

KAMIEŃ WRZUCONE W WODĘ A FALE ZMIAN – WSPARCIE PSYCHOSPOŁECZNE W TRANSFORMACJI „KRĘGÓW NA WODZIE” ŻAŁOBY SUICYDALNEJ W ŚWIETLE PRZEGLĄDU LITERATURY ANGLOJĘZYCZNEJ

Wprowadzenie

Każdego roku prawie osiemset tysięcy osób na całym świecie umiera śmiercią samobójczą (jedna osoba co 40 sekund). Częstość występowania prób samobójczych jest znacznie wyższa – szacuje się, że na jedną śmierć samobójczą przypada ponad dwadzieścia prób samobójczych. W ciągu ostatnich 45 lat wskaźniki samobójstw wzrosły na całym świecie o 60%, szczególnie wśród młodych dorosłych. W przypadku nastolatków w wieku 15–29 lat, samobójstwo jest trzecią najczęstszą przyczyną śmierci na świecie (Calderaro, Baethge, Bermphohl, Gutwiński, Schuler-Ocak, 2022). Samobójstwa i próby samobójcze są jedną z głównych przyczyn globalnej zachorowalności i śmiertelności oraz stanowią poważny problem zdrowia publicznego, który wymaga wypracowania strategii prewencyjnych.

Ze względu na skalę zjawiska, problematyka samobójstw jest stosunkowo często podejmowana w dyskursie naukowym, podczas gdy proces żałoby osób, które doświadczyły straty suicydalnej stanowi temat rzadziej eksplorowany. W literaturze suicydalnej istnieje wiele definicji osób, które przeżyły samobójstwo. Karl Andriesen (2009, s. 43) opisuje ocalałego jako „osobę, która straciła znaczącą osobę (lub ukochaną osobę) w wyniku samobójstwa i której życie zmieniło się z powodu tej straty”. Z kolei John R. Jordan i John L. McIntosh (2011, s. 7) wskazują, że ocalały

to „ktoś, kto doświadcza wysokiego poziomu postrzeganego przez siebie psychologicznego, fizycznego i / lub społecznego cierpienia przez znaczny czas po ekspozycji na samobójstwo innej osoby”. Samobójstwo porównywane jest często do efektu falowania podobnego do kręgów powstałych na skutek wrzucenia kamienia do wody. Osoby znajdujące się bliżej epicentrum są bardziej dotknięte niż ci pozostający w dalszej odległości (Berman, 2011).

Szacuje się, że na każdą osobę, która umiera w wyniku samobójstwa, przypada około 135 osób doświadczających jego konsekwencji (Cerel, Brown, Maple, Singleton, van de Venne, Moore, Flaherty, 2019). Badacze zjawiska wskazują, że prawie 21% ogólnej populacji doświadczyło samobójstwa krewnego lub partnera w ciągu swojego życia (Andriessen, Rahman, Draper, Dudley, Mitchell, 2017). Julie Cerel i współautorzy (2019) podają natomiast, iż odsetek osób, które przeżyły stratę samobójczą może być znacznie wyższy.

Celem niniejszego artykułu jest analiza i synteza aktualnej wiedzy na temat specyfiki procesu radzenia sobie z traumatyczną stratą bliskiej osoby, która popełniła samobójstwo, ze szczególnym uwzględnieniem trzech kluczowych aspektów: dynamiki rodzinnej po traumie samobójczej, reakcji emocjonalnych i behawioralnych na traumę po stracie suicydalnej, dostępnych form profesjonalnego wsparcia w żałobie. Uszczegółowione cele niniejszego przeglądu dotyczą zidentyfikowania i podsumowania anglojęzycznych badań empirycznych dotyczących procesu żałoby po samobójstwie bliskiej osoby, wyjaśnienia, w jaki sposób specyfika tej formy żałoby różni się od doświadczeń po innych rodzajach śmierci, określenia kluczowych czynników, które wpływają na radzenie sobie z traumatyczną stratą. Z postawionymi celami koresponduje przyjęte pole problemowe, które wyraża się w pytaniu: jakie ilustracje empiryczne przedstawione w literaturze anglojęzycznej wskazują, w jaki sposób dynamika rodzinna, reakcje emocjonalne i behawioralne oraz dostępne formy wsparcia warunkują proces radzenia sobie ze stratą suicydalną?

W celu uzyskania odpowiedzi na tak postawione pytanie badawcze dokonano przeglądu kluczowych baz danych naukowych, takich jak: PubMed, PsycINFO, Embase oraz Web of Science, poprzez stosowanie kombinacji słów kluczowych: „żałoba suicydalna”, „samobójstwo”, „zaburzenia adaptacyjne”, „trauma”, „wsparcie”, „interwencje terapeutyczne”. W przeprowadzonym przeglądzie uwzględniono wyłącznie publikacje w języku angielskim, aby zapewnić spójność i możliwość kompleksowej analizy. Oczywiście, pominięcie literatury w innych językach może stanowić pewne ograniczenie, zwłaszcza w odniesieniu do specyfiki kulturowej, niemniej jednak skoncentrowanie się na publikacjach anglojęzycznych uzasadnia się ich dominującą pozycją w obiegu naukowym oraz potencjałem syntezy rzetelnej i porównywalnej wiedzy na temat żałoby suicydalnej. Analiza pozyskanych treści opierała się na: porównaniu wyników badań, z uwzględnieniem różnic i podo-

bieństw w obszarze dynamiki rodzinnej, reakcji emocjonalnych i behawioralnych oraz form profesjonalnego wsparcia; interpretacji wyników w kontekście teorii i modeli naukowych dotyczących żałoby suicydalnej; syntezie wniosków z przeglądu w celu określenia kluczowych implikacji teoretycznych i praktycznych. Uzyskane wnioski zostały zaprezentowane w poszczególnych paragrafach.

