

## Mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby

### The myths of normal and pathological grief

Zakład Psychologii Ogólnej i Klinicznej, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet w Białymstoku, ul. Świerkowa 20, 15-328 Białystok, tel.: 85 745 74 05, e-mail: u.bielecka@op.pl  
*Source of financing: Department own sources*

---

#### Streszczenie

Strata jest zjawiskiem uniwersalnym, powszechnym i niemożliwym do wykluczenia. W poradnictwie psychologicznym i psychoterapii na co dzień spotyka się osoby, które zostają czegoś pozbawione lub doświadczają separacji. Szczególną sytuacją jest śmierć bliskiej osoby, gdyż wpływa ona całościowo na funkcjonowanie człowieka (sferę somatyczną, emocjonalną, poznawczą, społeczną i duchową). Żałoba jest bardzo złożonym procesem, który charakteryzuje się dużą różnorodnością przeżyć, stopniem ich intensywności oraz dynamiką występowania. Wśród wielu wyjaśnień zjawiska żałoby dominują od wielu lat teorie psychodynamiczne, teorie przywiązania oraz modele faz żałoby i zadań żałoby. Wyznaczany jest w nich uniwersalny wzorzec przepracowania straty, często podzielony na określone etapy, w którym konieczne jest, między innymi, oplakiwanie, świadome konfrontowanie się z sytuacją braku bliskiej osoby, zerwanie więzi z osobą utraconą oraz znalezienie znaczenia poniesionej straty. Artykuł przedstawia współczesną dyskusję nad wyznaczeniem nowych kryteriów rozpoznawania patologicznej żałoby. Aktualnie, dzięki prowadzeniu coraz bardziej złożonych metodologicznie badań, wzrasta możliwość weryfikowania tradycyjnych modeli żałoby. W niniejszej pracy przeprowadzono analizę dotychczasowych sposobów wyznaczania normy przeżywania żałoby. Ponadto podkreślono znaczenie wybranych czynników indywidualnych (preferowanych stylów radzenia sobie ze stratą), społeczno-kulturowych (społeczne pozbawienie żałoby praw do jej przeżywania) i sytuacyjnych (strata niejasna), które w szczególności wpływają na przeżywanie śmierci bliskiej osoby. Współczesna wiedza o złożoności doświadczania żałoby w różnych grupach społecznych i odmiennych kontekstach poniesionej straty skłania do odpowiedniej modyfikacji tradycyjnych założeń na temat żałoby.

**Słowa kluczowe:** żałoba, żałoba patologiczna, modele żałoby, żałoba pozbawiona praw

#### Summary

A loss is a universal, common phenomenon which could not possibly be excluded. In psychological consultancy and psychotherapy, every day the people who are deprived of something or experience separation, are met. A special situation is a close person's death, because it wholly affects the human being's functioning (somatic, emotional, cognitive, social and spiritual spheres). Bereavement is a very complex process characterized by a large variety of feelings, their intensity and dynamics. Among many definitions of bereavement, predominant for many years now have been psychodynamic theories, attachment theories and models of bereavement phases and tasks. A universal model of working out the loss is determined, often divided into specific stages, where one has to lament, consciously confront the lack of the close person, break up the bonds with the lost person, and find the meaning of the loss incurred. The article presents a contemporary discussion on the determination of new criteria of recognizing a pathological bereavement. Presently, owing to the more and more methodologically complex research, the possibility to verify the traditional bereavement models is increasing. This study involved an analysis of existing methods of specifying the bereavement experiencing standards. Furthermore, the significance was emphasized of the selected individual factors (preferred styles of coping with the loss), sociocultural (social depriving the bereavement of the rights to undergo it) and situational (vague loss), which in a special way affect experiencing a close person's death. The contemporary knowledge on the complexity of bereavement in various social groups and different contexts of incurred loss predisposes to an appropriate modification of traditional assumptions relating to bereavement.

**Key words:** bereavement, pathological bereavement, models of bereavement, bereavement deprived of rights

## WPROWADZENIE

**P**roblematyka doświadczania interpersonalnej straty podejmowana jest coraz częściej na gruncie różnych dyscyplin naukowych (m.in. psychiatrii, psychologii klinicznej, psychoterapii, neurobiologii), co odzwierciedla całościowość wpływu żałoby na funkcjonowanie osoby osieroconej. Choć strata bliskiej osoby często okazuje się najbardziej bolesnym wydarzeniem w całym życiu, niosącym ze sobą zwiększone ryzyko zachorowań oraz wzrostu umieralności, większość osób potrafi się do niej przystosować<sup>(1,2)</sup>.

