

Maria Rogiewicz¹, Krzysztof Buczkowski²

¹Instytut Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

²Katedra i Zakład Lekarza Rodzinnego *Collegium Medium* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby — rola lekarza rodzinnego

The adult patient experiencing bereaved after the death
of a loved person — the role of the general practitioner

Streszczenie

Żałoba jest konsekwencją straty, procesem rozpoczynającym się po śmierci bliskiej osoby. Jej celem jest rzeczywiste zaakceptowanie utraty. Każdy człowiek przeżywa żałobę inaczej. Jest to proces jedyny, niepowtarzalny, zależny od wielu czynników, trwający zwykle 1–2 lata. Dotyka on wszystkich sfer ludzkiego funkcjonowania: psychicznej, fizycznej, emocjonalnej i duchowej. Istotną rolę w przebiegu żałoby odgrywa wsparcie ze strony najbliższych, lekarza, psychologa, pielęgniarki, duchownego. Lekarz rodzinny sprawujący opiekę nad osobami w żałobie — poza udzielaniem wsparcia — stara się kontrolować prawidłowość przebiegu tego procesu. Pomocna jest w tym wiedza na temat faz żałoby, uruchamianych mechanizmów obronnych oraz stereotypów odnoszących się do tego okresu. Należy pamiętać, że inaczej przebiega żałoba wdowy, wdowca czy osób osieroconych po śmierci rodziców. Sprawując opiekę nad osobami w żałobie, lekarz rodzinny stara się rozpoznać nieprawidłowości przebiegu tego procesu wymagające dalszej konsultacji. Lekarz rodzinny musi także pamiętać, że okres żałoby to również czas, w którym u pacjentów zwiększa się ryzyko zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób somatycznych.

Słowa kluczowe: żałoba, wsparcie, lekarz rodzinny

Abstract


Bereavement as the consequence of a loss of a loved person begins after his death. Its aim is the real acceptance of the loss. Everybody experiences bereavement in a specific way. This unique process depends on many factors and usually lasts 1–2 years. It affects all spheres of life — mental, physical, emotional and spiritual. Availability of support from relatives, physician, psychologist, nurse and priest plays an important role in grief. The general practitioner supports the bereaved and tries to monitor the course of grief. Knowledge about the phases of bereavement, defense mechanisms, and bereavement-related stereotypes is very helpful. There is a difference in the grief of a widow, a widower and orphans. When caring for the bereaved, the general practitioner tries to recognize the abnormalities of this process which could require consultation. Bereavement is also a time of increased somatic morbidity and mortality.

Key words: bereavement, supporting, general practitioner

Adres do korespondencji: dr Maria Rogiewicz

Instytut Psychologii UKW

ul. Staffa 1, 85–867 Bydgoszcz, tel. +48 (52) 370 84 02, 370 84 03, e-mail: mrogiewicz@wp.pl

 Polska Medycyna Paliatywna 2006, 5, 1, 21–29
Copyright © 2006 Via Medica, ISSN 1644–115X

Wstęp

Żałoba jest konsekwencją straty. W Słowniku Języka Polskiego pod hasłem „żałoba” znajduje się objaśnienie: „żał, smutek po śmierci kogoś bliskiego; określany zwyczajowo okres po śmierci osoby bliskiej, w którym się nie bierze udziału w życiu towarzyskim i nosi odpowiedni strój”. Natomiast osobę, która utraciła bliskiego, określa się mianem żałobnika [1].

Żałoba jest procesem obejmującym reakcję żalu, smutku osób, które pozostały. Etymologia słów „żałoba” i „żał” jest wspólna [2].

Moment uświadomienia sobie faktu śmierci bliskiej osoby to początek okresu prawdziwej żałoby, czas ten przypomina pochód procesji z Echernachu — trzy kroki do przodu, dwa do tyłu. Ważna jest świadomość ciągłego poruszania się do przodu oraz świadomość, że mimo samotności można zwrócić się do innych o pomoc [3].

Każdy człowiek inaczej przeżywa żałobę. Jest to proces jedyny i niepowtarzalny. Zdaniem Ostrowskiej sposób przeżywania zależy od okoliczności związanych ze śmiercią, czynników psychicznych, osobowości pozostałego przy życiu, relacji ze zmarłym, przewidywania śmierci, radzenia sobie z trudnościami. Zależy też od czynników społecznych takich jak normy, wzorce, system i możliwość wsparcia ze strony najbliższych, a także lekarza, psychologa, pielęgniarki, duchownego [4, 5].

Rola lekarza rodzinnego

Utrata bliskiej, ukochanej osoby powoduje rewolucyjne zmiany w życiu żałobnika. Strata wiąże się nie tylko z odejściem bliskiej osoby, ale i koniecznością zmiany wyobrażeń o własnym życiu. W tak trudnym okresie osoby w żałobie oczekują pomocy również ze strony lekarza rodzinnego, a wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że może być ona korzystna dla pacjenta [6–8].

Z punktu widzenia lekarza rodzinnego okres żałoby jest czasem zwiększonej zachorowalności i śmiertelności z powodu chorób somatycznych i psychicznych [9–11]. Niezwykle ważny jest fakt, że zapewniając pacjentowi właściwą opiekę, można zapobiec kryzysom zdrowotnym lub je wcześniej wykryć. Opiekę nad pacjentem najlepiej rozpocząć już w okresie, kiedy jego bliski umiera i kontynuować po jego śmierci [12, 13].

