



# Nagła i niespodziewana śmierć współmałżonka a nasilenie objawów żałoby powikłanej i zaburzeń po stresie traumatycznym

A sudden and unexpected death of a spouse and the severity of symptoms  
of complicated grief and Post-Traumatic Stress Disorder

Karolina Ludwikowska-Świeboda<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Dr Karolina Ludwikowska-Świeboda, <https://orcid.org/0000-0002-4654-0032>  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

**Abstrakt:** *Wstęp:* Śmierć współmałżonka stanowi jedno z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych. Lepsze zrozumienie czynników prowadzących do trudności w przystosowaniu się do sytuacji utraty u osób owdowiałych wydają się więc ważne. Głównym celem prezentowanych badań jest weryfikacja znaczenia okoliczności utraty współmałżonka (śmierć nagła i niespodziewana) dla nasilenia objawów żałoby powikłanej i zaburzeń po stresie traumatycznym. *Metoda:* W badaniach wzięło udział 55 osób owdowiałych (27 osób wskazało, że śmierć współmałżonka nastąpiła nagle i niespodziewanie, w przypadku 28 osób strata była antycypowana). Czas, jaki upłynął od momentu śmierci współmałżonka wynosił od sześciu miesięcy do 2,5 roku. Do pomiaru nasilenia żałoby powikłanej wykorzystano Inwentarz Żałoby Powikłanej autorstwa Prigerson i współpracowników (w polskiej adaptacji Ludwikowskiej – Świebody i Lachowskiej). W celu oceny nasilenia objawów zaburzeń po stresie traumatycznym (intruzji, unikania i pobudzenia) posłużono się Zrewidowaną Skalą Wpływu Zdarzeń autorstwa Weissa i Marmara (w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik). Aby określić okoliczności śmierci współmałżonka wykorzystano kwestionariusz danych demograficznych własnego autorstwa. *Wyniki:* Zgodnie z oczekiwaniami, doświadczenie śmierci nagłej i niespodziewanej jest istotnym predyktorem nasilenia żałoby powikłanej. Szczegółowe analizy ujawniły, że osoby owdowiałe, które doświadczyły nagłej i nieoczekiwanej śmierci współmałżonka, istotnie częściej w znacznym stopniu zaabsorbowane są myśleniem o zmarłym, doświadczają szoku i niedowierzania oraz odczuwają dystans wobec ważnych dla siebie osób (w porównaniu z osobami, w przypadku których strata była antycypowana). Osoby te mogą mieć również większą tendencję do unikania bodźców przypominających o zmarłym, znacznie częściej doświadczają dyskomfortu w sytuacji wspominania go, oraz trudności w zaufaniu innym ludziom od momentu utraty. Śmierć nagła i niespodziewana jest również istotnym predyktorem nasilenia objawów pobudzenia. *Wnioski:* Osoby owdowiałe, które postrzegają śmierć współmałżonka jako nagłą i nieoczekiwaną, są w większym stopniu narażone na ryzyko zaburzeń w procesie żałoby.

**Słowa kluczowe:** żałoba powikłana, żałoba przewlekła, śmierć nagła, śmierć nieoczekiwana, wdowieństwo

**Abstract:** *Introduction:* The death of a spouse is one of the most stressful events in life. A better understanding of the factors leading to difficulties in adaptation to the situation of loss in widowed people seems to be important. The main goal of the presented study is to verify the role of the circumstances of the loss of a spouse (a sudden and unexpected death) with respect to severity of the symptoms of complicated grief and post-traumatic stress disorders. *Method:* Fifty five widowed people participated in the study (27 of them indicated that their spouse's death occurred suddenly and unexpectedly, in the case of 28 people the loss had been anticipated). The time elapsed since death ranged from six months to 2.5 years. To measure the severity of complicated grief, the Complicated Grief Inventory by Prigerson et al. (in the Polish adaptation by Ludwikowska-Świeboda and Lachowska) was used. In order to assess the severity of symptoms of post-traumatic stress disorder (intrusion, avoidance and hyperarousal), the Impact of Event Scale — Revised by Weiss and Marmar (in the Polish adaptation by Juczyński and Ogińska-Bulik) was used. To determine the circumstances of the spouse's death, a self-authored demographic data questionnaire was used. *Results:* As expected, the experience of a sudden and unexpected death is a significant predictor of the severity of complicated grief. Detailed analyses revealed that widowed people who experienced a sudden and unexpected death of their spouse are significantly more likely to be preoccupied with thinking about the deceased, experience shock and disbelief, and feel distanced from those who are important to them (compared to people who experienced an anticipated loss). They may also have a greater tendency to avoid stimuli reminding them of the deceased, experience more discomfort when recalling the deceased, and have difficulty trusting other people since their loss. A sudden and unexpected death is also a significant predictor of the severity of hyperarousal symptoms. *Conclusions:* Widowed people who view their spouse's death as sudden and unexpected are at a greater risk of a disruption of the grief process.

**Keywords:** complicated grief, prolonged grief, sudden death, unexpected death, widowhood

## 1. Wprowadzenie

Doświadczenie śmierci współmałżonka jest wydarzeniem nieuchronnym, wpisanym w bieg ludzkiego życia (Kostrubiec-Wojtachnio, 2020). Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, z jej powodu w Polsce każdego roku ustaje między 140 a 170 tysięcy małżeństw. Osoby owdowiałe stanowią prawie 10% polskiej populacji (ponad 3 mln osób) (GUS, 2019). Jednocześnie śmierć współmałżonka stanowi jedno z najbardziej stresujących wydarzeń życiowych (Holmes i Rahe, 1967) oraz jest czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego (Kersting, Brähler, Glaesmer, Wagner, 2011; Thomas, Hudson, Trauer, Remedios, Clarke, 2014) i fizycznego (Ennis, Majid, 2019). Dotychczas prowadzone badania wskazują także na podwyższone ryzyko śmiertelności zwłaszcza w niedługim okresie od śmierci współmałżonka (Moon, Kondo, Glymour, Subramanian, 2011). Analiza i lepsze zrozumienie czynników prowadzących do trudności w przystosowaniu się do sytuacji utraty u osób owdowiałych mają więc istotne znaczenie dla niemałego odsetka naszego społeczeństwa. Głównym celem prezentowanych badań jest weryfikacja znaczenia okoliczności śmierci współmałżonka (śmierć nagła i niespodziewana) dla nasilenia objawów żałoby powikłanej (przewlekłej żałoby) i zaburzenia stresowego pourazowego.

### 1.1. Śmierć nagła i niespodziewana a nasilenie żałoby powikłanej

Żałoba powikłana charakteryzuje się doświadczaniem uporczywych i intensywnych przeżyć związanych ze śmiercią bliskiej osoby, którym towarzyszy istotne pogorszenie codziennego funkcjonowania (Ludwikowska-Świeboda, Lachowska, 2019; Shear, 2015; Szuhany i in., 2020). Wiele z symptomów tego zaburzenia (takich jak m.in. tęsknota oraz zaabsorbowanie myśleniem o zmarłej osobie utrudniające codzienne funkcjonowanie, trudności w zaakceptowaniu jej śmierci, odrętwienie emocjonalne), zostało włączonych jako kryteria diagnostyczne zespołu przewlekłej żałoby, opisanej w jedenastej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) (Sekowski, Prigerson, 2021; Szuhany

i in., 2020; WHO, 2021). W początkowym okresie żałoby wymienione symptomy są jednak naturalne i nie stanowią zaburzonej reakcji na śmierć bliskiej osoby. Według klasyfikacji ICD-11 w sytuacji zaburzenia procesu żałoby powyższe objawy utrzymują się długo (nie krócej niż sześć miesięcy), przy czym należy uwzględnić także społeczne i kulturowe normy przeżywania utraty (WHO, 2021).

