi priklica in kognitivni elementi. Cvetek navaja po Bruce D. Perryu, da imajo otroci, ki so bili v zgodnjem otroštvu izpostavljeni kronični travmi, skoraj zagotovo malo kognitivnega razumevanja oz. vpogleda na to kako so med seboj povezani anksioznost, impulzivnost in čustvena stiska s preteklimi travmatskimi izkušnjami.

Znanstveno področje psihoanalize je raziskovalo vprašanje ali lahko dejanska travma povzroči negativne duševne posledice, ali pa ima minimalno vlogo (Cvetek, 2009). Freudov prvi koncept travme, je bil, da je psihološko travmatsko doživljanje neposredni rezultat dejanskih travmatskih dogodkov (Breuer in Freud, 1957, cit. po Cvetek, 2009). Ko

pride, do čustveno-travmatičnega dogodka, duševni aparat samodejno poskuša pridobiti nazaj duševno ravnovesje s potlačitvijo afektov, ki grozijo, da nas bodo napadli (Cvetek, 2009).

6.2 Depresija

Depresija je vzorec nespecifičnih reakcij človeškega organizma, ko doživlja psihološke ali fizične spremembe (Angst, Grigo in Lanz, 2007). Mnogo vedenj o nekompleksnem (normalnem) žalovanju se zdi kot izraz depresije. Že Sigmund S. Freud (1917, cit. po Worden, 1991) je v svojem delu *Žalovanje in melanholija* opozoril, da je depresija patološka oblika žalovanja. Depresija lahko služi kot obramba proti žalovanju. Ko je jeza usmerjena zoper sebe in usmerjena stran od pokojnega oz. osebe, za katero oseba žaluje, ji pomaga, da se spopada z ambivalentnimi čustvi, ki jih občuti ob izgubi (Dorpat, 1973; cit. po Worden, 1991). Freud je verjel, da je razlika med procesom žalovanja in stanjem depresije v tem, da se žalujoči osebi zdi svet ubog in prazen, medtem, ko se depresivna oseba počuti ubogo in prazno (Worden, 1991).

Depresija se lahko pojavi kot simptom kompleksnega oz. nerazrešenega žalovanja. Depresijo in žalovanje težko razlikujemo, saj so lahko občutki krivde, misli na smrt in psihomotorična nezmogljivost simptomi obeh stanj. Kljub temu pa se simptomi depresije tipično pričnejo kasneje, šele po enem do dveh mesecih po žalovanju in vztrajajo še več mesecev po sami izgubi. Lažje jo diagnosticiramo, ko so simptomi stalni. Proces žalovanja pa je pri otroku običajno bolj izrazit, boleč in mučen. Vendar je pri tem iz meseca v mesec manjši napredek (Casarett, Kutner in Abrahm, 2001).

Pri nekompleksnem žalovanju so misli žalujočega okupirane z njegovo bolečino, z umrlim, zakaj je moralo priti do izgube, kako bi lahko preprečili smrt, ipd. Oseba z depresijo hitro usmeri svoje misli drugam. Prekupilana je z lastno stisko (Bolwby, 1980).

Razlika je, da je depresija duševna motnja, ki jo je potrebno zdraviti, medtem, ko žalovanje zahteva le podporo in tolažbo. Depresija zavira izkušnjo pozitivnih čustev. Prav tako je tudi mišljenje negativno naravnano (Shear, 2012).