Lekarz rodzinny może odgrywać ważną rolę w opiece nad osobami w żałobie, polegającą na udzielaniu wsparcia i rozpoznawaniu patologii wymagającej dalszej konsultacji [14, 15]. Wieloletnia

znajomość rodziny, zmarłego pacjenta, zaufanie, jakim się cieszy lekarz, pozwalają mu aktywnie wpływać na proces żałoby. Odrębną kwestią jest to, czy lekarz znajduje czas i chęć, aby pełnić tę funkcję. Okres umierania i żałoby stanowi dobry, praktyczny przykład realizacji biopsychosocjalnego modelu opieki medycznej będącego rdzeniem medycyny rodzinnej. Swoje zadania lekarz rodzinny realizuje samodzielnie lub, szczególnie w przypadkach pojawienia się patologii, korzystając z pomocy psychologa, psychiatry, duchownego. Jak wykazano w badaniach Lemkau i wsp., poziom prowadzonej przez lekarzy rodzinnych opieki nad osobami w żałobie był bardzo zróżnicowany. Główną barierę w prowadzeniu takiej opieki stanowił brak czasu. Większość badanych lekarzy deklarowała chęć udziału w szkoleniach poświęconych temu zagadnieniu [16].

Żałoba nie jest chorobą. To naturalny stan, proces w sytuacji straty, który wpływa na wszystkie sfery ludzkiego funkcjonowania — psychiczną, fizyczną, emocjonalną, duchową — i wiąże się z dużym wysiłkiem. W tym czasie pacjenci będący w żałobie mogą skarżyć się na różne dolegliwości, a wśród nich takie, które wymagają interwencji.

Oznaki, na które lekarz rodzinny powinien zwracać szczególną uwagę

Zaburzenia dotyczące sfery poznawczej u osoby, która utraciła bliskiego, mogą polegać na pojawieniu się niewiary w to, co się wydarzyło, chaosie; może ona ciągle myśleć o zmarłym, a w sferze psychicznej — odczuwać jego obecność, co wiąże się z możliwością wystąpienia halucynacji słuchowych lub/i wzrokowych, trudności w koncentracji uwagi, z zanikiem zainteresowania zarówno sprawami, jak i ludźmi.

W sferze fizycznej mogą pojawić się trudności w oddychaniu, suchość w jamie ustnej, uczucie ucisku w gardle i klatce piersiowej, dyskomfort w jamie brzusznej, nadwrażliwość na hałas, osłabienie, apatia, zmęczenie.

Zaburzenia w sferze emocjonalnej osoby w żałobie mogą wiązać się z dojmującą samotnością, smutkiem, gniewem, strachem, poczuciem winy, ulgą. Żałobnikowi mogą towarzyszyć najrozmaitsze uczucia „od zranienia do gniewu, od zazdrości do poczucia winy, od miłości do uczucia zawodu opuszczenia” [17].

Gilbert wskazuje, że z uczuciami jest podobnie jak z butami: „uczucia posiadają taki rozmiar i styl, jaki jest właściwy tylko tobie. Tak jak buty, twoje uczucia biorą udział w każdym kroku, jaki stawiasz na twojej drodze” [18].

Zaburzenia w zakresie sfery duchowej żałobnika mogą objawiać się zadawaniem pytań o sens dalszego życia i przyczynę utraty bliskiego.

Ponadto należy zwrócić uwagę na nieprawidłowości zachowania, takie jak zaburzenia snu i łaknienia, odizolowanie się od środowiska, unikanie lub nadmierne wspomnianie zmarłego, nadmierną aktywność [5].

Orientacja w wymienionych oznakach należących do poszczególnych sfer życia żałobnika pomaga lekarzowi rodzinnemu w ocenie aspektów, z jakimi pacjent najgorzej sobie radzi oraz może ułatwić zachęcanie go do wyzwalania emocji i koncentrowania się na nich. Ta „wędrówka” w przynależnym dla danej osoby tempie to indywidualny proces, który może trwać nawet kilka lat. „Przepracowywanie” żałoby nie jest zaprzeczeniem czy tłumieniem, ale uwalnianiem i ujawnianiem. Bez tego nie jest możliwy powrót do życia.

W przebiegu tego procesu towarzyszy znany rodzinie lekarz wsparty przez psychologa i kapelana. Od początku udziela osobom w żałobie wsparcia, monitoruje jej przebieg i zwraca uwagę na objawy wymagające interwencji [14, 15].

Funkcje żałoby

Celem przeżywania żałoby jest ułatwienie osobie, która utraciła bliskiego, rzeczywistego zaakceptowania utraty, doświadczenia bólu, żalu, objawów węgietatywnych i emocjonalnych. Żałoba ma pomóc w przystosowaniu się do życia bez zmarłego, rozwinięciu nowych zdolności, przezwyciężeniu rozżalenia.

Mossowie wskazują na dwa sposoby przeżywania straty bliskiej osoby. Pierwszy to rozłączanie i trwanie więzi, kiedy to zmarły — mimo przerwania więzi fizycznej — jest w centrum uwagi poprzez kontynuowanie jego systemu wartości, postaw, ocen, realizację celów; drugi to rozłączenie fizyczne i psychiczne umożliwiające wzbogacenie osobowości. Dzieje się tak, gdy śmierć pozwala osobie w żałobie inaczej spojrzeć na siebie, na swoje życie, plany, własną śmiertelność [19].

Wiedza o roli, funkcjach, przejawach żałoby ma pomóc lekarzowi w edukacji rodziny zmarłego w zakresie zmian, jakie mogą pojawić się w różnych sferach życia, a także we wskazaniu, jak można sobie pomóc, do kogo zwrócić się o pomoc (bliscy, lekarz rodzinny, psychiatra, psycholog, pielęgniarka środowiskowa, duchowny). Żałobnicy potrzebują „uprawomocnienia” dla tego, co przeżywają, ponieważ wydaje im się, że są to doznania nieprawidłowe.

