

Ks. JÓZEF MAKSELON (Kraków)

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY ŻAŁOBY

Doświadczenie utraty jest zjawiskiem powszechnym. Ludzie tracą nie tylko przedmioty, czas, relacje międzyosobowe, lecz także (a może przede wszystkim) swoich bliskich, którzy umierają. Wielość refleksji, doznań emocjonalnych i konsekwencji utraty określa się ogólnie pojęciem żałoby. Od strony psychologicznej żałoba jawi się jako złożony proces. Jej typologia, dynamika i uwarunkowania są przedmiotem badań wielu dyscyplin psychologicznych, szczególnie tanatopsychologii.

Niniejszy artykuł, nawiązujący do wcześniejszych moich publikacji na ten temat, przedstawia zasadnicze problemy tradycyjnie podejmowane w analizie żałoby, ale równocześnie poszerza pole widzenia przez uwzględnienie aktualnych publikacji (referowanych w piśmiennictwie anglojęzycznym) oraz pionierskich badań na temat doświadczenia żałoby w kontekście funkcjonowania Hospicjum św. Łazarza w Krakowie.

PRZEBIEG ŻAŁOBY

Dla zrozumienia tego, jak bardzo złożony jest proces żałoby, należy uwzględnić jej dynamikę, zmienność w zależności od odległości czasowej od śmierci bliskiej osoby, wieku i osobowości żałobnika (osoby będącej w stanie żałoby). W literaturze fachowej spotyka się rozmaite podziały etapów żałoby. Na przykład D. Hardt¹ wymienia 5 stadiów żałoby: (1) szok i zaprzeczanie, (2) fałszywa akceptacja, (3) pseudoorganizacja, (4) depresja, (5) reorganizacja. Natomiast R. Twycross i D. Frampton² piszą też o pięciu fazach, ale nieco inaczej je nazywają, a mianowicie: (1) wstrząs, odrętwienie i niedowierzanie, (2) samotność i ból, (3) rozpacz, (4) akceptacja, (5) reorganizacja. Wydaje się, że periodyzacja procesu żałoby jest najbardziej przejrzysta, kiedy sprowadzi się ją do trzech etapów, tj. (a) szoku i negacji, (b) dezorganizacji, (c) reorganizacji.

¹ D. V. H a r d t, *An Investigation of the Stages of Bereavement*, „Omega” 9:1978–1979, s. 279–285.

² R. G. T w y c r o s s, D. R. F r a m p t o n, *Opieka paliatywna*, Bydgoszcz 1996.

a) Faza szoku i negacji

W związku ze śmiercią bliskiej osoby pojawia się tendencja do ucieczki od tej informacji, powodowana szokiem i negacją³. Szokowi towarzyszy odrętwienie emocjonalne, poczucie pustki, brak koordynacji działań, płacz itp. Później pojawia się wszechogarniający smutek, żal, tęsknota, gniew nierzadko połączony z zaprzeczaniem realnego faktu odejścia bliskiej osoby z tego świata.

b) Faza dezorganizacji

Faza dezorganizacji odznacza się jakby zablokowaniem normalnych sposobów radzenia sobie z wieloma rolami społecznymi. Obejmuje także odniesienie do siebie i prozaicznych zadań dnia codziennego. Zazwyczaj przejawia się to zatraceniem poczucia bezpieczeństwa, odczuciem społecznej stygmatyzacji, nieporadnością zawodową. Dokonują się zmiany w obrazie siebie, połączone częściowo z intensywnym oddziaływaniem mechanizmów obronnych, formułowane są pytania o charakterze egzystencjalnym i religijnym. Dociera już bowiem wyraźniej prawda o rzeczywistej śmierci bliskiej osoby.

c) Faza reorganizacji

Podjęcie tzw. bitwy o wyzdrowienie⁴ oznacza chęć wydobycia się z pewnego chaosu, jaki wprowadza szereg doświadczeń z utratą bliskiej osoby. Od strony osobowościowej zwraca się uwagę na podniesienie samooceny, sprawniejsze funkcjonowanie w układach interpersonalnych. Intensyfikuje się też zaufanie do sposobów radzenia sobie z odmienną sytuacją psychospołeczną, jaką jest fakt bycia np. sierotą, wdowcem (wdową). Reorganizacja psychiki i drogi życiowej zasadniczo opiera się na akceptacji powszechności, konieczności i nieodwracalności śmierci.

