

## GRUPA WSPARCIA DLA OSÓB W ŻALOBIE. DOŚWIADCZENIA WŁASNE

### SUPPORT GROUP FOR PEOPLE IN MOURNING. AUTHORS' OWN EXPERIENCE

<sup>1</sup> Miejski Ośrodek Profilaktyki Zdrowotnej, Ośrodek Interwencji Kryzysowej, Łódź

Kierownik: lek. med. Artur Antczak

<sup>2</sup> Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie,

Dyrektor: dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz

<sup>3</sup> Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

Poradnia Leczniczo-Konsultacyjna Klinik Psychiatrycznych

*Żaloba jest reakcją na utratę kochanej osoby lub postawionej w to miejsce abstrakcji.*

Z. Freud („Żaloba i melancholia”)

*Autorki artykułu przedstawiają własne doświadczenia w prowadzeniu grupy wsparcia dla osób w żalobie, która funkcjonowała w latach 2008–2010 przy Ośrodku Interwencji Kryzysowej w Łodzi. Omawiają szeroko, czym jest żaloba dla człowieka, w aspekcie somatycznym, psychologicznym, społecznym. Zwracają uwagę na zmiany kulturowe polegające na „odrytualizowaniu żałoby” i wyłączeniu śmierci z doświadczeń życia codziennego, które mają wpływ na proces przeżywania utraty osoby bliskiej. W tym kontekście analizują ważną funkcję grupy wsparcia, której przebieg szczegółowo omawiają.*

death  
mourning  
support group

**Summary:** Death is a part of life, concerns all of us and each generation has tried to find its own solution to this problem. Mourning is the process of psychological, social and somatic reaction and relatives' death is a traumatic situation even if previously predicted. Mourning is the process which shouldn't be experienced lonely but together with others from the family. But there are situations where family is not able to support. In such a case, a support group might be helpful. Experience included in the article refers to the support group for the patients in mourning. The group functioned in the Crisis Intervention Centre. Its character was open, participants were those who lost their parents, spouses, partners, grown-up children. The purpose of the group included the widely considered psychological care. Topics raised during the meetings were connected with psychoeducation including the bereavement, anthropology of mourning, changes in the relations and functioning after the bereavement. The condition for dealing with bereavement is getting through the whole process of mourning, which means total acceptance of the difficult event in one's own life.

### Wprowadzenie

Pomimo osiągnięć współczesnej nauki, medycyna nie może uchronić człowieka przed śmiercią, może jedynie ją opóźnić. Żadna nauka nie potrafi również powiedzieć, co znajduje się „po tamtej stronie” ani w jaki sposób przygotować się na to przejście. Każda generacja zмага się od nowa z perspektywą śmierci własnej i bliskich.

Percepcja śmierci różniła się w zależności od epoki i kultury. Społeczeństwa znajdowały własne rozwiązanie problemu śmierci, często oparte na rozbudowanych wierzeniach i obyczajach. Zmieniały się też na przestrzeni wieków rytuały żałobne towarzyszące oplakiwaniu

zmarłych [1]. We współczesnych społeczeństwach śmierć zaczyna być traktowana jako tajemnica wstydliva i kłopotliwa. Wraz ze zmniejszeniem umiejętności stawiania czoła umieraniu, zmniejsza się wiara w sensowność rytuałów i obrzędów towarzyszących śmierci.

### Czym jest żałoba?

Żałoba jest procesem psychologicznej, społecznej i somatycznej reakcji, stanowiącej odpowiedź na utratę bliskiej osoby. Cechy charakteryzujące żałobę to między innymi: głębokie przygnębienie, zaprzeczanie stracie, płaczliwość, irytacja, niepokój, lęk, poczucie wyczerpania, utrata zainteresowania światem zewnętrznym, zahamowanie aktywności, wycofanie się z działalności, która nie jest związana ze wspomnieniami utraconego obiektu [2].

Reakcje emocjonalne towarzyszące żałobie obserwowane są nie tylko u ludzi. Również zwierzęta, w sposób właściwy dla siebie, okazują przeżycia po utracie partnera. Siła tych przeżyć może wprowadzić organizm zwierzęcia w stan apatii, a nawet doprowadzić do śmierci [3, 4].

Śmierć bliskich osób jest sytuacją kryzysową. Wywołuje nie tylko silne reakcje emocjonalne związane z utratą, ale narusza też poczucie własnej tożsamości, zmienia relacje z innymi i przekonanie o stabilności świata. Żałoba spełnia wiele kryteriów choroby terminalnej, która opisywana jest w literaturze jako żałoba po zdrowiu. Pomimo tych cech, żałoba nie jest chorobą, ale naturalną reakcją człowieka na tragiczne wydarzenie życiowe [5]. Żałoba jest procesem trwającym w czasie, którego istotą jest bolesne zmaganie się z bólem i cierpieniem, wywołanymi stratą bliskiej osoby. Chociaż indywidualne reakcje mogą różnić się intensywnością i czasem trwania, człowiek w obliczu śmierci bliskiej osoby przechodzi przez podobne cztery stadia żałoby [6]:

- stadium szoku — pojawia się zaprzeczanie, protest, odrętwienie, nieprzyjmowanie bolesnych informacji, dysocjacja uczuć i myśli;
- stadium buntu, złości, pretensji do losu, Boga, samego siebie, niekiedy złość do osoby zmarłej, obwinianie samego siebie, silna idealizacja utraconej osoby, której towarzyszy uczucie tęsknoty;
- stadium dezorganizacji psychicznego funkcjonowania, stany depresyjne, bezgraniczna tęsknota i pustka po śmierci bliskiej osoby, trudności z codzienną aktywnością, pojawienie się zaburzeń somatycznych (np. zaburzenia snu, łaknienia);
- stadium reorganizacji — powolne rozstawianie się i godzenie ze śmiercią, z nieuchronnością tego, co się stało („zgoda na odejście”), zainteresowanie się kontaktami z innymi i aktywnym życiem, podejmowanie nowych ról i zadań.

Keirse [7] zwraca uwagę, że współcześnie przestano doceniać rolę żałoby w życiu społecznym. Feifel [8] wspomina o „odrytualizowaniu żałoby” i wyłączeniu śmierci z doświadczeń życia codziennego. Żałoba jest zamykana w czterech ścianach pograżonych w smutku rodzin. W przeszłości nadawano jej formę jako zwyczaju/obyczaju społecznego. Rytuały żałobne (np. opłakiwanie, czuwanie przy zmarłym) miały ważne znaczenie, gdyż przyzwalały na publiczne ujawnianie smutku. Umożliwiały również osobie będącej w żałobie duchowe przeżywanie straty, ucząc równocześnie, że smutek potrzebuje czasu.

Ciekawą egzemplifikację opisanego powyżej zjawiska odrytualizowania żałoby można znaleźć w jednej z książek rabina Harolda Kushera, przytoczonej przez Tokarską-Bakir [9], antropologa kultury, w eseju pod znamienym tytułem *Śmierć pozbawiona głosu*. Podczas pogrzebu żydowskiego, w domu w Ameryce, gdzie wystawiono trumnę, zaczyna zawodzić płaczliwie jakaś starsza kobieta. Gospodarz nakazuje wyprowadzenie jej i uspokojenie. Tokarska-Bakir zauważa, że takie „werdykty” znamy również z naszych pogrzebów.

Pomimo wielowiekowej tradycji opłakiwania zmarłych, współczesne społeczeństwa rozwinięte przyjęły jako normę skrytość i powściągliwość w wyrażaniu uczuć. Przejawia się to, między innymi, akceptacją ukrywania odczuwanego bólu, uciszania innych, jak najszybszego powrotu do normalności, brakiem zainteresowania samopoczuciem osoby w żałobie. Wraz z zanikaniem społecznych rytuałów żałoby, zanika również wspólne przeżywanie smutku. W przeszłości, gdy śmierci i żałobie towarzyszył określony rytuał, osoby, które doświadczały straty, miały możliwości dzielenia się swoimi przeżyciami z innymi. Z pewnością pomagało im to w dalszych kontaktach społecznych.

Przez proces bycia w żałobie nie powinno przechodzić się samotnie, lecz w relacjach z innymi. Rinpocze [10] zwraca uwagę, że w tym najtrudniejszym okresie człowiek jest w stanie przetrwać tylko dzięki drugiemu człowiekowi.

Można wyróżnić dwa rodzaje wsparcia: naturalne i uzyskiwane od specjalisty. Wsparcie naturalne jest udzielane najczęściej przez członków grup odniesienia, takich jak: rodzina, przyjaciele czy znajomi. Jedną z funkcji rodziny jest wspieranie w różnych sytuacjach trudnych, w tym w czasie żałoby. Najczęściej obywa się bez pomocy z zewnątrz. Jednak rodzina nie zawsze jest w stanie spełniać swoją wspierającą funkcję. W takich przypadkach potrzebna jest pomoc z zewnątrz. Grupa samopomocowa jest przykładem dostarczania takiej formy pomocy. Grupy tego typu potrafią wspierać w smutku na trudnej drodze zdrowienia. [11]. Wsparcie, które oferują, jest profesjonalne, potwierdzone w doświadczeniach tych, którzy przeżyli podobną stratę.

Grupa samopomocowa i grupa wsparcia to dwie podobne formy pracy z ludźmi w trudnych sytuacjach życiowych. Zasadnicza różnica pomiędzy nimi polega na tym, że w tej drugiej obecny jest psycholog/terapeuta. Grupa wsparcia definiowana jest w literaturze przedmiotu jako grupa równoprawnych uczestników, łącznie z osobą terapeuty, spotykających się w celu wzajemnego zapewnienia sobie pomocy i oparcia w trudnej sytuacji życiowej [12]. Podstawowy argument przemawiający za obecnością psychologa/terapeuty wynika z faktu występowania u członków grupy wysokiego poziomu zaangażowania emocjonalnego. W takiej sytuacji często dochodzi do silnych przeżyć, które bez fachowej interwencji prowadzącego mogą mieć destrukcyjny wpływ zarówno na przebieg spotkania, jak i na jego uczestników. Ponadto zadaniami psychologa/terapeuty są również: zadbanie o wspólne tworzenie klimatu bezpieczeństwa i zaufania na spotkaniach, pomaganie członkom grupy w budowaniu satysfakcjonujących kontaktów interpersonalnych oraz utrzymywanie dynamiki grupy w ciągu całego czasu jej trwania.