Dynamika rodzinna po traumie samobójczej

Śmierć samobójcza niesie za sobą długoterminowe skutki dla bliskich zmarłego. Liczne badania wskazują, że rodziny, które straciły kogoś w wyniku samobójstwa, są w większym stopniu narażone na skomplikowany smutek, w porównaniu do rodzin pogrążonych w żałobie po innych rodzajach straty. Ryzyko to jest dynamizowane przez społeczno-kulturowy kontekst towarzyszący samobójstwom, który może problematyzować proces żałoby (Sajan, Kakar, Majid, 2022). Część badań dotyczących żałoby suicydalnej wykazuje istotny związek pomiędzy strategiami radzenia sobie osób po stracie w wyniku samobójstwa a konsekwencjami traumy (Zavrou, Charalambous, Papastavrou, Koutrouba, Karanikola, 2023). Na szczególną uwagę zasługują mechanizmy dysfunkcyjne, gdyż to ich modyfikacja i zastąpienie strategiami funkcjonalnymi stanowi ważne narzędzie mogące złagodzić wpływ samobójstwa na dynamikę rodziny. Z żałobą przeżywaną po stracie w wyniku śmierci samobójczej wiążą się często wstyd, poczucie winy, tabu, stygmatyzacja, autostygmatyzacja oraz zredukowanie interakcji społecznych (Ross, Kólves, De Leo, 2021).

Zrozumienie istoty żałoby w rodzinie po śmierci samobójczej jest kluczowe dla projektowania działań wspierających, gdyż to właśnie więzi rodzinne stanowią pierwsze wsparcie społeczne dla wielu osób doświadczających straty. Brak wsparcia ze strony najbliższych może mieć dezorganizujący wpływ na system rodzinny, wiązać się z dotkliwymi skutkami natury psychologicznej i psychiatrycznej oraz kształtować interakcje w sposób zwiększający ogólne obciążenie rodziny. Zdrowe procesy komunikacyjne i relacyjne w rodzinie mogą natomiast wspierająco modelować proces przeżywania indywidualnej żałoby, zapobiegać negatywnym konsekwencjom oraz sprzyjać potraumatycznemu wzrostowi (Cerel, Jordan, Duberstein, 2008).

William Feigelman i Julie Cerel (2020) na podstawie badań przeprowadzonych na próbie 575 pogrążonych w żałobie rodziców wskazują, że wielu z respondentów deklarowało, że tęskni za wsparciem i empatycznymi reakcjami ze strony bliskich członków rodziny. Brak wsparcia i współczucia przyczyniał się do wzrostu poczucia winy i krzywdy. Z kolei jakościowe badania przeprowadzone przez brazylijskich naukowców wykazały, że osoby po stracie w wyniku śmierci samobójczej, które otrzymały wczesne wsparcie od członków rodziny, przyjaciół i innych bliskich, czu-

ły wdzięczność i uważały to za pomocny czynnik w procesie żałoby. Podobnie respondenci, którzy uzewnętrzniali „swój wewnętrzny świat” przed innymi członkami rodziny, deklarowali poczucie ulgi (Dutra, Preis, Caetano, Santos, Lessa, 2018).

Per Lindqvist, Lars Johansson i Urban Karlsson (2008) dowodzą, że niezdolność najbliższego środowiska społecznego do okazywania empatii dla osoby, która doznała straty suicydalnej skutkuje poczuciem samotności i wycofaniem społecznym. Osoby uczestniczące w badaniu deklarowały, że oddalały się od przyjaciół i dalszej rodziny, zwłaszcza w sytuacjach, gdy sugerowano im konieczność wyparcia tragedii i „ruszenia dalej”. Uczestnicy innych badań podawali natomiast, że samobójstwo bliskiej osoby przeżywali jako sprawę prywatną, wewnątrzrodzinną, co utrudniało im wyrażanie uczuć i myśli. Takie „cierpienie w milczeniu” stanowiło również strategię unikania stygmatyzacji i krytyki ze strony otoczenia (Begley, Quayle, 2007).

W wielu sytuacjach, oprócz strachu przed stratą i porzuceniem, to właśnie lęk przed oceną uniemożliwia osobom w żałobie swobodne wyrażanie żalu w interakcjach społecznych (Kennedy, Maple, McKay, Brumby, 2021). Często milczenie jest błędnie interpretowane przez najbliższe środowisko jako znak, że osoba pogrążona w żałobie po stracie samobójczej albo skutecznie sobie radzi, albo jest niewrażliwa na tragedię. Strach przed nieadekwatnym odbiorem ze strony otoczenia skutkuje społecznym wycofaniem, co w konsekwencji prowadzi do tego, że osoba pogrążona w żałobie czuje, że została pozostawiona sama sobie z doświadczeniem śmierci samobójczej bliskiej osoby, smutek zaś jest potęgowany zarówno stratą, jak i brakiem wsparcia społecznego (Adams, Hawgood, Bundock, Kólves, 2019).

Doświadczenie straty suicydalnej pociąga za sobą potrzebę reorganizacji rodziny, a często także stylów rodzicielskich. Osoby po stracie czują się zmuszone do przyjęcia ról opiekuńczych i obowiązków zmarłego. Przyjęcie ról opiekuńczych jest zwykle poprzedzone poczuciem utraty wsparcia emocjonalnego (Pitman, De Souza, Khrisna Putri, Stevenson, King, Osborn, Morant, 2018). Niektórzy rodzice mogą stosować specyficzne strategie bezpieczeństwa, np. „ciszę ochronną” lub stawać się bardziej pobłażliwi wobec dzieci. Nadmierny liberalizm w wychowaniu może wynikać z lęku przed powtórzeniem samobójstwa w rodzinie (Dutra, Preis, Caetano, Santos, Lessa, 2018).

Potrzeba ochrony członków rodziny, w szczególności dzieci, generuje często trudności z wyrażaniem własnego bólu i cierpienia, zaś udawanie, że wszystko jest w porządku stanowi specyficzną strategię radzenia sobie w celu ochrony własnej integralności (Lee, Kim, Enright, 2019). Zaznaczyć należy, że ciągłe ukrywanie prawdziwych emocji i bolesnych uczuć prowadzi konsekwentnie do załamania komunikacji, konfliktów pomiędzy członkami rodziny, ale przede wszystkim do eskalacji zaburzeń psychicznych i intensyfikacji niekorzystnych uczuć (Lee, Kim, Enright, 2017). Często w literaturze przedmiotu rodzina po stracie samobójczej

określana jest mianem „niewidzialnej rodziny”, gdyż jej członkowie tracą nie tylko bliską osobę, ale także jakość łączących ich relacji, co prowadzi do jeszcze większego cierpienia (Tzeng, Su, Chiang, Kuan, Lee, 2010).