Należy pamiętać, że w badaniach udokumentowano zależność między śmiercią bliskiej osoby a sta-

nem zdrowia psychicznego (zaburzenia lękowe, depresja z objawami psychotycznymi, tendencjami samobójczymi, zespół stresu pourazowego) oraz związek z pogorszeniem się zdrowia somatycznego (niebezpieczeństwo ostrego zespołu wieńcowego, wzrost ciśnienia tętniczego, zaostrzenie innych przewlekłych chorób), szczególnie u chorych, którzy nie mogą się pogodzić ze stratą [20–24]. Na przykład, częstość występowania dużej depresji jest największa w pierwszych 2 miesiącach i wynosi w zależności od badań 16–50%. Zmniejsza się ona wraz z długością trwania żałoby do 15% w drugim roku [25–28]. Pacjenci w żałobie mogą skarżyć się na różnego rodzaju dolegliwości somatyczne, które w rzeczywistości mogą być wyrazem lęku lub depresji. Częstość występowania zaburzeń lękowych u osób w żałobie szacuje się na około 30% [29].

Uważa się, że żałoba po stracie bliskiej osoby trwa około 1–2 lata. Jest to czas potrzebny na rozpoczęcie samodzielnego życia. Najtrudniejszy jest pierwszy rok, w którym rozmaite ważne zdarzenia dzieją się po raz pierwszy bez zmarłego. Osoba w żałobie uczy się życia bez bliskiego. W kolejnym roku zdarzenia te będą się działy ponownie, a żałobnik będzie już wiedział, że życie bez zmarłego jest możliwe. Tę naukę życia można przyrównać z układaniem puzzli, z których wypadła jedna część i ob-raz trzeba ponownie ułożyć, tworząc nową całość.

Fazy przeżywania żałoby

Wiedza o wymienianych w piśmiennictwie trzech fazach przeżywania żałoby może ułatwić lekarzowi rodzinnemu pierwsze spotkanie z osobą w żałobie [5].

Pierwszy etap to czas tuż po śmierci bliskiego przejawiający się w reakcjach zaprzeczania, protestu, niedowierzania, szczególnie gdy śmierć była nagła. Pozostałych bliskich ogarnia odrętwienie, codzienne czynności wykonują automatycznie. Etap ten trwa kilka dni.

Faza druga to rozpacz przejawiająca się w doznawanych niejednokrotnie sprzecznych emocjach opisanych wcześniej, a także dolegliwościach fizycznych. Opowiadając o zmarłym, bliski idealizuje go, nieraz utożsamia się z nim. Może szukać winnych śmierci i usprawiedliwienia dla siebie, może mieć pretensje do zmarłego o porzucenie. W zależności od intensywności i rodzaju więzi ze zmarłym faza ta może trwać do kilku miesięcy.

W fazie trzeciej następuje akceptacja śmierci bliskiego, planowanie i realizowanie własnych zamierzeń, spokojne wspomnianie [5].

Lekarz rodzinny po ustaleniu, w jakiej fazie przeżywania żałoby jest pacjent, może skorzystać z kilku podstawowych zasad pomocy w efektywnym radze-

Tabela 1. Zasady wsparcia osób w żałobie

Table 1. The rules of supporting people experiencing in bereavement

Zasada 1.	Należy pomóc osobie w żałobie w uświadomieniu straty, zachęcając do rozmowy o okolicznościach śmierci bliskiego i jego pogrzebie; lekarz powinien słuchać, nie przerywając i nie zmuszając; powinien tylko zachęcać.
Zasada 2.	Należy pomóc w zaakceptowaniu i przeżywaniu bólu po stracie bliskiego, w wyrażaniu tzw. problematycznych uczuć, takich jak złość, poczucie winy, niepokój, bezradność; należy zwrócić uwagę na złość — jeżeli pacjent ją odczuwa, należy pomóc w uwolnieniu jej, aby nie została skierowana na inne osoby, podczas gdy adresatem jest zmarły. Pytając wprost o złość, pacjent może zaprzeczać. Celowe będzie zadanie pytania: „Za czym tęsknisz, a za czym nie, co wiąże się ze zmarłym?”. Lekarz powinien dopytać, czy pacjent miewa myśli samobójcze będące realizacją potrzeby bycia ze zmarłym.
Zasada 3.	Należy pomóc w nauce życia bez zmarłego poprzez analizę ról, jakie zmarły odgrywał, decyzje, jakie podejmował. Po śmierci bliskiego osoba w żałobie może przejąć część tych ról, może podejmować decyzje, musi też wprowadzać własne zasady. Szczególne miejsce w omawianiu straty bliskiego i jego ról zajmuje strata partnera seksualnego — jest to ważne bez względu na wiek żałobnika.
Zasada 4.	Należy pomóc pacjentowi w emocjonalnym zdystansowaniu się, nieoznaczającym jednak zapomnienia zmarłego.
Zasada 5.	Posługując się własnym autorytetem, należy pacjenta zapewnić, że przeżycie żalu, żałoby, smutku wymaga czasu, poinformować, że mogą pojawić się chwile, kiedy te emocje szczególnie się nasilą
Zasada 6.	Wykorzystując swoją wiedzę, lekarz powinien zapewnić, że różne emocje, reakcje są normalne, a pacjenci odczuwający je nie „oszaleli”.
Zasada 7.	Należy pomóc pacjentowi zaakceptować indywidualność przeżywania, podkreślając, że jest to proces jedyny, niepowtarzalny.
Zasada 8.	Należy zapewnić dostępność wsparcia ze strony własnej albo innych służb.
Zasada 9.	Należy zapytać pacjenta, jak w przeszłości, przed śmiercią bliskiego radził sobie w trudnych sytuacjach, jak pomagały mu różne używki, takie jak papierosy, alkohol, narkotyki. Osobę w żałobie należy poinformować, że używki pogłębiają emocje i nie umożliwiają powrotu do życia.
Zasada 10.	Zasada ta jest kontynuacją zasady 9 — zadaniem lekarza jest identyfikacja patologii. Powinien uzyskać od pacjenta informację, czy obecna strata jest podobna do przeżywanych w przeszłości.

niu sobie z żałobą (tab. 1). Zasady te są na tyle ogólnie sformułowane, że można się do nich odwołać, niezależnie od tego, kim był zmarły dla osoby w żałobie [30].

