



Doświadczenie żałoby po dziecku w perspektywie biograficznej

Łucja Lange

Uniwersytet Łódzki
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Instytut Socjologii
Kierunek: Socjologia

Łucja Lange

nr albumu 5463

**Doświadczenie żałoby po dziecku
w perspektywie biograficznej**

Rozprawa doktorska
napisana w katedrze
Metod i Technik Badań Społecznych
pod kierunkiem
Dr hab. Anny Kacperczyk, prof. UŁ

Łódź 2021

SPIS TREŚCI

Wstęp _006

Wprowadzenie: dlaczego temat żałoby rodziców jest istotny? _007

Układ treści _015

Podziękowania _017

Część I: Podstawowe pojęcia – proces negocjowania obszaru badań _019

1. Śmierć, która niszczy i ocala – o problemach z definicjami _020

1.1. Postrzeganie śmierci przez pryzmat tabu _022

1.2. Strach przed śmiercią _035

1.3. Stadia żałoby _038

1.4. Płeć (i rodzaj) żałoby _043

1.5. Żałoba jako zaburzenie psychiczne _047

2. Śmierć jako strata _050

2.1. Aborcja _053

2.2. Poronienie _060

2.3. Śmierć okołoporodowa _063

2.4. Śmierć w wyniku choroby _067

2.5. Śmierć w wyniku wypadku (lub z nieznanych przyczyn) _068

2.6. Dzieciobójstwo i zabójstwo _069

2.7. Samobójstwo _072

3. Strata i żałoba, czyli o byciu rodzicem _078

3.1. Dziecko jako sens – o tożsamości rodzica _079

3.2. Macierzyństwo i tacierzyństwo _086

3.3. Żałoba jako konsekwencja istnienia więzi – rodzaje żałoby _090

3.3.1. Żałoba normalna _096

3.3.2. Żałoba chroniczna (przewlekła) _098

3.3.3. Żałoba przedłużona _099

3.3.4. Żałoba opóźniona _099

3.3.5. Żałoba skrócona _100

- 3.3.6. Żałoba zniekształcona _100
- 3.3.7. Żałoba wyolbrzymiona _101
- 3.3.8. Żałoba ukryta _101
- 3.3.9. Żałoba nieobecna (brak żałoby) _101
- 3.3.10. Żałoba przewidywana _102
- 3.3.11. Żałoba powtórna _103
- 3.3.12. Żałoba skumulowana _103
- 3.3.13. Żałoba dwuznaczna _104
- 3.3.14. Żałoba bezprawna (nieuprawniona) _104
- 3.3.15. Żałoba traumatyczna _105
- 3.3.16. Żałoba kolektywna _106
- 3.3.17. Żałoba zahamowana _106
- 3.3.18. Żałoba nierozwiązana _106
- 3.3.19. Żałoba skomplikowana (powikłana) _107
- 3.3.20. Żałoba patologiczna _108

Podsumowanie części I _110

Część II: O metodologii badań nad procesami żałoby po dziecku _112

4. Zastosowane strategie i podejścia badawcze _113

4.1. Kontekst badawczy i wywiad biograficzny _121

4.1.1. Konstruktywistyczna teoria ugruntowana _125

4.1.2. Socjologia nowego materializmu i posthumanizm _130

4.1.3. Technika autobiograficznego wywiadu narracyjnego _133

4.2. Problemy wynikające z badania biografii _141

4.2.1. Jakość i wiarygodność danych _143

4.2.2. Kwestie społeczne, czyli docieranie do badanych _146

4.2.3. Wypadki i „wpadki” w terenie _148

4.3. Problematyka etyczna _150

4.3.1. Anonimowość, bezpieczeństwo informacji i udostępnianie
wywiadów _152

4.3.2. Autoryzacja wywiadów _153

4.3.3. Archiwizacja danych _154

Podsumowanie części II _155

Część III: Żałoba po dziecku – o doświadczeniu rodziców _156

5. O przeżywaniu śmierci dziecka _157

5.1. Decyzja o aborcji a brak żałoby po stracie _163

5.2. Pragnienie dziecka – wspólnota doświadczenia straty a poczucie osamotnienia _181

5.2.1. Poronienie _182

5.2.2. Śmierć okołoporodowa _192

5.2.3. O pomijanych ojcach w kontekście strat nieoczywistych _193

5.3. Od diagnozy do towarzyszenia dziecku w chorobie terminalnej _204

5.3.1. Diagnoza – pierwsze trzęsienie ziemi _206

5.3.2. Leczenie – wielokrotne zagrożenie życia _212

5.4. Śmierć nagła lub tragiczna _216

6. Dusza w kawałkach – o przeżywaniu żałoby _225

6.1. Dzień Dziecka Utraconego _230

6.2. Grób dziecka (także grób dziecka nienarodzonego) _232

6.2.1. Pomniki indywidualne _240

6.2.2. Pomniki Dzieci Utraconych _257

6.3. Prywatne sanktuarium, czyli uświęcona przestrzeń i przedmioty kultu _269

6.4. Obcowanie z duchem – aniołkowi rodzice _274

6.5. Modlitwa i wiara. Obecność praktyk religijnych _277

6.6. Uleczyć ciało (taniec, joga, drama) _281

6.6.1. Praktyka jogi (i inna aktywność fizyczna) _282

6.6.2. Drama (i inne działania oparte na odgrywaniu ról) _291

6.6.3. Taniec _296

6.6.4. Tatuaż jako forma upamiętnienia i terapii _298

6.7. Fotografia (okulocentryzm) _302

6.8. Inne sensory w akcji (węch, dotyk, słuch i smak) _	311
6.8.1. Doświadczenia olfaktoryczne _	314
6.8.2. Doświadczenia taktylne _	316
6.8.3. Doświadczenia audialne _	319
6.8.4. Doświadczenia gustatoryczne _	323
6.9. Terapia traumy i żałoby _	325
6.9.1. Sztuka (poezja, malarstwo i inne) _	332
6.10. O tęczowych i słonecznych dzieciach _	337
6.11. Zaangażowanie (fora, grupy internetowe, badania, blogi, książki) _	340
7. Czas i zmiana w czasie _	348
Podsumowanie części III _	358
Część IV: Społeczne konteksty śmierci dziecka _	360
8. Wpływ innych na przebieg procesu żałoby. Kontekst instytucjonalny _	361
8.1. Szpital _	369
8.2. Wsparcie psychologiczne _	385
8.3. Opieka duszpasterska _	387
8.4. Zakład pogrzebowy i cmentarz _	390
8.5. Doula umierania i towarzysząca w żałobie _	394
Podsumowanie części IV _	399
Zakończenie _	401
Bibliografia _	408



WSTĘP

WSTĘP

Wprowadzenie: dlaczego temat żałoby rodziców jest istotny?

Można rzec, że pierwsza mądrość socjologii brzmi: rzeczy nie są takie, jakimi się wydają. [...] Okazuje się, że rzeczywistość społeczna ma wiele warstw znaczeniowych. Odkrycie każdej nowej warstwy zmienia postrzeganie całości.

(Berger 1988: 29).

Peter L. Berger (1988: 14) „zapraszając do socjologii” zaznacza, że nie należy socjologii postrzegać jako praktyki. Jest ona „próbą rozumienia” świata ludzi, którą można jak najbardziej rekomendować „praktykom socjalnym” (*ibidem*). Przedmiotem zainteresowania socjologii „jest świat ludzi, ich instytucje, ich historia, ich namiętności [...] także [...] zjawiska codzienne, powszedniość” (*ibidem*: 25). Berger uważa, że socjologa żadne towarzystwo nie zniechęci, jeśli akurat będzie podążał za pytaniami, które go aktualnie nurtują. „Socjolog będzie się zajmował sprawami, które inni uważają za zbyt uświęcone bądź też wstrętne, by poddać je obiektywnemu badaniu” (*ibidem*: 26). Śmierć jest jednym z tych doświadczeń, które w ludziach z otoczenia osoby umierającej wywołuje skrajne emocje. Spełnia więc już na tym etapie bergerowskie kryterium socjologicznego (czy bardziej ogólnie naukowego) zainteresowania. Jeśli śmierć ta dotyczy dziecka, emocje potrafią być jeszcze dotkliwsze. Pod wpisami o śmierci lub utracie dziecka na forach internetowych, w grupach i na portalach społecznościowych można znaleźć wypowiedzi rodziców, którzy walczą o palmę pierwszeństwa w cierpieniu lub łączą się w bólu w symbolicznej wspólnocie osieroconych. Zdaniem jednych rodziców gorzej jest stracić dziecko w wyniku choroby lub w nagłego wypadku – dziecko, które zaistniało w społecznych kontekstach, cieszyło się życiem. Bagatelizują oni stratę dziecka, które zmarło w wyniku śmierci okołoporodowej lub poronienia – w tym ostatnim przypadku zakładają często, że z „biologicznego punktu widzenia”, to nie było jeszcze dziecko, posługują się więc określeniami typu zarodek lub płód w zależności od fazy rozwoju. Zdaniem innych, to właśnie utrata dziecka, które nie miało szansy na istnienie i pozostawienie po sobie śladu jest trudniejsza, bo nie ma fizycznych dowodów – pamiątek, zdjęć, rzeczy, które

pomagałyby w osławianiu się ze stratą i przeobrażaniu więzi ze zmarłym dzieckiem. W obu grupach wybrzmiewa przekonanie, że śmierć dziecka jest niezwykle trudnym doświadczeniem, które obciąża biograficznie rodziców na całe ich dalsze życie, stawiając im wyzwania i zmuszając do mierzenia się z cierpieniem, nie zawsze oczywistym dla innych osób.

W *Słowniku Języka Polskiego* (SPJ PWN, hasło: żałoba) przez żałobę rozumie się „smutek po śmierci kogoś bliskiego”, „określony czas po śmierci bliskiej osoby, w którym nosi się odpowiedni strój i nie uczestniczy w życiu towarzyskim” oraz jako „czarne ubranie lub dodatek do ubioru noszone przez pewien czas po śmierci kogoś bliskiego”. Komponentami tak rozumianej żałoby są więc: konkretna emocja (smutek), więź (ktoś bliski, czyli realna osoba, z którą miało się tę więź), praktyki kulturowe (czarny ubiór, czarny element ubioru lub inny odpowiedni strój; brak uczestniczenia w życiu towarzyskim; czasowa izolacja fizyczna lub wizualne wyróżnianie się). Tak skonstruowana definicja nie obejmuje ani całego zjawiska i sposobów przeżywania straty, ani nie uwzględnia możliwości doświadczania żałoby po osobach nieludzkich, imaginacjach, planach itp. Jest ona również ograniczona do emocji, które mogą być jej przypisywane. Z poziomu krytycznego spojrzenia na tę definicję podejmowałam próbę definiowania doświadczenia żałoby rodziców i jej przebiegu w czasie.

Rozpoczynając badania tematu doświadczenia żałoby rodziców nie miałam zamiaru występować w roli mediatora ani sędzi, która zdecyduje, kto ma rację, komu przypada prawo do większej, prawdziwszej czy bardziej dramatycznej żałoby. Moim celem było poznanie doświadczenia straty dziecka oraz możliwie jak najlepsze zrozumienie (i umożliwienie innym zrozumienia) jej charakteru. Nie chodziło mi więc o stworzenie kolejnego teoretycznego modelu żałoby. Nie wyznaczałam sobie ścisłych ram – z założenia moje badania miały być interdyscyplinarne (a nawet transdyscyplinarne jak przystało na pracę wyrastającą w posthumanistycznej perspektywie) i takie do końca pozostały. Wywiady narracyjne były podstawą do poszukiwania odpowiedzi, szybko dołączyła do nich obserwacja forów internetowych i grup skupiających osieroconych rodziców, a także lektura książek (w tym dzienników) opowiadających o doświadczeniu straty dziecka. Wszystkie sposoby radzenia sobie ze stratą konfrontowałam z szerszym kontekstem kulturowym (antropologicznym, etnograficznym, historycznym, religijnym, filozoficznym, prawnym, socjologicznym i psychologicznym) oraz biologicznym –

korzystając z terminologii i sposobów definiowania zjawisk. Berger (1988: 156) uznałby to za uwzględnianie „humanistycznej roli socjologii”, prawdopodobnie dodałby również, że wiąże się ono z otwartością umysłu i uniwersalnością spojrzenia. W swoim wywodzie pisał on, że „[t]aka otwartość na niezmierzone bogactwo życia ludzkiego sprawia, iż trudno zachować żelazną konsekwencję socjologizmu, i zmusza ona socjologa do tolerowania «dziur» w zamkniętych ścianach jego projektu teoretycznego, otworów, przez które można zobaczyć inne możliwe horyzonty” (*ibidem*: 157). Rosi Braidotti (2013: 163-164) nazwałaby ten sposób pracy, wychodzący poza klasycznie pojmowaną dyscyplinarność, jako krytyczno-posthumanistyczny – jej zaleceniem (poza nadmienioną transdyscyplinarnością) byłoby stosowanie kartograficznej dokładności powiązanej z odpowiedzialnością etyczną, łączenie krytyki z twórczymi figuracjami, nieliniowości czy „strategii od-oswajania” (*de-familiarization*). Braidotti (*ibidem*: 169) uważa bowiem, że „transdyscyplinarne podejście wpływa na samą strukturę myśli i umożliwia wzrost pojęciowej różnorodności w nauce”.

U podstaw moich badań znalazło się przekonanie, że żałoba po dziecku wynika z czegoś. Przyjęłam, że tym czymś jest więź o charakterze immanentnym pomiędzy rodzicem a dzieckiem (Bowlby 1998). Wiąż ta, w sytuacji prowadzonych przeze mnie badań, możliwa jest do uchwycenia po stronie osieroconych rodziców, a także w ich opowieściach o dziecku i tym, jak to dziecko się zachowywało (jeżeli rozmowa dotyczyła dziecka zmarłego w wyniku choroby, wypadku lub z nieznanych przyczyn). Manifestuje się ona we wspomnianiu, w żalu po stracie, w poczuciu przygnębienia i smutku, w depresji, w myśleniu o dziecku i wyobrażaniu sobie, co mogłoby aktualnie robić, gdyby żyło itd.

Początkowo nie stawiałam żadnych hipotez, chciałam dowiedzieć się, jak doświadczają żałoby po dziecku różni rodzice. Z czasem jednak wyklarowały się w tym obrazie pewne pytania, a wraz z nimi hipotezy, które postanowiłam zweryfikować. Pierwsza z nich dotyczyła możliwości braku istnienia więzi rodzica z dzieckiem, a tym samym niewystępowania żałoby lub jej łagodnego przebiegu. Druga hipoteza odnosiła się do siły tejże więzi, czyli intensyfikacji przeżywania żałoby rodzica. Poszukiwałam więc uwarunkowań, które wpływają na przebieg żałoby po stracie dziecka. Pośród tych uwarunkowań znalazły się rozmaite praktyki społeczne, które nie są kulturowo łączone z przeżywaniem żałoby, w istocie mogą jednak stanowić element pomocny w radzeniu

sobie ze stratą. Należą do nich wsparcie społeczne i praktyki powiązane z szeroko pojmowanym sensorium – doświadczenia wzrokowe, słuchowe, węchowe, smakowe i dotykowe. Ponadto zdołałam wyszczególnić obrzędy reprodukowane kulturowo, które oddziałując na zmysły jednostki, wpływają pozytywnie na osoby osierocone i pomagają członkom rodziny w radzeniu sobie ze stratą. Trzecia hipoteza dotyczy kwestii płci żałoby – w większości opracowań, a także w moich badaniach dostrzegalne jest zawłaszczenie tematu przeżywania straty przez kobiety – osierocone matki, które chętniej biorą udział w badaniach, są bardziej widoczne na forach internetowych i w mediach społecznościowych. Ważne więc stało się dla mnie pytanie: jeżeli żałoba matek i ojców (nie) jest charakterystyczna ze względu na płeć, to co ją kształtuje, co ma na nią wpływ?

Głównym celem mojej pracy była rekonstrukcja indywidualnych sposobów radzenia sobie z żałobą po stracie dziecka. Dodatkowy cel, jaki przed sobą stawiałam obejmował rekonstrukcję społecznych wyobrażeń oraz postaw względem śmierci dzieci i żałoby po nich. Przyglądałam się więc uwarunkowaniom postaw rodziców i istniejącym wzorom zachowań oraz stereotypom, z którymi rodzice doświadczający straty muszą się zmagać. Przybliżyłam problematykę straty dziecka rozumianej szeroko i włączającej do mojego obszaru zainteresowań różne rodzaje tracenia: od aborcji (strata świadoma), przez poronienie (strata nie zawsze społecznie dostrzegana), po śmierć okołoporodową, związaną z chorobą i wypadkami. Odnoszę się również do kontekstu społecznego i instytucjonalnego, w jakim przebiega choroba lub/i umieranie dziecka, ponieważ uważam, że interakcje budowane z pracownikami szpitali, zakładów pogrzebowych, cmentarzy (a także z duszpasterzami i terapeutami) są istotnymi elementami w procesie przebiegu żałoby.

Zależało mi na skonstruowaniu socjologiczno-posthumanistycznego wyjaśnienia doświadczenia straty dziecka, nie dokonywałam więc ewentualnej oceny typu żałoby, jaki występował u konkretnych osób, skupiałam się na emocjach i sposobie ich relacjonowania przez rodziców. Swoją uwagę koncentruję też – o czym już wspomniałam – na ich doświadczeniach sensorycznych, które wpływają na proces osuwania się ze stratą, są związane z kultywowaniem pamięci o dziecku i ułatwiają przetworzenie więzi.

Już na tym etapie wyraźne jest przyjęcie przeze mnie bardzo konkretnych założeń: po pierwsze przebieg żałoby odczytuję przez pryzmat różnorodności. Nie jest więc możliwe stworzenie uproszczonego modelu większościowego. Opisywane praktyki są dynamicznie ze sobą powiązane, występują w różnym czasie, w różny sposób – tymczasem zapis, jakiego dokonałam, wymagał podejścia linearnego. Mówiąc metaforycznie – pokazuję gwiazdy, nie ich sprecyzowane i konkretne konstelacje lub rysuję trójwymiarowe, ruchome mapy sposobów doświadczania żałoby po dziecku, których obszary przenikają się, zmieniają swoje ułożenie w przestrzeni itd. Po drugie przyjmuję, że najważniejszym czynnikiem sprawiającym, że osieroceni rodzice przechodzą proces żałoby jest więź z obiektem utraty. Oznacza to również, że to właśnie teoria Johna Bowlby'ego (1998) stała się dla mnie punktem wyjścia. Stąd nie tylko więź z żywym, ale również więź ze zmarłym ma znaczenie w przebiegu procesu żałoby. Po trzecie każdy rodzaj straty dziecka stawiam na równi, co może nie być zgodne z odczuciami poszczególnych osieroconych rodziców, dla mnie jednak jest wyznacznikiem szacunku i braku oceniania, które okazały się kluczowe podczas przeprowadzanych wywiadów i ich analizy. Po czwarte dostrzegam związek między kulturą, zmysłami i emocjami. Jest to kwestia niekiedy kontrowersyjna i postrzegana jako coś błędnego czy nawet niewłaściwego w badaniach naukowych, bo trudnego do zmierzenia. Wydało mi się jednak, że w XXI wieku warto spojrzeć na człowieka w sposób szerszy, czyli posthumanistyczny – uwzględniający kulturę materialną i niematerialną oraz biologiczne aspekty naszego istnienia, ponieważ obszary te nie tyle łączą się, co są nierozłączne. Po piąte starałam się wyjść poza liniowe postrzeganie i doświadczanie czasu – pomogło mi to w zrozumieniu złożonej, chaotycznej dynamiki żałoby, ale także wielu nieporozumień, które narosły wokół tego zagadnienia. Chodzi mi tutaj o narzucaną często przez psycholożki i psychologów potrzebę tak zwanego „powrotu do normalności”.

Moją uwagę zwróciły także dane statystyczne dotyczące śmiertelności dzieci i niemowląt. W latach 2003-2021 wykazuje ona tendencję spadkową, jednak jest nadal wysoka. Okazuje się, że rozwój gospodarczy i technologiczny nie zdołały zlikwidować tego zjawiska. Wspomniane już statystyki nie zawierają pełnych danych, ponieważ nie uwzględniają wszystkich przypadków straty dziecka. Poronienia, aborcje, wypadki, samobójstwa raportowane są osobno i ich aktualność jest różna. Na stronie Głównego

Urzędu Statystycznego (dalej: GUS) najbardziej aktualne z dostępnych danych (z roku 2020 – przegląd dokonywany był w roku 2021) dotyczą współczynnika zgonów niemowląt (bez podania przyczyny zgonu). Wskazują one na spadek umieralności o 1,4‰ w stosunku do roku 2010, jednocześnie utrzymują się na poziomie 3,6‰ (GUS 2021). Przy czym martwych narodzin odnotowano 1238 na koniec 2019 roku – zaś 1730 na koniec roku 2010 (GUS 2021). Współczynnik zgonów dzieci w wieku 0-4 lata wynosił w roku 2020 4,2‰ – dla porównania w roku 2010 był wysokości 5,8‰ (GUS 2021). Jednocześnie na forum dla osób po poronieniu (poronienie.pl) wykazuje się liczbę poronień samoczynnych w porównaniu do umieralności na nowotwory. Z danych tych wynika, że w Polsce rocznie umiera na raka 80 000 osób, tymczasem rocznie aż 40 000 kobiet (dane na rok 2003). Przyjmuje się, że średnio od 10% do 15% ciąż nie zostaje donoszonych właśnie w wyniku poronienia. W artykule opublikowanym przez magazyn *Focus* mowa jest o tym, że „blisko połowa ciąż kończy się poronieniem” (Grygiel 2019). Śmierć dziecka nie jest więc przypadkiem odosobnionym i dotyka więcej osób, niż można by przypuszczać¹. Dodatkowo należy mieć na uwadze także fakt, że w porównaniu do wieku XIX czy nawet XX nastąpił spadek umieralności dzieci, co zawdzięczamy rozwojowi medycyny i poprawie warunków bytowych oraz higienicznych. Aleksandra Jarysz (2018: 139) w publikacji na temat macierzyństwa przyjmuje za klasykami tanatologii, że „intensywność przeżywania śmierci dziecka zwiększyła się wraz z obniżeniem śmiertelności wśród małych dzieci” (Ariés, Morin: 1993: 294; za: Jarysz, 2018: 139). Jednocześnie „akcent dramatu przenosi się na [...] rodziców i to często przez ich pryzmat postrzegana i przeżywana jest śmierć ich potomstwa” (*ibidem*).

Powyższe dane, pomimo ich niekompletności, implikują potrzebę poznania doświadczenia rodziców po stracie i ich codziennych praktyk, mających na celu pomoc w radzeniu sobie z traumatycznym wydarzeniem. W literaturze poświęconej tematyce śmierci dzieci lub poronieniom znaleźć można w przeważającej części opracowania

¹ Zaznaczam w tym miejscu, że dokładne dane statystyczne nie są znane, a podane wyżej liczby traktuję jako ilustrację problemu śmiertelności dzieci. Można mieć wrażenie, że podane współczynniki są sprzeczne z informacjami prezentowanymi w artykule czy stronie poświęconej problematyce poronień. Wynika to głównie z faktu raportowania danych w różny sposób (lub nie raportowania ich wcale), różnego rozumienia kategorii przypisywanych zgonom oraz różnych intencji związanych ze zbieraniem informacji o „społecznie problematycznych” rodzajach śmierci – jak samobójstwo, aborcja, poronienie – przez co ich scalenie na poziomie krajowym jest trudne do przeprowadzenia (por. Maciąg 2012, 2019).

stricte medyczne (opisujące przypadki „patologii ciąży” i inne, które nie były przedmiotem mojego badania – do literatury o medycznym charakterze, aczkolwiek w stylistyce poradnikowej można zaliczyć publikację niderlandzkich autorów *Jak sobie radzić z poronieniem* – zob.: Keirse, Spitz, Vandermeulen 2007), psychologiczne (m.in.: Barton-Smoczyńska 2006; Cozza 2013; Jędrzejewska 2015; Kleszcz-Szczyrba 2014; Sanders 2001; Szmyd i in. 2017; Wilkowski 2004; Wojaczek 2009) lub dzienniki czy świadectwa rodziców (m.in.: Kanik 2016; Krzeptowska 2010; Lemmens 1995; Lipiński 2011; Ługowska-Tabaj i Tabaj 2014; Mori 2008; Orłowska 2011; Tabaszová 1999; Thomése 2011; Wicenty 2020; Zalewski 2021; Znamiorska-Soczawa 2016). Wyjątek stanowi stosunkowo świeża publikacja analizująca wątki literackie poświęcone związkowi dziecka i śmierci (Szymborska 2019). Brakuje zdecydowanie opracowań socjologicznych (szczególnie w języku polskim), w których uwaga skupiać będzie się na społecznych kontekstach śmierci dziecka i bycia rodzicem po stracie oraz istniejących, nie zawsze uświadomionych sposobach radzenia sobie z takim wydarzeniem. Specjalnie podkreślam istotność opracowań polskich, ponieważ to właśnie braki literatury sprzyjają powielaniu stereotypów i krzywdzących opinii (jak na przykład tej o braku żałoby u mężczyzn lub innej o możliwości bycia zrozumianą jedynie przez inną matkę z doświadczeniem straty).

O tym, że temat ten jest mniej popularny niż inne rozważania w obszarze tanatologii, świadczyć może chociażby fakt, że w najdłuższym ukazującym się cyklu publikacji tanatologicznych Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego pod redakcją Jacka Kolbuszewskiego *Problemy współczesnej tanatologii* (dalej: *PWT*), który ukazywał się od 1997 do 2012 roku, temat związany ze śmiercią dzieci pojawił się jedynie sześć razy (przy czym każdy z szesnastu tomów liczył mniej więcej od dwudziestu do czterdziestu artykułów). O ile kwestie nawiązujące do opieki paliatywnej i bioetyki, hospicjów, osób terminalnie chorych były wielokrotnie podejmowane, o tyle marginalnie potraktowano temat przeżywania żałoby przez rodziców i ogólnie straty dziecka. Opublikowano dwa teksty na temat opłakiwania dzieci. W tym artykuły Elżbiety Więckowskiej „Opłakiwanie dziecka zmarłego tragicznie” (*PWT*, t. I 1997) oraz Mieczysławy Mikłaszewskiej „Zmarli nieopłakiwani – o dzieciach zamęczonych” (*PWT*, t. II 1998). Kolejne cztery teksty poruszające zagadnienia choroby, cierpienia i śmierci dzieci pochodzą z późniejszych tomów. Są to artykuły Mariny Zalewskiej „Dramat

matki i unicestwianego w psychicznym istnieniu dziecka” (*PWT*, t. IV, 2000); Anny Latawiec „Sprawiedliwość wobec cierpienia i śmierci małego dziecka” (*PWT*, t. VI, 2002); Agnieszki Janiak „Śmierć noworodka. Pomoc personelu medycznego rodzinie w sytuacji beznadziejnej” (*PWT*, t. VIII, 2004) oraz Teresy Świrydowicz „Rodzina w sytuacji choroby zagrażającej życiu dziecka – wybrane aspekty” (*PWT*, t. XI, 2007). W cyklu *Ból i Cierpienie* wydawanym w latach 2004-2013 w Krakowie przeważnie pod redakcją Grażyny Makiełło-Jarzy pojawił się tylko jeden tekst Joanny Harzowskiej zatytułowany „Ból i cierpienie w oczach matki chorego dziecka” (*Ból i cierpienie*, 2009). Warto jednocześnie odnotować, że podczas sympozjum współorganizowanego przez Polskie Towarzystwo Badania Bólu pojawiły się w sesji plakatowej prezentacje odnoszące się do straty dziecka, poronienia oraz ciąży (źródło: *ptbb.pl*, program sympozjum 2018, 2019, 2020). Kwestię cierpienia podejmują również publikacje w ramach Zeszytów Naukowych Centrum Badań im. Edyty Stein. W tomie 9. zatytułowanym *Wobec śmierci* umieszczono artykuł księdza Antoniego Bartosza „W poszukiwaniu sensu śmierci dziecka. Z perspektywy chrześcijańskiej” (2012). W cyklicznej publikacji Stowarzyszenia Naukowego Archeologów Polskich pt. *Funeralia Lednickie* wydano jeden tom w całości poświęcony śmierci dzieci – *Dusza maluczka, a strata ogromna* (*Funeralia Lednickie*, t. 6, 2004). W cyklicznie ukazującej się białostockiej publikacji w głównej mierze pod redakcją Elżbiety Krajewskiej-Kulak – *W drodze do brzegu życia* (ukazuje się od roku 2006) temat śmierci dziecka pojawia się stosunkowo często i reprezentowany jest praktycznie w każdym z osiemnastu tomów. Wymienione powyżej publikacje nie są jedynymi próbami opracowania szerokiego tematu straty dziecka i żałoby po nim. Brakuje jednak jednolitej (choć z pewnością nie jednorodnej) publikacji, która swoją uwagę skupiałaby na wielowątkowości i złożoności tego zagadnienia, starając się jednocześnie unikać opinii szkodliwych i powielających nieprawdziwe lub nie do końca prawdziwe przekonania (piszę o nich w **rozdziale pierwszym**). Jednym z problemów związanych z dostępną literaturą jest również jej wyrywkowość – publikacje te poświęcone są określonym rodzajom straty (poronienie, aborcja, choroba, samobójstwo, dzieciobójstwo), rzadko kiedy pojawiają się spojrzenia szersze pokazujące ewentualne różnice i podobieństwa w doświadczeniu cierpienia osieroconych rodziców. Poza tym wymienione tomy mają dość ograniczoną dostępność (pomimo intencjonalnej dostępności niektórych publikacji online), co rzutuje na fakt nieznanomości tych tekstów wśród osób, które doświadczają straty (co

ważne: publikacje te nie pojawiają się również w zestawieniach umieszczanych na forach i stronach zrzeszających osieroconych rodziców), a dodatkowo ich celem nie jest dzielenie się wiedzą, a sama publikacja tekstu naukowego.

Mając więc na uwadze nadal małą liczbę polskojęzycznych pozycji dotyczących problematyki radzenia sobie rodziców ze śmiercią dziecka oraz ich wybiórczość, brak aktualnych socjologicznych opracowań dotyczących charakterystyki osieroconych rodziców w Polsce, a także istnienie stereotypów dotyczących różnych stron konfrontujących się ze śmiercią dziecka i wreszcie trudności rodziców po stracie w odnajdywaniu się w społeczeństwie, które nie rozumie tego rodzaju doświadczeń – uznałam, że warto podjąć próbę zbadania tych zagadnień. Na przestrzeni sześciu lat (2015-2021) bacznie obserwowałam społeczne nastroje związane z kwestią straty dziecka na różnych etapach jego rozwoju i czytałam publikacje osadzone w interesującym mnie obszarze (tak polskie jak i obcojęzyczne). Zdołałam zgromadzić materiał biograficzny, który pozwolił z jednej strony odtworzyć konteksty społeczne, relacje z najbliższymi oraz własne przemyślenia i emocje osób, które doświadczyły straty dziecka. Dzięki przeprowadzonym wywiadom narracyjnym uzyskałam też wgląd we wcześniejsze doświadczenia badanych osób oraz – co jest znaczące dla podjętej przeze mnie próby zrekonstruowania codziennych praktyk rodziców po stracie, z uwzględnieniem tych angażujących różne zmysły – w działania, dzięki którym dokonywała się praca żałoby i „emocjonalne przemieszczenie” zmarłego dziecka, czyli możliwości ekspresji miłości do dziecka, które obecne jest w innej formie – jako wyobrażenie itp. (Onofri, La Rosa 2017: 222). Mam tu na myśli praktyki, które ułatwiają znalezienie nowego miejsca dla utraconego dziecka, dzięki czemu możliwe jest stworzenie innego rodzaju relacji, pozwalającego rodzicom na dalsze życie.

Układ treści

Rozważania dotyczące zagadnienia żałoby rodziców podzieliłam na cztery części. W pierwszej części za główny cel stawiam sobie wprowadzenie w tematykę śmierci, żałoby oraz straty i wyjaśnienie najważniejszych pojęć z nimi związanych. W pierwszej kolejności mierzę się z postrzeganiem śmierci przez pryzmat tabu, wspomnianą już typologią żałoby ze względu na płeć, żałobą postrzeganą przez pryzmat stadiów czy

postrzeganiem jej jako zaburzenia psychicznego. Następnie definiuję różne rodzaje straty dziecka, ponieważ rodzaj straty tak samo, jak intensywność więzi mają wpływ na przebieg żałoby. Wyjaśniam przy tej okazji, dlaczego niektórymi z rodzajów straty nie zajmuję się w swoich rozważaniach (dzieciobójstwo, zabójstwo, samobójstwo). Istotne dla zrozumienia omawianych zjawisk jest również to, jakie uzasadnienia dla chęci posiadania dzieci posiadali rodzice – sensu macierzyństwa, tacierzyństwa, rodzicielstwa, bo to właśnie są podstawy więzi, którą budują rodzice z dzieckiem. Korzystam z określenia „tacierzyństwo”, a nie „ojcostwo” podążając za wypowiedziami osób, które uważają, że kwestia ojcostwa jest niepodważalna, ma charakter biologiczny, tacierzyństwo natomiast podkreśla procesualny i kulturowy charakter budowania więzi z dzieckiem. W tym miejscu omawiam też pokrótce wielość rodzajów żałoby i staram się zmierzyć z często powtarzanym przekonaniem, które dotyczy istnienia tylko dwóch rodzajów żałoby: normalnej i patologicznej. Zarysowuję tym samym obszar badawczy i staram się sprawdzić, jaki podział – ze względu na rodzaj straty czy rodzaj żałoby – umożliwia najbardziej wysycony opis doświadczenia żałoby rodziców, a tym samym jest przydatny do moich rozważań.

Część druga jest notą metodologiczną. Opisuję w niej kontekst badawczy, zastosowaną metodę, kwestie etyczne oraz wskazuję na problemy wynikające z zastosowanych metod badawczych. Staram się również połączyć myślenie osadzone w jednej dyscyplinie z krytycznym posthumanizmem i nowym materializmem. Pokazuję, w jaki sposób organizowałam swoją pracę i jak kształtował się mój światopogląd, przez pryzmat którego dokonałam analizy zebranego materiału. Odkrywam kulisy „rysowania mapy” doświadczenia – a może nawet bardziej „doświadczenia” – straty dziecka.

W części trzeciej znalazł się opis doświadczenia żałoby rodziców oraz praktyk, które podejmują oni w celu umożliwienia sobie dalszej egzystencji (specjalnie nie nazywam jej „normalną”) po śmierci dziecka. Skupiam swoje zainteresowanie na zastosowaniu praktyk uruchamiających różne zmysły, które pomocne są w przywracaniu równowagi, czy raczej konstytuowaniu się nowej równowagi w życiu osieroconego rodzica. Zastanawiam się również nad kwestiami takimi, jak brak żałoby pomimo zaistnienia straty lub zaistnienie żałoby bez oczywistej, fizycznej straty. Materiał empiryczny konfrontuję z wynikami badań innych osób zajmujących się tą samą lub podobną tematyką (żałoba po stracie dziecka lub żałoba w ogóle). Prezentuję

praktyki nieznane w Polsce lub doprecyzowuję opis tych, które w jakimś stopniu zostały zaadaptowane. W części tej znalazły się dwa rozdziały, które analizowane były z wykorzystaniem kategorii rodzaju straty (rozdział piąty) oraz kategorii podejmowanych przez rodziców aktywności, wytwarzanych przestrzeni i artefaktów, wykorzystania zmysłów w codziennych praktykach rodziców po stracie (rozdział szósty). W rozdziale dotyczącym pochówków zdecydowałam się na zamieszczenie ilustracji – są to zdjęcia zanonimizowanych pomników dziecięcych z pięciu różnych polskich cmentarzy. Obrazują i ilustrują powszechną (choć zróżnicowaną) praktykę upamiętniania zmarłych dzieci – a także są najbardziej materialnym aspektem praktykowania żałoby po dziecku. Na koniec części trzeciej zwracam uwagę na zmiany w procesie żałoby po dziecku, zachodzące w czasie oraz kłopoty związane z analityczną kategorią czasu.

Część czwarta dotyczy społecznych kontekstów straty dziecka. Przyglądam się instytucjonalnym wymiarom tego doświadczenia – na kogo wywiera lub może wywierać ono wpływ i do kogo powinno być kierowane wsparcie? Zwracam też uwagę na fakt, że interakcje podejmowane z osobami reprezentującymi instytucje są wyjątkowo trudne ze względu na wpisanie w ramy tychże instytucji i określonych oczekiwań – tak ze strony rodziców, jak i pracodawców itp. Opisuję nowe zawody, które pojawiły się w ostatnich latach i mogą okazać się pomocne dla osieroconych rodziców.

Takie uporządkowanie wywodu daje możliwość przyglądania się doświadczeniu straty dziecka z różnych stron – teoretycznej, metodologicznej, indywidualnej i społecznej.

Podziękowania

Bardzo jestem wdzięczna moim rozmówczyniom i rozmówcom, które i którzy zgodzili się podzielić ze mną intymnymi opowieściami o swoim życiu – nie wymienię ich z imienia i nazwiska z oczywistych względów (anonimowe wywiady i nierejestrowane również anonimowe rozmowy).

Ogromne podziękowania za pomoc kieruję do mojej promotorki i mentorki dr hab. prof. UŁ Annie Kacperczyk za cierpliwość i naprowadzenie na właściwą ścieżkę i

podsyłanie literatury. Dziękuję dr hab. prof. UŁ Kai Kaźmierskiej i dr Katarzynie Waniek za dzielenie się warsztatem badań biograficznych. Dziękuję prof. dr. hab. Krzysztofowi Koneckiemu za inspiracje, wsparcie i dzielenie się literaturą. Kłaniam się nisko dr. Grzegorzowi Grochowskiemu za wskazywanie literatury. Serdecznie dziękuję prof. dr hab. Ninie Ogińskiej-Bulik za podzielenie się uwagami dotyczącymi matek w żałobie i ukierunkowanie moich zainteresowań na potraumatyczny wzrost. Dziękuję też Urszuli Klajmon-Lech za udostępnienie wywiadu ze swojej kolekcji.

Moje podziękowania wędrują również do wszystkich pracowników Instytutu Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, którzy okazali mi swoją sympatię i wsparcie w tym wymagającym dla mnie czasie, dzielili się swoją wiedzą lub wskazywali interesującą literaturę.

Dziękuję też wszystkim organizatorkom i organizatorom konferencji i sympozjów z zakresu tanatologii, w których nie zawsze mogłam uczestniczyć, ale z przyjemnością przeglądałam ich programy, ciesząc się w duchu, że nie tylko mnie problemy ludzkiej (i nie tylko) śmiertelności zaprzątają myśli. Cieszę się, że nadal istnieją możliwości publicznego podejmowania tematyki mortalnej i liczę na kolejne obrady, wymianę poglądów i ciekawe dyskusje.

Dziękuję wreszcie mojej mamie – która była inspiracją dla mnie do podjęcia tego tematu oraz wsparciem i pierwszą odbiorczynią moich raczkujących przemyśleń – a także innym kobietom z mojej rodziny, które doświadczyły straty dziecka (nawet w sytuacji, kiedy to dziecko było już dorosłe i miało wnuki).



Część I:
Podstawowe pojęcia
– proces negocjowania
obszaru badań

1. Śmierć, która niszczy i ocala – o problemach z definicjami

Death destroys a man; the idea of Death saves him.
[Śmierć unicestwia człowieka; idea śmierci go ocala – tłumaczenie Ł. L.].
(Forster 1984: 250).

Podjęcie tematów trudnych, związanych ze śmiercią i żałobą wiąże się z wyzwaniem dotyczącym interdyscyplinarności tego zadania. Z jednej strony wybór socjologii był oczywisty, z drugiej – psychologiczny kontekst domagał się uwzględnienia. Rozpięcie badań nad żałobą pomiędzy socjologią i psychologią nie wynika jedynie z intuicyjnego poczucia, że nie da się inaczej czy, że ja jako badaczka nie chcę inaczej do tego tematu podchodzić, ale przede wszystkim ze zgody z przekonaniem, które żywi Jack Goody (2006). Autor ten zauważa, że to za sprawą Bronisława Malinowskiego dostrzeżona została zależność rytuałów i ceremonii pogrzebowych z emocjonalnością osób, które doznały straty. Jego zdaniem instytucje tego typu powinny być analizowane zarówno na poziomie społecznym, jak i indywidualnym, ponadto teorie socjologiczne i psychologiczne powinny być ze sobą zgodne (*ibidem*: 28-29). Jest to podejście zgoła odmienne od tego, które przejawiał Émile Durkheim (1992). W jego mniemaniu żałoba jest reakcją wymuszoną społecznie, a tym samym niezależną od stanu afektywnego osoby, która doświadczyła straty (*ibidem*: 403). Przypuszczam, że jak każdy z badaczy i badaczek zajmujących się tematyką mortualną w pewnym stopniu i Durkheim ma rację, co wynika przede wszystkim z charakterystyki środowiska, które badał.

Problematyka, którą poruszam lokuje się na przecięciu wielu różnych dyscyplin, czerpie z nich, ale też próbuje „pogodzić”, zestawić i powiązać wypracowane w ich ramach koncepcje, co nasuwa liczne trudności koncepcyjne i metodologiczne. Przedsięwzięcie, jakie przed sobą postawiłam zakłada czerpanie również z szeroko pojmowanych rozważań tanatologicznych. Te natomiast konstytuowane są interdyscyplinarnie (czy nawet trans- lub multidyscyplinarnie), bo pomiędzy antropologią kulturową, etnografią, religią, filozofią, sztuką czy biologią, a nawet fizyką i chemią. Tomasz Michał Korczyński (2016: 19) we wprowadzeniu do swojej książki z zakresu socjologii śmierci zwraca uwagę na małą liczbę publikacji socjologicznych w obszarze tematyki mortualnej. Powołując się na słowa Loiusa-Vincenta Thomasa (Rosiek 2002: 21), dla

którego socjologia spełnia się w opisywaniu społecznego postrzegania śmierci, Korczyński stwierdza, że „na to znaczące przemilczenie socjologii nie powinno być zgody” (*ibidem*), chociaż przyznaje, że socjologowie i socjolożki – szczególnie w Polsce – skutecznie przyczyniają się do bycia pomijanymi, właśnie przez brak zainteresowania rzeczoną tematyką. Wspominam o tym wątku, ponieważ przemilczenie pewnych tematów (nie tylko w socjologii) nie wynika jedynie z faktycznego braku zainteresowania badaczek i badaczy, ale środowiskowego (bardziej niż społecznego) ostracyzmu. Pewne tematy były oceniane jako bardziej odpowiednie dla akademii, inne uważano za nieodpowiednie. W ramach historii i archeologii można zajmować się tym, co martwe. W socjologii, czy etnologii tylko w pewnym zakresie. Zbytne zainteresowanie tematyką tanatologiczną było w pierwszej kolejności zakwalifikowane jako niezdrowe, bo skojarzone z pornografią śmierci, która jest powszechna i nie powinna być promowana przez akademię (tak samo, jak miało to miejsce w przekonaniach dotyczących badań kultury popularnej – zob.: Krajewski 2005: 7-10).

Jacek Kolbuszewski w przedmowie do wspomnianej już książki Korczyńskiego (*op. cit.*: 7) zwraca uwagę na ważny aspekt:

Niemożliwy do określenia status ontyczny śmierci, jej całkowita niepoznawalność i fakt, że jej istoty nie można zdefiniować, sprawiają, że wszelkie badania naukowe wchodzące w zakres problematyki mortalnej dotyczyć mogą tylko zewnętrznych aspektów, przyczyn i skutków śmierci. Śmierć widzialna jest bowiem tylko z perspektywy pozostających przy życiu. Skutki tego dotyczą antropotanologii humanistycznej, obciążonej dodatkowo przez brak własnego języka i konieczność posługiwania się metodologią „cudzych” dyscyplin naukowych.

Te właśnie kwestie wiążą się również ze wspomnianą przeze mnie trudnością określenia ram dla rozważań dotyczących żałoby. W ostatnich latach wyraźnie wzrosła liczba woluminów poświęconych tanatologii – osadzonych w różnych dyscyplinach, o charakterze naukowym, popularno-naukowym czy beletrystycznym (zobacz m.in.: Boni 2017; Domańska 2017; Kapla 2021; Kluz-Konopek 2020; Kubiak: 2014 i 2015; Kubiak i Zawila 2015; Kurowska-Susdorf 2019; Sztobryn-Buchomska 2021; Szymborska 2019; Urbańczyk 2020; Węglarz 2021; Witkowska 2021). Dokonano aktualizacji stanowisk i opisano nowe „rytuały”. Warto więc pamiętać, że ów brak literatury *stricto* socjologicznej z zakresu tematyki związanej ze śmiercią, umieraniem i żałobą jest kwestią złożoną. Być może również dlatego, że trudno o jednorodność w zakresie

dyscypliny w tematyce, która implikuje wielość podejść. W związku z powyższym uznałam za w pełni uzasadnione korzystanie w swoich rozważaniach z bogactwa tanatologicznych opracowań, nie zważając zbytnio na ich proveniencję. Uważam, że chcąc dokonać opisu jakiegoś zjawiska – w tym przypadku doświadczenia wielu osieroconych rodziców – należy przyjąć możliwie najszerszą perspektywę, która uwzględni różnorodność poglądów i przeżyć. Pozwala ona też znaleźć uzasadnienia poszczególnych praktyk, odczuwanych emocji czy wyrażanych poglądów.

1.1. Postrzeganie śmierci przez pryzmat tabu

Skoro już podejmuję się rozważań o śmierci, warto zwrócić uwagę na istnienie kwestii, które należy dla jasności wyводу przybliżyć i w miarę możliwości wyjaśnić i uściślić. Do zagadnień problematycznych w poruszonym przeze mnie obszarze należą między innymi: (1) postrzeganie śmierci przez pryzmat tabu; (2) szeroko postrzegany lęk tanatyczny; (3) stadia żałoby; (4) płęć i rodzaj żałoby; (5) postrzeganie żałoby jako zaburzenia psychicznego.

Wychodzę więc od zagadnienia najważniejszego, czyli śmierci, którą przywołany już Malinowski (1948: 47) określił mianem „źródła” o największym znaczeniu dla religii i rozważań na jej temat. Stanisław Rosiek (2002: 5) pisze o niej natomiast tak:

Cóż można powiedzieć o śmierci, prócz tego, że jest i że jest nieuchronna? Niewiele więcej. A jednak mówi się o niej i pisze ciągle od nowa. Śmierć to temat królewski – pojawia się w codziennej rozmowie, w banalnej refleksji przy czytaniu gazetowego nekrologu, że wszyscy prędzej czy później umrzemy, ale też w filozoficznej rozprawie, która umieszcza ją w siatce wyszukanych dystynkcji. Jest w śmierci jakiś tajemniczy urok (wiem, bo sam mu zbyt często ulegam) i zarazem jakaś moc, która zmusza do mówienia [...].

O śmierci powiedziano i napisano już dostatecznie dużo. Trzeba doprawdy niezwykłych powodów, by do tego wszystkiego dorzucać jeszcze własne zdanie. Nastąpiła dewaluacja słów o śmierci. [...] W efekcie śmierć – jako kategoria ogólna – zniknęła, tak samo jak kiedyś rozpadła się persona. Nie ma już śmierci.

Są tylko umarli i o nich warto (i trzeba) mówić. A także o żywych, którzy się obok umarłych pojawiają jako uczestnicy zbiorowych rytuałów żałobnych lub jako rozpaczający wedle prywatnej reguły. Tylko o tym. Cała reszta, szczególnie zaś teologiczne, moralistyczne czy filozoficzne próby przybliżenia się do śmierci i jej istoty, to na ogół pusta gadanina, która jest nie do zniesienia zwłaszcza wtedy, gdy stroi się w szaty wyszukanego stylu. Im piękniej, tym gorzej. [...] Wobec spraw

ostatecznych konieczna jest powściągliwość. Należy mówić mało i jak najprościej. Brzydko. Słowa o śmierci powinny wydzielać trupi odór.

Powyższe zalecenie implikuje pytanie o konsekwencje takiego działania. Czy „brzydkie” pisanie o śmierci sprawi, że stanie się ona bliższa nam, powtórnie oswojona²? Czy może wręcz przeciwnie: będziemy jej unikali, by „nie psuć atmosfery”? Śmierć jest tematem ważnym i powszechnie eksplorowanym, mimo przekonania, że temat ten nie jest podejmowany. W końcu wszyscy jesteśmy śmiertelni i prędzej, czy później musi dojść do konfrontacji z tym faktem. Nie jest to żadnym odkryciem. Napisano o śmierci wiele i poświęcono jej dużo uwagi. Być może nawet więcej niż byśmy chcieli. Trudno zliczyć wszystkie publikacje, warsztaty, sympozja i konferencje, które dotyczą końca życia (a także cierpienia i żałoby). Nie jest moim celem tworzenie przeglądu wszystkich tych wydarzeń, które zdołałam zaobserwować w okresie prowadzenia badań (2015-2021). Miały w tym czasie miejsce wydarzenia o różnym charakterze – od seminariów, po konferencje³ i sympozja a nawet warsztaty i szkolenia, pojawiły się również publikacje naukowe oraz popularne (wraz z filmami dokumentalnymi i nie tylko), rzucające nowe światło na zagadnienia związane ze śmiercią, umieraniem i żałobą. W ramach spotkań *Filozofia w ogrodzie* organizowanych

² Nawiązuję w tym miejscu do koncepcji zaproponowanej przez Philippa Ariès, który to badając historyczne źródła i swoją współczesność doszedł do wniosku, że żyjemy w czasach „śmierci zdziczałej”, dla której nie ma miejsca w przestrzeni naszej codzienności (por.: Ariès 1989).

³ Wybrane konferencje: **2015**: „Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej” Uniwersytet Jagielloński, 20-21.22.2015; Nieobecność, nieświadomość, pustka, nicność – próby transgresji i opisu”; **2016**: „Odczytując język zmarłych” Uniwersytet Wrocławski, 18-19.03.2016; „Disease, Death, Decay in literatures, cultures and Language” Uniwersytet Opolski, Opole, 26-28.09.2016; „Wiedza i wyobraźnia w kulturze staropolskiej: Życie i śmierć” Uniwersytet Wrocławski, 24-25.11.2016; **2017**: „Death and the Maiden: Representations of Women and Death in Literature and Culture” SAN, Łódź, 11-12.05.2017; III Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa z cyklu „Człowiek-Inny/Obcy Byt: Zootanatos” Uniwersytet Śląski, Katowice, 25-26.09.2017; **2018**: „Żywa obecność umarłych w kulturze polskiej i europejskiej” Uniwersytet Szczeciński Pobierowo, 15-17.05.2018; „Autodestrukcja I. Sytuacje graniczne we współczesnej kulturze”; Uniwersytet Warszawski, 22-23.05.2018; „My się śmierci nie boimy – zmiany w postrzeganiu śmierci na przestrzeni dziejów” Amor Fati, Uniwersytet Śląski, Katowice, 17-18.11.2018; **2019**: „Autodestrukcja II. Sytuacje graniczne we współczesnej kulturze” Artes Liberales Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 09-10.04.2019; „Zbrodnie, zabójstwa i samobójstwa na przestrzeni wieków” Uniwersytet Łódzki, 17.05.2019; „Zbrodniarze i ofiary. Społeczeństwo – media – kultura – historia” Ośrodek Facta Ficta, Kraków, 14-15.06.2019; „Cmentarz – dziedzictwo materialne i duchowe” Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 21-22.10.2019; „Tęsknota, brak, utrata, żałoba – cywilizacja, historia, kultura, obyczaj” Ośrodek Facta Ficta, Kraków 29-30.11.2019; **2020**: „Death and Dying: Medical, Cultural and Environmental Perspectives” Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 25-26.09.2020; II Kongres Suicydologiczny: Profilaktyka samobójstw. Od nauki do praktyki” 19-20.11.2020; V Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu „W kręgu rodziny epok dawnych – rytm życia, rytm codzienności: Śmierć” Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, Kraków 02-03.12.2020; „Samobójstwo w prawie polskim i naukach pokrewnych” Uniwersytet Szczeciński, 10.12.2020; **2021**: „Życie Śmierć” I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, Akademia Pomorska w Słupsku, Instytut Dobrej Śmierci 12-21.03.2021; Konferencja „O śmierci bez tabu” Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Instytut Dobrej Śmierci, 09.05.2021 (opracowanie własne).

przez Stół Powszechny w Warszawie podejmowane były rozmowy o śmierci i umieraniu. Pojawiły się nowe zawody (doula umierania, towarzyska w żałobie), których dotychczas na polskim rynku nie było (Facebook: *Filozofia w ogrodzie* – wydarzenia). Zainicjowano powstanie Instytutu Dobrej Śmierci, którego celem jest „przywracanie śmierci” społeczeństwu (*instytutdobrejśmierci.pl*). I w tej wielości działań zaskoczeniem jest słyszeć nadal te same teorie, które wielokrotnie poddawano krytyce i wydają się nieaktualne lub co najmniej nieadekwatne. Jedną z takich powtarzanych teorii jest ta, dotycząca tabu śmierci. Przekonanie, że śmierć należy do sfery tabu, a tym samym nie mówimy o niej publicznie, bo niestosownie jest mówić o niej w towarzystwie, a zajmowanie się nią także z pozycji badaczki lub badacza jest postrzegane jako rodzaj patologii lub (w najlepszym wypadku) niegroźny objaw szaleństwa – jest wszechobecne. Interesujące staje się zatem współwystępowanie tego typu przekonań z całą gamą wydarzeń i zainteresowania społecznego⁴. Jeśli wierzyć autopromocji portali internetowych (*magazyn.wp.pl*; Góra: 2018) – najczęściej czytany reportaż w roku 2018 był ten, dotyczący pracy Adama Ragiela – prekursora nowych technik i czołowego balsamisty w Polsce – jak określa go Dawid Góra. Czy zaliczenie zainteresowania pracą balsamisty można i należy złożyć na karb wszechobecności „pornografii śmierci” czy jednak uznać za przejaw naturalnego zainteresowania własną śmiertelnością? Na popularności zyskały również rozmowy przeprowadzane przez Rafała Gębure w ramach kanału *7 metrów pod ziemią* prowadzonego na portalu YouTube – ma on ponad 1,1 miliona subskrybentów. Zapraszał on do swojego programu osoby, które doświadczyły śmierci dziecka (od ponad 600.000 do ponad miliona wyświetleń), pracują w hospicjum albo w branży funeralnej – w zawodzie balsamisty (ponad 3 miliony wyświetleń), grabarza lub posiadają firmę sprząającą po zgonach (YouTube: *7 metrów pod ziemią*). Z jednej strony można ten trend do poruszania trudnych tematów i oddawanie głosu osobom wykonującym trudne społecznie zawody, uznać za przejaw pornografii śmierci – poszukiwania kontrowersji i umacniania pozycji „tabu” poprzez konfrontowanie jej z odkrytymi, nie zawsze „ładnymi” tajemnicami. Z drugiej – zainteresowanie widowni

⁴ Nie są to wydarzenia kierowane jedynie do wąskiego grona akademik i akademików, ale do wszystkich osób. Cieszą się sporym zainteresowaniem ludzie niezwiązanych z tanatologią, zaniepokojonych jednakże tematem, którzy mają problem z odnalezieniem się w narzucanych sposobach mówienia o śmierci i umieraniu, poszukują więc alternatyw. Dowodzi tego chociażby popularność wystawy *Dobra Śmierć* podczas Gdynia Design Days w 2020 roku.

może wynikać z naturalnej ciekawości i nieznajomości pewnych „ukrywanych” (mniej eksplorowanych) obszarów.

Warto zastanowić się: jak to jest z tym powszechnym tabu? Anna E. Kubiak (2007: 68) zauważyła tę dokonującą się przemianę jako prawdopodobnie jedna z pierwszych polskich badaczek – „[c]zy jednak dzisiaj nie dokonuje się przełom tego tabu? Jeżeli weźmiemy pod uwagę zalew literatury tanatologicznej, filmy fabularne i dokumentalne, historie indywidualnych protestów wobec niegodnego życia i perspektywy niegodnego umierania, możemy śmiało głosić tezę o zmianie paradygmatu śmierci”. Skąd więc nadal to ciągle publiczne obwieszczenie tabu śmierci? Spróbuję odpowiedzieć na to pytanie.

Piotr Szenajch (2015: 147) napisał: „Dziwne to tabu, skoro ogłasza je każdy ekspert w kraju i nie ma niedzieli, by przynajmniej w jednej gazecie nie dyskutowano o śmierci, żałobie, albo pogrzebach”. Jednocześnie opisując swoje doświadczenia badawcze, przywołał sytuacje, kiedy doświadczał tabu śmierci:

W dwóch czy trzech pierwszych takich rozmowach, prowadzonych akurat nie z bliskimi znajomymi, zauważyłem, że jednozdaniowa odpowiedź wprost [...] powodowała popłoch, konsternację, nie wykluczam, że też zażenowanie (choć nie wyrażane wprost) i rychłą ucieczkę (*ibidem*: 305).

Po zmianie strategii („Piszę pracę o umieraniu”) na bardziej tajemniczą („Piszę pracę o śmierci”) okazało się, że rozmówcy interesują się tym, co robi i sami dopytują o szczegóły (*ibidem*). Jean Baudrillard (2007: 237) pisząc o obumieraniu kultu zmarłych zwraca uwagę na to, że „[o] zmarłych mówi się coraz mniej, śmierć pogrąża się w milczeniu, popada w zapomnienie i powszechną niełaskę. [...] Śmierć, podobnie jak żałoba, staje się czymś obscenicznym i krępującym, dziś w dobrym tonie jest jej ukrywanie, może przecież zaburzyć komuś dobre samopoczucie”. Jego zdaniem to dobre maniery nie pozwalają nam rozmawiać o śmierci. Dla Szenajcha wniosek z własnych doświadczeń jest prosty:

Ciekawa to ilustracja do mojej tezy o podwójnym obliczu tabu (o jego rytualnej naturze i odbiciu w „aktywnych” praktykach). Jest to też przesłanka na rzecz tezy, że o umieraniu w naszej kulturze nie wypada mówić — pożądane są za to wypowiedzi o śmierci (znaku) (*op.cit.*: 306).

Intrygujące jest więc to, że kiedy badaczki i badacze wyrokuje o tabu śmierci, o ukrywaniu tematu i jego wypieraniu ze społecznych praktyk, jednocześnie temat ten

istnieje i ma się całkiem dobrze. Szenajch poza wspomnianym już podwójnym obliczem tabu, zaleca jego „swoiste stopniowanie”, przyjmuje bowiem, że jednak istnieje. Poza tabu pozostaje śmierć, którą autor nazywa „śmiercią-znakiem”. Jest ona estetyzowana, idealizowana i odległa od „prawdziwej śmierci”. „Zamienia się w przedstawienie, obraz, znak, o którym można mówić” (2015: 169). Drugi poziom przeznacza autor dyskursowi naukowemu, który mimo podejmowania istotnych kwestii, dokonuje podobnego zabiegu teatralizacji, co nie czyni go bliskim ludzkiemu doświadczeniu. Trzeci poziom to śmierć w aspekcie indywidualnym. „Od obcowania z przedstawieniami różni się ono zasadniczo: zakłada współobecność, wiąże się z niebezpieczeństwem, daje pewną wiedzę i odmienia podmiot” (*ibidem*).

Śmierć, umieranie oraz żałoba przynależą do kategorii migotliwych, które jednocześnie są zamknięte i otwarte. Próby rozmontowania tej pojęciowej kapsuły podjął się między innymi Tony Walter (1991, 2015), który wyodrębnił trzy modele idealne śmierci. Wykazał on jednocześnie, że obecnie obowiązujący model, czyli „śmierć ponowoczesna”, nie polega na ukrywaniu czy zabranianiu mówienia o śmierci. Uważa on również, że współcześnie nie tyle istnieje społeczny problem ze śmiercią (i umieraniem), co jednostkowe podejście i ewentualna niechęć do informacji o cudzym cierpieniu, umieraniu czy śmierci, które są uogólniane na całe społeczeństwo (Walter 1993: 42). To przeświadczenie koresponduje z modelem, który podporządkowany jest właśnie jednostkom i ich bliskim. Ponowoczesna wersja śmierci podlega opinii specjalistów – ekspertów. Walter uważa, że „Aspekt ekspercki opiera się na przekonaniu, że śmierć i strata są z natury traumatyczne, zwłaszcza w nowoczesnym świecie, który stracił kontakt ze starszymi rytuałami” (*ibidem*: 31). Doradcy i terapeuci wypierają księży i lekarzy. Nastaje czas jednostki i jej rodziny. Skupienie na emocjach i procesie umierania, na cierpieniu osobniczym sprzyja nie tyle zakazowi mówienia o śmierci, co rozważnemu wydzielaniu informacji, które mają charakter prywatny. Śmierć nie jest więc stabilizowana, jest przemilczana, ale znowu: nie w stosunku do wszystkich. Dało się to również zauważyć podczas moich badań – im bliższą relację, bardziej otwartą i szczerą miałam z badanymi (a także rozmówczyniami i rozmówcami, którzy udziału w badaniach nie brali), tym więcej mogłam się dowiedzieć. Ponieważ czasami mogłam mieć podobne wrażenie, jak Szenajch – że poruszany przeze mnie temat wywołuje przerażenie lub lęk – zaczęłam zadawać pytanie o to, co właściwie

myśli i czuje druga strona. Okazało się, że osoby, które spotykałam nie tyle były przerażone tematyką, co raczej interakcją ze mną: badaczką (reprezentantką instytucji uniwersytetu), która zapewne podejmuje taki temat nie bez przyczyny (prywatne, nieznane rozmówcom doświadczenia) i która może oceniać ich doświadczenia. Utożsamiano mnie z tematem moich badań, a tym samym z ewentualnymi moimi traumatycznymi doświadczeniami. Osoby te nie wiedziały, jak mają się w moim towarzystwie zachować – czy wolno im zadać jakieś pytanie, czy może sprawią mi ból? Nie chodziło o to, że ewentualne pytanie jest nie na miejscu, że nie wypada o czymś mówić, ale że mogą sprawić mi przykrość. To, co intuicyjnie mogłabym zaklasyfikować (uważam, że mylnie) jako tabu śmierci, wynikało w rzeczywistości z barku informacji i z postrzegania mnie przez pryzmat podjętych badań oraz reprezentowanej instytucji. W moim odbiorze to była daleko posunięta empatia, nie zaś tabu.

Marta Spyrzak, która prowadziła wywiady z rodzicami wcześniaków oraz rodzicami po stracie przekonywała mnie, że z dziennikarką, osobą z podobnymi doświadczeniami, znaną w środowisku rozmawia się chętniej. Jest to możliwe, ponieważ niweluje oba z czynników, które stały u podstaw rzekomego tabu w moim przypadku. Przybliża osobę prowadzącą badania, bo reprezentuje siebie samą, jest osobą rozpoznawalną w środowisku, która jest „jedną z nas” i działa na rzecz tematu, który „nas dotyczy”. Będąc osobą z zewnątrz, mogłam mieć złudzenie tabu (lub tabu miało charakter spersonalizowany w stosunku do osoby badaczki/badacza). Tak, jak tylko możemy ulegać złudzeniu skrytości nieznanych nam osób, do których domów przychodzimy i oczekujemy opowieści dotyczącej najbardziej intymnych doświadczeń. Trudno orzec, czy moje doświadczenie było odosobnione, czy nie – uświadomiło mi jedno: tabu śmierci nie istnieje (a przynajmniej nie tak i nie w takim zakresie, nie w taki sposób, jak powszechnie się przyjmuje). Jest wygodnym „kłamstwem”, które zamyka niewygodny temat w ozdobnym pudełku i każe je podziwiać z daleka, pozostawiając szczegóły domysłom. Pozwala też na wprowadzenie swoistego dramatyzmu do rozpraw naukowych, które mają na celu „pokonanie tabu”. Istna „śmierć-znak”.

Jednak założenie o tabu śmierci ma jeszcze inne podstawy, którym warto się przyjrzeć. Łukasz Kałużny stwierdza, że „[...] pogląd, że śmierć jest lub do niedawna był jednym ze współczesnych tabu przeniknął już dawno do świadomości potocznej. Jest pewnym truizmem, powtarzanym co jakiś czas w prasie, telewizji, w różnorakich

środkach przekazu" (2011: 168). Podjął się on dlatego uporządkowania pojęcia tabu śmierci w kontekście socjologicznym. Za Małgorzatą Zawiałą (2008: 48-58) podaje więc:

Jeśli chodzi zatem o to, co dokładnie jest tabuizowane, to akcenty padają oczywiście na **różne rodzaje śmierci**. Wyróżnia się je ze względu na: **stosunek czy dystans tabuizującego wobec osoby o śmierć, której chodzi** (szczególnie śmierć własna i osób bliskich), **poziom abstrakcji** (śmierć konkretnej osoby zdecydowanie bardziej niż sama świadomość śmiertelności, czy śmierć jako pojęcie metafizyczne, filozoficzne, demograficzne i masowe), **aktualność** (wspomnienie śmierci minionych, aktualnie dziejący się proces umierania, zgon przewidywany w nieokreślonej przyszłości), **przyczynę** (śmierć z przyczyn naturalnych – jak choroba i starość, zdecydowanie częściej niż gwałtowna i tragiczna). W kontekście tym rozpatruje się także to, czy chodzi o śmierć rozumianą jako **moment lub stan**, czy bardziej jako **proces umierania** wraz ze wszystkimi jego fizycznymi objawami. (Kałużny 2011:170) [zaznaczenia Ł. L.].

Powyższa charakterystyka powstała w kontekście działalności środowisk hospicyjnych, może być więc typowa dla grup ludzi z tym środowiskiem związanych. Nie jest jednak tym samym charakterystyką możliwą do zastosowania w każdym przypadku. Problem polega tu na fragmentaryzacji spojrzenia. Poszukując źródeł wybiórczego patrzenia mam wrażenie, że należy wrócić do kanonicznej publikacji Philippa Arièsa (1989) i jego wywodów na temat śmierci oraz zmian w jej postrzeganiu, które spowodował rozwój technologiczny. Ariès stosuje podział na śmierć oswojoną i śmierć zdziczałą (w tym śmierć na opak). Jego zdaniem śmierć poprzez proces medykalizacji oddaliła się od człowieka i odebrała mu kontrolę nad cielesnością i procesem umierania. Tym samym stracił on kontakt ze swoim ciałem, swoimi bliskimi i społecznością, do której przynależał. Pogrzyżył się w „kłamstwie i odgrywaniu ról”. I chociaż zgadzam się, że opisany również przez Barneya G. Glasera i Anselma L. Straussa (2016) proces budowania interakcji na linii lekarz-pacjent powstaje w sytuacji zawierzenia swojego losu lekarzom oraz instytucjom szpitali, sprzyja oddalaniu się od tematu śmierci, to jednak nie wyklucza go całkowicie. Zawsze w końcu pozostajemy sam na sam ze swoim umieraniem, co koresponduje ze wspomnianą powyżej zindywidualizowaną, bliską śmiercią ponowoczesną. Ariès założył w swoich rozważaniach, że śmierć we wcześniejszych epokach była inna, bo należała do ludzi, do społeczności. Definiuje ją jako śmierć oswojoną na podstawie literatury i bogatej mortualnej ikonografii – jednocześnie pomija niejako „zwykłą śmierć”, tę śmierć, która

dotyczyła większości, bo przekazy pisane odnoszą się i pochodzą jednak z warstw społecznych usytuowanych wyżej (stanowiących na dodatek mniejszość). Jego oswojona śmierć, jest śmiercią wybranych – stała się ona wzorem, emblematem i odniesieniem dla śmierci w ogóle. Czy faktycznie taką była? Dziś już raczej nie dojdziemy prawdy, chociaż wielu antropologów i wiele antropolożek starało się zgłębić temat i znaleźć wyjaśnienie w obserwacji rdzennych ludów, tradycji ludowych z różnych obszarów świata. Nadal jednak dostęp do praktyk był wrywkowy, a to, co badaczki i badacze odbierali jako tabu śmierci, mogło być efektem badacza, czyli reprezentanta innej kultury – obcego, którego nikt nie zna i który nie rozumie (bo nie jest „jednym z nas”) podstaw kultury, którą chce badać. Anna E. Kubiak (2014: 228) uważa, że możemy mówić o ponownym oswajaniu śmierci, a potrzeba ta „wyraża się w dynamicznym rozwoju tanatologii, zarówno w naukach humanistycznych, jak również w anatomii, medycynie, kryminalistyce. Świadczą o tym coraz liczniejsze publikacje dzienników chorych i umierających, literatura opisująca doświadczenia śmierci klinicznej [...]” twierdzi jednocześnie, że obecnie panujący model śmierci należałoby nazwać „śmiercią rozproszoną” ponieważ „dyskursy o niej [...] nie korespondują ze sobą” (*ibidem*: 42). Czy to właśnie to rozproszenie sprzyja poczuciu, że śmierć jest tabu?

Innym autorem, którego słowa okazały się bardzo wpływowe, ale i zgubne, jest Geoffrey Gorer, któremu zawdzięczamy pojęcie „pornografii śmierci” (1979, 1965). Gorer uważał, że naturalna, biologiczna śmierć ulega coraz bardziej ukryciu (lata 50-te XX wieku), a na jej miejsce pojawia się niezdrowe wręcz zainteresowanie tak mediów, jak i odbiorców informacji, dotyczące śmierci gwałtownej (*ibidem*). Takie ujęcie śmierci wskazuje na zachodzące zmiany w społecznym postrzeganiu rzeczywistości, ale jest bardzo uogólnionym i wybiórczym obrazem rzeczywistości XX wieku. To, że dotyczy XX wieku ma również znaczenie – najogólniej rzecz ujmując bardzo często literatura z innych części świata jest tłumaczona na język polski (a tym samym udostępniana odbiorcom mającym mniejsze możliwości czytania różnych treści w oryginale) plus minus z dwudziestoletnim poślizgiem. Czy takie samo opóźnienie występuje w procesach społecznych zachodzących w naszych kręgach językowych? Wspomniany już Kałużny zwraca uwagę na pojawiające się dyskusje i krytyczne podejście do tabu śmierci – tak w Polsce, jak i na świecie. Dyskusje te opierają się na

przekonaniu, że w XXI wieku mamy coraz częściej szansę na ekspresję emocji, co pozwala nam odzyskać poczucie kontroli nad własnym życiem i własną śmiercią. Następuje więc rodzaj odrodzenia śmierci w publicznym dyskursie. Jednakże pomimo tej przemiany dokonuje się rozdrobnienie „tanatycznych dyskursów”, a tym samym pojawia się poczucie zagrożenia jednostki, na której to spoczywa konieczność „konstruowania sensów” (Kałużny 2012: 173). Jest to ważny aspekt i mam poczucie, że łączy się z „językowym tabu”, którego podstawą jest eufemizacja lub wypieranie pewnych tematów (lub ich części), bazująca jednocześnie na emocjach (w tym poczuciu odrazy, wstydu lęku itp.).

Skoro eksploruję kwestie językowe, warto spojrzeć na etymologię słowa tabu i zmiany w jego znaczeniu. Kolejnego klucza do rozwikłania zagadki tabu śmierci dostarcza bowiem sama definicja. Internetowe wydanie *Słownika języka polskiego PWN* wyjaśnia, że tabu to „według wierzeń ludów pierwotnych: zakaz stykania się z pewnymi przedmiotami, osobami, zwierzętami lub dokonywania pewnych czynności, którego naruszenie miało powodować karę sił nadnaturalnych; też: przedmiot, osoba, zwierzę itp. objęte tym zakazem” (*SJP PWN*, hasło: tabu). Znaczenia dalsze mogą oznaczać coś nieczystego lub świętego, oraz coś „o czym się nie mówi lub co jest zakazane” (*ibidem*). To pierwsze znaczenie dotyczy fundamentalnego zakazu kulturowego, którym objęte były zwykle tematy nieakceptowane lub problematyczne. Mniej ogólne znaczenie odsyła nas do swoistego rodzaju autocenzury lub czegoś, co określilibyśmy „zmową milczenia”. Między nimi znajduje się przepełnione wiarą przekonanie o istnieniu sacrum i profanum, których naruszanie nie jest wskazane, może bowiem spowodować na człowieka nieszczęście. Przemierzamy więc ścieżkę od kulturowego zakazu, przez osadzenie w wierze, do indywidualnego poczucia konieczności autocenzury – wszystkie rodzaje tabu są jednak głęboko powiązane z emocjami, przede wszystkim ze wspomnianymi wstydem, czasami z lękiem (wychodzimy od lęku i strachu, kończymy na poczuciu wstydu). Należy przy tej okazji przypomnieć, że najdawniejszymi i najczęściej występującymi stabiuzowanymi tematami były w kulturze europejskiej kaziroddstwo i zabójstwo (również z właściwymi sobie ładunkami emocjonalnymi). W tym kontekście staje się zrozumiałe, dlaczego niektóre rodzaje śmierci podlegają językowemu tabu, a inne nie. Aborcja, poronienie, samobójstwo dziecka, zabójstwo lub wypadek dziecka, w wyniku którego rodzic czuje się w jakikolwiek sposób winny, będą

obłożone tabu (przemilczenie związane ze wstydem i obawą przed byciem ocenianą/ ocenianym). I to akurat potwierdziło się w moich badaniach. Osoby, które odczuwały wstyd lub obawiały się oceny, miały dużą niechęć do opowiadania o swoim doświadczeniu. Wynika to więc z samej definicji tabu, że temat ten jest złożony i nie tylko nie można, ale również nie należy tabuizować śmierci (jako całego dobrodziejstwa tanatologicznych rozważań). Tam, gdzie będą zaangażowane emocje – powtórzę: przede wszystkim poczucie wstydu, obawa przed byciem ocenianą lub ocenianym – może pojawić się autocenzura, której celem będzie zachowanie (w mniemaniu opowiadającej lub opowiadającego) resztek dobrego imienia.

Dlaczego upieram się przy kwestii wpływu emocji, a przede wszystkim wstydu jako czegoś, co stymuluje kwestię pojawiania się „tabu śmierci”? Są ku temu dwa istotne powody. Po pierwsze wstyd jest emocją, która zdaniem wielu myślicieli i myślicielek może być odpowiedzialna za większość naszych działań i decyzji (zob.: Dolezal 2015). Ma on „ogromne znaczenie dla rozwoju człowieka i organizacji struktur społecznych” (*ibidem*: 1; Czub i Brzezińska 2013), a definiowany jest jako jedna z ważniejszych emocji, kluczowych dla rozwoju tożsamości, należy też do kategorii emocji „kontroli społecznej” o czym pisał Norbert Elias (2011) opisując proces cywilizacyjny. Co prawda Tomasz Czub i Anna Izabela Brzezińska zastanawiają się nad charakterem tej emocji, zwracając uwagę na to, że ma ona zarówno charakter adaptacyjny, konstruktywny w rozwoju tożsamości, jak też destrukcyjny, zaburzający przebieg procesu kształtowania się tożsamości (*ibidem*: 27). Jest to również jedna z ciekawszych emocji, która łączy nasze cielesne i subiektywne odczucia z normami i wartościami społeczno-kulturowymi oraz politycznymi. Zdaniem Luny Dolezal (*ibidem*: 1-5) wstyd jest fundamentalnym faktem ludzkiego życia i niezbędną częścią naszego cielesnego doświadczenia. Po drugie wstyd jest powiązany z tematem śmierci. Jeffrey Kauffman (2010: 3-21) koncentruje swoją uwagę właśnie na tym skomplikowanym związku i „ujawnia” znaczenie emocji wstydu w naszym przeżywaniu żałoby, śmierci lub traumy. Ta „wszechobecna i powszechna” cecha ludzkich reakcji na śmierć i stratę, pozostaje zdaniem Kauffmana nierozpoznana ze względu na niechęć uznania i skonfrontowania się z tą emocją (*ibidem*). Publikacja zespołu Kauffmana chociaż przede wszystkim jest kierowana do klinicystów, pokazuje wstyd w szerszym kontekście kulturowym (zwracając również uwagę na różnice kulturowe). Co ważne,

autorki i autorzy podkreślają złożoność zagadnienia, która przekłada się na brak jednolitej definicji teorii wstydu.

Anna Dąbrowska przyglądająca się przemianom tabu we współczesnej kulturze, zwraca uwagę na ewolucję obszarów podlegających tabuizacji oraz przemieszczenie samego słowa tabu z dyskursów etnologicznych, językoznawczych lub socjologicznych do języka ogólnego, w którym jest ono często i chętnie używane (2008: 175). Dąbrowska przyjmuje, że

tabu jest zjawiskiem kulturowym obejmującym wszystko to, co jest objęte zakazem społecznym (czasem również prawnym); są to zachowania, których nie należy praktykować, i tematy, jakich nie należy poruszać w danej społeczności (nie wypada o nich mówić), ponieważ są uznawane za wstydlive, niebezpieczne, kontrowersyjne, przykre lub niemoralne. Zakaz poruszania pewnych tematów można nazwać tabu komunikacyjnym (*ibidem*).

Dodaje ponadto, że istotne jest również kto narusza tabu oraz w jakich okolicznościach dochodzi do „jego przełamywania, ponieważ tabu jest zmienne kulturowo, a także zmienia się w czasie” (*ibidem*: 176). Dołączmy do tego stwierdzenia słowa Antoniny Ostrowskiej (2016: 42), dotyczące postaw wobec śmierci, które

są wypadkową wielu czynników. Składają się na nie zarówno indywidualne lęki, odczuwane zagrożenie życia czy doświadczenia z umieraniem innych, jak i poziom wiedzy medycznej kształtujący postrzeganie naszych szans na opóźnianie śmierci. Wpływają na nie także czynniki kulturowe i religijne, które pomagają zinterpretować śmierć i nadać jej określone znaczenie.

Mamy więc zmienne w czasie i kulturowo tabu, które zależy od wielu czynników oraz zmienne postawy wobec śmierci. Obie te kwestie są powiązane i od siebie zależne. Tak samo, jak istotne jest od kogo dowiadujemy się o „tabu śmierci” – autorytet mediów czy kościoła nie pozostaje bez znaczenia. To oddziaływanie widoczne jest w artykule z 2010 roku opublikowanym w cyklu *Ból i cierpienie*. Autorki tekstu, Monika Cempy i Agnieszka Górecka uparcie trwają przy przekonaniu o tabu śmierci – w ich wypowiedzi pobrzmiewa brak akceptacji i emocjonalne nastawienie. Szczególnie uwidacznia się ono, kiedy wspominają o targach sztuki funeralnej („Przekroczona została już dawno granica absurdu i dobrego smaku”, „Nie ma miejsca na coś, co można nazwać dostojeństwem śmierci”) lub wystawie „Body Worlds & The Cycle of Life” Gunthera von Hagens, która prezentowana była w różnych miejscach tak w Polsce, jak i na świecie („Tłumaczy się to ideą edukacyjną, jednak w rzeczywistości jest to

szokujące podejście do godności martwego ludzkiego ciała”) (Cempa, Górecka 2010: 80-81). Autorki utyskują na zanik duchowości, tradycyjnej obyczajowości i zepchnięcie ludzi cierpiących i umierających w otchłań braku zainteresowania i obcości. Piszą:

Współczesny konsumpcyjny świat zdaje się zapominać o niegdyś celebrowanych wartościach i ideach. Śmierć i cierpienie jest obecnie czymś zakazanym, stają się one nie tylko wykreślone, ale również w pewien sposób zatajone nie tylko przed samym umierającym, ale również przed wszystkimi, których ta śmierć dotyczy, włączając w to szczególnie bliskich. Większość nie umiera w domu, wśród najbliższych, lecz w szpitalach [...] (*ibidem*: 77-78).

Cytowane tutaj wypowiedzi Moniki Cempy i Agnieszki Góreckiej są kwintesencją tego, co sprawia, że tabu śmierci odbieram jako jedno z większych kłamstw naszych czasów. Między innymi dlatego, że autorki nie dostrzegają różnorodności dyskursów tanatologicznych, powołują się na literaturę z lat 80-tych i 90-tych XX wieku; nie weryfikują swoich przekonań, jedynie umacniają się w ich słuszności, przyglądając się zmieniającej się rzeczywistości. Widzą jednak tylko jej konsumpcjonistyczny fragment pozbawiony duchowości, nostalgicznie wypatrywanej w tradycjach kultury ludowej. Nie zadają jednak pytań: kto tworzy konsumpcyjny świat? Kto celebrował rzeczne wartości i ideały w przeszłości, i czy faktycznie nie celebruje się ich nadal – być może inaczej? Skąd wniosek, że śmierć i cierpienie są czymś zakazanym, wykreślonym, zatajonym? Na podstawie jakich danych wyciągnięty został wniosek, że „większość nie umiera w domu”? Najciekawsze jednak wydaje się przekonanie, które autorki umieszczają wraz z życzeniem, by temat śmierci i cierpienia przestał przynależeć do sfery tabu – „Sami przyczyniamy się do tabuizacji śmierci i cierpienia” (*ibidem*: 81). Nie da się ukryć, że tak właśnie jest, a na ten stan ma wpływ bardzo wiele czynników, które starałam się powyżej wyłożyć.

Ciekawą konstatacją dzieli się Jerzy S. Wasilewski (2010:15) pisząc o popularnym trendzie w XXI wieku polegającym na detabiuizacji:

Nowoczesna powinność przełamywania wszelkich ograniczeń powoduje, że wszystko to, o czym „w zasadzie” nie wolno mówić (jeśli ktoś w ogóle wierzy jeszcze w taką zasadę), staje się przedmiotem (nad)gorliwego zainteresowania. To, co prywatnie lub jako społeczność ukrywamy, czego unikamy lub nie dopowiadamy, jest uparcie wywlekane na światło dzienne, w słowie i w czynie, zarówno w mediach epatujących tym masową publiczność, jak i w awangardowych eksperymentach artystycznych. Sztuka krytyczna uznała ukazywanie i przełamywanie tabu za swoją naczelną powinność.

Poruszając temat śmierci Wasilewski przypomina, że wszystko, co związane z początkiem i końcem ludzkiego życia, było objęte tabu. Śmierć wpisywała się w obszary skalania, nieczystości i odrazy (*ibidem*: 15, 48). Postrzegano ją jako dzieło Szatana (*ibidem*: 43) i jednocześnie jako „świętość negatywną”, czyli taką, która sprawia, że nie należy mieć styczności z ciałem zmarłego (*ibidem*: 223). Julia Kristeva (2007) o wstręcie pisała następująco:

We wstręcie przejawia się jeden z owych gwałtownych i mrocznych buntów bytu przeciw temu, co mu zagraża i co, jak się zdaje nadchodzi z zewnątrz lub rozsada od wewnątrz, rzucone obok tego, co dopuszczalne, tolerowane, możliwe do pomyślenia. To jest tu, tak blisko, lecz nie da się przyswoić. To się narzuca, niepokoi, fascynuje pragnienie, które mimo to nie pozwala się uwieść. [...] Absolut chroni je przed wstydem, a ono jest zeń dumne, trzyma się go. Ale mimo wszystko ten poryw, ten skurcz, ten skok jest przeciągany zarazem przez pewne gdzie indziej, równie kuszące, jak przeklęte (*ibidem*: 7).

W ten sposób pojmowany wstręt, łączący się ze wstydem, może być źródłem tabu w przypadku niektórych sytuacji związanych ze śmiercią. Nie jest jednak tak, że tabu ma charakter absolutny.

Kultura nie tylko tabuizuje, ale też przy różnych okazjach delektuje się i epatuje tym, co kiedy indziej będzie wykluczać i tłumić, a do tego jeszcze to samo uświęca. Takie sprzeczności tkwią u samych podstaw systemów myślenia symbolicznego, i pewnie jeszcze głębiej – w kondycji człowieka jako istoty śmiertelnej i materialnej, ale mającej duchowość, która pomaga wyjść ponad te ograniczenia. To ona służy zarówno do uświęcania życia z całą jego biologicznością, jak i do jego negacji w imię wyższego, transcendentnego porządku. Skądinąd te same sprzeczności będą ciążyły także nad akademickimi, naukowymi próbami jednoznacznego ujęcia terminów i pojęć [...], za którymi nie kryje się oczywista rzeczywistość przedmiotowa. Jest chyba tak, że tam, gdzie myśl humanistyczna nie radzi sobie z pogodzeniem definicyjnych sprzeczności albo z niejednoznacznymi terminami, mamy do czynienia z najgłębszymi zagadkami ludzkiego statusu i z siatką znaczeń symbolicznych, w którą człowiek jest ostatecznie zaplątany (Wasilewski 2010: 16).

Te znaczenia symboliczne ostatecznie formatują nasze podejście do świata, a indywidualne podejście do jednostki pozwala albo tabu odrzucić, albo z nim koegzystować. Są więc takie aspekty w podjętej przeze mnie problematyce, które należą do sfery tabu (aborcja, zapłodnienie *in vitro*, choroba genetyczna, problemy z odnalezieniem się w popularnych przekonaniach dotyczących żałoby, podejmowanie

działań, które mogą zostać zaklasyfikowane do „obrzydliwych”, jak np. przygotowanie zwłok, a także wydarzenia, których narratorki i narratorzy nie potrafią wytłumaczyć i umiejscawiają gdzieś pomiędzy cudem a klątwą) oraz takie, które z tej sfery już się wyrwały (choroba dziecka, wypadek, poronienie, śmierć okołoporodowa spowodowana czynnikami niezależnymi lub przez personel medyczny). Śmierć jako taka do tej sfery nie należy. Mówienie o tabu śmierci, jest daleko posuniętym uogólnieniem – na dodatek szkodliwym społecznie. Korczyński (2016: 89) wspomina o „dodatkowej tabuizacji” śmierci w przypadkach problematycznych, kiedy rodzaj straty (u Korczyńskiego „typ zgonu”) jest „faktorem wykluczającym”. Píše ponadto, że „[p]roblem żałoby społecznie nieuznanej występuje wówczas, gdy na drodze stereotypów stają skomplikowane relacje międzyludzkie, z powodów których zbiorowość dyskredytuje ich aktorów. Stereotyp pasożytuje na prostocie, jednoznaczności, braku komplikacji poznawczej” (*ibidem*).

Uważam, że w wieku XXI dostrzegalny jest zwrot ku śmierci – jej dekolonizacja, uwzględnianie pozycji osób pozaludzkich, zainteresowanie różnymi praktykami (tak historycznymi, jak i współczesnymi). Myślę, że określenie śmierci jako jednocześnie tabuizowanej i akceptowanej przez różne podmioty byłoby najbliższe rzeczywistości. Co ciekawe, pomimo różnic kulturowych, podobnie sytuacja wygląda między innymi w Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie Robert Kastenbaum (1995) wskazał na niedorzeczność opinii o społeczeństwie zaprzeczającym śmierci. Piszący o teorii Kastenbauma, Charles A. Corr (2014) uważa, że jest tak dlatego, iż w społeczeństwie amerykańskim obecnych jest wiele działań, które powiązane są ze śmiercią i umieraniem (jak *doule* umierania, ruch dobrej śmierci, nowe praktyki funeralne i promowanie pochówków „naturalistycznych”). Przynależą one do działań głównego nurtu i są w całości akceptowane społecznie i przez społeczeństwo wspierane (np. finansowo – startup Recompose; zob. Litterst 2020). Tym samym można co najwyżej uznać, że społeczeństwo amerykańskie jednocześnie śmierć wypiera i ją akceptuje. Tak czy inaczej – jest ona obecna w dyskursie (por.: Hviid, Jacobsen, Petersen 2020).

1.2. Strach przed śmiercią

Anna Dunin-Dudkowska (2016: 232) twierdzi, że śmierć jest tabuizowana, ponieważ „dotyczy kwestii egzystencjalnej, związanej z ludzkim strachem przed

umieraniem i szukaniem jego zrozumienia i/lub pocieszenia”. Porusza ona tym samym kolejną z problematycznych kwestii – lęk tanatyczny (jako jednostka chorobowa: tanatofobia). Co ciekawe pojęcie to zdążyło już zadomowić się w psychologii czy szerzej – tanatologii. Badania dotyczące lęku przed śmiercią chętnie są podejmowane, często jednak nie stoi za nimi żadne precyzyjne określenie, czego właściwie dotyczą.

Wiele książek tanatologicznych rozpoczyna się truizmem, że wszyscy boimy się śmierci. Maurice Maeterlinck (1993: 17) ujął ten strach w następujący sposób:

Dwie trwogi straszliwe towarzyszą śmierci takiej, jaką ją sobie zazwyczaj wyobrażamy. Pierwsza, bez kształtu i oblicza, ogarnia całą dziedzinę naszej logicznej świadomości, druga, bardziej sprecyzowana i bardziej określona granicami, chociaż równie niemal mocarna, opanowuje wszystkie nasze zmysły.

O ile nie neguję istnienia samego lęku przed śmiercią, to zdecydowanie jestem przeciwna tak dalece posuniętemu uogólnieniu. Po pierwsze, sama nie odczuwam takiego lęku, częściowo dlatego, że nigdy nie zdefiniowałam dla własnych potrzeb śmierci – zajmuję się nią, jestem w tym obszarze zanurzona, jednocześnie nie interesuje mnie własna śmierć, ani to, co po niej miałyby nastąpić⁵. Po drugie, podczas moich badań tylko dwa razy pojawiło się stwierdzenie ze strony badanych, że ktoś bał się śmierci – po chwili jednak następowało doprecyzowanie. Strach dotyczył cierpienia lub niewiadomej, jaka czyhała za niespodziewaną diagnozą. Biorę poprawkę na to, że narracje rodziców dotyczyły doświadczenia straty, a nie odczuwania lęku przed własną śmiercią, więc brak deklaracji nie znaczy, że ktoś się śmierci nie boi.

Beata Legutko (2010) podaje za Antonim Kępińskim (1987: 225), że istnieje tylko jeden lęk i jest to lęk przed śmiercią, a każdy inny jest tylko jego odmianą. Oznaczałoby to, że nie ważne, czego się boimy – zawsze kryje się za tym śmierć. Legutko zwraca również uwagę na to, że w obszarze współczesnej tanatopsychologii podejmowane są próby rozgraniczenia tego lęku na strach przed własną i cudzą śmiercią oraz umieraniem. „Bardziej szczegółowa klasyfikacja wyróżnia lęk: przed umieraniem, przed zniszczeniem ciała po śmierci, o pozostających przy życiu, przed nieznanym, przed pozorną śmiercią

⁵ Gardner Murphy wyróżnia siedem rodzajów nastawienia do śmierci: 1. Śmierć jest końcem (brak paniki, strachu, akceptacja); 2. Lęk przed utratą świadomości (utrata kontroli); 3. Lęk przed samotnością (rozstanie z bliskimi); 4. Lęk przed nieznanym; 5. Lęk przed karą (ogień piekielny, dezintegracja, okaleczenie); 6. Lęk o bliskich i to, co się z nimi stanie; 7. Lęk przed porażką (wyrzuty sumienia, żal, zmarnowane życie, niewypełnione zadania/plany). Za.: Langner 2002: 3. Moja deklaracja częściowo wpisuje się w nastawienie pierwsze z tą różnicą, że ja nie ograniczam śmierci do bycia końcem. Po prostu ją akceptuję.

(pochowaniem żywcem), przed przedwczesną śmiercią, o wygląd ciała po śmierci oraz lęk przed śmiercią społeczną” (Legutko 2010, za: Makselon 1983: 55-58). W przypadku osób chorych terminalnie udało się wyszczególnić pewne grupy lęków – „w wymiarze fizycznym (związanym z przebiegiem choroby, zmianami wyglądu ciała), psycho-społeczno-ekonomicznym (związanym ze zmianą jakości życia, utratą kontroli nad sobą, troską o bliskich) i duchowym (związanym z obniżonym poczuciem godności, pytaniami religijnymi dotyczącymi życia po śmierci)” (*ibidem*, za: Block 2004). Zauważalny jest również związek osobowości i religijności z poziomem lęku tanatycznego.

Podczas jednej z konferencji tanatologicznych pojawiła się badaczka, która relacjonowała badania w swoim kraju, dotyczące rzeczonego lęku. Pokazała szeregi cyfr, wykresy – omówiła je. Badania te robiły wrażenie, bo próba była duża i godna pozazdroszczenia. W części dyskusyjnej pojawiły się pytania o to, co właściwie było badane i jak została zdefiniowana kluczowa kwestia, czyli lęk przed śmiercią? Okazało się, że w zespole badaczki nikt nie pochylił się nad tą kwestią – po prostu stworzono ankietę, która wykazała, że ludzie boją się śmierci. Brak podstawowego rozróżnienia rodzajów lęku (choćby na lęk przed własną śmiercią lub przed śmiercią kogoś bliskiego) i brak zastosowania kryteriów skalujących go przyczyniają się do wprowadzania w błąd nie tylko innych badaczek i badaczy, ale także opinii publicznej, która bezrefleksyjnie takie informacje podaje dalej. Ta anegdota ma na celu uzmysłowienie, jak ważny jest namysł nad właściwym zdefiniowaniem lęku tanatycznego. W końcu śmierć – jako nieznana, brudna itp. – może wzbudzać lęk. Tylko jak to udowodnić, a nie powtarzać po innych?

Ciekawym sposobem objaśniania śmierci na potrzeby edukacyjne, jest fragment wykładu Jacka Francikowskiego (Copernicus College) w kursie dostępnym na portalu Copernicus College pt. „Wprowadzenie do neurobiologii”. W pierwszej części wykładu drugiego – Procesy komórkowe: czym jest metabolizm? – Francikowski mówi:

Z punktu widzenia fizyki i termodynamiki tak naprawdę komórki i inne organizmy żywe są pewnymi systemami, które wykorzystują właśnie materię i energię do utrzymania swojej integralności. A więc utrzymania swojej indywidualności w otoczeniu, które niekoniecznie temu... tym dążeniom sprzyja. Ponieważ jedna z podstawowych zasad termodynamiki mówi, że generalnie każdy układ ostatecznie dąży do obniżenia poziomu energetycznego, a tym samym do wzrostu tak zwanej entropii, a więc [...] wzrostu skali nieuporządkowania. [04:23]

[05:10] No, oczywiście w tym kontekście musimy sobie zdawać sprawę, że ostatecznie jako struktury czy organizmy śmiertelne... ostatecznie tym prawom termodynamiki musimy ulec. No, w momencie śmierci nasza entropia osiągnie stan maksymalny, to znaczy zostaniemy rozłożeni – z różnych powodów, czy przez inne organizmy żywe, czy przez procesy jakieś fizyczne – na części pierwsze [05:35]

[6:00] I tak naprawdę z punktu widzenia takiej meta... meta spojrzenia, takiego szerokiego spojrzenia na to, czym jest życie – życie jest takim „ewenementem”, takim indywiduum, które próbuje, ale nigdy mu się oczywiście nie udaje [...] prawa fizyki tutaj zawsze ostatecznie nas dopadną [6:26] (*ibidem*).

Wspomniałam wcześniej, że podejmując się badania żałoby potrzebowałam spojrzeć na temat szerzej – także z zastosowaniem wiedzy z zakresu fizyki, chemii czy biologii. Wypowiedź Francikowskiego wpisuje się w to przekonanie i pokazuje jednocześnie, że o śmierci można i należy rozmawiać w każdej dyscyplinie. Jego wypowiedź oddaje również jednoczesną złożoność i banalność procesów życiowych – ich niezrozumiałość i nieuświadamianie sobie tego, w jaki sposób funkcjonujemy i co jest „naturalne”.

Poszukując odpowiedzi na pytanie o dowody na istnienie lęku przed śmiercią możemy sięgnąć po książkę *Choices for Living. Coping with Fear of Dying* Thomasa S. Langnera (2002: 13), w której autor wykazuje, że lęk przed umieraniem jest instynktowny i jednocześnie wyuczony. Pojawia się już u dzieci i jest efektem doświadczonych okresów separacji od rodzica. Kolejne zdarzenia w życiu dziecka kształtują jego postawę względem śmierci. Lęk przed umieraniem i śmiercią jest więc lękiem realnym, ale zależy od doświadczenia i sposobu budowania relacji ze śmiercią danej jednostki. W związku z czym jeden ogólny lęk przed śmiercią nie istnieje – ma on zawsze wymiar indywidualny oraz skonkretyzowany.

1.3. Stadia żałoby

Kolejnym z często powtarzanych przekonań na temat żałoby jest to, że przebiega ona w dających się opisać stadiach. Przyjmuje się – tak w dyskursie naukowym, jak i społecznym – że żałoba ma pięć stadiów. David B. Feldman (2017) pisze na stronie *Psychology Today*, że jest to tak znany model, że potrafią go przytoczyć z pamięci nawet studentki i studenci, które i którzy nigdy wcześniej nie uczestniczyli/

uczestniczyli w zajęciach z psychologii. Teorię tę przypisuje się Elisabeth Kübler-Ross (1979), która w swojej pracy koncentrowała się na doświadczeniu umierania pacjentów chorych terminalnie. Ewa Wojdyło (2020: 51) postrzega ten model jako uniwersalny i dodaje, że jest to „model każdej żałoby, każdego żalu po znaczących utratach”. Nic więc dziwnego, że jego popularność nie maleje skoro wszędzie jest powielany.

Same badania Kübler-Ross uważano z jednej strony za nowatorskie i unikalne, z drugiej budziły one zgorszenie i poruszenie w związku ze swoją „niestosownością”. W ich toku okazało się, że można wyróżnić pięć stadiów „żałoby”: zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresję i akceptację. Zaprzeczenie polega na negowaniu faktu bycia dotkniętym przez chorobę. Nie akceptuje się jej istnienia. Pojawia się również większa koncentracja uwagi na pozytywach – samopoczucie przestaje być oceniane jako takie złe, żeby możliwa była choroba. Widoczna jest również próba wyparcia faktu chorowania przez skupienie się na jakiejś aktywności. Kolejny etap wiąże się z przyjęciem do wiadomości wcześniejszej diagnozy, co powoduje złość i szukanie winnych. Pojawia się poczucie niesprawiedliwości, chęć podjęcia walki z nieznanym wrogiem. Trzeci etap często przejawia się w modlitwach lub swoistych umowach z siłą wyższą. Osoby doświadczające utraty zdrowia usiłują wprowadzić zmiany w swoim życiu, jeśli tylko w zamian dostaną więcej czasu. Ponieważ polepszenie stanu zdrowia zwykle nie nadchodzi, kolejnym etapem jest depresja. Poddanie się i dojście do wniosku, że szarpanie się nie przynosi efektów, modlitwy są również na nic, prowadzi do depresji. Ta natomiast mija z chwilą zaakceptowania swojej sytuacji (*ibidem*: 43-126). Model ten przeszedł do powszechnej świadomości i wprowadza do dziś w zakłopotanie osoby w żałobie. Na czym polega problem i z czego wynika „kłamstwo”?

Powstał on na podstawie badań z udziałem osób terminalnie chorych, których reakcje trudno zaliczyć do tych związanych z żałobą (chyba, że będzie to antycypowana żałoba po sobie samym). Można skorzystać z jeszcze innego pojmowania choroby, widzianej jako „utrata zdrowia”, czyli inny rodzaj straty. Osoby opisujące swoje doświadczenie mówiły przede wszystkim o tym, jak czuły się z diagnozą i świadomością procesu umierania. Kübler-Ross zaznacza, że dzieli się wiedzą pozyskaną od swoich pacjentów, na temat „mechanizmów borykania się z nieuleczalną chorobą” (*ibidem* 42). Kiedy reakcje na wiadomość o chorobie terminalnej (własnej lub cudzej) stały się modelem procesu przeżywania żałoby?

Na tę kwestię zwracają uwagę między innymi Ruth Davis Konigsberg (2011) oraz po części George A. Bonanno (2009). Popularność pięciu stadiów żałoby przekroczyła z pewnością wyobrażenia samej Kübler-Ross. Davis Konigsberg pisze, że jest to idea tak żywotna, że pojawia się praktycznie na każdym etapie badań tematu żałoby. Autorka wyjaśnia również, że niezwykle i bardzo ważne badania Kübler-Ross w latach 1970-1990 zostały wtłoczone w tryby uniwersyteckie i ruch hospicyjny. Żywotność „mechanizmów” radzenia sobie z informacją o chorobie terminalnej i ich przeniesienie na przeżywanie żałoby związana jest z ruchem pomocowym. To właśnie w kręgach grup wsparcia w szpitalach, kościołach i domach pogrzebowych rzeczne stadia zostały zaadaptowane do radzenia sobie z żałobą. Tak żałoba stała się „procesem”, „podróżą”, „drogą” odtwarzającą stadia radzenia sobie z żałobą. Pomimo faktu, że w 1984 roku Instytut Medycyny opublikował raport, w którym stwierdzono, że nie istnieje żadna wiarygodna i rzetelna metoda, która umożliwiałaby badanie procesu żałoby (Konigsberg 2011: 4-5), przeświadczenie, że zaadaptowany z innego obszaru model jest adekwatny umacniało swoją pozycję.

To czego nie brano pod uwagę to fakt, że stadia te mogą występować pojedynczo, w innej kolejności, z różnym nasileniem. Tak, jakby pomijano fakt, że żałoba jest „emocją społeczną”⁶ – jak mówią o niej Michael Hviid Jacobsen i Andres Petersen (2020). Aktualnie niektóre zwolenniczki i niektórzy zwolennicy tej teorii wskazują na indywidualny charakter przebiegu żałoby i występowanie stadiów w różnych konfiguracjach (Axelrod 2020). Problem polega jednak na tym, że nawet jeśli stadia te występują w sposób podobny (pomijając kolejność, indywidualny charakter itp.), to należy mieć na uwadze fakt, że także pomiędzy żałobą i depresją zauważono podobieństwa – a przecież żałoba i depresja nie są tym samym (piszę o tym w kolejnym podrozdziale). Nie rozumiano więc złożoności samego procesu żałoby – co wpływa na jej przebieg, czy dlatego jedne osoby przeżywają ją inaczej niż pozostałe? Konigsberg starając się odejść od schematycznych modeli i stadiów żałoby, zastosowała podejście bardziej uniwersalne i zakładające, że żałoba może mieć różny przebieg, zależny w głównej mierze od tego, kogo dotyczy i jaki rodzaj straty za nią stoi. To powiązanie

⁶ Definiowanie żałoby jako „emocji społecznej” jest problematyczne o tyle, że nie wszyscy chcą postrzegać żałobę jako emocję. Hviid Jacobsen i Petersen uważają jednak, że „[ż]ałoba jest czymś, co *czujemy*. Nie znaczy to, że nie jest jednocześnie czymś co *robimy*, czymś co *myślimy*, albo czymś co potrafimy *zwerbalizować*, ale przede wszystkim żałoba jest ludzkim emocjonalnym doświadczeniem” (zob.: Hviid Jacobsen, Petersen 2020).

rodzaju straty z przebiegiem żałoby i jej fazami okazuje się kluczowym zagadnieniem w aspekcie badań nad żałobą rodziców.

Zostańmy jednak jeszcze chwilę w obszarze rozważań o fazach żałoby i konsekwencjach powielania tego jednego modelu lub jakiegokolwiek modelu, który zakłada obecność różnych faz sztywno ze sobą powiązanych (należy tu zaznaczyć, że modeli takich powstało wiele)⁷, bez przyglądania się prawdziwym ludziom, których rzecz dotyczy. Podczas moich spotkań z osieroconymi rodzicami często po wywiadzie następował czas na luźniejszą rozmowę, kiedy to osoby, z którymi rozmawiałam miały okazję zadawać pytania. Osoby z wyższym wykształceniem na kierunkach przynależących do nauk społecznych lub humanistycznych ważyły słowa w kwestii jedyne go dostępnego modelu żałoby. Dopiero, kiedy mówiłam, że ja żałoby zgodnie z tym modelem nie przechodzę (zazwyczaj od pierwszej reakcji, którą jest szok przechodzę do akceptacji, chociaż bywa to akceptacja nasycona melancholią), niejako z ulgą włączały się do dyskusji i dzieliły swoimi odczuciami. Żadna z osób, z którymi rozmawiałam nie przechodziła żałoby zgodnie z modelem Kübler-Ross. Potwierdza to moje przekonanie o tym, że po pierwsze – jest to model, który może do kogoś pasować, ale nie musi. Po drugie brak informacji, że możliwe jest odmienne reagowanie, sprzyja ukrywaniu prawdziwych emocji – nikt nie pragnie być odmieńcem i sprzeciwiać się autorytetom psychologii i psychiatrii oraz społecznej normie. Po trzecie, poczucie

⁷ Dla przykładu przytoczę zestawienie modeli żałoby zaprezentowane przez **J. Williama Wordena**. Zaczyna on od **Zygmunta Freuda** i jego „pracy żałoby”, która miała polegać na zakończeniu relacji ze zmarłym i zainwestowaniu energii w relacje z żywymi. **Erich Lindemann** uważał, że proces żałoby polega na ekspresji emocji, dzięki czemu możliwy jest powrót do normy. **John Bowlby** i **Colin Murray Parkes** wyróżnili cztery fazy doświadczenia żałoby: 1. szok i odrętwienie; 2. tęsknota i poszukiwanie; 3. dezorganizacja i rozpacz; 4. reorganizacja. Kolejną wymienioną jest wspomniana już **Elisabeth Kübler-Ross**. **Wodren** również opracował swój model składający się z czterech zadań: I. Akceptacja rzeczywistości straty; II. Przetworzenie bólu straty; III. Dostosowanie do sytuacji nieobecności osoby zmarłej; IV. Przeniesienie emocji i upamiętnianie zmarłej osoby w taki sposób, aby można było żyć dalej. **Therese Rando** oferuje również model zadaniowy w skład którego wchodzi sześć aktywności: (1) Rozpoznaj stratę; (2) Reaguj na separację; (3) Pamiętaj i ponownie doświadczaj; (4) Zrezygnuj z więzi i założeń; (5) Przystosuj się do nowego świata; (6) Ponownie zainwestuj w nowe działania i nowe relacje. **Simon Rubin** proponuje „model dwutorowy” rozumienia procesu żałoby skoncentrowany na (1) biopsychospołecznym funkcjonowaniu jednostki pogrążonej w żałobie; (2) trwającym emocjonalnym przywiązaniu i relacji żałobnika z osobą zmarłą. **Thomas Atting** w procesie żałoby dostrzega „ponowne uczenie się świata”. **Margaret Stroebe** z zespołem wprowadziła model podwójnego procesu (Dual Process Model, DPM), w którym uwagę skupia się na dwóch kategoriach stresorów związanych z żałobą: (1) związanych ze stratą i (2) związanych z przywracaniem ładu. **Robert Neimeyer** i **Janice Nadeau** dostrzegają, że centralnymi aktywnościami w żałobie są: tworzenie i rekonstrukcja znaczeń. Mają one na celu redefinicję tożsamości osoby po stracie oraz redefinicję sposobów angażowania się w życie. Ostatnim z wymienionych modeli jest ten zakładający kontynuowanie więzi stworzony przez **Wordena** i **Phyllis R. Silverman** (por.: Worden 2015: 91-101).

odmienności sprzyja pogłębianiu się żałoby i depresji. Wspomniałam o osobach z wykształceniem wyższym, które spotkały się z modelem, ale na własny użytek starały się go krytycznie przekształcić, zdejmując z siebie ciężar „inności” i „anormalności”. W sytuacji gorszej znalazły się osoby z wykształceniem średnim lub wyższym z kierunków technicznych, które z modelem zostały zapoznane, jako „jedynym możliwym” i akceptowalnym sposobem przeżywania żałoby. To piętnujące przekonanie, że istnieje jakaś norma akceptowalna społecznie sprawia, że rodzice (czy ogólniej: osoby z doświadczeniem straty) czują się jeszcze bardziej zagubieni. Jedna z badanych zapytała mnie, czy mogłabym jej pomóc, bo ma wrażenie, że coś z nią jest nie tak i nie ma z kim o tym rozmawiać, a boi się, że rodzina ją potępi. Kiedy z lekkim przerażeniem (jestem badaczką, nie wyszkoloną trenerką lub psycholożką) powiedziałam, że mogę spróbować, ale nie gwarantuję, że potrafię pomóc – usłyszałam wyznanie przepełnione zaniepokojeniem. Chodziło o to, że badana została poinstruowana przez psycholożkę w szpitalu, a następnie jeszcze wielokrotnie w internecie przeczytała to samo – jak powinna wyglądać żałoba, jaki jest jej przebieg. Tymczasem ona żałobę przechodzi zupełnie inaczej i doszła do wniosku, że dzieje się coś złego (W18). Opowiedziałam więc o tym, skąd ten model się wziął, że to tylko model i że żałobę można przechodzić na różne sposoby, a nawet należy szukać własnego sposobu, bo tylko tak możemy odnaleźć któregoś dnia równowagę, siłę i namiastkę spokoju. Poza tym fakt straty dziecka zostaje z człowiekiem do końca życia i zawsze mu towarzyszy – jak cień. Można z tym żyć, ale trzeba dać sobie czas.

Bonanno (2009) wydaje się potwierdzać moje przeświadczenie, pisząc, że kreowanie sztywnych zasad, opisywanie modeli i nazywanie ich „właściwymi”, jest dalekie od doświadczenia prawdziwych ludzi. Na dodatek często te modele są wynikiem zupełnie innych badań (jak u wspomnianej Kübler-Ross lub Johna Bowlbiego, który najpierw badał więzi, a dopiero później zaczął wysnuwać wnioski dotyczące żałoby). Konsekwencją stosowania jakiegokolwiek modelu, bez wspominania o tym, że jest to tylko model, są: pogłębiające się poczucie przygnębienia, odmienności i nieadekwatności własnych emocji. A to może prowadzić również do tabuizacji/stygmatyzacji własnych doświadczeń, ponieważ są „anormalne”, czyli należy się ich wstydzić.

Pojawia się również pytanie: dlaczego ten lub inne modele nie sprawdza się w praktyce? Z odpowiedzią przychodzi Carol Travis (za: Shermer 2008), która zauważa, że dzisiejsze społeczeństwo jest znacznie mniej przewidywalne, niż chociażby w latach '80. Nie można więc zastosować w naszym przypadku modeli, które zakładają przewidywalność i stabilność, kiedy nasze codzienne życie dawno już takie nie jest. Michael Shermer (*ibidem*) konkluduje: „Stadia są historiami, które mogą być prawdziwe dla narratora, ale to nie czyni ich przydatnymi dla narracji znanej jako nauka”.

1.4. Płeć (i rodzaj) żałoby

Kolejna grupa twierdzeń doprowadzających do nieporozumień w kwestii żałoby, związana jest z rodzajami żałoby – w tym z podziałem na żałobę normalną i patologiczną oraz na żałobę męską i kobiecą. Podobnie jak w przypadku stadiów żałoby, pierwotne rozróżnienie – normalna i patologiczna – okazało się krzywdzącym ograniczeniem, co w efekcie doprowadziło do niechęci przejawianej w stosunku do terapeutów, którzy zbolełym osieroconym jednostkom nakazują zmianę nastawienia (i uczuć), ponieważ ich żałoba już dawno powinna minąć. Wątek ten często pojawia się na forach internetowych (zob.: Forum „Dlaczego?”) i jest powodem utyskiwań na osoby świadczące pomoc psychologiczną.

Obserwując rozmaite fora i strony dla osób po stracie, zauważyłam sugestie zamieszczane przez administratorki (głównie są to kobiety, chociaż nie wyłącznie) odnośnie do sposobów wspierania osób w żałobie. Jedną z wielokrotnie powtarzanych zasad jest zalecenie, by nie oceniać. Inna z często pojawiających się informacji, które z radością odnajdywałam w sieci, dotyczyła kwestii zrozumienia dla indywidualnego procesu, jakim jest opłakiwanie utraconej osoby – zgodnie z tym przekonaniem, każdy żałobę przechodzi inaczej i należy to uszanować. Właśnie tego podejścia szukałam na polskich stronach po pierwszych rozmowach z badanymi, które źle wspominały swoje zetknięcia z terapeutkami i terapeutami. Ważne w tym miejscu jest przyjęcie faktu, że „żałoba potrzebuje czasu” – nie można jej ponaglać.

Wracając do podziału na żałobę normalną i patologiczną, należy stwierdzić, że jest to podział sztuczny i nie odzwierciedla rzeczywistości osób po stracie. Problem z takim

rozróżnieniem pojawia się już na poziomie pierwszego z zastosowanych kryteriów, czyli czasu trwania żałoby. Nie da się w sposób prosty określić, jak długo powinna trwać żałoba, żeby nie stała się żałobą patologiczną. Jest to kwestia absolutnie indywidualna, próbowano jednak rozpiąć ją na skali od zera dni do trzech lat – kolejne badania ten czas wydłużały. W tym okresie żałoba może przybierać różne formy i przebiegać ze zmiennym nasileniem. Urszula Bielecka (2012) zwraca uwagę na to, że w literaturze przedmiotu wyraźna jest „przewaga terminów opisujących zaburzone przeżywanie straty”. Zdaniem autorki „odzwierciedla [to] stopień koncentracji [...] autorów na patologii przy jednoczesnym ujednoliceniu pojęcia normy w doświadczeniu interpersonalnej straty” (*ibidem*: 63). Bielecka wskazuje, że pierwsze problemy pojawiły się już na poziomie charakteryzacji żałoby przez Zygmunta Freuda (1992), twórcy pojęcia „pracy żałoby”, który poczynił następujące założenia: postrzegał żałobę jako proces rozpostarty w czasie; proces ten miał bolesny charakter; był niezbędnym procesem psychicznym, który prowadził do odzyskania równowagi; celem tego procesu było „wycofanie z relacji ze zmarłą osobą”. Ta koncepcja – podobnie jak wspomniane wcześniej stadia żałoby – wsiąknęła w struktury pojęciowe nauk społecznych nie napotykając większego oporu. Można zastanawiać się, dlaczego pewne z hipotez są przyjmowane przez środowiska naukowe i praktyków bez wzbudzania poważnych wątpliwości. Chodzi tutaj między innymi o wspomnianą już przy okazji „tabu śmierci” fragmentaryzację spojrzenia. Każda hipoteza może okazać się prawdziwa, jeśli badanie jest przeprowadzone na jednolitej grupie. Piszą o tym Lauren J. Breen i Moira O’Connor (2007) w artykule „The fundamental paradox in the grief literature: A critical reflection”. Autorki zwracają uwagę na to, że od pewnego czasu widoczny jest rozłam w badaniach nad żałobą. Z jednej strony dostrzega się jej złożoność i zależność od wielu czynników, z drugiej jednak usiłuje się opisywać ją w dwóch wymiarach – jako zachowania normalne lub patologiczne. Paradoks ten zauważyli też w latach osiemdziesiątych Collin Murray Parkes i Robert Stuart Weiss (1983: 170) w książce *Recovery from bereavement*. Ich zdaniem coś, co zostanie nazwane żałobą patologiczną, może być po prostu ekstremalną formą żalu, który jest efektem szczególnie trudnych i niesprzyjających okoliczności (*ibidem*: 15-16). Według Breen i O’Connor (2007) źródeł tego paradoksu należy upatrywać w trendach medykacyjnych żałoby, których celem jest stworzenie kategorii diagnostycznych, co w konsekwencji miałoby ułatwiać

interwencje psychologiczne i psychiatryczne oraz czynić usługi terapii i wsparcia skuteczniejszymi [a także dającymi się zmierzyć – przypis Ł.L.].

Bielecka w swoim artykule wymienia szereg przekonań, które były przez długi czas akceptowane i nie podlegały dyskusji – z czasem jednak poddano je krytyce, co pozwoliło szerzej spojrzeć na temat żałoby. Krytyce poddane zostały: 1) przekonanie, że „rozpacz jest nieuniknioną reakcją po stracie” (wraz z oczekiwaniem, że osoby po stracie będą odczuwały intensywne cierpienie); 2) „cierpienie jest koniecznym doświadczeniem w normalnej żałobie; brak obecności cierpienia prowadzi do patologii żałoby”; 3) „niezbędna jest konfrontacja ze stratą i przepracowanie myśli i emocji, które jej towarzyszą, szczególnie tych negatywnych”; 4) „normalna żałoba kończy się wyzdrowieniem i powrotem do stanu sprzed straty”; 5) „pozytywne emocje nie występują w okresie żałoby; ich obecność jest wyrazem negowania straty i ukrywania cierpienia”; 6) „ważne jest, aby osoba w żałobie zrezygnowała z więzi z osobą zmarłą i nawiązała nowe relacje”; 7) „żałoba zachodzi w określony sposób, w którym można wyróżnić fazy”; 8) „u osób, których bliscy są terminalnie chorzy, żałoba zaczyna się z momentem antycypowania śmierci”; 9) „osoby w żałobie powinny odnaleźć znaczenie poniesionej straty”; 10) „prawidłowe radzenie sobie ze stratą jest oparte na świadomej konfrontacji ze śmiercią bliskiej osoby” (a negatywne skutki są efektem wyparcia) (*ibidem*: 63). Zacytowane tu przekonania opisuje również Bonanno (2009), który w swojej książce *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after loss* zaleca otwarte podejście wskazując na znaczenie indywidualnego poziomu rezyliencji w procesie radzenia sobie ze stratą.

Drugi aspekt, czyli próba przypisania żałoby i sposobu jej przeżywania do płci ma daleko idące konsekwencje, z którymi ścierałam się praktycznie przy każdej przeprowadzonej rozmowie. Popularność przekonania o zależności przebiegu żałoby od płci jest zaskakująca. Praktycznie każdy artykuł na portalach informacyjnych dotyczący kwestii żałoby, zakłada jej związek z płcią. Tymczasem badania wykonane przez Terry’ego L. Martina i Kennetha J. Dokę (2000, 2010) dowodzą, że podział taki nie ma sensu. Żałoba przypisywana kobietom, czyli o przebiegu emocjonalnym, może występować także wśród mężczyzn. Żałoba przypisywana mężczyznom, czyli zakładająca działanie i angażowanie się w aktywność, również nie jest charakterystyczna tylko dla mężczyzn. Nie istnieje więc zależność od płci, ale od konstrukcji emocjonalnej jednostki.

Ten nowy podział wskazuje wyraźnie na to, że sztywne przypisanie pewnych zachowań określonej płci w konsekwencji nie pozwala mężczyznom na wyrażanie swojego bólu i cierpienia po stracie, a kobiety, które nie potrzebują emocjonalnego odreagowania sytuacji straty postrzegane są jako nieczułe i niekobiece, często nawet oziębłe. Martin i Doka opracowali wyniki swoich badań w formie trzech wzorów zachowań: intuicyjnego, instrumentalnego oraz mieszanego. Nie wchodząc zbyt głęboko w rozważania o typach osobowości, można uogólnić dla jasności tego wyводу, że pierwszy ze wzorców popularny jest wśród osób intuicyjnych i uczuciowych, które w mniejszym stopniu korzystają z represyjnych sposobów radzenia sobie z żałobą i są bardziej emocjonalne. Drugi wzorec występuje częściej wśród osób analizujących i twardo stąpających po ziemi, charakteryzuje się natomiast częstszą represyjnością sposobów radzenia sobie ze stratą i mniejszą emocjonalnością. Ostatni ze wzorców może występować we wszystkich typach osobowości, jeśli przejawia się w umiarkowanym represjonowaniu żałoby i umiarkowanej emocjonalności (2000: 87-97).

Płeć osoby w żałobie ma znaczenie o tyle, że jest z nią powiązany proces socjalizacji do ról płciowych, a co za tym idzie – do kulturowo przypisanych danej płci sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, w tym z żałobą. Kulturowe sposoby przeżywania żałoby zawsze zakładały odmiennosć praktyk mężczyzn i kobiet. Nie jest jednak uprawomocnione mówienie o żałobie męskiej i żeńskiej w kontekście jej rodzajów. Martin i Doka twierdzą, że „o ile wzorce żałoby są bezsprzecznie pod wpływem płci, nie są one nią zdeterminowane” (*ibidem*: 99-100). Bogusław Stelcer (2012: 570) uważa, że „[m]ężczyźni i kobiety odczuwając podobny, jeśli nie ten sam ból, odmiennie doń podchodzą i reagują inaczej”.

Dlaczego rozróżnienie na żałobę kobiecą i męską uważam za problematyczne? Przede wszystkim dlatego, że często wyklucza mężczyzn z procesu przeżywania straty, dyskredytuje ich sposoby radzenia sobie ze nią oraz – co uważam za największy problem – sprawia, że posądza się ojców o mniejsze zaangażowanie w relację z dzieckiem, mniejszą miłość i mniejszą więź z dzieckiem. Martin i Doka wspominają o konsekwencjach takich jak: wzajemne oskarżanie się, brak zrozumienia drugiej osoby i jej poziomu emocjonalności, czy wreszcie rozpad małżeństwa. Powołują się jednocześnie na badania związane ze śmiercią dziecka (także w wyniku poronienia), które wykazują na bardziej intensywne przeżywanie żałoby wśród matek (*ibidem*:

101-102). Spekulatywne przekonania o intensywności więzi matek, a także ich bardziej emocjonalnych reakcjach nie potwierdziły się w moich badaniach, chociaż nieustannie konfrontowana byłam z przekonaniem, że „to drugie” albo nie przeżywało żałoby, albo „mniej kochało” dziecko. Dochodzi więc do absurdalnych stwierdzeń, wynikających z przeświadczenia, że tylko kobieta może odczuwać stratę dziecka, bo to ona z tym dzieckiem była związana (fizycznie i psychicznie). Jedna z badanych na moje pytanie o reakcje partnera na poronienie powiedziała, że to ona straciła dziecko, a nie on (W02). Zaznaczę, że taki płciowy rozłam pojawił się we wszystkich moich rozmowach, także tych nierejestrowanych. Niestety reprezentacja (w kontekście ilościowym) mężczyzn w moich badaniach utrwala przekonanie o braku żałoby wśród ojców (w przypadku poronień lub śmierci okołoporodowej) lub braku ich chęci do dzielenia się tym doświadczeniem. Dopiero możliwość wysłuchania poszczególnych opowieści ojców po stracie (kontekst jakościowy), daje świadomość, że kwestia ta zależy od wspomnianej już socjalizacji do ról płciowych. Jest wtórnie determinowana przez kulturę i narzucane przez nią normy.

1.5. Żałoba jako zaburzenie psychiczne

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association: APA*) we wcześniejszej wersji DSM, czyli *Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) wykreśliło żałobę, jako jeden z objawów depresji, uznając, że wszelkie symptomy występujące po stracie są naturalną reakcją. Czas uznawania takich symptomów za normalne (a tym samym brak leczenia) to dwa miesiące. W *DSM-5* (APA 2013) doszło jednak do ponownego wpisania żałoby na listę objawów depresji. Uzasadniano to między innymi tym, że nikt nie wie, skąd wziął się zapis o dwóch miesiącach, skoro lekarze i terapeuci wskazują na rok do dwóch lat. Po drugie, żałoba jako powszechnie uznawany poważny stresor psychospołeczny, może wywoływać epizody depresyjne. Konsekwencją takiego zaburzenia są: myśli samobójcze, pogorszenie funkcjonowania społecznego (w tym zawodowego) oraz stanu zdrowia, obniżone poczucie własnej wartości, również zwiększenie ryzyka pojawienia się zespołu trwałej żałoby skomplikowanej. Po trzecie, depresja związana z żałobą występuje u osób, które

wcześniej miały epizody depresyjne – jest ona uwarunkowana genetycznie. Po czwarte, depresja wynikająca z żałoby „reaguje” na te same terapie psychospołeczne i farmakologiczne, co inne rodzaje depresji (Grohl 2013).

Propozycja ponownego wpisania żałoby do *DSM* spowodowała lawinę krytycznych reakcji w środowisku psychiatrycznym (Chouinard i in. 2011; Maj 2012; Pies 2012, 2014; Shear i in. 2011; Wakefield i in. 2007; Wakefield i First 2012). Myślę, że cała ta sytuacja jest związana z potrzebą nauk medycznych (w tym psychiatrii) do korzystania z jasnych wytycznych – kryteriów, modeli, wzorów. Osoby pracujące z żałobą, wrażliwe na potrzeby swoich klientek i klientów, wiedzą jednak, że żałoba wymyka się klasyfikacjom. Możemy przyjmować pewne modele lub kryteria, ale nie jest powiedziane, że sprawdzą się one w danej sytuacji. Tymczasem *DSM* (ani żadna inna klasyfikacja tego typu) nie mówi, co zrobić z przypadkiem, który nie mieści się w wytycznych. Głosy specjalistek i specjalistów zostały wysłuchane – ich „materiał dowodowy” oparty na badaniach, doprowadził do wpisania żałoby na listę okoliczności powiązanych z depresją. Pojawił się tam jednak zapis o żalobie skomplikowanej (którą omawiam w **rozdziale trzecim**).

Warto więc zadać pytanie, czy żałoba jest, czy nie jest naturalną reakcją na stratę (i to każdą stratę – nie musi to być strata związana ze śmiercią)? Uważam, podobnie jak Stephen Wilkinson (2003), że jest, a łączenie depresji z żałobą sprzyja stygmatyzacji osób ją doświadczających. Przeciętny człowiek nie rozróżni objawów żałoby od objawów depresji – co nie dziwi, bo same specjalistki i sami specjaliści miały i mieli z tym problem. Nie przeszkodziło im to w uznaniu tej trudności za okoliczność sprzyjającą ponownemu wpisaniu żałoby na listę *DSM*. Sądzę, że piętnowanie żałoby i łączenie jej z depresją nie służy ani jednej, ani drugiej. Dodatkowo wskazuje na niezrozumienie złożoności i zawiłości procesów straty i żałoby wraz z ich podobieństwem np. do depresji.

Renata Kleszcz-Szczyrba (Kleszcz-Szczyrba, Gałuszka 2016: 115) dostrzega, że postępująca kolonizacja „przez medycynę różnych dziedzin życia społecznego nieprzynależnych medycynie [...] powoduje, iż proces żałoby jest coraz bardziej pozbawiany swojego naturalnego wymiaru”. Dodaje również, że na przestrzeni kilku lat APA skróciło czas normalnej żałoby. Dziwne jest to o tyle, o ile wyniki badań prowadzonych właśnie w obszarze żałoby wskazują na to, że nie można ustalić takiego

temporalnego wyznacznika dla reakcji związanych ze stratą. Kleszcz-Szczyrba (*ibidem*) wskazuje również na poważne zagrożenie płynące ze skracania czasu żałoby normalnej – pisze ona:

Warto zauważyć, iż w przyszłości proces żałoby może zostać pozbawiony swojego naturalnego wymiaru, bo jeśli reakcja żałoby wydłuży się poza okres wyznaczony standardami medycznymi, będzie traktowana jako nieprawidłowość i poddawana leczeniu. Paradoks tego leczenia polegać może na tym, iż farmakologicznie tłumione będzie to, co w procesie żałoby w sposób naturalny powinno zostać odreagowywane, a zatem dopuszczone, przeżyte, zasocjowane. Także wartość naturalnego wsparcia społecznego może zostać poważnie osłabiona, bo jeśli coś nazwane zostanie chorobą, społeczeństwo prawdopodobnie wycofa się z pomocy w przekonaniu, iż jest niekompetentne w jej udzieleniu.

Jest to jeden z bardzo ważnych argumentów przeciwko traktowaniu żałoby jako zaburzenia. Autorzy *DSM* najwyraźniej zapominają o tym, że żałoba jest nie tylko reakcją emocjonalną, psychologiczną na stratę – jest to reakcja nie tylko osobista (czy osobnicza) ale też społeczna i kulturowa. Nie można więc doprowadzić do sytuacji, w której tylko medycyna zajmuje się tym obszarem życia człowieka.

2. Śmierć jako strata

Pragnąc, by istniało wyłącznie życie, sprawiamy,
że istnieje już tylko śmierć.
(Bataille 1999: 101).

Śmierć można różnorodnie interpretować i rozpatrywać ją na różnych płaszczyznach. Jest ona jedynym doświadczeniem, które dotyczy wszystkich istot żywych (Clark 2000: 6). Doświadczymy jej bez względu na to, kim jesteśmy i jakie żywimy przekonania o świecie. Śmierć wiąże się bowiem ze zmianą (także w kontekście biochemicznym), zerwaniem z dotychczasowym stanem rzeczy (Heinrich 2014: 8-12). Andrzej Grębecki (1963: 164) stwierdza, że „śmierć jest powszechnym prawem przyrody”, przy czym jednocześnie pisze, „że śmierć żywych organizmów musi pełnić w przyrodzie jakąś niezmiennie doniosłą i niezastąpioną rolę, skoro każdy organizm musi umrzeć, chociaż tworzący go budulec mógłby być nieśmiertelny” (por.: Margulis, Sagan 1995). Wprowadza tym samym poczucie bezradności i niezrozumienia dla mechaniki życia we świecie. Śmierć jest też wielką niewiadomą i tym, czego można się w jakimś sensie obawiać. William R. Clark (*op.cit.*: 5-7) postrzega lęk przed śmiercią jako prawdopodobnie najbardziej powszechną i zrozumiałą reakcję. Z pojawieniem się śmierci w otoczeniu jednostki, znika dotychczasowy ład i spokój, dokonuje się przewartościowanie. Jednostka ta traci na zawsze bliskich lub własne życie – w różnym sensie (Gert i in. 2009: 399). Pragnę w tym miejscu zaznaczyć, że niewiadoma umacnia ludzkie obawy, ale jest jedna rzecz, która pozostaje w miarę pewna, a tym samym uspokaja – przynajmniej zdaniem Samuela Schefflera (2019). Sądzi on mianowicie, że w przypadku antycypowania śmierci własnej ludzki lęk przed śmiercią, a także poczucie sensu życia, uzależnione są od trwania innych po tym zdarzeniu. Strata życia (ogólnie) może wydawać się w takim ujęciu mniej dojmująca, ale jeżeli dodać, że śmierć dotyczy dziecka – nagle objawia się absurdalność i niepoprawność takiego zdarzenia. Dziecko bowiem jako część rzeczywistości, która powinna trwać po śmierci dorosłych, umierając przed nimi niejako zamyka perspektywę postrzegania świata przez pryzmat – na przykład – kontynuacji genów. Dla moich dalszych rozważań jest istotne i wystarczające rozumienie śmierci jako straty – a w

niektórych przypadkach również jako odmiennej formy istnienia (co wyjaśniam przy okazji rozważań o więzi w **rozdziale trzecim**).

Rozpatrywanie żałoby jako szczególnego rodzaju straty skłoniło mnie do zastanowienia się, czym właściwie jest strata i czy jej rodzaj może również wpływać na przebieg żałoby. Strata jest „brakiem posiadania” w myśl definicji słownikowej (SPJ PWN, hasło: strata). W szerszym ujęciu może być również definiowana w sensie psychologicznym jako rodzaj przerwania więzi emocjonalnej lub fizycznej z obiektem (Bowlby 1998). Zwracam szczególną uwagę na kwestię więzi i emocje oraz ich znaczenie dla przebiegu i w ogóle zaistnienia żałoby (Parkes 2009). Bez tych dwóch elementów ani żałoba, ani poczucie straty nie istnieją. Stają się zachowaniami kulturowymi w znaczeniu teatralnym, odgrywanym w myśl istniejących reguł i zasad, bez głębszego sensu – swoistymi wydmuszkami, które z czasem przeminą lub zostaną przetworzone w inne rytuały o większej przydatności społecznej (di Nola 2006). Przykładem takich pustych zachowań są w obecnych czasach konsolacje – które w żaden sposób nie spełniają już swojej funkcji, są jednak w wyobrażeniach niektórych osób obowiązkową częścią obrządku funeralnego. Teatralizacja rytuałów związanych ze śmiercią i żałobą ma na celu nie tyle zbanalizowanie traumatycznych wydarzeń wraz ze świadomością skończoności, co odczarowanie i oswojenie tego, co nieuniknione. W zależności od tego, gdzie (dotyczy to tak etapu życia, jak i miejsca fizycznego) znajduje się jednostka w sytuacji konfrontowania się ze śmiercią, czy dotyka ona jej bezpośrednio, kto ją o tym informuje (i w jaki sposób) – jej reakcje będą różne. W swoich dalszych rozważaniach uwagę poświęcam jedynie doświadczeniu straty dziecka, a tym samym stratę rozpatrzę w kategorii czynnika wpływającego na dalsze życie osób, które teży straty doświadczyły.

W tym miejscu konieczne jest jeszcze jedno wyjaśnienie. W literaturze tematu można spotkać się z rozróżnieniem na stratę i utratę. Barbara Skarga (2002: 89-90) uważa, że pojęcia te znaczą coś innego – i choć formalnie są synonimami, nie należy ich tak traktować. Stratę interpretuje jako coś przykrego, a utratę jako dramatyczną i nieodwracalną. W tej perspektywie śmierć dziecka powinna być nazywana utratą – ponieważ jest aktem nieodwracalnym, tragicznym, który zaburza postrzeganie czasu i przestrzeni, wzmacnia poczucie osamotnienia i braku przynależności. Tragiczność tego zdarzenia wynika z jego niezgodności z wyobrażanym biegiem czasu i kolejnością

umierania, jak również zrozumieniem – dlaczego niewinna istota umiera? Więż z dzieckiem ulega przeobrażeniu, nie znika ono z pamięci, zmienia niejako swoją postać. Jest to kwestia związana w dużej mierze z pamięcią i tworzeniem przez ludzi sensu – nadawaniem sensu sytuacjom, które nie tylko nie pasują do naszych dotychczasowych doświadczeń, ale są traumatyczne. Tomasz Maruszewski (2005: 184) wyjaśnia, że sytuacje trudne wpływają na akumulację sił do przetrwania, w konsekwencji zapis informacji dotyczących bieżącego momentu nie jest dokładny. Pisze on, że

[s]ytuacja jest spostrzegana w sposób wycinkowy i fragmentaryczny, a pewna część informacji nigdy nie dochodzi do pamięci trwałej. Trudno zatem mówić o wyparciu czy tłumieniu informacji w odniesieniu do sytuacji traumatycznych – czasami po prostu jest tak, że nie ma czego wypierać lub tłumić, ponieważ pewne informacje nigdy nie zostały zakodowane (*ibidem*).

Twierdzę w związku z powyższym, że natura straty jest zbyt delikatną i indywidualną kwestią, by móc ją porównywać z utratą i zastanawiać się, w którym przypadku mowa jest tylko o zdarzeniu przykrym, a w którym o nieodwracalnym i tragicznym. Te określenia zresztą nie tworzą zbioru logicznie rozłącznego. Opisują w istocie różne wymiary: przykrość zdarzenia – opisuje stan psychoemocjonalny podmiotu, który doświadcza straty/utraty, a nieodwracalność odnosi się do cech śmierci jako zdarzenia („odwracalne – nieodwracalne”) oraz charakteru wydarzenia („tragiczne – nie-tragiczne”).

W przypadku śmierci dziecka za kluczowe przyjmuję uwzględnienie różnych sposobów „tracenia” (umierania, zgonu). Strata może mieć bowiem charakter dramatyczny lub spokojny. Możemy mieć do czynienia ze zgonem z przyczyn naturalnych lub nieznanych, w wyniku wypadku, choroby, z przyczyn zależnych lub niezależnych. Warto wziąć też pod uwagę straty mniej oczywiste i zauważone społecznie dopiero w XXI wieku, czyli aborcję (jako stratę świadomą i na własne życzenie, która jest problematyzowana w kontekście moralnym, religijnym, politycznym oraz medycznym), poronienie, śmierć okołoporodową, ale również znane tylko specjalistkom i specjalistom oraz osobom podchodzącym do procesu kwalifikacji na rodzica adopcyjnego – czyli stratę biologicznego rodzicielstwa nazywaną przez osoby na forach internetowych również

„żałobą po dziecku, którego nie było”⁸. Dotyczy ona rodziców, którzy albo nie mogą z różnych względów mieć dzieci, a nigdy nie byli w ciąży, więc fizyczna strata nie miała miejsca lub są po wielu nieudanych próbach poczęcia dziecka. Przypisywanie żałoby osobom, które nie doświadczyły utraty ciąży, doświadczyły natomiast utraty swoich wyobrażeń o byciu rodzicem biologicznym może być tłumaczone w kategoriach „socjologii niczego” lub „społecznej nicości” (Susie Scott 2018, 2020). Susie Scott (2018: 15) uważa, że socjologia do tej pory skupiała się na pozytywnie definiowanych obiektach poznania, nie dostrzegając przy tym, że to, co nie istnieje również ma na ludzi wpływ – a w związku z tym może powodować poczucie straty, a nawet wywoływać żałobę. Scott (2020: 2) dostrzega potencjał przedmiotów i doświadczeń, które nie istnieją, wskazując na ich znaczenie subiektywne. Strata wyobrażenia o byciu rodzicem biologicznym może być zaliczona do takich nieistniejących acz znaczących doświadczeń.

W kolejnych podrozdziałach wyjaśniam, jakie definicje robocze przyjmowałam dla poszczególnych rodzajów straty: aborcji, poronienia, śmierci okołoporodowej, śmierci w wyniku choroby, wypadku lub z nieznanych przyczyn, dzieciobójstwa, zabójstwa i samobójstwa – oraz jaki jest kontekst danej straty i jak jest ona problematyzowana. Przyjęta kolejność rodzajów straty jest umowna i wynika z dwóch czynników – „wieku dziecka” oraz możliwości pojawienia się poczucia straty, a ustalona została w nawiązaniu do przeprowadzonych wywiadów.

2.1. Aborcja

Jednym z najbardziej kontrowersyjnych sposobów straty dziecka jest aborcja, która charakteryzuje się tym, że najczęściej zawiera w sobie aspekt własnej woli matki (rodziców) oraz uzasadnienia tej decyzji. Na decyzję o dokonaniu aborcji mają wpływ różne czynniki: chęć posiadania dzieci; zbieżność czasu ciąży z planami na życie, możliwościami finansowymi i fizycznymi oraz kontekst społeczno-polityczny. Nie istnieje jedna właściwa odpowiedź dotycząca moralnej oceny aborcji – decydujące

⁸ Nie jest to oficjalna nazwa jednego z rodzajów żałoby, czy też kategoria teoretyczna, którą stworzyłam na potrzeby swoich rozważań. Z nazwą tą stykają się rodzice ubiegający się o status rodzica adopcyjnego i to od nich wiem o takim terminie.

okazują się światopogląd jednostki, jej cechy indywidualne, powód wykonania zabiegu oraz stosunek do pozbycia się ciąży.

Aborcja, czyli chirurgiczne lub farmakologiczne usunięcie zarodka lub płodu jest działaniem zamierzonym i nie może być wykonane bez zgody kobiety. W Polsce aborcja jest dopuszczalna na mocy *Ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży* z 07.01.1993 roku (ISAP, Dziennik Ustaw z 2021 r. poz. 175) i dotyczy tylko dwóch okoliczności: „1) kiedy ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety” (nie ma w tym przypadku ograniczeń ze względu na wiek płodu); lub „3) kiedy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża jest wynikiem czynu zabronionego” (ograniczenie do 12 tygodni od początku ciąży). Na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22.10.2020 utracił moc punkt drugi, czyli przypadki „kiedy badania prenatalne lub tak zwane inne przesłanki medyczne wykazują duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby, która zagraża jego życiu” – ograniczenie dotyczyło chwili osiągnięcia przez płód zdolności do samodzielnego życia poza organizmem matki (ISAP, Dziennik Ustaw z 1993, 17, poz. 78). Usunięcie przesłanki embriopatologicznej z listy okoliczności dopuszczających możliwość dokonania aborcji utrudniło dostęp do legalnej aborcji w Polsce również dlatego, że lekarze dostrzegają zagrożenia płynące z zalecenia do przeprowadzenia aborcji w przypadku zagrożenia życia i zdrowia kobiety. Dzieje się tak dlatego, że zabrakło w orzecznictwie klarownego wyjaśnienia, jakie okoliczności uznawane są za „wystarczające” (Nowosielska 2021). W rzeczywistości oznacza to konieczność rodzenia dzieci z wadami letalnymi (Dangel 2007).

Edyta Wejbert-Wąsiewicz (2011) podjęła się próby stworzenia monografii zjawiska aborcji w Polsce. Na pytanie o emocje związane z dokonaną aborcją jej respondentki miały trudność z jednoznacznym określeniem, czy odczuwały emocje pozytywne (w tym ulgę) czy negatywne (np. żal). Autorka przyznaje, że to właśnie wokół emocji poaborcyjnych skupia się dyskusja zwolenników i przeciwników aborcji. Dodaje również, że „uczucia te nie wykluczają się” i mogą zmieniać się w czasie, a wpływ na nie ma przyczyna dokonania zabiegu (*ibidem*: 138). Wypadałoby się zastanowić więc, dlaczego kobiety dokonują terminacji ciąży? Wejbert-Wąsiewicz wyróżnia następujące powody: nieodpowiedni wiek, samotne macierzyństwo, nakaz rodziców, wybór bezdzietności, brak miłości w związku, kazirodztwo, gwałt, zła

sytuacja mieszkaniowa, brak pracy, zagrożenie życia, obawy partnera związane z odpowiedzialnością, zagrożenie zdrowia, wadliwa antykoncepcja (wpadka), kariera (*ibidem*: 139). Uważam, że do tej listy warto dodać jeszcze: oczekiwanie męża związane z usunięciem ciąży pochodzącej z romansu z innym mężczyzną (czyli pewność lub niepewność ojcostwa), niewłaściwy moment w życiu (może łączyć w sobie kilka z wymienionych powyżej powodów, np. niewłaściwy wiek, kariera, samotne macierzyństwo itp.), posiadanie już dziecka lub dzieci (czyli wadliwa antykoncepcja oraz niechęć do dzielenia ograniczonych środków – tak finansowych, jak i czasu – między więcej osób, co mogłoby wiązać się z przewidywanym obniżeniem jakości życia rodziny i gorszym startem dla już posiadanych dzieci), a także nakaz państwowy (czyli aborcja jako metoda regulacji populacji, wraz z przymusowymi sterylizacjami itp.).

Aborcja jest zagadnieniem tabuizowanym, gdyż częściej mówią o niej jej przeciwniczki i przeciwnicy, które i którzy narzucają dyskusji wydźwięk negatywny. Przy czym ich wypowiedzi są silnie nacechowane religijnie – stąd też między innymi przekonanie, że aborcja jest grzechem. Wojciech Pawlik (2007: 196) pisząc o debacie publicznej wokół aborcji w 1991 roku, zauważa, że „parlamentarzyści [...] opanowali umiejętność unieważniania cudzych poglądów [...] niż sztukę ich słuchania”. Podobnie ma się rzecz z jakąkolwiek inną dyskusją – o aborcji nie daje się rozmawiać, wzajemnie szanując swoje poglądy. Należy drugą stronę zdyskredytować. I tak Claudio Risé (2010: 7-10) w swojej książce o niechęci do posiadania dzieci już w samej przedmowie dość kategorycznie określa aborcję (a tym samym osoby, które się jej „dopuszczają”), nazywając ją: „jednym z codziennych faktów”, „oczywistą patologią”, „złym czynem”, „rodzajem przestępstwa”, „nieszczęściem” (które tkwi w „złu, wielkim nieładzie i patologii”), „formą dzieciobójstwa”, „uprawomocnionym zabiciem dziecka”, „dramatem”, „indywidualną złą skłonnością”, „lekceważeniem problemu”, „oportunizmem”, „niedostateczną świadomością” (która sprzyja „pokusie regresu”), „okropieństwem”, „poświęceniem dziecka dla własnej przyjemności” oraz postawą, „którą (często bezwiednie) przyjmujemy w obliczu życia i jego nieustannych przemian”. Stanisław Rapczuk (2012: 12) powołując się na poglądy papieża, uznaje, że „sztuczne poronienie to zamach na życie”. Natomiast Karin Struck (2006: 22) przywołując słowa Matki Teresy mówi o „morderstwie na sumieniu kobiety”, dodaje

również, że kobiety – szczególnie młode – „często ulegają zaślepieniu na skutek ideologii psychologiczno-społecznej indykcji, pokus ateizmu i komunizmu, dla których człowiek, również nienarodzony jest niczym więcej, niż tylko mechanizmem”. Intrygujący punkt widzenia prezentuje Paweł Wosicki, prezes Fundacji Głos Dla Życia (Katzwinkel 2009: 7), który uwzględnia emocje innych osób, w tym tych, które zabieg aborcji przeprowadzają. Píše on:

Aborcja jest zabiciem człowieka i wywołuje zarówno stres psychologiczny, jak i fizjologiczny, którego następstwami naznaczone są osoby uwikłane w to doświadczenie. Konsekwencje wywołuje ona nie tylko u matki, ale i u ojca, rodzeństwa i innych członków rodziny. Nie można również pominąć efektów tego działania dotyczących personel medyczny wykonujący aborcję, ponieważ i tu są ofiary tej zbrodni, odzwierciedlonej w problemach emocjonalnych i życiowych.

Można spotkać jeszcze inną opinię, że „aborcja jest tragicznym wydarzeniem, agresywną i uśmiercającą odpowiedzią na problemy społeczne, indywidualne, w relacjach z innymi oraz seksualne” (Cantelmi i in. 2013: 22). Autorzy tomu *Przerwane macierzyństwo* dopatrują się w aborcji nie tylko fizycznej śmierci dziecka, ale też śmierci jakiejś psychicznej części samej matki (*ibidem*). Małgorzata Rajchert-Lewandowska (2018) zajmująca się ustawieniami systemowymi Hellingera, upraszcza sprawę i uznaje, że kobieta poddająca się aborcji odczuwa wstyd i ma poczucie winy, w związku z czym, chce siebie za ten czyn ukarać. Przyjmuje, że „aborcja wynika z podstawowej niewiedzy matki, że zabija życie” – zakłada przy tym, że „na głębokim poziomie każdy z nas wie, że istota ludzka żyje od poczęcia. Dlatego nawet tabletką wczesnoporonna może działać na duszę matki” (*ibidem*). Gabriele i Bertold Ulsamer (2003: 15) powołują się na słowa Hellingera, postrzegając aborcję, jako naruszenie związku, a tym samym przyczynek do terapii:

Potrzeba czasu, aż nadejdzie ból. Wtedy zróbcie dla niego miejsce ze względu na dziecko. Dziecku można także przez pewien czas zrobić miejsce w swym życiu. Na przykład możecie mu pokazać jego rodzeństwo, wewnątrz, a przez rok pokażecie mu piękne rzeczy na świecie. Jednak później musi już umrzeć. Wina musi po pewnym czasie minąć. A później nikt już nie będzie o tym rozmawiać. Dziecko będzie mieć swój spokój, a wy popatrzycie naprzód (*ibidem*).

Katarzyna Pawlikowska-Łagód i Jarosław Sak (2016: 12) twierdzą, że istnieją „dwa zasadnicze podejścia [...] religijne i czysto biologiczne”. Uważam, że to nie do końca trafny podział, ponieważ publikacje księży, wydawane przez teologiczne uczelnie

lub inne instytucje łączą często dyskurs biologiczny i medyczny, z referencjami do badań lub raportów (nie oceniam ich adekwatności). Mam poczucie, że podział ten należałoby poprowadzić inaczej – wyróżniając podejście religijne (które może łączyć wątki biologiczne, medyczne, filozoficzne, aksjologiczne, prawne) oraz podejście liberalne, które korzysta z tych samych zasobów, ale dobiera materiały w inny sposób, tworząc spójne, logiczne i trudne do intelektualnego podważenia wywody. Te dwa podejścia różni też emocjonalność przekazu. Za religijnym światopoglądem stoi przekonanie o człowieczeństwie płodu i boskiej mocy, która powołuje istotę ludzką do życia już w chwili poczęcia. W publikacjach wydawanych przez katolickie wydawnictwa dominuje dowolność w doborze przykładów – chodzi o wywołanie efektu zniesmaczenia lub szoku, np. poprzez umieszczenie informacji o tym, że w Niemczech wykorzystano odpady, „z których część stanowiły zwłoki nienarodzonych dzieci, do ulepszania asfaltu na autostradzie pod Berlinem” (Rapczuk 2012: 20). Łączy się różne tematy, traktując je jako to samo zło. U Rapczuka pojawia się obok aborcji – procedura *in vitro*. Nazywana jest ona „procedurą «produkcji» człowieka” (*ibidem*: 16). Autor ten uważa, że świadomi rodzice, powinni uznawać zamrażane embriony za swoje dzieci (*ibidem*). Dodam również, że po stronie obrońców życia pojawiają się działania mające na celu manipulację emocjami – jedno z nich opisały osoby z kolektywu Dziewuchy Dziewuchom w grudniu 2020 roku na swoim profilu w mediach społecznościowych (Facebook 2020). Sytuacja dotyczyła pochowania „640 abortowanych dzieci” na cmentarzu w Gończycach z inicjatywy Marii Bienkiewicz z Fundacji Nowy Nazaret (Rutkiewicz 2020). Śledztwo dziennikarskie ujawniło, że „organizacja nie mogła w żaden legalny sposób pozyskać szczątków do zbiorowej mogiły ze stołecznych szpitali” (Facebook: Dziewuchy Dziewuchom 2020).

Światopoglądy zwolenników dopuszczalności aborcji są bardziej wyważone i jak to określa Claudia Snochowska-Gonzalez „proponują powrót na Ziemię” (2011: 7). Mirosław Rutkowski (2013: 13) pisze natomiast:

są podstawy, aby twierdzić, że w trakcie zapłodnienia nie zostaje powołana do istnienia istota ludzka nawet w znaczeniu biologicznym. Zdarzenie to ma miejsce dużo później. Biorąc pod uwagę wszystkie najważniejsze i konieczne kryteria, jakich używa się w celu ustalenia, czy mamy do czynienia z żyjącą istotą ludzką, można dojść do wniosku, że początek jej życia następuje prawdopodobnie dopiero kilka miesięcy od powstania jednokomórkowej zygoty.

Joanna Różyńska (2008) podjęła „próbę analizy i oceny zasadności” jednego z trzech argumentów podnoszonych przez przeciwników aborcji. Te argumenty to: przekonanie, że: płód jest człowiekiem; płód jest osobą; płód jest potencjalną osobą (*ibidem*: 5). W toku rozważań autorka wykazuje, że ten ostatni argument może się bronić, jeśli zostanie osadzony w koncepcji potencjalności rozwojowej (a nie probabilistycznej lub aktywnej, ponieważ koncepcje te nie wskazują znaczącej różnicy między *conceptusem*, czyli zarodkiem a ludzką gametą). Koncepcja ta wymaga również przyjęcia ontologii animalistycznej (pojęcie ludzkiego zwierzęcia). Jednakże uwzględnienie powyższego prowadzi do sprzeczności, ponieważ nie można wykazać identyczności człowieka dorosłego z zygotą, grupką blastomerów, moruli i blastocysty – dopiero embriion właściwy, który powstaje w okolicach 18-19 dni rozwoju prenatalnego może takie cechy przejawiać. Oznacza to, że w świetle argumentów świadczących o moralnie nagannym charakterze aborcji – należy dopuścić aborcję wykonywaną przed 20 dniem rozwoju prenatalnego.

Mateusz Klinowski (2008: 12) powołując się na argumenty J. J. Thompson, pisze:

dla uzasadnienia zakazu przerywania ciąży nie wystarczy wykazać, że posiadamy obowiązki wobec płodu [...]. Ponieważ posiadamy także obowiązki względem matek, urodzonych już dzieci, członków społeczeństwa, czy własnego państwa, wszystkie one muszą być wzięte pod uwagę przy podejmowaniu generalnej decyzji o prawnym zakazie, bądź dozwoleniu na przerywanie ciąży.

Dodaje ponadto, że „intuicje moralne” przeciwników aborcji nie znajdują poprawnych, ani nawet przekonujących argumentów (*ibidem*: 38). Simone Veil (2005) w rozmowie na temat prawa do aborcji powiedziała, że ma wrażenie, że freudowska fiksjacja na kompleksach kobiet względem mężczyzn nie ma już racji bytu. „Dziś wydaje mi się, że sytuacja się odwróciła i że to mężczyźni coraz częściej przejawiają frustrację wynikającą z tego, że sami nie mogą rodzić dzieci!” (*ibidem*: 90). Rzeczywiście można mieć takie wrażenie, śledząc debaty wokół tematu aborcji – zauważmy, że do publicznie toczonych dyskusji najczęściej zapraszani są mężczyźni, przeważnie duchowni. Jednakże światopogląd liberalny nie odnosi się do sytuacji tak zwanego „syndromu poaborcyjnego” – ewentualnie czasami uzna go za wymysł, który nie ma racji bytu. To właśnie ten „syndrom” oraz książka Karin Struck *Widzę moje dziecko we śnie* (2006) sprawiły, że zaliczyłam aborcję do rodzajów straty, które mogą powodować reakcję w postaci żałoby. O syndromie tym wspomina też Jacek

Pleskaczyński SJ (Crawford, Mannion 2004: 10) „mimo, że nie brakuje kobiet dotkniętych syndromem poaborcyjnym w gabinetach lekarskich czy w konfesjonale, ich problem jest po prostu niezauważany”. Barbara Pilecka (2016: 161) pisze o swoim doświadczeniu klinicznym i terapeutycznym związanym z aborcjami tak:

u niektórych kobiet proces żałoby po dokonaniu aborcji nigdy nie zostaje zakończony, może dlatego, że toczy się pod osłoną tajemnicy. Kobiety często opłakują dobrowolnie utracone dziecko, obliczają, ile obecnie miałyby lat, i wyobrażają je sobie w różnym wieku. Ten ból odnawia się szczególnie dotkliwie przy rocznicach aborcji lub ewentualnej dacie urodzin dziecka. Ból jest ukrywany z obawy przed dezaprobatą społeczną.

Nancy Michels (2005: 27-30) dostrzega, że istnieje zmienność emocji (o czym już wspominałam przy okazji odniesień do książek i badań Eweliny Wejbert-Wąsiewicz) – pierwotnie odczuwana ulga z czasem usuwa się w cień, a pojawia się cierpienie psychiczne, będące efektem reakcji odroczonej na trudne doświadczenie, jakim jest aborcja.

Na stronie internetowej *Life Issues Institute*, organizacji pro-life, pojawił się przegląd męskich emocji związanych z aborcją (Mattes 2011). W tekście tym Bradley Mattes wykazuje, że mężczyźni reagują cierpieniem, ale ironia sytuacji polega na tym, że nikogo to nie interesuje, ponieważ jeśli czyjeś cierpienie zostaje zauważone, należy ono do matki. W latach osiemdziesiątych XX wieku Arthur Shostak (1984) przeprowadził badania z ojcami po utracie dziecka w wyniku aborcji. Badania te prowadzone były we współpracy z trzydziestoma klinikami aborcji w Stanach Zjednoczonych Ameryki, zbierano w nich ankiety od mężczyzn czekających w poczekalni na swoje partnerki. Było ich tysiąc, z czego wybrano próbkę 75 osób i przeprowadzono z nimi wywiady osobiste lub telefoniczne. Na podstawie tych badań oszacowano, że co najmniej osiem procent mężczyzn doświadcza negatywnych emocji związanych z aborcją, co nie pozostaje bez wpływu na ich dalsze życie.

Intrygującą sytuację naświetlił Anthony Heathcote (2014), który napisał artykuł o żałobie wietnamskich kobiet po aborcji. Wyjaśniła w nim, że w Wietnamie aborcja jest tematem osadzonym w moralnych dwuznacznościach – z jednej strony chodzi o to, że dokonują jej młode dziewczyny po przygodnym seksie, z drugiej natomiast pojawia się kult przodków i dylemat: czy należy utrzymywać z usuniętym płodem trwałą relację, jak z każdym ze zmarłych należących do rodu. Heathcote wykazuje, że niektóre kobiety

decydują się utrzymywać relację z *abortusem* poprzez wpisy na forum internetowym (*Centrum Pamięci Nghia Trang Online*), gdzie wyrażają swój smutek, proszą o wybaczenie, dzielą się przeszłymi i obecnymi doświadczeniami, modlą się i zamieszczają wskazówki dla płodu w zaświatach (Heathcote 2014: 30-41). Dostrzegalne jest tutaj podobieństwo do hellingerowskiego postrzegania aborcji i konieczności dostrzeżenia w płodzie – osoby.

Aborcja jest więc złożonym zagadnieniem, trudnym przede wszystkim ze względu na kontekst społeczno-religijno-polityczny – tak w Polsce, jak i w wielu innych krajach. Dodatkowo należy szczególnie zwracać uwagę na używane określenia do opisywania tego zjawiska, ponieważ temat jest wyjątkowo skomplikowany i drażliwy.

2.2. Poronienie

Izabela Barton-Smoczyńska (2006: 7-8) pisze o poronieniu jako o „stracie dziecka poczętego”.

Poronienie (łac. *abortus*) oznacza zjawisko przedwczesnego zakończenia ciąży. Medycyna najczęściej opisuje poronienie jako „obumarcie bądź wydalenie jaja płodowego z macicy” w sposób uniemożliwiający przeżycie poza macicą. Poronienie według dokumentacji medycznej zachodzi między 4 a 22 tygodniem ciąży. Za najczęstsze przyczyny poronienia uznaje się czynniki genetyczne, hormonalne, anatomiczne, immunologiczne, a także różne stany niepokoju wewnętrznego, nasilenia działania stresorów, poczucie zagrożenia, lęku czy reakcji depresyjnych.

Z medycznej perspektywy przyjmuje się, że poronienia są czymś naturalnym. Nawet do 15% ciąż ulega samoczynnemu poronieniu⁹. Z czego 20% przed stwierdzeniem ciąży¹⁰, czyli w bardzo wczesnym stadium przed dwunastym tygodniem – często bez świadomości kobiety, że w ogóle była w ciąży (Cantelmi i in. 2013: 17; Keirse i in. 2007: 17; Lewicka i in. 2013: 123). Termin ten określa sytuację, w której dochodzi do samoistnego zakończenia ciąży przed dwudziestym drugim tygodniem

⁹ Barton-Smoczyńska podaje informację, że jest to około 10%, a dane statystyczne na rok 2000 podają, że to „41 tysięcy ciąż zakończonych poronieniem”, czyli „niemal połowa śmiertelnych przypadków zachorowań na raka, lub liczba mieszkańców Malborka, Kwidzyna czy Gorlic” (Barton-Smoczyńska 2006: 7-8).

¹⁰ Dane te nie są jednolite, w zależności od publikacji mówi się o 10%, 20%, 30-40%, czy nawet 80% – Barton-Smoczyńska podaje, że jest to około 70% i przypadają one na okres pomiędzy 6 a 12 tygodniem – *ibidem*.

(Miernik 2017) lub – korzystając z kryterium masy ciała płodu – poniżej 500g (Lewicka i in. *op.cit.*). Założenie, że każda kobieta podczas swoich prób reprodukcyjnych chociaż raz poroni stało się dość popularne. We wstępie do książki Gillian C. Lachelin (1998: 3) czytamy:

Poronienia są, niestety, bardzo powszechne i zawsze stanowią prawdziwy dramat. Około czwartej części kobiety zachodzących w ciążę zdarza się poronić raz lub nawet kilka razy. Jest to zwykle ciężkie przeżycie dla przyszłych rodziców, którzy mogą doświadczać wielu takich uczuć, jak głębokie rozczarowanie, strach przed kolejnym poronieniem i przed przyszłością, smutek, żal nad sobą, złość, poczucie winy, niedostosowania, niezdadności i bezradności, a czasem długotrwałej depresji.

Manu Keirse, Bernard Spitz i Annemie Vandermeulen (2007) uważają, że „ludzkie rozmnażanie wydaje się procesem mało efektywnym. Co najmniej 70% kończy się niepowodzeniem w ciągu pierwszych 3 miesięcy”.

Można wyróżnić następujące rodzaje poronień: poronienia zagrażające; zupełne, niezupełne oraz chybione; samoistne i nawracające (nawykowe). Każde z nich ma trochę inną charakterystykę, wszystkie jednak prowadzą do sytuacji straty. Anne Stonehouse i Bruce Sutherland (1992: 39-45) opisują reakcje kobiet na poronienie, które oscylują od poczucia winy, przez uczucie niepowodzenia, skrytość emocjonalną, potrzebę rozmowy, po złość i stopniowe godzenie się ze stratą. Podczas procesu godzenia się ze stratą pojawiają się pytania o powód poronienia, o to, czy można było go uniknąć i kto ponosi winę? Keirse, Spitz i Vandermeulen (*ibidem.*: 35) uważają, że w związku z powszechnością poronień, nie ma sensu zadręczać się tymi pytaniami, a dopiero po trzech kolejnych, następujących po sobie stratach ciąży, należy zacząć szukać przyczyny.

O ile można przyjąć do wiadomości, że poronienia są czymś naturalnym, to problem zaczyna się z chwilą, kiedy występują one częściej i zajście w ciążę staje się niedostępnym marzeniem. Katarzyna Walentynowicz-Moryl (2016: 346-348) wskazuje na to, że utrata ciąży w utrudnionej sytuacji prokreacyjnej jest dużym wyzwaniem dla kobiet, które mogą czuć się podwójnie oszukane, mogą również kwestionować swoją kobiecość. Nie znaczy to, że kobiety, które doświadczyły poronienia raz, przeżywają tę sytuację mniej. Ponownie o intensywności odczuwania straty będą decydowały indywidualne cechy osobowościowe matki.

Amy Mullin (2015) stwierdza, że utrata ciąży jest doświadczeniem częstszym niż się o tym mówi. W skali międzynarodowej można powiedzieć nawet o 30-40% ciąży, które nie kończą się żywymi narodzinami. Dlatego warto pochylić się nad tym problemem. Mullin pisze:

Poszanowanie dla autonomii reprodukcyjnej sugeruje, że powinniśmy poświęcić więcej środków na informowanie przyszłych rodziców o prawdopodobieństwie utraty ciąży i decyzjach, jakie mogą w tym kontekście podjąć. Wreszcie utrata istoty, która ma potencjał, by stać się członkiem wspólnoty moralnej (potencjał zależny od planów kobiety w ciąży) może być również uznana za znaczącą moralnie stratę (*ibidem*: 40).

Namysł nad kontekstem etycznym związany jest ze wspomnianą już kwestią konceptualizowania dziecka. Mullin (*ibidem*: 31) dostrzega, że

[j]eśli społeczna konstrukcja osobowości/ statusu moralnego płodu daje innym dostateczną podstawę do uznania bytu za istotę moralnie znaczącą, to pozostajemy pozbawieni rozważań relatywistycznych, ponieważ niektórzy będą konstruować płody jako podmioty społeczne warte rozważenia moralnego, a niektórzy nie, często w odniesieniu do tego samego płodu. Clare Williams zauważa, że na oddziałach ginekologicznych „ten sam płód może, na różnych etapach, być konceptualizowany w różnych punktach tego ludzkiego/nieludzkiego kontinuum, przez kobiety, partnerów i praktyków” (2006: 13). Biorąc pod uwagę, że ludzie mogą również społecznie konstruować inne nie-ludzkie istoty jako osoby, a nawet jako swoje dzieci (podczas pisania tego eseju widziałem naklejkę na zderzak z napisem: „Moje dzieci mają cztery łapy”), uznanie, że różni ludzie mogą, ale nie muszą, społecznie konstruować różnych płodów jako osób/dzieci/ znaczących moralnie nie rozstrzygałoby kwestii, jak inni powinni je postrzegać.

Problem konceptualizacji jest więc nie tylko obecny w przypadku usuwania ciąży, ale ogólnie – tematu reprodukcji. Echa takich rozważań pojawiają się przy okazji utrudnionej reprodukcji.

Problemem w przypadku poronienia jest bardzo często nieświadomość matki dotycząca momentu utraty ciąży, a czasami też brak ciała dziecka, co uniemożliwia pochówki. Dodatkowo sytuacja społeczna rodziców po poronieniu jest skomplikowana – tylko oni wiedzą o swojej stracie, nie posiadają jednak żadnych pamiątek ani „dowodów”, które mogłyby legitymizować to poczucie straty. Od jakiegoś czasu widoczne jest zainteresowanie badaczek i badaczy zagadnieniem poronień właśnie w kontekście straty i społecznej recepcji żałoby po poronieniu. Najwięcej publikacji dotyczy porad psychologicznych – o czym będę jeszcze pisała na dalszym etapie moich

rozważań w **rozdziale piątym**. Do istotnych kwestii związanych z tym rodzajem straty należy dodać społeczne przekonanie o tabu żałoby – pisze o tym Anna Bajkowska na stronie Fundacji Nagle Sami: „przeżywana przez nich [rodziców – Ł. L.] żałoba wciąż bywa tematem tabu. Osamotnienie, poczucie niezrozumienia, a nawet brak przyzwolenia na przeżywanie żałoby – to jedne z najczęstszych przyczyn, które sprawiają, iż rodzice z takim doświadczeniem poszukują wsparcia w Fundacji Nagle Sami” (*naglesami.org.pl*).