Wyniki wielu badań wskazują na tendencję podejmowania przez rodziny wysiłków zmierzających do ukrycia przyczyny śmierci bliskiej osoby, z powodu społecznej stygmatyzacji samobójstwa, która hamuje proces żałoby i uniemożliwia dzielenie się smutkiem z innymi (Kasahara-Kiritani, Ikeda, Yamamoto-Mitani, Kamibeppu, 2017). Często w literaturze przedmiotu podkreślane jest również, że chociaż żałoba jest „z natury społeczna”, żałoba po stracie samobójczej często taka nie jest (Thompson, Allan, Carverhill, Cox, Davies, Doka, Granek, Harris, Ho, Klass, Small, Wittkowski, 2016). Charakterystyczny dla tego procesu jest dyskomfort społeczny, u którego podstaw leżą piętno i tabu. Osoby w żałobie suicydalnej tracą swoją społeczną pewność siebie i często wykorzystują wycofanie społeczne jako instrument radzenia sobie ze wstydem (Azorina, Morant, Nesse, Stevenson, Osborn, King, Pitman, 2019). Z jednej strony mogą zatem celowo izolować się, z drugiej zaś doświadczać społecznego odrzucenia, opierającego się na uprzedzeniach i stereotypach, że osoba po stracie suicydalnej w pośredni sposób posiada udział w samobójstwie lub podziela problemy ze zdrowiem psychicznym zmarłego (Sheehan, Corrigan, Al-Khouja, Lewy, Major, Mead, Redmon, Rubey, Weber, 2018). Z badań dotyczących doświadczenia stygmatyzacji wynika, że krewni osób, które popełniły samobójstwo, częściej doświadczają napiętnowania społecznego a także uzyskują wyższe wyniki w zmiennych wstydu, odpowiedzialności i winy (Pittman, Stevenson, Osborn, King, 2018). Z kolei William Feigelman, Bernard S. Gorman i John R. Jordan (2009) dokonali porównania trzech grup i wykazali, że osoby, których krewni popełnili samobójstwo i którzy zmarli traumatycznie, doświadczyły większej stygmatyzacji w porównaniu z tymi, którzy stracili swoich krewnych przez naturalną śmierć.

Analizując dynamikę rodziny doświadczającej straty suicydalnej należy również wyakcentować tendencje w obszarze emocjonalnych i behawioralnych wskaźników przeżywania żałoby przez poszczególnych jej członków. Indywidualne procesy i negatywne skutki u członków rodziny mogą również kształtować interakcje międzyludzkie i przyczyniać się do zwiększania ogólnego obciążenia rodziny.

Reakcje emocjonalne i behawioralne na traumę po stracie suicydalnej

Ból doświadczany w wyniku straty składa się na trudny proces żałoby, którego jednostka doświadcza w indywidualny sposób. Jak wskazuje J. William Worden (2018) żałoba obejmuje kilka etapów, w których jednostka przyjmuje mniej lub bardziej

aktywną rolę i podejmuje strategie przystosowawcze do życia po stracie. Pierwszy etap wyznaczany jest indywidualną zdolnością do zaakceptowania śmierci bliskiej osoby, ponieważ często zdarza się, że osoby w żałobie zaprzeczają rzeczywistości straty. Drugi etap stanowi bolesny proces, podczas którego jednostka doświadcza emocjonalnego i fizycznego bólu oraz przejawia nieprzystosowawcze zachowania. Na tym etapie cierpiący mogą uciekać się do mechanizmów wyparcia, unikać bolesnych myśli, podejmować próby zdystansowania się od bólu i żalu po stracie oraz stosować strategie tłumienia myśli, np. nadużywając alkoholu i środków odurzających. Na trzecim etapie żałoby jednostka podejmuje próby zaadaptowania się do świata, w którym ukochana osoba nie istnieje. Na tym etapie wyodrębnić można trzy zadania adaptacyjne: zewnętrzne, wewnętrzne i duchowe. Zewnętrzna adaptacja jest związana z tym, jak śmierć wpływa na funkcjonowanie jednostki w życiu codziennym, adaptacja wewnętrzna wiąże się z wpływem straty na jaźń jednostki, natomiast adaptacja duchowa jest sprzężona z wartościami, przekonaniem i założeniami dotyczącymi świata po stracie. Na czwartym i ostatnim etapie osoba może kontynuować swoje życie upamiętniając ukochaną osobę.

Charakter procesu żałoby po stracie samobójczej mogą warunkować takie czynniki jak wiek, związek ze zmarłym, intensywność bólu emocjonalnego, jakiego zmarły doświadczył przed śmiercią, jakość i poziom wsparcia społecznego, jakie otrzymuje osoba w żałobie oraz jej styl radzenia sobie (Gordon, McElvaney, 2022). Istotnym aspektem jest również zaistnienie traumy związanej z byciem świadkiem czynu, znalezieniem listu pożegnalnego lub ciała zmarłego (Nam, 2016). Czynniki te stwarzają szczególny kontekst, który sprawia, że żałoba suicydalna wywołuje emocje, które mogą utrudniać proces powrotu do zdrowia, jeśli zostaną zaniedbane oraz czynią osoby po stracie samobójczej grupą w szczególności zagrożoną pogorszeniem zdrowia fizycznego i psychicznego (Bellini, Erbuto, Andriessen, Milelli, Innamorati, Lester, Sampogna, Fiorillo, Pompili, 2018).

Strata bliskiej osoby w wyniku samobójstwa może prowadzić do problemów ze zdrowiem fizycznym (ból, choroby sercowo-naczyniowe, cukrzyca), problemów ze zdrowiem psychicznym (depresja, lęk), pogorszenia samopoczucia psychicznego (koszmary nocne, ataki paniki i trudności ze snem), zwiększonego ryzyka samobójstwa, skomplikowanych reakcji żałobnych i obniżonej wydajności (O'Connell, Arensman, Ryan, 2014). Osoby, które przeżyły tego rodzaju stratę doświadczają najczęściej poczucia winy, wątplenia dotyczącego tego, co mogły zrobić, aby zapobiec śmierci, złości na zmarłego oraz wstydu z powodu przyczyny zgonu (Dyregrov, Plyhn, Dieserud, 2012). Zaistnieć może również zjawisko traumatycznego/patologicznego żalu, definiowanego jako „poczucie przerażenia spowodowanego nieoczekiwaną stratą” (Nur Dağ, Alkar, 2022, s. 372). Zwraca się również uwagę na złożoną i długotrwałą naturę procesu żałoby (Sveen, Walby, 2008).