7 KAKO POMAGATI STARŠEM?

Ukvarjati se z otrokom v stiski, medtem ko se mora tudi starš spopadati z globoko žalostjo ni preprosto in običajno. Starši lahko dvomijo, kdaj in kako je najbolje povedati otroku o izgubi, ter ali ga vključiti v rituale žalovanja. Običajno starši lahko premislijo kako bodo ravnali v takšnih situacijah, v primeru nepričakovane smrti, pa morajo biti odločitve hitre, včasih so lahko tudi napačne (Dowdney, 2008). V takšnih situacijah starši pravzaprav ne vedo, kaj je običajno ter kako naj se sami odzovejo (Dowdney, 2005). Ko se starši soočajo z otrokom v času žalovanja morajo razumeti, kaj otrok skuša izraziti in kaj si v tistem trenutku želi (oporo, povezanost) (Bugge, Darbyshire, Røkholt, Haugstvedt, Helseth, 2014). V raziskavi Child Bereavement Study, Worden (1996) ugotavlja, da starši žalujočih otrok v začetnih mesecih po izgubi s svojo nefunkcionalnostjo nenehno postavljajo otroke v nevarnost. Zelo verjetno je, da ti otroci ne ostanejo v tesni povezanosti z umrlim staršem. Pomembno je tudi, kot pravi Winnicott (1979), da mati zaznava pravilna čustva, ki jih otrok doživlja, saj je manj anksiozen. Ko se mati pravilno odzove, se otrok počuti olajšanega. Vendar pa je zelo težko, da se starš odzove pravilno, saj starši prav tako sami izkušajo proces žalovanja in so preokupirani z njim. Otrok mogoče, ne želi izraziti svojih čustev, da bi zaščitil starša. Starši žalujočih otrok pa se srečajo tudi s problemom kako disciplinirati otroka. Nekateri starši postanejo še bolj strogi in želijo imeti popolno kontrolo. Nekateri pa so preveč popustljivi in prizanesljivi, kar lahko izhaja iz občutka krivde zaradi stiske, ki jo doživlja otrok. Verjamejo, da jim bo toleranca ublažila občutke krivde prav tako pa tudi otrokovo bolečino. Popustljivo discipliniranje pa lahko izhaja tudi iz depresije staršev in nezainteresiranosti kaj se dogaja v svetu, ki jih obdaja (Worden, 1996).

Šole so lahko pomemben vir podpore žalujočim otrokom. Vendar učenje o smrti ni običajno, za to se v tej vlogi učitelji lahko počutijo nepripravljene (Dowdney, 2005). Anica Mikuš Kos in Vera Slodnjak pravita, da naj bi se otroci, ki so doživeli nesrečo, čim prej vključili v običajno šolsko delo. Navajata še, da je potrebno za vsakega posameznika premisliti, ali mu nebi takojšnja vključitev še bolj otežila obvladovanje psiholoških posledic post-travmatskega dogodka. Žalujočemu otroku sošolci in šolski delavci kažejo sočutje in razumevanje. Učitelji pa ohranjajo pozitivno samopodobo skozi dober šolski uspeh, dajejo mu občutek varnosti in nudijo pomoč (2000).

8 ZDRAVLJENJE

V zgodovini je bilo olajšano s prisotnostjo družine, cerkve in pogrebnih ritualov, ter drugih socialnih navad. Danes pa lahko opazimo, da se nekateri neučinkovito spopadajo s procesom žalovanja. Iščejo strokovnjake, ki bi jim pomagali spopasti se z njihovimi mislimi, čustvi in vedenji, katerim sami niso kos (Worden, 1991).

8.1 Kdo pomaga?

Žalujočim, ki potrebujejo pomoč je pomembno, da jim pomagajo usposobljeni zdravniki, psihologi ali socialni delavci. Vsi pa žalujočemu zagotavljajo podporo ob izgubi. Takšen način svetovanja običajno poteka na individualni ravni. Omogočeni so tudi programi, kjer sodelujejo usposobljeni prostovoljci (Worden, 1991). V Sloveniji deluje društvo Hospic, ki pokriva celo državo. Njihova vizija je pomoč posameznikom in družinam, ki se soočajo s procesom umiranja, smrtjo in žalovanjem (Hospic slovensko društvo, pridobljeno avgust 2014). Lahko si pomagajo tudi s skupinami za samopomoč kjer si žalujoči med seboj pomagajo brez pomoči strokovnjakov. V Sloveniji se skupina za samopomoč sestaja v Ignacijevem domu duhovnosti v Ljubljani (Ignacijev dom duhovnosti, pridobljeno avgust 2014).