Jeżeli zdaniem lekarza wiedza uzyskana od pacjenta podczas realizacji którejkolwiek z zasad przekracza jego kompetencje, powinien on skierować pacjenta do specjalisty, aby możliwe było dalsze efektywne udzielanie pomocy. Dla lekarza jako człowieka pomaganie osobie w żałobie może być bardzo rozwijające, uwrażliwiające, choć niewątpliwie jest to zadanie trudne [31].

Lekarz może uznać, że jego podopieczny uporał się z żałobą wówczas, gdy żałobnik przestaje unikać wspomnień, miejsc, przedmiotów przypominających zmarłego oraz potrafi realnie ocenić swoje relacje ze zmarłym wraz z ich zaletami i wadami. Jest to sytuacja, w której osoba w żałobie uzna, że zostały zamknięte niedokończone sprawy. Nie znaczy to, że żal, smutek, tęsknota, złość nie będą wracały, ale żyjący będzie miał do tego dystans [24].

W innej sytuacji są osoby w żałobie, których bliscy zmarli po przewlekłej chorobie — wówczas żałobnicy odczuwają równocześnie smutek i ulgę, jednocześnie chcą i nie chcą rozmawiać o stracie. Lekarz powinien pamiętać, że mimo długiej choroby tak naprawdę rodzina nigdy nie jest przygotowana na

rozstanie. Zawsze jest zbyt mało czasu, zawsze śmierć przychodzi za szybko. Wyjątkiem są sytuacje, w których umieraniu towarzyszy ogromne cierpienie i śmierć jest wyczekiwana i przyjęta z ulgą.

Natomiast nagła śmierć bliskiego może wywołać u żyjących gniew, poczucie winy, uczucie niesprawiedliwości, żalu, szczególnie gdy ostatnie spotkanie ze zmarłym przebiegało niespokojnie lub gdy pozostało wiele niezakończonych spraw. Są to również sytuacje, w których osoba w żałobie ma świadomość, że powiedziano nie te słowa i zachowywano się nie tak, jakby to miało miejsce, gdyby było wiadomo, że bliski wkrótce odejdzie. Taka śmierć często powoduje dłuższą żałobę [32].

Podczas żałoby w rodzinie uruchamiają się określone mechanizmy obronne przedstawione w tabeli 2.

Utarte zwroty odnoszące się do okresu żałoby

Oprócz wyróżnionych faz żałoby, zasad i mechanizmów obronnych istnieją również w świadomości społecznej popularne zwroty i stereotypy obejmujące wzory zachowania podczas żałoby (tab. 3). Znajomość ich, choćby w zarysie, jest ważna dla lekarza rodzinnego, ponieważ może pomóc w dementowaniu „ich zbawiennej funkcji” [33].

Tabela 2. Mechanizmy obronne w czasie żałoby

Table 2. Defense mechanisms in bereavement

Zaprzeczenie	Oddalenie rzeczywistości śmierci, brak zgody na śmierć bliskiej osoby; w skrajnych przypadkach halucynacje
Projekcja	Przypisywanie zmarłemu złych intencji; przypisywanie mu swoich emocji
Identyfikacja	Przejmowanie zachowań, ubieranie się, formułowanie zdań, uskarżanie się na podobne choroby jak zmarły
Somatyzacja	Przeniesienie dyskomfortu psychicznego na dolegliwości fizyczne
Ucieczka	Myślenie „czuję się tak niegodny i winny, że nie mogę spotykać ludzi”, ucieczka wiąże się ze zwróceniem się przeciwko sobie
Reakcje upozorowane	Nieautentyczne zachowanie, np. miłe nekrologi, idealizacja zmarłej osoby, budowanie monumentalnych grobowców

Tabela 3. Popularne zwroty związane z okresem żałoby [33]

Table 3. Bereavement-related stereotypes [33]

„Czas leczy rany”
„Jeżeli zaczniesz płakać, możesz nigdy nie przestać”
„Powinieneś cały czas czymś się zajmować, żeby pomóc sobie zapomnieć”
„Ludzie wierzący w Boga nie muszą cierpieć żałoby po śmierci ukochanych”
„Jeśli pozwalasz sobie na rozrywki, to brak ci szacunku dla swego zmarłego”
„Owdowiała osoba jest zagrożeniem dla małżeństw jej przyjaciół”
„Do tego czasu powinieneś już powrócić do normalności”
„Bądź silny ze względu na dzieci”
„Unikasz bólu, jeśli nie przeżywasz żałoby”

Ta pozorna „zbawienna funkcja” to zachęcanie do jak najszybszego powrotu do „normalności”, nierozpaczanie, nierozpamiętywanie straty, co oznacza odizolowanie się od własnych uczuć, od przeżywania. Gorer mówi wówczas o „procesie mumifikacji” [23].

Zdaniem Dodziuk źródłem popularnych zwrotów dotyczących przeżywania żałoby są emocje, obyczaje i historia.