Dotychczas prowadzone badania wskazują na związek między nasileniem żałoby powikłanej (zespołu przewlekłej żałoby) a okolicznościami śmierci bliskiej osoby (Djentalik, Smid, Mroz, Kleber, Boelen, 2020; Eisma, Boelen, Lenferink, 2020). Badania wśród osób sprawujących opiekę nad chorującym na raka członkiem rodziny wskazały, że osoby, które nie czuły się przygotowane na jego śmierć, były bardziej narażone na doświadczanie objawów zespołu przewlekłej żałoby (Tsai i in., 2016). Podobnych wniosków dostarczyły badania Schaal, Richter i Elbert (2014), w których badani określali stopień nagłości wydarzenia śmierci bliskiej osoby na skali od 1 do 10. Im bardziej śmierć postrzegana była jako nagła, tym większe było nasilenie żałoby przewlekłej. W przeciwieństwie do nagłej i nieoczekiwanej utraty, świadomość nadchodzącej śmierci bliskiej osoby może stwarzać możliwość przygotowania się na to trudne wydarzenie. Badania Remondet i Hanssona (1987) wskazują, że osoby owdowiałe, które rozmawiały z umierającym współmałżonkiem na temat zmian oraz różnych trudności jakich mogą doświadczyć po jego śmierci, charakteryzowały się bardziej adaptacyjnym przebiegiem procesu żałoby. Antycypacja śmierci związana jest także z możliwością wyjaśnienia nieporozumień i niedokończonych spraw oraz pożegnania się z bliskim. Czynnikiem ten również ma znaczenie dla przystosowania się do sytuacji utraty (Holland, Klingspon, Lichetnthal, Neimeyer, 2018).

Przyczyną nagłej i niespodziewanej śmierci współmałżonka może być traumatyczne wydarzenie. Zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (APA, 2013; Domino i in., 2021) do traumatycznych okoliczności śmierci bliskiej osoby należą zdarzenia związane z intencjonalnym działaniem człowieka (zabójstwo, samobójstwo) lub przypadkowością (wypadki samochodowe, katastrofy naturalne, inne zdarzenia związane z poważnym uszkodzeniem ciała). Konsekwencją śmierci bliskiej osoby

w traumatycznych okolicznościach jest traumatyczna żałoba. Charakteryzuje się ona współwystępowaniem objawów związanych zarówno z żałobą, jak i traumą, które ze sobą interferują (Barlé, Wortman, Latack, 2017; Rubin, Malkinson, Witztum, 2020; Stroebe i in., 2001). W takiej sytuacji natrętne myśli i obrazy (intruzje) związane z traumatycznymi okolicznościami śmierci bliskiej osoby mogą sprzyjać tendencji do unikania bodźców przypominających o tym zdarzeniu i o osobie zmarłej, co dodatkowo skutkuje nasileniem objawów zespołu przewlekłej żałoby (Hardt, Williams, Shields, 2021). Prawie połowa osób, które doświadczyły śmierci kogoś bliskiego w traumatycznych okolicznościach, może cierpieć z powodu zespołu przewlekłej żałoby (Djentalik i in., 2020).

### **1.2. Śmierć nagła i niespodziewana a zaburzenia po stresie traumatycznym**

Śmierć w traumatycznych okolicznościach jest także istotnym predyktorem zaburzenia po stresie traumatycznym (Kaltman, Bonanno, 2003). Związek nagłej, nieoczekiwanej śmierci współmałżonka z przyczyn naturalnych (np. z powodu zawału serca, udaru mózgu) i nasilenia objawów zaburzeń po stresie traumatycznym (intruzji, unikania, pobudzenia) nie jest jednak do końca jasny. Badania Kaltman i Bonanno (2003) nie potwierdziły istnienia takiego związku (w badaniach tych przyjęto, że nagła śmierć współmałżonka to taka, w której od momentu diagnozy do zgonu upłynął mniej niż jeden dzień). Śmierć nagła i niespodziewana z przyczyn naturalnych, zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (APA, 2013), nie wpisuje się również obecnie w definicję traumatycznego zdarzenia. Jak zauważają jednak Domino i wsp. (2021), w etiologii zaburzenia po stresie traumatycznym szczególną rolę pełnią nieprzewidywalność zdarzenia oraz brak możliwości jego kontroli. Nagła śmierć bliskiej osoby, niezależnie od dodatkowych okoliczności, w szczególny sposób uderza w poczucie bezpieczeństwa osób pogrążonych w żałobie. Burzy dotychczasowe schematy związane z przewidywalnością świata i możliwością wpływu na swój los. Po doświadczeniu nagłej i nieoczekiwanej

śmierci, osoby oplakujące bliskiego mogą pozostawać w stanie nadmiernej czujności, reagując w nadmierny sposób na bodźce zagrażające (Domino i in., 2021).

### **1.3. Hipotezy badawcze**

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania sformułowano następujące hipotezy badawcze:

1. Nagła i nieoczekiwana śmierć współmałżonka jest istotnym predyktorem żałoby powikłanej. Osoby, których współmałżonek zmarł nagle i nieoczekiwanie, mają większe nasilenie żałoby powikłanej, niż osoby, które spodziewały się śmierci współmałżonka.
2. Nagła i nieoczekiwana śmierć współmałżonka jest istotnym predyktorem objawów zaburzeń po stresie traumatycznym (intruzji, unikania i pobudzenia). Osoby, których współmałżonek zmarł nagle i nieoczekiwanie, mają większe nasilenie intruzji, unikania i pobudzenia, niż osoby, które spodziewały się śmierci współmałżonka.

## **2. Metoda**

### **2.1. Charakterystyka badanej grupy**

Kryterium doboru grupy osób badanych stanowiło doświadczenie śmierci współmałżonka w okresie od sześciu miesięcy do 2,5 roku przed momentem badania. Zgodnie z klasyfikacją ICD-11, proponuje się okres sześciu miesięcy jako okres minimalny dla diagnozy zespołu przewlekłej żałoby (WHO, 2021; Killikelly, Maercke, 2017). Przewlekłe następstwa traumatycznego stresu natomiast (po wielu latach od śmierci bliskiej osoby) powinny być raczej klasyfikowane jako pewne utrwalone zmiany w osobowości, niż zwykle zaburzenie stresowe pourazowe (zaburzenia po stresie traumatycznym) (Puzyński, Wciórka, 2000). W związku z tym określono także górną granicę okresu, jaki upłynął od śmierci współmałżonka, jako kryterium doboru grupy osób badanych. Zgodnie z opisanym kryterium, w celu weryfikacji hipotez badawczych uwzględniono dane pochodzące od 55

osób owdowiałych (47 kobiet i 8 mężczyzn). Były to osoby w wieku od 26 do 73 lat ( $M=52.6$ ;  $SD=11.98$ ). Wiek współmałżonka w chwili śmierci w badanej grupie wahał się od 27 do 81 lat ( $M=53.60$ ;  $SD=12.59$ ). Czas jaki upłynął od śmierci współmałżonka wynosił średnio 1,5 roku ( $SD=0.57$ ).

Osoby badane prezentowały różny poziom wykształcenia: na wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe wskazało 12 osób (21.9%); wykształcenie średnie – 27 osób (48%); wyższe, podyplomowe – 16 osób (29.1%). Około 56% badanej grupy stanowiły osoby aktywne zawodowo. Dziewiętnaście osób przebywa na emeryturze lub rencie (24.5%), trzy osoby są bezrobotne (5.5%) zaś dwie wskazały na inną sytuację zawodową (3.6%). Prawie połowa grupy badanych mieszka obecnie na wsi (45.5%), dla sześciu osób miejscem zamieszkania jest duże miasto (10.9%). Pozostałe osoby (43.6%) mieszkają w małych (do 50 tys. mieszkańców) lub średnich miastach (do 150 tys. mieszkańców).

W badanej grupie dwadzieścia siedem osób ( $N=27$ ) wskazało na doświadczenie nagłej i nieoczekiwanej śmierci współmałżonka (grupa 1), zaś w przypadku pozostałych osób badanych ( $N=28$ ) śmierć współmałżonka była przewidywana (grupa 2). Poniżej, w podziale na wymienione grupy, opisano dodatkowe okoliczności towarzyszące śmierci współmałżonka.

