

Bernadetta Janusz<sup>1</sup>, Karolina Dejko-Wańczyk<sup>2</sup>

## ZJAWISKO NIEJEDNOZNACZNEJ UTRATY: TERAPIA PARY W SYTUACJI CHOROBY ZAGRAŻAJĄCEJ ŻYCIU

### THE PHENOMENON OF AMBIGUOUS LOSS: COUPLES THERAPY IN THE CONTEXT OF LIFE-THREATENING ILLNESS

<sup>1</sup>Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,  
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej

<sup>2</sup>Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,  
Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

**ambiguous loss**  
**anticipated loss**  
**couples therapy**

#### Streszczenie

*Celem niniejszej pracy jest omówienie zjawiska antycypowanej utraty oraz przedstawienie propozycji pracy terapeutycznej z parą w kontekście przewlekłej lub zagrażającej życiu choroby jednego z partnerów. W pierwszej części artykułu wprowadzamy antropologiczną koncepcję stanów liminalnych, to jest sytuacji przejściowych związanych ze zmianą życiowego statusu. Jest ona punktem wyjścia do omówienia psychologicznej sytuacji pary, która pojawia się w reakcji na diagnozę choroby u jednego z partnerów. Następnie prezentujemy koncepcję niejednoznacznej utraty (ang. ambiguous loss) autorstwa Pauline Boss, amerykańskiej badaczki i terapeutki rodzinnej. Koncentrujemy się na przedstawieniu zjawiska w relacyjnej i emocjonalnej przestrzeni pary intymnej. W drugiej części pracy opisujemy zjawisko antycypowanej utraty (ang. anticipated loss). Jest to szczególnie typ niejednoznacznej utraty, który uwydatnia złożone procesy emocjonalne i relacyjne pojawiające się w okresie poprzedzającym spodziewaną śmierć partnera lub partnerki. Prezentację materiału teoretycznego uzupełniamy fragmentem sesji terapii pary obrazującym specyfikę pracy terapeutycznej w kontekście antycypowanej utraty. Podsumowanie pracy zawiera wskazówki dotyczące terapeutycznej pracy z parą w opisaną sytuacji.*

#### Summary

The aim of this paper is to discuss the phenomenon of anticipated loss and to propose therapeutic interventions with couples dealing with a chronic or life-threatening illness of one partner. In the first part of the article, we introduce the anthropological concept of liminal states — transitional situations associated with changes in life status. This concept serves as a foundation for examining the psychological experience of couples who face the diagnosis of a serious illness in one of the partners. We then present Pauline Boss's concept of ambiguous loss, a theory developed by the

American researcher and family therapist. Our focus is on the manifestation of this phenomenon in the relational and emotional dynamics of intimate partnerships.

In the second part of the paper, we describe the phenomenon of anticipated loss, a specific type of ambiguous loss that highlights the complex emotional and relational processes that emerge in the period leading up to the anticipated death of a partner. The theoretical material is complemented by an excerpt from a couples therapy session, illustrating the distinct emotional phenomena that arise as one partner anticipates the impending loss of the other. Furthermore, the clinical examples provided illuminate the specific nature of therapeutic work in the context of anticipated loss. The conclusion offers guidelines for therapeutic work with couples facing chronic or life-threatening illness in one partner.

Zmiana jest częścią życia, zmiana zakłóca dotychczasowy porządek, wprowadzając stan nieprzewidywalności i niejednoznaczności. Wynika to z faktu, że to, co się zmienia, nie ustabilizowało się jeszcze i nieznanym jest ostateczny wynik zachodzącej zmiany. Istnieje wiele możliwych scenariuszy, które mogą zaistnieć w wyniku nowej sytuacji życiowej. W antropologii przejście z jednego stanu do drugiego wiąże się z wejściem w swoisty okres przejściowy określanej jako stan liminalny. Znacząca życiowa zmiana, taka jak np. diagnoza choroby, informacja o rozstaniu, decyzja o emigracji, zaginięcie osoby bliskiej, rozpoczyna swoisty czas liminalności [1, 2]. Doświadczenie nieuleczalnej choroby jest sytuacją graniczną, w której człowiek przeżywa cierpienie, konfrontuje się z tym, co nieuchronne i wobec czego pozostaje nieosłonięty [3]. Badacze z obszaru psychologii zdrowia wskazują, że diagnoza choroby zagrażającej życiu powoduje rozbitcie tego, co znane i przewidywalne. W takiej sytuacji życiowa przestrzeń zostaje wypełniona niepewnością, podatnością na zranienie i nieprzewidywalnością [4], dochodzi do „pęknięcia w codziennej rzeczywistości” [5]. Diagnoza i leczenie choroby zagrażającej życiu (np. nowotworowej) może być źródłem stresu, a także czynnikiem wyzwalającym reakcję stresu pourazowego [6].