8.2 Farmakološko zdravljenje

Medtem, ko obstajajo dokazi za farmakološko zmanjšanje simptomov depresije, ni nobenega jasnega dokaza, da antidepresivi zmanjšajo tudi simptome žalovanja (Forte, Hill, Pazder in Feudtner, 2004). Antidepresivi so najbolj preučevana zdravila za zdravljenje žalovanja, ki je povezano z depresijo. Simptome postravmatske stresne motnje, kot so nespečnost, podoživljanje in pretirana jeza, zdravijo s antidepresivi iz skupine zaviralcev ponovnega privzema serotonina (Cacciatore, Thieleman, 20012). V raziskavi, ki sta jo izvedli Joanne Cacciatore in Kara Thieleman (2012) ni nobeno zdravilo, ki so ga preverjali pokazalo učinkovitosti za zdravljenje žalovanja. V svoji prvi objavi, leta 2001, so Zisook in ostali poročali, da so pacienti izjavili, da jim je zdravljenje depresivnih simptomov pomagalo, da so močnejše žalovali in so se soočili s situacijo, kateri so se izogibali, ko so bili depresivni. Ugotovili so, da zdravljenje z antidepresivi in specifičnimi psihoterapijami lahko bolj celostno zmanjšuje simptome kompleksnega žalovanja. Kljub temu pa je potrebno opraviti še veliko raziskav, da bi lahko popolnoma potrdili to tezo (Bui, Nadal-Vicens in Simon, 2012).

Dokazi za imunološke spremembe pri osebah, ki so izkusile izgubo bližnjega, kar lahko vpliva na njihovo fizično zdravje, so bili podani že v preteklih treh desetletjih. Z raziskovanjem imunoloških in nevroloških označevalcev pa želijo dokazati očitne razlike med kompleksnim žalovanjem, posttraumatsko stresno motnjo in depresijo. Prav tako si želijo z razumevanjem mehanizmov kompleksnega žalovanja izboljšati pomoč. Z do sedaj še neugotovljenimi biološkimi označevalci bi lahko izboljšali tudi farmakološko zdravljenje (O'Connor, 2012).

8.3 Terapija kompleksnega žalovanja (Complicated Grief Therapy)

Terapija kompleksnega žalovanja je relativno novo zasnovan model, ki se usmerja na zdravljenje simptomov kompleksnega žalovanja. Zdravljenje se osredotoča na cilje in odnose osebe, ki jo zdravimo. Opisane so različne oblike zdravljenja žalovanja, kot so

farmakološko zdravljenje, kognitivno-vedenjska terapija, logoterapija in hipnoza. Vendar so se vsa nanašala predvsem na depresijo in stres. Terapija kompleksnega žalovanja je sestavljen iz delov interpersonalne in kognitivno-vedenjske terapije. Temelji na teoriji navezanosti, ki pravi, da smo ljudje biološko determinirana bitja, ki iščemo, oblikujemo in vzdržujemo tesne odnose. Ko pride do izgube je sistem navezanosti porušen, ki pogosto vodi v občutke bolečih čustev (Loebach-Wetherell, 2012). Temu modelu zdravljenja je sledilo veliko študij, z obetavnimi rezultati (Harkness, Shear in Silberman, 2002; Shear, Frank, Foa, Cherry, Reynolds, Bilt in Masters, 2001). Raziskave o terapiji kompleksnega žalovanja še potekajo, največ vprašanj pa se poraja glede učinkovitosti terapije kompleksnega žalovanja in farmakoterapije (Simon, Shear, Fagiolini, Frank, Zalta, Thompson, Reynolds in Silowash, 2008).

8.3.1 Interpersonalna terapija

Interpersonalna terapija je dokazano učinkovita metoda zdravljenja depresije (Cyranowski, Frank, Shear, Swartz, Fagiolini, Scott in Kupfer, 2005; Frank, Kupfer, Wagner, McEachran in Cornes, 1991). Je časovno omejena in se osredotoča na trenutne probleme. Cilj je zmanjšati simptome depresije in izboljšati interpersonalno funkcioniranje v povezavi z več različnimi področji (Mufson, Pollack-Dorta, Wickramaratne, Nomura, Olfson in Weissman, 2004).

8.3.2 Kognitivno – vedenjska terapija

Kognitivno – vedenjska terapija teži k izboljšanju funkcioniranju in čustveni blaginji. To dosežejo z identifikacijo prepričanj, občutkov in vedenja, ki so povezana s psihološkimi motnjami, prav tako pa jih kritično analizirajo ter opredelijo zelene rezultate in življenjske cilje (Courtois, Ford, 2009).