Rozwój psychologii zaowocował wieloma wyjaśnieniami zjawiska żałoby (m.in. teorie psychodynamiczne, teorie przywiązania, modele faz żałoby, modele interpersonalne, modele systemowe, modele poznawcze, podejścia narracyjne)<sup>(3,4)</sup>. Najczęściej badacze koncentrują się na opisie funkcjonowania osoby w żałobie, klasyfikowaniu poszczególnych reakcji żałoby oraz dynamice procesu przeżywania straty. Poszukują czynników, które wpływają na sposób przystosowania się do sytuacji śmierci bliskiej osoby. Co ciekawe, po upływie niemal wieku od pierwszych psychologicznych rozważań na temat żałoby powrotnie zaczyna się weryfikowanie powszechnie przyjętych przez teoretyków i praktyków założeń dotyczące przeżywania straty bliskiej osoby. Część wątpliwości pojawia się w podstawowej kwestii rozróżniania pomiędzy normalnym i patologicznym przebiegiem reakcji żałoby.

## TRADYCYJNE KONCEPCJE ŻAŁOBY

W literaturze przedmiotu od początku występował wyraźny podział doświadczenia straty interpersonalnej na żałobę normalną i patologiczną (*abnormal grief, pathological*), określaną również terminami: *żałoba skomplikowana (complicated grief)*, *żałoba nierozwiązana (unresolved grief)*. Przewaga terminów opisujących zaburzone przeżywanie straty odzwierciedla stopień koncentracji pierwszych autorów na patologii przy jednoczesnym ujednoczeniu pojęcia normy w doświadczeniu interpersonalnej straty.

Zygmunt Freud<sup>(5)</sup> żałobę normalną rozumiał jako trwający w czasie, z założenia bolesny, naturalny i konieczny proces psychiczny, kończący się pomyślnie wtedy, gdy zostaje podjęty wysiłek zmagania się z bólem straty, czyli tzw. „praca żałoby” (*grief work*, niem. *Trauerarbeit*). Celem tak rozumianej żałoby jest emocjonalne odseparowanie się od zmarłej osoby poprzez nadawanie znaczenia poszczególnym aspektom utraconej relacji i dzięki temu wycofanie energii psychicznej z relacji ze zmarłą osobą. Rozumienie żałoby przez Freuda można rozpatrywać jako zadaniowy model żałoby, składający się z wycofania energii psychicznej z utraconej relacji i powtórnego jej zainwestowania w inny ważny obiekt<sup>(4,5)</sup>. Freudowska koncepcja żałoby przez ostatnie stulecie wyznaczyła zdrowy sposób przeżywania żałoby. Kolejni badacze przyjmowali za oczywiste,

tj. niewymagające żadnej weryfikacji, założenie o konieczności aktywnego przepracowywania żałoby i potrzebie odseparowania się od osoby, która zmarła<sup>(1,4,6,7)</sup>.

## WERYFIKOWANIE TRADYCYJNYCH ZAŁOŻEŃ

Camille B. Wortman i Roxane C. Silver jako pierwsze pozwoliły sobie na analizę podstawowych założeń na temat żałoby w świetle dostępnych wówczas badań klinicznych. Podważyły cztery, szeroko przyjęte przekonania: 1) rozpacz jest nieuniknioną reakcją po stracie; oczekuje się, że osoby w żałobie będą przeżywać intensywne cierpienie; 2) cierpienie jest koniecznym doświadczeniem w normalnej żałobie; brak obecności cierpienia prowadzi do patologii żałoby; 3) niezbędna jest konfrontacja ze stratą i przepracowanie myśli i emocji, które jej towarzyszą, szczególnie tych negatywnych; 4) normalna żałoba kończy się wyzdrowieniem i powrotem do stanu sprzed straty<sup>(8,9)</sup>.