Przyczyny emocjonalne będące źródłem takich zwrotów i stereotypów wiążą się z przeżywaniem, przypominaniem sobie wcześniejszych strat i związanych z nimi uczuć. Dotyczy to głównie uczuć, które zostały stłumione, a teraz „dochodzą do głosu”. Osoba towarzysząca żałobnikowi zaczyna się obawiać, że nie poradzi sobie ze swoimi uczuciami i nie pomoże osobie w żałobie. Stąd zalecanie zaprzestania „rozdrapywania wszystkiego” i posiłkowanie się innymi schematami. Brakuje odpowiedniej edukacji obejmującej sposoby pomocy w sytuacji straty. Uwarunkowania historyczne dobrze tłumaczą James i Cherry [24]. Obecnie dominuje kult sukcesu, człowiek nie potrafi zaakceptować starty. Każdą stratę należy jak najszybciej zrekompensować. Cierpienie

należy do sfery samotności, cierpi się więc, nie obarczając innych [24].

Należy zdawać sobie sprawę, że tego typu popularne zwroty mają dużą moc sprawczą. Rodzina i bliscy często posługują się nimi w dobrej wierze, czując, że są pomocni, a żałobnicy, którzy do tych „zaleceń” się nie dostosują, są postrzegani jako niezdolni, uparci i sami sobie winni. Lekarz odgrywa wobec żałobnika istotną rolę, ponieważ może pomóc w uprawomocnieniu reakcji osoby w żałobie oraz uświadomieniu bliskim możliwości i sposobów pomocy. Lekarz może podpowiedzieć cierpiącemu po stracie, że może znaleźć miejsce, w którym będzie mógł wyplakać swój żal i pozostać w nim tak długo, jak będzie tego potrzebował. To miejsce może nazwać „miejscem utulenia” [33].

Rodzina jako grupa w żałobie

Należy również omówić sytuację, w której umiera członek rodziny, a pozostali bliscy muszą zmierzyć się z żalem i stratą. Warto zastanowić się, jakie są zadania rodziny jako grupy w żałobie oprócz tego, że każdy jej członek jest w swojej indywidualnej psychicznej, duchowej żałobie. To doświadczenie śmierci ilustrują np. „Treny” Kochanowskiego [34].

Na sposób radzenia sobie ze stratą wpływają również okoliczności śmierci i sposób powiadomienia rodziny o śmierci bliskiego. Arndt i Gruber wyróżniają trzy kategorie zadań przeznaczonych dla rodziny w żałobie. Pierwsza to poradzenie sobie każdego z członków rodziny z osobistymi więzami, jakie go łączyły ze zmarłym. Drugie zadanie to modyfikacja struktury rodziny, podział obowiązków i przejęcie ról. Trzecie zadanie to nawiązanie nowych relacji z otoczeniem, już bez zmarłego [5].

Śmierć współmałżonka

Analizując okres żałoby, warto zwrócić uwagę na specyficzne przeżycia związane ze śmiercią różnych członków rodziny — współmałżonka, rodzica.

Śmierć współmałżonka uważa się za zmianę wywołującą największe szkody psychofizyczne. W tabeli stresu Holmesa i Rahe'a znajduje się na pierwszym miejscu, uzyskując 100 punktów [35].

Śmierć współmałżonka oznacza utratę towarzysza życia i zmianę jego dotychczasowego trybu. Zdaniem badaczy, jeżeli następuje to w późnej dorosłości, czyli po wielu latach wspólnego życia, jest to jedno z największych zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego osoby w żałobie, co jest zgodne z cytowaną wcześniej tabelą stresu [36]. Cechą wdowieństwa jest osamotnienie i poczucie izolacji. Jeżeli osoba w żałobie ponownie nie założy się rodziny, poczucie osamotnienia może utrzymywać się przez kilka lat. Następuje zmiana pozycji towarzyskiej. Lekarz, pomagając współmałżonkowi w żałobie, powinien pamiętać, że małżeństwa nie uwzględnia się tylko w kategorii „mąż i żona”, ale przede wszystkim w kategorii związku. Śmierć kończy życie jednego z małżonków, ale nie kończy związku w umyśle i sercu. Osobie, która utraciła małżonka, ból może towarzyszyć przez całe życie ze zmiennym nasileniem [3].

W pierwszych miesiącach żałoby nie należy niczego przyspieszać. Osobie w żałobie lekarz powinien zalecić zajęcie się codziennymi obowiązkami oraz unikanie podejmowania ważnych decyzji. Kwestią dyskusyjną jest zaprzestanie noszenia obrączki. Uważa się, że noszenie obrączki jest formą negacji i podkreśleniem trwania emocjonalnego związku ze zmarłym. To symboliczne ogniwo łączące z przeszłością może utrudniać lub uniemożliwiać budowanie przyszłości [37]. Niemniej jednak decyzja zawsze należy do żałobnika.

Stan wdowieństwa oznacza utratę, śmierć małżonka, jednak należy pamiętać, że inaczej przebiega żałoba, kiedy kobieta traci partnera, a inaczej kiedy mężczyzna.

Funkcjonowanie kobiety w roli wdowy

Rola ta może odzwierciedlać tradycyjny wzorzec kobiety, żony, który się załamał. Wówczas kobieta koncentruje się na przeszłości, idealizuje zmarłego — są to zachowania utrudniające przeżycie żałoby.

Jeżeli kobieta była samowystarczalna, niezależna, w sytuacji straty będzie skupiała się na radzeniu sobie z nowymi obowiązkami, wówczas zmarły nie jest w centrum.