Współczesne badania uwarunkowań przebiegu żałoby odwołują się do rozmaitych zmiennych (np. wiek, płeć, rodzaj więzi ze zmarłymi, typ osobowości)⁵. Raporty z tych badań są tak liczne, że sam ich spis

³ Por. J. Makselon, *Z psychologicznej problematyki żałoby*, [w:] W. Badura-Madej (red.), *Psychologiczne aspekty umierania, śmierci i żałoby*, Kraków 1993, s. 40–53; C. M. Parkes, *Bereavement. Studies of Grief in Adult Life*, Middlesex 1986.

⁴ M. Albrizo, *Utrata bliskiej osoby – osierocenie*, [w:] W. Badura-Madej (red.), *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby*, Kraków 1993, s. 106.

⁵ Por. R. O. Hansson, J. O. Berry, M. E. Berry, *The Bereavement Experience: Continuing Commitment After the Loss of a Loved One*, [w:] J. M. Adams, W. H. Jones ... (edd.), *Handbook of Interpersonal Commitment and Relationship Stability*.

tworzy dużą książkę. W obecnym artykule przywołam tylko wybrane publikacje, by przykładowo wskazać na kierunki poszukiwań.

Opisując następstwa śmierci współmałżonka i syndromów depresyjnego funkcjonowania, przeprowadzono odpowiednie badania podłużne w grupie 5449 osób. Ustalono w nich m.in., że w świeżej żałobie nie ma różnic ze względu na płeć, wiek, wcześniejszą historię choroby psychiatrycznej i oczekiwania śmierci⁶.

Wpływ przeżytej żałoby na najbliższą rodzinę jest analizowany także od strony medycznej. Badania 261 rodziców w wieku 32–61 roku życia przeżywających żałobę po gwałtownej śmierci ich dzieci (znajdujących się w wieku 12–18 lat) miały charakter podłużny (po 4, 12 i 24 miesiącach). Otrzymane wyniki wskazują, że w początkowym okresie żałoby zdrowie było słabsze. W miarę upływu czasu poprawiało się zdrowie matek, a pogarszało ojców. Zarówno matki, jak i ojcowie, uskarżający się na problemy zdrowotne, zwracali uwagę na zaburzenia emocjonalne i objawy traumatyczne⁷.

Niektórzy badacze uważają, że depresja jest stosunkowo częstym (wspólnym) objawem wśród ludzi starych. Strata nie jest jedynym czynnikiem wywołującym depresję, ale jednak należy do głównych jej uwarunkowań. Chociaż depresję uważa się za normalną reakcję w żałobie, to utrzymywanie się jej dłużej aniżeli 2 miesiące powinno skłaniać do baczniejszej obserwacji. W tym kontekście pojawia się u niektórych badaczy istotne pytanie o precyzyjne metody odróżniania żałoby od depresji⁸.

Poszukiwania wpływu wdowieństwa na depresję przeprowadzono m.in. w USA wśród kobiet powyżej 54 roku życia. Porównywano kobiety, które zostały wdowami w ciągu ostatnich 3 lat z kobietami żyjącymi w małżeństwie. Okazało się, że wdowy przejawiały większą depresję w ciągu 2 lat po stracie męża⁹.

Perspectives on Individual Differences, New York 1999, s. 281–291; H. G. Perdigao, *Mourning in Children and Adolescents: The Analysis of a Bereaved Child and His Reanalysis in Late Adolescence*. [w:] M. Sugar ... (edd.), *Trauma and Adolescence. Monograph Series of the International Society for Adolescent Psychiatry*, Vol. 1, Madison 1999, s. 47–73.

⁶ C. L. Turvey, C. Carney, S. Arndt, R. B. Wallace, R. Herzog, *Conjugal Loss and Syndromal Depression in a Sample of Elders Aged 70 Years and Older*, „*American Journal of Psychiatry*” 10:1999, s. 1596–1601.

⁷ S. A. Murphy, J. Lohan, T. Braun, L. C. Johnson, K. C. Cain, R. D. Beaton, R. Baugher, *Parents' Health, Health Care Utilization, and Health Behaviors Following the Violent Deaths of their 12- to 28-year-old Children: A Prospective Longitudinal Analysis*, „*Death Studies*” 7:1999, s. 589–616.

⁸ Por. B. Edelstein, K. D. Kalish, L. W. Drozdick, D. R. Mc Kee, *Assessment of Depression and Bereavement in Older Adults*, [w:] P. A. Lichtenberg ... (edd.), *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology. Wiley Series on Adulthood and Aging*, New York 1999, s. 11–58.