W świetle najnowszych badań krytyce podlegają także kolejne założenia na temat żałoby, w szczególności stopień ich ogólności i upraszczające podejście<sup>(10)</sup>. Wyróżniono, oprócz powyższych, kolejne nie do końca uprawnione tezy: 1) pozytywne emocje nie występują w okresie żałoby; ich obecność jest wyrazem negowania straty i ukrywania cierpienia; 2) ważne jest, aby osoba w żałobie zrezygnowała z więzi z osobą zmarłą i nawiązała nowe relacje; 3) żałoba zachodzi w określony sposób, w którym można wyróżnić fazy; 4) u osób, których bliscy są terminalnie chorzy, żałoba zaczyna się z momentem antycypowania śmierci; 5) osoba w żałobie powinna odnaleźć znaczenie poniesionej straty; 6) prawidłowe radzenie sobie ze stratą jest oparte na świadomej konfrontacji ze śmiercią bliskiej osoby. Mechanizm wyparcia niesie ze sobą negatywne skutki dla osoby w żałobie<sup>(11-13)</sup>.

Aktualnie przyjmuje się, że rozpacz nie jest uniwersalną reakcją na stratę, a jej brak nie prowadzi w prosty sposób do rozpoznania patologicznej żałoby. Zgodnie z tradycyjnymi założeniami zalecano psychoterapię tym, którzy nie prezentowali objawów żałoby po stracie bliskiej osoby. Wielu autorów widziało w nieobecnej żałobie wyraz zaburzonej osobowości jednostki (np. cech narcystycznych, niezdolności do nawiązania bliskiego związku) lub powierzchowności utraconej relacji. Badania nie potwierdzają takich tez. Brak przeżywania żałoby lub tzw. żałoba minimalna są powszechne i nie łączą się z obecnością patologicznych objawów, utrudniających przystosowanie się do straty<sup>(14)</sup>. Przykładowo brak przeżywania żałoby (będący, według klasycznych klasyfikacji, objawem żałoby zahamowanej, opóźnionej, zamaskowanej) u osób o silnych przekonaniach religijnych związanych ze śmiercią nie utrudnia dojścia do takiego sposobu funkcjonowania, do jakiego prowadzi „typowy” proces żałoby<sup>(1)</sup>.

Cierpienie nie musi być dominującym uczuciem w procesie żałoby. Jak się okazało, pozytywne doświadczenia (humor,

śmiej, poczucie szczęścia) są powszechne u osób owdowiałych stosunkowo wcześniej po stracie współmałżonka i korelują z lepszym przystosowaniem do tej sytuacji<sup>(15)</sup>. Pozytywnym doświadczeniem jest znaczny wzrost poczucia wolności i własnej autonomii<sup>(1)</sup>. Głównie o pozytywnych doświadczeniach mówi się w kontekście zakończenia procesu żałoby. Podkreśla się szereg zmian powstałych wskutek doświadczenia straty: podniesienie samooceny, sprawniejsze funkcjonowanie w relacjach interpersonalnych, wzrost zaufania do swojej zdolności radzenia sobie. Dopiero w ostatnich latach bada się pozytywne emocje towarzyszące osobom od pierwszych chwil po śmierci bliskiej osoby. Informacja o śmierci jest nieraz przyjmowana z uczuciem ulgi, która wynika z faktu uwolnienia osoby od bólu i/lub z przerwania konieczności opiekowania się długotrwale chorym<sup>(10,12)</sup>.

Obecnie zwraca się również uwagę na szereg słabości w koncepcji *grief work*, m.in. brak jasności samej definicji, trudności z operacjonalizacją pojęcia<sup>(16)</sup>. Wiele osób w żałobie nie podejmuje aktywnej konfrontacji ze stratą, koncentruje uwagę z dala od emocjonalnego cierpienia i mimo to dobrze przystosowuje się do nowej, choć trudnej sytuacji<sup>(10,12)</sup>.

Kwestionowane jest także przekonanie o konieczności zerwania relacji z utraconą osobą. Wiele osób w żałobie kontynuuje więź ze zmarłym<sup>(12,17)</sup>, np. poprzez rozmowę z innymi o osobie zmarłej i wspomnianie jej/jego, poczucie obecności nieżyjącej osoby, prowadzenie wewnętrznych z nią dialogów, przejęcie jej systemu wartości czy też odwoływanie się do niej w kwestiach moralnych (np. poprzez namysł nad tym, jak zachowałaby się dana osoba, gdyby żyła)<sup>(18)</sup>.

