

Bernadetta Janusz¹, Paulina Cofór-Pinkowska², Aleksandra Katarzyna Tomasiewicz¹

O „UDERZENIU” SAMOBÓJCZEJ ŚMIERCI I PRZYJĘCIU TEGO W PROCESIE TERAPII

ON THE IMPACT OF SUICIDE AND ACCEPTING IT IN THE THERAPEUTIC PROCESS

¹Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej

²Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii, Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

suicide
family therapy
shame

Streszczenie

Artykuł podejmuje temat doświadczenia traumatycznej utraty związanej z samobójczą śmiercią bliskiej osoby, jak również pracy z tym doświadczeniem w terapii rodzinnej. Zwraca szczególną uwagę na rolę wstydu, poczucia winy oraz nawracającego pytania „dlaczego?” i na potencjalne zakłócenie więzi rodzinnych po tym traumatycznym wydarzeniu.

Tekst ma charakter kazuistyczny i poglądowy. Przeprowadzono analizę fragmentów sesji terapeutycznych z rodzinami po samobójczej śmierci dziecka oraz odniesiono się do literatury z obszaru teorii przywiązania i badań nad wstydem w kontekście utraty i żałoby.

Samobójstwo dziecka powoduje u rodziców zachwianie rodzicielskiej kompetencji, zakwestionowanie ich dotychczasowej tożsamości, jak również stwarza ryzyko zranień w obrębie rodzinnych więzi. Często wstyd staje się centralnym doświadczeniem, które utrudnia komunikację i przeżywanie żałoby, co dalej uniemożliwia reparację więzi oraz stopniowe przeformułowywanie swojej tożsamości. Proces terapeutyczny pozwala etapowo przelamywać wstyd, który, kiedy jest skrywany, powoduje osamotnienie, oraz dzielić się emocjami i wspólnie poszukiwać znaczeń wobec tajemnicy straty.

Terapia traumatycznej utraty wymaga od terapeuty stworzenia przestrzeni umożliwiającej wypowiedzenie myśli i uczuć, które mogą być blokowane z powodu wstydu, tabu czy też chęci wzajemnej ochrony. Proces terapeutyczny jest ukierunkowany na pracę z poczuciem winy, nadanie nowych znaczeń i utrzymywanie więzi.

Summary

The article addresses the experience of traumatic loss related to the suicidal death of a loved one, as well as working with this experience in family therapy. It pays particular attention to the role of shame, guilt, the recurring question of why, as well as the potential disruption of family bonds. The text is casuistic and descriptive in nature. An analysis of fragments of therapeutic sessions with families after the suicidal death of a child was conducted, and reference was made to literature from the field of attachment theory and research on shame in the context of loss and grief.

A child's suicide causes parents to question their parental competence, challenges their previous identity, and creates a risk of harm within family bonds. Shame often becomes a central experience that hinders communication and the grieving process, which prevents the repair of bonds and the gradual reformulation of one's identity. The therapeutic process allows for the gradual breaking through of shame, which, when hidden, causes isolation, and enables the sharing of emotions and the joint search for meaning in the face of the mystery of loss.

Therapy for traumatic loss requires the therapist to create a space in which it is possible to express thoughts and feelings that may be blocked due to shame, taboo, or the desire for mutual protection. The therapy focuses on working with guilt, reframing meanings, and maintaining bonds.

Wstęp

Niniejszy artykuł koncentruje się na dwóch wybranych aspektach przeżyć rodziny po śmierci dziecka: 1) nagłości i szoku tego egzystencjalnego wydarzenia oraz 2) terapeutycznych rozmowach zmierzających do tego, aby w przeżyciach poszczególnych członków rodzinnych pojawiało się znaczenie życia osoby, która odeszła, a nie tylko gwałtowność jej, często niewyjaśnionej, śmierci.

Nagłość samobójstwa załamuje ciągłość dotychczasowego świata i „poczucia własnego ja” bliskich osoby, która odeszła. Aby opisać ten moment, odwołujemy się do pierwszych sesji terapii dwóch rodzin, które dają wgląd w tego rodzaju egzystencjalną sytuację. Opisywane zdarzenie wymyka się teoriom psychologicznym i paradygmatom psycho-terapeutycznym, dlatego w artykule odwołujemy się również do poezji, która w naszym odczuciu bardziej dotyka takich kwestii, jak załamanie się dotychczasowego świata czy też brak odpowiedzi na dręczące pytanie „dlaczego?”.

W drugiej części artykułu pokazujemy fragment z późniejszego etapu procesu terapii, wprowadzając trzecią rodzinę po samobójczej śmierci dziecka. Przykład ten ilustruje, jak przywoływane na sesji momenty życia utraconego dziecka równoważą gwałtowność i dramat jego odejścia.

Wprowadzenie

Żałoba po samobójczej śmierci obejmuje nie tylko ból relacyjny związany z utratą, lecz także konieczność poradzenia sobie z traumatycznym charakterem zdarzenia, nacechowanym nagłością, dramatyzmem i gwałtownością [1]. Przeżywanie żałoby jest złożonym i dynamicznym procesem psychologicznym oraz egzystencjalnym, którego przebieg zależy od charakteru utraty, jej okoliczności oraz indywidualnych zasobów i predyspozycji osoby w żałobie.

Jednym z wymiarów potencjalnie komplikujących ten proces jest nagłość śmierci, która przychodzi nieoczekiwanie, brutalnie przerywając ciągłość relacji i uniemożliwiając psychiczne przygotowanie się na stratę [1]. Gwałtowność takiej śmierci często prowadzi do przedłużającego się stanu szoku oraz trudności w uznaniu realności straty.