Zwykle u podstaw przeżywanych doświadczeń leży postrzeganie samobójstwa jako czynu niezrozumiałego i brak racjonalnego uzasadnienia natury straty, co potęguje traumatyczny żal (Entilli, Ross, De Leo, Cipolletta, Kólves, 2021). Żałoba suicydalna ukierunkowana jest na poszukiwanie sensu śmierci, bliscy zmarłego często doświadczają ruminacji na temat przyczyn straty i zagłębiają się w „ocean powodów” (Praetorius, Rivedal, 2017, s. 8). Ponieważ nie są w stanie zidentyfikować żadnych wystarczających przyczyn straty, często obwiniają siebie lub innych oraz nieustannie zastanawiają się, co mogły zrobić, aby zapobiec tragedii (Shields, Russo, Kavanagh, 2019). Często uważają, że samobójstwo bliskiej osoby jest ich wyłączną winą i biorą na siebie pełną odpowiedzialność za to, że mu nie zapobiegły, nawet jeśli nie zauważyły żadnych sygnałów ostrzegawczych ani nie były świadome czynników ryzyka samobójstwa (Kawashima, Kawano, 2017). Chris Shields, Kate Russo i Michale Kavanagh (2019) na podstawie badań przeprowadzonych wśród kobiet, które przeżyły żałobę samobójczą wskazują, że zwłaszcza w sytuacji, gdy zmarły był nastolatkiem, matki uważały, że ponoszą pełną odpowiedzialność za samobójstwo swojego dziecka. Taka interpretacja rodziła nieustanne poczucie winy i doświadczenie porażki jako rodzic.

Wspomniane już badania Feigelmanna i Cerel (2020) dowodzą, że poczucie winy jest ściśle związane z większymi trudnościami w żałobie, bardziej skomplikowaną żałobą, wyższym PTSD, wyższym poziomem depresji, większymi osobistymi problemami psychologicznymi i regresem w zakresie rozwoju osobistego. Wyniki wskazują również, że poczucie winy jest wyższe, gdy pogrążony w żałobie rodzic miał mieszaną lub negatywną relację z dzieckiem. Badania nad różnicami w przeżywaniu żałoby w zależności od płci nie są jednoznaczne. Joan Luise Sugrue, Sinead McGilloway i Orla Keegan (2013) na podstawie badań przeprowadzonych wśród doświadczających żałoby suicydalnej irlandzkich kobiet wykazały, iż pogrążone w żałobie matki wykazywały wyższy poziom izolacji niż ojcowie, wyrażały intensywniej żal, częściej stosowały samouspokojanie poprzez stosowanie alkoholu i leków oraz miały trudności z zaspokajaniem własnych potrzeb po śmierci dziecka w wyniku samobójstwa.

Bliscy osób, które odebrały sobie życie, mają trudności z zaakceptowaniem powodu śmierci. Ich podstawową postawą jest zaprzeczanie samobójstwu, obok którego pojawia się równolegle strach przed społecznym napiętnowaniem. Oprócz wstydu zaznacza się niechęć i gniew wobec zmarłego (Ohayi, 2019). U wielu osób pojawiają się uzależnienia i kompulsje z powodu poczucia odpowiedzialności, izolacja, bolesne relacje społeczne, zachowania i myśli samobójcze. Z badań dotyczących nadużywania alkoholu i środków odurzających wynika, że osoby po stracie suicydalnej deklarują, że często tracą kontrolę nad ich spożywaniem. Dla niektórych jest to sposób radzenia sobie z intensywnymi emocjami

i myślami, inni twierdzą, że używają alkoholu i narkotyków, aby uczcić zmarłych krewnych i podtrzymać wspomnienia (Eng, Drabwell, Stevenson, King, Osborn, Pittman, 2018).

W literaturze przedmiotu wskazuje się również na bolesną tendencję jaką stanowi międzygeneracyjne dziedziczenie zachowań suicydalnych. Prowadzone metaanalizy dowodzą, że doświadczenie samobójstwa rodzica wiąże się z prawie trzykrotnie zwiększonym ryzykiem śmierci w wyniku samobójstwa i prawie dwukrotnie zwiększonym ryzykiem próby samobójczej u potomstwa w porównaniu z potomstwem dwojga żyjących rodziców. Chociaż śmierć rodzica z innych przyczyn również wiąże się ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa, ryzyko śmierci lub próby samobójczej u potomstwa osób zmarłych w wyniku samobójstwa jest nadal znacznie wyższe w porównaniu z potomstwem pogrążonym w żałobie z powodu straty innego rodzaju (Calderaro i in., 2022). Ze względu na sprzeczne wyniki badań nie jest jasne, czy samobójstwo rodzica jest specyficznym czynnikiem ryzyka, czy też ogólnie śmierć rodzica w trudnej fazie rozwojowej zwiększa ryzyko samobójstwa (Jacobsen, Christiansen, 2011). Istnieją również niespójne dowody na wpływ wieku potomstwa w momencie śmierci rodzica oraz na wpływ płci rodzica i potomstwa (Cheng, Yen, Chang, Wu, Ko, Li, 2014). Ponadto ekspozycja na rodzicielskie funkcje poznawcze, zachowanie i afekt mogą wpływać na wyuczone zachowania dzieci i strategie radzenia sobie. Upośledzone umiejętności radzenia sobie rodziców mogą prowadzić do takich samych ograniczonych umiejętności u ich dzieci (Stenager, Qin, 2008).

Jak po raz pierwszy zauważył jeden z pionierów suicydologii: „Osoba, która popełnia samobójstwo, umieszcza swój psychologiczny szkielet w emocjonalnej szafie ocalałego. Skazuje ocalałego na kompleks negatywnych uczuć i, co najważniejsze, na obsesję na punkcie przyczyn samobójczej śmierci” (Shneidman, 1969, s. 22). W tym trudnym obszarze może zaistnieć czynnik chroniący, jakim jest poszukiwanie sensu i znaczenia w stracie. Dzięki procesowi poszukiwania sensu osoby pogrążone w cierpieniu po stracie mogą utrzymać więzi, zachować wspomnienia i zmienić optykę samobójstwa (Hunt, Hertline, 2015). Warunkiem zaistnienia tego procesu jest samowybaczenie, które stanowi ważny element w przejściu od wysokiego poczucia winy do przyjęcia niższych, zdrowszych poziomów tych uczuć (Levi-Belz, Gilo, 2020). Projektując działania postwencyjne należy pamiętać, że dla osób pogrążonych w żałobie samobójstwo jest nie tylko punktem końcowym, ale także początkiem nowego życia – życia po samobójstwie. W kolejnym paragrafie skoncentrujemy się zatem na możliwych formach wsparcia rodziny, która doświadcza straty suicydalnej.