2.3. Śmierć okołoporodowa

Śmierć okołoporodowa to termin szeroki, obejmujący różne rodzaje śmierci dziecka (w tym także przypadki zgonu matki podczas porodu lub w jego konsekwencji). Zaliczyć można do przyczyn takiej śmierci: śmierć podczas porodu, w tym martwe urodzenie oraz śmierć zaraz po urodzeniu. Zdarza się, że przyczyny śmierci dziecka nie są znane, a jego rozwój przebiegał prawidłowo (brak wad genetycznych wykrywanych standardowymi badaniami prenatalnymi i przesiewowymi) – dopiero wnikliwe badania patomorfologiczne rzucają nieco więcej światła na dany przypadek.

W Polsce dopiero w latach 2003-2008 poświęcono więcej uwagi psychiatrycznym następstwom niepowodzeń położniczych. Są to: depresja, lęki, zaburzenia kompulsywne i stres/szok pourazowy (*Post Traumatic Stress Disorder*, dalej: PTSD) – badania wskazują, że u 20% kobiet rozwija się depresja i taka sama liczba kobiet doznaje szoku pourazowego (Łuczak-Wawrzyniak i in. 2010).

Z kolei Iwona Koszewska (2010: 66-68) o depresji poporodowej pisze, że jest ona jednym z „endogennych zespołów zaburzeń nastroju”, jednocześnie zwraca uwagę na to, że „matki z wyjściowo niskim poziomem progesteronu we wczesnym okresie ciąży, będące w trudnej sytuacji społecznej, mające dużo stresów i niewystarczające wsparcie, są bardziej narażone na zaburzenia lękowe”.

Nie bez znaczenia pozostają także czynniki zewnętrzne – kulturowe. Koszewska dostrzega zarówno kwestię złożoności porodu rozumianego jako przemiana biologiczna i społeczna, jak i jego związek z kulturowymi wzorcami „kobiecości, macierzyństwa i seksualności”. Jej zdaniem „kobieta przeżywająca depresję może wtórnie czuć się

winna”, właśnie dlatego, że nie pasuje w swoim odczuciu do obowiązujących wzorców. Autorkę interesują przede wszystkim zaburzenia po porodzie zakończonym żywymi, zdrowymi narodzinami. Sytuacja kobiet, które urodziły martwe dziecko lub ich dziecko zmarło tuż po porodzie jest skomplikowana o tyle, że odczuwają one znacznie większy stres i doznają większego szoku niż matki, które nie doświadczyły śmierci dziecka. Ich poczucie nieadekwatności czy oszukania, miesza się z rozpaczą. Ciało przypomina im o dziecku, którego już nie ma. O ile w przypadku poronień problem aktywnych gruczołów mlekowych nie pojawiał się zbyt często, to w przypadku śmierci okołoporodowej pojawia się praktycznie zawsze i dodatkowo przypomina o bolesnej stracie.

W kwestiach śmierci okołoporodowej dominuje dyskurs zmedykalizowany i zpsychologizowany. Medyczne spojrzenie na emocje powiązane z porodem martwego płodu sprowadza je do reakcji fizjologicznych ciała i opisywane są na przykład w następujący sposób:

Wstrząsem jest sytuacja, kiedy okazuje się, że rozwijający się płód, dojrzewające życie w łonie matki nagle przestaje istnieć. Rodzice doświadczają wówczas uczucia szoku, niedowierzania i poczucia winy, a od personelu medycznego oczekują wsparcia psychicznego, informacyjnego, pełnego troski i empatii, ochrony przed bólem, lękiem i poczuciem osamotnienia. Cięża obumarła może powodować występowanie późniejszych zaburzeń psychicznych, ale jest także poważnym niebezpieczeństwem ze względu na możliwość wystąpienia licznych powikłań, do który należą: zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, krwotoki, uszkodzenia narządów rodnych lub zakażenia (Bubiak i in. 2014: 70).

W roku 2016 *Washington Post* zamieścił na swojej stronie internetowej artykuł Sary Muthler (2016) pod tytułem „Stillbirth is more common than you think – and we’re doing little about it” („Martwe urodzenia są częstsze niż myślisz – i niewiele z tym robimy”). Autorka na podstawie danych Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, dalej: WHO) i Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (Centers for Disease Control and Prevention) wskazuje, że w samych Stanach Zjednoczonych ma miejsce ponad 20 tysięcy martwych urodzeń każdego roku (dokładniej 24 tysiące), co daje wynik dziesięciokrotnie wyższy niż w przypadku śmierci łóżeczkowej (*Sudden Infant Death Syndrome: SIDS*). W Polsce (o czym wspominałam we wstępie) w roku 2019 zarejestrowano 1238 martwych urodzeń (0,3% ogółu urodzeń) i podobna liczba utrzymuje się od roku 2010 (GUS 2021, struktura ludności, por.: Krzyżak i in. 2014).

Trudna do określenia jest relacja martwych urodzeń do przypadków śmierci łóżeczkowej, ponieważ dane takie nie są dostępne dla całej Polski.

Jednym z publicznie dyskutowanych wątków dotyczących zarówno kobiet po poronieniu, jak i po doświadczeniu śmierci okołoporodowej jest kwestia traktowania ich przez personel medyczny oraz obecność w szpitalach odpowiednio zaprojektowanych procedur, których celem jest przeciwdziałanie pogłębiającej się depresji. Na początku lat dziewięćdziesiątych temat ronienia i śmierci okołoporodowej był kontrolowany przez personel medyczny. Kobiety doświadczające straty dziecka umieszczane były na salach pełnych matek ze zdrowymi dziećmi. Ich prywatne dramaty potęgowała obecność noworodków i szczęśliwych matek. Sytuacja ta nie była komfortowa dla nikogo – świadomość, że na sali jest kobieta, która straciła dziecko, sprzyjała stygmatyzacji. Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że wydarzenia takie nie były i nie są obojętne personelowi medycznemu, jednakże osierocone matki wymagają większej uważności i empatii, na którą nie zawsze mogą liczyć na przepełnionych oddziałach z przemęczonymi pracownikami i pracownikami.

Ponieważ procedury obecne w placówkach medycznych nie gwarantowały poczucia bezpieczeństwa i właściwej pomocy psychologicznej, nagłaśniane przez media „szpitalne patologie”, sprzyjały powstawaniu ruchów (w tym fundacji i stowarzyszeń), które sytuację tę chciały zmienić. Efektem ich działań są standardy opieki okołoporodowej, które weszły w życie z dniem 01.01.2019 na mocy *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* (ISAP, Dziennik Ustaw, 2018, poz. 1756). Rozdział XV tego dokumentu dotyczy opieki „nad kobietą w sytuacjach szczególnych”, czyli rozpoznania „podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi”. Do najważniejszych postanowień tego dokumentu należy ustęp trzeci, dotyczący wsparcia, jakie należy zapewnić kobiecie, sposobu rozmawiania z nią i informowania jej o sytuacji, ale również przysługujące jej prawa do pożegnania z dzieckiem, możliwości skorzystania z pomocy psychologicznej czy laktacyjnej. W punkcie 11 czytamy natomiast, że: „osobom wykonującym zawód medyczny zapewnia się wsparcie w radzeniu sobie ze stresem, w związku z opieką nad kobietą i dzieckiem, w sytuacjach, o

których mowa w ust. 1”. To postanowienie wraz z ustępem drugim, którego treść zakłada, że:

Osoby wykonujące zawód medyczny w podmiocie leczniczym wykonującym działalność w zakresie opieki okołoporodowej, pod których opieką znajduje się kobieta w sytuacji, o której mowa w ust. 1, są przygotowane do pracy z rodzicami doświadczającymi śmierci noworodka lub narodzin dziecka chorego oraz są informowane o przebywaniu danej kobiety w tym podmiocie celem uwrażliwienia na jej sytuację –

jest kluczową zmianą. *Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej*, bo tak nazywany jest dokument, który obowiązuje od roku 2019 we wszystkich placówkach medycznych w Polsce, jest oparty na „procedurach o udowodnionej skuteczności” (*Fundacja Rodzić Po Ludzku: Rodzę mam prawa*) i jest jednym z dokumentów (jeśli nie jedynym), który gwarantuje traktowanie matki nie w kategoriach przedmiotu, ale podmiotu. Kwestia poziomu wdrożenia przepisów pozostawia wiele do życzenia, co związane jest z brakiem finansów, możliwości przestrzennych rozdzielania położnic itp.

Przy okazji śmierci okołoporodowej należy poruszyć też sytuację rodziców dzieci urodzonych przedwcześnie, które zaraz po porodzie zostają przeniesione na oddziały neonatologiczne, gdzie pod baczным okiem personelu medycznego oraz przy wsparciu technologicznym rozwijają się, by móc powrócić do rodziców. Nie każdy wcześniak ma szansę na przeżycie. Temat wcześniaków porusza w swoich rozmowach Marta Spyrczak (2018a, b), która w 2018 roku wydała dwutomową książkę pt. *Za wcześnie. Rozmowy z rodzicami wcześniaków* będącej efektem jej spotkań z rodzicami wcześniaków. Pierwszy tom dotyczy dzieci urodzonych w 23-29 tygodniu ciąży, drugi – w 30-36 tygodniu ciąży. Spyrczak pisze we wstępie:

Z tych rozmów powstała ta książka – wsparcie dla rodziców, którym urodziły się skrajne wcześniaki i są zagubieni [...]. Nie znajdziesz tu medycznych wskazówek ani porad, co robić. Dajemy Ci tymi opowieściami zrozumienie dla fali sprzecznych uczuć, wyjaśnienie czasem niezrozumiałych stanów, w jakich jako rodzic wcześniaka możesz się znaleźć. Dzielimy się doświadczeniem, nadzieją i pokazujemy, że cuda są możliwe (*ibidem* a: 6).

W książce Spyrczak znalazły się optymistyczne opowieści, zakończone wypisaniem dziecka ze szpitala. Niestety nie zawsze tak się zdarza. Dla rodziców, którzy przeżywają śmierć wcześniaka, dodatkowym problemem może być to, że wiedza o jego istnieniu jest dostępna jedynie osobom z najbliższego otoczenia, które miały

okazję zobaczyć je w szpitalu – co może utrudniać mierzenie się z żałobą, np. podzielenie wspomnień o dziecku z innymi członkami rodziny.

Ważną kwestią jest również w kontekście śmierci okołoporodowej żałoba ojców. Małgorzata Chrzan-Dętka (2010) dostrzegła, że ojcowie przeżywają ją szerzej, ponieważ zmagają się dodatkowo z intensywnymi emocjami matki dziecka i czują się w tej sytuacji bezradni, co osłabia ich poczucie sprawczości.

2.4. Śmierć w wyniku choroby

Choroby genetyczne mają różny przebieg i nie wszystkie powodują śmierć. Zdarza się, że dziecko ma lepsze rokowania, wiąże się to jednak z koniecznością ścisłego monitorowania stanu zdrowia, rehabilitacjami, operacjami itp. Poza chorobami i wadami genetycznymi pojawiają się również choroby zakaźne (lub powikłania po nich) oraz nowotwory (por.: Mazur i in. 2017). Te ostatnie należą do najbardziej dramatycznych i budzą najwięcej kontrowersji – w kwestii podejmowanego (lub nie) leczenia (w tym także praktyk niestandardowych), niesprawiedliwości oraz ogromu cierpienia dzieci chorych na raka, które nie zawsze do końca rozumieją, co się z nimi dzieje. Często nie są one informowane w pełni o rokowaniach, chociaż pojawia się coraz więcej głosów na blogach i forach, że zdają sobie sprawę ze swojej sytuacji, a brak informacji sprawia, że czują się pomijane i okłamywane (Gotówka, Wysocka-Bobryk 2014; Pogrzebny, Cieślak 2017; *zwrotnikraka.pl* 2016).

Co istotne w przypadku chorób widoczne jest rozłożenie napięcia i stresu – przy czym strach związany z rychłą śmiercią dziecka nie ustaje. Pojawiają się też wzloty i upadki – remisja, wznowa, ponownie remisja. Nadzieja przeplata się z załamaniem. Choroba dziecka sprawia również, że rodzice bardzo często muszą przeorganizować swoje życie – jedno z nich czuwa przy dziecku, drugie pracuje; bywa, że matki zostają same z sytuacją choroby, bo po diagnozie ojcowie odcinają się i nie chcą brać udziału we wspieraniu, ale też przyglądaniu się procesowi umierania dziecka – rozwodzą się. Kiedy dziecko jest w stanie terminalnym, pojawia się dodatkowy aspekt – należy podjąć decyzję o zaniechaniu leczenia lub próbować do skutku. Strata tego rodzaju może być również odbierana jako rodzaj ulgi – nie trzeba już czuć się bezradnym i przyglądać się śmierci – który ukrywa się przed innymi, w obawie przed oceną i krytyką.

W ostatnich latach tematy chorób rzadkich, chorób chronicznych i niepełnosprawności są częściej poruszane i doczekały się nowych opracowań – reporterskich i naukowych (np. Hołub 2018; Klajmon-Lech 2018). Ma to znaczenie z punktu widzenia dostępności społecznej wiedzy i osławiania sytuacji, których nie doświadczają wszyscy rodzice. Buduje też – jak w przypadku rodziców wcześniaków – wspólnotę doświadczenia, która pomaga w radzeniu sobie z trudną sytuacją i codziennym stresem. Podobnie wygląda sytuacja dzieci chorych na raka. W obu przypadkach może się pojawiać podwojenie straty – za pierwszym razem jest nim diagnoza, która definitywnie „zabija” marzenia rodziców o zdrowym dziecku, dla którego układali już scenariusz życia. Za drugim, to dziecko, o którego życie się walczyło, którego chorobę w jakimś stopniu oswoiło się – umiera.

Sytuacja śmierci dziecka (nie płodu lub noworodka) w wyniku choroby jest zrozumiała dla postronnych – szczególnie, że obecny w Polsce ruch hospicyjny uwzględnia również chorych małych pacjentów, których losy opisywane są w książkach – dotyczy to zarówno dzieci chorych na mukowiscydozę lub inne choroby rzadkie czy nowotwory. Przykładem takiej publikacji jest książka *Podróż za horyzont. Pięć lat później* (Świtała, Kławsioć 2009) opisująca zmagania chorego śmiertelnie nastolatka, który użyczył swojego wizerunku I Ogólnopolskiej Kampanii Informacyjnej *Hospicjum to też Życie*. Dodatkowo pojawiające się w mediach społecznościowych strony, blogi oraz apele o pomoc finansową w leczeniu, pokazują też, że nie jest to problem marginalny. Żałoba w związku z takim rodzajem straty jest społecznie akceptowana.

2.5. Śmierć w wyniku wypadku (lub z nieznanych przyczyn)

Przez śmierć w wypadku rozumiem wszelkiego rodzaju przypadkowe zdarzenia, które doprowadziły do zgonu. Są to wypadki losowe, kolizje drogowe czy działanie sił natury (powodzie, pożary itp.). W tej kategorii znalazły się również nieznane przyczyny śmierci, czyli tak zwana śmierć niespodziewana, która była nagła i nie poprzedzały jej ani choroba, ani inne symptomy, a po wykonaniu autopsji nadal nie stwierdzono anomalii, które mogłyby wpłynąć na śmierć młodej, zdrowej osoby.

Oba rodzaje straty (wypadek, nieznane przyczyny) charakteryzuje ich niespodziewaność – nagłość i brak przygotowania rodziców na takie wydarzenie. Oba

sprzyjają więc poczuciu utraty kontroli – w szczególności, kiedy rodzic czujący odpowiedzialność za swoje dziecko, obarcza siebie odpowiedzialnością za jego śmierć. Są to trudne sytuacje dla całej rodziny i społeczności (ponieważ takie dziecko ma już swoją historię zapisaną w świadomości innych oraz swoją sieć społeczną – np. środowisko szkolne). Śmierć w wyniku wypadku lub z nieznanych przyczyn może wywoływać w osobach bliskich skrajne emocje, co ma wpływ na relacje między żałobnikami i przebieg procesu żałoby. Strata tego rodzaju jest zrozumiała społecznie i nie trzeba jej dowodzić.

2.6. Dzieciobójstwo i zabójstwo

W przypadku zabójstwa i dzieciobójstwa potrzebne są definicje pochodzące z kodeksu karnego, a także zrozumienie, że czasami mylnie zabójstwo dziecka przez rodzica nazywa się dzieciobójstwem. Z prawnego punktu widzenia z dzieciobójstwem mamy bowiem do czynienia w przypadku popełnienia zbrodni przez matkę (i tylko matkę), która zabija swoje dziecko w okresie porodu i pod wpływem jego przebiegu – wszystkie inne przypadki są zabójstwem. Jako osobna kategoria pojawiło się ono w polskim kodeksie karnym w roku 1932 i jest kwalifikowane jako „przestępstwo typu uprzywilejowanego”, czyli traktowanego pobłażliwiej niż zabójstwo. W przypadku zabójstwa z art. 149 k.k. (dzieciobójstwo) „grozi matce od 3 miesięcy do 5 lat pozbawianie wolności, zaś innej osobie współdziałającej z matką grozi kara za zabójstwo w typie podstawowym” i „kara w pełnym wymiarze” (Gidel-Stefaniec 2014: 148). Istotne jest również to, że dzieciobójstwem jest zarówno działanie na szkodę, jak i zaniechanie prowadzące do śmierci dziecka. Jeśli więc matka urodzi, a następnie udusi noworodka – mamy sytuację działania na szkodę. Jeśli matka urodzi i zauważy, że noworodek nie oddycha, po czym nie udzieli mu pomocy lub zwyczajnie porzuci zdrowego noworodka, co doprowadzi do jego śmierci np. na skutek wyziębienia – mówimy o zaniechaniu prowadzącym do śmierci.

Zabójstwa dzieci, w przypadku ich wykrycia, zawsze mają charakter medialny i są głośno dyskutowane, chociaż to właśnie matki małych dzieci, są bardziej piętnowane. Może mieć to związek z faktem kwalifikowania dzieciobójstwa jako przestępstwa typu uprzywilejowanego, a wiele osób ma wątpliwości, czy jakiegokolwiek przywileje

powinny przysługiwać kobietom zabijającym własne dzieci. Dariusz Juszczak (2008: 175) wskazuje na problem z ustaleniem faktycznego stanu mentalnego kobiety, która dopuści się dzieciobójstwa. Píše on, że „dotychczas w literaturze medycznej nie wypracowano jednoznacznego stanowiska na temat wpływu porodu na stan psychiczny kobiety”. Pojawiają się skrajne opinie, które albo dopatrują się w porodzie czynnika wpływającego na „sferę wolicjonalną” albo uznają, że poród nie determinuje sfery woli (Juszczak 2008). Można spotkać również stanowiska wykazujące związek porodu z zaburzeniami psychicznymi (Jaechke i in. 2012; Seyfried, Marcus 2003), jak: *baby blues*, czyli smutek poporodowy (Bałkowiec-Iskra i Niewada 2002; Degner 2017; M’baïlara i in. 2005); depresja poporodowa (Garvey, Tollefson 1984; Sealy 2009); psychoza poporodowa (Melka-Roszczyk i Malinowski 2013; Sharma i Mazmanian 2003); poporodowy zespół stresu pourazowego (Polachek i in. 2012; Ściepuro i in. 2005). W piśmiennictwie dotyczącym tego zagadnienia zwraca się uwagę na ryzyko występowania agresji wobec noworodków w okresie poporodowym (zob.: Wójciak 2011).

Historyczne spojrzenie na kwestię dzieciobójstwa wskazuje na stosowanie różnych definicji oraz różnych ocen prawnych i moralnych. Po pierwsze daje się zauważyć, że to warunki społeczne determinowały zgodę na zabijanie dzieci. W czasach starożytnych dzieciobójstwo służyło kontroli liczebności (i jakości) populacji. Przyzwolenie tego typu dotyczyło więc dzieci „mniej wartościowych” w ocenie ówczesnego społeczeństwa, np. dziewczynek, dzieci kalekich, chorych, niepełnosprawnych, zdeformowanych. Innym powodem mogły być warunki ekonomiczne, wówczas zabijano dzieci z uwagi na niesprzyjające ich przetrwaniu okoliczności – kiedy były to bliźnięta, „dzieci urodzone zbyt szybko po poprzednim”, „pochodzące z nieprawego łoża, samotnych matek, zwłaszcza biednych” (Heitzman i in. 2013: 542). Rozwijające się chrześcijaństwo dostrzegało ten problem i coraz częściej odnotowywano dzieciobójstwo jako zabójstwo. Karze podlegały zarówno matki, jak i ojcowie. XVI wiek to próba stworzenia bardzo surowego prawa, które karałoby dzieciobójczynie i odstraszało matki przed dokonywaniem tak karygodnych zbrodni. Dla przykładu „dzieciobójczynie za umyślne i okrutne zabicie swojego dziecka groziło alternatywnie przebicie pałem i pogrzebanie żywcem, zamknięcie w worku z psem, kogutem, żmiją lub małpą i utopienie, przed utopieniem rozerwanie żarzącym się żelazem” (*ibidem*). Kara śmierci

dla dzieciobójczyń utrzymywana była do XX wieku, ale od XIX wieku zaczęto poszukiwać okoliczności łagodzących, które mogły wpływać na stan psychiczny kobiety. „Na systemy prawne krajów europejskich szczególny wpływ wywarło prawodawstwo angielskie, które dzieciobójstwo potraktowało jako działanie (lub celowe zaniechanie) matki z zakłóconą psychiką wobec dziecka, które nie ukończyło jednego roku życia” (*ibidem*: 543). Jedynie w Stanach Zjednoczonych Ameryki dzieciobójstwo nie podlega odrębnej regulacji i jest klasyfikowane jako morderstwo (*ibidem*). Wspominam o tym historycznym postrzeganiu dzieciobójstwa, ponieważ niektóre z poglądów są odzwierciedlane przez współczesne społeczeństwo – jak na przykład eugeniczne przekonanie, że dzieci chorych i kalekich należałoby się pozbywać.

Kto dokonuje zbrodni dzieciobójstwa? Badania skupiające się na wynikach sekcji z lat 1990-2000 porównano do badań za okres 1971-1990. Okazało się, że zarówno metoda popełnienia dzieciobójstwa, jak i charakterystyka badanych były zbieżne. I tak: „najczęstszym sposobem popełnienia dzieciobójstwa (40%) było uduszenie gwałtowne”; zbrodnię tę popełniały „młode kobiety o niskim poziomie wykształcenia, pochodzące ze środowisk robotniczych, czynne zawodowo, o sprawności intelektualnej nie odbiegającej w większości przypadków od normy” (Kołowski, Nowak 2005: 128). Inne badania potwierdzają te ustalenia, dodając jednakowoż ciekawy kontekst sytuacji rodzinnej. Wynika z nich, że dzieciobójczyniami są często kobiety, które doświadczały przemocy od najbliższych. W związku z takim doświadczeniem, kobiety te stały się bierne i podporządkowane, a w sytuacjach stresujących swoją agresję i frustrację przenosiły na słabszego – w tym wypadku noworodka (Pomarańska-Bielecka 2010: 36-37).

Wśród medialnych reprezentacji zbrodni dokonywanych na dzieciach, zdarzają się też takie, których sprawcami są mężczyźni. Część z tych przypadków kończy się albo samobójstwem ojca, albo próbą jego popełnienia. W języku angielskim istnieje termin *filicide*, odnoszący się do zabójstwa dziecka. Jeśli po takiej zbrodni sprawca lub sprawczyni odbierze sobie życie, mówimy o „zabójstwie dziecka zakończonym samobójstwem” (*filicide-siucide*) (Leim i in. 2010: 89). Badania dotyczące tego złożonego zagadnienia wykazują, że zbrodni tego typu dopuszczają się częściej mężczyźni, zwykle biologiczni ojcowie dzieci, pozostający w separacji – istotny jest

również wpływ depresji lub zaburzeń psychicznych (*ibidem*; Harris Johnson 2005; van Wormer, Roberts 2009).

Zbrodnie dzieciobójstwa i zabójstwa dziecka jest nie tylko przedmiotem zainteresowania mediów oraz ich widzów, ale także badaczek i badaczy społecznych. Opracowania naukowe tego tematu pojawiają się w dziedzinie prawa oraz psychologii, a zagadnienie to jest eksplorowane zarówno w płaszczyźnie historycznej, jak i obyczajowej. Analizowane są przy tym praktyki różnych kultur i ich społeczne uwarunkowania. Motyw dzieciobójstwa jest dodatkowo inspirujący literacko (częsty w dramaturgii, poezji i powieściach), czego dowody możemy odnaleźć w monografiach zbiorowych – jak *Zabójstwo dziecka w literaturze i kulturze europejskiej* (Ilski i in. 2014).

2.7. Samobójstwo

Próby zdefiniowania samobójstwa podejmowane są za każdym razem przy okazji opisu zjawiska, ponieważ przestało ono być wyłącznie tragicznym i niezwykłym fenomenem, a stało się poważnym problemem społecznym. Najprostsza definicja określa je jako zabicie samego siebie (zob.: hasło „samobójstwo”, Wańczowski 1993: 310). Tadeusz Ślipko (1978: 407) przytacza definicje samobójstwa, które pojawiały się na przestrzeni lat. I tak Émile Durkheim (2006), pierwszy z badaczy, który postanowił studiować tę kwestię, w swojej książce z 1897 roku określał mianem samobójstwa wszystkie przypadki śmierci, które są wynikiem bezpośrednim lub pośrednim, działania albo wstrzymaniem się od działania osoby zdającej sobie sprawę z efektu takich aktów. Dla Jamesa Marka Baldwina (1906) samobójstwo to po prostu świadome zabicie samego siebie. Za to Maurice Halbwachs (1930) widział w nim każdy przypadek śmierci, która wynikała ze spełnienia leżącej w intencji ofiary chęci zabicia samego siebie. Nie jest to jednak wg tego autora akt poświęcenia się. François Achille-Delmas w swoim studium z 1932 roku przez samobójstwo rozumiał akt, będący wyborem świadomego siebie człowieka, który mogąc wybrać życie, skłania się ku śmierci „bez konieczności moralnej”. Jeszcze inny z cytowanych badaczy – Gabriel Deshaies – w publikacji 1947 definiował je jako „akt zabicia siebie samego w sposób habitualnie świadomy, w którym śmierć została podjęta jako środek lub jako cel”. Ponieważ

samobójstwo inspirowało wielu myślicieli i badaczy, literatura przedmiotu jest bardzo bogata. Mogłoby się wydawać, że po wyczerpujących studiach samobójstwa, jakich dokonali wymienieni powyżej autorzy, nic więcej nie da się napisać – tymczasem nadal powstają nowe publikacje, nowe badania, a nawet cykliczne konferencje. W Polsce organizuje je Polskie Towarzystwo Suicydologiczne (*suicydologia.org*).

W przypadku samobójstw dzieci należy prześledzić publikacje z zakresu psychologii lub takie, które mogą udzielać odpowiedzi na pytanie: dlaczego (młodzi) ludzie dokonują zamachu na swoje życie? Zdaniem Alfreda Alvareza (1997) każde samobójstwo jest krzykiem o pomoc. Zasada wolnego wyboru w temacie własnego istnienia budzi niepokój i protest społeczeństwa. Nie wiem, czy możliwe jest dyskusowanie o samobójstwie jako świadomym wyborze w przypadku młodych ludzi, którzy mają jeszcze całe życie przed sobą, ale okoliczności, w jakich się znaleźli i poczucie osamotnienia oraz bezsilności, dyktują im dokonanie takiego właśnie wyboru. Samobójstwo jako możliwość dana człowiekowi – jako wybór właśnie – ma swoisty sens, różny w każdym przypadku, bo zależny od indywiduum i okoliczności, w jakich dokonywany jest ów zamach na samego/samą siebie. Samobójstwo zdaniem Jamesa Hillmana (1996) nigdy do końca nie zostanie zrozumiane, gdyż osoba, która mogłaby udzielić informacji na jego temat, nie potrafi już tego uczynić. Można dyskutować z tym przekonaniem, przyjmując, że osoby, które chciały popełnić samobójstwo, a nie udało im się, są stosowną grupą badawczą. Jednakże Hillman (1996) zwraca uwagę, że grupa, o którą faktycznie powinno nam chodzić (osoby, które chciały popełnić samobójstwo i udało im się odebrać sobie życie) nie będą w żaden sposób reprezentowane – czyli nie zdołamy do końca zrozumieć samobójstwa.

Z punktu widzenia socjologii upatruje się źródeł tego zjawiska w przemianach postaw życiowych ludzi i stanie grupy społecznej, której częścią jest samobójca (Durkheim 2006). W przypadku dzieci i młodzieży motywem samobójstwa mogą być problemy tożsamościowe, dotyczące poczucia inności, która jest piętnowana (przykład mogą stanowić tutaj samobójstwa dzieci nieheteronormatywnych, które doświadczały szykan ze strony rówieśników – zob.: Jakubczak 2018); dużej wrażliwości i nieumiejętności poradzenia sobie z własnymi emocjami; braku więzi emocjonalnej. Poza tym pomijane są społeczne i środowiskowe przyczyny decyzji o samobójstwie, przyjmując czynniki psychopatologiczne za nadrzędne.

Z drugiej strony psycholożki i psychologowie badający zjawisko samobójstwa starają się poznać mechanizmy psychiczne, które działają na ludzi, popychając ich do podjęcia takich a nie innych decyzji odnośnie do własnego życia (także w przypadku dzieci – Makara-Studzińska 2013). Duże ryzyko samobójstw występuje u osób z melancholią. Pesymizm, negatywna ocena przyszłości, poczucie beznadziejności lub winy, przekonanie o istnieniu sytuacji, z których nie można wyjść przez co nie można otrzymać pomocy, stanowią przejawy depresyjnego obrazu myślenia i są jednocześnie wystarczającym motywem do wyboru samobójstwa jako sposobu ucieczki od beznadziejnej sytuacji. Erwin Ringel (1987) wychodząc od tezy, że samobójcą jest się na długo przed popełnieniem samobójstwa, opisał tzw. zespół (syndrom) presuicydalny, który obejmuje: zmniejszenie funkcji psychicznych i zawężenie ich do ciągłego przeżywania uczucia lęku, niepokoju, zagrożenia, a także utrzymywania się przekonań o własnej mniejszej wartości, co prowadzi w efekcie do rezygnacji i wycofywania się z życia; skłonność do kierowania agresji przeciwko sobie oraz ucieczkę przed rzeczywistością w świat marzeń, zwłaszcza zatapianie się w rozważaniach o śmierci i samobójstwie będącym formą rozwiązania trudnych sytuacji.

Zachowania autodestrukcyjne mają swoje podłoże w relacjach rodzinnych. Przyjmuje się, że pierwszych sześć lat życia buduje psychikę dziecka, wszelkie nieprawidłowości w wychowaniu są jednym z ważniejszych czynników etiologicznych rozwoju tendencji suicydalnych jednostki. Wszelkie patologie rodzinne mają wpływ na rozwój tendencji autodestrukcyjnych, jednakże wychowywanie dziecka w przekonaniu, że nie jest w stanie zaspokoić swoich pragnień, przy jednoczesnym rozbudzaniu wysokich aspiracji, powoduje znacznie poważniejsze następstwa w postaci depresji, a co za tym idzie – samobójstw. Barbara Pilecka (1995) powołując się na badania Ezry F. Vogela i Normana W. Bella opisuje przypadki rodzin, w których dziecko staje się „kozłem ofiarnym”. Kontekst rodziny, jest często poruszany w rozważaniach o przyczynach i motywach samobójstwa. Nic więc dziwnego, że rodzice dzieci zmarłych w wyniku samobójstwa zadręczają się, że zrobili za mało, by ochronić swoje dziecko, nie zauważyli na czas zmian w zachowaniu lub wręcz, że są winni jego śmierci.

Badacze i badaczki zachowań suicydalnych zauważyli występowanie „epidemii samobójstw” wśród młodzieży (Koszevska, Średniawa, Koszevska 2014). „Zaraźliwe” rozpowszechnianie się samobójstw wynika z podatności młodocianych na sugestie i

zachowania naśladowcze (imitacyjne), które stanowią pierwotny wzorzec uczenia się i formowania tożsamości w społeczeństwie. Durkheim (2006) wyróżnia trzy powody naśladownictwa: – poczucie wspólnoty, – naginanie się do panującej opinii (konformizm), – automatyczne powtórzenie tego, co zrobili inni. Dodatkowo wpływ na występowanie zjawiska mogą mieć media, co jest zauważalne, np. „nadwyżka samobójstw trwa jeszcze trzy miesiące po nagłośnionej przez mass media samobójczej śmierci sławnej osoby” (Czabański 2009: 197). Symbiotyczny związek niektórych młodych ludzi albo przekonanie o istnieniu mechanizmu „samospelniającego się proroctwa” również nie pozostają bez znaczenia.

W raporcie pt. *Internet i nowe technologie w zapobieganiu samobójstwom* z 2014 roku czytamy, że:

Samobójstwo należy do trzech najczęstszych przyczyn śmierci młodych ludzi w wieku od 15 do 35 lat, drugą najczęstszą przyczynę w wieku 10-24. Rocznie co najmniej 100 tysięcy ludzi w wieku młodzieńczym odbiera sobie życie. Liczba ta rośnie z każdym rokiem. Próby samobójcze są dokonywane 10-40 razy częściej. Zamachom samobójczym w 90% towarzyszy zaburzenie psychiczne. Każde samobójstwo ma poważny wpływ na 4-6 osoby bliskie i 20 dalszych (Koszewska, Średniawa, Koszewska 2014: 11).

Ostatnią kwestią wartą poruszenia jest w kontekście samobójstwa dzieci i młodzieży jest internet. Na negatywny wpływ internetu i depresyjne oddziaływanie przesiadywania w mediach społecznościowych zwraca uwagę Sylwester Bębas (2017). Opisuje on również nowe „rodzaje” samobójstw: na żywo w internecie, popełniane z powodu internetu, będące wynikiem uzależnienia od internetu oraz zjawiska paktów samobójczych i witryn dla samobójców. Zdaniem Bębas (2017: 209) „w sieci łatwo [...] znaleźć i przyciągnąć do siebie osoby samotne i zagubione”. Jednak w odczuciu autorek i autora wspomnianego raportu internet nie tylko stwarza zagrożenia – może również mieć pozytywny wpływ.

Rozwój Internetu niesie zagrożenie (rozpowszechnienie informacji prosuicydalnej, cyber przemoc czy pakt samobójczy) ale z drugiej strony daje nowe możliwości spersonalizowanej pomocy za pomocą wyspecjalizowanych portali wykorzystujących wszystkie formy i kanały stacjonarnej i mobilnej komunikacji elektronicznej z osobami z grup ryzyka (czaty, fora, hotline, smsy, mejle). W obecnej chwili trudno przewidzieć, w którą stronę potoczy się dalszy rozwój, ale na pewno Internet i nowe media będą odgrywać znaczącą rolę (Koszewska, Średniawa, Koszewska 2014: 57).

Z raportu wynika między innymi, że „samobójstwo przestało być tematem tabu”, a „w Polsce nie ma tradycji działań w zakresie profilaktyki samobójstw”, nie ma również „żadnego portalu dającego rzeczywistą możliwość pomocy osobom z grupy ryzyka przez internet” (*ibidem*: 58). Nie są to wnioski napawające optymizmem i z pewnością konieczne jest podjęcie działań naprawczych, jednakże sieć jest przestrzenią tak dynamiczną i szybko ulegającą przekształceniom, że trudno stwierdzić, czy np. stworzone narzędzia pomocowe w chwili udostępnienia aplikacji nie będą już anachroniczne w stosunku do sytuacji. Ponadto podejmowane działania związane z zastosowaniem sztucznej inteligencji do rozpoznawania fraz, które mogą świadczyć o depresji oraz skłonnościach samobójczych, wskazują, że technologia nie jest wystarczającym narzędziem diagnostycznym (Canales 2019). Warte zauważenia są jednak działania podejmowane przez twórców seriali – którzy coraz częściej nie tylko na końcu odcinka umieszczają tablicę z numerami infolinii (w przypadku seriali amerykańskich jest to National Suicide Prevention Line) i wsparcia w sytuacji myśli samobójczych oraz depresji, ale angażują aktorki i aktorów, by po emisji danego odcinka, w którym ich bohaterka lub bohater próbowała/próbował popełnić samobójstwo mówili/mówiły o tej sytuacji zachęcając do korzystania ze specjalistycznej pomocy¹¹.

Rodziny osierocone przez dzieci, które zmarły w wyniku samobójstwa, obwiniają siebie za zbyt małe zainteresowanie problemami dziecka, negowanie lub niedostrzeganie symptomów wskazujących na obecność kryzysu w jego życiu. W artykule Ludmiły Anannikovej (2021) matka dziewczynki, która popełniła samobójstwo podkreśla wielokrotnie, że coś zrobiła źle, mówiąc: „[a]le jak tu się nie obwiniać? Nie zauważyłam, że coś tak strasznego dzieje się z moim dzieckiem”, „coś przeoczyłam”. Dramat rodziców jest dodatkowo potęgowany przez stygmatyzację, bo nie tylko oni winią siebie za śmierć dziecka – również społecznie postrzegani są jako winni lub współwinni samobójstwa dziecka. Wszystkie osoby wypowiadające się w artykule Anannikovej (*ibidem*) wskazują na obiegową opinię o rodzicach (a nawet rodzinach) dzieci, które popełniły samobójstwo – obwinia się ich za niewłaściwą opiekę, złe wychowanie, brak komunikacji, brak znajomości własnego dziecka, skupienie na sobie

¹¹ Kampanie tego typu widoczne były m.in. w dramacie medycznym *The Resident* w sezonie trzecim – odcinki 10, 12, 13. Przy czym po odcinku 13 trzeciego sezonu Corbin Bernsen zwrócił się bezpośrednio do publiczności – wychodząc ze swojej roli Kylego Nevina – i uczulił na kwestie związane z występowaniem depresji i myśli samobójczych, czego nie należy bagatelizować (2019-2020).

a nie na swoich dzieciach. Próby zwracania uwagi na fakt, że samobójstwo jest aktem złożonym i wiele kwestii ma na nie wpływ – nie pomaga osieroconym, którzy nie potrafią poradzić sobie ze stygmatyzacją, poczuciem winy i próbą zrozumienia przyczyny targnięcia się ich dziecka na własne życie – dziecka postrzeganego jako normalne, spokojne, uśmiechnięte, zdolne.

3. Strata i żałoba, czyli o byciu rodzicem

Niezwyczajnie jest to uczucie rozpadu, którego doświadcza się na myśl o śmierci własnego dziecka – i stojąca za nim świadomość, że gdyby umarło naprawdę, ów rozpad, który teraz, w ramach fantazji, postrzega się jako kompletny – choć chwilowy – byłby sto razy większy.

(Bargielska 2010: 81).

W **rozdziale drugim** wspomniałam o mało oczywistej „żałobie po dziecku, którego nie było”. Z jednej strony może być ona uważana za coś absurdalnego i przesadzonego. Z drugiej – skoro mówi się o żałobie rodziców, których dzieci mają choroby genetyczne lub niepełnosprawność (Biegała 2017), w pewien sposób oczywiste staje się zauważenie źródła straty – jest nim utrata wynikająca z niezgodności wyobrażeń z tym, co dostępne. Utracona jest „normalność”, zakres wyobrażeń na temat przyszłości dziecka. Dziecko jest więc konstruktem powstałym na bazie wyobrażeń indywidualnych rodziców oraz kulturowych i społecznych oczekiwań – wątek ten pojawił się przy okazji śmierci dziecka w wyniku choroby, kiedy pisałam o co najmniej dwóch momentach doświadczania straty (**rozdział 2.4**). Grzegorz Kazberuk (2012) upatruje w śmierci dziecka, unicestwieniu części ego rodziców. Píše on: „marzenia, nadzieje i oczekiwania, jakie rodzic wiązał z tym właśnie dzieckiem, zostają utracone” (*ibidem*: 221). Chęć bycia rodzicem i zaburzania tego poczucia, spowodowana stratą należą do kwestii złożonych, tak samo jak sama chęć posiadania dzieci. Rozważania na jej temat potrafiły zawieść autorów i autorki (zob.: Ariès 1995, Lesnik-Oberstein 2007) rozmaitych opracowań do miejsca, w którym przestawało być oczywiste: czy posiadanie dzieci należy do kwestii związanych z naturą czy kulturą? A w związku z tym, czy ewentualna strata jest kreowana społecznie i kulturowo, czy tylko na poziomie biologicznym?

Karín Lesnik-Oberstein (2007: 181-183) autorka książki o zagadnieniu posiadania własnego dziecka – w kontekście technologii reprodukcyjnych i kulturowej konstrukcji dzieciństwa – dostrzega problem żałoby i tęsknoty po nim. Zwraca jednak uwagę na związek z emocjami i problemem poddawania ich analizie naukowej. Kwestia ta jest jednak bardziej złożona i nie o same emocje chodzi, ale o to, co je wywołuje, a następnie, w jaki sposób ta sytuacja zostaje „wytłumaczona”, czy „zwerbalizowana” po myśli humanistek/humanistów i badaczek/badaczy społecznych. Wartościowych argumentów

dostarcza w tym przypadku Rebecca Oxley (2017), pisząc o „mężczyznach w ciąży” – a bardziej precyzyjnie: o depresji poporodowej u ojców. Choć zjawisko to nie jest powszechnie znane, z przeprowadzanych przez Oxley badań jasno wynika, że nie można ignorować dowodów biologicznych w postaci zmian poziomu hormonów u ojców w czasie porodu. Zmiany w poziomach kortyzolu, wazopresyny, oksytocyny, testosteronu i estrogeny zauważalne są przed, w trakcie i po urodzeniu dziecka – tak samo u matek, jak i u ojców (*ibidem*: 90). David Allan Rehorick wraz z Lindą Nugent (2008) opisali z fenomenologicznego punktu widzenia męskie doświadczenie ciąży. Wspominają oni o etnologicznych odkryciach z 1865 roku i rytuale, który polega na udawaniu porodu. Działania związane z tym rytuałem skupiały się na naśladowaniu zachowań ciężarnej. Jednakże Rehoric i Nugent zauważają, że czymś innym jest symulowanie oraz imitowanie zachowań, a czym innym odczuwanie podobnych stanów – mamy więc do czynienia z zespołem *kuwady*, czyli z ciążą współczulną. Próby weryfikacji tego zespołu w świetle psychologicznym i medycznym nie przynosiły pożądanych rezultatów do czasu włączenia do badań próbek krwi, sprawdzających poziom hormonów. Wyniki tych badań opublikowano w roku 2000. Dwadzieścia lat później nadal mało kto o nich słyszał. Efektem nieznajomości takich odkryć jest kontynuowane kulturowo wykluczanie ojców z doświadczania straty po dziecku.

Warto w związku z powyższym ustalić: kim jest dziecko (skoro jego śmierć może być uznana za stratę) oraz kim jest rodzic – co sprawia, że się tym rodzicem staje? W obu przypadkach należy przywołać kontekst kulturowy i konstruowane przez nas znaczenia.

3.1. Dziecko jako sens – o tożsamości rodzica

Krystyna Slany (2006: 13) zwraca uwagę na spadek dzietności rodzin związany ze zmianami we współczesnym świecie. Zmiany te spowodowane są z jednej strony mniejszą śmiertelnością dzieci i poprawą jakości życia. Z drugiej znajdują się: wzrost dobrobytu, większa aktywność zawodowa kobiet i lepsze możliwości kształcenia. Przekształceniu uległ nie tylko model rodziny i relacji w niej panujących, ale także wartości, do jakich odwołują się rodziny. Dziecko „zyskało podmiotowość”. Myśli się o nim już od momentu poczęcia, a czasami jeszcze długo przed tym momentem. I już od tej chwili planuje się jego przyszłość i obecność. Dziecku należy zapewnić właściwe warunki

wzrastania i edukacji. Powstaje coraz więcej książek poświęconych psychice dziecka i związkom pomiędzy wychowaniem a jego konsekwencjami w dorosłym życiu. Ważne staje się już nie tylko to, jak odnosić się do dziecka, ale też ile czasu mu poświęcać, na jakich czynnościach ten wspólny czas spędzać itp. Dodatkowo dzieci stały się także odbiorcami przekazów medialnych – bajek, filmów, a nawet traktowane są jako klienci i grupa docelowa reklam. To one przekonują rodziców, do zakupu określonych towarów, co świadczy o ważności ich zdania lub co najmniej braniu tego zdania pod rozwagę (por. Michalski 2012).

Dziecko nie jest już obowiązkiem społecznym – znacznie rzadziej pojawia się taki argument, że dzieci są przyszłością danej społeczności, że ciążyć na nich będzie obowiązek utrzymania dziadków i rodziców (powszechny system ubezpieczeń społecznych), czy że to one będą tworzyły nowe rozdziały historii. Częściej można spotkać się z określeniem, że dziecko to obowiązek dla rodzica, ponieważ konieczność zapewnienia mu dobrego bytu, lepszych warunków rozwoju niż te, które mieli rodzice, staje się wyzwaniem i wpływa właśnie na liczbę dzieci w rodzinie¹². Ciężar z „musisz mieć dziecko” przenosi się na „musisz dziecku zapewnić”. Dziecko posiada swoje prawa i ich rzecznika. Nie jest już bezwolnym i niemym uczestnikiem rzeczywistości dorosłych. Jest ważne, słuchane i „zaopiekowane”. Wprowadzenie kontroli narodzin, skutecznej antykoncepcji czy dostępu do legalnej aborcji przyczyniają się do wzrostu znaczenia dziecka. Warto w tym miejscu wspomnieć jeszcze o tym, że dziecko stało się „wyborem” i społecznie stawia się nacisk na to, by wybór ten był przemyślany (Dolińska 2014). Świadczą o tym badania dotyczące żalu kobiet po urodzeniu dziecka (Donath 2017) lub obecny w mediach społecznościowych profil *Żałuję rodzicielstwa*. Jeszcze inną stroną dyskursu o dietności jest „bezdietność” i zwracanie uwagi na prawo do nieposiadania dziecka (Broda 2019) – przy czym chodzi tu bardziej o bezdietność z wyboru, a nie tę rozumianą jako zaburzenie, chorobę czy niemożliwość posiadania dzieci. Te dwa światopoglądy korelują ze zmniejszającą się dietnością, ale również wprowadzają do dyskursu nowe spojrzenie. Skoro decyzja o posiadaniu dziecka ma być decyzją przemyślaną, to podjęcie jej i sprowadzenie nowego człowieka na ten świat, przyczynia się do uczynienia go wartościowym i ważnym. Jean Kazez (2017: 2) dostrzega w rodzicielstwie coś „ponadbiologicznego”, co sprawia, że ludzie pragną po prostu mieć

¹² W Polsce dokonują się pewne zmiany pod wpływem polityki społecznej, mające na celu zwiększenie dietności, ale ich efekty będą widoczne dopiero za jakiś czas.

(własne) dziecko. Przyglądając się w pierwszej kolejności rodzicielstwu biologicznemu Kazez wnioskuje o arystotelesowskim dzieleniu formy i materii między rodzicami i dzieckiem – co sprawia, że dziecko ma wyjątkowe znaczenie. Jednakże „więzy krwi” nie tworzą rodziny. Wiąż pomiędzy rodzicami a dzieckiem budowana jest także w inny sposób – znaczy to, że dziecku biologicznie niezwiązanemu z adoptującymi je osobami, nadal przypisywana jest duża wartość (*ibidem*: 118-119).

Śmierć dziecka jest jednym z bardziej wstrząsających wydarzeń. W zależności od rodzaju straty, jest mniej lub bardziej dyskutowana i silnie polaryzuje strony dyskusji. Dlatego zwrot ku rodzicom, którzy doświadczyli straty lub dzieci mieć nie mogą, jest jednym z chętniej poruszanych zagadnień przez psychologów i psychiatrów. Nie pozostaje niezauważony także dla badaczek i badaczy wywodzących się z innych dziedzin nauki. Jedną z istotnych kwestii związanych z rodzicielstwem jest uznanie siebie za rodzica, poszerzenie tożsamości o aspekt własnej autoidentyfikacji.

Tożsamość w czasach ponowoczesności przynależy (wraz z ustaleniem metodologii badań i świadomością problematyki etycznej tkwiącej w eksploracji konkretnego tematu) do pojęć podstawowych (Szymański 2016: 13). Podejmując się badania jakiegoś tematu, badaczka/badacz czyni to z własnej perspektywy (co powinno być oczywiste) – a ta osadzona jest w bardzo konkretnym konstrukcie tożsamości, czy też w starszym nazewnictwie osobowości (Szczepański 1970) własnej badaczki/badacza. Dodatkowo tam, gdzie zagadnienia badań są szeroko ujęte i uwzględniają doświadczenie innych osób, tych tożsamości pojawia się znacznie więcej. Co prawda autor hasła „Tożsamość” w „Słowniku socjologii jakościowej” (Słowiński 2012: 298) już w pierwszym zdaniu zaznacza, że mamy do czynienia z terminem niejednoznacznym, jednak w kolejnym zdaniu uściśla, że jest ono powiązane z próbą odpowiedzi na egzystencjalne pytanie: „kim jestem?” Powołując się na słowa Andrzeja Piotrowskiego, Słowiński pisze: „proces formowania się tożsamości opiera się zatem na mechanizmach rozpoznawania, definiowania i interpretowania siebie oraz innych w sytuacjach oddziaływań” (*ibidem*: 299). Należy jednak mieć świadomość, że

„[k]ształtowanie tożsamości człowieka współczesnego stało się [...] procesem niekończącym się, dynamicznym, zmiennym kontekstualnie, nastawionym w dużej mierze na przyszłość, wielokierunkowym, ponadnarodowym, niekiedy działającym w odrębnych, sprzecznych kierunkach” (Nikitorowicz 2005: 17).

Poza niejednoznacznością terminu „tożsamość” istnieje jeszcze problem z umiejscowieniem go w ramach teoretycznych – filozofii, socjologii, antropologii, psychologii czy wreszcie psychiatrii (Błęszyńska 2007: 1). „Tożsamość nie jest pojęciem specyficznym dla psychologii”. – Píše we Wprowadzeniu do książki *Tożsamość człowieka* Anna Gałdowa (2000: 9) i dodaje: „Występuje ona w tych wszystkich naukach, w których przedmiotem zainteresowania jest człowiek, społeczeństwo, kultura – w szerokim tego słowa rozumieniu”. Zbigniew Bokszański (2005: 9) dostrzega z kolei, że

[p]odmiot indywidualny staje się w ten sposób w ontologii społecznej coraz bardziej „realny”. Jednostki przekształcają się w autonomiczne centrum inicjatywy, motywacji, a ich oceny stają się kryteriami mierzącymi piękno, dobro i użyteczności działań i stanów rzeczy. Tożsamość aktora społecznego staje się w konsekwencji niezbędnym uzupełnieniem instrumentarium pojęciowego socjologii.

W badaniach psychologicznych

pojęcie „tożsamość” występuje w kontekście dwu zasadniczych dla człowieka relacji: stosunku do siebie samego i stosunku do innych ludzi, a więc zarazem do kultury i tradycji. Wskazuje ono na pewien szczególny typ związku, jaki łączy podmiot z nim samym – z jednej strony, z jego własną psychofizyczną i moralną kondycją (*self identity*), z drugiej zaś – na jego związek z innymi. Ten szczególny związek jest oparty na mniej lub bardziej świadomych postawach wobec określonych jakości charakteryzujących tak sam podmiot, ja i inne, wyróżnione obiekty społeczne: osoby lub grupy jako całości (Gałdowa 2000: 9-10).

Możemy więc wyróżnić pojęcie tożsamości i poczucia tożsamości. Nie są one tym samym. Pierwsze z nich jest informacją o tym, że ktoś jest posiadaczem jakiejś biografii, nie mówi nam nic o jaźni podmiotu. Poczucie tożsamości daje nam natomiast wiedzę o psychicznym życiu jednostki (Gałdowa 2000: 70). Z powyższego rozróżnienia na tożsamość i poczucie tożsamości, można wnioskować, że psychologia bardziej koncentruje się na poczuciu tożsamości, a socjologii będzie bliżej do badania tożsamości (biografii), co związane jest także z przemianami intymności w późnej nowoczesności. Socjolog Anthony Giddens (2008: 87) wiąże z tymi przemianami między innymi tworzenie „projektów refleksyjnych” w ramach konstruowania tożsamości jednostki – „jednostka musi znaleźć swoją tożsamość pośród strategii i możliwości wyboru, jakich dostarczają systemy abstrakcyjne”. W innym tekście tego autora (2002: 47) czytamy, że

[p]rzemiany w życiu jednostek zawsze wiązały się z koniecznością psychicznej reorganizacji, która w kulturach tradycyjnych często przyjmowała zrytualizowaną postać rytuałów przejścia [...]. W układach nowoczesnych, przeciwnie, zmiany

tożsamościowe wymagają odkrywania i konstruowania w ramach refleksyjnego procesu, w którym przemiana osobista przeplata się ze społeczną.

Dla zagadnienia tożsamości ważne są także rozważania psychiatry Erika H. Eriksona (2004: 98), który dokonuje rozróżnienia na jego różne poziomy: jako rodzaju „świadomego poczucia jednostkowej tożsamości”, „nieświadomego dążenia do ciągłości osobistego charakteru”, „bezgłośnych poczynań syntezy ego” lub podtrzymywania „wewnętrznej solidarności z tożsamością i ideałami grupy”. Zauważa przy tym, że pojęcie to połączone jest z jednej strony z pojęciami psychoanalizy, z drugiej z pojęciami socjologii. Wyróżnia on ujęcia: biograficzne, genetyczne, patograficzne i społeczne. W ujęciu biograficznym wyraźny jest przebieg kształtowania się tożsamości jednostki i jej punkty odniesienia. Genetyka tożsamości wynika z prześledzenia znaczących epizodów jednostek „typowych”, „zwykajnych” i stworzenia na ich podstawie swoistej mapy rozpisanej na fazy w cyklu życia i kolejne, następujące po sobie kryzysy psychospołeczne oraz przypisywane role społeczne. W ujęciu patograficznym uwaga skupiona zostaje na niemożliwości wykorzystania „zinstytucjonalizowanego moratorium zapewnionego przez społeczeństwo” oraz braku umiejętności samodzielnego stworzenia lub podtrzymania „własnego unikatowego moratorium” (Erikson 2004: 119). Ujęcie społeczne wskazuje na tło relacji z „*self*” i obecność zinstytucjonalizowanych ceremonii lub rytuałów, które umożliwiają integrację oraz identyfikację jednostki.

Tadeusz Paleczny (2008: 38) w swojej książce poświęconej tożsamości zwraca uwagę na cechę tożsamości, którą jest wiązanie ja z określoną przestrzenią, grupą, społecznością. Wychodząc od związków rodzinnych, grup krewniczych, autor podąża ku etnicznym i narodowościowym, kulturowym związkom, które tworzą naszą „tożsamość-kotwicę”. Zdaniem Anselma Straussa (2013: 13)

tożsamość powiązana jest z brzemieniami w skutki oszacowaniami danej osoby – dokonywanymi przez tę osobę oraz przez innych. Każdy człowiek prezentuje się innym oraz samemu sobie i przegląda się w zwierciadle cudzych osądów. Maski, które w danym momencie i od tego momentu prezentuje światu oraz jego obywatelom, sporządzane są w oparciu o jego antycypacje dotyczące ich osądów.

W ujęciu symbolicznego interakcjonizmu człowiek jest istotą obdarzoną jaźnią, która sprawia, że „[m]oże siebie postrzegać, może mieć pojęcie siebie samej, może komunikować się ze sobą oraz oddziaływać na siebie” (Śliwa 2015: 11). Jeden z twórców

tego nurtu – George H. Mead – postrzegał jaźń bardziej jako refleksyjny proces powołujący do istnienia i ustanawiający jaźń (*ibidem*).

Rodzice po doświadczeniu straty są narażeni na wykluczenie ze społeczności/wspólnoty rodziców. Napotykają na reakcje, które można podciągnąć pod goffmanowską „obywatelską obojętność” (Goffman 2005, Bauman i May 2004). Mają tym samym problem z samoidentyfikacją, dlatego nie dziwi chęć przynależenia do grup wsparcia, forów internetowych czy grup nieformalnych zawiązujących się przy blogach lub fanpejdżach osób bardziej aktywnych, dających przykład. Najlepiej tę tendencję opisują teoria fuzji tożsamości i autoweryfikacji Williama B. Swanna (i in. 2009). Autor ten twierdzi, że osoby z danej grupy społecznej są traktowane jako rodzina (Seyle 2007). Relacja taka „charakteryzuje się silnymi związkami z członkami grupy, silnym przywiązaniem do grupy jako całości, bliskością emocjonalną z grupą i może skutkować silnym poczuciem ochrony i wzajemnego wsparcia” (Besta i in. 2015: 286). Tego typu społeczność stanowi specyficzny bufor dla odczuwanej straty oraz jeden z etapów przetwarzania więzi z utraconym dzieckiem (Bowlby 2007; Polpa 2003; Janusz i Drożdżowicz 2013; Janusz 2016).

O problemie tożsamości i autoidentyfikacji rodziców po stracie pisały amerykańskie badaczki – Cybele Blood i Joanne Cacciatore (2013). Celem ich badania była analiza skuteczności współcześnie wykonywanych zdjęć *memento mori* za sprawą organizacji I Now Lay Me Down To Sleep. Zwróciły one uwagę na to, że w przypadku poronienia na wczesnym etapie, rodzice pozostają jedynie ze świadomością „jakiegoś dziecka”. Nie mogą powiedzieć znajomym i rodzinie, że oto ich syn lub córka zmarli, bo część osób nie zrozumie takiego zachowania ani odniesień do „abstrakcyjnego dziecka”. Nie ma żadnych dowodów na to, że dziecko kiedykolwiek istniało. Znacznie większy problem z tą kwestią mają mężczyźni, ponieważ to oni stają się ojcami w oczach innych osób, dopiero z chwilą pojawienia się dziecka na świecie. W momencie śmierci dziecka przed narodzinami nie doświadczają „bycia ojcem”, ponieważ są na etapie „stawania się ojcem”, które się już nie ziści. W przypadku matek sprawa jest o tyle mniej skomplikowana, że odczuwają swoją ciężę i od samego początku, i gdy tylko dowiedzą się o tym, że noszą w sobie nowe życie, wchodzi w rolę „bycia matką”. Jednakże u kobiet z problemami prokreacyjnymi występują zaburzenia w postrzeganiu siebie nie tylko jako potencjalnej matki, ale i kobiety, co określane jest jako „niski poziom akceptacji własnej tożsamości”

(Walentynowicz-Moryl 2016: 339-340). Rodzice po doświadczeniu straty przeżywają kryzys. Może mieć on charakter emocjonalny, jak i tożsamościowy. Czas radzenia sobie ze stratą zależy od indywidualnych cech jednostki – należy jednak przyjąć, że żałoba po dziecku nie mija nigdy (dotyczy to także innych rodzajów straty), ulega jedynie przetworzeniu więz oraz charakter relacji (Bowlby 1960, 1982). Jednego z wyjaśnień, dlaczego tak się dzieje, dostarcza Dominick LaCapra (2009: 76) pisząc, że

[w]ydarzenie historycznej traumy jest punktowe i pozwala się datować. Należy do przeszłości. Doświadczenie nie jest punktowe i ma nieuchwytny wymiar, jak długo odnosi się do przeszłości, która nie przeminęła – przeszłości, która nachalnie nawiedza teraźniejszość i może blokować lub udaremniać przyszłe możliwości. Tak zwana pamięć traumatyczna przenosi ze sobą do teraźniejszości i przyszłości doświadczenie, w ramach którego wydarzenia są ponownie kompulsywnie doświadczane tak, jakby między przeszłością a teraźniejszością nie istniała żadna odległość ani różnica. W pamięci traumatycznej przeszłość nie jest po prostu zamkniętą i skończoną historią. Wciąż żyje w doświadczeniu i nawiedza czy mami jednostkę lub zbiorowość [...].

Dlatego kładę nacisk na postrzeganie procesu żałoby jako czegoś co trwa – nie znika. Nie można „poradzić sobie” ze stratą, można jedynie „radzić sobie” z nią.

„[S]ilne przywiązanie do wartości i światopoglądów współdzielonych z innymi przedstawicielami naszej społeczności pozwala ludziom rozwinąć poczucie sensu w życiu” – powołując się na Roya Baumeistera (1991), stwierdzają Tomasz Besta, Maria Kaźmierczak i Magdalena Błazek (2015: 283). Zwracają oni uwagę także na umożliwienie zaspokojenia „potrzeby kontroli nad rzeczywistością społeczną” lub popadanie w stereotypizację i dehumanizowanie osób, które mają inne przekonania (*ibidem*). W przypadku rodziców z doświadczeniem straty możemy stwierdzić pojawienie się „piętna”, czyli „atrybutu dotkliwie dyskredytującego” (Goffman 2005: 33) w środowisku rodziców, którzy nie mają podobnych doświadczeń. Jednocześnie atrybut ten będzie bardzo „przydatny” w grupie rodziców o podobnym przebiegu biografii, którzy budują swoją tożsamość jako osieroconych – uwzględniając na przykład zmarłe dziecko w informacji na temat posiadanych dzieci.

3.2. Macierzyństwo i tacierzyństwo – rodzicielstwo

W tradycyjnych patriarchalnych społeczeństwach, role społeczne wyznaczała płeć biologiczna, która wpływała na ich kulturowe postrzeganie (Suwada 2017: 13-14). Ideał kobiecości związany był z prokreacją i macierzyństwem (Bourdieu 2004). To uprzedmiotowienie kobiet zdeterminowane biologią umieszczało je w sferze prywatnej życia codziennego, w domu – obarczając poza opieką nad dzieckiem, obowiązkami związanymi z czuwaniem nad dobrostanem całej rodziny. Tradycyjny model polaryzujący role kobiece i męskie, doprowadził także do zdeterminowania stereotypów płciowych, które różnią się w zależności od kultury danej społeczności. Modele ról społecznych skorelowane są silnie ze wzorcami kobiecości i męskości, w związku z tym zmiany zachodzące we wzorach płciowych mają wpływ na przeobrażanie się ról społecznych. I tak emancypacja kobiet oraz powszechny dostęp do nauki, ale też i pracy sprawiły, że prokreacja z przymusu, przerodziła się w świadomy wybór (Garncarek 2014: 103).

Nadal obecne są pewne stereotypy i mity, które z macierzyństwem w Polsce kojarzą się w pierwszym rzędzie. Jednym z najbardziej charakterystycznych jest mit „Matki Polki” (Imbierowicz 2012), który za sprawą organizacji pozarządowych oraz współczesnych matek ulega zmianie w bardziej rzeczywisty obraz macierzyństwa na miarę XXI wieku. Zmiany te nie prowadzą jednak do zaprzeczenia wartości rodziny – „[...] jest [ona – Ł.L.] wartością, nie tylko jako jedna z kluczowych instytucji społecznych, ale przede wszystkim stanowi wartość dla tworzących ją osób” (Kamińska 2016: 79). Głównym celem pracy ze stereotypami płci oraz mitami, jest ich przetwarzanie i pokazywanie nowych możliwości ich trwania we współczesności. Tak, jak rodzina z instytucji zmieniła się we wspólnotę emocjonalną (*ibidem*: 86), „Matka Polka” jest kobietą pracującą, która współdzieli swoje obowiązki rodzinne z partnerem. Nie jest ona kobietą niezłomną i idealną. Bywa zmęczona, przytłoczona nadmiarem pracy. Nie ma jednak w niej zgody na to, by w milczeniu znosić niewygody życia i akceptować jako „zgodne z naturą”. Sylwia Urbańska (2009: 20) w swoich rozważaniach o profesjonalizacji macierzyństwa zwraca uwagę na to, że „relacja ekspertów z matką czy relacja wiedzy eksperckiej do wiedzy macierzyńskiej (opartej na osobistym doświadczeniu) staje się asymetryczna na wielu poziomach, asymetryczna na niekorzyść matki”. Te właśnie porady eksperckie powielają mit „Matki Polki”, twierdząc, że

[m]atka powinna niczym wytrawny myśliwy tropić emocje, myśli, motorykę dziecka, czuwać nad ich właściwym przebiegiem, stymulować i pobudzać, bo każda czynność jest inwestycją. [...] Kreowanie kobiety jako troskliwej, zawsze martwiącej się, pełnej niepokoju, trosk i obaw rysuje pożądany portret matki. Takie cechy implikują całodobową obecność przy dziecku (*ibidem*: 35).

Ta poradnikowa wersja „Matki Polki Menadżerki Projektu Dziecko” (*ibidem*: 37) chociaż nie neguje możliwości pracy zawodowej kobiety, nie uwzględnia jej w grafiku¹³. Cała uwaga kobiety skupiona jest na dziecku, w którego rozwój należy zainwestować swój czas i najlepiej wszystkie pieniądze, bo tylko w ten sposób „produkt” będzie wysokiej jakości. Popularność zdobywa także model kobiety doskonałej: „[z] powodzeniem realizuje ona wiele różnorodnych obowiązków. Jest głęboko zaangażowana zarówno w życie rodzinne, jak i zawodowe” (Budrowska 2000: 155-156 za: Koronkiewicz 2014: 98). W środowisku matek-blogerek widoczny jest jawny sprzeciw wobec takiej wizji macierzyństwa. Do tożsamości „ja-kobieta” dodają one nową opcję „ja-matka”. Nie przeobrażają jednej tożsamości w drugą, ale sumują je.

W niektórych opracowaniach spotkać można określenie „roli matki”, która jest ubogaceniem tożsamości „ja-kobieta” (Mądry 2012). Kaja Koronkiewicz (2014: 96) powołując się na literaturę przedmiotu, stwierdza, że „[n]arodziny potomka są nie tylko istotnym przeżyciem osobistym, ale i wydarzeniem o dużym znaczeniu społecznym. Powodują przemianę kobiety w matkę, zmianę ról dotychczas przez nią pełnionych w społeczeństwie i rodzinie”. Macierzyństwo nie musi jednak wiązać się z tylko pozytywnymi odczuciami, nie zawsze jest ono oczekiwane i chciane. Zwraca się uwagę na fakt, że mimo braku „naukowych dowodów na jego [instynktu macierzyńskiego – Ł. L.] obecność, społeczeństwo jest przeświadczone, że kobiety – w przeciwieństwie do mężczyzn – nie mają trudności w rozpoznawaniu i zaspokajaniu oczekiwań dziecka” (*ibidem*: 97). Tożsamość matki jest więc z jednej strony stymulowana przez istniejące mity, modele i stereotypy, z drugiej powstaje ona w wyniku doświadczenia lub przewidywanego doświadczenia macierzyństwa.

¹³ O podobnym dylemacie macierzyństwa we współczesności pisze Lisa Smyth w swojej książce *The Demands of Motherhood. Agents, Roles and Recognition*. Zaznacza ona przy tym, że wiedza ekspercka stawia matki w niekorzystnym świetle, insynuując, że zaangażowanie zawodowe kobiet przekłada się na pogorszenie dobrostanu dzieci, które poza mniejszą ilością czasu spędzonego z matką, otrzymują niejasne informacje dotyczące ról jakie pełnią w rodzinie matki, ojcowie i dzieci (zob. Smyth 2012: 1).

Polaryzacja stereotypów i ról związanych z płcią sprawia, że mężczyzna widziany jest jako „głowa rodziny” oraz „jedyne żywiciel rodziny”. Jeden z ojców wypowiadający się w książce Magdaleny Szwarc (2016: 16-17) dochodzi do wniosku, że intuicja jest jak najbardziej męska, ale rozmawianie z innym mężczyzną o dzieciach – już nie. Ojcowie decydujący się na zostanie z dzieckiem w domu muszą być silni, bo ciągle wysłuchują krytyki innych mężczyzn, ale również kobiet. Któryś z nich stwierdził, że „[m]ężczyźni przeglądają się w sobie nawzajem. Zastanawiają się, czego pragną, czego potrzebują, uczą się, że muszą negocjować ze światem zewnętrznym. To świeży «wymysł», XX-wieczny, żeby ludzie szli za swoimi potrzebami” (*ibidem*: 45). Zmieniająca się instytucja rodziny przy okazji wyeliminowała mężczyznę z roli „jedynego żywiciela rodziny”, oferując w zamian nowe zadania współdzielone z partnerką. Mężczyzna może już nie tylko weekendowo brać udział w wychowaniu dziecka. Jest pełnoprawnym rodzicem, który powinien w takim samym stopniu angażować swój czas i środki w opiekę nad dzieckiem. W kontekście kulturowym nadal promowany jest model samca-alfa, czyli „głowy rodziny”, która poza tą funkcją nic więcej nie robi. Ewa Głazewska (2016: 157) uważa, że „[t]radycyjny paradygmat męskości uwiera samych mężczyzn”. Nowy model rodziny kładzie większy nacisk na emocje, co w konsekwencji doprowadziło do stworzenia wspomnianego już modelu ojca zaangażowanego, czyli mężczyzny emocjonalnego. To właśnie pomiędzy tymi modelami budowane są nowe tożsamości mężczyzn i ojców.

Można stwierdzić, że nowe instytucje macierzyństwa i ojcostwa opierają się na „zrównoważeniu” znaczenia kobiecości i męskości, macierzyństwa i ojcostwa. Dają jednostkom możliwość bycia sobą bez względu na płeć, tzn. brak konieczności bycia „kobietą kobietą” i „męskim mężczyzną”, troskliwą mamusią i surowym ojcem (Dzwonkowska-Godula 2011: 116).

Zdaniem Katarzyny Suwady (2017: 28) jest jeszcze jeden aspekt zmian związanych z rolami rodzicielskimi – kwestia finansowa. To z tej perspektywy były (są) postrzegane obowiązki ojca w zachodnich społeczeństwach. W nowym modelu zaangażowanego ojcostwa relacja z dzieckiem nie jest określana w kategoriach odpowiedzialności finansowej. Stanowi to spore wyzwanie dla systemów prawnych – zakorzenionych w patriarchalnym podziale ról płciowych, który zawsze rozpatruje ojcostwo w kontekście macierzyństwa i nierówności w sferze zarobków. Nowy model ojcostwa jest więc trudny do osiągnięcia na wszystkich poziomach społecznych, właśnie w związku z kwestiami ekonomicznymi.

W literaturze przedmiotu pojawia się idealny obraz ojca – osoby kompetentnej, autorytetu, świetnego menadżera, który (podobnie jak „Matka Polka”) zakorzeniony jest w stereotypie lekko zmodyfikowanym na potrzeby współczesności. Jest to model nierealny i trudny do osiągnięcia, doprowadzający do frustracji mężczyzn, którzy nie mogą odnaleźć się w zmieniającej się rzeczywistości. Ojcowie prowadzący blogi często wspominają o atrakcyjności nowego modelu wychowania dzieci właśnie przez nich. Tacierzyństwo wydaje się im ciekawsze, bo mogą decydować o charakterze swojej partycypacji w wychowaniu pociech. Pojawiają się określenia „nie muszę być ojcem od pasa”, które wskazują na rezygnację z autorytaryzmu. Tożsamość ojca to związek bardziej biologiczny, tożsamość taty to twór całkiem nowy – nie chodzi o to, by być idealnym, ale by tworzyć prawdziwe, głębokie więzi emocjonalne, otwarcie mówić o frustracjach i sukcesach. Roli taty należy się dopiero nauczyć (Bierca 2013: 83). Tacierzyństwo to wreszcie proces stawania się tatą, pojawienia się czegoś, co blogerzy nazywają instynktem tacierzyńskim (Suska 2016: 150). „Tacierzyńska emocjonalność rodzi się z autentycznego partnerowania dziecku, nierzadko od samych narodzin, które dla mężczyzny stają się przełomem, impulsem do przeorganizowania własnej tożsamości” (*ibidem*: 152). Ten model wydaje się bardziej atrakcyjny także dlatego, że „[ż]yjemy w kulturze prefiguratywnej¹⁴, w której dzieci nie uczą się tak wiele od swoich rodziców, ponieważ rodzice są oderwani od dzisiejszej supernowoczesnej rzeczywistości” (Melosik 2014: 121). Wczesne dzieciństwo jest więc czasem, kiedy jest z dzieckiem najlepszy kontakt i możliwość budowania bliskiej więzi, zanim dostanie się ono do środowiska rówieśniczego. Nic więc dziwnego, że mężczyźni decydują się na „siedzenie w domu z dzieckiem”, kiedy ich małżonki spełniają się zawodowo. Problemem jest natomiast pojawianie się swoistej rywalizacji o względy dziecka, ponieważ nieobecna, pracująca matka często nie radzi sobie z sytuacją bycia „tą drugą” (Szwarc 2016).

¹⁴ Zbyszko Melosik nawiązuje tutaj do koncepcji pojawiającej się w badaniach Margaret Mead, która to wyróżniła kulturę postfiguratywną, konfiguracywną i prefiguratywną. Pierwsza zakłada przekazywanie wzorców przez starsze pokolenie. W drugim przypadku znaczenie w przekazywaniu wzorców mają rówieśnicy. W trzecim to młodsze pokolenia przekazują wzory zachowań starszym (por.: Mead 2000).

3.3. Żałoba jako konsekwencja istnienia więzi – rodzaje żałoby

W języku polskim używamy obecnie jednego słowa „żałoba” na określenie różnych rzeczy związanych z doświadczaniem straty – tymczasem języki anglosaskie rozróżniają pojęcia *grief*, *mourning* i *bereavement*. *Grief* to inaczej głęboki smutek, żal, cierpienie powiązane często ze śmiercią. *Mourning* ma więcej znaczeń i wiąże się prawie wyłącznie ze śmiercią – jest to głęboki smutek związany z czyjąś śmiercią, czarny strój wyrażający żałobę oraz oplakiwanie, lament (*Cambridge Dictionary*, hasło: *mourning*). *Bereavement* to żałoba, osierocenie – sytuacja związana ze śmiercią kogoś bliskiego (*Cambridge Dictionary*, hasło: *bereavement*). Możemy również spotkać słowo *loss* – strata, które będzie podobnie do *grief* odnosiło się do sytuacji niekoniecznie powiązanych ze śmiercią (*Cambridge Dictionary*, hasło: *grief*). Zwracam na to uwagę, ponieważ spora część literatury, z której korzystałam operuje właśnie tymi pojęciami, ja natomiast stosuję określenia „żałoba”, „strata”, „żał po stracie” – co Litsa Williams z projektu What’s Your Grief? mogłaby poczytać za błąd i brak umiejętności rozróżniania tych pojęć.

Żałoba uważana jest za uniwersalną reakcję istot żywych, związaną z doświadczaniem straty. John Bowlby (1998) uważa, że pojawia się ona zawsze tam, gdzie istniała więź pomiędzy zmarłym a osieroconym. Specjalnie piszę o istotach żywych, by wskazać na powszechność tego doświadczenia, które często przypisywane jest wyłącznie gatunkowi ludzkiemu, co w konsekwencji znacząco ogranicza i splaya nasze postrzeganie żałoby i związanych z nią reakcji.

Gatunek *homo sapiens* wykształcił charakterystyczne sposoby reagowania na stratę. Co prawda dzięki obserwacjom takich badaczek, jak chociażby antropolożka Barbara J. King (2018) nie możemy już twierdzić, że żałoba jest dostępna jedynie dla gatunku ludzkiego. Występowanie zachowań interpretowanych jako żałobne zaobserwowano u większości ssaków i części ptaków (Dröscher 2018; Goodall 1990; Heinrich 2014; Howard 2017; Swift & Marzluff 2015; Pierce 2013; Safina 2018). Kwestię śmierci współbratymców nasz gatunek zaczął obudowywać kulturowo w określone zachowania jeszcze w czasach paleolitu (Pastuszka 2013). To właśnie wtedy pojawiły się pierwsze intencjonalne pochówki. Należy mieć przy tym świadomość, że znane są nam jedynie szczątkowe, odtwarzane na podstawie wykopalisk dowody praktyk związanych z

pochówkami, niewiele wiemy o samych rytuałach i ich faktycznych funkcjach społecznych.

Dopiero powstanie pisma umożliwiło przekazywanie wiedzy o praktykach żałobnych ludzi. Zaznaczę jednak, że zapisy te nie są wystarczające do pełnego odtworzenia codzienności żałobniczek i żałobników sprzed wieków. Te, które zaczęły się pojawiać, początkowo dotyczyły jedynie osób ważnych społecznie (władcy, dostojnicy), z czasem poszerzały się o zainteresowanie ludowymi praktykami żałobnymi. Zarówno w Polsce, jak i na świecie przez wieki powstało wiele publikacji, których celem było zrozumienie, czym jest śmierć i żałoba dla społeczności i dla jednostki, ale również przybliżenie charakterystycznych norm i obyczajów związanych ze śmiercią i żałobą (m.in. zob.: Ariès 2011; Biegeleisen 2017; di Nola 2006).

Jeśli spojrzymy na żałobę w jej słownikowym rozumieniu¹⁵ jako na czas po śmierci bliskiej osoby, który charakteryzuje się określonymi normami ceremonialnymi, to do bardziej charakterystycznych zwyczajów tego okresu należeć będą:

— określone zachowania pogrzebowe związane z obmywaniem ciała, ubieraniem ciała, czuwaniem, odprowadzeniem do miejsca spoczynku, utrzymywaniem kontaktu z symboliczną reprezentacją osoby zmarłej;

— społeczne praktyki kulinarne dotyczące wspólnego spożywania określonych potraw, czy też dostarczania określonych potraw rodzinie osoby zmarłej w pierwszej fazie żałoby (która miała wówczas określony kulturowo czas trwania);

— okres społecznego wyłączenia (wykluczenia), zależny od bliskości relacji (rodzice, dziadkowie, współmałżonkowie, dzieci, dalsza rodzina), charakteryzuje się wyłączeniem z udziału w rytuałach społecznych, zebraniach dotyczących społeczności itp.;

— charakterystyczny strój, czyli informacja wizualna dla pozostałych osób, że dana osoba jest żałobnikiem i znajduje się poza porządkiem społecznym (por.: Biegeleisen 2017; di Nola 2006).

W zależności od grupy społecznej praktyki te mogły różnić się i spełniać trochę inne szerzej lub wężiej rozumiane funkcje. Część z wymienionych powyżej praktyk przetrwała

¹⁵ Dla przypomnienia, definicja ta brzmi: 1. „smutek po śmierci kogoś bliskiego”; 2. „określony czas po śmierci bliskiej osoby, w którym nosi się odpowiedni strój i nie uczestniczy w życiu towarzyskim” oraz jako „czarne ubranie lub dodatek do ubioru noszone przez pewien czas po śmierci kogoś bliskiego” (*SPJ PWN*, hasło: żałoba).

w niemal niezmiennionej formie do dziś. Są one obecne w bardziej tradycyjnych społecznościach, podczas gdy te mniej tradycyjne nie podlegają już dawnym zasadom i poszukują „nowych” tradycji, które pasowałyby do współczesnych czasów.

Tym samym w naukach społecznych – szczególnie w psychologii – coraz częściej zauważana jest złożoność zjawiska, jakim jest żałoba. Pojawia się również szersza definicja. Na jednej ze stron internetowych (*Moja psychologia*) dotyczących rozwoju osobistego, znalazła się właśnie taka poszerzona definicja żałoby. Czytamy tam:

Żałoba jest psychiczną, społeczną i **cielesną reakcją**, stanowiącą odpowiedź człowieka na utratę najwyżej cenionych wartości i choć kojarzy się głównie ze śmiercią najbliższych, może również pojawić się, gdy nagle zabraknie ważnego uczucia, nadziei, pozycji społecznej, bezpieczeństwa, majątku, zdrowia, pracy.

Owo **bolesne przeżycie inicjują utraty realne bądź symboliczne**, niekiedy **wystarczy samo oczekiwanie** (na przykład na śmierć kogoś terminalnie chorego) – mówimy wówczas o żalobie antycypowanej, innym doświadczeniem jest żałoba traumatyczna, powstająca w reakcji na wydarzenie niespodziewane: nagłą śmierć, wypadek.

Żałoba to **ciężka praca**, która wymaga czasu. Istotę jej stanowi psychiczny wysiłek przeciwstawienia się pustce i bólowi, by poprzez szok, rozpacz, wściekłość doprowadzić do zaakceptowania nowej sytuacji. Podjęcie tej trudnej pracy jest konieczne, aby rany mogły się zabić. Na przeszkodzie ku temu stoi często opór przed nazbyt intensywnym cierpieniem i niechęć do otwartego wyrażania negatywnych emocji [zaznaczenia Ł. L].

To ujęcie pozwala zobaczyć żałobę jako rodzaj straty związanej z możliwą, skrajnie emocjonalną reakcją, która ma wymiar psychologiczny, społeczny i cielesny. Dostrzeżenie cielesnego aspektu żałoby jest kluczowe dla moich dalszych rozważań. Renata Kleszcz-Szczyrba (2016: 122) poszczególne obszary charakteryzuje w sposób następujący:

[o]bszar psychiczny wypełnia smutek, tęsknota, złość, niepokój, kłopoty ze snem, problemy z pamięcią, spowolnienie myślenia itp.; obszar somatyczny zdominowany jest przez bóle psychosomatyczne, spadek wagi, utratę apetytu, spłycenie oddechu, ucisk w gardle itp., a obszar społeczny manifestowany jest zależnością, wycofaniem, unikaniem kontaktów społecznych, wzrostem wrażliwości na opinie innych, brakiem zainteresowań itp.

Nie jest to opis uwzględniający różnorodność emocji, zachowań, praktyk i stanów. Nic dziwnego, najczęściej bowiem wiąże się z żałobą emocje negatywne: niepokój, smutek, rozpacz, złość, depresja. Jest to również praca (na dodatek ciężka), którą osoba po stracie wykonuje celem uformowania nowego rodzaju równowagi. Lekka żałoba (czy jej

brak) nie są więc brane pod uwagę. Większy nacisk kładziony jest na praktyki indywidualne, jednak zalecane są także nowe rodzaje zachowań – jak udział w terapii indywidualnej lub grupowej (czyli dzielenie się swoim doświadczeniem w grupach od 2 do na przykład 20 osób). Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że żałobę może spowodować nie tylko utrata realna, ale również symboliczna. Ma to przełożenie na żałobę po poronieniu czy w przypadku niemożności zajścia w ciążę, kiedy po każdym „nieefektywnym” akcie seksualnym, odczuwana jest strata. Powraca więc kwestia niejednorodności i złożoności żałoby, a tym samym trudności jej opisanie.

Wracając jeszcze na chwilę do ekspresji emocji w żałobie. Carroll E. Izard (1999: 301) wypowiadając się z pozycji psychologii wyraża przekonanie, że ekspresja emocji ma nie tylko wymiar biologiczny, ale też społeczny – „[w]ażnym aspektem rozwoju ekspresyjnego składnika emocji są różnice indywidualne w zakresie skłonności do przeżywania i przejawiania poszczególnych emocji. Różnice takie mogą wynikać zarówno z biologicznego zróżnicowania progów wzbudzania emocji, jak i z odmienności doświadczeń społecznych”. Z kolei Klaus R. Scherer (1999: 202) wskazuje na istotność zdarzenia w ocenie osoby, u której pojawiają się emocje. Przyjmując przy tym funkcjonalną rolę emocji rozumianych „jako mechanizmy radzenia sobie z nieoczekiwanymi zdarzeniami”, twierdzi, że zaangażowanie ma znaczenie dla oceniania zdarzenia jako istotnego (*ibidem*). Keith Oatley i Jennifer M. Jenkins (2003: 55) wskazują na koncepcję w ramach konstruktywizmu kulturowego, zgodnie z którą emocje są „takimi samymi wytworami kultury, jak język lub dzieła sztuki”. Mogą więc ulegać „kulturowym regułom tłumienia” zależnym od sytuacji i interakcji, w jakiej znajduje się osoba okazująca emocje (*ibidem*). Ważną kwestią w kontekście emocji jest możliwość ich regulacji – w ramach procesów „radzenia sobie (*coping*), które zmniejszają lub zwiększają natężenie doznania” (*ibidem*: 188). W perspektywie socjologicznej pierwszego rozpoznania skomplikowanej natury emocji dokonał Norbert Elias (2011), który dostrzegł, że wyrażanie emocji łączy biologiczne „zaprogramowanie” i socjalizacja. Rosnąca samoregulacja zachowań ludzi to jego zdaniem proces „psychologizacji” i „racjonalizacji”, ponieważ wynikają z refleksyjnego rozumienia własnych działań, działań innych, ich wzajemnych relacji oraz ich konsekwencji (van Krieken 2014: 26). Takie postrzeganie emocji osadzone w społecznym konstruktywizmie było próbą ucieczki od psychologizmu w rozważaniach o emocjach. Peggy Thoits (1989: 322) zwraca z kolei

uwagę na koncepcje reguł odczuwania i reguł ekspresji. Reguły odczuwania odnoszą się do „przekonania o właściwym zakresie, intensywności, czasie trwania i celach prywatnych emocji w danych sytuacjach”, natomiast reguły ekspresji „regulują zakres” i „intensywność zachowań emocjonalnych” (*ibidem*). E. Doyle McCarthy (1989: 63) również dostrzega w ekspresji emocji jej kulturowy charakter – wynika ona bowiem z „doświadczenia, wiedzy oraz upowszechniania i praktykowania wiedzy emocjonalnej”. Inne próby badania emocji podejmowane były w ramach interakcjonizmu symbolicznego, fenomenologii czy egzystencjalizmu. Dopiero w ujęciu socjologii nowego materializmu dostrzegalny jest zwrot afektywny i postrzeganie emocji jako „część kontinuum uczuciowości, która łączy ludzkie ciała z ich fizycznym i społecznym środowiskiem” (Fox, Alldred 2017: 115). W ramach nowego materializmu w socjologii zaleca się by

przyjrzeć się, jak emocje wpływają na ciała, ale także inspiruje do szerszej eksploracji tego, co robią w zbiorowościach, procesach społecznych i instytucjach społecznych oraz interaktywności (zarówno w rejestrach materialnych, jak i interpretacyjnych) między ludzkimi ciałami a innymi fizycznymi, społecznymi i abstrakcyjnymi bytami w ich fizycznym i społecznym środowisku [...] (*ibidem*: 118-119).

Emocje są więc rezultatami i wytwórcami afektów i stanowią nieodłączną część „przepływów afektywnych”, które pojawiają się między obiektami (por.: *ibidem*: 124). Oznacza to, że emocje są wynikiem reakcji na rozmaite czynniki, ale również wpływają na środowisko zewnętrzne. Mają charakter relacyjny.

Kto może więc demonstrować emocje po stracie dziecka? Zgodnie z powyższymi ustaleniami żałoba po dziecku jest czymś, do czego prawo mają tylko najbliżsi – widoczne jest to w relacjach osieroconych rodziców na forach internetowych¹⁶. Najczęściej mówi się o rodzicach, ale w wielu przypadkach żałoba taka ograniczana jest wyłącznie do matek. Często kobiety same nie uwzględniają swoich partnerów w dostępie do żałoby, twierdząc, że nie okazują emocji, w związku z czym, wcale nie przeżywają tej straty. Same więc wskazują na reguły ekspresji emocji ojców, potwierdzając stereotypowe postrzeganie tego zagadnienia. Charakterystycznym stało się również twierdzenie, że tylko matka po stracie może zrozumieć drugą matkę po stracie (Znamiorska-Soczawa

¹⁶ Poza sytuacją, kiedy śmierć dziecka ma charakter tragiczny i/lub medialny. Wówczas wszyscy (poinformowani) mają prawo być wstrząśnięci, przeżywać tę sytuację i opłakiwać (nawet nie swoje dziecko), zostawiać kwiaty i maskotki w miejscu pamięci (por.: Winnicka 2017).

2016: 61). To krzywdzące i ograniczające podejście promowane w książkach na temat straty dziecka jest dość powszechne. Zakreśla ono granice – przez kogo i jak może być doświadczana strata. Warto również zauważyć, że w ostatnim czasie pojawiły się na polskich portalach dla rodziców po stracie ogłoszenia o prowadzeniu badań właśnie wśród osieroconych ojców, co daje nadzieję na zauważenie nie tylko potencjału badawczego związanego z tym tematem, ale przede wszystkim cierpienia ojców, które stereotypowo zostaje usunięte w cień.

W historii ludzkości żałoba po dziecku nie była czymś powszechnym i zależała od indywidualnych cech osobowych oraz panujących zwyczajów (di Nola 2006). Zdarzała się jednak w różnych czasach, czego świadectwem mogą być odkryte w Sudanie neolityczne groby noworodków (Zdziebłowski 2018). Do osób, które zapisały się w historii literatury, jako żałobnicy można między innymi zaliczyć Jana Kochanowskiego (Nowicka-Jeżowa 1986), a nie jest on z pewnością jedyną osobą cierpiącą z powodu straty ukochanego dziecka (zob.: Szymborska 2019). Grzegorz Kazberuk (2012: 221) uważa, że

[k]ażda kultura przypisuje wyjątkowe znaczenie śmierci dziecka. W każdej kulturze istnieją wierzenia dotyczące tego, gdzie przebywają dzieci przed swoim przyjściem na świat i dokąd idą po śmierci. Co więcej, wiek dziecka, jego płeć, pozycja społeczna i przyczyna śmierci mogą wpływać na znaczenie przypisywane jego stracie i determinować rytuały pogrzebowe, i normy właściwego postępowania w obrębie danej kultury.

Przechodząc do kwestii typologizowania żałoby, zaznaczę, że gatunek ludzki wkroczył w XX wiek z przekonaniem, że żałoba może być albo normalna, albo patologiczna. Aktualnie istnieje dużo więcej rozpoznanych rodzajów żałoby, co świadczy o wspomnianym już niesłabnącym zainteresowaniu ludzi tymi trudnymi do zbadania zagadnieniami. Odwołując się do projektu What's Your Grief (dalej: WYG)¹⁷ – można rozpoznać prawie dwadzieścia rodzajów żałoby (a czasami więcej). Przy każdej próbie wymienienia i scharakteryzowania rodzajów żałoby, pojawia się zastrzeżenie, że lista może nie być kompletna, dlatego nie wyczerpuje tematu. WYG prezentuje jednak najpełniejszą dostępną publicznie listę, zbierającą w jednym miejscu rozsianą po periodykach psychologicznych i psychiatrycznych wiedzę na temat różnych rodzajów żałoby. Każdy z wymienionych na stronie typów ma inną charakterystykę i wcale nie

¹⁷ Amerykański projekt What's Your Grief? (WYG) prowadzony przez Eleanor Haley i Litę Williams, które podejmują na swojej stronie próby wyjaśnienia zawłości związanych z żałobą i stratą.

musi występować w formie „idealnej” – może łączyć się z innymi typami żałoby, może mieć różną intensywność itd. Taka sytuacja tylko komplikuje sprawę i utrudnia opisanie zjawiska w sposób umożliwiający autodiagnozę i ewentualne samodzielne podejmowanie środków zaradczych. Daje jednak świadomość różnorodności, a tym samym przynależności oraz pozostawania „normalnym” a nie „patologicznym”. Zaprezentowana dalej lista jest inspirowana listą zaproponowaną przez WYG i również nie wyczerpuje tematu. Ma jednak na celu pokazanie różnorodności zagadnienia.

3.3.1. Żałoba normalna (żałoba nieskomplikowana)

Żałoba normalna (*normal grief, uncomplicated grief, healthy grief*) charakteryzuje się przede wszystkim tym, że widoczna jest w trakcie jej przebiegu – poza „typowymi” dla poczucia straty psycho-fizycznymi reakcjami – postępująca akceptacja straty i stopniowy zanik tych reakcji wraz z jednoczesną umiejętnością czy możliwością angażowania się w codzienną aktywność. Do wspomnianych „typowych reakcji” należą: tęsknota, płacz, myślenie o ukochanej osobie, gniew, zaprzeczenie, smutek, rozpacz, bezsensowność, zmęczenie, poczucie winy, utrata zainteresowania, dezorientacja, dezorganizacja, niewiara, niezdolność koncentracji, zaabsorbowanie myślami o ukochanej osobie, przelotne doświadczenia halucynacyjne, poczucie bezsensu, wycofanie, unikanie, nadmierna reaktywność na bodźce (często nieadekwatna), odrętwienie, ulga, strach, wstyd, samotność, bezradność, beznadziejność, pustka, utrata apetytu, czy wreszcie przybranie na wadze. Symptomy te mogą występować również pojedynczo i z różnym nasileniem.

We wcześniejszych próbach opisanie żałoby, tą normalną była każda, która nie była określana mianem patologicznej (*abnormal grief, pathological grief*). Myślę, że jest to nadal aktualne dla niej odniesienie, przy czym poszerzyło się spektrum różnych jej rodzajów. Żałoba patologiczna wyznaczana była przez czas – jeśli trwała dłużej niż ustalona kulturowo norma, czyli na przykład od roku do pięciu lat (w zależności od teorii). Nasilenie którejkolwiek z reakcji sprawia, że żałoba normalna zaczyna być postrzegana jako inna – będąca wariacją tej „zdrowej”. Urszula Bielecka (2012) zwraca uwagę na fakt istnienia wielu rodzajów żałoby, które nie są klasyfikowane jako „normalne”. „Przewaga terminów opisujących zaburzone przeżywanie straty odzwierciedla stopień koncentracji

pierwszych autorów na patologii przy jednoczesnym ujednoliceniu pojęcia normy w doświadczeniu interpersonalnej straty” (*ibidem*: 63).

„Nienormalność” żałoby będą wyznaczały: czas, intensywność reakcji, pojawienie się innych reakcji lub braku reakcji, a także związek z rodzajem straty. Korzystając z kryterium czasu możemy więc mówić o żałobie: chronicznej (przewlekłej), przedłużonej, opóźnionej, skróconej. Intensywność i pojawienie się (lub nie) reakcji ma znaczenie w przypadku żałoby: zniekształconej, wyolbrzymionej, ukrytej i nieobecnej. Rodzaj straty determinuje żałobę: przewidywaną, skumulowaną, powtórnią, dwuznaczną, bezprawną, traumatyczną i kolektywną. Ostatnia grupa to rodzaje żałoby, które łączą różne kategorie. I tak, żałoba patologiczna, zahamowana, nierozwiązana i skomplikowana mogą zostać do tej grupy zaliczone. Rodzaje żałoby opisane dalej są przypadkami „odkrytymi” przez klinicystki i klinicystów, nie występują w formie wzorcowej i czasami badaczki oraz badacze podobnie objawiającą się żałobę nazywają w różny sposób, co tylko dowodzi kwestii już nadmienianej, że żałoba jest zjawiskiem trudnym do uchwycenia w postaci klarownych klasyfikacji (Demi i Miles 1986). Catherine E. Foote i Arthur W. Frank (1999: 164) wskazują, że zgodnie z pojawiającymi się w literaturze rodzajami żałoby, można uznać, że albo żałobę przechodzi się zbyt długo (przedłużona i chroniczna), albo zbyt krótko (skrócona), albo demonstrowana jest zbyt ostentacyjnie (wyolbrzymiona, zniekształcona, sprzeczna), albo niewystarczająco (nieobecna, ukryta, opóźniona). Wszystko pozostałe – jako normalne lub nieskomplikowane – stają się trudne do uchwycenia. Susan Solomon i Swapnil Gupta (2014) zwracają uwagę na jeszcze jeden podział typów żałoby, w ramach którego mówimy o anormalnym, skomplikowanym lub nieprzystosowanym przebiegu tego procesu.

Spoglądając na żałobę z perspektywy „zdrowej” reakcji – należałoby uznać, że wszystkie inne rodzaje żałoby zdrowe nie są. Należy mieć jednak na uwadze, że każda żałoba, dzięki której osoba zdoła przepracować swoją więź ze zmarłą/zmarłym – będzie miała efekt pozytywny. Tymczasem praktycznie żadna z charakterystyk nie zakłada, że żałoba nie doprowadza nas do jakiegoś etapu, który pozwala nam żyć w ramach nowej rzeczywistości. Dla każdego może to być inny rodzaj „przepracowania” czy „poradzenia sobie”.

3.3.2. Żałoba chroniczna (przewlekła)

Przy żałobie chronicznej (przewlekłej) (*chronic grief*) silne reakcje psycho-fizyczne praktycznie nie ustępują z czasem. Utrzymują się one przez dłuższy okres. Doświadczane jest skrajne cierpienie, a postępy w kierunku poprawy funkcjonowania nie są widoczne. Żałoba chroniczna może pojawić się w sytuacji, kiedy osoba nie potrafi sobie poradzić ze stratą, nie akceptuje tego, co się wydarzyło. Obsesyjnie skupia się na podtrzymywaniu żywej pamięci o osobie, która odeszła. Taka sytuacja wpływa w sposób paralizujący na różne elementy życia osoby osieroconej. Charakteryzuje ją niepokój, smutek, poczucie winy, bezsilności i rozczarowania. George A. Bonanno z zespołem (2002) ustalił, że żałoba przewlekła związana jest z występującymi przed pojawieniem się straty – poziomem zależności i odporności oraz akceptacją śmierci i wiarą w sprawiedliwy świat.

O żałobie tego typu mówi się często w odniesieniu do strauumatyzowanych dzieci i trudnych doświadczeń z dzieciństwa, których jest ona rezultatem (zob.: Unterhitzenberger i Rosner 2016). Jest łączona z żałobą przedłużoną, skomplikowaną i traumatyczną. Żałoba po dziecku (jako ta, która utrzymuje się długo) może również być postrzegana jako żałoba chroniczna (lub przedłużona). Grzegorz Kazberuk (2012: 222) wspomina, że „[w]ielu rodziców obchodzi żałobę po dziecku nawet dziesięć lat po jego śmierci”. Używa przy tej okazji określenia „żałoba-cień” (*shadow grief*) i stwierdza, że oddaje ten termin „dobitnie chroniczny i przytłaczający efekt matczynego smutku spowodowanego utratą dziecka przed lub zaraz po porodzie oraz stratą dzieci starszych” (*ibidem*). Kazberuk powołuje się przy okazji na opinię „specjalistów”, zgodnie z którą „matki nie chcą opanować swojego smutku – ból staje się integralną i permanentną częścią wspomnienia o dziecku i staje się dla nich czymś bardzo cennym” (*ibidem*). Nie wiem, czy jest uprawnione mówienie o chęci w przypadku żałoby, skoro zakładamy, że jest to proces naturalny a jego przebieg zależy o tak wielu czynników, że pojawiają się trudności w rozpoznawaniu poszczególnych jej rodzajów.

3.3.3. Żałoba przedłużona

Podobna w przebiegu do żałoby chronicznej (przewlekłej). Reakcje po stracie są długotrwałe i intensywne. Żałobniczka/żałobnik jest pod silnym wpływem negatywnych emocji, co osłabia w dalszej perspektywie jej/jego codzienną egzystencję. Spędza dużo czasu na kontemplacji śmierci, tęskniąc za połączeniem z osobą ukochaną i nie potrafi przystosować się do życia bez niej.

Żałoba przedłużona (*prolonged grief*) łączona jest z żałobą chroniczną, skomplikowaną, traumatyczną oraz patologiczną. W jej przebiegu pojawiają się symptomy podobne również do tych wskazujących na występowanie depresji czy PTSD (Spuij i in. 2011). Mowa jest o pojawieniu się stresu separacyjnego, braku akceptacji śmierci osoby ukochanej, odrętwieniu, poczuciu braku sensu życia – w okresie co najmniej sześciu miesięcy po śmierci. Żałobę w tak intensywnej postaci uznaje się za przedłużoną, jeśli jej symptomy utrzymują się dłużej niż określony czas (pół roku). Mamy tu więc do czynienia z kryterium bardzo krótkiego czasu na przeżywanie straty – przy tak ustalonym kryterium trwania żałoby, zasadniczo każda żałoba powinna być uznawana za przedłużoną.

3.3.4. Żałoba opóźniona

Żałoba opóźniona (*delayed grief*) może pojawić się na skutek działań świadomych lub nieświadomych, kiedy osoba po doświadczeniu straty unika rzeczywistości i uczucia cierpienia, tłumiąc te reakcje. Objawy typowe dla żałoby pojawiają się z opóźnieniem, które może potrwać nawet kilka lat – zwykle są one wyzwalane przez jakiś bodziec. Czasami osoba nie może doświadczyć żałoby, co ma związek z jej sytuacją życiową, na przykład koniecznością zaangażowania się w pracę, trudną sytuacją rodzinną, przymusem wspierania innych żałobniczek i żałobników, byciem jedynym żywicielem rodziny itp. Takie odroczenie żałoby może sprawić, że jej nagłe pojawienie się, kiedy już okoliczności na to pozwalają lub psychika wymusza to na żałobniczkę lub żałobnika – związane są z różnymi komplikacjami, jak chociażby samotnością doświadczenia, czy intensywnością przebiegu.

Żałoba taka może łączyć się z żałobą skumulowaną – kiedy pojawienie się kolejnej straty aktywuje proces żałoby o znacznie większym nasileniu. Należy jednak zaznaczyć, że może mieć miejsce jeszcze inna sytuacja – mianowicie, żałoba może nie manifestować się „normalnym” przebiegiem. Może jej po prostu nie być lub może mieć delikatny charakter (zob.: Bonanno i Field 2001).

3.3.5. Żałoba skrócona (minimalna)

Dotyczy ona sytuacji, kiedy reakcja żalu jest krótkotrwała. Proces żałoby skróconej (*abbreviated grief*) wydaje się krótszy, ponieważ miejsce osoby zmarłej zostaje wypełnione przez kogoś lub coś innego, albo też przywiązanie do osoby zmarłej nie było duże, dzięki czemu łatwiej zaakceptować stratę (Averill 1986). Oczywiście taki opis może budzić wiele uzasadnionych kontrowersji. Po pierwsze nie da się zastąpić kogoś, zając jej/ jego miejsca. Urodzenie drugiego dziecka, nie sprawi, że pierwsze, które umarło, zniknie z pamięci. Mierzenie siły przywiązania też nie jest trafione, bo siła więzi jest trudna do zweryfikowania i ciężko ją ujednolicić dla wszystkich, ponieważ ma bardzo indywidualny wymiar.

Żałobę tę łączy się również z żałobą przewidywaną, która zaczyna się np. po usłyszeniu diagnozy i pozwala niektórym osobom na skrócenie okresu żałoby po śmierci, ale tylko dlatego, że wcześniej zdołało się zintegrować tę stratę. Może również być powiązana z żałobą zahamowaną. Jak nietrudno zauważyć, charakterystyki te są dość mgliste, a wyniki badań pokazują, że rozróżnienia są trudne.

3.3.6. Żałoba zniekształcona

O żałobie zniekształconej (*distorted grief*) mówi się w przypadku występowania ekstremalnych, intensywnych lub „nietypowych” reakcji na stratę. Mogą to być zmiany w zachowaniu i działania autodestrukcyjne, poczucie gniewu lub/i wrogości wobec siebie lub innych. Żałoba tego typu bywa często klasyfikowana po prostu jako patologiczna lub skomplikowana.

3.3.7. Żałoba wyolbrzymiona

Żałoba wyolbrzymiona (*exaggerated grief*) charakteryzuje się przytłaczającą intensyfikacją normalnych reakcji, które w miarę upływu czasu tylko się pogarszają. Charakteryzuje się skrajnymi i nadmiernymi reakcjami, które mogą obejmować: koszmary senne, zachowania autodestrukcyjne, nadużywanie środków odurzających i leków, myśli samobójcze, zaburzenia lękowe oraz rozwój lub pojawienie się zaburzeń psychicznych. Również ten typ żałoby klasyfikowany jest jako żałoba patologiczna lub skomplikowana pomimo faktu, że William J. Worden (1991) dokonał jej wyróżnienia.

3.3.8. Żałoba ukryta

Żałoba ukryta (*masked grief*) ma miejsce wtedy, kiedy reakcje żałobne nie są rozpoznawane przez jednostkę, ale jednocześnie zaburzają jej normalne funkcjonowanie. Nierozpoznanie wynika jednak nie tyle z nieznajomości samych reakcji, ile z ich maskowania w postaci objawów fizycznych lub innych zachowań.

3.3.9. Żałoba nieobecna (brak żałoby)

Żałoba nieobecna (*absent grief*) charakteryzuje się tym, że osoby po stracie nie wykazują żadnych oznak żałoby. Może tak być na skutek szoku lub zaprzeczenia sytuacji straty. Może być też tak, że osoba właśnie w ten sposób radzi sobie ze stratą i nie ma to żadnego związku z istnieniem więzi i jej siłą. Urszula Bielecka (2012) zwraca uwagę na badania przeprowadzone właśnie z osobami, u których nie pojawiły się objawy żałoby po stracie. Zakładano, że osoby te wykazywać będą objawy zaburzeń osobowości, jak narcyzm, niezdolność do nawiązywania bliskich więzi lub ich powierzchowny charakter. Nie uzyskano jednak potwierdzenia tych założeń. Bielecka (2012: 63) powołując się na Georga Bonanno i Stacey Kaltman (2001), pisze:

Przykładowo brak przeżywania żałoby (będący, według klasycznych klasyfikacji, objawem żałoby zahamowanej, opóźnionej, zamaskowanej) u osób o silnych przekonaniach religijnych związanych ze śmiercią nie utrudnia dojścia do takiego sposobu funkcjonowania, do jakiego prowadzi „typowy” proces żałoby.

Problemem w określeniu czy mamy do czynienia z brakiem żałoby, czy też żałobą o innym przebiegu (np. z pozytywnymi emocjami, które nie są kulturowo związane z żałobą) sprawia, że trudno rozpoznać, czy faktycznie żałoba nie pojawiła się.

2.3.10. Żałoba przewidywana

O żałobie przewidywanej (*anticipated/anticipatory grief*) można mówić, kiedy jest ona reakcją na antycypowaną stratę. Chodzi w tym przypadku między innymi o choroby terminalne, ale też o osoby starsze, co do których można spodziewać się, że w niedługiej perspektywie czasowej zakończą życie. Jeszcze innym przykładem doświadczania takiej żałoby są rodzice (szczególnie ojcowie) wcześniaków (Zamanzadeh i in. 2013). Pojawia się ona, zanim ukochana osoba odejdzie. Osoba odczuwająca ten rodzaj żałoby może doświadczać swoistego dysonansu, ponieważ jej reakcje dotyczą kogoś, kto jeszcze żyje. Może też doświadczać w związku z tym gniewu, utraty kontroli nad emocjami, poczucia bezradności. Żal dotyczący straty może wiązać się nie tylko z jednostką, która umiera – może dotyczyć utraty nadziei i marzeń na wspólną przyszłość, zmiany ról i struktury rodziny.

Żałoba taka może robić wrażenie łagodniejszego, mniej dramatycznego przebiegu (bo jest rozciągnięta w czasie) a przez to szybszą akceptację sytuacji. Helen N. Sweeting i Mary L. M. Gilhooly (1990) dokonały przeglądu badań związanych z tym typem żałoby, okazało się, że w badaniach tych koncentrowano się na przebiegu reakcji rodziny po informacji o chorobie do śmierci pacjentki lub pacjenta. Odpuszczono sobie jednak badania po śmierci osób chorych, czyli nie wiadomo, jaka żałoba pojawiała się po tym wydarzeniu. W przypadku chorób terminalnych wsparcie dla rodziców i najbliższej rodziny oferowane jest podczas hospitalizacji dziecka, nie po jego zgonie. Skupienie się na uczynieniu relacji z umierającym dzieckiem bardziej głębokimi, na intensywniejszym spędzaniu czasu i zamykaniu bieżących spraw, pogodzeniu czy nawet pożegnaniu, nie sprawia, że po pochowaniu dziecka rodzice nie doświadczają żałoby. Autorki przeglądu badań nad żałobą przewidywaną zwracają też uwagę na brak wsparcia dla osób, które przezwyciężą chorobę. Wskazują one na nieprecyzyjność prowadzonych badań i ich wybiórczą perspektywę, w której nie zostały uwzględnione istotne kwestie (reakcje po śmierci, reakcje po wyzdrowieniu). Problemy te starają się uwzględniać osoby

doradzające i towarzyszące w żałobie, również poprzez tworzenie wytycznych, które uwzględniają pomoc dla bliskich podczas choroby i po śmierci dziecka, a w przypadku osób, które wyzdrowiały – wsparcie w procesie adaptacji do życia po chorobie.

3.3.11. Żałoba powtórna

Żałoba powtórna (*secondary grief/loss*) dotyczy sytuacji, kiedy strata wpływa na wiele dziedzin życia i pociąga za sobą kolejne. Żal spowodowany utratą osoby związany jest też z innymi kwestiami, wynikającymi z jej śmierci. Sytuacja taka może wydarzyć się w przypadku osoby, która traci kogoś bliskiego w wyniku choroby. Leczenie tej choroby pochłonęło dużo środków i spowodowało zadłużenie. W efekcie zadłużenia po śmierci bliskiej osoby, żałobniczka lub żałobnik mogą stracić np. dom, którego hipotekę zajmie bank. Może to być też strata innego rodzaju – rodzice dowiadują się o chorobie dziecka, matka angażuje się w proces leczenia, traci pracę, a po pewnym czasie odchodzi od niej mąż. Te przykładowe sytuacje mają wiele wspólnego z tym, co faktycznie może powodować pojawienie się powtórnej, czy też drugiej żałoby, która nałoży się na tę pierwszą.

Ten typ żałoby przypomina żałobę skumulowaną, ale różni się od niej tym, że nie występuje tu nadmierne przeciążenie a doświadczane straty są różnego rodzaju (strata jako śmierć i następujące po niej straty innego typu, będące konsekwencją śmierci).

3.3.12. Żałoba skumulowana

Do żałoby skumulowanej (*cumulative grief*) dochodzi z chwilą kolejnej straty, kiedy osoba jeszcze nie uporała się z tą pierwotną. Określenia tego używa się również do opisu stanu przeciążenia żałobą lub nadmiernego obciążenia nią.

O żałobie skumulowanej mówi się w przypadku grup zawodowych, które są narażone na doświadczanie śmierci – jak pielęgniarki i pielęgniarze (Marino 1998) – oraz w przypadku osób ze środowisk obciążonych dużą śmiertelnością – wszelkie pandemie i epidemie jak chociażby AIDS (Cherney i Verhey 1996).

3.3.13. Żałoba dwuznaczna

Żałoba dwuznaczna (*ambiguous grief*) podobnie jak żałoba bezprawna dotyczy straty, która może być różnie interpretowana. Pauline Boss (ambiguousloss.com) uważa, że takiego rodzaju straty (a tym samym żałoby) doświadcza każdy – od zerwania, rozwodu, po wyprowadzenie się dzieci z domu. Niektóre osoby mogą kwestionować, czy nastąpiła strata lub czy powinna powodować intensywne emocjonalne reakcje. Przykładem tego rodzaju żałoby może być żałoba po poronieniu. Przez długi czas uznawano bowiem, że poronienie w pierwszych tygodniach ciąży nie powinno być rozpatrywane jako strata (Sawicka 2017).

Ważnym rozróżnieniem między żałobą dwuznaczną a nieuprawnioną jest to, że przedmiotem żałoby może być osoba, która nie umarła. Jako przykład może nam posłużyć przypadek osób chorych terminalnie, które są opłakiwane zanim odejdą. Żałoba dwuznaczna łączy się więc również z żałobą przewidywaną i traumatyczną. Boss (2010) w odniesieniu do żałoby dwuznacznej wskazuje na obecność fizyczną przy braku obecności psychicznej osób, które są opłakiwane (przypadki demencji).

Przy okazji żałoby dwuznacznej chciałabym wspomnieć również o żałobie, która została opisana przez Evelyn Robinson (2000). Nazwała ona swoją żałobę dosłownie ukrytą (*hidden grief*), ale jest ona w moim rozumieniu bliżej właśnie tej dwuznacznej – chodzi mianowicie o utratę dziecka w wyniku oddania go do adopcji, kiedy zbyt młoda matka sama lub pod wpływem sugestii decyduje się na tego typu krok.

3.3.14. Żałoba bezprawna (nieuprawniona)

O żałobie bezprawnej (*disenfranchised grief, unauthorized grief*) mówi się w przypadku, gdy dana kultura, społeczeństwo lub grupa mają poczucie nieistotności danej straty. Kenneth Doka (1989, 2002) wyszczególnia elementy występujące w żałobie, które mogą być uważane za nieuprawnione. Mowa jest o związkach, rodzajach straty, żałobnikach, okolicznościach śmierci oraz sposobach opłakiwania. Wchodząc głębiej w szczegóły chodzi o przypadki, kiedy jakiś rodzaj śmierci zostanie napiętnowany – jak to często bywa ze śmiercią w wyniku samobójstwa czy na skutek przedawkowania

(Valentine i in. 2016), w wyniku zakażenia HIV/AIDS, w efekcie jazdy pod wpływem alkoholu. Kiedy związek z utraconym obiektem postrzegany jest jako nieistotny – ma to miejsce w przypadku byłych małżonków, współpracowniczek i współpracowników, zwierząt, aborcji lub poronienia (Lang i in. 2011). Kiedy związek nosi znamiona społecznego stygmatu – partner lub partnerka tej samej płci, członek lub członkini gangu, partner lub partnerka pozamałżeńskiego związku (kochanek, kochanka). Kiedy strata nie jest równoznaczna ze śmiercią, czyli w przypadku chorób takich jak demencja, urazowe uszkodzenie mózgu, choroba psychiczna, nadużywanie substancji psychoaktywnych. Charles Corr (2002) uważa, że istnieją trzy obszary wykluczania: reakcje żałobne wraz ze sposobami ich ekspresji, opłakiwanie i wspomnianie oraz efekty opłakiwania/żałoby. Chodzi w tym przypadku o szersze spektrum reakcji na osoby w żałobie i ich zachowania.

Barbara Pilecka (2016: 160-162) uważa, że to właśnie w konfrontacji z tym rodzajem żałoby uwidacznia się społeczny kontekst żałoby. Przyglądając się różnym obszarom wykluczeń wskazuje, że problem w akceptowaniu wymienionych powyżej elementów wynika z ich ogólnego społecznego nieprzepracowania. Co więcej, „[k]ategorie osób uprawomocnionych do wyrażania żalu, smutku po stracie świadczą dobitnie o społecznym wymiarze procesu żałoby” (*ibidem*: 162).

W przypadku tego typu żałoby poza uczuciami normalnymi dla opłakiwania, pojawiają się też inne, powiązane z poczuciem wykluczenia i odmienności związanej z odstawaniem od reguł wyznaczanych przez społeczeństwo. To narzucane społecznie ukrywanie własnej żałoby może w konsekwencji prowadzić do zaburzeń w procesie przepracowywania więzi. Jest też poważnym problemem społecznym.

3.3.15. Żałoba traumatyczna

Z żałobą traumatyczną (*traumatic grief*) spotykamy się, kiedy normalne reakcje dotyczące straty występują w połączeniu ze stratą określaną jako śmierć gwałtowna, przerażająca, nieoczekiwana, traumatyczna. Cierpienie jest w tym przypadku na tyle poważne i złożone, że upośledza codzienne funkcjonowanie (Stroebe i in. 2001).

Żałoba traumatyczna może łączyć się z kolektywną (kiedy dotyczy na przykład ataków terrorystycznych) oraz skomplikowaną żałobą. Ponieważ jest spowodowana przez

traumatyczne wydarzenie, w obrazie klinicznym może przypominać po prostu PTSD. Należy jednak zaznaczyć, że niektórzy autorzy (Boelen i Smid 2017: 198) używają określenia „żałoba traumatyczna” do określenia żałoby skomplikowanej – jako jeszcze jednej nazwy dla opisanego „żałoby problematycznej”.

3.3.16. Żałoba kolektywna

Żałoba kolektywna (*collective grief*) odczuwana jest przez zbiorowość, na przykład społeczność określoną terytorialnie lub tożsamościowo w wyniku wydarzenia typu: wojna, klęska żywiołowa, atak terrorystyczny, śmierć osoby publicznej lub każde inne wydarzenie rozpatrywane jako tragedia. W efekcie żałoby kolektywnej powstają miejsca pamięci i różnego rodzaju czasowe upamiętnienia (Doss 2008; Kear i Steinberg 1999; Ostaszewska 2010). Żałoba kolektywna ma charakter wspólnotowy i jej wyrażanie przybiera formy sprzyjające właśnie gromadzeniu się. Jest ona również w określonych przypadkach rodzajem performansu społecznego – dotyczy to głównie śmierci osób publicznych.

3.3.17. Żałoba zahamowana

Z żałobą zahamowaną (*inhibited grief*) można się spotkać w przypadku braku zewnętrznych oznak żalu. Nie jest to jednak to samo, co brak żałoby (naturalny) lub żałoba opóźniona. Osoba powstrzymuje żal, a to prowadzi często do fizycznych objawów i dolegliwości somatycznych.

3.3.18. Żałoba nierozwiązana

Żałoba nierozwiązana (*unresolved grief*) podobnie jak żałoba skumulowana wpływa negatywnie na osobę z doświadczeniem straty. Wiąże się z unikaniem rozmów i myślenia o swojej stracie, a nawet unikania miejsc lub wydarzeń, które mogą o tej stracie

przypominać. Osoby doświadczające nierozwiązanej żałoby unikają nowych relacji, obawiając się ponownej straty.

Żałoba nierozwiązana może wiązać się z kolektywną i wynikać ze zdarzeń historycznych – jak holokaust. Często opisywana jest właśnie w kontekście holokaustu rdzennych ludów amerykańskich (Brave Heart, Debruyn 1998, por.: Gierak-Onoszko 2019). Innym częstym nawiązaniem w stosunku do tego rodzaju żałoby jest kwestia kontynuowania więzi (*continuing bonds*), czyli sytuacji, kiedy więź z osobą zmarłą podlega przeobrażeniu. Okazuje się jednak, że w niektórych przypadkach dochodzi do nieprzystosowania (*maladaptive*), które skutkuje żałobą nierozwiązaną (Field 2006).

3.3.19. Żałoba skomplikowana (powikłana)

O żalobie skomplikowanej (*complicated grief*) mówi się w przypadku długotrwałej, wyniszczającej i osłabiającej zdolność do angażowania się w codzienne czynności reakcji na stratę. Żałoba skomplikowana może występować jako przewlekła, opóźniona lub zniekształcona. Jest ona dobrze znaną i akceptowaną powszechnie koncepcją (zamiast żałoby patologicznej), która – jak wszystkie pozostałe konceptualizacje – ma swoich przeciwników. Uważa się również, że żałoba skomplikowana może być połączeniem reakcji na stratę z innymi zaburzeniami psychicznymi – jak lęk i depresja, co stało się powodem zamieszania wokół DSM-IV i DSM-5, czyli publikowanych co jakiś czas diagnostycznych kryteriów zaburzeń psychicznych (zob.: Shear i in. 2011). Marney R. Thompson z zespołem (2017) ustaliła, że osoby cierpiące z powodu żałoby skomplikowanej mogą doświadczać intensywnych emocji i natrętnych myśli, niepokojącej tęsknoty, nadmiernego unikania wspomnień o zmarłej osobie lub/i jej śmierci oraz utraty zainteresowania codziennym życiem. Osoby takie są bardziej narażone na ryzyko samobójstwa – wspomnianej już depresji i lęku – chorób fizycznych i psychicznych. Wyzwaniem okazuje się jednak pomoc takim osobom, ponieważ kryteria diagnostyczne i najlepsze praktyki różnią się między sobą i nie są w pełni zadowalające.

Ten typ żałoby doczekał się szczegółowego opracowania w przypadku osób starszych. Chodzi o sytuację, kiedy osoba starsza musi zaangażować się w pomoc nad osobą przewlekle chorą w domu. Sprawowanie takiej opieki jest poważnym stresorem, co wynika z braku kompetencji, ograniczeń własnych związanych ze złym stanem zdrowia i

wiekiem, brakiem środków finansowych, czy wsparcia ze strony innych członków rodziny, czy szerzej – społeczności. W sytuacji pojawienia się straty, osoba starsza nie ma wsparcia społecznego ani oparcia w rodzinie, tymczasem doświadcza żałoby, która manifestuje się w różnej postaci (Newson i in. 2011).

Tony Walter (2006) zwraca uwagę na społeczny wymiar konstruktu „żałoby skomplikowanej”. Wyznacza on siedem obszarów określających, czym jest ten rodzaj żałoby: (1) jest stanem psycho-patologicznym opłakującej jednostki; (2) jest on normalizującym konstruktem stworzonym w ramach psychiatrii; (3) jest on wymogiem służącym do operacjonalizacji działań jednostek zajmujących się żałobą; (4) jest on konstruktem kulturowym; (5) jest to koncepcja sprawiająca, że rodziny oraz społeczeństwo jako całość mogą dyscyplinować żałobniczek i żałobników; (6) jest etykietą stosowaną względem tych, którzy aktywnie przeciwstawiają się kulturowym normom związanym z żałobą; (7) jest produktem społeczeństwa, które ma obsesję na punkcie kwestii ryzyka, będącym wynikiem negocjacji między różnymi stronami w obszarze śmierci i żałoby. Tak postrzegana żałoba skomplikowana prezentuje o wiele bardziej złożony obraz niż ten tworzony jedynie w oparciu o objawy kliniczne.

2.3.20. Żałoba patologiczna

Żałoba patologiczna (*pathological grief, abnormal grief*) była pierwszym rodzajem żałoby odmiennym od normalnej. Problem polega jednak na tym, że kryteria określające żałobę normalną nie zostały opisane w sposób, który nie budziłby zastrzeżeń. Wszystkie wymienione wcześniej rodzaje również stanowią wyzwanie, bo ich opisy bywają podobne – tylko autorzy koncepcji są inni. Warwick Middleton z zespołem (1993: 44-45) wskazują na problemy z definiowaniem różnych rodzajów żałoby – wymieniają oni następujące terminy: nieobecna (*absent*), nieprawidłowa (*abnormal*), powikłana (*complicated*), zniekształcona (*distorted*), chorobliwa (*morbid*), nieprzystosowana (*maladaptive*), skrócona (*truncated*), nietypowa (*atypical*), nasilona (*intensified*), długotrwała (*prolonged*), nierozwiązana (*unresolved*), nerwicowa (*neurotic*) czy dysfunkcyjna (*dysfuncjonalna*). Problem ten starano się rozwiązać, poszerzając optykę – uwzględniając warunki społeczne i kulturę, w jakiej dorastały badane osoby. Dodawano lub odejmowano różne elementy. Definicje nadal prezentowały się mgliście i nie zawsze przekonująco.

Żeby ustalić, co jest patologicznego w żałobie, najpierw trzeba zrozumieć, czym żałoba w ogóle jest i jak się przejawia. Beverley Raphael (1975) wskazuje na trzy emocje, których okazywanie wyznacza poziom patologiczności żałoby – są nimi: smutek, złość i poczucie winy. Są to jednocześnie emocje, które w różnych innych modelach żałoby występują jako jej normalne przejawy. Karni Ginzburg, Yael Geron i Zahava Solomon (2002: 121) zwracają uwagę na stosowanie kryteriów czasu czy intensywności reakcji, jako trudnych i niepozwalających na zdefiniowanie rodzajów żałoby. Jeżeli nie możemy zastosować wątpliwych kryteriów czasu czy intensywności reakcji, pozostają nam jedynie typologie oparte na kryterium rodzaju straty. Warto zastanowić się, czy strata może mieć charakter patologiczny?

Wróć więc do Zygmunta Freuda (1992), który jako pierwszy dokonał rozróżnienia na żałobę normalną i patologiczną. Tam, gdzie więź ze zmarłą osobą nie została przerwana, zdaniem Freuda występuje żałoba patologiczna, ponieważ nie dokonała się „praca żałoby”. Tyle że więź ze zmarłym nigdy nie zostaje przerwana, czy to znaczy, że każda żałoba jest patologiczna? Perspektywy związane z modelami – jak chociażby pięć etapów Elisabeth Kübler-Ross (1979) lub trzy etapy Ericha Lindemanna (1944) – zakładają, że żałoba jest taka sama lub bardzo podobna dla poszczególnych przypadków, do tego przebiega w sposób uporządkowany. Patologią jest więc wszystko, co nie mieści się w ramach modelu. Perspektywy uwzględniające fazy – np. trzy fazy Johna Bowlby’ego (1998), trzy fazy Therese’y Rando (1993) – nie biorą pod uwagę kontekstu społeczno-kulturowego, ani tym bardziej religijnego, skupiają się na osobach okazujących reakcje emocjonalne – wykluczają jednocześnie te, które takich reakcji nie przejawiają. Patologiczne w takich ujęciach są więc odmienne kulturowo zwyczaje okazywania lub nieokazywania emocji. Skupienie na zadaniach – czterozadaniowa koncepcja Williama J. Wordena (2009) lub pięciozadaniowa koncepcja Terry’ego Martina i Kennetha Doki (2000) – przyczynia się do patologizacji zadań niewypełnionych. W każdym przypadku żałoba patologiczna jest czymś innym. Patologiczność będzie zawsze definiowana jako coś, co nie mieści się w ustalonych ramach normy. Wyzwaniem pozostaje odkrycie jaka jest obowiązująca norma, a ta zdaje się zmieniać.

Podsumowanie części I

Celem pierwszej części i rozdziałów na temat postrzegania śmierci jako straty oraz żałoby jako trudnego do zdefiniowania, złożonego procesu następującego po tej stracie było zarysowanie obszaru moich zainteresowań i pokazanie, jak najczęściej podchodzi się do tematu żałoby rodziców w badaniach i publikacjach. Są to zwykle ujęcia częściowe – skoncentrowane albo na rodzaju straty, albo (w przypadku opracowań psychologicznych i psychiatrycznych) na rodzaju żałoby. Chociaż oba podejścia są ważne dla dalszych rozważań, nie stały się one głównym kluczem do analizy wywiadów ani układu treści.

Dodatkowo wszystkie wspomniane w pierwszym rozdziale „mity” wynikają również z uogólnień, fragmentarycznego spojrzenia badaczek i badaczy oraz próby narzucenia ram na chaos, jakim jest (może być) żałoba. Brak empatii, medykalizacja, psychologizacja i niedostrzeganie przemian społecznych doprowadziły do sytuacji, w której należy podejmować próby odczarowania śmierci i żałoby, a przede wszystkim „przetłumaczenia” ich na nowo dla szerszych rzesz społeczeństwa. Rozdział ten pokazuje również, jak wymagającym zagadnieniem jest badanie śmierci i żałoby we współczesnym świecie. Nie wystarczy przeprowadzić badań, kwerendy i dokonać analizy/analiz. Potrzebne jest wejście w temat, zaangażowanie – nawet (a może w szczególności), kiedy badaczka lub badacz nie należy do „wspólnoty doświadczenia” i jest jednostką z zewnątrz.

Rodzaj straty determinuje przynależność rodzica do symbolicznej wspólnoty rodziców w żałobie, ale na przebieg żałoby ma wpływ wiele kwestii, które nie muszą być związane z tym, jak dziecko umarło. Omówione zostały: utrudniona sytuacja reprodukcyjna (czyli „dziecko, którego nie było”), aborcja, poronienie, śmierć okołoporodowa, śmierć w wyniku choroby, śmierć w wyniku wypadku lub z nieznanych przyczyn, dzieciobójstwo i zabójstwo oraz samobójstwo. Interpretacja sytuacji związanej z utratą zależy od tego, jakie znaczenia są nadawane – dziecku, jego śmierci, więzi z nim, wyobrażeniom i marzeniom związanym z przyszłością itd. Podział ten jest również ważny z punktu widzenia społeczeństwa, ponieważ niektóre rodzaje straty są mniej akceptowalne, stygmatyzowane, obarczone swoistym „tabu”. Istotne było również wymienienie wszystkich kategorii, które tworzyły moje wyobrażenie o

terenie i potencjalnych rodzicach, którzy mogliby wziąć udział w badaniu. Jednakże o ile rodzaj straty jest ważnym indykatorem, nie musi determinować przebiegu żałoby.

Z kolei rodzaje żałoby są na tyle nieprecyzyjne i mgliste – a do tego mogą przeobrażać się, co czyni je jeszcze trudniejszymi do rozpoznania – że zastosowanie ich jako kryterium analitycznego nie miało szansy na realizację. Opisanie rodzajów żałoby wydawało się jednakowoż istotne chociażby dlatego, by pokazać z czym mierzą się rodzice po stracie, którzy sięgają po poradniki dla żałobników lub sięgają po pomoc psychologiczną czy psychiatryczną. Dowiedzenie się, że przechodzi się żałobę patologiczną, jest dodatkowym czynnikiem obarczającym osoby w żałobie. Nie tylko cierpią z powodu utraty dziecka (sam rodzaj tej straty może ich również obciążać), ale jeszcze dokłada im się dodatkowy balast w postaci „odbiegania od normy”. Poza tym – skoro sami specjaliści i specjalistki mają problem z określeniem rodzaju żałoby – jak osoby, które nie posiadają wiedzy specjalistycznej mają poradzić sobie ze świadomością swojej „anormalności” w kwestii tego, jak i co czują po stracie dziecka?

Poza rodzajami straty i żałoby, ważne jest również to, dlaczego rodzice odczuwają tę stratę i co czyni ich rodzicami? W jaki sposób patrzą na swoje rodzicielstwo po śmierci dziecka? Zdefiniowanie rodzicielstwa i tego, jak jest ono interpretowane wydaje się w tym wypadku istotne dla dalszych rozważań i kluczowe do rozpatrywania przebiegu żałoby – pojawiających się emocji, wykonywanej pracy biograficznej, dzielenia się opowieściami o stracie czy sposobami radzenia sobie z nią samodzielnie lub z pomocą osób trzecich.

Część pierwsza ujmuje więc wszystkie kluczowe pojęcia (śmierć, strata, utrata, żałoba, dziecko, więź, tożsamość, rodzicielstwo) i koncepcje (socjologia niczego, reguły odczuwania, reguły ekspresji), które stworzyły ramę realizowanych przeze mnie badań. W kolejnych częściach uwaga skoncentrowana będzie na wywiadach, rozmowach i narracjach książkowych, które zostały włączone do analizy. Zanim jednak to nastąpi, wyjaśnienia wymagają zastosowane metody i techniki badawcze wraz z ich osadzeniem teoretycznym w krytycznym posthumanizmie i nowym materializmie, problematyka etyczna oraz inne ważne z punktu widzenia zrozumiałości dalszego wywodu sposoby definiowania pola badawczego, które wpłynęły na układ treści w części trzeciej i czwartej.



**Część II:
O metodologii badań
nad procesami żałoby
po dziecku**

4. Zastosowane strategie i podejścia badawcze

W codziennym życiu przypominane sobie fragmenty i cząstki przeszłości często układamy w mozaikę, a luki wypełniamy domysłami.

(Hunter 1963: 105).

Moje zainteresowanie tematem doświadczenia żałoby rodziców związane było z chęcią poznania tego zjawiska, jego przebiegu; wpływem siły więzi z dzieckiem; sposobem konstruowania narracji o zmarłym dziecku oraz codziennością życia po stracie. Zastanawiałam się jak wspomniana więź wpływa na przebieg żałoby – czy jej brak może sprawić, że nie wystąpi poczucie straty, a tym samym żałoba? Czy silna więź będzie implikowała intensywniejsze przeżywanie straty dziecka? Co wpływa na przebieg żałoby? W jaki sposób ludzie starają się radzić sobie ze stratą? Jakie praktyki społeczne podejmowane są przez rodziców, a nie zostały rozpoznane jako element pracy żałoby? Czy doświadczenia wzrokowe, słuchowe, węchowe, smakowe i dotykowe odgrywają jakąś rolę w procesie radzenia sobie ze stratą? Jakie rodzaje wsparcia społecznego i jakie obrzędy kulturowe pojawiają się w narracjach osieroconych rodziców? Ale również – jak wpływają doświadczenia zmysłowe i praktyki kulturowe na proces osvajania się ze stratą? Jak są powiązane z kultywowaniem pamięci o dziecku? W jaki sposób mogą ułatwiać przetwarzanie więzi ze zmarłym dzieckiem? Zastanawiałam się też nad tym, czy poprawnym jest mówienie o żałobie rodziców bez podziału na płeć, skoro większość materiałów na ten temat dotyczy żałoby matek, które chętniej rozmawiają, a tym samym częściej biorą udział w badaniach? Czy jeżeli żałoba matek i ojców nie jest charakterystyczna ze względu na płeć, to co innego ma na nią wpływ i ją kształtuje?

Moim zamiarem było dokonanie rekonstrukcji społecznych wyobrażeń oraz postaw względem śmierci dzieci i doświadczania żałoby po nich. Ważne były więc uwarunkowania postaw rodziców, istniejące wzory zachowania oraz stereotypy, które istnieją w ich życiu, jak i te z którymi muszą się mierzyć w warunkach nowej dla siebie rzeczywistości bez dziecka. Zwracałam też uwagę na konteksty społeczne i instytucjonalne, w jakich przebiegała choroba i śmierć dziecka, uznałam bowiem, że interakcje z osobami trzecimi mają wpływ na to, jak osieroceni radzą sobie ze stratą. W pierwszej wersji koncepcji badawczej chciałam badać osoby, które w jakiś sposób

doświadczyły śmierci dziecka – brałam w tym przypadku pod uwagę szerokie grono „aktorek” i „aktorów” społecznych: od rodziców, przez najbliższą rodzinę zmarłego dziecka, osoby zatrudnione w instytucjach (szpital, zakład pogrzebowy, cmentarz). Z czasem ograniczyłam ten plan do rodziców i instytucji – żywiłam bowiem obawę, że badanie członków tej samej rodziny może przyczynić się jedynie do stworzenia studiów przypadku, a nie to było moim celem. Ponadto musiałabym wyłączyć z badania rodzeństwo, ponieważ często były to dzieci poniżej 18 roku życia. Do tego umawianie się z każdą osobą z tej samej rodziny osobno stwarzałoby dodatkowe problemy i nieufność ze strony badanych (np. przypuszczenie o sprawdzaniu prawdziwości opowieści o doświadczeniu żałoby). Z kolei umawianie wszystkich osób w jednym czasie, stwarzało zagrożenie autocenzury doświadczenia straty przez osoby, które odczuwały ją inaczej niż pozostali. Zdawałam sobie sprawę z tego, że skonstruowanie pełnego socjologicznego wyjaśnienia doświadczenia straty dziecka nie jest w pełni możliwe – skupiałam się więc na tym, w jaki sposób relacjonowane są emocje oraz jakie doświadczenia sensoryczne lub praktyki kulturowe pojawiają się w opowieściach rodziców. Przy czym poza samą opowieścią o stracie to doświadczenia sensoryczne i praktyki kulturowe interesowały mnie najbardziej.

Decydując się na badania biograficzne, musiałam wprowadzić filtr, który wstępnie mógłby tworzyć jakąś ramę dla osób decydujących się na udział w spotkaniu. Pierwszy filtr dotyczył doświadczenia straty dziecka i musiał określać, kim jest dziecko? Na tę kwestię zwróciła uwagę jedna z lekarek poproszonych przeze mnie o konsultację – przyjęła ona bowiem, że dzieckiem jest istota ludzka w wieku 0-18 lat, czyli do uzyskania pełnoletności. Powyżej tego wieku młodzi ludzie są przyjmowani na oddziałach dla dorosłych. Nie są więc – w kontekście medycznym, instytucjonalnym – dziećmi. Inny pogląd prezentują sami rodzice, dla których kryterium wieku nie ma znaczenia. Osoby zgłaszające się na forach internetowych informowały mnie o śmierci dziecka dwudziestokilkuletniego. Niektórzy przyjmowali, że dzieckiem jest się do czasu założenia własnej rodziny. Inni, że dzieckiem jesteśmy dla kogoś praktycznie zawsze. Trudność w ustaleniu roboczej definicji rozwiązałam, przyjmując, że jeżeli osoba, która zgłosi się do badań, uzna, że jest rodzicem po stracie – zaakceptuję jej samookreślenie się. Wiek dziecka nie stał się kategorią porządkującą zebrany materiał – był kryterium sztucznym, podobnie jak kryterium czasu, jaki minął od śmierci dziecka – czyli długości trwania

żałoby, często eksplorowana w badaniach psychologicznych i psychiatrycznych zwykle z zastrzeżeniem, że przeznaczone są one dla osób do roku, dwóch-pięciu lat po śmierci dziecka. Uznałam, że stosowanie czasu jako kryterium analitycznego jest pułapką (wyjaśniam to szerzej w **rozdziale siódmym**)

Ważny okazał się również namysł nad tym, w jaki sposób piszę o żałobie. W literaturze tematu można spotkać się z określeniami „przetrwąć żałobę”, „przeżywać żałobę”, „przechodzić żałobę”. W moich badaniach i ich opracowaniu w odniesieniu do żałoby korzystam z określeń „przeżywać”, „przeżyć” lub „przejsć” i „przechodzić” w odniesieniu do żałoby. Nie pojawia się określenie „przetrwąć” ponieważ z punktu widzenia psychologii więzi – strata przyczynia się do przetworzenia więzi między podmiotem i przedmiotem, nie można jednak stwierdzić, że ktoś „przetrwiał żałobę”, co wskazywałoby koniec (który przyjmuję, że nie jest osiągalny, bo dziecko zasadniczo nigdy nie zostanie zapomniane). W przypadku używanych określeń znaczenie ma przede wszystkim etap, na jakim znajduje się rodzic – czy żałoba jako proces pozwoliła dojść do jakiegoś momentu, w którym następuje stabilizacja emocjonalna i duchowa, czy też proces ten trwa i badane oraz badani nie znajdują dla siebie miejsca oraz uzasadnienia dla swoich doświadczeń. Różnica pomiędzy przeżywaniem i przechodzeniem żałoby polega na tym, że w przypadku pierwszej dostrzegam silnie emocjonalne i bardzo intensywne doświadczenia, które angażowały wiele zmysłów, miały gwałtowny i bardzo intensywny przebieg. Przejście traktuję jak drogę, która nie musi tak silnie angażować emocji. Przy czym większość z zebranych wywiadów wskazuje na to, że rodzice przeżywają żałobę (nawet jeśli początkowo może się wydawać, że ją przechodzą).

Kolejny filtr dotyczył rodzajów straty i wynikał bardziej z potrzeby segregowania materiałów i przypisywania ich do określonych grup. W moim badaniu pojawiły się następujące rodzaje straty: dziecko, którego nie było; aborcja; poronienie; śmierć okołoporodowa; śmierć w wyniku choroby; śmierć naturalna lub z nieznanych przyczyn; śmierć w wyniku wypadku; dzieciobójstwo; samobójstwo. Wstępny przegląd literatury przedmiotu pokazał, że zazwyczaj autorki i autorzy zajmują się tylko jednym rodzajem straty i raczej nie zestawiają ich ze sobą. Powyższą listę można dodatkowo rozpatrywać pod kątem rodzajów straty mniej lub bardziej etycznych podejść w badaniach obarczonych dużym ładunkiem emocjonalnym. Na etapie zapoznania się z literaturą przedmiotu lista uległa skróceniu o pewne kategorie – zrezygnowałam z kategorii:

samobójstwo, dzieciobójstwo oraz zabójstwo dziecka. Założenie, by rozmawiać ze wszystkimi rodzicami, którzy stracili dzieci zrewidowałam. Doszłam bowiem do wniosku, że w niektórych przypadkach badania będą trudne, nie tylko ze względu na temat, ale również ze względu na niemożliwość lub poważną trudność w docieraniu do badanych oraz w interpretacji wywiadów.

Jak już wspomniałam wykluczenie z badań dotyczyło trzech przypadków: dzieciobójstwa, śmierci w wyniku zabójstwa oraz samobójstwa. W przypadku kategorii uśmiercenia własnego dziecka obawiałam się, że rozmówczynie i rozmówcy będą próbowali prezentować siebie w lepszym świetle, że nie przepracowali swojej straty na tyle, by móc o niej opowiedzieć. Uprzedzano mnie, że skazane za dzieciobójstwo matki, nie będą ze mną szczere, będą starały się dostosować swoją opowieść do moich oczekiwań, będą pomijały istotne szczegóły, które mogłyby pogorszyć ich wizerunek – lub wręcz przeciwnie – będą koloryzowały, by zyskać szacunek współosadzonych (por.: Bonda 2017). Poza tym wiele ze spraw o dzieciobójstwo (terminu tego używam w szerokim znaczeniu) jest głośnych medialnie, więc utrzymanie anonimowości rozmówców i rozmówczyń stanowiłoby duże wyzwanie.

Nie uwzględniłam w ogóle rodzaju straty opisywanego w literaturze amerykańskiej – czyli zbrodni z nienawiści i straty w wyniku strzelaniny, które w ostatnich latach nawiedzają szkoły i miejsca publiczne w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej. Pomięłam ten wątek, ponieważ w Polsce raczej nie spotykamy się z takimi zdarzeniami w stosunku do dzieci. W przypadkach zabójstw (innych niż zbrodnie z nienawiści) i samobójstw uznałam, że ból i cierpienie rodzin są tak ogromne, że nie znajduję w sobie śmiałości, by rozdrapywać ich rany. Poza tym w tych przypadkach bardzo często rodzice obwiniają siebie o to, że dziecko umarło – w kilku rozmowach pojawiły się wątki samobójstwa partnerek, partnerów, rodzeństwa lub jednego z rodziców. Zauważalne było w tych momentach duże poruszenie i niepokodzenie się ze śmiercią.

Otrzymałam również kilka maili od matek, których dzieci popełniły samobójstwo, a które nie tyle miały ochotę wziąć udział w badaniu, co po prostu poprosić o pomoc, zapytać o radę. Ich emocje i niemożliwość zaakceptowania śmierci dziecka potęgowane były przez stygmatyzujący charakter takiej śmierci i poczucie bycia ocenianą, jako „zła matka”, która „nie umiała pomóc” swojemu dziecku. Uznałam ponadto, że dodatkowe

obciążanie siebie lękiem, że zrobię komuś krzywdę rozmową, może źle wpłynąć na całokształt realizowanych badań.

Zastanawiałam się przy tym, czy sporządzony przeze mnie opis na podstawie uwzględnionych kategorii pozwoliłby odnaleźć się osieroconym rodzicom, z którymi nie zdecydowałam się rozmawiać? Doszłam do wniosku, że jest to możliwe, ponieważ emocje pojawiające się w każdym z przypadków są podobne – ich intensywność może być różna i nie jest ona zależna od rodzaju straty, a bardziej od indywidualnego sposobu przeżywania i racjonalizowania sytuacji straty. Kwestia poczucia winy pojawia się w opowieściach dotyczących wszystkich uwzględnionych kategorii – jest ono różnie definiowane: zadręczanie się, że coś się źle zrobiło; że nie dba się o swój organizm; że podjęło się niewłaściwą decyzję; że można było zrobić więcej; że nie zauważyło się czegoś lub że coś się zignorowało itp. Tym bardziej uzasadniona wydała się rezygnacja z kategorii problematycznych.

W swoim anonsie napisałam, że poszukuję rodziców, którzy stracili dziecko w określony sposób lub nie mogą zająć w ciążę. Rodzice sami zgłaszali się do mnie z informacją, jakiego rodzaju straty doświadczyli w ramach wymienionych w ogłoszeniu rodzajów straty. Podział ten okazał się jednak nieodpowiedni – kilka osób przypisało swoje doświadczenia do innej kategorii, niż w rzeczywistości „powinny”, a pozostałe miały wątpliwość, gdzie odnaleźć miejsce dla siebie w tak wytworzonej strukturze (np. kobieta, która zgłosiła się jako osoba w żałobie po dziecku, którego nie było – w rzeczywistości doświadczyła poronienia, o którym nigdy nikomu nie opowiedziała, bo bała się reakcji otoczenia i obarczenia jej odpowiedzialnością za to; inna osoba zgłaszała się jako matka po doświadczeniu poronienia, tymczasem z rozmowy wynikało, że była to późna aborcja z wywołaniem porodu poprzez podanie odpowiednich substancji farmakologicznych). W **rozdziale drugim** zaprezentowałam ten podział i wyjaśniłam wszystkie rodzaje straty.

Kolejną pomocną listą do tworzenia ram interpretacyjnych miały być rodzaje żałoby. Brak odpowiednich kwalifikacji do jednoznacznego ocenienia, kto jaki rodzaj żałoby przechodzi oraz świadomość trudności dokonania takiej oceny nawet wśród specjalistek i specjalistów z obszaru psychologii i psychiatrii, sprawiły, że rodzaje żałoby stały się dla mnie rozszerzeniem perspektywy, nie zaś kategorią analityczną. Ponieważ istnieje wiele rodzajów żałoby, a rzadko pojawiają się one w opracowaniach polskich w

jednym miejscu, uznałam, że dla lepszego zrozumienia (chaotycznej) „natury żałoby” powinnam je omówić, co też uczyniłam w **rozdziale trzecim**. Opis ten pokazuje, jak trudne jest ocenianie rodzajów żałoby i jak wiele problemów nastęrcza. Daje również rozeznanie w temacie doświadczania żałoby – jak różnie można jej doświadczać, jakie emocje mogą występować i z jakim nasileniem, jak długo trwa żałoba oraz jak te rodzaje żałoby są nazywane na gruncie psychologii i psychiatrii.

Po odrzuceniu trzech pomysłów na porządkowanie treści mojego wywodu, powróciłam do zagadnienia zmysłów. Ostatni filtr przydatny przy porządkowaniu, analizie i opisie materiałów oraz odnoszący się do kwestii dla mnie ważnej, dotyczył właśnie doświadczeń sensorycznych rodziców po stracie. Brałam pod uwagę pięć zmysłów dostępnych ludzkiemu doświadczeniu, koncentrujących się na wizji, fonii, zapachu, smaku i dotyku.

W toku pracy okazało się, że istotne są również doświadczenia duchowe/religijne oraz wsparcie społeczne, czyli praktyki kulturowe. Zastosowanie tego kryterium wymagało dwóch zabiegów – po pierwsze, zagregowania wszystkich elementów (wywiadów, dzienników, relacji na forach i portalach społecznościowych); – po drugie, ułożenia zagregowanych doświadczeń w liniową opowieść o radzeniu sobie ze stratą dziecka. Układ ten prezentuje się następująco: kwestie związane z nastawieniem do posiadania dzieci, decyzją o ich nieposiadaniu (np. aborcja); kwestie związane z informacją o chorobie lub innym wydarzeniu, które było pierwszym momentem pocucia straty, któremu rodzice musieli stawić czoła; śmierć dziecka; czas po śmierci dziecka (miejsca, przedmioty, zmysły, praktyka kulturowa); społeczne reakcje na śmierć i interakcje z rodzicami.

W swoich badaniach starałam się znaleźć chociaż jedną osobę, która reprezentowałaby daną kategorię analityczną – z listy zaakceptowanych przeze mnie rodzajów straty. Materiał do analizy stanowiło dwadzieścia wywiadów (w założeniu) biograficznych. Z czego dziewiętnaście wywiadów przeprowadziłam samodzielnie w okresie między kwietniem 2016 roku a majem 2018. Wzięło w nich udział 19 osób – dwóch mężczyzn i siedemnaście kobiet. Jeden wywiad z matką otrzymałam od Urszuli Klajmon-Lech, uczestniczki seminariów biograficznych w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego. Piętnaście z tych wywiadów przeprowadziłam z rodzicami, którzy stracili swoje dziecko, a cztery nie dotyczą bezpośrednio doświadczenia własnej

żałoby po dziecku ale odnoszą się do kontekstu instytucjonalnego, w jakim sytuuje się proces przeżywania żałoby. Trzy z nich pochodzą z instytucji – cmentarz, zakład pogrzebowy, a jeden od osoby z chorobą rzadką, która nie może mieć dzieci. Również rozmowy, które nie były rejestrowane, ale znalazły się w formie skróconej w notatkach z terenu a doświadczenie straty dziecka pojawia się bezpośrednio lub pośrednio, zostały wykorzystane przy analizie materiałów jako poszerzające rozumienie kontekstu społeczno-instytucjonalnego, w jakim ona przebiega. Rozmowy pochodzą z różnego okresu – ta, która zainicjowała moje zainteresowanie tematem miała miejsce w roku 2006, kolejne odbyły się na przełomie lat 2015-2020. Wywiady (łącznie 20) oznaczam W01-W20. Rozmowy nierejestrowane (łącznie 17) otrzymały oznaczenie R01-R17. Ponadto rozmowy i wywiady były dodatkowo opisywane literą K lub M (na oznaczenie płci rozmówczynie lub rozmówcy) oraz deklarowanym rodzajem straty lub reprezentowanym zawodem/ reprezentowaną instytucją w przypadku wywiadów w instytucjach. Jedna z nierejestrowanych rozmów (dotycząca samobójstwa) nie została wykorzystana w badaniach, ponieważ pojawiła się już po decyzji wyjęcia tej kategorii z rozpatrywanych rodzajów straty, a rozmówczynie szukała pomocy w zrozumieniu swojej sytuacji – przy okazji podzieliła się swoją historią (o czym pisać szerzej będę jeszcze w **podrozdziale 4.3.**, dotyczącym problematyki etycznej). Do puli wywiadów z osobami bezpośrednio łączącymi się z tematem straty zaliczam również wywiad z osobą chorą na rzadką chorobę genetyczną, która wyraża chęć posiadania dziecka, a jej punkt widzenia – osoby doświadczającej cierpienia w toku całego życia – uważam za istotny w kontekście rozdziału poświęconego decyzjom reprodukcyjnym (**podrozdział 5.1.**). Ważny jest też fakt, że w tym wywiadzie mocno zaznaczona jest postawa matki badanej, co także jest wartościowe w dalszych rozważaniach i poszerzyło moją perspektywę.

Tabela umieszczona dalej pokazuje liczbę rozmów i wywiadów przeprowadzonych z rodzicami po stracie dla poszczególnych rodzajów straty. Przy czym są to zapisy zgodne z deklaracjami rozmówczyń i rozmówców. Wspomniany przypadek „żałoby po dziecku, którego nie było”, a okazał się żałobą po poronieniu zaliczyłam zgodnie z prowadzoną przez badaną narracją do rodzaju straty „poronienie”, ponieważ rozmówczynie sama przyznała w toku rozmowy, że ukryła ten fakt podczas zgłaszania się, żeby nikt się nie dowiedział z jej mediów społecznościowych.

Rodzaj straty	Kobiety	Mężczyźni
Aborcja	3 wywiady	
Poronienie	6 wywiadów	rozmowa
Śmierć okołoporodowa	wywiad i rozmowa	rozmowa
Śmierć w wyniku choroby	2 wywiady i rozmowa	wywiad
Śmierć w wyniku wypadku lub z nieznanых przyczyn	wywiad	wywiad
RAZEM	15.	4.

Tabela 1. Rozmowy i wywiady z osieroconymi rodzicami (opracowanie własne).

W gronie dziewiętnastu osób, które doświadczyły straty dziecka znalazło się piętnaście kobiet (dwanaście wywiadów i trzy rozmowy) oraz czterech mężczyzn (dwa wywiady i dwie rozmowy). Kobiety były w przedziale wiekowym 25-65 lat, a mężczyźni 30-55 lat. Badane i badani mieli różne wykształcenie (od podstawowego po wyższe). Dane te podaję informacyjnie, nie stanowiły one jednak ważnego kryterium w radzeniu sobie ze stratą. Wywiady i rozmowy (poza dwoma przeprowadzonymi przez internet) są efektem indywidualnych spotkań z badanymi, na które osoby przyjeżdżały do Łodzi lub ja jechałam do ich miejsc zamieszkania. Rozmowy przeprowadzane były w mieszkaniach prywatnych, w parkach, w kawiarniach, w miejscach odosobnionych w pracy lub na uczelni.

Poza wywiadami i rozmowami przeprowadzonymi z rodzicami po stracie, znalazły się też trzy wywiady wykonane w instytucjach (zakład pogrzebowy i cmentarz). W czasie mojego pobytu w domu pogrzebowym oraz na cmentarzu odbyła się dodatkowo jedna rozmowa nierejestrowana. Podczas wizyty w zakładzie pogrzebowym oraz podczas umawiania spotkań wykonałam dodatkowe trzy rozmowy nierejestrowane. W szpitalach przeprowadziłam pięć rozmów nierejestrowanych. Kolejne z takich odnotowanych jedynie rozmów odbywały się z osobami, które zdecydowały się pomóc w docieraniu do rodziców po stracie lub które mają doświadczenie w interesującym mnie obszarze.

3.1. Kontekst badawczy i wywiad biograficzny

Zaciekawiona wpływem zapachu (Low 2005, 2007) i smaku (Baker i in. 2004, Ćerić 2013) na wspomnienia i ich przywoływanie, zastanawiałam się, czy doświadczenia zmysłowe mają też wpływ na przebieg żałoby, czy są w jakiś sposób istotne dla osób doświadczających straty. Ponieważ niekoniecznie są to praktyki uświadomione, potrzebowałam pozyskać wypowiedzi, które nie będą w żaden sposób przeze mnie zasugerowane badanym. Ian M. L. Hunter (1963: 118) zwraca uwagę na to, że wszystkie pytania coś sugerują i mają wpływ na procesy przypominania sobie historii życia. Pojawia się również inny problem – „sugestywność wszelkich pytań naprowadzających wzrasta, jeśli stawiane są przez kogoś, kto jest autorytetem [...]” (*ibidem*: 119). A taki status może mieć badaczka, która reprezentuje uniwersytet. Najlepszym do zrealizowania tego zadania narzędziem wydała się więc technika narracyjnego wywiadu biograficznego (lub jak proponuje ostatnio wydana książka o tej metodzie: autobiograficzny wywiad narracyjny – zob.: Kaźmierska i Waniek 2020). Informowałam przy tym rozmówczynię i rozmówców, że prowadzę badania związane z doświadczeniem straty dziecka, nie wspominałam natomiast moim zainteresowaniu zmysłami, co – z jednej strony nie gwarantowało wystąpienia wątków dla mnie ważkich – z drugiej pozwalało w sposób naturalny uzyskać opowieść, w której czasami pojawiały się wzmianki, a czasami i dłuższe wypowiedzi dotyczące praktyk sensorycznych. Mogłam wówczas dopytać o to, co było wzmiankowane, prosząc o rozszerzenie wątku w kolejnej części wywiadu. Próba zbadania wpływu śmierci dziecka na różnych aktorów społecznych, nie zyskała dużego odzewu ze strony instytucji – nie udało się przeprowadzić zbyt wielu rozmów w szpitalach, zakładach pogrzebowych czy na cmentarzach – dlatego zdecydowałam się dołączyć do katalogu wykorzystanych źródeł również materiały zastane w postaci relacji prasowych, wypowiedzi na forach, dzienników, obserwacji. Wykonywałam notatki oraz zdjęcia na cmentarzach, poszukując grobów dzieci w celu dokumentacji praktyk związanych z upamiętnianiem.

To poszerzanie materiału badawczego i ciągle przyglądanie się zebranym już danym, skłoniło mnie do poszukiwania innej strategii tworzenia modelu teoretycznego, niż opisany przez Fritza Schützego (za: Kaźmierska, Waniek 2020: 145-146). Tworzenie modelu zaproponowane przez Schützego zakłada „wskazanie relacji, jaka zachodzi

między procesem biograficznym a procesem społecznym” i wykorzystuje do tego dwie strategie (*ibidem*: 145). W pierwszej strategii zwraca się uwagę na „uwikłania biografii jednostki w określony proces społeczny”, w drugiej na ustalenie „typowych powiązań określonych procesów biograficznych z badanym zjawiskiem” (*ibidem*). O ile druga strategia mogłaby wskazać na proces stawania się osieroconym rodzicem i adaptowania się do straty, o tyle pierwsza przy tak zróżnicowanych rodzajach straty, wymagałaby powrotu do jednego z odrzuconych przeze mnie sposobów analizowania materiałów źródłowych i prezentowania efektów tej analizy. Mnie jednak zależało nie tyle na ujęciu procesu stawania się i adaptacji, co na uchwyceniu doświadczania straty w możliwie jak najszerszej perspektywie – z uwzględnieniem emocji, wyobrażeń, narracji o dziecku oraz przede wszystkim praktyk i strategii podejmowanych przez rodziców po stracie. Chociaż w centrum mojego zainteresowania były biografie rodziców po stracie – z punktu widzenia procedur analitycznych perspektywa biograficzna nie była pierwszoplanowa, ale podporządkowana procedurom MTU. Korzystałam więc nie tyle z metody autobiograficznego wywiadu narracyjnego, co z samej techniki wywiadu biograficznego, która posłużyła do pozyskania interesujących mnie treści. Kaja Kaźmierska (1997: 35) wyjaśnia, że koncepcja stworzona przez Schützego jest „zwartą koncepcją badania opowieści o życiu, na którą składają się: swoista technika zbierania materiału, w wyniku której otrzymujemy tzw. narrację o życiu, oraz oparty o spójne założenia teoretyczne sposób jej analizy”. Zaznacza przy tym, że „[j]edną z zalet tej koncepcji jest możliwość jej modyfikacji lub też częściowego wykorzystania np. przez posługiwanie się samą techniką [...]” (*ibidem*). Powstające i pojawiające się w wyniku badań materiały – czyli fotografie grobów dzieci (ilustrowanie praktyki tworzenia mogił dziecięcych, w tym także mogił zbiorowych dla tak zwanych „dzieci utraconych”), notatki terenowe różnego rodzaju, wywiady rejestrowane i rozmowy nierejestrowane, wzbogaciłam źródłami ukazującymi kontekst kulturowy praktyk żałoby (literatura piękna – dzienniki, pamiętniki, poezja, powieści, muzyka – pieśni pogrzebowe i wynikające z sytuacji straty dziecka filmy, seriale, sztuka) i społeczny (elementy blogów, grup i profili publicznych na portalach społecznościowych, forów internetowych, seminaria, konferencje, warsztaty oraz szkolenia specjalistyczne). Wszystkie pozyskane dane opracowywałam z wykorzystaniem procedur analitycznych metodologii teorii ugruntowanej (por.: tabela 2), pracując

jednocześnie zgodnie z przesłankami krytycznego posthumanizmu i nowego materializmu w socjologii¹⁸ (Braidotti 2013; 2019; Fox, Alldred 2017).

Rodzaj źródła	Niewywołane	Wywołane
Nieutrwalone	1. Przypadkowo usłyszane opowieści o doświadczeniu straty dziecka kierowane do innych osób;	1. Opowieści o doświadczeniu straty dziecka wywołane informacją o prowadzonych badaniach, ale nieutrwalone przez badaczkę;
Utrwalone	1. Narracje osieroconych rodziców w postaci publikacji książkowych, blogów, wywiadów i artykułów [pdf, doc, papier]; 2. Wpisy i komentarze na forach dyskusyjnych i portalach przeznaczonych dla osieroconych rodziców (poronienie.pl; dlaczego.org.pl; forum.parenting.pl; stratadziecka.pl; naglesami.org.pl) [pdf, doc, jpg, png]; 3. Wpisy i komentarze wraz ze zdjęciami na publicznych profilach w portalach społecznościowych (Facebook, Instagram, Tweeter) [pdf, png]; 4. Wpisy i komentarze wraz ze zdjęciami zamieszczane na zamkniętych grupach tematycznych na portalu społecznościowym Facebook (głównie grupy cmentarne, dla matek w żałobie i dla rodziców wcześniaków) [pdf, png]; 5. Wywiady i reportaże dotyczące doświadczenia straty dziecka publikowane w internecie (YouTube; Facebook; Vimeo) [mp4]; 6. Podcasty, wywiady i programy poświęcone doświadczeniu straty i żałoby [mp3]; 7. Nagrania z pieśniami żałobnymi oraz śpiewniki [płyty CD, mp3, pdf, jpg]; 8. Foldery wydawane przez hospicja dla dzieci [papier]; 9. Dodatki tematyczne do periodyków [papier]; 10. Publikacje podręcznikowe, opracowania specjalistyczne dotyczące poszczególnych rodzajów straty dziecka, doświadczenia żałoby po dziecku czy żałoby w ogóle [papier, pdf, epub, mobi]; 11. Podręczniki i opracowania dotyczące terapii żałoby [papier, pdf, epub, mobi]; 12. Albumy i przewodniki po cmentarzach i wystawach [papier, pdf, epub, mobi]; 13. Filmy i seriale dostępne w telewizji oraz na platformach internetowych; 14. Seminaria, wykłady, konferencje poświęcone badanej tematyce;	1. Notatki terenowe z cmentarzy, szpitala, zakładu pogrzebowego i ze spotkania z balsamista; 2. Notatki terenowe streszczające rozmowy nierejestrowane w formie audio; 3. Notatki ze spotkań rejestrowanych; 4. Komentarze i notatki do literatury przedmiotu oraz do 5. Sprawozdania z konferencji, seminariów i wykładów; 6. Maile ze zgłoszeniami badanych; 7. Maile wymieniane z instytucjami (cmentarze, zakłady pogrzebowe; archidiecezja; szpitale, hospicja); 8. Nagrania audio szkoleń, warsztatów i webinarów wraz ze zrzutami z ekranu udostępnianych slajdów; 9. Nagrania audio z badań dotyczących pieśni weselnych i żałobnych; 10. Nagrania audio wywiadów, spisane i zapisane w formie tekstowej; 11. Fotografie własne z cmentarzy przedstawiające groby dzieci;

Tabela 2. Źródła danych dotyczące doświadczenia żałoby po dziecku wykorzystane w analizie (opracowanie własne).

¹⁸ Objaśniam te przesłanki w dalszej części **rozdziału czwartego**.

Korzystałam głównie (ale nie wyłącznie) z konstruktywistycznego podejścia do teorii ugruntowanej, co było związane z uwzględnianiem relacji badaczki z danymi (Chamaz 2009). Podjęcie takiej decyzji motywowane było świadomością, że to ja – z całym bagażem własnej biografii – konstruję teorię i kreuję interpretacyjny obraz rzeczywistości (Kacperczyk 2012; Konecki 2009). Teorie te i w ogóle wszelkie materiały teoretyczne traktuję jako rodzaj teoretyzowania (por.: Kacperczyk 2016: 469 i nast.) na temat procesu żałoby. Lektura wykreowała obraz tego, co mówią różne teorie na temat żałoby, jednocześnie wszystkie te teksty poddane zostały normalnym procedurom analitycznym MTU tak, aby wygenerować kategorie, które mogły dalej posłużyć jako kryteria selekcyjne do wywiadów i porządkowania materiału. Zaznaczam przy tym, że dokonywałam triangulacji teorii, danych i metod (Flick 2011; Graham 2015; Konecki 2000). Ponieważ żałoba jest procesem złożonym i można ją wyjaśniać przy pomocy wielu teorii psychologicznych, ewolucjonistycznych czy kulturowych, niezbędna była ich triangulacja w celu zobaczenia badanego procesu z innej perspektywy. Właśnie pierwsze trzy rozdziały przedstawiają drogę, jaką przeszłam i uwidaczniają pojawianie się kategorii analitycznych, które wynikały z rozmaitych teorii dotyczących tak straty, jak i żałoby. Triangulacja danych polegała na czerpaniu z rozmaitych źródeł. Po pierwsze, dane zbierane były z przerwami od momentu pierwszego zetknięcia z tematem straty dziecka (rozmowy, doświadczenie rodzinne, doświadczenie znajomych, materiały prasowe, inwentaryzacje cmentarzy i grobów dziecięcych). Po drugie, badania prowadzone były w różnych miejscach Polski (szczególnie inwentaryzacje grobów dziecięcych) a nawet poza krajem (cmentarze w Wielkiej Brytanii: Bath, Bristol oraz w Szwecji – Malmö), również źródła danych tekstowych pochodzą z różnych stron świata. Po trzecie, o swoim doświadczeniu opowiadały różne osoby, które straciły dziecko w różny sposób (rodzaje straty). To właśnie pod wpływem zbierania kolejnych materiałów wypracowywane kategorie były odrzucane, jako niewystarczające i ograniczające (lub zagrażające anonimowości badanych – o czym wspominam przy okazji omawiania problemów etycznych w dalszej części **rozdziału czwartego**). Wreszcie triangulacja metod uwidacznia się w zestawieniu danych z wywiadów z danymi wizualnymi – metody narracyjne oraz wizualne.

Zależało mi na stworzeniu opisu składającego się od początku do końca z wielogłosu, bez tworzenia modeli i z jak najmniejszym zaangażowaniem innych modeli i

teorii, które mogłyby tworzyć wrażenie jednowymiarowości procesu żałoby lub możliwości jej zakończenia w każdym przypadku i w ten sam sposób. W przypadku podejmowanej tematyki takie modele są ograniczające i niebezpieczne, ponieważ mogą zostać wykorzystane w nieuprawniony sposób, narzucając kolejne oczekiwania względem osób w żałobie.