Kolejny wymiar komplikacji wiąże się z traumatycznym charakterem śmierci, który w szczególnie wyostrojony sposób ujawnia się w przypadkach samobójstw. Samobójcza śmierć jest bowiem nie tylko stratą bliskiej osoby, lecz również doświadczeniem o poten-

cyjale traumatycznym, naruszającym podstawowe przekonania dotyczące świata, siebie i relacji interpersonalnych [1]. Bliscy osoby zmarłej doświadczają intruzywnych wspomnień, koszmarów sennych oraz uporczywej potrzeby rekonstrukcji okoliczności śmierci. Codzienność naznaczona jest palącymi pytaniami: „Dlaczego?”, „Co mogłam/mogłem zrobić, by temu zapobiec?”, „Czy jestem współwinna/współwinny temu wydarzeniu?”. Pytania te często przybierają postać moralnego samoobwiniania. W pracy terapeutycznej z rodzinami obserwujemy utrudnioną integrację emocjonalną i poznawczą, wynikającą ze współistnienia reakcji żałobnych oraz objawów potraumatycznych.

Dodatkowymi czynnikami komplikującymi proces żałoby są postawy religijne i kulturowe wobec samobójstwa, które mogą zwiększać piętno społeczne [2]. Jordan i McIntosh [3] określają żałobę po samobójstwie jako żałobę „nie w pełni uprawnioną”, ponieważ – z powodu stygmatyzacji – pozbawiona jest pełnego przyzwolenia społecznego na ekspresję oraz dostępu do wsparcia wspólnotowego. Osoby pozostające w żałobie często mierzą się z poczuciem wstydu, nierzadko wybierając drogę ukrywania okoliczności śmierci. To wiąże się z ciężarem dźwigania tajemnicy rodzinnej, wtórnie prowadząc do izolacji i ograniczenia możliwości adaptacyjnych.

Kluczowym wątkiem w pracy terapeutycznej z omawianymi rodzinami jest doświadczanie poczucia winy i wstydu. Swobodna dyskusja ma w tym kontekście istotne znaczenie dla leczenia. Badania pokazują, że 42 procent osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej, wykazuje wysoki poziom wstydu, a 22 procent ujawnia własne myśli samobójcze [4]. Na te trudności nakłada się również szczególny ciężar utraty dziecka, która burzy podstawowe doświadczenie chronologii i porządku życia. Literatura wskazuje, że rodzice, którzy stracili dziecko w wyniku samobójczej śmierci, doznają bardzo poważnych trudności emocjonalnych [5]. Taka strata pozostawia ich z poczuciem naruszenia fundamentalnej roli rodzicielskiej, jaką jest ochrona dziecka, a także konfrontuje z pustką i pytaniami o sensowność cierpienia i dalszego życia [1].

Istotne cierpienie wywołuje dodatkowo trwała niepewność wynikająca z braku pełnych informacji o motywach i stanie psychicznym dziecka. Powoduje to niemożność rekonstrukcji zdarzeń poprzedzających samobójczą śmierć, a tym samym odpowiedzi na pytanie: „dlaczego?” w taki sposób, który mógłby przynieść ukojenie.

Jak pisali Stroebe i Schut [6], w procesie żałoby zachodzi stała oscylacja pomiędzy bolesnym konfrontowaniem się ze stratą a próbami odbudowy codziennego funkcjonowania. Ta naprzemiennosc jest kluczowa dla adaptacji, a w pracy klinicznej często obserwuje się stopniowe wydłużanie faz zorientowanych na odbudowę relacji z otaczającym światem. Terapia osób w żałobie po samobójczej śmierci dziecka wymaga nie tylko emocjonalnej pracy nad relacją ze zmarłym i powrotem do codziennego życia, obejmuje ona także objawy posttraumatyczne, doświadczenie stygmatyzacji społecznej oraz naruszoną tożsamość rodzicielską.

Samobójcza śmierć osoby bliskiej narusza poczucie własnego ja i przewidywalności świata, może też czasowo zakłócać więzi z bliskimi i z osobą, która odeszła. John Bowlby na początku lat 70. ubiegłego wieku pisał, że wszyscy ludzie mają wrodzone pragnienie bycia połączonym z innymi. Owo pragnienie kształtuje się w bezpieczny sposób, gdy opiekunowie adekwatnie odpowiadają na potrzeby swojego dziecka – wówczas rozwija ono przekonanie, że w sytuacji zagrożenia ktoś przyjdzie mu z pomocą. Brak reakcji ze

strony postaci przywiązania prowadzi natomiast do doświadczenia niepokoju. Jeśli ów brak reakcji się powtarza, jednostka modyfikuje swoje strategie przywiązania (na pozabezpieczne), aby chronić się w relacjach intymnych. Te incydenty braku reakcji wywołują uczucia izolacji, porzucenia i zdrady [7] oraz tak zwanego zranienia w obszarze przywiązania [8].

Myśli i zamiary samobójcze mogą być rozumiane jako komunikat wysyłany do innych [9], który mówi o odrzuceniu czy też porzuceniu. Nagła wiadomość o samobójczej śmierci osoby bliskiej oznacza odłączenie się i dystans [10]. Tego rodzaju uraz stanowi ryzyko naruszenia przekonania dotyczącego stałości wszystkich bliskich relacji, a nawet fundamentalnej zmiany stosunku do samego siebie. Inaczej mówiąc, samobójstwo bliskiej osoby uderza zarówno w więź, jak i w self. Nie zawsze skala tego „uderzenia” jest możliwa do zidentyfikowania od razu. Poniżej zaprezentujemy przykłady dwóch rodzin, tuż po doświadczeniu nagłej utraty dziecka w wyniku śmierci samobójczej.

Terapeutyczne konteksty pracy z rodzinami

Początek: „świat po uderzeniu”