⁹ K. B. Carnelley, C. B. Wortman, R. C. Kessler, *The Impact of Widowhood on Depression: Findings from a Prospective Survey*, „*Psychological Medicine*” 5:1999, s. 1111–1123.

Norweskie badania przeżyć żalu w okresie adolescencji (średnia wieku 14.2) po nagłej śmierci przyjaciół oraz kolegów z klasy po 1 oraz 9 miesiącach wykazały, że w miarę czasowego oddalania się od śmierci bliskich osób zmniejsza się poziom rozpaczy, aczkolwiek 1/5 uczniów przejawiała wysoki poziom tzw. stresu pourazowego¹⁰.

Na podstawie badań dzieci w wieku 9 lat i powyżej można uznać, że wczesna adolescencja jest okresem szczególnej podatności na traumatyczne przeżycia związane ze stratą bliskiej osoby. Zwraca się też uwagę, w jakiej mierze może to komplikować właściwy rozwój w tym okresie życia¹¹.

Choć przeprowadzono wiele badań żałoby w okresie adolescencji, to jednak nie opisano szerzej duchowych skutków takich doświadczeń. Jednakże w niektórych pracach wspomina się o potencjale rozwojowym tego okresu, który połączony z kryzysogennym charakterem śmierci ma stwarzać szansę do oczyszczenia, a zarazem wzmocnienia duchowości (definiowanej najczęściej jako poszukiwanie nowego znaczenia-sensu)¹².

Zasadniczo rodzice nie przewidują, że będą uczestniczyć w śmierci swoich dzieci. Ponieważ na zasadzie kulturowych i innych uwarunkowań dostrzega się różnicowanie w przeżywaniu żałoby po śmierci dziecka w zależności od tego, czy patrzy się na to z perspektywy ojca czy matki, dlatego postanowiono zbadać ten problem w sposób empiryczny. Do najnowszych badań w tym względzie należą analizy K. V. Sidmore¹³. Na podstawie wypowiedzi 19 osób, pozostających w żałobie, stwierdzono, że kobiety w większym stopniu aniżeli mężczyźni doświadczają żalu. Nie ma natomiast znaczenia (nie modyfikuje doświadczenia żalu) to, czy zmarłym jest córka bądź syn, zarówno w odniesieniu do mężczyzn, jak i kobiet.

Niewątpliwie możliwość przeszczepiania tkanek i organów stwarza szansę na przeżycie innym osobom, ale dla rodziny zmarłego stanowi dodatkowy problem w przeżywaniu żałoby. Na podstawie badań przeprowadzonych w Australii uważa się, że główna komplikacja w tej sytuacji pochodzi stąd, iż rodzina często nie wie, jakie było życzenie

¹⁰ A. Dyregrov, R. Gjestaad, A. M. Bie-Wikander, S. Vigerust, *Reactions Following the Sudden Death of a Classmate*, „Scandinavian Journal of Psychology” 3:1999, s. 167–176.

¹¹ J. X. Bembry, C. Ericson, *Therapeutic Termination with the Early Adolescent who has Experienced Multiple Losses*, „Child and Adolescent Social Work Journal” 3:1999, s. 177–189.

¹² M. Batten, K. A. Oltjenbruns, *Adolescent Sibling Bereavement as a Catalyst for Spiritual Development: A Model for Understanding*, „Death Studies” 6:1999, s. 529–546.

¹³ K. V. Sidmore, *Parental Bereavement: Levels of Grief as Affected by Gender Issues*, „Omega” 2:1999–2000, s. 351–374.

zmarłego w odniesieniu do darowania własnych organów, niekiedy trudno jej zaakceptować mózgową definicję śmierci¹⁴.

Szczególnym nurtem analiz uwarunkowań doświadczenia żałoby jest prezentacja wpływu osobowości. W tym celu wyodrębnia się więc rozmaite cechy, czynniki czy typy osobowości. I tak np. neurotyzm – jako ważny wymiar osobowości – wielu badaczy wiąże z doświadczeniem żałoby w różnych grupach badanych, np. rodziców, osieroconych, wdów (wdowców)¹⁵. Jednym z ostatnich podejść do zagadnienia osobowościowych uwarunkowań przeżywania żałoby jest praca T. Meusera i S. Marwita¹⁶, w której autorzy dokonują podsumowania dotychczasowych poszukiwań i konstatują, że bezpośrednie procesy radzenia sobie mogą mieć większe znaczenie w doświadczaniu żalu aniżeli pewne cechy osobowości.