Formy profesjonalnego wsparcia w żałobie suicydalnej

Żałoba po stracie w wyniku samobójstwa stanowi specyficzny proces, który wymaga zastosowania podejścia uwzględniającego złożoność tej straty. Z badań dotyczących działań postwencyjnych wynika, że w przypadku osób, które nie uzyskują wsparcia w odpowiednim czasie, proces żałoby ma tendencję do przekształcania się w dysfunkcyjny smutek, ponieważ nie są one w stanie pogodzić się ze stratą (Spillane, Matvienko-Sikar, Larkin, Corcoran, Arensman, 2018). Suicydologzy podkreślają znaczenie wczesnego wsparcia emocjonalnego jako podstawy działań postwencyjnych. Śmierć samobójcza członka rodziny jest niewątpliwie jednym z najbardziej traumatycznych doświadczeń, z jakim mogą zmierzyć się bliscy. Żałoba po takiej stracie jest niezwykle złożona i pociąga za sobą wiele wyzwań emocjonalnych. Osoby po stracie doświadczają całej gamy trudnych uczuć, takich jak poczucie winy, gniew, lęk czy bezradność (Wilson, Marshall, 2010). Z tego powodu zapewnienie odpowiedniego wsparcia emocjonalnego ma kluczowe znaczenie w procesie adaptacji do trudnej sytuacji.

Jednym z kluczowych aspektów wsparcia emocjonalnego jest stworzenie osobom po stracie przestrzeni do wyrażania i przeżywania tych silnych emocji. Liczne badania wskazują, że bliscy często czują potrzebę dzielenia się swoimi doświadczeniami, ale mogą obawiać się negatywnych reakcji otoczenia (Cvinar, 2005). Teoria odporności na wstyd Browna (2006) zakłada, że mówienie jest podstawowym elementem procesu przewycięzania wstydu. Jednak gdy ktoś milczy, proces ten zostaje udaremniony. Dlatego ważne jest, aby osoby po stracie mogły podzielić się swoim doświadczeniem w bezpiecznym środowisku, które zapewni im empatię i zrozumienie. Z licznych metaanaliz wynika, że dla osób, które przeżyły samobójstwo bliskiej osoby, rozmowa z innymi, którzy posiadają podobne doświadczenia jest budujące pod względem wsparcia społecznego (Ross, Kólves, De Leo, 2021). W strategiach postwencyjnych podkreślana jest potrzeba promowania więzi społecznych wśród osób, które przeżyły samobójstwo, gdyż wsparcie społeczne stanowi silny predyktor potraumatycznego wzrostu (Lev-Ari, Levi-Belz, 2019). Ponadto wykazano, że po pokonaniu przeszkód ponowne zaangażowanie się w działania społeczne pomaga przywrócić poczucie więzi i zaufania (Kasahara-Kiritani i in., 2017), gdyż pomimo wycofania się, osoba pogrążona w żałobie odczuwa tęsknotę za więzią (Azorina i in., 2019).

Ważnym narzędziem wsparcia są grupy samopomocowe dla osób doświadczających żałoby po samobójstwie. Badania wskazują, że takie grupy pomagają bliskim normalizować przeżywane emocje i budują poczucie wspólnoty (Cerel, Padgett, Conwell, Reed, 2009). Uczestnictwo w tego typu grupach jest opisywane jako proces uzdrowienia, ponieważ uczestnicy zyskują solidarność i empatię, których nie

otrzymali od swojej sieci społecznej (Lee i in., 2019). Dodatkowo w ramach grup samopomocowych mogą swobodnie wyrażać swoje uczucia i myśli, wiedząc jednocześnie, że ani zmarły, ani oni sami nie zostaną skrytykowani i zhańbieni. Biorąc pod uwagę, że uczestnicy doświadczają akceptacji, destygmatyzacji i docenienia, automatycznie czują się również mniej bezbronni (Ross i in., 2018). Ogólnie rzecz biorąc, uczestnictwo w grupach wsparcia i samopomocy ułatwia uczestnikom radzenie sobie z dysfunkcyjnymi percepcjami, które utrudniają im poruszanie się dalej. Nie tylko pomagają im to poradzić sobie z ich wrażliwością, ale także zaspokajają potrzebę zachowania pamięci o ukochanej osobie w sposób nieprzygnębiający (Zavrou i in., 2023).

Istotnym elementem wsparcia w żałobie suicydalnej jest tworzenie możliwości korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej, która pozwala osobom po stracie głębiej przepracować traumę i zaadaptować się do nowej rzeczywistości. Terapia indywidualna lub grupowa prowadzona przez doświadczonych profesjonalistów może znacząco wspomóc proces żałoby (Jordan i in., 2011). W jednym z badań stwierdzono, że korzystanie z profesjonalnego wsparcia może wynikać z tego, że osoby pogrążone w żałobie nie czują, że muszą chronić wyszkolonych specjalistów przed reakcjami żałoby. Uczestnicy mogą dzielić się swoimi reakcjami na żałobę z profesjonalistami bez nadmiernego reagowania na ich emocje lub myśli samobójcze, co często miało miejsce w przypadku rodziny (Adams, Hawgood, Bundock, Kólves, 2019). Profesjonalne wsparcie jest również pomocne w przeniesieniu umiejscowienia kontroli osoby w żałobie z poczucia winy na zewnętrzne umiejscowienie kontroli: w identyfikacji samobójstwa w wymiarze działań pozostających poza jej wpływem (Pitman i in., 2014).