8.4 Kdaj poiskati pomoč?

Ali otrok potrebuje strokovno pomoč ali kakršnokoli pomoč pri procesu žalovanja je odvisno od različnih dejavnikov. Pomembno je, da vemo kako je oseba umrla, kakšen odnos je imel žalujoči z umrlim, kakšna je bila družinska dinamika, ali so imeli odprte pogovore in kakšnega značaja je žalujoča oseba (Noppe in Noppe, 2004). Pomembno je, da je otrok vključen v pogrebne rituale in da se zaveda, da ostali člani tudi žalujejo in da ga ne bodo zapustili (Christ, Siegel in Christ, 2002).

9 PRIMER

Deček star 14 let. Ravno je prišel v fazo adolescence. Pričel se je spraševati kdo sploh je, kot oseba. Vedno je bil vesel, nasmejan in komunikativen otrok. Mogoče je sedaj v fazi adolescence nekoliko bolj sramežljiv, a vendar »običajen« mladostnik. Vse težave ali čustvene stiske, ki jih doživlja adolescent je vedno reševal sam, umaknjen vase. Njegov šolski uspeh je bil vedno med višjimi, veljal je za inteligentnega otroka. V družini je najstarejši iz med treh otrok, in edini fant. Njegov odnos z očetom je bil vedno spoštljiv, kadarkoli mu je priskočil na pomoč. Odnos z mamo pa je precej drugačen. V družini je mama veljala za osebo, ki hitreje vzkipi in kaznuje. Odnos do mame je bil vedno ljubeč, vendar manj spoštljiv kot do očeta. Svoji mlajši sestrici ima rad, kot jih starejši brat lahko ima, kljub temu pa so imeli običajen medsebojni odnos. Bili so povezana družina, ki je živela skromno na družinski kmetiji. Kmalu po tem, ko je deček dopolnil 13 let je izgubil babico, katera je živela skupaj s celo družino na kmetiji. Kmalu po tej izgubi se je zdravstveno stanje očeta pričelo močno slabšati. Imel je napade tesnobe, ki jih ni mogel nadzorovati in imel je samomorilne misli. Izhod je poiskal v psihiatrični bolnišnici. Tam je bil hospitaliziran približno mesec dni, kjer se je pričel počutiti bolje, vendar si je ves čas želel oditi nazaj domov k družini. Menil je, da ne spada v to okolje. Ko je bil oče odpuščen iz psihiatrične bolnišnice je bil osebnostno močno spremenjen. Bil je brezvoljen, večino časa je preživel v hiši, kljub temu, da je včasih opravljal skoraj sam vse delo na kmetiji. Nato so se pričeli pojavljati telesni simptomi. Vid se mu je tako hitro in tako močno slabšal, da je skoraj že popolnoma oslepel. Ugotovili so, da ima tumor, ki je rakavega izvora v zadnjem predelu možganov. Tumor je bil krivec za vse pretekle simptome, ki jih nikakor niso znali povezati. Ko so odkrili tumor je oče preživel več mesecev na nevrološki kliniki Ker je bil tumor velik so se odločili za kemoterapijo in obsevanje. Ko je oče prišel domov, so mu žena, otroci in sorodniki so pomagali in skrbeli zanj. Leto po odkritju so otroci skupaj z njim preživeli veliko noč, nato je prišel božič in novo leto, ki sta za njih, ki izhajajo iz verske družine zelo pomembni prazniki. Po novem letu, je poročala mama se mu je stanje že nekoliko izboljševalo, se je že sam sprehajal. Celotna družina je bila ves čas poteka bolezni močno optimistična, da se bo očetovo stanje izboljšalo in da bo njihovo življenje spet enako kot je bilo pred pojavom bolezni. Ta miselnost je bila vcepljena v zavest vseh članov njihove družine. Nekaj dni po novem letu je deček očeta pospremil do stranišča, kjer je oče padel ter doživel epileptični napad. Poklical je nujno medicinsko pomoč ter so očeta odpeljali v bolnišnico. Vsi člani so ostali doma ter čakali na novice, da je z očetom vse v redu, v mislih so imeli, kdaj ga bodo šli naslednji dan obiskati v bolnišnico. Vendar je oče preminil. Svet se jim je postavil na glavo. Deček in obe njegovi sestri, ki sta stari dvanajst in pet let, so se udeležili očetove pogrebne slovesnosti. Dečkovi čustveni odzivi so bili običajni, vendar je kljub temu poskušal zadržati kakšno solzo, saj je le moški. Danes, osem mesecev, po očetovi izgubi je deček popolnoma druga oseba. Postal je nekomunikativen, nedružaben. V družbi je tih in zadržan. Vsa družina se je odselila iz domače kmetije, k svojim starim staršem, kjer se mama počuti bolj varno in ji starši lahko nudijo nenehno oporo. Deček zavrača se vračati nazaj na kmetijo, ne premore niti vstopiti v notranjost hiše, v kateri so srečno živeli skupaj z očetom. Obiske očetovega groba tudi večkrat zavrne. Deček je v zelo kratkem času pridobil tudi opazno veliko kilogramov. Kljub vsemu pa se njegov šolski uspeh ni tako močno poslabšal.