TYPY ŻAŁOBY

Żałoba jest zróżnicowanym procesem. W jej typologii mówi się zazwyczaj o tzw. normalnej i patologicznej formie żałoby. Normalna żałoba została już powyżej opisana. Natomiast w patologicznej żałobie charakterystyczne jest pojawianie się bardziej intensywnych, dłużej trwających, bądź przeciwnie – wcale nieobecnych przeżyć, zwykle towarzyszących ludziom po śmierci ich bliskich. Mówi się więc m.in. o żałobie chronicznej (trwającej bardzo długo, wyrażającej się niemożliwością pogodzenia się z odejściem bliskiego, ogromną tęsknotą, czasem poczuciem winy i depresją), zamaskowanej (łączącej się z silnymi mechanizmami zaprzeczania i wypierania), odroczonej – opóźnionej (kiedy typowe przejawy mają miejsce dopiero po jakimś czasie od pogrzebu)¹⁷. Do charakterystycznych przejawów patologicznej żałoby zalicza się m.in.:¹⁸ niechęć do bycia obecnym w momencie śmierci i widoku ciała zmarłego, unikanie miejsca pochówku, brak lub nadmierne odczuwany żal, permanentne i stabilne odczucie żalu, obsesyjne myślenie o zmarłym i silne doświadczanie jego obecności, brak pozytywnych wspomnień związanych ze zmarłym. Patologiczny żal jest

¹⁴ L. G. Steed, W. L. Wager, *The Bereavement Process in Organ and Tissue Donor Families*, „Australian Psychologist” 2:1998, s. 101–104.

¹⁵ Por. W. Middleton, B. Raphael, P. Burnet, N. Martinek, *Psychological Distress and Bereavement*, „Journal of Nervous and Mental Disease” 7:1997, s. 447–453.

¹⁶ T. M. Meuser, S. J. Marwit, *An Integrative Model of Personality, Coping and Appraisal for the Prediction of Grief Involvement in Adults*, „Omega” 2:1999–2000, s. 375–393.

¹⁷ Por. J. Makselon, *Typologia i dynamika żałoby*, [w:] B. L. Block, W. Otrębski (red.), *Człowiek nieuleczalnie chory*, Lublin 1997, s. 113–114.

¹⁸ A. Faulkner, P. Maguire, *Talking to Cancer Patients and their Relatives*, New York 1994, s. 146–147.

także problemem terapeutycznym, o którym nie zawsze chce się wiedzieć i pamiętać. Stanowi on często domenę analiz psychiatrycznych¹⁹. S. Jacobs²⁰ wprowadza pojęcie traumatycznego żalu, którego istnienia nie można zaprzeczać, bo istnieje on obok poważnych objawów depresji. Ma swoją specyfikę i zawartość nozeologiczną, diagnostyczne kryteria, cechy opisu oraz kliniczny przebieg.

Rodzaj śmierci w jakimś zakresie dookreśla typologię żałoby. Od dawna np. poszukiwano powiązań między śmiercią samobójczą a jakością żalu w takim przypadku²¹. Interesujące są w tym względzie badania emocji i zachowań dzieci w wieku 5–17 lat, których rodzice popełnili samobójstwo. Ich wyniki porównywano z wypowiedziami dzieci rodziców zmarłych w inny sposób. Badania dokonano w 1, 6, 13 i 25 miesiącu po śmierci. Okazało się, że emocje żalu były podobne w obu grupach, choć dzieci rodziców-samobójców częściej wyrażały lęk, gniew i wstyd w stosunku do grupy kontrolnej. W pierwszych dwóch latach po śmierci rodziców przejawiały więcej problemów z zachowaniem. Obie grupy tylko w niewielkim stopniu różniły się we wskaźnikach depresji, podatności na samobójstwo czy w psycho-społecznym zachowaniu²².

Dwukrotne badania (2 miesiące i około rok po śmierci) dwóch grup żałobników: tych, których bliscy zmarli w wyniku samobójstwa lub wypadków drogowych, przeprowadzone w Słowenii, wykazały, że wprawdzie pojawiły się różnice między tymi grupami w skali depresji, kwestionariuszu osobowości oraz skali żałoby, ale nie były one tak znaczące, jak przewidywano. Zauważono m.in., że zmniejsza się poziom depresji po roku, zwłaszcza u przeżywających żałobę po śmierci ich bliskich w wypadku²³.