Ważną rolę odgrywają również interwencje kryzysowe, szczególnie te przeprowadzane bezpośrednio po samobójczej śmierci. Osoby, które przeżyły samobójstwo często doświadczają w takim momencie silnego szoku i dezorientacji, dlatego ważne jest, aby mogły liczyć na natychmiastowe wsparcie emocjonalne ze strony profesjonalistów (Cerel i in., 2009). Badania wskazują, że interwencja kryzysowa powinna być wdrażana jak najszybciej po samobójczej śmierci (Jordan i in., 2011). W tym okresie osoby po stracie są szczególnie podatne na kumulację negatywnych emocji, takich jak lęk, poczucie winy czy myśli samobójcze, dlatego kluczowe jest, aby profesjonalści zareagowali natychmiast, zanim sytuacja ulegnie dalszemu pogorszeniu. Głównym celem interwencji kryzysowej jest zapewnienie osobom po stracie poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji. Specjaliści (np. pracownicy socjalni, suicydologzy czy psychologzy) oferują wsparcie emocjonalne, pomagają w uporządkowaniu spraw praktycznych oraz monitorują stan psychiczny rodziny (Cerel i in., 2009). Wczesne udzielenie pomocy zapobiega rozwojowi poważnych problemów psychicznych, takich jak depresja czy zespół stresu pourazowego. Istotnym

elementem interwencji kryzysowej jest również edukacja rodziny na temat procesu żałoby. Profesjonaliści wyjaśniają, że doświadczane przez nich emocje i reakcje są normalne i zrozumiałe w obliczu straty (Jordan i in., 2009). Pozwala to zredukować poczucie wyobcowania i pomaga osobom, które przeżyły samobójstwo lepiej radzić sobie z emocjami.

Badania wskazują również na znaczenie długoterminowego wsparcia emocjonalnego dla rodzin doświadczających żałoby po samobójstwie. Proces adaptacji do straty jest długi i niestabilny, a bliscy mogą potrzebować wsparcia przez wiele miesięcy lub nawet lat (Azorina i in., 2019). Istotne jest, aby profesjonaliści towarzyszyli im w okresie żałoby, monitorując zmiany w przeżywanych emocjach i reagując na nowe potrzeby. Oprócz aspektów emocjonalnych i społecznych rodziny doświadczające straty po samobójczej śmierci muszą zmierzyć się z licznymi wyzwaniami praktycznymi, np. organizacją pogrzebu, załatwieniem formalności urzędowych oraz organizacją życia bez zmarłego. W tej sytuacji kluczowe jest zapewnienie rodzinom wsparcia administracyjnego, pomoc w kwestiach prawnych oraz udzielenie wskazówek dotyczących radzenia sobie z tymi zadaniami.

Podsumowanie

Radzenie sobie i adaptacja do straty w wyniku samobójstwa mogą być szczególnie trudne ze względu na poczucie winy, odpowiedzialności, wstydu i odrzucenia. Żałoba suicydalna ma długotrwały wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne, w tym zwiększone ryzyko myśli i zachowań samobójczych. Może mieć również długotrwałe konsekwencje zarówno dla rodzin, jak i jednostek, zmieniając wzorce komunikacji w systemie rodzinnym i przyczyniając się do utraty spójności i rozpadu relacji. W związku z tym jednym z kluczowych priorytetów polityki i strategii zapobiegania samobójstwom jest zapewnienie wsparcia, zarówno nieformalnego, jak i formalnego, aby pomóc osobom dotkniętym samobójstwem i zachowaniami samobójczymi w poruszaniu się po procesie żałoby i zmniejszeniu ryzyka samobójstwa i innych niekorzystnych skutków (Pitman i in., 2017).

Wsparcie psychospołeczne osób doświadczających żałoby suicydalnej jest niezwykle istotne, ale również złożone i wielowymiarowe. Kluczową rolę odgrywają tu profesjonaliści, którzy mogą zapewnić kompleksową pomoc – od stabilizacji sytuacji kryzysowej, poprzez towarzyszenie w długofalowym procesie adaptacji, aż po budowanie sieci wsparcia społecznego. Tylko takie kompleksowe podejście pozwoli na zahamowanie negatywnych „kręgów na wodzie” i transformację ich w „fale wsparcia”, które dają bliskim szansę na powrót do równowagi emocjonalnej.

Bibliografia

- Adams E., Hawgood J., Bundock A., Kölves K. (2019). *A phenomenological study of siblings bereaved by suicide: A shared experience*. „Death Studies”, nr 43(5), s. 324–332. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1469055>
- Andriessen K. (2009). *Can postvention be prevention?* „Crisis”, nr 30(1), s. 43–47. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>.
- Andriessen K., Rahman B., Draper B., Dudley Mitchell P.B. (2017). *Prevalence of exposure to suicide: A meta-analysis of population-based studies*. „Journal of Psychiatric Research”, nr 88, s. 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.017>.
- Azorina V., Morant N., Nesse H., Stevenson F., Osborn D., King M., Pitman A. (2019). *The perceived impact of suicide bereavement on specific interpersonal relationships: A qualitative study of survey data*. „International Journal of Environmental Research and Public Health”. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101801>.
- Begley M., Quayle E. (2007). *The lived experience of adults bereaved by suicide: A phenomenological study*. „Crisis”, nr 28, s. 26–34. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.1.26>
- Bellini S., Erbuto D., Andriessen K., Milelli M., Innamorati M., Lester D., Sampogna G., Fiorillo A., Pompili M. (2018). *Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide*. „Frontiers in Psychology”, nr 9, s. 198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00198>.
- Berman A.L. (2011). *Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base*. „Suicide and Life-Threatening Behavior”, nr 41(1), s. 110–116. <https://doi.org/10.1111/j.1943278X.2010.00009.x>.
- Calderaro M., Baethge C., Bermpohl F., Gutwiński S., Schouler-Ocak M. (2022). *Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide*. „The British Journal of Psychiatry”, nr 220, s. 121–129. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.158>.
- Cerel J., Brown M.M., Maple M., Singleton M., van de Venne J., Moore M., Flaherty C. (2019). *How many people are exposed to suicide? Not six*. „Suicide & Life-Threatening Behavior”, nr 49(2), s. 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>.
- Cerel J., Jordan J.R., Duberstein P.R. (2008). *The impact of suicide on the family*. „Crisis”, nr 29, s. 38–44. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.29.1.38>.
- Cerel J., Padgett J.H., Conwell Y., Reed G.A. (2009). *A call for research: the need to better understand the impact of support groups for suicide survivors*. „Suicide and Life-Threatening Behavior”, nr 39(3), s. 269–281. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.3.269>.