Do terapeutki zadzwonił mężczyzna w średnim wieku, płakał. Na pytanie, co się stało, odpowiedział: „Nasza córka nie żyje, rzuciła się pod pociąg”. Terapeutka przez chwilę słuchała jego płaczu, by następnie spytać: „Ile córka miała lat?”. Ojciec podał wiek córki, następnie zapytał: „Czy pani może nam pomóc?”. Terapeutka nie wiedziała, jakiej odpowiedzi wtedy udzielić, zaproponowała wspólne spotkanie, podając termin, adres i telefon do sekretariatu. Na drugi dzień, wchodząc do pokoju terapeutycznego, zobaczyła czekającą rodzinę. Młodsza córka na białej tablicy narysowała dom. Terapeutka rozpoczęła rozmowę z nią, pytając, czy to ich dom, czy mieszkają właśnie w takim domu, czy może w mieszkaniu, czy mają balkon i kim są ludzie, którzy stoją na balkonie. Dziewczynka odpowiedziała, że to nieznajomi. W rozmowę włączył się ojciec, mówiąc: „W mieście X mamy mieszkanie, bo dziewczynki chodzą tutaj do szkoły, a do domu weekendowego jeździmy przeważnie w piątki”. Terapeutka zauważyła, że ojciec używa czasu teraźniejszego. Zwróciła się do młodszej córki z pytaniem: „A ty masz swój pokój?”. Ta odpowiedziała: „Mieszkaliśmy z siostrą”. Tym razem terapeutka zarejestrowała pierwsze wprowadzenie czasu przeszłego. Patrząc na młodszą córkę, powiedziała: „Ja rozumiem, że teraz spotykamy się, bo jesteście wszyscy bardzo zmartwieni”. Zapadła cisza, wszyscy członkowie rodziny zaczęli patrzeć w podłogę. Terapeutka zwróciła się do rodziców: „Ja rozumiem, że państwo rozmawialiście z młodszą córką o tym, że starsza córka nie żyje”. Ojciec odpowiedział mechanicznie, ale z widocznym wysiłkiem: „Mówiliśmy jej, że córka jest u aniołków”. Zapadła dłuższa cisza, w trakcie której terapeutka zachęciła ojca, by kontynuował wypowiedź. Po chwili ojciec dodał bardziej wyraźnie: „Mówiliśmy jej, że stało się coś strasznego i jest u aniołków”. Terapeutka popatrzyła na dziewczynkę i powtórzyła: „Mówili ci rodzice”. Dziewczynka siedziała skulona, potakiwała. Terapeutka, patrząc na nią, zapytała: „Smutna jesteś bardzo, co?”. Dziewczynka zaczęła potakiwać nieco energiczniej. Terapeutka dodała: „Bo miałaś pokój z A.”. Dziewczynka tym razem potakiwała już całkiem wyraźnie. Zapadła długa cisza. Terapeutka popatrzyła na rodziców i zapytała: „A kiedy, kiedy się to stało?”.

Matka odpowiedziała szeptem: „przedwczoraj”, ojciec dodał półszeptem: „we wtorek”. Terapeutka powtórzyła za nim: „we wtorek”. Ojciec dodał mechanicznym głosem: „we wtorek wieczorem”. Młodsza córka włączyła się w rozmowę, mówiąc: „chyba bardziej w nocy”. Terapeutka popatrzyła na niego i powtórzyła pytającym głosem: „w nocy?”. Córka odpowiedziała: „tak, było już bardzo ciemno”.

W ten sposób, krok po kroku, terapeutka zbliżała się do momentu, w którym „skończył się ich świat”. Wyobrażała sobie, że kiedy członkowie rodziny patrzą w podłogę, w ich głowach wirują obrazy, może ciągle ten sam dręczący obraz, a może wiele różnych. To, co się stało, może być na razie tylko wypowiedziane szeptem: „we wtorek”, „przedwczoraj”. Używali zwykłych, codziennych słów, aby opisać moment, kiedy ich dotychczasowy świat się skończył, zatrzymał, być może dlatego mogli je wypowiedzieć jedynie szeptem. Po wyszeptaniu przez rodziców tych słów, terapeutka zwróciła się do młodszej córki, pytając: „A ty to pamiętasz?”. Dziewczynka odpowiedziała: „Ja tego nie widziałam, bo nikt tego nie widział, mama przyszła i powiedziała”. Po potwierdzeniu przez terapeutkę „mhm”, dodała: „A. już nie było”. W ten sposób dalej, krok po kroku, terapeutka zbliżała się do momentu, kiedy w aktualnym przeżyciu rodziny „skończył się ich świat”.

W przytoczonym wyżej fragmencie pierwszego spotkania została przedstawiona rozmowa opisująca pierwszy moment po „uderzeniu”, jakim jest traumatyczna utrata członka rodziny w wyniku śmierci samobójczej, po którym każdy dzień bywa wysiłkiem powracania do życia, lub też życiem w uśpieniu, a wręcz nieżyciem.

Doświadczenie tego „uderzenia” można porównać z napisanym w 1946 roku wierszem Tadeusza Różewicza: „Ocalony”:

*Mam dwadzieścia cztery lata
ocalałem
prowadzony na rzeź.
To są nazwy puste i jednoznaczne:
człowiek i zwierzę
miłość i nienawiść
wróg i przyjaciel
ciemność i światło.*

Śmierć samobójcza i jej traumatyczne konsekwencje rodzą pytanie, jak przyjąć to „uderzenie” w procesie terapii; czy są słowa, które mogą nieść jakieś znaczenie dla rodziny. Terapeuta może odczuwać niepokój, że jego wypowiedzi stają się tylko „pustymi nazwami”. Pojawia się również pytanie, czy nasza terapeutyczna obecność – spojrzenie, dźwięk głosu – może dotrzeć do „uderzonego” w ten sposób, wewnętrznego świata. Poeta, który mówi o doświadczeniu wojny, pisze w jednej z kolejnych strof wiersza: „Pojęcia są tylko wyrazami”.

W dalszej części artykułu skupimy się na specyfice relacji terapeutycznej, na możliwych interwencjach, na pracy terapeutycznej uwzględniającej relację ze zmarłym i na badaniu tego, co wypełnia życie wewnętrzne poszczególnych osób, które doświadczyły utraty.

Na początku warto zwrócić uwagę, w jakiej pozycji jest postawiony terapeuta i czego może oczekiwać „uderzona” w ten sposób rodzina. Pierwsze sesje, czyli czas przyjęcia tego „uderzenia” od rodziny, wymagają uwzględnienia, że bliscy znajdują się w stanie

traumatycznego stresu, a „słowa, wzrok, słuch straciły swoje znaczenia”. Wymaga to zatem ustanowienia przestrzeni rozmowy, aby próbować „na nowo nazywać”, rozumieć bez popychania do przodu i nastawienia na konkretne rozwiązania; przestrzeni, w której będzie miejsce na rozumienie, badanie czy też w końcu na transformację relacji ze zmarłym.