Funkcjonowanie grupy wsparcia przebiega według pięciu uniwersalnych zasad [13]:

1. dobrowolność uczestnictwa — osoby potrzebujące wsparcia chcą uczestniczyć w grupie i są świadome realizowanych przez nią celów;

2. uczenie się nowych zachowań, w tym: uważnego słuchania, dawania partnerom interakcji poczucia akceptacji i bezpieczeństwa;
3. potrzeba wspólnoty i sposobu przeżywania łącząca uczestników grupy;
4. rola terapeuty — nie ogranicza się tylko do roli lidera, jest on równocześnie członkiem grupy;
5. normy grupy wsparcia:
  - zakaz przekazywania na zewnątrz informacji o tym, co działo się podczas spotkań,
  - unikanie krytykowania i oceniania,
  - mówienie do kogoś, a nie o kimś,
  - mówienie we własnym imieniu,
  - zastępowanie rad dzieleniem się swoimi przeżyciami,
  - koncentrowanie się na „tu i teraz”.

Grupa wsparcia może przybierać dwie formy: otwartą lub zamkniętą. W grupie otwartej, ze zmiennym składem, konieczny jest powrót do wcześniejszych etapów pracy grupy lub dostosowywanie realizowanego etapu do aktualnego jej składu. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że **grupa wsparcia nie jest formą terapii grupowej** [11, 13]. W terapii grupowej uczestnikami są osoby wymagające leczenia, a terapeuta pozostaje w relacji hierarchicznej wobec pacjentów. Z grupy wsparcia korzystają osoby zdrowe, które jedynie czują się osamotnione, osoby wyobcowane, będące w trudnej sytuacji. Celem grupy wsparcia jest uzyskanie przez uczestników poczucia, że nie są sami w osiąganiu wyższego stopnia, aby osiągnęły lepszy poziom przystosowania i większej skuteczności w działaniu. Terapeuta pozostaje w relacji wzajemności wobec członków grupy.

Poniżej przytoczono przykłady grup wsparcia dla osób w żałobie funkcjonujące w dwóch wybranych krajach [1, 3]:

1. Stany Zjednoczone: stowarzyszenia i kluby dla różnych osób (owdowiałych, dzieci, rodziców) przeżywających utraty swoich bliskich, między innymi:
  - Stowarzyszenie Candlelighters Society (motto stowarzyszenia: „Lepiej zapalić świecę w ciemności niż przeklinać ciemność”),
  - National Sudden Infant Death Syndrome Foundation (stowarzyszenie rodziców, którzy utracili dzieci z powodu syndromu nagłej śmierci łóżeczkowej),
  - Association for Death Education and Councelling (Stowarzyszenie Edukacji i Doradztwa Żałobnego).
2. Wielka Brytania:
  - The Compassionate Friends (Współczujący Przyjaciele — stowarzyszenie założone dla rodziców, którzy utracili swoje dzieci),
  - British Association of Cancer United Patients (Brytyjskie Stowarzyszenie Chorych na Raka),
  - Hospicjum św. Krzysztofa (pomoc osobom chorym terminalnie i ich rodzinom),
  - Widow-to-Widow (Wdowa do Wdowy).

#### **Łódzka grupa wsparcia dla osób w żałobie — historia utworzenia**

Grupa wsparcia dla osób w żałobie została utworzona w styczniu 2008 roku w ramach Ośrodka Interwencji Kryzysowej — OIK, działającego przy Miejskim Ośrodku Profilaktyki

Zdrowotnej w Łodzi. Grupa ta istniała trzy lata, od stycznia 2008 do grudnia 2010 roku. Powstanie grupy poprzedzono ustaleniami z pozostałymi pracownikami OIK, którzy pracowali indywidualnie z osobami w żałobie. Wspólnie wypracowano następujące kryteria kwalifikowania pacjentów do grupy:

- jedynie osoby po stracie dorosłej osoby bliskiej,
- poprzedzenie udziału w grupie spotkaniami indywidualnymi z pacjentem w żałobie,
- propozycja udziału w spotkaniach grupowych kierowana w czasie spotkania indywidualnego, wraz z omówieniem zasad funkcjonowania grupy,
- wypełnienie karty informacji o pacjencie przez psychologa pracującego z pacjentem indywidualnie, zawierającej podstawowe dane: personalne, okoliczności utraty bliskiej osoby, opis sieci wsparcia społecznego, informacja o kontakcie z lekarzem psychiatrą, leczenie farmakologiczne oraz liczba spotkań indywidualnych z psychologiem.