Coraz więcej wiadomo o tym, jak bardzo różne, ale nadal „normalne” i zdrowe mogą być sposoby przeżywania interpersonalnej straty. Terry L. Martin i Kenneth J. Doka wyróżnili adaptacyjne style żałoby (*adaptive grieving styles*), które są odzwierciedleniem indywidualnego, idiosynkratycznego użycia emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych strategii w radzeniu sobie ze śmiercią bliskiej osoby<sup>(19)</sup>. Wyróżnione style można umieścić na kontinuum od stylów intuicyjnych do stylów instrumentalnych. Formą pośrednią są tzw. style mieszane. Żałobnicy intuicyjni przeżywają stratę przede wszystkim przez afekt i koncentrują własną aktywność na kwestiach związanych ze stratą. Żałobnicy instrumentalni postrzegają swoją żałobę bardziej jako wyzwanie niż zagrożenie, przez co są skupieni na kwestiach poznawczych i rozwiązywaniu problemów. Ich sposób przeżywania straty nie jest więc zgodny z powszechnie przyjętymi tradycyjnymi poglądami na temat zdrowej żałoby i może być oceniony jako patologiczny. W tym ujęciu komplikacje w procesie żałoby występują wówczas, gdy społecznie oczekiwany styl adaptacyjny nie jest zbieżny z naturalnym dla danej osoby sposobem przystosowania się do śmierci ważnej osoby. Żałobnik jest wówczas przekonany, że jej/jego sposób przeżywania nie jest właściwy i może podejmować wysiłki, aby dostosować się do zewnętrznych wymagań. Wyniki badań po-

twierdzają teoretyczny model Martina i Doki, wykazując naturalną skłonność każdej osoby do preferowania określonego stylu adaptacyjnego. W tym rozumieniu żałoba jest procesem uczenia się adaptacyjnych strategii – ich nabywania i modyfikowania tak, aby były one dopasowane do aktualnie przepracowywanej kwestii<sup>(20)</sup>.

Zbliżone podejście przedstawia Margaret S. Stroebe w swoim modelu podwójnego procesu radzenia sobie ze stratą<sup>(16,21)</sup>. Zakłada w nim istnienie procesu zorientowanego na stratę (*loss-oriented*) oraz procesu zorientowanego na zmianę (*restoration-oriented*). Pierwszy z nich polega na koncentrowaniu się na stracie i zmaganiu się z nią. Drugi wymiar jest rzadziej opisywany w literaturze przedmiotu i dotyczy przystosowywania się osoby w żałobie do licznych zmian, będących konsekwencją straty, np. rozwoju nowej tożsamości (np. wdowy, wdowca), reorganizacji codziennego funkcjonowania (np. w zakresie prac domowych). Centralnym założeniem modelu Stroebe jest fakt ciągłej oscylacji między tymi dwoma procesami. Osoby zmagające się ze stratą w jednym momencie konfrontują się z nią, w innym unikają myślenia o zmarłym i szukają ulgi przez koncentrację na innym obiekcie, przy czym każdy z nich pełni ważną funkcję. Model ten zmienia perspektywę postrzegania żałoby z jednowymiarowego procesu skupionego wyłącznie na oplakiwaniu straty bliskiej osoby na bardziej złożony proces, w którym osoba przepracowuje szereg innych kwestii, wynikających z nowej sytuacji braku ważnej osoby.

Powyższe koncepcje procesu radzenia sobie ze stratą bliskiej osoby podkreślają jego złożoność oraz znacząco większe, niż dotychczas sądzono, różnice indywidualne między żałobnikami. Kathleen R. Gilbert<sup>(22)</sup> w pracy o znaczącym tytule *Doświadczylismy tej samej straty, dlaczego nie doświadczamy takiej samej żałoby* (tłum. własne) podkreśla jednostkowość doświadczenia żałoby w obrębie rodziny. Chociaż rodzina doświadcza wspólnej straty, poszczególne osoby wyrażają odmienne przeżycia. Trudności pojawiają się, kiedy poszczególne członkowie nie rozumieją, że żałoba jest unikalna dla każdego, i wywierają presję na to, aby oplakiwać stratę w ten sam „słuszny” sposób.