- Cheng C.-C.J., Yen W.-J., Chang W.-T., Wu K.C, Ko M.C., Li C.Y. (2014). *Risk of adolescent offspring's completed suicide increases with prior history of their same-sex parents' death by suicide*. „Psychological Medicine”, nr 44, s. 1845–1854. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002298>.
- Cvinar J.G. (2005). *Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature*. „Perspectives in Psychiatric Care”, nr 41(1), s. 14–21. <https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x>.
- Dutra K., Preis L.C., Caetano J., Santos J., Lessa G. (2018). *Experiencing suicide in the family: From mourning to the quest for overcoming*. „Revista Brasileira de Enfermagem”, nr 71(5), s. 2146–2153. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0679>.
- Dyregrov K., Plyhn E., Dieserud G. (2012). *After the Suicide: Helping the Bereaved to Find a Path From Grief to Recovery*. Kingsley Publishers.
- Eng J., Drabwell L., Stevenson F., King M., Osborn D., Pitman A. (2019). *Use of alcohol and unprescribed drugs after suicide bereavement: Qualitative study*. „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 16, s. 4093. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214093>.
- Entilli L., Ross V., De Leo D., Cipolletta S., Kólvcs K. (2021). *Experiences of parental suicide-bereavement: A longitudinal qualitative analysis over two years*. „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 18(2), s. 564. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020564>.
- Feigelman W., Cerel J. (2020). *Feelings of Blameworthiness and Their Associations With the Grieving Process in Suicide Mourning*. „Frontiers in Psychology”, nr 11, s. 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00610>.
- Feigelman W., Gorman B.S., Jordan J.R. (2009). *Stigmatization and suicide bereavement*. „Death Studies”, nr 33, s. 591–608. <https://doi.org/10.1080/07481180902979973>.
- Gordon E., McElvaney R. (2022). *Directing from the shadows: Women's experiences of male relative suicide bereavement*. „Journal of Family Therapy”, nr 44(3), s. 396–407. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12388>.
- Hunt Q.A., Hertlein K.M. (2015). *Conceptualizing suicide bereavement from an attachment lens*. „The American Journal of Family Therapy”, nr 43(1), s. 16–27. <https://doi.org/10.1080/01926187.2014.975651>.
- Jakobsen I.S., Christiansen E. (2011). *Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: a population-based register study*. „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, nr 52(2), s. 176–183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02298.x>.
- Kasahara-Kiritani M., Ikeda M., Yamamoto-Mitani N., Kamibeppu K. (2017). *Re-gaining my new life: Daily lives of suicide-bereaved individuals*. „Death Studies”, nr 41(7), s. 447–454. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1297873>.

- Kawashima D., Kawano K. (2017). *Meaning reconstruction process after suicide: Life-story of a Japanese woman who lost her son to suicide*. „OMEGA-Journal of Death and Dying”, nr 75(4), s. 360–375. <https://doi.org/10.1177/0030222816652805>.
- Kennedy A.J., Maple M., McKay K., Brumby S. (2021). *Suicide and accidental death for Australia's farming families: How context influences individual response*. „OMEGA – Journal of Death and Dying”, nr 83(3), s. 407–425. <https://doi.org/10.1177/0030222819854920>.
- Lee E., Kim S.W., Enright R.D. (2019). *Beyond grief and survival: Posttraumatic growth through immediate family suicide loss in South Korea*. „OMEGA-Journal of Death and Dying”, nr 79(4), s. 414–435. <https://doi.org/10.1177/0030222817724700>.
- Lee E., Kim S.W., Kim J.J., Enright R.D. (2017). *Family conflict and forgiveness among survivors of suicide*. „Journal of Loss and Trauma”, nr 22(8), s. 689–697. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1388344>.
- Lev-Ari L., Levi-Belz Y. (2019). *Interpersonal theory dimensions facilitate posttraumatic growth among suicide-loss survivors: An attachment perspective*. „Death Studies”, nr 43, s. 582–590. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1504351>.
- Levi-Belz Y.C., Gilo T. (2020). *Emotional distress among suicide survivors: the moderating role of self-forgiveness*. „Frontiers in Psychiatry”, nr 11, s. 341. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00341>.
- Lindqvist P., Johansson L., Karlsson U. (2008). *In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members*. „BMC Psychiatry”, nr 8(1), s. 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-26>.
- Nam I. (2016). *Suicide bereavement and complicated grief: Experiential avoidance as a mediating mechanism*. „Journal of Loss and Trauma”, nr 21(4), s. 325–334. <https://doi.org/10.1080.15325024.2015.1067099>.
- Nur Dağ B., Alkar Ö.Y. (2022). *Post-Suicide Grief Process: A Systematic Review*. „Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry”, nr 14(1), s. 371–82. <https://doi.org/10.18863/pgy.1003904>.
- O'Connell L., Arensman E., Ryan P. (2014). *An exploratory study of the long term physical and psychological outcomes in suicide survivors: A mixed methods approach*. University College Cork.
- Ohayi S.R. (2019). *„Doctor, please don't say he died by suicide”: Exploring the burden of suicide survivorship in developing country*. „Egyptian Journal of Forensic Sciences”, nr 9, s. 1–7. <https://doi.org/10.1186/s41935-019-0153-3>.
- Pitman A.L., Stevenson F., Osborn D.P., King M.B. (2018). *The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study*.