Pauline Boss, amerykańska psycholog i psychoterapeutka rodzinna, określa tego rodzaju stan w życiu jednostki, rodziny lub pary jako *stan niejednoznacznej utraty* [7–9]. Początkowo pojęcie to było odnoszone do sytuacji rodziny, kiedy któryś z jej członków był nieobecny fizycznie, ale pozostawał w emocjonalnej i psychologicznej przestrzeni rodzinnej (ang. *leaving without good-bye*), np. w sytuacji wyjazdu lub zaginięcia. W drugim wariantcie członek rodziny jest psychologicznie nieobecny, ale obecny fizycznie, jak np. w sytuacji uzależnienia, choroby psychicznej czy śpiączki (ang. *good-bye without leaving*). Obydwie te sytuacje są uważane za skrajnie stresujące i potencjalnie traumatyzujące. Taka niejednoznaczność utrudnia podejmowanie decyzji dotyczących leczenia czy sytuacji rodzinnej oraz zamraża proces żałoby związanej z tego rodzaju utratą [7, 10]. Pojawia się ryzyko wystąpienia przedłużonej reakcji żałoby (ang. *Prolonged Grief Disorder, PGD*) [11]. PGD może wiązać się z dezaktywacją systemu przywiązania, dystansowaniem się wobec przeżycia utraty i unikaniem bodźców przypominających o niej [12]. W praktyce klinicznej mówi się wtedy o żałobie zatrzymanej lub zamrożonej. Z drugiej strony, może dojść do nadmiernej aktywacji systemu przywiązania, zbytniego zaabsorbowania relacją z bliskim oraz niemożnością reorganizacji życia w zakresie podejmowanych ról, zobowiązań, przeżywania emocji i kierunkowania swoich potrzeb [13]. W praktyce klinicznej mówi się wtedy o żałobie chronicznej lub przedłużającej się.

Pauline Boss [10] wymienia kilka podstawowych założeń, które konstytuują i pozwalają zrozumieć złożoność zjawiska niejednoznacznej utraty: *p o p i e r w s z e*, rodzina istnieje w sensie psychologicznym, a nie tylko fizycznym lub prawnym. Oznacza to, że stan niejednoznacznej utraty zmienia funkcjonowanie całej rodziny jako systemu. *P o d r u g i e*, niejednoznaczna utrata jest związana z konkretną zmianą, do której najczęściej dochodzi pod wpływem okoliczności zewnętrznych (choroba, poronienie). *P o t r z e c i e*, rodzinne przekonania i wartości wpływają na to, jak spostrzegana jest niejednoznaczność, np. jaką rolę odgrywają przekonania religijne w odniesieniu do rozwodu czy homoseksualności. *P o c z w a r t e*, w sytuacji niejednoznacznej utraty nie istnieje jedna ostateczna prawda czy sposób rozwiązania sytuacji. Sytuację tego rodzaju można opisać poprzez pojęcie względności. *P o p i ą t e*, niejednoznaczna utrata jest przede wszystkim fenomenem relacyjnym, a nie tylko wewnątrzpsychiczną właściwością jednostki. Nawet jeżeli jednostka wykazuje symptomy powikłanej żałoby, depresji, zaburzeń lękowych, czynnikiem wywołującym jest kontekst zewnętrzny (np. diagnoza choroby) i będąca następstwem tego odpowiedź ze strony rodziny lub pary. *P o s z ó s t e*, ważne jest, aby w sytuacji niejednoznacznej utraty, rodzina mogła uruchomić swoje zasoby (ang. *resilience*) i kontynuować życie pomimo niejasności związanej z tym, co i kiedy może się wydarzyć. *P o s i ó d m e*, Pauline Boss wskazuje, że bardzo trudno jest badać niejednoznaczną utratę, a jej złożoność i idiosynkratyczność mogą być uchwycone fenomenologicznie oraz w opisach klinicznych.

Z utratą niejednoznaczną związane jest również pojęcie tzw. niejednoznaczności granic (ang. *boundary ambiguity*). Odnosi się ono do powracającej niestabilności i złożoności rodzinnej narracji dotyczącej tego, kto znajduje się wewnątrz, a kto na zewnątrz rodziny [14, 15]. Niejednoznaczna utrata jest rozumiana jako stresor, który może doprowadzić do utrzymywania się niejasnych granic rodzinnych, co może utrudniać adaptację członków rodziny do zaistniałej sytuacji.

Przeżycie niejednoznacznej utraty w intymnej relacji pary może pojawić się na skutek rozstania partnerów, diagnozy chronicznej, postępującej i zagrażającej życiu choroby partnera lub utraty perinatalnej. Wspomniane zmiany mogą prowadzić do utraty istotnego obrazu siebie lub swojej rodziny, poczucia utraty swojego dotychczasowego życia, planów na przyszłość i marzeń lub tego „co jeszcze mogło się wydarzyć” [16, 17]. Należy podkreślić, że utrata w relacji partnerskiej zachodzi w obrębie wytworzonej wcześniej więzi między partnerami. Weiss [18] wskazuje, że funkcjonowanie systemu przywiązania, podobnie jak wybór partnera w dorosłym życiu, zachodzi w dużej mierze poza świadomością. Wyrasta on z potrzeb poczucia bezpieczeństwa i spełnienia. Z tego względu odpowiedź na utratę pozostaje w bezpośredniej zależności od rodzaju więzi, która uformowała się między partnerami [19].