Menim, da bi glede na osebnost dečka, potreboval odkrit pogovor o tem, kaj se je zgodilo. Kakšna so njegova čustva in da se mu pojasni, da je dovoljeno žalovati. Skleпам, da deček išče tolažbo v hrani, morda lahko predvidevamo, da jo bo kasneje iskal v alkoholu ali drogi v kolikor ne bo uspel odžalovati po izgubi očeta. Vendar je za takšne sklepe še prezgodaj,

saj faza žalovanja še ni končana, je pa pomembno, da deček vedno več govori o dogodku in toliko več ne potlačuje čustev. S tem obstaja manjša verjetnost, da bi lahko razvil depresivno motnjo, tako kot Bowlby (1980) v enem iz med svojih primerov, opisuje najstnico s podobno izgubo. Deklica je prav tako postala nezainteresirana za socialne interakcije, nobena aktivnost je ni zadovoljila. Njena telesna teža je prav tako pričela nihati.

10 ZAKLJUČEK

Kljub ugotovitvam v zaključni nalogi, se je potrebno zavedati, da so otroci nenehno razvijajoča se bitja, ki potrebujejo pomoč. S tem, da se jih umika pred zunanjim svetom in izkušnjami, ter tudi pred izkušnjo smrti, jim lahko naredimo le veliko škodo v njihovem duševnem razvoju. Pomembno je, da gre vsak otrok, ki doživi smrt bližnjega, skozi proces žalovanja, ter da mu pri tem pomagamo s pogovori in podporo, če jo le ta potrebuje. Čeprav se pri otrocih lahko razvije katera od duševnih motenj, pa v primeru žalovanja, ne smemo prehitro sklepati, da je do nje prišlo. Predvsem je pomemben odkrit odnos z otrokom.

Za nastanek kompleksnega žalovanja je potrebna prisotnost več dejavnikov – osebnost žalujočega, načina smrti pokojnega, ter kako je bilo mogoče pomagati žalujočemu v procesom žalovanja. Največ negotovosti se poraja ravno pri diagnosticiranju ali gre za žalovanje, depresivno motnjo ali za posttravmatsko stresno motnjo. Diagnostično in terapevtsko zato obstaja negotovost ali naj sploh ter kako naj zdravimo. V novejšem času zmeraj več raziskovalcev podpira uporabo terapije kompleksnega žalovanja, ki je skupek interpersonalne in kognitivno – vedenjske psihoterapije. Nekateri pa menijo, da je kombinacija terapije kompleksnega žalovanja in farmakoterapije še učinkovitejša. Predvsem bi bile v Sloveniji priporočljivo izvesti raziskave, saj žalovanje otrok še ni dovolj raziskano in razvito.

11 LITERATURA

Angst, J., Grigo, H. in Lanz, M. (2007). *Classification of depression*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 63 (290), 23-28.

Borucky, V., Križan-Lipnik, A., Perpar, I., Štadler, A. in Valenček, K. (2004). *Smrt in žalovanje. Da bi odrasli lažje razumeli otroke*. Ljubljana: Otroci.