4.1.1. Konstruktywistyczna teoria ugruntowana

To „[l]ogika teorii ugruntowanej nadaje kierunek *metodom gromadzenia danych* oraz teoretycznemu rozwojowi” (Charmaz 2009: 26), w związku z tym na chwilę zwrócę się w kierunku innych rodzajów materiałów, które wykorzystałam podczas pracy. Były to dane zastane – głównie wypowiedzi na forach internetowych i w mediach społecznościowych. Żeby zachować anonimowość również tych osób, podaję ogólne odnośniki – np. Facebook: nazwa strony, rok wpisu. W ten sposób wszystkie osoby i ich personalia pozostają względnie bezpieczne. Oczywiście zdaję sobie sprawę, że da się odnaleźć te informacje poprzez wpisanie konkretnych fragmentów wypowiedzi w przeglądarkę, pozostawiam jednak takie działania poza swoimi rozważaniami. Innymi danymi zastanymi były publikacje w prasie codziennej i dodatkach do periodyków. Dotyczą one przeważnie kwestii związanych z ekstremalnymi sytuacjami reprodukcyjnymi i jakością usług medycznych. Trzecim rodzajem danych tekstowych były dzienniki matek i ojców, którzy stracili dziecko. Wśród materiałów analizowanych w rozdziale piątym i szóstym znalazły się też pieśni żałobne, filmy i seriale, poezja, dramat, dzieła sztuki (fotografia, rzeźba, grafika, malarstwo) oraz działania kampanii społecznych (wraz z raportami) lub inne działania mające na celu pomoc rodzicom po stracie. Ostatnim rodzajem materiałów były notatki terenowe, sprawozdania i dokumentacja zdjęciowa z inwentaryzacji grobów dziecięcych. Zdjęcia również zostały zanonimizowane w przypadku widocznych personaliów zmarłych dzieci (lub innych osób) – zależało mi przede wszystkim na uchwyceniu estetyki sposobów upamiętniania i grzebania zmarłych.

W chwili pierwszego mierzenia się z zagadnieniem żałoby rodziców wiedziałam, że zależy mi na zastosowaniu takiej metody badań, która będzie otwarta na różnorodność pozyskiwanych źródeł informacji i materiałów, ale w sposób spójny pozwoli mi podążać za tematem. Ponieważ upominano mnie, że badania robię w dyscyplinie „socjologia” –

staralam się koncentrować na dostępnych w ramach socjologii metodach i teoriach, wypierając poniekąd podejście posthumanistyczne (czy bardziej precyzyjne krytyczno posthumanistyczne, o którym piszę w kolejnym podrozdziale). Celem moim było ustalenie *jak* rodzice w żałobie radzą sobie ze stratą dziecka – *jak* „konstruuja pewne znaczenia i działania” w tej sytuacji (Charmaz 2009: 168). Konstruktywistyczna teoria ugruntowana zakłada, że „[t]eoria *zależy* od punktu widzenia badacza; nie pozostaje i nie może pozostać poza nim” (*ibidem*). Miałam świadomość, że jestem częścią świata, który badam – nawet jako „nie-matka” i osoba „bez doświadczenia straty dziecka”. Kolejność przyjętych działań była następująca – wykonałam wstępną kwerendę, by przekonać się, czy dany temat jest poruszany w kontekście socjologicznym i czy opowieść o stracie dziecka w wyniku śmierci okołoporodowej, z którą zetknęłam się w 2006 roku w jakikolwiek sposób jest opisana, rezonuje w literaturze przedmiotu. Ponieważ napotkane opisy były wrywkowe, dotyczyły poszczególnych rodzajów straty i przypominały bardziej studia przypadku, niż spójny opis tego doświadczenia, przystąpiłam do ustalania kogo chcę badać, a następnie stworzyłam anons, który zainicjował kontakt z badanymi osobami.

Generowanie pojęć (kategorii) odbywało się w procesie stałego porównywania (metoda stałego porównywania lub metoda permanentnej analizy porównawczej) przypadków (pochodzących z wywiadów, z opisanymi wydarzeniami w dziennikach rodziców po stracie, relacjami prasowymi oraz w mediach społecznościowych i na forach internetowych), sytuacji straty, sposobów radzenia sobie ze śmiercią dziecka. Porównywanie to odbywało się na zasadzie kontrastowania, wymiarowania i czynienia kategorii pełnymi (por.: Konecki 2000). Istotną częścią tworzenia kategorii było również teoretyczne pobieranie próbek (dobieranie grup porównawczych, kontekstów sytuacyjnych, przypadków do analizy) – czyli poszukiwanie własności kategorii i tego, jak są one wyrażane (por.: Corbin 2021). Przy czym częściej posługiwałam się mapowaniem doświadczenia straty, które było pomocne przy teoretycznym pobieraniu próbek (por.: Clarke 2015). Mapowanie to polegało na tworzeniu w komputerze oraz na kartkach układów i połączeń między różnorodnymi elementami, wchodzącymi w skład doświadczenia żałoby po dziecku.

Przedstawione w **części pierwszej** kategorie (rodzaje straty i rodzaje żałoby) oraz definicje tożsamości rodzica i rodzicielstwa są właśnie efektem podążania za tematem i

kodowania danych, porządkowania ich zgodnie z pojawiającymi się kategoriami – dokonywania triangulacji danych i teorii związanych z żałobą i stratą oraz samą śmiercią. Prowadzeniu wywiadów i ich analizowaniu towarzyszyło zbieranie innych materiałów i konfrontowanie ich z treścią rozmów przy jednoczesnej triangulacji metod i danych (o czym już wspominałam) w celu wypracowania ostatecznych kategorii analitycznych i podążającej za nimi teorii.

W miarę pojawiania się kolejnych źródeł i materiałów, konfrontowana byłam z różnymi kwestiami (sposoby postrzegania śmierci, znaczenie płci w żałobie, tabu śmierci, lęk tanatyczny itp.), które – w moim poczuciu – mają niebagatelny wpływ na rodziców w żałobie, a także każdą osobę w żałobie (bez względu na rodzaj straty). Chodzi tutaj o zaznaczone w **rozdziale pierwszym** zagadnienia, które wpływają na to, w jaki sposób rodzice (czy szerzej osoby po stracie) patrzą na siebie i swoją żałobę, jak siebie oceniają i – w konsekwencji – czy będą gotowi o tym rozmawiać, czy ukryją swój ból, bo społeczne oczekiwania okażą się zbyt przytłaczające? Kolejne ważne ustalenia dotyczyły traktowania śmierci jako straty i zrozumienia tragiczności sytuacji śmierci dziecka. I chociaż same rodzaje straty nie pozwalały na opis doświadczenia, który możliwy byłby dla „każdej osoby po stracie” (bo każda strata jest inna), to pozwoliły na zrozumienie różnic pomiędzy rodzicami, którzy utracili dziecko w różny sposób.

Kathy Charmaz (*ibidem*: 28) zwraca uwagę na to, że „[z]wolennicy teorii ugruntowanej oceniają zgodność swoich wstępnych zainteresowań badawczych i wyłaniających się danych. Nie narzucają przyjętych z góry idei i teorii bezpośrednio na dane. Podążają raczej za wskazówkami, które *definiują* na podstawie danych, lub opracowują nowy sposób zbierania danych”. Otwarcie na teren – pojmowany jako spotkanie, czyli sytuację, która ma wpływ na przebieg wywiadu (Wróblewski 2013) – pozwoliło mi wejrzeć w świat badanych i poznać w małym ułamku ich życie. Ciągłe powracanie do wywiadów (a także przeżywanie ich), ich triangulacja z innymi danymi umożliwiło znalezienie „konceptualnego klucza do badanego doświadczenia” – jak nazywa to Charmaz (2009: 10) – którym stały się chaos wraz z podejmowanymi próbami radzenia sobie z nim i różnorodność przejawiająca się w sposobach tracenia oraz adaptowania się do straty. Chaos na poziomie emocjonalnym, na poziomie samego doświadczenia zdarzeń, niemożliwości ich kontrolowania. Chaos, który jest stanem zawieszenia przypominającym o nieuchronności śmierci, ale też potęgującym u osób w

żałobie poczucie osamotnienia, bezradności, wrażliwości (*vulnerability*) czy swobodnego zawieszenia (liminalność, por.: Turner, Bruner 1986: 42 – szerzej omawiam ten stan w zakończeniu). Tej chaotyczności doświadczają również badaczki i badacze, którzy zajmują się tą tematyką. Chaos stał się kluczem, a jednocześnie „własnością” procesu żałoby, którą pragnęłam w jakiś sposób zachować – tylko wiedząc, że jestem „na terytorium” chaosu, mogłam szukać ładu. To właśnie ta chaotyczna natura procesu żałoby pozwoliła mi na znalezienie kategorii analitycznych (jak formy pracy żałoby), które pozwoliły na opisanie doświadczenia straty i tego, co po nim następuje w sposób oddający niejednorodność i wieloaspektowość. W prowadzonych przeze mnie rozmowach, najbardziej trafnymi kategoriami analitycznymi stały się praktyki kulturowe i niektóre z prekonceptualizowanych praktyk zmysłowych, dodatkowo należało zastosować kryterium czasu (bo zmiany zachodzą w czasie), relacji (czy raczej interakcji) z innymi (kontekst społeczny) oraz ze zmarłym dzieckiem, a także kontekst wolicjonalny, instytucjonalny, religijny (duchowy), psychiczny, fizyczny i estetyczny.

W tych właśnie kategoriach analitycznych zdołałam zawrzeć doświadczenie straty – przy czym do końca moja praca z materiałem (kodowanie) ulegała przeobrażeniom – uświadamiając mi, że nawet wysyczone kategorie, mogą z czasem okazać się „za mało wysyczone”, bo gdy spojrzę na temat z innej perspektywy, zadam inne pytanie i okaże się, że nie znajduję odpowiedzi. Uważam więc, że żadna z kategorii straty nie uzyskała poziomu „pełnego nasycenia”, podobnie jak kategorie wykorzystane w **rozdziale szóstym** (czyli praktyki społeczne, kulturowe i zmysłowe stosowane przez osoby w żałobie). Nie podejmuję w tym miejscu krytyki MTU, twierdząc, że nie pozwala osiągnąć jakiegoś celu. Bliżej jest mi do pewnego rodzaju filozoficznych rozważań o naturze ludzkiego (i nie tylko) poznania i rozumienia śmierci. Jest to specyficzne dla mnie podejście, które rzutuje w tej sytuacji na moje pojmowanie „wysycenia” czy „końca badań”. Zgodnie z tym podejściem nigdy nie zdołam poznać czegoś w sposób całkowity. Chodzi mi też o dwie kwestie. Po pierwsze, niemożliwość odpowiedzenia na wszystkie zadane pytania. Przyjmijmy, że prowadzone badania mają odpowiedzieć na pytania o to, jak rodzice po stracie dziecka dochodzą do **rozumienia** tego wydarzenia (1), jak je **wyjaśniają** (2) oraz jakie **podejmują działania**, by poradzić sobie z codziennymi sytuacjami po śmierci dziecka (3)? Już na etapie prowadzenia wywiadów narracyjnych i prośby o opowiedzenie o swoim życiu, okazuje się, że to inicjujące „pytanie” będzie prawdopodobnie skupiało

uwagę badanych osób głównie na podejmowanych działaniach. W mniejszym stopniu mogą pojawiać się sposoby wyjaśniania, racjonalizowania śmierci dziecka – skierowane na wiarę, poszukiwanie sensu poza systemem religijnym itd. Jednakże o rozumieniu straty dziecka dowiemy się przeważnie tyle, że rodzice tej śmierci „nie rozumieją” – co deklarują, ale jednocześnie wszystko, co mówią w jakiś sposób wskazuje na ich rozumienie własnej straty. Tkwią we wspomnianym chaosie, który konfrontuje ich ze sprzecznymi informacjami o modelach żałoby, o tym, jak mają sobie z nią „poradzić” i ją „przeżyć”. Jednocześnie intuicyjnie znajdują sposoby na to, by „iść dalej”. Zaznaczam, że nie chodzi o to, że osoby te nie podejmują prób rozumienia swojej sytuacji, ale o to, że zrozumienie może nie być dostępne, ponieważ nie jest ono dostępne powszechnie (jak chociażby kwestia związana z sensem śmierci czy życia). Poza tym moja uwaga skupiona jest na opisywaniu procesu, a w znacznie mniejszym stopniu uzasadnianiu „dlaczego” ten proces tak wygląda, chociaż rozdział pierwszy częściowo tę kwestię naświetla. Po drugie, jeśli żałoba ma przebieg indywidualny i może zależeć od wielu czynników, a tworzenie teorii ma charakter nieskończony, to tylko rachunek prawdopodobieństwa pozwoliłby na określenie, czy zebrane dane są „wystarczające”, bo uwzględniają wszystkie możliwe sposoby radzenia sobie ze stratą. Czyli – moja wątpliwość nie tyle dotyczy metody, czy danych, co ogólnie możliwości zamknięcia tematu doświadczenia żałoby po dziecku. Czy kategorie są „wystarczająco nasycone”? Tak. Czy należałoby poszukiwać kolejnych osób do rozmowy i danych do triangulacji? Nie, po prostu nie jestem pewna, czy kiedykolwiek takie „zupełne nasycenie” byłoby możliwe, bo zebrane dane to ponad dziesięć tysięcy rekordów, z czego zdecydowałam się wykorzystać tylko część¹⁹.

Wykorzystane dane są więc wystarczające do opisu zjawisk i procesów, ponieważ udało się wychwycić (potwierdzone w danych) znaczące kategorie oraz pokazać relacje

¹⁹ Decyzja dotycząca rezygnacji z części danych podejmowana była na podstawie powtarzania się informacji oraz odrzucaniu kategorii budzących wątpliwości. Pierwszy przypadek stanowią np. artykuły dotyczące tego samego zagadnienia – jak „mity”, z którymi spotykają się osoby w żałobie. Wybierałam teksty, które w sposób najbardziej szeroki opisują temat, rezygnując z tekstów powielających zagadnienie, niewnoszących niczego nowego; wywiady prasowe z osobami w żałobie – wybierałam te, które najbardziej kompleksowo opisywały doświadczenie straty, emocje osoby osieroconej, zmagania z życiem bez osoby ukochanej itd.; fotografie nagrobków dziecięcych – wybierałam te najbardziej charakterystyczne itd. W przypadku drugim mowa jest o kategoriach takich jak wiek, pochodzenie, wykształcenie, status finansowy, czas od straty dziecka, wiek dziecka itp. Kategorie tego typu budziły moje wątpliwości, ponieważ nie tylko nie wykazywały związku z badanym procesem, ale też mogły okazać się na dalszym etapie redukcjonistyczne i generujące uprzedzenia. Jednakże wszystkie dane zostały zakodowane i otagowane, nie wszystkie pojawiają się w bibliografii, która zawiera jedynie źródła i dane cytowane.

występujące pomiędzy nimi, a wygenerowana teoria jest zgodna z wymogami MTU, ponieważ jest dostosowana, pracująca, istotna, modyfikowalna i daje się odnieść do innych obszarów (por.: Konecki 2000; Millis i in. 2006). Co to właściwie znaczy? Jest dostosowana, bo wygenerowane kategorie bezpośrednio odpowiadają danym, a wygenerowana teoria dyskutowana z innymi osobami z doświadczeniem straty, zdaje się opisywać również ich świat. Pracuje, ponieważ umożliwia wyjaśnienie (z pewnością nie całkowite) złożonego, relacyjnego doświadczenia żałoby rodziców – wskazując chociażby obszary największych tarć (relacje pomiędzy osieroconymi rodzicami; odmienne sposoby demonstrowania uczuć i emocji; odmienne potrzeby). Istotność polega na tym, że teoria ta może być użyteczna i znacząca tak dla osieroconych rodziców, jak i dla osób zaangażowanych w ich wspieranie. Daje się modyfikować – zarówno aktualizacja, jak i weryfikacja teorii są możliwe do przeprowadzenia. Wykonalne jest też odnoszenie efektu moich badań do innych rodzajów straty – w tym straty powiązanej ze śmiercią (śmierć współmałżonka, rodzica, znajomej osoby, niehumanistycznego towarzysza lub towarzyszk) lub z nią niezwiązaną (strata zdrowia, strata pracy, zakończenie relacji itp.).

4.1.2. Socjologia nowego materializmu i posthumanizm

Wspomniałam już o podejściu wyrastającym z krytycznego posthumanizmu, które początkowo pominęłam – przyjmując mylnie, że przyjęta metodologia nie powinna być analizowana w innych niż *stricte* socjologiczne ramach. Z czasem zdałam sobie sprawę, że to, co proponuje Kathy Charmaz (czyli konstruktywistyczna teoria ugruntowana) wpisuje się w działania zalecane przez Nicka J. Foxa oraz Pam Alldred (2017). Tym bardziej, że autorzy ci wskazują jako jedno z narzędzi analitycznych właśnie teorię ugruntowaną.

Przy czym, pisząc o nowym materializmie i posthumanizmie mam na myśli koncepcje wyrastające z filozoficznego namysłu nad współczesnością. Pojęcia te są powiązane ze „zwrotem posthumanistycznym”, który Simone Bignall i Rosi Braidotti (2019: 1) definiują następująco:

„Zwrot posthumanistyczny” – definiowany jako zbieżność posthumanizmu z posttropocentryzmem – jest złożonym i wielokierunkowym wydarzeniem dyskursywnym i materialnym. Zachęca nas do budowania na generatywnym potencjale krytyki humanizmu rozwiniętej przez radykalne epistemologie, których

celem jest bardziej inkluzywna praktyka stawania się człowiekiem. A także sprzyja otwarciu naszej pojęciowej wyobraźni, mocy (*potentia*) myślenia poza ustalonymi antropocentrycznymi ramami, ku stawaniu się-światem.

Marcin Maria Bogusławski (2020: 9) powołuje się natomiast na praktyczny wymiar prowadzonych badań w ramach posthumanizmu, co nie pozostaje bez znaczenia dla mnie w kontekście zgłębiania doświadczenia żałoby po dziecku. Należy również zwrócić uwagę na sposób definiowania „postczłowieka”, który jest układem złożonym z „tego, co ludzkie i tego, co nie-ludzkie, tego, co planetarne, i tego, co kosmiczne, tego, co dane, i tego, co stworzone” (Braidotti 2014: 301, za: Bogusławski 2020: 10). Badania prowadzone w ramach posthumanizmu i nowego materializmu mają na celu mapowanie zjawisk i doświadczeń, wychodzą poza jednodyscyplinarne spojrzenie.

Idee stojące za nowym materializmem i krytycznym posthumanizmem zgodne są z moim indywidualnym podejściem i sposobem badania interesujących mnie zagadnień i obszarów. Przykładem jest tutaj ontologia zalecana przez uczone i uczonych, które i którzy zajmują się nowym materializmem – lub raczej są osadzeni w nowym materializmie. Została ona opisana jako „płaska” lub „monistyczna” (w przeciwieństwie do „dualistycznej”), odrzucająca różnice między sferą „naturalną” i „kulturową”. Tak pojmowana ontologia rzutuje też na „odrzućcie jakiegokolwiek pojmowania struktur społecznych jako «wyjaśnień» funkcjonowania społeczeństw i kultur” (Fox, Alldred 2017: 7). Zdaniem autorów książki *Sociology and the New Materialism. Theory, Research, Action*

w nowej materialistycznej ontologii nie działają żadne struktury, systemy ani mechanizmy; zamiast tego są „zdarzenia”; niekończąca się kaskada wydarzeń, zawierająca materialne skutki zarówno natury, jak i kultury, które razem tworzą świat i historię ludzkości. Eksploracja relacyjnego charakteru tych wydarzeń oraz ich fizycznej, biologicznej i ekspresyjnej kompozycji staje się dla socjologii środkiem do wyjaśnienia ciągłości, przepływów i „stawania się”, które tworzą otaczający nas świat (*ibidem*).

Oznacza to, że świat badany jest postrzegany jako całość – także w sensie dyscyplinarnym, co implikuje podejście inter- a przede wszystkim transdyscyplinarne (por. Braidotti 2013: 169). Uwaga zostaje tu przeniesiona z jednostki na „sieci relacyjne” podmiotów i to jak podmioty te na siebie wzajemnie wpływają przy założeniu, że „produkcja świata społecznego jest spowodowana wieloma różnymi siłami, w tym

pragnieniami, uczuciami i znaczeniami”, które są wytwarzane (Fox, Alldred 2017: 4-5). A podejmowane przeze mnie badania dotyczą wpływu rozmaitych czynników i innych aktorów społecznych na proces żałoby rodziców. Dodatkowo relacje te przebiegają w różnych kierunkach i tworzą sieci zależnych od siebie podmiotów (materii)²⁰. Nic więc dziwnego, że z upływem czasu postanowiłam włączyć ponownie podejście nowego materializmu zaadaptowane przez socjologię.

To, co interesujące z mojego punktu widzenia, to możliwość wyjścia poza antropocentryczne postrzeganie świata. Zastosowanie się do przesłanek socjologii nowego materializmu (podobnie jak krytycznego posthumanizmu) pozwala zobaczyć świat inaczej. Zapewnia również „materialistyczne spojrzenie na procesy prowadzenia badań i angażowania się w aktywizm społeczny” (*ibidem*: 8). Pojawia się sugestia przededefiniowania efektów badań – z „produkcji stabilnej wiedzy” (gdzie badane byty i ich konteksty podlegają kontroli) do nauki „transgresyjnej”, koncentrującej się na „poszukiwaniu osobliwości i zmienności, przepływów i osobliwych wydarzeń w świecie społecznym oraz rozpoznawanie możliwości zmiany i transformacji” (*ibidem*).

Przekroczenie dualizmu w kwestii tego, co jest naturalne lub społeczne, pozwala przekroczyć również inne konwencjonalne podejścia – jak chociażby te dotyczące zagadnienia umysłu i materii. Wynika to z przekonania, że „myśli, idee, wspomnienia, uczucia, pragnienia i zbiorowe abstrakcje i «konstrukcje» mogą materialnie wpływać i podlegać wpływom innych relacji w zespole, można je traktować dokładnie tak samo jak inne (pozornie bardziej «materialne») relacje” (*ibidem*: 25-26). Dochodzi przy tym do wprowadzenia aspektów uważanych za „subiektywne epifenomeny” zdarzeń, czyli: „wiedzy, znaczenia, interpretacji i konstrukcji społecznych, przekonań i wartości, a także wspomnień, refleksji i aspiracji” (*ibidem*: 26).

Osadzenie badań w ramach nowego materializmu i krytycznego posthumanizmu

²⁰ W socjologii nowego materializmu kluczowe staje się skupienie na „zbiorach” (*assemblages*) i „afektach” (*affects*). W przypadku podejmowanego przeze mnie tematu należy uwzględnić następujące zbiory: zbiór 1 – czyli interesujący mnie temat „doświadczenie żałoby po dziecku”; zbiór 2 – czyli badaczka (ja). Oba te zbiory mogą składać się z podzbiorów: zbiór 1 składa się z osieroconych rodziców, ich zmarłych dzieci, ich rodzin, ich znajomych, osób trzecich pracujących w instytucjach, miejsc, przedmiotów oraz działań; zbiór 2 składa się z moich doświadczeń, relacji z innymi badaczkami i badaczami, zebranych danych, które na mnie wpływają itd. W obu zbiorach zachodzą relacje między poszczególnymi elementami. W momencie podjęcia badań zbiory 1 i 2 wzajemnie na siebie wpływają (wraz z elementami podzbiorów), co prowadzi do powstania hybrydy (niniejsze opracowanie), która łączy te wszystkie elementy (por.: Fox, Alldred 2017: 157-158).

implikowało dwie rzeczy – szersze spojrzenie wychodzące poza płeć, wiek, usytuowanie w strukturze społecznej (co widoczne jest w sposobie prezentowania danych) oraz specyficzne podejście do postrzegania relacji między elementami tworzącymi „hybrydę”. Podjęłam decyzję, by opowieść składającą się z wielu wątków, snuć w taki sposób, żeby z jednej strony zawierała i reprezentowała wielość punktów widzenia, z drugiej natomiast pokazywała skomplikowane relacje między tymi punktami. W efekcie – o czym wspominałam we wstępie – skoncentrowałam się na tworzeniu trójwymiarowej mapy, składającej się z przenikających się, wzajemnie powiązanych ulotnych elementów. Próba ta jest odzwierciedleniem drogi, którą podążałam w procesie badawczym – czasami prowadzona przez „zbiory”, czasami przecierając samodzielnie mniej znany lub zapomniany szlak.

4.1.3. Technika autobiograficznego wywiadu narracyjnego

W przypadku wywiadu biograficznego należy zaznaczyć, że „perspektywa” biograficzna – jak pisze o niej Kaźmierska (2013: 6-7) – obecna jest w różnych obszarach od „inicjatyw pozanaukowych i pozabadawczych” przez nauki humanistyczne po nauki społeczne. Nie w każdym z tych obszarów korzysta się w pełni z dobrodziejstw metodologii badań biograficznych, co zdaniem Kaźmierskiej (2012: 10) wynika z błędnego (naiwnego) przekonania, „że badania biograficzne mogą uprawiać wszyscy, gdyż nie wymagają one pogłębionej wiedzy i szczególnych umiejętności [...]”. Tymczasem już sama technika badań biograficznych do łatwych nie należy. Kaja Kaźmierska i Katarzyna Waniek (2020) w książce o metodzie autobiograficznego wywiadu narracyjnego wskazują na siedem etapów w prowadzeniu badań techniką wywiadu narracyjnego. Są to: faza ukryta, faza rozpoczęcia wywiadu, faza spontanicznej narracji, faza pytań dotyczących narracji, faza zakończenia wywiadu, (pisemna) zgoda badanych oraz transkrypcja. Na pierwszym etapie autorki dostrzegają trzy czynności, które musi wykonać badaczka lub badacz: poszukiwanie chętnych osób do udzielenia wywiadu, umówienie na wywiad, ustalenie czasu i miejsca spotkania (*ibidem*: 22). W moim przypadku poszukiwanie rozmówczyń i rozmówców odbywało się na trzy sposoby – (1) poprzez ogłoszenia na forach internetowych dedykowanych rodzicom po stracie (np. Forum Dla czego, Stowarzyszenie Rodziców po Poronieniu) oraz ze wsparciem mediów

społecznościowych, gdzie organizacje pozarządowe (jak Fundacja Nasz Bocian) udostępniały mój anons²¹ z zaproszeniem do udziału w badaniach; (2) metodą kuli śnieżnej; (3) poprzez zwracanie się bezpośrednio do osób prowadzących blogi, piszących na forach lub komentujących w mediach społecznościowych, które opisywały swoje historie straty dziecka – z pytaniem, czy nie zechciałyby wziąć udziału w prowadzonych przeze mnie badaniach. Wszystkie te sposoby przyniosły podobne efekty w postaci skutecznego pozyskania osób chętnych do udzielenia wywiadów.

W przypadku instytucji sprawa była bardziej skomplikowana, ponieważ wymagała formalnego wsparcia (np. rekomendacji) lub odpowiedniego upoważnienia. Nie gwarantowało to jednak chęci osób, które ze mną rozmawiały do udziału w badaniach, szczególnie w rejestrowanym wywiadzie. Z wielu zgłoszeń i wstępnego zainteresowania, po etapie umawiania się na wywiad, okazywało się, że termin musi ulec zmianie itp. – w efekcie spotkania takie nigdy się nie odbyły. Zapis części z nich został jednak umieszczony w notatkach terenowych, ponieważ badane i badani zaczynali od zgłoszenia, które zazwyczaj zawierało skróconą wersję doświadczenia ich straty. Niektóre z tych osób zgłaszających się była spoza Polski – pomimo faktu, że w anonsie była informacja o spotkaniach na terenie kraju. Po ustaleniu terminu i miejsca wywiady raczej odbywały się zgodnie z planem. Tylko w jednym przypadku otrzymałam niekompletne dane dojazdowe, co opóźniło moje przybycie i skróciło czas spotkania. Miejsce zgodnie z zaleceniami (*ibidem*: 24) wyznaczane było przez rozmówczynię i rozmówców. Trzy razy rozmówczynię zażyczyły sobie spotkania u mnie. Z jednym rozmówcą spotkałam się w Instytucie Socjologii UŁ. W innych przypadkach było to mieszkanie badanej lub badanego, albo kawiarenka bądź park. Jeden wywiad przeprowadziłam przez komunikator audio-video, ponieważ badany przebywał akurat poza moim zasięgiem i nie było szans na

²¹ Anons zamieszczany przeze mnie w Internecie miał następującą treść:

ZAPROSZENIE DO UDZIAŁU W BADANIACH

Nazywam się Łucja Lange, jestem badaczką (Instytut Socjologii, Uniwersytet Łódzki) i zajmuję się opracowaniem tematyki związanej z **doświadczeniem śmierci dziecka oraz żałobą rodziców**.

W związku z realizacją badań (rozprawa doktorska) zwracam się z uprzejmą prośbą o współpracę i udzielenie pomocy w gromadzeniu informacji związanych z poruszonymi zagadnieniami, w szczególności do udziału w wywiadach indywidualnych. Zapewniam całkowite zachowanie poufności (a także wpływ na ostateczny materiał, który posłuży do analizy) oraz możliwość wglądu w efekty badań przed ich opublikowaniem.

Państwa współpraca ma kluczowe znaczenie zarówno dla jakości, jak i efektywności przeprowadzanych analiz i formułowanych na ich podstawie wniosków i rekomendacji, które mogą **przyczynić się do polepszenia sytuacji rodziców doświadczających żaloby po dzieciach a także osób stykających się w swojej pracy ze śmiercią dzieci**. Państwa pomoc jest nieodzownym warunkiem powodzenia moich badań. Poruszane przeze mnie tematy są bardzo trudne, liczę jednak na Państwa przychylność i zrozumienie.

Z wyrazami szacunku — Łucja Lange (źródło: archiwum Ł.L.).

rychle spotkanie na żywo. Umawiając się na spotkania informowałam wstępnie o tym, jakiego rodzaju wywiad będę przeprowadzała i że polega on na zadaniu jednego pytania o historię życia i że rozmowa może trwać od dwóch nawet do pięciu godzin.

W fazie rozpoczęcia wywiadu znajdują się: „faza negocjacji stanu przyszłej opowieści informanta”, informacja o tym, w jaki sposób wywiad powinien się odbywać oraz „zadanie pytania stymulującego narrację autobiograficzną” (*ibidem*: 27). W zależności od źródła pozyskania osoby do wywiadu – albo wiedziała ona wcześniej, czego dotyczą moje poszukiwania (strata i żałoba), albo była o tym informowana podczas umawiania się. Tymczasem podczas spotkania zawsze pytałam raz jeszcze, czy dana osoba posiada informacje na temat moich badań i mnie, czy chce coś jeszcze wiedzieć? Zwykle okazywało się, że powinnam wszystko raz jeszcze powiedzieć, co też robiłam. W moich spotkaniach zabrakło „wyjaśniania *modus operandi* wywiadu narracyjnego” jako osobnej fazy, ponieważ taka informacja znajdowała się w sformułowaniu zaczynającym badanie. Przybierało one różne formy, najczęściej brzmiało tak:

[ŁŁ] Dobrze. To zacznę ponownie od powtórzenia, tych paru kwestii takich organizacyjnych, czyli... [wdech] eyyy... To, że rozmawiamy yyy anonimowo. Będziemy ukrywały jeszcze twoje dane osobowe. Eyy... I yyy po przepisaniu tego wywiadu yyy będę yy przesyłała go do autoryzacji. I będziesz mogła też zdecydować, czy yyy chcesz, żeby ten wywiad był wykorzystywany tylko i wyłącznie do mojej pracy, czy na przykład też yyy w tej naszej grupie takiej badawczej, czy będzie mógł być dyskutowany... Mmm... [5sek]. Kolejna kwestia. Jeżeli w którymś momencie poczujesz, że... że już masz dość [z uśmiechem]

[K02] Rozumiem...

[ŁŁ] ...to przerywany lub kończymy. Tutaj nie ma żadnego problemu... Ja się dostosowuję do ciebie i do... do tego, jak ty się czujesz. Emmm... No i... Najważniejsza rzecz... czyli [5sek] Pojawi się za chwilę [z naciskiem] jedna prośba, pytanie. Eee... i ewentualnie później będę dopytywała...

[K02] Mhm...

[ŁŁ] ...czyli będę robiła sobie jakieś notateczki... Emm... A moja prośba jest taka: żebyś opowiedziała mi o swoim życiu. Od momentu tak... takiego pierwszego... pierwsza rzecz, którą pamiętasz... eee... aż do dzisiejszego dnia [W02: 1-17].

Ponieważ zanim włączyłam dyktafon pytałam o zgodę na nagrywanie i wykorzystanie wywiadu – część moich wypowiedzi wprowadzających nie nagrała się. Dlatego po włączeniu nagrywania powtarzałam najważniejsze z nich. W jednym przypadku całość wprowadzenia znalazła się poza nagraniem, a w innym badana zaczęła opowiadać bez pytania wprowadzającego, o które poprosiła po kilku minutach, kiedy

doszła do wniosku, że czas zacząć wywiad. Ten jeden przypadek, kiedy nagrywanie włączyłam za późno, był szczególnie również dlatego, że po mojej prośbie o opowiadanie o całym życiu (i włączeniu dyktafonu) badana rozplakała się. Początek tej rozmowy wygląda więc inaczej i wymagał modyfikacji pytania stymulującego:

[K09] mmm... [pauza, płacze 26s]

[ŁŁ] Jak będziesz gotowa, to... [pauza, płacze 15s] jeżeli nie będziesz na przykład miała siły, to możemy przełożyć, czy odwołać. [pauza, 2s] To już jest twoja decyzja jak najbardziej.

[K09] [pauza, płacz 4s] myy... [pauza, płacze 8s].

[ŁŁ] A może zacznijmy od czegoś innego, od jakiegoś pierwszego wspomnienia pozytywnego z własnego życia. Coś, co cię bawi cały czas.

[K09] [pauza, 4s] Coś co mnie bawi? [łamiącym się głosem] [pauza, 6s]

[ŁŁ] Takie najbardziej radosne wspomnienie...

[K09] [pauza, 13s] mmm... [pauza, 21s] nawet dzisiaj o tym myślałam trochę i... [pauza, 3s, mówi z trudem] tak naprawdę to ostatnio sama z siebie się śmieję [łamiącym się głosem] jak sobie przypominam, niektóre rzeczy [mówi z trudem, pauza, 5s], o których [pauza, 6s] inni mówili..., że były śmieszne... chyba mają rację... [dmuchanie nosa, pauza, 8s]. Bo... na przykład dzisiaj myślałam o... [pauza, 5s] o tym, jak najczęściej się spóźniam [śmieje się przez łzy]. A dzisiaj chciałam przyjść pierwsza, a i tak byłam później...

[ŁŁ] No tak, ale to przez to, że ja byłam dużo wcześniej [śmiech obu] [W14: 1-16].

Po tym wstępie badana na chwilę przestała płakać i udało jej się rozpocząć narrację, którą kontynuowała już bez większych przeszkód. Sytuacja ta wzbudziła jednak we mnie panikę i poczucie bezradności, bo nie wiedziałam nie tylko, jak zareagować, ale też dlaczego badana płacze, co wywołuje u niej tak ekstremalne emocje. Szczególnie że widoczna była niechęć do przerywania wywiadu, a badaną również zaskoczyły i przytłoczyły jej własne emocje. Po kolejnych paru minutach, sprawa wyjaśniła się i kontynuowałyśmy bez większych problemów.

Badania przebiegały zgodnie z założeniami: badane i badani proszeni byli o opowieść o swoim życiu od najwcześniejszych wspomnień z dzieciństwa do bieżącego dnia, z uwzględnieniem doświadczenia straty dziecka. Pomimo faktu, że za każdym razem przed umówieniem się na konkretny termin informowałam, jak będzie przebiegało spotkanie i jakie pytanie zadam – zawsze było ono zaskoczeniem i wprowadzało badane i badanych w zakłopotanie. Dopytywali: czy mają opowiedzieć o najwcześniejszych wspomnieniach z dzieciństwa? Czy opowieść ta ma być bardzo szczegółowa? Czy to niezbędne? Często przy tej okazji pojawiał się śmiech i zarty, ale też zakłopotanie. Myślę,

że mogło być tak między innymi dlatego, że osoby te nastawiały się przede wszystkim na opowieść o stracie. Kiedy zrozumiały, że opowieść jest dłuższa i zakłada szerszy kontekst ich życia, czuły się nieswojo, być może nawet wytracone z poczucia bezpieczeństwa, które gwarantowało „odtworzenie fragmentu opowieści”, niektórym wyraźnie trudno było odnaleźć w pamięci sytuacje sprzed straty. Część osób traktowała tę prośbę poważnie i swoją opowieść o życiu uszczegóławiała, dodając obszerne fragmenty wcześniejszego życia, inne podsumowywały swoje dzieciństwo w kilku zdaniach. Były też i takie, których historia życia rozpoczynała się od momentu założenia rodziny. Co ciekawe niektóre osoby zatrzymywała swoją opowieść po sytuacji śmierci dziecka i dopiero, kiedy przypominałam, że chętnie usłyszę, co było dalej, bo liczę na historię do dzisiaj – kontynuowały. Wskazuje to na silne skupienie właśnie na opowieści o doświadczeniu straty, co było spowodowane wcześniejszym „sformatowaniem” przez temat badań. Przy czym należy zaznaczyć, że nie każda osoba miała łatwość tworzenia płynnej narracji. Czasami opowieści te były porwane, innym razem przebiegały w sposób ciągły i mniej chaotyczny, ale były przerywane ze względu na ograniczenia czasowe, co skutkowało drugim spotkaniem i kontynuacją wywiadu lub próbą dopisania do transkrypcji rzeczy, o których rozmówczyni lub rozmówca zapomnieli przez pośpiech. Będę ten wątek rozwijała w kolejnym podrozdziale.

W przypadku wypowiedzi bardziej chaotycznych nasuwa się skojarzenie z „narracją chaosu” opisaną przez Arthura R. Franka (1997: 97-98). Frank wspominając o narracjach osób chorych i cierpiących zwrócił uwagę na ich poszarpaną, bezładną wręcz formę. Chaotyczność wypowiedzi wskazuje na poczucie bezradności. Może też odzwierciedlać chaos w życiu osoby opowiadającej. Frank twierdzi, że narracje chaosu opowiadane są przez ciszę (*ibidem*: 101) – wszystkie pauzy i zawieszenia, są próbą złapania dystansu – „[w] narracji chaosu świadomość zrezygnowała z walki o suwerenność nad własnym doświadczeniem” (*ibidem*: 104). Ta prawidłowość uwidaczniała się w tych momentach opowieści, kiedy dochodziło do utraty dziecka, kiedy świat zmieniał się na zawsze, ale również na początku wywiadu, kiedy pewność badanych zostawała zaburzona prośbą o opowieść o całym życiu od pierwszych wspomnień.

W fazie spontanicznej narracji istotne jest, by narratorka/narrator mówiła/mówił bez przeszkadzania. Podczas pierwszych trzech wywiadów robiłam notatki, żeby pod koniec dopytać o kwestie dla mnie ważne, które tylko wzmiankowano. Niestety robienie przeze

mnie notatek ewidentnie wytrącało rozmówczynię z toku narracji, dekoncentrowało je. Dlatego przestałam notować i od wywiadu czwartego – zapamiętywałam wątki, które chciałabym wyjaśnić, pogłębić itp. Poleganie wyłącznie na własnej pamięci i maksymalne skupienie uwagi było wyczerpującym doświadczeniem. Trudne były również momenty wyjątkowo dramatyczne, kiedy narratorki lub narratorzy płakały/płakali. Za każdym razem nie udawało mi się powstrzymać łez, co jedna z rozmówczyń zinterpretowała jako zrozumienie i empatię. Czasami, jeżeli pauza była dłuższa niż 30 sekund pytałam, czy mamy przerwać nagrywanie, czy rozmówczyni/rozmówca potrzebuje przerwy lub ma dość? Zwykle uzyskiwałam informację, że nie trzeba i po chwili narracja była kontynuowana. Zdarzały się różne momenty narracji, które były przerywane pytaniami do mnie. Ponieważ przebieg badań biograficznych trudno kontrolować, tak samo, jak trudno przewidzieć zachowania badanych – starałam się zaczynać spotkanie właśnie od opowieści o sobie, żeby uniknąć takich sytuacji (nie zawsze z sukcesem). Taka autoprezentacja następowała w ramach odpowiedzi na wcześniej zadane pytanie o to, czy moje rozmówczynie i moi rozmówcy chcieliby wiedzieć, kim jestem i dlaczego zajęłam się danym tematem, czasami był to rodzaj zachęty do narracji – o czym już wspominałam.

W fazie pytań dotyczących narracji czasami o czymś zapominałam (z powodu braku notatek, które rozpraszały badanych), ewentualnie dopytywałam o to później, kiedy przesyłałam transkrypcję do autoryzacji. Przy czym zaznaczę, że nie robiłam tego we wszystkich przypadkach – pięć pierwszych wywiadów autoryzowałam, ale sama forma wywiadu (co widać po umieszczonym wcześniej cytatach) i jego szczegółowy zapis sprawiają, że osoby, które mają go autoryzować są zawstydzone, a czasami zdenerwowane tym, w jaki sposób mówią. Niestety nie zdajemy sobie sprawy, jak bardzo ułomny jest nasz język mówiony, nie zwracamy na to uwagi. Kiedy dochodzi do konfrontacji – w odpowiedzi pojawiają się mocne słowa, że badana brzmi, jak „debil” (cytat z jednego z e-maili po autoryzacji). Tłumaczenie, że chodzi o tak szczegółowy zapis, bo pokazuje on dynamikę wywiadu i jeśli kogoś ośmiesza, to także osobę badaczki, która również mówi nieskładnie, lekko sytuację uspokajało. Dlatego pozostałych wywiadów nie wysyłałam do autoryzacji – w obawie, że nie tylko ponownie poruszą niemiłe wspomnienia utraty dziecka, ale też sprawią, że badana lub badany sami ze sobą źle się poczują. Uznałam również, że lepszym rozwiązaniem będzie wysyłanie efektu w

postaci gotowej publikacji (czyli niektóre osoby nie miały jeszcze wglądu do transkrypcji wywiadów).

Faza zakończenia wywiadu nie zawsze była nagrana, bo – znowu – wyłączałam dyktafon tym razem za wcześnie. Czasami nagrywała się nie w całości. W większości przypadków polegała na podziękowaniu za poświęcony czas i wyczerpującą opowieść o życiu. Ponieważ zwykle było to już daleko od tematu samej straty, który wywoływał najczęściej emocji, starałam się nie powracać do niego, ale pytałam o samopoczucie i czy dana osoba da radę wrócić do domu (spotkania poza mieszkaniem badanych), czy ktoś wkrótce przyjdzie do domu, żeby nie była sama? W dwóch przypadkach uzyskałam odpowiedź, że badane brały sobie specjalnie dwa dni wolnego, ponieważ wiedziały, że opowiadanie o stracie, której doświadczyły zburzy ich spokój i potrzebowały dnia, żeby odreagować. Przyznam, że miałam duży dylemat, zostawiając badane same w domu. W fazie zakończenia wywiadu Kaźmierska i Waniek (2020.: 57) upatrują miejsce na ewentualną dyskusję i wymianę zdań. Ta faza czasami następowała tuż przez fazą pytań do wywiadu, kiedy napięcie jeszcze było wysokie. Problem z emocjami w przeprowadzanych wywiadach pojawiał się często i trudno było nad nim zapanować.

Nie zbierałam podpisów na zgodę uczestniczenia w badaniach – co sugerują autorki publikacji na temat wywiadu biograficznego (zob. *ibidem*: 60-63) – ponieważ samo umówienie się na spotkanie i włączenie nagrywania było potwierdzone przez badane i badanych, jako zgoda na udział. W związku z założeniem daleko posuniętej anonimizacji – o czym będę za chwilę pisała, przy okazji kolejnej fazy – i wykorzystania wywiadów wyłącznie na użytek tego badania. Ponieważ z wywiadów tych wykorzystuję jedynie fragmenty – a wszystkie nazwy miejscowości, instytucji, ośrodków, organizacji, imiona własne, a czasami też nazwy chorób zostały ukryte – uznałam, że dokumentacja pisemna byłaby właśnie pogwałceniem anonimowości badanych. Dodam przy tym, że tak obszerna anonimizacja wywiadu ma też „wymiar metodologiczny” – „niejako «odrywamy» ją [narrację – przypis Ł.L.] w sensie metodologicznym od konkretnej osoby. Transkrypcja staje się tekstem kultury, przypadkiem analitycznym ukazującym typowe powiązanie określonych procesów biograficznych z badanym zjawiskiem społecznym czy też uwikłanie biografii jednostki w określony proces społeczny” (Kaźmierska 2014: 231).

Ostatnią fazą wywiadu biograficznego jest transkrypcja. Wszystkie wywiady (poza W20, który otrzymałam ze zbioru wywiadów Urszuli Klajmon-Lech) zdecydowałam się

przepisać samodzielnie. Decyzję tę podjęłam ze względu na kilka kwestii. Po pierwsze badane i badani zaufali mi i zdecydowali się na rozmowę o sprawach, które są dla nich trudne. Bardzo często nie podejmują rozmowy z nikim innym, co starałam się uszanować, nie tylko poprzez anonimizację wywiadów, ale także właśnie przez zachowanie tożsamości badanych tylko dla siebie. Wywiad W20 jest anonimizowany w inny sposób, widoczne są w nim imiona i nazwy miast – z szacunku dla badaczki przeprowadzającej tę rozmowę, nie wprowadzałam do wywiadu zmian ujednolicających go z moim zbiorem. Po drugie opowieści te miały na mnie często działanie traumatyczne. Zdarzało się, że po konkretnym spotkaniu musiałam zrobić sobie dłuższą przerwę, żeby dojść do siebie. Nadmierna empatia okazała się moim zdecydowanym wrogiem i spowalniała tempo pracy. Obawiałam się, że dla osoby nieprzygotowanej do konfrontacji z tego typu materiałem, transkrypcja nagrań mogłaby okazać się doświadczeniem nie do przejścia. Tym samym wywiady spisałam ostatecznie dopiero po zakończeniu wszystkich spotkań. Po trzecie uznałam, że najlepszym sposobem na wejście w opowieści moich rozmówczyń i rozmówców jest wielokrotne przesłuchanie nagrań i zwrócenie uwagi na ton, tempo oraz inne zmiany w wypowiedzianiu konkretnych treści. Przepisując wywiady, miałam ku temu możliwość, mogłam również nanieść poprawki dotyczące tych detali na wywiady. Kaźmierska i Waniek (*ibidem*: 64) powołują się na „symbole zapisu mowy według Gail Jefferson”. W przypadku moich wywiadów, przed każdym z nich znajduje się informacja odnośnie do znajdujących się w treści zapisów mowy, są to trzy rodzaje zapisu:

- [4sek] – pauza dłuższa niż 3 sek (te krótsze oznaczane są wielokropkiem);
- [...] – fragment niezrozumiały lub nieprzepisany z innych względów;
- [śmiech] – objaśnienia do stanów emocjonalnych wyrażanych audialnie (także wdech, wydech, głośnie przełknięcie śliny czy kasłanie).

Wydarzenia zakłócające również znajdują się w nawiasach kwadratowych, podobnie jak usunięte zanonimizowane elementy wypowiedzi. Wszystkie fragmenty w nawiasach kwadratowych są oznaczane jaśniejszym kolorem, dzięki czemu nie zlewają się z tekstem wypowiedzi. Cytując wypowiedzi w kolejnych rozdziałach, przytaczałam je w formie nieoczyszczonej. Uważam, że forma taka jest o wiele bardziej emocjonalna i wskazuje na zaangażowanie osoby opowiadającej i oddaje prawdziwą dynamikę jej narracji. Nie poddaję jednakowoż tego faktu analizie.

Poza kwestią pojawiających się wtrąceń mojej autobiografii, podczas badań czasami osoby, z którymi się spotykałam, dopytywały o pewne kwestie związane z żałobą. Wynikało to zapewne z tego, że na rynku wydawniczym i w internecie można znaleźć wiele – nie zawsze rzetelnych – opracowań tego tematu. Większość z nich zakłada, że żałoba powyżej określonego czasu (o czym już pisałam) jest żałobą patologiczną lub, że żałoba przebiega jedynie zgodnie z zaproponowaną przez Elisabeth Kübler-Ross formułą następujących po sobie faz. Pytania badanych pojawiały się w związku z odmiennością ich własnych odczuć i doświadczeń i przełamaniem bariery braku zaufania, poczucia bycia ocenianym. O ile na początku starałam się pozostawać badaczką i nie wchodzić nadmiernie w wyjaśnienia, o tyle po pewnym czasie zaakceptowałam narzuconą mi przez badane i badanych rolę specjalistki i po zakończonym wywiadzie podsuwałam w miarę możliwości literaturę, która mogłaby pomóc w zrozumieniu złożoności procesu żałoby.

Zastosowałam wywiady biograficzne dlatego, że potrzebowałam rozpoznać, zrozumieć i opisać doświadczenie osób dotkniętych stratą dziecka. Żeby to zrobić musiałam odkryć subiektywne znaczenia nadawane przeżywanym przez rodziców w żałobie sytuacjom. Narracje biograficzne pozwoliły na w miarę sprawne „zapoznanie się” z badanymi i kontekstem ich życia. Dzięki tym opowieściom ustaliłam związki między zdarzeniami i znaczeniami, jakie im przypisywały osoby biorące udział w badaniach. Technika autobiograficznego wywiadu narracyjnego sprawdziła się w przypadku podjętego tematu, chociaż jej zastosowanie było dużym wyzwaniem dla wszystkich uczestników tego „złożenia”, jakim było generowanie narracji biograficznej.

4.2. Problemy wynikające z badania biografii

Poza problematyką etyczną, której poświęcam ostatni podrozdział, na mojej drodze pojawiały się też różne problemy. Uważam, że należy o nich wspomnieć, bo po pierwsze – rzadko pisze się o własnych niedoskonałościach i popełnianych błędach, a mają one przecież wpływ na dane i na nas samych – badaczki i badaczy. Po drugie, często problemy wynikają też z innych kwestii (np. społecznych, technicznych) i trudno ich uniknąć, znajdując się w terenie – warto jednak mieć ich świadomość. Swoją uwagę chciałam skupić na kwestii jakości i wiarygodności danych, kwestiach społecznych oraz rozmaitych wypadkach i „wpadkach” w terenie. Zanim jednak do omówienia tych problemów

przejdę, chciałam na chwilę pochylić się nad oderwaniem „techniki gromadzenia danych od całościowego i spójnego systemu, jakim jest z pewnością socjologia biografistyczna Schützego”, o czym pisze Katarzyna Waniek (2019: 141) w artykule o lekceważonym potencjale i narosłych nieporozumieniach wokół powyższej metodologii. Przypuszczam, że również w moim przypadku, można domniemywać braku wystarczającego doświadczenia, bądź innych powodów rezygnacji z zastosowania metodologii autobiograficznego wywiadu narracyjnego (jako pełnego i wyłącznego podejścia do danych). Ponieważ interesował mnie problem doświadczenia straty dziecka w szerszej perspektywie niż tylko sama biografia, traktowałam wywiady jako składową moich danych. Zależało mi na zestawieniu różnych rzeczy, które składają się na proces żałoby, na poznaniu i zrozumieniu praktyk związanych z przeżywaniem straty. Stosowanie modelu analizy metodą biograficzną zakłada poszukiwanie określonych zjawisk (jak chociażby trajektoria, metamorfoza czy biograficzny schemat działania), które nie były dla mnie kluczowe. Dodatkowo obecna w moim badaniu perspektywa socjologii nowego materializmu przesuwiała ciężar mojego zainteresowania z samej narracji autobiograficznej na inne, bardziej materialne wymiary procesu przeżywania żałoby.

W zalecanym przez Schützego modelu warsztatowym zazwyczaj prowadzi się analizę grupową uzyskanego tekstu. Tymczasem w przypadku moich badań zebrany materiał nie mógł być analizowany w ten sposób z powodu charakterystyczności przypadków, a tym samym rozpoznawalności badanych, którym zapewniłam anonimowość. Dlatego skorzystałam z możliwości analizowania tekstów samodzielnie w toku badań.

Waniek pisze również o zrzucaniu winy za niepowodzenia (że wywiad „nic nie wnosi”, że osoba mówi „nie na temat”) na narratorki i narratorów, co wiąże się właśnie z brakiem krytycznego wglądu w działania badaczki/badacza (*ibidem*). Przyznaję, że właśnie ta uwaga przekonała mnie do słuszności pojawienia się podrozdziału dotyczącego problemów w badaniu biografii rodziców w żałobie. Zaznaczam: nie mam niczego do zarzucenia moim badanym, wszystkie wywiady uważam za fantastyczne, głębokie narracje dzięki którym zyskałam dostęp do wiedzy, której żadne inne źródło nie mogłoby zapewnić. Doceniam kontakt z osobami, które odpowiedziały na moje zaproszenie do badań, nawet jeżeli nie doszło do spotkania – bo również od nich zdołałam się czegoś

nauczyć i doświadczenie to stało się cennym elementem budowania wiedzy o procesie przeżywania żałoby przez rodziców.

4.2.1. Jakość i wiarygodność danych

Jedną z bardzo ważnych kwestii jest jakość i wiarygodność danych, na co zwraca uwagę Charmaz (2009: 29). Podczas badań spotkałam się z opinią, że poleganie na wypowiedziach ludzi i ich procesach pamięciowych jest ryzykowne, bo przecież nie sprawdzę, co jest prawdą, a co nią nie jest (zob. Hunter 1963). Zgadzam się, uważam przy tym, że nawet jeżeli ktoś wprowadza mnie specjalnie w błąd (choć trudno znaleźć mi powód, by to czynił) to robi to w jakimś celu i z jakiegoś powodu. W moich relacjach z powstającymi narracjami przyjąłam założenie, że ja nie zbieram materiałów dowodowych w sprawie, które mają świadczyć za lub przeciwko jakiejś tezie. Podążam za tym, co zawierają opowieści o życiu, za doświadczeniem badanych. Jeżeli ktoś twierdzi, że nie uronił ani łzy, ale podczas wywiadu roni je stale – nie oceniam, ani nie „sprawdzam”, nie zarzucam kłamstwa. Ta osoba może czuć, że nie płakała lub płakała za mało w porównaniu z innymi członkami rodziny lub innymi matkami lub ojcami, których relacje poznała na forach i w grupach wsparcia. Ta osoba – wreszcie – może nie dostrzegać tego, że temat nadal wywołuje w niej emocje, bo jest tak bardzo traumatycznym doświadczeniem, że wypiera uczucia i zachowania z nim związane lub nie ma do nich dostępu – są one jakby reakcją organizmu, który „nie należy” w tym określonym momencie do tej osoby. Wywiady same w sobie – jako pewne wydarzenia – są więc dla mnie wiarygodnym źródłem wiedzy na temat doświadczenia straty, bez względu na to jak przebiegają procesy zapamiętywania i przypominania. Nie badam ich. Badam doświadczenie straty, czyli to, co dana osoba jako takie doświadczenie postrzega. Marcin Kafar (2009) pisze jeszcze o innym rodzaju „zmyślenia”, które związane jest między innymi z emocjami, jakie w danym momencie odczuwamy. Jego uwagi są związane co prawda z tym, jak badacz funkcjonuje w terenie, ale uważam, że opisana przez Kafara sytuacja przytrafia się większości z nas. Jest więc trochę i tak, że cokolwiek opowiadamy, może być rzeczywistością zniekształconą. Nadal należy jednak do doświadczenia badanych – tego, w jaki sposób doświadczą się rzeczywistości w danej chwili.

Z wiarygodnością powiązana jest jeszcze jedna rzecz. Zdarzają się takie źródła, które mówią o jakiejś historycznej praktyce upamiętniania lub żałoby, a trudno je zweryfikować. Nikt nie badał ich w czasach, kiedy istniały, z braku relacji bezpośrednich z danego czasu, udaje się je niektórym badaczkom i badaczom podważyć i ostatecznie „obalić”. Problem upatruję jednak w tym, że dane przekonanie skądś się wzięło i nawet jeżeli nie było praktyką powszechnie stosowaną, to sam fakt, że w jakiś sposób trafiło do naszych czasów może świadczyć o tym, że były jednostki, które korzystały z takiego sposobu upamiętniania. Za przykład podam XIX-wieczną praktykę dotyczącą „zbierania łez”. Zgodnie z przekonaniem wielu osób, są to ozdobne buteleczki, które służyły osobom w żałobie do zbierania łez (Hall 2013; *lachrymatory.com* 2008; *tearcatcher.com* 2018). Okazuje się tymczasem, że jest to zdaniem innych wyłącznie piękny mit, romantyzujący śmierć i żałobę w czasach wiktoriańskich, nie ma jednak za wiele z nimi wspólnego, bo buteleczki służyły przechowywaniu perfum (Mingren 2018; Vatomsky 2017; Woodyard 2017). Chris Woodyard (2017) zwróciła uwagę na występowanie słowa „łapacz łez” w różnych źródłach. Zaznaczyła przy tym, że o ile trudno zaprzeczać istnieniu takich przedmiotów w przypadku kultur antycznych, to z dużym prawdopodobieństwem takich zwyczajów nie stwierdza w erze wiktoriańskiej. Jednak nie można dowieść tego na pewno. Nie jest to jedyny przykład problemu z uwierzytelnieniem źródła, sadzę jednak, że bardziej może doskwierać historyczkom i historykom niż socjolożkom i socjologom.

Na jakość danych wpływ ma sam przebieg wywiadów. Te przeprowadzone przeze mnie uważam za wyczerpujące, poza jednym. Był to wywiad, który według mnie nie powinien się odbyć, a z pewnością nie w tej formie i nie w tym czasie, w którym miał miejsce. Wspomniany wywiad przeprowadzałam przez internet za pomocą jednego z komunikatorów audio-video. Problem polegał na tym, że nie potrafiłam nawiązać kontaktu z rozmówcą. Miałam wrażenie, że ten wywiad nie jest mu „po drodze”, chociaż twierdził, że chce w nim wziąć udział. Wywiad miał miejsce zbyt wcześnie po stracie dziecka i pomimo faktu, że rozmówca prezentował się jako jednostka poukładana, która ma pod kontrolą swoje emocje, spotkanie w przestrzeni internetu z obcą mu osobą, nie sprzyjało nawiązywaniu relacji zaufania. Winą za tę sytuację obarczam siebie, bo nie była to pierwsza tego typu sytuacja, w której czułam, że nie powinnam kontynuować rozmowy. I chociaż za pierwszym razem zdołałam wycofać się

z wywiadu, to w tym przypadku tego nie zrobiłam. Prawdopodobnie dlatego, że słyszałam od różnych badaczek i badaczy, że przeprowadzają wywiady przez internet i są one równie udane. W moim przypadku takie badania nie mogą odbywać się z pomocą komunikatorów²². Wywiady biograficzne powinnam przeprowadzać wyłącznie osobiście. Nie twierdzę jednocześnie, że dla innych badaczek i badaczy to rozwiązanie też nie będzie efektywne.

Jakość badań zapewnia również różnorodność uwzględnionych głosów (Charmaz 2009: 30). Problem z uwzględnieniem różnych źródeł informacji wynika czasami z jego niedostępności dla konkretnej badaczki lub konkretnego badacza. Podczas badań wielokrotnie konfrontowałam się z pytaniem, dlaczego tak trudno znaleźć rozmówczynie i rozmówców? Pojawiły się różne tropy związane z metodą, z kwestiami lokalnymi i kulturowymi, związane z osobą badaczki oraz samym tematem. Osoby zajmujące się tematyką śmierci, umierania i żałoby zwracały uwagę na to, że łatwiej przebiegają badania w konkretnym środowisku – rodzice w żałobie, nie są takim środowiskiem, o ile nie uczestniczą w grupie terapeutycznej, która ich w jakiś sposób scala. A i to nie gwarantuje do nich dostępu, bo grupa wsparcia służy budowaniu bezpiecznego środowiska, a nie pojawianiu się w nim „ciekawskiej badaczki”. Na forach internetowych znajdują się różne osoby, którym przyświecają odmienne cele, nie są wspólnotą, do której można wejść i poznać historie kryjące się za poszczególnymi nickami. Fora pozwalają rodzicom z różnych stron Polski (a czasem i świata) znaleźć miejsce, gdzie mogą opowiadać o swoich przeżyciach, o poczuciu straty i pustki, osierocenia, braku zrozumienia, cierpieniu. Osoby te nie są jednak ze sobą powiązane – dostęp do jednej, nie gwarantuje dostępu do kolejnych. Kula śniegowa nie działa w takim wirtualnym środowisku – szczególnie, kiedy w grę wchodzi dalej spotkania i

²² Wywiad, o którym jest tutaj mowa, był jednym z ostatnich, jakie przeprowadziłam w ramach badań. Problem z nim związany polegał na tym, że przez komunikator nie widziałam całej postaci mojego rozmówcy, trudno było stwierdzić jednoznacznie, jakie emocje wywołuje w nim ta rozmowa. Nie mieliśmy również możliwości porozmawiania przed wywiadem, co mogłaby dać mi ogólny wgląd w sposoby reagowania badanego i mówienie o czymś innym niż śmierć dziecka. Wywiad stał się przez to krótki, rzeczowy i ograniczony wyłącznie do sytuacji straty, bez zagłębiania się w biografię mężczyzny. Mój rozmówca był skoncentrowany wyłącznie na opowiedzeniu o doświadczeniu straty i żałoby, zadawane przeze mnie pytania w części drugiej wywiadu, wydawały się irytować badanego, ale trudno było mi to odczucie weryfikować bez znajomości rozmówcy i jego reakcji. W sytuacji spotkania osobistego mogłabym polegać na mowie ciała, w przypadku rozmowy audio-video z ograniczonym polem widzenia do twarzy badanego (nie zawsze widzianej w całości) takie spekulowanie o emocjach mężczyzny było uciążliwe i prawdopodobnie przełożyło się na jakość tej rozmowy – odbiegającej od pozostałych zebranych wywiadów..

wywiad biograficzny. Rodzice w żałobie z forów i grup internetowych znacznie chętniej biorą udział w badaniach on-line, w ankietach lub kiedy mogą otrzymać listę pytań e-mailem i samodzielnie w spokoju na nie odpowiedzieć. Część z osób (dokładnie piętnaście), które odpowiadały na mój apel, rezygnowała z chwilą, kiedy wyjaśniałam dokładnie, co to znaczy wywiad biograficzny i że nie da się tego wywiadu przeprowadzić przez e-maile. Dodatkowe „źródła” pozyskiwania rozmówczyń i rozmówców pozwoliły na przeprowadzenie różnorodnych wywiadów, ale nie zapewniły dostępu do instytucji oraz organizacji, które pozostały niechętne pomysłowi rejestrowanych rozmów.

4.2.2. Kwestie społeczne, czyli docieranie do badanych

Kwestia poczucia dyskomfortu i wstydu stała się często już na drodze do umówienia spotkania. Takie emocje mogły mieć wpływ na poziom otwartości badanych i chęć dzielenia się swoim doświadczeniem. Związane jest to z pojawieniem się osoby obcej w miejscu zamieszkania badanych, co wystawia ich na bycie ocenianymi – odsłania się w pewnym sensie ich życie codzienne. Pewnych rzeczy nie mogą już ukryć. Często problemem było też to, że rodzice nie chcieli rozmawiać na ten temat w domu, w którym był drugi rodzic lub inny członek rodziny. Drugim więc problemem była w tym przypadku niemożliwość porozmawiania w cztery oczy, bez mniej lub bardziej przypadkowych świadków. Może to być związane również z faktem ukrywania lub bardziej nieujawniania tematu śmierci dziecka przed innymi – jest to bardzo intymny temat i nie wszyscy są dopuszczeni do kręgu osób wtajemniczonych. Wynika to po części z opisanych w **rozdziale pierwszym** przekonań (tabu śmierci, bycie ocenianym, zbyt długa żałoba, do której nie należy się przyznawać itp.), ale także z poczucia, że tylko inna matka (inny ojciec) po stracie może ich zrozumieć. Wielokrotnie podczas moich wywiadów spotykałam się z tym stwierdzeniem, ponieważ część osób odbierała mnie (na podstawie własnych doświadczeń i częściowej wiedzy z forów internetowych), jako matkę po stracie. Kiedy okazywało się, że nią nie jestem, a na dodatek w ogóle nie jestem matką (i nie odczuwam z tego powodu żalu) zapadała chwilowa cisza, z której badane zwykle usiłowały wybrnąć przypominając mi, że podczas rozmowy wzruszałam się, płakałam razem z nimi i „roniłam łzy”, więc „ważna

jest po prostu empatia”.

Ponieważ w zależności od tego, w jakim wieku było dziecko oraz w jakich okolicznościach zmarło, temat ten jest bardziej albo mniej rozpowszechniony, więcej pojawiło się osób chętnych do opowiadania o poronieniach i aborcjach, niż o chorobach lub wypadkach. Za motywacją rozmówczyń i rozmówców stała chęć wypowiadania na głos (ale też nagłaśniania) problemów, jakie przeżywają, upowszechniania wiedzy na jakiś temat.

Założenie, że strata dziecka dotyka nie tylko rodziców, ale też osoby, które nie są z nim związane – poprzez sam fakt, że jest to śmierć dziecka – dawało się potwierdzić jedynie w rozmowach prywatnych. Z chwilą pojawienia się propozycji spotkania i nagrania wywiadu, pracownicy i pracownice służby zdrowia wycofywali się. Zaproponowano mi, żebym przeprowadziła badania ankietowe²³ – krótkie, treściwe, z zaproszeniem do badań poszerzonych narracyjnych. Byłam gotowa podjąć to wyzwanie, zdałam sobie jednak sprawę, że za niechęcią do nagrywania wywiadów stoi lęk. Pracownice i pracownicy służby zdrowia obawiali się konsekwencji swoich słów w przypadku, gdyby treść nagrań wpadła w niepowołane ręce. Obawiali się też tego, że ich wypowiedzi zostaną źle zrozumiane, co w konsekwencji odbije się na ich miejscu pracy lub/i stosunku pracodawcy do nich. Osoby te nie wiedziały jednak, że bardziej od ich miejsca pracy oraz ewentualnych krytycznych wypowiedzi dotyczących zarządzania instytucjami, interesowały mnie ich indywidualne sposoby radzenia sobie z sytuacją straty pacjenta. Brak możliwości zrealizowania badań w służbie zdrowia spowodował wyłączenie z moich badań modułu instytucjonalnego – w formie, jaką początkowo zakładałam. Przeprowadzone rozmowy w jednym z zakładów pogrzebowych oraz na cmentarzu stały się, podobnie jak prywatne rozmowy z pielęgniarkami, pielęgniarzami, lekarkami i lekarzami, źródłem informacji o kontekście procesu żałoby.

²³ Powstała robocza wersja ankiety, składająca się z siedmiu pytań i zaproszenia do udziału w wywiadach o następującej treści:

„W badaniach, które prowadzę bardzo ważne jest dla mnie indywidualne doświadczenie osób, które doświadczają śmierci dziecka, jeżeli uważa Pani/Pan, że mogłaby/mógłby poświęcić czas na rozmowę i przeprowadzenia badań metodą biograficzną (opowieść o swoim życiu) proszę o pozostawienie do siebie e-maila lub numeru telefonu – skontaktuję się z Panią/Panem osobiście celem umówienia spotkania. Pragnę w tym miejscu poinformować, że badania mają charakter anonimowy, a rozmowy są dodatkowo autoryzowane.

Jeżeli nie jest Pani/Pan gotowa/gotowy na udział w takich badaniach, dziękuję za dotychczasową pomoc i poświęcony czas!”

Ostatnia z poruszonych przeze mnie kwestii społecznych dotyczy samej badaczki lub samego badacza – osoby, która przychodzi z zewnątrz i przynajmniej w teorii cieszy się autorytetem. O ile z kwestią mojego ewentualnego wpływu na badane i badanych jako „autorytetu” miałam względną kontrolę nad sytuacją. Nie miałam wpływu na sytuacje, o których nie wiedziałam, czyli reakcje osób, które znalazły moje ogłoszenie i zaniechały odpowiedzi na nie, bo nie tyle temat im nie odpowiada, ile moja osoba. Nie jestem osobą anonimową – prowadzę stronę internetową i profile w mediach społecznościowych. Zajmuję się różnymi rzeczami, które nie dla każdego są akceptowalne. Osoby badane mogą wyrobić sobie o mnie zdanie na podstawie znalezionych wrywkowych materiałów. Niektórym spotkanie ze mną nie będzie odpowiadało i nie mam na to większego wpływu – szczególnie, kiedy swoją prośbę o udział w wywiadach kieruję do ukrytych za pseudonimami osób na forach internetowych. Możliwe więc, że podczas prowadzonych przeze mnie badań nie uzyskałam dostępu do osób, które potencjalnie mogły stać się podmiotami badania. Z drugiej jednak strony w ramach tego projektu wydarzyły się spotkania z tymi osobami, które rzeczywiście chciały i miały możliwość rozmawiania o swojej żałobie.

4.2.3. Wypadki i „wypadki” w terenie

Wspomniałam o poczuciu wstydu i dyskomfortu po stronie badanych, czas wspomnieć o problemach po stronie badaczki. Nieśmiałość w terenie (Scott i in. 2012) jest dużym problemem – wymaga przełamywania się i walki ze sobą w trudnych warunkach prowadzenia wywiadu, kiedy trzeba zapamiętywać treść, by się do niej odnieść, by nie wytrącić rozmówczyni lub rozmówcy w narracji itd. Moja nieśmiałość objawia się trochę przekornie – nadmierną otwartością. Zapanowanie nad sobą było niekiedy ponad moje siły i czasami ulegałam choćby najmniejszej sugestii, po czym odpowiadałam na pytanie, opowiadałam o swoich doświadczeniach. „Na szczęście dla narracji”, nie były to wtrącenia wytrącające badanych z rytmu narracji, a nawet czasami udało się przy ich pomocy uaktywnić kolejne pokłady wspomnień. Nie zmienia to jednak faktu, że czułam się z tym źle, i nieprofesjonalnie. Wynika to oczywiście z idealistycznego założenia, jak powinien wyglądać narracyjny wywiad biograficzny. I chociaż dobrze wiem, że okoliczności rozmowy z drugą osobą nie są sytuacją, nad którą

można mieć pełną kontrolę, za każdym razem, kiedy nie udało mi się utrzymać w ryzach emocji – nawet jeśli badane i badani odbierali je jako przejaw empatii – miałam poczucie porażki i odczuwałam złość na siebie. Bałam się przed kolejnym spotkaniem, że znowu nie poradzę sobie z emocjami, co tylko potęgowało problemy w umawianiu spotkań. Dodatkowym obciążeniem było to, że na każdą sytuację należało reagować – a nie zawsze wiedziałam jak. Nie mówię tutaj tylko o sytuacjach wywiadu, kiedy ktoś się rozplacze, chociaż nie są one łatwe. Mam na myśli sytuacje, kiedy ktoś w dobrej intencji deklaruje, że do badań zaprosi kogoś jeszcze – po czym wyciąga telefon i dzwoni do takiej osoby, nie dając badaczce pomyśleć, czy taka osoba w ogóle może wziąć udział w wywiadach (sytuację taką omawiam przy rozpatrywaniu problemów etycznych).

Któryś z „zaprawionych w boju” badaczy polecił mi zaczepianie osób pod wpisami na portalach społecznościowych, które opowiadały o swojej stracie. Z jednej strony był to pomysł dobry, bo mógł pomóc w dotarciu do ludzi, którzy chcą podzielić się swoją opowieścią o życiu, z drugiej – nie. Zakładał, że będę zgłaszała się do konkretnych obcych sobie osób i narzucała się im ze swoim zaproszeniem do udziału w trudnych wywiadach. Sposób ten przetestowałam raz. Dzięki niemu umówiłam spotkanie z jedną badaną. Nie czułam się z tą sytuacją komfortowo, czego wyrazem jest moje tłumaczenie się podczas spotkania z rozmówczynią, że zwykle tak nie robiłam. Potęgowała te emocje świadomość, że inne osoby zignorowały moją wiadomość, albo odmówiły.

Inny problem związany jest z kwestiami technicznymi – już podczas innych badań wielokrotnie doświadczałam kłopotów ze sprzętem nagrywającym. Tym razem też takie wystąpiły. Również z tego powodu (nowy dyktafon) nie zawsze wiedziałam, czy już zaczęło się nagrywanie, czy jeszcze nie. Po czasie okazywało się, że włączyłam dyktafon za późno, a wyłączyłam za wcześnie. Nie są to może kwestie najwyższej wagi, ale utrata danych, czy ich niepełne nagranie były dodatkowym stresorem w wymagającym terenie i przy zastosowanej technice. Problemem natury technicznej okazało się również przechowywanie plików związanych z badaniem – musiałam przenieść je na zewnętrzny serwer, bo na komputerze zajmowały za dużo miejsca.

4.3. Problemy etyczne

Proszenie ludzi, by opowiedzieli o swoim życiu – pamiętając przy tym, że tematem badań jest przede wszystkim ich doświadczenie straty – nastrocza wiele problemów. Badania społeczne zawsze są osadzone w kontekście problematyki etycznej, szczególnie zaś badania dotyczące trudnych tematów, które mogą wywoływać w informatorach i informatorach trudne przeżycia i emocje. Dlatego od początku do samego końca aspekty etyczne miały dla mnie niebagatelne znaczenie, co przejawiało się w sposobie anonimizowania, przechowywania i dystrybucji wywiadów. Ponieważ nauki społeczne i humanistyczne są coraz bardziej otwarte i uwrażliwione na tego typu dylematy, postaram się po krótko omówić swoje podejście, wypracowane w toku pracy w terenie.

Po pierwsze, zdecydowałam, że w badaniach będą brały udział jedynie te osoby, które zgłoszą się same lub które zapytane przeze mnie albo kogoś ze znajomych, dojdą do wniosku, że czują się gotowe i mogą wziąć udział w wywiadzie, że nie będzie to dla nich nadmierne obciążenie, lub ocenią, że zdołają sobie poradzić z emocjami, które taka rozmowa może wywołać. Założyłam więc, że będą to osoby, których doświadczenie straty miało miejsce „jakiś czas temu” – pozwalając na w miarę swobodną rozmowę. Nie obyło się jednak bez potknięć. Pierwszym z nich była sytuacja, na którą nie zdążyłam zareagować. Podczas rozmowy w jednym z zakładów pogrzebowych, moja rozmówczyni opowiadała o różnych przypadkach, z którymi miała styczność w swojej pracy. W pewnym momencie przypomniała sobie, że niedawno była u niej pewna mama, która mogłaby chcieć wziąć udział w moich badaniach. Mówiąc to, przeglądała dokumenty, po czym zadzwoniła do rzeczonoj kobiety, poinformowała ją, że właśnie jest u niej badaczka, która zajmuje się tematem straty dziecka i tak dalej. Byłam tak zaskoczona tym entuzjastycznym zachowaniem rozmówczynie, że nie zdążyłam zareagować. Przypuszczam, że rzeczona kobieta po drugiej stronie telefonu również nie wiedziała, co powiedzieć – dlatego zgodziła się na udział w badaniu tak, jak ja zgodziłam się na całą tę sytuację. Otrzymałam jej numer telefonu i miałam się skontaktować celem umówienia spotkania. Uznałam, że byłoby niewłaściwe udawanie, że telefonu nie otrzymałam. Zadzwoniłam więc i wyjaśniłam, na czym polega badanie. Poczytałam kilka razy uwagę, że zwykle są to osoby z dłuższym czasem od chwili straty, że być może byłoby lepiej

poczekać. Kobieta była zdeterminowana i podała do siebie adres oraz odpowiadający jej termin. Pojawiłam się. Nikogo nie zastałam. Po jakimś czasie otrzymałam wiadomość tekstową, że nadal kwestia aktualna, tylko sytuacja osobista kobiety nie sprzyjała spotkaniu. Umówiliśmy się ponownie. Znowu do spotkania nie doszło. Zgodziłyśmy się, że w nowym roku powrócimy do tematu. Byłam zdecydowana, żeby jednak do spotkania nie doszło – i tak pojawiły się kolejne dwa terminy: jeden został odwołany, drugiego już mi nie potwierdzono. Przyznaję, że odetchnęłam, bo stres związany z rozmową z osobą świeżo po stracie był potężny. Drugie „potknięcie” omówiłam już, pisząc o rozmowie przez komunikator audio-video.

Po drugie, zakładałam również, że osoby, które się do mnie odezwą wyrażają świadomą zgodę na udział w badaniach. Zaznaczałam to wyraźnie na początku każdego wywiadu. Informowałam przy tym, że rozmowę w każdym momencie możemy przerwać i kontrola nad tą kwestią należy w pełni do moich rozmówczyń i rozmówców. Nie zbierałam pisemnych zgód na udział w badaniach – co już podkreślałam. Głównym problemem było ujęcie takiej zgody w perspektywie aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych (RODO). Przepisy te wymagają prowadzenia ewidencji i archiwizowania danych osobowych (a także ich zabezpieczania). Zwykle w badaniach prowadzonych w ramach instytucji, taką rolę pełni jedna osoba, która reprezentuje w tej kwestii instytucję i stojące za nią osoby. Poza tym zgody na rozmowy zawierałyby dane osobowe (co najmniej imię i nazwisko), a te informacje właśnie starałam się ukryć. Zastosowanie pisemnej zgody było więc niezgodne z moimi założeniami o poufności danych i zapewnieniu anonimowości moim badanym poprzez ukrywanie ich tożsamości. Pozostałam tym samym jedynie przy ustnych deklaracjach.

Problemy etyczne nie ograniczają się jednak wyłącznie do kwestii doboru badanych, dbania o ich stan psychiczny i uzyskiwania ich zgody na udział w wywiadzie. Należą do nich również: zapewnienie anonimowości i bezpieczeństwa informacji; autoryzacja wywiadów; kwestia wykorzystania wywiadów oraz ich archiwizacji (tak transkrypcji, jak i nagrań); odpowiedzialne podejście dotyczące stworzenia takiego „produktu końcowego”, który nie wyrządzi nikomu krzywdy.

4.3.1. Anonimowość, bezpieczeństwo informacji i udostępnianie wywiadów

Zapewniałam moim rozmówczyniom i rozmówcom, że ich personalia zostaną ukryte – tak samo, jak wszystkie informacje mogące wskazywać na to, kim są. Problem pojawił się w chwili, kiedy część z przypadków okazała się dość charakterystyczna i rozpoznawalna – jeśli nie w środowisku lekarskim, to w szerszym gronie znajomych. Zależało mi jednak na tym, żeby mimo wszystko wywiady w taki sposób zanonimizować, żeby ukryć tożsamość biorących w wywiadach osób. Wymagało to usunięcia nazw miejscowości, instytucji, organizacji, imion osób, o których opowiadano, a także precyzyjnych nazw chorób, czy dokładnych dat (jeśli takie w ogóle się pojawiły). Przyjmowałam przy tym, że nie będę zmieniała danych na inne, bo uważam, że to może wprowadzać w błąd. Miejsca z usuniętą informacją brałam w nawias kwadratowy i w nawiasie pisałam, jakiego typu informacja powinna się tam znajdować np. zamiast imienia dziecka, pisałam [imię córki].

To podejście budziło obawę, że przesadzam. Kaźmierska i Waniek (2020: 26) zwracają jednak uwagę na to, że

[w]ażnym współcześnie problemem – w dobie ogromnej popularności mediów społecznościowych i zasobów internetowych – jest coraz większa trudność w anonimizowaniu narracji. Jeżeli zna się bowiem kilka szczegółów, można pokusić się o wyszukanie w Internecie informacji o danej osobie bądź też zupełnie przypadkiem ją zidentyfikować.

Uważam w związku z tym, że anonimizacja powinna być dostosowana do celu wywiadu – tego, czy ma być on użytkowany przez jednego lub więcej badaczy np. podczas ogólnopolskich spotkań seminaryjnych. Zdecydowałam się na tak daleko posuniętą anonimizację po to, żeby ewentualne szersze grono nie mogło dokonać w prosty sposób odkrycia tożsamości badanych.

Wspominałam o zaleceniach (zob. Kaźmierska i Waniek 2020), by wywiady dyskutować w szerszym gronie. Problem w moim przypadku wynikał jednak z tego, że obawiałam się, by osoby udzielające mi wywiadu nie zostały rozpoznane (część z nich jest znana w środowisku rodziców po stracie, część przypadków jest znana w różnych kręgach). Założyłam więc w pewnym momencie, że najszersza grupa warsztatowa nie

powinna być brana pod uwagę. Zastanawiałam się nad bardziej kameralnym gronem seminaryjnym, ale z czasem również z tego pomysłu zrezygnowałam, bo część przypadków została polecona przez osoby pochodzące z tej grupy – nie wiem, czy moje rozmówczynie i rozmówcy kiedykolwiek dzielili się swoją tragedią z tymi osobami, w każdym razie nie chciałam być tą, która ich tajemnice (a przede wszystkim szczegóły ich intymnych przeżyć) udostępni ich dalszym lub bliższym znajomym. Dynamika grupy jest również trudna do przewidzenia. Ponieważ w pewnym momencie stałam się „strażniczką tajemnic” moich informaterek i informatorów, straciłam dystans do wywiadów w takim sensie, że wyrażane o nich opinie, odbierałam osobiście. Nie chciałam więc, by ktokolwiek oceniał ludzi, którzy powierzyli mi swoje historie – a mogło do tego dojść ponieważ pojawiły się wśród wywiadów tematy o sporym potencjale kontrowersyjności, jak drażliwa kwestia dokonywania aborcji, także tej z przyczyn eugenicznych. Zdaję sobie sprawę z tego, że moje „przenikanie się” z materiałem badawczym (choć wpisane we wspomniane wcześniej podejście socjologii nowego materializmu) może być odbierane jako niewłaściwe, twierdzę jednak, że przy tak bliskiej relacji (przeprowadzanie wywiadu, transkrypcja, anonimizacja, analiza, czyli wielokrotne słuchanie i czytanie danej opowieści) trudno jest uzyskać zdystansowane podejście i nie stać się częścią opisywanego świata.

4.3.2. Autoryzacja wywiadów

Pisałam już wcześniej, że kilka pierwszych wywiadów przesłałam do autoryzacji, jednak miałam wrażenie, że więcej to sprawiło przykrości badanym, niż czyniło pożytku. Przyznam, że autoryzację wywiadów bardzo sobie cenię i dotychczas praktycznie każde badanie zawierały taką opcję – po przepisaniu rozmowy, wysyłałam ją do autoryzacji. Miałam w ten sposób pewność, że osoba odsyłająca mi wywiad ze swoimi uwagami lub bez, jest pewna, że w tej formie może on zostać wykorzystany do celów badawczych. Te badania sprawiły, że trudno było przepisywać rozmowy ze względu na ich emocjonalny i inwazyjny charakter – z dużym więc opóźnieniem przysyłałam je rozmówczyniom i rozmówcom, żeby poniekąd „rozdrapywać ich rany”, a dodatkowo sprawiać, że gorzej się poczują. Nie dawało mi to spokoju, dlatego przestałam wysyłać transkrypcje do autoryzacji, za to więcej uwagi przykładalam do anonimizacji danych.

4.3.3. Archiwizacja danych

W moim odczuciu jako badaczka odpowiadam również za bezpieczeństwo wywiadów. Jest więc dla mnie istotne, by nie trafiły w niepowołane ręce. Powstałe w badaniach wywiady istnieją wyłącznie w wersji tekstowej (pliki cyfrowe i wydruki, na których pracowałam). Oryginały rozmów zostały skasowane – w obawie przed trafieniem w niepowołane ręce. Wersje cyfrowe i drukowane są w pełni zanonimizowane. Oznacza to, że prawdziwe dane wszystkich osób, które wzięły udział w badaniach znam wyłącznie ja. Ponieważ treści wywiadów uważam za wartościowe i ważne, przechowywane są w kilku miejscach na wypadek utracenia dostępu do serwera, dysku itp. Zapewnia to w miarę bezpieczny „cyfrowy żywot” tych plików, przy jednoczesnym ich zabezpieczeniu przed dostępem z zewnątrz.

Kaja Kaźmierska (2014) zwraca uwagę na podnoszone kwestie archiwizacji danych, które trafiają później do wspólnego archiwum i służą „nauce”. O ile pomysł taki jest z pewnością szczytny, to mimo wszystko wywiady, które robiłam zostały powierzone mnie. Nie komuś innemu. Nie mam więc prawa, bez dodatkowej zgody badanych, na zamieszczanie ich w archiwum wspólnym, z którego będą mogły korzystać inne osoby. Kaźmierska zwraca uwagę w tym kontekście na bardzo istotną kwestię:

[p]ostępująca technologia umożliwia dzięki temu samemu środkowi komunikacji archiwizowanie zasobów i ich przekazywanie, i to w zasadzie na nieograniczoną skalę. Rodzi to pokusę udostępniania wszystkiego dla wszystkich, często w imię postulatu demokratyzacji wiedzy. Jest to jednak, moim zdaniem, argument nie do końca przekonujący – ceną demokratyzacji stać się bowiem może uprzedmiotowienie uczestnika badań, który wydaje zgodę na wykorzystywanie np. swojej opowieści o życiu, zawieszenia jej w Internecie itp., oraz badacza, który może być pozbawiony prawa autorskiego, a w niektórych sytuacjach moralnego prawa do własnych działań badawczych oraz ich rezultatów w postaci zgromadzonych materiałów (*ibidem*: 236).

Te argumenty przemawiają zdecydowanie za przyjętym przeze mnie sposobem archiwizacji we własnym zakresie i jedynie w formie przepisanej ze zmianami anonimizującymi. Tym bardziej że zdecydowanie będę dążyła do umieszczenia w otwartym dostępie rezultatów mojej pracy.

Podsumowanie części II

Część druga niniejszej pracy miała na celu przybliżenie zagadnień związanych z metodologią i kontekstem badawczym. Starłam się wyjaśnić podstawy metodologiczne, zaprezentowałam sposób generowania materiałów, pracy z danymi oraz wyzwania, jakie napotykałam podczas badań.

Prezentuję sposób ramowania tematu w moim badaniu, mówię o danych i ich źródłach, przyjętych strategiach analityczno-badawczych, o teorii ugruntowanej, wywiadzie biograficznym, socjologii nowego materializmu oraz problemach w terenie. Żałoba po dziecku to złożony temat, który jest wymagający pod wieloma względami – aby go badać, należy wybrać możliwie najlepszy i najbardziej efektywny sposób pozyskiwania informacji. W moich badaniach były to wywiady narracyjne autobiograficzne, inwentaryzacja nagrobków dziecięcych na cmentarzach, obserwacja uczestnicząca przeprowadzana na forach internetowych i w grupach tematycznych na portalach społecznościowych, lektura stron internetowych, blogów rodzicielskich i książek itp. Uzasadniam wybór konstruktywistycznej teorii ugruntowanej, którą umieszczam w szerszej ramie transdyscyplinarnego (multidyscyplinarnego) podejścia wynikającego z socjologii nowego materializmu i posthumanizmu. Celem moim było nie tylko zaprezentowanie zaplecza badawczego, ale też podzielenie się refleksją związaną z tym, jakie problemy o różnym charakterze mogą pojawić się na drodze osoby zajmującej się zgłębianiem takiej tematyki.

Wskazuję również na konieczność wypracowania rodzaju ram – mogą one mieć charakter rozproszony i dający obraz świata przez pryzmat wielości i różnorodności, burzący reguły, modele i utarte schematy – są jednak potrzebne do pracy z wywiadami i wymagającym tematem. Naświetlając te problematyczne obszary, chciałam dać podstawy do pełniejszego zrozumienia, opisanych w części trzeciej, rozlicznych praktyk pomagających rodzicom w ich radzeniu sobie ze stratą dziecka.



**Część III:
Żałoba po dziecku
– o doświadczeniu
rodziców**

5. O przeżywaniu śmierci dziecka

Nagle zdałem sobie sprawę z otaczającej mnie śmierci i nieszczęścia. Ludzie, których znam od lat, nagle wyznawali mi swoje ukryte tragedie. Ta rodzina straciła dziecko lata temu. Ten absolwent stracił pierworodnego. Córka tego kolegi zmarła na studiach. I tak bez końca, haniebna tajemnica śmierci. Moja żona zauważyła pewnego dnia w sklepie spożywczym, że widziała je teraz wszystkie – noszone przez ludzi martwe dzieci, jak upiorne zjawy z nogami zwisającymi z wózka na zakupy, z ektoplazmą ciągnącą się jak delikatna mgła.

(Weaver-Hightower 2012:474)

Niniejszy rozdział poświęcony jest rozważaniom na temat tego, czym jest dla rodziców doświadczenie żałoby po dziecku oraz o sposobach doświadczania tej straty. Mam tu na myśli rozróżnienie tego, co postrzegam jako doświadczenie (pojęcie szersze uwzględniające wszystko to, co składa się na postrzeganie danego wydarzenia i samo wydarzenie) i doświadczanie (pojęcie węższe odnoszące się do czynności doznawania efektów wydarzeń związanych z szerzej pojmowanym doświadczeniem). Słownik Języka Polskiego definiuje doświadczenie jako „ogół wiadomości i umiejętności zdobytych na podstawie obserwacji i własnych przeżyć”, „wydarzenie, zwłaszcza przykre, które wpłynęło na czyjeś życie” oraz „całokształt procesu postrzegania rzeczywistości lub ogół postrzeżonych faktów” (*SPJ PWN*, hasło: doświadczenie). W przypadku słowa doświadczanie definicja ogranicza się do dwóch znaczeń: „doznać czegoś”, „podać kogoś lub coś próbie” (*SPJ PWN*, hasło: doświadczać/doświadczyc). Doświadczenie zawiera więc w sobie doświadczanie. Na doświadczenie rodzica po stracie będą miały wpływ interakcje z otoczeniem (bliższym i dalszym), poglądy własne i poglądy panujące w danej społeczności, przebieg życia przed stratą, umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych, a także obecność własnych i kulturowych (w tym religijnych) racjonalizacji wydarzeń. Doświadczanie (jako pojęcie węższe) będzie koncentrowało się na emocjach, uczuciach i stanach psychicznych.

Napotkane w literaturze klasyfikacje okazały się nieprzydatne, w związku z czym, potrzebowałam własnych sposobów konceptualizowania tego obszaru. Wspominałam już, że próba zrekonstruowania doświadczenia straty dziecka rozpisana wedle sposobu

tracenia, nie sprawdza się, ponieważ poza rodzajem straty na rodziców wpływa wiele różnych czynników, których nie da się wyłączyć z opisu bez fałszowania obrazu przeżywanej przez rodziców żałoby. Być może gdyby rozpatrywać jeden rodzaj straty i tylko w tym kierunku prowadzić badania, byłoby to bardziej poprawne podejście. Chcąc jednak opisać doświadczenie straty dziecka w szerokim ujęciu, należy znaleźć kryterium bardziej odpowiednie. Niemożliwe było więc również skorzystanie z trudnych do określenia rodzajów przeżywanej żałoby. Zastosowałam w związku z tymi wątpliwościami kryterium związane z „wiekiem dziecka” lub bardziej precyzyjnie z czasem, jaki upłynął od poczęcia dziecka. Poczęcie rozumiem również metaforycznie – jako narodziny w świadomości rodzica idei dziecka, które zyskuje osobowość i względem której matka i ojciec (a także dalsi członkowie rodzin) zaczynają konstruować wyobrażenia swojej i dziecka przyszłości.

Zaczynam więc od decyzji, która ma wpływ na przebieg żałoby, przechodzę do straty „idei dziecka”, a kończę na utracie dziecka, które zdążyło pozostawić po sobie ślad. Jednocześnie poruszam się w obszarach doświadczenia – podejmowanych działaniach, interakcjach z otoczeniem, praktykach religijnych, kulturowych, społecznych. Układ ten przypomina trochę kręgi na wodzie – oddala doświadczenie od ciała (środką) a przesuwają w kierunku świata zewnętrznego. Dzieci tracone przed narodzeniem będą najbliżej centrum, nie znaczy to, że będą miały najmniejszy wpływ na osoby po stracie. Nie zamierzam przykładać żadnych miar do ciężaru straty i porównywać ich – każda matka i każdy ojciec (bo to na nich się koncentruję przede wszystkim) będą inaczej odczuwali wagę śmierci dziecka. Tym samym nie zgadzam się też z często wypowiedzanym przekonaniem (o czym już wspominałam), że tylko drugi rodzic w żałobie może zrozumieć taką stratę. Zebrane materiały potwierdzają, że każda strata jest inaczej odczuwana, a każdy osierocony rodzic ma inne potrzeby ekspresji – często nie rozumie również potrzeb innych rodziców. Uwidoczniło się to w kilku rozmowach i wywiadach, kiedy po zastrzeżeniu, że się kogoś nie ocenia, następowały opisy praktyk, które badane i badani uważali za dziwne i dla nich nieprzydatne, a nawet szkodliwe. Dotyczyło to między innymi pokazywania nagrobków swoich zmarłych dzieci w mediach społecznościowych, bogatego ich przystrojania z okazji urodzin, czy innych ważnych rodzinnych świąt; świadectw zamieszczanych na blogach i forach wraz ze zdjęciami (również pośmiertnymi); mówienia o sobie jako „rodzicu aniołka” itp.

Skoro między samymi osieroconymi rodzicami istnieje tak duża rozbieżność w kwestii praktyk akceptowalnych i nieakceptowalnych, nie można liczyć na to, że rozumieją oni wzajemnie swoje straty.

Ważne jest również spostrzeżenie, że rodzaj straty pewnego typu może być przez kogoś oceniany jako mniej istotny – i tak, w niektórych rozmowach pojawiały się próby zmierzenia bezkresu rozpacz, polegające na postrzeganiu straty innych, przez pryzmat swojego doświadczenia. Dla rodzica, który stracił dziecko w wyniku choroby – takie, które przeżyło ileś lat, zachowało się w pamięci wielu osób – strata, jakiej doświadcza, jest trudniejsza, niż poronienie czy śmierć okołoporodowa. Z kolei zdaniem rodziców, którzy doświadczyli śmierci dzieci nienarodzonych, to ich strata jest większa, bo właśnie dziecko nie zdążyło zostawić po sobie śladu, rodzice nie zdołali się nim nacieszyć, a dodatkowo społecznie nie dostrzega się ich prywatnych dramatów.

Wracając do układu treści w tym rozdziale, podporządkowany jest on z jednej strony oddalaniu doświadczenia od ciała, z drugiej przeplataniu się różnych praktyk i interakcji, które pozwalają odzyskać kontrolę nad własnym życiem i osadzić żałobę w bardzo konkretnym kontekście. W żałobie nie chodzi bowiem o powrót do „normalności”, bo nie da się powrócić do tego, co było przed stratą. Można jedynie próbować żyć dalej z przekonaniem, że bogatsi o ten bagaż, zdołamy (jako ludzie) iść dalej. W podrozdziale dotyczącym interakcji poświęcam uwagę również innym aktorom doświadczanym przez śmierć dziecka. Chodzi o rodzinę (dziadków, rodzeństwo) oraz instytucje pojmowane jako wszystkie te osoby, które pojawiają (mogą pojawić się) na drodze osieroconego rodzica – od szpitala (czy ogólnie służby zdrowia), przez relacje z psychologami, zakładami pogrzebowymi i cmentarzami. Wszystkie te osoby oddziałują na siebie wzajemnie. Jest to ważna kwestia, ponieważ pomimo wielu prób podejmowanych zarówno w samych instytucjach, jak i za sprawą organizacji zrzeszających rodziców nadal zmiany są niewystarczające.

Istotą doświadczenia żałoby większości napotkanych przeze mnie rodziców, było kwestionowanie swojej straty – wspomniane już porównywanie z innymi rodzicami, którzy mają ciężiej lub lżej; umniejszanie własnej straty; dopatrywanie się swojej nieodpowiedniości do moich badań. Kiedy już dochodziło do spotkania, okazywało się, że próby ukrycia przed sobą samym bólu i cierpienia, pokonywała potrzeba opowiedzenia o nich – często była to pierwsza tego typu rozmowa z kimś spoza

rodziny, która odsłaniała indywidualne, subiektywne wartości przypisywane stracie. Przymus narracyjny wygrywał ze wstydem i ukrywanym przed wszystkimi poczuciem winy. Czasami były to straty celowe (aborcja), które nie musiały pozostawiać po sobie śladu – innym razem śmierć odciskała swoje piętno i nie dawała o sobie zapomnieć. To zaprzeczanie, umniejszanie, ukrywanie i próba dostosowania się do społecznych oczekiwań, podyktowana lękiem, że „ludzie” tego nie zaakceptują – sprzyjają właśnie rozwijaniu się poczucia winy, wstydu i niezrozumienia. A tym samym tabuizacji straty dziecka – nie tyle więc śmierć jest tabuizowana, co jej różne rodzaje. Tymczasem Linda L. Layne (2000, 2003) wykazała, że dziecko – nawet to nienarodzone – staje się dzieckiem z chwilą, kiedy rodzice decydują się je mieć. Zajście w ciążę inicjuje proces „stawiania się” dziecka i rodzica (stąd potrzeba zwrócenia uwagi na decyzję). Nabywane są rzeczy, w które dziecko będzie ubierane, łóżeczka, kocyki, zabawki, smoczki, butelki, chodziki, wózki – każdy z tych przedmiotów urealnia dziecko. Jego strata sprawia, że część z tych rzeczy zostaje zachowanych w formie pamiątek, chociaż dziecko nigdy ich nie dotknęło. Rzeczy te nabywają osobowości zmarłego dziecka – tak jak wcześniej one dodawały mu realności.

Śmierć dziecka może wpływać również na późniejsze strategie wychowywania kolejnych dzieci, o czym pisze zespół Jane Warland (2011). Rodzice po stracie często mają problem ze znalezieniem równowagi pomiędzy nadmierną opiekuńczością i bliskością a dystansem. Późniejsze badania wykazały również, że kobiety, które doświadczyły poronienia dokonują w następnych ciążach mentalnego rozdzielenia siebie od płodu, co służy ochronie przed ewentualnością ponownej utraty dziecka (Mehran i in. 2013).

W **rozdziale szóstym** omówiony został również związek straty z ciałem, umysłem i duchem. Na znaczenie tych obszarów uwagę zwróciły Kathleen Gray i Anne Lassance (2018), autorki książki *Grieving Reproductive Loss: The Healing Process*. Zebrały one różne reakcje występujące u rodziców po stracie i przypisały do tych trzech obszarów:

Reakcje ciała:

- ucisk w klatce piersiowej, gardle
- ból, puste ramiona
- duszność; zadyszki
- bezradność
- wzdychanie
- nadmierna aktywność lub wycofanie społeczne
- izolacja

- zaburzony apetyt (wskutek niedożywienia bardziej niż przejadania się)
- zmiana libido (częściej w przypadku utraty zdolności rozrodczych)
- osłabienie mięśni
- brak energii, zmęczenie
- odrętwienie, szok
- pustka
- tęsknota, wypatrywanie
- płacz
- zaburzenia snu

Reakcje umysłu:

- „syndrom szaleństwa”
- wpływ na proces myślowy
- utrata pamięci, spowolnienie myślenia
- niezdolność do koncentracji, zapominanie
- zaburzony osąd i rozumienie
- dezorientacja
- poczucie bezbronności
- poczucie obecności zmarłego dziecka
- natrętne myśli, koszmary
- zaabsorbowanie myślami o zmarłym
- szok, zaprzeczenie
- bujanie w obłokach
- osłabiona zdolność podejmowania decyzji
- poczucie utraty kontroli, bezsilność

Reakcje ducha:

- utrata wiary/ powrót wiary
- kwestionowanie „Dlaczego?”, „Dlaczego ja?”
- gniew i obwinianie Boga, siebie, współmałżonki/ współmałżonka itp.
- poczucie winy, niepokój, strach
- szukanie znaczenia samej straty
- spotkanie z tajemnicą uzdrawiania przez żalobę
- upadek wyobrażanego świata
- pogłębienie duchowości
- depresja, smutek, wstyd
- wpływ na światopogląd
- szukanie sensu i celu życia, śmierci i cierpienia (*ibidem*: 6-7).

Podział na trzy obszary pozwala dostrzec, że reakcje te są wzajemnie zależne i mogą występować łącznie lub rozłącznie. W poradniku napisanym przez Judith Arthur (2016) dotyczącym radzenia sobie po utracie okołoporodowej autorka dostrzega reakcje fizyczne, emocjonalne, poznawcze, społeczne oraz duchowe. W takim ujęciu również mogą być doświadczane reakcje łącznie lub rozłącznie. Zalicza się do nich:

Reakcje fizyczne:

- napięcie mięśni
- zmiany łaknienia
- suchość w ustach
- zmęczenie lub brak energii

- niepokój
- bezsenność lub zbyt dużo snu
- uczucie pustego żołądka
- ból
- biegunka lub zaparcie
- nudności, wymioty
- osłabienie mięśni
- częste wzdychanie lub duszność
- płacz lub niezdolność do płaczu
- drażliwość
- uczucie ucisku w gardle lub klatce piersiowej

Reakcje emocjonalne:

- smutek
- tęsknota
- pustka
- poczucie przytłoczenia
- samotność
- szok
- bezradność
- depresja
- lęk, niepokój o dalsze planowanie rodziny
- złość
- uraza
- poczucie zdrady
- poczucie winy
- frustracja
- żal
- strach
- odrętwienie
- chęć dołączenia do zmarłej ukochanej osoby

Reakcje poznawcze:

- dezorientacja
- częste powtarzanie tego, co się stało
- poczucie oderwania
- poczucie nierealności
- niedowierzanie
- ciągle myśli o utraconym dziecku
- refleksja nad wcześniejszymi stratami
- uczucie szaleństwa lub utraty zmysłów
- silne pragnienie, aby być zajęтым
- obojętność na codzienne czynności
- odrętwienie
- zapomnienie i słaba koncentracja
- brak motywacji
- unikanie żałoby

Reakcje społeczne:

- dystansowanie się od innych
- zależność od innych
- brak zainteresowania działaniami innych
- podejmowanie sprawy
- zwiększone poczucie odpowiedzialności (skoncentrowane na opiece, aby uniknąć żalu)
- poczucie skrępowania
- zmiany w przyjaźniach

Reakcje duchowe:

- obwinianie lub złość na Boga, Życie lub Wszechświat
- kwestionowanie istniejących wcześniej przekonań duchowych lub religijnych
- doświadczanie braku znaczenia lub kierunku
- poczucie obecności utraconej ukochanej osoby
- pragnienie utrzymania więzi z utraconą ukochaną osobą (*ibidem*: 9-14).

Ważne, że wymienione powyżej reakcje – bez względu jak zostaną podzielone i zaklasyfikowane – są normalnymi reakcjami powiązanymi ze stratą. Ponieważ nie występują u każdej osoby tak samo, z takim samym nasileniem i w tych samych konfiguracjach trudno jest znaleźć jeden uniwersalny sposób radzenia sobie z żałobą – przypomnę – rozumiany jako odzyskiwanie kontroli nad swoim życiem, nie zaś jako „powrót do normalności”. Przedstawione w tym rozdziale praktyki i sposoby radzenia sobie z poczuciem straty opisane zostały na podstawie indywidualnych doświadczeń badanych osób. Nie muszą być powszechne ani skuteczne w opinii ogółu, ważne, że sprawdzają się w konkretnych przypadkach. Zawarte w tym rozdziale motywacje, zachowania i praktyki mogą stać się inspiracją dla rodziców w żałobie poszukujących pomocy, a także dla praktyków i doradców personalnych.

5.1. Decyzja o aborcji a brak żałoby po stracie

We wprowadzeniu do książki *Narodziny i śmierć – Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego* Mieczysław Gałuszka i Kazimierz Szewczyk (2002: 7) napisali, że „[d]o istotniejszych cech zachodniej cywilizacji przełomu tysiącleci należą skala i temperatura sporu wokół początku i końca ludzkiego życia”. Dodają ponadto, że „polemiki związane ze stanami granicznymi naszego życia daleko wykraczają poza obszar tradycyjnie zarezerwowany dla refleksji moralnej i,

przekształcając się w spory religijne, naukowe, prawne i polityczne, stają się kulturowym fenomenem [...]” (*ibidem*). Spory te mają wpływ na decyzje i związane z nimi emocje w kwestii posiadania dzieci. Uwidacznia się to wyraźnie na stronach ugrupowań *pro life* typu *Szantaż z dala od szpitala* (*zdalaodszpitala.pl*) lub *Stop Gender* (*stopgender.pl*) i *Stop Aborcji* (*stronazycia.pl*), których autorki i autorzy zamieszczają sprzeczne informacje, twierdząc przy tym, że tylko jedna ze stron ma rację i mówi prawdę. Polaryzacja ta nie sprzyja dyskusji. Podobnie jak w przypadku innych kwestii – jedna „prawda” nie jest możliwa do wskazania. Wspominałam już w rozdziale drugim o społecznym postrzeganiu aborcji, chciałabym jednak powrócić do tej kwestii i zastanowić się nad źródłami skrajnych przekonań.

Nie bez znaczenia pozostaje kwestia określania samego przedmiotu usuwania – „dziecka” w przypadku ugrupowań *pro life*: „płodu”, „zbitki tkanek”, „odpadów biologicznych”, „intruza” w przypadku ugrupowań *pro choice*. Te określenia mogą wpływać na postrzeganie własnego wyboru – usunięcie dziecka będzie wiązało się z jakimiś emocjami, będzie implikowało namysł nad prawnymi czy etycznymi aspektami takiego czynu. Usunięcie płodu, zbitki tkanek, odpadów biologicznych czy intruza takich emocji i dyskusji nie spowoduje, bo „nie ma o czym rozmawiać”. Poza tym tkanka czy komórka są pojęciami na tyle abstrakcyjnymi, że trudno łączyć je z bytem, żywą istotą – uwaga kierowana jest więc na kobietę i jej decyzję. Jest to ważne o tyle, że nadanie podmiotowości dziecku, jednocześnie odczłowiecza kobietę i pozbawia ją prawa do decydowania o własnym ciele i życiu. Naraża ją na społeczną ocenę. Bertha Alvarez Manninen (2013) pisze właśnie o sposobie określania „dziecka” i wypieraniu jego wartości przez rzeczniczki i rzeczników aborcji. Jej zdaniem „trywializowanie życia płodu oznacza odrzucenie fenomenologii ciąży i aborcji w przypadku wielu kobiet. To lekceważenie nie tylko rodzącego się życia ludzkiego, ale także kobiet, w których obronie prawa tak zaciekle walczymy, i których wsparcie możemy stracić” (*ibidem*: 679). Określenia z góry stawiające dziecko na pozycji „obcego” sprzyjają pogłębianiu się przepaści, między dwoma skrajnymi obozami. Alvarez Manninen (2014) stara się te obozy połączyć i wskazać wspólną ścieżkę – możliwość porozumienia. W książce *Pro-life, pro-choice: Shared values in the abortion debate* wskazuje wspólne wartości, które przyświecają ugrupowaniom będącym za i przeciwko

aborcji. Jedną z nich jest właśnie dobro kobiet – pojmowane inaczej przede wszystkim ze względu na inne definiowanie wartości życia i dziecka.

Jeżeli przyjmiemy, że płód jest bytem duchowym, który – jak wszystkie inne byty – ma prawo do istnienia, zasadną staje się „wyliczanka” przyczyn usunięcia ciąży (którą przytaczam dalej) z przedmowy do książki Margaret Driscoll i Emily Faugno (2006: IX) *Saving Women and Infants from Abortion: A Dance in the Rain*. Wartość przypisywana takiemu „dziecku” jest zdaniem autorek zawsze niższa od wartości innych „dóbr”, a różne sytuacje mają wpływ na to, by niechcianego dziecka nie było. I tak: edukacja, praca, awans, nowy dom, nowy samochód, reputacja są wyżej cenione od życia dziecka, natomiast przypadki, kiedy ojciec dziecka jest żonaty, chce aborcji dziecka, relacja z nim się skończyła, jest za stary lub za młody, jest bezrobotny, matka też straciła pracę, ojciec ciągle imprezuje, już są inne dzieci – postrzegane są jako przyczyna, w związku z którą „dziecko musi umrzeć” (*ibidem*). Postawienie sprawy w ten sposób jest jednak uproszczeniem i powierzchowną oceną sytuacji. Barbara Wróblewska (br) patrzy na to z perspektywy „społeczeństwa”, które „«radzi» sobie z tym problemem poprzez unieważnienie tego dziecka i bagatelizowanie i/lub zaprzeczanie przeżyciom matek”. Nie bierze ona jednak pod uwagę kwestii indywidualnych przypadków i tego, że to nie społeczeństwo ma sobie radzić z aborcją, tylko pojedyncze osoby, które decydują się na jej wykonanie. Alternatywą dla takiego podejścia jest przekonanie o wyższości „wolności wyboru” i braku konieczności tłumaczenia się z podejmowanych decyzji. Pierwsze stanowisko zakłada, więc że wszystkie kobiety wcześniej, czy później przechodzą proces żałoby po aborcji, w drugim przyjmuje się, że takie kobiety mogą istnieć, ale większość nie przejawia ani poczucia straty, ani tym bardziej wyrzutów sumienia. Wartym zgłębienia wydaje się więc powód pojawienia się poczucia straty w przypadku aborcji.

Namysł nad kwestią „kiedy można zacząć mówić o dziecku?” lub: „co czyni dziecko dzieckiem?” – należy zacząć od zgłębienia zmieniającej się wartości dziecka w kulturze (o czym wspominałam w rozdziale pierwszym i drugim). Przyglądając się historycznym regulacjom związanym z dzieciobójstwem, można odnieść wrażenie, że pomimo srogich kar za uśmiercenie noworodka lub starszego dziecka, to nie jego wartość dla społeczeństwa miała znaczenie, bo kiedy to samo dziecko zabijał ojciec, o winie nie orzekano. Zmiana postrzegania dzieci w XX i XXI wieku sprawiła, że dziecko

poczęte (czyli zygota, embrion itd.) zyskało tożsamość. W kulturze nadal dzieci pozostają w pewien sposób na pozycji „obcych” – jest to jednak inna obcość niż ta XIX-wieczna (por. Kalniuk 2014). Obcość i inność postrzegane są z jednej strony jako coś, co można poznać i oswoić (oraz nauczyć „swojskości”), z drugiej jako symboliczne oddzielenie. Istnieje też trzecie podejście deifikujące poczętego człowieka. Za pomocą tej drugiej praktyki, powszechnej w naukach medycznych, stosujemy rozróżnienie na to, co jest życiem, a co nim jeszcze nie jest – echo serca jest wyznacznikiem „powstania życia” dla ginekolożek i ginekologów, które i którzy objaśniają przyszłym rodzicom badania USG. Trzecia praktyka obecna jest w środowiskach religijnych, które w pojedynczej komórce dostrzegają istotę boską – a takiej istocie należy się ochrona. Dychotomia boskie-ludzkie, czy nawet boskie-biologiczne jest jedną z przyczyn niemożliwości zakończenia dyskusji o przerywaniu ciąży.

W „awanturach” o aborcję i jej dopuszczalność tak bardzo skupiliśmy się na odczuciach skrajnych, dychotomii posiadania takiego samego prawa do życia lub braku tego prawa (por. Wejbert-Wąsiewicz 2012) i oddaliliśmy się od faktycznych doświadczeń kobiet oraz mężczyzn, że nie jest możliwe jednoznaczne określenie „prawdy obiektywnej”. W przypadku aborcji istnieją wyłącznie subiektywne opinie – co gorsza głoszone także w naukach medycznych. Dlatego też starałam się z jednej strony cały czas konfrontować badany materiał z dostępną literaturą oraz społecznymi reakcjami skrajnych frakcji. W moich badaniach w przypadku trzech matek (W01, W03, W16), które opowiadały o swoim doświadczeniu aborcji, tylko jedna przejawiała temporalne poczucie straty. Mężczyzna (W05), który zmusił swoją żonę do aborcji – nie miał poczucia straty – pomimo faktu przynależności do wspólnoty religijnej i głębokiej wiary. Ponieważ podrozdział ten dotyczy decyzji, włączam do niego również przypadek kobiety (W14), która dokonała w szpitalu terminacji ciąży z powodu wad genetycznych płodu – określała siebie mianem matki po poronieniu.

Mężczyzna (W05) opowiadał o wielu rodzajach straty, nie odebrał jednak aborcji (której jest przeciwnikiem), jako jednego z nich. Sytuacja, w której nakłonił swoją żonę do zabiegu, związana była z dość luźnym trybem życia pary, seksualną rozwiązłością i ciągłymi imprezami. Mężczyzna miał przypuszczenie, że nie jest ojcem dziecka, dlatego uznał, że w jego rodzinie nie ma ono prawa bytu. W jego ocenie było nikim. Poza tym „to nie był jeszcze czas na posiadanie dzieci” [1271]. Po aborcji do tematu

nigdy nie wracał. Zaznaczył jedynie, że wybaczył małżonce niewierność i ich życie wróciło do normy. Po jakimś czasie żona zaszła w kolejną ciążę – oczekiwaną, co zaowocowało narodzinami ukochanego dziecka. Ciekawe jest to, że temat ten pojawił się przy okazji i był przyczynkiem do późniejszej racjonalizacji śmierci chcianego dziecka. Mężczyzna rekonstruuując wydarzenia jednocześnie nie widział problemu w usunięciu ciąży, a pod koniec wywiadu zastanawiał się nad tym, czy może nie został za to ukarany. Podczas pierwszego spotkania nie opowiedział o tej sytuacji, ale wspomniał o „kłątwie”, która wisi nad nim, bo wszystkie osoby, które kochał – umarły. Na drugim spotkaniu, które odbyło się miesiąc później, pojawił się wątek aborcji, a pod koniec rozmowy – domniemanie pojawienia się „kary”. Ważne jest w tym przypadku także to, że śmierć w życiu rozmówcy występowała wcześniej (pierwsza i druga miłość), więc powiązanie kary za usunięcie ciąży ze śmiercią pojawiającą się w życiu narratora nie jest do końca spójne. Ponieważ mężczyzna żywił przekonanie, że usunięte dziecko, nie było jego, nie odczuwał też straty. Aborcja w tym przypadku wydaje się być jedynie pretekstem do obwiniania siebie lub uzasadniania pojawiającego się w życiu narratora zła (nie tylko w postaci śmierci).

W przypadkach kobiet, które mówiły o swoich doświadczeniach związanych z usunięciem ciąży pojawiały się różne sposoby motywowania tej decyzji. Przede wszystkim te cztery kobiety (W01, W03, W14, W16) uważają, że była to dobra decyzja i jej nie żałują, poza tym była to ich decyzja i miały do niej prawo. Ich przekonania na osi sporu o aborcji znajdują się po stronie *pro choice*. Ma to duże znaczenie, ponieważ w ich wypowiedziach pojawiają się fragmenty dyskursu właśnie ugrupowań popierających dostęp do legalnej aborcji, a zaprzeczeniu ulegają wszelkie możliwe skojarzenia z ugrupowaniami *pro life*. Te drugie występują w formie żartów – o naukach kościelnych, które kobiety przechodziły, o debacie publicznej, która przybiera absurdalne formy, czy wreszcie o filmach edukacyjnych, które epatują potwornościami w imię „uświadamiania” młodych ludzi. W przypadku jednej badanej usunięcie ciąży odbyło się przed pojawieniem się oczekiwanego dziecka, u dwóch pozostałych przerwano ciążę kolejną. Czwarty przypadek dotyczy usunięcia ciąży z powodu wad genetycznych płodu i jego niewłaściwego rozwoju – przy czym była to jedyna ciąża chciana i planowana, która pojawiła się po wielu próbach. Wszystkie te kobiety posiadały bardzo określone wyobrażenia rodziny i zależało im na dobrych warunkach

dla planowanego dziecka – przy czym powinno się ono pojawić w określonym momencie. To przekonanie, że wszystko ma swój czas, również było w ich przypadkach znaczące.

Pierwsza z kobiet (W01), zdecydowała się na usunięcie ciąży, ponieważ uważa, że „gdybyśmy nagle zostali wrzuceni w takie obowiązki i takie rzeczy i takie... rodzicielstwo... to... to by nie było w ogóle... no, to nie byłoby dobre” [35-37: 5]. Po upływie pięciu lat od aborcji para doszła do wniosku, że chcą mieć dziecko – „[...] to był ten moment, kiedy stwierdziliśmy, że jeżeli chcemy mieć jakieś dziecko, to już jest czas” [19-20: 6]. Dodaje przy tym, że po spędzonych razem latach dojrzeli do posiadania dziecka, a ich sytuacja życiowa polepszyła się na tyle, że mogli sobie na to pozwolić. Ponieważ małżeństwo często się przeprowadzało i nie mieli wystarczającego wsparcia ze strony rodziców, planowali tylko jedno dziecko –

jak my byliśmy za granicą, to to było tak, że my byliśmy tam sami. I wiadomo było, że więcej dzieci po pierwsze nie będziemy mieć, dlatego, że... Ym... No, tak, że... logistycznie. Raz, że... Druga rzecz, że... już miałam dość... Dziecko jest naprawdę... dużo pracy i... i dużo wysiłku i... w ogóle dużo wszystkiego [wdech] i... tak, że to jedno miało być i to jest... i na to też byliśmy zdecydowani [33-39: 6].

Mąż rozmówczyni po urodzeniu dziecka poddał się zabiegowi wazektomii, co kobieta skomentowała następująco: „bo wiedzieliśmy, że po prostu dzieci więcej nie będziemy mieć [...] Już wiesz, mamy jedno [...] i to już nam wystarczy chyba...” [26-29: 7]. Dojrzałe i świadome rodzicielstwo wpływa więc na postrzeganie momentu w życiu, który jest tym najważniejszym na posiadanie dziecka.

Innymi okolicznościami, które miały wpływ na stosunek rozmówczyni do aborcji były: wcześniejsze doświadczenie rzekomej wpadki (którą określiła „końcem świata”, gdyby ta okazała się prawdą), przy okazji którego usłyszała od swojej matki kolejny raz, że ta przeszła aborcję i nie było to wydarzenie warte polecenia; posiadanie rodzeństwa, z którym ma słabą więź; brak rozmów na temat sytuacji w domu dotyczących aborcji; „życie na walizkach” oraz sam zabieg wykonany poza granicami kraju. Dwie pierwsze kwestie sformatowały niejako nastawienie kobiety do projektowania własnego wyobrażenia o rodzinie – najlepszą opcją było posiadanie jednego dziecka, zaplanowanego dziecka, które pojawi się „we właściwym czasie”. Zaznaczyć należy, że dla matki rozmówczyni aborcja (i/lub poronienie) była

doświadczeniem traumatycznym – „moja mama po tych aborcjach była zdruzgotana. Ona długo nie mogła się pozbierać. [...] miała straszną traumę. Dłuuugo, długo, długo [...] Może też dlatego nie chciała mi mówić” [12-17: 13]. Trzecia kwestia, czyli milczenie matki sprawiło, że córka po swojej aborcji również nikomu o zabiegu nie mówiła. Tylko ze znajomymi, które też dokonały aborcji wymieniała się tą informacją, nie wchodząc jednocześnie w szczegóły. Przyznała, że raz opowiedziała to swojej przyjaciółce – „przypuszczam może, żeby sobie z siebie to wyrzucić” [12-13: 10]. Do tej pory uważa, co często powtarzała, że „po prostu nie ma, o czym mówić”.

Płynna czy też niestabilna sytuacja życiowa – brak pracy, obcy kraj, krótka znajomość z mężczyzną, za którym zdecydowała się pojechać w świat, brak bliskiego kontaktu z rodziną, która pozostała w kraju – to wszystko sprawiło, że narratorka wypracowała bardzo specyficzny sposób radzenia sobie z ciągłymi zmianami i nieustannym poczuciem braku stabilności. Podchodziła do nich z akceptacją i jednoczesnym bagatelizowaniem sytuacji – uznając właśnie, że „nie ma, o czym mówić”. To charakterystyczne podejście zrekonstruowała przy okazji pytań zadawanych przez inne osoby o tęsknotę:

Wiesz, jak jesteś gdzieś za granicą i długo jesteś i wszyscy ci się pytają: „o nie tęsknisz?” [...] Wiesz, ja się nauczyłam, żyjąc tam te wszystkie lata, tak daleko, że po pierwsze nie myślisz o tym, że jesteś tak daleko. Nie myślisz o swojej rodzinie. Znaczący... myślisz, ale nie myślisz – „Jezu, a ja jestem tak daleko”... Nie rozmawiasz na ten temat. Bo nie ma o czym rozmawiać, bo po prostu jesteś daleko i zaczniesz rozmawiać i myśleć o tym, co się dzieje, to można się tylko... wiesz... [...] nastawiasz swój umysł na to, że nie myślisz o tym, o czym nie chcesz myśleć. [...] Bo po prostu wiesz, co jest realne i na co sobie możesz pozwolić... [24-40: 12].

Narratorka uznała przy tym, że nie nazwałaby tego wyparciem. Raczej realistycznym podejściem wynikającym ze znajomości siebie. Największego wpływu dopatrywać można się jednak w okolicznościach dokonania zabiegu przerwania ciąży. Rozmówczyni przebywała wówczas w jednym z krajów europejskich, które dopuszczają przerywanie ciąży. Para znała się dwa lata, byli świeżo po zaręczynach i ślubie cywilnym, który odbył się już po odkryciu ciąży, a przed jej usunięciem.

I wtedy okazało się, że [4sek] [ciszej] wpadliśmy. [5sek] Ale nie wiem dlaczego... Jak to było, że... Nie wiem... Nie pamiętam, dlaczego ja... Już nie, nie brałam... tych tabletek, które brałam wcześniej. Nie pamiętam. Zupełnie nie... nie... wiem. No i pamiętam, że wtedy taka była sytuacja, że jak myśmy się dowiedzieli

[5sek]... A jak myśmy się dowiedzieli? Chyba jakiś test musiałam zrobić? [4sek] Chyba. Nie pa... Nie pamiętam tego. To pamiętam, że jak mu to powiedziałam, to... po... **Ja leżałam w łóżku. I on się tak do mnie przytulił. I on zaczął płakać.** [5sek] [głęboki wdech] I... **od razu bez niczego, on od razu pierwsze co zrobił, to... nawet chyba nie mówiliśmy o tym za dużo... między sobą... Ale on od razu wziął telefon i zadzwonił** — ja nie wiem, gdzie on dzwonił... Ale to było w [państwo w zachodnio-północnej części Europy] wtedy to... **jakaś linia pomocy, coś takiego.** Tam, tam... Tam takie rzeczy były. [wdech] **I pyta się „jaki mamy możliwości?”**... No bo jakoś tak, dla mnie było jasne, że nie możemy mieć dziecka [...] On zadzwonił. I dowiedział się. I się okazało, że... My mieszkaliśmy w [miasto w zachodniej części wspomnianego wcześniej państwa] wtedy, że w [miasto będące siedzibą rządu wspomnianego wcześniej państwa] jest klinika, się zapisujesz... Najpierw idziesz tylko na badanie... [6sek] yym, nie pamiętam, czy to było tam na miejscu, czy trzeba było jakoś... Nawet chyba nie... Nie byłam na żadnych... **to było takie... bardzo nieinwazyjne** [podkreślenie]. **Bo on tylko zadzwonił, dowiedział się, gdzie jest ta klinika. Do tej kliniki nawet on chyba też zadzwonił... Umówiliśmy się na... ymm... na dzień** [5sek]... i... **I pojechaliśmy tam.** I to było tak... że... Jak ja to odkryłam, no to, co to mogło być... Tydzień, dwa... No bo musiałam nie dostać okresu... Ym... I... ymmm... [6sek] W tym czasie my mieliśmy ślub cywilny w [miasto w zachodniej części wspomnianego wcześniej państwa].

I na tym ślubie cywilnym... ja byłam w tej ciąży. To tak mi się zapamiętało teraz, że to tak było, że ja byłam w tej ciąży na ślubie. A potem po ślubie... ymmm... Właśnie pojechaliśmy do tego [miasto będące siedzibą rządu wspomnianego wcześniej państwa] na tą... na to usunięcie. Ym... No i... to było... [4sek] Było... No tak. Pojechaliśmy tam [podkreślenie]. **Ja weszłam tam do tej kliniki. Przebrałam się w ten taki zielony... I tam było sporo osób. I oni po prostu wołali. To było dla mnie niesamowite...** Myśmy w ogóle... W ogóle nie było... yy... Myśmy za to nie płacili. To było tak jakbyśmy normalnie pójście [...]. I no... ym... **Badanie miałam jakieś napewno, bo wiem, że babka robiła badanie i mówi: „tak, tak, to tu i tu jest”, ale ja nie widziałam tego na ekranie... co ona widziała.** Em... Nie pamiętam czy to było już w tym miejscu, czy... Nie ważne. I [9sek] **ja się miałam położyć na łóżko... I dostałam tylko... Wszystko, co pamiętam, to jest to, że położyłam się, [wdech] dostałam... maskę i potem się obudziłam. I już to było właściwie wszystko. I tam leżały też... jakieś babki leżały, i ja tylko miałam, wiem, że miałam leżeć i miałam jeszcze chwilę poleżeć... Potem już wstałam, poszłam się ubrać i wyszłam.** [4sek] I to było wszystko. [12sek] I to było... I było po wszystkim. I [imię męża], **pamiętam, że on czekał na mnie w tym [mieście będącym siedzibą rządu wspomnianego wcześniej państwa] i jak przyszedłam do tego samochodu... nie wiem, skąd on taki pomysł wziął... Kwiaty mi kupił... [ze śmiechem] Taaaki wielki bukiet kwiatów...** Myślę se no... Ja wtedy za dużo nie myślałam... No ale... tak... Kwiaty, to tak... No ale... OK. Kwiaty... [wdech]. **No! I pojechaliśmy i już nigdy więcej o tym nie rozmawialiśmy** [zaznaczenia Ł. L.] [28-43: 4; 1-32: 5].

Opisana powyżej sytuacja pokazuje, jak bardzo sytuacja usunięcia ciąży znalazła się poza percepcją kobiety. Kiedy dopytywałam ją o jej uczucia związane z tą sytuacją

przypomniała sobie, że jedynie kojarzy „jakieś nerwy. No bo wiadomo, że jest sytuacja, która jest i to jest niechciana sytuacja. I coś trzeba z tym zrobić” [35-36: 9]. Łzy swojego partnera interpretowała jako żal i niemoc, „bo to nie było to, co miało być, że to się, że to było poza kontrolą... i że to się wydarzyło...” [40-41: 9]. Brak rozmowy z partnerem opisuje następująco:

Bo znowu z mężem na ten temat nie rozmawialiśmy... Ale też... Nie żebyśmy omijali temat. Czy chcielibyśmy porozmawiać... Tylko po prostu jakoś tak się... **no nie było o czym**. No bo... **nie po to to zrobiliśmy, żeby później siedzieć i roz... rozten...** a tym bardziej, jak wiesz, mieliśmy później mieć dziecko... to nie było żadnych związanych z tym problemów. Tak że... **Jakoś tak... Się rozmyło** [zaznaczenia Ł. L.][15-19: 10].

Milczenie dotyczyło też (a może przede wszystkim) ukrycia faktu usunięcia ciąży przed teściami, którzy zdaniem pary takiej sytuacji by nie zaakceptowali ze względów światopoglądowych i przypuszczalnie mogliby zacząć obwiniać swojego syna, jego żonę lub obydwoje o tę decyzję. Rozmówczyni nie chciała dzielić się swoją matką informacją o aborcji w obawie o jej przykre wspomnienia własnych zabiegów. Aborcja stała się więc poniekąd tajemnicą, którą małżeństwo zachowało dla siebie. Nie jest to przypadek odosobniony. Panuje opinia, zgodnie z którą takie sprawy powinno zachować się dla siebie. Publiczne obnoszenie się z aborcją jest źle odbierane – doświadczenia tego typu opisuje jedna z kanadyjskich aktywistek Julia Santana Parrilla (Breit i Parrilla 2018). Wskazuje ona na reakcje swoich rodziców, którzy fakt dokonania aborcji przed jej narodzeniem ukrywają do dziś. Aktywistka założyła natomiast stronę internetową (soihadanabortion.squarespace.com) przeznaczoną dla osób, które chcą się swoim doświadczeniem podzielić – chcą poczuć, że nie były i nie są w tej sytuacji osamotnione. W Polsce również akcje tego typu znalazły odzew (mialamaborcje.pl), a gros kobiet anonimowo umieszczających tam swoje świadectwa, żalu (a tym samym żaloby) nie odczuwa.

O swojej sytuacji rozmówczyni nie myślała w kontekście „ciąża”, „dziecko”, „stworzenie” – tylko bardziej jak o problemie, który należy rozwiązać. Nie pamiętała również, czy po fakcie poczuła ulgę, bo o tym nie myślała. Obcość doświadczenia swojego pobytu w klinice podkreśliła dopowiadając, że

I też ja **nie kojarzę żadnego lekarza stamtąd. Żadnego**. Tak jak... Bo jak wiesz, jak robisz to w gabinecie z jednym lekarzem, to wiążesz to z kimś, z jakąś osobą, tak? [...] A ja nawet nic... nie... **Nie pamiętam nawet żadnej osoby stamtąd**.

[ciszej] Niesamowite. I tak sobie myślę – ile ja w sumie miałam szczęścia, że to się tak odbyło. I że ja teraz nawet nie myślę o tym, bo... No właśnie **to wyjście poza** [zaznaczenia Ł. L.] [23-29: 13].

Doświadczenie to było na tyle odrealnione w odczuciu kobiety, że trudno było jej je z czymkolwiek powiązać. Brak skojarzeń osobowych. Brak skojarzeń z miejscem, obcym już przez sam fakt pobytu w innym kraju. Brak wspomnień związanych z fizycznym czuciem między innymi bólu. O związku doświadczeń traumatycznych z cielesnością pisze JoAnn Trybulski (2005, 2006). Jej zdaniem to właśnie integracja psychiczna doświadczeń cielesnych ma wpływ na pojawienie się reakcji związanych z aborcją. W tym przypadku doświadczenie dotyczyło „obcego ciała”, ciała, które w pewnym sensie nie należało do narratorki, bo wykraczało poza jej wyobrażenia. Cała sytuacja została natomiast zwieńczona wręczeniem bukietu kwiatów, co również nie wchodziło do katalogu wyobrażeń na temat aborcji. Rozmówczyni spodziewała się czegoś innego, czegoś, co było udziałem jej matka, czegoś co powoduje traumę, tymczasem w jej przypadku sytuacja miała charakter obojętny lub pozytywny. Jej problem został rozwiązany – problem, który powodował „nerwy”. Takie doświadczenie nie niesie ze sobą poczucia straty. Trudno więc oczekiwać pojawienia się żałoby.

Bardzo podobne reakcje ma rozmówczyni [W16], która usunęła swoją drugą ciążę. Pojawienie się drugiego dziecka w jej sytuacji było ze względów zawodowych i osobistych niemożliwe. Tkwiąc w toksycznym związku, z jednym dzieckiem, na które starała się zarobić, nie wyobrażała sobie kolejnego. „Nie mogłam sobie po... pozwolić wtedy na kolejne dziecko. To nie był dobry czas. Nie mogłabym się na... tym dzieckiem nawet zająć, ktoś musiał zarabiać na życie... musieliśmy jakoś przeżyć [...]” [234-235]. W jej przypadku zabieg przeprowadzano w Polsce i również do sprawy nie wracała, nie rozmawiała o niej z nikim, bo „nie było o czym”. Zabieg wykonany był w gabinecie, a badana nie rozpoznaje u siebie objawów traumy. Po latach – pomimo faktu pojawienia się drugiego dziecka (trzecia ciąża) – nadal uważa, że dokonała słusznego wyboru i że gdyby znalazła się ponownie w podobnej sytuacji, jej decyzja nie zmieniłaby się. Nie powraca wspomnieniami do tego wydarzenia i nie wyobraża sobie swojego nienarodzonego dziecka. Nie jest z tej decyzji dumna, ale nie żałuje jej, bo alternatywa wydaje jej się gorsza. Ta narracja przypomina wiele innych, które można znaleźć w sieci. Co ciekawe – nie są to opinie opiewające idealność usuwania ciąży.

Wyraźne jest zaznaczenie, że część kobiet nie postrzega aborcji, jako czegoś pozytywnego, uważają one jednak, że jest to właściwe rozwiązanie, do którego chcą mieć dostęp. Dla przykładu, na jednym z blogów promujących prawo kobiet do decydowania o sobie (*Tak Wybrałam* 2016) pojawiła się anonimowa wypowiedź:

Jestem ostatnią osobą, która zachęcałaby kogokolwiek do aborcji. Jestem pierwszą, która będzie powtarzać, że najważniejsza jest edukacja i wsparcie dla kobiet. Gdybym wtedy jako nastolatka dostała tabletki hormonalne prawdopodobnie nie doszłoby do tej sytuacji. Gdybym umiała stanowczo domagać się od partnera używania prezerwatywy – pewnie nie doszłoby do tej sytuacji. Gdyby moja mama nie okazała mi wsparcia – pewnie bym urodziła i byłabym teraz samotną matką rzuconą gdzieś na marginesie społeczeństwa. Jestem ze swojej decyzji zadowolona co nie oznacza, że jestem dumna – aborcja to zło, jednak czasem to „mniejsze zło”. Pozwólmy kobietom decydować.

Trzeci z przypadków ma jeszcze inny wydźwięk. Rozmówczyni (W03) przerwała trzecią ciążę, która była efektem „małżeńskiej wpadki”. Kobieta miała już dwoje dzieci i nie planowała kolejnego, bo oznaczałoby to obniżenie poziomu życia całej rodziny. Jej sytuacja w momencie poczęcia dziecka wyglądała idealnie: dwoje dzieci, dom, wszystko tak, jak być powinno – wszystko zgodnie z oczekiwaniami i wyobrażeniami. Pojawienie się w perspektywie posiadania trzeciego dziecka wzbudziło przerażenie i ogólną niezgodę. Mąż narratorki podzielał jej zdanie w kwestii usunięcia ciąży i wspierał ją w tej decyzji (podobnie jak to miało miejsce w pierwszym przytaczanym przypadku). Matka narratorki również była dla niej oparciem:

Rozumiała mnie doskonale i w pełni popierała jakby moją y decyzję. W żaden sposób mnie nie, nie usiłowała prostować w żadną stronę, [...]. Więc ona jak najbardziej mnie rozumiała, zwłaszcza że sama przechodziła przez... przez podobne historie... Yy już nie mówiąc o tym, jak y skomplikowana i traumatyczna była historia w ogóle... naszej, naszej rodziny [530-539].

Motywacją do przeprowadzenia aborcji było to, że trzecie dziecko postrzegane było w szerszym kontekście – nawet jeśli nie spowodowałoby dużych zmian w kwestiach finansowych na samym początku, to już z biegiem czasu tak. Dodatkowo z pewnością zmniejszyłaby się ilość czasu poświęcana każdemu z dzieci.

Trzecie dziecko to jest ym... po pierwsze [drżący głos od tego momentu, w dużych emocjach] y sporo, **spore obciążenie**. [...] **Wymaga od nas uwagi. Wymaga jakichś tam nakładów**. Ja nie twierdzę, że to są gigantyczne nakłady, [...] Wiadomo, utrzymanie takich małych dzieci, to jest jakiś tam wydatek, ale na pewno nie... nie taki, jak może niektórym się wydaje. Na pewno **to rośnie z wiekiem**, więc

myśląc perspektywicznie, trzecie dziecko nie byłoby może problemem... teraz, ale **mogłoby się stać problemem później**.

Z drugiej strony y... **naprawdę się nie czułam na siłach**. **Ja się czułam** y od momentu urodzenia [imię drugiej córki] **coraz gorzej**. To nie jest może, że się czuję jakoś permanentnie chora, ale tu coś boli, tam coś boli... I... Już nie mówiąc o tym, że ymm [imię drugiej córki] dała mi [śmiejąc się] żylaki... [załamana, śmiejąc się] Koszmarne... Po prostu już nie jestem w tej chwili w stanie się normalnie rozebrać latem, no bo po prostu jest jak jest. I y... I jak sobie pomyślałam, że **przechodziłabym to jeszcze raz i mogłoby być jeszcze gorzej**...[6sek] to nadal czułam ten sprzeciw [zaznaczenia Ł. L.] [344-363].

Względy zdrowotne odgrywały ważną rolę w kształtowaniu się motywacji związanej z podjęciem decyzji. O ile pierwsza ciąża u badanej przebiegała wzorowo, to druga wpłynęła źle na jej zdrowie. Obawa, że kolejna ciąża może być gorsza od poprzedniej działało na wyobraźnię badanej i budziło jej przerażenie. Jednakże narratorka odczuwała również dyskomfort związany ze swoją niezgodą na trzecie dziecko. Widząc jednak inne matki, kwestionowała swój wybór.

Z drugiej strony... [5sek] Czułam też taki [5sek] **ból** w gruncie rzeczy, że... [przez łzy] m... złożyło się tyle okoliczności, które powodują, że jestem... **znaczy czuję się w klinchu**.

Nie chcę tego dziecka y, bo wiem, co ono oznacza, chociaż [wdech] samo dziecko, trzecie... [8sek] Nie wiem, jak to powiedzieć. Z jednej strony go chcę, z drugiej strony go nie chcę. Tak się wtedy czułam. **Czułam się koszmarnie źle**. Głównie z tą myślą, **że coś uniemożliwiam, że go nigdy nie poznam**... [silne poruszenie]

Ale z drugiej strony naprawdę **nie czułam się na siłach**, żeby... żeby przechodzić to jeszcze raz, żeby na tyle **zmieniać nasze życie**, żeby się ono pojawiło... [zaznaczenia Ł. L.] [367-373].

Przerwanie ciąży zostało wykonane w domu z pomocą zestawu poronnego od organizacji „kobiet na falach”.

Dostałam... dostałam te tabletki. Bardzo szybko je wzięłam. [westchnięcie] I... w domu... **w zaciszu domowym**, y po prostu... położyłam się... **położyłam się do łóżka**, bo to wygląda w ten sposób, że... y...w w określonej kolejności bierze się tabletki y, żeby wywołać najpierw y y [cmoknięcie] zahamowanie wydzielania wydzielania hormonów, a później **skurcze**. I... E... i czysto taką fizyczną reakcją w którymś momencie są **potworne dreszcze** i y taki stan y m... Jak to powiedzieć? [4sek] No człowiek się czuje, **jakby miał silne... silną gripę. Febrę. Może go nie boli za bardzo, ale czuje się taki... y... źle. Chory**. Więc się położyłam i... y... przez... Trwało to kilka godzin. Po czym było po wszystkim. Y... **Później już**

tylko czekałam na y... na y koniec krwawienia, bo to też trwa jakiś czas [zaznaczenia Ł. L.] [383-391].

Rozmówczyni nie ustosunkowuje się w żaden sposób do tego opisu. Przedstawia jedynie przebieg procesu. Wcześniej zaznaczyła, że trudno jest jej powiedzieć, czy jest wierząca, czy nie – określa się mianem agnostyczki. Twierdzi, że nie ma żadnej „depresji poaborcyjnej” albo „syndromu poaborcyjnego”, chociaż dostrzega, że odczuwa nadal poczucie „straty czegoś” (np. „uniemożliwienie poznania”). Pojawia się ono przy okazji spotykania matek z małymi dziećmi, kiedy widzi, że one dają radę z trzecim „oseskiem”, a ona sobie tego „odmówiła”.

I nie ukrywam, że... [6sek] Ponieważ [imię pierwszej córki] chodziła do przedszkola y z przynajmniej z dwiema yy koleżankami, które miały dwoje rodzeństwa, i ich y ich [ciszej, pytająco] brat, siostra nie wiem... byłaby teraz takim właśnie oseskiem ym... [5sek] **Zbliżałyby się pierwsze urodziny [z uśmiechem] tego dziecka.** Ja się czułam...[drżenie głosu nasila się, narratorka zaczyna płakać, chociaż do tej pory już płynęły jej łzy] I czasem... I **czasami jeszcze się czuję trochę źle**, że są dziewczyny, które po prostu tak planowały, albo nie planowały, ale po prostu to przyjęły i... [8sek] i już. I to nie są jakieś nie wiem, panie prezes, albo żony [śmieje się przez łzy] piłkarzy, tylko zwykłe dziewczyny, które też czasami ledwie wiążą koniec z końcem, więc ym... [przełknięcie śliny] y... Być może to było faktycznie z mojej strony trochę em... **samolubne to nie.** Ja raczej myślałam o tym, że ym... [5sek] że **utrudnię coś nam wszystkim**, jako rodzinie i że... hm... **Być może pewne rzeczy będą zamknięte dla dziewczyn wtedy, jeśli będą musiały się jeszcze z kimś tym wszystkim dzielić** [zaznaczenia Ł. L.] [395-407].

W jej narracji poczucie z jednej strony straty, z drugiej ulgi, że kryzys został zażegnany i życie wróciło do normy sprawia, że rozmówczyni dodatkowo czuje społeczne naciski związane z próbą penalizacji aborcji. Cieszy się, że miała środki, by kupić zestaw poronny, bo inne osoby mogą nie mieć takiej możliwości, ale z drugiej strony odczuwa złość, że jej osobista decyzja jest „z punktu widzenia państwa jakoś w ogóle rozpatrywana” [434]. W kontekście wydarzeń mających w Polsce stale miejsce – jak piętnowanie przez media i organizacje *pro life* – jest to reakcja naturalna.

W styczniu 2020 roku na profilu Dziewuchy Dziewuchom (Facebook 2020.01.17) na portalu społecznościowym Facebook pojawiła się reakcja dotycząca sytuacji w Górowie Iławieckim, gdzie nastolatka przerwała ciążę używając tabletek kupionych w internecie. Media przerwanie ciąży nazwały „makabryczną zbrodnią”, a inne twierdziły, że doszło do „utopienia płodu”. Na profilu Aborcyjny Dream Team (Facebook

2020.01.15) autorki starały się wykazać niezgodność tych oskarżeń i opinii ze stanem rzeczy. Wspominałam już o potocznym rozumieniu aborcji jako dzieciobójstwa, które forsowane jest przez środowiska religijne. W 2018 roku w Szczecinie pojawiły się na ulicach napisy „aborcja to dzieciobójstwo – Papież Franciszek” (Mikulski 2018). Słowa te pochodziły z wystąpienia papieża na Forum Włoskich Rodzin. Papież przyrównał zabicie nienarodzonego dziecka do zbrodni nazistów – „w ubiegłym stuleciu cały świat był zgorszony tym, co robili naziści, by doprowadzić do czystości rasy. Dzisiaj robimy to samo, ale w białych rękawiczkach” (*ibidem*).

Donna Krupkin Whitney (2017) wskazuje na powiązanie poczucia winy i wstydu z pojawieniem się reakcji związanych ze stratą. Piętnowanie i stygmatyzacja kobiet mogą więc wpływać na długotrwałe objawy żałoby, nawet w przypadku osób, które uważają, że są odporne na klimat społeczny wokół aborcji. Rosanna F. Hess (2004) proponuje, by kobiety dokonujące aborcji objąć opieką psychologiczną lub doradczą, której celem będzie wskazanie dostępnych sposobów radzenia sobie z poczuciem straty i żałobą. Także poprzez wskazywanie odpowiednich praktyk i rytuałów – jak chociażby te, o których pisałam w rozdziale drugim, wspominając o Koreankach, które kultywują pamięć przodków. Badana dochodzi zresztą do wniosku, że jej poczucie może mieć charakter permanentny, bo utraciła na zawsze szansę poznania swojego trzeciego dziecka, pomimo faktu, że była to dobra decyzja w jej ocenie.

Mnie się zdarza o tym myśleć, raz na jakiś czas i... [cmoknięcie] **Prawdopodobnie będę o tym jeszcze myślała kiedyś**, [silniej poruszona] **być może do końca życia...** [przełknięcie śliny] w określonych momentach ym... [płacząc] **Jest mi żal czegoś z jednej strony**. [stara się śmiać ze swojej reakcji] Jak widać. Ale... [8sek] Ale w sumie to nie odczuwam z tego powodu jakiegoś takiego... jakiejś ciężkości. [6sek] Ym... [5sek] Nawet mam wrażenie czasami, że może powinnam... y czuć się bardziej winna, ale z drugiej strony ym... nie wydaje mi się, żeby zrobiła coś naprawdę złego. Także... Ja teraz się wzruszam, bo mi się to wszystko przypomina, ale na ogół to nie budzi we mnie aż tak silnych emocji. Więc y... mmmm [5 sek] Nie jest to... [zaczyna dzwonić telefon narratorki] nie jest to dla mnie jakaś taka gigantyczna y... [narratorka odrzuca połączenie] trauma. Yyyy... teraz. Na pewno nie chciałabym przeżyć tego jeszcze raz [zaznaczenia Ł. L.] [415-426].

Ważną kwestią w tych trzech przypadkach jest też to, że były to ciążę niechciane. W doświadczeniu ucieleśnionym taka niechciana ciąża jest opisywana jako coś, co wydarza się poza ciałem, coś, co tego ciała nie dotyczy lub dotyczy go w sposób obcy. Caroline Lundquist (2008) wskazuje na to, że drugi i trzeci trymestr to często ten

moment, kiedy ruchy dziecka sprawiają, że kobieta przestaje myśleć o sobie „ja”, a zaczyna stosować określenie „my”. Wcześniejsze „rozdzielenie” na matkę i płód (obcy element) jest czymś naturalnym. Zaprzeczenie jedności z dzieckiem lub związku z nim, stanowi mechanizm obronny. Lundquist pisze:

Współczesny dyskurs o ciąży, zwracający uwagę na pozytywne jej aspekty z wykluczeniem wszystkich innych, **nadal ucisza kobiety, które nie potrafią opisać swoich przeżyć w sposób jednoznacznie pozytywny**. Dopóki kobiety te nie zdobędą słownictwa, za pomocą którego mogą **wyrażać ambiwalentne, a nawet negatywne uczucia dotyczące ciąży, zwłaszcza ciąż niechcianych, będą nadal cierpieć w milczeniu**. Oferując bardziej wszechstronny wgląd w tematykę ciąży, feministyczna fenomenologia ma potencjał do stworzenia właśnie takiego słownictwa. Przeżywane doświadczenie ciąży jest tak radykalnie zróżnicowane i tak silnie uwarunkowane, że filozofkom feministycznym wypada kontynuować jego badanie. **Teoretyczne kategorie doświadczeń ciążowych będą przydatne w rozszerzaniu dyskursu na temat ciąży, ale powinny zawsze być umowne, odpowiadając w razie potrzeby na zmiany w normach społecznych i instytucjonalnych warunkujących doświadczenie ciąży oraz na nowe relacje samych ciążarnych** [zaznaczenia Ł. L.] (*ibidem*: 152).

Postulowane przez Lundquist kategorie teoretyczne umożliwiałyby stworzenie języka opisującego całokształt emocji związanych z ciążą. Jest to bardzo istotna kwestia, która wymaga otwartej dyskusji. Jednak ta dyskusja nie będzie możliwa, jeżeli do rozmów o aborcji będą zapraszani specjaliści, a nie specjalistki czy same matki, których sprawa dotyczy bezpośrednio.

O wpływie różnych okoliczności na uczucia i emocje kobiety dokonującej przerwania ciąży pisze Nat, autorka bloga proseksualna.pl (2014):

„Syndrom poaborcyjny” czy raczej „trauma poaborcyjna” jako schorzenie nie istnieje – nie znajdziecie jej na liście DSM-IV-TR. W środowisku lekarzy mówi się, że jest to bardzo nośny termin ukuty przez członków ruchu pro-life, który, wspierany przez lekarzy o określonym światopoglądzie, po prostu trafił na podatny grunt. **Smutek czy znaczne obniżenie nastroju po dokonaniu przez kobietę aborcji łączy się raczej z tym, jak została wychowana, jakie są jej przekonania, a nawet z tym, w jakiej atmosferze przebiegał zabieg**. I nie jest to nieuleczalny smutek – **kobiety, które dokonały aborcji ze względu na wady płodu, a które chciały mieć dzieci, porównują nastrój po zabiegu do żałoby**, a ta nie trwa wiecznie [zaznaczenia Ł. L.].

To wspomniane przez blogerkę „stworzenie” terminu „syndromu traumy poaborcyjnej” (*abortion trauma syndrome*: ATS; *post abortion distress*: PAD; *post*

abortion syndrome: PAS; *post abortion psychosis*: PAP – zob. Speckhard i Rue 1993) omawia szczegółowo Hani Raoul Khouzam (2018). Autor zwraca uwagę na niewystarczające badania zarówno po stronie tych, którzy twierdzą, że taki syndrom istnieje, jak i tych, którzy przekonują, że go nie ma. Potrzebne są więc pogłębione badania. Dotychczasowe badania nie wykazały jednoznacznych dowodów na istnienie lub nieistnienie „syndromu traumy poaborcyjnej”, bo rzeczywistość nie jest jednorodna – nie mam więc pewności, czy kiedykolwiek uda się takie dowody zebrać, by stworzyć jeden sztywny model. I tak na przykład Detlev Katzwinkel (2009: 18) uważa, że rzeczony syndrom jest zaburzeniem duchowo-psychicznym odczuwania kobiet – czyli jest skomplikowaną reakcją niejednorodną.

Natalia Broniarczyk w audycji Pawła Sulika „Post Factum” (2016) wskazała na powiązanie sposobu, w jaki mówi się o aborcji z reakcjami emocjonalnymi kobiet, które dokonują zabiegu przerwania ciąży. Jej zdaniem to decyzja kobiety i jej umotywowanie są najważniejsze. Problemy społeczne, które mogą być powodem do przerwania ciąży należy rozwiązywać nie poprzez zakazywanie dostępu do legalnej aborcji. W jej wypowiedzi pojawia się również ważne stwierdzenie, że ile aborcji tyle motywów ich wykonania. Stygmatyzacja prowadzi do traumy, warto więc zastanowić się nad językiem i nad tym, czy pojawianie się ATS nie jest wynikiem nie tyle dokonania aborcji, co procesu stygmatyzacji po zabiegu. Próby zmiany perspektywy podejmują różne media – materiał w Wysokich Obcasach (2018) i okładka z hasłem „Aborcja jest OK” wzbudził kontrowersje. O reakcjach tych pisze Magdalena Chrzczonowicz (2018) „[p]rzekonanie, że aborcja, nawet gdy jest prawnie dozwolona, wywołuje zawsze negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego i jest dramatycznym wyborem to dominująca w Polsce narracja”. Powołując się na badania (także te, o których wspominał Khouzam) wskazuje, że czynnikami, które mogą przyczynić się do pojawienia się negatywnych reakcji po aborcji (w pierwszym trymestrze) są:

- Poczucie stygmatyzacji, konieczność ukrywania się z zabiegiem, słabe wsparcie otoczenia społecznego;
- Wcześniejsze problemy ze zdrowiem psychicznym (to najsilniejszy z czynników);
- Czynniki osobowościowe takie jak niskie poczucie własnej wartości i strategie radzenia sobie ze stresem oparte na wyparciu lub unikaniu;
- Specyfika danej ciąży, w szczególności to, w jakim stopniu była ona chciana (*ibidem*).

Powyższe przykłady pokazują, że jest możliwe nieodczuwanie straty, jeśli – trochę w myśl uproszczonej wyliczanki powodów terminacji ciąży Driscoll i Faugno (2006) powiązanie ciąży z dzieckiem, a dziecka z wartością samą w sobie nie zachodzi. Kiedy tylko nadamy dziecku znaczenie, jego „zniknięcie” staje się stratą, a więc możliwe jest doświadczanie żałoby. Taka sytuacja miała miejsce w przypadku ostatniej z matek (W14), której przypadek chciałabym przywołać. Kobieta w drugim trymestrze została skierowana do szpitala na usunięcie ciąży ze względu na chorobę genetyczną płodu. Wywołanie porodu odbywało się w taki sposób, żeby nie mogła zobaczyć „płodu”, co oceniła jako dobrą praktykę. „I ja przyznam się, że nie widziałam... y... no... tego dziecka, bo... nawet [łamiącym się głosem] nie chciałam widzieć” [233-234]. Jej zdaniem dobrze zrobiono, że nie miała możliwości zobaczenia dziecka, bo tego cały czas się bała najbardziej i konsekwencji tego widoku w postaci traumy. Powiedziała przy tym –

wiedziała, że **nie będzie wyglądało...** tak normalnie **jak dziecko...** bo... [ściszym głosem]. My wiedzieliśmy, że ma [4 sek] **przesunięte kości, że ręce ma pod innym kątem**, bo to była też kwestia tych zmian genetycznych, że **nie ma wszystkich kości, więc też układają się inaczej nogi i ręce...** i że to nie je... **nie będzie widok... tak jak normalnego dziecka** [zaznaczenia Ł. L.] [249-253].

Widok dziecka, które jest zniekształcone mógł pozostać z kobietą na dłużej, obawiała się tego, więc podeszła do sprawy w sposób zabezpieczający własną psychikę i emocje. Stwierdziła również, że zdecydowali z mężem, by nie chować dziecka, bo to „zostaje z nami na całe życie” [67].

Paulina Łopatniuk (2018) pisząc o embriopatologicznych wadach płodów wskazuje nie tylko na to, że to nie tyle „brzydkie dziecko”, którego ktoś nie chce ze względu na jego wygląd, ile dziecko takie po prostu nie przeżyłoby poza ciałem matki, że jego istnienie przepełnione byłoby cierpieniem. W podejściu mojej rozmówczyni wyraźne jest też przesunięcie z poziomu „dziecko” do poziomu „płód”. Sama zaznacza, że pomimo tego, że czuła już jak się rusza, to uznała, że „to był jeszcze płód, a nie dziecko” [226-227]. Relacja z płodem jest łatwiejsza do przerywania niż relacja z dzieckiem – o czym już wspominałam – takie nastawienie pozwoliło kobiecie przetrwać tę trudną sytuację straty upragnionego dziecka.

Zdaniem niektórych specjalistek i specjalistów zalecane jest pożegnanie z dzieckiem (zob. Geerinck-Vercammen i Kanhai 2003), nie powinno ono jednak być

nikomu narzucane, bo może wyrządzić więcej krzywdy niż pożytku – każde działanie powinno być dyskutowane z osobami, których dotyczy. Podobnie rzecz ma się z pogrzebem – o czym będę jeszcze pisała w podrozdziale dotyczącym pochówków – jednakże również ta decyzja nie powinna być nikomu narzucana.

Przy okazji podjęcia tematu dzieci z chorobami genetycznymi, warto wspomnieć o emocjach wokół urodzenia dziecka chorego przez inną narratorkę (W17). Choroba genetyczna, bardzo rzadka, została stwierdzona dopiero po urodzeniu się dziecka. Dziecko zmarło po ponad rocznej walce (proces stawiania diagnozy, próby ratowania życia przed postawieniem diagnozy itd.). Fakt urodzenia „takiego dziecka” oceniony został przez teściów narratorki jako egoistyczny. „Takie dziecko” należało ich zdaniem usunąć, by nie narażać rodziny i samych siebie na trudne emocje. To podejście było dla badanej wyjątkowo bolesne. Sama stwierdziła, że gdyby wiedziała, że dziecko jest tak ciężko chore, nadal byłaby zdecydowana je urodzić, bo okres spędzony z córką ocenia jako wartościowy i niezastąpiony. Zaznacza przy tym – co czyniło wiele matek podczas moich badań – że nie potępia i nie ocenia kobiet, które nie będą chciały przechodzić gehenny z chorym dzieckiem. Pomiędzy badanymi kobietami istnieje zgoda w tym zakresie – decyzja o usunięciu ciąży powinna być dokonywana przez matkę i ojca, ale to matka będzie żyła z jej konsekwencjami (fizycznymi i psychicznymi), więc to jej głos ma tutaj większe znaczenie.

Reasumując – decyzja, która nie pociąga za sobą ocen moralnych, poczucia straty czy większych emocji, nie sprzyja pojawieniu się żałoby. W przypadku, kiedy decyzja dotyczy „dziecka”, a nawet „planowanego dziecka” i jest powiązana z emocjonalną więzią z nim – może pojawić się poczucie straty, ale nie zawsze żałoba. Wartościową praktyką jest więc dzielenie się swoim doświadczeniem oraz rozmawianie z kobietami (lub nawet potencjalnymi rodzicami) o tym, z czym wiąże się aborcja. Pomocne mogą okazać się osoby, które pracują w zawodzie aborcyjnej douli (Brewer 2018; Moayed 2018) i prowadzą kobietę od początku do końca, doradzając jej, podsuwając różne rozwiązania oraz służąc doświadczeniem i wsparciem. Pragnę zaznaczyć, że praca tego typu ma na celu ułatwienie poradzenia sobie z decyzją o usunięciu ciąży, nie zaś zachęcanie do aborcji.

5.2. Pragnienie dziecka – wspólnota doświadczenia straty a poczucie osamotnienia

O ile przypadki przerywania ciąży wpisane są w świadomą decyzję i nie muszą być postrzegane w kategoriach straty, to poronienie taką stratą już jest. Nadal trudno jest o uznanie jej i pełną społeczną akceptację, ale wprowadzane do szpitali standardy opieki nad kobietami, które utraciły dziecko w wyniku poronienia lub martwych narodzin i akcje mające na celu mówienie o takich sytuacjach, sprzyjają zmianie mentalności. Widoczny jest też wzrost liczby publikacji świadectw matek, które straciły dziecko (Malenfant 2017).

Śmierć dziecka w wyniku poronienia często powiązana jest ściśle z dwoma kwestiami – chęcią bycia rodzicem i niemożliwością donoszenia ciąży (czy problemami z zająciem w ciążę). Często występują one razem, co tylko potęguje poczucie straty. Podobnie wygląda sprawa w przypadku urodzeń martwych i śmierci okołoporodowych, chociaż badane dostrzegają różnicę między stratą dziecka nienarodzonego, a martwym urodzeniem lub urodzeniem dziecka żywego, które umrze jakiś czas po porodzie. Związane jest to przede wszystkim z możliwością zobaczenia dziecka i pożegnania z nim. Wyraźnie uwidaczniają się przy tym indywidualne preferencje, odczucia i sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Próbą znalezienia wspólnych części dla odmiennych doświadczeń jest właśnie skoncentrowanie uwagi na wspomnianych aspektach – łączą one wszystkich rodziców, z którymi miałam możliwość rozmawiać. Istnieje jeszcze jedna rzecz, która ich łączy – zarówno kobiety, jak i mężczyźni – którzy stracili dziecko w wyniku poronienia, martwych narodzin lub śmierci okołoporodowej. To poczucie wstydu, osamotnienia i lęk. Te emocje pojawiają się z różnym nasileniem i w różnym czasie – bywa, że jedna z nich zaznacza swoją obecność wyraźniej. Co interesujące – poczucie winy jest najczęściej łączone z aborcją czy samobójstwem dziecka, czasami też z wypadkiem jako rodzajami śmierci, które podlegają społecznej stygmatyzacji – tymczasem badania wskazują na jego powszechne występowanie właśnie w przypadku poronień (Adolfsson i in. 2004). Jest tak między innymi dlatego, że poronienie jest śmiercią, w której trudno znaleźć przyczynę, kobiety biorą więc tę winę na siebie. Grupa brytyjskich badaczek nazywa poronienie „niedoskonale unaukowioną” (*imperfectly scientised*) formą śmierci,

ponieważ nauka i medycyna, mające dostarczać racjonalnych wyjaśnień, w tym przypadku zawodzą (Frost i in. 2007). Z medycznego punktu widzenia poronienie postrzegane jest jako pojedyncze zdarzenie, mierzalne w obszarze pojawiających się powikłań (zakażenia itp.). Dla matek ma ono znaczenie więcej aspektów emocjonalnych, psychologicznych, społecznych i praktycznych. „Medyczne podejście umniejsza złożoność tego doświadczenia i przyczynia się do poczucia, że poronienie jest trywializowane, a jego znaczeniu dla kobiety usiłuje się zaprzeczać” (*ibidem*: 1005). Autorki opracowania zwracają uwagę także na fakt, że negowanie znaczenia poronienia – wraz z wypowiedziami typu „urodzisz sobie drugie” (do których odniosę się przy okazji omawiania wpływu instytucji na przebieg żałoby) – jest niepożądane.

5.2.1. Poronienie

Przechodząc do przypadków moich narratorek i narratorów – omawiać będę sytuacje bardzo wczesnej straty ciąży nie zawsze w pełni chcianej (W10, W06) oraz wielokrotnych strat spychanych do podświadomości w związku z nadrzędnym pragnieniem posiadania dziecka (W02). O utracie ciąży ze względów zdrowotnych lub w sytuacji utrudnionej reprodukcji wspomnę omawiając przypadki matki dziecka poczętego metodą *in vitro* (W13) oraz matki trójki chorych dzieci (W15). Powrócę też do narratorki, która usunęła ciążę chcianą ze względu na „wadliwy” rozwój płodu (W14). Śmierć okołoporodowa to przypadki dość podobne, gdzie znaczący wpływ na efekt porodu miały osoby zaangażowane w jego przebieg (R10, W12)

Czasami ciąża może być nieplanowana, ale kobieta decyduje się ją utrzymać (W10). Kiedy poroni, co jest częste w przypadku pierwszych ciąż, początkowo racjonalizuje to doświadczenie i nie ma ono dla niej negatywnego, traumatyzującego znaczenia. Wynika to właśnie ze wspomnianej już kwestii chęci bycia rodzicem i niemożliwości zajścia w ciążę. W wieku dwudziestu paru lat narratorka odczuwała potrzebę zostania matką – szczególnie, że ojciec dziecka zniknął wówczas z jej życia. Nie miała również problemów z zajściem w ciążę. Poronienie co prawda ocenia jako doświadczenie trudne, ale nie miało ono wówczas aż tak traumatycznego charakteru. Z wiekiem pojawiły się poważne problemy zdrowotne – badana przeszła w konsekwencji choroby nowotworowej operację usunięcia macicy z przydatkami. Poronienie, którego

doświadczyła lata wcześniej urosło do rangi straty, bo było najbliższym doświadczeniem bycia w ciąży i możliwości stania się rodzicem. Jest to sytuacja podobna do opisanej przez autorki tomu *When a baby dies – The experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death* – Nancy Kohner i Alix Henley (2001). Wspominają one o podwójnej żałobie kobiety, która po wielu próbach zostania matką doszła do wniosku, że jednak musi zakończyć te starania, bo kolejne próby doprowadzą do jej śmierci, jednocześnie rezygnacja ze starań o dziecko oznaczała niemożliwość zostania rodzicem (*ibidem*: 97). Także w książce Lois Tonkin (2019) – *Motherhood Missed* – kobiety opowiadają o niemożliwości zostania matką. Jedna z nich stwierdza, że rzadko kiedy mówi o swojej żałobie związanej z niespełnionym macierzyństwem, ponieważ i tak nikt tego nie rozumie. Jednocześnie ma wrażenie, że jest „emocjonalną puszką Pandory” i boi się, że każda próba podzielenia się swoim doświadczeniem straty, może wywołać tak potężne emocje, że nie będzie potrafiła nad nimi zapanować. A ostatnią rzeczą, której by chciała jest obarczanie kogoś swoim smutkiem (*ibidem*: 132). W tego typu przypadkach poczucie straty pojawia się dopiero w momencie nadania mu takiego statusu. W przypadku mojej rozmówczyni (W10) – zmiany w ciele i niemożliwość starania się o własne dziecko prowadziły do reinterpretacji poronienia. Procesualny charakter pojawiania się poczucia straty, a w konsekwencji również żałoby wskazuje na „żałobę odroczoną”. Zostaje ona „wzbudzona” przez pojawienie się innej / zmianę w interpretacji sytuacji potencjalnie wskazującej na stratę i powiązanej z ewentualnością wystąpienia żałoby.

Żal, który zaczęła odczuwać moja narratorka i z którym była zupełnie sama, zdołała przezwyciężyć z pomocą kochającego ją partnera – ojca utraconego dziecka, z którym po latach jej drogi ponownie się zeszły. Pomogła też możliwości wspólnej opieki nad jego dziećmi oraz status rodzica społecznego i możliwość wychowywania dziecka „od maleńkości”. Macierzyństwo zastępcze częściowo ukoło ból. Nie bez znaczenia pozostaje fakt stworzenia symbolicznego grobu dla utraconej córki (choć poronienie było na tak wczesnym etapie ciąży, że nie było możliwości stwierdzenia płci). Kobieta wskazuje również na brak zrozumienia i wsparcia ze strony swojej rodziny, co pogłębiało jej poczucie straty. Z drugiej strony widoczne jest, jak bardzo jej życie zmieniło się z momentem zaistnienia takiego wsparcia ze strony partnera i jego rodziny.

Poczucie osamotnienia rodziców po stracie jest chyba jednym z bardziej powszechnych odczuć. Świadczą o tym liczne wpisy na internetowych grupach wsparcia i forach poświęconych doświadczeniu poronienia (np. strona „poronienie.pl” Stowarzyszenia Rodziców po Poronieniu), gdzie poza sekcjami informacyjnymi dla rodziców dotyczącymi aspektów prawnych, medycznych, psychologicznych i religijnych znajdują się również sekcje przeznaczone na świadectwa, pamiątniki czy dzienniki rodziców po stracie.