W badaniach holenderskich, uwzględniających problem wpływu żałoby na dobrostan w zależności od płci uwzględniono respondentów w późnym wieku średnim i starszych żyjących w małżeństwie lub owdowiałych. Okazało się, że osoby w żałobie mają dużo niższe wskaźniki dobrostanu, a wpływ płci łączy się z czasem trwania żałoby. Mężczyźni osiągnęli niższe wyniki aniżeli kobiety do drugiego roku ża-

¹⁹ B. Raphael, W. Middleton, *What is Pathological Grief?*, „Psychiatric Annals” 20:1990, s. 304–307.

²⁰ S. C. Jacobs, *Traumatic Grief: Diagnosis, Treatment and Prevention*, Philadelphia 1999.

²¹ S. E. Bailey, M. J. Kral, K. Dunham, *Survivors of Suicide to Grieve Differently: Empirical Support for a Common Sense Proposition*, „Suicide and Life Threatening Behavior” 3:1999, s. 256–271.

²² J. Cerel, M. A. Fristad, E. B. Weller, R. A. Weller, *Suicide-bereaved Children and Adolescents: A Controlled Longitudinal Examination*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 6:1999, s. 672–679.

²³ O. T. Grad, A. Zavasnik, *Phenomenology of Bereavement Process after Suicide, Traffic Accident and Terminal Illness (in Spouses)*, „Archives of Suicide Research” 2:1999, s. 157–172.

łoby. Analiza wariancyjna pokazała związek między płcią a czasem trwania żałoby i wpływem tegoż na dobrostan. Przy okazji zauważono, że chociaż większa część dobrostanu jest wyjaśniana przez sposoby osiągania go, to jednak nie znikają w jego zdobywaniu wpływy statusu społecznego płci czy przystosowanie się do stanu wdowieństwa w miarę upływu czasu²⁴.

W badaniach australijskich porównywano zachowania związane z żalem po śmierci upośledzonych osób, którymi opiekowano się w domu lub w jednostkach opieki pielęgniarskiej. Uwzględniano także różnicowania ze względu na płeć. W badaniach uczestniczyło w każdej grupie po 60 osób: 30 kobiet i 30 mężczyzn w wieku 51–80 lat życia. Okazało się, że opiekunowie pracujący w domach opieki pielęgniarskiej przejawiali wyższy poziom smutku i winy, ale mniej gniewu w porównaniu do opiekujących się w domu. Kobiety opiekujące się w domu przejawiały większy lęk, smutek i gniew aniżeli mężczyźni. Ogólnie autorzy badań wnioskują, że poziom upośledzenia, duchowość, wiek współmałżonka, miejsce opieki oraz płeć istotnie dookreślają doświadczenie żalu²⁵. W innych badaniach, dotyczących emocjonalnych reakcji 29 kobiet i 14 mężczyzn związanych z programem hospicyjnym w Colorado w 1995 r., których współmałżonkowie zmarli, ustalono wielość tych reakcji, jednakże nie zróżnicowanych ze względu na płeć²⁶. W interesujących badaniach głównie opiekunek zmarłych pacjentów (przeprowadzonych trzy miesiące po śmierci) wyodrębniono cztery zasadnicze obszary tego doświadczenia, jakie stało się ich udziałem, to jest: (a) psycho-duchowe, (b) personalno-społeczne, (c) status zdrowotny, (d) status finansowy. Opiekunowie – w porównaniu do innych osób – przejawiali m.in. wyższe wskaźniki depresyjności i względnie wysoki poziom duchowości²⁷.

Żałoba ma także inny przebieg w zależności od kontekstu umiarkowania. Typowym tego przykładem jest np. śmierć w hospicjum. A. Panek²⁸ przeprowadziła badania 30 osób (23 kobiety w wieku 35–68 lat oraz 7 mężczyzn w wieku 36–72 roku życia), których bliscy zmarli

²⁴ A. P. Nieboer, S. M. Lindenberg, J. Ormel, *Conjugal Bereavement and Well-being of Elderly Men and Women: A Preliminary Study*, „Omega” 2:1998–1999, s. 113–141.

²⁵ M. G. Rudd, L. L. Viney, C. A. Preston, *The Grief Experienced by Spousal Caregivers of Dementia Patients: The Role of Place of Care of Patient and Gender of Caregiver*, „International Journal of Aging and Human Development” 3:1999, s. 217–240.

²⁶ D. G. Quigley, M. S. Schatz, *Men and Women and their Responses in Spousal Bereavement*, „Hospice Journal” 2:1999, s. 65–78.

²⁷ G. K. Wyatt, L. Friedman, Ch. W. Given, B. A. Given, *A Profile of Bereaved Caregivers Following Provision of Terminal Care*, „Journal of Palliative Care” 1:1999, s. 13–25.