- „Social Science & Medicine”, nr 198, s. 121–129. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.035>.
- Pitman A., De Souza T., Khrisna Putri A., Stevenson F., King M., Osborn D., Morant N. (2018). *Support needs and experiences of people bereaved by suicide: Qualitative findings from a cross-sectional British study of bereaved young adults*. „International Journal of Environmental Research and Public Health”, nr 15(4), s. 666. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040666>.
- Praetorius R.T., Rivedal J. (2017). *Navigating out of the ocean of „why”: A qualitative study of the trajectory of suicide bereavement*. „Illness, Crisis & Loss”, nr 28(4), s. 1–16. <https://doi.org/10.1177/1054137317741714>.
- Ross V., Kólves K., De Leo D. (2021). *Exploring the support needs of people bereaved by suicide: A qualitative study*. „OMEGA – Journal of Death and Dying”, nr 82(4), s. 632–645. <https://doi.org/10.1177%2F0030222819825775>.
- Sajan M., Kakar K., Majid U. (2022). *Social Interactions While Grieving Suicide Loss: A Qualitative Review of 58 Studies*. „The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families”, nr 30(3), s. 401–410. <https://doi.org/10.1177/10664807211052492>.
- Sheehan L., Corrigan P.W., Al-Khouja M.A., Lewy S.A., Major D.R., Mead J., Redmon M., Rubey C.T., Weber S. (2018). *Behind closed doors: The stigma of suicide loss survivors*. „Journal of Death and Dying”, nr 77(4), s. 330–349. <https://doi.org/10.1177/0030222816674215>.
- Shields C., Russo K., Kavanagh M. (2019). *Angels of courage: The experiences of mothers who have been bereaved by suicide*. „OMEGA-Journal of Death and Dying”, nr 80(2), s. 175–201. <https://doi.org/10.1177/0030222817725180>.
- Shneidman E. (1969). *Prologue: Fifty-eight years*. W: E. Shneidman (red.), *On the nature of suicide* (s. 1–30). CA: Jossey-Bass.
- Spillane A., Matvienko-Sikar K., Larkin C., Corcoran P., Arensman E. (2018). *What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland*. „BMJ Open”, nr 7(3), e014707. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019472>.
- Stenager K., Qin P. (2008). *Individual and parental psychiatric history and risk for suicide among adolescents and young adults in Denmark*. „Social Psychiatry Epidemiology”, nr 43, s. 920–926. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0385-2>.
- Sugrue J.L., McGilloway S., Keegan O. (2013). *The experiences of mothers bereaved by suicide: An exploratory study*. „Death Studies”, nr 38(2), s. 118–124. <https://doi.org/10.1080/07481187.2012.738765>.
- Sveen C.A., Walby F.A. (2008). *Suicide survivors’ mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies*. „Suicide and Life-Threatening Behavior”, nr 38(1), s. 13–29. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.13>.

- Thompson N., Allan J., Carverhill P.A., Cox G.R., Davies B., Doka K., Granek L., Harris D., Ho A., Klass D., Small N., Wittkowski J. (2016). *The case for a sociology of dying, death, and bereavement*. „Death Studies”, nr 40(3), s. 172–181. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1109377>.
- Tzeng W.C., Su P.Y., Chiang H.H., Kuan P.Y., Lee J.F. (2010). *The invisible family: A qualitative study of suicide survivors in Taiwan*. „Western Journal of Nursing Research”, nr 32(2), s. 185–198. <https://doi.org/10.1177/0193945909350630>.
- Wilson A., Marshall A. (2010). *The support needs and experiences of suicidally bereaved family members*. „Death Studies”, nr 34(7), s. 625–640. <https://doi.org/10.1080/07481181003761567>.
- Worden J.W. (2018). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer.
- Zavrou R., Charalambous A., Papastavrou E., Koutrouba A., Karanikola M. (2023). *Trying to keep alive a non-traumatizing memory of the deceased: A meta-synthesis on the interpretation of loss in suicide-bereaved family members, their coping strategies and the effects on them*. „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, nr 30, s. 182–207. <https://doi.org/10.1111/jpm.12866>.

Streszczenie

Niniejszy artykuł ma charakter przeglądowy, bazuje na literaturze anglojęzycznej, zaś jego celem jest kompleksowa analiza i synteza aktualnej wiedzy na temat specyfiki procesu radzenia sobie z traumatyczną stratą bliskiej osoby, która popełniła samobójstwo, ze szczególnym uwzględnieniem trzech kluczowych aspektów: dynamiki rodzinnej po traumie samobójczej, reakcji emocjonalnych i behawioralnych na traumę po stracie suicydalnej, dostępnych form profesjonalnego wsparcia w żałobie. Z postawionym celem koresponduje przyjęte pole problemowe, które wyraża się w pytaniu: jakie ilustracje empiryczne przedstawione w literaturze anglojęzycznej wskazują, w jaki sposób dynamika rodzinna, reakcje emocjonalne i behawioralne oraz dostępne formy wsparcia warunkują proces radzenia sobie ze stratą suicydalną? W celu uzyskania odpowiedzi na tak postawione pytanie badawcze dokonano przeglądu kluczowych baz danych naukowych, takich jak: PubMed, PsycINFO, Embase oraz Web of Science, poprzez stosowanie kombinacji słów kluczowych: „żałoba suicydalna”, „samobójstwo”, „zaburzenia adaptacyjne”, „trauma”, „wsparcie”, „interwencje terapeutyczne”. Analiza pozyskanych treści opierała się na: porównaniu wyników badań, z uwzględnieniem różnic i podobieństw w obszarze dynamiki rodzinnej, reakcji emocjonalnych i behawioralnych oraz form profesjo-

nalnego wsparcia; interpretacji wyników w kontekście teorii i modeli naukowych dotyczących żałoby suicydalnej; syntezie wniosków z przeglądu w celu określenia kluczowych implikacji teoretycznych i praktycznych.

Słowa kluczowe: samobójstwo, żałoba, rodzina, postwencja, wsparcie

Stones thrown in the water versus waves of change – psychosocial support in the transformation of “circles on the water” of suicidal bereavement in the light of a review of English-language literature

Summary

This article is a review, based on the English-language literature, while its aim is to comprehensively analyze and synthesize current knowledge on the specifics of the process of coping with the traumatic loss of a loved one who committed suicide, with a particular focus on three key aspects: family dynamics after suicidal trauma, emotional and behavioral reactions to trauma after suicidal loss, available forms of professional grief support. Corresponding with the stated goal is the adopted problem field, which is expressed in the question: what empirical illustrations presented in the English-language literature indicate how family dynamics, emotional and behavioral reactions and available forms of support condition the process of coping with suicidal loss? In order to answer such a research question, key scientific databases such as PubMed, PsycINFO, Embase and Web of Science were reviewed by using a combination of keywords: “suicidal bereavement,” “suicide”, „adjustment disorders”, “trauma”, “support” and “therapeutic interventions”. The analysis of the extracted content was based on: comparing the findings, taking into account differences and similarities in the areas of family dynamics, emotional and behavioral reactions, and forms of professional support; interpreting the results in the context of scientific theories and models on suicidal bereavement; and synthesizing the conclusions of the review to identify key theoretical and practical implications.

Keywords: suicide, bereavement, family, postvention, support