Spotkania grupy wsparcia odbywały się według z góry ustalonego porządku: jeden raz w miesiącu (w każdą trzecią niedzielę miesiąca), o stałej porze (w godzinach 16–18), stałym czasie trwania (dwie godziny), stałym miejscu spotkań (sala terapeutyczna ośrodka). Łącznie odbyły się 32 spotkania. Uczestnikami były najczęściej osoby w wieku 43–65 lat (było kilku uczestników młodszych, w wieku 23–35 lat oraz dwie osoby powyżej 75 lat). Wśród uczestników przeważały kobiety (było zaledwie pięciu mężczyzn oraz dwa małżeństwa). Każdorazowo grupę tworzyło od 6 do 12 osób, optymalna liczba osób w grupie to 8–10. Z punktu widzenia utraty, której doświadczyli uczestnicy, można ich podzielić na tych, którzy utracili:

- jedno z rodziców lub oboje,
- małżonka/partnera,
- syna/córkę,
- dwie lub trzy bliskie osoby, w krótkim okresie.

Utworzenie grupy było odpowiedzią na oczekiwania zgłaszane przez pacjentów ośrodka oraz osoby z zewnątrz. Jedną z pierwszych i jednocześnie najstarszą uczestniczką była 75-letnia kobieta, która okazała się później *spiritus movens* (duch poruszający) grupy [14]. Dotarła do ośrodka po stracie 40-letniej córki, po bezskutecznym poszukiwaniu grupy wsparcia dla siebie w innych miejscach. Zbiegło się to z dojrzewającą już od dłuższego czasu w ośrodku ideą utworzenia takiej grupy. Zawodowa sieć komunikowania została wykorzystana w celu poinformowania środowiska o powstaniu grupy i dotarciu do potencjalnych uczestników.

### **Zasady funkcjonowania grupy wsparcia**

Grupa wsparcia miała formę otwartą. Wejście nowej osoby do grupy przebiegało według procedury kwalifikacji, ustalonej wcześniej z zespołem ośrodka. Wybór najbardziej odpowiedniego czasu na wejście do grupy był dokonywany przez terapeutę wraz z pacjentem w ramach spotkań indywidualnych, w porozumieniu z osobami prowadzącymi grupę. Wybór czasu optymalnego zależał od etapu przeżywania żałoby przez pacjenta.

Grupa wsparcia była prowadzona równolegle przez dwóch psychologów terapeutów, których zadaniem, zgodnie ze wskazówkami zawartymi w literaturze przedmiotu, zaproponowanymi przez Dodziuk, było [11]:

- budowanie atmosfery zaufania i bezpieczeństwa,
- praca nad otwartością, między innymi: komunikowanie uczuć, odreagowywanie silnych emocji,
- budowanie poczucia wspólnoty opartej na podobieństwie przeżyć,
- pomoc w otwieraniu się uczestników, rozpoczynaniu opowieści dotyczącej przeżyć, doświadczanego cierpienia po stracie bliskiej osoby,
- podążanie za procesem emocjonalnym każdego uczestnika, w tym: pracą wewnętrzną wykonywaną każdorazowo na grupie,
- obserwowanie różnych sposobów funkcjonowania w grupie i wspólne szukanie rozwiązań w trudnych sytuacjach,
- uwagi o tym, co mówią uczestnicy, w tym: rozpoznawanie tego, co nie zostało powiedziane bezpośrednio, a jedynie zasugerowane lub pozostawione w domyśle,
- utrzymywanie „porządku” w grupie poprzez kierowanie kolejnością wypowiedzi,
- zastosowanie różnych ćwiczeń w celu zwrócenia uwagi na dany problem lub jego rozwiązanie, np. linia utrat, dzienniczek uczuć.

Zadaniem terapeutów było także: systematyczne uczestniczenie w superwizji (jeden raz w miesiącu), zadbanie o czas dla siebie bezpośrednio po spotkaniu w celu „wentylacji emocjonalnej”, omówienie tego, co działo się w czasie spotkania, zrobienie notatek, wstępne zaplanowanie następnego spotkania.

### **Cel utworzenia grupy wsparcia**

Głównym celem utworzenia grupy wsparcia była pomoc psychologiczna osobom, które po stracie bliskiej osoby znalazły się w bardzo trudnej sytuacji życiowej. Elementami składowymi tej formy pomocy były:

- towarzyszenie w przechodzeniu przez kolejne etapy procesu żałoby,
- wsparcie emocjonalne,
- przekazanie informacji o żałobie jako procesie naturalnym oraz zróżnicowanych sposobach przechodzenia przez kolejne etapy tego procesu,
- rozwijanie języka emocjonalnego w celu lepszego rozpoznawania, rozumienia, nazywania i wyrażania przeżywanych uczuć i doznań po stracie bliskiej osoby.

### **Przebieg pracy grupy wsparcia**

Początkowy okres pracy grupy koncentrował się przede wszystkim na budowaniu atmosfery bezpieczeństwa, zaufania i wzajemnej otwartości, a w następnej kolejności na utrzymaniu odpowiedniej dynamiki spotkań. Wymagało to od osób prowadzących dużego zaangażowania i wysiłku. Ze względu na otwartą formę grupy, uczestnicy byli wcześniej uprzedzeni, że na kolejnych spotkaniach mogą pojawiać się nowe osoby.