²⁸ A. Panek, *Doświadczenie żałoby w kontekście Hospicjum św. Łazarza w Krakowie* [nie publikowana praca magisterska, Katedra Psychologii Religii PAT, Kraków 2000].

w Hospicjum św. Łazarza w Krakowie. Zastosowała wystandaryzowany Wywiad nt. żałoby, połączony z obserwacją, oraz *Skalę doświadczenia żałoby (SDŻ)*²⁹.

W wywiadzie uwzględniono: opiekę hospicyjną sprawowaną nad zmarłym i jego rodziną, antycypowaną żałobę oraz żałobę właściwą. Natomiast *Skala doświadczenia żałoby* pozwoliła autorce wyodrębnić 3 czynniki (wymiary) doświadczenia żałoby: (1) potrzeby egzystencjalno-emocjonalne, (b) poczucie winy i ekspresję żalu, (3) myślenie o zmarłym.

W celu odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób czas od śmierci bliskiej osoby zmienia przeżywanie żałoby zostały wyodrębnione trzy podgrupy, tj. 1–4 miesięcy od śmierci, 5–12 miesięcy oraz powyżej roku po odejściu bliskiej osoby. Okazało się, że w pierwszym okresie po śmierci bliskiej osoby u badanych wyraźniej zaznaczały się następujące potrzeby: przeglądu życia, bagatelizowania ważnych spraw, bliskości, sensu życia połączona z lękiem przed byciem samym. Najczęściej pojawiającymi się wówczas odczuciami są: złość na siebie, poczucie winy za niewłaściwe zachowania przed śmiercią bliskiej osoby, gniew w stosunku do zmarłego oraz obwinianie innych, tęsknota za zmarłym. W sferze aktywności intelektualnej w tym okresie żałoby zaznaczało się intensywne rozmyślanie o zmarłym, przeglądanie pamiętek oraz odczucie kierowania przez osobę, która odeszła.

POMOC W ŻAŁOBIE

W krótkim przeglądowym artykule na temat publikacji dotyczących utraty, śmierci i żałoby, uwzględniającym dane z lat 1990–1998 zawarte w *PsyLIT*, R. Robak³⁰ zauważa, że zawierają one doniesienia z badań, studia teoretyczne, przeglądy literatury, opisy przypadków, ale brak empirycznych studiów nad psychoterapią i poradnictwem. Nie oznacza to jednak, że nie istnieje wiele kierunków i faktów zróżnicowanej pomocy dla ludzi w żałobie.

Doświadczenie odejścia kogoś bliskiego jest bowiem często tak trudne, że człowiek sam niejednokrotnie nie może uporać się z ogromem pytań i zadań, jakie stawia nowa sytuacja. Najogólniej można powiedzieć, że pomoc wobec osób pozostających w żałobie winna się koncentrować wokół dwóch obszarów, jakby wzajemnie się wykluczających. Z jednej strony chodzi bowiem o to, by pomóc być w żałobie, tj. dać szansę na odreagowanie i nazwanie swoich emocji oraz pytań, a z drugiej – umożliwić wejście w inne role, jakie narzuca nowa sytu-

²⁹ Autorami tej skali są: C. A. Guarnaccia, B. Hayslip, *Factor Structure of the Bereavement Experience Questionnaire: The BEQ-24, A Revised Short Form*, „Omega” 3:1998, s. 303–316.

³⁰ R. W. Robak, *Loss, Death, Bereavement: Where Are the Empirical Studies?*, „Psychological Reports” 2:1999, s. 701–702.

acja: wdowca (wdowy), sieroty. Zarówno w jednym, jak i drugim zadaniu pomocy w żałobie bardzo istotną rolę odgrywa religijność. Dojrzała forma kontaktu z Bogiem umożliwia bowiem nazwanie przeszłości oraz wyznaczenie własnej nowej przyszłości, już bez fizycznej obecności kochanej osoby. Religijne propozycje ponadto określają najgłębsze wymiary sensu ludzkiej egzystencji.