Bowlby, J.(1980). *Attachment and Loss: Volume 3. Loss: Sadness and Depression*. England: Penguin Books.

Bugge, K. E., Darbyshire, P., Røkholt, E. G., Haugstvedt, K. T. S. in Helseth, S. (2014). *Young Children`s Grief: Parent`s Understanding and Coping*. Death Studies, 38, 36-43.

Bui, E., Nadal-Vicense, M. in Simon, N. M. (2012). *Pharmacological approaches to the treatment of complicated grief: rationale and a brief review of the literature*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 14 (2), 149-157.

Cacciatore, J. in Thieleman, K. (2012). *Pharmacological Treatment Following Traumatic Bereavement: A Case Series*. Journal of Loss and Trauma, 17, 557-579.

Casarett, D., Kutner, J.S. in Abrahm, J. (2001). *Life after death: A Practical Approach to Grief and Bereavement*. Annals of Internal Medicine, 134 (3), 208-215.

Cassell, D.K., Salinas, R.C., Winn, P.A.S. (2005). *The encyclopedia of death and dying*. New York: Library of Congress Cataloging.

Castro, S. I., Rocha, J. C. (2013). *The Moderating Effects of Previous Losses and Emotional Clarity on Bereavement Outcome*. Journal of Loss and Trauma, 18, 248-259.

Christ, G. H., Siegel, K. in Christ, A. E. (2002). *Adolescent grief: »It never really hit me...until actually happened«*. American Medical Association, 288 (10), 1269-1278.

Cohen, J.A.;Mannarino, A.P.; Greenberg, T.; Padlo, S.;Shipley, C.(2002). *Childhood traumatic grief. Concepts and controversies*. Sage Publicationc, 3 (4), 307-327.

Courtois, C. A., Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: The Guilford Press.

Cvetek, R. (2009). *Bolečina preteklosti. Travma, medosebni odnosi, družina, terapija*. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.

Cyranowski, J.M., Frank, E., Shear, M. K., Swartz, H., Fagiolini, Andrea, Scott, J. in Kupfer, D.J. (2005). *Interpersonal psychotherapy for depression with panic spectrum symptoms: a pilot study*. Depression and Anxiety, 21 (3), 140-142.

Dickinson, M. R. in Leming, G. E.(2011). *Understanding Death, Dying and Bereavemnt*. Wandsworth: Cengage Learning.

Dowdney, L.(2005). *Children bereaved by parent or sibling death*. Psychiatry, 4 (9), 118-122.

Dowdney, L.(2008). *Children bereaved by parent or sibling death*. Psychiatry, 7 (6), 270-275.

Dubose, J. T.(1997). The phenomenology of bereavement, grief and mourning. Journal of religion and health, 36 (4), 367-374.

Forte, A. L., Hill, M., Pazder, R. in Feudtner, C. (2004). *Bereavement care interventions: A systematic review*. BMC Palliative Care, 3,3.

Frank, E., Kupfer, DJ., Wagner, EF., McEachran, AB. in Cornes, C. (1991). *Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors*. Arch Gen Psychiatry, 48 (12), 1053-9.

Gostečnik, C.(2008). *Relacijska paradigma in travma*. Ljubljana: Brat Frančišek: Frančiškanski družinski inštitut.

Harkness, KL., Shear, MK., Frank, E. in Silberman, RA. (2002). *Traumatic grief treatment: case histories of 4 patients*. J Clin Psychiatry, 63 (12), 1113-20.

Hashim, S. M., Eng, T. C., Tohit, N. in Wahab, S. (2013). *Bereavement in the elderly: the role of primary care*. Mental Health in Family Medicine, 10, 1-4.

Hofer, M.(2012). *Razloži mi smrt: Kako spremljati otroka v družini in pri verouku*. Ljubljana: Salve.

Holland, J. (2001). *Understanding Children`s Experiences of Parental Bereavement*. London: Jessica Kingsley publishers.

Horowitz, M.J., Bonnano, G.A., Holen, A.(1993). *Pathological grief: diagnosis and explanation*. Psychosomatic Medicine, 55, 260-273.