Wstyd przyczynia się do poczucia winy związanego ze świadomością, że nie udało się zapobiec śmierci bliskiego, a czasem członkom rodziny towarzyszy też poczucie, że są niewystarczająco dobrymi osobami. Nawet samobójstwo kogoś znanego tylko z widzenia, z korytarza, z biura wywołuje pytania o to, w jakiej pozostawaliśmy relacji, kim jesteśmy dla siebie jako ludzie. Oddaje to pierwsza zwrotka wiersza Wisławy Szymborskiej zatytułowanego „Pokój samobójcy”:

*Myślicie pewnie, że pokój był pusty.
A tam trzy krzesła z mocnym oparciem.
Tam lampa dobra przeciw ciemności.
Biuurko, na biurku portfel, gazety.
Budda niefrasobliwy, Jezus frasobliwy.
Siedem słoni na szczęście, a w szufladzie notes.
Myślicie, że tam naszych adresów nie było?
(...)
Myślicie, że przynajmniej list wyjaśniał coś.
A jeżeli wam powiem, że listu nie było –
i tyłu nas – przyjaciół, a wszyscy się pomieścili
w pustej kopercie opartej o szklankę.*

Poetka pyta otwarcie i bez znieczulenia: „Myślicie, że tam naszych adresów nie było?”. Można dodać, że nie pomogły te adresy w notesie i że obecność biurka, lampy, Chrystusa, Buddy oraz słoni również nie pomogła. W ten sam sposób zadają sobie pytania bliscy osoby, która zmarła w wyniku śmierci samobójczej: Co zawiodło? Co nie pomogło? Czy rzeczywiście byliśmy blisko niego/niej? Czy jednak nas tam nie było? W wierszu Szymborskiej pojawia się ciemność, której nie rozświetliła stojąca w pokoju samobójcy lampa. Owa swoista ciemność jest częstym doświadczeniem wewnętrznym osób, których bliski umiera w wyniku śmierci samobójczej. Czują one, że nic nie wiadomo, wszystko się zachwiało. Ich umysły próbują wyswobodzić się z tej ciemności, pojawiają się zatem pytania: Może to tylko chwilowa tajemnica? Może należy poszukać informacji? I znowu, odwołując się do obrazów z wiersza Szymborskiej, pojawia się list, ale list też niczego nie wyjaśnia, koperta jest pusta. Owo doznanie „pustej koperty” jest dramatycznym doświadczeniem wielu osób, których bliscy zmarli w wyniku śmierci samobójczej. Wywołuje wstyd związany z tym, że nie widziały, co się działo w życiu osoby bliskiej. Kiedy ów wstyd pozostaje niewyrażony, marginalizuje on osoby, które przeżyły samobójstwo kogoś bliskiego.

Wspominany niewyrażony wstyd uniemożliwia utrzymywanie stabilnych relacji z innymi i naprawianie zachwianych więzi przywiązania. Wstyd jest tworzony w relacjach i dlatego wymaga pozostawania w nich, by go rozumieć i leczyć [11]. To jeden z powodów, dla których terapia rodzinna i grupowa mogą być pomocne w leczeniu osób, które doświadczyły samobójstwa kogoś bliskiego. Terapia staje się dla nich przestrzenią do podejmowania kwestii wstydu i poczucia winy, przeświadczenia, że się zawiodło, że

można było coś więcej zrobić, aby zapobiec śmierci. Kluczowa jest wówczas możliwość usłyszenia od innej osoby: „ja też”. Wypowiedzenia: „ja też czuję, że zawiodłam”, „ja też się wstydę”. Niezależnie od tego, jak bardzo ów wstyd odnosi się do obiektywnej rzeczywistości czy też możliwości realnej pomocy, takie wyznania budują poczucie wspólnoty. Swoiste przyjęcie tego wstydu stanowi część leczenia. Terapeuta powinien uważnie śledzić moment, kiedy pojawia się wstyd i inne emocje z nim powiązane. Kluczowe staje się dawanie mu głosu w rozmowach terapeutycznych. Rozmowa o wstydzie, akceptacja jego istnienia, prowadzi do otwarcia wielu ważnych wątków związanych z przeżywaniem samego siebie. Istotne jest, by pamiętać, że tajemnica, milczenie i osąd zwiększają wstyd i poczucie winy [12], podczas gdy jego akceptacja i pomieszczenie, czyli zaciekanie nim i uważne badanie jego źródeł, mogą stać się leczące [13].

Poniższy fragment pochodzi z pierwszej sesji innej rodziny, która boryka się ze stratą po samobójczej śmierci syna. Matka i córka płaczą, terapeutka decyduje się przerwać ciszę, mówiąc: „Pewnie trudno wypowiedzieć, co się teraz dzieje. Czy martwicie się? O kogo? Może o siebie nawzajem?”. Zapada cisza, córka zaczyna głośniejszemu płakać. Matka stłumionym głosem mówi: „No, martwimy się (przerywa), martwimy się, że (przerywa znowu) będzie nam trudno być (przerywa na dłuższą chwilę)”. Terapeutka krótkim „yhym” zachęca ją do kontynuacji. Matka kontynuuje przerwane kilka razy zdanie: „Martwimy się, że będzie nam trudno być dobrym wsparciem dla młodszej córki”. Terapeutka przytakuje krótkim „yhym”. Zapada cisza. Córka, płacząc, trzyma matkę za rękę, ta mówi dalej: „Bo jest nam bardzo ciężko, znaczy mnie jest”. Po chwili ciszy terapeutka pyta, czy chodzi o ten trudny moment w życiu rodziny, czy też o dalszą przyszłość. Matka odpowiada, że i teraz, i później, dodając: „Martwię się, czy nie będziemy jej obciążać jakimś swoim zachowaniem, myśleniem?”.