Grupa 1 (nagła i nieoczekiwana strata):

- w grupie badanych z doświadczeniem nagłej i nieoczekiwanej śmierci współmałżonka, 15 osób (56%) wskazało, że śmierć spowodowana była krótką chorobą współmałżonka lub innym stanem medycznym (np. zawał serca, udar);
- dziesięć osób (37%) doświadczyło utraty współmałżonka w okolicznościach związanych z przypadkowością (wypadki samochodowe, wypadki w miejscu pracy);
- w przypadku dwóch osób (ok. 7%) śmierć związana była z intencjonalnym działaniem człowieka (śmierć samobójcza).

Grupa 2 (strata antycypowana):

- w grupie tej 22 osoby (78,6%) wskazały, że śmierć współmałżonka nastąpiła po długiej chorobie;
- dodatkowo 8 osób wskazało, że była ona poprzedzona koniecznością długotrwałej opieki ze względu na chorobę współmałżonka.

## 2.2. Procedura badania

Badania, realizowane głównie na terenie województwa świętokrzyskiego i lubelskiego, polegały na wypełnieniu zestawu kwestionariuszy. Miało to miejsce w trakcie umówionego uprzednio spotkania z osobą badaną, chyba że wyrażała ona prośbę o możliwość samodzielnego wypełnienia kwestionariuszy w domu. W niniejszych badaniach wykorzystano następującą skalę: Inwentarz Żałoby Powikłanej (ICG) autorstwa Prigerson i współpracowników (1995) w polskiej adaptacji Ludwikowskiej-Świebody i Lachowskiej (2019), Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R) autorstwa Weissa i Marmara (1997) w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009) oraz kwestionariusz danych demograficznych własnego autorstwa, w którym zawarto pytania dotyczące okoliczności śmierci współmałżonka.

## 2.3. Metody badawcze

Inwentarz Żałoby Powikłanej służy do pomiaru nasilenia żałoby powikłanej (Ludwikowska-Świeboda, Lachowska, 2019; Prigerson i in., 1995). Obejmuje on 19 stwierdzeń opisujących różne myśli i przeżycia związane ze śmiercią współmałżonka (np. „Tak dużo myślę o zmarłym współmałżonku, że trudno mi robić rzeczy, które zazwyczaj robię”, „Staram się unikać rzeczy, które przypominają mi współmałżonka”). Osoby badane zaznaczają na pięciostopniowej skali (0 - nigdy, 4 – zawsze), jak często doświadczają powyższych przeżyć. Im wyższy jest wynik, tym większe nasilenie żałoby powikłanej. Zgodnie z propozycją Simon i in. (2011) można określić, że dany symptom występuje w stopniu klinicznym, w przypadku gdy osoba badana przy danym stwierdzeniu zaznacza odpowiedź „często” lub „zawsze”.

Skala IES-R służy do badania nasilenia zaburzeń po stresie traumatycznym (Weiss, Marmar, 1997; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009). Składa się ona z 22 stwierdzeń opisujących objawy odczuwanego stresu w związku z traumatycznym zdarzeniem doświadczane w ciągu ostatnich siedmiu dni przed momentem badania. Poszczególne pozycje skali odnoszą się do trzech wymiarów związanych z zaburzeniami po stresie traumatycznym: intruzji, unikania i pobudzenia. Osoba badana dokonuje oceny nasilenia poszczególnych przeżyć na skali pięciostopniowej (0 – wcale nie, 4 – zdecydowanie tak). Im wyższy wynik ogólny, tym większe nasilenie objawów zaburzeń po stresie traumatycznym.

Obie opisane skale mają potwierdzoną trafność i rzetelność (Ludwikowska-Świeboda, Lachowska, 2019; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).

### 3. Wyniki

Pierwszy etap analiz (analizy wstępne) posłużył identyfikacji zmiennych, które mogą mieć związek z nasileniem objawów żałoby powikłanej i zaburzeń po stresie traumatycznym (w badaniach dodatkowo kontrolowano takie zmienne jak: wiek osoby badanej, płeć, czas jaki upłynął od śmierci współmałżonka oraz wiek współmałżonka w chwili jego śmierci). Grupa osób badanych, których współmałżonek zmarł nagle i nieoczekiwanie, była zróżnicowana pod kątem okoliczności utraty (wydarzenia traumatyczne i naturalne okoliczności śmierci). Dlatego też dodatkowo analizowano różnice w zakresie nasilenia żałoby powikłanej i objawów zaburzenia po stresie traumatycznym u osób, które doświadczyły traumatycznej i nietraumatycznej utraty. Właściwe analizy (regresja wielozmiennowa) posłużyły weryfikacji hipotez badawczych.

#### 3.1. Analizy wstępne

W poniższej tabeli (por. Tabela 1) zaprezentowano analizy dotyczące różnic między osobami, które doświadczyły nagłej i nieoczekiwanej śmierci współmałżonka, a osobami, które spodziewały się jego śmierci, w zakresie nasilenia objawów żałoby

powikłanej i zaburzeń po stresie traumatycznym (ogólny wskaźnik oraz wymiary intruzji, unikania i pobudzenia).

Wstępne analizy wskazują na istotne statystycznie różnice w zakresie nasilenia żałoby powikłanej, zaburzeń po stresie traumatycznym (wynik ogólny, intruzje, pobudzenie) między osobami, które doświadczyły nagłej i nieoczekiwanej śmierci współmałżonka, a osobami, które spodziewały się tej utraty. Obie grupy różnią się między sobą w zakresie nasilenia objawów unikania na poziomie tendencji statystycznej.

W kolejnej tabeli (por. Tabela 2) zaprezentowano analizy dotyczące różnic między osobami, które doświadczyły śmierci współmałżonka w traumatycznych okolicznościach (śmierć w wyniku wypadku, śmierć samobójcza), a osobami, których współmałżonek zmarł w naturalnych okolicznościach, w zakresie nasilenia objawów żałoby powikłanej i zaburzeń po stresie traumatycznym (ogólny wskaźnik oraz wymiary intruzji, unikania i pobudzenia).

Analizy wstępne nie wskazują na istotne statystycznie różnice w zakresie nasilenia żałoby powikłanej, zaburzeń po stresie traumatycznym (wynik ogólny) oraz unikania, między grupą osób, która doświadczyła śmierci współmałżonka w traumatycznych okolicznościach, a osobami, których współmałżonek zmarł w naturalnych okolicznościach.

Ze względu na brak rozkładu normalnego dla zmiennej intruzje, oraz złamanie założenia dotyczącego jednorodności wariancji dla zmiennej pobudzenie, dla weryfikacji różnic między powyższymi grupami (traumatyczne – naturalne okoliczności śmierci), wykorzystano test U-Manna Withney'a. Analiza testem U-Manna Withney'a nie ujawniła istotnych statystycznie różnic między osobami, które straciły współmałżonka w traumatycznych okolicznościach (intruzje:  $M=21.55$ ;  $SD=5.73$ ; pobudzenie:  $M=16.18$ ;  $SD=4.96$ ), a osobami, których małżonek zmarł w naturalnych okolicznościach (intruzje:  $M=19.91$ ;  $SD=6.65$ ; pobudzenie:  $M=15.30$ ;  $SD=6.96$ ), zarówno w zakresie nasilenia intruzji ( $U=214.50$ ;  $p=0.56$ ), jak i pobudzenia ( $U=237.00$ ;  $p=0.92$ ).