Ze względu na kwestie materialne wdowy mogą być w gorszej sytuacji, ponieważ zarabiają mniej, a życie starszych kobiet bardziej zależy od dochodów męża, ponadto niektóre nigdy nie pracowały [5].

W przypadku kobiet istnieje społeczne przyzwolenie na uzewnętrznianie emocji i spontanicznych reakcji, takich jak płacz, gniew.

Silverman w badaniu obejmującym 233 wdowy wyróżniła trzy stadia żałoby.

Pierwsze stadium to wstrząs, odrętwienie, niedowierzanie; odrętwienie pomaga w tzw. wejściu w rolę wdowy. Długość trwania w odrętwieniu zależy od tego, czy śmierć partnera nastąpiła po długiej chorobie, czy nagle.

Drugie wyróżniane stadium to „kurczenie się w sobie”, poczucie utraty części siebie. Może przejawiać się brakiem apetytu, bezsennością lub odwrotnie — nadmiernym apetytem i pobudzeniem. Wdowa może odczuwać zniecierpliwienie, niepokój, gniew, wyrzuty sumienia, niechęć do przebywania z ludźmi i jednocześnie niechęć do przebywania ze sobą.

Niektóre kobiety w żałobie starają się być stale zmęczone, bo tylko wówczas uczucia nie są tak dokuczliwe. Wiele z nich nie jest przygotowanych do zmierzenia się z doświadczanymi negatywnymi emocjami. To stadium wymaga przeżycia uczucia żalu.

Ostatnie trzecie stadium nazwano akomodacją, czyli odkrywaniem nowych sposobów patrzenia na życie. Depresja, odczuwanie straty stają się mniej bolesne. Wdowa pozwala sobie na śmiech, planowanie przyszłości, odnawia i zawiera przyjaźnie [2].

Jak z żałobą radzi sobie wdowiec?

Zgodnie ze stereotypami mężczyzna w żałobie, okazując emocje, jest bardziej powściągliwy, nie ujawnia uczuć, znosi przeciwności losu. Jednak badania Ogryzko-Wiewiórowskiej zaprzeczają temu stereotypowi [5]. Ich wyniki wskazują, że u wdowców występują zaburzenia somatyczne i zaburzenia aktywności psychicznej. Należy zatem ostrożnie oceniać kondycję mężczyzn w żałobie, uwzględniając podczas wizyty czas na rozmowę z pacjentem. Mężczyzna może mieć trudności z trafnym wyrażaniem żalu, często trudno mu zajmować się sobą i domem, jeżeli ma dzieci — może być mu trudno realizować rolę opiekuna, wychowawcy.

Wdowcy częściej niż wdowy w okresie żałoby umierają wskutek urazów, nadużywania alkoholu czy chorób układu sercowo-naczyniowego [9]. U tych, którzy nie ukończyli jeszcze 65 lat, częściej występują zaburzenia lękowe, depresja i problemy socjalne [38]. Czynny zawodowo mężczyzna w żałobie zwykle koncentruje się na pracy. Nie radząc sobie z emocjami, częściej korzysta z takich środków, jak alkohol, leki, narkotyki, może również nadużywać różnych form zachowań seksualnych. Wdowcy częściej niż wdowy powtórnie wchodzą w związki małżeńskie [5]. Częściej ponownie żenią się mężczyźni, których zmarła żona była najbliższym po-

wiernikiem, przyjacielem, a jej śmierć spowodowała osamotnienie i dezorientację. Żałobę można przyrównać do sytuacji, w której coś wymaga naprawy. Niestety nie jest to sytuacja tak prosta i przewidywalna jak naprawa zepsutego urządzenia [33]. Mężczyzna w żałobie potrzebuje zachęty, uprawomocnienia dla wyrażania własnego smutku, ponieważ chętniej mówi o innych członkach rodziny niż o sobie. Potrzebuje wskazówek ułatwiających uporanie się ze smutkiem [3].

O przystosowaniu do wdowieństwa można mówić wtedy, gdy współmałżonek radzi sobie z problemami życia w samotności, otrzymuje emocjonalne wsparcie, odnalazł się w nowej dla niego rzeczywistości [2].

Żałoba po śmierci rodziców

Inaczej przedstawia się sytuacja, gdy umiera matka lub ojciec dorosłych dzieci.

Żałoba po śmierci rodziców jest szczególnym stanem, niezależnym od wieku osoby osieroconej. Śmierć rodzica jest zaskoczeniem dla dziecka, chociaż to logiczna kolej rzeczy, że dzieci chowają rodziców, a nie odwrotnie. Dorosłe dzieci w żałobie to grupa najbardziej opuszczonych żałobników, ponieważ przestają być czymś dzieckiem. Dorosłe dziecko zostaje z różnymi smutkami, „poczuciem odarcia z bezpieczeństwa i opieki, nagłym odkryciem własnego starzenia się i śmiertelności, czy pierwszoplanowym odczuciem, że odtąd wędrują drogą życia całkiem sami” [18].

W radzeniu sobie ze stratą istotne jest przebaczenie i zaakceptowanie spraw takimi, jakimi były. W przeciwnym razie przeszłość odgrywa rolę kontrolera. Jeżeli osierocony, opowiadając o swojej sytuacji, często używa słowa „powiniennem”, to dla lekarza może to być wskazówka obecności zawstydzienia i poczucia winy [39]. Należy pamiętać, że wybaczenie powinno obejmować zarówno wybaczenie rodzicom, jak i sobie oraz zaakceptowanie faktu własnej niedoskonałości w dzieciństwie i w dorosłym życiu.