Hospic slovensko društvo. Pridobljeno avgusta 2014 na http://drustvo-hospic.si/?page_id=311

Ignacijev dom duhovnosti. Pridobljeno avgust 2014 na <http://www.ignacijevdom.si/dogodki/skupina-za-zalujoco/>

Littlewood, J. (1955). *Aspects of grief. Bereavement in adult life*. New York: Routledge.

Loebach-Wetherell, J. (2012). *Complicated grief therapy as a new treatment approach*. Dialogues Clin Neurosci, 14 (2), 159-166.

Mikuš Kos, A., Slodnjak, V. (2000). *Nesreče, travmatski dogodki in šola. Pomoč v stiski*. Ljubljana: DZS.

Mufson, L., Pollack-Dorta, K., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M. in Weissman, M. M. (2004). *A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. Arch Gen Psychiatry, 61, 577-584.

Noppe, I. C. in Noppe, L. D. (2004). *Adolescent Experiences with Death: Letting Go of Immortality*. Journal of Mental Health Counseling, 26 (2), 146-167.

O'Connor, M. F. (2012). *Immunological and neuroimaging biomarkers of Complicated grief*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 14 (2), 141-148.

Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self. The neurobiology of emotional development*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Schutz, H., Stroebe, M., Stroebe, W.(1998). Trauma and grief: A comparative analysis. V J.H.Harvey (ur.), *Perspectives on loss* (str. 82-84). Bristol: Taylor & Francis.

Shear, M. K. (2012). *Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 14 (2), 119-128.

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Gorscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M.F., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D. in Keshaviah, A. (2011). *Complicated grief and related bereavement issues for DSM-IV*. Depress Anxiety, 28 (2), 103-117.

Shear, MK., Frank, E., Foa, E., Cherry, C., Reynolds CF., Vander-Bilt, J. in Masters, S. (2001). *Traumatic grief treatment: a pilot study*. Am J Psychiatry, 158 (9), 1506-8.

Simon, N. M., Shear, M. K., Fagiolini, A., Frank, E., Zalta, A., Thompson, E. H., Reynolds, C. F. in Silowash, R. (2008). *The impact of concurrent naturalistic pharmacotherapy on psychotherapy of complicated grief*. Psychiatry Res., 159 (1-2), 31-36.

Simpson, M. A.(1997). Traumatic Bereavements and Death-Related PTSD. V C.R. Figely, B. E. Bride, N. Mazza (ur.), *Death and trauma. The traumathology of grieving* (13). United States of America: Taylor & Francis.

Singh, B.S. in Raphael, B. (1981). *Post-Disaster Morbidity of the Bereaved*. Journal of Nervous and Mental Disease, 169 (4), 203-12.

Tekavčič-Grad, O.(1994). Žalovanje. V O. Tekavčič-Grad (ur.), *Pomoč človeku v stiski* (str.137-139). Ljubljana: Litterapicta.

Tekavčič-Grad, O.(2001). Smrt in žalovanje. V T. Samec in V. Slodnjak (ur.), *Psihične travme v otroštvu in adolescenci* (str. 100-105). Ljubljana: Kolaborativni center Svetovne zdravstvene organizacije za duševno zdravje otrok pri Svetovnem centru za otroke, mladostnike in starše: Inštitut za psihologijo osebnosti.

Winnicott, D. W. (1953). *Transitional objects and transitional phenomena. The study of the first not-me possession*. International Journal of Psychoanalysis, 34, 89-97.

Wittouck, C., Van Autreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G. in Van Heeringen, K. (2011). *The prevention and treatment of complicated grief: A meta – analysis*. Clinical Psychology Review, 31, 69-78.

Worden, J. W.(1991). *Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health practioner*. Velika britanija: Routledge.

Worden, J.W. (1996). *Children and grief*. New York: The guilford press.

Zhang, B., El-Jawahri, A. in Prigerson, H. G. (2006). *Update on bereavement research: evidence-based guidelines for the diagnosis and treatment of complicated bereavement*. J Palliat Med, 9 (5), 1188-203.

Žvan, V.(1999). Psihiatrični pregled. V M. Tomori, S. Zihel (ur.), *Psihijatrija* (str.11). Ljubljana: Litterapicta in Medicinska fakulteta v Ljubljani.