Przeprowadzono także analizy różnic w zakresie nasilenia żałoby powikłanej i objawów zaburzeń po stresie traumatycznym między kobietami a mężczyznami. Analiza testem t – Studenta dla prób

Tabela 1. Śmierć nagła i nieoczekiwana oraz śmierć antycypowana (test t-Studenta)

	Śmierć nagła i nieoczekiwana (N = 27)		Śmierć spodziewana (N = 28)		t	p
	M	SD	M	SD		
Żałoba powikłana	44.63	15.38	33.57	14.76	-2.72	0.009
Zaburzenia po stresie traumatycznym - wynik ogólny	55.11	10.52	43.64	17.85	-2.89	0.006
Intruzje	22.19	5.08	18.36	7.15	-2.29	0.027
Pobudzenie	18.00	4.78	13.04	7.01	-3.01	0.003
Unikanie	14.03	5.04	12.25	5.82	-1.82	0.074

Tabela 2. Śmierć w traumatycznych i naturalnych okolicznościach (test t-Studenta)

	Śmierć w traumatycznych okolicznościach (N = 12)		Śmierć w naturalnych okolicznościach (N = 43)		t	p
	M	SD	M	SD		
Żałoba powikłana	39.64	11.98	38.84	16.90	-0.15	0.88
Zaburzenia po stresie traumatycznym - wynik ogólny	53.64	10.37	48.18	16.67	-1.03	0.31
Unikanie	15.91	4.53	12.98	5.69	-1.6	0.12

niezależnych ujawniła brak różnic istotnych statystycznie między kobietami ( $M=40.43$ ;  $SD=15.48$ ) a mężczyznami ( $M=30.62$ ;  $SD=17.04$ ), pod względem nasilenia żałoby powikłanej [ $t(53) = -1.63$ ;  $p = 0,11$ ]. Nie stwierdzono także istotnych statystycznie różnic między kobietami ( $M=13.94$ ;  $SD=5.45$ ) a mężczyznami ( $M=11.38$ ;  $SD=6.12$ ) w zakresie nasilenia unikania [ $t(53) = -1.21$ ;  $p = 0.23$ ]. Różnice między kobietami ( $M=16.51$ ;  $SD=5.96$ ) i mężczyznami ( $M=9.38$ ;  $SD=6.30$ ) w zakresie nasilenia objawów pobudzenia okazały się istotne statystycznie [ $t(53) = -3.11$ ;  $p < 0.01$ ;  $d$  Cohena = 1.16]. Kobiety w zakresie objawów pobudzenia uzyskały istotnie wyższy wynik. Analiza testem U-Manna Withney'a ujawniła istotne statystycznie różnice między kobietami i mężczyznami w zakresie nasilenia intruzji ( $U=103.50$ ;  $p < 0.05$ ;  $\Delta$  Glassa = 1.06). Kobiety ( $M=21.13$ ;  $SD=5.78$ ) przejawiają wyższy poziom intruzji niż mężczyźni ( $M=15.00$ ;  $SD=8.09$ ).

W poniższej tabeli (por. Tabela 3) przedstawiono statystyki opisowe i wartości współczynników korelacji między analizowanymi zmiennymi o charakterze ilościowym.

### 3.2. Właściwe analizy

Właściwy etap analiz obejmował weryfikację hipotez badawczych. Do modelu wyjaśniającego nasilenie żałoby powikłanej, poza zmienną „śmierć nagła i niespodziewana”, włączono także zmienną „czas od śmierci współmałżonka”, gdyż wstępne analizy wskazały, że może mieć ona istotne znaczenie dla predykcji zmiennej wyjaśnianej. Rezultaty analizy regresji wielozmiennowej dla zmiennej wyjaśnianej „żałoba powikłana” zamieszczono w Tabeli 4.

Śmierć nagła i nieoczekiwana jest istotnym predyktorem żałoby powikłanej ( $b=10,25$ ;  $SE=4.01$ ;  $p < 0.05$ ). Związek czasu, jaki upłynął od śmierci współmałżonka, z nasileniem objawów żałoby powikłanej jest natomiast nieistotny statystycznie

( $b=-5.16$ ;  $SE=3.60$ ;  $p=0.158$ ). Przedstawiony model wyjaśnia nasilenie żałoby powikłanej w 12% (skorygowane  $R^2$ ) i jest dobrze dopasowany do danych [ $F(3,51) = 4.80$ ;  $p < 0.05$ ].

Aby ustalić, jakie objawy żałoby powikłanej różnicują osoby, które doświadczyły nagłej i nieoczekiwanej śmierci współmałżonka od grupy osób, które spodziewały się utraty, przeprowadzono dodatkowe analizy. W tym celu zgodnie z propozycją Simon i wsp. (2011), w każdej z grup oszacowano liczbę osób, które doświadczają poszczególnych symptomów żałoby powikłanej w stopniu klinicznym. Istotność różnic między grupami obliczono za pomocą testu chi-kwadrat Pearsona. Wyniki zaprezentowano w formie graficznej na poniższych wykresach, w podziale na następujące wybrane kategorie objawów żałoby

powikłanej: (1) zaabsorbowanie osobą zmarłą i tęsknota za nią, (2) rozgoryczenie i złość oraz szok i niedowierzanie, (3) zmiany w zachowaniu oraz izolowanie się od innych ludzi (Simon i in., 2011; Ludwikowska-Świeboda, 2020).

Na poniższym wykresie (por. Wykres 1) zaprezentowano odsetek osób doświadczających objawów z kategorii „zaabsorbowanie osobą zmarłą i tęsknota za nią” w stopniu klinicznym.

W grupie osób owdowiałych, których współmałżonek zmarł nagle i nieoczekiwanie, ponad 70% osób jest zaabsorbowanych myśleniem o zmarłym, doświadcza w znacznym stopniu tęsknoty za nim, pustki oraz samotności. Nieco ponad 20% osób wskazało na znaczne poczucie winy w związku z jego śmiercią.

Tabela 3. Statystyki opisowe i wartości współczynników korelacji (r-Pearsona) między analizowanymi zmiennymi

Zmienne	M	SD	1	2	3	4	5	6	7
1. Żałoba powikłana (ICG)	39.00	15.94							
2. Zaburzenia po stresie traumatycznym - wynik ogólny	49.27	15.68	0.73***						
3. Intruzje (IES-R)	20.24	6.46	0.76***	0.86***					
4. Unikanie (IES-R)	13.56	5.57	0.35**	0.75***	0.43**				
5. Pobudzenie (IES-R)	15.47	6.47	0.71***	0.90***	0.73***	0.51***			
6. Wiek osoby badanej	52.60	11.98	-0.08	-0.08	-0.09	0.07	-0.12		
7. Czas, jaki upłynął od śmierci współmałżonka	1.52	0.57	-0.23(t)	-0.27*	-0.30*	-0.18	-0.20	-0.16	
8. Wiek współmałżonka w chwili śmierci	53.60	12.59	-0.01	-0.03	-0.07	0.18	-0.03	0.86***	-0.36**

\*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$  (dwustronnie); t - istotność na poziomie tendencji statystycznej

Tabela 4. Wyniki analizy regresji wielozmiennej dla zmiennej wyjaśnianej żałoba powikłana

Predyktor	b	SE	$\beta$	t	p
Stała	41.79	6.40		6.54	0.001
Czas od śmierci współmałżonka	-5.16	3.60	-0.18	-1.43	0.158
Śmierć nagła i niespodziewana	10.25	4.01	0.32	2.52	0.015