Lekarz powinien pamiętać, że śmierć jednego z rodziców przejściowo destabilizuje życie rodziny pacjenta. Mogą wystąpić zaburzenia i nieprawidłowa realizacja takich funkcji, jak emocjonalno-ekspresyjna (ograniczone zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa, miłości, przynależności), usługowo-opiekuńcza, socjalizacyjna (brak wzoru ojca, matki, roli płci) [5].

Należy również pamiętać o sytuacji, w której po śmierci jednego z rodziców wraz z drugim rodzicem — wdową lub wdowcem — pozostają dorosłe dzieci, również będące w żałobie. Jeżeli między dorosłym dzieckiem a zmarłym istniała bardzo silna więź,

często rodzic, który żyje, staje się obiektem gniewu, urazy. Dorosłe dzieci powinny pozwolić rodzicowi w żałobie iść własną drogą.

Śmierć rodzica wiąże się z uczuciem smutku i bólu, ale może także wiązać się z ulgą, ponieważ w niektórych sytuacjach jest zapowiedzią, nadzieją na spokój, bezpieczeństwo i radość. Dla pacjenta są to uczucia trudne w tej sytuacji, lekarz dowiadując się o nich, powinien „symbolicznie” na nie przyzwolnić, „zalegalizować” ulgę.

Szczególne sytuacje

Inaczej przebiega cierpienie po stracie, gdy rodzina ma do czynienia ze „śmiercią bez zwłok”. Taka śmierć dla bliskich jest „nierealna”, opisuje się ją jako „zespół pustego grobu”. Jeżeli rodzina długo czekała na wiadomość o życiu lub śmierci bliskiego, gdy ciała nie można było zidentyfikować, powstaje niepokój, niepewność, niedowierzanie [40]. Taka żałoba odciska bardzo głębokie blizny, pojawiają się nawracające wątpliwości, które mogą wyglądać jak objawy w psychozie paranoidalnej: osoby w żałobie jednocześnie wierzą i nie wierzą w śmierć bliskiego.

Szczególna jest również sytuacja powtarzającej się żałoby, kiedy to śmierci bliskich następują krótko po sobie. Wymienione objawy związane z pojedynczą żałobą w tej sytuacji nasilają się i może być konieczna pomoc profesjonalisty.

Nieprawidłowe przeżywanie żałoby

Czynnikami predestynującymi do nieprawidłowego przeżywania żałoby jest wysoki poziom żalu, tęsknoty, gniewu i złości, samooskarżanie się po śmierci bliskiego. O wysokim poziomie tych subiektywnych emocji lekarz rodzinny może wnosić na podstawie sygnałów niewerbalnych i werbalnych otrzymywanych od pacjenta. Kolejnymi czynnikami przyczyniającymi się do nieprawidłowego przeżywania żałoby są: pragnienie własnej śmierci, krótka choroba żałobnika poprzedzająca śmierć bliskiej osoby, niskie pochodzenie społeczne. Jeżeli 4 tygodnie po śmierci bliskiego kilka z tych czynników występuje jednocześnie, pacjentowi w żałobie należy zalecić konsultację z psychologiem.

Nieprawidłowo przeżywana żałoba to często powstrzymywanie żalu (zablokowanie) poprzez narzucanie sobie nowych zajęć, np. szybkie ponowne założenie rodziny, urodzenie dziecka. Spotyka się również opóźnienie przeżywania żałoby, które może zostać kontynuowane w sytuacji trudnej, przy okazji rocznicy śmierci. Opóźnienie wiąże się ze stłumieniem reakcji emocjonalnych żalu i rozpacz.

Na nieprawidłowo przebiegającą żałobę w sferze zachowania wskazuje nadmierna aktywność, w sferze emocji — nadmierna idealizacja, wrogość, agresja w stosunku do osób i okoliczności związanych ze śmiercią, ale bez podejmowania wobec nich działań. Może to być gniew skierowany do osoby zmarłej za opuszczenie i osamotnienie, tendencja do izolacji i zrywania związków czy też autoagresja wyrażająca się w próbach samobójczych. Zaburzenia w sferze somatycznej mogą przejawiać się objawami choroby, która spowodowała śmierć bliskiego, mogą nasilić się objawy istniejących chorób lub wystąpić nowe schorzenia.

U pacjenta, u którego intensywność przeżyć jest bardzo duża i pojawia się lęk przed dalszym przeżywaniem, reakcją zapobiegającą utracie równowagi psychicznej może być depresja, zamaskowany żal i rozpacz oraz choroba somatyczna. Dochodzi wówczas do przerwania przeżywania żałoby.

Chroniczna żałoba przejawia się w niezdolności do pogodzenia się z odejściem zmarłego. Dom staje się sanktuarium. U podstaw tego zachowania może leżeć złość lub poczucie winy i/lub choroba psychiczna, np. depresja, a także choroba somatyczna.

Zarówno u pacjentów prawidłowo przeżywających żałobę, jak i u osób, u których proces ten przebiega nieprawidłowo, uruchamiają się mechanizmy obronne. Są one takie same (tab. 2), ale u osób nieprawidłowo przeżywających stratę bliskiego ulegają utrwaleniu i dezorganizują życie.

Podsumowując, należy jeszcze raz podkreślić, że żałoba dotyczy wszystkich sfer ludzkiego życia. Jest bardzo intensywnym emocjonalnym, duchowym i socjalnym przeżyciem, którego lekarz nie powinien niepotrzebnie medykalizować [41, 42]. Lekarz rodzinny może wspierać osoby w żałobie i jednocześnie, stwierdzając nieprawidłowości tego procesu, podjąć działania umożliwiające wczesną interwencję. Warto zachęcać lekarzy rodzinnych do opieki nad osobami w żałobie, gdyż wydaje się, że ich rola będzie nabierała znaczenia ze względu na luźniejsze niż dawniej relacje pomiędzy członkami rodziny, znajomymi czy sąsiadami.