Otwarta forma grupy miała zalety i wady. Zdarzało się, że osoby dołączające do grupy, która istniała już od dłuższego czasu, pojawiały się na spotkaniu jedynie jednorazowo lub dwukrotnie. Taką formę uczestnictwa zdefiniowano jako potrzebę uzyskania jedynie pomocy doraźnej, bez kontynuowania spotkań, jeżeli potrzeba ta została zaspokojona po jednym lub dwu spotkaniach. Osoby te otrzymywały zazwyczaj informacje od grupy

i terapeuty, iż to, co przeżywały, było naturalne w obliczu utraty bliskiej osoby. Tą drogą uzyskiwały dodatkowo potwierdzenie tego, co czuły i nad czym pracowały już wcześniej w kontakcie indywidualnym z terapeutą. Zdarzały się również inne oczekiwania uczestników jednorazowych dotyczące np. aktywnego zorganizowania czasu wolnego (wymiana informacji kulturalnych przy kawie, robótki ręczne) w celu wypełnienia pustki powstałej po zmarłej, bliskiej osobie. W takich sytuacjach omawiano każdorazowo z uczestnikami grupy, jak reagują i co przeżywają, gdy jakaś osoba uczestniczy jedynie krótko w spotkaniach.

Trzon grupy, przez cały okres jej trwania, tworzyło około dziesięciu tych samych osób, uczestniczących dosyć regularnie we wszystkich spotkaniach. Osoby te stawały się niekiedy nieformalnymi liderami grupy, z zadaniami wprowadzania nowej osoby do grupy, przypominania o stałych elementach spotkań, w tym: powitaniu, zasadach, według których pracuje grupa, czy wzajemnych życzeniach przed zakończeniem spotkania. W sytuacjach liderowania grupie przez uczestnika, rola terapeutów sprowadzała się do udzielania wsparcia.

Stałym elementem pracy grupy, który pojawiał się najczęściej po kilku spotkaniach, było umożliwienie uczestnikom wspólnego spędzenia czasu, bez udziału terapeuty. W tych przypadkach grupa wsparcia zaczynała pełnić również funkcję grupy towarzyskiej: nawiązywały się relacje przyjacielskie, uczestnicy omawiali inne codzienne problemy związane z pracą, dziećmi, wymieniali się numerami telefonów, aby kontaktować się ze sobą pomiędzy spotkaniami grupy. Niektóre osoby potrzebowały kontynuacji tej relacji już po zakończeniu swojego udziału w grupie wsparcia. Kryterium zakończenia udziału w grupie było indywidualne odczucie danego uczestnika, że jest to czas, w którym zaakceptował utratę i czuje się gotowy do rozpoczęcia nowego etapu w swoim życiu, pomimo braku bliskiej osoby. Nazwanie tego w grupie i wspólne omówienie z innymi osobami było swoistym rytuałem zakończenia uczestnictwa w grupie. Przykładem jest opisywane poniżej małżeństwo, które po cyklu spotkań, najpierw indywidualnych, a następnie w grupie, uznało, że jest to czas, w którym mogą już samodzielnie zmierzyć się z nowym etapem w swoim życiu. Rytuał zakończenia miał podwójne znaczenie dla uczestników grupy. Z jednej strony był formą pożegnania, a z drugiej dawał nadzieję, że mimo tak dotkliwej utraty w życiu można odnaleźć jeszcze sens i cel.

Praca włożona w tworzenie klimatu zaufania i otwartości w czasie spotkań, zarówno ze strony uczestników, jak i prowadzących, przynosiła pozytywne efekty w postaci dzielenia się doświadczeniami, często intymnymi, z relacji z bliską osobą, którą utracili (zdjęcia, pamiątki, anegdoty z życia). Dobrego przykładu dostarcza uczestnictwo wspomnianego wyżej małżeństwa rodziców, którzy stracili syna w wypadku. Dzięki zyskanemu poczuciu bezpieczeństwa w grupie, podzielili się doświadczeniem z ostatnich miesięcy życia syna. Pokazanie zdjęć syna i jego narzeczonej posłużyło nie tylko przybliżeniu go grupie, ale także kontynuowaniu procesu rozstawania się z oczekiwaniami i marzeniami dotyczącymi przyszłości, jakie, jako rodzice, mieli w stosunku do swojego dorosłego dziecka. Warto w tym miejscu zacytować Keirse'ego: „rodzice, którzy tracą noworodka czy dziecko dorosłe, przeżywają smutek tak samo mocno, jak ci, którzy utracili swoje dziecko w każdym innym momencie jego życia” [7, s. 88].

Warto podkreślić, jak ważne okazały się: dbałość o przestrzeganie ustalonych zasad, kierowanie kolejnością wypowiedzi, ale również poszanowanie dla różnego poziomu

uczestnictwa w grupie — od aktywnego uczestnika do jedynie obserwatora. Przykładem tego ostatniego była kobieta, która przez większość spotkań pozostawała w milczeniu, jednocześnie głęboko przeżywając to, o czym mówili inni.