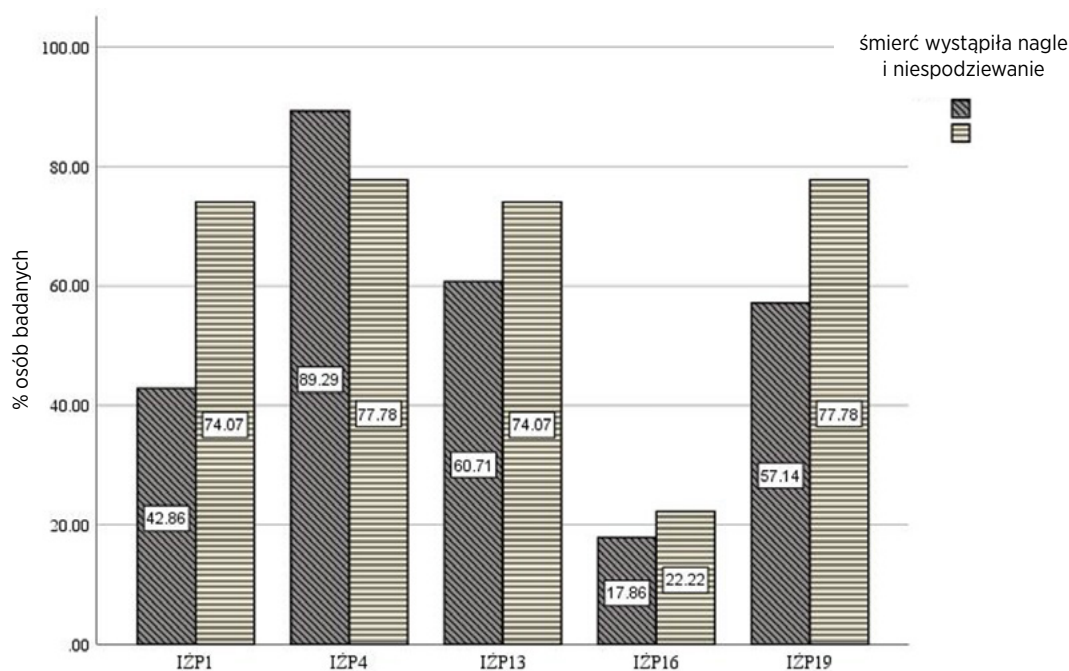
$R^2 = 0.12$ ;  
 $F(3,51) = 4.80$ ;  $p < 0.05$

W grupie osób owdowiałych, które spodziewały się śmierci współmałżonka, prawie 90% osób doświadcza w znacznym stopniu tęsknoty za zmarłym. Między 55-65% osób wskazało także na głębokie poczucie pustki i samotności. Prawie 43% osób jest zaabsorbowanych w znacznym stopniu myśleniem o zmarłym. Blisko 18% wskazało na poczucie winy. Analizy z wykorzystaniem testu  $\chi^2$  Pearsona ukazują istotne statystycznie różnice między obiema grupami w zakresie zaabsorbowania myśleniem o zmarłym ( $\chi^2 = 5.50$ ;  $p < 0,05$ ). Istotnie większa liczba osób, które doświadczyły nagłej i nieoczekiwanej śmierci współmałżonka, jest zaabsorbowana myśleniem o nim w sposób utrudniający funkcjonowanie, w stosunku do grupy, w której śmierć była oczekiwana.

Na poniższym wykresie (por. Wykres 2) zaprezentowano odsetek osób doświadczających objawów z kategorii „rozgoryczenie i złość” oraz „szok i niedowierzanie” w stopniu klinicznym.

W grupie osób owdowiałych, w której śmierć współmałżonka nastąpiła nagle i nieoczekiwanie, prawie 80% osób doświadcza szoku i niedowierzania w stopniu znaczącym. Nieco ponad połowa wskazuje na trudności w akceptacji poniesionej utraty i rozgoryczenie. Blisko 45% osób badanych wskazało na znaczne nasilenie złości.

W grupie osób, które spodziewały się śmierci współmałżonka, 50-60% doświadcza rozgoryczenia oraz trudności w akceptacji poniesionej utraty (w stopniu znaczącym). Około 43% osób wskazało na szok i niedowierzanie, zaś prawie 30% doświadcza w znacznym stopniu złości. Analizy ukazują istotne statystycznie różnice między obiema grupami w zakresie doświadczenia niedowierzania ( $\chi^2 = 6.98$ ;  $p < 0,01$ ) i szoku ( $\chi^2 = 6.98$ ;  $p < 0,01$ ). Osoby, których współmałżonek zmarł nagle i niespodziewanie, istotnie częściej doświadczają powyższych objawów.



Objaśnienia:

IŻP1 – Tak dużo myślę o zmarłym współmałżonku, że trudno mi robić rzeczy, które zazwyczaj robię.

IŻP4 – Odczuwam tęsknotę za współmałżonkiem

IŻP13 – Czuję, że życie jest puste bez zmarłego współmałżonka.

IŻP16 – Czuję, że niesprawiedliwe jest to, że mój współmałżonek zmarł, a ja normalnie żyję

IŻP19 – Od momentu śmierci tej osoby czuję się bardzo samotny/-a.

Wykres 1. Odsetek osób owdowiałych doświadczających objawów z kategorii „zaabsorbowanie osobą zmarłą i tęsknota za nią” w stopniu klinicznym (w podziale na grupy: śmierć nagła i nieoczekiwana – śmierć spodziewana)



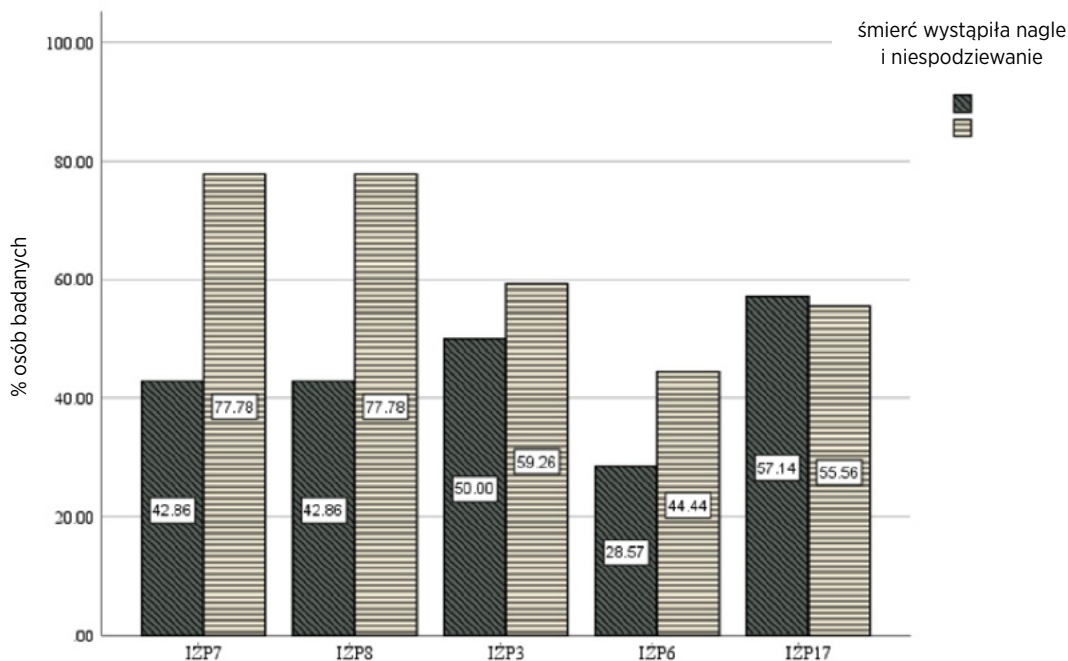
Na poniższym wykresie (por. Wykres 3) zaprezentowano odsetek osób doświadczających objawów z kategorii „zmiany w zachowaniu” oraz „izolowanie się od innych ludzi” w stopniu klinicznym.

Między 40-52% osób owdowiałych, które doświadczyły nagłej i niespodziewanej śmierci współmałżonka, wskazało na doświadczanie w znacznym nasileniu takich przeżyć jak: utrata zainteresowania lub dystans wobec osób znaczących, trudności w zaufaniu innym ludziom, zazdrość, dyskomfort w sytuacji wspominania zmarłego współmałżonka. Co czwarta osoba z tej grupy w dużej mierze stara się unikać bodźców przypominających o zmarłym współmałżonku.