Piśmiennictwo

1. Słownik Języka Polskiego. Tom 3. Szymczak M. red. PWN, Warszawa 1983: 1084.
2. Turner J., Helms D. Rozwój człowieka. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1999.
3. Keirse M. Piętno smutku. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne, Radom 2005.
4. Ostrowska A. Śmierć i umieranie. Almapress, Warszawa 1991.
5. Ogryzko-Wiewiórkowska M. Rodzina w obliczu śmierci. UMCS, Lublin 1992.
6. Pasnau R.O., Fawzey F.L., Fawzey N. The role of the physician in bereavement. *Psych. Clin. N. Am.* 1987; 10: 109–120.
7. Wadland W.C., Keller B., Jones W., Chapados J. Sudden, unexpected death and the role of the family physician. *Fam. Systems Med.* 1988; 6: 176–187.
8. Dangler L.A., O'Donnell J., Gingrich C., Bope E.T. What do family members expect from the family physician of a deceased loved one? *Fam. Med.* 1996; 28: 694–697.
9. Martikainen P., Valkonen T. Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *Am. J. Public Health* 1996; 86: 1087–1093.
10. Rogers M.P., Reich. On the health consequences of bereavement. *N. Engl. J. Med.* 1988; 319: 510–519.
11. Rees D.W., Lutkins S.G. Mortality of bereavement. *BMJ* 1967; IV: 13–16.
12. Parsek C. Evaluation of bereavement service. *J. Prevent. Psych.* 1981; 1: 179–188.
13. Raphael B. Preventive intervention with the recently bereaved. *Arch. Gen. Psych.* 1977; 34: 1450–1454.
14. Charlton R. Bereavement: a protocol for primary care. *Br. J. Gen. Prac.* 1995; 45: 427–430.
15. Harris T., Kendrick T. Bereavement care in general practice: a survey in South Thames Health Region. *Br. J. Gen. Pract.* 1998; 48: 1560–1564.
16. Lemkau J.P., Mann B., Little D., Whitecar P., Hershberger P., Schumm J.A. A questionnaire survey of family practice physicians' perceptions of bereavement care. *Arch. Fam. Med.* 2000; 9: 822–829.
17. Alexander H. Doświadczenie żałoby. W Drodze, Poznań 2001.
18. Gilbert R. Jak sobie poradzić ze śmiercią rodzica. Wydawnictwo WAM, Kraków 2004.
19. Moss M.S., Moss S.Z. The impact of parental death on middle aged children. *Omega* 1983–1984; 1: 65–75.
20. Parkes C.M., Benjamin B., Fitzgerald R.G. Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *BMJ* 1969; 1: 740–743.
21. Prigerson H.G., Bierhals A.J., Kasl S.V. i wsp. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am. J. Psych.* 1997; 154: 616–623.
22. Chen J.H., Bierhals A.J., Prigerson H.G., Kasl S.V., Mazure C.M., Jacobs S. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psych. Med.* 1999; 29: 367–380.
23. Lis-Turlejska M. Problemy przeżywania straty w psychologii klinicznej. *Przegląd Psych.* 1989; 3: 749–762.
24. Dodziuk A. Żal po stracie. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
25. Clayton P. Bereavement and depression. *J. Clin. Psychiatry.* 1990; 51 (supl.): 34–38.
26. Zisook S., Shuchter S. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am. J. Psych.* 1991; 148: 1346–1352.
27. Harlow S., Goldberg E., Comstock G. A longitudinal study of the prevalence of depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *Arch. Gen. Psych.* 1991; 48: 1065–1068.
28. Zisook S., Shuchter S., Sledge P., Paulus M., Judd L.L. The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *J. Clin. Psych.* 1994; 55 (supl.): 29–36.
29. Jacobs S. Pathological grief. Maladaptation to loss. American Psychiatric Press, Waszyngton 1993.
30. Worden J.W. A handbook for the mental health. Practitioner, London 1983.
31. Saunderson E.M., Ridsdale L. General practitioners' beliefs and attitudes about how to respond to death and bereavement: qualitative study. *BMJ* 1999; 319: 293–296.

32. Lehman D., Wortman C.B., Williams A.F. Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *J. Pers. Soc. Psych.* 1987; 52: 218–231.
33. Felber M. Jak sobie poradzić ze śmiercią współmałżonka. Wydawnictwo WAM, Kraków 2004.
34. Nowak A.J. Proces umierania w aspekcie personalistycznej psychologii głębi. W: *Cierpienie i śmierć*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1992.
35. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 1967; 11: 213–218.
36. Zisook S., Shuchter S., Lyons L. Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1987; 19: 355–367.
37. O'Connor N. Pożegnanie miłości. Jak przetrwać stratę ukochanej osoby. Santorski & Co., Warszawa 1994.
38. Tudiver F., Hilditch J., Permaul J.A. A comparison of psychosocial characteristics of new widowers and married men. *Fam. Med.* 1991; 23: 501–505.
39. Adamczak M. Psychospołeczne problemy chorego terminalnie i jego rodziny. W: *Drążkiewicz J. red. W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*. Uniwersytet Warszawski, Instytut Socjologii, Warszawa 1989.
40. Brehant J. *Thanatos, chory i lekarz w obliczu śmierci*. Ancher, Warszawa 1993.
41. Woof W.R., Carter Y.H. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (part 1). *Br. J. Gen. Pract.* 1997; 47: 443–448.
42. Woof W.R., Carter Y.H. The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (part 2). *Br. J. Gen. Pract.* 1997; 47: 509–514.