Przytoczony fragment sesji pokazuje ból, którego nie da się ująć w słowa, wobec którego pytanie terapeutki o martwienie się o siebie, jakkolwiek wyraża realną troskę, jest tylko fragmentem, powierzchnią bolesnej rzeczywistości. Powierzchnią bólu, lęku, który przepływa falami, manifestuje się w ciszy, płaczu, wzajemnym dotyku. Wypowiedź matki zawiera troskę o córkę, a jednocześnie oddaje to, jak bardzo jej tożsamość matki została zachwiana. Pokazuje, że po samobójczej śmierci starszego syna jej matczyne self uległo zakwestionowaniu. Kobieta uważa bowiem, że jej myśli i uczucia mogą obciążyć, a może nawet wyrządzić krzywdę emocjonalną młodszej córce. Tego rodzaju lęki budzą się w rodzicach, czują się oni odpowiedzialnymi za śmierć dziecka. Rozważają, czy też wielokrotnie zadają sobie pytania, na czym mógłby polegać ich wpływ, ich wina. Zrozumienie takich przekonań oraz badanie fantazji i emocji z nimi związanych, włączając w to paraliżujący wstyd, jest ważnym aspektem pracy terapeutycznej. Wspomniane już wcześniej usłyszenie: „ja też” daje szansę na rozwój bezpiecznego przywiązania w grupie rodzinnej czy terapeutycznej, na przywrócenie zachwianej relacji z samym sobą, a także na odbudowanie mniej lub bardziej utraconego obrazu życia członka rodziny. Istotne jest bowiem „przemieszczanie się w pamięci” od obrazów samobójczej śmierci do tych, w których dominują sceny z życia utraconej osoby. Tego rodzaju wspomnienia i obrazy pojawiają się zwykle na późniejszym etapie spotkań terapeutycznych.

W kierunku zapamiętania życia

To zjawisko ilustruje wypowiedź matki z nieprzywoływanej tu jeszcze rodziny. W odróżnieniu od dwóch omówionych wcześniej przypadków pierwszych sesji terapeutycznych, ta wypowiedź pochodzi z sesji, która odbyła się około sześć miesięcy po samobójczej śmierci syna. Matka mówiła: „W te łyzy i w ten ból się wplotły te zabawne wspomnienia (o synu), często są takie myśli... Dla mnie, ja ostatnio o tym myślałam, że jak mam takie poczucie, że w tym wszystkim jesteśmy razem, wtedy jest mi łatwiej”.

Poczucie bycia razem, doświadczanie ciągłości więzi w rodzinie, wydaje się niezbędne w radzeniu sobie z rozpaczą, żalem i wstydem [14]. Dzięki niemu pojawia się bowiem świadomość, że historia własnej utraty nie jest odosobniona, że coś podobnego wydarzyło się również w życiu innych bliskich osób [15]. Możliwość „zapamiętania” życia osoby, która odeszła w wyniku śmierci samobójczej, jest przez nas rozumiana jako stopniowe przemieszczanie się od koncentracji na jej śmierci do koncentracji na jej życiu. Tego rodzaju przemieszczenie pomaga leczyć wywołaną samobójstwem ranę przywiązania. Jednym z najbardziej bolesnych aspektów samobójstwa osoby bliskiej jest poczucie ostatecznego odrzucenia czy też przekonanie o przekazanej nie wprost, poprzez śmierć samobójczą, wiadomości: „wolę umrzeć, niż być z tobą”.

Terapia rodziny daje szansę na ujawnianie uczuć i myśli dotyczących potencjalnych przyczyn targnięcia się bliskiej osoby na swoje życie, bez względu na to, jak są one irracjonalne lub sprzeczne z dowodami. Ważne jest badanie obecności tego rodzaju przekonań i stojących za nimi zinternalizowanych przekazów. Istotne jest również swoiste zatrzymanie się w momencie, kiedy tego rodzaju przekazy się pojawiają oraz identyfikowanie powiązanych z nimi emocji i przekonań.

Na jednej z sesji rodziny, około rok po śmierci, ojciec mówił, jak bardzo brakuje mu syna, szczególnie kiedy doświadcza czegoś pięknego, podróżuje, wtedy ten brak staje się dla niego najbardziej dotkliwy: „Wie pani, ciągle się człowiek siebie pyta, czy coś mógł inaczej zadziałać, bardzo mnie to obciąża pod tym względem, jaki jest mój udział w tej decyzji jego”. Terapeutka komentuje tę wypowiedź ojca w następujący sposób: „Bo ja rozumiem, że jeden ból jest związany z tym, że go tu nie ma, że nie cieszy się tym światem, ale teraz pan przesuwają się ku drugiej sprawie, jaki jest pana potencjalny udział w tym, i to teraz tak bardzo obciąża”. Ojciec odpowiada: „No, tak”. Terapeutka decyduje się zadać ojcu następujące pytanie: „Czy ma pan jakiegokolwiek racjonalne myśli, że jakkolwiek, że pan mógł coś zrobić, żeby, żeby to zmienić?”. W odpowiedzi na pytanie terapeutki, które niewątpliwie zawiera element konfrontacji, ojciec również odpowiada konfrontacyjnie: „Wszystko jest, co na świecie było racjonalne. Jeśli pani mnie pyta, czy wiem, co by mogło zmienić jego decyzję, nie wiem i w tym upatruję swoją porażkę, że nie wiem”. Terapeutka przytakuje i zachęca ojca, aby kontynuował wypowiedź. Ojciec mówi dalej: „Wie pani, miałem syna, z którym byłem strasznie związany, żył ze mną, mieszkał pod jednym dachem i podjął taką decyzję, nie dawszy mi żadnej szansy, to może, może mi komunikował coś, czego nie widziałem. Znaczący, werbalnie nigdy nie zakomunikował, ale, ale może coś się działo, czego nie zauważyłem”. Terapeutka dalej pozawerbalnie zachęca ojca do kontynuowania. Ojciec dodaje: „Czy to jest nieracjonalne, nie wiem, mi się to nie wydaje nieracjonalne”. Terapeutka kontynuuje: „Zaczęliśmy się spierać, myślę, że warto

to jeszcze kontynuować. Z tego, co udało mi się dowiedzieć o waszej rodzinie, włączając to, że pozwiliście mi państwo poznać waszego syna, to pozwala mi się podzielić myślą, przypuszczeniem, pytaniem, czy aby pan nie jest w sytuacji ojca, któremu w tej sprawie syn nie dał żadnej szansy?”. Ojciec kontynuuje „spieranie się” z terapeutką: „Ja nie wierzę w taką sytuację, (...) trudno mi zrozumieć to, że podjął takie decyzje nieracjonalne. Ten powód musiał być i ja go ciągle szukam, ale ponieważ trudno szukać w innych, szukam go w sobie. Żona ma inną teorię, pomysł, że może to było jakieś siłowanie się z sobą, jakiś rodzaj wypadku, ja się na to nie piszę, nie zgadzam się z tym, to by było najłatwiejsze”.