Współczesne psychologiczne propozycje pomocy osobom będącym w żałobie są zróżnicowane i nawiązują do teoretycznych założeń na temat człowieka. Inaczej więc przebiega terapia nawiązująca do personalistyczno-religijnego modelu człowieka, a inaczej wywodząca się z klasycznej psychoanalizy. E. Poluda³¹ zauważa, że proces psychoanalityczny można rozumieć jako odniesienie się do psychoanalityka w celu przekazania mu także swoich żalów, tęsknot, marzeń, idei, co może mieć znaczenie do przepracowania żałoby. Nawiązująca do terapii *Gestalt* technika pustego krzesła (*empty-chair*) była stosowana w celu przepracowania nierozwiązanego żalu. 73 osobom, które straciły swoich współmałżonków pół roku przed eksperymentem, proponowano monolog, w którym miały mówić do partnera, mając świadomość, że jest to ostatnia okazja w życiu. Po takim zadaniu wypełniali kwestionariusz opisujący doświadczenia emocjonalne towarzyszące tej „rozmowie”. Zadaniem tego podejścia terapeutycznego było ujawnienie nierozwiązanego żalu³². Opisując pomoc żałobnikom, używa się określeń: wsparcie, towarzyszenie, itp.

Udzielane wsparcie może być świadczone przez profesjonalistów (służba zdrowia, duchowni), wolontariuszy bądź przez organizujących się ludzi, którzy przeżyli już śmierć kogoś bliskiego. By taka pomoc była możliwie skuteczna, musi się łączyć z pewnymi postawami, zwłaszcza gotowością do bycia dostępnym i autentycznie zainteresowanym³³.

Oddziaływania terapeutyczne, związane ze śmiercią bliskiej osoby, odwołują się także do muzyki. Uważa się bowiem np., że przez odnajdywanie właściwej muzyki mamy możliwość dotrzeć do autentyczności danej osoby i jej osobistej tożsamości. Dzięki temu daje się przepracować tak bardzo istotne problemy jak: poczucie własnej idyncyżności, niską samoocenę, brak asertywności, problemy ekspresji własnych uczuć i relacji do innych. Dzięki muzyce staje się możliwe, jak utrzymują holenderscy autorzy³⁴ analizujący doznania 53-letniej kobiety po

³¹ E. S. Poluda, „...und sie erkannten einander...”: Über Liebe und Psychoanalyse, „Zeitschrift für Individualpsychologie” 1:1999, s. 19–32.

³² N. P. Field, M. J. Horowitz, *Applying an Empty-chair Monologue Paradigm to Examine Unresolved Grief*, „Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes” 4:1998, s. 279–287.

³³ Por. C. M. Parkes, M. Relf, A. Couldrick, *Counselling in Terminal Care and Bereavement*, Leicester 1996, s. 140–141.

³⁴ H. Smeijsters, J. van-den-Hurk, *Music Therapy Helping to Work Through Grief and Finding a Personal Identity*, „Journal of Music Therapy” 3:1999, s. 222–252.

śmierci męża, ujawnienie – często na drodze podświadomej – takich warstw osobowości, które były tłumione od wczesnego dzieciństwa. Pewną rolę w akceptowaniu faktycznego odejścia bliskiej osoby spełnia kontakt z pamiątkami. R. Johnson uważa na przykład, że fotografie zmarłej osoby służą do wyrażenia emocji w okresie żałoby, a także są instrumentem, przy pomocy którego okazuje się przywiązanie do zmarłego podmiotu³⁵.

D. Farrugia³⁶ podkreśla szczególnie potrzebę zachęcania terapeutów rodzinnych, aby po śmierci dziecka zwracali uwagę na rozpoznanie rozmaitych potrzeb wszystkich członków rodziny, zachęcali do komunikacji i wsparcia członków rodziny. Terapia żalu w rodzinie nawiązuje – przynajmniej w badaniach kanadyjskich³⁷ – do typologii funkcjonowania rodziny. Wyodrębnia się w tym celu na przykład typy rodzin wspierających, rozwiązujących konflikty, mediujących, wrogich czy ponurych. Ta wstępna diagnostyka ma pozwalać precyzyjnie określić cele terapii, ocenić bardziej adekwatnie określone jej fazy itp.

Pomocą w komunikacji może być podtrzymywanie pamięci o zmarłych. Jednakże, zadaniem niektórych badaczy międzykulturowych i religijnych przemian, współcześnie (przynajmniej na Zachodzie) podtrzymywanie więzi ze zmarłymi często pozostaje w jakimś konflikcie z pewnymi tradycjami, np. narodowymi. Zauważają, że kultywowanie więzi ze zmarłymi współcześnie ma charakter prywatny i bardzo ograniczone funkcje w szerszym społeczeństwie³⁸.

Wobec dzieci pozostających w żałobie stosuje się jako terapię także zabawy (gry) grupowe. Muszą one być planowane jednak bardzo poważnie i winny uwzględniać akceptację przez grupę, odpowiedni wywiad na temat zachowania się przed śmiercią jak i po śmierci drogiej osoby. Jak u każdego, także u dzieci, reakcje są zróżnicowane ze względu na wiek, temperament, środowisko kulturowe, przekonania religijne. Trzeba zatem pamiętać, iż żal dzieci często jest wyrażany zupełnie inaczej, aniżeli czynią to dorośli³⁹.