W grupie osób, które spodziewały się śmierci współmałżonka, nieco ponad 25% wskazało na zazdrość osobom, których bliscy nie zmarli, oraz dyskomfort w sytuacji wspominania współmałżonka. Około 18% ma znaczne trudności w zaufaniu

innym ludziom, oraz odczuwa dystans wobec osób znaczących. Około 7% osób wskazało na tendencję do unikania bodźców przypominających o zmarłym współmałżonku. Analizy ukazują istotne statystycznie różnice między obiema grupami w zakresie doświadczenia dystansu wobec ważnych dla siebie osób ( $\chi^2 = 5.73$ ;  $p < 0,05$ ) oraz różnice na poziomie tendencji statystycznej w zakresie trudności w zaufaniu innym ludziom ( $\chi^2 = 3.49$ ;  $p < 0.062$ ), zazdrości ( $\chi^2 = 3.10$ ;  $p = 0,078$ ), unikania bodźców związanych ze zmarłym współmałżonkiem ( $\chi^2 = 3.54$ ;  $p < 0,060$ ), a także dyskomfortu w sytuacji wspominania jego osoby ( $\chi^2 = 3.10$ ;  $p < 0,078$ ). Osoby, których współmałżonek zmarł nagle i niespodziewanie, częściej mogą doświadczać powyższych objawów.

Kolejne analizy dotyczyły predyktorów objawów zaburzeń po stresie traumatycznym (intruzje, pobudzenie, unikanie). Do modelu wyjaśniającego nasilenie intruzji, poza zmienną „śmierć nagła i nie-



Objaśnienia:

IŻP7 – Nie mogę uwierzyć w to, co się stało.

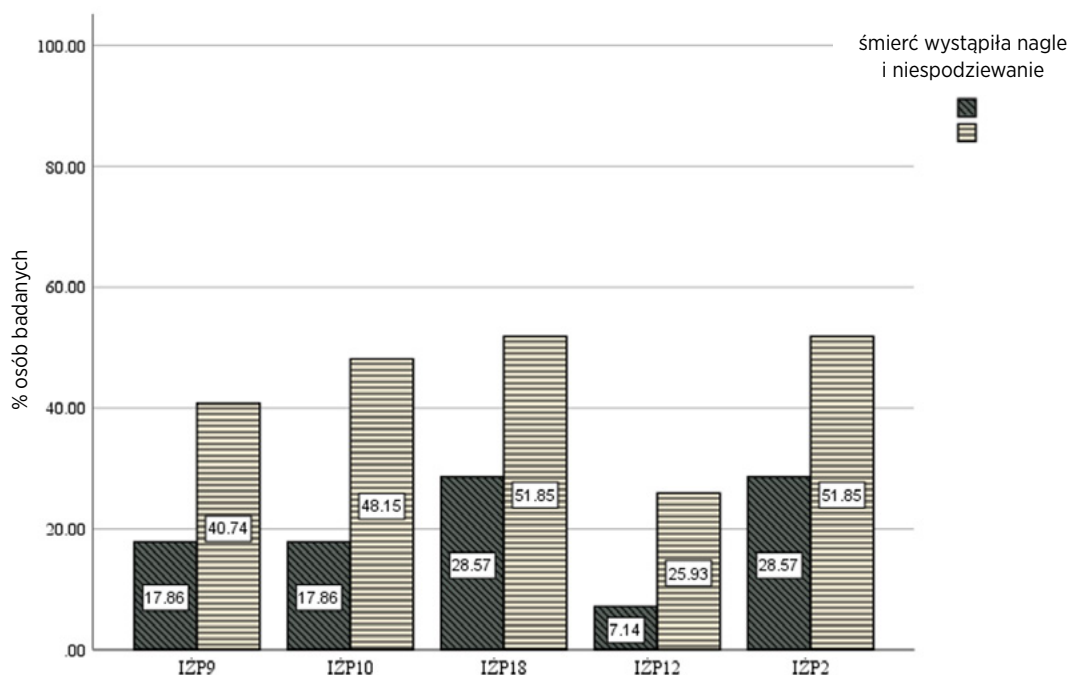
IŻP8 – Czuję się zszokowany(a) lub oszołomiony(a) tym, co się stało.

IŻP3 – Czuję, że nie mogę zaakceptować tego, że on (ona) nie żyje.

IŻP6 – Nie mogę powstrzymać się od odczuwania złości w związku ze śmiercią współmałżonka.

IŻP17 – Czuję się rozgoryczony(a) jej (jego) śmiercią.

Wykres 2. Odsetek osób owdowiałych doświadczających objawów z kategorii „rozgoryczenie i złość” oraz „szok i niedowierzanie”, w stopniu klinicznym (w podziale na grupy: śmierć nagła i nieoczekiwana – śmierć spodziewana).



Objaśnienia:

IŻP9 – Odkąd on (ona) zmarł(a), trudno mi zaufać ludziom.

IŻP10 – Od kiedy on (ona) zmarł(a), czuję się, jakbym stracił(a) zainteresowanie innymi ludźmi, lub odczuwam dystans wobec ludzi, na których mi zależy.

IŻP18 – Zazdroścuję innym ludziom, których bliscy nie zmarli.

IŻP12 – Staram się unikać rzeczy, które przypominają mi współmałżonka.

IŻP2 – Wspominanie zmarłego współmałżonka wytrąca mnie z równowagi.

Wykres 3. Odsetek osób owdowiałych doświadczających objawów z kategorii „zmiany w zachowaniu” oraz „izolowanie się od innych ludzi”, w stopniu klinicznym (w podziale na grupy: śmierć nagła i nieoczekiwana – śmierć spodziewana).

spodziewana”, włączono także zmienne „płeć” oraz „czas od śmierci współmałżonka”, gdyż wstępne analizy wskazały, że mogą mieć one istotne znaczenie dla predykcji zmiennej wyjaśnianej. Rezultaty analizy regresji wielozmiennej dla zmiennej wyjaśnianej „intruzje” zamieszczono w Tabeli 5.

Związek czasu, jaki upłynął od śmierci współmałżonka, i nasilenia intruzji jest istotny na poziomie tendencji statystycznej ( $b=-2,75$ ;  $SE=1,44$ ;  $p=0,06$ ). Śmierć nagła i nieoczekiwana ( $b=2,21$ ;  $SE=1,77$ ;  $p=0,21$ ) oraz płeć ( $b=4,14$ ;  $SE=2,50$ ;  $p=0,10$ ) nie są istotnymi predyktorami intruzji (przy uwzględnieniu w modelu czasu, jaki upłynął od momentu utraty). Przedstawiony model wyjaśnia nasilenie intruzji w 16% (skorygowane  $R^2$ ) i jest dobrze dopasowany do danych [ $F(3,51) = 4,31$ ;  $p < 0,01$ ].

Do modelu wyjaśniającego nasilenie pobudzenia, poza zmienną „śmierć nagła i nieoczekiwana”, włączono także zmienną „płeć”. Rezultaty analizy regresji wielozmiennej dla zmiennej wyjaśnianej „pobudzenie” zamieszczono w Tabeli 6.

Śmierć nagła i nieoczekiwana ( $b=3,50$ ;  $SE=1,72$ ;  $p<0,05$ ) oraz płeć ( $b=5,13$ ;  $SE=2,44$ ;  $p<0,05$ ) są istotnymi predyktorami pobudzenia. Przedstawiony model wyjaśnia nasilenie pobudzenia w 19% (skorygowane  $R^2$ ) i jest dobrze dopasowany do danych [ $F(2,52) = 7,18$ ;  $p < 0,01$ ].