Ten fragment sesji terapeutycznej pokazuje tak częste w sytuacjach utrat samobójczych poszukiwanie odpowiedzi na pytania: „co się stało?”, „dlaczego?”, „dlaczego nie zauważyłam/dlaczego nie zauważyłem?”. Ale tych odpowiedzi nie ma. Parafrazując przytoczony wyżej wiersz Wisławy Szymborskiej, można podsumować: koperta jest ciągle pusta.

Po zacytowanej wyżej wypowiedzi męża włączyła się żona: „Ale to nie jest do końca tak, jak mówisz. Ja przez pierwszych kilka tygodni, cały czas, (...) te wszystkie dni poprzedzające mi przechodziły przez głowę, widząc go, widząc, co zrobił, jaki był i nie widzę żadnej oznaki, aby się odróżniały od poprzednich. Zawsze pełen planów (...), rozpromieniony, i to cały czas go przed oczyma mam, do ostatniego dnia, i tak po prostu patrząc się na to, nie widzę żadnej oznaki tego, nie widzę, żebyśmy mieli jakiegokolwiek szanse wyłapać jego smutek i abyśmy mogli mu pomóc, wiem, wiem, że istnieją choroby naszego mózgu, naszego umysłu, że widzą nagle ciemność, (...) coś bardzo nagłego”. W ten sposób wypowiedź matki przekierowuje uwagę z dociekania motywów śmierci syna w stronę skoncentrowania się na jego życiu i pogodzenia się z niewiadomą, uznania, że prawdopodobnie nie było możliwe zauważenie tego, co się z nim działo.

Dyskusję na temat tego, czy coś mogło zostać zauważone, jako terapeutci uznajemy za ważną, spieranie się i niezgadzanie się ze sobą również. Przerywa to bowiem uporczywie nawracające myśli, czasami o charakterze ruminacji: „Czego nie zrobiłam? Czego nie zauważyłam?”. W tym krótkim sporze z ojcem widocznych jest wiele warstw. Poza pytaniem „Czego nie zauważyłem?”, kluczowe wydaje się to, że chciał on widzieć życie swojego dziecka jako sensowne, co więcej – paradoksalnie – chciał bronić śmierci syna jako sensownej. W rozmowie z członkami rodzin staramy się wspólnie poznać i wyrazić wszystkie możliwe myśli i hipotezy dotyczące tego, czego w swoim odczuciu nie zrobili lub w czym zawinili. Jest ważne, aby te nawracające, niewypowiedziane myśli, bardziej czy mniej wyraźnie sformułowane przekonania, mogły znaleźć swoje miejsce w rozmowie terapeutycznej. Wydaje się równie ważne, aby terapeutka czy terapeuta potrafili przekazać, że o pewnych sprawach prawdopodobnie nigdy się nie dowiemy, ponieważ nikt nie ma całkowitego wpływu na życie swojego bliskiego i być może (również jako terapeutci) musimy „pozostać w ciemności”. Istotne jest jednak to, abyśmy dali sobie prawo szukać powodów, szukać tego, czego nie zrobiliśmy, dzielić się tym, co w danej chwili zaprzęta nasz umysł. Dzielenie się nie jest pozbawione ryzyka, wywołuje wspomniane na początku publikacji wstyd, poczucie winy czy gniew, a także inne, trudne emocjonalne stany. Klinicyści wskazują, że radzenie sobie z gniewem i innymi uczuciami odbywa się poprzez doświadczanie ich [17] i uczenie się radzenia sobie z przekonaniami i fantazjami, które leżą u ich podstaw. Złość może funkcjonować jako maska dla doznania odrzucenia lub porzucenia czy też wstydu związanego z poczuciem, że można było zrobić więcej.

Akceptowanie niewiadomej, bezradności, tak ważne w procesie przeżywania samobójczej śmierci bliskiego, przeplata się z wyrażeniem gniewu oraz wszystkich sprzecznych uczuć. Tak jak podczas cytowanej wyżej sesji, uznanie niewiadomej przychodzi po wyrażeniu poczucia winy, poszukiwania sensu, złości. Poniżej zostanie przytoczona wypowiedź jednej z matek, której słowa ujęły lepiej niż cokolwiek innego niewiadomą, z którą zostają bliscy zmarłego śmiercią samobójczą: „Po pierwsze wiem, że to będzie tajemnicą i oczywiście wiem, że te pytania się zjawiają, ale moja praca polega na tym, żeby one nie opanowały całego mojego myślenia, spróbuję akceptować tę tajemnicę”.

Być może, jak sugeruje tytuł książki Patricka Casementa z 2017 roku: „O uczeniu się od pacjenta”, terapeuci pracujący z traumą samobójstwa powinni wracać do tego zdania matki, która w swojej dalszej wypowiedzi spiera się z cytowaną wcześniej wypowiedzią ojca, mówiąc: „Ja się martwię o to, co w tej chwili mówi mąż. W czynach drugiego człowieka jest coś, co jest bardzo trudno wytrzymać, ale to jest właśnie związane z wolnością”. W słowach matki dziecka, które zmarło w wyniku śmierci samobójczej, mówiącej, „że w czynach drugiego człowieka jest coś, co bardzo trudno wytrzymać, ale to jest związane z wolnością”, można odczytać miłość, która wiąże się z wolnością; miłość, która w takich okolicznościach ma swój wyjątkowy ciężar i znaczenie.