W innych przypadkach ciąża może być tajemnicą dla otoczenia – poronienie jest więc również czymś, czego nigdy się nie ujawnia. Taką sytuację przedstawia wywiad z kobietą (W06), która nie przyznała się do poronienia (i ciąży) nawet swojemu mężowi. Publicznie utrzymuje, że nigdy w ciąży nie była, bo to nie jest wskazane zdrowotnie w jej przypadku i w ciążę zająć nie może ze względu na rozmaite obciążenia genetyczne. W rozmowie ze mną najpierw stwierdziła „zarodek martwy w czwartym tygodniu... organizm oczyścił się sam” [34]. Później po opowiedzeniu o swoim wolontariacie z dziećmi, wracając do wątku poronienia – powiedziała to samo w bardziej emocjonalny sposób, opisując dokładnie sytuację, swoje różnorodne emocje – jednocześnie poczucie ulgi, smutek, przerażenie, zaskoczenie i bezradność. Pod pierwotną deklaracją braku odczuwania czegokolwiek w związku z poronieniem (jakie można mieć odczucia związane z poronieniem, skoro przyjmuje się pozycję, że nigdy nie było się w ciąży?), ukryte były różne emocje związane z wypieranym doświadczeniem. Rozmówczyni wielokrotnie zaznaczała, że „nie czuje żalu po stracie”, bo nie powinna mieć własnych dzieci (kontynuacja wyparcia), wyraźne widoczne jednak było poczucie straty – trudno jednoznacznie określić, czy bardziej dotyczyło faktu utraty ciąży, czy decyzji o niemożności posiadania dzieci biologicznych – a może obu tych kwestii. Osamotnienie matki wynika w tym przypadku z psychicznej bariery związanej z przyznaniem się komukolwiek do tego, że była w ciąży. Kobieta swój ból przekuwa w zaangażowanie społeczne i wolontariat na rzecz potrzebujących dzieci.

Wspomniana już sytuacja kobiety (W14), która zdecydowała się usunąć ciążę z powodu choroby genetycznej dziecka, ukazuje poczucie straty właśnie w wymiarze decyzyjnym. Małżeństwo starało się o dziecko, z trudem zaszli w ciążę. Jeździli do dwóch lekarzy, sprawdzali na każdym etapie wyniki badań. Pierwsze USG nie wykazało (lub im o tym nie powiedziano) nic ponad problemy z sercem. Dziecko z

chorobą serca nadal wpisywało się w obraz dziecka pożądanego. Dopiero kolejne USG i wizyta u innego specjalisty postawiły sprawę jasno – dziecko było tak chore, że nie mogłoby przeżyć poza łonem matki, a dodatkowo wpływało negatywnie na zdrowie ciężarnej. Wybór nie był prosty, ale wydawał się jedynym możliwym. Kolejne starania tej pary o dziecko powiązane były ze stresem i przerażeniem, że sytuacja może się powtórzyć. Zgodnie z procedurami matka nie widziała dziecka. Rodzice nie zdecydowali się też na zabranie ciała do pochówku. Co zdaniem badanej zaskoczyło pracownika szpitalnej chłodni.

W artykule Heleny Łygas (2018) opisana została sytuacja kobiety, której dziecko chorowało na zespół Edwardsa. Kobieta poprosiła o możliwość przytulenia dziecka, a następnie zabrała ciało do pochówku.

Nie żałuję tego widoku, mimo że sześciomiesięczne dziecko z zespołem Edwardsa nie przypomina słodkiego niemowlaka z reklamy. Musiałam przytulić go chociaż raz. Najpierw **nie chcieli mi go pokazać**. Położna chodziła i pytała lekarzy, chyba nawet dyrektora, czy wolno. Dla mnie **to nie był straszny widok**, bo kochałam swoje dziecko, ale wiem na pewno, że zakończenie ciąży może być aktem miłosierdzia [zaznaczenia Ł. L.] (*ibidem*).

Nie każda kobieta pragnie takiego rodzaju zamknięcia, pożegnania – będę jeszcze o tym pisała w kontekście interakcji osieroconych rodziców z instytucjami i ich reprezentantkami oraz reprezentantami w **rozdziale siódmym**. W tym miejscu ważne jest jednak zaznaczenie, że pożegnania mogą być wartościowym sposobem zamknięcia relacji z dzieckiem, z jego fizyczną formą. Rodzice, którzy decydują się na takie rozwiązanie, często chwalą sobie tę możliwość „spotkania z dzieckiem”, lub jak to określiła jedna z badanych (W17) „powitania i pożegnania dziecka”. Nie należy jednak nikogo zmuszać do donoszenia ciąży (Cullen-Delsol 2018), spotkania z dzieckiem lub pochówku (Hyde Bryar 1997, Teggi 2019). To są decyzje, które należą do rodziców i to oni muszą zostać o to zapytani, a ich decyzje powinny być szanowane. Oznacza to, że wprowadzenie sztywnych regulacji nie jest wskazane, bo preferencje mogą być różne, a chodzi koniec końców o to, by nie utrudniać już trudnej sytuacji straty dziecka.

Ksiądz Jarosław Ogrodniczak (Zimoniowie 2017) wspomina o jednej z form pożegnania z dziećmi utraconymi, które zaproponował Andrzej Winkler podczas weekendów rekolekcyjnych w Koniakowie. Chodzi o ćwiczenie polegające na wizualizacji zmarłego dziecka i symbolicznego z nim pożegnania. To ćwiczenie

dedykowane jest rodzicom, którzy nie mieli możliwości dotknięcia, zobaczenia, spotkania z dzieckiem. „To takie urealnienie, że to dziecko jest, ono ma jakąś płęć, ma jakiś wygląd, ma jakieś imię, jest kimś konkretnym, a nie jest jakimś «czymś», nie jest żadnym Aniołkiem, tylko po prostu jest dzieckiem, które – jak wierzymy – jest w Niebie” (*ibidem*: 106).

Determinacja i upór stają się czasami czynnikami, które chronią przed poczuciem straty (W02). Nie niwelują jednak poczucia winy. Moja rozmówczyni była sześć razy w ciąży. Ta szósta zakończyła się „sukcesem” – dziecko urodziło się żywe i przeżyło, ale jako wcześniak znalazło się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Rozmówczyni uważa, że stres związany z przebywaniem dziecka w inkubatorze i świadomością, że może ono nie przeżyć, był dla niej większy, niż stres związany z poronieniami. Trauma utraty ciąży i starania się o dziecko została wyparta przez traumę związaną z lękiem o życie narodzonego dziecka. Badana ocenia też, że strata dziecka jest trudniejsza, niż doświadczenie poronienia i trudno jest jej sobie ją nawet wyobrazić. Może to być związane z faktem, że poronienia już oswoiła – o czym sama wspomina – a śmierć dziecka jest czymś, co jest jej nieznane, co w związku z tym paraliżuje.

O pierwszych dwóch ciążach badana wspomina łącząc je. Zauważa po chwili, że jednak pierwsze poronienie było dla niej trudniejszym doświadczeniem – „lekarz mi to wytłumaczył, że to... ynn... jeszcze nie było nie było dziecko, bo nie było echa serca” [1-2: 4]. Medykalizacja dyskursu na temat procesów reprodukcyjnych sprzyjała w tym przypadku wypieraniu znaczenia straty i przyspieszała powrót do dalszego starania się o dziecko. Druga ciąża echo serca miała – tak samo jak kolejne. Ta druga trwała dwanaście tygodni. Trzecia ciąża trwała szesnaście tygodni i zakończyła się hospitalizacją, ponieważ badana się wykrwawiała. Możliwości utraty własnego życia w cyklu starań o dziecko badana zupełnie neguje – chociaż dostrzega traumatyczny charakter tych wydarzeń. Czwarte poronienie nastąpiło w osiemnastym-dziewiętnastym tygodniu. Po tym doświadczeniu kobieta poszukiwała pomocy psychologicznej, czuła, że jest w depresji i ma myśli samobójcze. Po długim leczeniu zaszła w piątą ciążę, którą też straciła. Ponieważ nie mogła przez kolejne trzy lata począć dziecka i wszystkie próby kończyły się rozczarowaniem, zdecydowała się na adopcję. Po rozpoczęciu procesu kwalifikacji zaszła w ciążę i urodziła w 26 tygodniu wcześniaka. O swoich doświadczeniach mówiła tak:

[...] wszystkie ciąży polegały – czyli pięć – yy na wizycie w szpitalu. Było krwawienie, wizyta w szpitalu i... zabieg łyżeczkowania... No trauma związana z pobytem w szpitalu jest ogromna. [4sek] Yyyy... Powrót do domu jeszcze mniej przyjemny... Mmm, natomiast u mnie, w moim przypadku, [z naciskiem] po każdej ciąży yyyyn... Z wyjątkiem pierwszej, która była pierwsza i ja tego nie rozumiałam... Po każdej ciąży... **Ja miałam** [5sek]... [cmoknięcie] **odwrotnie proporcjonalny smutek do determinacji. Mnie było smutno, mnie było żal, ja płakałam...ydy** [4sek] **Nie mogłam się odnaleźć**, natomiast yy **momentalnie** – to znaczy po dosłownie kilku dniach – we mnie [7sek], [z uśmiechem] gdybym była bardzo osobą wierzącą, to bym to nazwała jakimś wstąpieniem ducha świętego, że **wstępowały we mnie siły, które były kompletnie irracjonalne**, bo ja nie miałam, jak gdyby, światełka od lekarzy, nie miałam powód... Nie miałam... jak gdyby... Nie miałam stwierdzonej choroby, którą miałam leczyć, ja nie miałam nic stwierdzonego. Ja była zdrowa, yp... Mój mąż, czy tam wtedy narzeczony, był zdrowy, więc ja nie miałam celu... **Ja po prostu miałam nadzieję i tą nadzieją sobie jechałam...** Yyy... Po piątej ciąży... yyy. W ogóle za każdym razem, z każdym poronieniem, jak już się trafiało do szpitala i potem z tym wypisem szłam do lekarza... Chodziłam do różnych lekarzy, bo... Uznałam, że to jest świetna metoda, bo nikt mnie nie zna i każdy spojrzy na mnie inaczej... [wdech i cmoknięcie] Ymmm.. To yyy... Każdy lekarz, czy w szpitalu, jak jak trafiałam do szpitali, to... traktował mnie trochę z przymrużeniem oka, że „no tak, jest pani w ciąży – jakieś wstępne badania, ale już były cztery poronienia, no to niech się pani nie nastawia”. **I właściwie za każdym razem ja słyszałam hasło „niech się pani nie nastawia”. W związku z powyższym ja się nastawiałam jeszcze bardziej.** [wdech] **I moim takim mechanizmem obronnym to było to, że wszyscy się mylą, ja na pewno będę miała to dziecko, bo ja je chcę.** Nie dlatego, że ja byłam nie wiem dzieckiem szczęśliwym i ja miałam wszystko w dzieciństwie, bo raczej nie miałam, **ale ja tak bardzo chciałam mieć to dziecko, że postanowiłam, że je będę miała** [zaznaczenia Ł.L.] [34-35: 4; 1-24: 5].

Swoje doświadczenie postrzega jako doświadczenie straty. Przez cały czas przechowywała też dokumentację poprzednich ciąż i wszystkie testy ciążowe. Były one – pomimo negatywnych zakończeń – dowodem zbliżania się do celu. Po urodzeniu się dziecka – zachowała tylko jeden, ostatni, test ciążowy, który wyszła w misia. Całą dokumentację związaną ze swoimi „reprodukcyjnymi niepowodzeniami” wyrzuciła, uznając, że nie ma sensu trzymać się przeszłości – udało jej się osiągnąć sukces i na tym pragnęła się skoncentrować.

Dla mnie to była strata dziecka, nie yyy mhy... Dla mnie to za każdym razem była strata dziecka, **bo z każdej ciąży mogłoby być dziecko.** Dla mnie za każdym razem to była strata dziecka. Pustka. Ym... I wy...wylewanie jakg dyby wszystkiego, że... no... poczucie winy... [...]

Za każdym razem to było poczucie winy. U mnie na szczęście, tak jak sobie tam czytałam w internecie, no to to całe życie trwa i to się kończy różnie, ale u mnie to

było takie zawsze **kilka dni, takiego po prostu siedzenia, ryczenia, niekontaktowania się z nikim... I po prostu płacz**. Ja jakoś nie przypominam sobie, żebym ja miała jakieś głębokie przemyślenia. Po prostu **siedziałam, czy leżałam w łóżku i płakałam**. I w pewnym momencie przestawałam płakać, i... ym... **Wszystkie siły kumulowałam do tego, kiedy ja mogę być w następnej ciąży** [zaznaczenia Ł.L.] [6-19: 21].

Poczucie winy wynikało również z tego, że badana nie przestrzegała zaleceń lekarzy, którzy sugerowali, a później nakazywali odczekanie z kolejnym zajściem w ciążę. Kobieta zdawała sobie sprawę z tego, że robiła źle, ale jej determinacja i upór nie pozwalały jej czekać – „**miałam tego świadomość. Ale ja nie mogłam odczekać, bo ja się bałam**, że za pół roku, to po pierwsze **ja zwariuję przez to pół roku** – mówiąc kolokwialnie. Po drugie za pół roku to ja... nie poczekam po prostu, no...” [zaznaczenia Ł.L.] [1-3: 22]. W wypowiedziach kobiety pojawia się też deklaracja gotowości wykrwawienia się za cenę osiągnięcia sukcesu reprodukcyjnego, z czego sama żartuje, że nie było to normalne zachowanie, ale jej obsesja nie dawała się zracjonalizować.

Determinacja, z jaką badana dążyła do celu przyniosła oczekiwany rezultat, okupiony częściową (chwilową) zmianą diety i nawyków (rzucenie palenia, wdrożenie mięsa do diety). Rozmówczyni sama zauważa, że wiele osób rezygnuje już po trzech nieudanych próbach, bo boją się kolejnego poronienia. Ona miała priorytet, który formatował jej działania. Urodzenie się dziecka nie zmniejszyło jednak obaw przed jego utratą. Dokonało się natomiast przewartościowanie. Po urodzeniu dziecka badana uważa, że ewentualne kolejne próby zajścia w ciążę, które zakończą się niepowodzeniem, będzie zupełnie inaczej przechodziła, bo już ma dziecko i „potrafi sobie radzić” z poronieniem. Nie wracałaby do pustego domu ze szpitala. Wie też, jak to jest zostać rodzicem. Obawa wynika jednak z lęku, że „dzieci umierają ludziom” [22: 35]. Kobieta zastanawia się, czy obecny stres nie jest gorszy od tego, którego doświadczała przez lata starania się o dziecko, bo czuje się uwięziona w swoich przemyśleniach, a nikt ich nie bierze na poważnie, przez co czuje się osamotniona. Powiedziała: „**Bo ja chcę mieć drugie dziecko, bo się boję, że pierwsze umrze. Ale boję się mieć drugie dziecko, bo ono może umrzeć, bo to pierwsze prawie umarło**” [zaznaczenia Ł. L.] [8-9: 35]. Trauma po pierwszym porodzie i zagrożeniu życia dziecka, byciu mamą wcześniaka odwodzą jednak badaną od czynienia konkretnych

planów – dochodzi też do wniosku, że należałoby uwzględnić wolę męża i dziecka, bo ich ta sytuacja też dotyczy.

W przypadku kobiet, których starania o dziecko przyniosły efekty, należy wspomnieć jeszcze o tym, że nie zawsze urodzenie się dziecka zmniejsza ból po poprzednich stratach. We wspomnianych już badaniach brytyjskiego zespołu ustalono, że większość matek żywi przekonanie, że to doświadczenie zostaje z człowiekiem na zawsze (Frost i in. 2007: 1018). Poza tym pojawienie się dziecka może też w sposób niejednoznaczny wpływać na rodziców – i tak w jednym z badań zauważono, że kobiety odczuwają większy niepokój, a u mężczyzn stwierdzano wzrost zadowolenia z życia (Bielawska-Batorowicz 2012: 31). Inną koncepcją jest „syndrom zastąpienia”, który polega na tym, że w odczuciu rodziców utracone dzieci są niejako zastępowane przez dziecko narodzone i łączone w jeden byt. Ayse Meltem Ünstündag-Budak (2015) uważa, że konsekwencje takiego zastąpienia występują zarówno po stronie rodziców, jak i dziecka. Po pierwsze dlatego, że pojawia się ukryta i nierozwiązana żaloba z dzieckiem utraconym. Po drugie, że taka sytuacja wpływa na trudności w budowaniu więzi z żywym dzieckiem, które może mieć przez to skomplikowaną relację z emocjonalnie niedostępnymi rodzicami.

Walkę o kolejne ciążę toczyła również inna mama (W15), która urodziła troje żywych dzieci i straciła dwoje (pierwszą i ostatnią ciążę). Przy czym ta trójka to wcześniaki z powikłaniami rozwojowymi oraz różnymi schorzeniami – co nie pozostaje bez związku ze stanem zdrowia samej narratorki. Utrata pierwszej ciąży była szokującym wydarzeniem, bardzo traumatycznym z jednej strony – z drugiej niezrozumiałym. Kobieta planowała dużą rodzinę i do swojego celu dążyła, sukcesywnie realizując plan. Po latach walki o zdrowie i życie trójki swoich dzieci, zaszła w kolejną ciążę, którą straciła. To wydarzenie było dla niej bolesne i w pewnym sensie przywołało wspomnienie o pierwszym poronieniu. Opowiadała mi o swoich emocjach i o tym, jak trudno było jej odnaleźć się po poronieniu. Ciekawie jej wypowiedź wybrzmiewa w kontekście badań Michaela A. DeLuci i Paula W. Lesliego (1996), którzy doszli między innymi do wniosku, że utrata ciąży na wczesnym etapie jest mniejszą stratą dla kobiet, niż utrata ciąży bardziej zaawansowanej. Moja narratorka przeżyła obie straty równie dotkliwie, pomimo faktu, że jedna z nich była ciążą zaawansowaną (pierwsza), a druga ciążą wczesną (piąta). Możliwe jednak, że

wieloletnie doświadczenie matki wcześniaków, na które składa się ciągła walka, wpływa na postrzeganie wartości dziecka (por.: Nocuń 2020).

Sądzę, że wnioski tego typu świetnie wpisują się w przekaz książki *A Loss Misunderstood* Jaclyn Pieris (2016). Autorka w jednym z rozdziałów pisze o wypowiedziach innych osób, które zdecydowanie nie pomagają w radzeniu sobie ze stratą. Uważa, że jako osoba wrażliwa, zawsze pozwalała, by inni swoimi opiniami sprawiali, że czuła się źle. Dlatego proponuje ćwiczenie – polega ono na wypisaniu wypowiedzi, które ranią i które wspierają, a następnie dopisaniu do nich swoich reakcji. Ćwiczenie polecane przez Pieris ma na celu z jednej strony konfrontację z bolesnymi wypowiedziami i uzmysłowienie sobie, dlaczego były dla kogoś bolesne, z drugiej umożliwia też namysł nad tym, dlaczego ktoś tak się wypowiedział, co było motywacją tej osoby. Zrozumienie powodów wypowiedzi, pozwoliło autorce pójść o krok dalej w radzeniu sobie z bólem po stracie (*ibidem*: 50).

Starania o zajście w ciążę bywają długotrwałe i nie zawsze kończą się sukcesem – czego dowodem są powyższe przykłady. Część rodziców podejmuje próbę zajścia w ciążę z pomocą procedury *in vitro* (IVF). Procedura ta jest obarczona społecznym stygmatem, co przejawia się w wypowiedziach przeciwników i określaniu dzieci pochodzących z takiego zapłodnienia mianem „frankenstainów” lub „nosicieli znamienia *in vitro*”. Do rodziców kierowane są akcje informacyjne i uświadamiające. O dyskryminacji dzieci poczętych metodą *in vitro* wspominają autorki tomu *Dziecko in vitro w społeczeństwie – Ujęcie interdyscyplinarne* (Krawczak i in. 2018). W środowisku osób starających się o dziecko metodą *in vitro* dochodzi do pewnego rodzaju przesunięcia, o którym wspomniała jedna z rozmówczyń (R4) „[...] nieplodni muszą odrzucić patrzeć na dwie komórki, jak na człowieka [...], bo umieraliby po każdym nieudanym transferze zarodka do macicy... zwyczajnie nie można inaczej... trzeba przewartościować wszystko”. Tu właśnie uwidoczniła zostaje podmiotowość zarodka i płodu, o której wspominała Mullin. Jest to bardzo ważna kwestia, która nadal pozostaje punktem zapalnym w dyskusji o dopuszczalności *in vitro*. Zbigniew Szawarski (1988) w przedmowie do książki Petera Singera i Deane’a Wellsa dostrzega potencjał *in vitro* jako metody leczenia bezpłodności, zastanawia się natomiast, czy istotą problemu nie jest coś innego. Zadaje więc fundamentalne jego zdaniem pytania:

— Czy zapłodnienie *in vitro* jest, czy nie jest zgodne z naturą człowieka?

— Czy praktyka ta da się pogodzić z tradycyjną zasadą etyki medycznej *primum non nocere*?

— Czy rzeczywiście niepłodność jest chorobą i powinna być za wszelką cenę leczona?

— Czy rzeczywiście nowa metoda prokreacji stanowi dobrodziejstwo, czy też może nieodwracalne zagrożenie dla instytucji małżeństwa i rodziny?

— Jaki jest właściwie moralny i prawny status embrionu ludzkiego? Czy człowiek staje się człowiekiem w momencie poczęcia, czy też dopiero w jakiś czas po poczęciu? Czy zygota ludzka ma rzeczywiście prawo do życia?

— I wreszcie kwestia najważniejsza, czy wolno nam i czy powinniśmy dążyć do ulepszenia natury człowieka, jeżeli nauka współczesna dostarcza nam instrumentów pozwalających na taką ingerencję? (*ibidem*: 5-6).

Pytania te przez ostatnich prawie czterdzieści lat zdołały uzyskać przynajmniej częściowo satysfakcjonujące odpowiedzi. Nie są to odpowiedzi jednoznaczne, bo dyskusje o *in vitro* (podobnie jak o dopuszczalności aborcji) nie cichną. Kluczowym jednak zagadnieniem uważam jest odpowiedź na pytanie trzecie – czy niepłodność jest chorobą, którą należy leczyć? Współczesna medycyna postrzega niepłodność jako chorobę, która może mieć różne przyczyny (Ellingsæter, Jensen, Lie 2013). Pomocą w jej leczeniu jest leczenie IVF. Czasami leczenie takie jest refundowane, czasami nie jest, co jest związane z programami miejskimi i wojewódzkimi. Kosztowność procedur jest wysoka, więc i utrata takiej ciąży ma większe znaczenie – zarówno w kontekście ekonomicznym, jak i psychicznym.

Rozmówczyni (W13), która straciła bliźnięta w dziewiętnastym tygodniu ciąży należy właśnie do grupy rodziców, borykających się z niepłodnością. Jej poczucie straty było ogromne – straciła dwoje dzieci. W jej przypadku również wyraźne jest poczucie winy, ale też niezgoda na zaistniałą sytuację, próba jej racjonalizacji. Zajście w kolejną ciążę i urodzenie zdrowego dziecka, przyćmiło ból, jednak nie usunęło z pamięci traumy związanej z samym doświadczeniem straty. Obarczenie dodatkowe stygmatyzacją wynikającą z zastosowania procedury *in vitro* ma tutaj ogromne znaczenie, bo rodzice tacy mają znacznie mniejsze szanse na znalezienie dedykowanej grupy wsparcia, w której nie czuliby się osamotnieni lub/i napiętnowani.

5.2.2. Śmierć okołoporodowa

Podobnie nie udało się wyjść z traumy dwóm mamom (R10, W12), które straciły swoje dzieci w sytuacji śmierci okołoporodowej. W obu przypadkach można (a może nawet należałoby) dopatrywać się winy lekarek i lekarzy obecnych przy i odbierających poród. Sytuacje tego rodzaju śmierci dziecka oddalone są od siebie w czasie o 10-15 lat. Jedna z kobiet rodziła w czasach, kiedy standardy opieki okołoporodowej nie były jeszcze wprowadzone, druga kilka lat o ich wprowadzaniu. Jednakże przebieg porodów jest praktycznie identyczny – potrzeby ciężarnych bagatelizowano, poród wymuszono, dziecko zmarło w wyniku akcji porodowej. Obie kobiety doświadczyły przemocy ze strony pracowniczek i pracowników służby zdrowia – o ich doświadczeniach będę pisała szerzej, poruszając kwestię interakcji z instytucjami (**rozdział ósmy**). Ich trauma związana ze stratą dziecka jest silnie powiązana z nastawieniem do służby zdrowia.

Podczas rozmów z matkami, które doświadczyły poronienia lub ich dziecko zmarło po porodzie (bądź w jego wyniku) pojawił się jeden wspólny wyartykułowany motyw – poczucie osamotnienia i pozostawienia samej sobie w trudnej sytuacji. Kobiety zaznaczały, że musiały samodzielnie uporać się ze stratą, że nie uzyskały wystarczającego wsparcia ani zrozumienia od pozostałych członkiń i członków rodziny, że ich partnerzy również nie wykazali się właściwą w ich ocenie troską (W02, W12, W14). Część z nich nigdy jednak nie rozmawiała z najbliższymi osobami o swoich potrzebach. Zapytane o reakcje partnerów na stratę ciąży mówiły, że partner nie zareagował wcale, zwykle nie reaguje, bo nie jest emocjonalny, trudno wydobyć z niego jakieś reakcje, jest skryty, bo to taki typ „twardziela” i łzy nie uroni. Po swoim trudnym doświadczeniu zmuszone były szybko dojść do siebie, bo „dom sam się nie posprzątał” (W02, W14) i „obiad sam się nie ugotował” (W02, W12). Wszystkie uważają, że są silne, mają jednocześnie poczucie, że nikt ich doświadczenia nie rozumie. To przekonanie zmieniało się z chwilą znalezienia forów dla rodziców po stracie lub zapoznaniu się z wypowiedziami matek z podobnym doświadczeniem (np. pod postami o stracie dziecka na Facebooku). Wówczas okazywało się, że poronienia są częste, śmierć okołoporodowa też nie przytrafiła się tylko im – istnieje wiele osób, które chętnie dzielą się swoimi opowieściami. Nawet jeśli ta świadomość nie poprawiała

nastroju, to uświadomiła, że można próbować dawać sobie radę i żyć dalej po doświadczeniu śmierci dziecka, którego nie zdążyło się poznać.

Niemożliwość lub brak tradycji rozmawiania o trudnych doświadczeniach i związanych z nimi emocjami w domu, na forum rodziny – o czym pisze Leena Väisänen (1999), która badała fińskich rodziców w żałobie – przyczynia się właśnie do pogłębienia poczucia osamotnienia. Poczucie chociażby wirtualnej wspólnoty pomaga zdjąć z własnych barków ciężar winy. Kobiety (rodzice) nie zawsze decydują się na aktywny udział w internetowych grupach, dowiadują się jednak wielu rzeczy i pomaga im to znaleźć własną drogę podczas radzenia sobie ze stratą.

5.2.3. O pomijanych ojcach w kontekście strat nieoczywistych

Ostatnią z kwestii, która pojawia się przy okazji namysłu nad poczuciem osamotnienia spowodowanym stratą dziecka jest żałoba ojców. Jest to temat często pomijany i chociaż coraz częściej uwaga badaczek i badaczy skupia się właśnie na mężczyznach w żałobie, to kulturowo nie są oni uprawnieni do wyrażania żalu po stracie. Szczególnie przypadki strat „nieoczywistych” – jak aborcja, poronienie, śmierć okołoporodowa – wykluczają praktycznie zupełnie ojców z możliwości odczuwania żalu, smutku, żałoby. Jest tak między innymi dlatego, że społeczny i indywidualny proces stawania się ojcem przebiega inaczej niż proces stawania się matką – pomijam w tej chwili kontekst biologiczny. Chodzi bardziej o to, że – jak pisze o swoim doświadczeniu Marcus Weaver-Hightower (2012) – proces stawania się ojcem dziecka martwo urodzonego jest długotrwały i wymaga między innymi walki o rozpoznawalność takiego rodzaju straty i własnego ojcostwa oraz o utrzymywanie pamięci o dziecku (*ibidem*: 464). Weaver-Hightower pisze również o odmienności jego więzi, od tej, którą miała z dzieckiem jego żona – „Jej matka oczywiście poznała Matyldę w znacznie bardziej instynktowny sposób. Dosłowne połączenie przez ciało i krew – dzielenie tej samej przestrzeni, jedzenia i powietrza – dało mojej żonie i córce połączenie, którego ja nigdy nie mogłem doświadczyć. Przyznaję, że jestem zazdrosny o tę więź (*ibidem*: 465). Autor poznał jednak swoją córkę przez nasłuchiwanie bicia jej serca, wyczuwanie kopnięć i wiercenia się w brzuchu.

Pisałam w czwartym rozdziale, że dzielenie żałoby na męską i kobiecą nie ma większego sensu – tymczasem przeznaczyłam ojcom osobny podrozdział. Jest tak dlatego, że żałoba ta przejawia się w inny sposób. Nie chodzi już o wspomniane wcześniej sposoby okazywania emocji, ale o kulturowe i społeczne tego podstawy. Podobnie sprawa wygląda z rozpoznawaniem depresji u mężczyzn, którym socjalizacja narzuca tłumienie emocji. W miarę dorastania jednostka internalizuje społeczno-kulturowe role płciowe, które zabraniają ekspresji emocjonalnej – w tym właśnie wyrażania smutku, płaczu – oraz tłumią samoświadomość. W zamian wymaga się od mężczyzn niezależności, samokontroli, gotowości do rywalizacji (Ogrodniczuk i Oliffe 2011). Wyodrębnienie osobnej przestrzeni dla zagadnienia męskiej żałoby w przypadkach nieoczywistej (i oczywistej) straty podyktowane jest więc względami społeczno-kulturowymi, bo to właśnie one ograniczają ojców w wyrażaniu emocji i odczuwaniu żalu całym sobą. Jest jeszcze jeden powód, który rozszerza też katalog rodzajów straty dziecka. W książce *Grieving Dads: To the Brink and Back* pojawiło się stwierdzenie, które odczuwam jako bardzo prawdziwe. Kelly Farley (2012), jeden z osieroconych rodziców, starał się znaleźć sposób na swoją żałobę. Zaczął poszukiwać literatury na ten temat i ku swojemu zaskoczeniu odkrył, że większość źródeł dotyczących żałoby po dziecku kierowana jest do matek, a niewielka część z nich kierowana jest do rodziców. Po przeczytaniu ich, Farley doszedł do wniosku, że nadal są to porady kierowane do matek, a te z fragmentów, które autorki i autorzy kierowali do ojców, dotyczyły pocieszania cierpiących żon (*ibidem*: 39 z 2478). Farley zaprosił więc do współpracy innych ojców po stracie, których opowieści wchodziły w skład wspomnianej książki. Jej przesłanie jest proste: „Możesz to przeżyć. Będzie to najtrudniejsza rzecz, jakiej kiedykolwiek doświadczysz; wyczerpie cię fizycznie, psychicznie i emocjonalnie. Możesz wyjść po drugiej stronie tego bardzo długiego i samotnego tunelu, ale gdy to uczynisz, będziesz inną osobą. Nie ma powrotu do dawnego ciebie” (*ibidem*: 48 z 2478).

Książka, którą napisał Farley w sposób bezpośredni opowiada o tragediach osieroconych ojców, którymi targają emocje, którzy nie radzą sobie z ciężarem straty, którzy ulegają nałogom, stają się bezdomni, tracą sens istnienia, starają się umrzeć, by chociaż na chwilę spotkać swoje zmarłe dziecko, a czasami udaje im się z tej ścieżki samozniszczenia zawrócić. I to właśnie dlatego należało wydzielić osobne miejsce dla

żałoby ojców (pojmowanej także szerzej w kontekście różnych rodzajów straty dziecka), by mogli oni sięgnąć do źródła, które ich uwzględnia ich szczególną sytuację – nie tylko jako partnera kobiety, która doświadczyła straty w znaczeniu fizjologicznym, ale jako ojca dziecka, które zmarło. Temat ten jest na tyle trudny, że nie wyobrażam sobie namawiać kogokolwiek do wzięcia udziału w badaniu – dlatego dobór musiał być samorzutny – musiałam mieć pewność, że badani sami świadomie decydują się na taką rozmowę, że to jest ich potrzeba – w odpowiedzi na moje zaproszenie. To z kolei sprawiło, że pewne kategorie do analizy nie pojawiły się w postaci wywiadów, sięgałam w związku z tym w takich przypadkach po dane zastane z innych źródeł. Starałam się dotrzeć do opowieści ojców, którzy stracili dziecko w wyniku poronienia czy śmierci okołoporodowej, ale też innych rodzajów śmierci. Nie było to zadanie proste, ponieważ zdecydowanie brakuje literatury na ten temat, a wypowiedzi na forach internetowych są pokawałkowane – z trudem pozwalają odtworzyć realia straty.

Jeden z mężczyzn (W05), który zdecydował się ze mną porozmawiać, opisał właśnie taką tragiczną, samotną drogę, jaką musiał przebyć. Ta wypowiedź jest dla mnie właśnie takim świadectwem męskiej straty (wielokrotnej na dodatek). Jest szczególnie ciekawa w kontekście całkowicie odmiennych strategii radzenia sobie ze śmiercią dziecka, jakie przejawiał ojciec i jakie przejawiała matka (o tym będę jeszcze pisała).

Trochę... [6sek] kłopotów z pamięcią mam, podziurawiło się troszeczkę. Bo po śmierci syna, później, zanim stanąłem na nogi to przez rok czasu trochę... znaczy nie zaraz po śmierci syna... tylko... [ciężko] po rozwodzie z pierwszą żoną... Jak przez jakiś czas **byłem całkowicie sam**, to... to po prostu **byłem na dnie**, tak? Pracować, pracowałem. Ale... Ale **zdrowo piłem**, tak? [wzdycha ciężko] [8sek] Od tego na szczęście uciekłem. [4sek] Na szczęście w alkoholizm nie wpadłem, bo teraz mogę spokojnie od czasu do czasu się napić gdzieś tam na imprezie i wcale mnie nie ciągnie do tego, żeby pić cały czas, tak? [wzdycha ciężko] [6sek] Po prostu wtedy **była bardzo głęboka depresja, nie chciałem iść do psychologa, do nikogo, kto by mi pomógł**. I to tak dlatego... [zaznaczenia Ł. L.] [243-254].

Nie tylko Farley oddał ojcom głos, pozwolił ich opowieściom wybrzmieć. Pojawiają się sporadycznie, ale coraz częściej wypowiedzi znanych twórców – dziennikarzy, aktorów czy muzyków – którzy opowiadają publicznie o swojej stracie. Rzadziej są to straty nieoczywiste, ale istotny jest fakt dzielenia się doświadczeniem straty. Jednym z takich ojców jest Bob Geldof, który określił swoją żałobę po córce jako

„bezgraniczną, bezdenną i nieskończoną otchłań” (Barr 2020). Innym jest Nick Cave (2020), który na swojej stronie w liście do jednej z fanek napisał:

Odkryliśmy, że żałoba jest czymś więcej niż tylko rozpaczą. Odkryliśmy, że żałoba zawiera wiele rzeczy – szczęście, empatię, podobieństwo, smutek, wściekłość, radość, przebaczenie, waleczność, wdzięczność, zachwyt, a nawet pewien spokój. Dla nas żałoba stała się postawą, systemem wierzeń, doktryną – świadomym zamieszkaniem w naszych wrażliwych jestestwach, chronionych i wzbogacanych przez nieobecność tego, kogo kochaliśmy i kogo straciliśmy.

W końcu żałoba jest całością. [...] Żałoba to wszystko, co zostało wymyślone na nowo poprzez wciąż pojawiające się rany świata. Ujawniła nam, że nie mamy kontroli nad wydarzeniami, a kiedy skonfrontowaliśmy się z naszą bezsilnością, zaczęliśmy postrzegać tę niemoc jako rodzaj duchowej wolności (*ibidem*).

Bardzo charakterystyczna jest wypowiedź Adriana Thawsa, znanego w świecie muzycznym jako Tricky (Grimshaw 2019), który śmierć swojej córki określił mianem „końca świata”. Dodał również, że doświadczył wielu śmierci w swoim życiu i zawsze udawało mu się jakoś otrząsnąć, jednak tym razem jest inaczej – ciągle wyczekuje spotkania z nią na ulicy, wypatruje jej. Uważa, że „wszystko wygląda inaczej, nawet muzyka nie brzmi tak samo. Czuję, że tracę rozum” (*ibidem*). Te wypowiedzi docierając do innych osieroconych ojców, pozwalają im odnaleźć się w trudnej sytuacji. Dzięki publicznym „świadcstwom” ojcowie utrzymują swój status rodzica i – podobnie jak osierocone matki – kultywują pamięć o swoich dzieciach.

Bertha Alvarez Manninen (2014) podkreśla, że mężczyźni również mają prawo do emocji związanych ze stratą (w tym przypadku chodzi akurat o aborcję). Na początku rozdziału o mężczyznach i aborcji zamieściła cytat „tak jak kobiety są czymś więcej niż macicą, tak mężczyźni są czymś więcej niż zapładniaczami” (*ibidem*: 160). Autorka zaznacza również, że decyzja o aborcji powinna być podejmowana wspólnie, bo wykluczanie z takich decyzji ojców dziecka, często sprawia, że nie radzą sobie ze swoimi już i tak tłumionymi emocjami. Jest to również ważne ze względu na wspólne, partnerskie radzenie sobie z sytuacjami, które mogą się pojawić później.

Na forach dla rodziców najczęściej udzielają się matki, czasami pojawi się jakiś ojciec, który jest podziwiany, ale też zasypywany pytaniami – co zrobić, żeby małżonek ten i ów również chcieli rozmawiać, dzielić się swoim smutkiem itp. Odpowiadanie na te pytania jest trudne i może jedynie wprowadzać więcej zamieszania, bo każda osoba będzie reagowała zgodnie ze swoimi potrzebami i możliwościami. Nie istnieje żaden

magiczny klucz, który otworzy osieroconych ojców na rozmowę. Szczególnie że wielu z nich wzrastało w przekonaniu, że ich rolą jest utrzymywanie domu, bycie autorytetem, a nie „mazgajem”. Okazywanie emocji nie jest proste w świecie, w którym po prostu się je piętnuje. I nie chodzi już tylko o wzory kulturowe obowiązujące w Polsce czy Europie – bardzo podobnie wygląda to praktycznie na całym świecie. Trudno walczyć z tradycją postrzeganą szeroko lub tylko przez pryzmat rodziny i najbliższego otoczenia (Dyczewski 2003).

Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Marta Czarnecka i Anna Bukowska (2012: 50) zwracają uwagę na kulturowo przypisywaną rolę mężczyźnie w obliczu śmierci dziecka, poronienia itp. Ma on „troszczyć się o osieroconą matkę”, otaczać ją opieką i udzielać wsparcia, dopełniać formalności związanych z pochówkiem, odebrać matkę i dziecko ze szpitala, zorganizować opiekę dla matki na czas jej „dochodzenia do siebie” (*ibidem*). Autorki stwierdzają, że ojcowie „są opanowani i skoncentrowani na zadaniach”, dodają jednak, że „[o]sieroceni mężczyźni także potrzebują opieki ze strony otoczenia i emocjonalnego wsparcia” (*ibidem*). Joann O’Leary (2009: 14) wspomina, że mężczyźni podczas kolejnej ciąży następującej po stracie odczuwają (podobnie jak matki) lęk i niepokój związany z bezpieczeństwem dziecka – a często także partnerki, jeżeli jej zdrowie i życie było zagrożone za pierwszym razem. Mogą więc częściej potrzebować zapewnienia od kobiety, że dziecko nadal żyje, chociaż będą starali się nie zwiększać jej stresu – co doprowadzać może do wypierania i ukrywania emocji.

Mark Mercer (2012) odpowiada na pytanie „co powinny wiedzieć kobiety o męskiej żałobie?” Powinny wiedzieć, że „mężczyźni mają całe pokłady żałoby, którą upychają w ciemnych zakamarkach życia i starają się pozostawać wiecznie zajętymi” (*ibidem*). Mercer uważa, że

[m]ężczyźni cierpią o wiele bardziej, niż pokazujemy lub o tym mówimy. Jednym z największych powodów nieporozumień jest to, że właśnie o tym nie rozmawiamy, a słuchanie, kiedy kobiety próbują podzielić się własnym żalem lub nakłaniają nas do rozmowy o naszych emocjach – też wychodzi nam raczej słabo. Prawie nigdy nie płaczemy przy innych mężczyznach. Jeśli czujemy, że kobieta jest „bezpieczna”, możemy razem z nią płakać. Ale większość naszych łez płynie, gdy jesteśmy sami, być może podczas prowadzenia samochodów. W zbyt wielu przypadkach nasze gorące łzy zamarzają i zmieniają się w złość lub wściekłość. Większość bardzo złych mężczyzn to po prostu bardzo smutni ludzie (*ibidem*).

Przytacza przy tym przykład jednego z osieroconych ojców, który postanowił nabyć stos drewna, po czym zamknął się z nim swoim warsztacie i piłował bez konkretnego celu. Zajęcie to nie miało właściwie większego sensu ani znaczenia. Pozwalało jednak uwolnić się od negatywnych emocji poprzez wykonywanie bezmyślnych powtarzających się czynności. Mercer z zawodu jest doradcą w żałobie, zna się na swojej pracy, ale ta wiedza nie zdała się na wiele, kiedy sam przechodził żałobę. Konkluduje więc, że „[k]obiety nie rozumieją męskiego żalu. Dzieje się tak głównie dlatego, że mężczyźni też go nie rozumieją” (*ibidem*).

Z tej sytuacji „nieznajomości” swoich reakcji, emocji i siebie samego rodzą się różne stereotypy. Często te już znane z pierwszego rozdziału o żałobie męskiej i kobiecej. Wiele z takich opinii powtarzało się też w moich badaniach. Przekonanie, że mąż nie doświadcza żałoby lub ją ukrywa wyraziła badana (W18), która powiedziała, że jej „mąż pracuje. A jak jest w domu to jest albo na telefonie... w sprawie pracy, znaczy załatwia sprawy związane z pracą, albo przed komputerem robiąc dokładnie to samo, czyli jakby 24 godziny u niego jest praca...” [1486-1488]. Nie była jedyną matką, która tak postrzegała swojego partnera, ucieczka w pracę to chyba najczęstszy zarzut, jaki słyszałam ze strony narratorek.

Pojawia się też zarzut braku chęci rozmowy. Z jednej strony badane relacjonowały, że partner nie uczestniczył w ciąży. Niespecjalnie był obecny w sytuacjach poronienia czy porodu, bo nawet jeśli był przy porodzie, to jego obecność była w ocenie matek zbędna, niewiele zmieniała. Na domiar złego mężczyźni po zgonie dziecka nie rozmawiali na ten temat ze swoimi partnerkami.

[K02] Yyt... Mój mąż do tego podchodził tak, że... [bez emocji na wydechu] nie mówił nic.

[ŁŁ] Czyli nigdy na ten temat...

[K02] To znaczy ja... **Nie miałam specjalnie chęci rozmawiania na ten temat z nim, bo to było takie bardziej moje niż jego.** Eeyyy... Natomiast **on na pewno nie umiał o tym mówić. Na pewno nie umiał o to zapytać.** On wychodził z założenia, że skoro ja nie mówię, że trzeba kupić ziemniaki, to on tych ziemniaków nie kupi, bo on nie wie. Skoro ja nie mówię, że jest mi smutno, źle i przykro, to on nie będzie mnie o to pytał. I szliśmy trochę obok tego.

[ŁŁ] Mhm.

[K02] Aczkolwiek to, to... Myślę, że to jest też kwestia, nie wiem, człowieka... Człowiek dwudziestoletni inaczej robi, niż człowiek, powiedzmy trzydziestoletni ze swoim doświadczeniem. Ale myślę, że... Jeden mężczyzna **by się tym zainteresował i otoczył troską i tak dalej**, drugi nie. A w moim przypadku – tak

jak teraz o tym myślę – to nie było to takie tragiczne. Bo **gdybym ja widziała, że on płacze yyy, rozpacza, to ja bym po tym miała jeszcze większe wyrzuty sumienia przy kolejnej ciąży.** Ja wiedziałam, że to nie jest obojętne dla niego, **ale gdybym ja widziała u niego praktycznie fizycznie jakiś ból z powodu tej straty, to ja bym jeszcze większe wyrzuty miała sumienia przy trzeciej, czwartej...** [zaznaczenia Ł. L.] (W02) [12: 7-24].

Ponieważ nie miałam możliwości porozmawiania z partnerami narratorek, mogę tylko domyslać się, czy faktycznie nie potrafili zapytać, nie potrafili porozmawiać, czy wychodzili z założenia, że skoro kobieta nie mówi, to tym lepiej dla nich, bo nie muszą konfrontować się z trudnym tematem. To są kwestie, których nie zgłębię. Uważam jednak, że jeżeli sama matka nie ma „specjalnie chęci rozmawiania” lub wychodzi z założenia, że gdyby „widziała, że on płacze”, mogłoby to wpłynąć na jej decyzje o dalszym staraniu się o dziecko – to może warto jednak pomyśleć – jakie konsekwencje mogą mieć jej własne zachowania? Chodzi też o to, że akurat w tym przypadku, narratorka opisuje swoją sytuację reprodukcyjną – dochodzi do wniosku, że jej mąż musiał ją bardzo kochać, bo godził się na wszystko. Czy to, co powiedziała mnie, było znane jemu? Choćby intuicyjnie? Czy mogło mieć wpływ na jego zachowania? Te pytania pozostają bez odpowiedzi, bo nie ma na nie kto odpowiedzieć, ale przyznaję, że pojawiły się one w mojej głowie już podczas sytuacji wywiadu.

Na jednym ze wspomnianych forów pojawił się wiersz mężczyzny, który poruszył matczyne serca, pokazał również, że także mężczyzna może odczuwać stratę. Tekst ten prezentuję poniżej.

Bez pośpiechu piję kawę
Nikt mi nie wrywa z rąk gazety
Mogę spać ile chcę choć nie śpię raczej
Kupuję słodczyce tylko sobie
Uśmiecham się do nikogo
Nigdy nie poznasz że
Na spacerze pcham przed sobą
Niewidzialny Wózek
Jestem niewidzialnym tatą
[Kris, 16.01.2011, 07:30].

Istotnym fragmentem tego wiersza jest „nigdy nie poznasz” – ponieważ emocje ojców schowane są za maską mężczyzny, który nie wzrusza się, nie płacze, nie pokazuje „słabości”. Ojciec po stracie pozostaje „na powierzchni” niewzruszony. Nikt nie zobaczy, co kryje się pod maską, bo mężczyzna o tym nie opowie. Zarówno w przypadku tematu aborcji, poronienia, martwych narodzin czy śmierci okołoporodowej – pojawiają się różne wypowiedzi matek, które stwierdzają, że ich mężowie i partnerzy po prostu nie reagują. Należy jednak zapytać, czy brak widocznych i rozpoznawalnych dla kobiety reakcji jest faktycznie związany z brakiem takich odczuć, czy tylko nieumiejętnością ich wyrażania? Po wysłuchaniu paru opowieści ojców uważam, że jest to kwestia nieumiejętności wyrażania emocji i przekonanie o tym, że to mężczyzny dotyczyć nie powinno, bo to są sprawy bezpośrednio powiązane z kobietą i jej ciałem.

Najbardziej charakterystyczną rozmową z ojcem (R15), który nie zdawał sobie nawet sprawy z tego, że doświadczył straty, była wymiana zdań, która odbyła się przy okazji całkiem innego projektu badawczego. Po jej zakończeniu rozmówca wypytywał mnie o to, czym się zajmuję i kiedy wspomniałam o badaniu doświadczenia żałoby rodziców i wyjaśniłam, z kim rozmawiam, mężczyzna stwierdził, że miał takie doświadczenie ponad dekadę wcześniej i nie sądził, żeby miało na niego wpływ. Nie określał siebie nawet mianem ojca. Postanowił jednak opowiedzieć o tym, co się wydarzyło. Jako młody student dowiedziała się, że kobieta, z którą się spotykał, zaszła z nim w ciążę. Wychowany praktycznie bez ojca, poczuł chęć uczestniczenia w życiu dziecka i natychmiast oświadczył się. Poczuł się dorosły, odpowiedzialny. Ucieszył się, że zakłada rodzinę – chociaż wcześniej jeszcze tego nie planował, miał raczej skończyć studia. Wydało mu się jednak, że posiadanie rodziny jest ważniejsze. Niestety kobieta poroniła. Związek się rozpadł. Każde poszło w swoją stronę. Dla niego ta historia kończyła się poronieniem i rozstaniem. Nie łączyła się z resztą jego życia. Ponieważ znałam już częściowo sytuację jakich doświadczał – zapytałam, kiedy dokładnie miało miejsce to poronienie. Umieszczenie tego wydarzenia w czasie, uświadomiło rozmówcy dostrzeżenie związku z popadnięciem w nałogi, porzuceniem studiów, podejmowaniem ryzykownych działań, w efekcie których miał wypadek. Dopiero po wypadku – jak sam to określił – „wziął się za siebie”. Zmienił dietę, zaczął nad sobą pracować, poszukiwał swojej tożsamości. Wypadek i nałogi były bezpośrednio związane z poronieniem. Mężczyzna przyznał, że nigdy z nikim o tym nie rozmawiał, bo uważał, że to nie ma

żadnego znaczenia i nawet nie sądził, jak wiele rzeczy było ze sobą powiązanych. Uświadomienie sobie, że nadal odczuwa ból i smutek związane z doświadczoną stratą, pozwoliły mu na spojrzenie na siebie raz jeszcze z innej perspektywy. Możliwość wypowiedzenia tego doświadczenia pierwszy raz – zwerbalizowania go po latach, przyniosła mu ulgę.

Bernadette Susan McCreight (2004) uważa, że żałoba mężczyzn w przypadku utraty ciąży jest ignorowana – często przez nich samych. Po pierwsze mężczyźni uważają, że powinni być emocjonalnie silni, po drugie nie zawsze przechodzą transformację stawiającą ich na pozycji rodzica, ojca. McCreight badała mężczyzn w Północnej Irlandii, którzy uczęszczali na spotkania grupy wsparcia i bez wyjątków określali się mianem rodzica, a o utraconych dzieciach mówili używając ich imion. Okazało się, że spotkanie z badaczką było ich pierwszą możliwością (poza grupą wsparcia) opowiedzenia o swoich emocjach i przeżyciach związanych ze śmiercią dziecka. Wcześniej nikt ich o to nie pytał, nikogo to nie interesowało. Opowieści o doświadczeniu straty okazały się doskonałym narzędziem pracy nad własną tożsamością i ustanawianiem sensu wydarzeń, z którymi ojcowie mocowali się od dłuższego czasu. Interesującym odkryciem było też to, że mężczyźni często przejawiali poczucie winy, że nie zareagowali wcześniej, że nie byli wystarczająco uważni, że nie byli dobrymi partnerami dla matek swoich dzieci. Jako wsparcie dla kobiety, mężczyźni nie czują się uprawnieni do odczuwania żalu – jeden z ojców stwierdził, że pomimo odczuwanego bólu i poczucia, że właśnie cały jego świat się zawalił, pozwalał żonie wypłakiwać się na swoim ramieniu, po czym wsiadał w samochód i jechał gdzieś płakać (*ibidem*: 337). Te wypowiedzi są jak echo – pojawiły się już wcześniej w wypowiedziach innych osieroconych ojców, których cytowałam.

Ojcowie nie tylko mogą, ale często po prostu odczuwają depresję poporodową – coś, co uważane jest wyłącznie za kobiecą przypadłość (Sansone 2004: 255-256). Antonella Sansone (*ibidem*: 263) uważa, że

[n]iestety, stereotypy kulturowe często pomijają psychiczne i fizyczne zaangażowanie ojca w ciążę, poród i podstawowe interakcje z dzieckiem i partnerką. Tymczasem uczestnictwo w porodzie wzmacnia jego interakcje i więzi z dzieckiem. Może też szybciej zrozumieć i przywiązać się do dziecka na podstawie własnego doświadczenia i jest bardziej prawdopodobne, że będzie zaangażowany w opiekę nad dzieckiem a tym samym rzadziej będzie unikał

fizycznej odpowiedzialności za dziecko – rzadziej będzie dopuszczał się przemocy.

Wspominałam wcześniej o biologicznie podyktowanych reakcjach występujących u mężczyzn, których partnerka jest w ciąży. Są to badania w miarę nowe, rzucają jednak inne światło na wąskie pojmowanie męskości i ojcostwa. Podobnie zresztą do pojawienia się pojęć takich jak „tacierzyństwo” (Suska 2016) – wszelkie próby przybliżenia i detabuizacji emocjonalności mężczyzn i biologicznych wymiarów ojcostwa (w sensie hormonalnym i współczulnym), są niezwykle ważne.

Katarzyna Sanokowska-Nazarewicz (2014) pisząc o urodzeniu dziecka z zespołem Edwardsa w siódmym miesiącu ciąży, które żyło 55 minut, wspomina również o różnicach w radzeniu sobie z żałobą:

Artur mówi, że słyszał kiedyś porównanie: przy takiej stracie kobieta jest jak lustro, które pękło. Ona żyje tym pęknięciem. A mężczyzna jest jak witraż, który ma kilkaset okienek. I tylko jedno pęknięte. Jak myśli o stracie, to myśli. Jak ogląda mecz, to ogląda mecz. A jak jeździ na rowerze, to jeździ na rowerze. On wróci do tego pękniętego okienka, ale wtedy, kiedy będzie chciał albo będzie musiał. A kobieta cały czas myśli tym pękniętym lustrem. Jak ogląda film, to z Marceliną. Jak wkłada warzywa do zupy, to z Marceliną. A jak facet gotuje, to po prostu gotuje (*ibidem*).

Te metaforyczne ujęcia żałoby matki i żałoby ojca nie są uniwersalną prawdą – pokazują za to sposób konceptualizowania sytuacji straty przez rodziców. Niektóre kobiety będą więc „pękniętym lustrem”, inne witrażem – podobnie będzie z mężczyznami, co wykazywałam już w czwartym rozdziale. Wartościowe są jednak próby poszukiwania własnych określeń nazywających stany psychiczne, emocjonalne w żałobie. J. Scott Janssen (br) uważa podobnie jak Doka i Martin (2010), że można wyróżnić różne „style” ekspresji żałoby. Ten, który Janssen nazywa męskim (choć mogą go przejawiać również kobiety) zakłada zachowania, którymi badane opisywały postawy i zachowania własnych partnerów, uznając, że ich mężowie nie doświadczają żałoby. Jednocześnie intuicyjnie czuły, że „jakąś” żałobę przechodzą, ale „nie potrafią jej pokazać”. Do charakterystycznych zachowań „męskiego stylu” ekspresji żałoby należą zdaniem Janssena: (1) milczenie zamiast mówienia o swoich uczuciach (co może prowadzić do określania ich mianem wycofanych, niekomunikatywnych lub w depresji); (2) spokój, nieobarczanie innych swoimi problemami, niezależność

(uznawane jako objawy zaprzeczania i braku kontaktu); (3) zaangażowanie w działanie – aktywność fizyczną, prywatne rytuały z dala od ludzi, pozytywne myślenie, planowanie przyszłości itp. (odbierane jako ucieczka) (*ibidem*). Świetnie opisuje to narratorka (W17), która stara się swojego męża edukować i rozumieć, a przede wszystkim dostrzega, że źródłem różnic jest sposób wychowania i światopogląd – którym różnią się rodziny pochodzenia małżonków.

On sobie to **ciągle wyrzuca, że jego nie było**, ale myślę, że to było na niego najlepsze, że on po prostu by tam oszalał [1202-1203].

Czasem gadamy, czasem nie. Czasem właśnie mąż... **nie chce** nawet ja coś tam zaczynam wspominać, albo coś, to on [niezrozumiały fragment] to czasem tam **ucina** po prostu to... A czasem mi na przykład potem wysła SMS-a: **to, że ja nie nie mówię, to nie znaczy, że że ja nie cierpię, że ja o niej zapomniałem, że że ja nie pamiętam** [1460-1463].

[...] o tych ojcach... nie? że należałoby właśnie też zrobić coś w tym kierunku, **żeby i oni mieli możliwość znalezienia tego ujścia**, ale **żeby się nie wydawało, że to takie niemęskie**, żeby on się tam rozklejał, nie? No, kurczę... wszystko jest męskie... do mojego męża mówię też: no wyjdź sobie, jak potrzebujesz to sobie porzecz po prostu. Mówię: nie duś tego w sobie, bo to gdzieś ci wylezie potem... a a mówię... **on mówi: no, ale jak ja będę rozpaczał to ciebie będę**... ja mówię: nie, no zupełnie! Mnie to nie pogrąża, tak ja to zupełnie rozumiem, i mogę się do ciebie wtedy przytulić, i wiem, że razem gdzieś tam to po swojemu przeżywamy... **I to nie jest tak, że ty musisz być silny, żebym ja była silna**, tak? Absurd po prostu... no, ale mówię, on też **był innej wrażliwości nauczony**, inaczej trochę u nich w domu się... Mało o uczuciach rozmawiało, tak mniej otwarty. I to widzę po całej rodzinie i i potem nawet jak zareagują, tak? na tą śmierć [imię zmarłej córki], czy czy tam na wspomnienie o niej, czy na czym... To już tam wiem, że inaczej były te dzieci też prowadzone, nie? [4sek] Też nie kwestia oceniania, który sposób jest dobry, ale ale na pewno łatwiej jest w życiu tym, którzy właśnie jednak potrafią te swoje emocje wyrazić, rozmawiać o tym... dzielić się tym...? Dać ujście po prostu... nie? Nie dusić w sobie [zaznaczenia Ł. L.] [2131-2146].

To co ma ogromne znaczenie i w jakiś sposób pojawia się praktycznie w każdej matczynej opowieści, to rozpoznanie przeświadczenia, że łzy mogą martwić. Jeżeli jedna osoba płacze i okazuje słabość, to automatycznie drugą to osłabia. Jest to sytuacja, w której znajduje się wielu osamotnionych ojców, którzy postrzegają siebie, jako osoby, które mają obowiązek wspierać matki. Perry Garfinkel (2011) dostrzega, że mężczyznom łatwiej się otworzyć, jeśli znajdą się w grupie osób, które „czują podobnie”. Odnajdywanie wspólnoty, która zniweluje poczucie osamotnienia, pozwala osieroconym ojcom odnaleźć się „po końcu świata”, bo jak pisze w wierszu „*Grief*” Rick Belden (2008, 2016) żałoba jest/może być właściwie wszystkim. Z momentem

pojawienia się straty, co opisał również Nick Cave, przenika ciało i je opanowuje. Nie ma wyjścia z tego stanu, można jedynie poddać się mu i żyć dalej, starając się jednocześnie poukładać sobie na nowo ze stratą, jako integralną częścią życia.

5.3. Od diagnozy do towarzyszenia dziecku w chorobie terminalnej

„Wydarzenie” odnosi się do sytuacji straty dziecka w wyniku choroby, wypadku lub z nieokreślonych przyczyn, czyli są to straty spodziewane lub nagłe. Ilustracją tego typu wydarzeń jest sześć wywiadów (W05, W11, W17, W18, W19, W20). Jest to również znacznie bardziej popularna tematyka książek (zob. Kanik 2016, Krzeptowska 2010, Tabaszová 1999, Thomése 2011, Wicenty 2020). Do śmierci takich mogą zaliczać się śmierć łóżeczkowa (zespół nagłej śmierci niemowląt, *sudden infant death syndrome*, SIDS), choroby genetyczne, choroby nowotworowe, choroby przewlekłe, wypadki losowe oraz śmierć nagła bez konkretnej przyczyny. To, co je łączy to wstrząs, który „rozbija na kawałki” świat rodziców – następuje w związku ze śmiercią lub samą diagnozą choroby terminalnej. W tym drugim przypadku mowa jest o żałobie antycypowanej, w której moment śmierci może wiązać się poza uczuciem smutku z odczuwaniem ulgi. Jeśli „wydarzenie” nie było bezpośrednio związane ze śmiercią, po pierwszym wstrząsie następowało oczekiwanie na najgorsze, przeplatające się z nadzieją na cud. W tym kontekście wartościowe są wypowiedzi kobiety (W04), która żyje z ciężką chorobą zagrażającą jej życiu. W wywiadzie tym wyraźnie uwidacznia się właśnie podejście dziecka do śmierci – z jednej strony jest strach przed nieznanym, przed pogorszeniem stanu zdrowia i utratą samodzielności i jakiegokolwiek sprawczości, z drugiej bezsilność połączona z chęcią zakończenia cierpienia. Podobne skrajne emocje targają jej rodzicami, którzy są przerażeni i przytłoczeni procesem przedłużającej się diagnostyki, własną bezsilnością, wreszcie poczuciem winy, że sprowadzili na świat dziecko, które musi cierpieć.

W narracjach o chorobie pojawiają się zazwyczaj trzy traumatyczne wydarzenia: postawienie diagnozy (czasami ma ono miejsce natychmiast, czasami trzeba czekać kilka miesięcy w niepewności); leczenie lub/i umieranie (związane z patrzeniem na cierpienie dziecka, zmiennymi stanami od załamania i bezsilności po nagłe przypływy nadziei – nazywane leczeniem, kiedy tej nadziei jest więcej lub umieraniem, kiedy jej

już nie ma); śmierć. Ostatni etap jest wspólny dla wszystkich opowieści. W moich rozważaniach drugi etap nazywam leczeniem, chociaż w rzeczywistości jest on powolnym odchodzeniem z nadzieją rodziców na cud ozdrowienia.

Zanim przejdę do omówienia sytuacji narratorek i narratorów, chciałam wrócić do tematu tabu. Pisałam w czwartym rozdziale, że śmierć w sensie ogólnym nie jest tematem tabu. Jednak pierwsze zetknięcie ze szpitalem czy prosektorium sprawia, że natychmiast objawia się tabu. I nie chodzi o samą śmierć, ale o to, czy o niej mówić i jak o niej mówić. W opowieściach rodziców opisywane są sytuacje, kiedy lekarki i lekarze nie potrafią przekazać informacji lub przekazują ją w sposób taki, który jest szokujący dla rodziców. Pojawiają się też inne problemy – w jaki sposób mówić o umieraniu do dzieci i czy w ogóle mówić? Wszystkie osoby, które straciły dziecko w wyniku choroby, podjęły takie rozmowy ze swoimi dziećmi (zarówno chorymi, jak i ich rodzeństwem).

Klasyczne już dzieło – *Świadomość umierania* – Barneya Glasera i Anselma L. Straussa (2016) opisuje nadal aktualne w Polsce sytuacje w relacji osób chorych i instytucji. Jest to kwestia uwarunkowana kulturowo i unormowana poniekąd przepisami polskiego prawa. Nadal jednak stwarza ona duże problemy (Jurczyński 2015). Glaser i Strauss twierdzą, że „[p]oszczególne typy kontekstu świadomości wywierają olbrzymi wpływ na interakcje między pacjentami a członkami personelu, ponieważ ludzie w swoich rozmowach i działaniach kierują się tym, co kto wie i z jakim stopniem pewności” (*ibidem*: 17). Przy czym stan wiedzy zmienia się w efekcie interakcji, przeobrażając konteksty świadomości. Autorzy ci wyróżniają cztery konteksty świadomości – otwarty, zamknięty, podejrzeń i udawania. Kontekst otwarty zakłada przepływ informacji i mówienie o szansach wyleczenia, nadchodzącej śmierci itp. Kontekst zamknięty charakteryzuje się zatrzymaniem przepływu informacji. Nie mówi się o diagnozie, prognozach, umieraniu. W kontekstach podejrzeń i udawania – relacja między aktorami interakcji związana jest z ukrywaniem części wiedzy po stronie osoby umierającej, personelem medycznym, członkami rodziny – osoby te podejrzewają, że nie ktoś wie więcej i nie mówi o tym lub udają, że nie posiadają wiedzy na temat diagnozy i prognoz przeżycia. Trzy z tych kontekstów mają związek z tabuizowaniem sytuacji umierania. Monika Nowak (2016: 222) uważa, że w przypadku chorób nowotworowych „[ś]mierć już na samym początku trajektorii choroby staje się

przedmiotem przemilczeń w relacjach między rodzicami a chorymi dziećmi”. Lęk przeżywany przez rodziców chorego na raka (lub terminalną chorobę genetyczną) wiąże się nie tyle z ukrywaniem części informacji, co z chęcią zaprzeczenia im. W związku z czym – jak już wspominałam w rozdziale czwartym – dochodzi do sytuacji wypierania antycypowanej śmierci ze świadomości rodziców. Nowak pisze o „uchylaniu się od odpowiedzi” na pytania, które są problematyczne dla samych rodziców, które wywołują ich lęk i brak poczucia kontroli nad sytuacją (*ibidem*: 226). W tych sytuacjach można zaobserwować właśnie trzy wspomniane konteksty świadomości. W przypadkach rodziców, z którymi rozmawiałam, starali się oni utrzymywać kontekst otwarty – pomimo faktu młodego wieku dzieci i ewentualności niezrozumienia przez nie sytuacji, w której się znajdowały. Przy czym otwartość nie wykluczała jednoczesnego zaprzeczania antycypowanej śmierci. Rodzice podejmowali wszelkie możliwe ścieżki leczenia, żeby zwiększyć szanse dziecka na przeżycie. Pojawianie się tabu w interakcji rodzice-personel medyczny lub rodzice-osoby trzecie wynika często z tego, że ludzie boją się zranić rodziców, którzy już cierpią i czują lęk, niepewność. Nie chodzi nawet o poruszanie „niewygodnego” tematu, a właśnie o zranienie lub urażenie kogoś.

5.3.1. Diagnoza – pierwsze trzęsienie ziemi

Próba rekonstrukcji doświadczenia straty w przypadku dzieci, które zachorowały (lub urodziły się chore) zaczyna się od „trzęsienia ziemi”. Dziecko rodzi się chore, chociaż nic na to nie wskazywało. Dziecko narzeka na ból, a standardowe badania wskazują na poważne nieprawidłowości itp. Tak wyglądało za każdym razem doświadczenie nie tylko moich rozmówczyń i rozmówców, ale i innych rodziców dzieci z chorobami nowotworowymi, przewlekłymi, genetycznymi (zob. Klajmon-Lech 2018). Czasami uda się szybko postawić diagnozę, czasami trzeba na nią długo czekać. W każdym przypadku jest to bardzo stresujący czas.

Urodziła się [imię zmarłej córki] i lekarka zawołała męża. [imię zmarłej córki] **nie złapała oddechu**. Miała trochę problemy z... także nie położyli mi w ogóle jej na piersiach, ani nic, bo od razu ją zabrali na bok. Mnie to pani doktor jeszcze nad rodzeniem łożyska skupiła... I prosiła, żebym się tam nie skupiała, tylko tutaj, bo musimy jeszcze skończyć temat. A mówi, tam my z [imię zmarłej córki]... już jest w dobrych rękach. Już widziałam, że tam się coś... [502-507].

I faktycznie [imię zmarłej córki] się urodziłam koło 19:00, dopiero koło 22:00 pani doktor przyszła i nam powiedziała, że no, **trochę był problem z adaptacją** właśnie taką **oddechową**, musiała być... jest na oddziale neonatologii... jest **podłączona pod tlen**, ale... ym... **ma troszkę przykurczone nóżki, stópki, nie wiedzą dlatego?** Może to jakieś wzmożone napięcie mięśniowe? Myślę sobie — Boże święty, powtórka z rozrywki... Ale... [4sek] No i suma sumarum już mnie zawieźli na ten oddział, ale cały czas nie... jakby nie nie dostałam [imię zmarłej córki] [zaznaczenia Ł. L.] (W17) [522-527].

Sytuacja była trudna i kojarzyła się narratorce z jej wcześniejszym doświadczeniem porodowym. Wywoływało to u niej stres, ale była przygotowana na ewentualną rehabilitację kolejnego dziecka. Już to знаła. Okazało się jednak, że z nieznanых przyczyn dziecko ma złamaną nogę – kość udowa, z przemieszczeniem. Pierwsze podejrzenia dotyczyły wrodzonej łamliwości, ale inne kości były całe. Były to tylko przypuszczenia, bo diagnozy nikt nie chciał stawiać bez koniecznych badań. A tu nawet nie było wiadomo, czego się ucześć i co drążyć, bo wyniki nie były złe. Nie wskazywały na nic konkretnego. Rozmówczyni mówi, że to były „[n]erwy straszne. Po prostu wydawało nam się, że to jest koniec świata” [549]. Ich nastawienie wynikało też z tego, że nie byli przygotowani na pojawienie się jakichkolwiek problemów. Cięża przebiegała dobrze. Jeden jedyny problem, który podejrzewano w którymś momencie dotyczył serca, ale z czasem zniknął. Dziecko było mniej ruchliwe, ale uważano, że to nie wskazuje na żadną patologię, którą należałoby by się przejmować. Dziewczynka otrzymywała morfinę. Karmiona była dożylnie. Leżała w inkubatorze i nikt z rodziny nie mógł jej zobaczyć. Dla narratorki, która pochodzi z dużej rodziny, która utrzymuje bliskie relacje, był to dodatkowy stresor.

Bardzo podobny przebieg miała sytuacja diagnozy w innym przypadku – różnica polega jednak na tym, że diagnozę postawiono szybciej, głównie dlatego, że przypadek nie był tak rzadki i specjalizująca się w tej chorobie lekarka potrafiła pomóc rodzicom.

[C]ięża przebiegała prawidłowo, nikt nie stwierdził u nas żadnej choroby, natomiast okazało się dopiero po porodzie, dowiedzieliśmy się, że dziewczynka jest w stanie ciężkim. (nabranie powietrza) Znaczą, nikt nie potrafił stwierdzić, jakie jest schorzenie, co z nią jest, natomiast urodziła się zawinięta w pępowinę, nie miała trudności oddechowych, natomiast miała inny kolor, zmieniony kolor ciała, yyy, no i było widać już, że **dysmorfia twarzy**. Było wiadomo, że z nią **coś jest nie w porządku**, [...] **niestety nie ruszała w ogóle nóżkami**. Pępowina ją tak omotała, że te nóżki w ogóle się nie ruszały, powiedziano nam, że tutaj wymiana, endoprotezy wchodzi w yyy rachubę, żeby ona w ogóle nóżkami mogła poruszać.

(1) Problemy – **nie ssala, nie pila od początku**, więc od razu trafiła do inkubatora i była **karmiona tylko i wyłącznie dożylnie** [zaznaczenia Ł. L.] (W20) [2-12].

Obie mamy doświadczały czegoś, co Anna Ługowska-Tabaj (2014) nazywa „macierzyństwem z terminem ważności”, chociaż jeszcze o tym nie wiedziały. Pojawienie się diagnozy ustawiało mniej lub bardziej wyraźny koniec relacji z dzieckiem. Dodatkowo – o czym piszą Marta Biskupska i Marta Konieczna (2013) – stawianie diagnozy, leczenie i ratowanie życia wiążą się ze stresującymi dla noworodka procedurami. Pojawiają się „nieprzyjemne bodźce” w postaci chłodu, hałasu, intensywnego oświetlenia, wybudzania, bólu. Te bodźce wpływają na reakcje biochemiczne w ciele noworodka – „zwiększenie się stężenia poziomu hormonu stresu w odpowiedzi na zabiegi inwazyjne” (*ibidem*: 143). Bezsilność matki (i ojca) w tej sytuacji również sprzyja rozwijaniu się traum. Dlatego ważne w takich momentach jest indywidualne podejście i próba złagodzenia cierpienia tak dziecka, jak i jego rodziców. Uwidacznia się to w wypowiedziach badanych osób, które z wdzięcznością odnoszą się do personelu medycznego, który ich wspierał, krytykują natomiast zachowania i miejsca, gdzie traktowano ich jak kolejne przypadki.

W wywiadzie W17 po miesiącu spędzonym w szpitalu na domysłach i próbach postawienia diagnozy, pojawiła się żółtaczką. Narratorka już wtedy krążyła między szpitalem a domem, zostawiając swoje pierwsze dziecko pod opieką dziadków. Po sześciu tygodniach udało się załatwić miejsce w innym ośrodku – specjalizującym się w chorobach dziecięcych. Zanim jednak udało się pojechać do tego ośrodka, dziewczynce bardzo pogorszyły się wyniki i trzeba było zrobić transfuzję. Kolejny wstrząs, bo wszelkie podpisywania zgód obarczone są świadomością, że dziecko może umrzeć. „Straszny widok, bo [imię zmarłej córki] bardzo źle wyglądała. Zrobili tą transfuzję krwi. Ja siedziałam tam całą noc, po tym podaniu krwi, bo to były takie... jakby znaczące chwile. Pani doktor powiedziała, że nie wiadomo, czy ona zareaguje na to i czy ten stan się poprawi? Poprawiła się” [624-627].

Po przybyciu do ośrodka dziecku znowu się pogorszyło i potrzebna była kolejna transfuzja. Zetknięcie się rodzica z tak dużym ośrodkiem medycznym również nie wywołało dobrych emocji:

Pobyt w [nazwa ośrodka zajmującego się chorobami dzieci], pojechanie tam i zetknięcie się w tym wszystkim, czym jestem ten szpital i to miejsce... y... to jest

szok dla każdego rodzica. Już po prostu samo przejście przez próg... i te **dzieci po chemioterapiach** y... ci **splakani rodzice**, bo tam naprawdę trafiają trudne przypadki, więc yy no... Z jednej strony **taka nadzieja**, że to jest [nazwa ośrodka zajmującego się chorobami dzieci], **że na pewno nam pomogą.** A z drugiej strony te wszystkie sytuacje dookoła, i które się tam działy, to jak... jaka jaką traumą był ten pobyt tam, w warunkach... gdzie my byśmy naprawdę skrajnie już wyczerpani [zaznaczenia Ł. L.] [633-640].

Kobieta wyznaje, że czuła się samotna w tej sytuacji, bo mąż (ze strachu) nie chciał jej zastępować w opiece nad dzieckiem, a ona nie dosypiała (spała po 2-4 godziny na dobę), mając nadzieję, że nakarmi dziecko, zapewni córce lepszą opiekę.

Musiałam się nauczyć obsługiwać tą sonde i karmić ją tą sondą, ona straaasznie wymiotowała, bo to ją podrażniało. Po prostu to yyy... **koszmar w ogóle karmienia...** jej to było... to był jakiś koszmar, bo to wyglądało tak, że ona co trzy godziny była karmią. Ja właściwie tak, **odciągałam pokarm godzinę, bo też z nerwów, ze stresu, ze zmęczenia... tego pokarmu miałam mało, a bardzo się starałam, żeby... tak miałam już potem poranione piersi...** yyy już... ja ja już po prostu na samą myśl, że muszę w ogóle przyłożyć ten laktator, to zajmowało mi 15 minut, żebym ja go w ogóle miała odwagę przyłożyć [śmiejąc się] **tak mnie wszystko bolało...** yyy... No, i to karmienie właściwie to była godzina odciągania mleka, potem godzina nakarmienia jej, bo to bardzo... ona bardzo powoli piła. **Siostry nie miały w ogóle... yy... cierpliwość i czasu na to, żeby ją karmić,** tak? Bo ona wypijała to mleko, ale ale to tyle czasu zajmowało, bo ona gdzieś tam przysypia, trzeba ją było mobilizować. Pociągnęła chwilę, gdzieś tam znowu... eee... Dlatego ja musiałam jakby być cały czas, bo wiedziałam, że... na przykład po nocy widziałam, że nie było całe mleko wypite, bo siostry nie miały czasu, żeby ją dokarmiać, nie? Więc jak nawet ja poszłam spać na te 4 godziny chociaż... to w tym czasie to mleko, co siostry miały dać, to było na przykład połowa dana, nie? I to, no... mnie to jeszcze tak do tego..., że ona musi kurczę jeść, bo ona nie przybiera na tej wadze, i że **ja po prostu muszę zrobić wszystko, muszę nie spać, muszę... żeby ona tylko jadła.** Ym... [6sek] No i yyy i przeszliśmy właśnie w międzyczasie na tą sondę jeszcze... i potem godzinę trzeba było ją karmić, godzinę nosić w pionie, żeby ona tego nie ułała... i jeszcze czasem jej nie odłożyłam, a ona po prostu chlusnęła całym tym mlekiem, więc... yyy... [zaznaczenia Ł. L.] [680-700].

Problematyczne stały się w tej sytuacji również kontakty z rodziną. Rozmówczyni poprosiła, żeby nikt do niej nie dzwonił. Ma nadal w związku z tym wyrzuty sumienia, ale na ówczesny moment, było to dla niej jedyne wyjście. Przyjęła odpowiednią dla siebie strategię radzenia sobie z trudną sytuacją – rozmawiała wyłącznie ze swoją siostrą lub mamą i to na nich spoczywała odpowiedzialność przekazania informacji dalej. W ten sposób odcinała się od dodatkowych obciążeń i chroniła siebie, by

zapewnić sobie jak najwięcej energii na opiekę nad córką. Narratorka przyznaje, że chciała głównie uniknąć irytujących komentarzy, które wypowiedane były przez osoby nieznające sytuacji – rozumie jednocześnie dobre intencje i szczerą zmartwienie.

Zaczęły pojawiać się konkretniejsze przypuszczenia dotyczące diagnozy. Nie była to dobra diagnoza, więc rodzice nadal walczyli o lepszą. Zrobiono badania genetyczne, na których wyniki trzeba było czekać. Ponieważ udało im się znaleźć miejsce w szpitalu w mieście pochodzenia, wrócili z córką i trafili pod opiekę lekarza, który nie tylko zapewnił komfort dziecku, ale również im – rodzicom. Zorganizował cały zespół. Rodzice poczuli się bezpieczniej i mieli całkowite oparcie w pracowniczkach i pracownikach służby zdrowia. Profesor znalazł kontakt do specjalisty w Londynie, który specjalizował się w chorobie, którą podejrzewano, co przyspieszyło diagnozę. Rodzice nadal mieli nadzieję, że coś da się zrobić i nawet tak niekorzystną diagnozę, da się zmienić. Wyniki genetyczne potwierdziły złe prognozy – niestety dodatkowo sposób przekazania informacji przez lekarkę z ogólnopolskiego ośrodka okazał się traumatyzujący. Narratorka źle to spotkanie wspomina. Obie diagnozy (W17, W20) nie dawały dużych rokowań. Uważano, że kilka miesięcy lub rok, to już dużo.

Generalnie nie dawano nam żadnych rokowań. Przy diagnozie dowiedzieliśmy się, że dzieci dożywają do pierwszego roku życia yyy najczęściej, że różnie z tym bywa. Natomiast dowiedzieliśmy się, że jeśli zostanie, przeżyje tydzień – to będzie cud, jak miesiąc – to proszę się naprawdę cieszyć, trzy miesiące, to nam powiedziano do roku. Yyy już po roku nam się nikt na ten temat nie wypowiadał (W20) [234-238].

Diagnozowanie nowotworów przebiega szybciej. W przypadku ojca chłopca chorego na nowotwór (W05) „na początku w ogóle lekarze nie wiedzieli, co to jest. [5sek] Jedni się dopatrywali kręczy, inni po prostu tego, że dziecko sobie coś wymyśla i wcale mu nic nie jest... No, ale że było z nim coraz gorzej, że nie chciał jeść, wreszcie zrobiono mu rezonans... i okazało się, [ciszej] co jest” [274-276]. Matka dziewczynki chorej na raka (W18) doświadczyła innych problemów. Po pierwsze była akurat w końcowym etapie drugiej ciąży, więc lekarki i lekarze nie traktowali jej poważnie, nie rozmawiali z nią, nie udzielali jej informacji na temat stanu zdrowia córki. Możliwe, że bali się o nią i drugie dziecko, jednak sama matka przypuszcza, że chodziło o jej wygląd – drobna kobieta, wyglądająca na nastolatkę, na dodatek w ciąży, nie była dla lekarzy odpowiednią partnerką do rozmowy. O wszystkim informowano jej męża. Po drugie

sama nie dopuszczała informacji o nowotworze – nikt w rodzinie nie chorował na raka, a rak kojarzył jej się jedynie z białaczką i śmiercią. Nic więc dziwnego, że pod wpływem szoku, pierwsze pytanie, które zadała nie dotyczyło rodzaju guza, tylko żądania zapewnienia, że to nie jest białaczka. Wspomina:

w ciągu tych kilku dni... bo od środy do piątku, [głęboki wdech] to było **tyle zmiennych informacji** – [4sek] tutaj jedni mówią, że **jest źle fatalnie**; jedni mówią, że **wcale nie musi tak być**... ym... tak więc... **taka huśtawka**, jaka następowała **między strachem** i po prostu tym, że to **już jest koniec**, a takimi **dobrymi wiadomościami**, które **pozwoliły na chwilę odetchnąć** to... to nie jestem w stanie tego opisać, tak? [zaznaczenia Ł. L.] [163-168].

Stan zdrowia córki był na tyle poważny, że lekarki i lekarze zaordynowali chemię opierając się wyłącznie na przypuszczeniu, z jakim rodzajem nowotworu mają do czynienia. Badania histopatologiczne potwierdziły, że ich przypuszczenia były trafne.

Pojawienie się diagnozy z jednej strony daje nadzieję – wiadomo, z czym się walczy. Z drugiej, jeśli diagnoza jest mało optymistyczna, rodzice starają się ją odrzucić i szukają lepszej, bardziej akceptowalnej. Taki przypadek reprezentuje Blanka Tabaszová (1999), która nie chciała zaakceptować diagnozy syna i uważała, że lekarze mylą się – jej dziecko nie może być chore:

...Tylko trzy słowa i cały świat się rozpada. To szokujące zdanie znaczy, że moje dziecko jest śmiertelnie chore. Białaczka, powtarzam sobie. Nie wierzę. Nie chcę wierzyć. To jest pomyłka. To musi być pomyłka! To jest tylko wojewódzki szpital, może ty nie potrafisz porządnie postawić diagnozy. Nie zamierzam akceptować rzeczywistości, tego, iż życie naszego syna ma być od tego momentu czymś ograniczone. To jest pomyłka, straszna pomyłka... (*ibidem*: 16).

Brak zgody Tabaszovej jest bardzo charakterystyczny i wpisuję w rozmaite modele radzenia sobie z niepomyślną diagnozą. Co ciekawe – rodzice przypominający sobie zdarzenia sprzed lat dotyczące choroby zmarłych dzieci, bardzo często wspominają, że to wyparcie, niezgoda na diagnozę towarzyszyło im do samego końca. Łączyło się z nadzieją na wyzdrowienie lub właśnie błąd w diagnozie.

5.3.2. Leczenie – wielokrotne zagrożenie życia

Pierwszy stres i nerwy zostały opanowane. Przystąpienie do leczenia niesie za sobą wspomnianą nadzieję, ale też szereg nowości, którym trzeba stawić czoło. Pojawiają się urządzenia, których badane i badani nie rozumieli, a musieli nauczyć się je obsługiwać i rozpoznawać ich sygnały. Pojawiają się nowe rozwiązania, które początkowo przerażają, jak stomia (W20), sonda (W05, W17, W20), wejścia centralne (W18) itp. Medykalizuje się ich życie codzienne – zyskują nowe umiejętności, rozumieją więcej, choroba nie jest już taka straszna, chociaż nadal przeraża, bo ciągle pojawiają się przeszkody w postaci pogarszania się stanu zdrowia dziecka.

Zaczęły się kłopoty. Przede wszystkim **szukanie ratunku** dlatego, że lekarze od razu powiedzieli, że to jest **bardzo złośliwy guz**, [...]. Że można z nim chodzić [śmiech] nawet do końca życia, tak? [westchnięcie] Ale niestety jak już rośnie, to zaczyna zagrażać. [5sek] W momencie wykrycia guz mmm... w czasie mojego synka miał już 5cm, jak na małe dziecko, to był bardzo **duży guz**. [...] Guz podstawy czaszki. Potem punkcja. Czekaliśmy... po prostu, co to za guz. [9sek] **Trafił do szpitala, już na stałe**. Bo praktycznie nie mógł jeść, potem już zaczął przerastać od kości klinowej w dół... [...] ... do gardła... [z trudem] i po prostu zatykać gardło, że nie mógł już nawet jeść.

A lekarze ze względu na rodzaj tego guza, bali się udrażniać to gardło, ze względu na to, że te guzy się praktycznie nie zabliźniają, tylko jak są nacięte to już krwawią cały czas, tak? Ciężko jest zasklepić po prostu tą tkankę. [6sek] No i jeździliśmy. Od lekarza do lekarza. Od kliniki do kliniki. [...] we dwójkę wszędzie z żoną jeździliśmy. Także nie to, że jedna osoba musiała [wzdycha]. Zawsze we dwójkę z nim jeździliśmy – ona, ja i [imię syna]. No chyba, że trzeba było jeszcze podjechać gdzieś z samymi papierami... No i wtedy zaczęło się też awantury większe z teściami. Teściowa obwiniała mnie, że to moje wady genetyczne... [zaznaczenia Ł. L.] [267-294].

Próba znalezienia kogoś, kto zdecydowałby się pomóc, chwytanie się każdej możliwości sprawiło, że małżeństwo spieniężyło wszystko, co tylko posiadali. Jeździli w poszukiwaniu specjalistek i specjalistów gotowych podjęcia się leczenia lub chociaż konsultacji. Szczególnie zależało im na operacji, której w Polsce nikt nie chciał przeprowadzić. Cała choroba trwała kilka miesięcy. Bardzo intensywnych miesięcy, kiedy cała energia skupiona była na poszukiwaniu wyjścia.

Ostatnią operację syna dokonano w tym w... [nazwa miasta na południowym wschodzie Polski]... To sprowadziliśmy... Udało się nam do tego stopnia zrobić, że poprzez znajomych, przyjaciół i...i różne kontakty, **sprowadzony został wice**

przewodniczący Światowej Konfederacji Neurochirurgów... także dotarliśmy... no wyżej już się nie dało. [śmiech] Przewodniczący był już za stary, ręce mu się trzęsły... [wzdycha] [11sek] Ani pieniądze, ani znajomości... nic nie pomogło. [5sek] Najpierw dzień operacji [4sek]. Zaraz po operacji... **szczęście**. Bo najgorsze było to, że przy usuwaniu tych różnych elementów wokół pnia mózgu, to wiadomo... to może tam... bardzo szybko można... [ciężko] może nastąpić śmierć, tak? **Operacja się udała**, [imię syna] **przeżył operację**. Więc **radość, szczęście**. Dzwonienie po rodzinie, przyjaciółach. [5sek] Operacja się udała. **Guz został wycięty**. A resztki będzie można zwalczyć przy pomocy radioterapii, albo czegoś... [wzdycha] [7sek] W trakcie tej operacji wszczepiono też tam [imię syna] pewne kawałki implantów zamiast kości, bo kości musiano usunąć... [zaznaczenia Ł. L.] [314-328].

Pozytywne zwieńczenie próby uratowania dziecka życia było chwilą zwycięstwa. Rodzice napawali się nią, planując powrót do domu, dalsze leczenie, wyzdrowienie, powrót do normalności. W innej narracji z nowotworem w tle, takie wzloty pojawiały się po każdej serii chemii. Wznowy zabierały radość, ale też z większą mocą matka (W18) „ruszała do walki”. Każdy pobyt w szpitalu wiązał się z zagrożeniem – krwotok na samym początku leczenia, po przebicciu opłucnej, wypisanie na „zwykły” oddział, po transplantacji szpiku. Były też momenty, które matka z trudem oswajała. Jej pierwsze zetknięcie z oddziałem onkologicznym było traumatyczne. Wspomina:

pamiętam, że pierwsze... jak weszłam na oddział onkologiczny... i i tam są przeszkłone drzwi, więc widać, co się dzieje w boksach – i tak sobie pomyślałam ojej... i **te łyse główki**... po prostu **przerażające dla mnie**, nie?... że jak coś takiego mogło nas tutaj spotkać... [ciszej] **cały czas myślałam, że to nie dzieje się naprawdę**... I widziałam te dzieci takie naprawdę malutkie albo biegająca, albo na rączkach... I takie właśnie łyse, bo to jest chyba... dla człowieka, który nie miał kontaktu nigdy z chorobą nowotworową to ta łysina jest taka najbardziej rzucająca się w oczy i charakterystyczna... **i te mamy były wszystkie takie y... radosne...** [7sek] Ja pamiętam, że siedziałam przy takim małym słoiczku i mówię: Jezu, ile te kobiety muszą się prochów nałykać [6sek] żeby one tu nie płakały i tak dalej... No mówię... **mi to się w ogóle świat zawalił**... [7sek] i potem właśnie okazało się bardzo szybko, że **również należę do wesółych mam**, że wcale nie potrzeba do tego żadnych środków uspakajających, ani nic... mmm... Niesamowite kobiety [4sek]. Hołdy dla wszystkich mam, które właśnie to znoszą... Jak się słyszy ich historie innych, to naprawdę... To, że ja miałam dziecko, które zachorowało na nowotwór i że odeszło... nie jest jeszcze najgorszym, co naprawdę może spotkać... to to to nie jest tak, [śmieje się] że już gorzej być nie może – zawsze może być gorzej [podkreśla] [zaznaczenia Ł. L.] [244-261].

Podobnie przerażające było centrum, do którego trafili na konsultacje:

Taki **zupełnie inny świat**... gdzie **można się po prostu od razu zgubić**... Jest **tłok**. Wyobrażenie... no nie wiem...no, strach też że daleko. Pamiętam, że **się daleko**

jechało, bo jeszcze nie była otwarta autostrada, [ciężki wdech] jeszcze był problem, bo wszystkie płyty, jakie ze sobą mieliśmy z tomografii i tak dalej, okazało się, że to tamci z [ośrodek w województwie mazowieckim] to to muszą po swojemu obejrzyć, po swojemu opisać... [...] y... generalnie pierwsze wrażenie było: **kurde mnóstwo dzieci, małych łóżeczek, na korytarzu, ciasno... nisko, duszno...** I tak mówię: jaka to [miasto w województwie mazowieckim] przecież jest na [ulica przy której znajduje się szpital specjalistyczny] to w ogóle to jest jakiś nie wiem, hotel pięciogwiazdkowy... tutaj to jakaś **rudera** [śmieje się]... [zaznaczenia Ł. L.] [303-315].

Z tych opowieści wyłania się obraz matki walczącej o dobro i zdrowie córki, która pilnuje lekarek i lekarzy, wyklóca się o właściwe leczenie, czym zwraca uwagę pielęgniarek. Jedna z nich stwierdziła, że nie spodziewała się takiej „lwicy”, co badana skwitowała: „o swoje dziecko? Oczywiście, że walczyłabym do upadłego” [615]. Uważa również, że takie sytuacje, kiedy dochodzi do nieporozumień, trzeba przemilczeć, bo chodzi o dobro dziecka. Taka sytuacja wydarzyła się po jednym z leczeń, które córka odbywała w innym ośrodku i dwa ośrodki miały się ze sobą w tej sprawie skonsultować. Okazało się, że nikt nic nie wiedział i pretensje były do niej:

No niby się konsultowali z [miasto w województwie mazowieckim], że [miasto w województwie mazowieckim] wszystko wie, a potem okazuje się, że **pretensje są do rodzica**, tak? Gdzie ja byłam przez te pół roku z dzieckiem? [śmieje się] Ale już... to to akurat i tak zawsze cała wina... jeżeli coś jest nie tak, to nie wiem — **zagubiony dokument** — i mimo to, że **my nawet ich nie dostajemy do rąk i tak jest nasza wina...** Taką rodzice... znaczy lekarze mają swoją psychotechnikę.

[...] Ale w takich sytuacjach, gdy walczy się o życie dziecka, to jak gdyby **nie jest istotne czy rodzic robi z siebie głupka, czy wszystko będzie na rodzica...** tak naprawdę cała duma taka jaka, jak i złość jest schowana w kieszeni, byle byle lekarz nie odwrócił się, nie robi po złości i dla dziecka żeby było dobrze... tak więc... rodzic naprawdę jest w stanie **wiele puścić mimo uszu**. [7sek] No ponieważ ma tę świadomość, że **wszystko zależy od lekarza...** więc **lepiej z nim nie zadzierać** [głęboki wdech]... yy... [zaznaczenia Ł. L.] [382-394].

Rodzic znajduje się w sytuacji bez wyjścia. Może próbować wszelkich środków, może zdać się na lekarzy. Nieważne, co wybierze i tak będzie obwiniał siebie o to, że czegoś nie zrobił lub zrobił coś źle. Kiedy medycyna nie ma już rozwiązań – zalecane są tylko środki ograniczające cierpienie. Hospicjum stacjonarne lub domowe. I pojawia się znowu pytanie: dlaczego moje dziecko? I inne, które zadaje Tabaszová (1999: 89-90): „Mamy prawo utrzymać nasze dziecko przy życiu za wszelką cenę?” Widok fizycznego cierpienia dziecka utrudnia wszelkie decyzje. „Łamie serce”, ale rodzic

podejmuje walkę. Tłumaczy sobie i w miarę możliwości dziecku, że to dla jego dobra. Że teraz boli, ale będzie dobrze. Jak jednak powiedzieć dziecku, że umrze i te wszystkie męczarnie były zbędne? Narratorka (W18) stanęła przed takim wyzwaniem.

[T]rochę niefajnie postąpili, bo powiedzieli, że jedziemy na przepustkę, a w momencie, gdy wróciliśmy, okazało się, że **mam kwity do hospicjum**, że już nas nie przyjmują z powrotem... Więc to też nie do końca dobre zagranie. [8sek] Wtedy pamiętam... ponieważ mojej [imię córeczki] też nie dało się oszukać, bo... od razu by się domyśliła, dlaczego... dlaczego nie jesteśmy w szpitalu... [dzwoni telefon] i jak to powiedzieć, nie? [telefon zostaje wyłączony] i jak to powiedzieć? więc poprosiłam panią psycholog, żeby... żebyśmy zrobiły to razem i najprostsze wytłumaczenie, że [7sek] **no w tym momencie nie mamy czym leczyć, no nie znamy leku, no ale jak tylko lekarze coś wymyślą, to zadzwonimy i wrócisz na leczenie**. Takie... [8sek] proste, ale... [imię córeczki] **wiedziała, bo niejedną koleżankę już żegnała, jak odchodziła do hospicjum, więc też wiedziała, o co chodzi** [zaznaczenia Ł. L.] [749-759].

W przypadku dzieci z chorobami rzadkimi problem polega na tym, że poza pierwszymi wstrząsami spowodowanymi informacją o chorobie, ciąg dalszy to „utrzymywanie przy życiu”. Czasami jest to walka – ciągłe operacje, inwazyjne badania, transfuzje. Czasami po tych pierwszych dramatycznych tygodniach lub miesiącach następuje względnie ustabilizowana egzystencja. Nie jest to łatwe życie, ale pozwala na czasową stabilizację. Sprzyja też poznawaniu dziecka i inwestowaniu w jego rozwój – tak finansowym, jak i fizycznym, ponieważ rehabilitacje są praco- i czasochłonne. Zaczyna się konstruowanie nowej codziennej rutyny, zawiązywanie nowych znajomości, poznawanie innych rodziców z podobnymi problemami oraz ich dzieci, które potrafią rozczulać i zachwycać. Narratorka W20 przeżyła najgorsze chwile na początku – tuż po diagnozie, kiedy starano się ustalić, jak można pomóc dziecku, żeby mogło „doczekać śmierci” w spokoju. Doszła do momentu, kiedy modliła się o godną śmierć dla córki i płakała na szpitalnych schodach z bezsilności. Powrót do domu był więc czymś dobrym. Nawet jeżeli nie wiązał się z możliwością uzdrowienia dziecka.

Dziecko chore terminalnie przede wszystkim oczekuje miłości (Białożył i Haftk 2014). Najważniejsze jest więc zapewnienie akceptacji i wsparcia. Jest to niezwykle trudne zadanie, bo często oprócz chorego dziecka, jest jeszcze drugie – zdrowe. Opuszczanie domu z chorym dzieckiem, utrata kontaktu ze zdrowym, niepokój i ciągłe zmiany, to sytuacje w jakich muszą odnajdywać się rodzice chorych dzieci. Aspektem, o którym nie wspomniałam do tej pory szerzej jest konieczność porzucenia pracy przez

jedno z rodziców. Oznacza to, że zazwyczaj matki (w przypadku W05 ojciec i matka) porzucają pracę i zajmują się dzieckiem – towarzyszą w pobytach w szpitalu, rehabilitują, jeżdżą na turnusy specjalistyczne itp. To na ich barkach spoczywa dobrostan dziecka. Katarzyna Białożyty i Agnieszka Haftek (2014: 193) twierdzą, że matka zbliżając się do dziecka, poświęcając mu większość swojej uwagi, jednocześnie oddala się od rodziny, osłabia relacje itd. Choroba dziecka może więc prowadzić do oddalenia się rodziców, a po śmierci dziecka do poczucia zagubienia u matki, która nie będzie potrafiła odnaleźć się w nowej rzeczywistości.

5.4. Śmierć nagła lub tragiczna

W przypadku chorób terminalnych zbliżający się koniec zapisuje się w pamięci rodziców – jeżeli byli przy śmierci dziecka. Jeżeli ich nie było wyrzuty sumienia dają o sobie znać – o czym świadczy wypowiedź kobiety (W17), której mąż akurat wyszedł, kiedy córka „postanowiła umrzeć”. Ojciec dziewczynki długo nie mógł sobie wybaczyć tego, że właśnie w tym momencie zdecydował się pojechać do pracy.

Przy śmierci dziecka nie był obecny też inny ojciec (W05). O kolejnym dniu po udanej operacji mówi tak:

Niestety rano przyszedł lekarz i powiedział, że [imię syna] **w nocy zmarł**, tak?... **Żona chciała przez okno wtedy wyskoczyć... [4sek] I wyskoczyła...** To jest taka komiczna sytuacja. Ten hotel w szpitalu, jest na parterze, na bardzo niskim parterze... Tak jakby można powiedzieć, że podłoga jest poniżej poziomu gruntu, więc jak żona złapała za to okno i wyskoczyła to [śmiech] stanęła. [wzdycha] Ech... [7sek] Ja wiem, że się wtedy **całkowicie zamknąłem przed światem. Z nikim nie chciałem rozmawiać. [5sek]** Wszyscy mi mówili, że zachowywałem się całkowicie **jak robot** przez pierwszy miesiąc po śmierci syna, to całkowicie jak robot. **Mechanicznie wszystkie czynności, nic do mnie nie docierało [12sek]**. Awantury w tym domu u teściów. [5sek] Bo teściowa **zaczęła mnie wyzywać od mordercy...** Dlatego, że to ja podpisałem zgodę na y operację tą ostatnią. [13sek] Akurat ja te formalności załatwiałem, dlatego jak podpisałem te... Nie miało znaczenia, które z nas podpisze, bo i tak oboje decyzje razem wspólnie podejmowaliśmy, że za wszelką cenę chcemy ratować... No ale słysząc takie teksty, że **jest się mordercą** i tak dalej... to... człowieka to po prostu dobijało, tak? [zaznaczenia Ł. L.] [333-346].

Sytuacja w domu narratora potęgowała jego stan zamknięcia i pograżania się w nałogach. Nie dawał sobie rady z tym, co się działo. Zaprzyjaźniony lekarz przepisał mu

„jakieś leki” – sam nie wie nadal jakie, żona natomiast „uciekła w imprezowanie”. Kiedy już udawało się z nią spotkać, wspomnianie syna powodowało ból i kolejne uniki.

A co z żoną się spotykałem, to co rozmawialiśmy to po prostu... Tylko wspomnienia... **Parę słów wspomnień na temat tego, co by [imię syna] teraz robił, co my byśmy z nim robili... Płacz, płacz, płacz... znowuż wyjście z domu** – ona gdzieś do swoich znajomych, ja do chłopaków żeby się napić, albo coś... I stwierdziliśmy, że jeżeli dalej będziemy tak to ciągnąć, że nie potrafimy się uspokoić, czy coś... znaczy wyciszyć jakoś, zapomnieć tak żeby chociaż na trochę się ogarnąć, bo w tym domu i tak się nie da... [zaznaczenia Ł. L.] [360-366].

W konsekwencji narrator rozwiódł się. Nie widział sensu wysłuchiwanie dalszych oskarżeń. Nie chciał patrzeć, jak teściowa nastawia przeciwko niemu jego zboląłą żonę, którą już starała się wyswatać z kimś bardziej wartościowym, w jej opinii. Nie chciał również żyć w tej przestrzeni, która przypominała mu za bardzo o tym, że „zawiódł”, że nie uratował swojego syna przed śmiercią. To poczucie bezsilności sprawiało, że jego samopoczucie było coraz gorsze.

Eh... [westchnięcie]... Ja powiem tak. [5sek] Ja **zachowywałem się wtedy jak robot. Mnie praktycznie wszystko było wtedy obojętne**, tak wobec ludzi. Ale potrafiłem wieczorem... wyjść na spacer, **łazić przykładowo po mieście bez celu**, bo to inaczej nie można powiedzieć, jak łaźnić — czy z parku do parku, czy deszcz padał, czy nie padał, bez parasolki, bez niczego chodziłem, moknąłem, w niektórych momentach zdarzało mi się stanąć na środku na przykład parku na Zdrowiu, alejki i **wygrażać pięścią w nie... w stronę nieba, „wykrzykiwać różne rzeczy [6sek] przeciwko Bogu** i tak dalej. „Po co ty stworzyłeś ten świat, skoro tak nas karzesz?”... i no... i bluźni... bluźniłem, znaczy wulgary... wulgaryzmy były... rzucane takie [4sek], że lepiej po prostu tego nie mówić. [przelknięcie śliny] Wtedy jeszcze **prawie codziennie na cmentarz jeździłem. [6sek] Do pracy jeszcze nie poszedłem przez jakiś czas, bo... nie dałem rady**, musiałem się po prostu trochę... troszeczkę ogarnąć [na wydechu] a i tak to ogarnięcie to było też takie, że tak jak mówię, wtedy też trochę **zacząłem popijać**, tak... Zaczęliśmy się **z żoną coraz bardziej od siebie oddalać**, bo ona sobie w całkiem inny sposób radziła z tym **wszystkim i... i ona... mnie, mnie się nie podobało to, co ona robiła**, dlatego jeszcze bardziej w dół wpadałem. Ona już jakieś trzy tygodnie po tym... [4sek] po śmierci syna... chciała iść na pierwszą imprezę, tańczyć, bawić się. Ona mówiła, że po prostu w ten sposób łatwiej będzie... dojść do siebie. **Ja nie potrafiłem tego zrozumieć...** A każdy reaguje na swój sposób. Eh... [westchnienie] [zaznaczenia Ł. L.] [401-419].

Przy czym tak jak mówię, **nadal jesteśmy przyjaciółmi**, tak? Od czasu do czasu się spotykamy. Teraz ostatnio... ostatnio dwa dni temu też z nią rozmawiałem. Też się spotkaliśmy. Ale **rzadko kiedy o [imię syna] wspomina**. [zaznaczenia Ł. L.] [474-476].

W przypadku rodziny, która długo czekała na diagnozę (W17), śmierć była oczekiwanym wydarzeniem ze względu na rokowania, ale nadal starano się jej zaprzeczyć. W momencie, kiedy okazało się, że stan jest już poważny, że mogą pojawić się krwotoki wewnętrzne – matka poprosiła profesora o możliwość pozostania w szpitalu. Bała się, że w domu nie poradzi sobie, nie będzie potrafiła pomóc dziecku w sytuacji cierpienia. Dziecko miało lepsze i gorsze momenty. Po pojawieniu się krwotoków, następowała chwilowa poprawa. Nic nie było pewne. Ponieważ mąż narratorki potrzebował pojechać do swojej firmy, kobieta czekała na przyście swojej matki. Kiedy ta się pojawiła, to nie sama. Przyszła też siostra i córka narratorki. Córka jak zwykle bawiła się z młodszą siostrą, czym wprawiała w zachwyt personel szpitala. Nic nie wskazywało na przepowiadaną śmierć. Po odwiedzinach zmęczona narratorka postanowiła się zdrzemnąć, skoro dzieckiem i tak zajmowała się jej matka. Chwilę później nastąpiła śmierć. Narratorka tak opisuje całą sytuację:

[...] i tak przyłożyłam głowę do poduszki i nie wiem, ile minęło możesz z 20 minut? 25 minut? I słyszę moja mama się tak krząta. i od... Podniosłam się i mówię yyy... Mamo? Co się, co się dzieje? A moja mama: wiesz co?... Aha i niepokoiło nas... bo ona się nie załatwiała już dosyć długo... tak jak normalnie bardzo dużo siusiała, tak od jakiegoś momentu nie załatwiała się... i też się bałyśmy... A moja mama mówi: nie, wiesz ona się chyba będzie załatwiać, bo chyba będzie robić kupkę, albo siusiu, bo ona się strasznie tak jakoś... wybudziła się ma takie duże oczka i chyba chyba będzie robiła kupkę... I ja się podniosłam z tego łóżka, spojrzałam na nią i mówię: Idź mu siostrę, mamo. A mama mówi: no dobra, dobra ja tylko muszę jakieś tam... Nie! idź po siostrę! **[imię zmarłej córki] odchodzi.** I moja mama mówi: coś ty? coś ty? ona będzie się załatwiać... Ale mówię: mamo, proszę cię. Idź po siostrę! I i po prostu stanęłam nad nią **[pociągając coraz bardziej nosem]. [wolniej] A ona się obudziła, spojrzała się na mnie i po prostu taki szeroko otwartymi oczami...** W ogóle strasznie... **przez cały ten okres ciągle do niej mówiłam, że ona mnie nie może zostawić, nie może odejść.** Ja mówię: ja cię tu potrzebuję, żebyś ty była z nami... No i ona... Myślę, że ona... A w tej nocy, jak już było z nią tak źle... jak ją nosiłam... **[zdławionym głosem] to chyba gdzieś już dojrzałam do tego momentu [płacząc], że ja nie mogę jej zatrzymać na siłę, bo po prostu ona cierpi już i i i I że to dla nikogo nie jest dobre...** I już tak mówiłam: Panie Boże po prostu zrób... po prostu zrób, co trzeba, nie? Chcesz zabrać? To po prostu ją zabierz, **żeby ona nie cierpiała, żeby się nie męczyła.** **[z trudnością, łamiącym się głosem]** No i ona na mnie potrzeba tymi szeroko otwartymi **[załamanie] oczyma [ciszej] i ja do niej mówię: dobra, córeczko... [rozpakowuje chusteczki higieniczne] możesz...ić... jak chcesz, to już idź i mamę zostaw, ja tu muszę jeszcze zostać, bo jest jeszcze [imię żyjącej córki]...** no i w tym czasie przyszła już pielęgniarka, i jeszcze przyłożyła aparat oddechowa, ale tak z daleka. Przebiegła pani doktor, powiedziała do siostry, że ma odsunąć jest ten aparat już. No... i właściwie **zanim one weszły, to [imię zmarłej córki] było takie ostatnio spojrzenie...** Ja do niej powiedziałam, wzięłam ją na ręce... e...No i

[imię zmarłej córki] odeszła. I ciągle sobie myślę, że **ona czekała na moją zgodę. Że ja już ją musiałam wypuścić.** [bardzo cicho] No i... Moja mama zadzwoniła do mojego męża. Nie wiem, jak on to zrobił, ale chyba w [usiłując się śmiać] 5 minut przejechał przez miasto, zresztą też mówi, że nie wie, jak jechał, nawet się nie zatrzymywał na żadnych światłach... Przyjechała cała rodzina. W ogóle dyskrecja lekarzy, to, jak się zachowali wszyscy płakali... siostry, lekarze, po prostu wszyscy płakali, razem z nami. ym... [5sek] Ale... **pozwolili nam na wszystko...** Bo w szpitalu są... w szpitalu są procedury i wiele rzeczy, no... nie po nie po, nie powinni, na wiele rzeczy nie powinni nam pozwolić. Jest tam... [westchnięcie] Oni nam zostawili zupełnie, zupełnie... **pozwolili nam się pożegnać, tyle ile czasu potrzebowaliśmy, tyle ile zostaliśmy.** [8sek] No i to też było całe szczęście w nieszczęściu właśnie, **że mieliśmy tą możliwość... takiego... pożegnania się po swoim.** Ja wiem, jak niektóre dziewczyny opowiadają, jak na [nazwa ulicy przy której znajduje się szpital] dzieci umierają, to rodzice mają 5 minut po prostu i są dzieci. zabierane i to się dzieje publicznie, wśród innych rodziców, innych dzieci... coś potwornego po prostu. A tutaj my mieliśmy takie warunki stworzone i tyle zrozumienia i empatii wśród lekarzy, yy i takie wsparcie po prostu naprawdę mmm... **Chyba ta nasza wdzięczność w stosunku do nich to pozostanie do końca życia** [zaznaczenia Ł. L.] [1210-1252].

Warunki, które zapewnił szpital bardzo pomogły badanej w radzeniu sobie z tą trudną sytuacją. Najlepiej wspomina możliwość pożegnania i ubrania dziecka. Nie jest to zwyczaj, który nadal się praktykuje, ale jak przykład dwóch mam pokazuje, ma on sens dla najbliższych i pomaga poradzić sobie z emocjami.

Pozwoliły mi siostry... **ja w ogóle wszystko chciałam przy [imię zmarłej córki] zrobić sama,** bo jakby... nie było to dla mnie, że ja nie chciałam tego oglądać, **ja właśnie chciałam być przy niej i do każd każdego ostatniego momentu, kiedy jeszcze mogę dotykać ją, mogę ubrać, przebrać.** Zabrali [imię zmarłej córki] potem do kostnicy, [łamiącym się głosem] do chłodni – bo były takie upały straszne w ogóle. I ja zadzwoniłam do lekarza, który tam się opiekuje tą chłodnią i zapytałam go mmm, czy jak przyjedzie zakład pogrzebowy zabrać córkę to, czy ja mogę przyjść, bo ja bym chciała ją sama ubrać... i on był strasznie zdziwiony, no, bo on mówi, że on się w ogóle... nigdy w życiu nie dostał takiego pytania... ymmm... I moja mama mówi: Boże, dziecko... **Mój mąż był w ogóle oburzony – Co ty wyprawiasz? Po co ci to? Dręczyć się tym?** Ja mówię, nie, po prostu **ja tego potrzebuję, więc ostatnia rzecz, którą mogę do niej zrobić.** I ja chcę tam jechać i chcę to co zrobić. Yyy.... [4sek] gdzieś tam to... Ja jestem silna, mimo mimo jestem jestem silna i **po prostu to mi było potrzebne** i moja mama a moją siostrą mówi I po prostu to mi było potrzebne i moja mama to siostrą mówi: nie, nie w ogóle nie, proszę, Będiesz tam rozpaczać. Będziesz płakać. Słuchaj, wiesz ona się na pewno trochę zmieni, już to... już wiesz, już nie będzie ciepła, już będzie zimna, już to, już tamto. Mówię — mamo, przecież zimna to już była, jak ją zabierali właściwie... **Mnie to w ogóle nie przeraża, ja chcę pamiętać...** I rzeczywiście w ogóle [łamiącym się głosem] do dzisiaj jestem im... Moja mama i moja siostra, która miała tyle wątpliwości to stwierdziła po prostu, że ona sobie nie

wyobraża, co co ja w ogóle chcę zrobić? Ale pojechały ze mną obydwie... I do dzisiaj obydwie mówią, że po prostu... ee... [4sek] Nie żałują w ogóle tego, że pojechały. Też była bardzo pani sympatyczna, po prostu [imię zmarłej córki] **wyjęła i pozwoliła nam na... tak długo, jak chciałyśmy tam być przy niej. My stałyśmy po prostu, ubierałyśmy ją, rozmawiałyśmy.** Yyy... Sama nawet... **Jak przyjechała trumienka to ja ją sama włożyłam.** Powiedziałam panu, że ja nie chcę, żeby on ją wsadzał, że ja ją wsadzę do trumny i... [starając się uśmiechać] i i jakby do końca... No, po prostu **miałam taką potrzebę móc...** I też zmieniła się [imię zmarłej córki]... Taka duża się zrobiła... mnie się wydawało, że ona po prostu... bo po prostu urosła, że nagle ona jest takim dzieckiem, że wygląda jakby... Bo ona strasznie, właśnie strasznie nam puchła... tam zatrzymywała jej się woda, miała taki wzdęty brzusek, jak dzieci z Afryki i... strasznie nóżki miała popuchnięte... Także pewnie to był też efekt tego jakby, co ja widziałam, ale... [5sek] [mówiąc z zaciśniętym gardłem] **właśnie na taką korzyść** yyy... [imię zmarłej córki]... Tak ja to potem widziałam, jak już już nie żyła. [9sek] [cicho, cienko] No... i... [4sek] No i zorganizowaliśmy pogrzeb. [zaznaczenia Ł. L] [1253-1284].

Przychylność ludzi, z którymi zetknęła się narratorka i mimo wszystko wsparcie najbliższych, pozwoliły kobiecie wypełnić „misję”. Jako matka czuła, że to jest w pewnym sensie jej obowiązek i że powinna z dzieckiem zostać najdłużej, jak się da. Podobne doświadczenie miała mama W18, która pomimo faktu przypisania do hospicjum, nadal „jeździła na toczenia” (tak o przetaczaniu krwi mówiła matka dziewczynki), które miały na celu wspomaganie zdrowia córki. Dzień śmierci córki opisała zamykając go w klamrze „aury pogodowej”. Córka umarła w słoneczny i piękny dzień, a już kolejnego dnia pogoda się popsuła.

[...] i pamiętam, to **była taka piękna jesień**, ale przepiękna... po prostu typowa polska, ciepła, złota jesień – piękna! I to też była środa, 4 listopad... i pamiętam, że zlecały płytki... i bardzo długo trzeba było w ogóle czekać na krew i i te płytki, bo to nie ma tak, że oni mają to w magazynie... i dajemy, tylko zlecenie trzeba wysłać i tak dalej, i tak dalej... I długo, długo czekałyśmy... I... w momencie, kiedy odbywa się toczenie, rodzic nie może raczej zostawić dziecka bez opieki, bo to róż... w każdej chwili może wystąpić cokolwiek. [4sek] Mmm... więc już była godzina późna popołudniowa [7sek] gdzieś tak koło 17:00... **też nie mogłam się doczekać**, jak te płytki zlecam, **aż będę mogła wyskoczyć na dół po prostu, po coś do zjedzenia**, bo już czułam, jak mi żołądek przyrasta... i w momencie gdy ja wróciłam, mmm... to lekarz podłączał [imię córeczki] krew... i powiedział do mnie, że... [imię córeczki] **tu się bardzo zdenerwowała...** [4sek] no, ale... ja przyszłam jeszcze wtedy z hamburgerem, pamiętam... [z uśmiechem] bez surówek, bo już nie mieli... I mówi: niech pani zje, bo pani wystygnie... Ale to to... to dziwne mi się wydało... on, ten pan doktor... [5sek] I powtórzył, że się [imię córeczki] zdenerwowała... No więc ja nic tylko mówię: [imię córeczki] **jestem... już jestem przy tobie...** I pamiętam tak dość... na korytarzu w ogóle byliśmy...

W końcu korytarza... I jeszcze pani psycholog wtedy przyniosła [imię córeczki] lalkę, taką [pokazuje] dużą [5sek] i ja tą... bo taką szmacianą, więc ja ją na tą bar... ponieważ [imię córeczki] nie lubiła lalek, tylko y zwierzęta, które jak najbardziej odzwierciedlały praw... zabawki, które najbardziej odzwierciedlały prawdziwe zwierzę, czyli figurki wszelkie... więc tą lalkę tak sobie ymmm no, od łóżka takie coś?

Barierka! Właśnie! Oparłam się tak na tej lalce się... oparłam głowę i [imię córeczki] odwróciła się na boczek... [5sek] i takie jakby... pękanie bąbelków... usłyszałam... takie... [naśladuje cicho dźwięk] pyk pyk pyk pyk... [4sek] i tak spojrzałam... i patrzę... że się kołderka nie rusza... A ona w tych ostatnich swoich dniach – bardzo było widać – miała [cicho] bardzo szybki, taki głęboki oddech... czyli cała kołdra się unosiła, jak [imię córeczki] próbowała właśnie... złapać oddech... i nagle patrzę, ta kołderka się nie rusza. Więc ją tylko tak... odwróciłam... patrzę, że faktycznie nie oddycha – i takie szybkie przemyślenie, że jestem na korytarzu, tutaj mamy, tu mamy... więc szybciotko poszłam tylko do pielęgniarek... po cichu powiedziałam, że [imię córeczki] nie oddycha... i do niej wróciłam. [ożywiona] i okazało się, że... od razu, że jest miejsce jednak w pierwszym boksie, że nas przywieźli do pierwszego boksu... i tam tak o... wezwali lekarza, ale lekarz przyszedł podłączył... [z uśmiechem] krokodylka... y faktycznie... oddechu już nie było, jeszcze kilka uderzeń serduszek... i tak nastąpił [łamiącym się głosem] koniec. Pamiętam, że ją całowałam i mówiłam, że ją kocham, że przepraszam, i żeby się nie bała... [8sek]

[10sek] Potem zadzwoniłam po męża [łamiącym się głosem]. Powiedziałam, żeby przyjechał... tylko spokojnie, bo już [imię córeczki] nie ma... [znacznie ciszej] [10sek] Był dość szybko. [10sek] Procedura jest taka, że czeka się dwie godziny..., żeby przyjechali z po... z zakładu pogrzebowego... [głęboki wdech] i w tym czasie... em... [imię córeczki] została umyta – na szczęście nikt nas nie wypraszał... , bo na przykład w [miasto w województwie mazowieckim] rodzice są wypraszeni na ten czas... [...] Nas na szczęście nikt nie wypraszał... [4sek] Jeszcze tak pamiętam [4sek], że smuciłam się też z tego powodu, że tak jak wszyscy opowiadali, że jak dziecko obchodzi, to się uśmiecha – i ja tak patrzę i mówię: Boże ona się uśmiecha... Mówię... coś tutaj mnie niepokoiło... yyy i tak pamiętam, jak tak leżałam przy niej [4sek] i powiedziałam do [imię męża], że się nie uśmiecha... a on tak spojrzał i mówi: no, jak nie? I wtedy tak na nią popatrzyłam, ona miała taki piękny uśmiech... W życiu nie pomyślałabym, że powiem, że moje dziecko wyglądało pięknie, jak odeszło... Po prostu to był tak cudny uśmiech..., który mi powiedział, że niebo faktycznie istnieje i jeżeli ktoś nie wierzy, to ma po prostu... przerypane, no! [z uśmiechem i naciskiem] Nie wiem, jak można nie wierzyć, tak? [...] I potem właśnie gdy... przyszło yy... bo dali nam naprawdę sporo czasu pamiętam, że też lekarz przychodził i i i pytał, czy mi czegoś potrzeba, czy może coś zrobić? Nie miałam pojęcia, co się robi w takich sytuacjach, więc mówiłam tylko, że nie i i... Dobrze się stało w tym wszystkim, że to właśnie było w szpitalu, a nie w domu, bo za chwilę by tutaj dziadkowie zrobił panikę i i nie wiadomo by było... Tak sobie teraz to zaczęłam wyobrażać, że zaraz by był [imię synka] gdzieś za... zabierany i potem nie wiadomo jak on by to sobie... pamiętał, nie? Że tu [imię córeczki] umarła, więc jemu nie pozwalali wchodzić... I i wydaje mi się, że dlatego to... dobrze wyszło... Czyli mm... byliśmy w szpitalu, [imię córeczki] odeszła przy mnie, i takie miałam wra... to że ona się tak na

boczek odwróciła... że do końca po prostu nie chciała mnie martwić [...]
[zaznaczenia Ł. L] [798-869].

Możliwość jak najdłuższego towarzyszenia dziecku w ostatniej drodze wpłynęła pozytywnie na obie badane. Dla obu było to niezwykle ważne doświadczenie. Obie przypisywały córkom siłę sprawczą (wybór momentu śmierci, miejsca i osób, które przy tej śmierci będą) i empatię (martwienie się o matkę). To myślenie magiczne w konfrontowaniu z sytuacją ostateczną jest bardzo częstą kategorią, która pojawia się w badaniach etnograficznych nad śmiercią i umieraniem z różnych stron świata. Jest też próbą opanowania chaosu, który nie daje się zaakceptować.

Córka W20 zmarła we śnie. W wieku ośmiu lat złapała rota wirusa i chociaż nie przechodziła go ciężko, to rodzice martwili się o jej stan. Lekarz stwierdził, że nie mają się czym martwić, bo dziecko jest w dobrym stanie. Dziewczynka bawiła się z bratem do wieczora. Później rodzice położyli dzieci do łóżek. Rano okazało się, że córka już nie żyła. Dla narratorki „zawalił się świat” [410].

Generalnie **nic nie wskazywało**. Tym bardziej, żeśmy dwa tygodnie wcześniej odebrali nowy wózek, który tutaj po raz pierwszy, żeśmy go jeszcze wieźli pokazać rehabilitantom. Odebraliśmy w tym samym tygodniu, początkiem tygodnia sandałki dla [imię córki]. I **nic nie wskazywało** na to, że tak może się stać. A z drugiej strony **ja sobie to próbuję wytłumaczyć, że trzeba sobie zasłużyć na taką śmierć**. Ja zawsze sobie tłumaczę, że gorzej by było, gdyby gdzieś, w jakimś ośrodku zdrowia – po kolejnym zabiegu, po kolejnej operacji, po kolejnym bólu. A tak po prostu... (chwilę odrywa się od narracji, bo przechodzi ojciec narratorki) Także... **teraz to chyba najgorsza rana, pustka, jaka mogłaby być potem**. (2) Mieliliśmy drugie dziecko w międzyczasie, natomiast zawsze było tak, że [imię córki] [zaznaczenia Ł. L] [416-424].

Narratorka miała nadzieję, że jej córka pożyje dłużej, bo skoro już tyle przeszli, to nic nie stało na przeszkodzie. Mogła. Powinna. Jednocześnie sama stwierdza, że jej marzeniem było, żeby jej niepełnosprawne dziecko umarło we śnie, spokojnie i bezpiecznie, nie w obcym miejscu, między obcymi ludźmi.

Pomysł, by nadać dodatkowy sens życiu zmarłego/umierającego dziecka i podjęcie decyzji o dawstwie organów to jedno z zachowań, które rodzice postrzegają jako „przedłużenie istnienia” ich dziecka. Taką sytuację opisał Adam Czerwiński (2015) w artykule „*Urodziła chore dziecko, żeby ratować inne*”. Niestety podobnie jak w przypadku narratorki W17 nie doszło do realizacji tego pomysłu. Kobieta z artykułu

dowiedziała się, że przepisy zabraniają pobierania organów od dawców, którzy mają mniej niż siedem dni. U matki W17 był inny problem, jej córka obciążona chorobą genetyczną mogła być jedynie dawczynią serca, ale specjalista z Londynu, którego poproszono o konsultację, powiedział, że takie serce może mieć również obciążenia, które wyjdą po czasie. Nie można więc narażać nikogo na taką sytuację. Dlatego odstąpiono od tej decyzji. Narratorka (W11), której dziecko zginęło w wypadku również przystąpiła do tej procedury, chociaż w wyniku obrażeń ciało nie nadawało się w pełni do dawstwa organów – poczuła jednak ulgę, że jej syn w fizycznym sensie jeszcze w kimś istnieje.

Opisując wydarzenia z tego dnia, kobieta odwołuje się do myślenia magicznego – dostrzegając znaki, własne uczucia, intuicję. Czyta je i żałuje, że nie odczytała ich wtedy, może zdołałaby ochronić swoje dziecko. Śmierć w wyniku wypadku kończy świat znany do tej pory. Rozpoczyna nowy bolesny rozdział, w którym pustka jest bardziej dotkliwa im bardziej szuka się przyczyny zdarzenia. Narratorka walczyła o dziecko od jego narodzin – rehabilitowała, ćwiczyła, wspomagała. Syn wyrósł na zdolnego młodego człowieka, który nie przejawiał śladów przepowiadanej niesprawności. Kobieta była zupełnie sama w tej walce, więc każdy nawet najmniejszy sukces był dla niej na wagę złota. Wychowywała dwóch synów, a po samobójczej śmierci męża z trudem wiązała koniec z końcem. Dokonała wielu wyrzeczeń. Wymodliła przetrwanie dla ich trójki. Zdobyła wykształcenie i zawód. Na nowo poukładała ich życie. Wyszła ponownie za mąż. Urodziła jeszcze jedno dziecko. I wszystko było dobrze. Wypadek wstrząsnął jej światem i w pewnym sensie zakwestionował sensowność poświęcenia. Pożegnanie z dzieckiem nie było możliwe. Matka nie była również pierwszą osobą, która dokonywała rozpoznania ciała. Jej głęboka wiara została poddana próbie, chociaż nie utraciła jej. Czuje się w pewien sposób odległa – tak, jakby wypadek się nie wydarzył, jakby syn nadal żył, jakby wszystko było kłamstwem.

Ten rodzaj zwątpienia przejawia też ojciec dziewczyny, która zmarła z nieznanych przyczyn. Wszedł do łazienki. Zatrzymało się jej serce. Sytuacja ta jest dla rozmówcy (W19) abstrakcyjna i niewyobrażalna. Podobnie mówi o śmierci córki Elżbieta Olszewska (Waloch 2019) – dla niej to „rana, która nigdy się nie zagoi”. Ze zdziwieniem stwierdza, że ze śmiercią córki sama nie umarła, ale chyba tylko dlatego,

że jest potrzebna drugiej córce. Z kolei cała rodzina mężczyzny W19 nie potrafi zrozumieć tej zaskakującej śmierci, chociaż siostry zmarłej dziewczyny radzą sobie najlepiej. Narrator uważa, że nie ma mowy o braku akceptacji lub akceptacji. Tego wydarzenia nie da się w sposób logiczny wyjaśnić. Ono wymyka się jakimkolwiek wyjaśnieniom. Jest poza porządkiem.

Rodzice doświadczający śmierci dziecka, którą opisałam jako kategorię „wydarzenie”, zwracali uwagę na to, jak w jednej chwili ich świat ulegał zmianie, jak niewiele czasu było potrzeba, żeby to, co uważali za stabilne, po prostu zniknęło. Właśnie dlatego uważam, że pomimo różnego przebiegu tych sytuacji, pojawiania się różnych dodatkowych kategorii teoretycznych – jak diagnoza, czy leczenie/umieranie – warto je rozpatrywać łącznie. Pozwala to inaczej popatrzeć na sytuację straty i indywidualne doświadczenie rodzica. W opisanych powyżej przypadkach z premedytacją nie zamieszczam informacji o wieku zmarłych dzieci, ponieważ przyjąłam, że kwestia więzi rodzic-dziecko jest bardziej zależna od tego, jak rodzic definiuje ją i odczuwa, niż od faktycznie spędzonego z dzieckiem czasu.

6. Dusza w kawalkach – o przeżywaniu żaloby

*I thought I could describe a state; make a map of sorrow.
Sorrow, however, turns out to be not a state but a process. It
needs not a map but a history.*

[Pomyślałem, że potrafię opisać stan; zrobić mapę smutku.
Smutek okazuje się jednak nie tyle stanem, co procesem. Nie
potrzebuje mapy, ale historii – tłumaczenie Ł. L.].
(Lewis 1961/1984: 55, za: Hviid Jacobsen 2019: 337)

Powyżej opisane wydarzenia pokazują, jak rodzice oraz towarzyszące im osoby radzą sobie ze stratą – tą antycypowaną i tą nagłą, oczywistą i nieoczywistą. Praktycznie w każdym wywiadzie pojawiała się określenie „koniec świata”. Doświadczenie straty wiąże się z poczuciem rozbicia i ze świadomością niemożliwości stania się całością – tą samą całością, którą było się przed stratą. Właśnie dlatego teoria więzi ma tak ogromne znaczenie w przypadku radzenia sobie ze stratą dziecka. Z pomocą przychodzą różne praktyki połączone bardzo szeroko ze sferą wiary, ale też sama biologia. Joanna Bątkiewicz-Brożek (2015) napisała tekst o odkryciach naukowczyń i naukowców, którzy odnaleźli komórki dzieci w różnych organach matek (tak zwany mikrochimeryzm płodowo-mateczyny lub chimeryzm płodowy).

Był rok 1893. Doktor Christian Georg Schmorl, niemiecki patomorfolog, zidentyfikował obecność komórek płodowych w tkance płucnej matek. W 1979 r. na Uniwersytecie Stanforda ze zdziwieniem odkryto obecność chromosomów Y (czyli męskich) we krwi kobiet. Normalnie taka sytuacja nie może mieć miejsca. Okazało się jednak, że wszystkie urodziły synów. [...] W 1996 r., dr Diana Bianchi, genetyk z Tufts Medical Center, odnalazła komórki płodowe we krwi kobiety, i to 27 lat po tym, jak urodziła ona syna! Fakt wymiany komórek między matką a dzieckiem ostatecznie potwierdził zespół patologów z Leiden University Medical Center w Holandii. [...] W 2010 r. „Scientific American” napisał o tym zjawisku jako wielkim odkryciu, nazywając wymianę między komórkami matki i dziecka „chemiczną konwersacją” (*ibidem*).

Stwierdzenie, że „dziecko jest na zawsze” pojawia się w relacjach rodziców po stracie i można je napotkać w świadectwach na forach internetowych. Dziecko jest więc częścią rodziców, z jego śmiercią ich świat się rozpada – brakuje w nim pewnych ważnych elementów. Kwestionowanie istnienia wyższych mocy, które planują świat i szukanie odpowiedzi na pytanie „dlaczego moje dziecko?” nie pociągają za sobą

przemyslenia – „dlaczego jakiegokolwiek dziecko?” Jeśli jednak takie pytanie wreszcie się pojawi – świat, jaki dotąd był znany, ulega jeszcze głębszemu rozszczepieniu jako niesprawiedliwy i pełen cierpienia. Zauważalne jest, że wiara w zmartwychwstanie przynosi rodzicom ulgę, chociaż wielu z rodziców trwale traci zaufanie do Boga. W wywiadach, które przeprowadziłam, to częściej ojcowie nie mogli się z Bogiem pogodzić. Matki szybciej dopatrywały się jakiegoś planu i nadawały sens śmierci dziecka. Kiedy moi rozmówcy i rozmówczynie mówili o sprawach wiary, przechodzili do myślenia magicznego. Wspomniane wcześniej nadawanie dzieciom sprawczości, a naturze moc empatycznego reagowania na stratę (zmiana pogody na gorszą, po śmierci córki) wynika właśnie z próby opowiedzenia świata na nowo. Dostrzegalne są również związki między magicznym myśleniem a innymi doświadczonymi traumami.

Narratorka, która straciła męża w wyniku samobójstwa (W11) z chwilą jego śmierci zaczęła mówić o cudownych wydarzeniach. O ile rehabilitacja syna była efektem jej i dziecka ciężkiej pracy, to już pojawienie się pomocy od ludzi z różnych stron zawdzięczała „wstawiennictwu Świętej Mateczki”. Te nadzwyczajne działania ustały na jakiś czas, by powrócić po śmierci syna. Wówczas to kot syna stał się „ucieleśnieniem cudów” – znikając z domu, pojawiał się na cmentarzu, na grobie syna, po czym wracał do domu. W rozmowie z kobietą, której córeczka zmarła w wyniku choroby genetycznej (W17) poza przypisywaniem specyficznych funkcji członkom rodziny – „mamę wszyscy wybierają sobie żeby umrzeć”, nadprzyrodzone moce przejawia też pies, który pojawił się po śmierci córki. Przejmuje on zabawki i przedmioty należące do zmarłej, chodzi krok w krok za narratorką, co sprawia, że często zastanawia się ona, czy czworonożny domownik nie jest reinkarnacją zmarłej córki. Piszę o tej sytuacji w podrozdziale dotyczącym „kontaktów” z duszą dziecka.

Czasami zdarza się też sytuacja, którą trudno wyjaśnić – a narratorka nie jest osobą głęboko wierzącą, w związku z czym swoje zachowania przypisuje intuicji. Mówiąc wprost o sytuacji uratowania życia swojemu nienarodzonemu dziecku (W02):

to była sytuacja, której nie zapomnę do końca życia. Nie jestem osobą... Jestem osobą wierzącą tak jak.. – podejrzewam – większość ludzi deklaruje, natomiast nie specjalnie.. nie chodzę do kościoła, nie mam potrzeby modlenia się, oczywiście jak się coś stanie to ja wszystkie modlitwy se przypominam... Natomiast ja nie mam czegoś takiego, że żyję tym na co dzień. [westchnięcie] Oczywiście dziecko mam ochrzczone... [7: 29-34].

W każdym razie trafiłam yyyy... **źle się czułam**, zaczęłam... w tej ostatniej ciąży... Na samym początku, już miałam stwierdzone echo serca, czyli ten ósmy tydzień był... yyy... u ss... u lekarki miałam stwierdzone echo serca i po kilku dniach **zaczęłam się źle czuć, i zaczęłam krwawić**. W związku z tym, dla każdej ciężarnej jest to sygnał, że trzeba jak najszybciej udać się do ginekologa... I ja miałam nową panią doktor w jednym z [nazwa miejscowości] szpitali i miałam się do niej zgłosić do poradni. Rano dzwoniłam, mam przyjść do poradni... No i ja się zgłosiłam do tej poradni – była to bardzo wczesna godzina – i oni mnie poprosili na izbę przyjęć. Poszłam na tą izbę przyjęć, oni mnie od razu skierowali na oddział, no że już **ciąża się kończy**... [cmoknięcie] Yyyy... Ja wtedy yyy... **wpadłam w panikę**, taką... [z zastanowieniem] na fotelu ginekologicznym, w jaką nie wpadłam... yyy... przy k... wszystkich poprzednich sytuacjach. Nie wiem. **Tak już moja psychika zadziałała, że ja nawet tego nie pamiętam**. Ja dostałam silny lek na uspokojenie – mimo iż byłam w ciąży i teoretycznie nie powinnam go dostać. Po prostu założyli sobie, że **już jest po ciąży** i ten, dostałam ten lek i znalazłam się na sali. Ym... yy. Było w tym szpitalu mnóstwo różnych lekarzy, no oni mnie badali, zrobili USG i uznali, że dziecko, **ciąża obumarła, nie ma echa serca**... [cmoknięcie] I już mam nic nie jeść, ponieważ następnego dnia **będę miała zabieg łyżeczkowania, czyli usunięcia tego martwego płodu**. Ja... Poprosiłam o kolejną konsultację... Nikt mi jej nie wykonał, więc zesłam sobie na dół do poradni. Za własne pieniądze poprosiłam – jako pacjentka szpitala – poprosiłam o USG. Zrobili mi to USG, które **potwierdziło to, że ciąża obumarła**. Krwawienie wynika z tego, że **ciąża obumarła**, no trzeba jak najszybciej tą **ciążę usunąć zabiegiem łyżeczkowania, bo to zagraża... matce**. Yyyy tych badań łącznie było trzy USG... Jakiegoś pana... Ponieważ zacz... ja **wpadłam w jakąś histerię**, po prostu najzwyczajniej w świecie **wpadłam w histerię**, jako człowiek ciężko już chyba zaburzony... I ta histeria wynikała z... – jak to rozumiem teraz – z tego, że yyy **ja uwierzyłam, że ta piąta ciąża to już jest ta ciąża. Ja sobie to wmówiłam. I tak ma być**. I nagle ktoś mi mówi, że nie i ja wpadłam w histerię. I tam był jakiś bardzo mądry pan y profesor, który tam skądś się wziął – on przyszedł i on to wszystko **potwierdził**... I było już po południu, że już nie było lekarzy, **ja się spakowałam w reklamówkę. Wyszłam pod szpital i zadzwoniłam do mojego męża – w pidżamie stałam pod szpitalem – że ma po mnie przyjechać, bo ja wyszłam ze szpitala**.

No więc on niewiele myśląc, z pracy się... jakoś ewakuował i mnie w tej sz... **w tej pidżamie, z tą reklamówką, zostawiając w ogóle jakieś rzeczy – odebrał**. [4sek] Yyy i ja następnego dnia rano poszłam do swojej pani doktor, która mi zrobiła USG i na tym USG było: **zdrowa ciąża, z biciem serca, z echem, z wielkością zarodka odpowiadającym [8: 1-35] dniu zapłodnienia, i wszystko było w porządku**. A i jeszcze coś... Na samym początku tego, tej wizyty... Bo ja przyszłam przed pacjentkami, w ogóle od otwarcia gabinetu, że **ja jestem w ciąży, że wszyscy się mylą**. Yyyy, nie wiem dlaczego mój mąż mi pozwolił w ogóle ruszyć w miasto, bo ja, jak sama o tym opowiadam, a już o tym opowiadałam kilka razy, to, to trochę jest już... na ciężkie zaburzenia zakrawa... Poszłam do tej pani doktor i powiedziałam, że **ja byłam w szpitalu i że miałam to krwawienie** i ona mnie pyta o wypis, a ja mówię, że **nie mam tego wypisu, bo wyszłam z tego szpitala wczoraj**... Więc ona znając moją sytuację y tych y, poprzednich ciąż, położyła mnie na leżankę... I **ja pamiętam jej spojrzenie**... ja się do dziś u niej lecę, to jest mój ginekolog i **ja widziałam jej spojrzenie**, to jest taka raczej sucha, mało

emocjonalna kobieta i ona była jeszcze bardziej sucha i jeszcze mniej emocjonalna. No wykonała, za przeproszeniem, to USG. Odłożyła y to USG. I wyszła z gabinetu. I ja leżałam na leżance, bez majtek, w otwartych drzwiach, gdzie już pacjentki zaczęły przychodzić na 8:00 pierwsze i ona przysła z jakimś lekarzem [4sek]. I wyszli potem znowu. A [ze śmiechem] ja dalej leżałam bez tych majtek, z tymi pacjentkami. [...] Ja nie wiedziałam, co mam zrobić, [...]. Ona przysła. Zamknęła drzwi. Yyy. Wzięła z torebki papierosy – ponieważ ona ciągle pije kawę i wzięła papierosy. Powiedziała do mnie: ubierz się i zaczekaj. I znowu wyszła, więc tych pacjentek było jeszcze więcej. I przysła i powiedziała: **wiesz, że jesteś w ciąży?** [4sek] Ja mówię: **tak.** [4sek] A ona powiedziała, zee... ja **powinnam zaskarżyć tamten szpital.** [9sek] To jest historia uratowania dziecka mojego, ponieważ jakbym miała to łyżeczowanie wykonane. [9sek] [ciszej] No i to... taka historia. [cmoknięcie] Oczywiście szpitala nie zaskarżyłam, ponieważ jak przejeżdżam koło niego, to dostaję yyy... Bardzo mam [z wydechem i ciężko] myśli złe... I nigdy w życiu tam nie wejdę. Nie wiem z czego wynikał ten błąd. [...] Jaa... yy potem poprosiłam męża żeby odebrał te dokumenty, cokolwiek, jak są z tego szpitala, bo tamta ginekolog o to prosiła. I jest, **było wskazanie do łyżeczowania, ciąża obumarła, tam ósmy na dziewiąty tydzień** [bardzo cicho ostatnie słowo]. I badania były wykonane dwa, były dwie różne daty, dzień jeden i na dzień następny, czyli dzień kiedy mnie przyjęli i dzień, potem kiedy leżałam, dwa różne USG, na dwóch różnych sprzętach tak pokazały [9: 1-35].

Przedziwna historia. Yyyymm. Nie mam zupełnie pojęcia z czego to wynika. Podejrzewam, że [6sek] zaczęłam się zastanawiać, oczywiście zadawać sobie pytania, **czy poprzednie ciążę też tak mogły wyglądać?**... Tak? Yyyy. **Gdybym nie miała dziecka, podejrzewam, że te pytania by mnie wybijały ze snu. Być może co noc.** [...] [zaznaczenia Ł. L.] [10: 3-8].

Wydarzenie to trudno racjonalnie wytłumaczyć. Myślenie magiczne pozwala odzyskać nad sytuacją kontrolę. Jest plan – intuicja, ręka boska, ktoś, kto czuwa – w związku z czym udaje się dziecko „uratować”.

Jason Castle i William L Phillips (2011) a także Kathie Kobler, Rana Limno i Karen Kavanaugh (2007) uważają, że rytuały są niezbędne do przystosowania się w żałobie. Ich zdaniem odpowiednie rytuały mogą pozytywnie wpływać na osoby w żałobie, udział w nich daje znaczące rezultaty, dlatego warto też wymyślać własne rytuały – o czym wspominała też Jędrzejewska (2015) wskazując na różne formy upamiętnień dzieci. Czemu służą rytuały? Joanne Cacciatore i Melissa Flint (2012) wskazują na trzy główne obszary rytualizacji: (1) utrzymanie/ kontynuowanie więzi z dzieckiem; (2) pomoc w radzeniu sobie poprzez odzyskanie sprawstwa; (3)

ukierunkowanie na wzrost potraumatyczny²⁴ (zob. również: Ogińska-Bulik 2017). Również Maria Gugmundsdottir i Catherine A Chesle (2006) dostrzegły wartość praktyk podejmowanych celem upamiętnienia dziecka. Ich zdaniem różnego rodzaju rytualizacje prowadzą do uznania śmierci dziecka, włączają tę śmierć do codziennego życia, czyniąc jednocześnie z utraty ważny element życia rodziny, sprzyjały kontynuowaniu więzi i przyczyniały się do uzdrowienia rodzin. Dokonywanie rekonstrukcji znaczeń w istniejącej kulturze zakłada jednak wpływy innych kultur i tradycji. Wyjaśnianie sobie choroby i śmierci istnieniem klątwy, pozwala obarczyć kogoś/coś winą za cierpienia (W05, W18) nie zaprzecza porządkowi chrześcijańskiemu, mieści się w nim poprzez tradycję ludową, do której sięgają badane i badani.

Zdaniem Bronny D. Romanoff (1998) rytuały pogrzebowe i żałoba we współczesnym społeczeństwie zachodnim odgrywa ważną funkcję w psychoterapii. Rytuały mają moc transformującą, co uwidacznia się w praktyce chowania dzieci. Pomoc duchową zapewniają bowiem nie tylko rzeczy, w które wierzą osieroceni rodzice, ale również tworzenie miejsc pochówku (groby), które stają się celem często codziennych pielgrzymek. Tam mówi się do dziecka, utrzymuje porządek – jakby dane miejsce, było domem/ pokojem dziecka. Jednocześnie uznaje się, że dziecko przebywa w miejscach i rzeczach, które lubiło i którymi było otoczone – nadzwyczajnego znaczenia nabierają zarówno przestrzenie (pokój dziecka), jak i przedmioty. Trzecim miejscem obecności dziecka, jest „niebo” – czy szerzej „zaświaty”, do których się tęskni i gdzie planuje się ponowne spotkanie. Wiara jest w tych przypadkach konieczna, ale nie musi być to wiara w Boga – kwestionowanie jego sprawczości i bluźnienie przeciwko niemu, wynikają właśnie z głębokiej wiary, którą śmierć dziecka zniszczyła – potrzeba więc nowego uporządkowania swoich przekonań. Bunt przeciwko Bogu, jest jednym z przejawów tego porządkowania i przywracania ładu.

W dalszej części rozdziału podążam za różnymi sposobami utrzymywania kontaktu z dzieckiem – za pomocą miejsc i rytuałów, praktyk fizycznych, zmysłowych i intelektualnych (psychologicznych).

²⁴ Wzrost potraumatyczny to przemiana, która dokonuje się w widzeniu siebie oraz świata, następująca w wyniku doświadczenia straty. Doświadczenie cierpienia przekształcane jest w istotną wartość (opisuję to zjawisko szerzej w rozdziale 6.9.).

6.1. Dzień Dziecka Utraconego

Jedną z nowych praktyk upamiętniania jest Dzień Dziecka Utraconego jak i inne dni przeznaczone dla osieroconych rodziców. Historia tego dnia wywodzi się ze Stanów Zjednoczonych Ameryki, gdzie prezydent Ronald Regan (1988) ustanowił październik miesiącem świadomości utraty ciąży i dziecka (*Pregnancy and Infant Loss Awareness Month*). Na ustanowienie specjalnego dnia trzeba było czekać do 2006 roku, kiedy za sprawą Robyn Bear, Lisy Brown i Tammy Novak pojawił się Dzień Świadomości Utraty Ciąży i Dziecka (The House Of Representatives 2005). Kampania na rzecz powołania takiego dnia rozpoczęła się jeszcze w 2002 roku. Dziesięć lat po zatwierdzeniu projektu przez Izbę Reprezentantów, wszystkich pięćdziesiąt stanów ustanowiło 15 października dniem świadomości (*Pregnancy and Infant Loss Awareness Day*). Pomysł ten szybko został podchwycony przez innych rodziców i z pomocą inicjatyw oddolnych zaimplementowany do kalendarzy narodowych w różnych krajach. Jest to symbolicznie znacząca data, ponieważ na 15 dzień października przypada 38 tydzień – czyli tyle, ile trwa niepowikłana, zdrowa ciąża. Obchody tego święta polegają na odwiedzaniu grobów, paleniu świec, modlitwie i spotkaniach w gronie rodzin po stracie.

W roku 2004 ustalono również promowaną przez amerykańską organizację Bear Care Campaign Międzynarodową Fale Światła (*International Wave of Light*), która ma na celu 15.10. upamiętniać utracone dzieci (Facebook 2017). Inna amerykańska organizacja Now I Lay Me Down to Sleep powołała do istnienia Spaceru Pamięci (*Remembrance Walk*), których celem są wspólne pochody zakończone odczytem świadectw i wspomnień dotyczących zmarłych dzieci (nowilaymedowntosleep.org). Różne z tych pomysłów zostały zaadaptowane również w innych krajach.

W Polsce przyjęła się nazwa Dzień Dziecka Utraconego (lub Dzień Dziecka Nienarodzonego), patronat nad obchodami tego dnia objęła Organizacja Dłaczego (zob.: Facebook, *Dzień Dziecka Utraconego 15 października*). Od roku 2012 w wielu miejscach w Polsce urządzane są obchody, które polegają na modlitwie różańcowej, mszy w intencji nienarodzonych dzieci i rodziców przeżywających śmierć, wystawianiu Ksiąg Dzieci Utraconych (zob.: rodzicepostracie.lublin.pl). Anna Bogna Jędrzejewska (2015) wspomina obchody z 2011, kiedy osieroceni rodzice pojawili się na krakowskim rynku

z balonikami. Każdy z baloników miał napisane imię i był swoistym „listem” do dziecka, które odeszło. Baloniki te zostały wypuszczone. Inicjatorem tego wydarzenia było Małopolskie Hospicjum Dla Dzieci (*ibidem*: 35-36). Czasami odbywają się pochówki prochów w zbiorowych mogiłach jak Grób Dziecka Utraconego – sytuacja taka dotyczy dzieci, których ciała nie zostały odebrane ze szpitali. Mają też miejsce modlitwy i spotkania przy tych bardzo charakterystycznych mogiłach (zob. Facebook 2012). Zaznaczę w tym miejscu, że w Polsce ten dzień dotyczy również dzieci usuniętych w wyniku aborcji i część pomników do tego nawiązuje – rozwinę ten wątek rozdziale poświęconym grobom dzieci utraconych.

Innym ciekawym amerykańskim dniem upamiętniającym jest dzień matki w żałobie (*Bereaved Mother's Day*) przypadający na pierwszą niedzielę maja. Za ustanowieniem takiego dnia przemawiała trudność obchodzenia dnia matki przez mamy, które straciły dziecko. Chodziło również o nadanie rozpoznawalności osieroconym rodzicom. W roku 2010 w ramach *Mother's Heart Project* stworzono takie ruchome tymczasowe święto, które ma na celu „uzdrowienie oficjalnego dnia matki”, który w obecnej formie nie uwzględniał – zdaniem autorek projektu – osieroconych mam (*nowilaymedowntosleep.org*).

W Polsce jedna z organizacji wspierających rodziców walczących z bezpłodnością poinformowała, że 25.05. jest dniem „nie-mamy” zachęcając jednocześnie do solidaryzowania się bezpłodnymi rodzicami (Facebook: *Nasz Bocian*). Nie tylko same matki po stracie zostały zauważone – także rodzice osieroceni znaleźli się w centrum uwagi za sprawą ustanowienia lipca miesiącem świadomości o rodzicach w żałobie (*Bereaved Parents Awareness Month*). Jest to kolejna inicjatywa, o której Caila Smith (2019) pisze, że ma na celu wspierać i podnosić świadomość na temat życia po stracie dziecka. „Ale my, pogrążeni w żałobie, wciąż nie czujemy się wystarczająco zauważeni” – pisze Smith (*ibidem*). O ile dzień matki w żałobie jest tymczasowym i ruchomym świętem amerykańskim, o tyle dzień ojca w żałobie (*Bereaved Father's Day*) ustalony został na 26.08. – jest to święto australijskie. Jego cel jest podobny – szerzenie świadomości, upamiętnianie i stworzenie alternatywy dla dnia ojca (Peterson-DeRosier 2019).

Święta te mają charakter symboliczny i uświadamiający (informacyjny). W różnych kulturach i krajach wprowadzane są różne wersje obchodów i upamiętnień.

Uczestniczenie w nich pozwala rodzicom w żałobie poczuć się mniej osamotnionymi. Ale nie każdy chce i nie każdy potrzebuje uczestniczyć w takich wydarzeniach. Jedna z rozmówczyń (W02) kategorycznie odmówiła udziału w Dniu Dziecka Nienarodzonego (podobnie jak pochówków i tworzenia miejsca na cmentarzu, dla swoich utraconych dzieci), inna z mam (R10) brała udział w obchodach, które odbywały się w jej okolicy – uznała przy tym, że może nie miało to bezpośredniego wpływu na jej samopoczucie, ale pomogło w uświadomieniu sobie, że nie jest sama.

Jędrzejewska (2015) zaznacza, że osieroceni rodzice „mają w sobie potrzebę odbywania rytuałów. Nawet takich wymyślonych przez siebie i dedykowanych właśnie ich dziecku. Oczekują, że bliskie im osoby o nim nie zapomną i nie będą tej niepamięci udawać – liczą na ich bliskość i miłość względem dziecka” (*ibidem*: 36). Ten aspekt związany z oczekiwaniem utrzymywania pamięci o dziecku pojawia się bardzo często w przypadku dzieci, które zmarły w wyniku choroby lub wypadku, o czym pisałam w **rozdziale piątym** – w przypadku utraty nieoczywistej, walka o pamięć o dziecku jest trudniejsza, bo nie zdołało ono pozostawić po sobie śladu.

6.2. Grób dziecka (także grób dziecka nienarodzonego)

Przy okazji omawiania Dnia Dziecka Utraconego wspomniałam o mogiłach zbiorowych i pomnikach Dzieci Utraconych. Chciałabym ten wątek rozwinąć i przy okazji wyjaśnić też nieporozumienia narosłe w kwestii pochówku w różnych sytuacjach straty. W kulturze ludowej dzieci martwo urodzone, poronione lub te które zmarły bez chrztu, chowano pod progiem domostwa (Biegeleisen 2017: 245-246). Robiono tak nie tylko ze względu na zwyczaje, po prostu było to też bardziej ekonomiczne rozwiązanie, a dzieci rodziło się dużo i nie wszystkie przeżywały. Poza tym praktyka ta miała też na celu sprawienie, że dusze dzieci zmarłych wejdą w ciało kobiety i ponownie się narodzą (*ibidem*). Starsze dzieci mogły liczyć na pochówek oficjalny, ale również często na oddzielnej części cmentarza – taki podział widoczny jest do dziś na starszych cmentarzach, gdzie wydzielone są części na groby dziecięce. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku zmieniły się zwyczaje i szpitale traktowały zmarłe dzieci z poronień, aborcji i martwych narodzin identycznie – były to odpady do utylizacji. Zdarzały się wyjątki, ale większość pogrzebów wyprawiana była dzieciom urodzonym, które zmarły po narodzeniu. Taka

sytuacja nie była komfortowa dla tych rodziców, którzy pragnęli pochować swoje dziecko i kultywować pamięć o nim. Nie zawsze też wiedzieli, jakie mają prawa i jakie są zwyczaje, podążali więc milcząco za tym, co było im narzucane. Z początkiem wieku XXI polską prasę obiegały dramatyczne historie, opisujące niewłaściwe podejście pracownic i pracowników szpitali do matek, które poroniły, ale teksty te wskazywały także na winę zarządców cmentarzy i duszpasterzy, którzy nie chcieli grzebać dzieci bez chrztu. Po wielu takich sprawach sukcesywnie nagłaśnianych przez media, nastąpiły zmiany. Jedną z pierwszych moich rozmów jeszcze w 2006 roku (R01) dotyczyła właśnie martwych narodzin dziecka. Ojciec dziecka relacjonował na bieżąco sytuację i problemy, jakie go spotkały z chwilą, kiedy musiał załatwiać formalności związane z pochówkiem: kłopoty z wydaniem ciała ze szpitala, z załatwieniem pogrzebu, ze znalezieniem zakładu pogrzebowego, który się sprawą zajmie. Jego opowieść, o czym szybko się przekonałam, nie była odosobnionym przypadkiem. Już w szpitalu napotkał pierwsze przeszkody w postaci utrudnień formalnych: czy można wystawić akt zgonu dziecku, które nie ma aktu urodzenia? Ten dylemat nastęczał biurokratycznej machinie szpitala trudności, a te odbijały się na osieroconym ojcu. O podobnych problemach pisze Carol Sanger (2012). Zaznacza ona przy okazji, że celem wystawienia aktu urodzenia i zgonu jest nie tylko zadośćuczynienie biurokracji, ale właśnie stworzenie „artefaktów żałoby”. Dokumenty takie nie tylko czynią z dziecka osobę należącą do społeczności, ale też tworzą tożsamość rodzica. Problem z dziećmi martwo urodzonymi polega jednak na tym, że nie są one „narodzone” w świetle prawa – większość ustawodawstwa pochodzi z czasów, kiedy poronienia i martwe narodziny nie były istotne z punktu widzenia prawa, może jedynie jako sprawy kryminalne, podejrzenie o dokonanie czynów zabronionych, dzieciobójstwa itp. Oznacza to, że prawo nie dostrzega w pełni problemu społecznego. Kolejne problemy, których doświadczył mój rozmówca związane były z pochówkiem – zarządca cmentarza nie wyrażał zgody na pochówek dziecka, które nie zostało ochrzczone, a martwego dziecka nikt ochrzcić nie chciał. Przypomnę, że był to rok 2006 i część dzisiaj obecnych praktyk nie była jeszcze stosowana – szczególnie w przypadku małych cmentarzy podmiejskich. Małgorzata Ostrowska-Czaja (2014), prezeska Fundacji Przetrwać Cierpienie w rozmowie z portalem „Natuli – Dzieci są ważne” powiedziała, że Konferencja Episkopatu Polski zezwoliła na katolicki pochówek dzieci, które nie zdążyły być ochrzczone, jeżeli tylko rodzice mieli wolę je ochrzcić. Czyli istotna jest wola rodziców, a nie sam akt chrztu.

Ostrowska-Czaja mówi: „[o]znacza to, że nie trzeba już występować o zgodę biskupa na pochówek nieochrzczonego dziecka” (*ibidem*). Barbara Imielska (2014) wskazuje natomiast na przepisy kanoniczne, które nakazują chrzest dziecka w przypadku, kiedy znajduje się ono „w niebezpieczeństwie śmierci”. Píše: „należy ochrzcić nawet bez zgody rodziców. Śmierć bowiem wyjmuje dziecko spod ich władzy, a *salus animarum* przeważa nad prawami rodziców” (*ibidem* 145-146). Ksiądz Jarosław Ogrodniczak (Zimoniowie 2017: 119) przytacza ustalenia Rady Naukowej i Episkopatu Polski z 2002 roku, które dotyczą zbawienia dzieci umarłych przed chrztem – są one w świetle tych ustaleń zbawione. Nie ma więc konieczności przedstawiania dokumentów związanych z dokonaniem chrztu dziecka. Niestety nie każda parafia stosuje się do ustaleń Episkopatu, co prowadzi do nadużyć ze strony zarządców cmentarzy. Niektórzy rodzice upatrywali powodów takiej sytuacji w chęci czerpania korzyści ekonomicznych, inni w nieznajomości przepisów.

Obecnie obowiązują zmodyfikowane przepisy, które zezwalają na pochowanie dziecka (zob. RPO). Niestety mają one też swoje mankamenty. Jeden z nich opisuje Marta Kabulska (2016) – porusza ona kwestię pochówków, które nie są możliwe, jeżeli nie ma się w papierach wpisanej płci dziecka. Jest to coś, czego nie doświadczył mój rozmówca, ponieważ jego dziecko było w pełni ukształtowane – kiedy poronienie następuje na wczesnym etapie ciąży nie ma jeszcze możliwości odpowiedzenia na pytanie o płeć. Lekarki i lekarze nie wpisują płci dziecka, bo przy wczesnych stratach bez badań genetycznych nie potrafią jej określić. W Polsce znajduje się kilka ośrodków, które takie badania przeprowadzają – co oczywiście wiąże się z kosztami po stronie rodziców (nie są one refundowane). W wywiadzie z pracownicą zakładu pogrzebowego (W09) usłyszałam o paru takich przypadkach, kiedy rodzice byli zdecydowani na przeprowadzenie całej procedury, ale nie tylko przeżywali dramat związany ze stratą i piętrzącymi się przed nimi poziomami biurokracji, ale również doświadczali traumy przez niewłaściwe zabezpieczenie ciała dziecka. Widok dziecka w plastikowym pojemniku, który przesyłały między sobą szpital i jednostka wykonująca badania genetyczne nie jest czymś, co sprzyja wychodzeniu z traumy, raczej jeszcze bardziej ją pogłębia. O podobnej sytuacji opowiada Małgorzata Bronka ze Stowarzyszenia Rodziców po Poronieniu (Brzozowska, Bronka 2020), przywołując przypadek matki, której martwo urodzone dziecko przyniesiono we wiaderku po kiszanej kapuście. Matka

wytłumaczyła sobie sytuację w ten sposób, że nazwa firmy, która widniała na wiaderku, stała się dla niej znakiem od dziecka i mówiła o tym, gdzie ono przebywa. Rzecznik Praw Obywatelskich (2020) pochylał się już nad tą kwestią parokrotnie – na stronie Rzecznika czytamy: „polskie przepisy pozwalają uruchomić procedurę wsparcia dla rodziny dopiero po wydaniu aktu urodzenia i zgonu, a tych nie można stworzyć, jeśli płeć narodzonego i zmarłego dziecka nie jest znana”. Czasami lekarze idą osieroconym rodzicom na rękę i wpisują płeć po uzgodnieniu jej z oczekiwaniami rodziców. W ten sposób problem aktu urodzenia dla płodu o niezidentyfikowanej płci daje się rozwiązać (R03). Jednak nie każdy pracownik służby zdrowia chce nadstawiać karku i łamać przepisy. Dzieje się tak również dlatego, że porodówki są od ponad dekady pod ścisłą obserwacją w związku z wprowadzeniem nowych zasad opieki okołoporodowej i wspomnianej już złej sławy szpitali po medialnych nagłośnieniach negatywnych sytuacji.

Innym problemem jest zmuszanie rodziców do pochówku, kiedy decydują się, że tego nie chcą. O takim przypadku pisze Ewa Bukowiecka-Janik (2018) – wspomina o pacjentce, która poroniła ciążę w dziewiątym tygodniu, a szpital zmusił ją do pochówku, co skończyło się dla kobiety załamaniem nerwowym, a dla szpitala pozwem. Autorka przywołuje też wypowiedź innej matki, która miała możliwość wyboru – „Dla nas to już było za dużo – nie udźwignęłabym psychicznie mszy, pogrzebu, załatwiania tych wszystkich formalności i potem świadomości, że mam grób własnych dzieci do odwiedzania” (*ibidem*). Z podobną sytuacją miała do czynienia moja rozmówczyni (W14), która nie chciała brać na siebie pochówku dziecka i zdecydowała się zostawić je w szpitalu. Jeden z pracowników prosektorium był zaskoczony i usiłował nakłonić osieroconych rodziców do zmiany zdania. Wspominałam już o kobiecie (W17), która po śmierci dziecka miała potrzebę zrobić przy dziecku wszystko – łącznie z włożeniem do trumny. W jej przypadku pracownice i pracownicy instytucji też były zaskoczone/ byli zaskoczeni, ale nikt nie starał się wpływać na jej decyzję. Milcząco udostępniano miejsce na matczynej rytuał pożegnania.

Rozmówczyni (W02), która doświadczyła wielokrotnych poronień nie pochowała swoich dzieci, chociaż twierdzi, że każda ciąża to było dla niej dziecko:

gdyby mnie się zdarzyło nie daj boże... Trafiłaby mi się taka sytuacja – co mi się oczywiście nie mieści w głowie – żeby **urodziła dziecko martwe**, albo... gdzieś bym już musiała to dziecko urodzić, **to napewno wiem, że bym chciała, żeby był**

grób, żeby był chrzest i żeby to dziecko było. Bo ja się też spotkałam z tym, że no urodziło się martwe, no to go nie ma. Ale **ja wiem, że w przypadku takich wczesnych porodów to to jest niemożliwe**, ale gdybym musiała to dziecko urodzić, albo gdyby się urodziło i nagle przestało oddychać, **to bym chciała, żeby to... żeby był grób, żeby był pogrzeb...** I tak... [zaznaczenia Ł. L.] [13: 29-35].

Ale mówię, żaden... żaden... dla mnie **żadna strata**, żałoba właśnie **z takiej ciąży nienarodzonej nie umywa się** do tego, jak to jest, jak to dziecko jest. Bo to jest taka strata... Nie wiem, dla mnie ysy gdybym urodziła dziecko, **to czułabym taki sam żal, jakbym członka rodziny musiała pochować.** To jest w ogóle... Na pewno na równi można postawić [zaznaczenia Ł. L.] [36: 20-24].

Kobieta nie odpowiada wprost, dlaczego nie pochowała swoich wcześniejszych dzieci. Pojawia się stwierdzenie, że „wie” o braku możliwości pochówku we wczesnym etapie ciąży, ale też zwrot ku własnym emocjom i traumie związanej z ciągłym przypominaniem o stracie, gdyby powstały takie miejsca pamięci. Inna badana (W17) żałuje natomiast, że nie pochowała bliźniąt ze swojego poronienia – mówi:

Strasznie żałuję teraz, że wtedy, jak bliźniaki poroniłam, to już był też taki **piąty miesiąc, ale procedura była taka, że... tych dzieci nie wydawali kiedyś, nie? I ja nawet wtedy nie pomyślałam o tym.** To sobie **myślę, że to takie smutne jest, że nie ma nawet miejsca, w którym gdzieś te dzieci są upamiętnione, nie? yyy...** i zawsze, jak teraz chodzę na te spotkania, na grupy wsparcie... czasem też takich rodziców, którzy szybko tracą dzieci z wadą letalną... generalnie y traci się już tam gdzieś w czwartym piątym miesiącu ciąży... to zawsze mówię, że to jest takie ważne, żeby mieć miejsce... do którego się idzie. Ymm... Gdzie siebie wie... jakkolwiek to nie jest – czy się wierzącym, czy się jest niewierzącym – **to wydaje mi się, że to przynosi taką ulgę...** Ja właśnie tak jedną z dziewczyn tak namówiłam. Bo ona straciła to dziecko właśnie... y już drugie... Pierwsze miała pochowane, bo było starsze, umarło. A drugie właśnie miała... ja mówię – wiesz co? to po prostu... **każ kamieniarzowi sobie zrobić małą tabliczkę i położyć na ten ten...** I ona po paru miesiącach do mnie zadzwoniła i mówi: [imię K12], no nie wyobrażasz sobie, jaka to jest ulga, że ja jakby y wiem, że ja idę w jakieś miejsce i że tam są obie to moje córki, nie? I ja **też tak uważam, że że jednak takie miejsce, gdzie się idzie... – ja tam u [imię zmarłej córki] jestem codziennie na cmentarzu.** Rzadko mi się zdarza... Możesz jeden dzień mi gdzieś tam wypadnie... [zaznaczenia Ł. L.] [1293-1309].