Bardzo ważnym elementem pracy grupy była edukacja dotycząca procesu żałoby, etapów przechodzenia przez nią oraz mechanizmów emocjonalnych typowych dla poszczególnych etapów. Posłużyło to „uprawomocnieniu” przez uczestników ich przeżyć jako normalnych i właściwych dla danego etapu żałoby. Zaobserwowano, że przechodzenie przez kolejne tematy edukacji stawało się inspiracją do głębszego poznawania i zrozumienia doznanych strat oraz dzielenia się swoimi przeżyciami z innymi. W omawianiu i interpretacji tematów poruszanych przez uczestników uwzględniano osobiste doświadczenia poszczególnych osób.

Ciekawym doświadczeniem pracy grupy było dzielenie się przez uczestników treściami swoich snów czy opowiadanie o poczuciu obecności osoby zmarłej w ich życiu, co czynione było z pewnym zażenowaniem w obawie przed reakcjami ze strony pozostałych członków grupy. Okazało się, że tą drogą grupa stworzyła przestrzeń nie tylko do rozmawiania o tym, jak różnie przeżywane są podobne sytuacje, ale także do uświadomienia sobie, że na poszczególnych etapach żałoby pojawiają się różne potrzeby: identyfikacji ze zmarłym, przeżywania pustki po stracie, zamknięcia procesu żałoby (decydowanie, co się chce zachować, a co nie) i w końcu oddzielenia się od straty. W doświadczeniu jednej z uczestniczek grupy przyniosło to taki skutek, że mogła zacząć decydować o tym, co jest w stanie oddać z rzeczy zmarłego męża, a co chce zachować dla siebie.

W przebiegu pracy grupy obserwowano u niektórych uczestników zachowania typu acting out, polegające na ucieczce od zagadnień związanych z utratą — poruszali tematy finansowe, socjalne, polityczne. W takich sytuacjach prowadzący kierowali uwagę na problemy dotyczące grupy.

Członkowie grupy często poruszali temat relacji z systemem opieki zdrowotnej. Powód zainteresowania nią był dwójaki: z jednej strony — dolegliwości somatyczne uczestników związane z przeżywaniem żałoby, które wymagały diagnozy i leczenia, z drugiej — częsty, niesatysfakcjonujący, kontakt z systemem opieki zdrowotnej podczas choroby bliskiej osoby, przed jej śmiercią. Grupa stwarzała płaszczyznę do wyrażenia opinii i emocji dotyczących tego tematu. Okazało się, że szczególnie głęboko przeżywali ten problem ci uczestnicy, których bliscy chorowali terminalnie i byli pacjentami hospicjum. W takich przypadkach proces żałoby zaczynał się wcześniej, najczęściej po uzyskaniu od lekarza diagnozy choroby nieuleczalnej. W następstwie pojawiała się antycypacja śmierci i przyszłej utraty. Takim przypadkiem była uczestniczka, której mąż chorował na nowotwór krtani. Przeżywaniu jego odchodzenia towarzyszyły myśli typu „czy wszystko uczyniono, aby tego uniknąć” oraz bardzo silne uczucia żalu, smutku, tęsknoty, ale również złości do męża, który nie rozpoczął leczenia odpowiednio wcześniej. Możliwość uświadomienia sobie, nazwania i wyrażenia tego uczucia pozwoliła jej przejść do kolejnego etapu przeżywania żałoby.

Najczęstszymi tematami, które poruszano podczas spotkań grupowych, były: tęsknota, osamotnienie, niemożność wypełnienia pustki po stracie bliskiej osoby, poczucie izolacji, trudności w kontaktach z innymi ludźmi, w tym z najbliższymi, lęk o zdrowie i życie bliskich, lęk o przyszłość dzieci i wnuków. Szczególnie duże nasilenie powyższych objawów żałoby obserwowano u osób, które utraciły współmałżonka. Takim przypadkiem była



uczestniczka po stracie męża, z ponad 50-letnim stażem małżeńskim. Bardzo silna tęsknota przejawiała się u niej w postaci odczuwanej zazdrości na widok starszych małżeństw, z powodu niespełnionych marzeń dotyczących wspólnej przyszłości u boku męża: razem w domu, na spacerze, zakupach, wspierający się wzajemnie, ale również kłócący się. Początek żałoby przebiegał u niej z silną komponentą odczuwanej złości do nieżyjącej teściowej, którą obwiniała o zabranie męża oraz do męża, że odszedł i zostawił ją samą.

Szczególnym wyzwaniem dla grupy stało się radzenie sobie z odczuwaną tęsknotą. Poszczególni członkowie pracowali nad indywidualnymi sposobami łagodzenia bólu. Jedna z uczestniczek wypełniła tęsknotę podróżami, poznawaniem nowych miejsc. Inna pisała dziennik przez cały czas trwania grupy. Informowała w nim utraconego syna, co dzieje się w jej życiu oraz w życiu ich rodziny. Przed zakończeniem udziału w grupie podzieliła się fragmentami dziennika. Okazało się, że kontynuowanie tej formy radzenia sobie nie było jej już dłużej potrzebne.

Obszary tematyczne pracy grupy wyznaczały dwa kryteria. Po pierwsze były to oczekiwania uczestników oraz wszystko to, co wnosili do grupy swoim udziałem. Po drugie były to tematy wraz z formami ich realizacji, zaplanowane i przygotowane wcześniej przez osoby prowadzące grupę, w tym:

- psychoedukacja dotycząca stadiów choroby i żałoby oraz towarzyszących im mechanizmów emocjonalnych,
- psychoedukacja dotycząca „fizjologii” żałoby,
- antropologia żałoby,
- komunikacja w utracie,
- doświadczenie transgeneracyjne przeżywania utraty,
- osoba w obliczu utraty.