Wspomniane już Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie-Nowej Hucie stara się integralnie pomagać osobom, których bliscy zmarli byli pod

³⁵ R. Johnson, *The Use of Photographs in Mourning and Bereavement and the Anthropology of Art*, „Anthropology and Medicine” 2:1999, s. 231–241.

³⁶ D. Farrugia, *The Experience of the Family when a Child Dies*, „Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families” 1:1996, s. 30–36.

³⁷ D. W. Kissane, S. Block, M. Mc Kenzie, A. C. Mc Dowall, R. Nitzan, *Family Grief Therapy: A Preliminary Account of a New Model to Promote Healthy Family Functioning During Palliative Care and Bereavement*, „Psycho-Oncology” 1:1998, s. 14–25.

³⁸ D. Klass, R. Goss, *Spiritual Bonds to the Dead in Cross-cultural and Historical Perspective: Comparative Religion and Modern Grief*, „Death Studies” 6:1999, s. 547–567.

³⁹ J. Le-Vieux, *Group Play Therapy with Grieving Children*, [w:] D. S.weeney, L. E. Homeyer (ed.), *The Handbook of Group Play Therapy: How to do it, how it Works, whom it's Best for*, San Francisco 1999, s. 375–388.

jego opieką. W ramach tej działalności od dwóch lat odbywają się co-miesięczne msze św. połączone ze wspólnotowymi spotkaniami, funkcjonuje „Klub dla osieroconych”, organizowane są rozmaite prelekcje, rekolekcje, wycieczki itp.

* * *

Przedstawione w niniejszym artykule zasadnicze problemy doświadczenia żałoby nie wyczerpują oczywiście całości zagadnienia. Trzeba przyznać rację tezie, że badania nad żałobą zostały zdominowane przez analizy w aspekcie intrapersonalnym, aby w ten sposób określić konsekwencje dla zdrowia i adaptacji⁴⁰. Jest oczywiste, że żałoba jest także zjawiskiem o wymiarze interpersonalnym. Stąd konieczne jest zintegrowanie tych obu perspektyw. W związku z tym jawi się potrzeba wieloetapowych (m.in. podłużnych) badań psychologicznych, których celem będzie jasne zdiagnozowanie osobowościowych i społecznych uwarunkowań przeżywania żałoby. W ramach takiego podejścia powinno się pojawić, jako bardzo istotne, pytania o wpływ wieku na przeżywanie żałoby, funkcje w tym względzie grup odniesienia, znaczenie przekonań i praktyk religijnych. Takie zamierzenia badawcze podejmuje Katedra Psychologii Religii Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie. Warto nadmienić, że w Papieskiej Akademii Teologicznej w Krakowie rozpoczęto pierwsze w Polsce systematyczne wykłady na temat psychologii umierania, śmierci i żałoby (rok akademicki 1981/82). Działo się to w czasie, kiedy ani Papieska Akademia Teologiczna nie była uznawana przez ówczesne władze, ani w Polsce nie było oficjalnie działającego hospicjum. Jak wiele zmieniło się w ustosunkowaniu współczesnych ludzi do przemijania i śmierci człowieka, w co także zaangażowali się profesjonaliści z różnych dziedzin wiedzy, świadczy działanie kilkudziesięciu hospicjów, w tym prekursorskiego Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie-Nowej Hucie.

⁴⁰ M. Stroebe, H. Schut, *The Social Context of Grief and Grieving*, „*Gedrag and Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid*” 1-2:1999, s. 56-60; N. P. Field, P. Nigel, D. Hart, M. J. Horowitz, *Representations of Self and Other in Conjugal Bereavement*, „*Journal of Social and Personal Relationships*” 3:1999, s. 407-414.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF BEREAVEMENT

Summary

Bereavement is one of the most important experiences in human life. It is analysed by psychologists from various points of view. It is said that there are different types, functions and conditions of bereavement.

The present study is a theoretical introduction to future empirical research conducted by the Department of Psychology of Religion of The Pontifical Academy of Theology. The author presents contemporary results of emotions and thinking process in the experience of bereavement. Describes correlates and the process of normal and pathological bereavement. Shows typical ways of helping mourning people and the role of hospices in coping with loss. As an example gives the activity of St. Lazarus Hospice in Cracow.