Problem pochówków dzieci utraconych wynika też z tego, że nie zawsze szpitale widzą, co powinny zrobić lub jak powinny to zrobić, by nie narazić się na pretensje ze strony rodziców – mają oni różne potrzeby, które nie są znane pracownikom i pracownikom szpitali. Wracamy więc do komunikacji i problemów z nią związanych. Marta Wolska (2019) napisała, jak działają różne szpitale:

- informują rodziców o prawie do pogrzebu, robiąc to z pełnym szacunkiem dla zaistniałej tragedii.
- poza podaniem suchej informacji w formie zrzeknięcia się praw do pochówku, nie informują o niczym więcej.
- wystawiają dokumenty dopiero po pytaniu rodziców o pochówek.
- wystawiły dokumenty po tym, jak rodzice, znalazłszy informacje na stronach naszego serwisu o przysługujących im prawach, poszli z wydrukami ze strony do administracji, uzyskując to, do czego mieli prawo.
- nie informują i nie wystawiają żadnych dokumentów, oskarżając rodziców o naginanie prawa [...].

Zdaniem Wolskiej informowanie rodziców o możliwości pochówku dziecka, które jest prawem każdego rodzica, powinno odbywać się zawsze – chociażby poprzez wręczenie stosownej ulotki z informacją. Oczekiwanie od rodziców, że będą przygotowani na każdą ewentualność i znają wszelkie możliwe prawa, jakie im przysługują, jest oczekiwaniem nierealnym i wręcz okrutnym.

Ważną informacją jest to, że dzieci, które nie zostaną pochowane przez rodziców, mogą liczyć na pochówek zbiorowy we wspomnianych mogiłach dzieci utraconych. Problem pojawia się jednak po stronie szpitali, które nie mają przestrzeni na przechowywanie tkanek i płodów, by można je było godnie pochować. Agnieszka Sowa (2014) naświetla ten problem i wykazuje, jak wiele jeszcze należy zrobić, by przepisy mogły zostać rzeczywiście wdrożone. Sama zmiana definicji zwłok, poprzez dodanie informacji, że są to również ciała „dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży” (*ibidem*) nie rozwiązuje problemu. Przesuwa go w inne miejsce. Odpowiedzialnością i pracą zostały obarczone szpitale, które nie są przystosowane do tej zmiany. Podobnie jak nie są przygotowane do wdrożenia zasad opieki nad dzieckiem i kobietą ciężarną w sytuacji zagrożenia ciąży – ponieważ brakuje miejsca, środków i doświadczenia (w tym szkoleń), które pozwalałyby na działania zgodne z oczekiwaniami i przepisami. Nie chodzi więc o czyjąkolwiek złą wolę, ale złą kondycję polskiej służby zdrowia.

Podsumowując, żeby dokonać pochówku należy odebrać ze szpitala kartę martwego urodzenia. Ta karta służy rejestracji dziecka w Urzędzie Stanu Cywilnego (dalej: USC), co uprawnia rodziców do zasiłku pogrzebowego, czy urlopu macierzyńskiego. Dokumentu nie można wystawić w przypadku braku znajomości płci dziecka. Badania DNA to koszt 500 zł (dane z roku 2019). W USC należy dokonać pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka martwo urodzonego oraz sporządzić akt

urodzenia z odpowiednią adnotacją. Należy uzyskać potwierdzenia dokonania rejestracji, które może przydać się administracji cmentarza. Następnie dokonuje się wyboru firmy pogrzebowej – nie zawsze jest to możliwe, ponieważ szpital może mieć podpisaną umowę z określoną firmą, co sprawia, że inne firmy pogrzebowe mogą nie chcieć otwartego konfliktu z wiodącą firmą pogrzebową. Odbioru ciała z prosektorium dokonuje już właściwa firma pogrzebowa. Następnie należy uzgodnić z administracją cmentarza datę i miejsce pochówku – po okazaniu aktu urodzenia i karty zgonu. Karta martwego urodzenia uprawnia do wyprawienia pogrzebu świeckiego. Jeżeli rodzicom zależy na pogrzebie chrześcijańskim konieczne są kolejne ustalenia. Dzięki działaniom różnych organizacji zrzeszających rodziców po stracie – temat straty dziecka nienarodzonego jest coraz lepiej znany wśród duszpasterzy, można więc liczyć na ich przychyłność, zrozumienie i wsparcie. W kancelarii kościoła parafialnego należy przedstawić akt urodzenia dziecka i ustalić datę oraz formę pogrzebu. Przygotowanie ciała dziecka do pogrzebu zwykle załatwia firma pogrzebowa – ważne jest dostarczenie ubrań i przedmiotów, które mają znaleźć się z dzieckiem w trumnie. Liturgia pogrzebowa zależy od duszpasterzy odpowiedzialnych za pogrzeb. Czasami można napisać swoje mowy pożegnalne. Kolejnym etapem załatwiania formalności jest złożenie wniosków w ZUS o wypłatę zasiłków (pogrzebowy i macierzyński) oraz złożenie wniosku o udzielenie urlopu macierzyńskiego w zakładzie pracy matki (por. Guzdek 2017: 359-360). Innym z problemów, które pojawiły się w moich rozmowach, były „luki” w przepisach, czyli to, czego przepisy nie uwzględniły, bo nie jest to sytuacja „naturalna”. Jedna z badanych (W18) opowiadała w tym kontekście o zdenerwowaniu swojej teściowej, która nie mogła dostać urlopu okolicznościowego w związku ze śmiercią wnuczki:

moja teściowa była wściekła, bo mówi, że na teścia, na szwagra, **na wszystkich dostaje się wolnego, a na wnuczkę nie...** i i że w ogóle **świat nawet nie przewiduje takich sytuacji...** taka sytuacja, **że babka wnuczka chowa... jest nienormalna.** I i... oczywiście będąc człowiekiem daje się takiej kobiecie wolne, bo pracuje z ludźmi, ale w przepisach nie ma... tak? Musiała wziąć ze swojego prywatnego urlopu... i to pokazuje, jak bardzo nie sprawdzają się schematy [zaznaczenia Ł. L.] [1550-1555].

Przechodząc do kwestii związanych z samymi grobami dzieci – zarządcy cmentarzy często tworzyli osobne alejki dla takich mogił [fot. 1, 2, 3]. Są one mniejsze, więc takie alejki mogą pomieścić więcej „aniołków” z ewentualnym uwzględnieniem

grobow urnowych (które mają mniejsze rozmiary) osób dorosłych. Drugim powodem była duża śmiertelność dzieci związana z epidemiami i oddzielenie ich wynikało ze względów higienicznych. Jednak, o czym już wspominałam, oddzielanie grobów dzieci jest wynikiem innej organizacji przestrzeni cmentarnej, reprezentowanej przez starsze, tradycyjne cmentarze. Na nowszych mogiły dziecięce lokalizowane są pomiędzy pozostałymi grobami, bez szczególnego wyróżnienia – co z jednej strony ukrywa je i tworzy iluzję braku pochówków dziecięcych, z drugiej natomiast jest symbolicznym włączeniem dzieci do „społeczności martwych” jako tak samo ważnych.



Fot. 1. Alejka grobów dziecięcych, Łódź,
Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 2. Alejka grobów
dziecięcych, Łódź,
Cmentarz św. Franciszka, Ł.
Lange, archiwum.



Fot. 3. Alejka grobów dziecięcych, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.

6.2.1. Pomniki indywidualne

W kwestii wyglądu samych grobów – niektórzy rodzice decydują się na murowane nagrobki [fot. 4, 5, 6], inni pozostają przy ziemnych mogiłach ewentualnie ogrodzonych jedynie drewnianym lub kamiennym obramowaniem [fot. 7, 8]. Na cmentarzach widać, że część dziecięcych mogił jest odwiedzana – pojawiają się świeże znicze, kwiaty, kolejne zabawki; inne natomiast są zupełnie zapomniane [fot. 9, 10]. Na jednym z łódzkich cmentarzy dowiedziałam się, że te opuszczone groby przy okazji Dnia Wszystkich Świętych ozdabiane są pojedynczymi sztucznymi kwiatami przez różne organizacje i samowolne inicjatywy, a także przez samych pracowników i pracownice cmentarzy.



Fot. 4. Murowane groby dziecięce, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.



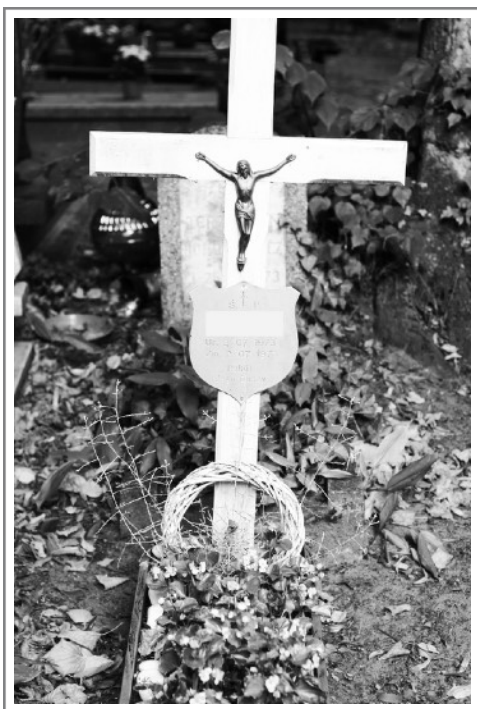
Fot. 5. Murowane groby dziecięce, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.



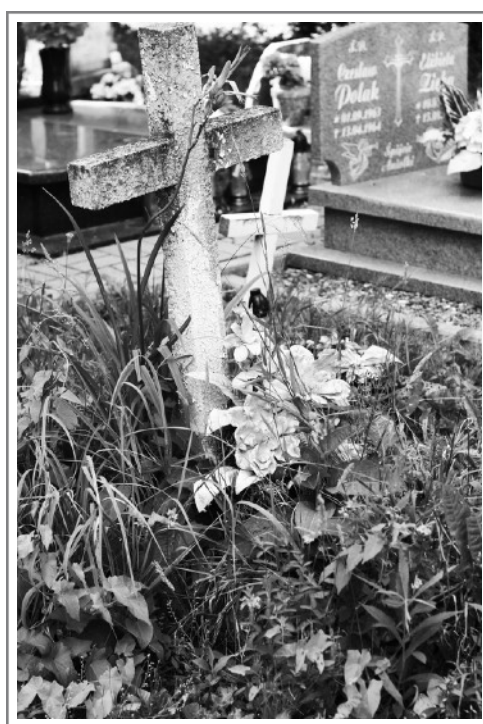
Fot. 6. Typowy grób dziecięcy z jasnego kamienia, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.



Fot. 7. Grób ziemny ogrodzony, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 8. Grób ziemny ogrodzony,
Gdańsk Oliwa, Cmentarz
Oliwski, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 9. Zapomniane groby
dziecięce, Łódź, Cmentarz św.
Franciszka; Pobiedna, Cmentarz
Komunalny, Ł. Lange, archiwum.

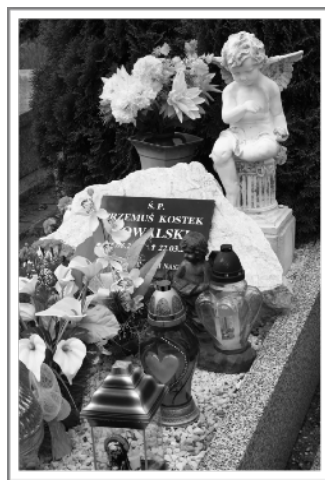


Fot. 10. Zapomniane groby
dziecięce, Łódź, Cmentarz św.
Franciszka; Pobiedna, Cmentarz
Komunalny, Ł. Lange, archiwum.

Częstym motywem na takich grobach jest figura oraz wyryta lub namalowana podobizna aniołka [fot. 11, 12, 13, 14, 15, 16], pojawiają się też napisy typu: „Powiększył grono Aniołków”, „Dołączyła do grona Aniołków”, „Tu spoczywa w gronie Aniołków nasz najukochańszy Synek”, „Śpij Aniołku” itp. Czasami pojawia się śpiąca postać dziecka, także starszego [fot. 17, 18, 19]. Nowsze groby dziecięce zawierają podobizny dzieci (szczególnie tych starszych) grawerowane na nagrobkach, w postaci fotografii na porcelanie lub fotografii w ramce [fot. 20, 21]. Zdjęcia pojawiają się na mogiłach osób w różnym wieku, nie są charakterystyczne dla grobów dziecięcych. Są jednak elementem potęgującym poczucie niesprawiedliwości sytuacji śmierci, ponieważ działają mocniej niż daty wskazujące na wiek zmarłych. Podobnie jak informacja o tragicznej śmierci przyciągają uwagę, co widać po grupach na portalach społecznościowych, które skupiają osoby określające się mianem „koimetromaniaków” (*coimetromania*)²⁵. Relacje dotyczące grobów dziecięcych wzbudzają na takich grupach dużo emocji i cieszą się dużym zainteresowaniem, jeśli poza datami i personaliami przedstawiają fotografie na porcelanie lub prezentują wyjątkowe formy nagrobków.



Fot. 11. Motyw anioła
na grobach
dziecięcych,
Pobiedna, Cmentarz
Komunalny, Ł.
Lange, archiwum.



Fot. 12. Motyw anioła
na grobach
dziecięcych, Łódź,
Cmentarz św.
Franciszka, Ł. Lange,
archiwum.

²⁵ *Coimetromania* tłumaczona jest jako: 1. odczuwanie chęci odwiedzania i niezwyklej atrakcyjności cmentarzy; 2. osoby odczuwające przymus zwiedzania cmentarzy i badania różnych grobów i innych miejsc pochówku przy każdej możliwej okazji (zob. *English-Word Information*, <https://wordinfo.info/unit/520>; *English Encyclopedia*, <http://www.encyclo.co.uk/meaning-of-coimetromania>).



Fot. 13. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.



Fot. 14. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.



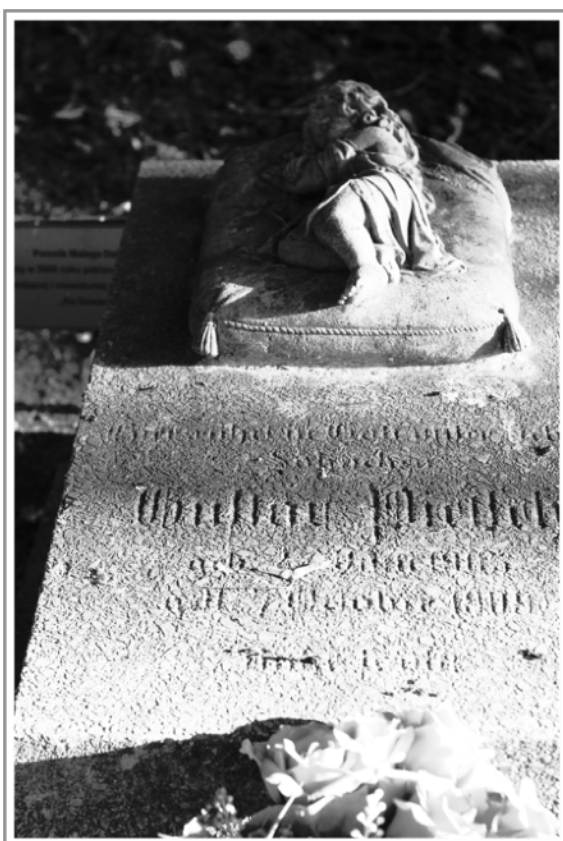
Fot. 15. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum



Fot. 16. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum



Fot. 17. Motyw śpiącego dziecka, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum



Fot. 18. Motyw śpiącego dziecka, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), jeden ze starszych pomników tego typu w Łodzi, objęty w roku 2005 patronatem młodzieży słabo widzącej i niewidzącej, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 19. Motyw śpiącego dziecka, grób 19-latki, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.

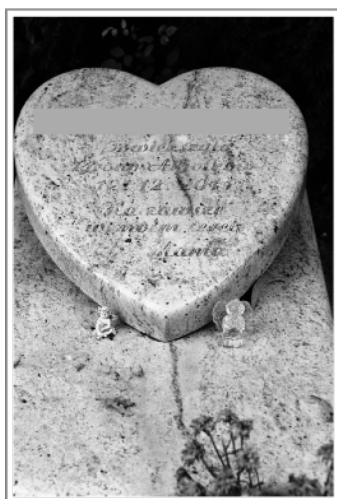


Fot. 20. Fotografia na porcelanie, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 21. Podobizna na płycie,
Łódź, Stary Cmentarz
(ewangelicko-augsburski), Ł.
Lange, archiwum.

Innym powtarzającym się motywem jest serce – jest ono częstym elementem na wszystkich rodzajach grobów (podobnie jak fotografie), nie traktuję go więc jako czegoś zarezerwowanego wyłącznie dla grobów dziecięcych. Pojawia się ono w postaci formy nagrobka [fot. 4, 22, 23, 24] lub elementu dodanego [fot. 25].



Fot. 22. Motyw serca, Łódź,
Stary Cmentarz
(ewangelicko-augsburski),
Ł. Lange, archiwum.



Fot. 23. Motyw serca, Łódź, Stary
Cmentarz (ewangelicko-augsburski),
Ł. Lange, archiwum



Fot. 24. Motyw serca, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 25. Motyw serca (element dodany), Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.

Niektóre miejsca pochówku dzieci wyglądają jak pokój dziecinnny – pełno na nich zabawek, rysunków dostarczonych prawdopodobnie przez rodzeństwo itp. [fot. 26, 27, 28 a-c, 29]. Traktowanie grobu dziecka jako miejsca jego przebywania – przy czym te same dzieci „przebywają” w jeszcze innych miejscach (przedmioty, pokój, niebo) – zmierza do wytworzenia atmosfery „przytulności”, która sprzyja kultywowaniu pamięci o dziecku. Zabawki utrzymują też status dziecka i przejmują jego rolę – trzeba się nimi

„zajmować” – zabierać je do prania, przebierać, dotykać. Grób zmarłej dziewczynki z chorobą genetyczną jej mama (W17) opisała tak:

jest taki misiu, którego mój mąż kupił i go zanosimy, zabieramy do domu tylko go pierzemy, jak [uśmiecha się] już się zabrudzi... i jest... i **jest anioł, który [imię zmarłej córki] towarzyszył**, yyy który się stał też prototypem do nagrobku, bo jest **nagrobek z takim klęczącym aniołem z rozłożonymi skrzydłami**, bo taka była figurka, która gdzieś tam [imię zmarłej córki] towarzyszyła. Dostała [imię zmarłej córki] od mojej siostry i **na początku stała zanim był grób zrobiony** po prostu, a potem jako prototyp była dana do rzeźbiarza i tam był ten anioł zrobiony. Tak są takie elementy..., **jak są święta to jest mała choinka**, także gdzieś tam no... to jest taki dziecięcy grób, pomimo tego, że [imię zmarłej córki] **nie jest w części dziecięcej**, jest pochowana z moimi... z moim wujostwem i **tam też zamierzamy my w przyszłości i moi rodzice na pewno...** także do takiego rodzinnego grobu... Ale z takim elementem dla dziecka i i tak tak tak gdzieś tam w ogóle na pogrzebie to mnóstwo i i zawsze widzę tych naszych motocyklistów... To na zdjęciach właśnie widziałam, jak **stali z tymi misiami wszyscy** po prostu no, coś się coś niesamowitego, nie?... [śmiejąc się] takie rosły chłopcy wydziarane i w ogóle i stali z tymi misiami... tak dzielnie tam po prostu wszyscy... i **oni też chodzą... i też zanoszą...** Ten jeden jest co prawda tylko taki dyżurny, bo tak jak się podniszczą, no to gdzieś... **natomiast nie wyrzucam... nie wyrzucam, tylko do skrzyneczki wszystkie idą**, nie? Nazbiera się pewnie trochę tego, ale ale tak tak więc wiesz na pewno jest to takie, **takie miejsce gdzie się tam trochę daje upust...** jeszcze to może to, że **tam jest to dziecko**, nie? W ogóle mamy na pomniku napisane też tak nietypowo właściwie, bo zazwyczaj się pisze jakieś takie tam, nie wiem „spoczywaj w pokoju”, „śpij aniołku”, a my mamy napisane „**nasza córka, nasza miłość, nasza anioł**”, także to też była taka rzecz, którą gdzieś tam wynaleźliśmy i nam się bardzo spodobało... i chcieliśmy mieć tak napisane, także no... Wszystkie takie elementy no... i ten tatuaż, to jest jakaś forma takiego eee, [demonstruje tatuaż] [zaznaczenia Ł. L.] [2150-2172].

[K12] Także mówię no, to są **to są wszystko takie elementy, które na pewno pomagają** i tak samo ten grób [imię zmarłej córki]. To jest takie miejsce, że **ja wiem, że do niej idę**, że zawsze się staram... **zawsze tam sobie do niej gadam, że o mówię tak: zawsze miałaś czysto dookoła, zawsze byłaś ładnie ubrana**, [...], **jak jadę to tam jej zawsze grabię, zbieram wszystkie liście i mówię: to jest jedyne, co mogę teraz dla niej zrobić... to, że dookoła niej jest porządek...** No i to wszystko ma taką, taką **funkcję... leczniczą** gdzieś tam..., nie? [zaznaczania Ł. L.] [2183-2189].

Zabawki na grobach dzieci są więc tym czymś znaczącym, co sprawia, że rodzic czuje stały kontakt z „aniołkiem”. Poza tym zwracają uwagę postronnych osób, które odwiedzają cmentarze – co widoczne jest na forach społecznościowych poświęconych cmentarzom – groby z zabawkami wywołują wzruszenie i współczucie w stosunku do bliskich dziecka.



Fot. 26. Zabawki na grobach dzieci, Łódź, Cmentarz Wszystkich Świętych, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 27. Zabawki na grobach dzieci, Łódź, Cmentarz Wszystkich Świętych, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 28 a. Zabawki na grobie 7-latka, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.



Fot. 28 b. Zabawki na grobie 7-latka, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.



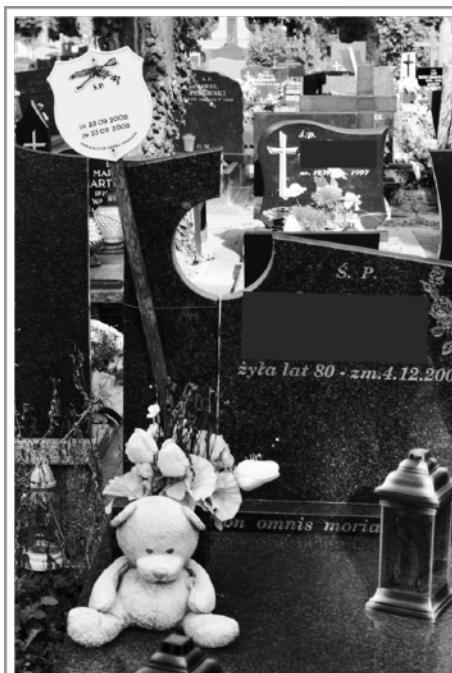
Fot. 28 c. Zabawki na grobach dzieci, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.

Fot. 29. Zabawki na grobach dzieci, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.

Obecna jest również praktyka chowania dzieci w grobach rodzinnych [fot. 30, 31, 32, 33] lub chociaż umieszczania na grobach rodzinnych tablic z informacją o utraconym dziecku, które nie zostało pochowane. O takiej sytuacji wspomina kobieta, która poroniła ciążę i nie ma własnych dzieci (W10). Jej partner przejęty utratą wspólnego dziecka, widząc, że kobieta doświadcza żałoby, zaproponował, by umieścić na grobie jego rodziny tablicę upamiętniającą córkę. Obydwójgu ten pomysł przypadł do gustu, a reszta rodziny partnera też ten pomysł zaakceptowała. I chociaż nie była znana faktyczna płeć dziecka, te ustalenia i nadanie dziecku imienia sprawiły, że córka zaistniała w rodzinie. Narratorka opowiadała ze wzruszeniem, jak jej teściowa przyszła któregoś dnia i powiedziała: „wiesz, byłam dziś u babci... i naszej [imię córki] też postawiłam światełko” [190]. Pamięć o siostrze utrzymywana jest także wśród dzieci męża – tym samym po latach córka stała się bytem realnym. Nie jest już tylko nieznanym dzieckiem utraconym. Ma swoje miejsce. Jest kochana i wspominana jako utracony owoc miłości. W rozmowie z kobietą [W17], której główna opowieść koncentrowała się na utraconej na skutek choroby genetycznej córce, pojawił się motyw poronienia bliźniąt, które nie zostały w żaden sposób upamiętnione. Kobieta obecnie doradza rodzicom po stracie tworzenie miejsc pamięci.

[ŁŁ] A myślałaś na przykład jeszcze o jakiejś tabliczce, dla tych bliźniaków?

[K12] No właśnie... **Jestem coraz bliższa temu.** Jestem coraz bliższa... chociaż to było z tamtym tym... no na pewno **są one w moim sercu** i teraz też wiem, że jest... y... właśnie teraz, jak się starałam, o tą, jak zbieramy te informacje do tej platformy dla rodziców, to między innymi ja się zajmowałam właśnie, ymmm... coś... żeby napisać rodzicom po kolei, co się dzieje i czego się mogą... czego mogą oczekiwać, czego wymagać w szpitalu w momencie, jak na przykład dziecko im w trakcie... że mogą je właśnie zabrać, że mogą poprosić, żeby to dziecko było oddane tak, żeby mogli je pochować i tak dalej i tak dalej. I właśnie tam wyczytałam, że wszystkie te nasze dzieci to w [miejsce zamieszkania K12] – te, z którymi się coś wydarzyło... pytanie, czy wtedy już, jak ja rodziłam, to już to było? Bo teraz od kilku lat jest..., że taka **wspólna zbiorowa mogiła yyy... i te szczątki, które są po aborcjach, czy tam po po poronieniach, które zostają w szpitalu to są tam chowane, nie? Raz na miesiąc...** [zaznaczenia Ł. Ł.] [2183-2206].



Fot. 30. Pochówki dzieci ze starszymi członkami rodziny, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.



Fot. 31. Pochówki dzieci ze starszymi członkami rodziny, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.

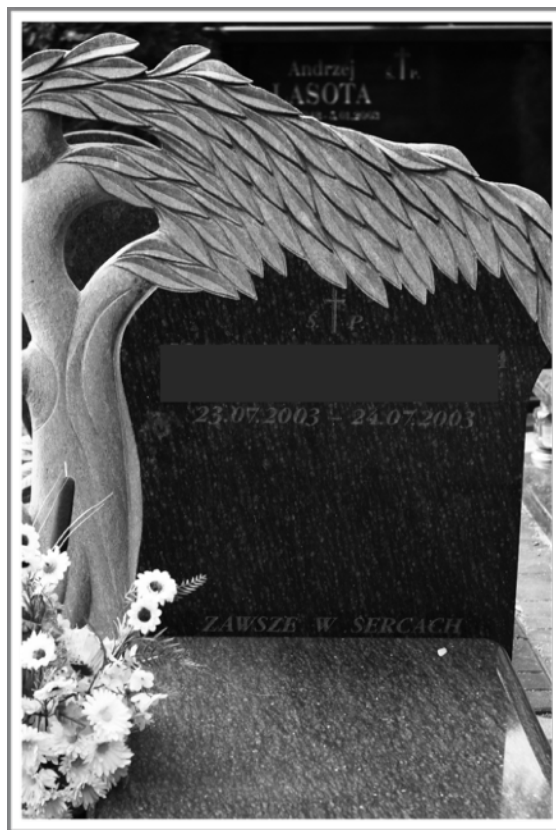


Fot. 32 i 33. Pochówki dzieci ze starszymi członkami rodziny, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.

Groby dziecięce mają różne formy, co ilustruje załączony materiał fotograficzny z wybranych cmentarzy z różnych stron Polski. Mogiły te są do siebie podobne – jeśli uwzględnimy czas ich powstania ich lokalny charakter nie będzie się szczególnie wyróżniał. Wskazuje to na silną standaryzację wzornictwa nagrobnego. Nietypowe i wyróżniające się groby odnosiły się dość luźno do formy drzewa [fot. 34, 35, 36]. Drzewa te są albo ścięte odnoszące się do przedwcześnie zakończonego życia, mogą to być wizerunki pochylających się wierzb, albo formy kwietników nawiązujące swoim wyglądem i formą do kształtu drzewa.



Fot. 34. Elementy przypominające drzewo, Łódź, Cmentarz św. Franciszka i Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.



Fot. 35. Elementy przypominające drzewo, Łódź, Cmentarz św. Franciszka i Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.



Fot. 36. Elementy przypominające drzewo, kwietnik metalowy, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.

Wspomniane traktowanie miejsca pochówku dziecka, jako jego pokoju przejawiać może się też w formie kołyskowej (łóżeczko dziecięce) [fot. 37] lub wnęki w nagrobku, która jest miejscem ekspozycji. Ekspozowane mogą być zabawki, przedmioty związane ze zmarłym dzieckiem lub elementy kultu religijnego (Maryjki). Jeden z takich nagrobków znalazłam na oliwskim cmentarzu [fot. 38 a i b] i chociaż skromny, przywołał w mojej pamięci widok XIX-wiecznych grobów w formie domów dla lalek, o których Kate Cherrell (2021) napisała, że są one miejscami przepelnionymi emocjami, nie tylko jako miejsca pamięci o zmarłym dziecku, ale także jako wyraz ogromnego cierpienia rodziców, którzy doświadczyli straty. Melissa Haveman (1999), która dokonała analizy grobów dziecięcych na czternastu cmentarzach południowego Illinois oraz zachodniego Michigan uważa, że widoczna jest zmiana w stosunku do dziecka – z bardziej formalnej relacji, na bliską. Myślę, że wyrazem takiej bliskości w przypadku polskich „aniołków” są pojawiające się zabawki.



Fot. 37. Metalowe
obramowanie przypominające
formą dziecięce łóżeczko,
Gdańsk Oliwa, Cmentarz
Oliwski, Ł. Lange, archiwum.



Fot. 38 a. Nagrobek z oszkloną
wnęką na wystawkę, Gdańsk
Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł.
Lange, archiwum.



Fot. 38 b. Nagrobek z oszkloną wnęką na wystawkę
(gablotka), Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange,
archiwum.

Warto dodać, że w Polsce zachowało się wiele obyczajów ludowych, które wpływają na dzisiejsze pochówki tak samo, jak różne praktyki upamiętniania i

pochówków pojawiające się jako „nowinki z Zachodu”. Anna E. Kubiak (2015: 306) przyznaje, że „można mówić o ponowoczesnym brikolażu starych, nowoczesnych i ponowoczesnych elementów kulturowych”. Oznacza to, że praktyki upamiętniania zmieniają się i należy oczekiwać kolejnych przemian – być może także w kwestiach związanych z pochówkami dzieci i z formami ich upamiętniania.

6.2.2. Pomniki Dzieci Utraconych

Pojawienie się zbiorowych mogił jest powiązane z rehabilitacją dzieci utraconych i zmianą przepisów dotyczących dookreślenia, czym są zwłoki (ISAP). Wspominałam już o tym, ale warto to powtórzyć wyjaśniając jednocześnie sformułowanie „dziecko utracone”. *Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych* pochodzi z 1959 roku, a nowelizowano ją kilkakrotnie, jednak dopiero w ostatniej dekadzie doczekaliśmy się zmian „umożliwiających chowanie płodów”. Jeżeli chodzi o zbiorowe groby dzieci utraconych, są to bardzo często jedynie pomniki, których celem jest symboliczne wyznaczenie miejsca dla tych wszystkich, którzy nie mogli lub nie chcieli pochować swoich nienarodzonych dzieci.

Określenie „dziecko utracone” stosowane jest do opisywania dzieci (w sensie intencji rodziców), które nie narodziły się (zmarły w wyniku poronienia) lub narodziły się martwe. Były one oczekiwane, a ich strata spowodowała ból i cierpienie. Nastawienie na cel – w tym przypadku dziecko – decyduje o tym, kogo tracą rodzice. Nie ma więc mowy o zygocie, płodzie lub dziecku poczętym (choć i takie określenia można spotkać w dyskursie na temat pochówków dzieci utraconych) – osieroceni rodzice w swoim poczuciu tracą dzieci. Dlatego pomimo niezgodności z biologicznym momentem śmierci, stosuję określenia „dziecko” lub właśnie „dziecko utracone”. Środowiska katolickie zaliczają do tej grupy również „dzieci” utracone w wyniku aborcji, co jest postrzegane przez organizacje *pro choice* jako manipulacja i próba piętnowania kobiet, które zdecydowały się na terminację ciąży. Możemy więc przyjąć, że dzieckiem utraconym jest każde dziecko, które zmarło na skutek poronienia samoistnego i niesamoistnego lub w wyniku martwych narodzin lub śmierci okołoporodowej. W polskim prawodawstwie stosowane jest rozróżnienie na poronienie i martwe urodzenie, które skupia się na aspekcie czasowym. Mówimy więc o

poronieniu „przed upływem 22 tygodni ciąży”, a o martwym urodzeniu po tym czasie (*Dziennik Ustaw* 2015: 27).

Pomniki dzieci utraconych w naszym kraju zaczęły pojawiać się w związku z Dniem Dziecka Utraconego, o którym już pisałam. Warto zauważyć, że w przypadku części z nich, inicjatorzy i inicjatorki zaznaczają, że są to miejsca dla wszystkich rodziców, także takich, którzy stracili starsze dzieci i posiadają ich miejsce pochówku – przynależą oni jednocześnie do wspólnoty osieroconych rodziców. Zaznaczanie inkluzyjnego charakteru tych miejsc z jednej strony podnosi znaczenie płodów, z drugiej spotyka się z zarzutem manipulacji. Ksiądz Józef Gut (2014) twierdzi, że inicjatywa dotyczy dzieci „które odeszły od nas przedwcześnie – wskutek naturalnego poronienia, choroby, wypadku, zaginięcia, przedwczesnego porodu, czy aborcji”. Dodaje również, że pomysł dotyczący takiego symbolicznego miejsca zrodził się z „rozmów z rodzicami tych dzieci, którzy poszukują miejsca, gdzie mogliby zatrzymać się i zamyślić nad tajemnicą życia, oraz przeżyć swoją żałobę” (*ibidem*).

Przyglądając się sytuacji prawnej dzieci utraconych należy zwrócić uwagę na kilka faktów. W przepisach polskich istnieje prawo do pochówku, które przynależy każdemu człowiekowi. W świetle prawa płód nie jest człowiekiem posiadającym takie przywileje. To samo dotyczy dzieci martwo urodzonych. Agnieszka Kania (2019: 11) zwraca uwagę na dwa aspekty prawa do pochówku – prawo do własnego pochówku (problemатyczne w przypadku płodów) oraz prawo rodziców do pochowania dziecka i kultu jego pamięci. O sytuacji dziecka nienarodzonego Kania (*ibidem*: 12) pisze w następujący sposób: „[z]e względu na szczególną fazę życia *nasciturus* nie będzie mógł wprost zrealizować prawa do pochówku własnego. Dziecko poczęte nie jest w stanie dokonać samodzielnie rozrządzenia na wypadek śmierci”. Dodatkowo wskazuje, że dziecko poczęte w polskim prawie objęte jest warunkową zdolnością prawną, co wiąże się z niemożliwością nałożenia na rodzinę dziecka obowiązku pochówku (*ibidem*: 13). Jest to jedna z przyczyn istnienia grobów zbiorowych (inicjowanych przez zakłady opieki zdrowotnej lub organizacje wyznaniowe). Inna przyczyna tkwi w braku informacji o możliwości dokonania pochówku dziecka utraconego na skutek poronienia. Jeszcze inna wynika z braku odpowiednich rozporządzeń przed rokiem 2011. Jak już wspominałam – również przed rokiem 2011 była możliwość pochówku dzieci zmarłych przed narodzeniem, ale wymagała znacznego trudu i wytrwałości w walce z biurokracją – takie indywidualne

groby dziecięce można znaleźć praktycznie na każdym cmentarzu w Polsce, a widniejące na nich daty wskazują na stałą dostępność tego typu pochówków.

Istotną kwestią jest drugie z praw przysługujących dziecku utraconemu – prawo do kultu pamięci. Na tej podstawie rodzice mogą starać się o pochówek. Nadal nie jest to jednak sprawa prosta, bo z formalnego punktu widzenia pojawia się wiele omówionych już problemów, których ustawodawca nadal nie zdołał rozwiązać. W roku 2011 weszła w życie znowelizowana ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych (*Dziennik Ustaw* 2011). Pojawiły się ustępy 5 i 5a w artykule 11. Mowa jest tam o formalnościach, jakich należy dopełnić celem pochowania zwłok oraz o sytuacji dzieci martwo urodzonych:

W przypadku dziecka martwo urodzonego, bez względu na czas trwania ciąży, dla którego na wniosek osoby uprawnionej do pochowania, o której mowa w art. 10 ust. 1, sporządzono kartę zgonu, dla celów określonych w ust. 5 nie jest wymagana adnotacja urzędu stanu cywilnego o zarejestrowaniu zgonu (*ibidem*).

Ustawa ta teoretycznie rozwiązała problem dotyczący części formalności, ale rodzice utraconych dzieci nadal podnoszą tę kwestię. Świadczy to o tym, że obowiązująca ustawa nie znajduje odzwierciedlenia w praktyce. Chodzi w tym przypadku o wymaganą dokumentację. Ustęp 5a umożliwia pochowanie dziecka martwo urodzonego bez aktu zgonu, w oparciu o kartę zgonu wydawaną przez szpital. Akt zgonu wymaga wpisania danych, które często nie są możliwe do ustalenia, jak chociażby płeć dziecka – o czym już pisałam. Kania (2019: 16) uważa, że „dokonana nowelizacja i zastąpienie wymaganego do przyjęcia na cmentarz aktu martwego urodzenia dziecka kartą zgonu bez konieczności rejestracji w urzędzie stanu cywilnego ustabilizowały obowiązujący stan prawny w zakresie pochówku dzieci martwo urodzonych”. Urszula Nowicka (2017: 152) twierdzi natomiast, że „[p]rocedura organizacji pochówku dziecka poronionego lub martwo urodzonego uzależniona jest – z punktu widzenia przepisów prawa polskiego – od tego, czy jego płeć została stwierdzona (jest znana bądź ustalona w badaniu genetycznym)”. Wskazuje ona na inną ustawę „Prawo o aktach stanu cywilnego”, gdzie znajduje się zapis: „Jeżeli nie jest możliwe ustalenie płci dziecka, karty martwego urodzenia nie przekazuje się” (*Dziennik Ustaw* 2014: 26). Z jednej więc strony problem rozwiązano, z drugiej inny przepis, nadal utrudnia dokonanie pochówku. Naświetlam tę kwestię szerzej, ponieważ ma ona niebagatelne znaczenie dla powstawania zbiorowych mogił dzieci utraconych, a

tym samym pomników, które na stałe wpisują się w krajobraz cmentarzy, ale też w świadomość osób postronnych.

Zauważalny jest w Polsce wzrost pomników dzieci utraconych w ostatniej dekadzie, o czym donoszą organizacje osieroconych rodziców na swoich stronach oraz lokalne media. Pomniki te lokalizowane są na cmentarzach – czasami w pobliżu kaplicy, czasami w dalszych kwaterach, czasami blisko wejścia, by można je było łatwo zauważyć, odnaleźć. Ich głównym celem jest upamiętnianie dzieci utraconych, które nie posiadają własnego nagrobka. Monumenty te mają charakter symboliczny lub symboliczno-praktyczny. Są więc albo tylko pomnikami, które służą określonym celom religijnym i terapeutycznym, albo grobami, w których chowane są co jakiś czas ciała dzieci. Są to pomniki fundowane przez grupy wsparcia rodziców po stracie z inicjatywy samych rodziców lub duszpasterzy oraz inne organizacje wyznaniowe.

Pomniki opatrywane są różnymi napisami – od dosłownych (płody, szczątki ludzkie), przez: „dzieci zmarłe przed narodzeniem”, „dzieci poczęte, a nienarodzone”, „dzieci nienarodzone i utracone” – po: „dzieci utracone”. Jeden z pierwszych pomników powstał w roku 2008 w Szczecinie za sprawą Rotary Club Szczecin Center oraz Organizacji Rodziców po Stracie Dziecka oraz Rodziców Dzieci Chorych – DLACZEGO. Na kolejne realizacje nie trzeba było długo czekać. Obecnie na wielu cmentarzach w Polsce znajdują się tego typu pomniki (lub pomniki-groby) i jest potrzeba tworzenia kolejnych.

W warstwie wizualnej są one zróżnicowane. Od zwyczajnych nagrobków, które niczym nie różnią się od pozostałych mogił na cmentarzu, przez krzyże, kamienie, po pomniki „z przesłaniem”. Część z nich budzi kontrowersje, inne przyjmowane są z czułością i dumą lokalnej społeczności. Poza nielicznymi, które wzbudziły sprzeciw osieroconych rodziców oraz lokalnej społeczności, wszystkie spełniają swoje funkcje.

Z jednej strony ich cel – stworzenie miejsca pamięci dla rodziców, którzy z różnych powodów nie mają pomnika własnego dziecka – jest odpowiedzią na kulturową potrzebę posiadania takiego fizycznego miejsca, gdzie można chociaż raz w roku złożyć kwiaty i zapalić znicz. Wspomniany już ksiądz Gut (2014) stwierdził, że są to „miejsca nadziei, gdzie Rodzice utraconych dzieci w poczuciu bezpieczeństwa mogą nadać swym dzieciom imiona i pojednać się z nimi, a z dziećmi, które żyją porozmawiać o siostrach i braciach, którzy odeszli”. Rodzice, którzy mieli możliwość pochowania swojego dziecka i

posiadają indywidualne nagrobki lub groby rodzinne, doceniają ten fakt i zachęcają innych rodziców do takiej praktyki, nawet w przypadkach, kiedy od czasu straty minęło wiele lat. Jeżeli nie jest możliwe utworzenie chociażby symbolicznego grobu – pomnik dzieci utraconych może pełnić taką funkcję. W przypadku braku pomników, tworzone są również Miejsca Pamięci, gdzie można umieścić tabliczkę z imieniem utraconego dziecka (Fundacja SPES, br).

Pomniki te mogą stać się również elementem walki z ugrupowaniami *pro choice* i osobami, które nie chcą wspominać swoich „porażek reprodukcyjnych”. Miejsca tego typu mają więc znaczenie nie tylko symboliczne i społeczne, ale też polityczne – szczególnie jeżeli weźmiemy pod uwagę fakt, że większość z tych inicjatyw wspierana jest przez ugrupowania wyznaniowe, katolickie. To, że właśnie ugrupowania wyznaniowe narzucają pewien konkretny sposób działania, związane jest z terytorialnym panowaniem symbolicznym, co Lech M. Nijakowski (2006: 108) nazywa kategorią „domeny symbolicznej”. Co to znaczy, że pomniki dzieci utraconych „panują symbolicznie”? Chodzi o to, że poza faktem stawania się obiektem kultu, gdzie pojawiają się rozmaite praktyki w przestrzeni publicznej, pomniki te są również „materialnym korelatem świadomości społecznej” danej grupy, która pomnik postawiła i akceptuje jego treść, a nawet utożsamia się z nią (*ibidem*: 110-111). Dyskursywne „granie” pomnikami – w tym ich wygląd, umiejscowienie itp. – ma na celu promowanie swoistej martyrologii „niechcianych dzieci”, którym ich rodzice odmówili pochówku.

Do funkcji tego typu pomników należy zaliczyć funkcję praktyczną, terapeutyczną, społeczną i religijną oraz wspomnianą polityczną. Pomniki te są często grobami, czyli chowane są tam ciała dzieci pozostawione w szpitalu. Ich rodzice nie zdecydowali się na pochówek indywidualny – ze wspomnianych powyżej powodów lub dlatego, że nie chcieli. W związku z tym to do szpitala należało zagwarantowanie dziecku miejsca spoczynku, ponieważ od roku 2011 zwłoki dzieci po poronieniach nie są już odpadami medycznymi i tym samym nie podlegają utylizacji. Rodzice, którzy nie otrzymali informacji o możliwości pochowania dziecka utraconego w wyniku poronienia lub martwych narodzin, korzystają z tego typu miejsc w sposób rytualny i terapeutyczny, traktując je, jako miejsce spotkania z własnym dzieckiem. Ksiądz Henryk Sławiński (2013: 133) utrzymuje, że „[s]prawowanie rytuałów służy wzmocnieniu doświadczenia, że choć dziecko urodzone jest martwe, prawdziwie zaistniało”. Możliwość pożegnania z

dzieckiem jest pierwszym momentem tworzenia pamiątek. Zaznaczę, że potrzeba takiego pożegnania jest kwestią indywidualną, tak samo jak chowanie zwłok dziecka we własnym zakresie. Mając jednak na uwadze rodziców, którzy potrzebują wspólnych pomników, należy zwrócić uwagę na terapeutyczny charakter samej szansy na upamiętnienie dziecka, która daje poczucie jedności z „utraconym obiektem”. Barbara Baranowska (2017: 76) uważa, że „[k]ażda forma ekspresji myśli i uczuć skierowana ku dziecku będzie dobra”.

Są to też ważne miejsca, gdzie odbywają się spotkania osieroconych rodziców, skłaniające do wspomnień i refleksji, uświadamiające, że nikt nie jest w swoim doświadczeniu straty osamotniony, że dotyczy ono wielu rodzin. Ponieważ większość pomników znajduje się na cmentarzach, spełniają one podwójnie rolę terapeutyczną – poprzez swoje umiejscowienie oraz przypisywaną im funkcję. Anna Długozima (2016: 53) wskazuje na terapeutyczną funkcję cmentarzy wynikającą z interpretowania tych przestrzeni jako „zielonych świątyń śmierci”. Ponadto uważa, że

Terapeutyczne środowisko cmentarza można rozpatrywać na kilku płaszczyznach: w wymiarze fizycznym (atrybuty fizyczne środowiska), w zachowaniach (atrybuty społeczno-kulturowe) oraz w symbolice (atrybuty niematerialne). Przestrzeń cmentarza stanowi substytut zmarłego. Wymiary stanowiące o złożoności ról i znaczeń cmentarzy sprawiają, że w przestrzeni tej człowiek dotknięty utratą bliskiego przechodzi poszczególne fazy żałoby (*ibidem*: 51).

Duszpasterze wskazują również na inną funkcję – katechizującą. Ksiądz Krzysztof Kida (memento.com.pl, br.) twierdzi, że pomniki te są „formą katechezy dla osób, które nie są do końca przekonane o tym, że z człowiekiem mamy do czynienia od momentu poczęcia”.

W Stalowej Woli na cmentarzu komunalnym znalazły się dwa takie pomniki-groby. Jeden z nich powstał w roku 2006, a jego inicjatorami była dyrekcja Powiatowego Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli. Kolejny powstał w 2015 roku za sprawą ordynariusza sandomierskiego ks. bp. Krzysztofa Nitkiewicza z pomocą Katolickiego Centrum Pomocy Rodzinie, proboszcza parafii pw. św. Jana Pawła II ks. Mariusza Kozłowskiego i proboszcza parafii pw. Opatrzności Bożej ks. Krzysztofa Kidy (memento.com.pl, br.). Pierwszy z grobów pełni głównie funkcję praktyczną, drugi jest dodatkowo miejscem spotkań wspólnoty, która powołała go do istnienia. W Łodzi pomnik dzieci utraconych znajduje się na Starym Cmentarzu przy ulicy Ogrodowej (w części katolickiej trójwyznaniowej nekropolii), jednakże na innych cmentarzach również można

odnaleźć miejsca, gdzie dokonuje się pochówków na zlecenie szpitali. Jednym z takich miejsc jest Cmentarz Wszystkich Świętych przy ulicy Zakładowej – zobrazowany na załączonych fotografiach [fot. 41 a, b]. Podobnie więc jak w przypadku pomników w Stalowej Woli – funkcje są rozdzielone, chociaż w obu miejscach składa się ciała dzieci. Ksiądz Jarosław Ogrodniczak na przykładzie katowickim wspomina o rozróżnieniu na groby symboliczne (umieszczony w Panewnikach przy bazylice) i grobowce (w Katowicach w parafii św. Józefa na Załężu) (Zimoniowie 2017: 106). Taki podział ma również inne powody – chodzi o to, kto dane miejsce inicjuje i nim zarządza. Groby inicjowane przez szpitale, umiejscowione na cmentarzach komunalnych, nie skupiają wokół siebie społeczności lokalnej. Są anonimowe, często odpychające wizualnie. Te stawiane przez wspólnoty rodziców po stracie, wspólnoty religijne itp., nie wynikają jedynie z obowiązku realizacji przepisów prawa, ale są miejscami pożądanymi przez same osoby doświadczające śmierci dziecka. Jeśli pełnią dodatkowo funkcję grobowca, realizowana jest funkcja religijno-społeczna.

Na fali dyskusji o przerywaniu ciąży pomniki te bywają także wykorzystywane do upamiętniania „abortowanych płodów” (szczególnie w kontekście wspomnianych zmian w prawie dotyczących obowiązku chowania płodów ludzkich). Jednym z takich pomników z przesłaniem jest zrealizowany w ramach Wrocławskiego Budżetu Obywatelskiego w roku 2014 i umiejscowiony na osobowickim cmentarzu komunalnym we Wrocławiu (WBO 2014). Pomnik ten wykonany został przez Martina Hudaćka, absolwenta słowackiej Akademii Sztuk w Bańskiej Bystrzycy (Bugala 2019). Autor ma na swoim koncie podobną rzeźbę, której bohaterką jest matka i dziecko (*Pomnik Nienarodzonych Dzieci*), do Wrocławia stworzył jednak pracę, która prezentuje zrozpaczonych rodziców i dziecko (*Pomnik Nienarodzonych Dzieci II*). Hudaćek jest twórcą zaangażowanym religijnie, sprzeciwia się aborcji, czemu daje wyraz w swoich rzeźbach. Jego intencją było pokazanie cierpienia rodziców (w pierwszej realizacji tylko matki), do których przychodzi duch zmarłego dziecka, chcąc ich pocieszyć. Oni jednak są zrozpaczeni, ponieważ zgodzili się na aborcję. Postaci rodziców są wykonane z kamienia. Postać dziecka z przeźroczystego surowca, co podkreśla ulotność i nieziemski status. Rzeźba ta porusza i intryguje ze względu na użycie różnych tworzyw. Jednak narzucenie zwerbalizowanej intencji autora negatywnie wpływa na jej odbiór.



Fot. 39. Pomnik Nienarodzonych Dzieci II, Wrocław, Cmentarz komunalny w Osobowicach, A. Bugała, Źródło: <https://m.niedziela.pl/artykul/46163/Kwaterna-79>; dostęp 30.06.2021.

Pomniki dzieci utraconych, o czym już wspominałam, można spotkać w wielu miejscach w Polsce. O części z nich wiedzą tylko osoby, które na dany cmentarz przychodzą, inne są miejscem pielgrzymek społeczności osieroconych rodziców. Strony internetowe dla rodziców po stracie (jak m.in.: rodzicepostracie.lublin.pl, poronilam.pl) podają na przykład, że w Łodzi znajduje się jeden pomnik dzieci utraconych, który umiejscowiony jest na Starym Cmentarzu w 29 kwaterze w pierwszym rzędzie. Nie ma jednak informacji o symbolicznym grobie „dziecka zapomnianego”, który można znaleźć na Cmentarzu św. Franciszka, a który odwiedzany jest przez osieroconych rodziców i stał się przyczynkiem do poruszających opowieści, które usłyszałam. Nie ma również informacji o grobach pojawiających się na Cmentarzu Wszystkich Świętych. Listy pomników dzieci utraconych zawierają więc przede wszystkim te pomniki, które powstały na fali nowego zwyczaju i które zostały na takie listy zgłoszone przez ich inicjatorki i inicjatorów. Nie uwzględniają miejsc, które pełnią podobne funkcje, ale zawiaduje nimi szpital lub są efektem działań indywidualnych.

Nadmieniałam już, że formy pomników dzieci utraconych są zróżnicowane w formie, jak i przekazie, jednakże do tej pory większość z nich przypominała typowe nagrobki lub proste krzyże. Często opatrzone cytataми z Pisma Świętego lub ze słów Jana Pawła II („te dzieci żyją w Bogu”). Te, które przybierają jakąś inną formę nawiązują do postaci dzieci (dzieci, aniołki, „płodziki”), więzi rodzicielskiej (matki, rodzice, święta

rodzina, serce, ręce) lub do pustki po stracie (anioły, monumentalne konstrukcje). Czasami motywy te łączą się i anioł występuje razem z dzieckiem lub matka ma anielskie skrzydła. Dzieci prezentowane są jako płód, niemowlę lub większe dziecko. Postaci rodziców splatają się, obejmują siebie i/lub dziecko. Większość pomników wykonywana jest przez lokalnych rzemieślników kamieniarzy, czasami zaangażowani są w prace twórcy ludowi i artyści plastycy, jak to miało miejsce we Wrocławiu. Wszystkie są demonstracją kiczu, co nie powinno zaskakiwać w kontekście estetycznej oceny polskich cmentarzy, które przepełnione są kiczem (Królikowska 2012).

Również formy minimalistyczne znajdują swoje miejsce na liście pomników dzieci utraconych. Do takich realizacji można zaliczyć kamień zainstalowany na cmentarzu komunalnym we Wrześni. Jest on neutralną formą upamiętnienia – niczego nie sugeruje, nikogo nie obraża i nikomu nic nie wypomina. Nie nawiązuje do żadnej religii ani ideologii. Jest prostą formą, nie komplikuje sytuacji ani emocji rodziców z doświadczeniem straty.

Wspominałam już o łódzkim symbolicznym grobie „dziecka zapomnianego”, który znalazłam podczas badań dotyczących chowania dzieci i wyglądu ich nagrobków. Od osób, które spotkałam w tym miejscu dowiedziałam się, że jest to symboliczny grób pod drzewem porośniętym bluszczem, gdzie osoby, które doświadczyły straty dziecka zostawiają często znicze lub kwiaty. Pomnik ten ma postać prostej czarnej tabliczki z inskrypcją „Ś.P. Dzieciątko Zapomniane” [fot. 40]. Poinformowano mnie, że miejsce to pełni też funkcję magiczną i osoby z doświadczeniem poronienia, które zachodziły w kolejną ciążę, odwiedzały je w celu zapewniania sobie powodzenia i donoszenia ciąży. Potęga drzewa porośniętego bluszczem i prosta tabliczka z napisem, uruchamiały wyobraźnię osób, które chętnie o tym miejscu opowiadały. Tabliczka wpisuje się w krajobraz cmentarza – krajobraz rozumiany także jako świat zewnętrzny zapośredniczony przez subiektywne doświadczenie, zgodne ze sposobem patrzenia jednostki (Cosgrove 1998: 13). Tworzenie opowieści, czy wręcz budowanie mitu tego miejsca dało o sobie znać, kiedy wykonywałam fotografie. Trudno jednoznacznie określić, czy bardziej działa na wyobraźnię tabliczka, czy samo drzewo. Drzewa bowiem jako centralne symbole mitów, a co za tym idzie wierzeń i obrzędów, utożsamiają życie, ale też zmartwychwstanie (Kasprzak 2011: 19). Dołączając do znaczenia drzewa, tabliczkę i indywidualne doświadczenia straty, docieramy poniekąd do „ducha miejsca” – dostrzegalne stają się

znaczenia pozornie ukryte (Norberg-Schultz 1979). Takim znaczeniem ukrytym tego konkretnego miejsca może być właśnie silniejsze powiązanie z terapeutyczną funkcją pomnika i cmentarza – czyli właśnie powiązanie z naturą, wieczna zieleń bluszczu, kameralność, intymność i jednocześnie brak przynależności do konkretnej osoby, wiążące się z potrzebą zaopiekowania (por. Długozima 2016: 57-58).



Fot. 40. Symboliczny pomnik Dzieciątka Zapomnianego w Łodzi, fot. Ł. Lange.
Źródło: archiwum.

Mogiły inicjowane przez szpitale opisywane są w sposób dosłowny – odnosiłam się do nich wcześniej jako do form odpychających wizualnie. W Łodzi na Cmentarzu Wszystkich Świętych przy ulicy Zakładowej natrafiłam na zwykłe ziemne groby z prostymi krzyżami i tabliczkami, na których napisano: „płody ludzkie” lub „noworodek płci męskiej” [fot. 41 a, b]. Surowość i pustka panujące w tej części cmentarza potęgują wrażenie zagubienia i braku zrozumienia dla takiego rodzaju komunikacji. Wyjątkowa oschłość i brak wyczucia w stosunku do rodziców, którzy chowają swoje dzieci w tej samej części nekropolii – kilka kwater dalej są nagrobki dzieci, ich zabawki, smoczki

zawieszane na tabliczkach z imieniem i nazwiskiem. Kontrast jest znaczący i przytłaczający.



Fot. 41 a i b. Groby ziemne,
płody ludzkie, Łódź,
Cmentarz Wszystkich
Świętych, Ł. Lange,
archiwum.

Ten zimny medyczny język działa też na innych, którzy dowiadują się o tym miejscu z mediów społecznościowych. W roku 2019 Fundacja Gajusz doprowadziła do pochowania dziecka, którego nie miał kto pochować. Uroczystości pogrzebowe odbywały się właśnie na cmentarzu przy Zakładowej. Obecne podczas uroczystości osoby zrobiły kilka zdjęć, które znalazły się na profilu Fundacji w mediach społecznościowych. Zdjęcia nie zrobiły dobrego wrażenia, sprowokowały jednak rzeźbiarza, który zgłosił się do Fundacji z propozycją zaprojektowania i wykonania pomnika „dla wszystkich zapomnianych, opuszczonych i straconych dzieci” (Dąbek i Makowska 2019).

Pomniki dzieci utraconych coraz mocniej obecne w przestrzeni fizycznej, pojawiają się też często na wirtualnych stronach, gdzie pisze się o powstawaniu kolejnych. Ich zdjęcia ilustrują komunikację dotyczącą danej wirtualnej wspólnoty oraz lokalnych grup wsparcia.

Dużo zdjęć pojawia się w sieci z okazji Dnia Dziecka Utraconego (15.10.) oraz Dnia Wszystkich Świętych (01.11.). Inne okoliczności to dzień matki, dzień dziecka oraz dzień ojca – czasami również dzień babci i dzień dziadka. Publikacje pierwszego typu mają na celu celebrowanie pamięci i przedstawiają zastawione kwiatami i zniczami pomniki. Drugi typ ma charakter nostalgiczny i odnosi się do samej straty, która mimo upływu czasu, nadal boli. Zdjęcia użyte przy tych okazjach są z dni powszednich. Na zdjęciach widoczne jest „życie” pomników i ich użytkowanie przez osoby zainteresowane. Widać, jak przybywa na nich zabawek i figurek aniołków, jak zmienia się okolica wraz z porami roku.

Pomniki dzieci utraconych w większości znajdują się na terenie cmentarzy, nieliczne z nich ustawione zostały przy świątyniach. O ile te znajdujące się przy świątyniach pełnią głównie rolę pomników symbolicznych o funkcji religijnej, to te umieszczane na cmentarzach pełnią różne funkcje. Część z nich to groby symboliczne, inne to grobowce. Ten podział (choć nie zawsze uświadamiany przez szerszą społeczność) ma znaczenie dla rodziców. Grobowce wzbudzają więcej kontrowersji i dla niektórych rodziców są próbą wtargnięcia do sfery ich prywatnych traumatycznych doświadczeń. Z jednej strony powtarza się, że nikt nie ocenia rodziców, którzy nie chcą dokonać pochówku swoich utraconych dzieci (do czego mają prawo), z drugiej stawia się pomniki ich dzieciom, niejako wypominając, że oni tego nie zrobili. Groby tworzone przez szpitale („płody ludzkie”) są również dość okrutnym sposobem pokazania, co dzieje się z pozostawionymi w szpitalu zwłokami. I chociaż można przypuszczać, że okrucieństwo nie jest zamiarem inicjatorów, to z całą pewnością uwidacznia się brak wrażliwości i bezduszość występuje po stronie podejmujących decyzje o powstaniu takiej mogiły. Pomniki symboliczne mają więc pozytywny potencjał terapeutyczny. To w jakim miejscu się one znajdują, wpisuje się w ich szczególną rolę, ale też ma wpływ na formowanie się tożsamości rodziców, którzy mogą pożegnać swoje dziecko (jeśli tego chcą). William Neill (2004: 14) uważa, że bycie w konkretnym miejscu sprzyja tworzeniu więzi z miejscem, specyficznego poczucia zakorzenienia. Natomiast Dolores Hayden (1997: 15-16) dostrzega możliwość konstruowania poczucia przynależności do określonej grupy (osieroceni rodzice), która następuje właśnie poprzez zakorzenienie w danym miejscu fizycznym (lub w przestrzeni wirtualnej).

Można przyjąć, że pomniki dzieci utraconych spełniają ważną funkcję i są istotną pomocą dla osieroconych rodziców. Ich kiczowatość nie odbiega znacząco od kiczowatości samych cmentarzy. Te symboliczne i minimalistyczne pomniki oddziałują silniej i sprzyjają lepszemu radzeniu sobie z doświadczeniem straty. Wydają się też bliższe naturze. Pomniki o funkcji grobowców i rozbudowanej formie, mogą przytłaczać, jednocześnie mogą też wiązać ze sobą ściślej daną społeczność, dla której forma nagrobka będzie zrozumiała i istotna. Należy mieć w pamięci, że ścieranie się różnych światopoglądów będzie prowadziło do antagonizowania grupy rodziców *pro choice* i *pro life*. Niektóre z pomników, jeśli ich forma nie zostanie uzgodniona z lokalnymi użytkownikami i użytkownikami takiego miejsca – mogą spowodować silne protesty. Najbardziej problematyczne wydają się jednak miejsca pochówków tworzone przez szpitale, ponieważ brakuje tam uważności i wsłuchania się w potrzeby rodziców. A to właśnie w związku z tymi potrzebami wprowadzane były zmiany w ustawodawstwie, dlatego może warto o tym pamiętać.

6.3. Prywatne sanktuarium, czyli uświęcona przestrzeń i przedmioty kultu

Nie tylko grób może być miejscem upamiętnienia. Często pokój dziecka lub inna przestrzeń domu stają się takim „zakątkiem wspomnień”, gdzie w bezpiecznych warunkach rodzice mogą poczuć bliskość swojego „aniołka”. Pokój zmarłego dziecka bywa też punktem zapalnym rodzinnych sporów – z jednej strony jego utrzymywanie przedłuża w opinii niektórych członków rodziny żałobę, z drugiej utrzymuje pamięć o zmarłym dziecku. Jest on też miejscem zatrzymanym w czasie, przestrzenią wyłączoną z naturalnego przekształcania się przestrzeni domowej i jej dostosowywania do bieżących potrzeb. To jest takie miejsce, w którym rodzic może mieć wrażenie, że dziecko nadal żyje, na chwilę wyszło z pokoju i zaraz do niego powróci – a ta myśl pomaga w radzeniu sobie z pustką i wszechogarniającym brakiem. Niekiedy rodzice decydują się na częściowe włączenie pokoju do użytkowania przez resztę rodziny, pozostawiając minimum rzeczy, których nie chcą lub nie mogą się pozbyć.

Pierwszy przypadek ilustruje sytuacja kobiety (W12), której syn zmarł w wypadku. Jego pokój jest praktycznie nietknięty – jakby czekał na powrót chłopca.

Tymczasem starszy syn oczekuje, że matka „zlikwiduje pokój brata”. Kobieta użytkuje więc tę przestrzeń, by zakończyć spory, jest to jednak dla niej wyjątkowo trudne doświadczenie, a pokój syna jest niejako jedyną rzeczą, która jej po nim pozostała. W przypadku dziewczynki zmarłej na raka (W18) jej pokój użytkuje również matka.

My takie **ulubione zabawki**, to po prostu **zostawiliśmy jej w trumience**... Chociaż wiadomo, że jak człowiek szuka tego nagle, to coś tam jeszcze zostanie... na przykład wrzuciliśmy pieska, ale ogon został... i takie **[śmiej się]** i co tu zrobić, nie? No, albo na przykład miała tam swoje stado węży i jaszczurek i nagle jedną gdzieś znajduję, tak? Której po prostu wtedy nie mogłam znaleźć... I co z tym zrobić? Natomiast **do tej pory [imię córeczki] ma swój pokój i i ja zaczęłam go użytkować**.

Chociaż wydaje mi się, że **nikomu innemu nie pozwolę na to**. [4sek] Bo... **szczególnie na początku... Teraz już nie... Ale tak we mnie siedziało, że ja mam na to przyzwolenie, że [imię córeczki] jednak chciałaby, żeby to był mój pokój**, a nie taty, czy **[imię synka]**, bo **bo oni jej to zniszczą, a ja tego nie zniszczę**, że tak jakby ona mi... że **że mi pozwala**, nie ma żadnego w ogóle problemu. Mmmm... Natomiast... i dużo **rzeczy już jest na przykład, nie wiem, spakowanych**... takie rzeczy, których yyymm, która **[imię córeczki] dostała a w ogóle się na przykład nimi nie bawiła, bo nawet ich nie lubiła, to ja jak gdyby tydzień później już mogłam spakować [świśnięcie imitujące wyrzucanie] i rozdać**...

Ale **rzeczy, które lubiła, które nosiła... To... bardzo ciężko**.

[...] Więc początek to **pakowałam takie... to, co było jej najdalsze**, znaczy – wiadomo, że coraz bliżej... **[uśmiecha się]**. Tak etapami to chyba dzieliłam. I coraz więcej: **na strych! Na strych**. No bo **powiedziała, żeby nie wyrzucać**, tak? Tylko **spakować na strych**, tak? Ale **jej ubranka na przykład – półka z ubraniami... y do tej pory stoi nieruszona i... ile razy bym nie otworzyła tej półki, żeby zrobić miejsce, żeby już to wyjąć... to nie mogę, po prostu ją zamykam i jest koniec**... **[z uśmiechem]** bo tam jest... te ubra... tej siedmioletki, tak? I to jest do tej pory nieruszone, nawet jak tam jeszcze w praniu się coś znalazło, to po prostu było wyprane, wysuszone, z powrotem na półkę i... znaczy, nie wiem dużo niedużo **[zaznaczenia Ł. L.] [1230-1256]**.

[...] Wracając jeszcze do pokoju mojej córki... Ja tam **normalnie wchodzę**. Nawet ze swoimi znajomymi wchodzę. Trochę ten pokój przeadaptowałam. Znaczy nadal jest jej łóżko. Tak? Tylko troszkę ja się zawodowo... **[entuzjastycznie]** Mogę pokazać! [10sek] **[przechodzimy do innego pokoju]** To **dostosowałam na swoje potrzeby**... czyli trochę tu [...] kosmetyki... **Jej łóżko. To jest właśnie lalka, o której mówiłam..., że dostała... w dzień... śmierci**.

Tak. Duża szmacianka. W zasadzie z tych zabawek to, to... **jej królisiek**... Reszta jest jak gdyby **[westchnięcie]**. **Ulubione ma ze sobą**. I tu jest ta **jej nieruszona półeczka... z ubraniami**. Tylko jest **dokładane**. Jej **endoproteza** jeszcze... **Wianuszek** – stwierdziliśmy, że nie będziemy jej zakładać, bo będzie ją upijał... **[śmiej się]** No bo jak przymierzała to miała włoski... to było okey, ale generalnie... **[zaznaczenia Ł. L.] [1561-1571]**.

[...] To **to nie jest zakazany pokój**, absolutnie... nie nie nie **my tutaj żyjemy, funkcjonujemy... tylko to jest taka rzecz nietykalna** — w sensie przeze mnie...

ale wszystkie rzeczy, które już stąd [podkreśla z ulgą] wyjechały, to też jak gdybym jest moja taka... inicjatywa... bo mój mąż absolutnie by wszystko zostawił... ale też nie czuje takiego dużego, że robię coś... że usuwam...

[ŁŁ] czyli nie narzeka, że nie wolno tykać...?

[K13] nie narzeka, chociaż mówi, że trochę za wcześnie, ale... [zaznaczenia Ł. L.] [1578-1587].

Badana (W20) uważa natomiast, że najgorszym momentem było wejście do pokoju córki po jej śmierci, żeby cokolwiek zrobić. Syn narratorki (podobnie jak syn W18) dopytuje się o to, gdzie jest siostra, co to znaczy, że w niebie. Wchodzi też czasami do pokoju i pyta, czy może wziąć jakiś przedmiot. W20 godzi się bez dyskusji, natomiast W18 odpowiada, że nie wie – wówczas syn modli się do zmarłej siostry i pyta ją o zdanie. Ona zwykle się zgadza:

[imię córeczki] na przykład miała rząd swoich zabawek, którymi absolutnie [imię synka] nie pozwala się bawić. I nagle przychodzi [imię synka] i pyta, czy może tą zabawkę? No, ja nie wiem... I mówię mu, że nie wiem, bo to jest [imię córeczki], no ale skoro mu tłumaczyłam, że [imię córeczki] nas słyszy i widzi, i czuwa nad nami... No, to on tak... tak składał rączki [demonstruje] i pytał się: [imię córeczki] mogą tą zabawkę? I mówi: wiesz mamo, [imię córeczki] mi odpowiedziała... I co? — I że mogą! No to możesz, to weź sobie, [śmiech obu] to pobaw się... yyy... [podkreślenia Ł.L.] [28: 905-911].

Przedmioty po zmarłym dziecku mogą być pamiątkami, mogą zostać przejęte przez rodzeństwo, które albo będzie się nimi bawiło (w przypadku młodszych dzieci), albo przechowa przedmioty z przeznaczeniem dla swoich dzieci w przyszłości (w przypadku rodzeństwa starszego). Czasami przedmioty te zostają przejęte przez zwierzęta – o czym już wspominałam, a badana (W17) opowiada o tym tak:

My na przykład do dzisiaj mamy jeszcze mamy w sypialni – łóżeczko, nie, bo [imię zmarłej córki] właściwie w łóżeczku nie spała, spała z nami w łóżku, ale ten koszyk wiklinowy, który... z którym wszędzie jeździliśmy, to stoi cały czas u nas w sypialni. Jakoś nie możemy z mężem zupełnie tak jak... wydaje nam się, że przeszliśmy już do takiego porządku dziennego, że że [imię zmarłej córki] nie ma, yyy... Mamy też... po śmierci [imię zmarłej córki]... mieliśmy wcześniej psa, bo pies nam zdechł, potem po roku urodziła się [imię zmarłej córki], więc już nie zdecydowaliśmy się, tym bardziej że ona chorowała, ciągle nas nie było... No, to trudno było o psa. Natomiast w momencie, jak [imię zmarłej córki] zmarła to trochę tak mąż miał taką potrzebę, żeby też [imię żyjącej córki] jakoś to może wynagrodzić, żeby trochę radości wpuścić do domu... i rzeczywiście to był świetny pomysł, bo... Kupiliśmy pieska małego [cyknięcie] i [9sek] i powiem tak... czasem do mojego męża mówię: reinkarnacja, po prostu. – Chociaż jestem

głęboko wierząca [śmiech] – to mówię do niego, że to jest reinkarnacja... to jest po prostu pies, który... Czasem mówię do niego: [imię zmarłej córki], czy ty tam jesteś? Po prostu to jest pies, który się zachowuj absolutnie, jak dzidzius, który potrzebuje po prostu tulenia się. Przychodzi... już jest teraz dorosły, bo już ma półtora roku, ale to jest... no, on nie odstępował mnie w ogóle na krok. On się ze mną wszędzie przemieszcza. Absolutnie wie, że są miejsca, których on nie może... jest fotel, który był kupiony dla [imię zmarłej córki]. Jak była malutka, to nasi znajomi, którzy tam z nami na motorach jeżdżą, kupili nam taki mały fotel na gwiazdkę dla [imię zmarłej córki] i ten fotel stoi u nas w domu też, w dużym pokoju. Jakby jakiś czas był schowany, ale potem z mężem go wynieśliśmy, stwierdziliśmy, że zawsze tam gdzieś ta [imię zmarłej córki] też na tym fotelu mogłaby siedzieć i on jest i sobie stoi ten mały fotel gdzieś w gościnnym pokoju... tym takim naszym na co dzień, że tak powiem, telewizyjnym... I właśnie no, to są takie... i ten pies, który gdzieś tam... W ogóle uwielbia leżeć w miejscu na kanapie, na którym leżała [imię zmarłej córki]. On tylko, jak się kładzie na kanapie, to zawsze idzie w to samo miejsce i tam zawsze leżała [imię zmarłej córki] też, jak, jak jak wieczorem siadaliśmy na telewizji to rozkładaliśmy kocyk i ona zawsze tam leżała z nami... Yyy... No, przychodzi w ogóle tam się tulić strasznie, yyy... lizać... chodzi za mną... nie... nie... ja go czasami nawet zabieram na cmentarz... Idę na tym... I on po prostu tak normalnie jest strasznie taki rozbiegany i w ogóle, a tam to po prostu, jak ja robię coś, czy tego, to on przysiadzie i sobie patrzy... [śmieje się] I faktycznie to też był taki element, że trochę wniósł takiej radości do domu, nie? W tym takim trudnym czasie... także też jakaś forma tam... No, takiego takiego takiego takiego wsparcia i dla [imię żyjącej córki] myślę też był takim przyjacielem tam, gdzie mogę sobie czasem tam z nim popłakać i się z nim potulić. Także no znów... Szereg szereg jest takich rzeczy... pewnie niektórych sobie nawet nie uzmysławiamy, że że że... Ten koszyk na przykład... nawet z mężem już... on sobie tak stoi... nawet już nie wiem, nie nie rozmawiamy... Kiedyś ktoś przyszedł i mówi do mnie: [zmienionym głosem] Ojejku, a wy macie małe dziecko? A ja mówię: nie, mieliśmy... i zaraz taka konsternacja [śmiejąc się] [niezrozumiały fragment], bo ja to w ogóle tak powiedziałam... – nie, nie mam, ale mieliśmy, nie? I tak yyy sama się tak zastanowiłem i mówię: Boże, może ktoś mnie źle odebrał, że ja w ogóle przechodzę do tego na porządku dziennym. I mówię: No, mieliśmy córeczkę, ale nam zmarła... i tak jakoś ten kosz nam towarzyszy, nie? I po prostu nie mamy go z mężem... siły ani ochoty, nawet już nie chodzi o siły... po prostu nie mam ochoty, żeby on się wyprowadzał stąd, [śmieje się] zamierzam go tam zostawić i traktować jak mebel, który tam zawsze był... Kolejna rzecz którą [imię żyjącej córki] mówi: ja sobie go rezerwuję! [śmiech]. [...] No i tak, jak część rzeczy tam wydaliśmy, czy teraz dla biednych dzieci wywieźliśmy dużo rzeczy yyy dla takich rodzin potrzebujących tam... no to właśnie ten koszyk postanowiliśmy, że z nami zostanie i faktycznie, że chcielibyśmy, żeby może nasze wnuki kiedyś nim jeździły... [5sek] No, to są takie... Jest kocyk [imię zmarłej córki] taki nasz [z uśmiechem] ukochany harleyowy zresztą, który dostaliśmy zresztą gdzieś tam od znajomych i i często [imię zmarłej córki] tam mmm w nim właśnie woziliśmy i też został i i to jest też ukochany kocyk pieska naszego, tak jakoś przygłębło...

[ŁŁ] [śmiejąc się] Rozumiem, że on po prostu część rzeczy zawłaszcza...?

[K12] Zabawki jakieś, pileczki takie [imię zmarłej córki] do zabawy, to teraz on się bawi i tak yyy... i to też jest takie fajne, że gdzieś tam to się... nie tego... tylko to się po tym domu wałęsa, i ja sobie tak czasem patrzę – leży z taką pileczką którą [imię zmarłej córki] miała do rehabilitacji... i uwielbia cyckać tą pileczkę... po prostu, jak jak pierś matki ssie tą piłkę. Położy się i nie wiem, to go wycisza czy jakkolwiek... i czasem też sobie tak leżę, patrzę na niego, że on tam tą pileczkę ssie i to też takie mile, nie? [śmieje się] [niezrozumiały fragment], jemu to sprawia przyjemność, nam też, bo gdzieś tam cały czas te rzeczy po domu krążą i nie jest to temat tabu, nie? Zdjęcia mamy powieszone – wszystkich naszych dziewczynek – na ścianie w pokoju dużej, no i [imię zmarłej córki] też... no, i nikt tego jakoś tam specjalnie nie nie w domu w domu właśnie takim widać gdzieś tam tą [imię zmarłej córki]... Ale mówię, no jak moja teściowa weszła i zobaczyła na przykład o ten fotel wystawiliśmy, to bardzo tak się yyyyy... Spięli się strasznie, nie? Że jakby dla nich to jest taki... ale cieszę się, że mój mąż tak do tego podszedł też właśnie, że że nie blokuje mi tego, nie blokuje mi, chociaż czasem może też coś tam usłyszy nawet od teściów... że po co to wspominamy, po co jątrzymy to? Że... chyba nawet moja teściowa powiedziała: jej! Wstrząsnął mną ten fotel. Tak, no... Mam to w nosie. Mną nie wstrząsnął. I to jest najważniejsze jak my się z tym czujemy. A oni się też pewnie z czasem przyzwyczajają, że stoi, i że ma być, że jest wspomnienie o tym dziecku, [niezrozumiały fragment]. Myślę, że w dużej mierze... chociaż byłam pełna obaw, bałam się, że śmierć [imię zmarłej córki] może być takim przełomem jakimś, że se nie poradzimy z tą sytuacją, nie? że że gdzieś tam, żeby to nas nie poróżniło, bo... yyy... no, bo to jest trudna sytuacja... dla każdego małżeństwa [zaznaczenia Ł. L.]. [68-70: 2212-2286].

Nawet, kiedy z dzieckiem nie wiąże się jakaś konkretna przestrzeń, pozostają przedmioty, które były przygotowywane na moment pojawienia się dziecka. I tak w przypadku poronienia czy martwych narodzin, rzeczy, których dziecko na sobie nie miało, którymi się nie bawiło, w symboliczny sposób zaznaczają jego istnienie poza świadomością rodziców, ponieważ były dla tego dziecka przeznaczone. W Danii poza „ośmiorniczkami dla wcześniaków”, powstały też „bliźniacze ośmiorniczki” lub „anielskie ośmiorniczki”, których celem jest właśnie utrzymanie symbolicznej łączności między dzieckiem i rodzicami. Jedną ośmiorniczkę wkłada się do trumny, a druga pozostaje z osieroconymi rodzicami. Ośmiorniczka taka może być swoistą reprezentacją dziecka, przebywając w ten sposób blisko z rodzicami (zob.: spruttegruppe.dk; englesprutter). Zdaniem Georga Herberta Meada (1922: 160) osoba wchodząca w interakcję z przedmiotem, nadaje znaczenie przedmiotowi. Z kolei Anzelm L. Strauss (2013: 46) dostrzega potencjał w „akcie identyfikowania obiektów”, który daje możliwość organizowania działań względem danego obiektu. W przypadku przedmiotów, tak samo jak miejsc, dochodzi do nadawania znaczenia w rezultacie procesu wzajemnego

oddziaływania i poszukiwania sensu straty (por.: Krajewski 2008: 49; Ziółkowski 1981: 217).

6.4. Obcowanie z duchem – aniołkowi rodzice

Jednym z fenomenów, który dotyczy doświadczenia straty, jest „poczucie bliskości” zmarłych. Osieroceni rodzice nie wspominają o tym zaczynając rozmowę, ale jeśli poczuć się pewnie, chętnie dzielą się swoimi przemyśleniami. Należy zaznaczyć, że często kwestionują oni normalność tych odczuć i starają się pół żartem o nich opowiadać. Tymczasem poczucie bliskości zmarłych zdaje się być czymś powszechnym, chociaż przyznanie się przed innymi jest trudne. Przykładem takiej bliskości jest wspomniany już pies narratorki (W17) z powyżej przytaczanego fragmentu rozmowy, o którym żartobliwie mówi się, że jest wcieleniem zmarłej córeczki.

Long Litt Woon (2019: 291), która straciła męża, napisała o swoim doświadczeniu tak: „[...] dla mnie słowo «straciłam» oznacza także, że go szukam, szukam oznak tego, że on nadal jest częścią życia tutaj, na ziemi, częścią mojego życia. Przez cały czas jest we mnie swego rodzaju oczekiwanie [...]”. Choć jej strata przynależy do innej kategorii (nie straciła dziecka), to oczekiwanie obecności pojawia się w identyczny niemal sposób również u „aniołkowych rodziców”. Mówienie o „obcowaniu z duchem” może budzić pewne kontrowersje, chodzi jednak o pokazanie, że wiara w życie duchowe, w duszę, pozwala odnaleźć spokój. Człowiek poszukuje pewnego rodzaju spójności w obrazie świata i włączenie takiej figury, jak zmarły, pozwala uporządkować ten obraz po stracie. Tożsamość rodzica jest konkretyzowana i relatywizowana do konkretnej sytuacji, w jakiej osoby się znajdują. Oznacza to, że osierocony rodzic musi budować swoją tożsamość w sposób odpowiedni do okoliczności, na jakie napotyka (por.: Paleczny 2008). Kardiolog Pim van Lommel w rozmowie z Anną J. Dudek (2014) stwierdził, że śmierć jest innym stanem świadomości, ponieważ nie zna ani początku, ani końca. Dodaje również: „Koncept wiecznej świadomości oznacza, że nasz mózg prawdopodobnie spełnia funkcję odbiornika i przekaźnika, a nie «producenta» naszej świadomości. Ta nielokalna świadomość istnieje poza czasem i przestrzenią” (*ibidem*).

Dennis Klass (1993) uważa, że stworzenie „wewnętrznego obrazu dziecka”, z którym utrzymuje się stały kontakt, zmniejsza poczucie osamotnienia. Otwartość na tego typu obecność może kierować rodziców w stronę różnego rodzaju praktyk, które mają na

celu komunikowanie się ze zmarłymi. Julie Beischel, Chad Mosher i Mark Boccuzzi (2014-15) polecają działania, które pozwalają utrzymywać więź ze zmarłą osobą.

W wywiadach z badanymi daje się dostrzec, że poczucie bliskości zmarłych daje im ukojenie – i to nie tylko rodzicom, ale również (z może przede wszystkim!) rodzeństwu. Córka narratorki (W17) łaknie takiego typu kontaktu i stara się również do swojej perspektywy przekonać matkę:

[imię żyjącej córki] zrobiła, że **napisała liścik, wierszyk**. Tam był wierszyk i liścik do [imię zmarłej córki]. M... **Przyczepiła go do białego balonu, napelnionego helem**, poprosiła mnie, że... nie, ja się tym nie zajmowałam... chyba moją przyjaciółkę poprosiłam, żeby zorganizowała ten balonik, bo **ona mi powiedziała, że ona by chciała do [imię zmarłej córki] wysłać list do nieba**... I po pogrzebie, jak już [imię zmarłej córki] ymmm yyy [ciszej, jakby na boku] no... zakopywali... tam po całej ceremonii... ona na samym końcu... Ona stała cały czas w tym balonikiem w ręku i **na samym końcu puściła ten balon**. [...] I też chyba była **dla niej taka forma takiego oczyszczenia się**, nie? Że ona tam sobie napisała, yy... napisała jakiś taki wierszyk, który jej babcia powiedziała... uciekło mi teraz w ogóle to... i napisała tam właśnie – siostrzyczko, siostrzyczko, jeszcze się [płacze] że kiedyś spotkamy, [9sek] że wszyscy tu za tobą będziemy tęsknić, ale teraz tam jest ci lepiej... **Ona bardzo często do mnie mówiła: mamo, ale ty wiesz, że tam teraz jest jej już lepiej? Wiesz ona po prostu tutaj by by ją bolało, by cierpiała, a tam jest teraz szczęśliwa, na pewno ma zdrowe nóżki, biega**... Także jej w jakimś sensie też chyba wiara i to, że **ma jakieś tam takie korzenie, to też trochę pomogło sobie to wszystko uszeregować**, nie? [16sek] Taki silny kręgosłup moralny jest chyba bardzo ważny, nie? Ja taki mam. Tak mi się wydaje. Że tak mnie rodzice wychowali. I ta więź w rodzinie i **to że na wszystkich mogłam liczyć**, [7sek] no nie nie nie... no i i też to przede wszystkim, że wiedziałam, że w tym czasie, jak ja nie mogłam się [imię żyjącej córki] zająć, to ma się kto nią zająć, nie? Ja nie wyobrażam sobie sytuacji, jak rodzice są sami, czy nie mają kontaktu ze swoimi rodzicami, czy nie ma tych dziadków, czy są daleko, jak sobie ci rodzice radzą z tym dzieckiem... czy dziećmi, które zostają w domu... niewyobrażalne, nie? [zaznaczenia Ł. L.] [50: 1601-1624].

Podobnie syn narratorki (W18) wierzy w to, że jego siostra jest w pewien sposób obecna, a tym samym może się z nią komunikować – chociażby pytając o możliwość używania jej zabawek. Jego mama zauważyła jednak, że synek na początku dość często śpiewał siostrze i z nią rozmawiał. Szczególnie mocno było to widoczne zaraz po jej śmierci, kiedy rodzice wyjaśnili mu, dlaczego siostra już nie wróci:

Oczywiście jak wróciliśmy, to [imię synka] pytał, gdzie [imię córeczki]? Mówiłam, że już **jest aniołkiem**. — [śmiejąc się] A co to znaczy? — To znaczy, że **jest szczęśliwa**... No, jak to trzylatkowi wytłumaczyć, nie? I chciałam to mu przedstawić w takich samych superlatywach. Mmm... Więc wypytywał, czy tam też

mają na przykład autka, czy są koniki i w ogóle... więc mówiłam: tak, tak jest wszystko, jest wszystko... **Więc zapytał [śmiech], kiedy on będzie aniołkiem?**

[LL] o boże... [śmiech]

[K13] **Więc tak mi się wydalo, że może trochę za bardzo pochwaliłam... ale ale nie. Stwierdził, że on nie chce być yy aniołkiem, bo jeżeli my nie możemy iść z nim, to to... on nie chce.** Później wieczorem też y na przykład yy słyszałam [ciszej] tak ukradkiem, że **śpiewa dla [imię córeczki],** ale to takie pioseneczki jak na przykład... że: jedzie au... bo mój syn jest auto maniakiem... On wszystko z autkami, tak jak [imię córeczki] wszystko ze zwierzętami, tak on wszystko z autkami... Więc... śpiewa piosenkę: „**jedzie [imię synka] do nieba... samochodem i jest umarnięty**”, czyli, **że on też nie żyje i jedzie do nieba...** [zaznaczenia Ł.L.] [27-28: 891-915].

Również dziecko narratorki (W20) komunikuje się ze swoją siostrą (co sprawia radość rodzicom), jednocześnie podtrzymując to, w co rodzice pragną wierzyć:

że są w życiu takie etapy przełomowe, kiedy właśnie się do tego wraca. Bo właśnie mi się to tak tłumaczy, że **Marcysia jest takim aniołem od Igora i teraz będzie go pilnować.** Albo opowiadam, co jeszcze dzisiaj będziemy robić... Zawsze się człowiek do tego Boga zwraca. I różnie bywa – czasami są takie rozluźnienia, a potem dostajemy znowu takiego kopniaka, że wracamy i zaczynamy to szanować – taka jest prawda. I chyba teraz tak jest, że staramy się to pielęgnować. Ja to już w ogóle **dumna jestem, jak moje dziecko wieczorem się tak ładnie modli.** To fajnie, że w tym łóżku i zaczyna modlić się... Myśmy się śmiali, bo były **święta i żegnał się po kolei: najpierw: „Dobranoc aniołku, Dobranoc Martynko”.** Potem, jak przyszedł Mikołaj, to mówił: „**Dobranoc aniołku, dobranoc Martynko, dobranoc Mikołaju.**” A potem już było: „**Dobranoc choinko, dobranoc prezenty**”. (śmiech) [zaznaczenia Ł.L.] [34: 1001-1010].

Christine Nightingale (2020) proponowała otwartość na komunikację z duszą swojego przyszłego dziecka. W książce na temat tego zjawiska napisała: „Wszyscy jesteśmy połączeni – wszystko, co żyje [...]. Obrazy, które widzimy w świecie przyrody czy w naszych snach, mogą być zatem ważnymi przesłaniami od naszych przewodników” (Nightingale 2020: 41). Nie jest więc ważne czy osoba wierzy w zaświaty (pod jakąkolwiek postacią), czy w reinkarnację – istotne jest tylko to, że może przyjąć otwartą perspektywę i zaakceptować, że wszystko jest w jakiś sposób połączone. Dokonuje się więc aktywna praca poznawcza i interpretacyjna podmiotu, aby taką wizję świata aktywować, a następnie podtrzymywać. Jest to rodzaj zachowania przystosowawczego, które potrzebne jest do odnalezienia się w nowej sytuacji (por.: Ziółkowski 1981: 220).

Nightingale przytacza historie swoich klientek, które dokonały aborcji, poroniły lub doświadczyły martwego urodzenia – zachęca je do poszukiwania znaków, które pozwolą im zrozumieć „naturę duszy”. I tak na przykład osierocona matka może postrzegać duszę utraconej córki pod postacią motyla, który będzie przesiadywał w tym samym miejscu, albo będzie objawić się w snach. Jedna z kobiet, która doświadczyła serii poronień, a ostatnie z nich miało miejsce w domu, pochowała płód w ogrodzie, a niebawem wyrosła w tym miejscu kępka stokrotek. Podczas jednej sesji, kiedy przyznała się, że zaszła w kolejną ciążę wbrew zaleceniom lekarzy, „oczami duszy” zobaczyła spotkanie z dwuletnią dziewczynką, która wręczyła jej stokrotkę. Nightingale uważa, że „duchowe dziecko nie mogło chyba jaśniej przekazać swojej mamie wiadomości, że teraz powraca na dobre” (*ibidem*: 42-45). Te niesamowite opowieści, chociaż nieracjonalne i niemożliwe do zweryfikowania, mają moc dawania ukojenia.

Umierająca córka jednej z narratorek (W18) projektowała wizję pojawienia się kolejnej dziewczynki w życiu jej rodziców, co nie tylko wzruszało matkę, ale też dawało jej nadzieję na ponowne spotkanie:

Pamiętam też, jak już wiedziała jaka jest sytuacja, mówi: **mamo wiesz, tak trochę się martwię**. Mówię: ale o co? – No bo wiesz. **Jak już odejdę, to co się stanie z moimi zabawkami?** Mówię: A co byś chciała? No zrobimy, co tylko zechcesz. A ona powiedziała, że: no, to może **schowacie je na strych i dacie, jak będziecie mieć drugą dziewczynkę?** No i... po prostu... No takie [wyciąganie chusteczek z pudełka] rozwalające sytuacje, jakimi są słowa siedmiolatki, tak? [wycieranie nosa] [17sek] [zaznaczenia Ł. L.] [31: 1032-1039].

6.5. Modlitwa i wiara. Obecność praktyk religijnych

Poczucie bliskości zmarłego dziecka może wiązać się lub wynikać również z głębokiej wiary. W przypadku moich rozmówców i rozmówczyń była to wiara katolicka, mniej lub bardziej kultywowana. Część osób mówiła wprost, że są wierzący, ale nie praktykują. Inni, że są osobami głęboko wierzącymi, z silnym kręgosłupem moralnym (W17), a jeszcze inne osoby zaznaczały, że nie wierzą wcale, ale wychowywały się w wierze katolickiej, w związku z tym pewne jej elementy nadal są obecne w ich świadomości. Nie powinno więc być zaskoczeniem, że jednym z bardziej charakterystycznych i chyba najczęściej pojawiających się sposobów na utrzymywanie pamięci zmarłych jest dla badanych modlitwa i uczestniczenie we wspólnocie religijnej.

Wspomniałam wcześniej o znaczeniu przypisywanemu doświadczeniom natury duchowej i o tym, że duchowość czy religijność dla części osób jest bardzo ważnym elementem ich tożsamości. W Polsce to w chrześcijańskim Bogu i modlitwie poszukuje się ukojenia, zrozumienia, odpowiedzi, czy wreszcie oparcia. Przy niektórych parafiach powstają grupy wsparcia dla rodziców w żałobie, proponujące dzielenie się wspomnieniami, msze w intencji zmarłych dzieci itp. Istnieją również modlitwy stworzone na potrzeby osieroconych rodziców, jak np. *Modlitwa dla osieroconych rodziców przez wstawiennictwo błogosławionej Doroty* (zob.: stratadziecka.pl). Powstał również *Modlitewnik osieroconych rodziców* (2014), w którym litanie, psalmy i modlitwy mają służyć wyrażaniu bólu i straty, koić cierpienie, oferować zrozumienie i wyciszenie. Przy czym *Modlitewnik* skonstruowany jest w ten sposób, że korzystać z niego mogą zarówno rodzice doświadczający niepowodzeń reprodukcyjnych (modlitwy intencyjne), po poronieniu lub tacy, którzy utracili dziecko w starszym wieku.

Ma to znaczenie również dla umierających dzieci, które poszukują informacji na temat tego, co je czeka. Matka dziewczynki chorej na nowotwór (W18) wyjaśniła jej, jak wygląda życie w Niebie, tworząc jednocześnie dla siebie przestrzeń wyobrazonego dalszego trwania córki:

Bo nie chcę, żeby to wszystko, co się działo jej – te jej cierpienia prawie 4 lata leczenia, to jednak **dobrze to wspominam, bo ona to wszystko dobrze znosiła i była pogodna**, ale to nie było tak, że w... **każdy nasz dzień był po prostu niesamowity, bo to też był oczywiście ogromny stres, ogromne nerwy i i i też było bardzo dużo w tym bólu**, mm ale nie chcę, żeby też tak poszło to na marne... nie? I... nie wiem, chyba **staram się nadać jakiś sens tej tej całej śmierci** i jeżeli to tylko ma komuś pomóc, to jak najbardziej... [...] **no bo boimy się najbardziej tego, co nieznane**, tak? I jak tutaj [imię córeczki] wytłumaczyć? No... no do tej pory wiedziałam, że no... [imię córeczki] pytała, co będzie, jak umrze? Mówię: **Będziesz aniołkiem**. — No i co? — No... **i pójdziesz do nieba i będziesz wiecznie szczęśliwa**. I tak jak jej **nie umiałam tego wytłumaczyć też, bo też nie wiem, co tam jest**... To ona mówi: Ale tylko? **Tak się bała tej nudy... i tej wieczności i wiecznie szczęśliwa to jej wcale nie satysfakcjonowało**, tak? Może my mówiliśmy, że **nie będzie czuła ani smutku, ani bólu, ani nic... tylko i wyłącznie szczęście**, to to ją tak trochę nużyło... [zaznaczenia Ł. L.] [31: 1020-1039].

[...] **Co dzieci robią w Niebie?** I jak jej zaczęłam czytać: tam **rozwijają swoje talenty, że mogą rozmawiać ze zwierzętami**, i i że generalnie, **no mają fantastycznie, że się nie nudzą**... tak? To to mówi: no, to dobrze, to dobrze. I co jeszcze? Jej to czytałam po prostu całe: **Co dzieci robią w Niebie?** I w ogóle, jak [imię córeczki] odeszła to nawet wszyscy tak kwitują... w szczególności... [z entuzjazmem i uśmiechem] **ja mówię, że już na pewno encyklopedię swoją napisała, bo skoro już może bezpośrednio się porozumieć ze zwierzętami, to**

już na pewno wszystko wie i jest przeszczęśliwa... A jak nie wie... to jeszcze o coś zapyta... na pewno... i i wtedy **to faktycznie jej... pomogło... i mi na pewno też...** natomiast **mój mąż w ogóle nie chciał tego czytać**, no ni...nie chciał. [5sek] Nie wiem... A teraz też nie chce o tym rozmawiać, więc... my kobiety chyba... nie mamy takiej dumy, że potrzebuję czasem pomocy, że nie wstydzimy się chyba przy... że nie wiemy... tak? I że **szukamy tych odpowiedzi...** A jak już jest po... to... ja nie wiem, ja też się staram jakoś przygotować... a tutaj? Oni chyba chcą być twardzi... Chcą... [...] Były też i mnie takie sugestie — no jak? Jeden brat, drugi brat, córka? To może ktoś rzucił na ciebie klątwę? No, ja sobie zaczynam różne tam doklejać — no tak... kiedyś byłam u wróżki... nie? A może? Ale jak gdyby nic z tym nie robię i nie mam takiej zajawki na tym punkcie... że że trzeba... [zaznaczenia Ł. L.] [48: 1608-1623].

O wartości wiary dla umierającego dziecka mówi też w wywiadzie prasowym matka chłopca, który zmarł na raka. Mówi ona, że jest wierząca, chociaż jej drogi z kościołem „troszkę się rozminęły”, syn jednak na dwa dni przed śmiercią nagrał film, w którym mówił o sile, którą dał mu Bóg. Jest to jeden z powodów, które sprawiają, że kobieta choć cierpi i odczuwa brak syna, w jakimś sensie akceptuje fakt, że teraz obserwuje ją i opiekuje się nią. Stara się również na swój sposób pogodzić z tą stratą, mówiąc: „[m]yślę, że ze wszystkiego, co się nam przydarza, wypływa jakaś nauka, jakieś dobro. Może Bóg nas testuje na różne sposoby, aby nas sprawdzić i móc nagrodzić albo wybaczyć, czegoś nauczyć” (Rogowska, Trzaskowska-Gawęda 2021).

Relacja dotycząca różnicy w podejściu do spraw wiary między matką a ojcem dziewczynki wskazuje na to, że potrzeba wsparcia i kontaktu z siłą wyższą, umożliwiła kobiecie budowanie swojego życia po śmierci dziecka, kiedy mężczyzna jest nadal zawieszony pomiędzy sytuacją choroby a śmiercią dziewczynki. W ujęciu bergerowskim można dostrzec w tej sytuacji, że religijność i wiara pozwalają w sytuacji granicznej oswajać rzeczywistość (por.: Berger 2005; Berger Luckmann 2010). Matka wypatruje ponownego spotkania:

I potem się zastanawiam w ogóle, czy ja się pozbierałam i... no, [cyknięcie] wydaje mi się, że do tej pory jeszcze tak... [4sek] nie rozsypałam się po prostu... to nie wiem... **Albo cały czas nade mną czuwa [imię córeczki], żebym ja tutaj faktycznie nie zgłupiała**, albo jeszcze tej **żałoby jakoś tak nie przeżyłam**, bo **głęboko wierzę w to, [z entuzjazmem] że się po prostu spotkamy**. Tak? Nawet na **na pomniczku ma napisane, że „dzieli nas tylko czas”** i jak gdyby... w ten sposób staram się o tym myśleć, że **to jest taka naprawdę długa rozłaka**, ale... **ale przyjdzie czas i się spotkamy po prostu**. [westchnięcie] I być może dlatego jestem... otwarta na różne informacje, a nie to, że to jest u mnie takie ponowne przeżywanie, nie? [zaznaczenia Ł. L.] [30-31: 1011-1019].

Beata Jakoniuk-Wojcieszak w rozmowie z Moniką Burczaniuk (2019) wyznała, że to Bóg uzdrowił jej traumę po stracie dziecka. Przyznaje, że udział w rekolekcjach pięć lat po śmierci syna pozwolił jej poczuć „boską moc uzdrowienia” – „Kiedy mnie uwalniał, zrozumiałam jak głęboka i jak ważna jest miłość Boga do nas. [...] jeśli nie jest przypadkiem, to pojawia się pytanie o zaufanie. Ufasz Bogu? To cierpienie i tęsknota są naturalne, bo serce matki zawsze tęskni” (*ibidem*).

Jednakże „relacje z Bogiem” nie zawsze są proste. Narratorka (W20) opowiada o silnej wierze swojego męża, który dwukrotnie została wystawiona na próbę – raz, kiedy urodziło się chore dziecko, drugi raz, po śmierci córki. Był on zły i obrażony na Boga, jednocześnie wsparcie ze strony wspólnoty religijnej, które mogłoby zmienić to nastawienie, praktycznie nie istniało:

Ok, tak miało być. Były takie momenty, przy tej sepsie, kiedy ja **się modliłam, żeby ona spokojnie zasnęła**. Ja **prosiłam Boga**, ja się przyznaje do tego głośno, **że jeśli ma być tak, to niech ona już nie cierpi, niech ona zaśnie**. Natomiast **zaakceptowałam to** (z płaczem w głosie) i jakies były takie moje wewnętrzne rozmowy z Bogiem i chodziliśmy do kościoła. I jak ona wróciła do domu, bo ona **była ochrzczona w szpitalu**, wiedzieliśmy, że sytuacja jest ciężka i ja poprosiłam siostrę, żeby pomogła mi ją ochrzcić. No i **została ochrzczona zaraz po urodzeniu**. Natomiast jak wróciła do domu, **zrobiliśmy sobie odnowienie chrztu świętego**. Mieliliśmy **normalnie w kościele, ksiądz powiedział, że jest taka możliwość**. Ja poszłam zapytać. I zrobiliśmy tak, że Martynka, oczywiście mogliśmy zrobić tak na zasadzie uzupełnienia tego sakramentu. **Żeby nie było takiego, jakiegoś problemu. W kościele wszyscy wiedzieli, że mamy takie dziecko, ale jakoś specjalnie nie mieliśmy jakiegoś specjalnego kontaktu, żeby ktoś nam ze strony kościoła pomagał i cokolwiek**. Generalnie **ksiądz wiedział**, aczkolwiek. Sam teraz, jak po pogrzebie mówił, że on nie wiedział, że jest to aż taki stopień. **Nigdy się nie włączał w życie rodziny, zawsze to było takie trochę, trochę, trochę...**

[U] Z dystansem

[K14] Z dystansem. **Żeby nam pomagał, nie mieliśmy nigdy czegoś takiego. A mój mąż właśnie wyrastał z domu takiego wierzącego**, że rzeczywiście. Bo myśmy się tam udzielali w zespole świętej Elżbiety i razem ześmy występowali, mąż występował i rodzice do tej pory, że tam, do Ziemi świętej. I **on miał taki bunt, taka pretensję do Boga, że takie dziecko się urodziło**, że trzeba było go. **On przez jakiś czas był na Boga obrażony a potem to już też jakoś wygasło i wróciło do normy**. Już wszystko w porządku, no z Igorem normalnie. Teraz na kolędzie tylko mówił: „A jak porozmawiamy, to będziemy się mogli z tym księdzem pobawić?” Ja mówię: „No, zapytaj się!” (*śmiech*). Także pod tym względem, pod tym względem jest normalnie. Przyznam się, że ja po tych przeżyciach teraz, to ja – nie wiem, czy jest to normalne, czy.... Generalnie ja sobie

przedstawiam jako anioła. Teraz przyznam się, że mamy takiego drugiego anioła i to mnie tak generalnie, ja z Bogiem teraz o wiele więcej rozmawiam, ja teraz o wszystkim mu opowiadam, więcej, niż wcześniej (z płaczem). Teraz, jeśli ja sobie z Nim nie porozmawiam wewnętrznie, wtedy nie ma we mnie spokoju [zaznaczenia Ł. L.] [33: 970-998].

Doświadczenie straty dziecka wystawia wiarę na próbę. Czasami ją umacnia, w innych przypadkach może przyczynić się do utraty wiary lub do przewartościowania i przemiany wiary w coś innego lub inaczej zdefiniowanego. Daniel N. McIntosh, Roxane Cohen Silver oraz Camille B. Wortman (1993: 819-820) przeprowadzili badania, których celem było zweryfikowanie hipotezy o związku religii (religijności) z radzeniem sobie ze stratą dziecka. Wyniki ich badań potwierdziły tę hipotezę, przy czym zespół ten zwraca uwagę na fakt, że kwestię stosunku do wiary w ogóle – osoby, które posiadają głęboką wiarę, będą bardziej skłonne nadawać znaczenie sytuacji straty, natomiast osoby, które mają lżejsze podejście do religii, mogą doświadczać kryzysu wiary. Najważniejsze jest jednak to, że strata wymaga wypracowania dla siebie swoistych rytuałów, które będą umożliwiały poukładanie sobie doświadczanych emocji i zdarzeń. Joanna Wojtkowiak (2020: 1-2) uczula na znaczenie rytuałów, jako czynności nadających strukturę ważnym wydarzeniom. Czasami mogą one mieć postać aktywności niereligijnych i koncentrują się na doznaniach cielesnych oraz zmysłowych, szczególnie jeśli przyjmujemy, że w obecnych czasach dominują procesy „racjonalizacji, sekularyzacji” powiązane z indywidualizacją „przekonań dotyczących duchowości” (por.: Konecki 2013: 17).

6.6. Uleczyć ciało (taniec, joga, drama, tatuaż)

Żałoba odczuwana jest nie tylko na poziomie emocjonalnym i intelektualnym, cierpienie wpływa też na samopoczucie fizyczne. Svend Brinkmann (2020: 92) zauważa, że biorąc pod uwagę znaczące fizyczne odczucia związane ze stratą i ich archetypowe reprezentacje obrazujące ciało w żałobie, dziwi stosunkowo niewielka ilość literatury specjalistycznej na ten temat. W związku z tym poza objawami typu – apatia, bezsenność, rozpacz – powinno zwracać się uwagę na ból fizyczny, poczucie ciężkości, brak apetytu, fizyczną niemożliwość podniesienia się z łóżka. Pojawiające się ujęcia kompleksowe, uwzględniają lub starają się uwzględnić możliwie jak najwięcej

aspektów związanych z żałobą. Dodatkowo zwraca się uwagę na przemianę na poziomie relacji z ciałem w przypadku kobiet. Szczególnie tych, które straciły dziecko w wyniku poronienia lub martwych narodzin i czują, że ich ciała są czymś „osobnym”. Emma Mellon (2016: 35) napisała o swoim doświadczaniu ciała w następujący sposób:

Przed ciążą miałam ciało. W trakcie ciąży stałam się ciałem. I przez dziewięć miesięcy przez nudności i ich koniec, przez zmiany kształtu, nadwrażliwość zmysłów, burzę hormonów, zmienność nastrojów, wyczerpanie i kopniaki Zacharego. Żyłam w niemal nieustannej świadomości i zachwycie zaradnością i żywotnością mojego ciała. Uczucie opróżnienia mojej macicy podczas porodu, było jak ostatni wydech. Od tego momentu moje ciało zdawało pogrążyć się w mroku i oddalać się ode mnie. Straciłam z nim kontakt, poza tym poczuciem pustki. [...] Teraz moje ciało wydaje się odległe [...]. Moje ciało zawiodło mnie nie raz, a dwa razy [...].

Pomocą w odzyskaniu kontaktu z własnym ciałem i nawiązaniu nowej z nim relacji może być taniec, joga, wszelkie działania performatywne (w tym drama, która może ułatwić „wykrzyczenie emocji” lub przełączenie chwilowe na inne emocje, te odgrywane) oraz praktyki upamiętniania w postaci tatuażu. Wymieniam tylko te sposoby radzenia sobie z poczuciem straty, ponieważ pojawiły się one w wywiadach – nie zawsze wprost, jako coś, co miało pomóc w radzeniu sobie z żałobą, ale coś, co było często przypadkowym działaniem przynoszącym choćby chwilowo ulgę. Taniec wymieniony został jako praktyka kojąca i zbliżająca. Praktyka jogi pozwala na zachowanie spokoju i poszukiwanie zrozumienia oraz akceptacji. Indywidualna praktyka dramy fotograficznej pozwoliła na oderwanie się od codzienności i spojrzenie na siebie z innej perspektywy. Upamiętniające tatuaże dawały poczucie bliskości ze zmarłym dzieckiem, ale też poprzez proces tatuowania skupiały ból fizyczny w jednym miejscu, dając mu jednocześnie ujście. Formy aktywności wymienione poniżej postanowiłam opisać osobno, nie w podrozdziale o terapii, ponieważ mają one przede wszystkim komponent cielesny, czyli działania terapeutyczne podejmowane są na poziomie ciała.

6.6.1. Praktyka jogi (i inna aktywność fizyczna)

Joga stała się popularną aktywnością fizyczną, w związku z czym dostępne są jej różne „wersje” jak joga dla kręgosłupa, joga w ciąży, joga w żałobie. Komercjalizacja

praktyki jogi sprawia, że coraz częściej nie mamy już do czynienia z jogą, która jest holistycznym systemem praktyki fizycznej i duchowej – poznajemy tylko fragmenty tego szerokiego filozoficznego podejścia do ciała i umysłu istniejących w otoczeniu, które też jest ważne. Sat Bir S. Khalsa (2004: 271) podejmuje temat wykorzystania jogi w interwencjach terapeutycznych i zwraca uwagę na różnorodność postaw względem tak postrzeganej praktyki jogi. Dostrzega krytykę takiego podejścia, ze względu na ograniczanie się do wycinkowego nauczania praktyki, która w swoich założeniach miała na celu wpływanie na dobrostan – psychofizyczny i duchowy. Naświetla również inny problem związany z dostępem do badań dotyczących wykorzystania jogi w terapii – badania takie są albo ograniczone do konkretnych „schorzeń”, albo są słabo dostępne poprzez publikowanie w odpłatnych czasopismach (*ibidem*). Z kolei Arndt Büssing i inni (2012: 5) uważają, że korzyściom ze stosowania jogi w terapii nie da się zaprzeczyć, ale niezbędne są dalsze badania, ponieważ te dotychczasowe są wybiórcze i nadal przeprowadzane na zbyt małych próbach.

Zanim przejdę do ujęć terapeutycznych, postaram się naświetlić, czym właściwie jest joga. Joga klasyczna „jest metodą praktyczną opartą na indywidualnym doświadczeniu” (Kulmatycki 2012: 9). Wynika to z faktu, że praktyka jogi zaadaptowała się w różnych kulturach. Jej praktyczność opiera się na postępującym osiąganiu „wglądu w naturę napięć i konfliktów wewnętrznych oraz procesów świadomościowych” (*ibidem*). Termin joga należy tłumaczyć jako „scalanie”, „łączenie” – Kulmatycki zwraca jednak uwagę na to, że zanim takie scalenie będzie możliwe, „niezbędne jest zdezintegrowanie istniejących schematów świadomościowych” (*ibidem*). Co ważne praktyka jogi klasycznej zakłada działania na ośmiu płaszczyznach. Dotyczą one przestrzegania zakazów i realizacji nakazów (*yama*, *niyama*), praktyka pozycji ciała i kontroli oddechu (*asana*, *pranayama*), wycofania zmysłowego, w tym relaksacji i praktykowania koncentracji (*pratyahara*, *dharana*) oraz medytacji i samorealizacji (*dhyana*, *samadhi*) – wszystkie te płaszczyzny pozwalają na osiągnięcie scalenia (*ibidem*). Kulmatycki zachęca do ćwiczeń relaksacyjnych – uważa on, że ich celem jest „zainspirowanie w sobie procesu introspekcji i pasywnej uważności” (*ibidem*: 8). Colin P. Sisson (2001: 7) twierdzi natomiast, że to świadome oddychanie połączone jest procesem wewnętrznego rozwoju. „Składają się nań, poza swobodnym oddychaniem, także samoobserwacja i medytacja” (Sisson 2001: 7).

Postrzeganie jogi (czy innej holistycznie ujmowanej aktywności fizycznej)²⁶ pozwala więc zdaniem praktykujących wnikać we własny umysł i zrozumieć, co nami steruje. W recepcji osób ćwiczących joga jest postrzegana między innymi jako „trening ciała”, możliwość poprawy kondycji fizycznej i psychicznej, zdrowotnej; osiągnięcie spokoju; bycie szczęśliwszym; „sposób na życie” lub „zyskanie świadomości własnego ciała”; również jako aktywność sportową (por.: Konecki 2012: 69; Konecki 2015: 70-81).

Książek i artykułów, które podejmują temat możliwości terapeutycznych praktyki jogi w różnych stanach psycho-fizycznych jest wiele. Interesujące jest to, co proponują ich autorki i autorzy i jak te propozycje umiejscawiają w szerokim kontekście praktyki jogi. Szczególnie mając na uwadze wielość badań prowadzonych właśnie w obszarze wpływu jogi na zdrowie psychiczne. Ramesh L. Bijlani (2004: 2) uważa, że jest rzeczą naturalną, że „praktyki jogiczne wykorzystują plastyczność neuronalną, aby wywołać trwałe zmiany w strukturze i funkcji mózgu”. Wynika to z faktu, że asany są działaniem motorycznym, czasami powiązaniem dodatkowo z powtarzającymi się doświadczeniami zmysłowymi – odpowiednie aspekty czuciowe i motoryczne mogą więc wpływać na zmiany w części korowej mózgu, a to wyostreza percepcję lub/i zdolności ruchowe (*ibidem*). David Emerson i Elizabeth Hopper (2011: 46, 57-58) przyznają, że ze względu na wpływ doświadczeń traumatycznych na fizjologię ciała, leczenie traumy musi obejmować również ciało. Dodają też, że zaangażowanie w tradycyjną terapię może zająć lata i nigdy nie doprowadzić do uzyskania dostępu do ważnych aspektów własnego wewnętrznego doświadczenia. Społecznie wyuczona racjonalizacja i intelektualizacja są mechanizmami obronnymi, które utrudniają docieranie do sedna problemu. Tymczasem terapie zorientowane na ciało, „traktują priorytetowo nawiązywanie połączenia na poziomie somatycznym, a następnie przechodzenie od tego punktu wejścia do zajmowania się emocjami i poznaniem” (*ibidem*: 47).

Ellen G. Horovitz (2015: 19) przytacza definicję terapii poprzez jogę, którą posługuje się Międzynarodowe Towarzystwo Joga-Terapeutów (International Association of Yoga Therapists, IAYT): „Terapia jogą to proces umożliwiający jednostkom postęp w kierunku poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia poprzez

²⁶ Wspominam tutaj też o innych aktywnościach, ponieważ już samo podjęcie aktywności fizycznej (bieganie, jeżdżenie na rowerze, jeżdżenie na wrotkach lub łyżwach, pływanie, taniec, a nawet praca w ogródku), może powodować zmiany w wydzielaniu hormonów, co ma wpływ na sposób, w jaki patrzymy na otaczający nas świat i jak radzimy sobie z trudnymi sytuacjami czy emocjami.

zastosowanie nauk i praktyk jogi”. Tara Stiles (2012) w kwestii depresji (żałoby nie uwzględniła) zwraca uwagę głównie na powtarzalność i codzienną rutynę. Jej wybór asan ma na celu wyciszenie umysłu, skupienie na oddechu przy jednoczesnym zmniejszeniu napięcia w ciele i wzmocnieniu go (Stilles 2012: 187). Martina Weickel (2014) w przypadku depresji poza określonymi asanami i ćwiczeniami oddechowymi (pranajama) zaleca, by codziennie zapisać pięć pozytywnych rzeczy, które się wydarzyły; otaczać się kolorami, które sprawiają, że dobrze się czujemy; oraz by szczerze mówić do swojego odbicia w lustrze, że się siebie kocha (Weickel 2014: 98). Już w przypadku tych dwóch autorek widoczne jest skupienie na różnych aspektach – jedna proponuje tylko ćwiczenia, druga dodatkową aktywność. Szerzej o związku praktyki jogi z terapią depresji lub/i lęku pisze Mark Stephens (2017). Zwraca on uwagę na fakt, że wiele współczesnych teorii i praktyk jogi skupia swoją uwagę na zdrowiu psychicznym, czyli nawiązuje do podstawowego zagadnienia nazywanego *chitta vrtti nirodha*, czyli „uspokojenia wahań umysłu” (Stephens 2017: 904). Istotą takiego uzdrawiania jest otwarcie na samoakceptację przy jednoczesnym podążaniu drogą transformacji. Ucieleśnienie pozwala bowiem osadzić umysł w „tu i teraz”, zmniejszając przymus rozpamiętywania. Praktyka ta pozwala doświadczyć połączenia ciała i umysłu i afirmatywnego spojrzenia na siebie – już to, że potrafi się wykonać jakąś asanę i ją utrzymać, jest przesłanką do uświadomienia sobie siły ciała i jego wytrzymałości. Doprowadza też do niwelowania negatywnych emocji, poprzez osiąganie wewnętrznego spokoju. Nie można zapominać przy tym, że kluczowy wpływ na świadomość własnego ciała mają praktyki oddechowe. „Podczas wdechu mamy tendencję do odczuwania bardziej ekspansywnej świadomości, większej i lżejszej przestrzeni wewnątrz, w której istnieje ogromny potencjał do głębszego osobistego wglądu. Kiedy wypuszczamy oddech, uspakajamy się i wyciszamy [...]” (*ibidem*). Beth Spindler (2018) dostrzega potencjał praktyki jogi w terapii PTSD, zadaje przy tym pytanie, czy „każda joga” (czyli nawet taka, która nie jest kierowana do specyficznej grupy) powinna być wyczulona na konkretne potrzeby terapeutyczne? Odpowiedź, której udziela jest twierdząca. Uzasadnia ją statystykami przemocy w rodzinie, doświadczenia PTSD wśród dorosłych Amerykanek i Amerykanów – zdając sobie sprawę, jak wiele rzeczy może uruchomić traumatyczne wspomnienia i zniszczyć dotychczasową pracę, autorka uważa, że nie można podejmować ryzyka związanego z „uruchomieniem” traumy. Należy więc dostarczać nauczającym jogi osobom narzędzia,

które pomogą im w unikaniu ewentualnych „włączników traumy” (Spindler 2018: 139-140).

Jennifer Taylor (2008: 97-98) wyjaśnia, że w przypadku terapii kierowanej do osób u kresu życia uwagę skupia się na czterech obszarach działań: 1) praktyce „umierania za życia”; 2) wsparciu dla osób doświadczających żałoby i straty; 3) wsparciu dla osób doświadczających chorób zagrażających życiu; 4) wsparciu dla osób umierających. Dodaje również, że „spersonalizowana terapia jogą u schyłku życia kładzie nacisk na delikatność, słuchanie i wzmocnienie. Może obejmować szeroką gamę narzędzi i praktyk z tradycji jogi, a także innych narzędzi terapeutycznych, takich jak muzyka i dotyk” (*ibidem*) – o muzyce i dotyku będę pisała w kolejnych podrozdziałach. Niezwykle ważnym elementem terapii jest w tym przypadku również dobry kontakt z osobami, które prowadzą terapię (praktykę jogi). Zdaniem Taylor (*ibidem*: 99-101) najważniejsze elementy takiej praktyki, z których powinna składać się sesja to: a) powitanie, wprowadzenie i dzielenie się; b) centrowanie i kierowanie intencji; c) oddech; d) mudry (układy dłoni); e) asany; f) sawasany; g) dzielenie się doświadczeniem lub uwagami i zakończenie. Pierwsza i ostatnia część związane są z tworzeniem więzi i atmosfery bezpieczeństwa i zaufania (*ibidem*: 99). Centrowanie polega na koncentrowaniu uwagi na swoje ciało i do wnętrza tego ciała – poprzez zamknięcie oczu i oddech, skupienie się na tym, co sprawia, że czujemy się wygodnie i dobrze. Osoby podejmujące praktykę jogi mogą również tworzyć intencje dotyczące sesji. Taylor (*ibidem*) uważa, że działanie tego typu może pomóc w budowaniu więzi i wzajemnego wsparcia w grupie. Ćwiczenia obejmujące oddech, układy dłoni czy mniej lub bardziej dynamiczne ułożenia ciała powinny być dobrane do grupy osób praktykujących – najlepiej, żeby były to ćwiczenia na podstawowym poziomie zaawansowania (*ibidem*: 100).

Richard T. Kinnier, Nancy E. Tribbensee, Cynthia A. Rose i Susan M. Vaughan (2001: 171) uważają, że konfrontacja ze śmiercią, ma czasami wpływ na dokonanie przewartościowania priorytetów. Taylor (2008: 101) dodaje, że praktyka jogi umożliwia introspekcję i skupienie na rzeczach istotnych – „*Svādhyāya*, czyli obserwacja i introspekcja, pomaga uczniowi ustalać priorytety i pomaga w znalezieniu sensu życia”.

Przechodząc do wiedzy zawartej w podręcznikach i artykułach stricte skupionych na terapii żałoby lub „ulżeniu w żałobie” z pomocą jogi należy zauważyć, że część z

nich dotyczy właśnie osób, które straciły dziecko – w tym osób z doświadczeniem poronienia lub martwych narodzin. Antonio Sausys (2014: 12) uważa, że najlepiej do praktyki jogi w terapii żałoby pasuje model J. Williama Wordena (2009), który zamiast faz lub etapów – stawia przed osobą zadania. Wyróżnia on cztery zadania: 1) akceptację rzeczywistości straty; 2) przetworzenie bólu związanego z żałobą; 3) dostosowanie do świata bez zmarłej osoby; 4) stworzenie nowego związku ze zmarłą osobą i kontynuowanie go w „nowym życiu” (Worden 2009: 39-53). Sausys (2014: 30) dostrzega również związek przywiązania z jego negatywnymi aspektami objawiającymi się w żałobie. Wyróżnia on następujące elementy praktyki: a) pranayama, jako wprowadzenie kontroli nad życiem poprzez pracę z oddechem; b) asana, jako narzędzie transformacji ciała; c) *shatkarma*, jako technika oczyszczająca umysł; d) relaks w celu zwalczania stresu; e) *sankalpa*, jako technika przeprogramowania umysłu; f) medytacja jako nadrzędna technika duchowa (*ibidem*: 46:50). Praktyka jogi ma na celu odnalezienie w ciele miejsca, w którym najbardziej czujemy ból po stracie i pomoc w odnalezieniu nowej tożsamości. Zdaniem Sausysa (*ibidem*: 130) tożsamość składa się głównie z naszego wyobrażenia samych siebie opartego na istotach i rzeczach, z którymi jesteśmy związani. Żeby doprowadzić do transformacji należy zwrócić uwagę na symptomy żałoby i rozpocząć ćwiczenia, pozwolić sobie na żałobę w odpowiednim dla siebie czasie i w odpowiedni dla siebie sposób. Odnalezienie nowej tożsamości wiąże się z otwarciem głębszego połączenia duchowego, poprzez integrację nowych informacji o tym, jak ciało przeżywa żałobę i w jaki sposób umysł to interpretuje (*ibidem*: 133-141). Rezultaty odnalezienia nowej tożsamości mogą być różne – od doświadczenia odrodzenia, przez uhonorowanie spuścizny osoby zmarłej, po uczenie się nowych sposobów kochania innych niż przywiązanie czy stanowienie przykładu dla innych (*ibidem*: 145-149). Karla Helbert (2016), która napisała książkę o praktyce jogi w żałobie po własnym doświadczeniu straty dziecka, wyjaśnia, dlaczego to właśnie joga jest odpowiednia do pomagania osobom po stracie. Jej zdaniem joga naucza, że „ponowne połączenie nie jest odległym snem lub wyobrażoną nadzieją”, pokazuje nam, że „już dokonało się to ponowne połączenie, bo w rzeczywistości nigdy nie byliśmy rozdzieleni” (Helbert 2016: 15). Żałoba podobnie jak joga nie jest jednowymiarowa i nie daje się sprowadzić do jednej tylko rzeczy – jednakowoż celem każdej ze ścieżek w jodze jest doprowadzenie do tego samego efektu: poczucia się całością (*ibidem*: 16).

Heather Stang (2016: 144) dookreśla typ osób, dla których taka terapia może być skuteczna:

jest idealna dla osób dorosłych w żałobie, które doświadczają objawów somatycznych, takich jak napięcia w ciele, bezsenność, zmęczenie, niepokój, lub którzy czują się fizycznie lub emocjonalnie odłączeni, ale nie mają zaburzeń dysocjacyjnych. Joga sprawdza się szczególnie dobrze w przypadku klientów, którzy używają swojego ciała jako metafory do opisanie swoich doświadczeń w żałobie, czują, że emocjonalnie „utknęli” lub mają trudności z wyrażaniem swoich uczuć. Jednakże, gdy strata jest złożona lub traumatyczna, zwykle lepiej jest traktować jogę jako interwencję pomocniczą niż samodzielną terapię (*ibidem*).

Ponieważ rozważania autorek i autorów podręczników i badań dotyczących wpływu praktyki jogi na radzenie sobie z żałobą wydały mi się intrygujące, zapytałam zaprzyjaźnione joginki (R17) o ich zdanie. Przyznały, że dostrzegają wpływ jogi na przechodzenie żałoby, ale nie uważają, że wpływ taki mają wyłącznie te asany, które polecane są w książkach. Czasami nie tyle same ćwiczenia, co uczestniczenie w zajęciach grupowych i obecność innych osób pomagają w „złapaniu dystansu”. Zdaniem moich rozmówczyń grupa tematyczna tylko dla osób w żałobie może mieć negatywny wpływ na uczestniczki i uczestników zajęć, mogą poczuć się stygmatyzowani samą nazwą grupy, szczególnie jeśli dzielenie się doświadczeniem straty nie jest społecznie akceptowalne. Jako przykład ze swojej praktyki przytoczyły sytuację, kiedy po zajęciach podchodził ktoś i mówił, że przychodzenie na zajęcia pomogło mu w odnalezieniu się po traumatycznym doświadczeniu straty, w złapaniu oddechu i odczuciu ulgi. Osób takich było więcej i uczęszczały do normalnych standardowych grup, co nie obligowało ich do informowania innych o swojej traumie. Mam wrażenie, że takie podejście wynika z wszechobecnego wstydu i piętnowania słabości. Okazywanie jej, przyznanie, że potrzebuje się „specjalnego wsparcia” faktycznie odczuwane jest jako stygmatyzujące. Rozumiem więc, że jest to wygodne rozwiązanie dla osób, które nie chcą, by inni wiedzieli o ich bólu. Z drugiej jednak strony uważam, że Spindler ma rację (lub może ją mieć), zwracając uwagę na mechanizmy uruchamiające traumę (2018). To obarcza osoby prowadzące praktykę jogi dodatkową odpowiedzialnością i zwiększa ich zaangażowanie, ale w przypadku osób, borykających się z trudnymi emocjami należałoby mimo wszystko rozważyć inne podejście.

Wspomniałam już, że o praktyce jogi opowiedział jeden z moich rozmówców (W19), dla którego od lat jest to sposób na koncentrowanie uwagi na rzeczach ważnych. Ponieważ żałoba po córce, nie jest jego pierwszym doświadczeniem straty, stara się działać podobnie, jak w poprzednim przypadku:

ten ten **mechanizm jest zawsze taki sam. Powody są po prostu inne, mechanizm jest zawsze ten sam...** także no, no... Staram się, **staram się zrobić to, co robiłem poprzednimi razy** i eeee... [4sek] No, no wiem po prostu, że **się zmienia, że trzeba zaakceptować** i... no nie ma, nie ma, **nie ma wyjścia...** Albo to **akceptujesz, albo masz, masz problem, nie?**

[ŁŁ] Mhm...

[M02] Bo **albo ty kontrolujesz swój umysł i i... i swoje uczucia, albo one tobą kierują**, nie? Wtedy, jak jest taka sytuacja, to to może się po prostu źle, źle... źle skończyć dla człowieka.

[ŁŁ] Mhm...

[M02] No... [wzdychając]

[ŁŁ] I co robisz? W sensie, w jaki sposób starasz się opanować te emocje?

[M02] No, no... znaczy rozumiem, że to jest [4sek] **rozumiem, że jest mi potrzebny czas na, na wypłakanie się, na na na pożegnanie, na na rozpacz...** na na... **na te wszystkie... ogromna, ogromne, ogromne... uczucia, odczucia...** Staram się, **staram się nie...** po prostu się **z nimi nie złać**. Nie nie nie... **Nie stać się nimi, bo one nie są, nie są jak gdyby nami**. To są, są, są, są osobnym, czymś oso... czymś osobnym, nie?

[ŁŁ] Mhm...

[M02] Ale to wiesz, **to można na na jodze zaobserwować, na medytacji**. No, że jest pewny, pewny rodzaj świadomości, natomiast... umysł produkuje... *monkey minds* to się nazywa... **umysł produkuje po prostu najróżniejsze, najróżniejsze myśli, bodźce... i odczucia...** No... Tak więc staram staram się, się, się wiesz? Po prostu... Zresztą wiesz, jeszcze mam dwie córki, także życie... muszę się, znaczy nie muszę, no, ale wiesz... **staram...my się żyć, staramy się normalnie funkcjonować, ale też dopuszczać takie słabsze momenty...** Się wypłakać, **poprzytulać, pogadać sobie i...** [4sek] i też **trzymać kontakt, wiesz, z przyjaciółmi, z rodziną...**

[ŁŁ] Mhm...

[M02] To też bardzo, bardzo pomaga [7sek].

[ŁŁ] Czy macie na przykład jakieś rytuały, które pomagają wam w przetrwaniu tej sytuacji? Czy w poradzeniu sobie?

[M02] Wiesz, co? Raczej nie. Raczej, **raczej rozmowa... raczej czy przytulenie...** No, no, no... Rozmowa to to wiesz, no nawet, co tu powiedzieć? **Człowiek, wiesz, czuje kompletną bezradność...** [4sek] wobec takiej sytuacji. Nie tylko czuję ją w sobie, ale też po prostu no... w stosunku do dzieci, którym wiesz, w jakimś tam normalnym, normalnym świecie jesteś w stanie coś wytłumaczyć, coś zdziałać, coś zrobić... [zaznaczenie Ł. L.] [3: 59-92].

[M02] [...] **Joga jest jest wiedzą**, która ma tysiące lat i jest [4sek]... **Mnie ona po prostu życie, życie, życie uratowała**, nie? Pierwszy raz jak poszedłem i poczułem, że, że... wiesz, że że... każą mi leżeć i oddychać przez nos, a mi, a mi się... do dziesięciu, czyli wiesz, najprostsza rzecz jaka może być, **a mi się w tym czasie, po prostu dziesięć myśli ładuje do głowy**... tego typu wiesz – masz zrąbane życie, czy zapłaciłem rachunek? wiesz... i tak dalej i tak dalej... to mówię aaa... halo, nie?

[ŁŁ] Mhm...

[M02] No coś, coś, coś... coś tu jest po prostu nie tak. I i **po praktyce ta, ta ulga, którą czułem**, nie? **poczułem to połączenie**... że, że, **że ciało jest z umysłem połączone, że umysł z ciałem i że można coś zadziałać**, zadziałać prze... najprostszym fizycznym, nie? Ćwiczeniem, na... całość, nie?

[ŁŁ] Mhm...

[M02] Także **od tego czasu chodzę** i i... teraz, **teraz mam mam mam mam** no **dokładnie te same**, te same, te same, te same **wrażenia, czyli**... jesteś tam na sali, **jesteś tu i teraz – w tym tu i teraz nic się nie dzieje** [4 sek] rozlu... wiesz, rozluźniasz się, rozciągasz... ćwiczysz równowagę, em... no... wspaniały czas za każdym razem.

[ŁŁ] Mhm...

[M02] **Jest to bardzo dobra** fo... forma, forma, **forma terapii też** [zaznaczenie Ł. L.] [5: 145-162].

[M02] [...] No, no... pierwsza nauka jest taka, że no... jesteś... To się różni... różnie w różnych... różnych jak gdyby... czy filozofiach, czy religiach, czy prądach myślowych, ideowych, to to się różnie nazywa, ale zawsze jest ten sam, ten sam, ten sam schemat. **Istnieje duże ja i małe ja**.

[ŁŁ] Mhm...

[M02] **Duże ja**, to jest coś, co co co co... co jest... **nie podlega czasowi, nie podlega przestrzeni, nie podlega śmierci, a małe ja... to jest ten umysł, to są te te te myśli produkowane przez taką maszynę** – no, tak to natura stworzyła i tak to jest zbudowane. No, ale... **jak odkryjesz, że zlewanie się z myślami, świadomość, prowadzi cię jak dziecko we mgle i masz zawsze wybór – on trwa wiesz, mikrosekundę... Ale ale masz wybór, czy w daną myśl wejść, czy nie...** To odkryjesz, **odkryjesz ten główny organizm**. Jakbyś się nauczyła, że wsiadając do samochodu kierownica jest do kierowania, no to, to zmienia, zmienia... no, możesz jechać. W miarę bezpiecznie, nie? Także **to jest główna, główna... główna nauka, która płynie płynie płynie z jogi – taka fundamentalna**, nie? No a druga, że **możesz poprzez poprzez poprzez swoje działanie, swój wybór możesz wpłynąć też na na na... na inne rzeczy, na siebie samego i rzeczy, które są dookoła ciebie**.

[ŁŁ] Mhm...

[M02] No bo jak ty jesteś spokojny, szczęśliwy, to inaczej się, inaczej układają się chociażby relacje [zaznaczenie Ł. L.] [8: 236-254].

To, na co zwrócił uwagę mój rozmówca, w pełni pokrywa się z treścią podręczników oraz artykułów naukowych na temat wpływu praktyki jogi na osoby w

żałobie. Istnieją również szkolenia i praktyki dotyczące uważności (*mindfulness*), którym przypisuje się podobne działanie. Jedną z takich propozycji została zaproponowana przez Heather Stang (2018) w formie ośmioletniego warsztatu, którego efektem ma być ulga w żałobie. Autorka uważa, że zarówno

uważność [jak] i żałoba zawierają ziarno przemiany. Żałoba zmusza cię do zmiany, przypisując ci nieoczekiwane role, usuwając fizyczne, emocjonalne i materialne zasoby, które kiedyś posiadałeś, i zmieniając twój znany świat w nieznany krajobraz. Uważność pozwala ci w pełni wykorzystać to nowe terytorium, wprowadzając cię do jaźni, którą jesteś – poprzez zmysły w procesie stawiania się. Kiedy ponownie zapoznasz się ze swoim duchem, zwalniając [tempo] i skupiając uwagę do wewnątrz, usłyszysz szeptałą mądrość swojej prawdziwej jaźni, która dawno została zapomniana i może być teraz zapamiętana (Stang 2018: 16).

Taka duchowo-fizyczna ścieżka nie jest odpowiednia dla każdego. Czasami może się okazać, że wewnętrzny wzrost wywołują lub przyspieszają inne bodźce. Dlatego najważniejsze w poszukiwaniu właściwego dla siebie sposobu radzenia sobie z trudnym doświadczeniem straty wymaga otwarcia na różne aktywności – do tego niezbędna jest, jednakże świadomość ich istnienia.

6.6.2. Drama (i inne działania oparte na odgrywaniu ról)

Kolejnym rodzajem działania terapeutycznego, pozwalającego poradzić sobie z żałobą poprzez pracę z ciałem (również w formie zespołowej) jest drama. Zaznaczę przy tym, że mówiąc o dramie mam na myśli dość szeroko pojmowaną aktywność rozpiętą między teatrem, performansem, zabawą, dramą i psychodramą. Chodzi przede wszystkim o te działania, które opierają się na odgrywaniu ról. Działanie, o którym mowa, w moich wywiadach z badanymi pojawiło się tylko jako nieświadomiona lub częściowo uświadomiona praktyka performatywno-fotograficzna, fotodrama. Jedną z matek brała udział w sesjach fotograficznych, podczas których mogła doświadczyć przeobrażenia wizualnego (*change-over*, metamorfoza) oraz zobrazować i pokazać swoją stratę publicznie. Postaram się wyjaśnić, jaki związek tego typu sesja fotograficzna ma z dramą i dlaczego takie działanie niesie w sobie potencjał terapeutyczny.

Drama wykorzystywana jest w edukacji, psychoterapii, pracy socjalnej, coachingu i ćwiczeniach w ramach samorozwoju, budowania spójności grupy (zespołu) lub organizacji. Robert J. Landy (2005: 90) stwierdza, że drama ma swój początek z chwilą, kiedy dziecko zaczyna dostrzegać różnicę pomiędzy tym, kto czuje, myśli i tym, o kim się myśli. Zdolność do dramatyzacji jest wrodzona, a działanie dramatyczne może przerodzić się w teatr, edukację, rytuał czy uzdrawianie (Landy 2005: 91). Oprócz dramy możemy mówić jeszcze o psychodramie, która jest metodą *stricte* terapeutyczną (Gudro-Homicka 2015: 13). „Psychodrama pozwala rozwiązywać własne problemy. Uczestnicy psychodramy, będąc w roli mówią o sobie, o swoich przeżyciach lub oglądają jak w lustrze swoje życie, kłopoty, problemy, prezentowane przez psychoterapeutów” (*ibidem*). Małgorzata Winiarek-Kołucka (2016: 7) twierdzi, że drama nie jest ani teatrem, ani psychodramą. Charakteryzuje ją w następujący sposób:

Drama nastawiona jest na proces wchodzenia w role i odkrywania w niej nowego świata, a nie na artystyczny efekt pracy aktora, jak to ma miejsce w teatrze. Nie ma w niej reżysera – osoba prowadząca dramę daje uczestnikom i uczestniczkom przestrzeń do eksploracji świata fikcji w wybrany przez nich sposób. Stają się oni aktorami i widzami, nie ma tutaj wyraźnego podziału na scenę i widownię. W dramie pracujemy w świecie fikcyjnym, na poziomie edukacyjnym. W psychodramie za to wchodzimy w role samych siebie – wcielamy się w realne sytuacje życiowe a co za tym idzie, uczestniczymy w terapii. Oba procesy dramowe, edukacyjny i psychoterapeutyczny, wymagają od prowadzących odpowiednich kompetencji oraz kontraktu z grupą (Winiarek-Kołucka 2016: 7).

Drama jest więc w kontekście „uzdrawiania” możliwością oderwania się od siebie i swoich problemów – zobaczenia świata w inny sposób i nauczenia się czegoś o nim, kiedy psychodrama skupia się na zrozumieniu i przepracowaniu doświadczanych problemów. W opracowaniach na temat dramy i psychodramy dość często pojawia się praca w grupie – co sprawia, że dostępna jest różnorodność perspektyw, ale też różnego rodzaju obawy uczestniczek i uczestników związane z przebywaniem w grupie. W psychodramie nie jest konieczna biograficzna samoświadomość, czy intensywne przeżywanie emocji – psychodrama to również ruch, lekkość i kreatywność. Falko von Ameln, Ruth Gerstmann i Josef Kramer (2009: 12-16) przekonują, że psychodrama zawsze odbywa się na scenie, którą może być symbolicznie wydzielona przestrzeń. Dodatkowo w psychodramie skoncentrowanej na bohaterze w centrum prezentacji znajduje się protagonista, który z pomocą prowadzącego przedstawia w sposób sceniczny swój problem. Tymczasem członkowie grupy (tzw. ja pomocnicze) odgrywają

role ważnych osób referencyjnych – dzielą się uwagami, rozszerzają perspektywę sytuacyjną o swoje własne podejścia.

Do przepracowania problemów wykorzystywane są różne techniki performatywne, w tym działania poprzez zabawę i odgrywanie ról. Penny McFarlane (2012: 69-70) dostrzega potrzebę zajmowania się tematem żałoby wśród dzieci w wieku szkolnym, ponieważ jej zdaniem tego typu aktywność może pomóc w urzeczywistnieniu straty, zidentyfikowaniu i wyrażeniu ważnych emocji, dostrzeganiu pozytywnych stron relacji ze zmarłą osobą, kształtowaniu pozytywnych nadziei na przyszłość we własnym tempie – pozwala też oferować wsparcie w okresie zmian, wyjaśnić to, co ukrywane jest przez rodzinę i rodzi wątpliwości. Linda E. Homeyer oraz Emily DeFrance (2005: 141) twierdzą, że zabawa jest środowiskiem i doświadczeniem, w którym dzieci poznają swój świat i swoją pozycję w tym świecie. Korzystanie z odgrywania ról i posługiwanie się zabawkami pozwala jednocześnie zdystansować się i komunikować trudne emocje (Homeyer, DeFrance 2005: 142).

Nisha Sajnani oraz Maitri Gopalakrishna (2017) eksplorują indyjską teatralną koncepcję kodującą emocje (*rasaboxes*), którą z powodzeniem można wykorzystać jako narzędzie w terapii. Praktyka ta pozwala nie tylko rozpoznawać emocje, ale również regulować je i przekazywać (Sajnani, Gopalakrishna 2017: 228). Ich zdaniem połączenie ruchu, oddechu i konkretnych uczuć wzmacnia terapeutyczną dramę. Z koncepcji tej korzysta Jane Arnfield (2017), która pracuje z tematami powiązаныmi z traumą i stratą. Karl E. Scheibe (2017: VII) dostrzega sprzężenie między teatrem a psychologią. W jego mniemaniu „dramat ludzki znajduje swoje znaczenie tylko w towarzystwie innych – współaktorów lub publiczności” (Scheibe 2017: 3). „Najgłębsze przesłanki naszych myśli i działań rzadko są artykułowane, ale wszędzie manifestują się w sposobie, w jaki nadajemy sens naszemu życiu” – jest tak dlatego, że ramy teoretyczne dla naszych życiowych dramatów są brane za pewnik (*ibidem*: 3-4; Konecki 2021).

Patric Santoro (2015) uważa, że działania performatywne pozwalają „ułożyć się ze stratą”, uczynić ją integralną częścią siebie, ponieważ

strata i jej pielęgnowanie jest wielorakie w swoich naukach: jest przypomnieniem o nietrwałości życia, obietnicą nieobecności; jest zachętą do pełniejszego zorientowania się na teraźniejszość, na obecność; jest rozpoznaniem sił poza kontrolą, chwil i wspomnień trudnych do zaakceptowania; jest uznaniem i

empatia dla tych, którzy pozostali i muszą zrozumieć jej następstwa (Santoro 2015: 235).

Jodi Kanter (2007) w swojej książce *Performing Loss* prezentuje bogactwo działań performatywnych jako reakcję na stratę (teoria performansu, teatr zmiany społecznej, narracja historyczna, psychologia i socjologia straty²⁷ itp.). Zaznacza przy tym, że nie łączy „tych teorii w jeden, ujednolicony system reagowania na stratę”, zależy jej na rozszerzeniu „zakresu możliwych reakcji dostępnych dla jednostek i społeczności” (Kanter 2007: 2). Przywoływanie w procesie wychodzenia z żałoby rozmaitych aktywności, poruszania się między nimi i wybierania z nich tych, które rezonują z konkretną osobą po stracie i jej potrzebami wydaje się kluczowe. Dlatego też w tym podrozdziale wspomniałam o różnych aktywności, które łączy odtwarzanie ról, przynależą jednak do różnych porządków a ich zastosowanie wymaga innych technik i narzędzi.

Clare Parry-Jones (2018: 224) opisuje swoje działania w ramach performansów, u których podłoża znalazło się poronienie i niemożliwość bycia matką. Jej „spektakle upamiętniające” nazywane też „rytuałami odpuszczania” od fazy działania artystycznego przeszły do fazy interakcji i inspirowania innych do tworzenia własnych rytuałów upamiętniających. Jej działania mają związek z wodą, podobnie jak „rytuał kamieni i płatków” proponowany w poradniku dla kobiet, które doświadczyły poronienia lub martwych narodzin (Arthur 2016: 19-20). Celem obu działań jest z jednej strony upamiętnienie, z drugiej zdjęcie z siebie ciężaru straty nieoczywistej. Medium wody jest tutaj symbolicznym nawiązaniem do środowiska życia utraconych dzieci oraz jednym z żywiołów natury, dzięki czemu pozwala niwelować poczucie straty, uświadamiając „krąg życia”. Pojawia się w tym przypadku nie tylko praktyka terapeutyczna, ale także specyficzny rodzaj teoretyzowania na podstawie własnych praktyk pomocowych, osobistych przeżyć oraz obserwacji.

Działania, które stały się inspiracją do uwzględnienia tego typu aktywności w rezultatach moich badań, polegają na działaniach performatywnych przed obiektywem

²⁷ Jodi Kanter kładzie nacisk na konieczność przywrócenia kolektywnych działań, które będą służyły radzeniu sobie ze stratą i żałobą. Uważa, że działania teatralne i parateatralne świetnie się do tego nadają. Wskazuje jednocześnie na to, że indywidualizacja skłania nas do nieakceptowania sposobów okazywania żalu, innych niż te, które sami znamy. Zastosowanie performansu, zaangażowanych społecznie działań teatralnych itp. umożliwia przywrócenie kolektywnego charakteru przeżywania straty (por.: Kanter 2007).

aparatu fotograficznego. Mogą być podejmowane samodzielnie (w formie autoportretów) lub w asyście osób wykonujących zdjęcia i pomagających w sesji (osoby planujące kostiumy, makijaże, operujące światłem itp.). Praktykę tego typu nazywa się fotodramą (Lange 2019). Fotodrama zazwyczaj odbywa się na dwóch poziomach – aktywności przed aparatem oraz interpretacji rezultatów pracy, czyli aktywności angażującej emocje i działania pozbawionym emocji. W przypadku sesji, które przeprowadzałam (szczególnie tych o charakterze autoterapii) zastosowałam trzy etapy: „performatywne działanie przed aparatem, kreatywna obróbka zdjęć z interpretacją i nadaniem znaczeń oraz obiektywizacja opowieści” (Lange 2019: 130).

Lindsay Chipman (2005) zwraca uwagę na wchodzenie w rolę i odgrywanie scen, które poprzez proces personifikacji umożliwiają zobaczenie własnej sytuacji z innej perspektywy. „Transformacja przez działanie performatywne jest jednym z unikalnych sposobów wprowadzania nowego porządku i przekształcania rzeczywistości” (Lange 2020: 121). Sesje, w których brała udział jedna z matek (W11) miały właśnie taki charakter – uwzględniały metamorfozę, „zabawę” przed obiektywem i opowieść o swoim doświadczeniu osieroconej matki. Na jednym ze zdjęć badana siedzi z fotografią zmarłego dziecka – zdjęcie utrzymane jest w konwencji monochromatycznej i przekazuje wiele emocji. Jest przepełnione miłością, smutkiem, ale też wiarą i spokojem. Emanuje z niego rodzaj wyczekiwania na kolejne spotkanie. Inne zdjęcia są ciepłe, kolorowe, z roześmianą kobietą – niejako zupełnie inną od tej, która widoczna jest na zdjęciu osieroconej matki. Te sesje moja rozmówczyni wspomina bardzo dobrze, chociaż przyznała, że nie była przekonana do udziału w nich. Efekty spodobały jej się, dlatego do kolejnej współpracy z fotografką nie trzeba jej było już specjalnie namawiać. Część zdjęć przyozdobiła ściany mieszkania, co też było sposobem na pokazanie pozostałym członkom rodziny, że nastąpiła „wyraźna zmiana” – czy jest to zmiana tylko pozorna, na pokaz, żeby zakończyć dyskusję, czy też faktyczna? – wie tylko osierocona matka. Jednakże same działania przed aparatem dały jej możliwość zobaczenia siebie szczęśliwą i uśmiechniętą, przyniosły ukojenie i pomogły rozwiązać napiętą sytuację pomiędzy domownikami.

6.6.3. Taniec

O bieganiu jako sposobie radzenia sobie ze stratą pisze Catriona Menzies-Pike (2016), która swoją przygodę z bieganiem rozpoczęła dekadę po śmierci rodziców. Żadna z osób, z którymi rozmawiałam nie poświęciła bieganiu swojej uwagi. Pojawił się natomiast taniec – rozumiany jako czynność, która pozwala poczuć wzajemną bliskość i ukoić ból (W17). Tymczasem Sophie de Lautour (2014) zachęca do tańczenia tanga argentyńskiego, które ma zbawienny wpływ na osoby chorujące na Parkinsona oraz Alzheimer, korzyści odczuwają również osoby z syndromem chronicznego zmęczenia. Anette Berve (2008) w *Argentina Independent* opisała zjawisko „tango terapii”. Muaweah Ahmad Alsaleh (2019) przedstawia znacznie poszerzoną listę schorzeń, w których tango może przyczynić się do poprawy poziomu aktywności fizycznej, a także życia społecznego i emocjonalnego. Wśród chorób pojawiły się poza już wymienionymi: depresja, nowotwory, cukrzyca, niewydolność serca czy stwardnienie rozsiane. Tango argentyńskie zdaniem Alsaleh nie tylko łagodzi objawy fizyczne chorób, ale oferuje wzmacnianie sieci społecznych pacjentek i pacjentów, wpływa na poprawę samooceny. Odczuwana satysfakcja związana z opanowaniem konkretnych kroków przyczynia się do wzmocnienia poczucia autonomii. Dodatkowo tango jako aktywność fizyczna pozwala uświadomić sobie własne ciało – a tym samym zintegrować się z nim. Jak każda inna rytmiczna, improwizacyjna aktywność fizyczna, tango poprawia równowagę i mobilność (Alsaleh 2019; Israili, Israili 2017).

Amerykańskie Towarzystwo Terapii Tańcem (American Dance Therapy Association, ADTA) definiuje terapię taneczno-ruchową jako „psychoterapeutyczne wykorzystanie ruchu do promowania emocjonalnej, społecznej, poznawczej i fizycznej integracji jednostki w celu poprawy zdrowia i samopoczucia”. Fran J. Levy (1988) opisuje szeroko pierwsze działania związane z tego typu pomocą i wskazuje na rosnące zainteresowanie aktywnością fizyczną i jej wpływem na autoekspresję i samopoczucie. Susan T. Loman (2007: 70) zaznacza, że celem działania terapii taneczno-ruchowej jest integracja umysłu, ciała i ducha.

Wspomniałam już, że tango może być wykorzystywane do poprawiania stanu zdrowia osób cierpiących na depresję. Bonnie Meekums, Vicky Karkou i E. Andrea Nelson (2015) przeprowadziły badania patrząc szerzej na terapię taneczno-ruchową w

depresji. Wyniki ich badań nie potwierdziły tezy o wpływie aktywności ruchowej na samopoczucie w depresji – zarejestrowany wpływ nie miał statystycznie znaczenia, tak samo jak spadek samooceny w jednej z grup. Janet Lynn Roseman (2012) dostrzega możliwość połączenia tańca z radzeniem sobie z żałobą – jej zdaniem w przebiegu żałoby „niszczone są psychiczne i somatyczne stany świadomości”, a to otwiera możliwość pojawienia się „innych, nietypowych stanów świadomości”. Te inne, mistyczne stany świadomości osiąga się dzięki kreatywnej działalności – także tańcząc (Roseman 2012: 89). Elly Ford (2018) opisuje działania taneczne australijskiej tancerki i choreografki Lucy Doherty, która stworzyła serię klipów, których tematem uczyniła stratę i żałobę których doświadczyła po śmierci swojej matki w roku 2014. Lindsay Valich (2018) opisuje działania Erin Dong, która tworzy projekty transdyscyplinarne, jako choreografka i tancerka oraz biologka. Jeden z nich zajmuje się badaniem biologicznej natury żałoby poprzez taniec. Dong mówi o swoim projekcie dyplomowym: „Chciałam pomóc ludziom zapamiętać stratę, którą czuli i przeżywali, połączyć się z innymi, którzy również to dzielali, i pozwolić im odczuwać emocje całymimi ciałami, nie tylko w głowach” (Valich 2018). Anne Harris Wilcox, nauczycielka Dong, jest przekonana, że „zarówno taniec, jak i biologia wspierają zasadę połączenia, udowadniając, że nic nie działa w odosobnieniu. Jakikolwiek wpływ na część ciała, wpływa na całość” (*ibidem*). Samantha French (2016: 51) przyznaje, że taniec sprawił, że jej nowa tożsamość, którą musiała stworzyć po stracie utrzymała łączność ze starą tożsamością, dzięki czemu nie czuła się aż tak zagubiona.

Aktywność ruchowa, w tym taniec, może wywierać efekt kojący i uwalniający emocje – szczególnie jeśli rodzice angażują się w takie działania wspólnie. Połączyła kwestie związane z określoną muzyką i jej wpływem na emocje (o czym piszę w podrozdziale dotyczącym zmysłu słuchu) oraz z tańcem dwojga kochających się, cierpiących ludzi. O swoich praktykach pisze w następujący sposób:

Włączamy sobie tę piosenkę, **tańczymy sobie czasem wieczorami przy niej, [śmieje się] becymy obydwójce oczywiście. Nie musimy rozmawiać, nie? No, bo gdzieś to, gdzieś to tam chyba jakoś nas oczyszcza, obydwójce wiemy, o co chodzi... nikt nic nie musi mówić.** No, i tak... **Tak sobie radzimy** [zaznaczenia Ł. L.] [1456-1459].

Ich (jej) doświadczenie bliskości i poczucie wspólnoty w odczuwaniu żałoby po dziecku, możliwość wypłakania się, pozwalała obojgu rodzicom odnaleźć siłę na

radzenie sobie z tą trudną sytuacją w ciągu dnia. Te momenty spędzane tylko we dwoje przy dźwiękach ulubionej piosenki, pomagają odreagować nie tylko stratę, ale także to, w jaki sposób inni do niej podchodzą i jak starają się usunąć wszelkie wyraźne ślady, które pozostawiło ich dziecko. Wzmacniane jest poczucie bycia razem w tej sytuacji i wzajemnego wspierania się i utrzymywania kontaktu cielesnego.

6.6.4. Tatuaż jako forma upamiętnienia i terapii

Tatuaze mogą upamiętniać kogoś lub coś, mogą również same w sobie – poprzez doświadczenie bólu, procesu gojenia się, a następnie istnienia konkretnego obrazu na skórze – w sposób metaforyczny opowiadać o stracie. Robyn L. Ord (2009: 206) uważa, że „żałoba jest jak tatuaż”. Dodaje przy tym:

Robiąc tatuaze na moim ciele jako symbol żałoby, używam swojego ciała jako aktu oporu, nie dostosowując się do dominujących, normatywnych przejawów żałoby. Ostatecznie łamię normatywne, zdyscyplinowane przepracowywanie żałoby i występuję w inny i swobodny sposób. Tworzę alternatywny dyskurs, poprzez który można opłakiwać i doświadczać straty; przekształcam go również w opór. [...]

Akt tatuowania sugeruje, że żałoba ma trwały charakter i trwa całe życie, jest widoczna i zawsze obecna. Podobnie jak tatuaż, żałoba sprawia, że ludzie czują się nieswojo. [...] Oczekuje się, że będziemy ją zakrywać, zabierać z pola widzenia i dopasować do odpowiedniej etykiety. Jednak ucieleśnienie żałoby na skórze sprawia, że jest ona widoczna i trwała. Jest to sposób na zapewnienie, że to dobrze, że żałoba jest chaotyczna, widoczna i piękna. Tatuaze są potężnym sposobem na performatywne działania o charakterze żałobnym (Ord 2009: 206).

Tatuaze mają więc bardzo konkretną rolę do wypełnienia – są sposobem na upamiętnienie, wyrazem innego podejścia do żałoby jako czegoś stale obecnego oraz poprzez zastosowanie symbolicznych przedstawień tworzą nowe sposoby rozumienia śmierci, straty oraz siebie bez utraconej osoby. Ważną kwestią jest to, że upamiętnienia w formie tatuażu tworzone są także dla osób nie-ludzkich (Baydak 2000: 85; Harris 2019: 139-161).

Agata Dziuban (2012: 206) przyjęła, że tatuaż jest swoistym znakiem „Ja”, w ramach którego możliwe jest wyrażenie tożsamości, emocji, przemyśleń, doświadczenia i przeżyć. Osoba decydująca się na tatuaż wyraża w ten sposób swoją tożsamość, a co z tym związane wykonuje „pracę tożsamościową”, czyli przechodzi proces

samopoznania, w którego efekcie możliwe jest aktywne kształtowanie tejże tożsamości oraz nadawanie jej nowego sensu. Dziuban (*ibidem*: 208) zwraca też uwagę na fakt nasycenia „tatuazy osobistymi treściami”. Bez względu na wybrany wzór, jednostki odnoszą się do swojej sytuacji życiowej. Podobnie jak Ord, Dziuban dostrzega w niektórych przypadkach buntowniczy charakter tatuazu, którego celem jest sprzeciwienie się utracie kontroli (np. nad własnym ciałem w wyniku choroby). Tatuaz w takich przypadkach jest specyficzną strategią „radzenia sobie z niepokojem, poczuciem bezradności” (Dziuban 2012: 219). Tatuaz można postrzegać również jako „miejsce pamięci” – czyli znak ważnego życiowego wydarzenia, „znaczącej transformacji tożsamościowej” (Dziuban 2013: 192). W akcie tatuowania istotnym elementem jest również sam bolesny proces tworzenia/ nanoszenia wzoru na ciało. Dla niektórych osób „świadome poddanie się nieznośnemu bólowi było [...] sposobem przezwycięzania negatywnych stanów uczuciowych” (*ibidem*: 223). Doświadczenie bólu (który trwa do kilku dni po wykonaniu tatuazu), jest kontrolowanym sposobem ucieleśniania emocji, panowania nad nimi i uwalniania ich. Odzyskanie kontroli nad chociaż jednym aspektem życia pozwala poczuć sprawczość, a jednocześnie obecność bólu wiąże się z transgresją (*ibidem*: 224-225). Większość osób biorących udział w badaniach Elizabeth Schiffrin (2009: 48) na temat tatuazy upamiętniających, deklarowała przemianę, do której przyczynił się tatuaz. Również większość postrzega swój tatuaz jako sposób na kontynuowanie więzi z osobą zmarłą, a nawet swoiste „zatrzymanie” tej osoby na swojej skórze (Schiffrin 2009: 37; Bologna 2021). Najczęściej wyróżnianymi funkcjami tatuazy upamiętniających są: 1) trwałość; 2) radzenie sobie z żałobą; 3) komunikacja; 4) kontynuowanie więzi; 5) transformacja wewnętrzna (Schiffrin 2009; Davidson 2017; Cadell i in. 2020; Swann-Thomas 2021).

W książce Karen L. Hudson (2007) opublikowano czterdzieści opowieści kobiet o tatuazach. Część z nich dotyczy tatuazy, które pełnią funkcję upamiętniającą. Sasha Merritt (2007: 39) opowiada o tym, że wiele kobiet decyduje się na upamiętnienie swoich bliskich, szczególnie straty dziecka, w ramach podjęcia kroków do uleczenia emocjonalnych ran. Innym aspektem pracy żałoby jest narracyjność uruchamiana dzięki pytaniom o tatuaz, a nie o przedmiot upamiętnienia. Narracja staje się niezbędna w prezentowaniu subiektywnej natury zamierzonej wartości tatuazu (Davidson i Duhig 2016: 71). W książce *Through, Not Around. Stories of Infertility and Pregnancy Loss* (McDonald Ace i in. 2019) znalazło się ponad dwadzieścia świadectw związanych ze

stratą. W jednym z nich pod tytułem „The dandelion in my belly garden” kobieta opowiada o tym, jak wielu niepowodzeń reprodukcyjnych doświadczyła i że ból po lewej stronie brzucha przypominał jej o utraconych dzieciach. Píše:

Brałam udział w wielu sesjach terapeutycznych, chodziłam do łaźni i poddawałam się kuracjom reiki. Nazwałam każde z moich dzieci, pożegnałam je i patrzyłam, jak odlatują. Mimo to zawsze były ze mną w bólu po lewej stronie brzucha. I nigdy nie był to ból, o którym mógłbym swobodnie rozmawiać z kimkolwiek. Oczekiwano, że po prostu „przejdę” przez poronienia, zwłaszcza, że występowały one we wczesnej ciąży.

Ten tatuaż pozwolił mi przyznać, że zawsze będę częścią mnie. Nie odczuwam już bólu brzucha. Kiedy o nich myślę, spoglądam z góry na piękne dzieło sztuki, które jest teraz trwałą częścią mojego ciała i doceniam ich znaczenie w moim życiu. Rozmawiam o nich swobodnie z nieznanymi i członkami rodziny, którzy ich nigdy nie znali. Czuję się spokojna (Shaw 2019: 500).

W tej samej książce wzmianek o tatuażach upamiętniających (*memorial ink*) jest więcej. Inna z mam wytatuowała sobie datę śmierci dziecka (Orfus 2019: 133), kolejna zrobiła tatuaż przypominający o wszystkich jej utraconych dzieciach, a pomiędzy ich imionami znalazły się odwzorowania stóp dziecka, których odcisk dostała od pielęgniarki (Miller 2019: 442).

Trudno mówić o charakterystycznych wzorach, które wybierają osieroceni rodzice – czasami są to portrety dzieci, czasami odcisk stópki lub rączki z imieniem i datą (czasami jest to wyłącznie imię), innym razem pojawia się postać anioła. Czasami są to symboliczne wzory – jak u Joan Bremer, która wytatuowała sobie rysunek składający się z linii przypominającej kształtem ciężarną kobietę z dzieckiem w brzuchu. Linia ta łączy dwa serca (zob. Peters 2016). Susie Kilshaw (2017) określa tatuaże robione po śmierci dziecka (bez względu na rodzaj straty) „publiczną demonstracją żałoby” i pisze o tatuaży jednej z mam, która wybrała wzór piórka i naniosła go w okolice kostki. Zdarzają się jednak również takie tatuaże, które na pierwszy rzut oka nie przywołują doświadczonej straty, ale są czymś, co lubiło dziecko lub z czym się kojarzyło. Pojawiają się też realizacje abstrakcyjne, których znaczenie zna jedynie osoba, która tatuaż nosi. Na portalu Pinterest w kategorii „*grief tattoos*” pojawiają się wzory odwołujące się do upływu czasu i kruchości życia (zegary, klepsydry, noc, motyle, anielskie skrzydła, klucze) oraz wiersze i sentencje (Pinterest: *grief tattoos*). Niekiedy studia tatuażu umieszczają na swoich stronach internetowych lub profilach w mediach społecznościowych zdjęcia wykonanych prac upamiętniających, częściej jednak

zachowują zdjęcia takich realizacji dla siebie – dlatego trudno jest dokonać analizy wizualnej tatuaży upamiętniających dzieci.

W jednej z moich rozmów (W17) pojawił się wątek tatuaży, które rodzice wykonali dla upamiętnienia córki. W ten sposób dziecko jest zawsze przy nich i może na nie spoglądać, co przynosi otuchę. Mężczyzna zrobił tatuaż jeszcze za życia dziecka, a kobieta po jej śmierci. We fragmencie tym pojawia się wątek tatuażysty i stresu, jaki wiązał się z realizacją tych konkretnych wzorów. Oba tatuaże są kopiami zdjęć:

Nawet mnie ostatnio zadziwił, bo ym **postanowiliśmy z mężem, że zrobimy sobie tatuaż... z [imię zmarłej córki]. Mąż zrobił wcześniej, jeszcze za życia [imię zmarłej córki]** [imię zmarłej córki]. I teraz ten sam tatuażysta, nie wiedząc jeszcze, że [imię zmarłej córki] nie żyje... Pamiętał historię oczywiście [imię zmarłej córki] yyy... Robił mój tatuaż yy i i mówi do mnie y... – muszę... Przy okazji akurat jego żona była w ciąży z pierwszym dzieckiem i on mówi do mnie tak – **Ja jeszcze nigdy w życiu tak emocjonalnie nie podchodziłem do tatuażu, jak do twojego.** [4sek] Teraz się spotkaliśmy, jego żona już urodziła, bo mąż jechał kontynuować sobie dalej, a ja już byłam po, ale pojechałam z mężem [odchrząknięcie] I on mówi do mnie – wiesz co? **Dobrze, że zrobiłaś ten tatuaż ten miesiąc, czy dwa temu, bo teraz jak się moja córka urodziła, ja bym już tobie nie zrobił tego tatuażu. I po prostu nie był by w stanie tego zrobić. Nie wyobrażam sobie, co wyście przeżyli** i po prostu ja bym chyba – mówi w ogóle – Powiedz mi, czy ty jesteś zadowolona? Czy tobie się na pewno podoba? Czy to jest tak, jak chciałaś? Mówię [śmiejąc się] tak, wszystko jest super, on mówi: **ja nigdy tak nie przeżywałem żadnego tatuażu, jak tego twojego.** Em... no... i chyba też tam to było nam potrzebne, bo... **Zresztą mężowi zazdrościłam, że on już tą [imię zmarłej córki] ma gdzieś tam na dłoni i i i na na rękę i może sobie na nią zerkać.** I mówię: wiesz, ja chyba też muszę sobie zrobić, już ciągle się w tej komórce... i oglądam te zdjęcia – a teraz ją będę miała tak zawsze przy sobie. [4sek] No, także takie różne... to są chyba nasze metody jakiegoś tam... [zaznaczenia Ł. L.] [45:1432-1450].

Bardzo symboliczne zdjęcie w tle... **mąż ma takie bardzo wyraźne, ja mam trochę mniej wyraźne, w sensie tak może nie do końca... dla mnie ono jest po prostu ważne, bo to była [imię zmarłej córki] ulubiona zabawa – bawienie się swoimi rączkami. Bardzo często oglądała sobie paluszki, ruszała nimi...** No! I dlatego poprosiłam właśnie tego tatuażystę o takie... akurat ujęcie miałam... no... i i i zrobił... [zaznaczenia Ł. L.] [67: 2175-2179].

Możliwość zatrzymania wizerunku dziecka i spoglądania na niego, pozwala przesunąć żalobę i jej doświadczanie z poziomu ogólnego na bardziej intymny. Zdjęcie dziecka wytatuowane na ręku czyni je bliższym, a jednocześnie ukrywa je przed światem, który nie wie o istnieniu tatuażu lub kontekście jego powstania. Tym samym rodzice nie muszą w sposób publiczny radzić sobie z żalobą – mają jej ślad wyryty na

ciele, należy ona (żałoba) tylko do nich. Mogą więc radzić sobie ze stratą we własnym tempie, trwając w nowo ukonstytuowanej relacji z dzieckiem (wizerunkiem dziecka) zatrzymanym i „zmaterializowanym” na skórze.