W ramach tematu „**fizjologia**” żałoby omawiano możliwe objawy somatyczne, występujące w sytuacji przewlekłego stresu, np. w wyniku choroby poprzedzającej śmierć oraz reakcji organizmu na doznaną utratę.

W obszarze antropologii żałoby podejmowano tematy norm i obyczajów, zachowań żałobnych oraz ceremonii pogrzebowych. Uczestnicy mieli zróżnicowane potrzeby w zakresie częstości odwiedzania miejsca pochówku czy miejsca śmierci. Przypadki dwóch uczestniczek po stracie dorosłych dzieci pokazały, że ich potrzeby w tym zakresie były większe niż pozostałych. Odwiedzanie grobów dzieci wynikało z potrzeby komunikowania się z nimi tą drogą. Dlatego było dla nich ważne, aby nie było przy nich innych osób.

**Komunikacja w utracie** dotyczyła identyfikowania barier komunikowania się pomiędzy osobami bliskimi oraz pracy z trudnościami w relacjach społecznych w okresie żałoby. Powszechnym doświadczeniem uczestników było odcinanie się w swoim cierpieniu od innych oraz przekonanie, że nikt nie potrafi zrozumieć tego, co oni przeżywają. Procesy zachodzące w grupie umożliwiły większości osób powolne wychodzenie z izolacji i nawiązywanie relacji z innymi. Według Yaloma tym, co leczy, jest relacja [15]. Budowanie jej było wzbogacone dodatkowo tym, że pomiędzy uczestnikami były znaczne różnice światopoglądowe. Były wśród nich zarówno osoby głęboko wierzące i praktykujące, znajdujące pocieszenie w wierze, jak i takie, którym wiara nie pomogła, a także zdekla-

rowani agnostycy i ateści. Prowadzony dyskurs okazywał się często bardzo inspirujący do dostrzegania innych perspektyw w pracy nad utratą.

**Doświadczenie transgeneracyjne** w przeżywaniu żałoby obejmowało rozmowy na temat mitów, prawd oraz tabu dotyczących śmierci, istniejących w rodzinach uczestników. Uświadamiano sobie nawzajem, że na przeżywanie żałoby mają wpływ rodzinne skrypty typu: „masz być silny”, „nie wolno okazywać bólu, płakać”, „trzeba się trzymać”, „nie wolno obciążać innych swoimi problemami i uczuciami”. Ze względu na dużą rozpiętość wiekową uczestnicy grupy odzwierciedlali wielopokoleniową rodzinę, co umożliwiała spojrzenie na problem utraty z perspektywy różnych pokoleń.

Zagadnienia poruszane w ramach tematu **osoba w obliczu utraty** były podsumowaniem omówionych wcześniej oraz inspiracją do pracy indywidualnej.

Powyższe tematy omawiano w kontekście zróżnicowanych sposobów przeżywania żałoby przez różnych członków rodziny w zależności od płci, stopnia pokrewieństwa, siły i bliskości relacji (dzieci, rodzeństwo, współmałżonkowie, partnerzy, dziadkowie). Ważnym elementem pracy grupy okazało się wypracowanie wspólnego stanowiska dotyczącego poziomu cierpienia pozostałego przy życiu współmałżonka w porównaniu z cierpieniem rodziców, którym zmarło dziecko. Na podstawie analizy przeżywanych uczuć i doznań grupa przyjęła, że bez względu na to, czy utrata dotyczy współmałżonka czy dziecka, cierpią jedni i drudzy, bez możliwości rozstrzygnięcia, którzy bardziej, a którzy mniej. Yalom zwraca uwagę, że utrata dziecka sygnalizuje rodzicom „niepowodzenie wielkiego planu nieśmiertelności”. Daje informację, że nie zostaną zapamiętani i nie będzie po nich trwałego śladu. Natomiast utrata współmałżonka często wywołuje „poczucie podstawowej izolacji”. Uświadamia, iż choćbyśmy nie wiadomo jak próbowali iść przez świat we dwójkę, ciągle będzie istniała „podstawowa samotność” [15].

Wyniki badań pokazują [7], że mężczyźni i kobiety inaczej reagują na utratę współmałżonka. Mężczyźni są bardziej podatni na fizyczne objawy żałoby i częściej chorują niż kobiety, szczególnie w pierwszym okresie po śmierci żony, natomiast szybciej niż kobiety wracają do życia społecznego. Powrót do emocjonalnej równowagi trwa u mężczyzn dłużej niż u kobiet ze względu na trudności w wyrażaniu emocji. Przypadek uczestnika, stanowiącego potwierdzenie powyższych wyników badań, zaobserwowano w prowadzonej przez nas grupie. Mężczyzna szybko powrócił do aktywności zawodowej po śmierci żony, natomiast potrzebował dużo czasu, zanim dał sobie przyzwolenie na wyrażanie uczuć.