Dla wymiaru unikania nie przeprowadzono analizy regresji, ponieważ wstępne analizy nie wskazały na istotny związek między powyższym wymiarem a zmiennymi kontrolowanymi w niniejszych badaniach. Osoby, które doświadczyły nagłej i niespodziewanej śmierci współmałżonka, mogą charakteryzować

Tabela 5. Wyniki analizy regresji wielozmiennej dla zmiennej wyjaśnianej intruzje

Predyktor	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	19.77	3.27		6.05	0.001
Płeć	4.14	2.50	0.23	1.66	0.10
Czas od śmierci współmałżonka	-2.75	1.44	-0.24	-1.90	0.06
Śmierć nagła i nieoczekiwana	2.21	1.77	0.17	1.26	0.21

$R^2 = 0.16;$   
 $F(3,51) = 4.31; p < 0.01$

Tabela 6. Wyniki analizy regresji wielozmiennej dla zmiennej wyjaśnianej pobudzenie

Predyktor	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	9.38	2.06		4.54	0.001
Płeć	5.13	2.44	0.28	2.10	0.041
Śmierć nagła i nieprzewidywalna	3.50	1.72	0.27	2.03	0.047

$R^2 = 0.19;$   
 $F(2,52) = 7.18; p < 0.01$

się większym nasileniem unikania, niż osoby które spodziewały się utraty (istotność na poziomie tendencji statystycznej) (por. Tabela 1).

## Wnioski

W niniejszych badaniach postawiono hipotezy, zgodnie z którymi oczekiwano, że nagła i nieoczekiwana śmierć współmałżonka jest istotnym predyktorem żałoby powikłanej oraz objawów zaburzeń po stresie traumatycznym (intruzji, unikania i pobudzenia). Hipoteza badawcza dotycząca związku między powyższymi okolicznościami utraty a nasileniem żałoby powikłanej została potwierdzona. Dodatkowo stwierdzono, że istotnie więcej osób owdowiałych, których współmałżonek zmarł nagle i nieoczekiwanie, doświadcza w znacznym nasileniu objawów takich jak: zaabsorbowanie myśleniem o zmarłym, niedowierzanie i szok oraz dystans wobec osób znaczących (w porównaniu z osobami, które spodziewały się śmierci współmałżonka). Stwierdzono także różnice na poziomie tendencji statystycznej między powyższymi grupami w zakresie m.in. takich objawów

jak: trudności w zaufaniu innym ludziom, unikanie bodźców związanych ze zmarłym współmałżonkiem, dyskomfort w sytuacji wspominania jego osoby. Osoby, które doświadczyły nagłej i niespodziewanej śmierci współmałżonka, częściej mogą doświadczać powyższych objawów w stopniu klinicznym.

Choć czas jaki upłynął od momentu śmierci współmałżonka w niniejszych badaniach wyniósł średnio półtora roku, uzyskane wyniki wskazują, że niemal 80% osób, które doświadczyły nagłej i nieoczekiwanej utraty, nadal jest zaabsorbowanych myśleniem o współmałżonku w stopniu utrudniającym funkcjonowanie oraz odczuwa głębokie osamotnienie. Prawie 80% osób owdowiałych z tej grupy nadal w znacznym nasileniu czuje szok i oszołomienie oraz nie dowierza faktowi śmierci współmałżonka. Uzyskane rezultaty wydają się być zgodne z innymi badaniami, które wskazują, że w przypadku nagłych i nieoczekiwanych utrat członków najbliższej rodziny okres tak zwanej ostrej żałoby często przekracza sześć lub 12 miesięcy (Goldstein i in., 2018; Morris, Fletcher, Goldstein, 2018; Neria i in., 2007). W badaniach Goldsteina i wsp. (2018) na przykład intensywne reakcje emocjonalne matek związane z żałobą po śmierci dziecka

w wyniku SIDS utrzymywały się nawet cztery lata po doświadczonej utracie. Z jednej strony można więc uznać śmierć nagłą i nieoczekiwaną jako czynnik ryzyka zespołu przewlekłej żałoby (Schaal i in., 2014; Tsai i in., 2015). Z drugiej strony diagnoza ta niesie ze sobą również potencjalne ryzyko patologizacji przeżyć emocjonalnych wielu osób doświadczających nienormalnych utrat najbliższych członków rodziny (Morris i in., 2018). W tym kontekście istotna wydaje się więc szczegółowa diagnostyka uwzględniająca: stopień, w jakim reakcje związane z żałobą zaburzają codzienne funkcjonowanie (w sferze osobistej, społecznej, rodzinnej i zawodowej) oraz dodatkowe czynniki ryzyka i zasoby osoby owdowiałej (osobowość, wsparcie społeczne). Ważna jest także obserwacja dynamiki procesu żałoby. Badania Lunderoff, Johannsen i O'Connor (2021) wskazały, że niektóre osoby spełniające kryteria zespołu przewlekłej żałoby w szóstym miesiącu od śmierci współmałżonka, charakteryzowały się mniejszym nasileniem przeżyć związanych z żałobą kilka miesięcy później (w stosunku do pierwszego pomiaru).

Hipoteza dotycząca związku między nagłą i niespodziewaną śmiercią współmałżonka a nasileniem objawów zaburzeń po stresie traumatycznym znalazła potwierdzenie w kontekście wymiaru pobudzenia. Powyższy rezultat wskazuje na postawę wzmożonej czujności, lęku i nadwrażliwości na bodźce potencjalnie zagrażające u osób doświadczających tego rodzaju utraty. Stwierdzono także, że obie grupy (śmierć nagła – śmierć spodziewana) różnią się między sobą w zakresie nasilenia objawów unikania na poziomie tendencji statystycznej. Śmierć nagła i niespodziewana wbrew oczekiwaniom nie jest natomiast istotnym predyktorem intruzji. Dodatkowo nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między osobami, które doświadczyły utraty w traumatycznych okolicznościach, a osobami, których współmałżonek zmarł w naturalnych okolicznościach, w zakresie nasilenia żałoby powikłanej i objawów zaburzeń po stresie traumatycznym (intruzji, unikania, pobudzenia).

Osoby badane, niezależnie od okoliczności utraty (śmierć nagła i nieoczekiwana, śmierć antycypowana - po długiej chorobie, śmierć w traumatycznych

okolicznościach) charakteryzowały się podobnym nasileniem natrętnych myśli i obrazów związanych z wydarzeniem śmierci współmałżonka. W badaniach przeprowadzonych przez Kaplow, Howell i Layne'a (2014) także nie stwierdzono różnic między dorosłymi, którzy doświadczyli nieoczekiwanej i antycypowanej utraty, w zakresie nasilenia symptomów stresu potraumatycznego. Jednym z czynników, który może wyjaśniać uzyskane rezultaty, jest stopień narażenia osób owdowiałych na potencjalnie traumatyzujące obrazy towarzyszące śmierci współmałżonka, nieuwzględniony w niniejszych badaniach. Badania Ingles i wsp. (2016) wskazują, że osoby, które były świadkiem nagłego zgonu sercowego, bądź odnalazły ciało członka rodziny zmarłego w powyższych okolicznościach, charakteryzowały się wyższym nasileniem symptomów potraumatycznego stresu i przewlekłej żałoby. Większość uczestników opisanych badań uczestniczyła w resuscytacji krążeniowo oddechowej. Badania prowadzone wśród młodzieży wskazują, że także okoliczności towarzyszące długotrwałym chorobom (przebieg różnych procedur medycznych, obraz umierającego rodzica, przedłużona ekspozycja na chroniczny się silny stres pozostałych członków rodziny) mogą być równie traumatyzujące co bycie świadkiem nagłej i niespodziewanej śmierci rodzica (Layne, Kaplow, Oosterhoff, Hill, Pynoos, 2017).