6.7. Fotografia (okulocentryzm)

W poprzednich podrozdziałach starałam się pokazać przebieg procesu żałoby ze względu na rodzaj straty lub w kontekście podejmowanych (lub też nie) aktywności. Obecnie przechodzę do kolejnego wątku, związanego z radzeniem sobie ze stratą, który uwarunkowany jest biologicznie i kulturowo. Uwagę kieruję na zmysły – czyli wzrok, węch, słuch, smak i dotyk. Zwracając uwagę na ludzkie doznania sensoryczne, kieruję się w stronę antropologii i socjologii zmysłów, które to z jednej strony czerpią z bogatej historii refleksji poświęconej percepcji świata i ludzkiemu poznaniu, sięgającej czasów starożytnych tak w kulturze wschodniej, jak i zachodniej, z drugiej jednak są stosunkowo nowymi sposobami na postrzeganie relacji pomiędzy tym, co społeczne, a tym, co zmysłowe (Gibson, vom Lehn 2021). Dostrzeganie zmysłów w praktykach kulturowych, czy możliwości zmian sposobów poznawania świata podyktowane rozwojem cywilizacyjnym zapoczątkowano w wieku XX (Sendyka 2011: 23). Kulturowo dominującym zmysłem u ludzi jest wzrok – chociaż jako ssaki o stosunkowo słabym wzroku, słuchu i węchu, jesteśmy „dotykowcami”, ma to związek z tym, że filogenetycznie dotyk jest jednym z najstarszych zmysłów (Bajek i in. 2014: 421).

Skoro więc wzrok jest zmysłem o kulturowo najwyższym znaczeniu – nie powinno dziwić, że wiele z naszych działań mających na celu radzenie sobie ze stratą, w jakiś sposób odnosi się do tego właśnie zmysłu. Od upamiętnień w postaci obrazów, fotografii, rzeźb, poprzez filmy i pisanie, na mogiłach i tatuażach kończąc – mamy do czynienia z działaniami bazującymi na poznaniu wzrokowym. Wspomniana fotografia w terapii traumy i żałoby również koncentruje znaczącą uwagę na/w oku. To, o czym nie pisałam wcześniej, a co wymaga omówienia dotyczy praktyki upamiętniania zmarłych w postaci portretów, rzeźb, portretów trumiennych, masek pośmiertnych, a przede wszystkim zdjęć wykonywanych po śmierci (*post mortem, memento mori*). Przy czym fotografia funeralna (pogrzebowa i pośmiertna) ma w moim mniemaniu największe znaczenie, jako praktyka w miarę uniwersalna.

Przed wynalezieniem fotografii formy upamiętnień nie były powszechnie dostępne, głównie ze względu na koszt i liczbę osób, które potrafiły wykonać takie prace. Ludzie mniej zamożni zachowywali artefakty w postaci włosów lub biżuterii z włosów, biżuterii z wkomponowanymi zębami albo rzeczy osobistych, jak listy, chusteczki, odzież (Aytemiz 2011: 1; Holm 2004; Lutz 2010; Ruby 1995; Wildgoose 2019). Według Elke Weesjes (2013) w latach 1839-1860 ambrotypia²⁸ i tintypia²⁹ zajęły miejsce obrazów i rysunków czy masek pośmiertnych. W artykule o tradycji brytyjskiej fotografii *post mortem* autorstwa Audrey Linkman (2006: 312) możemy znaleźć informację, że „fotografia sprawiła, że portrety znalazły się w zasięgu finansowym szerszej części społeczeństwa. Fotografie pośmiertne były zamawiane zarówno przez osoby zamożne, jak i przez osoby gorzej usytuowane”. Linkman (2011: 14) tłumaczy również, że nie zachowały się wystarczające dowody, które świadczyłyby jednoznacznie o motywacji do posiadania tego rodzaju pamiątek:

W wielu przypadkach na decyzję o zleceniu portretu pośmiertnego miał wpływ wygląd ciała po śmierci, a zwłaszcza układ rysów i wyraz twarzy zmarłego. Przykłady [...] potwierdzają, że osoby osierocone czerpały wielką pociechę z obrazów, które mogły zinterpretować jako spokojne i pogodne, zwłaszcza jeśli końcowa faza choroby była szczególnie bolesna lub jeśli śmierć nastąpiła w wyniku wypadku lub aktu przemocy. Spokój i pogoda ducha przedstawiały pożądane stany umysłu tu na ziemi i wskazywały na błogosławieństwo chrześcijańskiego nieba w życiu wiecznym (Linkman 2011: 17).

Troy Cluff (2014: 2) zauważa w swojej pracy, że w Kanadzie fotografia pośmiertna pojawiła się w tym samym czasie, co ruch reformy cmentarnej inspirowany romantyzmem. Śmierć była czymś naturalnym, czymś, co czekało na wszystkich, więc nie było sensu jej ukrywać. Proces żałoby był ujednoliconym rytuałem społecznym, znanym wszystkim, a wiedza ta odegrała ważną rolę w publicznym odbiorze śmierci. Racheal Harris (2020: 20) sugeruje, że „wynalezienie fotografii odegrało żywotną rolę w upamiętnianiu, jak i w konstrukcji narracji żałoby i rytuałach dotyczących śmierci”. Wykonywanie tego typu fotografii stało się popularne w wielu krajach obu Ameryk oraz w Europie (Kamińska 2013: 116) – w tym także w Polsce (Pietrzyk 2015: 541).

²⁸ Ambrotypia to tak zwana monochromatyczna fotograficzna technika szlachetna polegająca na pokryciu płyty szklanej roztworem kolodionu uczulanego w roztworze azotanu srebra.

²⁹ Tintypia jest również monochromatyczną fotograficzną techniką szlachetną – przy czym podłożem jest w tym przypadku czerniona metalowa płyta pokrywana roztworem kolodionu, proces jest identyczny, jak w przypadku ambrotypii.

Ponieważ śmiertelność dzieci w XIX wieku była znacząca, to właśnie ich wizerunki były często uwieczniane (Linkman 2011: 19). Żywiono przy tym oczekiwanie, że zwłoki dziecka zostaną przedstawione w piękny sposób – było to na tyle istotne, że „topos pięknego martwego dziecka był centralny [...] i powtarzany wielokrotnie w listach kondolencyjnych, kazaniach i poezji” (Brown 2009: 14). Ta konwencja pięknego fotograficznego przedstawienia martwych dzieci została nazwana obrazami „śpiącego anioła” (Iepson 2014: 23). Sposoby fotografowania zmarłych dzieci były różne i związane z lokalnymi trendami – Melania Borgo, Marta Licata i Silvia Iorio (2016) wyróżniają cztery najbardziej charakterystyczne sposoby fotografowania zmarłych: „ostatni sen” (*the last sleep*), „żywy choć martwy” (*alive but dead*), „żywy pomiędzy żywymi” (*alive among the living*) oraz zdjęcia z „ukrytą matką” (*the hidden mother*), która podtrzymywała dziecko, sama jednak była niewidoczna, bo ukryta pod płachtą tkaniny.

Z czasem, po traumatycznych doświadczeniach wojny zdaniem Nicoli Brown (2009: 19) znaczenie zdjęć *post mortem* uległo zmianie – zostały one usunięte z widoku publicznego jako coś nieestetycznego i nieodpowiedniego do pokazywania. Zmiany w praktykach żałobnych przyniosła także fotografia prywatna, która stała się narzędziem dokumentacji życia. Wynalezienie aparatów Kodak zmieniło wszystkich w fotografów, którzy mogli samodzielnie robić zdjęcia, dzięki czemu stawały się one coraz bardziej prywatne i raczej ukryte, wciąż obecne jednak były osoby uprawiające amatorską fotografię *post mortem* (Wang 2015: 5).

Współczesna (najczęściej cyfrowa) fotografia pośmiertna pojawia się w formach amatorskich – jako fotografia pogrzebowa; artystycznych, artystyczno-społecznych lub artystyczno-edukacyjnych – jako projekty dotyczące tematu śmiertelności i przemijania, mające na celu informowanie o różnych problemach związanych z chorobami terminalnymi (Higgins 2013; Milczanowska 2011; Schuman, Schels, Lakotta 2009); oraz w formie profesjonalnych usług kierowanych do osób po stracie. Ta ostatnia forma reprezentowana jest przez amerykańską organizację *Now I Lay Me Down To Sleep*. Jest to organizacja non-profit z siedzibą w Kolorado, założyła ją w kwietniu 2005 roku Cheryl Haggard i Sandra Puc. Motywacją do stworzenia tej organizacji była śmierć syna Cheryl, który zmarł 4 lutego 2005. Fotografka i przyjaciółka Cheryl – Sandra Puc – zrobiła zdjęcia Maddauxa i jego rodziców – wszystkie w konwencji

czarno-białej. Na chwilę obecną strona internetowa tego projektu informuje, że na całym świecie jest 1500 aktywnych fotografów, którzy działają na zasadzie wolontariatu (NILMDTS 2021). Ich celem jest darmowe wsparcie fotograficzne dla rodziców w szpitalach, którzy stracili, bądź właśnie dowiedzieli się, że tracą dziecko. Wykonują zdjęcia, które następnie przekazują rodzicom (w wersjach czarnobiałych, obrobionych, czasami po retuszu, jeśli taka była wola rodziny).

Zdaniem Eweliny Kamińskiej (2013: 121) „[p]rzykład amerykańskiej fundacji ma charakter marginalny. W Europie, póki co, nie zaobserwowano podjęcia analogicznych działań, dzięki którym nastąpiłoby wskrzeszenie fotografii post mortem”. Rzeczywiście działania na taką skalę i z takim rozgłosem medialnym, jak te podejmowane przez *Now I Lay Me Down To Sleep* w Europie nie istnieją. Jest to największa organizacja, która zrzesza wolontariuszy i wolontariuszki wykonujących fotografie pośmiertne dzieci. Jednakże wieloletnie działania tej organizacji, a także badania prowadzone na oddziałach położniczych, przyczyniają się do aktywizacji osób parających się fotografią, które świadczą podobne usługi w lokalnych warunkach. Na całym świecie można odnaleźć w internecie niezależnych fotografów świadczących takie usługi. Projekt ten inspirował też różne organizacje i osoby prywatne do podejmowania działań o podobnym charakterze. W Polsce przykładem przejęcia tej praktyki jest łódzka Fundacja Gajusz i ich hospicjum perinatalne, które oferuje medyczne, psychologiczne i duchowe wsparcie dla rodziców, u których rozpoznano wadę letalną płodu. Kompleksowa pomoc oferowana jest od momentu diagnozy po okres żałoby (Fundacja Gajusz). Jedną z proponowanych usług jest obecność osoby, która wykona pamiątkowe zdjęcia z momentu przyjścia dziecka na świat. Niestety zdjęcia te są często wykonywane niezgodnie z zaleceniami amerykańskiej organizacji oraz z wynikami badań na temat tego, jak powinny wyglądać, do których zaraz przejdę. Prowadzi to do wielu dyskusji na temat zdjęć publikowanych w mediach społecznościowych, które nie zawsze odbywają się bezpośrednio pod oryginalnymi postami. Co interesujące głosy krytyczne podnoszą przeważnie osoby, które nie doświadczyły straty dziecka, którym samo poruszanie tego tematu wydaje się zbędne i traumatyczne. Zapytałam jedną z osób, biorących udział w takiej dyskusji o to, jaka byłaby jej reakcja, gdyby to samo zdjęcie było czarno-białe (wysłałam jej taką wersję tego samego zdjęcia). Przyznała, że jest zaskoczona, ale taka wersja nie wzbudziła w niej sprzeciwu. Wydała się „neutralna”

emocjonalnie. Zwracam na to uwagę, ponieważ mam wrażenie, że negowanie wieloletniego doświadczenia specjalistów, może mieć negatywny wpływ na osoby, którym chcemy pomóc – dodatkowo, źle nastawiając do tematu osoby, które nie doświadczyły straty, utwierdzając ich w przekonaniu, że dzisiejsze obrazy śmierci przynależą do kategorii „pornografii śmierci”, a śmierć powinna podlegać tabuizacji.

Zwraca się uwagę na to, że w Stanach Zjednoczonych (ale też w innych częściach świata) jeszcze do lat 70. XX wieku personel medyczny często uniemożliwiał rodzicom oglądanie i trzymanie w ramionach martwo urodzonych dzieci, a także zachęcał rodziny, aby szybko zapomniały o swojej stracie (Blood, Cacciatore 2014a: 2). Jednakże przeprowadzone tam badania wykazały, że istnieje wśród rodziców potrzeba kontynuacji więzi, która wymaga reorganizacji. Ponadto podejście socjologiczne koncentruje się na trzymaniu się wspomnień w próbie przededefiniowania tożsamości po utracie (Komaromy i in. 2009: 7). Na konieczność udzielania pomocy w postaci udostępniania „pamiątek” zwraca uwagę Fran Rybarik (1997: 27), która odwołuje się do ustanowionych programów już w latach 80-tych XX wieku. Również Shamus K. Reddin (1987: 50) nawiązuje do programów, które wypracowały właśnie fotograficzne upamiętnienia – początkowo w formie typowych dla oddziałów położniczych portretów dzieci owiniętych w ręcznik, co uznano z czasem za słabe wsparcie; później ubranych w śpiochy i owiniętych kocem, co częściowo ukrywało ewentualne defekty, by ograniczyć efekt retuszowania zdjęć. Zwyczaj robienia pamiątkowych zdjęć pośmiertnych jest obecnie oferowany we wszystkich szpitalach w Stanach Zjednoczonych, co nie znaczy, że przyjmowany jest bezkrytycznie. Pojawia się wiele pytań dotyczących skuteczności tego rodzaju pomocy, jak i kwestii etycznych. Niektóre badania podkreślają fakt, że aby mieć pewność, że fotografia *post mortem* jest istotna w procesie żałoby rodziców, należy prowadzić stale badania w celu oceny wszystkich aspektów, zmian i potencjalnych skutków (Harvey, Snowden, Elbourne 2008: 352-353). Przy czym – podobnie jak we wspomnianej już organizacji – dyskusja dotyczy przede wszystkim zdjęć cyfrowych. Istotne jest nie tylko to, czy takie fotografie spełniają swoją rolę i są skuteczne jako narzędzie radzenia sobie z żałobą, ale również ważny jest cały proces ich powstawania i doręczania. Kluczowe okazują się więc pytania:

kto powinien robić zdjęcia, jak, kiedy i gdzie? Kiedy należy je przekazać rodzicom: na wczesnym etapie, po wyjściu ze szpitala, czy na wizycie kontrolnej? Kto powinien być za to odpowiedzialny: fotografowie, pielęgniarki, doradcy w

żałobie czy konsultanci? Styl i treść fotografii mogą się różnić, należy więc zbadać reakcje na nie. Należałoby zastanowić się nie tylko, czy rodzice chcą mieć takie obrazy, ale także czy rodzice, rodzeństwo lub członkowie szerszej rodziny potrzebują i reagują na nie w ten sam sposób (Harvey, Snowden, and Elbourne 2008: 353).

Cybele Blood i Joanne Cacciatore (2014b: 224) odwołują się do badań, które pokazują, że jeśli chodzi o śmierć okołoporodową, rodzice „stają przed dodatkowym obciążeniem, ponieważ ich dziecko nie jest społecznie uznawane za znaczące”. Dlatego ponowne pojawienie się fotografii *memento mori* w protokole zgonu okołoporodowego było i nadal jest zmianą potrzebną i oczekiwaną przez rodziców. Musimy pamiętać, że „rodziców w różny sposób dotyka strata” (Kohner 2000: 358). Oznacza to, że możemy znaleźć rodziców, którzy nie chcą pomocy i zdjęć, chcą po prostu zapomnieć i iść dalej. Przyczyn rezygnacji z udziału w tego rodzaju praktykach może być wiele, np. oszpecenie ciała, gwałtowna przyczyna lub okoliczności śmierci, preferencje do posiadania tylko zdjęć żywych dzieci, idee religijne lub kulturowe. Czasami sytuacja sprawia, że rodzice czują się zdezorientowani, a stan szoku nie sprzyja uznaniu, że zdjęcie dziecka może rzeczywiście pomóc złagodzić ich ból w przyszłości (Blood, Cacciatore 2014a: 4-5).

Uważam, że duże znaczenie ma estetyka tego typu zdjęć (Lange 2020). Fotografie powinny być wykonane w konwencji czarno-białej. Jest to z jednej strony nawiązanie do tradycyjnej fotografii *post mortem*, z drugiej czerń i biel symbolicznie oznaczają żałobę, mają też działanie neutralne (podobnie jak szarość) poprzez swoją wartość aktywną (Popek 2012: 91, tab. 6). Stanisław Popek (2012: 84) twierdzi, że „odbior zjawisk barwnych wyprzedza percepcję intelektualną, aktywizując bezpośrednio strefę emocjonalną” dodaje ponadto, że „siła związku między barwą a emocjami tkwi w gotowości reagowania afektywnego organizmu jednostki”. Oznacza to, że fotografia barwna wywołuje emocje i bezpośrednio może przywoływać bolesne wspomnienia, kiedy ten sam kadr w wersji monochromatycznej nie spowoduje takiego skojarzenia. Diana Jane Barbara Young (2001: 28) dostrzega dodatkowo uniwersalny charakter synestetycznych połączeń między emocjami i kolorami, co świadczy o tym, że bez względu na kulturę czarno-białe zdjęcia mogą mieć takie samo, neutrale działanie. Co interesujące – nie spotkałam badań, które zajmowałyby się bezpośrednio zdjęciami *post*

mortem, większość opracowań związanych z reakcjami na kolory dotyczy malarstwa, czy szerzej „sztuk plastycznych”, co mam nadzieję, że kiedyś się zmieni.

Ponadto zdjęcia nie mogą pokazywać żadnych oznak bólu. Rodzice proszą o zdjęcia bez żadnego sprzętu medycznego na twarzy dziecka (Harvey, Snowdon i Elbourne 2008: 353). Jeśli ciało dziecka jest w jakiś sposób zdeformowane, fotografia powinna to ukryć i pozostawić rodzicom więcej pozytywnych wspomnień. Czasami rodzice chcą być z dzieckiem na zdjęciu, więc fotografia powinna wyrażać także miłość i żal członków rodziny – z badań wynika, że rodzice odczuwają potrzebę posiadania zdjęcia z dzieckiem, „nawet jeśli zostało zrobione wkrótce po śmierci” (*ibidem*). Ponieważ motywem zamawiania zdjęć pośmiertnych w większości przypadków jest chęć przypomnienia sobie twarzy zmarłego dziecka, czasami świadczona jest usługa retuszu w celu stworzenia obrazu, który pomoże zatrzeć złe wspomnienia.

Czasem osoby wykonujące zdjęcia są proszone o stworzenie kolorowych fotografii *memento mori*, przypominają one popularne zdjęcia zdrowych dzieci w typowych dekoracjach (dziergane ubranka, pluszowe maskotki itp.) i kojarzą się pozytywnie. Jednakże kolorowe zdjęcia – o czym należy pamiętać – mogą przywoływać złe wspomnienia związane z urodzeniem martwego dziecka lub innymi nieprzyjemnymi rzeczami, które spotkały rodziców, a także zwiększać poczucie straty. Blood i Cacciatore (2014b: 225) w swoich badaniach zakładają, że:

- wizualizacje pomagają w tworzeniu tożsamości rodzicielskiej po śmierci dziecka (szczególnie ważne jest to dla ojców, ponieważ więź z matką jest naturalna i oczywista);
- fotografie pomagają ustalić tożsamość społeczną zmarłego dziecka;
- fotografie pomagają rodzicom w tworzeniu narracji, którymi można się dzielić z innymi (a narracje mają kluczowe znaczenie w radzeniu sobie z żałobą, pomagają odtworzyć znaczenie i naprawić kryzysy egzystencjalne);
- działania symboliczne pomagają osadzić bolesne wspomnienia, myśli i uczucia w strukturze narracyjnej (rytuały oferują znaczenie, uprawomocniają utratę i pośredniczą w przejściu tożsamości podczas procesu żałoby);
- fotografie mogą umożliwiać szybszy dostęp do wspomnień i uczuć;
- fotografie pomagają integrować procesy emocjonalne i poznawcze (działają jako obiekty przejściowe, jednocześnie wypełniając pustkę).

Wartość fotografii pośmiertnej to także symboliczne zamknięcie i część dokumentacji obrzędu przejścia. Anna Pietrzyk (2015: 547) w swoim antropologicznym studium na temat polskiej tradycji fotografii pogrzebowej konkluduje, że obecny ambiwalentny stosunek do cyfrowych czy analogowych fotografii *post mortem*

wskazuje, że fotografia wciąż oddziałuje na współczesnych ludzi, zmuszając ich do reakcji, która, choć różna zależy od indywidualnego charakteru i wrażliwości człowieka (niechęć, strach, wstręt, płacz, wspomnianie zmarłych członków rodziny, nostalgiczny powrót do czasów, w których nastąpiła śmierć i opowiadanie historii rodzinnych). Z pewnością potwierdza to mechanizm trwałości interakcji wywołanych obrazem. Fotografia, ze względu na swoją indeksyjność sprawia, że proces żałoby zachodzi niemal na każdym zdjęciu, a wszystkie zdjęcia to swoiste *memento mori* – jak stwierdziła Susan Sontag (2009: 23). Wynika to z faktu, że fotografia przedstawia przeszłość w znaczeniu barthesowskim – widz ma zawsze świadomość, że podmiot lub przedmiot obrazu istniał kiedyś w określonym czasie i miejscu, ale nie istnieje już tak samo w czasie oglądania fotografii (Barthes 1996: 157-162; Pąkowska 2004: 13). Fotografia jest kopią rzeczywistego przedmiotu i emanacją przeszłości – czymś związanym z magią, sztuką, metaforą zmartwychwstania. Możemy więc myśleć o wszystkich fotografiach w kategorii *memento mori*, gdyż nieustannie przypominają nam o śmierci (Ferenc 2011). Zdaniem Hansa Beltinga (2007: 305) wyobrażeniowe obrazy korelują z naszą duchowością i są przetwarzane przez obrazy widziane. Oznacza to, że obrazy w naszej pamięci ulegają przetworzeniu przez zdjęcia – ma więc znaczenie, jak te zdjęcia przedstawiają daną chwilę. Jeśli weźmiemy pod uwagę jeszcze fakt, że przedmioty – w tym fotografie – pomagają w tworzeniu nowych narracji, fotografia pośmiertna zyskuje na znaczeniu. Zdjęcia pomagają zachować wspomnienia, zapobiegać niedokładnym wspomnieniom, szanować dziecko i tworzą sposób na przebywanie z nim. Nie „oszukują spokojem” – jak to określiła Kamińska (2013: 121) – są utrzymane w określonej konwencji, by uwzględnić aspekty etyczny, terapeutyczny i artystyczny (Lange 2020). W procesie żałoby kluczowe znaczenie ma stworzenie odpowiednich warunków, które pomogą przekształcić więź i złagodzą cierpienie. Postrzeganie fotografii pośmiertnej jako transformacji bólu w rodzaj symbolicznej reprezentacji, która umożliwia doświadczenie straty i jej oswojenie, pozwala traktować ją jako narzędzie wsparcia w sytuacji straty.

To, na co zwracali uwagę rodzice, z którymi rozmawiałam, dotyczyło właśnie kontynuowania relacji ze zmarłym dzieckiem i utrzymywania pamięci o nim. Jak to trafnie ujęła Felicity T. C. Hamer (2020: 93) „przywoływanie zmarłych” ma znaczenie „ponieważ oni SĄ nadal z nami, tak samo, jak podtrzymują tożsamość swoich

rodziców”. Znaczenie mają w tym przypadku również „wewnętrzne reprezentacje” ilustrowane na zdjęciach poprzez nałożenie sylwetki zmarłego dziecka na portretowaną rzeczywistość – jak to ma miejsce na fotografiach autorstwa Jane Lewis (The Visual Storyteller 2019; por.: Hamer 2020: 48-50). Zdjęcia są też często jedynymi pamiątkami o dużej wartości dla rodziców (Martel, Ives-Baine 2014: 321). Mówi o tym jedna z matek (W17), podkreślając jednocześnie różne podejście swoich rodziców i rodziców męża:

[a]le mówię, no... **trudno jest nam o tyle to przeżywać, że to wszystko tak... ym skrajnie nasze rodziny. Mi jest trudno, bo skrajnie to nasze rodziny przeżywają, skrajnie różnie.** Tak jak mówiłam, **moi rodzice wspominają. Rozmawiamy o tym. Mamy zdjęcia. Oglądamy zdjęcia.** Yyyy... No, a... a na przykład **mam żal do mojej teściowej, bo zdjęcie [imię zmarłej córki] nagle zniknęło u niej z kredensu, nie?** Tak smutno. Nie powiedziałam tego [imię obecnego męża] a pewnie powinnam, **bo jest mi smutno, że... no bo przecież była, nie? Była i tego nigdy nie wymażemy** [zaznaczenia Ł. L.] [45-46: 1463-1470].

Różne podejścia do posiadania i nieposiadania zdjęć wynikają z odmiennych strategii radzenia sobie ze stratą – poprzez utrzymywanie pamięci o zmarłej osobie lub próbie zapomnienia o niej. Badana dodała również, że brak zdjęć powoduje u matek próby przypomnienia sobie wyglądu dziecka, dlatego ważne jest, by posiadać zdjęcia, nawet jeśli są to tylko zdjęcia z pogrzebu:

[...] **mamy próbują sobie czasami tam na przykład potem narysować to dziecko, nie?** No... Mój mąż mówi – Boże, jak można w ogóle robić zdjęcia takiej sytuacji? No... No można. Ja to w ogóle popieram...

[LL] mhm

[K12] ...nawet y mam wuja, który pisze kronikę rodzinną. I moi teściowie i mój mąż to wszyscy... dużo osób może... **dużo osób było oburzonych, że on robił zdjęcia na pogrzebie. A ja mam te zdjęcia. Schowałam, żeby mąż nie widział [śmieje się], ale potem mu pokazałam...** i w ogóle nie żałuję tego, że robił te zdjęcia... **znaczy to jest faktycznie trudna, nieprzyjemna chwila, ale ja nic z tego pogrzebu nie pamiętam. Nie nie pamiętam, kto był.** A potem oglądałam i mówię – zobaczyć ci byli, i zobacz ci też byli, i ci przyszli, i ci z dzieckiem małym yy i ci zobacz jakiego misia..., który później tam leżał... Tak wszystko po prostu mi się [10sek]. I znowu właśnie dzięki temu sobie myślę, że **to wcale nie był zły pomysł.** Też na początku byłam taka trochę – Boże, co ten wujo... po prostu tu zdjęcia robi jakies? Ale ale absolutnie absolutnie **teraz nie żałuję**, bo mnie to są, to są takie chwile no, **nie wymażesz tego ze swojego życia.** Nie? Że obojętnie chce się tam o tym pamiętać, czy nie, to to nigdy się tego nie zmieni już... **dobrze jest o tym pamiętać, bo to jest jakaś tam część naszego życia** [zaznaczenia Ł. L.] [46-47: 1496-1512].

Zdjęcia pełnią funkcję zewnętrznej pamięci, utrwalają to, co z czasem może zniknąć z pamięci lub częściowo wyblaknąć (McElroy 2013). Sara L. Martel (2014) przekonuje, że szczególnie istotne jest zachowanie tych wspomnień, które na skutek stresu (poród, choroba), poczucia wyobcowania i niepewności (szpital, hospicjum) oraz szybkiego, często wspieranego lekami tłumiącymi ból doświadczenia, nie zostaną zapamiętane. Fotografie są dowodem istnienia dziecka i dlatego ich wartość dla rodziców jest duża – pomimo stresujących sytuacji związanych właśnie z zaprzeczaniem, chowaniem zdjęć, udawaniem, że ani dziecka, ani jego choroby i cierpienia nie było, czego doświadczają rodzice ze strony dalszych lub bliższych członków swojej rodziny. Mówi o tym matka (W18), która straciła swoje dziecko po latach walki z chorobą:

[b]o ja akurat... nie rozumiem takich osób, **jak to można wyrzucić?** Bo to tak jakby **kogoś nigdy nie było, ale przecież był, więc moim zdaniem to nie jest złe, jeżeli ja mam zdjęcia swojego dziecka... mimo to że ono nie żyje...** [...] To może tak być... Ja ostatnio ze swoją mamą oglądałyśmy zdjęcia... [zaznaczenia Ł. L.] [41: 1368-1371].

Te nieliczne, ale znaczące głosy uwzględniające wartość zdjęć w uśmierzaniu bólu po stracie dziecka, pozwalają mieć nadzieję, że fotografiami cieszyć będą mogli się nie tylko rodzice dzieci starszych, ale również ci, którzy stracili dziecko na bardzo wczesnym etapie. Szczególnie w dobie fotografii cyfrowej, o czym pisze Helen Ennis (2011: 127) dostrzegając podobieństwo między fotografią analogową i cyfrową. Twierdzi ona, że „technologie cyfrowe dają nowe możliwości obrazowania, a także nowe możliwości społeczne i kulturowe” (*ibidem*).

6.8. Inne sensory (węch, dotyk, słuch i smak)

Ciało jest pierwszym świadkiem wszelkich zdarzeń. To przez ciało i z jego pomocą doświadczamy świata. Integralna część „ja” pozwala czuć za pomocą zmysłów wszystko, również to, czego nie potrafią wyrazić słowa. Ważnym więc i często niedocenianym aspektem doświadczenia żałoby i radzenia sobie ze stratą są odczucia sensoryczne. Alecia Denis (Facebook, Cherish Death & Mourning 2021), amerykańska doula umierania

zaproponowała jako pomoc w radzeniu sobie z żałobą „pudełko pięciu zmysłów” (5 *Senses Box*), którego celem jest upamiętnienie osoby zmarłej oraz pomoc dla osoby osieroconej. Co może znaleźć się w takim pudełku? Denis poleca, by umieścić w nim na przykład: ulubione perfumy lub wodę kolońską (zapach), płytę CD z ulubioną piosenką (dźwięk), kilka sztuk ulubionych cukierków lub przepis na ulubione danie (smak), niewielki pled lub poduszkę uszyte z czegoś, co nosiła osoba zmarła (dotyk) oraz jej zdjęcie (widzenie) (*ibidem*). Sam fakt skierowania uwagi przez doułę umierania na doznania zmysłowe w żałobie jest wart odnotowania, bo zmysły pozwalają może nie tyle wytworzyć dowody istnienia dziecka, które istniało zbyt krótko lub odeszło zanim zdążyło zaistnieć w „świadomości świata”, ile ułatwiają utrzymywanie z nim więzi. Istotne jest więc, by posiadać takie dowody i móc legitymizować swoje emocje oraz relację z dzieckiem. Marcus B. Weaver-Hightower (2012: 475-476) dzieli się listą takich rzeczy, które pozostały mu po zmarłym dziecku:

- (a) **Kosmyki włosów**, zaskakująco ciemnych [...].
- (b) **Prochy** [...]; teraz przechowywane na nocnym stoliku w **drewnianej skrzynce z czerwonego dębu [...], zrobionej przeze mnie**.
- (c) Żółty plastikowy dwustronny **grzebień** dziecięcy, używany do czesania jej włosów po porodzie.
- (d) **Szpitalna opaska** na rękę noszona przez Matildę po porodzie.
- (e) **Różowa szpitalna karta informacyjna** [...]
- (f) **Mały pierścionek, srebrny** (dawniej pozłacany), noszony przez nią przez kilka godzin; teraz noszony przez cały czas na łańcuszku na mojej szyi.
- (g) **Wypchany miś** [...], trzymany przez nią przez kilka godzin; o nazwie „Mattie Bear”; teraz strzeże pudła z prochami.
- (h) **Odlew prawej ręki, nadgarstka i części przedramienia**; gips [...].
- (i) **Dziergany koc**, różowy i puszysty; wykonana przez położną, która urodziła dwoje martwych dzieci; utrzymywał Matildę w cieple w chłodni na oddziale położniczym.
- (j) **Odciski dłoni i stóp na papierze**, czarny tusz; zaskakująco duże.
- (k) **Odciski dłoni i stóp, owalny plaster**, czarny tusz [...].
- (l) **Fioletowe pudełko na pamiątki** pokryte atłasem (używane jak relikwiarz), [...] ręcznie malowane róże i stokrotki, zamykane fioletową wstążką.
- (m) **Książeczka dla niemowląt** zawierająca teksty, zdjęcia i ultradźwięki; zakończona na 16 stronie.
- (n) **Nagranie wideo z nabożeństwa żałobnego**; 54 minuty, 34 sekundy.
- (o) **Nagranie dźwiękowe bicia jej serca**; 34 sekundy.
- (p) 92 **profesjonalne zdjęcia**; głównie czarno-białe, niektóre kolorowe; niektóre cyfrowe ręcznie kolorowane.
- (q) 27 **amatorskich fotografii** [...], kolorowe; wykonane przez pielęgniarkę; szokująco realistyczny, ponieważ są bez retuszu [zaznaczenia Ł. L.].

Te przedmioty są dowodem na istnienie Matildy, córki badacza – „wiążą ją z tym światem” (*ibidem*: 14). Są pamiątkami, które pozwalają rodzicom iść dalej. Jednak „iść dalej”, wcale nie oznacza „zapomnieć”. Angela Miller (Facebook, A Bed For My Heart 2020), pisarka i osierocona matka mówi, że „tęsknota za dzieckiem nie jest życiem przeszłością. Jest miłowaniem swojego dziecka w chwili obecnej”. Zachowywanie przedmiotów po dziecku, które mają na celu przypominanie i „utrzymywanie przy życiu” (czy raczej „przy żywych”) zmarłego dziecka jest naturalnym sposobem radzenia sobie z tym trudnym doświadczeniem. Podkreślenia w liście rzeczy po Matildzie wyznaczają różne obszary związane ze zmysłami – fotografie, odciski stóp itp., czyli rzeczy, które można zobaczyć. Dodatkowo należy brać pod uwagę fakt, że fotografia jest docenianym narzędziem terapeutycznym, o czym już wspominałam w poprzednim rozdziale. Nagrania bicia serca, czyli rzeczy, które można usłyszeć. Dziergany koc, odlew ręki, czyli rzeczy, których można dotknąć, by przywołać wspomnienie obecności drugiego ciała. I wreszcie przedmioty, które mogą wiązać się z zapachem lub smakiem – te częściej pojawiają się w przypadku dzieci, które umarły w jakiś czas po urodzeniu, a ich ubrania przeszły ich zapachem, lub które miały już swoje ulubione smaki, na które reagowały specyficzną miną lub emocjami wyrażanymi akustycznie. Doznania smakowe i węchowe są silnie powiązane ze sobą i nie muszą być ulubionymi smakami/zapachami osoby zmarłej – mogą się z nią po prostu kojarzyć. Zmysłowe doznania mogą się łączyć – doświadczenia wzrokowe wspomagane dotykowymi, pozwalają poczuć bliskość zmarłych i przywołać ich wspomnienie. Wśród doświadczeń taktylnych i okulocentrycznych jednocześnie znajdują się na przykład opisywane już tatuaże upamiętniające lub symboliczne. Doświadczenia dotykowe i zapachowe występują w przypadku zachowywania ubrań zmarłej osoby i powracania do ich zapachu i faktury. Raewyn Turner (2003: 111) pisze, że kolor i zapach mogą być portalem dla struktur muzycznych, natury i „instynktu radości”, ponieważ są ze sobą powiązane synestetycznie.

Do takich zmysłowych „pamiętek” mogą należeć również te, które rodzicom kojarzą się z dzieckiem, jak melodia, którą usłyszeli wsiadając do samochodu po pierwszym badaniu USG, zapach posiłku, który uczcił informację, że spodziewają się dziecka itp. Mogą to być również rzeczy kojarzące się z informacją o śmierci i nie jest powiedziane, że muszą wywoływać tylko negatywne reakcje. Lista rzeczy mających

wpływ na nasze wspomnienia o zmarłych pozostaje niewyczerpana, bo każda osoba w trochę inny sposób wchodzi w interakcje ze światem – czasami będzie bardziej skupiona na jednym zmysle, czasami na różnych.

Działania oparte na zmysłach mogą również pomagać w kojeniu traumy. Podobnie jak w przypadku ćwiczeń fizycznych czy dramy wartościowy będzie udział w grupowych spotkaniach, chociażby chóru. Wyśpiewanie swoich emocji poprzez tradycyjne pieśni żałobne jest praktyką bardzo odprężającą i pozwalającą na odczucie ulgi, bo angażuje dużo emocji, które jednocześnie wyrzuca się z siebie poprzez śpiew. Dodatkowo jest to intensywna praktyka oddechowa wpływająca pozytywnie na organizm. W następnych podrozdziałach postaram się opisać najważniejsze ze zmysłowych praktyk kojących ból po stracie. Część z nich nie pochodzi bezpośrednio z przeprowadzonych wywiadów, ale z wieloletniej obserwacji działań rozmaitych organizacji poświęconych pomocy osieroconym rodzicom lub z działań osób prywatnych, które promują te rozwiązania (pieśni żałobne). Dodam również, że podział na poszczególne zmysły ma charakter porządkujący, należy jednak pamiętać, że rzadko kiedy opisywane działania dotyczą tylko jednego zmysłu. Zwykle są one multisensoryczne – jak np. opisana w poprzednim rozdziale fotografia, która z jednej strony odbierana jest na poziomie wzrokowym, ale również może zawierać w sobie elementy doznań dotykowych, jak trzymanie fotografii, gładzenie jej powierzchni, całowanie lub przytulanie.

6.8.1. Doświadczenia olfaktoryczne

Kelvin E. Y. Low (2018) poświęcił dużo uwagi zmysłowi powonienia, który w hierarchii zmysłów przedstawiany jest dość nisko i uznawany za zbędny. Avery N Gilbert (2010: 97-98) przedstawia freudowski stosunek do zapachu:

Zygmunt Freud nie darzył specjalną estymą nosa. Postrzeganie zapachów uważał za zdolność szczątkową, sensoryczny odpowiednik wyrostka robaczkowego. Według niego węch stał się bezużyteczny, gdy nasi przodkowie przyjęli wyprostowaną postawę i zaczęli się poruszać na dwóch nogach, czym zwiększyli odległość między nosem a ziemią. [...] Freud sądził, że kolejne etapy rozwoju człowieka odzwierciedlają historię gatunku. Początkowe zainteresowanie niemowlęcia zapachami znika, podobnie jak szczeliny skrzelowe w stadium embrionalnym.

Węch jest tym, co w człowieku najbardziej zwierzęce – stąd ambiwalentny stosunek demonstrowany przez wieki. Jednocześnie Low wykazuje, że zmysł ten nie tylko jest połączony ze zmysłem smaku (Long 2007: 11; Shepherd 2006), ale też pozwala na poznanie przestrzeni („krajobrazy zapachowe”) oraz pomaga zapamiętywać wydarzenia z życia codziennego (Low 2005). Zapach ma znaczenie jako jeden z elementów konstruujących światy społeczne (Low 2015). Dodatkowo „węch nabiera znaczenia symbolicznego [...] jako mechanizm klasyfikacyjny, za pomocą którego kategoryzuje się zarówno osoby, jak i substancje” (Low 2012). Zapachy są kodowane w pamięci – percepcyjnie i semantycznie (Olsson, Cain 2003: 48). Działanie pamięci olfaktorycznej jest więc uwarunkowane nadawanym znaczeniom. Egon Peter Köster (2005: i237) uważa, że zapachy „są związane z osobistymi sytuacjami i ten sam zapach może być przyjemny w jednej sytuacji i nieprzyjemny w innej. Po zidentyfikowaniu mogą stracić swoje pierwotne znaczenie”.

Interesujące badania dotyczące wpływu zapachu potomstwa na zachowania macierzyńskie przeprowadził międzynarodowy zespół badaczek i badaczy. Celem badania było sprawdzenie na modelu zwierzęcym – owce – czy i w jaki sposób zapach potomstwa wpływa na dorosłe owce i pozwala na rozpoznawanie własnego potomstwa? Twierdzą oni, że „w przypadku owiec [...] zapachy w powietrzu, a nie feromony, mają kluczowe znaczenie dla poporodowego rozwoju selektywnego rozpoznawania węchowego potomstwa” (Kendrick i in. 1997: 391). Nie sugeruję tutaj, że identyczne reakcje zachodzą w przypadku ludzi, zwracam jednakże uwagę na to, że zapach jest u wielu gatunków (w tym u *homo sapiens*) właśnie tym czynnikiem, który wywołuje określone zmiany w działaniu receptorów, co prowadzi do określonych zachowań, a także inicjuje wspomnienia. „Zapachy mają niezwykłą zdolność przypominania nam czasami bardzo odległej przeszłości. Wspomnienia te często charakteryzują się silną konotacją emocjonalną i specyficznością, co sprawia, że zmysł węchu jest szczególnie przydatny do badania pamięci autobiograficznej” (Zucco i in. 2012: 179).

Beata Hoffmann (2013: 9) zauważa, że „[p]rzychodzące na świat dzieci mają własny, niewystępujący już nigdy w trakcie późniejszego życia, zapach”. Dodaje również, że zmysły są naszymi „przewodnikami w świecie”. Zapachy są więc z jednej strony istotne biologicznie, z drugiej społecznie. Nic więc dziwnego, że w celu przywołania wspomnienia jakiejś osoby – zamiast oglądać fotografie, „sięgamy po

zapachy”. O praktyce takiej mówiły wszystkie mamy (ojcowie o zapachu nic nie mówili), których dzieci zdążyły swój zapach zostawić (W11; W17; W18). Wszystkie one przechowują przedmioty i ubrania swoich zmarłych dzieci i w miarę możliwości chronią ich zapach, by nie zwietrzał. Jedna z nich (W18) powiedziała:

[...] Na początku tak robiłam... na początku... **żeby jeszcze poczuć jej zapach**. Do tej pory i ubranka, w których była, które rozcinaliśmy, są osobno spakowane... i dawno już tego nie robiłam, ale **raz na jakiś czas faktycznie akurat je odwijałam** i i tak... **żeby ją poczuć... tak chociaż w zapachu...** to chyba dobrze, że to **miałam...** z jak... do jak najwięcej największej ilości bodźców, że ona była... [zaznaczenia Ł. L.] [41: 1362-1366].

Działanie takie uspokaja i przywołuje obecność dziecka, niejako „otula” zapachem. Jest to aktywność bardzo stymulująca, chociaż nadal słabo zbadana i mało doceniana.

6.8.2. Doświadczenia taktylne

Dotyk jest kluczowym zmysłem w naszych interakcjach ze światem (Jones 2018: 1). Możemy odczuwać wrażenia skórne powierzchniowe, ale również odczuwamy ból i temperaturę oraz pozycję i ułożenie części ciała (propriocepcja). To ostatnie czucie sprawdza się w przypadku aktywności fizycznej, o czym już pisałam w rozdziale o aktywności fizycznej. Tym razem najbardziej interesuje mnie sam dotyk i możliwość wchodzenia w kontakt z przedmiotami, które stanowią przedmioty kultywowania pamięci zmarłego dziecka i pozwalają na utrzymywanie z nim więzi. Przy okazji fotografii wspomniałam, że zawsze były one obiektami taktylnymi, które poza oddziaływaniem na zmysł wzroku, dawały możliwość kontaktu dotykowego, tak samo jak przedmioty po zmarłej osobie, czy biżuteria zawierająca elementy ciała zmarłego – zęby lub włosy (Holm 2004; Lutz 2011; Wildgoose 2019). Te dawne sposoby upamiętniania – chociaż nadal przyciągają uwagę wielu osób i budzą żywą fascynację, uznawane są za zbyt przerażające czy makabryczne. Jednocześnie współcześnie włosy lub prochy mogą zostać przetworzone w diamenty, które są pamiątką po zmarłej osobie (Gajewska 2009; Domańska 2019). W konwencji robienia nowych przedmiotów z pamiątek po zmarłych osobach jest również poszewka na poduszkę zrobiona ze wstążek, które zdobiły wieńce na grobie trzynastolatka. Siostra chłopca podzieliła się tą

historią na jednej z facebookowych grup, pisząc, że w 1967 roku po pogrzebie chłopca, jego matka zleciła wykonanie poszewki na poduszkę. Poduszka była ozdobą – leżała na fotelu lub sofie w miejscu, w którym mogłoby siedzieć dziecko. Była nie tylko przedmiotem dotykany, ale również swoją obecnością przypominała o zmarłym.

Mark Paterson (2007: 1) uważa, że dotyk „to zmysł komunikacji. Jest otwarty, ekspresyjny, potrafi komunikować empatię. Może zbliżyć odległe przedmioty i ludzi”. Terapeutka Virginia Satir (Rosenblatt 2011) uważa, że „człowiek potrzebuje czterech uścisków dziennie by przeżyć, ośmiu uścisków dziennie by być zdrowym, a dwunastu, by się dobrze rozwijać”. Znaczenie fizycznego dotyku jest często lekceważone lub przyjmowane za pewnik (Ord 2009). O tym, że dotyk jest ważny, możemy przeczytać też w badaniach nad znaczeniem „dotyku dla prawidłowego rozwoju kręgowców wyższych” (Bajek i in. 2014). Okazuje się bowiem, że młode pozostawione bez czułości i opieki, nie rozwijają się prawidłowo – poza tym stwierdzono, że „potrzeba bliskości” okazała się „ważniejsza niż zaspokojenie głodu” (*ibidem*: 423). Gatunek ludzki również podlega tym uwarunkowaniom, co wyrażane jest między innymi poprzez traktowanie dotyku, jako sposobu społecznej kontroli chociażby względem dzieci (Cekaite 2016). Ponadto David J. Linden (2015: 20) dostrzega, że „nawet przypadkowe doświadczenie dotykowe może wpłynąć na nasze wrażenia o ludziach i nasze interakcje społeczne”. Zwraca on również uwagę na to, że dotyk jest pierwszym zmysłem, który pojawia się na poziomie rozwoju embrionalnego (*ibidem*: 37) a także, że dzieci wychowywane w sierocińcach z mniejszą ilością personelu, wykazywały objawy deprywacji dotykowej (*ibidem*: 38). Dodaje jednocześnie, że już

dwadzieścia do sześćdziesięciu minut dziennie delikatnego masażu i manipulacji kończynami było w stanie w większości przypadków odwrócić negatywne konsekwencje pozbawienia dotyku. Dzieci otrzymujące terapię dotykową szybciej przybierały na wadze; miały mniej infekcji, lepszy sen i mniej płakały; postępowały szybciej rozwój koordynacji ruchowej, uwagi i umiejętności poznawczych (Linden 2015: 38).

Ciąża jest doświadczeniem cielesnym, które w dużej mierze koncentruje się na dotyku. Pozostaje on w związku z tym kontynuacją bliskości po porodzie. W przypadku dzieci bardzo małych (wcześniaki), problem polega na tym, że nie tylko nie ma ich jak dotknąć, ale często nie jest wskazane nawet, by je pokazywać rodzicom. Nadzieję daje technologia, a dokładniej wydruki 3D. Anne Freier (2018) pisze o możliwości

wydrukowania modelu 3D dziecka. Firma Embryo 3D oferuje złote i metalowe wersje takich wydruków (Freier 2018). O ile technologia skanowania 3D jest przydatna dla służb medycznych, które mogą sprawdzić prawidłowość rozwoju dziecka, to dla rodziców wydruk 3D jest niezwykle możliwością dotknięcia swojego nienarodzonego dziecka, a w przypadku utraty tego dziecka na wczesnym etapie ciąży – pozostaje jako namacalna pamiątka, dowód na istnienie dziecka. Takie rozwiązanie poleca się również rodzicom niewidzącym, którzy nie mogą zobaczyć dziecka na odbiorniku USG, za to mogą go dotknąć jeszcze przed narodzeniem (Nicot i in. 2021).

Podobnym rozwiązaniem, które jest odpowiednie dla mam, które doświadczyły niepowodzenia reprodukcyjnego, poronienia lub martwych narodzin – są lalki *Reborn*. Stało się o nich głośno dzięki projektom artystycznym (Jonderko br) i programom telewizyjnym (Fitzgerald 2011) i filmom dokumentalnym (Silver 2008, *My Fake Baby*). Karolina Jonderko postanowiła zgłębić fenomen tych lalek i prowadzi projekt fotograficzny z ich udziałem. Lalki te oprócz walorów estetycznych i kolekcjonerskich są używane do terapii – przy czym należy zaznaczyć, że wywołują skrajne emocje, a czasami też krytykę ze strony osób, które nie rozumieją, czym jest żałoba po dziecku (zob. forum: Czarne fotki 2013). Michele White (2010: 70-74) podkreśla, że twórcynie *Reborn Dolls* zachęcają do tworzenia więzi z lalkami, przez doświadczenie dotyku i emocjonalnego czucia, co zostało podchwyczone właśnie w związku z sytuacjami straty dziecka – terapia tego typu ma więc szansę pomóc rodzicom w radzeniu sobie z poczuciem pustki.

Rodzice, których dzieci żyły kultywują rozwiązania dobrze znane – przechowują przedmioty, w tym ubrania dzieci. Ponownie pojawia się tutaj kwestia nie tylko dotyku, ale też powonienia, o czym opowiada jedna z mam (W17), która posiada skrzynkę z pamiątkami po córce:

[...] **Zrobiliśmy sobie skrzyneczkę**, w której mamy **body** [imię zmarłej córki], w którym była. Mamy **pukielek włosów**, który jej ucieliśmy, bo tak jej włoski rosły, że jeden taki kosmyk rósł jej bardzo długi i ciągle wchodził na oczy, i końcu stwierdziliśmy, że ten kosmyk jej utniemy... **I ja wtedy pomyślałam, że go schowam. I fajnie, że go schowałam, bo teraz go mam.** ee... [konspiracyjnie] Jak potrzebuję sobie pociechę, to idę do prostu sobie do tej skrzyneczki, **powącham sobie go...** wsadziłam ten [imię zmarłej córki] yyy... body wsadziłam w taki woreczek. **I ciągle mi się wydaje, że czuję ten zapach jej...** **Bardzo długo zresztą spałam właśnie yyy właśnie z jej koszuleczką tam, którą miała ten ostatni wieczór, jak jeszcze w domu była... pod poduchą...** już już myślę... jakiś czas

temu dojrzałam do tego, żeby ją przeprać i schować do do do pudełeczka ale... długo długo mi towarzyszyła. [6sek] No, pustka nie z tej ziemi..., nie? [zaznaczenia Ł. L.] [42: 1337-1347].

Tworzenie skrzynek, pudełek lub szkatulek z przedmiotami po zmarłym dziecku jest sposobem na utrzymywanie pamięci o dziecku, możliwością spotykania się z innymi członkami rodziny i wspominania, a także sposobem na kontynuowanie więzi. Dlatego ważne jest, by w miarę możliwości i własnych potrzeb takie przedmioty przechowywać – te najbliższe sercu są schowane w rzeczonych skrzyneczkach – inne mogą być na widoku (jak zdjęcia, zabawki itp.).

6.8.3. Doświadczenia audialne

Jerzy Waldorff (1982) opublikował swego czasu zbiór felietonów pod tytułem *Muzyka łagodzi obyczaje*. Faktycznie nie mylił się. Muzyka ma wyjątkowy wpływ na ludzi – potrafi uspokajać i relaksować, co znajduje zastosowanie w terapii, potrafi inspirować, otwierać, pozwala uwolnić emocje i uruchomić ekspresję, a nawet umożliwia zapomnienie się w rytmie, melodii lub tekście. Philip Ball (2017) zachęca do „otwierania umysłu muzyką”, do docierania do wspomnień z pomocą muzyki, opisuje przy tym projekt *Music for Life*, którego celem jest wspieranie osób z demencją. Gudrun i David Aldridge (2008: 204) ilustrują przebieg terapii muzyką skoncentrowany na aktywnym słuchaniu, przy czym celem takiej terapii jest „odnalezienie siebie”. Terapia poprzez muzykę wspiera podstawowe ludzkie potrzeby dotyczące uznania, tożsamości, przynależności oraz transcendencji (Ansdell 2014: 295). Literatura na ten temat jest bogata – większość takiej pomocy kierowana jest do osób z problemami psychiatrycznymi lub chorych na choroby przewlekłe (Aldridge 2005; Bruscia 2012; 2014; Bunt 1994; Darnley-Smith, Patey 2004; Hamilton i in. 2012; Hanser 2016; Lee 1996; Stige i in. 2010; Wigram i in. 2002). Istnieje wiele modeli i teorii związanych z muzykoterapią, nie stanowią one jednak przedmiotu moich rozważań (zob.: Wigram i in. 2002).

Z kwestią oddziaływania muzyki na osoby w żałobie jest pewien problem – nie wszystkie badania taki wpływ potwierdzają (Hudgins 2007: 46), a ponieważ w

wywiadach tylko w jednej rozmowie (W17) pojawiła się wzmianka o muzyce, trudno eksplorować ten wątek, ale postaram się wyjaśnić, na czym polega fenomen muzyki w żałobie. W przypadku nadmienionego wywiadu chodziło o ulubiony zespół i piosenkę, która sprawia, że rodzice czują się źlej. Jest to „ich” muzyka, która ma znaczenie emocjonalne. Dalszy fragment tej rozmowy pojawił się przy okazji omawiania tańca, ponieważ to właśnie do tej piosenki rodzice tańczą i płaczą:

[m]amy jakąś taką swoją piosenkę z mężem, która strasznie... nie ma nic wspólnego z dziećmi... IRY zresztą yy, ale po prostu **tak nam się kojarzy z tym czasem, kiedy właśnie [imię zmarłej córki] odeszła...** teraz notabene byliśmy na koncercie, chyba tak [śmieje się] celowo nawet, bo niby w ogóle mój mąż nie lubi koncertów, więc rzadko chodziliśmy, a teraz nagle wyszedł i – jedziemy na koncert, bo IRA będzie grała w [miejsce zamieszkania K12]. I i i... o, Jezus... w ogóle te... **Katharsis to jest nasze.** [zaznaczenia Ł. L.] [1451-1456].

Takie działanie muzyki na rodziców w żałobie kieruje mnie do wątku pieśni żałobnych i pogrzebowych, które są częściowo zapomnianymi elementami tradycji. O zamieraniu tradycji pieśni pogrzebowej pisał Jacek Kolbuszewski (1986: 56), który podjął próbę zarysowania problemu i wskazania, „jak bardzo wdzięcznym, złożonym, ale trudnym obszarem dla badań jest ta, niesprawiedliwie do tej pory pomijana, a na naszych oczach bodaj ostatecznie zanikająca gałąź, polskiej pieśni powszechnej”. Stało się tak dlatego, że śpiewacy pogrzebowi wymierają, nie przekazując swojego dziedzictwa. A nie przekazują go, bo młodsze pokolenia mężczyzn zdają sobie sprawę z obciążenia, jakim jest śpiewanie tego rodzaju pieśni. Poza tym planują dla siebie inną przyszłość, niepowiązaną ze śpiewem okazjonalnym. Podczas badań poświęconych łączyckim pieśniom weselnym i pogrzebowym (projekt *Zagrajże mi muzykancie, ja ci zaśpiewam, zaśpiewam* 2017), miałam okazję poznać śpiewaczki i śpiewaka, którzy wykonywali różne okolicznościowe pieśni. Nieliczne z tych osób wykonywały pieśni pogrzebowe, głównie ze względu na obarczenie tego zajęcia przesądem, że wprowadza się śmierć do domu, lub zabiera się ją ze sobą do domu. To przekonanie było na tyle silne, że część osób odmawiała śpiewania lub intonowania pieśni żałobnych w pobliżu swoich domów. Mniej przesądne osoby, w tym kobiety, śpiewały zarówno pieśni weselne, jak i te pogrzebowe, nie zwracając uwagi na to, co inni mówią. Pieśń żałobna i pogrzebowa pełniła ważną rolę. Karolina Makowska i Małgorzata Frąckiewicz (2015: 143) piszą o nich tak:

Pieśń połączona jest z rytuałem, stanowi intertekstualny materiał, osadzony w kulturze. Jednocześnie należy postrzegać ją jako źródło badań o głębokich treściach dotyczących wiary, świadomości religijnej, utrwalonej w tradycji motywowanej przez ludzkie doświadczenie śmierci. Przez śpiew sąsiedzi i bliscy żegnają zmarłego i wyrażają swój ból i żal po jego stracie. Jest to społecznie przyjęta forma zachowania wspólnoty wobec śmierci, która pozwala na pogodzenie się z nią. Ponadto wykonywanie pieśni wiąże się z aspektem wspólnotowym – zmarły nie ma już możliwości, aby prosić Boga o łaski, ale taką zdolność w jego imieniu ma społeczność wiejska, która próbuje zjednać nieboszczykowi Stwórcę i świętych. Śmierć jednoczy wspólnotę i podtrzymuje tradycję [...].

Zainteresowanie społeczne tradycyjnymi pieśniami sprawiło, że w ostatniej dekadzie udało się w różnych regionach Polski odnaleźć osoby wykonujące pieśni okolicznościowe i utrwalić je, zachowując dla potomnych (Gałązka 2017-2021; Krusznia 2010-2012; Lasota b.r.; Gumkowska, Lasota b.r.; Liwiec 2015-2021). Przyczyniło się to do wzrostu popularności śpiewania, która sprzyja przejmowaniu tychże pieśni i wykonywaniu ich w niezwiązanych z pogrzebami okolicznościach, czy powrót muzycznych obchodów Zaduszków itp. Jedną z takich osób, które starają się kontynuować pogrzebową tradycję śpiewaczą lub tworzyć ją na nowo jest Adam Strug, który w rozmowie z Izą Smelczyńską (2017) dla *Przekroju* skwitował:

Patrząc z dalszej perspektywy na całą Polskę, nie mam, niestety, dobrych wiadomości. Wszystko wskazuje na to, że obrzędu pogrzebowego też niemalże się wyrzekliśmy. Na zachodzie kraju tradycja ta odeszła w zapomnienie wraz z pokoleniem urodzonym przed pierwszą wojną. Na wschodzie natomiast do dnia dzisiejszego praktykuje się obrzędowość, aczkolwiek można zaobserwować kilka faz rozpadu. W tym pożądanym kształcie obrzędu pogrzebowego to mężczyźni prowadzili śpiewy. Kolejna faza to prowadzące kobiety. Ostatni etap transformacji pozostawia jedynie modlitwy recytowane – dzisiaj najczęściej spotykamy się właśnie z taką formą obrzędu pogrzebowego. [...]. Tematyka i jakość tekstów są różne. [...]. Analizując dokładniej repertuar pogrzebowy, znajdziemy poezję Kochanowskiego, Krasickiego, Naborowskiego, Żabczyca. Pojawia się też poezja gminna, [...]. Podmiotem pieśni zazwyczaj jest osoba zmarłego, więc śpiewamy niejako w jego imieniu. Wgłębiając się w treść, zauważymy, że nie są one jedynie modlitwą za zmarłych, lecz także przestrogą i nauką dla żyjących. Niekiedy są to też śpiewane afekty mówiące o tęsknocie i pustce, niekiedy nawiązują wprost do męki Chrystusa. Wiele tekstów pochodzi ze średniowiecza, renesansu i baroku, ale pojawia się w nich wątek dydaktyczny dopisany w późniejszych wiekach przez jezuitów (*ibidem*).

Strug nie jest jedyną osobą zaangażowaną w promowanie pieśni pogrzebowych, nagrywanie płyt, czy organizowanie spotkań śpiewaczych. Również Paweł Grochocki

(Czyżewska-Jacquemet, Grochowski 2020), śpiewak określający siebie jako „towarzysza śmierci” i „śpiewo-terapeutę”, zwraca uwagę na istotność muzycznej oprawy pogrzebów. Wskazuje on na relację między emocjami związanymi z żałobą a śpiewaniem i uwalnianiem tego, co nas ogranicza (także fizycznie poprzez spięcia w organizmie), co nie pozwala „uwolnić głosu”. O swoim śpiewaniu mówi:

nie traktowałem mojego zainteresowania wiejskimi pieśniami pogrzebowymi w kategoriach metody, raczej jako ratowania czegoś, co dotychczas było powszechną tradycją. Dzisiaj zauważam wielką potrzebę uwolnienia głosu, i wcale nie chodzi mi o funkcję estetyczną. Źródło tych pieśni wynika z potrzeby wpływu emocji i ekspresji głosowej. Te pieśni udrażniały to, co siedziało w uczestnikach. Dobry śpiewak wiedział, kiedy repertuarem podkreślić atmosferę albo ją rozluźnić. To w pewien sposób fenomen, że istnieją pieśni pogrzebowe oparte na rytmie trójkowym, czyli oberkowym, albo pieśni durowe, jasne, radosne. Zdarza mi się pracować głosem, jeśli chodzi o wykrzyczenie tego, co siedzi w ludziach przeżywających żałobę (Burdzan, Grochowski 2019).

Stratę można więc oswajać śpiewem, można też poprzez śpiew docierać do emocji, których nie potrafimy inaczej wyrazić. Irena Burczyk (2016: 227) skupia się na zjawisku wykorzystania głosu w terapii – w jej mniemaniu muzyka, która ma oddziaływanie katartyczne, poprzez użycie głosu przyczynia się do wprowadzenia organizmu ludzkiego w wibrację. Wibracji tej przypisuje się pozytywny wpływ na ciało. Biorąc pod uwagę fakt, że głos pełni funkcję nie tylko komunikacyjną, bowiem wyraża też ekspresję, autorka ta wykazuje, że użycie go w terapii prowadzi do odreagowania, wyciszenia napięć, nabrania dystansu, przeżycia, oswojenia i uzewnętrznienia trudnych emocji, a przy tym wpływa pozytywnie na psychikę (Burczyk 2016: 228). Dołożenie do części wokalne ćwiczeń oddechowych powoduje również fizyczną poprawę funkcjonowania organizmu (*ibidem*). Istotny wpływ ma w tym przypadku prawidłowa emisja głosu, która „korzystnie wpływa na narząd głosu, podstawowe funkcje organizmu, oddychanie, pracę serca, trawienie, funkcje układu nerwowego. Angażuje do działania i współpracy wszystkie grupy mięśni, które się wzajemnie wspomagają, nie przeszkadzając sobie. Nie powoduje to uczucia zmęczenia, a przyjemność” (*ibidem*: 229). Dlatego zarówno tworzenie muzyki, jak i wykonywanie jej może pozytywnie wpływać na osoby w żałobie.

Brak pojawienia się tego typu aktywności wśród moich rozmówczyń i rozmówców może wynikać po pierwsze z tego, że nie jest ona postrzegana jako sposób radzenia sobie ze stratą. Uważana jest za „normalną” aktywność – nawet, kiedy mowa

jest o drugim dziecku (W18), które wieczorami śpiewa sobie i zmarłej siostrze piosenki, nie upatruje się w tym działania terapeutycznego, kojącego. Odczytuje się to zachowanie jako normalne, ignorując przy okazji jego potencjał.

6.8.4. Doświadczenia gustatoryczne

Kolejny zignorowanym zmysłem jest smak, który jako jedyny w ogóle nie pojawił się w moich badaniach. Nikt o nim nie wspominał, chociaż jedzenie często towarzyszyło sytuacji wywiadu, niemal jak przy spotkaniach organizowanych przez Michaela Hebba (2019)³⁰. Obecność smaku w życiu codziennym jest na tyle oczywista, że trudno wykluczyć go z żałoby, ale ta oczywistość jest też na tyle wszechogarniająca, że trudno dostrzec relację pomiędzy jedzeniem a żałobą. Tymczasem jedzenie jest potężnym narzędziem wspierającym osoby w żałobie, tak samo jak tradycja konsolacji, stypy czy „karmienia dusz” (Hadad 2008; Ord 2009). W kulturach zachodnich strawa pogrzebowa uważana była za sposób na ukojenie smutku i umacnianie więzi jednoczących społeczność żywych w obliczu śmierci (zob.: Bohdanowicz 1999; Chętnik 1936; Fischer 1921; Lee 2007; Levi 2012; Metcalfe, Hays 2012; Straczuk 2013; Szromba-Rysowa 1986; Thursby 2006; Udziela 1934). Louis-Vincet Thomas (1991) zauważył, że powszechnym jest związek między śmiercią i pożywieniem, który uwidacznia się w praktykach kulturowych. Z jednej strony jedzenie ma ochraniać przed śmiercią i ją negować – utrzymując przy życiu tych, którzy spożywają posiłki. Z drugiej włącza zmarłego do życia, do wspólnoty żyjących. Należy pamiętać przy tym, że posiłki pogrzebowe i konsolacyjne są przejawem społecznej solidarności i właśnie umacniania wspólnoty. Istnieje jeszcze jeden aspekt związany z jedzeniem i śmiercią, na który zwracają uwagę niektóre autorki i niektórzy autorzy – chodzi o to, że posiłki, szczególnie te, które zwyczajowo były posiłkami wspólnymi, stają się trudne do zniesienia bez obecności utraconej osoby (Raynor 2017: 24).

³⁰ Odnoszę się w tym miejscu do spotkań, których celem jest otwarta rozmowa na temat śmierci podczas kolacji (*death dinner*, *death over dinner*). Zapraszane są osoby chętne do podzielenia się swoimi obawami, wspomnieniami i wszystkim tym, co związane ze śmiercią. (Kim 2019), W Polsce również organizowane są takie kolacje ich prekursorką jest dziennikarka Krystyna Romanowska (Facebook, Prószyński i S-ka 2019).

Historia tradycji kulinarnej związanej ze śmiercią, pogrzebem, okresem żałoby i wspominania zmarłych jest bardzo bogata i zasługuje na osobne opracowanie – dla mnie w tym miejscu ważne jest swoista interzmysłowość smaku i węchu³¹ (Long 2007: 11), która przejawia się również tym, że zmysł smaku, podobnie do zmysłu powonienia, może być wykorzystywany do przywoływania wspomnień (Holtzman 2006; Parma i in. 2014). Korzystamy również z określonych rodzajów jedzenia, które mają nas podnieść na duchu, poprawić nasz nastrój (*comfort food*). Jedzenie tego typu ma zwykle dużą zawartość cukru i węglowodanów. Rachel Herz (2018: 149) uważa, że cukier i węglowodany pomimo swojego chwilowo pozytywnego wpływu na nasz nastrój, nie są tym, co powinniśmy jeść – zaleca medytację zamiast jedzenia typu *comfort food*. Przygotowywanie posiłków może również być sposobem na radzenie sobie z poczuciem pustki, złością, smutkiem. Takie sytuacje opisane zostały przez Sandrę M. Gilbert (2014: 43), która wskazuje na to, jak jedzenie – smaki składające się na to jedzenie – daje ukojenie i może sprawiać radość. Z kolei Lisa M. Shulman (2019: 111-122) opisuje, jak dysocjacja, poczucie niespójności i braku kontroli sprzyjają oddawaniu się czynnościom, które mogą te uczucia na chwilę neutralizować.

Spojrzenie na jedzenie związane ze śmiercią i żałobą przez pryzmat symboli, jakimi posługuje się kuchnia pięciu smaków, daje ciekawy rezultat. Najczęściej pojawiającym się smakiem w potrawach konsolacyjnych i związanych z obchodami dni zadusznych jest smak słodki. Produkty reprezentujące ten smak przynależą do żywiołu ziemi, późnego lata, harmonii, mają właściwości neutralne lub rozgrzewające i leżą na przecięciu yin i yang. Smak ostry reprezentowany np. przez wódkę jest wiązany z jesienią, ma charakter rozgrzewający, właściwości ochronne i przynależy do żywiołu metalu. Sporadycznie pojawiają się smaki gorzki (radość, lato, ogień) i kwaśny (wiosna, intuicja, drzewo), przy czym zawsze są one o właściwościach neutralnych, bądź rozgrzewających i funkcji odżywczej bądź ochronnej. Prawie zupełnie nieobecny jest smak słony (zima, strach, woda) – o czym wspominał Thomas (1991) w swoich rozważaniach na temat przygotowywania potraw związanych ze stypą. Żałuję, że tych teoretycznych rozważań opartych wyłącznie na przepisach kulinarnych potraw serwowanych podczas uczt pogrzebowych i okoliczności związanych z zaduszkami, nie udało potwierdzić się w relacjach osieroconych rodziców. Oczywiście mogę

³¹ Narządy zmysłów smaku i węchu (czyli komórki w nabłonku jamy nosowej oraz komórki na powierzchni języka) są zaangażowane w odczuwanie smaku spożywanych produktów.

zastanawiać się, czy było to spowodowane zbyt małą próbą, czy kwestia jest bardziej złożona i doświadczenia smakowe nie są uświadomione, przyjmuje się je jako coś zupełnie naturalnego (por.: Konecki 2020; Zerubavel 2018), co nie wymaga głębszej refleksji?

6.9. Terapia traumy i żaloby

W poprzednim podrozdziałach zostało opisanych wiele aktywności, które są formami terapii, jednakże oddzieliłam je od innych technik terapeutycznych z dwóch względów. Po pierwsze wszystkie dotyczą ciała w żalobie i zakładają integrowanie go z umysłem i duchem. Po drugie mają one charakter działań performatywnych lub/i aktywności fizycznej, która to właśnie ucieleśnia emocje i pozwala odzyskać kontrolę nad częścią życia. Przedstawione dalej propozycje dotyczą głównie działań artystycznych (z muzyką, sztuką, poezją, literaturą) oraz samoczynnego zaangażowania rodziców w działania mające na celu utrzymanie pamięci o utraconym dziecku, podjęcie działań edukacyjnych i uświadamiających w różnych obszarach (od chorób, przez pomoc w radzeniu sobie ze stratą, po porady związane z przysługującymi prawami, a nawet zaangażowanie w procesy legislacyjne na rzecz społeczności rodziców po stracie). Zanim jednak do nich przejdę, poświęcę uwagę terapii opartej na narracji oraz grupom wsparcia, ponieważ większość moich rozmówczyń i rozmówców nie chciała korzystać z pomocy specjalistów, a te osoby, które skorzystały – nie były zadowolone. Jednym z powodów niezadowolenia z terapii jest niezrozumienie procesualnego charakteru tego działania, a co się z tym wiąże nierealne oczekiwania.

John R. Jordan oraz Robert A. Neimeyer (2003) w tytule swojego artykułu pytają „czy poradnictwo dla osób w żalobie działa?” – ich zdaniem nie zawsze i nie dla każdego. Autorzy ci wykazują, że nie wszystkie osoby potrzebują pomocy oraz że to forma tego typu interwencji nie jest skuteczna (Jordan, Neimeyer 2003: 772). Poza tym problem może leżeć również w metodologii badań i niemożności znalezienia odpowiedzi na pytania: w jaki sposób badać skuteczność pomocy psychologicznej? I jakie stosować kryteria? Okazuje się, że większość osób w żalobie z czasem i ze wsparciem rodziny i przyjaciół aklimatyzuje się do nowej sytuacji, nie poszukują one wsparcia instytucjonalnego – które postrzegają jako ograniczające. Z kolei osoby, które takiego

wsparcia poszukują, są bardziej zdeterminowane, by osiągnąć pozytywne efekty. Nina Ogińska-Bulik (2017: 160) zwraca uwagę, że wzrost potraumatyczny nie musi być czymś powszechnym. Osoby, które doświadczyły straty dziecka dostrzegają pozytywne zmiany w konsekwencji tego wydarzenia – przede wszystkim w odniesieniu „do doceniania życia i relacji z innymi” a mniej w odniesieniu „do zmian percepcji siebie i sfery duchowej” (Ogińska-Bulik 2017: 163). Istotnymi ustaleniami są kwestie korelacji zmian psychicznych do płci, wieku i posiadania innych dzieci. Okazało się, że nie mają one znaczącego wpływu na pojawienie się potraumatycznego wzrostu. Takie znaczenie miały jednak okoliczności straty dziecka (przed lub po narodzinach), wskazujące na to, że strata dziecka po jego narodzinach sprzyjała wyższemu poziomowi wzrostu (*ibidem*). Ogińska-Bulik uważa, że „dla wystąpienia pozytywnych zmian w percepcji siebie i doceniania życia największe znaczenie ma poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, dla zmian w relacjach z innymi – poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, dla zmian w sferze duchowej – zwrot ku religii” (*ibidem*: 164). Wpływ na występowanie wzrostu potraumatycznego miały również inne „strategie zaradcze” – „jak wyładowanie emocji, czy zażywanie substancji psychoaktywnych” (strategie nieprzystosowawcze) oraz planowanie, czyli „strategie skoncentrowane na problemie” (*ibidem*). Przy czym:

wybór strategii radzenia sobie z doświadczonym wydarzeniem oraz ich efektywność zależą od podmiotowych właściwości jednostki, czyli posiadanych przez nią zasobów. Wśród nich szczególne znaczenie przypisuje się zdolności do poszukiwania sensu i nadawania znaczenia przeżyтым sytuacjom, umiejętności dostrzegania wsparcia społecznego, prężności psychicznej, poczuciu własnej skuteczności i duchowości. Efektywność radzenia sobie z traumatycznymi wydarzeniami wydaje się być także powiązana z intensywnością przeżywanych emocji, stąd ważne wydaje się analizowanie zdolności jednostki do regulacji emocji, w tym tolerancji negatywnych emocji, które są naturalną reakcją na doznaną traumę (Ogińska-Bulik 2017: 164).

J. William Worden (2009: 57-76) przekonuje, że proces żałoby zależy od kilku kwestii: po pierwsze – kim była dla nas zmarła osoba?; po drugie – jaki charakter miała relacja przywiązania (siła, bezpieczeństwo, ambiwalencja, konflikt, zależność)?; po trzecie – jakie były okoliczności śmierci? (w tym: odległość, nagła lub nieoczekiwana strata; gwałtowna lub/i traumatyczna śmierć; wielokrotne straty; możliwe do zapobiegnięcia śmierci; śmierci niejednoznaczne; śmierci stygmatyzowane); po czwarte – historia wcześniejszych strat i radzenia sobie z nimi; po piąte – cechy indywidualne (wiek,

płeć, style radzenia sobie, style przywiązania; style kognitywne; siła ego; wierzenia i wartości); po szóste – uwarunkowania społeczne (zadowolenie ze wsparcia; zaangażowanie w role społeczne; zasoby religijne i oczekiwania etniczne); po siódme – bieżące obciążenia stresem. Mając więc świadomość, że żałoba zależy od tylu zmiennych, przyjmowanie tylko jednego sposobu pomocy, może prowadzić do porażki.

Taką porażką zakończyło się spotkanie psychologa z jedną z matek (W11), która za namową bliskich i pod ich presją zdecydowała się na skorzystanie z pomocy specjalisty po kilku latach od śmierci syna. Podczas pierwszego spotkania dowiedziała się, że „powinna się ogarnąć”, bo żałoba dłuższa niż rok, wymaga leczenia i jest to żałoba patologiczna. Spotkanie odbywające się w tym tonie sprawiło, że moja rozmówczyni poczuła się jeszcze bardziej zaszczuta, atakowana przez osobę, która miała jej pomóc – w efekcie zrezygnowała z kolejnych sesji i zdecydowanie zniechęciła się do psychologów i psychiatrów. Jest to z jednej strony związane z oczekiwaniem rozmowy o swojej stracie – ponieważ poza gabinetem terapeutycznym nie zawsze jest taka możliwość i rodzice zmarłego dziecka nie zawsze mają odwagę „burzyć dobre samopoczucie” innych. Liczą na to, że w tym jednym miejscu nikt ich nie będzie uciszał i oceniał. Wspomina o tym Robert A. Neimeyer (1999: 65), który wskazuje na zmiany w obszarze terapii żałoby i kwestionowanie tradycyjnych podejść, modeli, czy chociażby możliwości powrotu do stanu sprzed straty. Z takim modelem „pomocy” zetknęła się moja badana (W11). Neimeyer postuluje otwartość wśród osób świadczących wsparcie – wyrażanie opinii o patologiczności żałoby i jej zbyt długim czasie o otwartości raczej nie świadczy. Porażki związane z terapią nie są więc jedynie efektem niezgodności wyobrażeń rodziców, ale często wynikają też z działań samych terapeutek i terapeutów.

Ambiwalentne odczucia na temat terapii mają też inne osoby – niektóre ignorują tego typu komentarze, skupiając się na rozwiązywaniu problemów, które dostrzegają specjalistki i specjaliści – inne odpuszczają. Kobieta, która doświadczyła wielokrotnych poronień (W02) opowiedziała o swojej terapii tak:

[p]rzy tej największej, czyli przy tej co tam było powyżej tych dwudziestu tygodni, to jak już byłam na zwolnieniu z pracy, wszyscy u mnie w pracy wiedzieli, dzwonili, pytali i blablabla... Wtedy **poszukiwałam lekarza psychiatry lub psychologa, który się zajmuje bezpośrednio... Nie znalazłam w [nazwa miasta] nikogo, więc po prostu poszłam, wybrałam sobie losowo kobitkę... i się okazało, że to jest kobitka, na moje nieszczęście bardzo dobry psychiatra kliniczny, który zaczął od y... wszystkiego, tylko nie od tego... I ja do niej chodziłam.**

[4sek] Byłam... Nie wiem z cztery razy, może z pięć? Za każdym razem dostawałam zwolnienie, nie wiem czy to było słuszne, czy nie, ale nie chodziłam do tej pracy. I... [4sek] właściwie to... nie wiem, czy mi pomogła, czy... I to były takie sesje, że ona zadawała różne pytania i się z nią rozmawiało. Nie wiem, czy mi pomógł czas, czy pomogła mi ona – szczerze mówiąc.

[ŁŁ]: Mhm...

[K02]: Ale wiem, że **chodziłam**. Wyznaczałam terminy regularnie. Yyy, ale chodziłam, bo miałam taką potrzebę. Sama wydzwoniłam, wyszukałam... No szukałam specjalisty, nie znalazłam nikogo takiego. I miałam taką potrzebę, bo yy bo czułam niepewność, bo czułam, że coś jest nie tak. Czułam, że już wszystko jest zafiksowane wokół tego tematu i ja już jestem utrudnieniem dla otoczenia, dla innych, rodziny, jak już po prostu... Mnie się... **Już nie dało się ze mną żyć**. [6sek] [ciszej] I to tyle... [zaznaczenia Ł. L.] [14: 4-21].

[K02]: To było... Ja byłam cztery miesiące na zwolnieniu, więc to cztery miesiące trwało.

[ŁŁ]: I to wtedy było z tą depresją, tak?

[K02]: Tak, tak.

[ŁŁ]: Mhm.

[K02]: Tak... Iiii... No, **jak widać minęło**.

[ŁŁ]: Mhm.

[K02]: Byłam pewno w kolejnej ciąży [parsknięcie]. Natomiast ja mówię – skoro ja sama sobie szukałam świadomie tego miejsca, że ja tam poszłam, że się zgłosiłam, znaczy, że nie było ze mną tak źle, skoro sama sobie to znalazłam. Ja mogłam nagle się obudzić w jakiejś rzeczywistości trochę innej, bo mogłam coś przegapić, no...

[ŁŁ]: Mówiłaś, że ta pani psycholog y... psychiatra, zamiast eksplorować to, co ciebie najbardziej interesowało, to jednak poszła w jakieś inne tematy...

[K02]: Znaczy... **Ona była bardzo dobrym lekarzem...**

[ŁŁ]: Mhm...

[K02]: Bo ona zajmowała się bardzo chorymi psychicznie, bardzo... Wszystkim, wszystkim, wszystkim... Yyyyy... [7sek] jakgdyby ym... [7sek] [cmoknięcie] no pracowała nade mną jako całością.

[ŁŁ]: Mhm.

[K02]: I jak ja jej w końcu zapytałam, **dłaczego ona się mnie pyta o moje traumatyczne zachowania, jakieś rzeczy z kolonii**, coś co sobie nagle... [westchnięcie] No o różne rzeczy pytała... **A nie o mój problem? To ona – ja to pamiętam, jak dziś – ona mi powiedziała: ale pani zna swój problem. No tak, ale ja tu chcę o moim problemie porozmawiać** [zaznaczenia Ł. L.] [26: 14-35].

[K02]: [...] A ona mów... – ja to pamiętam... tą rozmowę... [z rozbawieniem] [...] Ja już po tym nie przyszłam do niej. Ona mi powiedziała: **ale pani problem zawiera się w jednym zdaniu**. Ja stwierdziłam, że ja nie mam po co do niej chodzić, bo y... ja se najwy... ja to... [ciszej] Teraz już se przypominam... Ja przestałam do niej chodzić, bo ja stwierdziłam, że [śmiech] to jest bez sensu, bo skoro ja znam swój problem, ja znam rozwiązanie na swój problem, to ja muszę się wziąć w garść i ten problemmm jakoś rozwiązać.

[ŁŁ]: Mhm.

[K02]: [ciszej] I przestałam tam chodzić. [5sek]

[ŁŁ]: Mhm...

[K02]: [szybciej] Nie. Ja myślę, że ja miałam bardzo dużo szczęścia, bo ja byłam bardzo... zdeterminowana, silna i dawałam sobie czas na to żeby płakać i to rozpamiętywać i... nie wiem, gdzieś odkładać te karty ciąży i tak dalej... Ale ja miałam o tyle szczęście, że ja się tak potrafi... Tak mi zależało, że ja wiedziałam, że ja nie mogę se pozwolić na to, że ja teraz będę płakała w tej pidżamie i będę miała depresję, bo już ten tydzień na to minął i ja muszę już iść dalej [zaznaczenia Ł. L.] [27: 1-15].

[K02]: No tak, ja ci mówię, zadałam jedno... Ja byłam u niej cztery lub pięć razy, nie pamiętam. I ona mnie wypytywała o różne rzeczy łącznie z molestowaniem seksualnym. Naprawdę bardzo dobra to była psychoterapia, tylko ja czekałam na to aż ona mi się zapyta: czy ja chcę się zabić? Czy ja mam myśli samobójcze? Czy ja mam autodestrukcyjne zachowania? Czy ja... Ona mi dawała psychotropy, po które ja tam do niej poszłam. Ja tam poszłam po tabletki. Powiedziałam: dzień dobry, straciłam dziecko w wysokiej ciąży, poproszę psychotropy, bo ja już nie ogarniammm... swojego życia. I ja dostałam te psychotropy. [5sek] I poszłam po następne psychotropy. I to już była ta właściwa pani doktor, która mi powiedziała: no oczywiście, ja pani dam leki, ale ja muszę wiedzieć po co ja pani daję te leki. No i gadka, gadka, gadka... O dzieciństwie, o dorastaniu, o wszystkim, o wszystkim, ja w końcu się jej zapytałam: proszę pani, ja tu jestem, bo ja straciłam dziecko, po co mnie pani pyta o takie rzeczy? Ja nie potrzebuję przerobić swojego dzieciństwa, bo ja nie mam dziur, luk w pamięci, yy... jak gdyby moja [zaznaczenia Ł. L.] [29: 23-35].

[K02]: Więc... To był bardzo fajny psychiatra tylko mnie... Może komuś, może tak to jest, może komuś tak to pomaga... Ale ja chciałam sobie pogadać o tym, że..., żeby ona mi powiedziała, żebym ja sobie.. nie wiem, nie... nie odebrała życia. Przecież ja mogłam wyjść i się rzucić pod tramwaj. Ja byłam wtedy naprawdę w stanie wizualnym i psychicznym [z naciskiem] ciężkim...

[ŁŁ]: Mhm.

[K02]: I ja ocz... I ja tam poszłam, bo ja chciałam se pogadać, że jest mi smutno, że jest... że mi jest źle, że ja... sensu życia nie mam, że mnie się nie chce chodzić do pracy... Ja po prostu przestałam chodzić do pracy.

[ŁŁ]: Mhm.

[K02]: Znaczący ja po prostu powiedziałam, że ja nie pójdę do pracy, bo ja się bałam konfrontacji z ludźmi... y... z yy... z jakimiś kolegami, czy koleżankami z pracy, gdzie wszyscy wiedzieli że ja jestem w ciąży... Ja się... Ja wiedziałam, że jak oni mnie zobaczą, to ja zacznę płakać, oni zaczną płakać... No i ja nie chciałam iść do pracy.

[ŁŁ]: Mhm.

[K02]: Ja chciałam, żeby ktoś ze mną O TYM porozmawiał. Skoro już się zdecydowałam, że pójdę i z kimś porozmawiam.

[ŁŁ]: Mhm. Czyli w sumie byłaś zawiedziona tym, że... [odchrząknięcie] kolejny raz przemilczano tę rzecz o której ty chciałaś porozmawiać...

[K02]: Tak. I kiedy ja już powiedziałam, że ja chcę porozmawiać o tym, to pani mi powiedziała, że ja znam swój problem, a to był lekarz. I ten... I ta pani lekarz mi powiedziała: ale pani zna swój problem, tu nie ma o czym rozmawiać. Pani zna swój problem i pani wie, jak go rozwiązać. To o czym my mamy rozmawiać? [8sek] Ona powiedziała, że ona nie jest ginekologiem i ja znam swój problem, ja wiem jak go rozwiązać, ona nie jest ginekologiem, tylko psychiatrą [zaznaczenia Ł. L.] [30: 7-35].

Powyższy dość obszerny fragment wywiadu (składający się z pięciu części) pokazuje, że moja rozmówczyni im dłużej opowiadała o terapii, tym bardziej wracała do emocji, które sprawiły, że zrezygnowała z usług psychiatrycznych. Jej poczucie zawodu wynikało nie tylko z tego, że nie mogła porozmawiać o tym, co wydawało jej się ważne, ale też dlatego, że jej decyzja o skorzystaniu z pomocy, nie została potraktowana (wystarczająco) poważnie. Problem, z którym przyszła sprowadzono do poziomu biologii, a jej lęki, obawy i przede wszystkim myśli samobójcze – nie znalazły zainteresowania. Jej spotkanie z psychiatrką mogło więc ograniczyć się do tabletek, po które przyszła. Jednocześnie docenia learkę – zwraca uwagę na to, że to dobra psychiatrka i że zajmuje się trudnymi przypadkami, osobami „bardzo chorymi”, tak, jakby tłumaczyła sobie samej, że jej przypadek nie był wystarczająco „ciężki”, więc nie trzeba było poświęcać mu uwagi – w końcu i tak jej „minęło”.

Wspomniany już Neimeyer (1999: 66, 68) dostrzega w przebiegu żałoby proces rekonstrukcji znaczeń – oznacza to, że każda osoba w żałobie jest postrzegana jako konstruuująca fenomenologicznie własny świat, jednocześnie usytuowana specyficznie w odniesieniu do szerszych dyskursów kultury, płci czy duchowości. Dlatego autor ten poleca strategię narracyjną i podejście inne od tradycyjnego – zachęca do rozwijania nastawienia otwartego na współpracę, poszanowania oporu klienta i jego prywatności, włączania prac domowych (np. w postaci czytania wskazanych tekstów lub pisania) oraz rozpoznawania tempa pracy klienta. Phillis S. Kosminsky i John R. Jordan (2016: 100) zachęcają do stosowania terapii skoncentrowanej na więzi. W takim ujęciu osoba prowadząca terapię jest „przejściową figurą przywiązania”, a skuteczna terapia żałoby proponuje elastyczne podejście do straty, relacji, ról i doświadczenia, które są nadal dostępne osobie pogrążonej w żałobie, by mogła zaangażować się ponownie w życie bez zarzucania więzi ze zmarłą lub zmarłym.

Aneta Jarzębińska (2014) opisuje przypadek internetowego forum dla rodziców dzieci z wadą letalną, jako jedną z form wsparcia społecznego. Grupy internetowe i fora

dla rodziców chorych dzieci lub rodziców osieroconych są dostępne dla każdego. Ich otwartość sprawia, że osoby czują się w miarę anonimowe, w związku z czym nie mają oporów w dzieleniu się swoimi emocjami i przeżyciami. Mogą również nie tylko otrzymać wsparcie, ale je dać – co pozwala im poczuć się silniejszymi. Natalia Walter (2016) charakteryzuje przejawy wsparcia w przestrzeni wirtualnej – wskazując na blogi, zbiórki, profile lub/i strony na portalach społecznościowych itp.

Na moje pytanie kierowane do badanych o udział w grupach wsparcia lub terapii grupowej, uzyskałam odpowiedzi, że albo taki rodzaj pomocy nie wydawał się odpowiedni, albo pojawiała się obawa, że osoby w grupie nie będą rozumiały danego rodzaju straty. Jedna para (W17) korzystała z grupy wsparcia dla rodziców dzieci z chorobami genetycznymi – doświadczenie to matka oceniła pozytywnie, zaangażowanie w działanie grupy, podobnie jak możliwość dzielenia się swoimi przeżyciami sprawiała, że czuła bliskość swojego dziecka. Niektórzy rodzice sami zakładali grupy wsparcia na portalach społecznościowych (W15) inni tylko uczestniczyli w takich grupach (W13, W03, W04, W05, W18). O zaangażowaniu rodziców w rozmaite działania będę jeszcze pisała w kolejnych rozdziałach – szczególnie o tych w przestrzeni wirtualnej.

Ostatnią kwestią, na którą warto zwrócić uwagę, mówiąc o terapii, jest praca z metaforami i na metaforach. Zetta Thomelin (2018) proponuje terapię poprzez hipnozę z zastosowaniem metafor. W książce *The Healing Metaphor: Hypnotherapy Scripts* zaproponowała trzy scenariusze pomocne w pracy z osobami w żałobie – metaforę domu, płomykówki zwyczajnej oraz rany. Dom, w którym jest wiele pokoi, pozwala na odróżnienie tego, co jest ważne, co dzieje się tu i teraz oraz oddzielenie świata żywych od świata zmarłych, którzy są w innych pokojach, którzy czekają na nas, jak skończymy swoje działania w „tu i teraz” i będziemy mogli do nich dołączyć (Thomelin 2018: 70). Metafora związana z płomykówką pozwala uwolnić zniewolone zwierzę, uwięzione w klatce (*ibidem*: 70-71). Metafora rany ma na celu pogodzenie się z doświadczeniem cierpienia i straty – pozwolenia sobie na proces gojenia i docenienie swoich blizn, które z nami pozostają (*ibidem*: 71-72). Thomelin poleca również poezję do zastosowania w hipnozie osób w żałobie, ponieważ uważa, że poezja jest bogatym źródłem metafor (*ibidem*: 120-122). Metafory są powszechne w naszym języku, więc komunikowanie za ich pomocą informacji, które mają pomóc w radzeniu sobie np. ze stratą, uaktywnia kreatywne myślenie. Zdaniem Lisy B. Moschini (2019: 3) osobista metafora nadaje sens

doświadczeniu – zarówno światu wewnętrznemu jak i zewnętrznemu, pozwala na wytnięcie od lęków, akcentując jednocześnie problemy, z którymi się mierzymy i jest drogowskazem dla nadziei i pragnień. To właśnie dzięki metaforom może odbywać się terapia sztuką czy ruchem, ale również psychoterapia nastawiona na kontynuowanie więzi (Klass, Silverman, Nickman 1996). Wspominany już Neimeyer (1999: 78) twierdzi, że „mówienie o stracie w sposób metaforyczny może nam pomóc, prowadząc czasami do zaskakujących spostrzeżeń, niedostępnych dla nas, gdy myślimy o niej w bardziej konwencjonalny, «objawowy» sposób”.

6.9.1. Sztuka (poezja, malarstwo, fotografia i inne)

Poza terapią indywidualną i grupową można wyróżnić jeszcze grupy terapeutyczne skoncentrowane na konkretnych działaniach – grupy dramatyczne, plastyczne, muzyczne itp. Niektóre organizacje wspierające osieroconych rodziców oferują różne zajęcia – i tak na przykład Fundacja Nagle Sami zapraszała w styczniu 2019 roku na zajęcia relaksacyjne, w których skład wchodziły: wizualizacje, praca z ciałem i oddechem, ćwiczenia rozciągające i delikatna praktyka w ruchu (Facebook: Fundacja Nagle Sami 2019). Poza wspomnianymi już działaniami angażującymi ciało, są również takie, które pozwalają odreagowywać w inny sposób. Wśród takich aktywności należy wymienić arteterapię, fotografię, malarstwo, prowadzenie dzienników, pisanie poezji lub większych form (powieści, baśni), tworzenie muzyki lub/ i jej wykonywanie itp. Część osób, z którymi rozmawiałam była zaangażowana w tego typu działania, ale nie traktowali ich jako terapii, nie były one również nazywane terapią przez organizatorki i organizatorów – sprawiały przyjemność, pozwalały oderwać się od rzeczywistości, odreagować, zanurzyć się w świecie wyimaginowanym lub przeanalizować sytuację straty, a tym samym poukładać ją na nowo i zintegrować. Jedna z mam (W11) prowadzi zajęcia artystyczne i sama wykonuje rozmaite rękodzieło. Inna pisze i prowadzi bloga (W15). Jeden z ojców (W05) tworzy poezję, a drugi (W19) fotografie. Rodzice nie poświęcali zbyt wiele uwagi tym działaniom, przypisując im głównie funkcję upamiętnienia lub dawania upustu swoim stanom emocjonalnym. Pojawiła się też informacja o tym, że działania takie pełnią dla nich funkcję informacyjną, komunikacyjną.

W ramach działań, które mają na celu poradzenie sobie z emocjami po stracie dziecka oraz w celu nagłaśniania i odczarowywania tematu powstają rozmaite projekty artystyczne. Pomagają one z jednej strony uczestniczkom i uczestnikom, z drugiej samym twórczyniom i twórcom mierzącym się z danym tematem. Różne formy o charakterze poetyckim pojawiają się głównie na forach i w grupach internetowych. Są to wiersze białe lub rymowane, a ich jakość jest bardzo różna. Na anglojęzycznej stronie *Family Friend Poems: Loving, Healing, Touching* w kategorii wierszy o śmierci pojawiło się ponad 1000 wpisów – z czego 29 dotyczy aborcji, 25 poronienia, 51 dziecka, 46 brata, 35 siostry, 26 córki, 32 syna. Tylko kategorie wierszy o rodzinie i wierszy nastolatków mają więcej tekstów – ponad 1500 (*Family Friend Poems*). Poezja jako towarzysząca osobom w żałobie jest znaną formą upamiętniania o czym pisze Anna Linton (2008) czy Karolina Szyborska (2019). Znalazła ona również zastosowanie w upamiętnieniach w projekcie zainicjowanym w Holandii i Belgii przez Franka Starika (Inghels, Starik 2018). Zaproponował on angażowanie poetów do odczytywania napisanych na zamówienie wierszy podczas tak zwanych „samotnych pogrzebów”, które wyprawiane są dla osób nieposiadających rodziny ani bliskich, którzy mogliby na taki pogrzeb przyjść. W projekcie tym pojawiły się również dzieci – głównie porzucone niemowlęta.

W ramach terapii i jako próbę odzyskania kontroli nad swoim życiem, proponuje się osieroconym rodzicom pisanie dzienników (O’Leary 2009: 14; Neimeyer i in. 2009; Rogers 2007: 59-68). Neimeyer (1999: 71-73, 81-83) zachęca również do pisania epitafiów i poezji. Większe formy pisarskie, które pozwalają wytyczyć nowy szlak w życiu, tworzone są przez rodziców, którzy chcą dać świadectwo istnienia dziecka, opowiedzieć o swoim cierpieniu i niemożności zrozumienia tego, co ich spotkało lub podzielić się swoim unikalnym doświadczeniem i wesprzeć inne osoby, w podobnej sytuacji. Wśród takich książek znajdują się między innymi (wymieniam tylko te związane ze stratą dziecka): *Obsoletki* (Bargielska 2010), *Cień mojego dziecka* (Thomése 2011), *Kołysanka z huraganem* (Wicenty 2020), *Tkaczka chmur* (Jackowska-Enemuo 2021) czy *Nie pozwolę ci zniknąć* (Zalewski 2021). Jedna z moich rozmówczyń (W15) planowała książkę, która miała być dla niej przepracowaniem tematu straty dziecka w wyniku poronienia. Inna (W 17) mówiła o tym, że to właśnie dzięki blogowi jednej z brytyjskich mam, łatwiej było jej stawić czoło wyzwaniom

związanym z mało znaną chorobą genetyczną dziecka. Wskazywała przy tym na fakt podwójnie terapeutycznej roli dzienników – dla tych osób, które je piszą oraz dla tych, które je czytają:

[j]a zresztą cały czas jej piszę: Emma, mówię, **Ty musisz pisać tego bloga!** Ja nie mam takiej siły, w sensie nie mam takich zdolności może, żeby żeby robić coś takiego, mówię ale ty absolutnie! **Ty byłaś moją deską ratunku! Przecież ja nie będę na pewno jedyną mamą, która tego będzie szukała gdzieś, tam tych informacji...** mówię! **I ty byłaś po prostu źródłem całej wiedzy!** Ja teraz też jej napisałam o wszystkim tym, co się działo z [imię zmarłej córki] i ona to dodała gdzieś tam do tego swojego bloga... [zaznaczenia Ł. L.] [58: 1868-1874].

Anne Riggs (2010: 49) analizując działania twórcze artystów, którzy doświadczyli traumy, straty lub/i żałoby stwierdza, że polegają one na komunikacji artysty z samym sobą, ze swoim wnętrzem, a dopiero później, mogą być pomocne innym, którzy są odbiorcami sztuki. Sztuka staje się pomostem w komunikowaniu własnego doświadczenia i docieraniu do osób po podobnych przejściach. Praktyka twórcza daje możliwość eksploracji straty i wszelkich uczuć z nią związanych, po czym trafia w widzialnej formie do innych. Riggs konkluduje swoje badania nad relacją terapii traumy poprzez sztukę stwierdzeniem, że przyspiesza ona docieranie do istotnych rzeczy (*ibidem*: 253). Dla Esther Kalaby (2009) sztuka ma jeszcze inny cel – tworzy nie tylko znaczenia, tworzy też wspomnienia. Kalaba doświadczyła straty brata, co wyznaczyło kierunek jej artystycznej podróży. Jej celem było stworzenie czegoś, co upamiętniałoby zmarłego, co pomogłoby go w pewien sposób odzyskać (*ibidem*: 25). Problemem w tym przypadku było docieranie do wspomnień, które uległy zatarciu przez brutalne i nagłe doświadczenie śmierci brata. Trauma związana z tym wydarzeniem nie pozwalała ani na wspomnianie przeszłości, ani kontynuowanie życia bez brata. Proces twórczy doprowadził do pomysłu stworzenia lalki, którą z czasem można pochować – tworząc nowe miejsce spotkań z bratem – a na tym miejscu można posadzić drzewo, które będzie oznaczeniem tego miejsca (*ibidem*: 40). Kalaba zwraca uwagę na to, że zaangażowanie w proces artystyczny przypomina utrzymywanie kontaktu z osobą zmarłą – upamiętnianie, fizyczna bliskość, namacalność – pozwalają uzewnętrznić emocje, wydobyć żal i smutek z ciała, nadając im widzialną formę (*ibidem*: 44).

Przytoczony przykład nie tylko opiera się na terapii sztuką, ale opiera się na tworzeniu własnych rytuałów, które mogą „odczarować” traumatyczne doświadczenie. Therese Rando (1985: 236) definiuje rytuały w żałobie, jako „specyficzne zachowanie lub aktywność, które nadają symbolicznej ekspresji konkretnemu uczuciu lub myśli.

Moorea Hum (2007: 64) proponuje terapię sztuką dla kobiet (oraz ich rodzin), które doświadczyły niepowodzeń reprodukcyjnych i straty ciąży. Uważa ona, że tworzenie rytuałów daje możliwość nowego spojrzenia na stratę, dlatego też każdy element takiego rytuału musi mieć znaczenie dla jednostki – powinien wynikać z jej indywidualnego sposobu postrzegania świata i z jej osobistych metafor. Heather C. Trepal, Suzanne Gibson Semivan oraz Mary Caley-Bruce (2015: 166) swoją uwagę poświęciły poronieniom i twórczym sposobom pracy terapeutycznej w takich przypadkach. Ważną kwestią w ich mniemaniu jest uzyskanie informacji na temat indywidualnego znaczenia ciąży dla każdej z pacjentek. Jeśli w doświadczeniu matki brakuje zamknięcia i uznania istnienia dziecka przez otoczenie – badaczki polecają stworzenie rytuałów, które mają na celu urzeczywistnienie straty. Laura Seftel (2006: 95) kładzie nacisk na fakt, że twórcza ekspresja zawsze była centralną częścią tego, jak ludzie rozumieją swoje miejsce w świecie. W społeczeństwach nieprzemysłowych sztuka była zwykle postrzegana jako nieodłączna z rytuałem. Nastawienie na tworzenie nowych znaczeń i indywidualnych rytuałów poprzez sztukę jest więc czymś naturalnym. Wyjątkowy sposób na wyrażenie swojego bólu znalazła Melanie Garanin (2015; 2018; 2020), niemiecka ilustratorka książek dla dzieci, która straciła synka w wyniku walki z nowotworem. Jedną z aktywności twórczych, jakie podjęła, było rysowanie zwierzątek ze świeczkami. Nawiązując do grudniowego światowego dnia wystawiania płonących świeczek w oknach, z których każda symbolizuje zmarłe dziecko (Wikipedia: Worldwide Candle Lighting), Garanin postanowiła rysować zwierzęta ze świeczkami (*Kerzentiere*). Te ilustracje przerodziły się w cykl 365 zwierząt. Drugim działaniem było napisanie ilustrowanej książki, opowieści o Nilsie – *Nils: Von Tod und Wut. Und von Mut* (2020; Kindermann 2020).

Określone doświadczenia wizualne mogą wywołać reakcję relaksacyjną, poprawić samoocenę lub zmienić nastrój uczestnika terapii. Problem pojawia się jedynie w kwestii „psychoduchowej transformacyjnej mocy sztuki” – jest ona dostrzegana przez naukę, jednakże pozostaje nieuchwytna i trudna do oszacowania w sposób policzalny

(Seftel 2006: 97). Seftel (*ibidem*: 98) wyróżnia kilka istotnych cech terapii sztuką: a) oferuje formę ekspresji, w momentach, kiedy słowa są niewystarczające; b) tworzy pomost między tym, co świadome i nieświadome, pomagający identyfikować i pracować przez poziomy osobistej historii; c) daje aktywne ujście uczuciom, przenosząc je poza ciało; d) jest produktywnym sposobem na odkrywanie i przetwarzanie szeregu emocji; e) daje możliwość spojrzenia na sytuację z nowej perspektywy; f) pozwala lepiej zrozumieć doświadczenia straty; g) oferuje i pozostawia zapis wizualny, który jest trwałym upamiętnieniem. Niektóre z kobiet po poronieniu potrzebują namacalnych dowodów istnienia dziecka – trójwymiarowe prace pozwalają na silną ekspresję ich wściekłości, żaloby i poczucia pustki (*ibidem*: 103).

Ponieważ terapia tego typu może mieć zarówno wymiar indywidualny, jak i grupowy – mogą pojawiać się wspólne działania, których celem będzie stworzenie jakiegoś większego dzieła i rozpoczęcie publicznej dyskusji na temat poronienia (lub innego rodzaju straty dziecka). Jednym z takich projektów jest *Empty Photo Project* autorstwa waszyngtońskiej fotografki Sue Butterworth (2018; Bologna 2017). Autorka wykonała serię zdjęć z kobietami, które w miejscu brzucha trzymają okrągłe „lustro”. Jednakże lustro nie pokazuje tego, co znajduje się przed nimi, a to, co jest za nimi – jest więc swoistą „pustą przestrzenią”. Projekt ten podejmuje temat utraty ciąży i metaforyzuje odczuwaną pustkę i uobecnia ją – pozwala wizualnie uchwycić.

Dorothy A. Miraglia (2015: 14) definiuje terapię sztuką jako behawioralno-kognitywny proces, którego celem jest tworzenie za pomocą artystycznych środków wyrazu obrazów będących wyrazem emocji, ponieważ słowa nie potrafią ich wyrazić. Jednocześnie zwraca uwagę na to, że podobny proces odbywa się także w przypadku innych kreatywnych działań terapeutycznych – przy terapii muzyką, filmem, poprzez zabawę, dramę lub psychodramę i aktywność ruchową itp. (Davies, Richards 2002; Malchiodi 2005; Rogers 2007; Aldridge, Aldridge 2008; Izod, Dovalis 2015). Wśród różnych rodzajów terapii wymienia również tę z wykorzystaniem zwierząt (Crawford i in. 2006; Bailey 2015; Winston 2015). O takiej sytuacji wspominała jedna z mam (W 17), opowiadając o psie, który pojawił się w życiu jej rodziny po śmierci córki. Pies w tym przypadku nie był szkolony do wspierania ludzi w żałobie, co oczywiście nie czyni jego wkładu w przebieg procesu żałoby mniej znaczącym. W przypadku wsparcia

profesjonalnego (np. w hospicjach, na cmentarzach i w domach pogrzebowych³² itp.) nie-ludscy pomocnicy są specjalnie szkoleni.

6.10. O tęczyowych i słonecznych dzieciach

Ciąża następująca po stracie nie jest prosta. Nie każdy skupia się na własnej determinacji związanej z posiadaniem dziecka. Dla niektórych osób strach przed kolejną stratą jest na tyle paraliżujący, że poddają się i nie podejmują kolejnych prób zajścia w ciążę. Joann O’Leary (2009) przeprowadziła rozmowy z kobietami, które zdecydowały się na kolejną ciążę po stracie, co pozwoliło jej ustalić, że trudności takich rodziców są ogromne. Jednym z ważniejszych ustaleń był brak zaufania do własnego ciała. Na polskich forach internetowych pojawiają się określenia przyrównujące macicę do grobu/trumny (Dlaczego? Serwis dla rodziców po stracie i rodziców dzieci chorych). W badaniu O’Leary jedna z badanych powiedziała: „moja macica zabiła moje poprzednie dziecko, nie cieszy mnie fakt, że teraz jest w niej kolejne” (O’Leary 2009: 13). Piszę o tym, ponieważ próbom odzyskania kontroli nad swoim ciałem i ponownemu zaufaniu „naturze” sprzyja metaforyczne odwołanie się właśnie do zjawisk i sił natury.

Przeglądając fora internetowe natrafiłam na informację o tęczyowych dzieciach, którą zilustrowano zdjęciem ciężarnych kobiet w kolorowych sukienkach układających się w tęczę zestawionego z drugim, na którym te same mamy są ubrane na biało i trzymają dzieci w chustach w kolorze sukienek z pierwszego zdjęcia. Zdjęcie było intrygujące. Zaczęłam poszukiwać informacji o tęczyowych dzieciach i tak znalazłam też informację o dzieciach słonecznych. Ponownie sprawa dotyczy Stanów Zjednoczonych, gdzie określenie *rainbow baby* dotyczy dziecka, które narodzi się po poronieniu lub innego rodzaju stracie dziecka. Dzieci takie zdaniem Jennifer Kulp-Makarov (Willets 2019) są prawdziwym cudem dla rodziców po stracie. Ich pojawienie się związane jest z uczuciem niepokoju, winy i strachu oraz radości i szczęścia. Wiąże się też z refleksją, a

³² Przykładem takich działań jest wykorzystanie psa o imieniu Teddy, który „pracuje” w zakładzie pogrzebowym Baue Funeral Home w St. Charles, Missouri w Stanach Zjednoczonych lub innego psa o tym samym imieniu, który został „zatrudniony” na cmentarzu Arlington Memorial Gardens i również ma na celu wspieranie osób w żałobie. (zob.: Louie 2020; Thompson 2020).

czasami nawet poczuciem „uleczenia”. Dzieci te przynoszą jak tęcza nadzieję na spełnione rodzicielstwo (Chertoff 2018, Kasprzak 2017). Organizacje wspierające rodziców takich dzieci, powołały specjalny dzień (dzień tęczowych dzieci – *National Rainbow Baby Day*), który ustalono na 22 sierpnia. Częścią obchodów są właśnie fotografie wykonywane przez profesjonalistów w czynie społecznym, które eksplorują różne sposoby pokazywania tęczy (zob. Neuman 2018, Ritschel 2019).

Taka potrzeba nazywania kolejnego dziecka tęczowym wiąże się z ogromnym stresem, jakim obarczona jest ciąża po stracie. Rodzice odczuwają często lęk i nie chcą powtórnie przeżywać tego samego. Anna O’Neil (2019) poleca kilka sposobów na poradzenie sobie z taką sytuacją – zrozumienie, że lęk jest normalną reakcją; koncentrowanie się na bieżącej chwili; rozmawianie z innymi rodzicami w podobnej sytuacji lub z kimś, kto będzie chciał wysłuchać (porozmawiać); akceptowanie wszelkich uczuć i emocji, które będą się pojawiały; prośba o modlitwę – kierowana również do zmarłego dziecka, by modliło się o to, które ma się urodzić; pozwolenie sobie na odczuwanie radości z powodu oczekiwania na dziecko; zawierzenie Bogu i ofiarowanie swojego strachu Jezusowi; zdawanie sobie sprawy z tego, że to inna ciąża i wreszcie zaakceptowanie faktu, że martwienie się jest częścią macierzyństwa (rodzicielstwa), więc należy się z nim mierzyć. Myślenie o swoim kolejnym dziecku jako o tym, które nadejdzie po smutnym czasie wielkiej burzy, pozwala uwierzyć w pozytywne zakończenie ciąży.

Jednak nie tylko dzieci „po burzy” mają swoje określenie. Dziecko, które urodziło się przed stratą nazywane jest słonecznym – *sunshine baby* (Bologna 2018). Na stronie Miscarriage Mamas na portalu społecznościowym Facebook pojawiło się wyjaśnienie, że dziecko słoneczne, to takie, które urodziło się przed poronieniem, martwym urodzeniem lub inną śmiercią we wczesnym dzieciństwie. Aniołkiem określa się dziecko utracone w wyniku poronienia, martwego urodzenia itd., a po nim nadchodzi dziecko tęczowe. Kolejne dziecko jest dzieckiem złotym – *golden baby*. Jeśli urodzą się bliźnięta to nazywa się je spadającymi gwiazdami – *shooting stars* – gdyby jednak któreś z bliźniąt zmarło, to dziecko, które zostanie będzie dzieckiem wschodu słońca – *sunrise baby* – a to, które umrze będzie dzieckiem zachodu słońca lub aniołem stróżem – *sunset baby, guardian angel* (Facebook 2014).

To metaforyczne nazywanie dzieci, czyli jedna z praktyk dyskursywnych rodziców po stracie – jest właśnie jednym ze sposobów radzenia sobie ze śmiercią dziecka i szukaniem pocieszenia w naturze, w cyklach dnia i nocy, porach roku itd. Cykliczność natury jest przywróceniem porządku w świecie spustoszonego przez chaos śmierci, która zaburza „homeostazę istnienia”. Metaforyzowanie ma w tym przypadku duże znaczenie, bo pozwala rodzicom odnaleźć nadzieję i w sposób symboliczny przywrócić rzeczoną równowagę – zawierając naturze.

Warto wspomnieć przy tej okazji o doświadczeniu straty Kate Parsons (2010), która poroniła, a pragnąc uporać się ze swoją stratą i postanowiła napisać świadectwo – jednak konceptualizacja i nazywanie własnego doświadczenia oraz doznanej straty nie przychodziły jej łatwo. Próby poszukiwania własnego słownictwa lub odkrywania słownictwa już istniejącego w kulturach tradycyjnych i dawnych, może inspirować. Nazywanie dzieci tęczowymi, słonecznymi itp., które jest popularną praktyką w Stanach Zjednoczonych, może odnosić się w jakimś stopniu pośrednio do mitologii rdzennych mieszkańców Ameryki. Sięgając do polskiej kultury ludowej również znajdujemy różne praktyki magiczne – oparte właśnie na metaforach – których celem była ochrona dzieci przed urokami. Jedną z takich praktyk było zawiązywanie czerwonej wstążki lub zakładanie jaskrawych elementów odzieży (zob. Pieńczak 2011). Symboliczne łączenie czerwieni z życiem, siłami witalnymi, krwią, ogniem i słońcem, czyli siłami oczyszczającymi ma w tym przypadku duże znaczenie dla tej apotropeicznej praktyki. Kolor ten wraz z węzłem na wstążce ma utrudniać dostęp urokom.

Na forach internetowych pojawiają się zwroty takie jak „aniołkowe mamy” lub „aniołkowi rodzice” (czasami też jako „tata aniołka”), jako samookreślenia rodziców po stracie. Ciekawym sposobem pokazania obecności „aniołków” w życiu rodzin wielodzietnych był fotograficzny projekt Moniki Moryń „Wielodzietna” (2019; Gajos 2019). W projekcie tym prezentowane były kobiety, które tworzą wielodzietne rodziny. Poza ich wizerunkami znajdował się też opis ich życia i dlaczego zdecydowały się być wielodzietnymi matkami. Informacja na temat posiadanych dzieci przybierała formę na przykład taką „6 dzieci + 4 w niebie”. Uwzględnienie utraconych dzieci w tym projekcie pokazuje jednocześnie jak powszechne jest zjawisko straty dziecka i że jednak można i należy przełamywać milczenie na ten temat.

Jeszcze jednym z takich metaforycznych sposobów działania jest umieszczanie fioletowego motyla na kołysce lub na łóżeczku dziecka. W akcji tej chodzi o wskazanie na dzieci, które straciły bliźniaczkę lub bliźniaka. Ruch zapoczątkowany został w 2016 roku w Wielkiej Brytanii przez Mille Smith i Lewisa Cann, którym urodziły się bliźniaczki – Callie i Skye. Dziewczynki urodziły się jako wcześniaki i jedna z nich (Skye) zmarła trzy godziny po porodzie. Matka dziewczynek wybrała fioletowego motyla jako symbol tego rodzaju straty, ponieważ postrzegała go jako symbol dzieci, które „odleciały”, zaś fioletowy jest kolorem, który może reprezentować zarówno stratę chłopca, jak i dziewczynki. The Butterfly Project (neonatalbutterflyproject.org) ma na celu uświadamianie właśnie o śmierci jednego z bliźniąt i uprzedzeniu innych, że w tym przypadku – poza narodzinami dziecka, wydarzyła się też tragedia, więc należy z empatią odnosić się do rodziny i bliskich (Larouere i Hastie 2017). Rodzice w ten sposób komunikują swój status emocjonalny, rodzinny, żałobny, a fioletowe motyle pojawiają się również w innych krajach, bo pomysł okazał się nośny i pomocny w odnajdywaniu osób o podobnych doświadczeniach.

Powyższe przykłady uświadamiają, że żałoba jest „emocją społeczną” i potrzebuje społecznego manifestowania. Nina R. Jakoby (2012) zauważa znaczenie więzi ze zmarłym – nie tylko tej osobistej, ale i społecznego jej wymiaru. W przypadku dzieci utraconych w wyniku poronienia czy śmierci okołoporodowej, problem rodzi fakt, że relacje społeczne między rodzicami, dzieckiem i osobami trzecimi nie zdążyły zaistnieć – więź emocjonalna istnieje jedynie między rodzicami i bliższą rodziną. Praktyki upamiętniania mają więc na celu nie tyle (lub nie tylko) utrzymanie pamięci społecznej o dziecku, co przede wszystkim jej stworzenie.

6.11. Zaangażowanie (fora, grupy internetowe i inne)

Mówiąc o zaangażowaniu, mam na myśli aktywność ukierunkowaną na cel. Celem tym jest pomaganie innym poprzez dzielenie się swoim doświadczeniem, upamiętnianie zmarłego dziecka, tworzenie przestrzeni do dyskusji na temat różnych rodzajów straty i żałoby. Działania stacjonarne pojawiają się w formie grup wsparcia, organizacji zaangażowanych w rozwiązanie konkretnych problemów – np. regulacji dotyczących warunków, jakie powinny zostać stworzone w szpitalu dla matek, które

poroniły lub doświadczyły martwych narodzin. Innym rodzajem działań są te, które mają miejsce w sieci – przybierają one formę forów internetowych, grup tematycznych o charakterze grupy wsparcia (ale bez terapeutę), a także internetowe strony pamięci i wirtualne cmentarze. Inese Wheeler (2001: 63) dostrzega w działaniach rodziców po stracie dziecka dwa główne sposoby odnajdywania znaczenia w życiu. Pierwszym z nich są kontakty z innymi ludźmi, drugim jest zaangażowanie w pomoc, które również wiąże się z przebywaniem (wirtualnym lub realnym) z innymi.

O działaniach stacjonarnych mówiły wszystkie badane przeze mnie kobiety, które straciły dzieci w wyniku choroby genetycznej lub nowotworowej. Nadal są skłonne wspierać innych rodziców w podobnej sytuacji – jak matka (W20), która za życia dziecka była zaangażowana w działania organizacji skupiającej rodziców dzieci z chorobami genetycznymi. Ten wywiad pochodził z kolekcji rozmów Urszuli Klajmon-Lech (2018), która zajmowała się formami wsparcia społecznego i trajektorią życia rodziców w sytuacji rzadkich chorób genetycznych dzieci. Wspomniana matka mówi o swojej chęci do pomocy, przy czym jednocześnie zaznacza, że nie chce się już narzucać, bo zdaje sobie sprawę, że akceptacja choroby dziecka przychodzi z czasem i nie można tego procesu przyspieszać.

[...] ja jestem raczej gaduła, to też chyba wynika z podejścia takiego zawodowego i ja mam ochotę się wygadać i poopowiadać o tym, więc jeśli ktoś chce, no to chętnie. I zazwyczaj już teraz, jak doszłam do tego etapu, że na przykład rehabilitantki, czy na przykład o sprawy fundacji, czy mogłabym komuś pomóc, chętnie, bardzo chętnie, ale niech ktoś do mnie zadzwoni. Ja już się nikomu nie chcę narzucać, tylko mogę pomóc, jak ktoś chce rzeczywiście. Wiem, że teraz jest jakaś dziewczynka – taka maleńka, ośmiomiesięczna, z tego co wiem, jak jeszcze byliśmy w Ośrodku, pojawiła się z tym samym zespołem. Też rodzicom namiar na mnie mówiłam, że mogą dać, natomiast nikt się nie zgłosił i wiem, że tam bardzo ciężko z akceptacją w ogóle. Dlatego już dziecko, też takie trzymane pod kloszem i... Zdaję sobie sprawę, że do takiej sytuacji trzeba się przyzwyczaić. Jeśli to jest małe dziecko, tak jak my, my też praktycznie do tego ósmego miesiąca, do roku ciągle była hospitalizacja i tak nie miałyśmy normalnego życia. To rzeczywiście może wpływać na jakąś tam psychikę, może to jakieś, do tego trzeba dojrzeć.

[U] Jasne.

[K14] Natomiast nigdy się jakoś specjalnie nie udzielałam [zaznaczenia Ł. L.] [31: 912-926].

Klajmon-Lech (2018: 272) twierdzi, że w badanej grupie charakterystyczne jest angażowanie się „w działalność społeczną, zwłaszcza w ramach grup wsparcia,

samopomocowych i stowarzyszeń”, a istotne jest dla nich wsparcie natury pedagogicznej – „dotyczące informacji na temat rzadkiej choroby genetycznej, porad odnośnie do leczenia i terapii”. Podobnie sprawa wygląda w przypadku rodziców po stracie. Oni również mają potrzebę udzielania się – tłumaczą książki lub je piszą, organizują konferencje, prowadzą blogi, udzielają się w mediach, czerpią inspiracje z działań dostępnych poza Polską, poszukują innych rozwiązań, których brakowało, kiedy oni znajdowali się w potrzebie itp. Przykładem takich działań jest aktywność innej mamy, której dziecko również chorowało na rzadką chorobę genetyczną i zmarło (W17). Jest ona zaangażowana w działania mające na celu stworzenia standardów postępowania w przypadku śmierci dziecka i dostępu do „rodzinnych pożegnań” (pokoje pożegnań, możliwość rodzinnego pożegnania, uczestniczenie w ubieraniu do trumny itp.) oraz miejsca, gdzie możliwe będą adopcje ciężko chorych dzieci. W rozmowie ze mną powiedziała:

[...] I yyy patrząc na to jaką moja [imię zmarłej córki] miała wolę walki i życia ym, ile przeszła i jaka mimo wszystko była, yy [7sek] To może to jest egoistyczne, może może... nie nie wiem, ale ona jakby chyba też była już trochę oswojona z tym, jakby od początku ból i to to samopoczucie jej złe, chyba jej towarzyszyły... Jakby dla niej to był taki chleb powszedni już trochę, może to jest straszne, ale z drugiej strony **wydaje mi się, że że każdy takie u... urodzenie się dziecka to jest jakieś...** [imię znajomego] **od nas z hospicjum mówi, że rodzice, jak my to dostają światło, nie? No, ja na pewno takie światło dostałam. I wierzę w to, że [imię zmarłej córki] się w moim życiu, w naszym życiu się po coś pojawiła i że coś się miało zmienić... i na pewno się zmieniło. I też dało mi to takie taką... taki napęd do tego, żeby coś w kierunku tych dzieci chorych też robić.** [5sek] [odchrząknięcie] W międzyczasie też już z hospicjum, z [nazwa hospicjum w centralnej Polsce] naszym perinatalny byłam właśnie w [nazwa hospicjum w centralnej Polsce] tam u pani [imię działaczki hospicyjnej] i pani [imię koordynatorki ośrodka] w [nazwa ośrodka adopcyjnego w centralnej Polsce] **i gdzieś mi się zrobił pomysł stworzenia takiego [nazwa ośrodka adopcyjnego w centralnej Polsce] tutaj u nas w [miejsce zamieszkania K12].**

[ŁŁ] Mhm

[K12] **Zaczęłam już nawet w tym kierunku działać** [zaznaczenia Ł. L.] [43-44: 1389-1406].

[...] **że trzeba coś zmienić w tym zakresie, żeby rodzice tacy jak my mieli wsparcie...**

[ŁŁ] mhm...

[K12] **Żeby nie błędzili w tych wszystkich obszarach, tak jak my błędziliśmy, że sami wszystkiego musieliśmy szukać i dochodzić, bo w tym czasie ty masz się skupić na tym dziecku i mieć z każdej strony jakby jakąś tam pomoc, a nie jeszcze do wszystkiego dochodzić samemu... yy i yy między innymi mówiliśmy właśnie o tym bardzo dużo, jak dzieci odchodzą, jak to się odbywa w szpitalach. No ja jestem jedynym przykładem właściwie takiej bardzo pozytywnej... takiego bardzo pozytywnego odbicia. Natomiast oni wszyscy mają raczej złe**

doświadczenia. Część dzieci odeszła w domu, ale ale to już tam... pomijamy, ale stwierdziliśmy, że **bardzo jest potrzebne takie miejsce jak pokój pożegnań, zwłaszcza na tych oddziałach neonatologicznych.** Czyli jak u nas na [nazwa ulicy, przy której znajduje się szpital], **gdzie naprawdę dużo dzieci no... odchodzi... nawet nie tylko tych z wadami, ale takich wcześniaków,** które się rodzą... i tam po prostu rodzice – że tak powiem – żegnają się w miejscu publicznym, wśród innych łóżeczek, gdzie są wszyscy rodzice, którzy też drżą o swoje dzieci i... No, do choinki! To nie jest normalne. I **udało się po półtorej roku walki ze szpitalem,** bo pan profesor [nazwisko] właśnie dosyć dobrze się na to zapatrywał i tylko trochę gorzej było z dyrektorem szpitala, ale też to wszystko się przełamało i **teraz jest w fazie projektu ten pokój... pożegnań.** Typowo... No i świetna inicjatywa, ale na razie tylko ten jeden szpital się zgodził, ale na pewno to jest bardzo potrzebne u nas w szpitalu na [nazwa ulicy, przy której znajduje się szpital], **gdzie jest ten oddział intensywnej terapii, gdzie w ogóle dzieci umierają w tych... i tam w ogóle jest bardzo zła opinia o tym oddziale i i tam normalnie w ogóle bez dwóch zdań mega potrzebne jest takie miejsce** [zaznaczenia Ł. L.] [62-63: 2011-2033].

Zaangażowanie w działalność, która może innym ułatwić życie i pozwolić na skupienie się na rzeczach istotnych, sprawia, że rodzice mają poczucie sensowności istnienia – choćby przez krótką chwilę – ich dziecka. To istnienie nabiera sensu wraz z dołączeniem do jakiejś inicjatywy bądź zapoczątkowaniem jakiejś aktywności. Wspomniałam też o poszukiwaniu nowych rozwiązań i czerpaniu inspiracji z innych krajów – takimi przykładami są nowe profesje jak doula umierania czy towarzyszka w żałobie. Anja Franczak, inicjatorka polskiego Instytutu Dobrej Śmierci, jest towarzyszką w żałobie. Na swojej stronie pisze o tym, co sprawiło, że zainteresowała się tym zawodem:

W 2015 r. moje dziecko zmarło, kiedy byłam w ciąży. To doświadczenie głęboko na mnie wpłynęło i zainicjowało wiele zmian w moim życiu. W tym czasie po raz pierwszy zobaczyłam, jak delikatni jesteśmy w żałobie i jak inni ludzie mogą wyrządzić nam dodatkowe szkody bezzadnymi komentarzami.

Doświadczyłam przerażającej bezzadności po stracie. Mało wiedziałam o procesie żałoby. Nie wiedziałam, jak się z tym pogodzić. Kiedy dowiedziałam się, że w innych krajach istnieją specjaliści, którzy zajmują się wspieraniem osób w żałobie, byłam zaintrygowana, ale też sceptyczna.

Dzisiaj jestem wdzięczna, że jednak znalazłam w sobie odwagę, żeby poprosić o pomoc. Na mojej drodze w żałobie towarzyszyli mi ludzie, których pozbawiony strachu i pełen miłości stosunek do mojego bólu był dla mnie największym darem. Dzięki nim nauczyłam się otwarcie mówić o swoich doświadczeniach i uczuciach oraz dzielić się nimi z innymi (2019).

Działania stacjonarne są ważne, ale obecnych czasach coraz większe znaczenie ma działalność wirtualna. W sieci osieroceni rodzice budują swoją tożsamość (Finlay,

Kreuger 2011), tworzą przestrzenie upamiętniające (de Vries, Rutherford 2004; Maddrell 2012; Mitchell i in. 2012; Stoll 2016), wirtualne nekropolie (Janiak 2008; Gierwazik, Martyniak 2011) i grupy wsparcia (Kowalczyk-Ziętek i in. 2013; Walter 2016, Skiba 2021).

Bernadetta Janusz i Lucyna Drożdżowicz (2013: 48) sądzą, że „możliwość otwartej rozmowy członków rodziny na temat śmierci, wspominanie i rytuały żałoby mają szansę uruchomić wspólne przeżywanie [...]”, przy czym kładą nacisk na to, by każda z osób w rodzinie mogła przeżywać śmierć bliskiego w sposób indywidualny i w swoim tempie”. Wydaje się, że internet powinien być odpowiednim „miejscem” na wyrażanie emocji związanych ze śmiercią bliskich. Jednakże Tony Walter wraz ze współpracownikami (2011-2012: 295) uważają, że to, w jaki sposób internet wpływa na proces żałoby zależy w dużej mierze od tego, jak przebiegają interakcje w sieci i poza nią oraz jaki ma to wpływ na osoby będące w żałobie.

Carsten Stage i Tina Thode Hougaard (2018: 101) uważają, że media społecznościowe pełnią ważną rolę w gromadzeniu ludzi wokół tematów związanych z chorobą, śmiercią i żałobą. Są również przestrzenią kontynuowania więzi i interakcji z osobami, których już nie ma, ale ich profile na portalach społecznościowych nadal istnieją (Getty i in. 2011), czy to w dawnej formie, czy jako „in memoriam”, które jest oferowane na portalu Facebook. „Konto ze statusem «*in memoriam*» to miejsce, w którym znajomi i rodzina mogą dzielić się ze sobą wspomnieniami o zmarłej osobie” – głosi informacja w Centrum pomocy Facebooka (Facebook b.d.). Brian Carroll i Katie Landry (2010: 347) twierdzą, że możliwość utrzymywania kont w przestrzeni internetu oraz publicznego jednostronnego komunikowania na tych profilach sprzyja wzmacnianiu jednostek w żałobie, które są marginalizowane przez bardziej tradycyjne formy upamiętniania i które nie mogą wyrazić swoich emocji i uczuć w inny sposób. W przypadku profili publicznych (fanpage) osób, które zmarły, mogą powstawać swoiste dzienniki – o czym pisze Justyna Wrzochul-Stawinoga (2017) na przykładzie strony Anny Przybylskiej. Twierdzi ona, że fani aktorki „[w]ierzą w jego terapeutyczną moc jednoczenia się w bólu i współprzeżywania żałoby. Prowadzenie pamiętnika jest dla nich formą przeżywania żałoby” (*ibidem*: 133).

Podobnie wygląda sprawa ze stronami tworzonymi dla chorych dzieci, które mają na celu prowadzenie zbiorów pieniędzy i informowanie o przebiegu leczenia – za ich

życia, a po śmierci stają się miejscami pamięci. Na stronie facebookowej *Jestem Matką Anioła Jestem Ojcem Anioła* opublikowano 17.08.2018 wpis następującej treści:

Dlaczego Wy nie dzielicie mojego bólu?
Dlaczego Wy nie jesteście w stanie mnie pocieszyć?
Dlaczego Wy nie trzymacie mojej dłoni?
Dlaczego Wy po prostu mówicie tak miało być?
Dlaczego Wy nie kładziecie kwiatów na grobie?
Dlaczego Wy wypieracie się mojej córki?
Bo ona nie żyje?
Bo jej nie widzieliście?
Bo nie jak wasze dziecko śmieje się i płacze?
Bo WY nie jesteście dotknięci?

Lisa (Facebook 2018).

Pod wpisem pojawiły się komentarze, które ilustrują to, w jaki sposób działa społeczne wsparcie i jak uruchamiane są indywidualne sposoby odczuwania straty – poniżej zamieszczam anonimowo kilka z takich komentarzy:

[1] Dlatego, że **każdy ma swoje życie**. Mimo, że **nasza strata bardzo nas boli** i wydaje się nam, że nasz **świat się skończył**, to jednak **nie możemy oczekiwać od innych, aby żyli naszym życiem**. Ja też **chciałabym czuć wsparcie znajomych i rodziny** w ciężkich dla mnie dniach (np. dzień urodzin mojego syna, dzień jego śmierci, dzień matki, dzień dziecka, dzień ojca), **ale nie mogę wymagać** od innych, aby o tym pamiętali, **bo nie czują tego tak jak ja**. Garstka osób regularnie odwiedza grób naszego Jasia i bardzo nam miło, że jednak pamiętają. Jednak **nikt, kogo nie spotkała strata dziecka, nie poczuje tego, co czujemy my**. I choć czasem jest mi z tego powodu bardzo przykro, to idę dalej. **Tak już jest poukładany ten świat**.

[2] Trafione w punkt....**gdy jednym wali się cały świat,inni udają że nic się nie stało**.....nikt nie oczekuje, żeby codziennie użalać się nad rodzicami po stracie..... I cierpieć tak samo jak oni....**ale rodzice aniołów nigdy nie zapomną o swoich dzieciach**....a rodzina i bliscy **nie mają prawa mówić nam jak długo ma trwać nasz ból i żaloba**.....Nie tego oczekujemy od bliskich.....**oczekujemy że czasem wspomną nasze dzieci i zapytają jak się trzymamy**....TYLKO i AŻ TYLKO [pęknięte serce]

[3] A **może nie wiedzą co powiedzieć jak zachowywać się żeby nie zranic kogoś** kogo dziecko odeszło.Ja wiem po sobie. Mimo że u mojej przyjaciółki już minęło od tego czasu wiele lat **ten temat jest ciągle nie zabliźniony**. I widzę że **nawet wypowiadanie tego imienia sprawia jej ból**.

[4] Bo tylko nasze **życie się zatrzymało** a wszyscy żyją dalej.

[5] **Nikt nas nie zrozumie bardziej niż my same**.Wiem że **życie toczy się dalej**,ze mną też nikt już nie rozmawia na ten temat **było minęło** ale nie dla mnie jutro mija 16 miesięcy a **ból coraz to większy**.Wlasnie **najlepiej to udać że nic się nie stało**

po prostu było minęło ale to nie tak :([zapis oryginalny, zaznaczenia Ł. L.] (Facebook 2018).

Takie przestrzenie wzajemnego wspominania, pocieszania i wspierania przynoszą ulgę rodzicom po stracie – chociaż trudno określić do jakiego stopnia. Jednocześnie należy pamiętać, że działania te nie muszą być dobre dla każdego osieroconego rodzica. W moich badaniach taką aktywność oceniano rozmaicie – jedni rodzice chętnie się w nią angażowali (W05, W17, W19), inni jej unikali (W02, W18). Mama z doświadczeniem wielokrotnych poronień (W02) wypowiada się na temat działania innych matek w sieci sceptycznie:

[j]a sobie to znalazłam w internecie. Jak już sama zrozumiałam, że już... jak gdyby żyję tylko tym jednym, czyli... to było... to było wszystko po yyy po drugim poronieniu. Czyli właściwie w połowie. To ja już byłam bardzo zafiksowana, ja sobie znalazłam strony w internecie, gdzie sobie kobitki pisały. I bardzo mi się podobało to – nie rozumiałam wtedy jednej rzeczy, że na tych forach było napisane, przy ich wpisie, były informacje... nie wiem, nadawały imiona tym nienarodzonym dzieciom i pisały: „dzisiaj Kamil miałby pięć lat”, „dzisiaj Iwonka miałaby tyle”... I mnie... [cmoknięcie] jak gdyby odtrącało od pisanie z nimi to, że one tak, zamiast zapomnieć o tym i dalej iść do przodu, to one dalej o tym tak... [wdech] [z naciskiem] A to były nienarodzone dzieci! To były gdzieś poronione ciążę. Ósmy, czy dziewiąty tydzień... No jakkolwiek... to były nienarodzone dzieci i one tak... [cmoknięcie] Ja nie mogłam tego zrozumieć. Że one nie chcą iść do przodu, one nie chcą do tego celu dążyć, tylko się zatrzymują na tym, że, że te ciążę, że im się nie udały. [znaczenie ciszej] To mi się wtedy nie mieściło w głowie, za bardzo... [zaznaczenia Ł. L.] [15: 2-14].

Badana sama na taką aktywność się nie zdecydowała, bo – jak to ujmują Janusz i Drożdżowicz (2013) – w inny sposób doświadczała swojej straty. Internet pozwala na to, by nawet osoby, które się ze sobą nie zgadzają co do formy ekspresji, mogły koegzystować nie raniąc siebie i nie wchodząc sobie w drogę. Nie dałoby się uniknąć takiej konfrontacji w stacjonarnej grupie wsparcia. Tobias Raun (2017) dostrzega w dzieleniu się swoją stratą na Facebooku rodzaj „emocjonalnego samo-zarządzania”, którego celem jest upamiętnianie z jednej strony, z drugiej ekspresja.

Pytania, które należy sobie postawić w tym przypadku, dotyczą kwestii „uczenia się” wyrażania bólu po stracie poprzez obserwowanie form ekspresji innych – co jest dopuszczalne, gdzie są granice, w jaki sposób wchodzić (lub nie) w interakcje? Problem z udzielaniem odpowiedzi polega na tym, że osoby, które korzystają z portali społecznościowych lub forów, przychodzą głównie wyrazić swoje emocje,

powspominać – często też nie są w pełni jawne (ukrywają się pod pseudonimami), więc trudno prześledzić ich aktywność. Z problemem takich zetknięli się Brian de Vries wraz z Judy Rutherford (2004), którzy przeprowadzili analizę jednej z największych platform oferujących przestrzeń do upamiętnień. W chwili przeprowadzania przez nich badań na darmowej platformie *Virtual Memorial Garden* znajdowało się 6700 wspomnień o ludziach i ponad 4000 wspomnień dotyczących zwierząt. Wybrali z nich 244 upamiętnienia z czego najwięcej, bo aż 33% dotyczyło dzieci, 11% dotyczyło wnucząt, 8% rodzeństwa – większość wpisów tworzyły kobiety – matki, babcie i siostry (*ibidem*: 10, 14, 16). Z analizy tej wynikało, że w upamiętnieniach najczęściej pojawiają się referencje do Boga i religii, o odczuwanym braku. Osoby te powracały do swoich wpisów, co zdaniem autorów wskazuje na istnienie stałej relacji osób w żałobie ze zmarłymi (*ibidem*).

Wirtualne cmentarze również częściej odwiedzane są przez kobiety. Magdalena Kamińska (2012: 114) twierdzi, że „szczególnie rodzice, którzy stracili dzieci, poszukują się wzajemnie na wirtualnych cmentarzach, by zaofiarować sobie emocjonalne wsparcie”. Z kolei Agnieszka Janiak (2008: 424) uważa, że cmentarze wirtualne pełnią jedynie funkcje terapeutyczną i memoratywną, które na dodatek są realizowane w sposób inny niż na cmentarzach tradycyjnych. Odmawia im jednak możliwości pełnienia funkcji kultowej, kompensacyjnej, umacniającej tożsamość narodową (lub lokalną), socjalizującej czy sensotwórczej. Jej zdaniem „cmentarz wirtualny jest nietrwały i zwalnia nas z wysiłku kultywowania pamięci” ponieważ „tworzy zjawisko pamięci chwilowej, pamięci momentalnej, nietrwałej, w każdej chwili mogącej ulec unicestwieniu i zaniechaniu” (*ibidem*: 425). W kwestii funkcji terapeutycznej docenia umożliwienie wyrażania emocji i dzielenie się swoją stratą grupom, których strata do tej pory nie była oczywista – jak ma to miejsce w przypadku rodziców, którzy stracili dziecko w wyniku poronienia.

7. Zmiana w czasie

[...] w rezultacie szokowych doświadczeń przekroczenia granic trajektorii i wysiłków radzenia sobie z chwiejną równowagą osoba dotknięta problemem staje się sobie samej obca: nie rozumie siebie samej, ponieważ nie jest w stanie działać tak, jak wcześniej było to możliwe.

(Schütze 1997: 25)

Czas w rozważaniach o żałobie ma duże znaczenie. O „właściwym” lub „niewłaściwym” czasie mówiły osoby, które dokonały terminacji ciąży. O chaotyczności czasu i jego zwalnianiu i przyspieszaniu wspominały osoby, których dzieci zachorowały. Oczekiwanie na diagnozę przedłużało się w nieskończoność. Innym razem, to co dobre (chwile wytchnienia, remisja) trwało wyjątkowo krótko. Wrażenie, że czas stawał w miejscu wraz ze śmiercią dziecka, towarzyszyło większości z moich badanych. Jednakże nie uczyniłam z czasu odrębnej kategorii analitycznej, bo wszystkie te odniesienia do „czasu” są niejako obok doświadczenia bycia osieroconym rodzicem. To co ma znaczenie to zmiana, która zachodzi w rodzicach z momentem zaistnienia straty. Zwracają na nią uwagę Joan Arnold i Penelope Buchman Gemma (2008: 665). W ich badaniach odnotowywano różne zmiany – od napięcia w związku, zmniejszonej komunikacji między małżonkami, czy nawet oddalenia skutkującego rozwodem przez poczucie braku kompetencji, zmniejszonej sprawczości po pozytywnie interpretowane zmiany jak większa wrażliwość, silniejsza wiara, większe zaangażowanie w pomoc innym. Śmierć dziecka jest więc momentem w biografii rodzica, który zmienia jego życie. Zdaniem Gerharda Riemanna i Fritza Schützego (1992: 93) „trajektoryjne procesy cierpienia wnoszą w życie przeżywających je jednostek poczucie obecności nieubłaganego losu; zmuszają je do postrzegania siebie jako istot kontrolowanych przez obce zewnętrzne siły, na które w zasadzie nie ma się wpływu”.

Żałoba po dziecku – chociaż nigdy nie mija – zmienia się w czasie. Te zmiany mają różny przebieg i nie mają charakteru liniowego możliwego do przewidzenia, co tylko potęguje poczucie bezradności. Popularne powiedzenie, że „czas leczy rany” nie zawsze się sprawdza. W zależności zarówno od tego, jak osoba jest psychicznie ukształtowana, jak jest zsocjalizowana i jakie są kolejne wydarzenia w jej życiu – trajektoria traumy i żaloby układa się w różny sposób. Czasami rodzic będzie wracał do punktu wyjścia (np. przypominając sobie moment śmierci dziecka, co będzie odczuwał

jak uwięzienie w tej pojedynczej chwili swojego życia), a czasami będzie odczuwał ulgę i progres (w rozumieniu odzyskiwania kontroli nad własnym życiem lub zawierzenia tej kontroli siłom wyższym). Jedna z matek (W11) oddała kontrolę nad swoim życiem Świętej Mateczce. W jej przekonaniu już po pierwszej śmierci, która wydarzyła się w jej życiu, opiekę nad nią i jej dziećmi sprawowały właśnie siły wyższe. David E. Balk (1999: 487-488) dostrzega potencjał doświadczenia straty, który prowadzi jego zdaniem do przemian duchowych – występują one, jeśli doświadczenie ma charakter destabilizujący, istnieje czas na refleksję, a doświadczenie to do końca życia jednostki jest istotne. Trauma związana ze śmiercią dziecka ma taki właśnie charakter. To czego Balk pod uwagę nie bierze to fakt, że przemiana może przebiegać w obu kierunkach – ludzie mogą tracić wiarę w konfrontacji z sytuacją śmierci dziecka, czego przykłady już przytaczałam (W17; W20), wspominając „o obrażaniu się rodziców na Boga”.

Lyn H. Lofland (1985: 172) uważa, że istnieją różne zmienne, mające wpływ na przebieg żałoby – są to: znaczenie, jakie przypisujemy osobie zmarłej; sposób definiowania sytuacji śmierci; charakter osoby doświadczającej straty oraz interakcje z otoczeniem, w którym występują poprzednie trzy elementy. Zmienne te ulegają przekształceniom w czasie – pod względem ich istotności czy intensywności. Poza tym żałoba i jej przebieg zależy też od tego, w jakim wieku jest osierocony rodzic i jakich strat doświadczył w dotychczasowym przebiegu swojego życia – oraz jak sobie z nimi poradził (McCoyd, Walter 2016). Nie bez znaczenia pozostaje kwestia posiadania innych lub możliwości posiadania kolejnych dzieci. „Strumień czasu” i jego przebieg, który wpływa na zmianę tożsamości rodzica jest kolejnym elementem mającym wpływ na doświadczanie żałoby.

Ruth Malkinson i Liora Bar-Tur (2004-2005) doszły do wniosku, że z biegiem lat osieroceni rodzice wskazują na fazy w swoim życiu po stracie, o różnym natężeniu emocji – silnie odczuwają te emocje i poczucie rozerwania w pierwszej fazie (*young grief*), kiedy wszystko wydaje się chaotyczne, gwałtowne i niemożliwe do opanowania (*ibidem*: 110-111). W drugiej (*mature grief*) strata staje się integralną częścią ich życia, nadal odczuwają ból, ale jest to ból już znany i poniekąd oswojony (*ibidem*: 112-113). W trzeciej fazie (*aging grief*) nakłada się wiele strat i zmian, a poczucie zagubienia i braku sensu życia staje się przytłaczające – „świat zewnętrzny kurczy się, a świat

wewnętrzny, w którym zmarłe dziecko nadal istnieje powiększa” (*ibidem*: 113). Przy czym znowu nie ma jednego modelu i sposobu doświadczania straty dziecka w przebiegu życia (*ibidem*: 115). Dennis Klass (1997: 147-148) uważa z kolei, że przemianie ulega wewnętrzny obraz dziecka, które „z końcem żałoby [...] jest integrowane z życiem rodzica i jego siecią społeczną w inny sposób [...]”. Joan Arnold i Penelope Buschman Gemma (2008) skłonne są łączyć zmiany obrazu dziecka ze zmianami, które zachodzą w życiu rodziców wraz ze śmiercią dziecka, czyli starają się spojrzeć na tę sytuację bardziej całościowo i wielowymiarowo.

Ważne dla przebiegu żałoby jest również to, czy dziecko jest wspominane i przez kogo. Joanne Cacciatore (2017: 29) ubolewa na tym, że

normy kulturowe promują niewytłumaczalne podwójne standardy, które często szkodzą osobom pogrążonym w żałobie. [...] Ale jeśli strata nie jest wystarczająco dramatyczna, jeśli nie dotknęła mas lub nie została uznana za godną publicznej platformy, społeczeństwo może w ogóle nie pamiętać.

Brak pamięci bliskich o zmarłym dziecku boli i może powodować nawroty żałoby i poczucia bezsilności oraz winy, co uwidaczniało się w niektórych wywiadach, gdzie matki i ojcowie mówili o niewystarczającej pamięci o dziecku ze strony rodziny lub współmałżonków (W05; W11; W12; W17), albo braku wiedzy ze strony rodziny o doświadczeniu straty (W06; W10). Zaznaczałam wielokrotnie, że w przebiegu żałoby ważne jest, by szukać indywidualnych sposobów ekspresji straty, przy jednoczesnym pozwoleniu innym na to samo. Trudność pojawia się w interakcjach z osobami o różnych sposobach przeżywania żałoby. O ile większość osób, które brały udział w moich badaniach zwracała uwagę na brak porozumienia w kwestii żałoby z partnerami i partnerkami, dziećmi i resztą rodziny, o tyle dwie z badanych kobiet (W10, W17) pokazały, że możliwe jest wypracowanie sposobu na wspólne doświadczanie straty z partnerem. Obu kobietom pomogła w tym otwarta komunikacja i otwartość. Przekonanie swoich partnerów, że mają oni prawo do ekspresji emocji, które mogą być oceniane jako niemęskie, że mają oni prawo do odczuwania bólu po stracie.

Jednym z podstawowych pytań, które zadają rodzice – już nie w celu obwiniania się, ale zebrania myśli, zrozumienia „absurdalnej sytuacji” z punktu widzenia codziennego życia pełnego planów, gonienia za celem itd. – jest pytanie: „dlaczego nie wiedziałam/ wiedziałem, że to się zdarza i to całkiem często?” Do tej kwestii nawiązuje wiele autorek i wielu autorów artykułów, badań, książek czy blogów itp., kiedy

rozpoczynają swoje rozważania od przytoczenia danych liczbowych (co również uczyniłam). Pytanie to ma znaczenie, bo jeśli spojrzymy na statystyki, okaże się, że nie mówi się otwarcie o śmiertelności dzieci, tak jakby spadła ona do zera wraz z gwałtownym rozwojem medycyny pod koniec wieku XIX. W **rozdziale drugim** przytaczałam statystyki wskazując na brak aktualności, niemożliwość porównania danych, ponieważ różnią się kryteria ich opisu, czasami brakuje danych, a innym razem kategorie nie są jasno sprecyzowane³³. W poradnikach dla rodziców, którzy planują dziecko nie ma informacji, że śmierć może się wydarzyć (Muthler 2016; Weaver-Hightower 2012) – być może taka przestroga pozwoliłaby rodzicom przygotować się na każdą ewentualność. Być może pominęliby ją, uznając, że ich to nie dotyczy. Mieliby jednak wybór – czy chcą wiedzieć? To pytanie wynikające z niewiedzy, wpływa również na sytuację rodziców w żałobie – zdarza się, że napędza ich chęć podjęcia działań na rzecz innych rodziców, podejmują się więc informowania o tym, jak wygląda sytuacja straty dziecka. Píše o tym Hannah Robert (2017: 197-198) obiecując jednocześnie, że rodzic w żałobie nie jest sam, na świecie jest bowiem wiele osób jemu podobnych, które również doświadczyły tego (lub podobnego) rodzaju straty i również nie widziały na początku dla siebie sensu w życiu, bo to życie zniknęło, pękło, roztrzaskało się. Z czasem jednak udało im się – krok po kroku, stopa za stopą – przejść przez najgorsze i dostrzec piękno otaczającego świata. Słowa te, choć mogą wydawać się banalne czy naiwne, odnoszą się do realnej sytuacji osieroconych matek i ojców. Do ich „odradzania się” po stracie. Nicola Gaskin (2018: 146) ma podobne przeświadczenie o pięknie świata i możliwości „znalezienia światła w mroku żałoby”. Obie autorki Robert i Gaskin mówią przy tym, że pisanie poza pozostawianiem śladu po swoim dziecku, było dla nich, jak dzierżenie pochodni i dawanie nadziei innym, że ogrom cierpienia ich nie zmiażdży, że jeszcze coś na nich czeka (Gaskin 2018; Robert 2017).

Ta obietnica nie zawsze działa – niektórzy rodzice nie wytrzymują rozłąki ze swoimi dziećmi, nie wytrzymują odpowiedzialności, którą czują jako rodzice, którzy w swoim mniemaniu „nie ochronili” swojego dziecka przed śmiercią. Usiłują oni dołączyć do dziecka. W ich przypadku niekończące się poczucie winy wpływa na sposób odbioru rzeczywistości, kontynuacja więzi związana jest z nieustającym cierpieniem (Holinger

³³ O nieadekwatności statystyk sporządzanych na podstawie danych przekazywanych przez szpitale píše Rafał Maciąg (2019), który wypowiada się na temat statystyk dotyczących aborcji. Dane te mogą być ukrywane poprzez przypisanie do innej kategorii. Podobnie ma to miejsce w kwestii śmiertelności dzieci.

2020: 186). Zespół badawczy w osobach Mikaela Rostili, Jana Saareli i Ichiro Kawachiego (2011: 928-930) ustalił, że w przypadku szwedzkich rodziców widoczny jest wpływ śmierci dziecka na śmiertelność rodziców. Bardziej narażone okazały się matki, chociaż śmiertelność wśród ojców po stracie dziecka też została odnotowana. Takie zachowanie opisał jeden z ojców (W05) wspominając o sytuacji powiadomienia rodziców o śmierci dziecka i reakcji matki, która chciała rzucić się przez okno. O myślach samobójczych mówiły też inne osoby (W02; W11; W15). Simon Shimshon Rubin i Ruth Malkinson (2001: 219) są zdania, że „ze śmiercią dziecka duża część energii życiowej rodzica również umiera”, a to może dodatkowo obarczać osierocone osoby. Nie należy więc bagatelizować tego typu straty, ponieważ może ona przyczynić się do śmierci samobójczej rodziców.

Inną kwestią poruszaną przez osieroconych rodziców, było poczucie absurdalności i nierealności sytuacji, w jakiej się znaleźli. Pojawiały się w tym przypadku stwierdzenia, że osoba czuła się lub czuje się „jak w filmie” (W12; W14), że okoliczności porodu były na tyle absurdalne, że to nie mogła być prawda (W06; W12; W13), że śmierć dziecka zaburzała „normalny rytm życia, więc nie mogła być prawdą” (W11; W19). Przy czym problem zawieszenia i nierealności intensyfikuje się za sprawą poczucia, że nie da się pewnych rzeczy przewidzieć ani im zapobiec. Mówi o tym ojciec (W05), który z jednej strony wyznaczył sobie cel w postaci czynienia dobra i pomagania innym, z drugiej czuje się zagubiony i zdaje sobie sprawę, że jako pojedyncza osoba niewiele może zrobić, może poddać się zmianom, które go spotykają i je zaakceptować (przyjąć do wiadomości, nawet jeśli się z nimi nie zgadza):

[k]ażdego dnia po prostu się może tobie i innym zdarzyć. I nie masz na to żadnego wpływu.

[ŁŁ] Mhm...

[M02] I wtedy się cała perspektywa zmienia, wiesz... Wszystko się przewartościowuje, nie? No, bo rzeczy, które uważałaś za ważne i jakieś stałe i... okazują się zupełnie bez znaczenia... [zaznaczenia Ł. L.] [7: 206-211]

[M02] [...] Znaczy, to było... po prostu odruch. No. I wiesz, zawsze jak po prostu człowiek się spotka z czymś prawdziwym... no i takie były moje słowa i zdjęcie, no to to jest bardzo poruszające i dlatego... dlatego zostało, zostało zauważone. No, wiesz, taka sytuacja, a ja też widzę, że to jest taki mikro wybuch, który się rozchodzi wśród, wśród... wśród ludzi, no bo wiesz, jest jak gdyby doświadczenie bezpośrednie, ale pośrednio ono jest tak mocne, że to też po prostu daje do, daje do myślenia. Nagle się... wiesz, żyjesz, żyjesz, żyjesz, żyjesz i chodzisz do pracy, coś tam robisz i nagle cyk i jakiś błąd w systemie... jak jesteś

na tyle gotowy, żeby się zatrzymać i popatrzeć na to i pomyśleć... wiesz, zrozumieć, że to tak nie jest, jak ci się wydaje, że pewne rzeczy są kompletną iluzją, nie? [zaznaczenia Ł. L.] [9: 269-278]

O takim sposobie odczuwania pisze również Douglas J. Davies (2015), który wskazuje na próby wyjaśniania sytuacji poczucia braku realności przy pomocy wiary lub pojęć zaczerpniętych z filozofii lub psychologii. Pozytywną stroną poczucia braku realności, jest możliwość „przeniesienia” swoich relacji z dzieckiem do internetu (Gadowska 2018; Sisto 2020; Sofka, Cupit, Gilbert 2012). Oznacza to, że można zwracać się do dziecka np. na portalach społecznościowych, pisząc, że ma się nadzieję, że tam, gdzie jest, już nie cierpi itp. Upamiętnienia i inne formy wyrażania emocji w sieci są miejscami, do których rodzic może powracać. Lyrene Kühn-Botma (2020: 43) upatruje w technologii cyfrowej możliwości wyrażania żalu po stracie w postaci obrazów cyfrowych:

Umożliwiają [...] także osobom pogrążonym w żałobie powrót do pamięci i reprezentacji zmarłego, włączając żałobę za pomocą obrazów i cyfrowych wyobrażeń do codziennego funkcjonowania [...]. Te doświadczenia i zjawiska są eksplorowane wizualnie poprzez użycie symboliki i, w moich własnych badaniach, generowanie uproszczonych symboli, które stały się zaszyfowaną wiadomością próbującą przekazać złożone doświadczenia żalu i straty w społeczeństwie, w którym wyrażany jest żal – nie tylko fizycznie, ale także cyfrowo.

W powiązaniu z poczuciem nierzeczywistości śmierci może pojawiać się również myślenie magiczne, które w odczuciu Christiana Lönnekera (2018: X) powinno być traktowane jako równorzędny sposób radzenia sobie ze stratą. Tymczasem autor ten zwraca uwagę na to, że psychoterapeutom narzuca się reagowanie na te „irracjonalne” sposoby, które należy jak najszybciej zastąpić poglądami „funkcjonalnymi”. Przekonuje przy tym:

Możemy odkryć, że nie wszystko w sferze nieracjonalnych czynności umysłowych jest złe i trzeba je wygaszać. Na przykład doświadczeni terapeuci z zakresu zespołu przewlekłej żałoby zachęcają swoich klientów do dosłownych rozmów ze zmarłymi bliskimi. Utrzymywanie więzi z osobą, która była tak kluczowa i ważna przez całe życie, ma wiele zalet (*ibidem*).

O takiej sytuacji mówią bardziej progresywne psychoterapeutki, które pracując z osobami po stracie, dostrzegają problemy wynikające z „funkcjonalnego” podejścia.

Bogusław Stelcer (2015: 48) uważa, że osoby osierocone ulegają zmianom w wyniku śmierci kogoś bliskiego i są to zmiany nieuniknione, co wynika z faktu, że „[k]ażda jednostka tworzy w umyśle reprezentacje świata zgodne z przyjętymi założeniami światopoglądowymi [...]”. Śmierć rozbija szereg spośród tych założeń i podważa poczucie stabilności, przewidywalności i bezpieczeństwa [...]”. Wyznacza również dwa wymiary żałoby – jeden związany z emocjami i odczuciami, drugi zaś dotyczy „konieczności restrukturyzacji świata”. Zmiany, którym ulega żałoba i osoba po stracie są „nierówne”, w tym sensie, że trudno ustalić jeden sposób ich przebiegu. W przypadku jednych rodziców w miarę upływu czasu od śmierci dziecka poczucie winy i lęk mogą się pogłębiać, w przypadku innych zmniejszać – mogą też pozostawać na tym samym poziomie, ale rodzice uczą się z tymi emocjami żyć. Zdarza się również, że po dłuższym czasie mogą pojawić się nowe emocje, których podmiot wcześniej nie doświadczał. Nora McInerney (2018) w swoim wystąpieniu podczas *TED Women* wyjaśniała, że żałoba nie mija, możemy jedynie iść dalej wraz z nią.

Mówiąc o zmianach należy zwrócić również uwagę na to, że część osób dostrzega bardzo wyraźnie moment, w którym te zmiany się pojawiły – tymczasem inne, którym ulegamy w toku życia, bez momentów przełomowych (punktów zwrotnych – por.: Strauss 1959/2007: 95), nie są tak widoczne. Pojawienie się diagnozy lub zaistnienie wypadku w wyniku, którego zmarło dziecko należą właśnie do momentów przełomowych. Wydarzenia te sprzyjają nie tylko zwrotom ku religii, czy generalnie przemianom duchowości, ale też innego typu życiowym przewartościowaniom (W17), a nawet zmianom osobowości (W18):

[...] Bo to człowiek... Ale też zupełnie... Tak, jak mówiłam na początku – **jak dziecko się rodzi, to się przewartościowuje życie, a jak się rodzi chore dziecko to chyba o... nie wiem, przewartościowuje o jeszcze raz tyle stopni, yy... bo to się zmienia zupełnie punkt widzenia. Człowiek zaczyna dostrzegać takie rzeczy, do których by nie przywiązywał, nie? Już teraz dla mnie nie jest ważna praca, nie jest ważne nic innego. Najważniejsza jest dla mnie moja rodzina, bez w ogóle dwóch zdań [zaznaczenia Ł. L.] [42: 1347-1352].**

[...] O! Generalnie jak na mnie wpłynęła sytuacja... bo do tej pory uważam, że... gdyby mnie to, co spotkało mnie... znaczy chodzi o [imię córki], to **nie miałabym teraz takiej odwagi...** Bo ja na przykład otwieram działalność. Otworzyłam salon kosmetyczny. Gdzie absolutnie bym się na to nie zdecydowała. Dopiero teraz ta świadomość, że istnieją dużo gorsze rzeczy, niż to czy firma nie pójdzie? No to nie pójdzie. To się zamknie. Nie ta, to następna. Nie pierwsza, nie ostatnia.... mmm... więc **dzięki temu i ja mam taką trochę odwagę życiową, trochę mnie to tak... yymm... nauczyło, że trzeba czasem tupnąć nogą.** Staram

się o tym... w ogóle **staram się teraz do wszystkiego pozytywnie, wszystko z każdej strony, sytuacji... wynieść.** [4sek] **Optymistyczniej patrzeć. Cieszyć się z pierdół! Z pierdół, że dzisiaj jest taka pogoda, nie wieje...** [zaznaczenia Ł. L.] [40: 1331-1340].

[...] Ja mam na przykład takie podejście, że faktycznie **chciałabym coś osiągnąć i jest jakiś tam plan i wiem mniej więcej, ile to lat mi zajmie yyy i staram się teraz żeby ułożyć po drodze, co muszę zrobić, żeby do tego dojść... ale zakładałam, że jeżeli po drodze coś innego mnie zainteresuje, to jestem otwarta, nie upieram się kurczowo przy jednym, że to musi być to, bo jak nie, to już koniec świata... tak? więc... jesteśmy bardziej spontaniczne... Widmo w ogóle śmierci powoduje takie zrzucenie kłapek... – czym ty się do tej pory martwiłaś? W ogóle... Sobie człowiek... zdaje tutaj – diagnoza nowotwór, w ogóle... jest takie szybkie zetknięcie, że się martwiłam, że nie mam teraz tu, żeby ratę zapłacić... albo takie sprawy typu błahostka... a ja nie mogłam przez nie spać... i wtedy takie trzuuu... [wydaje dźwięk przypominający spadanie kłapek] i jest coś takiego, że spadają klapki...**

[LL] Mhm.

[K13] Jest coś takiego i zupełnie **ta codzienność już przestaje być taka przerażająca... Sekundowa... sekundowe przewartościowanie całego życia...** [...] **trzeba aż tak dostać po dupsku, żeby coś zrozumieć...** Mi się wydaje że pierwszy wzorzec wynosimy z domu...tak? Te nasze możliwości, albo to czym się przejmowali się rodzice, albo też... też taki obraz – ja na przykład wiedziałam, w którym momencie zachowanie moich rodziców, tak mnie bolało strasznie, czyli na przykład, nie wiem, obiecali mi coś, czyli byli niesłowni... wiedziałam, że będę się starała tego wszystkiego unikać w wychowaniu moich dzieci, tak? I i jak gdyby na tym się człowiek skupia, tak? Też nie na szerszych perspektywach, więc wydaje mi się, że to jak jesteśmy wychowani, też ma ogromny y wpływ, jak później postrzegamy świat. Ja na przykład byłam z tych, co zawsze było: „zostaw, nie ruszaj, się uderzysz, się oparzysz, zrobisz sobie krzywdę”, więc teraz w dorosłym życiu też jest mi ciężko czegośkolwiek... **bo się boję porażki**, tak? Natomiast ta sytuacja z [imię córeczki] doświadczyłam, że jest... że **są dużo gorsze rzeczy, niż że ja się sparzę...** tak? [zaznaczenia Ł. L.] [48-49: 1636-1658].

Kwestia zmian będzie zauważalna również z pozycji perspektywy terapii, jaką podejmiemy. Psychoterapeuta, który będzie sugerował, że żałoba przebiega zgodnie z modelem fazowym, wskaże na zmianę w odczuwanych w czasie emocjach od zaprzeczenia przez gniew, targowanie się i depresję po akceptację. W wersji proponowanej przez Davida Kesslera (2019) zmiany te będą bardziej dynamiczne i będzie im towarzyszyło dodatkowo poszukiwanie sensu. Jeżeli spojrzymy na żałobę zadaniowo – akceptacja faktu straty, poddanie się emocjom żałoby, zdobywanie nowych umiejętności i ponowne zainwestowanie naszej energii na inne, nowe sposoby (Leick, Davidsen-Nielsen 1991: 21-22) – okaże się, że dana osoba również może dostrzec

przemiany w sposobie radzenia sobie z rzeczywistością, w której istnieje. Podejście preferowane przez Wiliama Wordena (2009) wskazujące obszary żałoby wyznacza – choć nie liniowo – zmiany, którym osierocony rodzic może ulegać. I znowu od poszukiwania stabilizacji i przetrwania, przez zrozumienie rzeczywistości, pracę z emocjami, adaptację i utrzymanie wewnętrznej relacji po poszukiwanie znaczenia. Obszary, fazy, zadania mogą się przenikać, mogą na siebie nachodzić, mogą się powtarzać, na dodatek trwają tyle, ile jest konieczne dla danej jednostki – ta zmienność i nieprzewidywalność procesu żałoby jest już dość powszechnie dyskutowana i akceptowana, chociaż znacząco komplikuje kwestię pomocy osobom po doświadczeniu straty.

Ostatnim ważnym aspektem procesu żałoby i zmian, jakie on powoduje jest postrzeganie czasu. Osieroceni rodzice wraz z poczuciem nierealności sytuacji śmierci dostrzegają zmienność czasu – zauważają, że czas ten raz przyspiesza, raz zwalnia, innym razem stoi w miejscu (o czym pisałam na początku tego rozdziału). Oczywiście są to subiektywne odczucia, ale potwierdzają je badaczki i badacze. Gilles Deleuze (1990: 61) wyjaśnia ten fenomen pisząc o różnych sposobach postrzegania czasu – pierwszy z nich, konwencjonalny, konceptualizowany w postaci przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, dzielony na frakcje (sekundy, minuty itd.) nazywa chronosem. Drugi nie jest podzielony na ściśle określone frakcje, a przeszłość, teraźniejszość i przyszłość mogą występować dowolnie, są płynne – Deleuze nazywa go aionem. Autor ten twierdzi, że śmierć pozwala nam dostrzec „wieczną prawdę” (*ibidem*: 53), a Lorraine Hedtke i John Winslade (2017: 149) wyjaśniają:

Tym, co odróżnia wydarzenie od zwykłego wypadku, jest jego sens. Nie ma żadnej różnicy w samej rzeczy, w tym, co miało miejsce w teraźniejszości, mierzonej w jednostkach chronosa. To, co dzieje się w teraźniejszości, jest oddawane i rejestrowane jako wydarzenie lub jako osobliwość przez sens lub sposób, a jaki o tym myślimy. Tak więc, kiedy jesteśmy w żałobie, nie opłakujemy tylko chwili śmierci bliskiej osoby, a nawet przyczyn tego momentu – opłakujemy o wiele pełniejsze poczucie tego, jak życie człowieka rozciągające się w naszej pamięci. W ten sposób załamujemy nasze zwyczajowe poczucie czasu [...]. Konstruujemy narrację o życiu człowieka, a ta narracja tańczy przed naszymi oczami w bezpośredniości naszego poczucia aiona. To właśnie w zapadającym się czasie w tej narracji oddajemy się wzorcom kulturowym lub dyskursom, które pozwalają zrozumieć, w jaki sposób jedno życie jest częścią większego gobelinu istnienia.