W świetle badań z ostatnich lat także powszechne dotąd założenie o żałobie jako procesie linearnym, podzielonym na etapy, ograniczonym w czasie i skutkującym powrotem do stanu sprzed straty nie może zostać przyjęte bez modyfikacji. Analizą żałoby jako procesu złożonego z następujących po sobie faz zajmowało się wielu badaczy<sup>(12,23,24)</sup>. U większości osób żałoba, w klasycznym jej rozumieniu, nigdy się całkowicie nie kończy i nigdy się finalnie nie dopełnia, co jest dowodem na długoterminowość doświadczania straty<sup>(25)</sup>. Zdaniem wielu badaczy należy postrzegać żałobę raczej jako proces zmierzający bardziej do reorganizacji życia niż do zupełnej rekonwalescencji i powrotu do stanu pierwotnego<sup>(26)</sup>. W tym kontekście nierealistyczne są oczekiwania wobec osób w żałobie, aby zamknęły one proces oplakiwania w fazie rozwiązania<sup>(23)</sup> czy akceptacji<sup>(24)</sup>.

## CZYNNIKI SPOŁECZNO-KULTUROWE A UNIKALNOŚĆ ŻAŁOBY

Sposób przeżywania straty określany jest przez kulturę w bardzo wysokim stopniu, gdyż społeczeństwo definiuje m.in. obrzędy pogrzebowe, długość trwania żałoby czy zachowania żałobników. Badacze coraz bardziej zaczęli więc interesować społeczny kontekst straty<sup>(12,20)</sup>.

Ken Doka zwrócił uwagę na te sytuacje interpersonalnej straty, w których czynniki społeczne odgrywają główną rolę. Wprowadził pojęcie tzw. *żałoby pozbawionej praw* (*disenfranchised grief*) po stratach, które nie są usankcjonowane/akceptowane przez społeczeństwo, żeby je opłakiwać. Po pierwsze ten typ żałoby występuje, jeżeli relacje między osobami nie są zgodne z przyjętymi normami danej kultury (np. relacje homoseksualne), relacje nie są uważane za wystarczająco bliskie (np. osoba nie jest członkiem rodziny zmarłego) lub nie uznaje się, żeby osoba zmarła była na tyle znacząca, żeby po jej śmierci przeżywać żal (np. żałoba po śmierci byłego współmałżonka). Po drugie żałoba jest pozbawiana swoich praw, gdy śmierć nie jest rozpoznawana jako znacząca strata (np. śmierć płodu w pierwszym trymestrze ciąży). Po trzecie osoba zostaje pozbawiona prawa do przeżywania straty, kiedy uznaje się ją za niezdolną do doświadczania żałoby (np. małe dziecko, osoba z trudnościami intelektualnymi, osoba chora psychicznie). Po czwarte żałobę pozbawioną praw tworzą takie okoliczności śmierci, które hamują prośbienie o pomoc ze strony żałobników i jednocześnie są źródłem trudności w oferowaniu wsparcia ze strony otoczenia (np. żałoba po śmierci samobójczej). Dodatkowo sposoby wyrażania żałoby mogą być nieakceptowane przez innych i w rezultacie pozbawiają osobę prawa do przeżywania straty (np. kiedy żałobnik nie pokazuje silnej uczuciowej odpowiedzi na stratę)<sup>(27)</sup>.

Rosnąca wrażliwość badaczy na różnorodność sytuacji, w których postawione są osoby opłakujące bliskich, uwiadamia się także w koncepcji tzw. straty niejasnej (*ambiguous loss*). Jej istota polega na trudności w określeniu, co jest jej przedmiotem. Dotyczy ona sytuacji, kiedy bliska osoba jest fizycznie obecna, ale psychicznie nieobecna (np. na skutek uszkodzenia mózgu, choroby Alzheimera). Strata niejasna pojawia się też w sytuacji osób nieobecnych fizycznie, ale psychicznie nadal obecnych (np. w sytuacji porwania, zaginięcia, nieodnalezienia ciała). W takich okolicznościach nie istnieją rytuały czy społeczne zwyczaje, które niosłyby ze sobą cenne wskazówki i pomoc<sup>(28)</sup>.

### PODSUMOWANIE

Początkowe prace dotyczące normy i patologii żałoby szukały jednego, uniwersalnego wyjaśnienia i stały się źródłem obecnych w nauce i praktyce trwałych przekonań. Nie lekceważąc wyników empirycznych badań, coraz bardziej metodologicznie wyrafinowanych, często longitudinalnych,

wyodrębniających specyficzne, nieraz bardzo liczne grupy badanych, należy powrócić do tych pierwotnych założeń i przywrócić się im na nowo.