Należy wspomnieć także o ograniczeniach niniejszych badań, do których należą między innymi: (1) stosunkowo mała ilość osób badanych, uniemożliwiająca przeprowadzenie analiz w podziale na grupy osób, które doświadczyły nagłej i traumatycznej śmierci współmałżonka oraz śmierci nagłej w naturalnych okolicznościach; (2) brak danych opisujących w sposób bardziej szczegółowy okoliczności śmierci współmałżonka (np. bycie świadkiem jego śmierci, dane dotyczące przebiegu długotrwałej choroby współmałżonka); (3) brak możliwości wyodrębnienia grupy klinicznej (osób spełniających kryteria diagnozy zespołu przewlekłej żałoby). Niemniej jednak badania dostarczają danych (także o charakterze opisowym) dotyczących specyfiki doświadczania żałoby u osób owdowiałych, których współmałżonek zmarł nagle i nieoczekiwanie.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn)*. Washington, DC: APA.
- Barlé, N., Wortman, C.B., & Latack, J.A. (2017). Traumatic bereavement: Basic research and clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 127-139, <https://doi.org/10.1037/int0000013>.
- Djelantik, A.M.J., Smid, G.E., Mroz, A., Kleber, R.J., & Boelen, P. A. (2020). The prevalence of prolonged grief disorder in bereaved individuals following unnatural losses: Systematic review and meta regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 265, 146-156, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.034>.
- Domino, J.L., Whiteman, S.E., Davis, M.T., Witte, T.K., & Weathers, F.W. (2021). Sudden unexpected death as a traumatic stressor: The impact of the DSM-5 revision of Criterion A for posttraumatic stress disorder. *Traumatology*, 27(2), 168-176, <https://doi.org/10.1037/trm0000272>.
- Eisma, M.C., Boelen, P.A., & Lenferink, L. (2020). Prolonged grief disorder following the Coronavirus (COVID-19) pandemic. *Psychiatry Research*, 288, 113031, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113031>.
- Ennis, J., Majid, U. (2021) "Death from a broken heart": A systematic review of the relationship between spousal bereavement and physical and physiological health outcomes, *Death Studies*, 45(7), 538-551, <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1661884>.
- Główny Urząd Statystyczny (2019). *Sytuacja demograficzna Polski do 2018r. Tworzenie i rozpad rodzin*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Goldstein, R.D., Lederman, R.I., Lichtenhal, W.G., Morris, S.E., Human, M., Elliott, A.J., Tobacco, D., Angal, J., Odendaal, H., Kinney, H.C., Prigerson, H.G., & PASS Network, (2018). The Grief of Mothers After the Sudden Unexpected Death of Their Infants. *Pediatrics*, 141(5), e20173651, <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3651>.
- Hardt, M.M., Williams, J.L., & Jobe-Shields, L. (2021). The role of experiential avoidance in the relationship between traumatic distress and yearning in sudden and unexpected bereavement. *Journal of Clinical Psychology*, 1- 11, <https://doi.org/10.1002/jclp.23233>.
- Holland, J.M., Klingspon, K.L., Lichtenhal, W.G., & Neimeyer, R.A. (2020). The Unfinished Business in Bereavement Scale (UBBS): Development and psychometric evaluation. *Death Studies*, 44(2), 65-77, <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1521101>.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Ingles, J., Spinks, C., Yeates, L., McGeechan, K., Kasparian, N., & Semsarian, C. (2016). Posttraumatic stress and prolonged grief after the sudden cardiac death of a young relative. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 402-405, <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7808>.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*, 6(1), 15-25.
- Kaltman, S., & Bonanno, G.A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 131-147, [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(02\)00184-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(02)00184-6).
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>.
- Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: the primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1476441, <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>.
- Kostrubiec-Wojtachnio, B. (2020). Koncepcja zadań w rozwoju religijnym małżonków w biegu ich życia: próba określenia stadiów rozwojowych i osiągnięć rozwojowych, (w:) M. Borowska, J. Kraśniewska (red.). *Konteksty religijności i rodziny* (265-299). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II, <https://doi.org/10.15633/9788374389327.07>.
- Layne, C.M., Kaplow, J.B., Oosterhoff, B., Hill, R.M., & Pynoos, R.S. (2017). The interplay between posttraumatic stress and grief reactions in traumatically bereaved adolescents: When trauma, bereavement, and adolescence converge. *Adolescent Psychiatry*, 7(4), 266-285, <https://doi.org/10.2174/2210676608666180306162544>.
- Ludwikowska-Świeboda, K. (2020). Attachment style and experiencing the symptoms of complicated grief after the death of a spouse – preliminary research among widowed women. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 20(2), 112-121, <https://doi.org/10.15557/PIPK.2020.0015>.
- Ludwikowska-Świeboda, K., Lachowska, B. (2019). Polska wersja Inwentarza Żałoby Powikłanej – wstępna walidacja. *Psychiatria Polska*, 53(5), 1069-1086, <https://doi.org/10.12740/PP/91729>.
- Lundorff, M., Johannsen, M., & O'Connor, M. (2021). Time elapsed since loss or grief persistency? Prevalence and predictors of ICD-11 prolonged grief disorder using different applications of the duration criterion. *Journal of Affective Disorders*, 279, 89-97, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.116>.
- Moon, J.R., Kondo, N., Glymour, M.M., Subramanian, S.V. (2011). Widowhood and Mortality: A Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 6(8): e23465, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0023465>.
- Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. (2019). The grief of parents after the death of a young child. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 321-338, <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7>.
- Neria, Y., Gross, R., Litz, B., Maguen, S., Insel, B., Seirmarco, G., Rosenfeld, H., Suh, E.J., Kishon, R., Cook, J. and Marshall, R.D. (2007). Prevalence and psychological correlates of complicated grief among bereaved adults 2.5-3.5 years after September 11th attacks. *J. Traum. Stress*, 20, 251-262, <https://doi.org/10.1002/jts.20223>.
- Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., Reynolds, C.F., Bierhals, A.J., Newsom, J.T., Fasiczka, A., Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1), 65-79, [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2).
- Pużyński, S., Wciórka, J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Remondet, J.H., & Hansson, R.O. (1987). Assessing a widow's grief - A short index. *Journal of Gerontological Nursing*, 13(4), 30-34, <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19870401-07>.
- Rubin, S.S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2020). Traumatic Bereavements: Rebalancing the Relationship to the Deceased and the Death Story Using the Two-Track Model of Bereavement. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 537596, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.537596>.
- Schaal, S., Richter, A., & Elbert, T. (2014). Prolonged grief disorder and depression in a German community sample. *Death Studies*, 38(7), 476-481, <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.809032>.

- Sekowski, M., & Prigerson, H.G. (2021). Associations between interpersonal dependency and severity of prolonged grief disorder symptoms in bereaved surviving family members. *Comprehensive Psychiatry*, 108, 152242, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152242>.
- Shear, M.K. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine*, 372(2), 153-160, <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>.
- Simon, N.M., Wall, M.M., Keshaviah, A., Dryman, M.T., LeBlanc, N.J., & Shear, M.K. (2011). Informing the symptom profile of complicated grief. *Depression and Anxiety*, 28(2), 118-126, <https://doi.org/10.1002/da.20775>.
- Stroebe, M., Schut, H., Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38(3/4), 185-201.
- Szuhany, K.L., Young, A., Mauro, C., Garcia de la Garza, A., Spandorfer, J., Lubin, R., Skritskaya, N.A., Hoepfner, S.S., Li, M., Pace-Schott, E., Zisook, S., Reynolds, C.F., Shear, M.K., & Simon, N.M. (2020). Impact of sleep on complicated grief severity and outcomes. *Depression and Anxiety*, 37(1), 73-80, <https://doi.org/10.1002/da.22929>.
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2014). Risk factors for developing prolonged grief during bereavement in family carers of cancer patients in palliative care: a longitudinal study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 531-541, <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022>.
- Tsai, W.I., Prigerson, H.G., Li, C.Y., Chou, W.C., Kuo, S.C., & Tang, S.T. (2016). Longitudinal changes and predictors of prolonged grief for bereaved family caregivers over the first 2 years after the terminally ill cancer patient's death. *Palliative Medicine*, 30(5), 495-503, <https://doi.org/10.1177/0269216315603261>.
- Weiss, D.S., & Marmar, C.R. (1997). *The Impact of Event Scale Revised in Assessing Psychological Trauma and PTSD—A Practitioners Handbook*, New York: Edited by Wilson JP & Keane TM. World Health Organisation. *ICD-11 Reference Guide*, (za:) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314> (data dostępu: 05.01.2021).