Tym samym to właśnie postrzeganie czasu jako nieliniowego, pozwala rodzicom wciąż podtrzymywać obecność zmarłych dzieci w swojej rzeczywistości. To filozoficzne podejście do materii czasu pozwala również pogodzić się z tym, co nieuchronne i oddaje nieliniową, zapętloną naturę procesu żałoby.

Podsumowanie części III

Celem części trzeciej było zaprezentowanie przebiegu doświadczenia żałoby rodziców wraz z podejmowanymi przez nich działaniami osławającymi stratę, a także osadzenie tego doświadczenia w szeroko pojmowanych ramach socjo-kulturowych.

W rozdziale piątym zaprezentowałam materiał ułożony od strat zgodnych z decyzją (aborcja) po te nieoczekiwane. Jednocześnie omawiane sytuacje odwołują się do kwestii związanej z okresem istnienia dziecka w świadomości rodziców – od problemów reprodukcyjnych (dziecko wyobrażane, „dziecko, którego nie było”), przez aborcję, poronienie, śmierć okołoporodową, śmierć w wyniku choroby, wypadku lub z nieznanych przyczyn. Cytowane fragmenty wywiadów wskazują na emocjonalny przebieg straty i żałoby, problemy związane z negocjowaniem swojej tożsamości jako rodzica lub osieroconego rodzica – szczególnie ta sytuacja dotyczy ojców, którzy są pomijanymi aktorami dramatów utraty dziecka.

Doświadczenia rodziców choć różne, pozwalają naszkicować ogólny proces przebiegu żałoby rozpięty między fizyczną stratą i jej brakiem. W większości przypadków można mówić o przebiegu pozostawiającym trwale ślady w psychice, potęgowane przez brak zrozumienia sensu śmierci dziecka, brak zrozumienia cierpienia rodzica przez innych oraz poczucie osamotnienia, bezsilności, zagubienia i zawieszenia w chaotycznej rzeczywistości procesu żałoby. Podejmowane próby „powrotu do normalności” okazują się nieskuteczne, póki ślad po dziecku pozostaje w pamięci osieroconych członków rodziny. Nie ułatwiają sprawy utrudnione interakcje z bliskimi, którzy mają inne sposoby i potrzeby ekspresji emocji i ze światem zewnętrznym czy niemożliwość znalezienia dla siebie miejsca w świecie bez dziecka (nawet jeśli w domu są inne dzieci). Z pomocą przychodzą różnorodne rytuały i działania, które opisuję w rozdziale szóstym – zaznaczając jednocześnie, że każda osoba poszukuje aktywności, która w najlepszy sposób pomaga jej w ekspresji uczuć i emocji.

Rozdział szósty stanowi przegląd różnych praktyk radzenia sobie ze stratą i negocjowania swojego statusu osieroconego rodzica. Pojawiają się działania znane, kultywowane od dawna (pochówki, praktyki religijne, tworzenie pamiątek itp.), te mniej oczywiste związane z praktykami zmysłowymi oraz nowe podpatrzone w innych krajach (dzień dziecka utraconego, tatuaże upamiętniające, bliźniacze ośmiorniczki itp.).

Opisywane praktyki koncentrują się na miejscach (cmentarz, pokój dziecka), rzeczach (przedmioty, zdjęcia, tatuaże), działaniach (podejmowanie aktywności fizycznej różnego rodzaju od biegania, przez taniec, po jogę i medytację, podejmowanie aktywności artystycznej, zaangażowanie w pomoc) oraz sposobach społecznego prezentowania sytuacji straty (dzień dziecka utraconego, tężowe dzieci, pomniki dzieci utraconych, dzień osieroconej matki lub osieroconego ojca). Przytaczane są przykłady praktyk podejmowanych przez rodziców i omawiany ich szerszy kontekst indywidualny, kulturowy i społeczny.

W rozdziale siódmym omawiana jest kwestia zmian w czasie, które dostrzegają rodzice. Zwracam uwagę na trajektoryjny charakter straty dziecka i pojawiające się w związku z nim podejmowane (lub nie) działania mające na celu odzyskanie równowagi i nadanie nowego sensu życiu po stracie.



**Część IV:
Społeczne konteksty
śmierci dziecka**

8. Wpływ innych na przebieg procesu żałoby.

Kontekst instytucjonalny

Większość umierających wcześniaków uznaje się za skazane na ten los już w momencie narodzin albo nawet wcześniej. Niemowlę nie może wiedzieć, że umiera, dlatego pielęgniarki z oddziałów opieki nad wcześniakami nie muszą uwzględniać ich świadomości. Mogą rozmawiać w obecności niemowlęcia o prawdopodobnym terminie jego śmierci, o tym, co będą czuć jego rodzice, albo stwierdzić, że ich zdaniem wcześniak jest w takim stanie, że śmierć może być dla niego wybawieniem.

(B.G. Glasser, A.L. Strauss 2016: 88)

Śmierć jest doświadczeniem wielopłaszczyznowym. Nie tylko dotyka jednostki bezpośrednio związanej z dzieckiem (rodzice) czy innych członków rodziny (rodzeństwo, dziadkowie, dalsza rodzina), ale też osób, które są w jakikolwiek sposób jej świadkami (szpital, służba zdrowia, zakład pogrzebowy, pracownicy i pracownicy cmentarzy itd.). Interakcje nie przebiegają tylko na linii martwe dziecko – inni. Dotyczą one również relacji pomiędzy tymi innymi, czyli pomiędzy rodzicami, a resztą członków rodziny (także między ojcem i matką) czy nadmienionymi „świadkami”. Te interakcje przebiegają w każdym możliwym kierunku i mają wpływ na wszystkich uczestników i wszystkie uczestniczki. Dlatego niezmiernie ważnym elementem wpływającym na powstawanie traumy i radzenie sobie z trudnym doświadczeniem straty dziecka są właśnie wszelkiego typu interakcje – od tych związanych ze służbą zdrowia, przez usługi funeralne, po same działania osób pracujących na cmentarzu, nie pomijając przy tym roli duszpasterzy oraz osób z dalszego i bliższego otoczenia. W zasadzie w każdym wywiadzie i w każdej rozmowie aspekt interakcji z innymi i z instytucjami odgrywał dużą rolę. To właśnie „inni” przyczyniali się do powiększania traumy lub stanowili podporę dla osieroconych rodziców. Wspominałam już, że moją ambicją było zbadanie przebiegu tych interakcji w każdym kierunku, czego osiągnąć nie zdołałam. Udało mi się jednak uchwycić wagę tych kontaktów po stronie rodziców i właśnie tego dotyczy ten rozdział. Swoją uwagę kieruję na osoby i instytucje pojawiające się w wywiadach – takie jak służba zdrowia wraz z pomocą terapeutyczną, opieka duszpasterska, usługi funeralne i współpraca z zarządcami cmentarzy – a także na osoby reprezentujące ruch

dobrej śmierci, które w ostatnich latach zaistniały na polskim rynku. Ostatni podrozdział poświęcam opisowi działań douli umierania oraz towarzyszki w żałobie (w Polsce, tak samo, jak na Zachodzie, głównie kobiety podejmują się wykonywania tych zawodów, stąd żeńskie formy nazw zawodów).

Zanim jednak przejdę do poszczególnych relacji i interakcji, chcę wskazać problem bardziej ogólny, czyli „zachowanie osób trzecich w stosunku do osieroconych rodziców”. Nawet jeżeli ktoś doświadczył podobnej straty, nie jest powiedziane, że będzie wiedział, jak zareagować na tragedię drugiego człowieka. Prawdopodobnie wszystkim nam towarzyszy w takich sytuacjach poczucie zagubienia, które utrudnia racjonalne, ale też empatyczne i ciepłe reakcje ukierunkowane na osieroconych rodziców. Słowa bardzo często nie potrafią wyrazić współczucia, wsparcia czy ulgi w cierpieniu. Dlatego nieświadomie popełniamy wiele błędów. Fundacja Nagle Sami w 2019 roku na swoim profilu na Facebooku prowadziła kampanię *Wspieram w żałobie* [#wspieramwżalobie] (Facebook, Fundacja Nagle Sami 2019). Publikowane były infografiki, które sugerowały „jak wspierać osoby w żałobie?” Doradzano, by odezwać się, zastanowić się, jak można pomóc, stworzyć „sieć wsparcia”, poprosić o „wskazówkę”, być cierpliwym, wspominać, pamiętać o ważnych datach oraz zadbać również o siebie. Dodatkowo odradzano dawania „dobrych rad” i uogólniania procesu żałoby, ponieważ jest on inny dla każdej osoby. Dziennikarka Ewa Krogulska (*dziecisawazne.pl*, b.r.) jeden ze swoich tekstów poświęciła właśnie wskazówkom dotyczącym zachowania względem osieroconych rodziców. Po pierwsze można „zapropionować swoją obecność”. Warto odpuścić sobie pocieszanie, lepiej po prostu słuchać, dać się wypłakać lub zwyczajnie być obok. Po drugie należy „dać czas na przeżycie emocji”. Żadna z emocji nie będzie zła, ciężko jednak przewidzieć, jak ktoś będzie reagował. Warto więc przygotować się na każdy możliwy scenariusz. Po trzecie warto zasugerować pożegnanie z dzieckiem – czy to w formie pogrzebu, czy indywidualnie opracowanego rytuału. Po czwarte można zasugerować udział w grupie wsparcia – nawet internetowej – lub konsultacje psychologiczne. Po piąte „zaakceptować fakt, że mężczyźni i kobiety inaczej przechodzą żałobę”. Krogulska dodaje:

Szczera, empatyczna rozmowa lub po prostu wspólnie spędzony czas mogą być dla niego impulsem do podzielenia się tym, co przeżywa. To bardzo ważny krok, ponieważ tłumione emocje mogą tworzyć barierę między partnerami lub

popychać mężczyznę do kanalizowania ich w mało konstruktywny sposób, np. poprzez ucieczkę w pracę lub alkohol (*ibidem*).

Czasami uwaga kierowana jest wyłącznie na osieroconych rodziców, co zrozumiałe, jednakowoż pomija inne osoby – jak chociażby rodzeństwo i dziadków. Dzieci zdaniem jednej z matek (W17) powinny w miarę możliwości mieć szansę spotkania z umierającym rodzeństwem. Powinno się z nimi rozmawiać, by potrafiły poradzić sobie z sytuacją. W wywiadzie opowiedziała o sytuacjach wspominania zmarłej siostry i o tym, jak starsza córka radziła sobie z doświadczeniem straty:

[...] i nawet kiedyś wieczorem... ponieważ **często przychodziła spać do mnie, jak jak jak [imię zmarłej córki] zmarła**. I kiedyś wieczorem tak leżałyśmy, wspominaliśmy... **ja sobie tam popłakiwałam**... a ona do mnie mówi: **mamo, ty nie możesz tyle płakać**. [4sek] A ja mówię: dlaczego? Ona mówi: **bo wiesz co? Ja tobie opowiem taką historię**. [8sek] W ogóle skąd ona tą historię wzięła, do dziś nie wiem... Właściwie to chyba nawet nigdy jej o to nie zapytałam... **Opowiedziała mi historię, że ym była sobie mamusia i córeczka. [cyknięcie] Nie miały nikogo na świecie mieszkały sobie same w domku w lesie i żywiły się tym, co w lesie znalazły**. [4sek] I pewnego dnia ta mamusia zachorowała. I ta córeczka sama musiała chodzić do tego lasu i przynosić to jedzenie, żeby ta mamusia... No, i tam mamusia wyzdrowiała, ale przez to, że ta córeczka sama chodziła do tego lasu, to się przeziębila... i też zachorowała. [4sek] I nie udało się jej uratować i ona umarła. I ta mamusia była w strasznej rozpacz i ciągle płakała. I pewnego dnia jej się przyśniła ta córeczka. [4sek] I ta córeczka przyszła do niej w białej sukience, ale była cała mokra. Ja mówię do [imię żyjącej córki]: Dlaczego byłam mokra? Ona mówi: No, słuchaj mnie dalej. I ta có... I ta mama się pyta do niej: córeczko, a dlaczego ty jesteś taka mokra? A ona mówi: **mamusi, bo ja się w ogóle nie mogę bawić z innymi dziećmi, bo ty ciągle płaczesz i moczysz mi sukienkę**. [4sek] Ja się nie mogę bawić z innymi aniołkami. I mówi: [starając się śmiać] **mamo, ty przestań płakać, bo ta nasza [imię zmarłej córki] też ma ciągle mokrą sukienkę**... [z uśmiechem, przez łzy]... No, po prostu mnie zatkało. Ja nie mogłam wyjść z podziw... No, no w ogóle... w ogóle naprawdę [trochę niezrozumiale śmiejąc się przez łzy] **już starałam się przy niej nie płakać**... yyy...

[K12] [...] [imię żyjącej córki] się w ten sposób... sobie pomagała, że **bardzo często... nagrywała filmiki, albo miała nagrane filmiki robiła z nich prezentację**... typuuu – **jak wspaniałą miałam siostrzyczkę** – i jakieś takie ujęcia... [zaznaczenia Ł. L.] [41-42: 1316-1336; 1355-1358].

Jako przykład na to, jak ważne są relacje z dzieckiem, przytoczyła też historię innej matki, która miała trudniejszą sytuację, co bardzo źle wpłynęło na jej relację z córką:

[...] to niedoszły zięć, bo to pierwszy facet [imię zmarłej córki], leżeli i do siebie tam zawsze razem sobie gurali i... yyy i ona właśnie też była jeszcze w ogóle była z daleka nie z [miejsce zamieszkania K12] tylko z [miejscowość pochodzenia znajomej] i tutaj z tym małym była przez rok w szpitalu, a tam miała dwuletnie dziecko, jak go, jak jak urodziła to ta mała miała 2 latka, więc po prostu etap rozwoju dziecka... zasadniczy, że tak powiem, a jej nie było. I teraz właśnie mówi ciągle, że... tam minął już rok, jak ona jest w domu z tym małym i ona ciągle nie może złapać kontaktu z tą córką... Ona jednak ma do niej... raz, że... znaczy po prostu w tej fazie, w której ona pamięta, to nie było mamy. Był tylko tata w domu, nie? Mama tam się pojawiała raz na dwa tygodnie w domu, przyjeżdżała zmieniała rzeczy, oni czasem jechali, bo tak mąż zabierał ją i jechali do [miejsce zamieszkania K12]... na weekend, na przykład... no i ta mama, która ciągle jest przy tym dziecku... No i pytam jej się – a [imię dziewczynki] jak na niego w ogóle? No, przyjdzie, pobawi się z nim, ale mówi: wiesz co? Nie jest to zabójcza miłość, nie? Po prostu ona bardziej go traktuje jako taką konkurencję, że ta mama to jest... mój jest tata a [imię chłopca] jest mamy... nie? I mama jest [imię chłopca], nie? Mama [imię chłopca] mówi czasem nawet do niej, nie? – A mama [imię chłopca], co robi? I mówi: wiesz, no serce mi pęka po prostu, bo bo... Ale mówi: no, ale nic nie robi na to, że to jest takie dziecko, które faktycznie ma pod respiratorem, no wymaga jej... ona śpi z nim w pokoju jednym, tak? Czasem tam, jak [imię chłopca] ma gorsze dni... a on tam też takie w związku z tą miopatią, ma jakieś wymioty, musi być w zaciemnionym pokoju, w ciszy być, żeby tam ulżyć w miarę możliwości... no, to też przeganiam [imię dziewczynki] czasem, jak ona przychodzi tam hałasuje, albo coś tam... no to wiesz, muszę jej powiedzieć nie możesz tu być, tam [imię chłopca] się źle czuje... Wiesz ona średnio to rozumie, jakby przez ten pierwszy rok też może tata... no może nikt jej nigdy nie tłumaczył, może z nią nikt nie rozmawiał tak. Ona też była młodsza to... no bo moja [imię żyjącej córki] już więcej... bo miałam dziesięć lat [zaznaczenia Ł. L.] [51:1634-1658].

Trudna relacja z dzieckiem, które pozostaje pod opieką drugiego rodzica lub dziadków, to jeden z powodów pojawiania się wyrzutów sumienia. Poczucie niemożności bycia z obojgiem dzieci jest podwójnie stresujące w przypadku, kiedy jedno z dzieci choruje i wymaga koncentracji całej uwagi na sobie. Mówi o tym inna mama (W18), która swój czas dzieliła między chorą córkę i niemowlę, a później małe dziecko. Zaznacza przy tym, że syn stał się dla niej osobą kluczową po śmierci córki i bez niego trudno byłoby jej sobie poradzić.

[...] I dwa tygodnie byłam w domu z [imię synka], żeby [śmieje się] poznać trochę mojego syna... oczywiście się w nim zakochałam... To jest ciężkie... tak wychodząc... Chociaż dopóki był mały... niemowlak, to nie było jeszcze takie ciężkie, jak później gdy już zaczynał mówić i na przykład gdy ja wychodziłam, on widział walizy, albo w ogóle gdy wychodziłam, gdy albo jak było dzwonione na przykład i słyszałam to jego „mamo” to wtedy to jest niesamowicie rozdzierające serce... to jest... to jest masakra. Tutaj z jednej strony... dobrze w

takiej sytuacji mieć inne, tak? Gdy jedno choruje, z drugiej strony to jest taki dodatkowy... No, minus. **Taka tęsknota, takie rozdarcie i wtedy naprawdę ta matka żałuje, że nie może się rozdwoić – być tu i tu.** Okazało się... **dobrze że jest [imię synka], ponieważ jak [imię córeczki] odeszła to faktycznie to była w zasadzie jedyna motywacja, żeby w ogóle... żeby żyć... tak myślę, że że trzeba wstać rano, bo jest synek, któremu nie wytłumaczy się, że nie wiem – mamie się nie chce wstać, żeby zrobić mu jeść, czy czy cokolwiek, tak? I w takich sytuacjach jest naprawdę dobrze mieć dziecko... i to jeszcze w takim wieku, gdzie trzeba się tym dzieckiem zająć...** Bo podejrzewam, że nie wiem, gdyby miał 16 lat założmy, to też by było zupełnie inaczej... już by był zupełnie samodzielny, więc gdybym miała świadomość, że że nie muszę, to pewnie bym jakoś tak wcale się nie zbierała do tego, żeby jakoś normalnie funkcjonować [zaznaczenia Ł. L.] [16-17: 513-529].

Zwraca uwagę przy okazji na aspekt bycia potrzebną, który nie zawsze zadziała, bo dzieci mogą być starsze, dziadkowie mogą wyręczać rodziców w opiece, a tym samym nie ma potrzeby „radzenia sobie”. Nie znaczy to jednak, że starsze dzieci nie potrzebują wsparcia – to, że nie mówią o tym, nie jest równoznaczne z faktem uporania się ze śmiercią rodzeństwa. Jak już wielokrotnie pisałam – każda osoba w rodzinie i najbliższym otoczeniu może w inny sposób doświadczać straty i rozpracowywać ją. Przykładu takich sprzecznych sposobów radzenia sobie dostarczyła rozmowa z mamą, której dziecko zginęło w wypadku (W11) – dwóch braci zmarłego chłopca i mąż kobiety reprezentują zupełnie inne strategie upamiętniania, radzenia sobie ze stratą i przepracowywania jej. Brak akceptacji różnic, sprawia im wszystkim ból i utrudnia komunikację. Trudną sytuacją jest bowiem w takich chwilach brak wsparcia od najbliższych. Matka chorej dziewczynki (W17) również opisała podobną sytuację, wspominając o starszej córce swojego męża (z pierwszego małżeństwa), która za sprawą swojej matki, a także zgodnie z własną decyzją, nie chciała wspierać ojca w najtrudniejszych chwilach.

[...] y trochę takie miałam poczucie... zresztą mój mąż to mówił, że właściwie **tego jednego dnia do stracił dwie córki...** nie? takie **takie miał przeświadczenie...** **jeszcze przez te trzy miesiące cztery, kiedy myślę, że potrzebował... to ja wiem, bo ja potrzebowałam tego kontaktu z [imię żyjącej córki]** [...] [zaznaczenia Ł. L.] [54: 1734-1737].

Istnieje również przekonanie, że dzieci potrafią lepiej adaptować się do sytuacji straty i tę umiejętność tracimy z wiekiem – przeświadczenie takie wyraził ojciec (W19),

którego córka zmarła z nieokreślonych przyczyn. Jednocześnie wskazuje on na realizowaną potrzebę kontaktu z innymi ludźmi.

Staramy się po prostu jak najwięcej być z ludźmi... nie? To jest, to jest... To jest też, też... bardzo pomaga nam, no bo wrywa z tego... znaczy – jest to w pewien sposób złudne, no, bo to jest jakby... wszystko, co z zewnątrz jest jakby... jest tylko na chwilę, ale... lepiej tak, lepiej tak na chwilę, niż, niż, niż... w ogóle. Także, no... [4sek] Dziewczy... Dziewczyny sobie dobrze... dobrze radzą. Dzieci mają taką umiejętność adaptacji, czy to akceptacji tego, co jest natychmiast i... Jest bo jest i... Koniec. A my po prostu... Wydaje mi się, że, że... że wraz z wiekiem, no, coraz bardziej jak gdyby tracimy tą umiejętność [zaznaczenia Ł. L.] [6:166-173].

Kontakt, a przede wszystkim możliwość rozmawiania z innymi – to bardzo ważna część radzenia sobie ze stratą. Dla jednych jest on kluczowym elementem, bo nie tylko komunikuje kwestie związane z chorobą dziecka, ale ze stanem psychicznym rodzica, daje też szansę na dzielenie się doświadczeniem, a w przypadku śmierci dziecka umożliwia wspomnianie i dawanie świadectwa istnienia. Przynosi ulgę. W jednej z rozmów (W17) wyraźnie zarysowana jest potrzeba rozmowy, przy jednoczesnym wskazaniu, że inni rodzice, inne matki nie wiedziały, jak taką rozmowę zacząć, jak wspierać osierocone osoby – co tym bardziej podkreśla potrzebę powszechnego edukowania na temat wspierania w żałobie.

[...] Ja potrzebuję o tym rozmawiać na przykład. I dużą ulgę mi przynosi to, że mogę rozmawiać o tym z kimś. Nie ka... Ludzie tego nie rozumieją. I boją się trochę, nie? Bo... każdy tak właśnie zawsze podchodzi... zresztą nasi znajomi też właśnie w klubie, teraz niedawno dopiero mi dziewczyny powiedziały, że one zupełnie nie wiedziały, jak się mają zachować, czy mają do mnie dzwonić, czy nie dzwonić, czy rozmawiać o tym, czy nie wspominać... One mówią, że bardzo długo po prostu... zachowywały się jakby w sensie... mnie to nawet trochę drażniło, że się wszyscy zachowywali jakby się nic nie stało [zaznaczenia Ł. L.] [42: 1359-1364].

Z drugiej strony – nie każdy życzy sobie i chce, by z nim na jakiś temat rozmawiać. Jest tak dlatego, że śmierć i choroba są traktowane jako doświadczenia bardzo prywatne, czasami trochę wstydlive. Szczególnie choroby genetyczne obarczone są poczuciem winy i wstydu, więc rodzice mogą wyrażać niechęć do kontaktowania się z innymi osobami. O sytuacji takiej wspomina matka chorej genetycznie dziewczynki (W20).

[...] Ja myślę, że na tyle **byłam otwarta, że zawsze tam szukałam kogoś i chętnie się dzieliłam, jak ktoś napisał**. Aczkolwiek chyba **życie mnie nauczyło tego**, że przy kilku rzeczach, co wydawało mi się, że to jest takie ludzkie i normalne, że ja do kogoś zagadnę, że coś mówię. W przypadku, że ja widzę, że ktoś też ma takie dziecko, a **potem się okazywało, że – nie, daleko, proszę ze mną nie rozmawiać**. To potem zaczęłam się zastanawiać, **może rzeczywiście, nie każdy sobie tego życzy, nie każdy tego chce i trzeba też do tego podejść....** Ktoś musi chcieć, po prostu. Spotkaliśmy się też z tym, że ja byłam taka bardzo, na początku jeszcze, taka bardzo napalona ja się przyznam i nie potrafiłam, u pana doktora Bohma. Okazało się, że są jeszcze takie dwa przypadki, jeden jest w Ustroniu i jeszcze jeden jest. I nie obrażając, przepraszam, że ja tak mówię, obydwie przypadki lekarze – rodzice. Ale przy czym **jeden jest już dla mnie przerażający, ponieważ nie życzyli sobie żadnego kontaktu, a dziecko przenosząc z wizyty na wizytę przykrywają tak (pokazuje gestem ruch szczelnego przykrywania kocykiem) – kocykiem**. I ja po prostu **nie mogłam się z tym pogodzić**. No i mówię: no jeśli tak jest to ok, ja zawsze musiałam walczyć, żeby się gdziekolwiek dostać, do jakiegokolwiek specjalisty. **Będąc w tym środowisku zawsze mi się wydawało, że łatwiej się umówić z jakąś wizytą, jak gdzieś ktoś już coś powie. A okazało się, że bardzo zamknięte środowisko, że nie ma szans się przebicia przez tę ścianę. I nawet pan doktor mi powiedział, niech pani nawet nie próbuje, oni sobie nie życzą żadnego kontaktu** [zaznaczenia Ł. L.] [30: 890-907].

Powyższy fragment pokazuje, że nie każdy będzie potrzebował wsparcia w formie rozmowy. Rozmowa może być z jednej strony interpretowana jako wsparcie, ale jeśli rozmówczyni ma inną strategię radzenia sobie, rozmowy traktuje jako mało ważne – wyjaśnia to poniekąd jej niewiedzę i brak zainteresowania emocjami partnera czy członków swojej rodziny – skupia się na swoim celu i to pozwala jej radzić sobie ze stratą.

[...] **Ja mam mamę tylko i rozmawiałam z mamą i mama mnie zawsze wspierała, do mnie zadzwoniła, czy pisała smsy: jak się czuję, blablabla...** Aczkolwiek **nie były to jakieś długie rozmowy – yyy o życiu i tak dalej – ja wszystkim wmawiałam: tak już jest OK**. Bo ja miałam z tyłu głowy, że ja będę w następnej ciąży, albo sobie adoptuję dziecko, więc tak, już jest OK. No gdyby mi ktoś wyciął jajniki i i miałabym na tyle silne zaburzenia psychiczne, że nikt by mi normalny nie dał dziecka, to ja bym wtedy wiedziała, że ja jajników nie mam, więc dziecka nie urodzę, nikt mi dziecka adoptowanego nie da... I wtedy już podejrzewam, byłabym już w trochę innej sytuacji, tak? Powiedzmy se, **miałam dwie te... dwa te koła ratunkowe i ja się na tym opierałam** [zaznaczenia Ł. L.] [14: 24-32].

W budowaniu relacji z osieroconym rodzicem (lub rodzicem chorego dziecka) jest ważny również szacunek. Pisze o tym Anika Zadyłak (2020):

Jestem matką, śmiertelnie chorego syna i żyję w kraju, w którym nic nie działa jak powinno. Na komisji odbierającej resztki godności, lekarz nie specjalista, nie potrafi wypowiedzieć nazwy choroby, więc raczej i pojęcia o niej nie ma. Dlatego pewnie, dwa tygodnie później widzę listonosza, który przynosząc wyczekiwaną decyzję, mówi, że na pewno się udało. Nie udało. Trzeba będzie się odwoływać, udowadniać, że umiera, że nie może pracować wszędzie, że nie może pracować nigdzie. Żeby dostać kilkaset złotych renty jałmużny, której wystarczy na lichą trumnę. Bo żyć się za to nie da. Mój dorosły syn, którego czasem trzeba na rękach zanieść do łazienki i łąć prosto w oczy, że jeszcze chwile, że ból zaraz minie. A potem dusić się w kącie, między ścianą a podłogą, w ciasnej szczelinie, i wyć ze wstydu i bezsilności. Mój dorosły syn, o którym mówi się w ministerstwie zdrowia, że leczyć się nie kalkuluje. [...]. Widzisz mnie codziennie, jak idę ulicą, jak nie płacze i nie jestem smutna. Choć właśnie komornik wysłał mi pozdrowienia, a energetyka pokiwała groźnie palcem, za nie zapłacony rachunek. Robię zakupy ze stoickim spokojem, żeby nikt się nie domyślił, jak skrupulatnie podliczam kwotę, bo na śniadanie, obiad i kolację, mam całe 30 zł. Wiem, że to brzmi abstrakcyjnie ale są rzeczy, które się ponoć filozofom nie śniły. Tak jak matki, które mijasz i pojęcia nie masz, że właśnie ktoś w urzędzie, potraktował je jak gówno, sugerując, że lepiej by się za robotę wzięły. Bo tylko żebrać pod sejmem potrafią, zbierać do puszek z podobizną ich dzieci, prosić o to, co w każdym normalnym kraju, zapewniają ci, co na ogół tak wiele obiecują. U nas, obietnic nie dotrzymując.

Ten fragment pokazuje dobitnie sytuację rodziców dzieci nieuleczalnie chorych, którzy „czekają” na śmierć swoich synów i córek. Kiedy stają się rodzicami osieroconymi, mają jeszcze mniej wsparcia. Przytaczam tę wypowiedź, kierowaną do tych, którzy nie interesują się, krytykują matki dzieci chorych terminalnie, ponieważ jest ona ważna właśnie w kontekście społecznym i instytucjonalnym. Pokazuje realia życia osoby, która jeszcze za życia dziecka, przeżywa żałobę antycypowaną.

W kolejnych podrozdziałach przedstawiony zostanie wpływ działania instytucji na osieroconych rodziców, zwracam jednak uwagę na to, że śmierć dziecka wpływa również na osoby, które w tych instytucjach pracują. Jest tak dlatego, że cudza strata może uruchamiać wspomnienia związane z indywidualnym doświadczeniem, wysoka empatia może wpływać na odczuwanie straty, jako własnej czy wreszcie każda śmierć np. w szpitalu, może być odczuwana jako porażka zawodowa.

8.1. Szpital

Rozpatrując interakcje na linii rodzic-służba zdrowia, należy poczynić rozróżnienie na sytuację straty – okołoporodowej lub w wyniku poronienia, sytuację straty dziecka chorego (bez względu na wiek) oraz sytuację straty w wyniku wypadku lub z nieznanych przyczyn. Każda z nich implikować będzie innego rodzaju interakcje czy podejście i przebiegać będzie w innego rodzaju otoczeniu. W pierwszym przypadku możemy mówić o sytuacji, w którą zaangażowanych jest mniej osób, dotyczy ona ciała kobiety (matki) i niewiele można zrobić, by jej uniknąć. W drugim dochodzi do włączenia pomocy hospicyjnej, pojawia się również element obserwacji cierpienia dziecka i poczucie bezradności. W trzecim, gdy dziecko ginie w wypadku lub z nieznanego przyczyny – mogą pojawiać się kwestie związane z „naruszeniem ciała dziecka” poprzez sekcję lub dawstwo organów. Badania i publikacje dotyczące tych aspektów nie wpływają jednak na jakość komunikacji rodzic-służba zdrowia, czy oferowanego wsparcia, tak jakby sfera badań nie przenikała na poziom praktyki, albo przenikała za wolno. Można usłyszeć głosy, że siłą napędową zmian są świadome matki czy świadomi rodzice, którzy wiedząc jakie mają prawa, domagają się ich przestrzegania. Nie jestem jednak pewna, czy te oddolne zmiany faktycznie mają (mogą mieć) aż taki wpływ, skoro odgórne zalecenia nie wszędzie i nie w pełnym zakresie zostały wprowadzone.

Przyglądając się pierwszemu rodzajowi straty, trzeba zwrócić uwagę na pojawiające się w mediach krytyczne relacje matek po pobytach w szpitalu, które sprawiły, że sytuacją ciężarnych kobiet zainteresowało się wiele organizacji. To z kolei przyniosło pewne zmiany formalne lub przynajmniej propozycje zmian w opiece nad kobietą w ciąży, czy w opiece nad kobietą, która ciążę straciła. Dzwonkowska-Godula (2016) zwraca uwagę, że krytyczne podejście do opieki medycznej ma wiele kobiet, które urodziły zdrowe i żywe dzieci, co wskazywać może na większy problem, niż tylko brak wsparcia dla osieroconych rodziców. Badania przeprowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli (2016) wskazują na to, że prawa kobiet nie są respektowane. Wniosku z kontroli opieki okołoporodowej w Polsce (Raport z monitoringu oddziałów położniczych w Polsce 2018) są podobne – „prawa kobiet rodzących w szpitalach i na oddziałach położniczych nie są respektowane”. Oczekiwania partnerskiego podejścia konfrontowane były z nadużywaniem władzy. Problematiczne okazują się obszary

związane z komunikacją, podejściem do pacjentki i jej rodziny, rutyna i brak zaangażowania, a tym samym brak wsparcia.

Jeżeli chodzi o komunikację, czy ogólnie język, jakiego używają osoby pracujące z służbie zdrowia, jest on często niezgodny z oczekiwaniami rodziców. W roku 2016 na stronie *Codziennika Feministycznego* Anka Grzywacz z Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny napisała:

Niewiele szpitali wypracowało własne procedury, a rozporządzenia dopiero powstają. W internecie opowieści o „ronieniu po ludzku” zdarzają się sporadycznie, dominują wspomnienia horrorów i traumy. A wszystko to dzieje się w kraju, w którym władza i biskupi mają pełne usta „szacunku dla życia, także tego nienarodzonego”. W którym obowiązuje niemal całkowity zakaz aborcji. W tym samym kraju, w którym dla personelu medycznego płód, konsekwentnie zwany „dzieckiem”, jeśli ciąża przebiega prawidłowo, staje się „tym”, „ciążą” lub „tkanką ciążową”, gdy obumiera lub zostaje poroniony (Grzywacz 2016).

Problem więc w sposobie formułowania komunikatów kierowanych do kobiet po poronieniu jest dość powszechny – być może równie częsty co niemiłe komentarze kierowane przez pielęgniarki i położne do wszystkich potencjalnych przyszłych mam. Potwierdza to matka (W17), która sama nie narzeka, ale powtarza opowieści osób z jej grupy wsparcia:

[...] a tutaj też czasem dziewczyny opowiadają o tym, jak **jak pielęgniarki potrafią się w ogóle niestosownie zachować w takich sytuacjach... Przeganiać rodziców... i często pojawia się takie „młoda pani jeszcze, to sobie pani drugie urodzi”... i to jest straszne... albo „no co pani robi, jak odejdzie? no jeszcze jesteście państwo młodzi, to sobie drugie zrobicie”** – to jest bardzo częste... Ale nie są tego uczeni, nie każdy ma tę wrażliwość też... No i... nikt z nimi o tym nie rozmawia [zaznaczenia Ł. L.] [76: 2473-2478].

Alicja Łaska-Formajster wraz z Pauliną Adamczyk i Anetą Muzioł Vidal (2020: 107) uważają, że „[k]obieta, otrzymując odpowiednie, spójnie i harmonijnie zaplanowane i zorganizowane wsparcie, może podjąć rolę matki bez dodatkowych obciążeń”. W przypadku kobiet, które doświadczają „porażki reprodukcyjnej” taka pomoc jest równie ważna, bo rzutuje na chęć podejmowania kolejnych prób. Wspomniane autorki przyznają przy tym, że krytyka dotycząca okoliczności porodu – w ich badaniach zwykle dotyczyła „czynnika ludzkiego, rzadziej wyposażenia placówek czy udogodnienia sal poporodowych” (Łaska-Formajster i in. 2020: 104). Nieprzestrzeganie wytycznych nie wynika ze złej woli szpitali i osób w nich

pracujących, ale z braku środków na wdrożenie nowych rozwiązań (choćby szkoleń i zatrudnienia psychologów dla pracownic i pracowników ośrodków). Niedofinansowana służba zdrowia z personelem medycznym pracującym ponad siły, nie może więc w pełni zagwarantować warunków zapewniających komfort rodzajem, a także tym, które dziecko traci. W związku z tym oczekiwanie, że „[o]dpowiednie traktowanie kobiety, stworzenie właściwej relacji opartej na zaufaniu i szacunku [...], może okazać się wystarczającym elementem, który przesądzi o jej pozytywnych doświadczeniach” (*ibidem*: 103) jest mało realne. Cacciatore i współpracownicy (2017: 9) wskazały na podstawie badań amerykańskich rodziców, że to elastyczność sprzyjała poczuciu bycia wspieranym – „[n]ieelastyczne protokoły, na które nalegają instytucje, sprawiły, że respondenci poczuli się osamotnieni ze swoimi zindywidualizowanymi potrzebami”. Na gruncie brytyjskim również Alix Henley i Judith Schott (2008) badali potrzeby rodziców w sferze wsparcia, ich zdaniem rodzice cenią empatię; język, który uwzględnia podmiotowość ich dziecka; opiekę medyczną, która słucha i informuje, dając wybór; możliwość tworzenia wspomnień. Ingrid Rehfeldt i współpracownicy (2016) przeprowadzili podobne badania dotyczące potrzeb osieroconych rodziców w Niemczech – wnioski z nich dowodzą, że możliwość ekspresji emocji czy kontakt z dzieckiem oraz nadawanie znaczenia tej relacji znalazły największe uznanie. Teoretycznie wspomniane powyżej potrzeby nie wymagają dalece idących inwestycji i dofinansowania, ale warunki pracy i wynagrodzenie służb medycznych w Polsce, a także brak odpowiednich szkoleń, grup wsparcia czy dostępnego dla osób pracujących w szpitalach wsparcia psychologicznego, przekłada się na słaby obraz wspierania osieroconych rodziców.

Należy mieć też świadomość, że tak zwane „zachodnie” szpitale i oddziały położnicze, które brane są za wzór, nie zawsze wyglądały tak, jak nam się wydaje. Część z nich faktycznie dużo wcześniej zaczęła współpracę z organizacjami pozarządowymi i ciałami doradczymi, które zmieniły oblicze pomocy osieroconym rodzicom – nadal jednak w opracowaniach na ten temat widoczne są głosy krytyczne. Poza tym służba zdrowia jest w różnym stopniu dofinansowana, co też robi różnicę w porównaniu z realiami polskimi. Melanie L. Basile oraz Einar B. Thorsteinsson (2015) przeprowadzili badania w australijskich szpitalach po ogłoszeniu procedur opieki nad rodzicami dzieci martwo urodzonych – okazało się, że od roku 2009, kiedy procedury te

zostały ogłoszone, tylko część szpitali wprowadziła je i to też nie w pełni, co zdaniem badaczy nie jest zrozumiałe i na co nie potrafią znaleźć uzasadnienia. Dodają oni, że recepcja wsparcia dla rodziców poprawiła się, w przypadku szpitali stosujących się do zaleceń. Możliwość „tworzenia wspomnień” okazała się natomiast najbardziej pożądanym obszarem wsparcia, który jednocześnie nie jest w pełni dostępny. Zaznaczę w tym miejscu, że zgodnie z wynikami innych badań, możliwość zobaczenia ciała dziecka po poronieniu lub wywołanym porodzie, wcale nie musi być rzeczą chcianą i pozytywną (Mitchell 2016: 181). Powracamy więc do kwestii elastyczności i otwartości na potrzeby rodziców.

Krytyczne wypowiedzi matek po poronieniu zebrała brytyjska badaczka Rosanne Cecil (1993, 1994). Okazało się, że poza słabą opieką, kobiety skarżyły się na brak zrozumienia i bagatelizowanie ciężaru ich straty. To chyba najczęstsze zarzuty, które obecne są także w polskich dyskusjach na ten temat. Jedna z kobiet (W02), opowiadając o swoich wielokrotnych poronieniach, zwracała uwagę dodatkowo na kwestię obwiniania, stygmatyzacji i braku opieki w części szpitali. Mówiła, że

[...] **pobyty w szpitalach to wspominam tragicznie [4sek]** ze względu na to, że **opieka jest żadna**. No idzie się do szpitala yyy zawsze na trzy doby, ponieważ to jest refundowane. No i **obok są kobiety w ciąży, kobiety za chwilę rodzą, gdzieś dzieci słychać, a człowiek leży ze świadomością, że no... no mam martwe dziecko w środku**. Nie ważne, czy ono ma osiem tygodni, czy dwadzieścia osiem, ale się nie jest... I i... **kobiety rozmawiają na jakieś tam tematy okołoporodowe... i i dotyczące dzieci i nagle cichną rozmowy jak się wchodzi, no bo tak, „no biedna pani, no... co będziemy przy niej mówić”**.

[ŁŁ] Czyli taki ostracyzm też ze strony osób, które...

[K02] Taak. No i wiadomo pielęgniarki... **W każdym szpitalu tak było, że pielęgniarki tą opieką otaczały kobiety, które były w ciąży, czy one coś potrzebują, a człowiek jak tak leżał, to jak człowiek z więzienia przywieziony... że mu się nic nie należy...**

[ŁŁ] Czyli jednak stygmat pewnego rodzaju?

[K02] Bardzo.

[ŁŁ] Mhm

[K02] Bardzo. I ja miałam jeszcze tak, że zauważyłam, że **im dalej, tym im to bardziej było trzecie czy czwarte poronienie, to nie spotkałam się z tym, że „no tak przeżyła pani tragedię i już mogła mieć pani trójkę, czy czwórkę dzieci i już miała plany na życie” i tak dalej, ale odwrotnie, że ja jestem winna temu – autentycznie miałam takie wrażenie – że ja jestem winna temu, że można czwarty raz? „No co pani oszalała? Pani alkohol pije? Papierosy pali?”**

[ŁŁ] Mhm

[K02] **Że jak gdyby w... współczucie i taka faktyczna opieka lekarska była odwrotnie proporcjonalna do tych kolejnych ciąż.**

[ŁŁ] Mhm...

[K02] Że jak gdyby – ja odnosiłam takie wrażenie – mnie traktują, czy inne dziewczyny, które też były w takich sytuacjach yy... Im yyk **im dalej była y kolejna ciąża, to że my jesteśmy nieodpowiedzialne** [zaznaczenia Ł. L.] [10:34-35; 11:1-27].

Poza problemem bycia bagatelizowaną czy traktowaną gorzej niż kobiety w zdrowych ciążach, pojawiają się też głosy dotyczące właśnie przebywania na jednej sali z takimi kobietami (zob. Urazińska 2019a;b;c; 2021). Powieleniem tej opinii, że kobiety po poronieniach lub z chorymi dziećmi (albo z wcześniakami) powinny znajdować się w osobnych pokojach, jest wypowiedź mamy (W17), której dziecko urodziło się chore, a ona znalazła się na sali z mamami zdrowych dzieci. Swoje doświadczenie podsumowuje następująco:

[p]owinny to być mamy, które są gdzieś os... no, mimo wszystko osobno, może może źle myślę, ale ale tak mi się wydaje, **bo to dla mnie było już takie przygnębiające...** Jeszcze jak któraś dziewczyna tam mówiła: Boże, on tak ryczy, niech mi go zabiorą chociaż na chwilę... Mówię... Matko, przestań, bo jakby ci go zabrali, to byś tylko myślała, żeby był z tobą... Także gdzieś **mnie to tam strasznie wkurzało** [zaznaczenia Ł. L.] [18: 560-564].

Nie zawsze i nie wszędzie musi być jednak źle. Przykładem pozytywnym podzieliła się jedna z anonimowych mam na stronie *Chcemy Być Rodzicami* (2019). Napisała:

Pani, która przyjmowała mnie na oddział ginekologiczny, zauważyła, w jakim jestem stanie. **Zaopiekowała się mną**, zaprowadziła do sklepiku i pomogła wybrać najpotrzebniejsze rzeczy. Mało tego, założyła za mnie pieniądze, ponieważ nie miałam przy sobie gotówki, a w szpitalu nie było bankomatu. Nigdy nie zapomnę tego, co dla mnie zrobiła.

Pielęgniarki również były niezwykle miłe. Starłam się z całych sił nie rozplakać, bo nie lubię okazywać uczuć przy obcych osobach. Kiedy jednak zostałam sama w szpitalnej sali, coś we mnie pękło – nie umiałam już powstrzymać łez. Wtedy weszła pielęgniarka. W jej oczach widziałam autentyczne współczucie. Podeszła do mnie i mnie przytuliła. **„Pani i tak jest matką. Matką jest się w sercu”** – powiedziała mi wtedy.

Choć przeżywałam tragedię, otrzymałam od tych kobiet wsparcie, dzięki któremu moje doświadczenie było odrobinę mniej traumatyczne. Byłam też bardzo wdzięczna za to, że leżałam na oddzielnej sali i nie musiałam przebywać wśród ciężarnych i matek z dziećmi [zaznaczenia Ł. L.].

Właśnie taki rodzaj wsparcia spotyka się z największym uznaniem osieroconych matek. Najczęściej implementowanymi zaleceniami, jest tworzenie osobnych pokoi dla kobiet, które rodzą wcześniaki lub poroniły oraz obecność pomocy psychologicznej na oddziale. Rozmawiające ze mną mamy wskazywały właśnie takie pozytywne doświadczenia dotyczące szpitali, konfrontując je z tymi gorszymi. W przypadku pierwszej matki (W02) szpitali było kilka, więc miała porównanie – ten, w którym urodziła wcześniaka, jest jednocześnie tym samym szpitalem, o którym mówi później druga kobieta (W14):

[z]naczy ja **najlepiej wspominam jeden szpital, gdzie przez dłuższy czas przy kolejnych ciążach, miałam bardzo dobrego, kulturalnego i sympatycznego lekarza mężczyznę**. I on pracował w jednym z tych szpitali i to był mały szpital. To był bardzo mały szpital, w związku z tym jak gdyby warunki same to nie było [...] „Na dobre i na złe” – w ogóle. **Warunki tam nie były jakieś oszalamiające, ale ponieważ to był mały szpital, to opieka była lepsza. Ona była bardziej personalna, indywidualna**. Y... i.. y... wiedziała, że tam jest ten mój lekarz, i tam kilka razy trafiłam po różnych sytuacjach – i **tam się czułam dobrze**.

[ŁŁ] Mhm...

[K02] To był szpital [nazwa szpitala] na [nazwa ulicy] i to był szpital, który wspominam bardzo dobrze. Nie dlatego, że tam miałam swojego lekarza i byłam lepiej traktowana, no... tam po prostu ja się czułam dobrze. Miałam yyyj... dwa poronienia, gdzie wiedziałam, że muszę się zgłosić na izbę mmm... przyjąć, to ja szłam tam. Bo **ja po prostu tam się czułam dobrze. Ja tam wszystko znałam. Ja wiedziałam, że tam wszystko będzie dobrze**. I tam się yyi... Tam jest lekarz, który – taki też bardzo doświadczony – który yyddn... W ogóle **tam się traktuje pacjentki z sercem, dobrze, indywidualnie** ydy... [4sek] I kobiety, które też tak rodzą dzieci, też to dobrze wspominają. Yyyj. To tam.

[ŁŁ] A ten szpital, w którym, że tak powiem...

[K02] Ale nazwę tego szpitala...? Ja tam byłam tylko raz. **Ja tam przyszłam, wyszłam i nigdy nie wróciłam. Nigdy wcześniej tam nie byłam. Ja nie znałam tego szpitala. Nie miałam żadnego lekarza...** yyyj. Ale od dwóch osób słyszałam też, że... **O [nazwa szpitala] krążą obiegowe opinie, że tam to w ogóle jest kolchoz [...]** za tym wmawianiem „że nie”, nie idzie nic dalej. **Nie idzie żadna pomoc, nie idzie żaden psycholog, czy...** Na przykład w [nazwa szpitala] **jak urodziłam wcześniaka, od razu miałam panią – jedną, drugą – która siedziała przy łóżku, po narkozie nie bardzo wiedziałam, co się dzieje – ona już mnie wspierała i mi tłumaczyła i jakieś potem siostry zakonne przyszły – nie wiem skąd, ale też były szpitalne. Tam ta opieka była. Natomiast opieki takiej poporonnej nie ma żadnej**.

[ŁŁ] Mhm...

[K02] **Nigdzie. W żadnym szpitalu. Po prostu tego nie ma.** [8sek] [zaznaczenia Ł.. Ł..] [15: 22-35; 16: 1-23].

[K02] Znaczy, jak ja się obudziłam, to wiedziałam [6sek] jak już urodziłam dziecko... yyy... dżdżdż...yyy. Miałam po tej ilości różnych leków różne wizje

bardzo fajne i [ze śmiechem] mi się bardzo podobały te wizje... W każdym razie już po tym wszystkim obudziłam się na sali i było mi gorąco i chciałam otworzyć okno, mimo że to był grudzień... i chciałam otworzyć okno, nie było klamki, więc poszłam się zapytać z tą całą kroplówką – jak tu się można wywietrzyć, no i powiedziała mi pani z takim... bardzo spokojnym tonem, że „nie może pani otworzyć okna, bo pani leży na psychiatrycznej sali”... Ja mówię: „aha, dlaczego?” – „bo pani urodziła wcześniaka”... „aha, no Ok”. I za chwilę przysłała do mnie pani, która powiedziała mi, że moje dziecko jest gdzie indziej, bo ja urodziłam wcześniaka, żyje i jest... tam podtrzymywany i jak ja będę się lepiej czuła, to mogę go obie obejrzeć, ale „się pani źle czuje i pani nie może się ruszyć, to pani tu leży”... OK. I jak gdyby... [4sek] opieka... Tam było faktycznie największe zainteresowanie...

[ŁŁ] Mhm...

[K02] Tam przychodziła... była tam jakaś pani psycholog. I ona też przychodziła się pytać – coś potrzeba? Ale ponieważ ja leżałam na sali z drugą panią, na tej psychicznej sali... z drugą panią i mi od razu wytłu... wytłumaczono, tak? – **pani ma dziecko, obok widzi pani, że są panie z dziećmi, pani nie ma dziecka, więc pani tutaj [4sek] [wyraźniej i wolniej; podkreślenie] jest pod obserwacją, tak?** No i ja to miałam od razu wytłumaczone i mi nawet ulżyło, że tak jest. Natomiast ponieważ obok leżała pani, która miała dziecko w gorszym stanie... [wdech] i ona była w znacznie gorszym stanie, to... yy... też większość uwagi też na niej się... się skupiła. Ale **widziałam po niej, że faktycznie się opiekują.** Przynajmniej skoro się opiekują dziećmi nienarodzonymi, to chociaż się opiekują tymi matkami, które te dzieci... te dzieci urodziły.

[ŁŁ] Mhm... czyli uspokoiłaś się, widząc, że jednak ktoś w szpitalu poświęca uwagę...

[K02] Tak **uspokoilałam się**, ale ja byłam tam... jak leżałam już po urodzeniu dziecka... to... ymmm... to jest wielki szpital i na moim oddziale były dwie dziewczyny, które były w takich sytuacjach, jak ja kiedyś. I ja na przykład pamiętam, że ja odczekiwałam, nie mając brzucha, właściwie nikt by nie... nie pomyślał, że niby po co ja tu jestem, niby taki oddział, ale były dwie dziewczyny, panie i one były właśnie na łyżeczkowanie... I **ja potrafiłam... Na przykład idąc do kuchenki, wstawić wodę, ja... czekałam aż one wyjdą... I ja sobie nie zdawałam z tego sprawy. No bo... No... No... Jak gdyby ja pamiętałam to, jak to jest [zaznaczenia Ł. L.] [20:4-34].**

[...] straciłam z mężem... poprzednie dziecko... o które też się długo staraliśmy... [pauza, 4s] ze szpitala... tak naprawdę... [bardzo łamiący się głos, słowa coraz bardziej oddzielane pauzami po 2-3 sekundy] **pamiętam tylko... dobre rzeczy [stara się opanować lzy] w ogóle bardzo miłe były położne i... i tak naprawdę było też plusem to...mmm..., że nie było się na oddziale z kobietami w ciąży, tylko po prostu na takim właśnie... mmm... właśnie, nie wiem, z zagrożoną ciążą, czy też właśnie które były po poronieniu czy przed [płacz, pauza, 4s]... [westchnięcie] czy też właśnie w... do wywołania ciąży [poronienia – przypis ŁŁ]... Jedyne dwie rzeczy, które pamiętam złe, to już później sam ten poród, to wywołanie... eee... położna była taka bardzo ludzka, że tak powiem [uśmiecha się przez lzy], ale za to bardziej lekarz był taki... już chyba znieczulony...**

[ŁŁ] mhm...

[K09] Ale ogólnie... było... [pauza, 4s] tak... **mało traumatycznie, na ile to mogło być.** Yh... później pamiętam, że... już później pow... **po wywołaniu poronienia... byliśmy...y... w podziemiach szpitala, żeby dokonać tam... żeby dokumentację podpisać... i tam pamiętam, że była bardzo niemila... bardzo niemiły lekarz był, czy, nie wiem, osoba, która tym się zajmowała...** [pauza, 6s] yyy... i pytała się y..., czy chcemyyyy... czy chcemy... **no ciało, żeby zrobić pogrzeb. My nie chcieliśmy** [ciszej, opowieść przerwana przez kelnerkę na 4s]... **żeby zrobić pogrzeb, bo jest do wyboru...**

[ŁŁ] mhm...

[K09] [z ożywieniem] **Czy się chce, czy zostawia się** [dmuchanie nosa, pauza, 4s] **w szpitalu....** [pauza, 7s] **czy zostawia się w szpitalu. I powiem szczerze, że nie za bardzo dawał nam możliwość wyboru, bo... nakłaniał nas do tego... i to w bardzo drastyczny sposób..., mówiąc żeee** [naśladowując głos] **„pani nie widziała tego dziecka i że ono wygląda jakby w ogóle nie dziecko”** [pauza, 5s] i... **ale my stwierdziliśmy, że nie chcemyyy robić pogrzebu, bo... to później y... zostaje z nami całe życie już... yyy... i stwierdziliśmy że, zdecydowaliśmy żeby został** [głęboki wdech] **w szpitalu. I...** [pauza, 4s] **no to to pamiętam** [załamanie głosu, pauza 5s]... **takie smutne dosyć...** [zaznaczenia Ł. Ł.] [3: 42-69].

Kiedy mówimy o sytuacji, w której dochodzi do wprowadzenia leczenia hospicyjnego czy wielokrotnych zmian szpitalnych oddziałów, poczucie niezaopiekowania lub bycia jednym z wielu potęguje się. W szpitalach specjalistycznych oczekiwanie na wizytę może zająć cały dzień, dojazdy, stres, czasami widok starych szpitali, które wymagają remontu – to wszystko ma wpływ na rodziców przejętych chorobą swojego dziecka. Jeśli do tego dojdą rutynowe podejście, brak otwartej komunikacji – rodzice zaczynają popadać w zwątpienie. Z drugiej strony ogrom cierpienia oglądanego na oddziałach nowotworowych lub innych specjalizujących się w określonych typach schorzeń dla dzieci nie dla każdego jest łatwy do zniesienia. O sytuacji odsyłania ze szpitala do szpitala mówi matka dziewczynki z chorobą genetyczną (W20).

[...] Ja mieszkałam – praktycznie cały czas byłam w Ligocie. Ee, żebyśmy mogli być tutaj bliżej. Eeee (1), jak dotrzemy do tego, dostaliśmy się tutaj – do Bielska. (1) (nabranie powietrza) W Bielsku – (1) **koszmar. Dla nas. Dostaliśmy się właśnie na chirurgię. Najpierw na pediatrię, potem eee z (1) OIOM i chirurgia. (2) Na pediatrii – kompletnie dziecko skazane było, (1) fajnie, bo byłam blisko, spałam w domu, a każdy dzień od rana do wieczora przesiadywałam w szpitalu. (1) Eeee – nie byłam zadowolona jeśli chodzi o opiekę lekarską, pielęgniarską. Generalnie – było jeszcze jedno dzieciątko zostawione u nas na sali, więc ta sala była szerokim łukiem omijana przez pielęgniarki. I wtedy się wyuczyłam, bo nawet drugiego maluszka nauczyłam się odessać, gdy się ślinił, czy coś w tym rodzaju. Dla mnie to wtedy było strasznie traumatyczne przeżycie. Chciałam się stamtąd jak najszybciej wyrwać. I okazało się, że Martynka wtedy była w takim**

stanie – ogólnie dobrym. I wtedy podjęto tę decyzję – w Bielsku tam wymyślono, że **jeśli ona taka jest, to oni ją z powrotem odeślą do Zabrze, niech oni jej z powrotem to jelitko schowają**. To wtedy była decyzja. Ja mówiłam, że to jest niemożliwe, bo nam dali ultimatum takie i takie. Generalnie – „oni to uzgodnili, oni ją przyjmą w Zabrzu na chirurgię”. **To była chyba decyzja pozbycia się nas** – tak myślę, a nie żeby... to było wiadomo. To zostało. **Nocnym, prawie nocnym, bo to była godzina osiemnasta, dziecko przewiezione do Zabrze**. Przy czym okazało się, że **przyjechała karetka nie – z inkubatorem i łóżkiem inkubacyjnym, tylko została ona w łóżku zapięta pasami i pompa była, która praktycznie nie działała**. Więc myśmy z siostrą wsiadły do auta, za tą jechałyśmy karetką, bo nas już nie wpuszczono w ogóle. Jak ja się zapytałam, to nam pan powiedział: „Pani, my z Istebnej nie takie przypadki przywozili w nocy!” Więc dla mnie ... mówię, **to był chyba najgorszy szpital**, w jakim mogłabym się znaleźć, w którym powierzono nas. (1) **Straszna trauma**.

[U] Mhm

[K14] **Dziecko dostało się do Zabrze. W Zabrzu nie mogłam zostać**, więc wróciłyśmy do domu. Tam pani doktor mówi: „Proszę do nas jutro dzwonić.” Rano została jej pobrana krew, ale przy tym ona mówi: „**Ona taką ma bakteriologię i tak jest dziecko chore, że my nie możemy wykonać żadnego zabiegu. Ona musi wrócić z powrotem tam.**” Przy czym wysłano dziecko z powrotem. Ja dzwonię na oddział pediatryczny do pani doktor, czy dziecko jest, czy będzie, o której, jak mamy się i gdzie pojawić, a ona mówi, że nic nie wie, dziecka nie ma, że **proszę dzwonić za kilka godzin**. Znowu dzwoniłyśmy w nerwach za kilka godzin, ona mówi: **ona tego dziecka nie ma**. Ja mówię: „jak to – do Zabrze? W Zabrzu też go nie ma!” **Więc dziecko się zgubiło. Okazało się, że trafiła na OIOM, ponieważ stan się tak pogorszył, że tutaj w Bielsku przyjęli ją na OIOM** i pani doktor powiedziała: „**Po co to dziecko było wożone tam i z powrotem?** (1) eee w takim stanie. Rzeczywiście, jak patrzę na te wyniki krwi, to w ogóle nie powinna być przewożona.” Eee, że **ten zabieg, który miał być zrobiony, to spokojnie chirurgia tutaj – dziecięca by zrobiła**. I trafiłyśmy na **ta chirurgię**. Ona z tego OIOMU wyszła, też **był stan ciężki, ale wyszłyśmy z tego**. Trafiłyśmy tu na **chirurgię, i tu lekarze bez niczego – oni takie zabiegi codziennie wykonują**. Więc **ewidentnie była to taka chęć pozbycia się nas**, po prostu, przewożenia z placówki do placówki. (2) Eeee, a **potem trafiłyśmy znowu do Ligoty, ale już oddziały takie bardziej, że byliśmy i na pediatrii, i na gastrologii**. Tam Martynka była uczona, Martynka zaczęła się powolutku, powolutku zbierać przy tych wszystkich obciążeniach. No i **przemieszkaliśmy w sumie osiem miesięcy**. (2) Po ośmiu miesiącach ja chciałam wrócić. Wiadomo, że, im bliżej było.... I **na własną prośbę wypuszczono nas**, wypuściła nas pani doktor. **Świadoma tego, że mogę wrócić, ponieważ ona w większości czasu była na antybiotykach, na lekarstwach, któryby zadziałały na bakterie**. „Tutaj jest dla pani... proszę podpisać nam zgodę. Jeśli pani będzie chciała.... Eeeee, ja się spodziewam, że pani do dwóch tygodni i tak do nas wróci” – była taka wypowiedź przy tej rozmowie. Ja mówię: „Ja rozumiem, ale ja..., musimy jakoś próbować, czegokolwiek” [zaznaczenia Ł. L.] [6-7: 149-197].

Sytuacja, w której znalazła się kobieta świadczy o tym, że doszło do wielu nieporozumień – nie tylko już w komunikacji z samą matką, ale pomiędzy oddziałami i szpitalami. Niepotrzebne przewiezienie dziecka na operację, która mogła być wykonana na miejscu, a także późniejsze „zaginięcie” dziecka, czyli brak komunikacji w szpitalu sprzyjał stresowi rodziców – przy czym to nie są sytuacje odosobnione. Glaser i Strauss (2016) dostrzegają w takich sytuacjach mniejsze skupienie na potrzebach osób, które i tak są zagrożone śmiercią. W książce *Mój syn nie odszedł...* pisała o podobnej sytuacji również matka chłopca chorego na nowotwór, z którym przybywała na oddziale, opiekując się jednocześnie innymi umierającymi dziećmi, które były pomijane, czy wręcz ignorowane przez personel medyczny (Tabaszová 1999). Kontrast pomiędzy dużym ośrodkiem specjalistycznym a lokalnym szpitalem też potrafi dać do myślenia – przy czym nigdy nie jest tak, że nie ma na co narzekać. W opowieści mamy, która szukała diagnozy dla swojego chorego niemowlęcia (W17) pojawia się właśnie taka sytuacja – duża placówka, po której widać, że jest biednie, ma dobrą komunikację – z kolei bogata lokalna jednostka ma sprzęt i warunki, ale komunikacja oceniana jest jako dużo gorsza.

[...] i też oczywiście w [nazwa ośrodka zajmującego się chorobami dzieci] jest straszna bieda. Tam na nic nie ma pieniędzy generalnie. I to jest przepaść pomiędzy [miejsce zamieszkania K12], bo tutaj poziom leczenia i mm higieny dzieci, i sterylizacji wszystkiego jest – w [miejsce zamieszkania K12] na [nazwa ulicy, przy której znajduje się szpital] jest na bardzo wysokim poziomie... bardzo. Natomiast jeśli chodzi o komunikację między rodzicami lekarzami to jest katastrofą w [miejsce zamieszkania K12]. Odwrotność jest w [miasto w województwie mazowieckim], świetny kontakt z lekarzami, beznadziejne pielęgniarki – pomimo tego, że to jest [nazwa ośrodka zajmującego się chorobami dzieci] to tam po prostu bardzo słabo płacą i tam się cały czas personel zmienia yyy i te siostry są zmęczone, znużone, niedocenione, na... nie wiem, [cyknięcie] piątkę dzieci yyy takich bardzo chory jest jedna siostra eee... wiadomo... rodzice w skrajnych sytuacjach, emocje okropne, siostry... dlaczego... Wszystkie zabiegi tutaj w [miejsce zamieszkania K12] robili, robiły siostry przy mnie łącznie z pobraniem z wkłuciem, a tam zamykały się, zaciągamy roletki na drzwiach, myśmy słyszały jak te dzieci się darły... przez godzinę one nie mogę się wkłuć na przykład, bo przy takich chorych dzieciach... to jest też... u mojej [imię zmarłej córki] właśnie też to był taki problem właśnie, że yy ona musiała co jakiś czas dostawać leki dożylnie, a nie było już jej się gdzie wkłuć... i była tak pokłuta, te siostry nie miały się gdzie wkłuć... Wkłucie [imię zmarłej córki] po prostu to po prostu już znał cały personel, bo to zajmowało czasami półtorej-dwie godziny i w końcu na końcu musiał przychodzić anestezjolog i po prostu robić jakieś centralne wkłucie, gdzieś tu w szyję, przez głowę, eee bo one po prostu już nie miał gdzie. No, i to była taka kolejna trauma, że stoisz za tymi

drzwiami, słyszysz to twoje dziecko płacze, znowu jest klute, że... mm, że właściwie nie wiadomo, co co co się tam dzieje, ale ale ale potem siostry mi też niejednokrotnie tłumaczyły, że po prostu takie się tutaj sytuacje zdarzały, że one już były ugryzione, kopnięte, pobite przez mamy, tak? No, no... **różnie mamy reagują**. Ja wiedziałam, że [imię zmarłej córki] musi mieć to zrobione, bo to jej ratuje życie... a nie każda mama to rozumie [zaznaczenia Ł. L.] [25: 772-798].

Pojawiają się tutaj dwa dodatkowe motywy – słabe płace z trudnymi warunkami pracy, które sprzyjają dużej rotacji pielęgniarek i pielęgniarzy oraz agresja ze strony rodziców (głównie matek), która jest wtórna w stosunku do warunków organizacyjnych. Zwrócenie uwagi na te dwie kwestie pozwala powoli dostrzec trudności związane z pracą w służbie zdrowia, z których nie każdy rodzic zdaje sobie sprawę. Poruszanie trudnych tematów – jak przekazywanie diagnozy, przekazywanie sugestii czy prośby o rozważenie oddania organów dziecka do transplantacji – wymaga przygotowania, przeszkolenia, ale też empatii. Kolejne dwa fragmenty wypowiedzi pochodzą od mamy, która właśnie na taką diagnozę czekała, a także podjęła wraz z mężem decyzję o oddaniu serca córki do przeszczepu (W17).

[...] No i znowu takie zderzenie trochę z Polską rzeczywistością, **jak pani doktor nam... bez żadnego przygotowania powiedziała, że no, mam przykrą informację, że że że nasze dziecko jest śmiertelnie chore, i że tam przeżyje maksymalnie 11 miesięcy**, bo nie było jeszcze – a miała już wtedy 9... yy... – **bo nie było jeszcze żadnego dziecka, które przeżyło dłużej** [zaznaczenia Ł. L.] [30: 944-948].

[...] czytaliśmy jakąś pracę, sobie tam leżąc w szpitalu... i postanowiliśmy... natchnięci jakimś w ogóle artykułem yyy, że jeżeli się [imię zmarłej córki] tak pogorszy i będzie wiadomo, że że to już tam jest nieuniknione **nieunikniona jej śmierć**, że my byśmy się zgodzili na przeszczep organów, które ewentualnie do dzieci by można było... A! Przeczytaliśmy artykuł o tym, jak walczą rodzice, którzy którzy czekają, bo... generalnie lekarze mają... nie mają śmiałości rozmawiać z rodzicami w takiej sytuacji, żeby prosić o przekazanie tych... i bardzo mało ludzi się na to decyduje. My jeszcze będąc w szpitalu jakby wiedzieliśmy, że jest źle to właśnie **po przeczytaniu tego artykułu tam cały wieczór rozmawialiśmy i stwierdziliśmy, że bylibyśmy gotowi, że że jeżeli jakieś dziecko może żyć dzięki temu, że naszej [imię zmarłej córki] serduszek by dostało, które było zdrowe, y no to czemu nie mamy dać tej nadziei innym rodzicom, której my nie mamy...?** No i zawołaliśmy lekarzy i w ogóle wielkie poruszenie, wielkie po prostu... **pan profesor się popłakał... Powiedział, że to jest w ogóle heroiczna decyzja i i że w ogóle on jest tak wzruszony... A z automatu uruchomili wszystkie procedury do tego, zrobili [imię zmarłej córki] jeszcze badanie serca właśnie... i właściwie dostała zielone światło, że mogłaby być tym dawcą**, ale potem zadzwonili jeszcze do tego profesora z Londynu i on powiedział, że jeśli jej organizm był taki niewydolny, to mimo wszystko pomimo

tego, że teraz to serduszko jest teraz silne to może się okazać, że za rok czy dwa to serduszko jednak dostało jakiegoś tego... i jakby odradzały to ze względu na to, że to może być kłopot w przyszłości dla tych rodziców, bo dostaną zdrowe serce a za chwilę to dziecko może się no... coś stać, i to dziecko może jednak na to serce nie domagać... jakby... **i w związku z tym odstąpiliśmy od tego pomysłu, natomiast to jest kolejna sprawa, która dla mnie tam jest takim... taką rzeczą, o której na pewno trzeba dużo mówić [...]** [zaznaczenia Ł. L.] [61: 1967-1989].

Kwestię przeszczepu rozważały też inne mamy (W11, W18), tylko w jednym przypadku było to możliwe i dało matce poczucie „przebywania dziecka nadal na Ziemi”. Obie jednak wspominały, że lekarzom ciężko było podjąć taką rozmowę – co ciekawe dla nich decyzja taka była oczywista. Wszystkie trzy rodzaje sytuacji wywołują więc – chociaż mało się o tym mówi – stres u osób pracujących w szpitalach. Warto więc pomyśleć, w jaki sposób przygotować zespół na śmierć dziecka – nieważne, czy będą to martwe narodziny, poronienie, śmierć dziecka z chorobą genetyczną lub nowotworową. O takiej próbie mówi mama (W17), której dziecko umierało w szpitalu i odbyła rozmowę ze swoim lekarzem prowadzącym oraz specjalistą, który miał przygotować ją na ten trudny moment. Jednocześnie chodziło też o przygotowanie zespołu na śmierć dziewczynki.

[...] I przyszli obydwójce z tym naszym nefrologiem właśnie... że muszą z nami porozmawiać, że **muszą nas przygotować, że prawdopodobnie to są [imię zmarłej córki] jakieś ostatnie chwile...** bo bo bo bo są fatalne wyniki. [cyknięcie] Ale... zawsze z mężem mówimy, że **profesor to była w ogóle taka osoba, która mówiła do nas takim tonem i w taki sposób, że my zawsze po każdej rozmowie z nim odczuwaliśmy ulgę.** Nie wiem, jak to robił. Po zwykłej jakieś pediatrycznej wizycie, pierwszej... to ciągle mój mąż mówił – Jezus **jakoś tak mnie uspokaja ten człowiek.** I i rzeczywiście tak też na nas działał, i tak z nami też rozmawiał. Mmmm... I też **jestem mu niezmiernie wdzięczna** – i myślę, że – że **wszyscy rodzice powinni taką rozmowę odbyć on poprosił swojego kolegę z oddziału intensywnej terapii** – doktora, który tutaj w takim dużym dziecięcym szpitalu się tym zajmuje, **żeby przyjechał do nas eee i nam powiedział o uporczywej... o zaniechaniu uporczywej terapii [imię zmarłej córki].** Yyy... [cyknięcie] Bo też **on musiał wiedzieć, jak przygotować...** bo w każdej chwili [imię zmarłej córki] **jakby mogło się zdarzyć, że ona odejdzie i chciał też przygotować swój personel, bo to był szpital, w którym oni nie byli przyzwyczajeni** [zaznaczenia Ł. L.] [34: 1082-1095].

Jeżeli przyjmiemy, że zapewnienie kobiecie życzliwej atmosfery, zachęcanie jej do mówienia, nie zmuszanie jej, czyli dawanie realnego wyboru – wpływa znacząco na jej emocje, umożliwienie odreagowania silnego stresu, to również uznawanie wiedzy,

intuicji matki chorego dziecka ma pozytywne znaczenie. Wskazuje na to sposób, w jaki wspomina jednego z lekarzy matka chorej dziewczynki (W17): „[...] pan profesor w całej swojej wiedzy i doświadczeniu olbrzymim zawsze mi mówił, jak czegoś nie wiedzieliśmy, [...] Zadzwoń do Emmy, się zapytaj. Wy mamy – on zawsze mówił – że **wy mamy to wiecie najlepiej**” [zaznaczenia Ł. L.] [29: 926-929]. Lekarz ten był otwarty nie tylko na pomoc z zagranicy w kwestii diagnozy, ale również na doświadczenie matki (Emma), która już miała styczność z tą chorobą. Stworzenie warunków, w których rodzice czują się, jak członkowie wspólnoty ma duże znaczenie. Co interesujące Wendy Cadge, Nicole Fox i Qiong Lin (2015) zwróciły uwagę, że rodzice konstruują tożsamości swoich dzieci i powracają do zdjęć, które robili na oddziale. Znajdują się na nich również pielęgniarki, pielęgniarze, lekarki i lekarze, które i którzy wiążą się z dobrymi wspomnieniami. Dobrym wspomnieniem staje się również pobyt w szpitalu, a że pobyt ten związany był z chorobą i stratą akurat nie jest aż tak ważne. Jeśli okoliczności przebywania w szpitalu są trudne i brakuje pozytywnych wspomnień – opinia rodziców o danym szpitalu czy oddziale jest negatywna. Ważne jest też czy pracownice i pracownicy szpitala angażują się w pożegnanie dziecka – brak takiego zaangażowania może być odebrany właśnie jako brak wsparcia (Macdonald i in. 2005: 886-888).

W literaturze specjalistycznej nacisk kładzie się na wszystkie obszary komunikacji – gesty, ton głosu, przekaz niewerbalny, postawa ciała, słowa (zob. Bubiak, Bartnicki, Knihinicka-Mercik 2014: 75). Niezbędna jest więc albo obecność psychologa w takich przypadkach albo dodatkowe umiejętności psychologiczne i interpersonalne lekarek i lekarzy. I chociaż propozycje wydają się proste do zastosowania, nie uwzględniają tego, że służby medyczne to też ludzie, którzy mają swoje życie poza pracą, którzy mają więcej niż jedną pacjentkę i którzy wchodzi w interakcje z różnymi aktorami społecznymi – na ich stan psychiczny ma wpływ wiele czynników, oczekiwanie, że będą postępowali zawsze zgodnie z regułami „empatycznego podejścia”, nie jest realistyczne.

Wracając jeszcze do standardów opieki nad osieroconą matką, Magdalena Chrzan-Dętkoś (2010) wskazuje na różne obszary wsparcia, jakie powinno być zagwarantowane w sytuacji okołoporodowej śmierci dziecka:

— Zapewnienie rodzicom możliwości ekspresji doświadczanych uczuć.

- Rozumienie i towarzyszenie w pierwszym etapie żałoby (najczęściej jest to stan szoku).
- Przekazanie informacji o śmierci dziecka w sposób jasny i dla rodziców zrozumiały. Upewnienie się, czy rodzice rozumieją to, co mówi lekarz, oraz dopytanie, czy potrzebują dodatkowych informacji.
- Zadbanie o emocjonalne potrzeby pacjentki w trakcie przekazywania informacji o śmierci dziecka (dopytanie o jej stan po usłyszeniu informacji, zapewnienie opieki – przez zachęcenie do kontaktu z rodziną, gdy pacjentka jest podczas wizyty sama).
- Wykazywanie zrozumienia i współczucia – może być to cenniejsze niż dawanie rad, pocieszanie.
- Pozostawienie rodzicom możliwości zadecydowania o kontakcie ze zmarłym dzieckiem: zarówno odnośnie do możliwości kontaktu, a w przypadku decyzji rodziców o kontakcie z dzieckiem, zapewnienie im odpowiedniego miejsca, jak również możliwości zadecydowania o czasie trwania kontaktu.
- Możliwość późniejszego kontaktu pacjentki z lekarzem prowadzącym w poradni przyszpitalnej.
- Narodziny martwego dziecka są również trudnym przeżyciem dla personelu medycznego. Możliwość omówienia tych sytuacji z psychologiem może być ważnym czynnikiem chroniącym personel medyczny zarówno przed wypaleniem zawodowym, jak i przyczyniającym się do pogłębienia własnych umiejętności komunikacyjnych (*ibidem*: 30).

Już w powyższego fragmentu wynika dość istotna kwestia, mianowicie próba wpisania reakcji na śmierć lub chorobę dziecka oraz procesu żałoby w modele, co – jak już pisałam – jest błędnym założeniem i wprowadza w błąd nie tylko osoby, które takie zalecenia otrzymują, ale również samych rodziców, którzy o takich zaleceniach słyszą lub czytają. Zwrócenie natomiast uwagi na potrzeby personelu medycznego jest istotne. A kładzenie nacisku na to, że śmierć pacjentki lub pacjenta jest doświadczeniem stresującym i może powodować efekt wypalenia zawodowego (*compassion fatigue; vicarious trauma*) – ma ogromne znaczenie (zob.: Eynan-Harvey 1996; Głowacka i in. 2014; Kowalczyk 2010; Kulik 2008; Michelson i in. 2013). Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Marta Czarnecka i Anna Bukowska (2012: 51) piszą, że „[d]la lekarza utrata ciąży przez kobietę, którą opiekował się w tym czasie jest również zdarzeniem traumatycznym”. Przede wszystkim dlatego, że lekarek i lekarzy nie uczy się zbyt wiele na temat śmierci, która jest czymś naturalnym – „uczono nas, że zgon zdarza się przypadkiem, jako błąd, jako porażka” (Aksamit 2008). Przy czym zajęcia z komunikacji z pacjentem hospicyjnym czy z rodziną umierających giną w natłoku innych, z których i tak niewiele się pamięta.

Łuczak-Wawrzyniak ze współautorkami zaznaczają ponadto w kwestii komunikacji, że:

Podczas przekazywania niepomysłnych informacji, dużą trudność może lekarzowi sprawić posługiwanie się odpowiednim językiem, aby wydarzenie, które postrzega głównie poprzez fakty medyczne przedstawić w sposób rzetelny, uwzględniając przy tym potrzeby psychiczne i duchowe kobiety/rodziców. Współczesny język ubogi jest w słowa, które wyrażają współczucie i żal, tym bardziej trudno się posługiwać nim w sytuacjach, które poza świadomością rodziców nie znalazły swojego społecznego odzwierciedlenia. Dziecko od poczęcia uznawane jest jako członek rodziny, ale jeszcze nie jako członek określonej społeczności” (Łuczak-Wawrzyniak i in. 2012: 51).

Personel medyczny boryka się więc z emocjami smutku i żalu oraz z poczuciem bezsilności. Problem jest tym większy, im bardziej starają się pomóc w racjonalnym wyjaśnieniu sytuacji. Wspominałam już o tym problemie wcześniej – śmierć dziecka, szczególnie poronienie, martwe narodziny i śmierć okołoporodowa są z medycznego punktu widzenia trudne do zrozumienia, nie jest to nadal obszar, który udaje się nam przewidywać w pełni – podobnie jest z chorobami nowotworowymi i genetycznymi. Dodatkowo osoby pracujące służbie zdrowia, które brały udział w badaniach na temat postaw względem umierania i śmierci, zwracały uwagę, że to właśnie „śmierć pacjentów w młodym wieku i dzieci” jest tą, którą częściej zapamiętują, na drugim miejscu znalazło się odchodzenie „w wyjątkowym bólu i cierpieniu” (Antos, Fijałkowska 2016: 87).

Trudne dla każdej ze stron wydają się te sytuacje, które umiejscowione są w warunkach niegwarantujących spokoju, intymności i czasu. Miejscem, gdzie istnieje duże ryzyko zmedykalizowania problemu utraty jest szpital, w którym wiele zachowań sterowanych jest odpersonalizowanymi, bezdusznymi normami instytucji [...] (Łuczak-Wawrzyniak i in. 2012: 52).

Monika Sleziona i Dominik Krzyżanowski (2011: 222) również widzą w śmierci pacjentek i pacjentów element traumatyzujący, który wywołuje silne reakcje emocjonalne. Tymczasem emocje w pracy z pacjentkami i pacjentami pojawiają się przecież zawsze (Byczkowska-Owczarek i in. 2020: 118-130), śmierć je pogłębia, a praca z umierającym dzieckiem jest w tym przypadku szczególnie trudna (Doe, Katz 2006: 159). Renee S. Katz wraz z Jane Doe (2006: 166-167), czyli pielęgniarką, która zrezygnowała z ujawniania swoich personaliów, w obawie przed reperkusjami – zwracają uwagę na fakt unikania tematu wpływu emocji w pracy ze śmiertelnie chorymi

dziećmi. Nadal prymat profesjonalizmu przysłania to, że poza wykształceniem i profesjonalizmem w szpitalach pracują ludzie. Naturalne jest odczuwanie rozmaitych emocji, izolowanie się i ukrywanie za obiektywizmem spycha problem śmierci dziecka na margines, czyniąc pracownice i pracowników szpitali zamkniętymi i mechanicznie reagującymi na pojawiające się sytuacje istotami. Zespół lekarek – Małgorzata Rudnicka, Małgorzata Czyżewska, Grażyna Ohia i Bogumiła Lubieniecka (2017: 67-68) – proponuje by śmierć pacjenta, która dla personelu medycznego jest „bolesnym przeżyciem” przepracowywać w zespole. Zachęcają więc do omawiania „w zespole każdego przypadku zakończonego zgonem”. Zaznaczają przy tym, że „ważne jest, aby tego typu spotkanie odbywało się w atmosferze szczerości, wzajemnej uczciwości, ale także powściągliwości w wydawaniu ocen” (*ibidem*: 68). Sugerują też, by spotkania takie odbywały się w zespołach pielęgniarских (*ibidem*).

Śmierć wpływała również na różne aspekty życia pielęgniarek, które brały udział w przytoczonym badaniu – nie tylko na pracę zawodową, ale też na życie osobiste, psychikę, nastrój i system wartości. Agnieszka Gąsior-Guziak (2016) położna, apeluje w artykule na temat straty dziecka, by pielęgniarki i położne wspierały się wzajemnie – „**rozmawiajmy na dyżurach o tym, co się wydarzyło i jak się z tym czujemy.** Musimy temu stawić czoło, bo nie wiadomo co przyniesie następny dyżur”. Jej zdaniem, brak empatii może być mechanizmem obronnym w sytuacji niemożliwości przyzwyczajania się do powtarzających się tragedii. Może mieć rację, szczególnie w kontekście wypalenia zawodowego w warunkach pracy w polskiej służbie zdrowia. Inna ekspertka twierdzi, że

[a]by położna mogła osiągnąć tę emocjonalną i empatyczną bliskość w relacji z kobietą przeżywającą tak głęboką żalobę, potrzebna jest umiejętność zmierzenia się z doświadczeniem ograniczenia i śmierci w wymiarze ludzkim i zawodowym. Chodzi o to, by nie popaść w postawę zaprzeczającą lub też nie uciekać w zimne terminy specjalistyczne, ale by umiejętnie trzymać się ram relacji i komunikacji ustalanych przez osobę zanurzoną w bólu – istotne jest, by położna, wobec przeżywanych doświadczeń zawodowych, potrafiła dać sobie czas i przestrzeń na refleksję tak osobistą, jak i w grupie współpracujących z nią kobiet, ponieważ nasze ludzkie i zawodowe wzrastanie rozpoczyna się wraz z wykształceniem i trwa w miarę uaktualniania i snucia refleksji na temat przeżytych doświadczeń (Ravasio 2013: 186 w: Cozza 2013).

Czy jednak położne, jak i inne osoby spotykające się ze śmiercią i cierpieniem w polskiej służbie zdrowia potrafią i mogą w ten sposób pracować? Niestety nie poznałam na to pytanie odpowiedzi.

8.2. Wsparcie psychologiczne

Najwięcej czasu osieroceni rodzice spędzają na interakcjach z pracownikami i pracownikami szpitali. Nie jest więc zaskakujące, że najczęściej o tych spotkaniach mówią. Pomoc psychologiczna pojawia się – o czym była mowa w jednej ze wcześniejszych wypowiedzi (W02) – zgodnie z wytycznymi dotyczącymi opieki nad kobietą w ciąży, zaraz po porodzie (jeśli sytuacja dotyczy narodzin wcześniaka, dziecka chorego lub martwych narodzin) lub z chwilą poznania diagnozy (jeśli kwestia dotyczy rodziców dzieci chorych). Obecność psycholożek i psychologów jest wyjątkowo potrzebnym wsparciem – jeżeli personel medyczny posiada wystarczające przeszkolenie, nie musi potrzebować wyręczania i samodzielnie wspiera rodziców oraz dzieci, bo należy pamiętać, że w przypadku dzieci starszych niż rok, potrzebna jest pomoc w wyjaśnieniu sytuacji małej pacjentce lub małemu pacjentowi.

Problem stanowi brak wsparcia psychologicznego dla personelu szpitala – o czym już pisałam – oraz brak wsparcia dla rodzin dzieci, które zmarły. Okazuje się, że o ile w hospicjach jest możliwość wspierania rodziców i rodzeństwa dzieci, które umrą przebywając pod opieką takiej jednostki (Kacperczyk 2006: 264-268), to jeśli śmierć nastąpiła w szpitalu, na oddziale – takiej pomocy można nie otrzymać. Opowiadała o tym mama (W18), która sama musiała radzić sobie po śmierci córki:

[z]naczy generalnie **będąc jeszcze na oddziale, to wiadomo przychodziły dziewczyny [nazwa hospicjum] tak? Czy, czy... [imię 1]. Matko... jak miała na imię ta druga? Zapomniałam. [przypomina sobie] [imię 2], [imię 2]! [imię 1] i [imię 2], świetne dziewczyny też... szybko nawiązaliśmy taki kontakt... natomiast w momencie już takim po... gdy dziecko odchodzi to... [4sek] zero, nikt nie zadzwoni, żeby skontrolować, czy tutaj rodzice nie mają deprechy czy cokolwiek? Czy jest potrzebna pomoc? Nie ma już takiej opieki. Po prostu. Pacjent wypisany. I tyle [zaznaczenia Ł. L.] [31: 1041-1047].**

Rodzice po śmierci dziecka chorego na nowotwór zostają sami ze swoimi emocjami. Od dawna zalecane są rozmowy z rodzicami po śmierci chorego na raka

dziecka oraz wsparcie psychologiczne (Jankovic i in. 1988). Z realizacją tego zalecenia jest jednak różnie. Na forach rodziców po stracie pojawiają się zapytania o polecenie „dobrego psychologa” – po opublikowaniu sugestii, rodzice zaczynają dyskutować, że ta osoba im nie pomogła, że tamta się nie nadaje, że u tej byli i nie udało im się złapać kontaktu. Te wszystkie problemy ze znalezieniem „właściwego” wsparcia wynikają właśnie z poszukiwania kogoś, z kim „złapie się kontakt”, ale nie zawsze rozumiana jest specyfika oferowanej pomocy. Poza tym na pomoc refundowaną czeka się długo, a udanie się do prywatnego gabinetu bez pewności, że osoba potrafi nam pomóc, traktowane jest przez rodziców jako wyrzucanie pieniędzy i marnowanie czasu. Ciekawą perspektywę w aspekcie „łapania kontaktu” zaprezentowała Bev Osband (2006), która jest terapeutką w obszarze żałoby i jednocześnie matką, która straciła dziecko w wyniku wypadku. Zwraca ona uwagę na to, że o ile żałoba osób, które straciły kogoś bliskiego (ale nie dziecko) nigdy nie działała na nią w sposób nadmiernie emocjonalnie obarczający, o tyle pojawienie się pacjenta, którego syn zginął w wypadku, spowodowało całą masę wątpliwości. Do wątpliwości dołączyły silne emocje związane z poczuciem winy i nieprofesjonalizmu. Dopiero przepracowanie i przemyślenie tej sytuacji umożliwiło jej dalszą współpracę z klientem.

W kwestii leczenia na ubezpieczalnię – parę lat temu Dorota Łosiewicz (2016) napisała o tym, że na opiekę psychologiczną kobiety dowiadujące się o tym, że urodzą chore dziecko, będą musiały czekać po kilka tygodni. Wspominałam o rodzicach dzieci chorych na nowotwory, że ich dostęp do pomocy psychologicznej, może kończyć się wraz ze śmiercią dziecka – co zależy od tego do jakiej placówki trafili, czy było to hospicjum progresywnie podchodzące do pomocy i jej form, czy takie, które wypełnia jedynie obowiązek pomocy osobie chorej i wspierania jej rodziny do czasu śmierci. Przy czym przeprowadzane były badania, które dowodzą, że część rodziców kwalifikuje się do leczenia psychiatrycznego – w związku z czym są (a z pewnością powinni być) hospitalizowani (zob. Li i in. 2005), niektórzy natomiast narażeni są na silną depresję i popełniają (lub usiłują popełnić) samobójstwo.

W australijskich badaniach nad utratą ciąży dostrzeżono żalobę ojców i zalecono pomoc psychologiczną przystosowaną i skierowaną również do nich (zob. Abboud i Liamputtong 2008). Sugerowana już możliwość zobaczenia dziecka i pożegnania się z nim dla wielu rodziców stanowi bardzo wartościowe doświadczenie, za które są

wdzięczni. Niezbędne przy tym jest wsparcie psychologiczne i możliwość „wygadania się” (Geerinck-Vercammen, Kanhai 2003). Każdy z wymienionych obszarów wsparcia jest trudnym doświadczeniem dla osób pomagających. Powraca więc kwestia wypalenia zawodowego, które grozi również osobom oferującym wsparcie psychologiczne (Fengler 2000; Okła 2001). Przy czym należy rozróżnić tutaj bezpośredni stres pourazowy i wtórny, czyli STSD (*secondary traumatic stress disorder*). Zaburzenie to dotyczy reakcji związanych ze słuchaniem o traumatycznych przeżyciach innych ludzi. Może powodować zmiany w poczuciu sensu, tożsamości, światopoglądzie i przekonaniach o sobie oraz innych (Väisänen 1999: 32-33).

8.3. Opieka duszpasterska

Wiara pomaga przetrwać trudne chwile związane ze śmiercią pacjentek i pacjentów. Bardzo skrajnym, ale trafnie opisującym taką strategię przykładem jest wywiad z Moniką Nowicką przeprowadzony przez Sylwię Szwed (2014) i opublikowany w książce *Mundra*. Nowicka twierdzi, że bez wiary nie zdołałaby poradzić sobie z obciążeniem psychicznym. „Wokół mnie jest mnóstwo osób, które umierają” – mówi i dodaje – „Nie umiałabym sobie wytłumaczyć, dlaczego tak się dzieje. Skoro wierzę w Boga, to wiem, że on ma jakiś plan na to wszystko. [...] Nie zawsze rozumiem ten plan, ale ufam Bogu” (*ibidem*: 157). Zapytana o to, jak sobie radzi ze śmiercią dzieci, wyznaje: „Rzadko płaczę. Pomaga wygadanie się bliskiej osobie i modli twa: «Oddaję Tobie to wszystko, Panie Boże, bo nie mogę nic więcej zrobić. Uczyniłam, co mogłam». Muszę o tym zapomnieć i pracować dalej” (*ibidem*: 158). Obecność wiary jest więc czymś, co pomaga w trudnych sytuacjach spotkań ze śmiercią.

Podobnie duchowość pomaga rodzicom, którzy głęboko wierzą, jedną z takich wypowiedzi jest świadectwo pozostawione przez matkę utraconego dziecka:

Czas kiedy przebywała pod moim sercem był bezcenny, doświadczałam ogromu zaufania i Bożej miłości. Zrozumiałam jak bardzo jestem dla Boga ważna, jak cenna, ja... nieudolna, wątpiąca, słaba, popełniająca szereg błędów wychowawczych wobec starszych córek. To jak cenne jest każde życie, szczególnie takie maleńkie, delikatne.

Basia powiększyła moją pojemność serca, nauczyła mnie zaufania do Boga, zmieniła mój sposób relacji z bliskimi, pozostawiła w moim wnętrzu pragnienie uwielbiania Boga i dała nadzieję na spotkanie Miłości w Niebie (Grażyna 2016).

Z drugiej jednak strony Liliana Kroll (2012: 121) przyznaje, że

strata dziecka staje się swoistym „wyzwaniem dla wiary”, niejednokrotnie prowadząc do głębokiego, wewnętrznego kryzysu, zwłaszcza w początkowym okresie osierocenia. Zamiast kojącego pocieszenia, siły pozwalającej unieść ciężar utraty, wiara zdaje się być mroczna, wypełniona rozpaczą – niesie z sobą poczucie egzystencjalnej pustki, a także gniew i bunt kierowane przeciwko Bogu, często prowadząc na skraj niewiary. Bóg staje się wówczas odległy i milczący – by nie rzec – karzący.

O sytuacji utraty wiary lub obrażenia się na Boga mówiły niektóre z badanych przeze mnie matek, wspominając o swoich partnerach (W17, W18, W20). Jest ona również powszechna w przekazach medialnych. Jednym z przykładów może być tutaj wypowiedź Filipa Łobodzińskiego, znanego jako aktor i dziennikarz, w wywiadzie Magdaleny Rigamonti (2018). Przyznał on:

Są rzeczy, których nie rozumiem. W kategorii całego świata – nie rozumiem cierpienia, które do niczego nie prowadzi. Gdyby Bóg rzeczywiście musiał zabrać młodą osobę, to mógł to zrobić w sposób nagły, poprzez wypadek na przykład. A nie kosztem kilkuletniego cierpienia. To jest niegodziwe. To samo myślę o wszystkich dzieciach, które odeszły, czy to przez chorobę, czy wojnę, czy przez rozpędanego kretyna na jezdni, czy przez pożar, jak ostatnio, kiedy dwóch chłopców się spaliło. To są rzeczy zupełnie światu niepotrzebne. Cierpienie niewinnych jest niepotrzebne. Nie ma na to zgody (Łobodziński, Rigamonti 2018).

Podobny wydźwięk mają słowa Aniki Zadylak (2020), której wpis, kierowany do osób, które krytykują matki chorych dzieci i dzieci z niepełnosprawnością, już we fragmentach przytaczałam. Píše ona:

Ja wiem, że ciężko ci to czytać, wyobraź sobie jak mi ciężko to pisać i przypominać sobie, w jakim szambie, przyszło mi żyć. Kiedy nie wiesz czy chcesz się obudzić jutro, bo dziś tak cię skopało. O ile w ogóle spałeś. Ja się najczęściej wcale nie kładę, bo przy łóżku wypełnionym majaczeniem i czterdziestostopniową gorączką, modlę się. Do Boga, w którego coraz trudniej uwierzyć. Żeby dał mojemu dziecku, choć chwilę spokoju. Albo żeby go zabrał, przestał pastwić nad nami. Tak, bo mam k..rwa prawo, modlić się o co chce. Nawet o śmierć, która i tak nadejdzie. Tylko dlaczego najpierw tak męczy, że twarzą umazaną krwią wypłutą z płuc, błaga. A rano nie wie, czy bardziej z ulgą czy niedowierzaniem, wita kolejny dzień. Za który nie wiadomo czy dziękować, czy przeklinać, że jednak nadszedł (Zadylak 2020).

Kroll uważa, że sytuację utraty wiary można zmienić dzięki interakcjom z duszpasterzem – „wiara nie rodzi się bowiem i nie rozwija w samotności, lecz w relacji” (*ibidem*). Dlatego „obecność duszpasterzy podczas pożegnań z dziećmi z chorobami genetycznymi, których życie liczy się w minutach, sprawia, że rodzice mają poczucie wyjątkowości i wzniosłości danej chwili” (Tatrzańska 2016). Wiara, o czym już pisałam, jest silnie oddziałującym elementem życia. Przyjmuje się, że rodzina zmarłego (lub umierającego) dziecka ma duże potrzeby duchowe i ich spełnienia upatruje właśnie w osobach księży, sióstr zakonnych oraz innych osób świadczących tego typu wsparcie. Oczywiście pracownice i pracownicy służby zdrowia także mogą wspierać osieroconych rodziców słowami i czynami, troską, budowaniem zaufania, możliwością pozostania w kontakcie z dzieckiem w chwili śmierci, tworzeniem wspomnień, które mają na celu przyniesienie ukojenia (Meert i in. 2005). Jednakże pojawienie się osób reprezentujących wspólnoty wyznaniowe nadaje śmierci dziecka wymiar społeczny – zostaje ono w ten sposób przyjęte do tej wspólnoty, zauważone przez nią.

Ponieważ duchowość z jednej strony ułatwia, a z drugiej komplikuje – potrzebna jest osoba mediatora. Duchowość może pomagać w odnalezieniu poczucia sensu – strata jako część kosmicznego planu; może dawać poczucie połączenia – zmarły szczęśliwy i bez bólu w innym świecie, perspektywa przyszłego spotkania; a nawet umożliwiać ciągłość tego połączenia tu na ziemi – modlitwa, odwiedziny cmentarzy, rytuały itp. (Doka 2015: 237). Dlatego tak istotne jest przywrócenie wiary tym, którzy ją utracili.

Poszukując wypowiedzi duszpasterzy, którzy współpracują z rodzicami po stracie, można natrafić na podobne do poniżej zamieszczonej. Jest to odpowiedź na pytanie, czy po śmierci dziecka można powrócić do „normalnego życia” – ks. Piotr Belecki (2015) twierdzi, że można:

Dodam jednak, że to już nie będzie to samo życie. Rodzic nigdy nie zapomni swojego dziecka. Ciągłe żyje nadzieją na spotkanie w wieczności. Widzę, jak bardzo pomaga tu wiara w Zmartwychwstanie. Tacy rodzice z jednej strony żyją normalnie, jak każdy z nas. Z drugiej natomiast jest coś, co ich mocno wyróżnia. Oni bardzo kochają życie, doceniają je. Śmiem twierdzić, że patrzą głębiej, widzą więcej. Są bardzo wrażliwi na cierpienie drugich i jest w nich dużo pokładów empatii. Swoją historią mogą ubogacić niejedną osobę... po prostu dać nadzieję, że warto żyć.

Znany z łódzkiego hospicjum kapelan, ks. Paweł Kłys (2016) w wywiadzie dla *Gazety Wyborczej* opowiadał o swoim doświadczeniu wspierania rodziców. O hospicjum mówi w następujący sposób – nawiązując jednocześnie do wspomnianych przeze mnie wcześniej pozytywnych stron wiary:

Dla mnie hospicjum zawiera w sobie wszystkie najważniejsze chrześcijańskie wartości wyrażające się również przez najważniejsze święta: radość narodzin na Boże Narodzenie, smutek i cierpienie umierania Wielkiego Tygodnia i znów radość ze Zmartwychwstania na Wielkanoc. Szczególnie radosna jest ta ostatnia, kiedy Chrystus zmartwychwstaje, dając nadzieję na przyszłość, w której kiedyś wszyscy się spotkamy (Kłys, Kozerańska 2016).

Ciekawe jest również to, w jaki sposób sam radzi sobie z tą sytuacją – dodam, że jest to nietypowe, by osoba duchowna dzieliła się swoją praktyką –

To mój osobisty album. Nazwałem go „Moje dzieci”, ale myślę, że trzeba by jeszcze dodać „Do zobaczenia”. Bo ja wiem, że one tam są – unosi rękę do góry – i na pewno się za mną wstawiają – mówi kapelan. – To samo powtarzam rodzicom: jeśli nawet nie ma dziecka fizycznie, to nadal jest ono częścią rodziny. I choć dziś jest smutek, ból i łzy, to kiedyś się spotkacie i będziecie razem. Taka świadomość przynosi ukojenie i pozwala łagodniej przejść przez okres żałoby (ibidem).

Nadmieniłam, że jest to niespotykana wypowiedź, ponieważ większość tekstów dotyczących wsparcia duchowego w medycynie paliatywnej, w hospicjach, na hospicyjnych oddziałach pediatrycznych czy odnoszących się do rodziców i rodzin w żałobie po dziecku, nie ujawnia w ogóle tego, jak wygląda emocjonalna strona pracy duszpasterzy, ewentualnie – w jaki sposób konceptualizują oni daną sytuację. Uwagę na problem wypalenia w posłudze świadczonej przez duchownych zwraca Agnieszka Janiak (2019) w swojej książce *Sztuka współlbycia* kierowanej właśnie do duszpasterzy.

8.4. Zakład pogrzebowy i cmentarz

Ze wszystkich planowanych rozmów z przedstawicielkami i przedstawicielami instytucji, tylko te na cmentarzach i zakładach pogrzebowych udało się przeprowadzić, chociaż też nie bez oporu ze strony poszczególnych osób. Większość pracowników odmówiła udziału w badaniach, a w przypadku zakładów pogrzebowych często spotykałam się z zaskoczeniem, że prowadzę badania dotyczące „takiego tematu”. Pracownica i pracownik jedyne go chętnego do współpracy cmentarza katolickiego

opowiadali o specyfice swojej pracy i o tym, co ich poruszało (R02, W07). Mężczyzna pracował w kancelarii, kobieta w kaplicy, świadcząc również usługi sprzątanía czy utrzymywania grobów. Mężczyzna przyjmował informacje na temat tego, czego życzą sobie rodzice oraz pobierał opłaty – spotykał osieroconych rodziców zwykle tylko raz. Wzruszał się, gdy widział takich, którzy powracają systematycznie i pragną, by grób dziecka stał się też ich miejscem spoczynku. Wywołany temat skojarzył mu się z różnymi tragediami, których doświadczali jego koledzy i znajomi. Komentował te zdarzenia za każdym razem stwierdzeniem, że nie wyobraża sobie, co musieli czuć rodzice zmarłego dziecka (R02). Kobieta z kolei dostrzegła zmianę w swoim podejściu do ceremonii pogrzebów dziecięcych z chwilą pojawienia się wnuka, którego życie było zagrożone z powodu choroby serca. O ile wcześniej pogrzeby takie były dla niej wzruszające, to po pojawieniu się w jej życiu wnuka, wywoływały w niej duże emocje i „ogrom łez” (W07).

Dziennikarz Stanisław Zasada zrobił wywiad z Piotrem Bocianem (2016), grabarzem na jednym z poznańskich cmentarzy. Zadał między innymi pytania o najtrudniejsze pogrzeby i takie, które zapadły w pamięć – Bocian odpowiedział:

Dzieci. To ciężkie przeżycie, bo trzeba patrzeć na wielką rozpacz rodziców. No i dziecka zawsze najbardziej żal. Kilka dni temu był pogrzeb 26-latki i jej dziecka, którzy zginęli w wypadku, nie ze swojej winy. Nie dało się o tym zapomnieć nawet po powrocie do domu. Długo to w sobie nosiłem [...].

To było ładnych kilka lat temu. Chowaliśmy dziecko. Jego rodzice poprosili w kaplicy, żeby jeszcze raz otworzyć trumnę. Mały chłopczyk leżał przytulony do pluszowego misia. Wyglądał, jakby spał. Tamten widok też długo do mnie powracał.

Te wypowiedzi potwierdzają, że czasami praca ze śmiercią nie jest prosta i zostaje z człowiekiem na dłużej, w zależności od indywidualnych cech, wrażliwości i posiadanego doświadczenia. Tymczasem w rozmowach z właścicielem jednego z łódzkich zakładów pogrzebowych, pracownicą zakładu (konsultantką klienta) oraz balsamistą (W08, W09, R03) pojawiły się stwierdzenia, że jest to „po prostu praca” czy nawet „praca jak każda inna”. Jedynie kobieta, która pracuje najbliżej z osieroconymi rodzicami zdradzała emocjonalne podejście i przyznała, że czasami może warto być empatyczną osobą dzielić ból i łzy rodziców. Zwróciła uwagę też na fakt, że zdarzają się sytuacje, kiedy można jedynie słuchać zrozpaczonych ludzi, którzy usiłują znaleźć sens w tym, co ich spotkało. Przyznała również, że trudno jest jej zapomnieć o tragediach,

które są jej relacjonowane – a sytuacja rejestracji zmarłego, celem załatwienia pochówku sprzyja właśnie opowieściom i wspomnianiu (W09).

Jednak deklarowane delikatność i chęć uczynienia wszystkiego, co w ludzkiej mocy, by chociaż trochę ulżyć w cierpieniu osieroconej rodzinie, nie zawsze mają miejsce. O pochówkach zwykle rodzice mówili dobrze, bywa też, że ich nie pamiętali lub pamiętali „jak przez mgłę”, bo emocje towarzyszące stracie przyćmiewały i formalności, i samą ceremonię pożegnalną. Bywa jednak, że rodzice zachowali w świadomości negatywne wydarzenia – czego przykładem jest relacja matki, która straciła córkę w szpitalu (W18).

Generalnie w pracy w zakładzie pogrzebowym... mm... [4sek] **to też tak pamiętam, jak pierwsze dni w ogóle, jak powiedzieli nam nowotwór, tak? Bardzo dużo, bardzo szybko się działo, bo to tu trzeba załatwić, to tu, to tu... y dużo naraz, dużo się działo, a mało się pamięta...** Tylko to, co mnie najbardziej uderzyło i powiedziałam, że nigdy w życiu [duży zakład pogrzebowy], ponieważ szpital ma podpisaną umowę po prostu z firmą [duży zakład pogrzebowy], **my poszliśmy tutaj do naszego zakładu pogrzebowego... oni powiedzieli, że się nie wtykają, skoro [duży zakład pogrzebowy] wzięła, bo [duży zakład pogrzebowy] wszystkie małe firmy niestety ale niszczy... jak tylko podkradną, nie ma czegoś takiego, jak podbieranie... trupów, [śmiech] to jest biznes...**

[ŁŁ] [śmiejąc się] klientów...

[K13] Klientów! [śmiejąc się nadal] Tak, bo to... bo to jest biznes po prostu. Więc mówię: dobra, nie chcemy nikomu szkodzić... więc niech tak będzie i i pamiętam, że mówili, kiedy się... **kiedy ubierają dziecko i tak dalej...** Więc w ogóle **pochowaliśmy [imię córeczki] w albie...** – [imię córeczki] w albie, tak... [4sek] **i dowoziliśmy tam te rzeczy do trumienki i w ogóle i ubranka i mówiliśmy, że tu jeszcze nie ma tego i tego, przywieziemy wtedy i wtedy, [głęboki wdech] i pamiętam że w dzień pogrzebu – to był niestety poniedziałek...** [4sek] Nie chcieliśmy, żeby cała społeczność [miejscowość zamieszkania K13], ponieważ mentalność ma... ma [ciszej] średnią... specyficzną... – oglądała [imię córeczki]. Znaczący... Ja wołałam, żeby była... zamknięta trumna... mój mąż, żeby była otwarta... a nie... ja wołałam, żeby była otwarta, żeby wszyscy mogli się pożegnać, a mój mąż stwierdził... tak, a mój mąż mówił, żeby nie, bo będą te dewoty przychodzić i lamentować i tak dalej, a potem będą... obgadywać, nie? Więc więc ja mówię: okej. To mówię tak [4sek], ponieważ ciało było wystawione tylko i wyłącznie w [miasto w centralnej Polsce], tam u [duży zakład pogrzebowy] jeszcze, więc osobom, którym uważałam, że chcą się z nią pożegnać, żeby ją zobaczyć... powiedziałam, że o tej i o tej godzinie jest tam... i jeżeli chcą, to niech przyjadą... – dziadkowie, chrzestni, wiadomo... najbliżsi. I powiedziałam do swojego męża, że jeśli będzie miała taki uśmiech, jak wtedy gdy odchodziła – to będzie mogła być otwarta trumna. Jeżeli nie, to jest zamknięta. No i niestety [imię córeczki] tego uśmiechu nie miała, ale wszyscy którzy powinni, myślę że się pożegnali... ale ty... właśnie wracając... do tego dnia, że ja tam zobaczyłam..., bo najpierw my weszliśmy... **To byłam rozczarowana MOCNO, ponieważ [5sek] początkowo**

przywieźliśmy albę i rajstopki, potem dowieźliśmy jeszcze y buciki, majteczki... i okazało się, że to co dowieźliśmy później jest obok wetknięte... Czyli [imię córeczki] nie dość, że jest niekompletnie ubrana, yyy to jeszcze nawet jej przy usteczkach nie wytarli... krewki, więc w ogóle, tylko tak... na odwal się była WSADZONA więc tylko ją tak poprawialiśmy. Więc... tu mnie zawiodła, ale ponieważ, no wiadomo dzień jaki dzień... to nie będę nigdzie chodzić z jakąś klótnią, awanturą... To i tak nic nie zmieni... [zaznaczenia Ł. L.] [28-29: 917-954].

Opisana powyżej sytuacja wskazuje na problem w komunikacji, brak skupienia na kliencie i jego potrzebach (rodzice) i podejście typowe dla dużych firm, które zdominowały rynek, obniżając jednocześnie jakość usług. Nie twierdzę, że tak jest zawsze w przypadku pogrzebów zleczanych tej konkretnej firmie, ale mam wrażenie, że nie bez znaczenia pozostała kwestia tego, że dziecko było z innej miejscowości niż miejsce śmierci i to też odegrało jakąś rolę w tym, jak wykonano pracę z ciałem dziewczynki.

Komunikacja i poszanowanie dla zwłok są o tyle ważne, że podręczniki dotyczące funkcjonowania zakładów pogrzebowych, zwracają na te dwa aspekty uwagę i kładą nacisk na dbałość o szczegóły – tak w ustalaniu terminów i oczekiwań, jak i wyglądu ciała zmarłej osoby (Wolfelt 2004: 56, 70). Pożegnania są bardzo ważne, więc ostatni widok dziecka w trumnie ma niebagatelne znaczenie. Poczucie ze strony rodziców, że dziecko wsadzono do trumny „na odwal się” sprzyja pogorszeniu ich samopoczucia – nie tylko czują, że zawiedli jako rodzice, bo nie obronili dziecka przed chorobą i śmiercią, ale też pozostawili je w rękach niekompetentnych osób, które to dziecko zaniedbały, nie wykazując się należytych szacunkiem. Ważne jest więc, żeby nawet największe firmy, które nie boją się konkurencji, zwracały uwagę na poziom wykonywanych usług. O tym, że osoby pracujące w zakładach pogrzebowych i krematoriach muszą być wyczułone na potrzeby klientów mówi Łukasz, pracownik krematorium w rozmowie z Anną Tomczyk-Anioł (2017): „Robimy wszystko, aby ten dzień był jak najmniej stresujący dla bliskich zmarłej osoby. Reakcje rodzin są bardzo różne i musimy być na to wyczuleni. Czasami musimy być psychologami, bo rodzina potrzebuje rozmowy i zapewnienia, że wszystko jest w porządku [...]”.

Dodam jeszcze, że praca w zakładzie pogrzebowym czy na cmentarzu wcale nie oznacza, że człowiek jest przygotowany na śmierć w swoim otoczeniu. Rutyna nie ratuje przed szokiem, smutkiem – z pewnością ma się większe obeznanie w

formalnościach, w przebiegu uroczystości, ale emocji to nie eliminuje (zob. Troyer 2020). W książce Alana D. Wolfelta (2004: 57-60) znalazł się też rozdział dotyczący wypalenia zawodowego dyrektorów zakładów pogrzebowych (*funeral director fatigue syndrome; bereavement overload*) – które także w tym zawodzie może się pojawić. Jak objawia się taki stan? Może przejawiać się wyczerpaniem i utratą energii, uczuciem poirytowania i brakiem cierpliwości, cynizmem i nadmiernym zdystansowaniem, objawami fizycznymi i depresją, dezorientacją, ale też poczuciem bycia niezastąpionym i zaprzeczaniem pojawiającym się uczuciom. Emocjonalne zaangażowanie i stres przyczyniają się do powstawania syndromu wypalenia zawodowego, należy więc pamiętać o dbaniu o siebie i utrzymywaniu równowagi pomiędzy pracą a życiem osobistym (*ibidem*: 60).

8.5. Doula umierania i towarzyszka w żałobie

Ten ostatni podrozdział poświęcam profesjom, które nie znalazły się w moich wywiadach – ponieważ żadne z rodziców doświadczając straty jeszcze ich nie znało i nie korzystało z takiej formy wsparcia. Obie profesje uważam za kluczowe. Doula umierania jest osobą, która towarzyszy umierającej osobie i ułatwia jej – oraz jej rodzinie – przejście dalej, pożegnanie się z życiem i bliskimi, uporządkowanie swoich spraw. Doula umierania to – jak informuje strona *Doulagivers* – osoba bez wykształcenia medycznego, która wspiera osobę umierającą i jej rodzinę w ostatnim etapie umierania (*doulagivers.com*). Towarzyszka w żałobie jest z kolei osobą bez wykształcenia psychologicznego, która pełni funkcję wspierającą i towarzyszącą w stosunku do osób po stracie.

Zanim jednak opiszę, na czym obie te profesje polegają, wyjaśnię, dlaczego twierdzę, że są kluczowe i w jakim sensie? Od rozpoczęcia badań nad tematem żałoby rodziców w roku 2015 i generalnego wzmożonego zainteresowania tą tematyką po roku 2006, nieustająco spotykam frazy o „tabu śmierci” i nieobecności śmierci w naszym codziennym życiu w innych jej formach niż medialna pornografia śmierci. Moja niezgoda z tymi przekonaniami wynika z tego, że w moim życiu śmierć jest obecna inaczej – od niedawna wiem, że nie tylko w moim. Ruch Dobrej Śmierci (*Good Death; Death Positive*), którego jestem czynną reprezentantką (Instytut Dobrej Śmierci) to nie

tylko „produkcja” kolejnych publikacji o tym, jak sobie nie radzimy ze śmiercią – to jej ponowne oswajanie. To spotkania typu „*death café*”, których celem jest otwarte i serdeczne dzielenie się swoimi przemyśleniami na temat śmierci i umierania, to rodzaj zmiennej pod względem uczestników grupy wsparcia, która przy kawie i ciastku rozmawia na trudne tematy. Pomysł ten rozwinął Jon Underwood i Sue Barsky w oparciu o projekt Bernarda Crettaza (Baldwin 2017: 1). W polskich warunkach pomocą w takich rozmowach mogą być karty „Rozmawianie o śmierci cię nie zabije” zaproponowane przez fundację „Ludzie i medycyna”. Innym rodzajem spotkań są te, które zainicjował i opisał Michael Hebb (2019), czyli „rozmowy o śmierci przy kolacji” (*death over dinner, death dinner*), które ja nazywam „kolacjami do/dla śmierci”. Podczas takich spotkań można swobodnie porozmawiać o stracie, żałobie, śmierci, swoich rozterkach związanych z lękiem przed utratą zdrowia i życia czy o zainteresowaniach związanych z tą tematyką. Pojawiają się też inne sposoby radzenia sobie z żałobą – jak chociażby budki telefoniczne pomysłu Japończyka Itaru Sosekiego, nazywane *The Wind Phone* (Hester 2017), czy gra dla żałobników autorstwa Mai Worwy (2020).

Janiak (2019) wymienia te i inne sposoby edukowania oraz towarzyszenia umierającym i osobom w żałobie twierdząc, że są one istotne, tak dla odchodzących lub cierpiących, jak i dla towarzyszących. Uważa ona również, że doświadczamy obecnie etapu, który nazywa „śmiercią współdzieloną” (*sharing death*), śmiercią ze shumanizowanym obliczem (*ibidem* 2019: 267-268). Do takiego zwrotu ku śmierci przyczynił się amerykański ruch Dobrej Śmierci reprezentowany przez osoby, które w realny sposób wpływają na wygląd współczesnej branży funeralnej (zob.: *recompose.life*). Ich obecność w mediach społecznościowych oswaja tematy, które do tej pory wydawały się niedostępne i zbyt trudne. Dlatego nie powinna dziwić potrzeba pojawiania się takich osób w Polsce, które powoli i w ramach istniejącego prawa rewolucjonizują podejście do śmierci. Potrzeba jest nam innego podejścia – nie pisanie wyłącznie z pozycji medycznej lub duszpasterskiej, nie naukowych wywodów, a przystępnych, czasami zabawnych opowieści osób pracujących w różnych branżach związanych ze śmiercią. Potrzeba nam tego, ponieważ lata utrzymywania dyskursu w rękach medyków i naukowców, nie zmieniły społecznego podejścia do śmierci.

Kim więc są doule umierania i towarzyszki śmierci na Polskim gruncie oraz w jaki sposób ich praca wpływa na osoby w żałobie? Doula umierania to fach „trochę podobny” do wolontariatu hospicyjnego, z tą różnicą, że jest to zawód certyfikowany. Oczywiście jest to uproszczenie, co za chwilę wykażę, ale dla niektórych osób już taka informacja poniekąd rysuje zakres pracy w tym zawodzie. W literaturze anglojęzycznej istnieje wiele nazw, które dotyczą tego rodzaju praktyki – *end-of-life doula*, *death midwife*, *death doula*, *end-of-life consultant*, *death carer*, *death walker*, *soul midwife*, *end-of-life midwife*, *end-of-life guide*, *end-of-life coaching*, *thanadoula*, *circle of life practitioner*, *end-of-life practitioner* (Krawczyk, Rush 2020: 4). W nazwach tych pojawiają się określenia dotyczące końca życia lub śmierci oraz specyficzne dla określonych zawodów nazwy typu konsultant, przewodnik, praktyk, opiekun czy coach, ale też położna/akuszerka, czy właśnie doula – obie związane tradycyjnie z narodzinami. Nazwy te wskazują wyraźnie, że po pierwsze śmierć wymaga edukacji, kogoś, kto ją zna, kto wie. Po drugie widoczny jest zwrot ku duchowości i metaforycznemu pojmowaniu tak życia, jak i śmierci. Śmierć nie jest więc jedynie etapem, który każdy musi samodzielnie przejść – jest etapem postrzeganym jako realny, mający wpływ na wszystkich zaangażowanych oraz interakcyjny. Doula umierania jest więc osobą, która spaja to, co do tej pory było oddzielone – jest łączniczką między umierającymi i żywymi, zajmuje się osobą odchodzącą, ale wspiera ją w komunikacji z innymi. W ten sposób śmierć ma możliwość powrotu do poziomu wydarzenia społecznego. Marian Krawczyk i Rerilynne Rush (2020: 5) uchwycili rolę douli umierania przypisywaną jej przez rodziny korzystające z takich usług. Najczęściej wspomniano o tym, że chodzi o wsparcie, edukację, oddanie sprawczości. Ważne okazały się też obecność, koordynowanie rozmaitych działań – w tym określonych rytuałów, których celem było nadawanie znaczenia – mediacja i przewodnictwo czy planowanie. Niektóre z badanych osób wskazywały również na pomoc w załatwieniu formalności związanych z pogrzebem. Krawczyk i Rush (*ibidem*: 7) podzielili pracę douli umierania na typy usług, wyodrębniając: usługę nawigowania i koordynowania; emocjonalne i duchowe wsparcie; konsultacje związane z zagadnieniami prawnymi i medycznymi oraz przekazywanie wiedzy w sposób zrozumiały dla klientki lub klienta; obecność i towarzyszenie; podstawowa praktyczna i osobista opieka; opieka pośmiertna. Jest to więc znacznie szersze działanie niż wolontariat hospicyjny. Doula umierania to indywidualna asystentka osoby umierającej. W innym badaniu do

najważniejszych aktywności douli zaliczono zapewnienie rodzinie i jednostce edukacji/informacji o wyborach/opcjach, a także pomoc w planowaniu pogrzebu, czy wsparcie dla rodziny osoby umierającej, przy jednoczesnym egzekwowaniu pragnień osoby umierającej dotyczących każdego kolejnego kroku (Rawlings i in. 2019: 18). Zakres oferowanych usług jest oczywiście różny i należy o tym pamiętać, że każda doula ustala indywidualnie, co stanowi specyfikę jej pracy. Na stronie Anei Filipek, czyli polskiej douli umierania, możemy znaleźć przykłady towarzyszenia, które są oferowane: spisanie ostatnich planów, tworzenie kręgu rodzinnego, wizualizacje, śpiewanie do ciała, trzymanie za rękę, towarzyszenia podczas odejścia (towarzyszeniewodchodzeniu.pl). Filipek ma podejście rodzinne i społeczne do śmierci i umierania, zwraca uwagę na duchowość i komfort osoby umierającej.

Towarzyszka w żałobie to zajęcie, które kierowane jest jako usługa do tych, którzy pozostali – czyli na przykład do osieroconych rodziców. Jest to praca z pozoru podobna do pracy terapeuty, ale nie wymaga wykształcenia psychologicznego – chociaż również jest to zawód certyfikowany, czyli do jego wykonywania należy być odpowiednio przygotowanym. Różnica polega na tym, że miejsce spotkań jest elastycznie dopasowane do osoby w żałobie, a towarzyszka ma bardziej kreatywne podejście. Rolą towarzyszki jest podtrzymywanie pamięci o zmarłej osobie, współtworzenie rytuałów, które tę pamięć będą zachowywały, a w przypadkach, w których pożegnanie nie było możliwe – stwarzanie warunków symbolicznego pożegnania. W opracowaniach i poradnikach na temat towarzyszenia w żałobie wskazuje się na to, że towarzyszenie w żałobie stawia sobie za cel „spowolnianie” – tak, by dać żałobnikom czas na pracę żałoby (Achenbach i in. 2017). Ważne jest, by osoba zajmująca się zawodowo towarzyszeniem w żałobie posiadała odpowiednie kwalifikacje – zawodowe, metodologiczne, społeczne, personalne oraz kompetencje do działania. Do kompetencji zawodowych związanych z wiedzą zaliczono między innymi: znajomość komunikacji w doradztwie; podstawową wiedzę na temat procesów żałoby i relacji między ciałem a duszą w żałobie; wiedzę na temat wpływu żałoby na system społeczny; podstawową znajomość procesów grupowych (*ibidem*: 20). Kompetencje metodologiczne dotyczą umiejętności zastosowania metod twórczych, krytycznej znajomości rytuałów czy umiejętności prowadzenia rozmowy i reagowania na kryzysy (*ibidem*). Kompetencje personalne to postawa autorefleksyjna, samoopieka, szacunek do osób oplakujących

wyznawanych przez nie wartości i podejmowanych decyzji oraz umiejętność krytycznej refleksji na temat postaw różnych środowisk religijnych i różnych rodzajów straty (*ibidem*: 21). Do kompetencji społecznych zalicza się np. umiejętność uczenia się w grupie i od grupy, konfrontację z własną żałobą i żałobą innych, a także umiejętność radzenia sobie z różnymi rodzajami uczuć (*ibidem*). Kompetencje związane prowadzeniem takiej działalności obejmują umiejętność rozmawiania, prowadzenia wywiadów, projektowania procesu, przygotowywania projektów i kontraktów czy wreszcie radzenia sobie z ograniczeniami i posiadanymi zasobami (*ibidem*). Anja Franczak (Kurowska-Susdorf 2021), która szkoliła się w Niemczech mówi: „w Niemczech ten fach istnieje już od 25 lat. Są akademie i instytuty, które szkolą ludzi do takiej pracy, a nawet związek zawodowy reprezentujący interesy branży”. Po czym dodaje: „[w]ciąż jednak nie każdy Niemiec jest świadom, że może skorzystać z tego rodzaju wsparcia, chociaż w ostatnich latach świadomość społeczna w tym względzie znacznie wzrosła”. Na stronie polskiej towarzyski w żałobie można dowiedzieć się, że oferta obejmuje wysłuchanie i otwartą, głęboką rozmowę, akceptację i bezpieczną przestrzeń, kreatywność, poszukiwanie drogi „łżejszego życia z bólem” oraz wiedzę na temat procesów działania żałoby i sposobów radzenia sobie z nią (anjafranczak.com).

Zarówno doula umierania, jak i towarzyska w żałobie mogą stanowić alternatywę dla obecnych sposobów wspierania rodziców w żałobie – przy czym pierwsza obejmowałaby również wsparciem umierające dziecko. Obie propozycje są tworzone z otwartością i akceptacją dla różnorodności, w związku z tym uwzględniają indywidualny charakter straty i żałoby, co uważam za istotne w pomocy kierowanej do osób w żałobie. Przy czym profesje te powinny mieć zaplecze w postaci grupy wsparcia lub superwizji, które byłoby „wentylem bezpieczeństwa” i zabezpieczało przed wypaleniem zawodowym.

Podsumowanie części IV

W części czwartej omówiony został kontekst społeczny straty dziecka wraz z wpływem tego wydarzenia na osoby pracujące w instytucjach, które z taką śmiercią się stykają oraz oddziaływaniem samych tych instytucji na przeżycia i odczucia rodziców po stracie. Z jednej strony chodziło mi o pokazanie kontekstów tracenia, wraz z problemami, z jakimi konfrontowani są rodzice. Z drugiej pragnęłam pokazać, że śmierć dziecka dotyka więcej osób i ma na nie wpływ.

Rozdział ósmy poświęciłam więc zaprezentowaniu problemów zgłaszanych przez rodziców w relacji do szpitali, osób oferujących pomoc terapeutyczną i wsparcie psychologiczne lub psychiatryczne, duszpasterzy, osób pracujących na cmentarzach i w domach pogrzebowych. Spotykają się z brakiem empatii, medykacją, która potęguje ich poczucie zagubienia i niepewności, swoistą bezmyślnością, okrucieństwem i przemocą – szczególnie w przestrzeniach oddziałów położniczych. Obraz rysowany przez rodziców jest krytyczny i pomimo istnienia różnego rodzaju standardów i dobrych praktyk, nie zawsze jest przez nie łagodzony. Zdarza się tak, że te standardy są traktowane zbyt dosłownie, ale brakuje w tych sytuacjach dostosowania do realnych potrzeb danego rodzica. W efekcie matki i ojcowie są traumatyzowani przez personel medyczny lub inne osoby reprezentujące instytucje.

Ten niepochebny obraz starałam się również zestawić z tym, co mówią same osoby będące świadkami tragedii. W miarę możliwości oddawałam głos reprezentantom i reprezentantkom wspomnianych instytucji, by pokazać, że ich reakcje – chociaż nie powinny się wydarzać – wynikają z czegoś. Wskazałam na problem wypalenia zawodowego i braku systemowej pomocy również dla tych osób w radzeniu sobie ze stratą lub obserwowaniem tejże straty. Standardy i dobre praktyki nie są rozwiązaniem, jeśli główny problem nie zostaje rozwiązany. Co interesujące – opisywane w książkach sytuacje dotyczące umierania dzieci na oddziałach specjalistycznych, w tym onkologicznych, i chociażby omijanie przez personel medyczny pokoi bardziej „problematycznych” małych pacjentek i pacjentów – mają nadal miejsce. Problematyczna jest też kwestia komunikacji, która nadal – co może zaskakiwać – podlega zasadom opisanym przez Glassera i Straussa. W warunkach niedofinansowania służby zdrowia, pracy pod presją i w nadgodzinach, braku wsparcia psychologicznego sytuacja utraty

pacjenta – szczególnie dziecka – sprzyja zamykaniu się personelu medycznego. Przymus profesjonalizmu sprzyja więc sytuacjom, które rodzice interpretują negatywnie, rzadko zdając sobie sprawę, że ich dramat dotyka również inne osoby – oczywiście w innym zakresie, ale ich strata jest znacząca dla wszystkich osób, z którymi się stykają.

Na koniec przedstawiłam jeszcze dwa nowe zawody – doułę umierania i towarzyszkę w żałobie, jako alternatywy dotychczasowych form wsparcia. W ramach tych nowych w Polsce profesji, proponowany jest bliższe, bardziej spersonalizowane – a tym samym skupione na potrzebach indywidualnych osób po stracie – podejście. Widoczne jest ono w zaangażowaniu, podnoszeniu kwalifikacji na specjalnych zagranicznych kursach i otwartości na nowe teorie dotyczące przebiegu żałoby.

Dodatkowo wspominam też o rozlicznych inicjatywach podejmowanych w ramach ogólnoswiatowego ruchu dobrej śmierci, w tym przez polską jego reprezentację w postaci Instytutu Dobrej Śmierci. W ramach tej oddolnej inicjatywy realizowane są działania edukacyjne – tak branżowe, jak i kierowane do szerszego grona osób zainteresowanych tematyką śmierci i żałoby oraz praktyk radzenia sobie z sytuacją straty.

Rozdział ten, oparty jest z jednej strony na wywiadach z rodzicami – z drugiej na nielicznych wywiadach z osobami reprezentującymi instytucje, rozmowach nierejestrowanych oraz dostępnych w mediach wypowiedziach personelu medycznego, pracowników cmentarzy i zakładów pogrzebowych, czy wreszcie duszpasterzy. Jest to nadal nierówny opis świata zewnętrznego – uwzględnia on jednak istnienie problemu wypalenia zawodowego i warunków pracy, które mają wpływ na reakcje obserwatorek i obserwatorów dramatu rodziców.



ZAKOŃCZENIE

Zakończenie

Żałoba nie jest problemem do rozwiązania.
Żałoba jest ciężarem, który trzeba nieść.
(Facebook, WYG 2020)

W przeciwieństwie do żałoby, która jest procesem i nie kończy się nigdy, badania poświęcone temu zagadnieniu należy w którymś momencie przerwać, chociażby po to, by nadać im taką oto formę. Doświadczenie żałoby po dziecku to trudny obszar badań, wymagający pod wieloma względami. Opowiedzenie o doświadczeniu żałoby po dziecku jest dużym wyzwaniem. Moje mierzenie się z nim nie przyniosło rezultatu, o jakim myślałam zaczynając badania – częściowe wyłączenie kontekstu instytucjonalnego utrudniło uzyskanie pełnego obrazu tego, co dzieje się z rodzicami, którzy tracą dziecko. Głównym celem, jaki sobie stawiałam, była rekonstrukcja indywidualnych sposobów radzenia sobie z żałobą po stracie dziecka. Dodatkowo interesowała mnie rekonstrukcja społecznych wyobrażeń oraz postaw względem śmierci dzieci i żałoby po nich. Oba te cele zdołałam zrealizować, ukazując chaotyczną naturę żałoby wraz z wielością postaw rodziców wobec straty, które jej towarzyszą.

W toku przeprowadzonych badań zdołałam uzyskać odpowiedzi na zadawane sobie pytania, i stopniowo stawiane hipotezy. Po pierwsze, zastanawiałam się nad możliwością braku istnienia więzi rodzica z dzieckiem, a tym samym niewystępowaniem żałoby lub jej łagodnym przebiegiem. Okazuje się, że rodzice dokonują antropomorfizacji dziecka jeszcze na etapie dokonywania planów reprodukcyjnych – tworzą tym samym więź z dzieckiem, którego jeszcze nie ma. Jednocześnie, jeśli dziecko nie było planowane, a rodzice nie wykazują chęci kontynuowania ciąży – poczucie straty, a tym samym żałoba nie występuje lub występuje w bardzo łagodnej formie. Dopiero sytuacja niemożliwości zajścia w kolejną ciążę może skierować rodziców w stronę rozważań o znaczeniu usuniętego zarodka lub płodu, który w tych rozważaniach staje się już dzieckiem. Obecność dyskursów personifikujących zarodek, praktycznie brak dostępu do legalnej aborcji, sprawiają, że decyzje o przerwaniu ciąży są obarczone negatywną oceną społeczną, co może w niektórych przypadkach w pewnym sensie odraczać poczucie straty lub spychać je do podświadomości.

Po drugie, stawiałam pytanie o siłę tejże więzi i możliwość intensyfikacji przeżywania żałoby przez rodzica. Poszukiwania uwarunkowań, które mają wpływ na przebieg procesu żałoby wskazują, że więź ze zmarłym dzieckiem ulega transformacji, a pośród uwarunkowań oddziałujących na pracę żałoby znajdują się rozmaite praktyki społeczne, które nie zawsze są kulturowo łączone z przeżywaniem żałoby, w istocie jednak stanowią element pomocny w radzeniu sobie ze stratą. Należą do nich wsparcie społeczne i praktyki powiązane z szeroko pojmowanym sensorium, czyli doświadczenia wzrokowe, słuchowe, węchowe, smakowe i dotykowe. Nie bez znaczenia są też obrzędy reprodukowane kulturowo, które oddziałując na zmysły jednostki, wpływają pozytywnie na osieroconych rodziców i pomagają im w radzeniu sobie ze stratą i negocjowaniem swojego nowego statusu.

Trzecia hipoteza dotyczyła kwestii „płci żałoby” – czy żałoba matek i ojców (nie) jest charakterystyczna ze względu na płeć i co ją kształtuje, co ma na nią wpływ? Moje poszukiwania wykazały, że żałoba rodziców jest z jednej strony podobna i nie ma tutaj znaczenia płeć – z drugiej strony inna, bo każdy w inny sposób doświadcza straty dziecka. Niezależnie od płci rodzica – osoby mniej związane z dzieckiem, łatwiej przeżywają stratę. Poza tym przeżywanie straty oraz żałoby nie musi być widoczne dla innych – okazywanie emocji, sięganie po wsparcie czy uczestniczenie w grupach samopomocowych (również tych w sieci) jest kwestią indywidualną. Widoczny jest w tym przypadku podział, który można przypisać różnicom płci, jednakże wynikają one z mało elastycznych kanonów zachowań, sztucznie przypisanych do danej płci.

W toku badań dowiedziałam się również, że w dostępnej mi grupie badanych status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie, pochodzenie i środowisko mają niewielki wpływ na przebieg żałoby. Przy czym zaznaczam, że nie badałam najbiedniejszych ani najbogatszych rodziców w żałobie. Zbadałam jedynie wycinek – bardzo małą grupę osób. Moje badania z pewnością nie są reprezentatywne. Wprawdzie kwestie te kształtują światopogląd osoby, a więc i stereotypy, którymi się ona posługuje – ale nie oznacza to zmiany przebiegu całego procesu. Badane i badani byli w różnym stopniu majętni – jedni bezrobotni, inni z dobrą pracą i własną firmą. Osoby te pochodziły zarówno z dużych i średnich miast, jak i miasteczek oraz wsi. Miały wykształcenie od podstawowego po wyższe, a ich środowisko pochodzenia było zróżnicowane (od rodzin z problemami, przez samotne rodzicielstwo po bardzo duże rodziny z dobrym kontaktem międzypokoleniowym). Dostęp do praktyk

kulturowych i społecznych był we wszystkich przypadkach podobny. Jedyne problem mógł stanowić nierówny dostęp do wiedzy, ale i w tej kwestii okazało się, że zależy on od determinacji osieroconego rodzica. W przypadku rodzin z dobrymi relacjami i dużą siecią wsparcia – żałoba przebiegała podobnie, jak w przypadkach innych z tą różnicą, przy czym obecność wsparcia i dobra komunikacja odciążały rodziców emocjonalnie.

Ważniejszym kryterium różnicowania przebiegu doświadczenia straty była kwestia, czy osoba jest wierząca i/lub praktykująca. Osoby niewierzące miały większy problem w racjonalizowaniu na własne potrzeby sensu śmierci dziecka. Osoby wierzące znajdowały uzasadnienia lub zawierzały sile wyższej i odwoływały się do narracji podsuwanych przez kosmologię ich religii.

Zmierzałam do przedstawienia doświadczenia straty w ramie socjologicznej, budowanej na sposób posthumanistyczny, inter- a nawet transdyscyplinarnie. Zależało mi na „rozrysowaniu mapy” tego doświadczenia – mapy, która nie narzuca kierunku podróży, daje możliwość wyboru drogi. Jest ona jednocześnie wielowymiarowa i składa się z obszarów, które łączą się, wpływają na siebie, wynikają z siebie na wzajem. Przy czym trudność tego zadania wynikała dodatkowo z dwuwymiarowości opisu i konieczności wyznaczenia chociażby ramowo kierunku poruszania się. Obszary te postrzegam jako kręgi – podobne do tych, które Dante Alighieri (1932) opisywał w *Boskiej Komedii* wprowadzając czytelniczki i czytelników do Piekła. Żałoba czasami tak właśnie bywa nazywana – piekłem – więc ta analogia nie jest przypadkowa. Odwołania do chaosu, czy labiryntu są mi również bliskie, chociaż labirynt jest „konstrukcją stworzoną” i zakłada możliwość wyjścia – żałoba w moim przekonaniu, nie daje takiej możliwości, dlatego chaos opisuje lepiej jej naturę, pomimo faktu, że opis ten jest mniej atrakcyjny pod względem estetycznym. Chaos również lepiej wpisuje się we wzmiarkowaną w rozdziale czwartym liminalność. Pojęcie to odnoszone jest do wielu obszarów życia człowieka i wiąże się ze znalezieniem się „pomiędzy”. W oryginalnym opisie tego zjawiska chodziło o pokazanie znalezienia się w zawieszeniu na przykład pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. To zawieszenie było inicjowane i wzmacniane przez obrzędy przejścia i otwierało przed osobą nowy etap życia. Nie wykorzystuję pełnego potencjału tego pojęcia, ponieważ przyjmuję brak możliwości wyjścia z żałoby – co niestrudzenie powtarzam. Zawieszenie jest więc stanem permanentnym, z dostrzegalnymi etapami

większej możliwości włączania się w życie społeczne. Jednakże każda konfrontacja z brakiem dziecka przywołuje bolesność braku jego fizycznej obecności.

Inną, bliższą mi metaforą tej mapy – jest „nieboskłon”, mapa gwiazd – każdy z obszarów to gwiazda, można je oglądać osobno, można narzucić na nie schematy konstelacji lub pozwolić poprowadzić własne linie, które stworzą nowe konstelacje i nowe znaczenia dla tych, którzy na niebo spoglądają. Co znajduje się na tej mapie? Jakie relacje występują pomiędzy kręgami? Co je od siebie oddziela? Jakie układy tworzą?

Na mapie tej znalazły się różne rodzaje straty dziecka – powiązane ze sobą decyzją o posiadaniu lub nieposiadaniu dziecka, czasem istnienia dziecka w świadomości rodziców (od dziecka wyobrażonego, do żywego nastoletniego człowieka), przewidywaną lub nagłą śmiercią. Pojawiły się problemy reprodukcyjne, aborcja, poronienie, śmierć okołoporodowa, śmierć w wyniku choroby, w wypadku lub z nieznanых przyczyn. Wspomniane puste miejsca dotyczą innych rodzajów straty dziecka – w wyniku dzieciobójstwa, zabójstwa lub samobójstwa, które nie były przedmiotem moich badań, a dopełniałyby obraz doświadczenia straty dziecka. Dodatkowo mapa uwzględnia jedynie doświadczenie tych rodziców, którzy byli gotowi o nim rozmawiać – nie jest znany świat przeżyć rodziców, którzy nie chcą poruszać tego tematu.

Poza rodzajami straty na mapie zarysowane zostały też kręgi (obszary) odnoszące się do konkretnych praktyk kulturowych i zmysłowych, które mają na celu radzenie sobie ze stratą i negocjowanie statusu osieroconego rodzica – oraz do zmian zachodzących w czasie. Mamy więc przenikające się obszary związane z fizycznymi miejscami (jak cmentarz lub pokój dziecka) i przedmiotami (zdjęcia, tatuaże, pamiątki po dziecku w postaci ubrań, zabawek, przedmiotów codziennego użytku), podejmowanymi działaniami (aktywność fizyczna, zaangażowanie w pomoc, terapia i działania ze sztuką) ze sposobami społecznego prezentowania sytuacji straty (dzień dziecka utraconego, tęczowe dzieci, pomniki dzieci utraconych, dzień osieroconych rodziców) oraz z praktykami zmysłowymi, które nie zawsze mają charakter w pełni uświadomiony. Innymi ważnymi obszarami na mapie są relacje z reprezentantkami i reprezentantami instytucji, które i którzy również reagują na obserwowane cierpienie i śmierć dziecka. Ten instytucjonalny kontekst również nie został naszkicowany do końca, ponieważ nie zawiera bezpośredniego doświadczenia osób pracujących w szpitalach, na cmentarzach i w domach pogrzebowych, udzielających wsparcia psychologicznego lub duchowego,

wymaga więc odrębnych badań, które dopełniłyby zarysowane obszary. Mapa obejmuje również obszary tożsamości rodzica i osieroconego rodzica (szczególnie ważne w przypadku ojców, którzy są pomijanymi aktorami dramatów utraty dziecka), dziecka jako przedmiotu utraty, śmierci postrzeganej przez pryzmat tabu i lęku, mglistego pojęcia normy w przebiegu żałoby czy wreszcie pojęcia więzi. Pomiędzy tymi obszarami pojawiają się emocje – ulgi, złości, smutku, rozpacz i poczucie osamotnienia, zawieszenia, niepewności, bezsilności, braku wsparcia.

Relacje pomiędzy obszarami są zmienne – raz widoczne (jak w przypadku postrzegania miejsca pochówku dziecka jako jego nowego pokoju, który ozdabia się zabawkami), innym razem rozmyte, jak same granice kręgów (doświadczenia zmysłowe przeplatające się wzajemnie ze sobą jak ma to miejsce w przypadku zapachu i smaku). Ponieważ stworzona mapa jest konstrukcją przestrzenną i wielowymiarową granice obszarów nachodzą na siebie tworząc części wspólne (doświadczenia wizualne i taktylne jednocześnie w przypadku tatuaży upamiętniających). Mając na uwadze, że doświadczenie żałoby po dziecku jest doświadczeniem indywidualnym, obszary mogą się łączyć i rozłączać w zależności od indywidualnych potrzeb osieroconego rodzica. Nie ma bowiem identycznych przeżyć. Nie ma identycznych strat. Są podobieństwa, które pozwalają nakreślić przebieg żałoby i sposobów radzenia sobie z nią, ale również i w tym wypadku – nie każda praktyka będzie odpowiednia dla wszystkich.

I tak uwarunkowania kulturowe, materialne i społeczne kształtują proces budowania więzi z dzieckiem. Kultura indywidualizmu połączona ze stosunkowo niską śmiertelnością dzieci, diagnostyką prenatalną czy wzorcami planowania rodziny prowadzi do coraz wcześniejszej i bardziej wyraźnej „antropomorfizacji” niemowląt i nienarodzonych płodów, które od momentu planowania otrzymują status dziecka. Osieroceni rodzice zmagają się nie tylko ze stratą, która nie zawsze jest społecznie dostrzegana (poronienie, śmierć okołoporodowa), ale również z brakiem oparcia w swoim otoczeniu. Czują się podwójnie osamotnieni – opuszczeni przez dziecko i przez bliskich. Ich świat załamuje się z chwilą śmierci dziecka (lub z momentem pojawienia się śmiertelnej choroby), a żałoba przyjmuje postać praktyki normatywnej, której celem jest wypracowanie nowego sposobu postrzegania siebie w świecie bez dziecka. Kluczowe okazują się interakcje z innymi – wspomagają one proces konstruowania rzeczywistości i dzielenia się nią. Możliwość opowiedzenia innym o swoich

doświadczeniach, pomaga niektórym osobom rekonstruować rzeczywistość w żałobie. Zacierają granice między obszarem zawieszenia, czy chaosu – jednak ich nie usuwają, tak jak nie usuwają żałoby.

W ramach tych interakcji – podejmowanych także w sieci – rodzice często dowiadują się z dyskursu potocznego, że żałoba mija i następuje „powrót do normalności”. Definiowanie normalności, jako stanu „przed śmiercią dziecka” jest w konsekwencji szkodliwe dla osób po stracie, ponieważ narzuca im nie tylko wyobrażenie na temat „prawidłowego” czasu trwania żałoby, ale i jej zwieńczenia czymś, co miałyby być właśnie „powrotem do normalności” – w domyśle – powrotem do stanu sprzed śmierci dziecka. Nie ma tymczasem możliwości „powrotu”. Żałobnicy muszą na nowo skonstruować swój świat, mając na uwadze swoje zmarłe dziecko – nadając mu nowy status. Oznacza to w praktyce, że śmierci dziecka nie da się nigdy usunąć z doświadczenia osieroconego rodzica, tak samo, jak i zmarłe dziecko nie zniknie z pamięci bliskich. Pojawienie się perspektywy przeszłości i przyszłości (wyobrażenia dziecka tu i teraz, jak mogłoby wyglądać, co by robiło) a także zmierzanie do ponownego spotkania, przypomina dość luźne, a nawet może właśnie chaotyczne wyobrażenie czasu, gdzie każda chwila może trwać lub zmieniać się w inną.

Mam wrażenie, że stworzona mapa nadal ma wiele pustych miejsc, w których z czasem pojawiać się będą nowe, nadające jej pełniejszy kształt. Badania te pozwoliły mi na uchwycenie wielu sposobów radzenia sobie ze stratą – a nawet pojawienia się w Polsce pewnych nowych rozwiązań oddolnych wynikających z większego zainteresowania śmiercią i ruchu dobrej śmierci (Instytutu Dobrej Śmierci), zdaję sobie jednak sprawę z istnienia obszarów do których nie dotarłam, o których być może nawet nie wiem.

To co dla mnie ważne w tym miejscu, to pytanie o użyteczność wytworzonej wiedzy i jej przydatność dla rodziców, a także osób świadczących pomoc i wsparcie. Czy zdołałam sformułować istotną dla tych osób teorię, która będzie inspiracją dla nich? Czy wszystko, co napisałam pozwoli spojrzeć inaczej na doświadczenie straty i następującą po nim żałobę? Mam nadzieję, że tak.

Bibliografia:

- Abboud Lina Nadia, Liamputtong Pranee. 2008. Pregnancy Loss: What It Means to Women Who Miscarry and Their Partners. *Social Work in Health Care* 36(3), s. 37-62.
- Achenbach Annsofie, Larsson P. G., Wijma Barbro, Bertero Carina. 2017. Guilt and Emptiness: Women's Experiences of Miscarriage. *Health Care for Women International* 25(6), s. 543-560.
- Adolfsson Ann-Sofie, Larsson Per-Göran, Wijma Barbro, Berterö Carina. 2004. Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women International* 25, s. 543-560.
- Aksamit Bożena. 2008. Nas umierać nie uczono. *Gazeta Wyborcza*, wyborcza.pl, 29.05.2008, <http://wyborcza.pl/2029020,88843,5256324.html> [dostęp: 05.09.2021].
- Aldridge David (red.). 2005. *Case Study Designs in Music Therapy*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge Gudrun, Aldridge David. 2008. *Melody in Music Therapy. A Therapeutic Narrative Analysis*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Alighieri Dante. 1932. *Boska komedja*. Przekład: Michał Kowaleski. Płock: Wydawczyni M. I. Wiłucka-Kowalska.
- Alsaleh Muaweah Ahmad. 2019. Benefits of Argentine Tango in Diseases and Disorders. *Psychology & Behavioral Science International Journal*, <https://juniperpublishers.com/pbsij/PBSIJ.MS.ID.555807.php> [dostęp: 05.09.2021].
- Alvarez Manninen Bertha. 2013. The Value of Choice and the Choice to Value: Expanding the Discussion about Fetal Life within prochoice Advocacy. *Hypatia* 28(3), s. 663-683.
- Alvarez Manninen Bertha. 2014. *Pro-Life, Pro-Choice. Shared Values in the Abortion Debate*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Alvarez Alfred. 1997. *Bóg Bestia. Studium samobójstwa*. Przekład: Łukasz Sommer. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen i Dom Wydawniczy Bellona.
- Anannikova Ludmiła. 2021. Dopiero po kilku latach zaczęłam mówić, że syn popełnił samobójstwo. Wcześniej bałam się oceniania. *Gazeta Wyborcza: Duży Format*, wyborcza.pl, 14.06.2021, <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,27180067,dopiero-po-kilku-latach-zaczalam-mowic-ze-syn-popelnil.html> [dostęp: 05.09.2021].
- Ansdell Gary. 2014. *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life*. Surrey: Ashgate.
- Antos Elżbieta, Fijałkowska Agata. 2016. Postawy pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach intensywnej terapii wobec umierania i śmierci. [W:] *Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej*, Hartman Jan, Szabat Marta (red.). Warszawa: Wolters Kluwer, s. 79-93.
- Ariès Philippe. 1989. *Człowiek i śmierć*. Przekład: Eligia Bąkowska. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Ariès Philippe. 1993. Pięć wariacji na cztery tematy. Przekład: Stanisław Cichowicz, Jakub M. Godzimirski. [W:] *Antropologia śmierci: Myśl francuska..* Cichowicz Stanisław, Godzimirski Jakub M. (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 284-300.

Ariès Philippe. 1995. *Historia dzieciństwa. Dziecko i rodzina w dawnych czasach*. Przekład: Maryna Ochab. Gdańsk: Marabut.

Ariès Philippe. 2011. *Człowiek i śmierć*. Przekład: Eligia Bąkowska. Warszawa: Aletheia.

Arnfield Jane. 2017. Suitcase of Survival: Performance, Biography and Intercultural Education: Unlocking the Past – Collaborative Learning Through Witness Testimony & Performance, Enabling Communities & Individuals to Engage with Intercultural Learning & Teaching. [W:] *Going Performative in Intercultural Education: International Contexts, Theoretical Perspectives and Models of Practice*. Crutchfield John, Schewe Manfred (red.). Bristol: Multilingual Matters, s. 216-229.

Arnold Joan, Buschman Gemma Penelope. 2008. The Continuing process of Parental Grief. *Death Studies* 32(7), s. 658-673.

Arthur Judith. 2016. *Coping with perinatal loss. A self-help skills resource for women seeking support after miscarriage or stillbirth*. Surrey: Secret Circle Counseling.

Averill James R. 1986. The Acquisition of Emotions During Adulthood. [W:] *The Social Construction of Emotions*. Harré Rom (red.). New York: Basil Blackwell.

Axelrod Julie. 2020. Grieving the Loss of a Pet. *PsychCentral*, psychcentral.com, <https://psychcentral.com/lib/grieving-the-loss-of-a-pet#1> [dostęp: 05.09.2021].

Aytemiz Pelin. 2011. Death as Absence: Death Related Photographic Representations. Draft paper, <http://www.inter-disciplinary.net/wp-content/uploads/2011/10/aytemizdpaper.pdf> [dostęp: 05.09.2021].

Bailey Tanya K. 2015. Animal-Assisted Interactions: A creative modality to support youth with depression. [W:] *The Use of the Creative Therapy in Treating Depression*. Brooke Stephanie L., Myers Charles E. (red.). Springfield: Charles C. Thomas Publisher, s. 267-290.

Bajek Anna, Rzempowska Jadwiga, Gawłowicz Kamila, Galewska Irena, Chochowska Małgorzata, Marcinkowski Jerzy T. 2014. Znaczenie dotyku dla prawidłowego rozwoju kręgowców wyższych. *Hygeia Public Health* 49(3), s. 421-424.

Bajkowska (Sokołowska) Anna. BR. Żałoba po poronieniu i po stracie okołoporodowej. *Fundacja Nagle Sami*, <https://naglesami.org.pl/o-zalobie/#artykuly> [dostęp: 05.09.2021].

Baker Jess R., Bezance Jessica B., Zellaby Ella, Aggleton John P. 2004. Chewing gum can produce context-dependent effect upon memory. *Appetite* 43, s. 207-210.

Baldwin James Mark. 1906. *Thought and Things*. London, New York: The Macmillan Co.

Baldwin Paula K. 2017. Death Cafés: Death Doulas and Family Communication. *Behavioral Sciences* 7(2), doi:10.3390/bs7020026.

Balk David E. 1999. Bereavement and Spiritual Change. *Death Studies* 23(6), s. 485-493.

Ball Philip. 2017. How music opens the doors of memory and the mind. *Welcome Collection*, welcomecollection.org, 03.10.2017, <https://welcomecollection.org/articles/Wcje3igAAHe9CxyD> [dostęp: 05.09.2021].

Bałkowiec-Iskra Ewa, Niewada Maciej. 2002. Depresja poporodowa – rozpoznawanie i leczenie. *Przewodnik Lekarza* 5(11/12), s. 104-110.

Baranowska Barbara. 2017. Sposoby zachowywania pamięci po dziecku w stracie prokreacyjnej. *Studia nad Rodziną* XXI-2(43), s. 69-78.

Bargielska Justyna. 2010. *Obsoletki*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.

Barr Sabrina. 2020. Bob Geldof Speaks About „Bottomless” Grief After Death of Daughter Peaches. *Independent*, independent.co.uk, 01.03.2020, <https://www.independent.co.uk/life-style/bob-geldof-peaches-death-daughter-grief-tommy-tiernan-rte-interview-a9366976.html> [dostęp: 05.09.2021].

Barthes Roland. 1996. *Światło obrazu. Uwagi o fotografii*. Przekład: Jacek Trznadel. Warszawa: Wydawnictwo KR.

Barton-Smoczyńska Izabela. 2006. *O dziecku, które odwróciło się na pięcie*. Łomianki: NAF.

Bartoszek Antoni ks. 2012. W poszukiwaniu sensu śmierci dziecka. Z perspektywy chrześcijańskiej. *Zeszyty Naukowe Centrum Badań im. Edyty Stein. tom 9. Wobec śmierci*, s. 217-233.

Basile Melanie L., Thorsteinsson Einar B. 2015. Parents' evaluation of support in Australian hospitals following stillbirth. *PeerJ*, 25.06.2015, <https://peerj.com/articles/1049/> [dostęp: 05.09.2021].

Bataille Georges. 1999. *Erotyzm*. Przekład: Maryna Ochab. Gdańsk: Słowo/obraz terytoria.

Baudrillard Jean. 2007. *Wymiana symboliczna i śmierć*. Przekład: Sławomir Królak. Warszawa: Wydawnictwo sic!

Bauman Zygmunt, May Tim. 2004. *Socjologia*. Przekład: Jerzy Łoziński. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Baumeister Roy F. 1991. *Meanings in life*. New York: Guilford.

Baydak Martha A. 2000. *Human grief on the death of a pet*. (Praca magisterska). Winnipeg: University of Manitoba.

Bątkiewicz-Brożek Joanna. 2015. Dzieci są na zawsze. *Gość*, gosc.pl, 12.11.2015, <https://www.gosc.pl/doc/2808854.Dzieci-sa-na-zawsze/3> [dostęp: 05.09.2021].

Beischel Julie, Moscher Chad, Boccuzzi Mark 2014-2014 The possible effects of assisted after-death communication during readings with psychic mediums: a continuing bonds perspective. *OMEGA: The Journal of Death and Dying* 70(2), s. 169-194.

Belden Rick. 2008. *Iron Man Family Outing: Poems about Transition into a More Conscious Manhood*. Austin: Plain View Press.

Belden Rick. 2016. Men and Grief. *The Huffington Post*, huffpost.com, 21.03.2016, https://www.huffpost.com/entry/men-and-grief_b_6284248?guccounter=1 [dostęp: 05.09.2021].

Belecki Piotr ks. 2015. O śmierci, która boli najbardziej... i nadziei, która nie umiera. *Miesięcznik Parafialny Przystań* 8(146), 08.02.2015, <http://www.stratadziecka.pl/aktualnosci/swiadcetwa/6545/ks-piotr> [dostęp: 05.09.2021].

Belting Hans. 2007. *Antropologia obrazu. Szkice do nauki o obrazie*. Przekład: Mariusz Bryl, Kraków: Universitas.

Berger Peter L. 1988. *Zaproszenie do socjologii*. Przekład: Janusz Stawiński. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

- Berger Peter L. 2005. *Święty baldachim. Elementy socjologicznej teorii religii*. Przekład: Włodzimierz Kurdziel. Kraków: Nomos.
- Berger Peter L., Luckmann Thomas. 2010. *Spoleczne tworzenie rzeczywistości. Traktat z socjologii wiedzy*. Przekład: Józef Niżnik. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Berve Anette. 2008. Tango Therapy: The Healing Embrace. *Argentina Independent*, 01.08.2008, <https://www.argentinaindependent.com/life-style/society-life-style/tango-therapy-the-healing-embrace/> [dostęp: 05.09.2021].
- Besta Tomasz, Kaźmierczak Maria, Błażek Magdalena. 2015. Przynależność grupowa i poczucie osobistego sprawstwa: rola fuzji tożsamości i klarowności Ja. *Psychologia Społeczna* 10/3(34), s. 283-295.
- Bębas Sylwester. 2017. Profilaktyka i interwencja wobec samobójstw w sieci, [w:] Samobójstwo w dziejach i cywilizacji śmierci. Śledzianowski Jan (red.), Kielce: Wydawnictwo Jedność, s. 220-240
- Białyżyt Katarzyna, Haftek Agnieszka. 2014. Choroba terminalna dziecka a funkcjonowanie rodziny. [W:] *Człowiek chory i umierający. Możliwości wsparcia i formy pomocy*. Stala Józef (red.). Kraków: Wydawnictwo Naukowe UPJPII, s. 181-202,
- Biegała Beata. 2017. Żaloba po diagnozie niepełnosprawności... jak podnieść się i zacząć żyć. *Centrum Freno* – Beata Biegała, 22.09.2017, <http://centrum-freno.pl/2017/09/22/zaloba-po-diagnozie-niepelnosprawnosci/>.
- Biegeleisen Henryk. 2017. *Śmierć w obrzędach i zwyczajach ludu polskiego*. Sandomierz: Wydawnictwo Armoryka.
- Bielawska-Batorowicz Eleonora. 2012. Strata ciąży i jej następstwa dla kobiety, stosunku do macierzyństwa, relacji z partnerem i kolejnym dzieckiem. [W:] *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*, Dmoch-Gajzlerska Ewa, Barton-Smoczyńska Izabela (red.), Warszawa: Oficyna Wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, s. 23-42.
- Bielecka Urszula. 2012. Mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 12(1), s. 62-66.
- Bierca Marta. 2013. Tacierzyństwo w sieci – analiza nowego trendu i jego socjologiczne implikacje. *InterAlia. Pismo poświęcone studiom queer* 8, s. 78-90.
- Bijlani, R. L. 2004. Demystifying Meditation. [W:] *Meditation: Elevating Consciousness, Improving Health*. Donald Moss (red.). *Biofeedback*, 32(3), s. 16-20
- Biskupska Maria, Konieczna Marta. 2013. Noworodek i jego rodzice w obliczu choroby i śmierci. *Nowiny Lekarskie* 82(2), s. 142-149.
- Block Bogusław. 2004. Czy można umierać bez lęku, *Nowa Medycyna – Opieka Paliatywna* 2, <http://www.czytelniamedyczna.pl/1525,czy-mozna-umierac-bez-leku.html> [dostęp: 05.09.2021].
- Blood Cybele, Cacciatore Joanne. 2013. Parental grief and memento mori photography: narrative, meaning, culture, and context. *Death Studies* 38(4), s. 224-233, <http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2013.788584> [dostęp: 05.09.2021].
- Blood Cybele, Cacciatore Joanne. 2014a. Best Practice in Bereavement Photography after Perinatal Death: Qualitative Analysis with 104 Parents. *BMC Psychology* 2(15), <http://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/2050-7283-2-15> [dostęp: 05.09.2021].

Blood Cybele, Cacciatore Joanne. 2014b. Parental Grief and Memento Mori Photography: Narrative, Meaning, Culture, and Context. *Death Studies* 38, s. 224-233.

Błęszyńska Krystyna M. (2007). Hasło „Tożsamość”. [W:] *Encyklopedia Pedagogiczna* tom 6. Pilch Tadeusz (red.). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, <https://www.academia.edu/22013972/Tożsamość> [dostęp: 05.09.2021].

Boelen Paul A. Smid Geert E. 2017: Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *BMJ* 357, <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2016.full> [dostęp: 05.09.2021].

Bogusławski Marcin Maria. 2020. *Wariacje (Post)humanistyczne*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Bohdanowicz Janusz. 1999. Poczęstunek po pogrzebie. [W:] *Zwyczaj, obrzędy i wierzenia pogrzebowe. Komentarze do Polskiego Atlasu Etnograficznego*. Bohdanowicz Janusz, Kłodnicki Zygmunt (red.). Wrocław: Polskie Towarzystwo Ludoznawcze, t. 5., s. 137-147.

Bokszański Zbigniew. 2005. *Tożsamości zbiorowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bologna Caroline. 2017. 'Empty Photo Project' Captures The Anguish Of Losing A Child. *The Huffington Post*, [huffpost.com](https://www.huffpost.com/entry/empty-photo-project-captures-the-anguish-of-losing-a-child_n_59d79b9de4b046f5ad97d72f), 16.10.2017, https://www.huffpost.com/entry/empty-photo-project-captures-the-anguish-of-losing-a-child_n_59d79b9de4b046f5ad97d72f [dostęp: 05.09.2021].

Bologna Caroline. 2018. What Is A 'Sunshine Baby'? *The Huffington Post*, [huffpost.com](https://www.huffpost.com/entry/what-is-a-sunshine-baby_n_5a09ffbde4b0bc648a0d251c), 17.01.2018, https://www.huffpost.com/entry/what-is-a-sunshine-baby_n_5a09ffbde4b0bc648a0d251c [dostęp: 05.09.2021].

Bologna Caroline. 2021. How Memorial Tattoos Can Help With The Grieving Process. *The Huffington Post*, [huffpost.com](https://www.huffpost.com/entry/grief-loss-tattoo-mental-health_1_5ff391e5c5b65a922910bflc), 01.05.2021, https://www.huffpost.com/entry/grief-loss-tattoo-mental-health_1_5ff391e5c5b65a922910bflc [dostęp: 05.09.2021].

Bonanno George A. 2009. *The other side of sadness: What the new science of bereavement tell us about life after loss*. New York: Basic Books.

Bonda Katarzyna. 2017. *Polskie morderczynie*. Warszawa: Muza.

Boni Katarzyna. 2016. *Ganbare! Warsztaty umierania*. Warszawa: Wydawnictwo Agora.

Bonanno George A., Field Nigel P. 2001. Examining the Delayed Grief Hypothesis Across 5 Years of Bereavement. *American Behavioral Scientist* 44(5), s. 798-816.

Bonanno George A., Kaltman Stacey. 2001. The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review* 21(5), s. 705-734.

Bonanno George A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., Nesse, R. M. 2002. Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164.

Borgo Melania, Licata Marta, Iorio Silvia. 2016. Post-mortem Photography: the Edge Where Life Meets Death? *Human and Social Studies* 5(2), s. 103-115.

Boss Pauline. 2010. The Trauma and Complicated Grief of Ambiguous Loss *Pastoral Psychology* 59, s. 137-145.

- Bourdieu Pierre. 2004. *Męska dominacja*. Przekład: Lucyna Kopciewicz. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Bowlby John. 1960. Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child* 15, s. 9-52.
- Bowlby John. 1982. *Attachment and Loss: loss, sadness and depression. Volume III*. New York: Basic Books.
- Bowlby John. 1998. *Attachment and Loss, volume 3: Loss, sadness and depression*. London: Pimlico.
- Bowlby John. 2007. *Przywiązanie*. Przekład: Magdalena Polaszewska-Nicke. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Braidotti Rosi. 2013. *The Posthuman*. Cambridge: The Polity Press.
- Braidotti Rosi. 2014. *Po człowieku*. Przekład: Joanna Bednarek, Agnieszka Kowalczyk. Warszawa: PWN.
- Braidotti Rosi, Bignall Simone (red.). 2019. *Posthuman Ecologies. Complexity and Process after Deleuze*. New York, London: Rowman & Littlefield International.
- Brave Heart M. Y. B., Debruyn L. 1998. The American Indian Holocaust: healing historical unresolved grief. *American Indian and Alaska native mental health research: Journal of the National Center* 8(2), s. 56-78.
- Breen Lauren J., O'Connor Moira. 2007. The fundamental paradox in the grief literature: A critical reflection. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 55(3), s. 199-218.
- Breit Carly, Parrilla Julia Santana. 2018. 'I Had Two Abortions – But The Hardest Part Was Telling My Mother'. *Women's Health Magazine*, womenshealthmag.com, 31.05.2018, <https://www.womenshealthmag.com/health/a20899781/how-i-told-my-mom-about-my-abortions/> [dostęp: 05.09.2021].
- Brewer Kristie. 2018. I've been an 'abortion doula' 2,000 times. *BBC*, bbc.com, 14.10.2018, <https://www.bbc.com/news/stories-45666460> [dostęp: 05.09.2021].
- Brinkmann Svend. 2020. *Grief. The Price of Love*. Przekład: Tam McTurk, Cambridge: Polity Press.
- Broda Edyta. 2019. *Szczerze o życiu bez dzieci*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Pascal.
- Brown Nicola. 2009. Empty Hands and Precious Picture. Post-Mortem Portrait Photographs of Children. *Australasian Journal of Victorian Studies* 14(2), s. 8-24.
- Bruscia Kenneth E. (oprac.) 2012. *Case Examples of Music Therapy in Bereavement*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Bruscia Kenneth E. 2014. *Defining Music Therapy*. Barcelona: Barcelona Publishers.
- Bryar Hyde. 1997. One Day You're Pregnant and One Day You're Not: Pregnancy Interruption for Fetal Anomalies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 26(5), s. 559-566.
- Brzozowska Edyta, Bronka Małgorzata. 2020. Aniołkowi rodzice, czyli życie po śmierci nienarodzonego dziecka. *Onet Dziecko*, kobieta.onet.pl, 31.12.2020, <https://kobieta.onet.pl/dziecko/smierc-nienarodzonego-dziecka-jak-sobie-radzic-prawa-rodzicow/q6lpkpj> [dostęp: 05.09.2021].