Terapeutka skomentowała wypowiedź matki w następujący sposób: „Ja rozumiem, że pani wcześniej mówiła, że syn doświadczył, jakie życie jest ciekawe, ciekawe i ważne, i że pani czuje, że to jest główna sprawa, i pani to chce mężowi przekazać, że to jest najważniejsze, ważniejsze niż pytanie, co rodzic źle zrobił”. Matka przytakuje i dodaje: „Nie wiem, dlaczego to się stało – to jest zamknięte i będzie tajemnicą, a z drugiej strony (to przekonanie) nie ratuje mnie przed tym, że budzę się w nocy i przechodzę przez wszystkie chwile przed jego śmiercią: Co ja zrobiłam? Co ja powiedziałam? To jest niezależne, to nas nachodzi, tak jak smutek, jak łzy. Na to do końca nie mamy wpływu (...)”.

Po chwili matka przechodzi jeszcze do jednego wątku, który pozostawał w tamtej chwili dla niej najtrudniejszy: „Ja się martwię teraz tym, że córka najmłodsza nie ma już takiego domu, jaki był”. Terapeutka skomentowała tę wypowiedź w następujący sposób: „Można powiedzieć, że nikt z państwa już nie ma takiego domu, jaki był, że odejście Y. tak uderzyło w wasz dom, że wszyscy państwo jesteście inni, ale też w tym momencie jeszcze nie wiecie, jaki ten dom będzie, bo wszyscy jesteście w drodze. (...) Wasza córka będzie żyła nie tylko z tym faktem, że brat popełnił samobójstwo, ale też z tym, co się w moim domu z tym stało i jak potem wszyscy żyli. Ile było bólu i ile było dalej życia, tego bólu nic nie usunie, ale istotne jest to, jakie życie zostanie w waszym domu”.

Wprowadzony przez terapeutkę wątek uważamy za bardzo istotny, zarysowuje on bowiem obszar sprawczości rodzinnej i wyznacza kierunek pracy terapeutycznej. Jak pokazuje zacytowany przykład, praca wewnętrzna członków rodziny i praca terapeutyczna koncentrują się na odzyskiwaniu przez rodzica sprawczości rodzicielskiej poprzez stopniowe otwieranie dostępu do wspomnień życia dziecka, wspólnej miłości i codziennych chwil. Tworzona w ten sposób bezpieczna przestrzeń pozwala powracać do tych obrazów i odbudowywać zarówno relację z dzieckiem, jak i poczucie własnego wpływu, które po „uderzeniu” tego traumatycznego wydarzenia zostało przysłonięte intruzywnym obrazem śmierci, bezradnością, winą i wstydem. Wspólne rekonstruowanie obrazu życia dziecka pozwala rodzicom odzyskać doświadczenie rodzicielstwa, które

mimo śmierci nadal trwa, również w sytuacji nieświadomego negocjowania tej prawdy przez otoczenie.

Zakończenie

Artykuł nie zawiera systematycznego opisu całego procesu terapeutycznego po samobójczej śmierci członka rodziny. Skupiono się w nim na zarysowaniu centralnych wątków, które pojawiają się w tego rodzaju pracy z rodzinami, w szczególności:

1. Pierwszych momentów po samobójczej śmierci dziecka, kiedy dominuje niemożność wyrażenia słowami całej gamy stanów emocjonalnych, z którymi zmagają się członkowie rodziny. W tym czasie zadaniem terapeuty jest podjęcie ostrożnej próby zbadania i opisanie zarówno tego, co w danym momencie mogą przeżywać poszczególne osoby w rodzinie, jak i tego, co dzieje się pomiędzy nimi.
2. Sytuacji, w której śmierć samobójcza uderza w tożsamość i kompetencje rodzica, a także burzy wyobrażenie dotyczące tego, kim jest jako osoba i jaki jest charakter więzi, które nawiązuje z ludźmi. Zadaniem terapeuty jest wówczas z jednej strony normalizowanie tego rodzaju odczuć jako naturalnych w takiej sytuacji, a drugiej strony praca nad tym, aby nie rozszerzyły się one na postrzeganie całej swojej osoby i nie wpisały się w percepcję siebie we wszystkich innych relacjach. Istotna jest również przyszła powolna praca nad stopniowym dekonstruowaniem tego rodzaju obrazu siebie jako rodzica.
3. Uczuciowi paraliżującego wstydu, który powoduje zamykanie się w sobie i nieujawnianie myśli z tym związanych wobec innych członków rodziny. Zadaniem terapeuty jest wówczas stworzenie przestrzeni na spokojne rozmowy o wstydzie i poczuciu winy oraz danie możliwości dzielenia się nimi tak długo, jak to jest potrzebne. Umożliwia to przeciwdziałanie bolesnym odcięciom, utrwalaniu tematów tabu i tworzeniu tajemnic rodzinnych.
4. Nawracającym pytaniu, dlaczego bliski popełnił samobójstwo. W artykule pokazano, że tego rodzaju pytanie powinno być omawiane z różnych perspektyw, a nie szybko zamknięte, ponieważ daje ono możliwość opisanie tego, jak rodzice widzą swoje relacje z dzieckiem, jak rozumieją dziecko. Pytanie „dlaczego?” może zostać wspólnie przedyskutowane na sesji, co znacznie przeciwdziała jego powrotowi w charakterze ruminacji. Pokazano również, że jakkolwiek powinno być miejsce na dyskusję o tym, „dlaczego?”, istotne jest także uznanie i zaakceptowanie tego, że wybór śmierci samobójczej dziecka lub innej osoby bliskiej mniej lub bardziej pozostanie tajemnicą.
5. Na kierunku pracy terapeutycznej, w której ważne jest stopniowe przemieszczanie się od przyczyn i kontekstu samobójczej śmierci bliskiej osoby do skupienia się na zapamiętaniu jej życia. Prowadzi to bowiem do stopniowego uwewnętrznienia relacji z bliską zmarłą osobą.
6. Na wyznaczeniu obszaru i celu terapii, który dotyczy przywrócenia zachwianej sprawczości i tożsamości rodziców. W ostatnim cytacie terapeutka wskazała, że rodzice mają wpływ na to, co się stanie w przyszłości z „ich domem” i ich rodziną, czyli jak będą wyglądały relacje oraz czy można będzie przywrócić bezpieczeństwo i momenty radości w ich domu.