### Refleksje końcowe

1. Grupa wsparcia dla osób w żałobie okazała się bardzo przydatną, dodatkową formą pomocy. Stworzyła możliwość otwartego wyrażania uczuć związanych ze śmiercią bliskiej osoby.
2. Przechodzeniu przez kolejne fazy żałoby pomagało dzielenie się swoimi przeżyciami i koncentracja na uczuciach, związanych z utraconą osobą, oraz normalizacja doznań.
3. W procesie „zdrowienia”, tzn. wychodzenia z żałoby, ważny stawał się nie tyle brak objawów, ile radzenie sobie, zdolność nadawania sensu życiu, pomimo braku bliskiej osoby.

4. Przejście całego procesu żałoby było warunkiem poradzenia sobie ze śmiercią bliskiej osoby, co oznaczało włączenie — i zaakceptowanie — tego wydarzenia w przebieg własnego życia, a nie izolowanie się od niego.
5. Grupa wsparcia umożliwiła uczestnikom zmierzenie się z powszechnym przekonaniem, że rozmowa o sprawach bolesnych związanych ze śmiercią sama w sobie sprawia ból, bo wydobywa problemy na powierzchnię i odnawia rany. Rzeczywistym powodem cierpienia nie jest rozmowa, lecz utrata. Rozmowa natomiast sprawia, że temat staje się bardziej realny, a uczucia mogą się ujawnić.
6. Grupa wsparcia wyposażała uczestników w umiejętności, które pozwoliły im nazwać emocje związane z utratą oraz odkryć potrzebę przeżycia wcześniejszych utrat i kontynuować dalszą pracę w terapii indywidualnej.
7. Podejmowanie rozmów i udzielanie wsparcia człowiekowi w żałobie jest dla psychologa/terapeuty bardzo trudne emocjonalnie. Według Wilbera „nie musisz rozmawiać, nie musisz niczego mówić, tak naprawdę nie można powiedzieć niczego, co by rzeczywiście było pocieszające [...] po prostu musisz z nim być, oddychać jego strachem i cierpieniem. Odgrywasz rolę gąbki. Rola gąbki powoduje, że czujesz się bezradny i bezużyteczny, bo niczego nie robisz, po prostu jesteś, nic nie robiąc” [16, s. 422].
8. Problem, z jakim zmagają się terapeuci, polega na tym, jak się „przyłączyć”, jak współbrzmieć emocjonalnie z tymi, którzy wnoszą do grupy przytłaczającą atmosferę poprzez swoje zachowanie, ubiór, mimikę, bezmiar odczuwanego bólu.
9. Doświadczenie przez terapeutę tak silnych stanów emocjonalnych zmusza do postawienia sobie pytania, jak sam zareagowałby w obliczu śmierci bliskiej osoby.

### Piśmiennictwo

1. Parkers CM, Laungani P, Young B. Przemijanie w kulturach. Wrocław: Astrum; 2001.
2. Freud Z. Żałoba i melancholia. W: Walewska K, Pawlik J, red. Depresja. Ujęcie psychoanalityczne. Warszawa: PWN; 1992, s. 28–42.
3. Badura-Madej W. Problematyka utraty, osierocenia i żałoby w praktyce interwencji kryzysowej. W: Badura-Madej W, red. Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych. Biblioteka Pracownika Socjalnego. Katowice: Śląsk; 1999, s.157–173.
4. Ostoja-Zawadzka K. Żałoba w rodzinie W: Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 91–97.
5. Kübler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Warszawa: PAX; 1987.
6. Rund DA, Hutzler JC. Psychiatric emergencies associated with death. Emergency psychiatry. London: The C.V. Moshby Company; 1993.
7. Keirse M. Smutek, strata, żałoba. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne; 2004.
8. Feifel H. Psychologia a śmierć. Nowiny Psychologiczne 1990; (5/6): 3–17.
9. Tokarska-Bakir J. Śmierć pozbawiona głosu. Magazyn Kulturalny — Tygodnik Powszechny 2000, 5 listopada, nr 8–9; 46–47.
10. Rinpocze S. Tybetańska księga życia i umierania. Warszawa: Mandala; 2005.
11. Dodziuk A. Jak stworzyć własną grupę wsparcia. W: Ludzie pomagający ludziom. Zeszyt informacyjno-szkoleniowy. Warszawa: Studium Pomocy Psychologicznej; 1989.
12. Levy LH. Grupy samopomocy: typy i procesy psychologiczne W: Pomoc nieprofesjonalna i grupy wzajemnej pomocy. Warszawa: PTP; 1987.

- 
13. Dobrzańska-Socha B. Propozycja profesjonalnego prowadzenia grup wsparcia. *Nowiny Psychologiczne* 1992; 2: 77–87.
  14. Słownik łacińsko-polski według słownika H. Mengego i H. Kopii. Oprac. Kumaniecki K. Warszawa: PWN; 1982.
  15. Yalom DI. Psychoterapia egzystencjalna. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2008.
  16. Wilber K. Śmiertelni nieśmiertelni. Warszawa: Czarna Owca; 2007.

Adres: kowalczykmal@op.pl, annaposylek@go2.pl, gstanecka@op.pl