- Bubiak Agata, Bartnicki Janusz, Knihinicka-Mercik Zdzisława. 2014. Psychologiczne aspekty utraty dziecka w okresie prenatalnym. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 4(1), s. 69-78.
- Budrowska Bogusława. 2000. *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*. Wrocław: Wydawnictwo FUNNA.
- Bugała Agnieszka. 2019. Kwatera 79. *Niedziela Wrocławska*, 15.10.2019, <https://m.niedziela.pl/artukul/46163/Kwatera-79> [dostęp: 05.09.2021].
- Bukowiecka-Janik Ewa. 2018. Szpital zmusił 20-latkę, by pochowała 9-tygodniowy płód. Niszczą życie kobiet i umywają ręce. *mamadu.pl*, 30.05.2018, <https://mamadu.pl/137013,szpital-zmusil-kobieta-by-pochowala-9-tygodniowy-plod> [dostęp: 05.09.2021].
- Bunt Leslie. 1994. *Music Therapy. An Art Beyond Words*. Hove, New York: Brunner-Routledge.
- Burczaniuk Monika, Jakoniuk-Wojcieszak Beata. 2019. Bóg uzdrowił traumę, którą miałam po stracie syna [ROZMOWA]. *Deon*, [deon.pl](https://deon.pl/inteligentne-zycie/styl-zycia/bog-uzdrowil-traume-ktora-mialam-po-stracie-syna-rozmowa,498309), <https://deon.pl/inteligentne-zycie/styl-zycia/bog-uzdrowil-traume-ktora-mialam-po-stracie-syna-rozmowa,498309> [dostęp: 05.09.2021].
- Burczyk Irena. 2016. Głos w muzykoterapii. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce* 11, 3(41), s. 225-238.
- Burdzan Damian, Grochowski Paweł. 2019. Psycholog: brakuje w nas przestrzeni do rozmawiania o śmierci. *Niedziela: Tygodnik Katolicki*, [niedziela.pl](https://www.niedziela.pl/artukul/46656/Psycholog-brakuje-w-nas-przestrzeni-do), 02.11.2019, <https://www.niedziela.pl/artukul/46656/Psycholog-brakuje-w-nas-przestrzeni-do> [dostęp: 05.09.2021].
- Butterworth Sue. 2018. *Empty Photo Project*. Instagram, <https://www.instagram.com/emptyphotoproject/> [dostęp: 05.09.2021].
- Büssing Arndt, Michalsen Andreas, Khalsa Sat Bir S., Telles Shirley, Sherman Karen J. 2012. Effects of Yoga on Mental and Physical Health: A Short Summary of Reviews. *Hindawi Publishing Corporation, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, doi:10.1155/2012/165410
- Byczkowska-Owczarek Dominika, Kubczak Anna, Pawłowska Beata. 2020. *Za drzwiami oddziału. Badania etnograficzne w szpitalu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Cacciatore Joanne, Flint Melissa. 2012. Mediating Grief: Postmortem Ritualization After Child Death. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping* 17(2), s. 158-172.
- Cacciatore Joanne, Thielemann Kara, Lieber Angela S., Blood Cybele, Goldman Rachel. 2017. The Long Road to Farewell: The Needs of Families With Dying Children. *OMEGA: Journal of Death and Dying*. DOI: 10.1177/0030222817697418.
- Cacciatore Joanne. 2017. *Bearing the Underable. Love, Loss, and the Heartbreaking Path of Grief*. Somerville: Wisdom Publications.
- Cadell Susan, Reid Lambert Melissa, Davidson Deborah, Greco Carly, Macdonald Mary Ellen. 2020. Memorial tattoos: Advancing continuing bonds theory. *Death Studies*, DOI: 10.1080/07481187.2020.1716888.

Cadge Wendy, Fox Nicole, Lin Qiong. 2015-2016. „Watch over us sweet angels”: How loved ones remember babies in a hospital memory book. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 73(4), s. 287-307.

Canales Alejandra. 2019. Can AI help diagnose depression? It's a long shot. *Massive Science*, massivesci.com, 19.11.2019, <https://massivesci.com/articles/depression-ai-machine-learning-diagnosis-treatment-mental-health/> [dostęp: 05.09.2021].

Cantelmi Torino, Cacace Cristina, Pittino Elisabetta (red.). 2013. *Przerwane macierzyństwo. Psychiczne skutki aborcji*. Przekład: Krystyna Kozak. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.

Carroll Brian, Landry Katie. 2010. Logging On and Letting Out: Using Online Social Networks to Grieve and to Mourn. *Bulletin of Science, Technology & Society* 30(5) s.341–349.

Castle Jason, Phillips William L. 2011. Grief Rituals: Aspects That Facilitate Adjustment to Bereavement. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping* 8(1), s. 41-71.

Cave Nick. 2020. *The Red Hand Files* issue 95, <https://www.theredhandfiles.com/create-meaning-through-devastation/> [dostęp: 05.09.2021].

Cecil Rosanne (red.). 1993. *The Anthropology of Pregnancy Loss. Comparative Studies in Miscarriage, Stillbirth and Neonatal Death*. Oxford: Berg.

Cecil Rosanne. 1994. Miscarriage: Women's views of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 12(1), s. 21-29.

Cekaite Asta. 2016. Touch as social control: Haptic organization of attention in adult-child interactions. *Journal of Pragmatics* 92, s. 30-42.

Cempa Monika, Górecka Agnieszka. 2010. Tabuizacja śmierci i cierpienia we współczesnym społeczeństwie. [W:] *Ból i cierpienie*, Makiello-Jarża Grażyna, Gajda Zdzisław (red.). Kraków: Acta Academiae Modreviannae, s. 77-82.

Charmaz Kathy. 2009. *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Przekład: Barbara Komorowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Cherney P. M., Verhey M. P. 1996. Grief among gay men associated with multiple losses from AIDS. *Death Studies* 20(2), s. 115-132.

Cherrell Kate. 2021. The Curious World of Dollhouse Graves. *Burials & Beyond: life, death, and the weird bits in-between*. Blog: burialsandbeyond.com, 10.04.2021, <https://burialsandbeyond.com/2021/04/10/the-curious-world-of-dollhouse-graves/> [dostęp: 05.09.2021].

Chertoff Jane. 2018. What Is a Rainbow Baby? *Healthline*, healthline.com, 06.12.2018, <https://www.healthline.com/health/pregnancy/rainbow-baby#The-symbolism-of-a-rainbow> [dostęp: 05.09.2021].

Chętnik Adam. 1936. *Pożywienie Kurpiów. Jadło i napoje zwykłe, obrzędowe i głodowe*. Kraków: Polska Akademia Umiejętności.

Chipman Lindsay. 2005. *Expanding the Frame: Self-Portrait Photography as Applied to Drama Therapy Practice*. (Praca magisterska) Montreal: Concordia University.

- Chouinard Guy, Chouinard Virginie-Anne, Corruble Emmanuelle. 2011. Beyond DSM-IV Bereavement Exclusion Criterion E for Major Depressive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 80, s. 4-9.
- Chrzan-Dętkoś Małgorzata. 2010. Utrata dziecka w okresie okołoporodowym – dobre praktyki szpitalne w opiece nad matką. *Ginekologia Praktyczna* 2(105), s. 27-30.
- Chrzczonowicz Magdalena. 2018. Aborcja nie wywołuje traumy, a 95 proc. kobiet jej nie żałuje. Czyli jest ok, przynajmniej na Zachodzie. *Oko.Press*, oko.press, 20.02.2018, <https://oko.press/u-wiekszosci-aborcja-wywołuje-traumy-a-95-proc-kobiet-żałuje-czyli-przynajmniej-zachodzie/> [dostęp: 05.09.2021].
- Clark William R. 2000. *Płeć i śmierć*. Przekład: Anna Alichniewicz, Anna Szczęsna. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Clarke Adele E. 2015. *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cluff Troy. 2014. *Peaceful Ironies: The History and Aesthetics of Postmortem Photography in Quebec and Ontario (19th and 20th Centuries)*. (Praca magisterska), Montreal: Concordia University, http://spectrum.library.concordia.ca/978903/1/Cluff_MA_F2014.pdf [dostęp: 05.09.2021].
- Corbin Juliet. 2021. Strauss's Grounded Theory. [W:] *Developing Grounded Theory. The Second Generation Revisited*. London, New York: Routledge, s. 25-44.
- Corr Charles A. 2002. Teaching a college course on children and death for 22 years: a supplemental report. *Death studies* 26(7), s. 595-606.
- Corr Charles A. 2014. The death system according to Robert Kastenbaum. *Omega (Westport)* 70(1), s. 13-25.
- Cosgrove Denis E. 1998. *Social formation and symbolic landscape*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Cozza Giorgia 2013. *Przerwane oczekiwanie. Poradnik dla kobiet po poronieniu*. Przekład: Alicja Paleta, Barbara Sosnowska. Warszawa: Mamania.
- Crawford Douglas, Mannion Michael. 2004. *Po aborcji. Uzdrawienie psychiczne i duchowe według metody AFTER*. Przekład: Wojciech Nowicki. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Crawford Emily K., Worsham Nancy L., Swinehart Elizabeth R. 2006. Benefits derived from companion animals, and the use of the term „attachment”. *Anthrozoös* 19(2), s. 98-112
- Cullen-Delsol Claire. 2018. Zostałam zmuszona do donoszenia chorego płodu: oto mój pamiętnik. Przekład: Zuzanna Krasowska. Vice, vice.com, 28.05.2018, <https://www.vice.com/pl/article/3kjgzb/zostal-am-zmuszona-do-donoszenia-chorego-plodu-oto-moj-pamietnik> [dostęp: 05.09.2021].
- Czabański Adam. 2009. Zachowania samobójcze w rodzinach. Społeczne konsekwencje zjawiska. *Teologia i moralność* 14(26), s. 47-57.
- Czerwiński Adam. 2015. Urodziła chore dziecko, żeby uratować inne. *Gazeta Wyborcza*, wyborcza.pl, 12.08.2015, <https://wyborcza.pl/7,87648,18537433,urodzila-chore-dziecko-zeby-uratowac-inne.html> [dostęp 05.09.2021].
- Czub Tomasz, Brzezińska Anna Izabela. 2013. Regulacyjna wartość emocji wstydu w procesie kształtowania się tożsamości. *Psychologia Rozwojowa* 1(18), s. 27-43.

- Czyżewska-Jacquemet Agnieszka, Grochowski Paweł. 2020. Towarzysz śmierci. Radio Lublin, 25.05.2020, <https://radio.lublin.pl/2020/02/26-02-2020-reportaz-agnieszki-czyzewskiej-jacquemet-towarzysz-smierci/> [dostęp: 05.09.2021].
- Dangel Tomasz. 2007. Wady letalne u płodów i noworodków. Opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii. *Standardy Medyczne* 9(31), s. 108-110, https://hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1095_wadyletalneunoworodkow-2007.pdf [dostęp: 05.09.2021].
- Darnley-Smith Rachel, Patey Helen M. 2004. *Music Therapy*. London: Sage Publications.
- Davidson Deborah. 2017. Art embodied: tattoos as memorials. *Bereavement Care* 36(1), s. 33-40.
- Davidson Deborah, Duhig Angelina. 2016. Visual Research Methods: Memorial Tattoos As Memory-Realization. [W:] *The Tattoo Project: Commemorative Tattoos, Visual Culture, and the Digital Archive*. Davidson Deborah (red.). Toronto: Canadian Scholars, s. 63-76.
- Davies Alison, Richards Eleanor (red.). 2002. *Music Therapy and Group Work. Sound Company*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Davis Konigsberg Ruth. 2011. *The truth about grief. The myth of its five stages and the new science of loss*. New York: Simon & Schuster.
- Dąbek M., Makowska W. 2019. Rzeźbiarz zaprojektuje i wykona pomnik dla opuszczonych dzieci z łódzkiego cmentarza. *Radio Łódź*, radiolodz.pl, 13.11.2019, <https://www.radiolodz.pl/posts/57025-rzezbierz-zaprojektuje-i-wykona-pomnik-dla-opuszczonych-dzieci-z-lodzkiego-cmentarza> [dostęp: 05.09.2021].
- Dąbrowska Anna. 2008. Zmiany obszarów podlegających tabu we współczesnej kulturze. *Język a Kultura* 20, s. 173-196.
- de Lautour Sophie. 2014. The therapy of tango. So Tango Blog, so-tango.com, 19.08.2014, <http://www.so-tango.com/blog/health-wellbeing/the-therapy-of-tango> [dostęp: 05.09.2021].
- de Vries Brian, Rutherford Judy. 2004. Memorializing Loved Ones on the World Wide Web. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 49(1), s. 5-26.
- Defillo Andrea. 2018. 5 False Myths About Grief Busted. *Fox Wired Blog*, 11.04.2018, <http://blogs.rollins.edu/foxwired/5-false-myths-about-grief-busted/> [dostęp: 05.09.2021].
- Degner Detlef. 2017. Differentiating between „baby blues,” severe depression, and psychosis. *BMJ* 359, s. j4692. DOI:10.1136/bmj.j4692.
- Deleuze Gilles. 1990. *The Logic of Sense*. Przekład: Mark Lester. London: The Athlone Press.
- DeLuci Michaela A., Leslie Paula W. 1996. Variation in Risk of Pregnancy Loss. [W:] *The Anthropology of Pregnancy Loss: Comparative Studies in Miscarriage, Stillbirth and Neonatal Death*. Cecil Rosanne. London: Routledge, s. 113-130.
- Demi Alice S., Miles Margaret S. 1986. Parameters of normal grief: A delphi study. *Death Studies* 11(6), s. 397-412.
- Deshaies Gabriel. 1947. *Psychologie Du Suicide*. Paris: Presses Universitaires De France.

Di Nola Alfonso M. 2006. *Triumf śmierci: Antropologia żałoby*. Przekład: Jolanta Kornecka, Maria W. Olszańska, Roman Sosnowski, Monika Surma-Gawłowska, Monika Woźniak. Kraków: Universitas.

Doka Kenneth 2002. How Could God? [W:] *Loss and the Spiritual Assumptive World*. Kauffman Jeffrey (red.) New York: Routledge.

Doka Kenneth. 2015. Spirituality: Quo Vadis? [W:] *Death, Dying, And Bereavement. Contemporary Perspectives, Institutions, And Practices*. Stillion Judith M., Attig Thomas (red.). New York: Springer Publishing Company, s. 233-244.

Doka Kenneth, Aber Rita. 1989. Psychosocial loss and grief. [W:] *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Lexington: Lexington Books, s. 187-198.

Doka Kenneth J., Martin Terry L. 2010. *Grieving Beyond Gender: Understanding the Ways Men and Women Mourn*. New York: Routledge.

Długozima Anna. 2016. Cmentarze jako przestrzenie terapeutyczne. [W:] *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka*. Renata Kleszcz-Szczyrba, Anna Gałuszka (red.). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 47-62.

Dolezal Luna. 2015. *The Body and Shame: Phenomenology, Feminism, and the Socially Shaped Body*. London: Lexington Books.

Dolińska Barbara. 2014. *Bezdzietność. Perspektywa społeczno-kulturowa*. Sopot: Smak Słowa.

Domańska Ewa. 2017. *Nekros. Wprowadzenie do ontologii martwego ciała*. Warszawa: PWN.

Donath Orna. 2017. *Żałując macierzyństwa – #regrettingmotherhood*. Przekład: Elżbieta Filipow. Białystok: Wydawnictwo KobiECE.

Doss Erika. 2008. *The Emotional Life of Contemporary Public Memorials: Towards a Theory of Temporary Memorials*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Douglas J. Davies. 2015. Emotions, Grief, and Reality-Unreality in Human Mortality. *ColleGium: Studies across Disciplines in the Humanities and Social Sciences* 19, s. 10-31.

Driscoll Margaret, Faugno Emily. 2006. *Saving Women and Infants from Abortion: A Dance in the Rain*. New Jersey: Paulist Press.

Drogoś Sławomir. 2001. *Człowiek w obliczu śmierci*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Dröschler Vitus B. 2018. *Reguła przetrwania. Jak zwierzęta radzą sobie z niebezpieczeństwami*. Przekład: A.D. Tauszyńska. Warszawa.

Dudek Anna J., van Lommel Pim. 2014. Pim van Lommel: Życie nie kończy się na śmierci. Po niej jest po prostu inna forma życia. *Polska Times*, polskatimes.pl, 05.12.2013, <https://polskatimes.pl/pim-van-lommel-zycie-nie-konczy-sie-na-smierci-po-niej-jest-po-prostu-inna-forma-zycia/ar/1059100>. Dunin-Dudkowska Anna. 2016. Tłumaczenie profesjonalne i dydaktyczne a glottodydaktyka. [W:] *Tłumaczenie dydaktyczne w nowoczesnym kształceniu językowym*. Lipińska E., Seretny A. (red.). Kraków: Księgarnia Akademicka, s. 95-112.

Durkheim Émile. 1992. *Professional ethics and civil moral*. London: Routledge.

Durkheim Émile. 2006. *Samobójstwo. Studium z socjologii*. Przekład: K. Wakar. Warszawa: Oficyna Naukowa.

- Dyczewski Leon. 2003. *Rodzina twórcą i przekazicielem kultury*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Dziuban Agata. 2012. Ja zapisane na skórze. Tatuowanie ciała jako praca tożsamościowa w indywidualizującym się społeczeństwie polskim. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 8(2), s. 200-227.
- Dziuban Agata. 2013. *Gry z tożsamością. Tatuowanie ciała w indywidualizującym się społeczeństwie polskim*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Dzwonkowska-Godula Krystyna. 2011. Ojcostwo jako instytucja i doświadczenie w świetle wypowiedzi młodych wykształconych ojców. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica* 39, s. 111-127.
- Dzwonkowska-Godula Krystyna. 2016. Opowieści porodowe – historie o szczególnym kobiecym doświadczeniu i podmiotowości kobiet. *Wiedza Sądzenia* 9(1), s. 73-87.
- Derić Gordana. 2013. Food – The Story of Our Life: A Contribution to the Studies of Food and the Anthropology of Taste. *Issues in Ethnology and Anthropology* 8(1), s. 41-59.
- Elias Norbert. 2011. O procesie cywilizacji. Przekład: Tadeusz Zabłudowski, Kamil Markiewicz, Warszawa: W.A.B.
- Ellingsæter Anne Lise, Jensen An-Magritt, Lie Merete (red.). 2013. *The Social Meaning of Children and Fertility Change in Europe*. New York, London: Routledge.
- Emerson David, Hopper Elizabeth. 2011. *Overcoming trauma through yoga: Reclaiming your body*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Ennis Helen. 2011. Death and Digital Photography. *Cultural Studies Review* 17(1), s. 125-145.
- Erikson Erik H. 2004. *Tożsamość a cykl życia*. Przekład: Mateusz Żywicki. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Eviatar Zerubavel (2018a) Taken for Granted: The Remarkable Power of the Unremarkable. Oxfordshire: Princenton University Press
- Eynan-Harvey Rahel. 1996. *When death do us part: Nurses on post-mortem care*. (praca magisterska). Montreal: Concordia University.
- Farley Kelly. DiCola David. 2012 *Grieving Dads: To the Brink and Back*. Kindle Edition.
- Feldman David B. 2017. Why the Five Stages of Grief Are Wrong. Lessons from the (non-)stages of grief. *Psychology Today Blog*, psychologytoday.com, 07.07.2017, <https://www.psychologytoday.com/us/blog/supersurvivors/201707/why-the-five-stages-grief-are-wrong> [dostęp: 05.09.2021].
- Fengler Jörg. 2000. *Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej*. Przekład: Kazimierz Pietruszewski. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ferenc Tomasz. 2011. Fotografia i śmierć – historia pewnego uwikłania i realna styczeńność. *Kwartalnik Fotografia* 35, https://www.academia.edu/4742794/Fotografia_i_%C5%9Bmier%C4%87 [dostęp: 05.09.2021].
- Field Nigel P. 2006.. Unresolved Grief and Continuing Bonds: An Attachment Perspective. *Death Studies* 30(8), s. 739-756.

Finlay Christopher J., Kreuger Guenther. 2011. A Space for Mothers: Grief as Identity Construction on Memorial Websites Created by Sids Parents. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 63(1), s. 21-44.

Fischer Adam. 1921 (reprint 2017). *Zwyczaj pogrzebowy ludu polskiego*. Sandomierz: Wydawnictwo Armoryka.

Fitzgerald Louise. 2011. „Let's play mummy”: Simulacrum babies and reborn mothers. *European Journal of Cultural Studies* 14(1), s. 25-39.

Flick Uwe. 2011. *Jakość w badaniach jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Foot Catherine E., Frank Arthur W. 1999. Foucault and Therapy: The Disciplining of Grief. [W:] *Reading Foucault for Social Work*. Chambon Adrienne S., Irving Allan, Epstein Laura (red.). New York: Columbia University Press, s. 157-187.

Ford Elly. 2018. Reminiscence: A dancer's journey through loss and grief. Blog: *energetiksblog.com.au*, 08.06.2018, <https://www.energetiksblog.com.au/blog/2018/6/5/remembrance-a-dancers-journey-through-loss-and-grief> [dostęp: 05.09.2021].

Forster Edward Morgan. 1984. *Howards end*. New York: Alfred A. Knop Inc.

Fox Nick J., Alldred Pam. 2017. *Sociology and the New Materialism. Theory, Research, Action*. London: Sage.

Frank Arthur R. 1997. *The wounded storyteller. Body, illness, and ethics*. Chicago–London.

Freier Anne. 2018. 3D Printed Ultrasound: Get a 3D Printed Model of your Unborn Child! *All 3 DP*, all3dp.com, 11.03.2018, <https://all3dp.com/expectant-parents-can-now-get-a-3d-printed-model-of-their-unborn-child/> [dostęp: 05.09.2021].

French Samantha. 2016. *Dance as a form of Grief Resolution*. (Praca magisterska). Vancouver: City University of Seattle.

Freud Zygmont. 1992. Żałoba i melancholia. Przekład: Joanna Jabłońska-Dzierżba. [W:] *Depresja. Ujęcie psychoanalityczne*. Katarzyna Walewska, Jerzy Pawlik (red.). Warszawa: PWN, s. 28-41.

Frost Julia, Bradley Harriet, Levitas Ruth, Smith Lindsay, Garcia Jo. 2007. The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health & Illness* 29(7), s. 1003-1022.

Furdal Antoni (red.). 2012. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka*. Tom XVI. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Gadowska Anna. 2018. Zmarli i Facebook. Wirtualna społeczność żałoby. *Studia Socialia Cracoviensia* 10 2(19), s. 115-127.

Gajewska Magdalena. 2009. Proch i diamenty. Kremacja ciała zmarłego człowieka jako zjawisko społeczne i kulturowe. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.

Gajos Małgorzata, Moryń Monika. 2019. Wielodzietna matka - jaka jest naprawdę? *Gość*, gosc.pl, 15.05.2019, <https://www.gosc.pl/doc/5561778.Wielodzietna-matka-jaka-jest-naprawde> [dostęp: 05.09.2021].

Gąłdowa Anna. 2000. *Tożsamość człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gałuszka Gałuszka Mieczysław, Szewczyk Kazimierz. 2002. *Narodziny i śmierć – Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Garanin Melanie. 2015. 9. December. [melaniegaranin.com](https://melaniegaranin.com/2015/12/09/9-dezember/), <https://melaniegaranin.com/2015/12/09/9-dezember/> [dostęp: 05.09.2021].

Garanin Melanie. 2018. 12. Dezember. [melaniegaranin.com](https://melaniegaranin.com/2018/12/12/12-dezember-5/), <https://melaniegaranin.com/2018/12/12/12-dezember-5/> [dostęp: 05.09.2021].

Garanin Melanie. 2020. 2. September. [melaniegaranin.com](https://melaniegaranin.com/2020/09/02/2-september-6/), <https://melaniegaranin.com/2020/09/02/2-september-6/> [dostęp: 05.09.2021].

Garanin Melanie. 2020. *Nils: Von Tod und Wut. Und von Mut*. Hamburg: Carlsen Verlag.

Garfinkel Perry. 2011. Men in Grief Seek Others Who Mourn as They Do. *The Huffington Post*, [huffpost.com](https://www.huffpost.com/entry/widowers-grief_b_912446?guccounter=1), 28.07.2011, https://www.huffpost.com/entry/widowers-grief_b_912446?guccounter=1 [dostęp: 05.09.2021].

Garncarek Emilia. 2014. Dobrowolna bezdzietność z przemiany tożsamości płci współczesnych kobiet i mężczyzn. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica* 51, s. 97-116.

Garvey M. J., Tollefson G. D. 1984. Postpartum depression. *Journal of Reproductive Medicine* 29(2), s. 113-116.

Gaskin Nicola. 2018. *Life After Baby Loss. A Companion and Guide for Parents*. London: Vermilion.

Gąsior-Guziak Agnieszka. 2016. Strata dziecka podczas pracy położnej. *Znana Położna*, [znana-polozna.pl](https://www.znana-polozna.pl), 14.10.2016, <https://www.znana-polozna.pl/artykuly/strata-dziecka-podczas-pracy-poloznej> [dostęp: 05.09.2021].

Geerinck-Vercammen C. R., Kanhai Humphrey H. H. 2003. Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenatal Diagnosis* 23(7), s. 543-548.

Gert Bernard, Culver Charles M., Clouser Danner K. 2009. *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/Obraz Terytoria.

Getty Emily, Cobb Jessica, Gabeler Meryl, Nelson Christine, Weng Ellis, Hancock Jeffrey T. 2011. I Said Your Name in an Empty Room: Grieving and Continuing Bonds on Facebook. *CHI 2011*, May 7–12, 2011, Vancouver, BC, Canada, s. 997-1000.

Gibson Will, vom Lehn Dirk. 2021. Introduction: The Senses in Social Interactions. *Symbolic Interactions* 44(1), s. 3-9.

Giddens Anthony. 2002. *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Przekład: A. Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Giddens Anthony. 2008. *Konsekwencje nowoczesności*. Przekład: E. Klekot. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego–eidos.

Gidel-Stefaniec Ewa. 2014. Dzieciobójstwo czy zabójstwo, gdzie jest granica? *Pedagogia Ojcostwa: katolicki przegląd społeczno-pedagogiczny* 1, s. 139-150.

Gierak-Onoszko Joanna. 2019. *27 śmierci Toby'ego Obeda*. Warszawa: Fundacja Instytutu Reportażu.

- Gierwazik Małgorzata, Martyniak Krzysztof. 2011. (Nie)prawdziwi żałobnicy. Wirtualne cmentarze. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica* 656(28), s. 231-238.
- Gilbert Avery N. 2010. *Co wnosi nos? Nauka o tym, co nam pachnie*. Przekład: Jacek Konieczny. Warszawa: Wydawnictwo WAB.
- Gilbert Sandra M. 2014. *The Culinary Imagination. A Cultural History*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Ginzburg Karni, Geron Yael, Solomon Zahava. 2002. Patterns of Complicated Grief among Bereaved Parents. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 45(2), s. 119-132.
- Glaser Barney G., Strauss Anselm L. 2016. *Świadomość umierania*. Przekład: Tomanek Paweł. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Głazewska Ewa. 2016. Współczesny polski „świeżo upieczony” ojciec/tato — analiza na przykładzie portali internetowych dla rodziców. [W:] *Tożsamości społeczno-kulturowe – kreacja i komunikacja*. Dziekanowska M., Wójcicka M., (red.). Seria: „Tradycja dla współczesności. Ciągłość i zmiana”, tom 9. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 155-168.
- Głowacka Mariola, Haor Beata, Ślusarz Robert, Sołtysiak Katarzyna, Biercewicz Monika. 2014. Śmierć pacjenta jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 22(3), s. 276-280.
- Goffman Erving. 2005. *Piętno: Rozważania o zranionej tożsamości*. Przekład: Aleksandra Dzierżyńska, Joanna Tokarska-Bakir. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goodall Jane. 1990. *Through a Window*. Boston.
- Goody Jack. 2006 (zdigitalizowany reprint z roku 2004). *Death, property and the ancestors: A study of the mortuary customs of the Lodagaa of West Africa*. New York, London: Routledge, https://books.google.pl/books?hl=pl&lr=&id=Eff7AQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Death,+ancestors+and+the+living+dead&ots=jx_cFcBcGe&sig=ajW1kvdfzZRRdOFg41q9qshwnho&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false [dostęp: 05.09.2021].
- Gorer Geoffrey. 1965. *Death Grief and Mourning*. London: The Cresset Press.
- Gorer Geoffrey. 1979. Pornografia śmierci. *Teksty: teoria literatury, krytyka, interpretacja* 3(45), s. 197-203.
- Gotówka Agnieszka, Wysocka-Bobryk Teresa. 2014. Kochanie, ty umierasz. Jak powiedzieć dziecku, że wkrótce odejdzie [WYWIAD Z PSYCHOONKOLOGIEM]. *M jak mama*, mjakmama24.pl, 07.08.2014, <https://www.mjakmama24.pl/mama/psychologia/kochanie-ty-umierasz-jak-powiedziec-dziecku-ze-wkrotce-odejdzie-wywiad-z-psychoonkologiem-aa-X2a9-UigA-k6BF.html> [dostęp: 05.09.2021].
- Góra Dawid, Ragiel Adam. 2018. Adam Ragiel: „Gdy całują zmarłego, wiem, że wykonałem dobrą robotę”. *Magazyn Wirtualna Polska*, magazyn.wp.pl, 29.06.2018, <https://magazyn.wp.pl/artikul/adam-ragiel-gdy-caluja-zmarlego-wiem-ze-wykonalem-dobra-robote> [dostęp: 05.09.2021].
- Graham Gibbs. 2015. *Analizowanie danych jakościowych*. Przekład: Maja Brzozowska-Brywczyńska. Warszawa: PWN.

- Gray Kathleen, Lassance Anne. 2018. *Grieving Reproductive Loss: The Healing Process*. Boca Raton: CRC Press.
- Grażyna. 2016. Moja córeczka była ze mną zaledwie 25 tygodni – świadectwo. *Deon.pl*, 20.06.2016, <https://deon.pl/wiara/swiadectwa/moja-coreczka-byla-ze-mna-zaledwie-25-tygodni,395465> [dostęp: 05.09.2021].
- Grębecki Andrzej. 1963. *O życiu i śmierci w przyrodzie*. Warszawa: Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza.
- Grimshaw Emma. 2019. Tricky speaks out about death of his daughter Mina Topley-Bird. *Bristol Post*, [bristolpost.co.uk](https://www.bristolpost.co.uk/news/bristol-news/tricky-book-hell-round-corner-3428566), 14.10.2019, <https://www.bristolpost.co.uk/news/bristol-news/tricky-book-hell-round-corner-3428566> [dostęp: 05.09.2021].
- Grohl John M. 2013. DSM-5 Released: The Big Changes. *PsychCentral Blog*, 18.05.2013, <https://psychcentral.com/blog/dsm-5-released-the-big-changes#1> [dostęp: 05.09.2021].
- Grygiel Bartosz. 2019. Blisko połowa ciąży kończy się poronieniem. „To norma, a nie anomalia”. *Focus*, [focus.pl](https://www.focus.pl/artykul/poronienie-to-norma-a-nie-anomalia-nowe-badanie-to-potwierdza), 21.05.2019, <https://www.focus.pl/artykul/poronienie-to-norma-a-nie-anomalia-nowe-badanie-to-potwierdza> [dostęp: 05.09.2021].
- Grzywacz Anka. 2016. Ronić po ludzku. *Codziennik Feministyczny*, [codziennikfeministyczny.pl](http://codziennikfeministyczny.pl/ronic-po-ludzku/), 01.03.2016, <http://codziennikfeministyczny.pl/ronic-po-ludzku/> [dostęp: 05.09.2021].
- Gudro-Homicka Maria. 2015. *Jak rozwijać aktywność twórczą dzieci i młodzieży. Drama w nauczaniu, wychowaniu i biblioterapii*. Warszawa: Difin.
- Gugmundsdottir Maria, Chesle Catherine A. 2006. Building a New World: Habits and Practices of Healing Following the Death of a Child. *Journal of Family Nursing* 12(2), s.143-164.
- Gut Józef ks. 2014. Nagrobek Dzieci Utraconych w Szczakowej. *Jaworznicki Portal Społecznościowy*, [JAW.PL](http://www.jaw.pl/2014/11/nagrobek-dzieci-utraconych-w-szczakowej/), 03.11.2014, <http://www.jaw.pl/2014/11/nagrobek-dzieci-utraconych-w-szczakowej/> [dostęp: 05.09.2021].
- Guzdek Piotr. 2017. *Rozpoznaj swoje dziecko we mnie... Rzecz o poronieniu samoistnym dziecka i jego pogrzebie*. Kraków: Wydawnictwo „scriptum”.
- Hadad Marilyn. 2008. *The Ultimate Challenge: Coping with Death, Dying, and Bereavement*. Toronto: Top Hat.
- Halbwachs Maurice. 1930. *Les causes du suicide*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Haley Eleanor, Williams Litsa. 2013. Types of Grief: Yes, there's more than one. *What's Your Grief?* (WYG), [whatsyoyrgrief.com](https://whatsyourgrief.com/types-of-grief/), 26.07.2013, <https://whatsyourgrief.com/types-of-grief/> [dostęp: 05.09.2021].
- Haley Eleanor, Williams Litsa. 2015. 64 Myths About Grief That Just Need To STOP. *What's Your Grief?* (WYG), [whatsyoyrgrief.com](https://whatsyourgrief.com/64-myths-about-grief-that-just-need-to-stop/), 04.08.2015, <https://whatsyourgrief.com/64-myths-about-grief-that-just-need-to-stop/> [dostęp: 05.09.2021].
- Hall Ashley. 2013. Lacrimatory – Tear Catchers. *The Paranormal Guide Blog*, 18.04.2013, <http://www.theparanormalguide.com/blog/lacrimatory-tear-catchers> [dostęp: 05.09.2021].
- Hamer Felicity T. C. 2020. *Parental Grief and Photographic Remembrance. A historical Account of Undying Love*. Bingley: Emerald Publishing Limited.
- Hamilton Jill B., Sandelowski Margarete, Moore Angelo D, Agarwal Mansi, Koenig Harold D. 2012. „You Need a Song to Bring You Through”: The Use of Religious Songs to Manage Stressful Life Events. *The Gerontologist* 53(1) s. 26-38.
- Hanser Suzanne B. 2016. *Integrative Health Through Music Therapy. Accompanying the Journey from Illness to Wellness*. Boston: Palgrave Macmillan.
- Harris Racheal. 2019. *Skin, Meaning, and Symbolism in Pet Memorials. Tattoos, Taxidermy and Trinkets*. Bingley: Emerald Publishing.
- Harris Racheal. 2020. *Photography and Death. Framing Death throughout History*. Bingley: Emerald Publishing Limited.
- Harvey Sheila, Snowdon Claire, Elbourne Diana. 2008. Effectiveness of Bereavement Interventions in Neonatal Intensive Care: A Review of the Evidence. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 13, s. 341-356.

- Harzowska Joanna. 2009. „Ból i cierpienie w oczach matki chorego dziecka” (Ból i cierpienie, 2009).
- Haveman Melissa. 1999. A Sociohistorical Analysis of Children’s Gravestones. *Illness, Crisis & Loss* 7(3), s. 266-286
- Hayden Dolores. 1997. *The Power of Place. Urban Landscape as Public Space*. Cambridge, London: MIT Press.
- Heathcote Anthony. 2014. A grief that cannot be shared: continuing relationships with aborted fetuses in contemporary Vietnam. *Thanatos* 3(1), s. 29-45.
- Hebb Michael. 2019. *Porozmawiajmy o śmierci przy kolacji. Przewodnik i zaproszenie do najważniejszej rozmowy w życiu*. Przekład: Magdalena Koziej. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Hedtke Lorraine, Winslade John. 2017. *The Crafting of Grief. Constructing Aesthetic Responses to Loss*. New York, London: Routledge.
- Heinrich Bernd. 2014. *Wieczne życie. O zwierzęcej formie śmierci*. Przekład: Michał Szczubiałka. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Heitzman Janusz, Ruzikowska Alfreda, Tarczyńska Krystyna, Waszkiewicz Ewa, Pilszyk Anna. 2013. Dzieciobójstwo czy zabójstwo? Studium przypadku 5-krotnego zabójstwa własnych dzieci – poszukiwanie psychopatologii. *Psychiatria Polska* XLVII (3), s. 541-558, http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2013/Heitzman541_PP3_2013.pdf [dostęp: 05.09.2021].
- Helbert Karla. 2016. *Yoga for Grief and Loss: Poses, Meditation, Devotion, Self-Reflection, Selfless Acts, Ritual*. London: Singing Dragon.
- Henley Alix, Schott Judith. 2008. The death of a baby before, during or shortly after birth: Good practice from the parents’ perspective. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 13, s. 325-328.
- Herz Rachel. 2018. *Why You Eat What You Eat. The Science Behind Our Relationship With Food*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Hess Rosanna F. 2004. Dimensions of Women’s Long-Term Postabortion Experience. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 29(3), s. 193-198.
- Hester Jessica. 2017. The Phone Booth for Japanese Mourners. *Bloomberg*, bloomberg.com, 11.01.2017, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-01-10/japan-s-wind-phone-is-a-site-to-mediate-on-life-and-loss> [dostęp: 05.09.2021].
- Higgins Josephine. 2013. Seeing Death. Portraiture in Contemporary Post-mortem Photography. (Praca magisterska). Cape Town: University of Cape Town.
- Hillman James. 1996. *Samobójstwa a przemiana psychiczna*. Przekład: Dariusz Rogalski. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Hoffmann Beata. 2013. *Perfumy. Uwarunkowania kulturowo-społeczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Holinger Dorothy P. 2020. *The Anatomy of Grief*. New Haven, London: Yale University Press.
- Holm Christiane. 2004. Sentimental Cuts: Eighteenth-Century Mourning Jewelry with Hair. *Eighteenth-Century Studies* 38(1), s. 139-143.
- Holtzman Jon D. 2006. Food and Memory. *Annual Review of Anthropology* 35, s. 361-378.
- Hołub Jacek. 2018. *Żeby umarło przede mną. Opowieści matek nie-pełnosprawnych dzieci*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Homeyer Linda E., DeFrance Emily. 2005. Play therapy. [W:] *Handbook of expressive therapies*. Malchiodi E. Cathy (red.). New York: Guilford Press, s. 141-161.
- Horovitz Ellen G., Elgelid Staffan (red.). 2015. *Yoga therapy: Theory and practice*. New York, London: Routledge.
- Howard Jules. 2017. *Death on Earth. Adventures in Evolution and Mortality*. London, New York.
- Hudgins Kenna D. 2007. *The effect of music therapy on the grief process and group cohesion of grief support groups*. (Praca magisterska). Ohio: The College of Fine Arts of Ohio University.

- Hudson Karen L. (red.). 2007. *Chick Ink. 40 Stories of tattoos – and the women who wear them*. Avon, Massachusetts: Adams Media.
- Hum Moorea. 2007. *Grieving Reproductive Loss in Art Therapy*. (Praca dyplomowa). Vancouver: Mount Allison University.
- Hunter Ian M. L. 1963. *Pamięć fakty i złudzenia*. Przekład: Stefan Garczyński. Warszawa: PWN.
- Hviid Jacobsen Michael, Petersen Anders. 2020. *Exploring Grief. Towards a Sociology of Sorrow*. New York, London: Routledge.
- Iepson Sarah M. 2014. Perpetual Corporeality. Affect Theory and Posthumous Photographs of Children in Nineteenth-Century America. *Journal of the Lucas Graduate Conference* 2, s. 12-28.
- Ilski Kazimierz, Chmielarz Małgorzata, Kopeć Zbigniew, Kraskowska Ewa (red.). 2014. *Zabójstwo dziecka w literaturze i kulturze europejskiej*. Wydawnictwo Naukowe UAM: Poznań.
- Ilski Kazimierz, Kopeć Zbigniew, Kraskowska Ewa (red.). 2015. *Zabójstwo dziecka w literaturze i kulturze europejskiej*. Tom II. Wydawnictwo Naukowe UAM: Poznań.
- Imbierowicz Agnieszka. 2012. Matka Polka w defensywie? Przemiany mitu i jego wpływ na sytuację kobiet w polskim społeczeństwie. *Ogrody Nauki i Sztuki* 2, s. 430-442.
- Imielska Barbara. 2014. *Umarłych pogrzebać: Zagadnienia pochówku dzieci poronionych lub martwo urodzonych w prawie kanonicznym oraz ustawodawstwie polskim*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Inspiracje.
- Inghels Maarten, Starik Frank. 2018. *The Lonely Funeral. Poets at the Gravesides of the Forgotten*. Todmorden: Arc Publications.
- Israili Zafar H., Israili Sally J. 2017. Tango Dance: Therapeutic Benefits: A Narrative Review. *International Journal Advances in Social Science and Humanities* 5, s. 14-26.
- Izard Carroll E. 1999. Związki międzysystemowe. [W:] *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Ekman Paul, Davidson Richard J. (red.). Gdańsk: GWP.
- Izod John, Dovalis Joanna. 2015. *Cinema as Therapy. Grief and transformational film*. London, New York: Routledge.
- Jaechke Rafał, Siwek Marcin, Dudek Dominika. 2012. Popporodowe zaburzenia nastroju – update 2012. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 7(3), s. 113-121.
- Jackowska-Enemu Katarzyna. 2021 *Tkaczka chmur*. Poznań: Albus.
- Jakoby Nina R. 2012. Grief as a Social Emotion: Theoretical Perspectives. *Death Studies* 36(8), s. 679-711.
- Jakubczak Cecylia. 2018. Homofobia zabija po cichu. *Krytyka Polityczna*, krytykapolityczna.pl, 17.05.2018, <https://krytykapolityczna.pl/kraj/homofobia-zabija-po-cichu/> [dostęp 05.09.2021].
- Janiak Agnieszka. 2004. „Śmierć noworodka. Pomoc personelu medycznego rodzinie w sytuacji beznadziejnej” [W:] *Problemy współczesnej tanatologii*, tom VIII. Kolbuszewski Jacek (red.). Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Janiak Agnieszka. 2008. Nowe funkcje kulturowe wirtualnych nekropolii. [W:] *WWW w sieci metafor: strona internetowa jako przedmiot badań naukowych*. Dytman-Stasieńko A., Stasieńko J. (red.). Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, s. 421-429.
- Janiak Agnieszka. 2019. *Sztuka współbycia. Komunikacja osób duchownych z chorym, umierającym i żalobnikiem*. Poznań: Wydawnictwo Pallottinum.
- Janiak Agnieszka. 2019. Sharing Death as a New Thanatic Attitude. Contemporary Activity, Social Education and Communication to Accompany the Dying and the Mourning. [W:] *International Conference: Sharing Society. The Impact of Collaborative Collective Actions in the Transformation of Contemporary Societies*. Tejerina Benjamín, de Almeida Cristina Miranda, Perugorria Ignacia (red.). May 23-24.2019, Bilbao, Spain. Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea, s. 259-270.
- Jankovic Moncilo, Masera Giuseppe, Uderzo Cornelio, Conter Valentino, Adamoli Luigia, Sppinetta John J. 1988. Meetings with Parents After the Death of Their Child from Leukemia. *Pediatric Hematology and Oncology* 6(2), s. 155-159.

Janssen J. Scott. BR. Understanding the Way Men Grieve. *Social Work Today*, socialworktoday.com, https://www.socialworktoday.com/archive/exc_0816.shtml [dostęp 05.09.2021].

Janusz Bernadetta. 2016. Czym jest dążenie do odczuwania „kontakty fizycznego” z osobą zmarłą? Trwanie i przekształcanie więzi w procesie żałoby. [W:] *Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej*, Hartman Jan, Szabat Marta (red.). Warszawa: Wolters Kluwer, s. 123-137.

Janusz Bernadetta, Drożdżowicz Lucyna. 2013. Śmierć i żałoba w rodzinie. Oddziaływania terapeutyczne. *Psychoterapia* 2(165), s. 45-54.

Jarysz Aleksandra. 2018. *Macierzyństwo od początku i bez końca. Antropologiczna opowieść*. Toruń: Muzeum Etnograficzne im. Marii Znamierowskiej-Prüfferowej w Toruniu.

Jarzębińska Aneta. 2014. Internetowe forum dyskusyjne jako źródło społecznego wsparcia rodziców dzieci z wadą leśalną. *Opuscula Sociologica* 2, s. 43-55.

Jędrzejewska Anna Bogna. 2015. *Opuszczeni rodzice: Nagła śmierć dziecka. Jak dalej żyć?* Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Johnson Harris Carolyn. 2005. *Come with Daddy. Child murder-suicide after family breakdown*. Crawley: University of Western Australia Press.

Jones Lynette A. 2018. *Haptics*. Cambridge, London: The MIT Press.

Jordan John R., Neimeyer Robert A. 2003. Does Grief Counseling Work? *Death Studies* 27, s. 765-786.

Jurczyński Zygfryd. 2015. Kulturowe uwarunkowania mówienia prawdy o chorobie. *Dyskursy: Dyskursy o kulturze* 4, s. 69-92.

Juszczak Dariusz. 2008. Dzieciobójstwo - trudności orzecznicze na podstawie opisu przypadku. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 17(2), s. 175-177.

Kabulska Marta. 2016. Kobiety po poronieniu nie mają praw, które im gwarantowano, bo... nie znają płci dziecka! *Mamo To Ja*, mamotoja.pl, 17.05.2016, <https://mamotoja.pl/kobiety-po-poronieniu-nie-maja-praw-ktore-im-gwarantowano-bo-nie-znaja-plci-dziecka-pomoz-to-zmienic,aktualnosci-artykul,20020,r1p1.html> [dostęp: 05.09.2021].

Kacperczyk Anna. 2006. *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Kacperczyk 2012 Badacz j jego ciało w procesie zbierania i analizowania danych – na przykładzie badań nad społecznym światem wspinaczki. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 8(2), s. 32-63.

Kacperczyk Anna. 2016. *Spoleczne światy. Teoria – empiria – metody badań na przykładzie społecznego świata wspinaczki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Kafar Marcin. 2009. O przełomie autoetnograficznym w humanistyce. W stronę nowego paradygmatu [W:] *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*. Bożena Płonka-Syroka, Michał Skrzypek (red.) Wrocław: Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich.

Kalaba Esther. 2009. *Making memory and meaning : the memorial fuction of art*. (Praca magisterska). Montreal: Concordia University.

Kalniuk Tomasz. 2014. *Mityczny obcy. Dzieci i starcy w polskiej kulturze ludowej przełomu XIX i XX wieku*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

Kałużny Łukasz. 2011. Tabu śmierci w perspektywie socjologicznej. Problemy konceptualizacji i operacjonalizacji. *Zeszyty Naukowe WSOWL* 4(162), s. 167-179.

Kałużny Łukasz. 2012. Pomiędzy tabu a pornografią. Graficzne reprezentacje śmierci w prasie. *Kultura Popularna* 4 (34), s. 141-227.

Kamińska Aleksandra. 2016. Miejsce rodziny w życiu człowieka ponowoczesnego. *Zeszyty Naukowe Pedagogika* 13, s. 79-88.

Kamińska Magdalena. 2012. „[` ] [ `] [`] :(((:*...” Praktyki żałobne w cyberprzestrzeni. *Kultura Popularna* 3(33), s. 110-120.

Kamińska, Ewelina. 2013. Między śmiercią, fotografią i antropologią. Kilka uwag o XIX-wiecznej i współczesnej fotografii post mortem. *Okolice. Rocznik Etnograficzny* 11, s. 115-129.

Kania Agnieszka. 2019. Prawo do pochówku nascitusa w świetle praw człowieka. *Rocznik Administracji Publicznej* 5, s. 7-19.

- Kanik Beata. 2016. *Czuwałam przy uchylonym oknie*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Kanter Jodi. 2007. *Performing loss: Rebuilding community through theater and writing*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Kapla Grzegorz. 2021. *Oblicza śmierci*. Warszawa: Skarpa Warszawska.
- Kasprzak K. 2011. Drzewa – pomniki przyrody i pamiątki kultury, *Turystyka Kulturowa* 4, s. 17-38.
- Kasprzak Emma. 2017. Rainbow babies: The children bringing hope after loss. *BBC*, bbc.com, 23.02.2017, <https://www.bbc.com/news/uk-england-38602473> [dostęp: 05.09.2021].
- Kastenbaum Robert. 1995. *Death, society, and human experience*. Boston: Allyn and Bacon.
- Katz Renee S., Doe Jane. 2006. Professionalism and Our Humanity: Working with Children at the End of Life. [W:] *When Professionals Weep. Emotional and Countertransference Responses in End-of-Life Care*. Katz Renee S., Johnson Therese A. (red.). New York, London: Routledge, s. 157-170.
- Katzwinkel Detlev. 2009. *Dziecko, którego nie urodziłam. Aborcja – koniec życia, początek dramatu*. Przekład: Marta Borowczyk. Poznań: Wydawnictwo Świętego Wojciecha.
- Kauffman Jeffrey. 2010. *The Shame of Death, Grief, and Trauma*. New York: Routledge.
- Kazberuk Grzegorz. 2012. Śmieć dziecka. [W:] *W drodze do brzegu życia Tom X*. Krajewska-Kułak Elżbieta, Łukaszuk Cecylia, Lewko Jolanta, Kułak Wojciech (red.). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, s. 221-226.
- Kazez Jean. 2017. *The Philosophic Parent. Asking the Hard Questions About Having and Raising Children*. New York: Oxford University Press.
- Kaźmierska Kaja. 1997. Wywiad narracyjny – technika i pojęcia analityczne. [W:] *Biografia a tożsamość narodowa*. Czyżewski Marek, Piotrowski Andrzej, Rokuszewska-Pawełek Alicja (red.). Łódź: , s. 35-44.
- Kaźmierska Kaja (red.). 2012. *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*. Kraków: Nomos.
- Kaźmierska Kaja. 2013. Badania biograficzne w naukach społecznych. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 9(4), s. 6-10.
- Kaźmierska Kaja, Waniek Katarzyna. 2020. *Autobiograficzny wywiad narracyjny. Metoda – technika – analiza*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kear Adrian, Steinberg Deborah Lynn. 1999. *Mourning Diana. Nation, Culture and the Performance of Grief*. London: Routledge.
- Keirse Manu, Spitz Bernard, Vandermeulen Annemie. 2007. *Jak sobie radzić z poronieniem*. Przekład: Maja Wężowska. Radom: POLWEN. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Kendrick Keith M. Da Costa Ana P. C., Board Kevin D., Ohkura Satoshi, Guevara Rosalinda, Lévy Frederic, Keverne Barry E. 1997. Neural Control of Maternal Behaviour and Olfactory Recognition of Offspring. *Brain Research Bulletin* 44(4), s. 383-395.
- Kessler David. 2019. *Finding Meaning. The Sixth Stage of Grief*. New York: Simon & Schuster.
- Kępiński Antoni. 1987. *Lęk*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Khalsa Sat Bir S. 2004. Yoga as a therapeutic intervention: A bibliometric analysis of published research studies. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology* 48(3), s. 269-285.
- Khouzam Hani Raoul. 2018. Abortion Trauma Syndrome Can Not and Should Not be Dismissed. *Archives of Neurology and Neuro Disorders* 1(2), s. 20-26, <http://www.sryahwapublications.com/archives-of-neurology-and-neuro-disorders/pdf/v1-i2/6.pdf> [dostęp: 05.09.2021].
- Kilshaw Susie. 2017. How Culture Shapes Perceptions of Miscarriage. *Sapiens*, sapiens.org, 27.07.2017, <https://www.sapiens.org/biology/miscarriage-united-kingdom-qatar/> [dostęp: 05.09.2021].
- Kindermann Von Kim. 2020. Melanie Garanin: „NILS. Von Tod und Wut. Und von Mut”: Bitte besuch mich im Traum. *Deutschlandfunk Kultur*, deutschlandfunkkultur.de, 01.09.2020,

https://www.deutschlandfunkkultur.de/melanie-garanin-nils-von-tod-und-wut-und-von-mut-bitte.1270.de.html?dram:article_id=483329 [dostęp: 05.09.2021].

King Barbara J. 2018. *Jak zwierzęta przeżywają żałobę*. Przekład: Krzysztof Kozłowski. Miękinia: Purana.

Kinnier Richard T., Tribbensee Nancy E., Rose Cynthia A., Vaughan Susan M. 2001. In the Final Analysis: More Wisdom From People Who Have Faced Death. *Journal of Counseling & Development* 79(2), s. 171-177.

Klajmon-Lech Urszula. 2018. *Trajektoria życia rodziców dzieci z rzadkimi chorobami genetycznymi. Formy społecznego wsparcia*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Klass Dennis. 1993. The inner representation of the dead child and the worldviews of bereaved parents. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 26(4), s. 255-272.

Klass Dennis. 1997. The Deceased Child in the Psychic and Social Worlds of Bereaved Parents During the Resolution of Grief. *Death Studies* 21(2), s. 147-176.

Klass Dennis, Silverman Phyllis R., Nickman Steven L. (red.). 1996. *Continuing bonds: New understanding of grief*. New York, London: Routledge.

Kleszcz-Szczyrba Renata. 2014. *Witraże w ciemności, czyli o przedwczesnej śmierci dziecka. Książka niosąca światło*. Katowice.

Kleszcz-Szczyrba Renata, Gałuszka Anita (red.). 2016. *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Klinowski Mateusz. 2008. O niemoralności aborcji. Koherencja przekonań, biologiczne człowieczeństwo i słuszne interesy. *Diametros* 16, s. 10-40.

Kluz-Knopek Urszula. 2019. *PlayDead.info: Śmierć/ nieśmiertelność jako pojęcia z pozoru przeciwstawne w kulturze współczesnej*. Gdańsk: Fundacja Terytoria Książki.

Kobler Kathie, Limno Rana, Kavanaugh Karen. 2007. Meaningful moments. *MCN: American Journal of Maternal / Child Nursing* 32(5), s. 288-295.

Kohner Nancy, Henley Alix. 2001. *When a baby dies. The experience of late miscarriage, stillbirth and neonatal death*. London, New York: Routledge.

Kohner, Nancy. 2000. Pregnancy Loss and the Death of a Baby. Parents' Choices. [W:] *Death, Dying and Bereavement*, D. Dickson, M. Johnson, and J. Samson Katz. London: SAGE Publications, s. 355-359.

Kolbuszewski Jacek. 1986. Wiersze nagrobne z polskich cmentarzy. *Polska Sztuka Ludowa*, 40(1/2), s. 83-90.

Kolbuszewski Jacek (red.). 1997. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom I*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 1998. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom II*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 1999. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom III*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 2000. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom IV*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 2001. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom V*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 2002. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom VI*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 2003. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom VII*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 2004. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom VIII*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 2005. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom IX*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 2006. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom X*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Kolbuszewski Jacek (red.). 2007. *Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom XI*. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

- Kolbuszewski Jacek (red.). 2008. Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom XII. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Kolbuszewski Jacek (red.). 2009. Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom XIII. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Kolbuszewski Jacek (red.). 2010. Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom XIV. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Kolbuszewski Jacek (red.). 2011. Problemy Współczesnej Tanatologii. Medycyna, antropologia kultury, humanistyka. Tom XV. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Kołowski Janusz, Nowak Klaudia Magdalena. 2005. Dzieciobójstwo w świetle wyników sekcji zwłok i danych akt sądowych z lat 1990-2000 (wybrane zagadnienia). *Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminalnej* LV, s. 125-129.
- Komaromy, Carol, Earle Sarah, Lloyd Cathy, Foley Pam. 2007. A Social Insight into Bereavement and Reproductive Loss. *Practising Midwife*. https://www.researchgate.net/profile/Catherine-Lloyd-2/publication/251720346_Understanding_Reproductive_Loss_exploring_sociological_perspectives/links/556ef83808aefcb861dcff1/Understanding-Reproductive-Loss-exploring-sociological-perspectives.pdf [dostęp: 05.09.2021].
- Konecki Krzysztof T. 2000. *Studia z metodologii badań jakościowych*. Warszawa: PWN.
- Konecki Krzysztof T. 2005. Wizualne wyobrażenia. Główne strategie badawcze w socjologii wizualnej a metodologia teorii ugruntowanej. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 1(1), s. 42-63.
- Konecki Krzysztof T. 2009. Przedmowa do wydania polskiego. [W:] *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Charmaz Kathy. Przekład: Barbara Komorowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konecki Krzysztof T. 2020. Uwagi na temat tego, co jest postrzegane jako ważne i nieważne w socjologii. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 16(2), s. 188-207. <https://doi.org/10.18778/1733-8069.16.2.11>
- Konecki Krzysztof T. 2021. Distinctions and Something Between: An Inspection of Eviatar Zerubavel's Concept Driven Sociology. *The Qualitative Report* 26(4), s. 1150-1156. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.4840>.
- Korczyński Tomasz Michał. 2016. *Milczenie i lament. Szkice z socjologii śmierci*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Socjologiczne.
- Koronkiewicz Kaja. 2014. Kształtowanie tożsamości matki u kobiet doświadczających nieplanowanego macierzyństwa. *Kultura-Społeczeństwo-Edukacja* 1(5), s. 95-118.
- Kosminsky Phyllis S., Jordan John R. 2016. *Attachment-informed grief therapy: The clinician's guide to foundations and applications*. New York, London: Routledge.
- Koszevska Iwona. 2010. *O depresji w ciąży i po porodzie: Przyczyny, objawy, leczenie, zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Koszevska Iwona, Średniawa Marek, Koszevska Julia. 2014. *Internet i nowe technologie w zapobieganiu samobójstwom. Raport na zlecenie MAiC*. Warszawa, <https://mc.bip.gov.pl/rok-2014/internet-i-nowe-technologie-w-zapobieganiu-samobojstwom.html> [dostęp: 05.09.2021].
- Kowalczyk Małgorzata. 2010. Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 4(4), s. 154-158.
- Kowalczyk-Ziętek Małgorzata, Posyłek Anna, Stanecka Grażyna. 2013. Grupa wsparcia dla osób w żałobie: Doświadczenia własne. *Psychoterapia* 2(165), s. 55-66
- Kozerańska Małgorzata, Kłys Paweł ks. 2016. Książ na motocyklu spieszy się do porodu: Do swoich dzieci. *Gazeta Wyborcza*, wydanie łódzkie, <http://lodz.wyborcza.pl/lodz/1,44788,19810180,ksiaz-na-motocyklu-spieszy-sie-do-porodu-moje-dzieci.html#ixzz465ilbQoj> [dostęp: 05.09.2021].
- Köster Egon Peter. 2005. Does Olfactory Memory Depend on Remembering Odors? *Chemical Senses* 30 (suppl. 1), s. i236-i237.
- Krajewski Marek. 2005. *Kultury kultury popularnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

- Krajewski Marek. 2013. *Są w życiu rzeczy... Szkice z socjologii przedmiotów*. Warszawa: Fundacja Bęc Zmiana.
- Krawczak Anna, Maciejewska-Mroczek Ewa, Radkowska-Walkowicz (red.). 2018. *Dziecko. In vitro. Społeczeństwo. Ujęcie interdyscyplinarne*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Krawczyk Marian, Rush Merilynne. 2020. Describing the end-of-life doula role and practices of care: perspectives from four countries. *Palliative Care & Social Practice* 14, s. 1-15.
- Kristeva Julia. 2007. *Potęga obrzydzenia. Esej o wstręcie*. Przekład: M. Falski. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Krakowskiego.
- Krogulska Ewa. BR. Poronienie to strata, która zasługuje na żałobę. *Natuli: dzieci są ważne*, <https://dziecisawazne.pl/poronienie-to-strata-ktora-zasluguje-na-zalobe/> [dostęp: 05.09.2021].
- Kroll Liliana. 2012. Rola wiary w radzeniu sobie z żałobą po stracie dziecka. [W:] *Przebrane narodziny. Strata ciąży w aspekcie psychologicznym, socjologicznym, medycznym i etycznym*. Dmoch-Gajzlerska Ewa, Darton-Smoczyńska Izabela (red.). Warszawa: Oficyna wydawnicza Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, s. 119-134.
- Królikowska A. 2012. Estetyka współczesnych cmentarzy. *Opuscula Sociologica* 1, s. 59-72.
- Krupkin Whitney Donna. 2017. Emotional Sequelae of Elective Abortion: The Role of Guilt and Shame. *Journal of Pastoral Care & Counseling* 71(2), s. 98-105.
- Krzeptowska Magdalena. 2010. *Moja droga od rozpacz do nadziei. Pocieszenie po śmierci dziecka*. Warszawa: Towarzystwo „Więź”.
- Krzyżak Michalina, Maślach Dominik, Piotrowska Katarzyna, Charkiewicz Angelika E., Szpak Andrzej, Karczewski Jan. 2014. Umieralność okołoporodowa noworodków w mieści i na wsi w Polsce w latach 2002-2012. *Przegląd Epidemiologiczny* 68, s. 763-764.
- Kubiak Anna E. 2007. Nostalgia i inne tęsknoty. Łomża: Oficyna Wydawnicza STOPKA.
- Kubiak Anna E. 2014. *Inne śmierci. Antropologia umierania i żałoby w późnej nowoczesności*. Kraków: Universitas.
- Kubiak Anna E. 2015. *Pogrzeby to nasze życie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Kubiak Anna E., Zawila Małgorzata (red.). 2015. *Społeczne i kulturowe reprezentacje śmierci. Koncepcje, badania i konteksty. Antologia tekstów*. Kraków: Nomos.
- Kühn-Botma Lyrene. 2020. *Sites, Games and Melancholy objects*. (Praca magisterska). University of the Free State.
- Kulik Małgorzata Maria. 2008. Cierpienie, które przerasta czyli o wypaleniu lekarzy pracujących z ludźmi przewlekle chorymi. [W:] *Studia z psychologii w KUL. Tom 15*. Francuz Piotr, Otrębski Wojciech (red.). Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 81-112.
- Kulmatycki Lesław. 2012. *Joga nidra. Sztuka relaksacji*. Wrocław: Przestrzeń
- Kurowska-Susdorf Aleksandra. 2019. *Oswoić śmierć. Edukacyjny potencjał kaszubskich rytuałów pogrzebowych*. Warszawa: PWN.
- Kübler-Ross Elisabeth. 1979. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Przekład: Irena Doleżał-Nowicka. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- LaCapra Dominick. 2009. *Historia w okresie przejściowym. Doświadczenie, tożsamość, teoria krytyczna*. Przekład: Katarzyna Bojarska. Kraków: Universitas.
- Lachelin Gillian C. L. 1998. *Poronienia*. Przekład: Agnieszka Kruczek-Powolny. Warszawa: Prószyński i S-ka.
- Landy Robert J. 2005. Drama therapy and psychodrama. [W:] *Expressive therapies*. Malchiodi Cathy A. (red.). Guilford Press, s. 90-116.
- Lang Ariella, Fleischer Andrea R., Duhamel Fabie, Sword Wendy, Gilbert Kathleen R., Cirsini-Munt Serena. 2011. Perinatal Loss and Parental Grief: The Challenge of Ambiguity and Disenfranchised Grief. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 63(2), s. 183-196.
- Lange Łucja. 2019. Praca żałoby i praca z żałobą. Terapia oraz autoterapia za pomocą fotografii. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura* 11(1), s. 119-133.

- Lange Łucja. 2020. An Attempt to Restore the Ordinary Death to the Visualn Realm – Artistic, Therapeutic, and Ethical Aspects of the Post-Mortem Photography of Children in the 21st Century. Short Introduction. *Qualitative Sociology Review* 16(3), s. 106-116.
- Larouere Marissa, Hastie Sarah. 2017. The Purple Butterfly Project. *Nationwide Children's*, nationwidechildrens.org, 03.02.2017, <https://www.nationwidechildrens.org/family-resources-education/700childrens/2017/02/the-purple-butterfly-project> [dostęp: 05.09.2021].
- Latawiec Anna. 2002. Sprawiedliwość wobec cierpienia i śmierci małego dziecka. [W:] *Problemy współczesnej tanatologii*, tom VI. Kolbuszewski Jacek (red.), Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Layne Linda L. 2000. 'He was a Real Baby with Baby Things': A Material Culture Analysis of Personhood, Parenthood and Pregnancy Loss. *Journal of Material Culture* 5(3), s. 321-345.
- Layne Linda L. 2003. *Motherhood lost: a feminist account of pregnancy loss in America*. New York, London: Routledge.
- Lee Christina. 2007. *Feasting the Dead. Food and Drink in Anglo-Saxon Burial Rituals*. Suffolk: The Boydell Press.
- Lee Colin. 1996. *Music at the Edge. The music therapy experiences of a musician with AIDS*. London, New York: Routledge.
- Legutko Beata. 2010. Postawy wobec śmierci i lęk tanatyczny. *Niebieska Linia* 3, niebieskaLinia.pl, <https://www.niebieskaLinia.pl/pismo/wydania/dostepne-artykuly/4953-postawy-wobec-smierci-i-lek-tanatyczny> [dostęp: 05.09.2021].
- Leick Nini, Davidsen-Nielsen Marianne. 1991. *Healing Pain. Attachment, Loss and Grief Therapy*. Przekład: David Stoner. London, New York: Routledge.
- Leim Marieke, de Vet Renée, Koendraadt Frans. 2010. Zabójstwa dzieci zakończone parasamobójstwem – porównanie zabójstw dzieci, którym towarzyszyła lub nie próba samobójcza sprawcy. *Dziecko krzywdzone* 3(32), s. 89-97.
- Lemmens Agnès. 1995. *Marko*. Przekład: Maria Żurowska. Warszawa: Wydawnictwo Księży Marianów.
- Lesnik-Oberstein Karin. 2007. *On having an own child. Reproductive technologies and the cultural construction of childhood*. Londyn: Karnac.
- Levi Jane. 2012. Melancholy and Mourning. Black Banquets and Funerary Feasts. *Gastronomica. The Journal of Food and Culture* 12(4), s. 96-103.
- Levy Fran J. 1988. *Dance Movement Therapy. A Healing Art*. Reston: ERiC.
- Lewicka Magdalena, Sulima Magdalena, Pyć Maria, Stawarz Barbara. 2013. Charakterystyka poronień i prawa przysługujące kobiecie po stracie ciąży. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 59(1), s. 123-129.
- Li Jiong, Munk Laursen Thomas, Hansen Precht Dorte, Olsen Jørn, Mortensen Preben Bo. 2005. Hospitalization for Mental Illness among Parents after the Death of a Child. *The New England Journal of Medicine* 352, s. 1190-1196, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa033160#t=article> [dostęp: 05.09.2021].
- Lindemann Erich. 1944. Symptomatology and Management of Acute Grief. *American Journal of Psychiatry* 151(6 Suppl), s. 155-160.
- Linden David J. 2015. *Touch: The Science of the Hand, Heart, and Mind*. New York: Penguin Books.
- Linkman Audrey. 2006. Taken from Life: Post-Mortem Portraiture in Britain, 1860-1919. *History of Photography* 30(4), s. 309-347.
- Linkman Audrey. 2011. *Photography and death*. London: Reaction Books.
- Linton Anna. 2008. *Poetry and Parental Bereavement in Early Modern Lutheran Germany*. New York: Oxford University Press.
- Lipiński Andrzej. 2011. *Kalinka*. Słupsk: Wydawnictwo Dobra Literatura.
- Litterst Rob. 2020. „This death startup is chaking up the funeral industry by decomposing bodies”. *The Hustle* 29.10.2020, <https://thehustle.co/10292020-deathcare-recompose/> [dostęp: 05.09.2021].

- Lofland Lyn H. 1985. The Social Shaping of Emotion: The Case of Grief. *Symbolic Interaction* 8(2), s. 171-190.
- Loman Susan T., Sossin Mark K. 2007. Applying the Kestenberg Movement profile in Dance/Movement Therapy. An Introduction. [W:] *The Art and Science of Dance/Movement Therapy. Life Is Dance*. Chaiklin Charon, Wengrower Hilda (red.). New York: Routledge, s. 239-251.
- Long Litt Woon. 2019. *Powrót do życia. O żałobie i grzybach*. Przekład: Elżbieta Ptaszyńska-Sadowska. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Long Nancy. 2007. *Smelling and Tasting are Believing: A Studio Inquiry into an Intersensorial Practice*. (Praca magisterska). Montreal, Quebec: Concordia University.
- Louie Savannah. 2020. Meet Teddy. He helps people who are grieving. KSDK, 13.02.2020. <https://www.ksdk.com/article/features/comfort-dog-stl-teddy/63-1e3d5810-4863-447e-ad97-ca807c540980> [dostęp: 05.09.2021].
- Low Kelvin E.Y. 2005. Ruminations on the smell as a sociocultural phenomenon. *Current Sociology* 53(3), s. 397-417.
- Low Kelvin E.Y. 2007. *Olfactive frames of remembering: Notes on the smells of memories*. Department of Sociology, National University of Singapore.
- Low Kelvin E.Y. 2012. The social life of the senses: Charting directions. *Sociology Compass* 6(3), s. 271-282.
- Low Kelvin E.Y. 2015. The sensuous city: Sensory methodologies in urban ethnographic research. *Ethnography* 16(3), s. 295-312.
- Low Kelvin E. Y. 2018. Smell. [W:] *The International Encyclopedia of Anthropology*.
- Lundquist Caroline. 2008. Being Torn: Toward a Phenomenology of Unwanted Pregnancy. *Hypatia* 23(3) s. 136-155.
- Lutz Deborah. 2010. *Relics of Death in Victorian Literature and Culture*. Cambridge University Press.
- Lutz Deborah. 2011. The dead still among us: Victorian secular relics, hair jewelry, and death culture. *Victorian Literature and Culture* 39, s. 127-142.
- Łaska-Formajster Alicja, Adamczyk Paulina, Muzioł Vidal Aneta. 2020. Humanizacja opieki okołoporodowej warunkiem zdrowego społeczeństwa. Standardy a rzeczywistość na przykładzie Polski i Chile. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Łopatniuk Paulina. 2018. *Patolodzy. Panie doktorze, czy to rak?* Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
- Łosiewicz Dorota. 2016. Kobiety, które dowiedziały się, że urodzą chore dziecko będą mogły liczyć na pomoc psychologa. Niestety poczekają na nią nawet kilka tygodni. *W Polityce*, wpolityce.pl, 26.06.2016, <https://wpolityce.pl/spoleczenstwo/298321-kobiety-ktore-dowiedzialy-sie-ze-urodza-chore-dziecko-beda-mogly-liczyc-na-pomoc-psychologa-niestety-poczekaja-na-nia-nawet-kilka-tygodni> [dostęp: 05.09.2021].
- Łuczak-Wawrzyniak J., Czarnecka-Iwańczuk M., Bukowska A., Konofalska N. 2010. Wczesne i późne psychologiczne skutki utraty ciąży. *Ginekologia Polska* 81, s. 374-377.
- Łuczak-Wawrzyniak Jadwiga, Czarnecka Marta, Bukowska Anna. 2012. Strata dziecka – różne perspektywy postrzegania tego doświadczenia. [W:] *Psychologia w naukach medycznych II*. Strzelecki Wojciech, Czarnecka-Iwańczuk Marta, Cybulski Marcin (red.). Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, s. 164-172.
- Ługowska-Tabaj Anna, Tabaj Michał. 2014 *Rycerzyk*. Kraków: e-book.
- M'baïlara Katia, Swedensen J., Glatigny-Dallay E., Dallay D., Roux D., Sutter A.L., Demotes-Mainard J. 2005. Le baby blues: caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales. *L'Encéphale* 31(3), s. 331-336.
- MacDonald Mary Ellen, Libren Stephen, Carnevale Franco A., Rennick Janet E., Wolf Susan L., Meloche Donald, Cohen S. Robin. 2005. Parental perspectives on hospital staff members' acts of kindness and commemoration after a child's death. *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics* 116(4), s. 884-890.
- Maciąg Rafał. 2012. Społeczna konstrukcja dokumentów i danych urzędowych. Dane medyczne. *Przegląd Socjologiczny* 1(61), s. 179-200.

- Maciąg Rafał 2019 *Spoleczne znaczenia aborcji*. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny
- Maddrell Avril. 2012. Online memorials: the virtual as the new vernacular. *Bereavement Care* 31(2), s. 46-54.
- Maeterlinck Maurycy. 1993. *Śmierć*. Przekład: Franciszek Mirandola. Warszawa: Wydawnictwo Tulipan.
- Maj Mario. 2012. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 11(1), s. 1-2, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266754/> [dostęp: 05.09.2021].
- Makara-Studzińska Marta. 2013. Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18lat. *Psychiatria* 10(2), s. 76-83.
- Makiello-Jarża Grażyna (red.). 2011. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makiello-Jarża Grażyna (red.). 2012. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makiello-Jarża Grażyna (red.). 2013. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makiello-Jarża Grażyna, Gajda Zdzisława (red.). 2005. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makiello-Jarża Grażyna, Gajda Zdzisława (red.). 2006. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makiello-Jarża Grażyna, Gajda Zdzisława (red.). 2007. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makiello-Jarża Grażyna, Gajda Zdzisława (red.). 2008. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makiello-Jarża Grażyna, Gajda Zdzisława (red.). 2009. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makiello-Jarża Grażyna, Gajda Zdzisława (red.). 2010. *Ból i cierpienie*. Kraków: Acta Academiae Modrevianae.
- Makowska Karolina, Frąckiewicz Małgorzata. 2015. Motywy biblijno-religijne w pieśniach pogrzebowych z zeszytów śpiewaczych mieszkańców parafii Sokoły w powiecie wysokomazowieckim (część 1). *Studia nad Rodziną XIX* 2(37), s.141-163.
- Makselon Józef. 1983. *Struktura wartości a postawa wobec śmierci. Studium z tanatopsychologii*. Lublin: KUL.
- Malchiodi Cathy A. (red.). 2005. *Expressive Therapies*. New York, London: The Guilford Press.
- Malenfant Florence. 2017. „Przestałam czuć jego ruchy...”. Świadectwo mamy, która straciła dziecko w 37. tygodniu ciąży. Przekład: redakcja. *Aleteia*, pl.aleteia.org, 10.09.2017, <https://pl.aleteia.org/2017/09/10/zaloba-prenatalna-poruszajace-swiadectwo-mamy/> [dostęp: 05.09.2021].
- Malinowski Bronisław. 1948. *Magic, science and religion and other essays*. Garden City, NY: Doubleday.
- Malkinson Ruth, Bar-Tur Liora. 2004-2005. Long Term Bereavement Processes of Older Parents: The Three Phases of Grief. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 50(2), s. 103-129.
- Margulis, Lynn, Sagan Dorion. 1995. *What is life?* Berkeley: University of California Press.
- Marino P. A. 1998. The effects of cumulative grief in the nurse. *Journal of Intravenous Nursing : the Official Publication of the Intravenous Nurses Society* 21(2), s. 101-104.
- Martel Sara L. 2014. *Picturing life-stories in a biomedical setting: A phenomenological analysis of neonatal end-of-life photography*. (Rozprawa doktorska). Toronto: York University.
- Martel Sara L., Ives-Baine Lori. 2014. „Most Prized Possessions”: Photography as Living Relationships With the End-of-life Care of Newborns. *Illness, Crisis & Loss* 22(4), s. 311-332.
- Martin Terry L., Doka Kenneth J. 2000. *Men Don't Cry... Women Do. Transcending Gender Stereotypes of Grief*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

- Martin Terry L., Doka Kenneth J. 2010. *Grieving Beyond Gender: Understanding the ways men and women mourn*. New York: Routledge.
- Maruszewski Tomasz. 2005. *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mattes Bradley. 2011. Men and Abortion: An Overview. *Life Issues Institute: Saving Lives Through Pro-Life Education*, lifeissues.org, 05.04.2011, <https://www.lifeissues.org/2011/04/men-abortion-overview/> [dostęp: 05.09.2021].
- Mazur Joanna, Malinowska-Cieślik Marta, Oblacińska Anna. 2017. Przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat w Polsce w świetle międzynarodowych statystyk od 2000 roku. *Developmental Period Medicine* XXI(2), s. 111-123.
- Mądry Maria. 2012. Macierzyństwo jako płaszczyzna permanentnego rozwoju kobiety w biegu życia. *Psychologia Rozwojowa* 17(3), s. 9-21.
- McCarthy E. Doyle. 1989. Emotions are Social Things: An Essay in the Sociology of Emotions. [W:] *The Sociology of Emotions: Original Essays and Research Papers*. Franks David D. (red.). Greenwich, London: Jai Press Inc., s. 51-72.
- McCoyd Judith L. M., Walter Carolyn Amber. 2016. *Grief and Loss Across the Lifespan. A Biopsychosocial Perspective*. New York: Springer Publishing Company.
- McCreight Bernadette Susan. 2004. A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness* 26(3), s. 326-350.
- McDonald Ace Allicon, Bourbonnais Alier Ng, Starr Caroline (red.). 2019. *Through, Not Around. Stories of Infertility and Pregnancy Loss*. Toronto: Dundurn.
- McElroy Molly. 2013. Grieving parents find solace in remembrance photography – with photo gallery. *University of Washington News*, washington.edu, 19.03.2013, <https://www.washington.edu/news/2013/03/19/grieving-parents-find-solace-in-remembrance-photography-with-photo-gallery/> [dostęp: 05.09.2021].
- McFarlane Penny. 2012. *Creative drama for emotional support. Activities and exercises for use in the classroom*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- McIntosh Daniel N., Cohen Silver Roxane, Wortman Camille B. 1993. Religion's role in adjustment to a negative life event: Coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology* 65(4), s. 812-821.
- Mead Georg Herbert. 1922. A Behavioristic Account of the Significant Symbol. *The Journal of Philosophy* 19(6), s. 157-163.
- Mead Margaret. 2000. *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*. Przekład: Jacek Hołówka, Warszawa: PWN.
- Meekums Bonnie, Karkou Vicky, Nelson E. Andrea. 2015. Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009895.pub2/full?cookiesEnabled#0> [dostęp: 05.09.2021].
- Meert Kathleen L., Thurston Celia S., Briller Sherylyn H. 2005. The spiritual needs of parents at the time of their child's death in the pediatric intensive care unit and during bereavement: A qualitative study. *Pediatric Critical Care Medicine* 6(4), s. 420-427.
- Mehran Pegah, Simbar Masumeh, Shams Jamal, Ramezani-Tehrani Fahimeh, Nasiri Navideh. 2013. History of perinatal loss and maternal – fetal attachment behaviors. *Women and Birth* 26(3), s. 185-189.
- Melka-Roszczyk Marta, Malinowski Witold. 2013. Psychoza poporodowa. *Family Medicine & Primary Care Review* 15(3), s. 349-350.
- Mellon Emma. 2016. *Still life: A parent's memoir of life after stillbirth and miscarriage*. Santa Fe: Sunstone Press.
- Melosik M. 2014. Rekonstrukcje rodziny w kulturze natychmiastowości. [W:] Hejwosz-Gromkowska D. (red.), *Rekonstrukcje tożsamości w kulturze natychmiastowości*. Wydawnictwo Naukowe UAM: Poznań, s. 99-146.
- Menzies-Pike Catriona. 2017. *The long run: A memoir of loss and life in motion*. New York: Crown.
- Mercer Mark. 2012. What Women Should Know About Male Grief. *The Grief Toolbox*, thegrieftoolbox.com, 30.03.2012, <https://thegrieftoolbox.com/article/what-women-should-know-about-male-grief> [dostęp: 05.09.2021].

- Merritt Sasha. 2007. *Living Canvas*. [W:] *Chick Ink. 40 Stories of tattoos – and the women who wear them*. Hudson Karen L. (red.). Avon, Massachusetts: Adams Media
- Metcalf Gayden, Hays Charlotte. 2012. *Being dead is no excuse. The Official Southern Ladies Guide to Hosting the Perfect Funeral*. New York: Hyperion.
- Michalski Michał A. 2012. Dzieci rynku... Rynek dzieci... Osoby czy zasoby? *Annales. Etyka w życiu gospodarczym* 15, s. 73-87.
- Michels Nancy. 2005. *Aborcja. Przywrócić życiu sens*. Przekład: Maciej Wilkosz. Katowice: Wydawnictwo Credo.
- Michelson Kelly Nicole, Blehart Kathleen, Hochberg Todd, James Kristin. 2013. Bereavement Photography For Children: Program Development and Health Care Professionals' Response. *Death Studies* 37, s. 513-528.
- Middleton Warwick, Raphael Beverley, Martinek Nada, Misso Vivienne. 1993. Pathological grief reactions. [W:] *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention*. Stroebe Margaret S., Stroebe Wolfgang, Hansson Robert O. (red.). Cambridge: Cambridge University Press, s. 44-61.
- Miernik Bożena. 2017. Poronienie samoistne jako doświadczenie rodzinne – psychopedagogiczne aspekty straty dziecka w okresie prenatalnym. *Fides et Ratio* 1(29), s. 257-266.
- Miklaszewska Mieczysława. 1998. Zmarli nieopłakiwani – o dzieciach zamęczonych. [W:] *Problemy współczesnej tanatologii*, tom II. Kolbuszewski Jacek (red.), Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Mikulski Jakub, qm. 2018. Szczecin: Ktoś napisał na asfalcie „Aborcja to dzieciobójstwo”. Zarząd Dróg: Niezależnie od intencji to wandalizm. *Rzeczpospolita*, rp.pl, 27.07.2018, <https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art1827921-szczecin-ktos-napisal-na-asfalcie-aborcja-to-dzieciobojstwo-zarzad-drog-niezaleznie-od-intencji-to-wandalizm> [dostęp: 05.09.2021].
- Milczanowska Anna. 2011. Fotografik w kostnicy – o ukazaniu osoby zmarłej w sztuce współczesnej. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura* 2. s. 96-102.
- Miller Kyle. 2019. Sideline Grief. [W:] *Through, Not Around. Stories of Infertility and Pregnancy Loss*. McDonald Ace Allicon, Bourbonnais Alier Ng, Starr Caroline (red.). Toronto: Dundurn.
- Millis Jane, Bonner Ann, Francis Karen. 2006. The development of constructivist grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods* 5(1), s. 25-35.
- Mingren Wu. 2018. Capturing Scents, Not Tears: Debunking the Myth of Tear Catchers. *Ancient Origins. Reconstructing the Story of Humanity's Past*, 05.11.2018, <https://www.ancient-origins.net/artifacts-other-artifacts/tear-catcher-0010951> [dostęp: 05.09.2021].
- Miraglia Dorothy A. 2015. Introduction to the creative therapies in dealing with grief and loss issues. [W:] *Using the Creative Therapies to Cope with Grief and Loss*. Brooke Stephanie L., Miraglia Dorothy A. (red.). Springfield: Charles C. Thomas Publisher, s. 5-24.
- Mitchell Lisa M. 2016. „Time with Babe”: Seeing Fetal Remains after Pregnancy Termination for Impairment. *Medical Anthropology Quarterly* 30(2), s. 168-185.
- Mitchell Lisa M., Stephenson Peter H., Cadell Susan, Macdonald Mary Ellen. 2012. Death and grief on-line: Virtual memorialization and changing concepts of childhood death and parental bereavement on the Internet. *Health Sociology Review* 21(4), s. 413-431.
- Moayed Ghazaleh. 2018. How Motherhood Made Me a Better Abortion Provider. *Glamour*, glamour.com, 11.05.2018, <https://www.glamour.com/story/how-motherhood-made-me-a-better-abortion-provider> [dostęp: 05.09.2021].
- Mori Gilda. 2008. *Maria Manuela. Pamiętnik chorej dziewczynki – z listami Uberto Mori*. Przekład: Magdalena Gawlik. Kraków: Wydawnictwo eSPe.
- Morin Edgar. 1993. Antropologia śmierci. [W:] *Antropologia śmierci: Myśl francuska*. Przekład: Stanisław Cichowicz, Jakub M. Godzimirski. Cichowicz Stanisław, Godzimirski Jakub M. (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 77-157.
- Moschini Lisy B. 2019. *Art, lay, and Narrative Therapy. Using Metaphot to Enrich Your Clinical Practice*. New York, London: Routledge.

- Mullin Amy. 2015. Early Pregnancy Losses: Multiple Meanings and Moral Considerations. *Journal of Social Philosophy: Special Issue – Miscarriage, Reproduction Loss, and Fetal Death* 46(1), s. 27-43, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/josp.12085> [dostęp: 05.09.2021].
- Muthler Sarah. 2016. Stillbirth is more common than you think – and we're doing little about it. *The Washington Post*, washingtonpost.com, 16.05.2016, <https://www.washingtonpost.com/posteverything/wp/2016/05/16/stillbirth-is-more-common-than-you-think-and-were-doing-little-about-it/> [dostęp: 05.09.2021].
- Neill William. 2004. *Urban planning and cultural identity*. Routledge
- Neimeyer Robert A. 1999. Narrative Strategies in Grief Therapy. *Journal of Constructivist Psychology* 12, s. 65-85.
- Neimeyer Robert A., Burke Laurie A., Mackay Michael M., van Dyke Stringer Jessica. 2009. Grief Therapy and the Reconstruction of Meaning: From Principles to Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy* 40(2), s. 73-83.
- Neuman Ashlee. 2018. Moms Share Touching Photos and Stories of Their Rainbow Babies. *The Bump*, thebump.com, 15.10.2018, <https://www.thebump.com/a/rainbow-baby-photos> [dostęp: 05.09.2021].
- Newson Rachel S., Boelen Paul A., Hek Karin, Hofman Albert, Tiermeier Henning. 2011. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders* 132(1-2), s. 231-238.
- Nicot Romain, Hurteloup Edwige, Joachim Sébastien, Druelle Charles, Levailant Jean-Marc. 2021. Using low-cost 3D-printed models of prenatal ultrasonography for visually-impaired expectant persons. *Patient Education and Counseling* 104(9), s. 2146-2151.
- Nightingale Christine. 2020. *Dziecięce dusze. Jak komunikować się z duszą swojego przyszłego dziecka*. Przekład: Anna Gąsowska. Białystok: Wydawnictwo Kobiectwo.
- Nijakowski Lech M. 2006. *Domeny symboliczne: Konflikty narodowe i etniczne w wymiarze symbolicznym*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Nikitorowicz Jerzy. 2005. Kreowanie tożsamości dziecka w społeczeństwie zróżnicowanym kulturowo. [W:] *Dziecko i media elektroniczne – nowy wymiar dzieciństwa, tom I: Telewizja i inne mass media w życiu dziecka*. Izdebska Jadwiga, Sosnowski Tomasz (red.). Białystok: Trans Humana Wydawnictwo Uniwersyteckie, s. 15-26.
- Nocuń Małgorzata. 2020. *Wczesne życie*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Norberg-Schultz Christian. 1979. *Genius Loci: Towards a Phenomenology of Architecture*. New York: Rizzoli.
- Nowak Monika. 2016. Miejsca milczenia. Przemilczenia jako element kształtowania się kontekstów świadomości dzieci i młodzieży z chorobą nowotworową. *Ethos* 29/1(113), s. 221-240.
- Nowicka Urszula. 2017. Prawo do pochowania dziecka utraconego w wyniku poronienia wedle ustawodawstwa polskiego i kanonicznego, *Łódzkie Studia Teologiczne* 26(4), s. 147-159.
- Nowicka-Jeżowa Alina. 1986. „Treny” Jana Kochanowskiego jako źródło funeralnej poezji baroku. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Litteraria* 16, s. 9-29.
- Nowosielska Katarzyna. 2021. Aborcja stała się praktycznie niedopuszczalna w Polsce. *Polityka Zdrowotna*, politykazdrowotna.com, 05.03.2021, <https://www.politykazdrowotna.com/71080,aborcja-stala-sie-praktycznie-niedopuszczalna-w-polsce> [dostęp: 05.09.2021].
- O'Leary Joann. 2009. Never a simple journey: pregnancy following perinatal loss. *Bereavement Care* 28(2), s. 12-17.
- O'Neil Anna. 2019. Gigantyczne rzeźby nienarodzonych dzieci. Zapis „cudownej podróży”. Przekład: redakcja. *Aleteia*, pl.aleteia.org, 09.01.2019, <https://pl.aleteia.org/2019/01/09/gigantyczne-rzezby-nienarodzonych-dzieci-zapis-cudownej-podrozy/> [dostęp: 05.09.2021].
- Oatley Keith, Jenkins Jennifer M. 2003. *Zrozumieć emocje*. Przekład: Józef Radzicki, Jacek Suchecki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Ogińska-Bulik Nina. 2017. Radzenie sobie ze stratą dziecka a występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych. *Czasopismo Psychologiczne – Psychological Journal* 23(1), s. 159-166.
- Ogrodniczuk John S., Oliffe John L. 2011. Men and depression. *Canadian Family Physician* 57(2), s. 153-155, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038800/> [dostęp: 05.09.2021].
- Okła W. 2001. Ryzyko zespołu wypalenia i sposoby jego przezwyciężania u terapeutów i osób wspierających. [W:] *Wybrane zagadnienie z psychologii klinicznej osobowości, Psychosomatyka. Problemy Psychologii Klinicznej nr 5*. Szewczyk L., Kulik A. (red.). Lublin: TN KUL, s. 133-142.
- Olsson Mats J., Cain William. 2003. Implicit and explicit memory for odors: Hemispheric differences. *Memory & Cognition* 31(1), s.44-50.
- Onofri Antonio, La Rosa Cecilia. 2017. *Żaloba: Psychoterapia poznawczo-ewolucjonistyczna i EMDR*. Przekład: Hanna Michalska. Poznań: Fundacja Przyjaciele Martynki.
- Ord Robyn L. 2009. „It’s like a tattoo” Rethinking Dominant Discourses on Grief. *Canadian Social Work Review* 26(2), s. 195-211.
- Orfus Melanie. 2019. Spring Birthday Parties. [W:] *Through, Not Around. Stories of Infertility and Pregnancy Loss*. McDonald Ace Allicon, Bourbonnais Alier Ng, Starr Caroline (red.). Toronto: Dundurn.
- Orłowska Monika. 2011. *Cisza pod sercem*. Replika: Warszawa.
- Osband Bev. 2006. When the Face across the Room Reflects My Own: On Being a Psychotherapist and a Bereaved Parent. [W:] *When Professionals Weep. Emotional and Countertransference Responses in End-of-Life Care*. Katz Renee S., Johnson Therese A. (red.). New York, London: Routledge, s. 171-188.
- Ostaszewska Aneta. 2010. Post Scriptum po śmierci Michaela Jacksona. Warszawa: Tauro.
- Ostrowska Antonina. 2016. Przemiany postaw wobec śmierci. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 10(2), s. 41-47.
- Ostrowska-Czaja Małgorzata. 2014. Jak pomóc rodzicom po stracie nienarodzonego dziecka? *Natuli: dzieci są ważne*, dziecisawazne.pl, 2014, <https://dziecisawazne.pl/jak-pomoc-rodzicom-po-stracie-nienarodzonego-dziecka/> [dostęp: 05.09.2021].
- Oxley Rebecca. 2017. Pregnant Men: Parental Postnatal Depression and a Culture of Hormones. [W:] *What if culture was nature all along? New materialisms*. Kirby Vicki (red.). Edinburgh: University Press, s. 90-109.
- Palczyński Tadeusz. 2008. *Socjologia tożsamości*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
- Parkes Collin Murray, Weiss Robert Stuart. 1983. *Recovery from bereavement*. New York: Basic.
- Parkes Colin Murray 2009. *Love and loss: The roots of grief and its complications*. New York: Routledge.
- Parma Valentina, Castiello Umberto, Köster Egon peter, Mojet Jos. 2014. Selecting food. The contribution of memory, liking, and action. *Appetite* 76, s. 186-196.
- Parry-Jones Clare. 2018. Performative Ritual of Loss – Marking the Intangible. [W:] *Staging Loss: Performance as Commemoration*. Pinchbeck Michael, Westerside Andrew (red.). Lincoln: Palgrave Macmillan, s. 215-230.
- Parsons Kate. 2010. Feminist Reflections on Miscarriage, in Light of Abortion. *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 3(1), s. 1-22.
- Paterson Mark . 2007. *The Senses of Touch. Haptics, Affects and Technologies*. Oxford, New York: Berg.
- Pawlik Wojciech. 2007. *Grzech. Studium z socjologii moralności*. Kraków: Zakłada Wydawniczy NOMOS.
- Pawlikowska-Łagód Katarzyna, Sak Jarosław. 2016. Aborcja – problemy etycznomoralne współczesnego świata. [W:] *Filozofia wobec dylematów współczesności*. Maciąg Kamil (red.). Lublin: Wydawnictwo Naukowe Tygiel, s. 7-20.

Pąkowska Barbara. 2004. Fotografia jako ślad umarłego. [W:] *Śmierć jako norma, śmierć jako skandal*. Kuligowski Waldemar, Zwierzchowski Piotr (red.). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.

Peters Terri. 2016. 'It's healing to talk about it': The story behind woman's miscarriage tattoo. *Today*, today.com, 21.06.2016, <https://www.today.com/parents/it-s-healing-talk-about-it-story-behind-woman-s-t99691> [dostęp: 05.09.2021].

Pieńczyk Agnieszka. 2011. Żywotność praktyk magicznych na przykładzie sposobów ochrony dzieci przed urokiem (przygotowano z materiałów „Polskiego Atlasu Etnograficznego”). *Studia Etnologiczne i Antropologiczne* 11, s. 231-243.

Pierce Jessica. 2013. The Dying Animal. *Bioethical Inquiry* 10, s. 469-478.

Pieris Jaclyn. 2016. *A loss misunderstood: Healing your grieving heart after miscarriage*. New York: Changing Lives Press.

Pies Ronald. 2012. Bereavement, complicated grief, and the rationale for diagnosis in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 14(2), s. 111-113.

Pies Ronald. 2014. The Bereavement Exclusion and *DSM-5*: An Update and Commentary. *Innovations in Clinical Neuroscience* 11(7-8), s. 19-22.

Pietrzyk Anna. 2015. Fotografia pogrzebowa w polskiej obyczajowości wczoraj i dziś. *Ogrody Nauki i Sztuki* 5, s. 541-551.

Pilecka Barbara. 1995. *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*. Lublin: Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”.

Pilecka Barbara. 2016. Różne strony procesu żałoby. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum* XXII/1, s. 146-171.

Pogrzebny Rafał, Cieślak Katarzyna. 2017. Człowiek, który wie, że odchodzi, potrzebuje szczerej rozmowy. *Medycyna Praktyczna dla Pacjentów*, mp.pl, 02.11.2017, <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/wywiady/174854,czlowiek-ktory-wie-ze-odchodzi-potrzebuje-szczerej-rozmowy> [dostęp: 05.09.2021].

Polachek Shlomi Inbal, Harari Huller Liat, Baum Micha, Strous Rael D. 2012. Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder symptoms: The Uninvited Birth Companion. *Israel Medical Association Journal* 14(6), s. 347-353.

Polpa M. 2003. Rozwój i znaczenie bliskich więzi w życiu człowieka. [W:] *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*. Polpa M., Wojciszke B. (red.). Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS, s. 49-76.

Pomarańska-Bielecka Małgorzata. 2010. Prawna i socjologiczna charakterystyka występków dzieciobójstwa. *Dziecko krzywdzone* 3(32), s. 31-42.

Popek Stanisław. 2012. *Barwy i Psychika. Percepcja, ekspresja, projekcja*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Rando Therese A. 1985. Creating therapeutic rituals in the psychotherapy of the bereaved. *Psychotherapy*, 22, 236-240.

Rando Therese A. 1993. *Treatment of Complicated Mourning*. Parker: BookCrafters.

Rapczuk Stanisław. 2012. *Szokująca prawda o aborcji*. Kraków: Petrus.

Raphael Beverley. 1975. The Management of Pathological Grief. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 9, s. 173-180.

Raun Tobias (2017) <https://journals.uic.edu/ojs/index.php/fm/article/download/7810/6559>

Ravasio Maria Cristina. 2013. Położna i rodzice, którzy tracą nienarodzone dziecko. [W:] *Przerwane oczekiwanie. Poradnik dla kobiet po poronieniu*. Cozza Giorgia. Przekład: Alicja Paleta, Barbara Sosnowska. Warszawa: Mamania, s. 185-189.

Rawlings Deb, Litster Caroline, Miller-Lewis Lauren, Tieman Jennifer, Swetenham Kate. 2019. The voices of death doulas about their role in end-of-life care. *Health and Social Care in the Community* 28, s. 12-21.

Raynor Andrea. 2017. *The Alphabet of Grief: Words to Help in Times of Sorrow*. New York: Waterbrook.

Reddin Shamus K. 1987. The photography of stillborn children and neonatal deaths. *Journal of Audiovisual Media in Medicine* 10(2), s. 49-51.

Regan Ronald. 1988. Proclamation 5890 – Pregnancy and Infant Loss Awareness Month. *Regan Library*, reganlibrary.gov, 25.10.1988, <https://www.reaganlibrary.gov/archives/speech/proclamation-5890-pregnancy-and-infant-loss-awareness-month-1988> [dostęp: 05.09.2021].

Rehfeldt Ingrid, Doll Axel, Thierfelder Ina, Tegethoff Dorothea. 2016. Unterstützungsbedarf von Eltern in der Trauerbegleitung nach dem Tod ihres frühgeborenen Kindes. Eine qualitative Untersuchung der Sichtweisen Pflegender in der Elternberatung. *Pflege* 29(2), s. 63-71.

Rehorick David Allan, Nugent Linda. 2008. Male Experiences of Pregnancy: Bridging Phenomenological and Empirical Insights. [W:] *Transformative Phenomenology. Changing Ourselves, Lifeworlds, and Professional Practice*. Rehorick David Allan, Bentz Valerie Malhotra (red.). New York: Lexington Books, s. 33-50.

Rigamonti Magdalena, Łobodziński Folia. 2018. Łobodziński do Rigamonti: Mnie się wyć chce do dziś, codziennie. Pierwszy raz mówię o tym publicznie. *Wiadomości Dziennik Polska*, wiadomosci.dziennik.pl, 08.10.2018, <https://wiadomosci.dziennik.pl/opinie/artykuly/582763,lobodzinski-corka-marysia-smierc-choroba-glejnak-nowotwor.html> [dostęp: 05.09.2021].

Riggs Anne. 2010. *The Creative Space. Art and wellbeing in the shadow of trauma, grief and loss*. (Rozprawa doktorska). School of Social Sciences and Psychology Faculty of Arts, Education and Human Development Victoria University.

Risé Claudio. 2010. *Mały intruz. Dziecko i chore społeczeństwo*. Przekład: Paweł Borkowski. Poznań: Wydawnictwo Polskiej Prowincji Dominikanów W drodze.

Ritschel Chelsea. 2019. Mother Pose with Their Rainbow Babies in Emotional Photo Shoot. *Independent*, independent.co.uk, 08.08.2019, <https://www.independent.co.uk/life-style/rainbow-baby-photo-miscarriage-shoot-mother-pregnancy-a9047481.html> [dostęp: 05.09.2021].

Robert Hannah. 2017. *Baby Lost. A story of grief and hope*. Melbourne University Press.

Robinson Evelyn. 2000. *Adoption and Loss. The Hidden Grief*. Adelaide: Clova Publications.

Rogers Earl J. (red.). 2007. *The Art of Grief. The Use of Expressive Arts in a Grief Support Group*. New York, London: Routledge.

Rogowska Blanka, Trzaskowska-Gawęda Kinga. 2021. Już nie myślałam, żeby syn za wszelką cenę żył. Ważniejsze było, by nie cierpiał. *Gazeta Wyborcza*, wydanie łódzkie, lodz.wyborcza.pl, 29.05.2021, <https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,35136,27122782,matki-po-stracie.html> [dostęp: 05.09.2021].

Romanoff Bronny D. 1998. Rituals and the Grieving Process. *Death Studies* 22(8), s. 697-711.

Roseman Janet Lynn. 2012. Unlikely companions: Grief, dance and mysticism. *Journal of Dance & Somatic Practices* 4(1), s. 79-91.

Rosiek Stanisław (oprac.). 2002. *Wymiary śmierci*. Gdańsk: Słowo/ obraz terytoria.

Rostili Mikaela, Saareli Jana, Kawachiego Ichiro. 2011. Mortality in parents following the death of a child: a nationwide follow-up study from Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health* 66(10), s. 927-933.

Różyńska Joanna. 2008. *Od zygoty do osoby: Potencjalność, identyczność i przerywanie ciąży*. Gdańsk: Słowo/ obraz terytoria.

Rubin Simon Shimshon, Malkinson Ruth. 2001. Parental response to child loss across the life cycle: Clinical and research perspectives. [W:] *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Stroebe Margret S., Hansson Robert O., Stroebe Wolfgang, Schut Henk (red.). Washington, DC: American Psychological Association, s. 219-240.

Ruby Jay. 1995. *Secure the Shadow. Death and Photography in America*. Cambridge, London: The MIT Press

Rutkowski Mirosław. 2013. *Kiedy powstaje istota ludzka? Aborcja i doświadczenia na zarodkach*. Kraków: Universitas.

Rutkowski Paweł. 2020. Tajemnica mogiły "640 abortowanych dzieci". Skąd pochodzą pochowane tam szczątki? [ŚLEDZTWO WYBORCZEJ]. *Gazeta Wyborcza* wydanie stołeczne, warszawa.wyborcza.pl, 18.12.2020, <https://warszawa.wyborcza.pl/warszawa/7,54420,26614394,sledztwo-wyborczej-w-mogile-640-dzieci-nienarodzonych-nie.html> [dostęp: 05.09.2021].

- Rybarik Fran. 1997. Documenting a Neonate's Death. *Lifelines* 04.1997, s. 27.
- Safina Carl. 2018. *Poza słowami. Co myślą i czują zwierzęta*. Przekład: Dominika Dymińska. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Seftel Laura. 2006. *Grief Unseen. Healing Pregnancy Loss through the Arts*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Sajnani Nisha, Gopalakrishna Maitri. 2017. Rasa: Exploring the influence of indian performance theory in drama therapy. *Drama Therapy Review* 3(2), s. 225-239.
- Sanders Catherine M. 2001. *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei*. Przekład: Elżbieta Knoll. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sanger Carol. 2012. The Birth of Death: Stillborn Birth Certificates and the Problem for Law. *California Law Review* 100(1), s. 269-311, <http://scholarship.law.berkeley.edu/californialawreview/vol100/iss1/6> [dostęp: 05.09.2021].
- Sanokowska-Nazarewicz Katarzyna. 2014. 55 minut życia. *Gazeta Wyborcza: Duży Format*, wyborcza.pl, 26.06.2014, <https://wyborcza.pl/duzyformat/7,127290,16214134,55-minut-zycia.html> [dostęp: 05.09.2021].
- Sansone Antonella. 2004. *Mothers, Babies, and Their Body Language*. Exeter: Karnac Books.
- Santoro Patric. 2015. Performing Landscapes of/and Loss. *Text and Performance Quarterly* 35(2-3), s. 234-254.
- Sawicka Maja. 2017. Searching for a narrative of loss: interactional ordering of ambiguous grief. *Symbolic Interaction* 40(2), s. 229-246.
- Scheffler Samuel. 2019. Śmierć i życie po śmierci. Kiedy umrę, ludzkość będzie trwać. Przekład: Dawid Misztal. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Scheibe Karl E. 2017. *Deep Drama: Exploring Life as Theater*. Cham: Palgrave Macmillan.
- Scherer Klaus R. 1999. Wystąpienie emocji zależy od istotności zdarzenia dla hierarchii celów/potrzeb organizmu. [W:] *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Ekman Paul, Davidson Richard J. (red.) Gdańsk: GWP, s. 199-202.
- Schiffirin Elizabeth. 2009. „This so clearly needs to be marked”: an exploration of memorial tattoos and their functions for the bereaved. (Praca magisterska). Northampton: Smith College, <https://scholarworks.smith.edu/theses/1143> [dostęp: 05.09.2021].
- Schuman Aaron, Schels Walter, Lakotta Beate. 2009. Life Before Death. Suddenly Everything Matters – Portraits of the dying. *Foam Magazine* 17, s. 151-154.
- Schütze Fritz, Riemann Gerhard 1992. Trajektoria jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych. *Kultura i Społeczeństwo* 2, s. 89-109.
- Schütze Fritz. 1997. Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej. *Studia Socjologiczne* 1, s. 11-32.
- Scott Susie. 2018. A Sociology of Nothing: Understanding the Unmarked. *Sociology* 52(1), s. 3-19.
- Scott Susie. 2020. Social nothingness: A phenomenological investigation. *European Journal of Social Theory*, s. 1-20, DOI: 10.1177/1368431020958899.
- Scott Susie, Hinton-Smith Tamsin, Härmä Vuokko, Broome Karl. 2012. The reluctant researcher: shyness in the field. *Qualitative Research* 12(6), s. 715-734.
- Sendyka Roma. 2011. Antropologia zmysłów. *Autoportret* 3(35), s. 20-27.
- Seyfried L.S., Marcus S.M. 2003. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry*. 15(3), s. 31-42.
- Seyle, D. C. 2007. *Identity fusion and the psychology of political extremism*. The University of Texas: Austin, <http://repositories.lib.utexas.edu/handle/2152/3027> [dostęp: 05.09.2021].
- Shaw. 2019. The dandelion in my belly garden. [W:] *Through, Not Around. Stories of Infertility and Pregnancy Loss*. McDonald Ace Allicon, Bourbonnais Alier Ng, Starr Caroline (red.). Toronto: Dundurn.

Shear Kathrine M., 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., Keshaviah, A. 2011. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and anxiety* 28(2), s. 103-117.

Shepherd Gordon M. 2006. Smell images and the flavour system in the human brain. *Nature* 444, s. 316-321.

Shermer Michael. 2008. Five Fallacies of Grief: Debunking Psychological Stages. *Scientific American*, scientificamerican.com, 01.11.2008, <https://www.scientificamerican.com/article/five-fallacies-of-grief/> [dostęp: 05.09.2021].

Shimshon Rubin Simon, Malkinson Ruth. 2001. Parental Response to Child Loss Across the Life Cycle: Clinical and Research Perspectives [W:] *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping, and Care*. Stroebe Margaret S., Hansson Robert O., Stroebe Wolfgang, Schut Henk (red.). Washington: American psychological Association, s. 219-240.

Shostak Arthur B., McLouth Gary, Seng Lynn. 1984. *Men and Abortion Lessons, Losses and Love*. New York: Praeger Publishers.

Shulman Lisa M. 2019. *Mózg w żalobie*. Przekład: Emilia Skowrońska. Poznań: Wydawnictwo FILIA.

Singer Peter, Wells Deane. 1988. *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Przekład: Zygmunt Nierada. Warszawa: Wiedza Powszechna.

Sisson Colin P. 2001. *Sztuka świadomego oddychania*. Przekład: Anna Łobocka-Oleksowicz, Wanda Grajkowska, Małgorzata Jałoch. Konstancin-Jeziorna: Wydawnictwo MEDIUM.

Sisto Davide. 2020. *Online Afterlives. Immortality, Memory, and Grief in Digital Culture*. Przekład: Bonnie McClellan-Broussard. Cambridge, London: The MIT Press.

Skarga Barbara. 2002. Ślad i obecność, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Skiba Anna. 2021. Internetowa grupa wsparcia jako przestrzeń na opowieść o depresji i innych zaburzeniach psychicznych. Przypadek grupy „Porcelanowe Aniołki”. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 17(2), s. 110-131.

Slany Krystyna. 2006. *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie*, Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.

Sleziona Monika, Krzyżanowski Dominik. 2011. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Pielęgniarki i Zdrowie Publiczne* 1(3), s. 217-223.

Sławiński Henryk ks. 2013. Duszpasterska opieka i głoszenie Dobrej Nowiny Chrystusa rodzicom dzieci zmarłych przed urodzeniem. *Polonia Sacra* 18 4(37), s. 141-157.

Słowiński G. 2012. Hasło: Tożsamość (*Identity*). [W:] *Słownik socjologii jakościowej*. Konecki Krzysztof T., Chomczyński Piotr (red.). Warszawa: Engram, Difin, s. 298-301.

Smelczyńska Iza, Strug Adam. 2017. Żegnam się, mój świecie wesoly. Przekrój, przekroj.pl, 01.11.2017, <https://przekroj.pl/przekroj-poleca/zegnam-cie-moj-swiecie-wesoly> [dostęp: 05.09.2021].

Smith Caila. 2019. It's Bereaved Parents Month, Here's What We Want You To Know. *Scary Mommy*, scarymommy.com, 17.07.2019, <https://www.scarymommy.com/bereaved-parents-month-july-child-loss/> [dostęp: 05.09.2021].

Smyth Lisa. 2012. *The Demands of Motherhood. Agents, Roles and Recognition*. New York: Palgrave Macmillan.

Snochowska-Gonzalez Claudia (red.). 2011. *A jak hipokryzja. Antologia tekstów o aborcji, władzy, pieniądzu i sprawiedliwości*. Warszawa: Wydawnictwo O Matko!

Sofka Carla J., Cupit Illene Noppe, Gilbert Kathleen R. (red.). 2012. *Dying, Death, and Grief in an Online Universe. For Counselors and Educators*. New York: Springer Publishing Company.

Solomon Susan, Swapnil Gupta. 2014. The Denial of Death: A Three-decade Long Case of Absent Grief. *Indian Journal of Psychological Medicine* 36(1), s. 82-84, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959027/> [dostęp: 05.09.2021].

Sontag Susan. 2009. *O fotografii*. Przekład: Sławomir Migala. Kraków: Wydawnictwo Karakter.

- Sowa Agnieszka. 2014. Co robić ze szczątkami dzieci nienarodzonych. *Tygodnik Polityka*, polityka.pl, 11.11.2014, <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/spoleczenstwo/1598867,1,co-robic-ze-szczatkami-dzieci-nienarodzonych.read> [dostęp: 05.09.2021].
- Spyrczak Marta. 2018a. *Za wcześnie. Rozmowy z rodzicami wcześniaków urodzonych w 23-29 tygodniu ciąży*. Ridero.
- Spyrczak Marta. 2018b. *Za wcześnie. Rozmowy z rodzicami wcześniaków urodzonych w 30-36 tygodniu ciąży*. Ridero.
- Speckhard Anne, Rue Vincent M. 1993. Complicated Mourning: Dynamics of Impacted Post Abortion Grief. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal* 8, s. 5.
- Spindler Beth. 2018. *Yoga Therapy for Fear. Treating Anxiety, Depression and Rage with the Vagus Nerve and Other Techniques*. London, Philadelphia: Singing Dragon.
- Stage Carsten, Hougaard Tina Thode. 2018. *The Language of Illness and Death on Social Media. An Affective Approach*. Bingley: Emerald Publishing Limited.
- Stang Heather. 2016. Yoga for Grief. [W:] *Techniques of Grief Therapy. Assessment and Intervention*. Neimeyer Robert A. (red.). New York, London: Routledge, s. 114-150.
- Stang Heather. 2018. *Mindfulness & Grief. With guided meditations to calm your mind and restore your spirit*. London, New York: Cico Books.
- Stelcer Bogusław. 2012. Żaloba mężczyzn. *Nowiny Lekarskie* 81(5), s. 569-573.
- Stelcer Bogusław. 2015. Żal po stracie – dynamika adaptacji do nieuniknionych zmian. *Sztuka Leczenia* 3-4, s. 47-56.
- Stephens Mark. 2017. *Yoga Therapy. Foundations, Methods, and practices for Common Ailments*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Stige Brynjulf, Ansdell Gary, Elefant Cochavit, Pavlicevic Mércèdes. 2010. *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*. Surrey: Ashgate.
- Stiles Tara. 2012. *Yoga cures: Simple routines to conquer more than 50 common ailments and live pain-free*. New York: Three Rivers Press.
- Stoll Erin J. 2016. Online Memorials. [W:] *Techniques of Grief Therapy. Assessment and Intervention*. Neimeyer Robert A. (red.). New York, London: Routledge, s. 244-248.
- Stonehouse Anna, Sutherland Bruce. 1992. *Po poronieniu*. Przekład: Andrzej Pilich. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Straczuk Justyna. 2009. Społeczny wymiar emocji – żal i żaloba w doświadczeniu poronienia. [W:] *Emocje a kultura i życie społeczne*. Binder Piotr, Palska Hanna, Pawlik Wojciech (red.). Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Straczuk Justyna. 2013. *Cmentarz i stół. Pogranicze pprawosławno-katolickie w Polsce i na Białorusi*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Strauss Anzelm L. 2013. *Zwierciadła i maski. W poszukiwaniu tożsamości*. Przekład: Agnieszka Hałas. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Strauss Anzelm L. 1959/2007. *Mirrors and Masks: The Search for Identity*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Struck Karin. 2006. *Widzę moje dziecko we śnie*. Przekład: Alicja Młyńska. Kraków: Dom Wydawniczy „Rafael”.
- Stroebe M., Shut H., Finkenauer C. 2001. The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 38(3-4), s.185-201
- Sulik Paweł, Broniarczyk Natalia. 2016. „Wmawia się nam, że aborcja to zawsze trudna decyzja”. Natalia Broniarczyk o tym, jak rodzi się trauma. *TOK FM, audycja Post Factum*, 04.10.2016, <https://audycje.tokfm.pl/podcast/42048,-Wmawia-sie-nam-ze-aborcja-to-zawsze-trudna-decyzja-Natalia-Broniarczyk-o-tym-jak-rodzi-sie-trauma> [dostęp: 05.09.2021].
- Suska Dorota. 2016. „Tacierzyństwo” jako leksykalny wykładnik nowego ojcostwa w świetle męskich blogów rodzicielskich (refleksja lingwistyczno-kulturowa). *Rozprawy Komisji Językowej ŁTN LXII*, s. 145-156.
- Suwada Katarzyna. 2017. *Men, Fathering and the Gender Trap. Sweden and Poland Compared*. Cham: Palgrave Macmillan.

- Swann William B., Gómez Ángel Seyle D., Conor Morales, J. Francisco Huici Carmen. 2009. Fuzja tożsamości: wzajemne oddziaływanie tożsamości osobistych i społecznych w skrajnych zachowaniach grupowych. *Journal of Personality and Social Psychology* 96(5), s. 995–1011.
- Swann-Thomas Bee, Fleming Susan, Buckley Emily. 2021. Etched in the skin: grief on a living canvas memorial tattoos as expressions of grief. *Mortality* <https://doi.org/10.1080/13576275.2020.1865893> [dostęp: 05.09.2021].
- Sweeting Helen N., Gilhooly Mary L. M. 1990. Anticipatory Grief: A Review. *Social Science & Medicine* 30(1), s. 1073-1080.
- Swift Kaeli N., Marzluff John M. 2015. Wild American crows gather around their dead to learn about danger. *Animal Behaviour* 109, s. 187-197.
- Szczepański Jan. 1970. *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa: PWN.
- Szawarski Zbigniew. 1988. Przedmowa. [W:] *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Singer Peter, Wells Deane. Przekład: Zygmunt Nierada. Warszawa: Wiedza Powszechna, s. 5-8.
- Szenajch Piotr. 2015. *Trudne umieranie: Narracyjne przedstawienia choroby i śmierci a doświadczenie osób terminalnie chorych*. Warszawa: Instytut Sławistyki PAN, Fundacja Sławistyczna.
- Szmyd Krzysztof, Urbaniak Katarzyna, Dytman-Stasieńko Agnieszka (red.). 2017. *Pozwólcie mi odejść w ramionach najbliższych. Medyczne, psychologiczne i prawne aspekty śmierci dziecka w okresie okołoporodowym i w pierwszych miesiącach życia*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Inspiracje.
- Szromba-Rysowa Zofia. 1986. Uczta pogrzebowa w zwyczajach i wierzeniach ludowych. *Polska Sztuka Ludowa* XL(1–2), s. 37-38.
- Sztobryn-Bochomska Justyna. 2021. *Tanatos w literaturze dziecięcej i jego pedagogiczny wymiar*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Szwarc Magdalena. 2016. *Ojcowie szóstego levelu. Reportaże o ojcostwie*. Warszawa: Wydawnictwo Zwierciadło.
- Szwed Sylwia. 2014. *Mundra*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Szymański Mirosław Józef. 2016. Kim jestem? Tożsamość jako zadanie w czasach gwałtownej zmiany społecznej. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny* 35(1), s. 11-24.
- Szyborska Karolina. 2019. *Mors Immatura: Dziecko i śmierć w literaturze i kulturze drugiej połowy XIX i na początku XX wieku (na tle europejskim)*. Kraków: Universitas.
- Ściepuro Aleksandra, Wilkowska Alina, Landowski Jerzy. 2005. Zaburzenie stresowe pourazowe jako następstwo szczególnej traumy podczas porodu. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 14(1), s. 4-7.
- Ślipko Tadeusz ks. 1978. *Życie i płeć człowieka. Przedmałżeńska etyka seksualna. Etyczny problem samobójstwa*. Kraków: Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy.
- Śliwa Ewa. 2015. *Znaki Czasu. Konstrukty tożsamości kobiet z trzech pokoleń*. Kraków: Wydawnictwo „Dante”.
- Świrydowicz Teresa. 2007. Rodzina w sytuacji choroby zagrażającej życiu dziecka – wybrane aspekty. [W:] *Problemy współczesnej tanatologii*, tom XI, Kolbuszewski Jacek (red.), Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Świata Marzena, Kławsu Piotr. 2009. *Podróż za horyzont. Pięć lat później*. Gdańsk: Hospicjum to też Życie.
- Tabaszová Blanka, Hospes Vítězslav. 1999. *Mój syn nie odszedł...* Przekład: Blanka Tabaszová. Kraków: Wydawnictwo Antykwa i Skrzat.
- Tatrzńska Karolina. 2016. Abp Jędraszewski żegna Emilkę, która żyła pół godziny. *Gazeta Wyborcza Wydział Łódzkie*, <https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,35136,19909978,abp-jedraszewski-zegna-emilke-ktora-zyla-pol-godziny.html> [dostęp: 05.09.2021].
- Taylor Jennifer. 2008. Yoga Therapy in Practice. End-of-Life Yoga Therapy: Exploring Life and Death. *International Journal of Yoga Therapy* 8, s. 97-103.
- Teggi Annalisa. 2019. Nasza córka żyła tylko godzinę po narodzinach. I odmieniła cały nasz świat. Przekład: redakcja. *Alateia*, pl.alateia.org, 20.09.2019, <https://pl.alateia.org/>

2019/09/20/nasza-corka-zyla-tylko-godzine-po-narodzinach-i-odmienila-caly-nasz-swiat/ [dostęp: 05.09.2021].

Thoits Peggy. 1989. The Sociology of Emotions. *Annual Review of Sociology* 15, s. 317-342.

Thomas Louis-Vincent. 1991. *Trup. Od biologii do antropologii*. Przekład: Krzysztof Kocjan. Łódź: Wydawnictwo Łódzkie.

Thomelin Zetta. 2018. *The healing metaphor. Hypnotherapy Scripts*. Surrey: Grosvenor House Publishing.

Thomése Pieter Frans. 2011. *Cień mojego dziecka*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.

Thompson Marney R., Whiteman Allyson D., Loucks Karen D., Daudt Helena M. L. 2017. Complicated Grief in Canada: Exploring the Client and Professional Landscape. *Journal of Loss and Trauma* 22(7), s. 577-598, DOI: 10.1080/15325024.2017.1358574.

Thompson Ann. 2020. Meet Teddy, The Grief Therapy Dog At Arlington Memorial Gardens, 91.7 WVXU, Cincinnati Public Radio, 05.03.2020, <https://www.wvxu.org/local-news/2020-03-05/meet-teddy-the-grief-therapy-dog-at-arlington-memorial-gardens> [dostęp: 05.09.2021].

Thoits Peggy. 1989. The Sociology of Emotions. *Annual Review of Sociology* 15, s. 317-342

Thursby Jacqueline S. 2006. *Funeral Festivals in America: Rituals for the Living*. Lexington: The University Press of Kentucky.

Tomczyk-Anioł Anna. 2017. Łukasz pracuje w krematorium: Ludzie myślą, że to piec z wielkim ogniem. A jest inaczej. *Gazeta Wyborcza*, wydanie weekendowe, weekend.gazeta.pl, <http://weekend.gazeta.pl/weekend/1,152121,22582236,lukasz-pracuje-w-krematorium-ludzie-mysla-ze-to-piec-z-wielkim.html> [dostęp: 05.09.2021].

Tonkin Lois. 2019. *Motherhood Missed. Stories from Women Who Are Childless by Circumstance*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Trepal Heather C., Gibson Semivan Suzanne, Caley-Bruce Mary. 2015. Miscarriage: A Dream Interrupted. [W:] *Creative Interventions in Grief and Loss Therapy. When the Music Stops a Dream Dies*. Duffey Thelma (red.). London, New York: Routledge, s. 155-172.

Troyer John. 2020. „I was completely unprepared”: confronting my sister’s death. The Guardian, theguardian.com, 24.03.2020, <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/24/growing-up-in-a-funeral-home-couldnt-prepare-me-for-my-sisters-death> [dostęp: 05.09.2021].

Turner Raewyn. 2003. Olfactory Translations and Interpretations. *Performance Research* 8(3), s. 104-112.

Turner Victor W., Bruner Edward M. (red.). 1986. *The Anthropology of Experience*. Urbana, Chicago: University of Illinois Press.

Trybulski JoAnn. 2005. The Long-Term Phenomena of Women’s Postabortion Experiences. *Western Journal of Nursing Research* 27(5), s. 559-576.

Trybulski JoAnn. 2006. Women and abortion: the past reaches into the present. *JAN Leading Global Nursing Research* 54(6), s. 683-690.

Udziela Seweryn. 1934. *Ziemia Łemkowska przed półwieczem: zapiski i wspomnienia z lat 1888-1893*. Lwów: Nakład Towarzystwa Ludoznawczego.

Ulsamer Gabriele, Ulsamer Bertold. 2003. *Zasady życia w rodzinie. Na podstawie koncepcji więzi rodzinnych Berta Hellingera. Poradnik dla rodziców*. Kielce: e-book.

Unterhitzberger Johanna, Rosner Rita. 2016. Preliminary Evaluation of a Prolonged Grief Questionnaire for Adolescents. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 74(1), s.80-95.

Urazińska Agnieszka. 2019a. „Zanim się pomyślało o dziecku, trzeba było dupę odchudzić”. Kobiety o traumie porodu. *Gazeta Wyborcza*, wydanie łódzkie, lodz.wyborcza.pl, 22.08.2019, <https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,35136,25105899,zanim-sie-pomyslalo-o-dziecku-trzeba-bylo-dupe-odchudzic.html> [dostęp: 05.09.2021].

Urazińska Agnieszka. 2019b. „Patrz i ucz się, jak się wkłada palce w kobietę”. Bulwersujące wyniki badań na polskich porodówkach. *Wysokie Obcasy*, wysokieobcasy.pl, 08.11.2019, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,163229,25375504,panienka-tu-rodzic-przyszla-czy-tylko-sobie-polezec-porod.html?disableRedirects=true> [dostęp: 05.09.2021].

Urazińska Agnieszka. 2019c. „Matki obok karmiły dzieci, a ja myślałam, w co ubrać synka do trumny”. Kobiety po stracie. *Gazeta Wyborcza*, wydanie łódzkie, lodz.wyborcza.pl, 30.11.2019, <https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,44788,25426570,matki-obok-karmily-dzieci-ja-myslalam-w-co-ubrac-synka-do.html> [dostęp: 05.09.2021].

Urazińska Agnieszka. 2021. Rano miała rodzić martwe dziecko. Pielęgniarka powiedziała, żeby nie histeryzowała. *Gazeta Wyborcza*, wydanie łódzkie, lodz.wyborcza.pl, 21.02.2021, <https://lodz.wyborcza.pl/lodz/7,44788,26777961,kobiety-po-poronieniach-nie-maja-w-szpitalach-wlasciwej-opieki.html> [dostęp: 05.09.2021].

Urbańczyk Przemysław. 2020. Trudna historia zwłok. Tom 1: Wrócisz do ziemi. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.

Urbańska Sylwia. 2009. Profesjonalizacja macierzyństwa jako proces odpodmiotowienia matki. Analiza dyskursów poradnika „Twoje Dziecko” z 2003 i 1975 roku. [W:] *Kobiety. Feminizm. Demokracja*. Budrowska Bogusława (red.). Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 19-42.

Üstündag-Budak Ayse Meltem. 2015. The replacement child syndrome following stillbirth: a reconsideration. *Enfance*, 3(3), s. 351-364, <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2015-3-page-351.htm#> [dostęp: 05.09.2021].

Valentine Christine, Bauld Linda, Walter Tony. 2016.. Bereavement Following Substance Misuse: A Disenfranchised Grief. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 72(4), s. 283-301.

Valich Lindsay. 2018. Understanding the biology of grief through dance. *University of Rochester Newscenter*, rochester.edu, 08.05.2018, <https://www.rochester.edu/newscenter/student-uses-dance-understand-biology-grief-318362/> [dostęp: 05.09.2021].

van Krieken Robert. 2014. Norbert Elias and Emotions in History. [W:] *Emotions and Social Change. Historical and Sociological Perspectives*, Lemmings David, Brooks Ann. New York: Routledge.

van Wormer Katherine, Roberts Albert R. 2009. *Death by Domestic Violence. Preventing the Murders and Murder-Suicides*. Westport, London: Praeger.

Vatomsky Sonya. 2017. Debunking the Myth of 19th-Century „Tear Catchers”. *Atlas Obscura*, atlasobscura.com, 02.05.2017, <https://www.atlasobscura.com/articles/tearcatchers-victorian-myth-bottle> [dostęp: 05.09.2021].

Väisänen Leena. 1999. *Family Grief and Recovery Process When a Baby Dies. A Qualitative Study of Family Grief and Healing Processes After Fetal or Baby Loss*. (Rozprawa doktorska). Oulu: University of Oulu.

Veil Simone. 2005. *O prawo do aborcji. Przemówienie z 26 listopada 1974 i rozmowa z Annick Cojean*. Przekład Sławomir Królak. Warszawa: Wydawnictwo Sic!

von Ameln Falko, Gerstmann Ruth, Kramer Josef. 2009. *Psychodrama 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Wakefield Jerome C., Schmitz Mark F., First Michael B., Horwitz Allan V. 2007. Extending the Bereavement Exclusion for Major Depression on Other Losses. Evidence From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 64, s. 433-440.

Wakefield Jerome C., First Michael B. 2012. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 11, s. 3-10.

Waldorff Jerzy. 1982. *Muzyka łagodzi obyczaje. Artykuły, recenzje, felietony*. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne.

Walentynowicz-Moryl Katarzyna. 2016. Utrata ciąży jako wyzwanie dla kobiecości – analiza doświadczeń kobiet znajdujących się w sytuacji utrudnionej prokreacji. *Rocznik Lubuski* 42(2), s. 339-381.

Waloch Natalia, Olszewska Elżbieta. 2019. Elżbieta Olszewska: Myślałam, że śmierć dziecka powoduje, że człowiek z automatu umiera. Jednak ze mną tak się nie stało. *Wysokie Obcasy*, wysokieobcasy.pl, 21.12.2019, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,53662,25518200,elzbieta-olszewska.html?fbclid=IwAR1hjTH0q85Ek54gXO9c0HWQVY9hjWYgxE5W2vb2A6wB7oCyDsdqznzETnro> [dostęp: 05.09.2021].

Walter Natalia. 2016. *Internetowe wsparcie społeczne. Studium Socjopedagogiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Walter Tony. 1991. Modern Death: Taboo or Not Taboo? *Sociology* 25(2), s. 293-310.
- Walter Tony. 1993. Death in the New Age. *Religion* 23(2), s. 127-145.
- Walter Tony. 2006. What is Complicated Grief? A Social Constructionist Perspective. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 52(1), s. 71-79.
- Walter Tony. 2015. Sociological Perspectives on Death, Dying, and Bereavement. [W:] *Death, Dying, and Bereavement. Contemporary Perspectives, Institutions, and Practices*. Stillion Judith M., Attig Thomas (red.). New York: Springer Publishing Company, s. 31-44.
- Walter Tony, Hourizi Rachid, Moncur Wendy, Pitsillides Stacey. 2011-2012. Does the Internet Change How We Die and Mourn? Overview and Analysis. *OMEGA: Journal of Death and Dying* 64(4), s. 275-302.
- Wang Dongjie. 2015. A History of Post-Mortem Photography. <http://www.ohlone.edu/org/library/wang.pdf> [link nieaktywny].
- Waniek Katarzyna. 2019. Lekceważone potencjały i narosłe nieporozumienia: kilka uwag o metodzie autobiograficznego wywiadu narracyjnego Fritza Schützego. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 15(2), s. 132-163.
- Wańczowski Marian. 1993. *Księga żałoby i śmierci*. BW: Opole.
- Warland Jane, O'Leary Joann, McCutcheon Helen, Williamson Victoria. 2011. Parenting paradox: Parenting after infant loss. *Midwifery* 27(5), s. e163-e169.
- Wasilewski Jerzy S. 2010. *Tabu*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Weaver-Hightower Marcus B. 2012. Waltzing Matilda : An Autoethnography of a Father's Stillbirth. *Journal of Contemporary Ethnography* 41(4), s. 462-491.
- Weesjes Elke. 2013. 'Don't Move' – A Short History of Post-Mortem Photography. *United Academics Blog*, 03.04.2013, https://www.academia.edu/8837116/Dont_Move_-_A_Short_History_of_Post-Mortem_Photos [dostęp: 05.09.2021].
- Weickel Martina. 2014. *Yogatherapie: Heilanwendungen für Körper, Geist und Seele*. Monachium: Goldman.
- Wejbert-Wąsiewicz Edyta. 2011. *Aborcja. Między ideologią a doświadczeniem indywidualnym. Monografia zjawiska*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Wejbert-Wąsiewicz Edyta. 2012. *Aborcja w dyskursie publicznym. Monografia zjawiska*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Węglarz Małgorzata. 2021. *Wszystko, co powinieneś wiedzieć, zanim umrzesz. Tajemnice branży pogrzebowej*. Warszawa: Muza Warszawska Wydawnictwo Literackie.
- Wheeler Inese. 2001. Parental bereavement: The crisis of meaning. *Death Studies* 25(1), s. 51-66.
- White Michele. 2010. Babies Who Touch You: Reborn Dolls, Artists, and the Emotive Display of Bodies on eBay. [W:] *Political Emotions. New Agendas in Communication*. Staiger Janet, Cvetkovich Ann, Reynolds Ann (red.). New York, London: Routledge, s. 66-89.
- Wicenty Justyna. 2020. *Kołysanka z huraganem*. Warszawa: Wydawnictwo Dowody na Istnienie.
- Więckowska Elżbieta. 1997. Opłakiwanie dziecka zmarłego tragicznie. [W:] *Problemy współczesnej tanatologii*, tom I. Kolbuszewski J. (red.), Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Wigram Tony, Nygaard Pedersen Inge, Bonde Lars Ole. 2002. *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Wildgoose Jane. 2019. Beyond All Price: Victorian Hair Jewelry, Commemoration & Story-Telling. *Fashion Theory* 22(6), s. 699-726.
- Wilkinson Stephen. 2003. Is „Normal Grief” a Mental Disorder? *The Philosophical Quarterly* 50(200), s. 289-304.
- Wilkowski Andrzej. 2004. *Weź, pokochaj smoka. Rzecz o umieraniu dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Księży Marianów.
- Willems Melissa. 2019. Rainbow Baby: What It Means and Why Rainbow Babies Are Beautiful. *Parents*, parents.com, 2019, <https://www.parents.com/baby/what-it-means-to-be-a-rainbow-baby-and-why-rainbow-babies-are-beautiful/> [dostęp: 05.09.2021].

- Williams Clare. 2006. Dilemmas in fetal medicine: premature application of technology or responding to women's choice? *Sociology of Health&Illness* 28(1), s. 1-20.
- Winiarek-Kołučka Małgorzata (red.). 2016. *Drama wzmacnia. Metoda dramy w edukacji antydyskryminacyjnej i obywatelskiej*. Warszawa: Stowarzyszenie praktyków Dramy STOP-KLATKA.
- Winnicka Ewa. 2017. *Był sobie chłopczyk*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Winston Ellen. 2015. Animal-assisted psychotherapy in the healing of childhood depression. [W:] *The Use of the Creative Therapy in Treating Depression*. Brooke Stephanie L., Myers Charles E. (red.). Springfield: Charles C Thomas Publisher, s. 291-309.
- Witkowska Halszka. 2021. *Samobójstwo w kulturze dzisiejszej. Listy samobójców jako gatunek wypowiedzi i fakt kulturowy*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Wojacek Magdalena (oprac.). 2009. *Aniołkowe mamy: Historie kobiet, które poroniły. Porady ekspertów*. Cykl: Przerwijmy Tabu. Kraków: Wydawnictwo M.
- Wojdyło Ewa. 2020. *Żal po stracie. Lekcje akceptacji. Pokonaj ból i żyj dalej*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Wojtkowiak Joanna. 2020. Ritualizing Pregnancy and Childbirth in Secular Societies: Exploring Embodied Spirituality at the Start of Life. *Religions* 11(458), doi:10.3390/rel11090458.
- Wolfelt Alan D. 2004. *Funeral Home Customer Service A-Z. Creating Exceptional Experiences for Today's Families*. Fort Collins: Companion Press.
- Wolska Marta. 2019. Pochówek dziecka utraconego – dlaczego o nim milczymy? *Aleteia*, pl.aleteia.org, 23.09.2019, <https://pl.aleteia.org/2019/09/23/pochówek-dziecka-utraconego-dlaczego-o-nim-milczymy/> [dostęp: 05.09.2021].
- Woodyard Chris. 2017. Transparent Fiction – The Myth of the Victorian Tear Bottle. *Haunted Ohio Blog*, 16.05.2017, <http://hauntedohiobooks.com/news/13531/> [dostęp: 05.09.2021].
- Worden J. William 1991. *Grief Counselling and Grief Therapy*. London: Routledge.
- Worden J. William. 2009. *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- Worden J. William. 2015. Theoretical perspectives on loss and grief. [W:] *Death, Dying. And Bereavement. Contemporary perspectives, institutions, and practices*. Stillion Judith M., Attig Thomas (red.). New York: Springer Publishing Company, s. 91-104.
- Wójciak Rafał W. 2011. Ryzyko zabójstwa i agresji wobec noworodków w okresie poporodowym u kobiet. *Pielęgniarstwo Polskie* 3(41), s. 150-154.
- Wróblewska Barbara. BR. Żałoba po dziecku, które zginęło wskutek aborcji. *Serwis internetowy katolik.pl*, <https://www.katolik.pl/zaloba-po-dziecku-ktore-zginelo-wskutek-aborcji,1818,416,cz.html> [dostęp: 05.09.2021].
- Wróblewski Michał. 2013. Wyzwanie biomedycyzacji. Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby „podszyte” teorią aktora-sieci. *Przegląd Kulturoznawczy* 1 (15), s. 67-84.
- Wrzesiński Jacek, Dzieduszycki Wojciech (red.). 2004. *Dusza maluczka, a strata ogromna*. Funeralia Lednickie, t. 6.
- Wrzochul-Stawinoga Justyna. 2017. Wirtualne życie po śmierci. Doświadczenie śmierci na Facebooku. *Zarządzanie Mediami* 5(3), s. 127-152.
- Young Diana Jane Barbara. 2001. *The Colours of Things. Memory, Materiality and an Anthropology of Senses in North Western South Australia*. (Rozprawa doktorska). University College.
- Zadylak Anika. 2020. Ty, który oceniasz mnie z krzywdzącą łatwością... *Oddech Życia*, oddechzycia.pl, 07.06.2020, <https://oddechzycia.pl/zycie/ty-ktory-oceniasz-mnie-z-krzywdzaca-latwoscia/> [dostęp: 05.09.2021].
- Zamanzadeh Vahid, Valizadeh Leila, Rahiminia Elaheh, Kochaksaraie Fatemeh Ranjbar. 2013. Anticipatory Grief Reactions in Fathers of Preterm Infants Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Caring Sciences* 2(1), s. 83-88.

Zalewska Marina. 2000. Dramat matki i unicestwianego w psychicznym istnieniu dziecka. [W:] *Problemy współczesnej tanatologii*, tom IV. Kolbuszewski Jacek (red.), Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.

Zalewski Grzegorz. 2021. *Nie pozwolę ci zniknąć*. Warszawa: Biała Plama.

Zasada Stanisław, Bocian Piotr. 2016. Najtrudniejsze są dzieci. Ale nie płakałem nawet na pogrzebie ojca. To by było nieprofesjonalne, gdyby grabarz płakał. *Gazeta Wyborcza*, wydanie weekendowe, Weekend.gazeta.pl, 30.10.2016, <https://weekend.gazeta.pl/weekend/7,177333,20907281,najtrudniejsze-sa-dzieci-ale-nie-plakalem-nawet-na-pogrzebie.html> [dostęp: 05.09.2021].

Zawiła Małgorzata. 2008. *Religia i śmierć: Trajektoria umierania i jej religijne elementy na przykładzie środowisk hospicyjnych w Polsce*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.

Zdziebłowski Szymon. 2018. Sudan. Najstarsze takie pochówki. *Życie Uniwersyteckie UAM*, 03.04.2018, <http://uniwersyteckie.pl/nauka/sudan-najstarsze-takie-pochowki> [dostęp: 05.09.2021].

Zimoń Małgorzata, Zimoń Marcin. 2017. *Poronienie. Ukoić ból*. Bielsko-Biała: Wydawnictwo Inspiracje.

Ziółkowski Marek. 1981. Znaczenie. Interakcja. Rozumienie. Studium z symbolicznego interakcjonizmu i socjologii fenomenologicznej jako wersji socjologii humanistycznej. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Znamirowska-Soczawa Beata. 2016. *Dlaczego moje dziecko? Okrutne błędy natury*. Warszawa: Poradnia K.

Zucco Gesualdo M., Aiello Lara, Turuani Laura, Köster Egon. 2012. Odor-Evoked Autobiographical Memories: Age and Gender Differences Along the Life Span. *Chemical Senses* 37, s. 179-189.

2004. *Funeralia Lednickie. Spotkanie 6. Dusza maluczka, a strata ogromna*. Dzieduszycki Wojciech, Wrzesiński Jacek. Poznań: Stowarzyszenie Naukowe Archeologów Polskich, Oddział w Poznaniu.

Słowniki i encyklopedie online:

Cambridge Dictionary. Hasło: **bereavement**, <https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english/bereaved>, [dostęp: 05.09.2021].

Cambridge Dictionary, hasło: **grief**, <https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english/grief>, [dostęp: 05.09.2021].

Cambridge Dictionary, hasło: **mourning**, <https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english/mourning>, [dostęp: 05.09.2021].

Słownik Języka Polskiego Państwowego Wydawnictwa Naukowego, on-line, hasło: **doświadczać/doświadczyć**, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/do%C5%9Bwiadcza%C4%87.html>, [dostęp: 05.09.2021].

Słownik Języka Polskiego Państwowego Wydawnictwa Naukowego, on-line, hasło: **doświadczenie**, <https://sjp.pwn.pl/sjp/doswiadczenie;2453772.html>, [dostęp: 05.09.2021].

Słownik Języka Polskiego Państwowego Wydawnictwa Naukowego, on-line, hasło: **strata**, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/strata.html>, [dostęp: 05.09.2021].

Słownik Języka Polskiego Państwowego Wydawnictwa Naukowego, on-line, hasło: **tabu**, <https://sjp.pwn.pl/szukaj/tabu.html>, [dostęp: 05.09.2021].

Słownik Języka Polskiego Państwowego Wydawnictwa Naukowego, on-line, hasło: **żałoba**, <https://sjp.pwn.pl/sjp/zaloba;2548006.html>, [dostęp: 05.09.2021].

Wikipedia: **Worldwide Candle Lighting**, https://de.wikipedia.org/wiki/Worldwide_Candle_Lighting, [dostęp: 05.09.2021].

Raporty:

2007. *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006*. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku. https://www.rodzicpoludzku.pl/images/stories/publikacje/opieka_okoloporodowa_w_polsce2007.pdf [dostęp: 05.09.2021].
2018. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet, https://fundacjamatecznik.pl/wp-content/uploads/2019/06/RAPORT_FRpL_2018.pdf [dostęp: 05.09.2021].
- GUS. 2020. Rocznik Demograficzny: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/14/1/rocznik_demograficzny_2020.pdf [dostęp: 05.09.2021].
- GUS. 2021. Badania statystyczne: Urodzenia. Dzietność oraz Zgony. Trwanie życia na bazie rejestrów administracyjnych, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-dzieci-w-wieku-0-4-lata,36,1.html> [dostęp: 05.09.2021].
- GUS. 2021. Badania statystyczne: Urodzenia. Dzietność; Zgony. Trwanie życia; na bazie rejestrów administracyjnych, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/zgony-niemowlat,35,1.html> [dostęp: 05.09.2021].
- GUS. 2021. Struktura ludności: Urodzenia w latach 1970-2019, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/struktura-ludnosci,16,1.html> [dostęp: 05.09.2021].
- NIK. 2016. NIK o opiece okołoporodowej na oddziałach położniczych, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-okoloporodowej-na-oddzialach-poloznicznych.html> [dostęp: 05.09.2021].

Dokumenty (akty prawne itp.):

- Dziennik Ustaw 1993, 17, poz. 78, Ustawa z dnia 07.01.1993: o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19930170078&type=3> [dostęp: 05.09.2021].
- Dziennik Ustaw. 2011. 144, poz. 853: Ustawa z dnia 26 maja 2011 roku o zmianie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111440853/O/D20110853.pdf> [dostęp: 05.09.2021].
- Dziennik Ustaw. 2014. poz. 174: Ustawa z dnia 28 listopada 2014 roku Prawo o aktach stanu cywilnego. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20140001741/U/D20141741Lj.pdf> [dostęp: 05.09.2021].
- Dziennik Ustaw. 2015. poz. 2069. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150002069/O/D20152069.pdf> [dostęp: 05.09.2021].
- Dziennik Ustaw, 2018, poz. 1756, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16.08.2018, W sprawie standardu organizacji opieki okołoporodowej, <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001756> [dostęp: 05.09.2021].
- Dziennik Ustaw z 2021 r. poz. 175: Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r. sygn. akt K 1/20, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000175> [dostęp: 05.09.2021].
- Kodeks karny art. 149, <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/kodeks-karny-16787601/art-149> [dostęp: 05.09.2021].
- RODO. Rozporządzenie 2016/679 i akty towarzyszące, <https://uodo.gov.pl/404> [dostęp: 05.09.2021].
- The House Of Representatives. 2005. Supporting the goals and ideals of National Pregnancy and Infant Loss Remembrance Day, <https://www.govinfo.gov/content/pkg/BILLS-109hconres222ih/html/BILLS-109hconres222ih.htm> [dostęp: 05.09.2021].
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. APA. 2013. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm-5> [dostęp: 05.09.2021].
- Rzecznik Praw Obywatelskich. 2020. Prawa rodziców dzieci martwo urodzonych, których płci nie da się ustalić. RPO do Senatu o podjęcie inicjatywy ustawodawczej. *Biuletyn Informacji Publicznej RPO*: <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/prawa-rodzic%c3%b3w-dzieci-martwo-urodzonych-kt%c3%b3rych-p%c5%82ci-nie-da-si%c4%99-ustali%c4%87-rpo-do-senatu-o-podj%c4%99cie> [dostęp: 05.09.2021].

Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej: <https://www.rodzicpoludzku.pl/images/rzecznictwo/SOOO.pdf> [dostęp: 05.09.2021].

Facebook:

A Bed For My Heart. Facebook, 06.08.2020, <https://www.facebook.com/ABedForMyHeart/photos/a.217777101726530/1513600608810833/?type=3&theater> [dostęp: 05.09.2021].

Aborcja jest OK. Wysokie Obcasy, 2018, <https://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,66725,23046751,gdyby-aborcja-faktycznie-byla-ok-to-czy-budzilaby-tyle-kontrowersji.html> [dostęp: 05.09.2021].

Aborcyjny Dream Team. Facebook, <https://www.facebook.com/aborcyjnydreamteam/> [dostęp: 05.09.2021].

Aborcyjny Dream Team. Facebook, 15.01.2020, <https://www.facebook.com/aborcyjnydreamteam/photos/3160763480814677/> [dostęp: 05.09.2021].

Cherish Death & Mourning. Facebook, 18.08.2021 <https://www.facebook.com/death.doula.lloydminster/posts/256071766350861> [dostęp: 05.09.2021].

Centrum pomocy Facebooka. BD. Jak zgłosić śmierć użytkownika lub konto, któremu należy nadać na Facebooku status „In memoriam”?, <https://www.facebook.com/help/150486848354038/> [dostęp: 05.09.2021].

Dzień Dziecka Utraconego 15 października. Facebook, <https://www.facebook.com/DzienDzieckaUtraconego15paздziernika/> [dostęp: 05.09.2021].

Dziewuchy Dziewuchom. Facebook, 17.01.2020, <https://business.facebook.com/dziewuchydziewuchom/posts/3390405794367745> [dostęp: 05.09.2021].

Filozofia w ogrodzie – wydarzenia. Facebook, 20.04.2020, <https://www.facebook.com/powszechny/posts/2552596304846046/> [dostęp: 05.09.2021].

Fundacja Nagle Sami. Cykl Wspieram w żałobie [#wspieramwżałobie]. Facebook, <https://www.facebook.com/NagleSami/posts/1904398192997156/> [dostęp: 05.09.2021].

International Wave of Light. Facebook, 14.03.2017, <https://www.facebook.com/notes/805196796986833/> [dostęp: 05.09.2021].

Jestem Matką Aniela Jestem Ojcem Aniela. Facebook, 17.08.2018 – Lisa, <https://www.facebook.com/jmajoa/> [dostęp: 05.09.2021].

Miscarriage Mamas. Facebook, 08.08.2014, <https://www.facebook.com/miscarriagemamas/posts/294652340717098> [dostęp: 05.09.2021].

Ośmiorniczki dla wcześniaków. Facebook, <https://www.facebook.com/osmiorniczkidlawczesniakow/> [dostęp: 05.09.2021].

Stowarzyszenie Nasz Bocian. Facebook, <https://www.facebook.com/Stowarzyszenie.Nasz.Bocian> [dostęp: 05.09.2021].

Strony internetowe:

ambiguousloss.com strona Boss Pauline, <https://ambiguousloss.com/> [dostęp: 05.09.2021].

anjafranczak.com, strona autorska Anji Franczas, towarzyszek w żałobie, <http://anjafranczak.com/> [dostęp: 05.09.2021].

Centrum Pamięci *Nghĩa Trang Online*, <https://quakhu.net/> [dostęp: 05.09.2021].

2019. Moja historia poronienia. Jak w jednej chwili zawałił się świat.

chcemybycrodzicami.pl, Chcemy Być Rodzicami, wpis: 05.07.2019, <https://www.chcemybycrodzicami.pl/moja-historia-poronienia/> [dostęp: 05.09.2021].

dlaczego.org.pl, strona Dlaczego? Serwis dla rodziców po stracie i rodziców dzieci chorych, forum dyskusyjne „Dlaczego?” <http://dlaczego.org.pl/forum/index.php?site=nowe&bn=> [dostęp: 05.09.2021]. [dostęp: 05.09.2021].

doulagivers.com, strona edukacyjna ugrupowania Doulagivers. Certified End of Life Doula Training, <https://doulagivers.com/> [dostęp: 05.09.2021].

Family Friend Poems. Strona z wierszami dotyczącymi straty, w tym *Miscarriage Poems*, <https://www.familyfriendpoems.com/poems/death/miscarriage/> [dostęp: 05.09.2021].

Forum Czarne fotki na portalu *sadistic.pl*, wątek o lalkach Reborn, <https://www.sadistic.pl/szukaj/wysp/> [dostęp: 05.09.2021].

fundacjamalychserc.pl, strona Fundacji Małych Serc, organizatora i koordynatora polskiej edycji projektu „ośmiorniczki dla wcześniaków”, <http://www.fundacjamalychserc.pl/fundacja.php> [dostęp: 05.09.2021].

fundacjaspes.pl, strona Fundacji SPES, <https://www.fundacjaspes.pl/miejsce-pamieci-dzieci-utraconych/tabliczki-pamieci> [dostęp: 05.09.2021].

gajusz.org.pl, strona Fundacji Gajusz, hospicjum perinatalne, <https://gajusz.org.pl/dla-potrzebujacych/hospicjum-perinatalne/> [dostęp: 05.09.2021].

glosdlazycia.pl, strona Fundacji Głos dla życia, <https://glosdlazycia.pl/> [dostęp: 05.09.2021].

karolinajonderko.com. Strona autorska Karoliny Jonderko. *Projekt Reborn*, <http://www.karolinajonderko.com/#/reborn/> [dostęp: 05.09.2021].

instytutdobrejsmierci.pl, strona Instytutu Dobrej Śmierci, <https://instytutdobrejsmierci.pl/> [dostęp: 05.09.2021].

lachrymatory.com. 2008. Strona Lachrymatory: Tear Bottle History, <http://www.lachrymatory.com/History.htm> [dostęp: 05.09.2021].

melaniegaranin.com. Strona autorska Melanie Garanin. *Projekt Kerzentiere*, <https://melaniegaranin.com/kerzentiere/> [dostęp: 05.09.2021].

memento.com.pl *Grób dziecka utraconego*, <https://memento.com.pl/cmentarz-komunalny/grob-dziecka-utraconego>

mojapsychologia.pl. Strona Moja psychologia „Co to jest – żałoba?” <https://mojapsychologia.pl/definicje/80,zaloba.html> [dostęp: 05.09.2021].

monikamoryn.pl. Strona autorska Moniki Moryń. *Projekt Wielodzietna*, 2019. <http://monikamoryn.pl/?p=1305> [dostęp: 05.09.2021].

neonatalbutterflyproject.org. Strona projektu *The Butterfly Project*, <https://www.neonatalbutterflyproject.org/> [dostęp: 05.09.2021].

orderofthegooddeath.com, strona międzynarodowego ruchu Dobrej Śmierci, <http://www.orderofthegooddeath.com/resources/death-positive-movement> [dostęp: 05.09.2021].

nowilaymedowntosleep.org, strona amerykańskiej organizacji Now I Lay Me Down To Sleep, <https://www.nowilaymedowntosleep.org/> [dostęp: 05.09.2021].

nowilaymedowntosleep.org, wpis na temat *Bereaved Mother's Day*, 23.04.2019, <https://www.nowilaymedowntosleep.org/2019/04/23/internationalbereavedmothersday/> [dostęp: 05.09.2021].

nowilaymedowntosleep.org, strona akcji *Remembrance Walk*, <https://www.nowilaymedowntosleep.org/remembrancewalk/> [dostęp: 05.09.2021].

Pinterest: *grief tattoos*, <https://pl.pinterest.com/tinamariecooper/grief-tattoos/> [dostęp: 05.09.2021].

poronienie.pl, strona i forum Stowarzyszenia Rodziców po Poronieniu. Wpis: Poronienie w liczbach, <https://www.poronienie.pl/medycyna/poronienie/poronienie-w-liczbach/> [dostęp: 05.09.2021].

poronilam.pl, strona Poroniłam.pl, <https://www.poronilam.pl/> [dostęp: 05.09.2021].

proseksualna.pl, strona Proseksualna.pl. Wpis: Przeszłam aborcję, 11.06.2014, <https://proseksualna.pl/kultura/przeszlam-aborcje/> [dostęp: 05.09.2021].

recompose.life. Strona projektu Recompose, <https://recompose.life/> [dostęp: 05.09.2021].

rodzicepostracie.lublin.pl. Strona Rodzice po stracie – Lublin. *Księga Dzieci Utraconych*, <http://rodzicepostracie.lublin.pl/portfolio/ksiega-dzieci-utraconych/> [dostęp: 05.09.2021].

rodzicpoludzku.pl, strona Fundacji Rodzić po ludzku, <https://www.rodzicpoludzku.pl/index.php> [dostęp: 05.09.2021].

soihadanabortion.squarespace.com, strona So, I had an abortion..., <https://soihadanabortion.squarespace.com/> [dostęp: 05.09.2021].

spruttegruppen.dk, strona duńskiego projektu *Spruttegruppen (The Danish Octo Project)*, <https://www.spruttegruppen.dk/danish-octo-project-english/> [dostęp: 05.09.2021].

stopgender.pl, strona Stop Gender, <http://stopgender.pl/Aborcja-fakty.php> [brak dostępu].

stronazycia.pl, Serwis fundacji Pro-Prawo do życia „Strona Życia”, <https://stronazycia.pl/> [dostęp: 05.09.2021].

suicydologia.org, strona Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego, <https://suicydologia.org/> [dostęp: 05.09.2021].

Tak Wybrałam, Blog. 2016. Wpis: Historia Agnieszki – „...bałam się już pójść do innego lekarza...”, 09.12.2016, <http://takwybrałam.blogspot.com/2016/12/historia-agnieszki-baam-sie-juz-pojsc.html?view=flipcard> [dostęp: 05.09.2021].

tearcatcher.com. 2018. Strona Tear Catcher Inspired Gifts: Tear Bottle History, <https://tearcatcher.com/tear-bottles/tear-bottle-history/> [dostęp: 05.09.2021].

TED, *TED Women*: McNerny Nora. 2018. We don't „move on” from grief. We move forward with it. https://www.ted.com/talks/nora_mcinerny_we_don_t_move_on_from_grief_we_move_forward_with_it [dostęp: 05.09.2021].

thevisualstoryteller.co.uk, strona Jane Lewis, fotografki, <https://www.thevisualstoryteller.co.uk/gallery#&gid=1710956311&pid=36> [dostęp: 05.09.2021].

towarzyszeniewodchodzeniu.pl, strona Anei Filipek, douli umierania, <https://www.towarzyszeniewodchodzeniu.pl/> [dostęp: 05.09.2021].

ustawieniasystemowe.com, strona Małgorzaty Rajchert-Lewandowskiej, wpis: O miłości do matek i ich usuniętych dzieci, 23.10.2018, <https://ustawieniasystemowe.com/o-milosci-do-matek-i-ich-usunietych-dzieci/> [dostęp: 05.09.2021].

whatsyourgrief.com, portal What's Your Grief, Wpis: *Types of grief*, 26.07.2013, <https://whatsyourgrief.com/types-of-grief/> [dostęp: 05.09.2021].

Wrocławski Budżet Obywatelski (WBO), projekt grobowca i pomnika dziecka nienarodzonego, <https://www.wroclaw.pl/budzet-obywatelski-wroclaw/projekty-2014/projekt,id,234> [dostęp: 05.09.2021].

YT: 7 metrów pod ziemią, kanał Rafała Gębury, <https://www.youtube.com/channel/UCwzvvpQaawfflCxXKpU-FAw> [dostęp: 05.09.2021].

zdalaodszpitala.pl. Strona Szantaż z dala od szpitala, <https://zdalaodszpitala.pl/> [dostęp: 05.09.2021].

zwrotnikraka.pl, strona portalu onkologicznego Zwrotnik Raka. Wpis: Wsparcie psychoonkologiczne dziecka z chorobą nowotworową, 29.05.2016, <https://www.zwrotnikraka.pl/wsparcie-psychoonkologiczne-dziecka/> [dostęp: 05.09.2021].

Wybrane projekty, konferencje i sympozja:

Efekt projektu zrealizowanego w latach 2010-2012 na terenach północno-wschodniej Polski przez Stowarzyszenie Krusznia Suwalszczyzny w postaci płyty z nagraniami pt. „Rwie się życia przędza... pieśni pogrzebowe północno-wschodniej Polski, cz. 1”, <http://krusznia.blogspot.com/2013/03/rwie-sie-zycia-przedza-piesni.html> [dostęp: 05.09.2021].

Projekt zrealizowany w 2015 i 2017 roku przez zespół badaczek, badaczy i praktyków śpiewu tradycyjnego w ramach działania „Pieśni do śmierci” Stowarzyszenia Katedra Kultury, dokumentujący pieśni pogrzebowe wschodniego Mazowsza i zachodniego Podlasia, <http://piesnidosmierci.blogspot.com/p/piesni-do-smierci-to-dziaania-skupione.html> [dostęp: 05.09.2021].

Projekt zrealizowany w 2017 roku przez Joannę Gancarczyk pt. „Zagrajże mi muzykancie, ja ci zaśpiewam, zaśpiewam” realizowanym w ramach stypendium Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego w roku 2017, dokumentujący pieśni tradycyjne regionu łęczyckiego.

Projekt realizowany od roku 2017 przez Bartosza Gałązkę pt. „Śpiewy tradycyjne z Podkarpacia”, <http://www.bartoszgalazka.pl/> [dostęp: 05.09.2021].

- 2015:** „Problematyka umierania i śmierci w perspektywie medyczno-kulturowej” Uniwersytet Jagielloński, 20-21.22.2015; Nieobecność, nieświadomość, pustka, nicość – próby transgresji i opisu”;
- 2016:** „Odczytując język zmarłych” Uniwersytet Wrocławski, 18-19.03.2016;
- 2016:** „Disease, Death, Decay in literatures, cultures and Language” Uniwersytet Opolski, Opole, 26-28.09.2016;
- 2016:** „Wiedza i wyobrażenia w kulturze staropolskiej: Życie i śmierć” Uniwersytet Wrocławski, 24-25.11.2016;
- 2017:** „Death and the Maiden: Representations of Women and Death in Literature and Culture” SAN, Łódź, 11-12.05.2017;
- 2017:** III Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa z cyklu „Człowiek-Inny/Obcy Byt: Zootanatos” Uniwersytet Śląski, Katowice, 25-26.09.2017;
- 2018:** „Żywa obecność umarłych w kulturze polskiej i europejskiej” Uniwersytet Szczeciński Pobierowo, 15-17.05.2018;
- 2018:** „Autodestrukcja I. Sytuacje graniczne we współczesnej kulturze”; Uniwersytet Warszawski, 22-23.05.2018;
- 2018:** „My się śmierci nie boimy – zmiany w postrzeganiu śmierci na przestrzeni dziejów” Amor Fati, Uniwersytet Śląski, Katowice, 17-18.11.2018;
- 2019:** „Autodestrukcja II. Sytuacje graniczne we współczesnej kulturze” Artes Liberales Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 09-10.04.2019;
- 2019:** „Zbrodnie, zabójstwa i samobójstwa na przestrzeni wieków” Uniwersytet Łódzki, 17.05.2019;
- 2019:** „Zbrodniarze i ofiary. Społeczeństwo – media – kultura – historia” Ośrodek Facta Ficta, Kraków, 14-15.06.2019;
- 2019:** „Cmentarz – dziedzictwo materialne i duchowe” Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 21-22.10.2019;
- 2019:** „Tęsknota, brak, utrata, żałoba – cywilizacja, historia, kultura, obyczaj” Ośrodek Facta Ficta, Kraków 29-30.11.2019;
- 2020:** „Death and Dying: Medical, Cultural and Environmental Perspectives” Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 25-26.09.2020;
- 2020:** II Kongres Suicydologiczny: Profilaktyka samobójstw. Od nauki do praktyki” 19-20.11.2020;
- 2020:** V Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu „W kręgu rodziny epok dawnych – rytm życia, rytm codzienności: Śmierć” Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, Kraków 02-03.12.2020;
- 2020:** „Samobójstwo w prawie polskim i naukach pokrewnych” Uniwersytet Szczeciński, 10.12.2020;
- 2021:** „Życie Śmierć” I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa, Akademia Pomorska w Słupsku, Instytut Dobrej Śmierci 12-21.03.2021;
- 2021:** Konferencja „O śmierci bez tabu” Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Instytut Dobrej Śmierci, 09.05.2021.

Wywiady i rozmowy:

- W01 – wywiad z K01 dotyczący doświadczenia aborcji.
- W02 – wywiad z K02 dotyczący doświadczenia poronienia.
- W03 – wywiad z K03 dotyczący doświadczenia aborcji.
- W04 – wywiad z KT1 dotyczący doświadczenia niemożności posiadania dzieci.
- W05 – wywiad z M01 dotyczący doświadczenia straty dziecka w wyniku choroby.
- W06 – wywiad z K04 dotyczący doświadczenia poronienia.
- W07 – wywiad z CM opisujący doświadczenie pracy na cmentarzu.
- W08 – wywiad z ZP1 opisujący doświadczenie pracy w zakładzie pogrzebowym.

- W09 – wywiad z ZP2 opisujący doświadczenie pracy w zakładzie pogrzebowym.
W10 – wywiad z K05 opisujący doświadczenie poronienia.
W11 – wywiad z K06 opisujący doświadczenie straty dziecka w wyniku wypadku.
W12 – wywiad z K07 opisujący doświadczenie śmierci okołoporodowej.
W13 – wywiad z K08 opisujący doświadczenie poronienia.
W14 – wywiad z K09 opisujący doświadczenie poronienia.
W15 – wywiad z K10 opisujący doświadczenie poronienia.
W16 – wywiad z K11 opisujący doświadczenie aborcji.
W17 – wywiad z K12 opisujący doświadczenie straty dziecka w wyniku choroby.
W18 – wywiad z K13 opisujący doświadczenie straty dziecka w wyniku choroby.
W19 – wywiad z M02 opisujący doświadczenie straty dziecka w następstwie nieznanych przyczyn.
W20 – wywiad udostępniony przez Urszulę Klajmon-Lech, opisujący doświadczenie straty dziecka w wyniku choroby.
R01 – rozmowa z mężczyzną o doświadczeniu śmierci okołoporodowej.
R02 – rozmowa z mężczyzną o doświadczeniu pracy na cmentarzu.
R03 – rozmowa z mężczyzną o doświadczeniu pracy w zakładzie pogrzebowym.
R04 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu pracy w zakładzie pogrzebowym.
R05 – rozmowa z mężczyzną o doświadczeniu pracy w zakładzie pogrzebowym.
R06 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu pracy w szpitalu
R07 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu pracy w szpitalu
R08 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu pracy w szpitalu.
R09 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu pracy w sklepie z ubraniami i akcesoriami dla dzieci.
R10 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu śmierci okołoporodowej.
R11 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu pracy w szpitalu.
R12 – rozmowa z mężczyzną o doświadczeniu pracy w szpitalu.
R13 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu pracy w szpitalu.
R14 – rozmowa z mężczyzną o doświadczeniu pracy w szpitalu.
R15 – rozmowa z mężczyzną o doświadczeniu poronienia.
R16 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu prowadzenia grup jogi.
R17 – rozmowa z kobietą o doświadczeniu prowadzenia grup jogi.

Spis wykorzystanych fotografii:

- Okładka (i strony tytułowe poszczególnych części), Ł. Lange, archiwum.
Fot. 1. Alejka grobów dziecięcych, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
Fot. 2. Alejka grobów dziecięcych, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
Fot. 3. Alejka grobów dziecięcych, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
Fot. 4. Murowane groby dziecięce, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.
Fot. 5. Murowane groby dziecięce, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.
Fot. 6. Typowy grób dziecięcy z jasnego kamienia, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
Fot. 7. Grób ziemny ogrodzony, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
Fot. 8. Grób ziemny ogrodzony, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.
Fot. 9. Zapomniane groby dziecięce, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.

- Fot. 10. Zapomniane groby dziecięce, Pobiedna, Cmentarz Komunalny, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 11. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Pobiedna, Cmentarz Komunalny, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 12. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 13. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 14. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 15. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 16. Motyw anioła na grobach dziecięcych, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 17. Motyw śpiącego dziecka, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 18. Motyw śpiącego dziecka, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), jeden ze starszych pomników tego typu w Łodzi, objęty w roku 2005 patronatem młodzieży słabo widzącej i niewidzącej, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 19. Motyw śpiącego dziecka, grób 19-latki, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 20. Fotografia na porcelanie, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 21. Podobizna na płycie, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 22. Motyw serca, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 23. Motyw serca, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 24. Motyw serca, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 25. Motyw serca (element dodany), Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 26. Zabawki na grobach dzieci, Łódź, Cmentarz Wszystkich Świętych, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 27. Zabawki na grobach dzieci, Łódź, Cmentarz Wszystkich Świętych, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 28 a. Zabawki na grobie 7-latka, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum
- Fot. 28 b. Zabawki na grobie 7-latka, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 28 c. Zabawki na grobie 7-latka, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 29. Zabawki na grobach dzieci, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 30. Pochówki dzieci ze starszymi członkami rodziny, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 31. Pochówki dzieci ze starszymi członkami rodziny, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 32. Pochówki dzieci ze starszymi członkami rodziny, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 33. Pochówki dzieci ze starszymi członkami rodziny, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 34. Elementy przypominające drzewo, Łódź, Cmentarz św. Franciszka, Ł. Lange, archiwum.
- Fot. 35. Elementy przypominające drzewo, Łódź, Stary Cmentarz (ewangelicko-augsburski), Ł. Lange, archiwum.

Fot. 36. Elementy przypominające drzewo, kwietnik metalowy, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.

Fot. 37. Metalowe obramowanie przypominające formą dziecięce łóżeczko, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.

Fot. 38 a. Nagrobek z oszkloną wnęką na wystawkę, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.

Fot. 38 b. Nagrobek z oszkloną wnęką na wystawkę, Gdańsk Oliwa, Cmentarz Oliwski, Ł. Lange, archiwum.

Fot. 39. Pomnik Nienarodzonych Dzieci II, Wrocław, Cmentarz komunalny w Osobowicach, A. Bugała, Źródło: <https://m.niedziela.pl/artykul/46163/Kwatera-79>; dostęp 30.06.2021.

Fot. 40. Symboliczny pomnik Dzieciątka Zapomnianego w Łodzi, fot. Ł. Lange. Źródło: archiwum.

Fot. 41 a. Grób ziemny, płody ludzkie, Łódź, Cmentarz Wszystkich Świętych, Ł. Lange, archiwum.

Fot. 41 b. Grób ziemny, płody ludzkie, Łódź, Cmentarz Wszystkich Świętych, Ł. Lange, archiwum.