Weryfikacja założeń nie polega na automatycznym i całościowym ich negowaniu. Wydaje się, że początkowe obserwacje rzeczywiście wyłącznie potwierdzały słuszność tradycyjnych założeń, ponieważ badana grupa była bardzo jednolita. Modele żałoby oparte zostały na badaniach wąskiej populacji (Amerykanów, najczęściej białych kobiet, z klasy średniej, które straciły mężów w wyniku choroby)<sup>(13)</sup>. Dotychczas analizowano też głównie przeżywanie straty po śmierci najbliższych członków rodziny. Rzadziej natomiast interesowała badaczy reakcja ludzi na utratę bliskich, ale niespokrewnionych osób (przyjaciół, współpracowników, pacjentów, osób medialnych, znajomych wirtualnych), stąd nasza wiedza dotyczy głównie bardzo określonego typu żałoby. Wnioskowanie na temat wymiaru norma – patologia żałoby należy zatem zacząć od dokładnej obserwacji doświadczeń innych rodzajów straty i wzięcia pod uwagę licznych czynników, które wpływają na przebieg żałoby. Postuluje się użycie terminu *hipoteza* w odniesieniu do freudowskiej pracy żałoby<sup>(16)</sup>. Wraz z rozwojem dobrze zaprojektowanych badań różnych grup społecznych dowiemy się, w której części tradycyjne przekonania są słuszne oraz w jakich sytuacjach mają zastosowanie.

Warto podkreślić, że bezkrytyczne przyjmowanie założeń, nie do końca empirycznie potwierdzonych, na temat przeżywania straty stwarza realne zagrożenie. Po pierwsze pomagający osobom w żałobie mogą działać nieskutecznie, po drugie rodzina i przyjaciele osób po stracie mogą stanowić źródło nieadekwatnego wsparcia, po trzecie sami żałobnicy mogą być zaniepokojeni, jeśli ich doświadczenie odbiega od tego, co jest powszechnie uznane za normę<sup>(8,13)</sup>. Ważne jest, aby osoby udzielające pomocy psychologicznej rozumiały, że proces przeżywania utraty jest unikalny i tylko w szczególnych przypadkach wymaga specjalistycznego leczenia. Aktualnie liczny zespół czołowych badaczy zjawiska żałoby pracuje nad określeniem kryteriów diagnostycznych nowej jednostki nozologicznej przedłużającej się reakcji żałoby (*prolonged grief disorder*, PGD)<sup>(29)</sup>.

Podsumowując, żałoba, ze względu na liczne czynniki indywidualne, sytuacyjne i społeczno-kulturowe, jest unikalnym procesem, zawierającym w sobie zarówno konfrontowanie się ze stratą i przeżywanie braku ważnego obiektu (wąskie rozumienie), jak i przystosowanie się do różnorodnych konsekwencji utraty (szerokie rozumienie).

### PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Bonanno G.A., Kaltman S.: The varieties of grief experience. *Clin. Psychol. Rev.* 2001; 21: 705-734.
2. Shear K., Shair H.: Attachment, loss, and complicated grief. *Dev. Psychobiol.* 2005; 47: 253-267.