Podsumowując, nasze doświadczenie pracy z rodzinami, w których osoba bliska, najczęściej dziecko, zmarła w wyniku śmierci samobójczej, pokazuje, że dla wielu z nich istnieje nadzieja na powolną zmianę oraz cieszenie się życiem, tym życiem z przeszłości, kiedy dziecko jeszcze żyło, i którego radosne wspomnienie zjawia się pomimo nieusuwalnego bólu. Strata bliskiego w wyniku śmierci samobójczej powoduje, że rodzina wyrusza w podróż, która zmienia procesy wewnętrzne, przekonania na temat świata oraz wpływa na codzienne interakcje i zachowania, nie tylko w rodzinie, ale także poza nią. Rolą terapeuty jest rozpoznać, gdzie w tej podróży znajdują się zarówno poszczególni członkowie, jak i cała rodzina. Ważne, aby terapeutka/terapeuta rozpoznali, jakie treści i jakie myśli wypełniają życie wewnętrzne osób będących w żałobie oraz aby mogli badać skutki tych powracających myśli. Istotne jest także, aby tworzyć takie interwencje terapeutyczne, w których chęć zrozumienia i zaakceptowania tego, co przeżywają bliscy osoby zmarłej oraz znaczenia, jakie wniosło utracone życie stało się dla nich równie ważne, jak nieusuwalny ból i tęsknota.

Piśmiennictwo

1. Rando TA. Treatment of Complicated Mourning. Champaign, IL: Research Press; 1993, 503–610.
2. Pitman AL, Osborn DP, Rantell K, King MB. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. *J Psychosom Res.* 2016; 87: 22–29.
3. Jordan JR, McIntosh JL, ed. *Grief After Suicide: Understanding the Consequences and Caring for the Survivors.* New York: Routledge; 2011.
4. McMenamy JM, Jordan JR, Mitchell AM. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav.* 2008; 38(4): 375–389.
5. Li J i wsp. Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *N Engl J Med.* 2005; 352(12): 1190–1196.
6. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Stud.* 1999; 23(3): 197–224.
7. Sayre JB, McCollum EE, Spring EL. An outsider in my own home: Attachment injury in step couple relationships. *J Marital Fam Ther.* 2010; 36(4): 403–415. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2010.00218.x
8. Johnson SM, Makinen JA, Millikin JW. Attachment injuries in couple relationships: a new perspective on impasses in couples therapy. *J Marital Fam Ther.* 2001; 27(2): 145–155.
9. Trolley B. Suicide: A form of communication. *Death Stud.* 1993; 17(4): 343–356. DOI: 10.1080/07481189308252623
10. Prabhu SL, Bowers T. Role of the family in suicide prevention: An attachment and family systems perspective. *Bull Menninger Clin.* 2010; 74(4): 301–327. DOI: 10.1521/bumc.2010.74.4.301
11. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection.* 2nd ed. New York: Brunner-Routledge; 2004.
12. McMenamy JM, Jordan JR, Mitchell AM. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav.* 2008; 38(4): 375–389.

13. Greenberg L, Iwakabe S. Emotion-focused therapy and shame. In: Dearing R, Tangney J, ed. *Shame in the therapy hour*. Washington, DC: American Psychological Association; 2011, 66–90.
14. Brown B. Listening to shame [Internet]. TED Talks; 2012 [cyt. 17.09.2025]. Dostęp: https://www.ted.com/talks/brene_brown_listening_to_shame
15. Hughes R. Acceptance of shame in therapy. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2011; 48(1): 12–21. DOI: 10.1037/a0022160
16. Hughes R. Attachment, grief and community. *J Fam Ther*. 2012; 34(1): 25–42. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2011.00574.x
17. Becvar DS. *Families that flourish: Facilitating resilience in clinical practice*. New York: W.W. Norton & Company; 2011.

Adres: paulina.cofor@uj.edu.pl

XIII konferencja Fundacji Rozwoju Terapii Rodzin Na Szlaku

PATCHWORK UCZUĆ. O TERAPII RODZIN PO ROZSTANIU



21 marca 2026 r.
Kraków, ul. św. Łazarza 16 / online
Zgłoszenia przyjmujemy przez
stronę:
www.naszlaku.org/patchwork/

Konferencja poświęcona będzie doświadczeniu rozstania i jego konsekwencjom, tym razem ze szczególnym uwzględnieniem rodzin patchworkowych i rodzin „w przebudowie”. Rozstanie rodziców uruchamia proces głębokiej reorganizacji systemu rodzinnego – dotyczy dzieci, parę oraz szeroką sieć relacji, a terapeuci coraz częściej towarzyszą rodzinom nie tylko w samym kryzysie rozstania, lecz także w budowaniu nowych konfiguracji rodzinnych.

W trakcie konferencji zaprosimy Państwa do spojrzenia na ten proces z trzech perspektyw. W pierwszym wystąpieniu **Aldony Czajkowskiej**, z perspektywy zespołu psychoterapeutycznego Ośrodka ReGeneRacja, przyjrzymy się temu, jak tworzyć przestrzeń dla dziecka, które po rozstaniu rodziców musi na nowo odnaleźć poczucie kierunku, bezpieczeństwa i przynależności. Drugie wystąpienie, prowadzone przez **Karolinę Szczęsną**, skoncentruje się na pozycji pary w rodzinie patchworkowej – na tym, jak doświadczenie utraty, rozczerowanych iluzji i kulturowe narracje wpływają na budowanie nowego związku „z historią”, który nigdy nie istnieje w próżni, lecz wśród dzieci, ekspartnerów i społecznych oczekiwań. Trzeci wykład, przygotowany przez **Magdalenę Krupę** i **Konrada Markiewicza** i oparty na doświadczeniach terapeutów Fundacji Na Szlaku, dotyczyć będzie praktycznych aspektów pracy z rodzinami po rozstaniu i rodzinami patchworkowymi: zapraszania członków rodziny do terapii, mierzenia się z parentyfikacją, wykluczaniem, niejasnymi rolami, przeżywaniem straty oraz poszukiwaniem nowej równowagi systemu.

współorganizator:

**Zakład Terapii Rodzin
i Psychosomatyki
CM UJ**

patronat:

**kwartalnik *Psychoterapia*,
Seksja Naukowa Terapii Rodzin
PTP**