3. Doyle D., Hanks G., Cherny N.I., Calman K.: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, 2004: 1138-1151.
4. Walter C.A., McCoy J.L.M.: Grief and Loss Across the Lifespan: A Biopsychosocial Perspective. Springer Publishing Company, LLC, Nowy Jork 2009.
5. Freud Z.: Żaloba i melancholia. W: Walewska K., Pawlik J. (red.): Depresja. Ujęcie psychoanalityczne. PWN, Warszawa 1917/1992: 28-42.
6. Lindemann E.: Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. Psychiatry* 1994; 10: 141-148.
7. Rando T.: The increasing prevalence of complicated mourning: the onslaught is just beginning. *OMEGA* 1992; 26: 43-59.
8. Wortman C.B., Silver R.C.: The myths of coping with loss. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1989; 57: 349-357.
9. Burke C.T., Shrout P.E., Bolger N.: Individual differences in adjustment to spousal loss: A nonlinear mixed model analysis. *Int. J. Behav. Dev.* 2007; 31: 405-425.
10. Wortman C.B., Boerner K.: Beyond the myths of coping with loss: prevailing assumptions versus scientific evidence. W: Friedman H.S., Silver R.C. (red.): Foundations of Health Psychology. Oxford University Press, New York 2007: 285-324.
11. Coifman K.G., Bonanno G.A., Ray R.D., Gross J.J.: Does repressive coping promote resilience? Affective-autonomic response discrepancy during bereavement. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2007; 92: 745-758.
12. Doughty E.A., Wissel A., Glorfield.: Current trends in grief counseling, 2011. Adres: [http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Artical\\_94.pdf](http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas11/Artical_94.pdf); cytowany 14 stycznia 2012 r.
13. Breen L.J., O'Connor M.: The fundamental paradox in the grief literature: a critical reflection. *OMEGA* 2007; 55: 199-218.
14. Bonanno G.A., Wortman C.B., Lehman D.R. i wsp.: Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2002; 83: 1150-1164.
15. Lund D.A., Utz R., Caserta M.S., de Vries B.: Humor, laughter, and happiness in the daily lives of recently bereaved spouses. *OMEGA* 2008/2009; 58: 87-105.
16. Stroebe M.S., Schut H.: The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies* 1999; 23: 197-224.
17. Shut H.A., Stroebe M.S., Boelen P.A., Zijerveld A.M.: Continuing relationships with the deceased: disentangling bonds and grief. *Death Stud.* 2006; 30: 757-766.
18. Klass D., Walter T.: Processes of grieving: how bonds are continued. W: Stroebe M.S., Hansson R.O., Stroebe W., Shut H. (red.): Handbook of Bereavement Research: Consequences, Coping and Care. APA, Washington, DC 2001: 431-448.
19. Martin T., Doka K.J.: Men Don't Cry, Women Do: Transcending Gender Stereotypes of Grief. Taylor & Francis, Philadelphia 2000.
20. Doughty E.A.: Investigating adaptive grieving styles: a Delphi study. *Death Studies* 2009; 33: 462-480.
21. Stroebe M.S.: New directions in bereavement research: exploration of gender differences. *Palliat. Med.* 1998; 12: 5-12.
22. Gilbert K.R.: "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" Loss and differential grief in families. *Death Stud.* 1996; 20: 269-283.
23. Engel G.L.: Is grief a disease? *Psychosom. Med.* 1961; 22: 18-22.
24. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu. PAX, Warszawa 1979.
25. Zisook S., Shear K.: Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry* 2009; 8: 67-74.
26. Carnelley K.B., Wortman C.B., Bolger N., Burke C.T.: The time course of grief reactions to spousal loss: evidence from a national probability sample. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2006; 91: 476-492.
27. Attig T.: Disenfranchised grief revisited: discounting hope and love. *OMEGA* 2004; 49: 197-215.
28. Boss P.: The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral Psychol.* 2010; 59: 137-145.
29. Prigerson H.G., Horowitz M.J., Jacobs S.C. i wsp.: Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med.* 2009; 6: e1000121.

## **Zasady prenumeraty kwartalnika „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”**

1. Prenumeratę można rozpocząć od dowolnego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.
2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł.
3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego – 25 zł.
4. Zamówienie można złożyć:
  - Wypełniając załączony blankiet i dokonując wpłaty w banku lub na poczcie. Prosimy o podanie dokładnych danych imiennych i adresowych.
  - Dokonując przelewu z własnego konta bankowego (ROR) – wpłaty należy kierować na konto: Medical Communications Sp. z o.o., ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa  
Deutsche Bank PBC SA  
42 1910 1048 2215 9954 5473 0001
  - Drogą mailową: [redakcja@psychiatria.com.pl](mailto:redakcja@psychiatria.com.pl).
  - Telefonicznie lub faksem: tel.: 22 651 97 83, faks: 22 842 53 63.
  - Wypełniając formularz prenumeraty zamieszczony na stronie: [http://www.psychiatria.com.pl/gazeta.psychiatria/pol/index.php?akcja=warunki\\_prenumeraty](http://www.psychiatria.com.pl/gazeta.psychiatria/pol/index.php?akcja=warunki_prenumeraty)
5. Zamawiający, którzy chcą otrzymać fakturę VAT, proszeni są o kontakt z redakcją.