W sytuacji rozstania partnerów ból utraty jest spotęgowany przez negatywne społeczne postrzeganie rozstania i przypisywanie winy jednej ze stron. Partnerka czy partner, który inicjuje separację często przeżywa znaczący smutek związany z tym, że relacja nie może trwać w dotychczasowej formie. Decyzja o rozstaniu może być poprzedzona bolesnym procesem negocjacji i poczuciem winy z powodu wywołania bólu w drugiej osobie, kiedy oboje lub jeden z partnerów decydują się na rozejście [20].

Niejednoznaczność utraty w wypadku rozstania rozciąga się w czasie. Nie jest to pojedyncze zdarzenie, a raczej kulminacja wielu utrat i bólu przeżywanych przez dłuższy

okres. Wspomniane wyżej poczucie niejednoznaczności granic rodziny staje się dojmujące; nie wiadomo, kto i w jaki sposób należy do rodziny. Z tego względu po rozstaniu wiele granic musi być na nowo renegocjowane. Utraty związane z rozstaniem partnerów mogą mieć konkretny charakter, tak jak np. utrata miejsca zamieszkania. Istnieje jednak wiele niewymiernych, a przez to niejednoznacznych w swoim charakterze utrat, takich jak utrata miłości, nadziei, marzeń, wyobrażeń i iluzji oraz pierwotnej niewinności.

Jak już wspomniano, niejednoznaczna utrata w parze ma miejsce w sytuacji przewlekłej lub nieuleczalnej choroby, takiej jak np. schizofrenia u jednego z partnerów [21] czy też otępienie [22]. Jedną ze szczególnych form takiej utraty jest zjawisko tak zwanej antycypowanej utraty partnerki lub partnera, które jest opisywane wtedy, gdy choruje on/ona na zagrażającą życiu czy też terminalną chorobę.

Szczególnym aspektem antycypowanej utraty jest jej swoista niewidzialność [23]. Rodzina lub para wchodzi w stan określany jako dwuznaczny, z jednej strony trwa leczenie i inne przejawy życia, z drugiej narasta nieuchronność śmierci i rozstania. Tego rodzaju niejednoznaczność przenika każdy aspekt życia pary, staje się wszechobecna, tym bardziej, im mniej wyraźnie może być nazwana. W związku z tym osoba chora albo nawet obydwie partnerów mogą podlegać dyskretnej marginalizacji, będąc wyłączonymi z niektórych rozmów w swoim otoczeniu. Stan antycypowanej utraty często nie może być społecznie uznany, ponieważ strata jeszcze nie dokonała się. Z tego względu narastające poczucie utraty staje się coraz bardziej prywatne, co ogranicza możliwość korzystania ze wsparcia społecznego. W odpowiedzi na antycypowaną utratę partnerki lub partnera druga osoba może również uruchomić system intensywnej opieki i niespotykanej zaradności. W związku z tym jej własny smutek może pozostać zablokowany, co może skutkować komplikacją procesu żałoby.

### **Żałoba i jej komplikacje w sytuacji antycypowanej utraty**

Uważa się, że antycypacyjny smutek przygotowuje zarówno na pożegnanie i przeżycie żałoby, jak i na powstanie nowego rodzaju więzi [23]. Pracując z parą w sytuacji antycypowanej utraty należy brać pod uwagę obydwie wymienione zjawiska. Utrata, która jeszcze nie nastąpiła, nie jest społecznie sankcjonowana i nie podlega publicznej żałobie. Taki brak społecznego uznania może pozbawiać prawa do smutku oraz utrudniać przeżycie żałoby po śmierci [24].

Co więcej, zakłócenia przeżywania antycypacyjnego smutku czy też antycypowanej żałoby mogą być powodowane tym, że partner lub inny członek rodziny umniejsza siłę i znaczenie relacji z chorą osobą. Zakłócenie może wynikać z zaprzeczania faktowi, że rodzina lub para stoi w obliczu śmierci bliskiego. Okolicznością utrudniającą przeżywanie antycypowanej żałoby może być również poczucie winy oraz obawa, że przeżywanie żałoby w sytuacji, kiedy partner lub partnerka jeszcze żyje, spowoduje wykluczenie społeczne.

Jeżeli chodzi o przeżywanie antycypacyjnego smutku i żałoby w parze intymnej, to kluczowe wydaje się zwrócenie uwagi na wcześniejsze zakłócenia więzi w relacji partnerskiej, jak i na aktualne, powstałe w okresie antycypowanej utraty zranienia w obszarze więzi. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że przeszłe zranienia mogą powodować wyczo-

fanie się obojga partnerów [19] powodowane uczuciami goryczy i urazy przeżywanymi przez jednego lub oboje z nich. Zdarza się, że zdrowy partner jest przytłoczony opieką i obowiązkami, czując jednocześnie, że nie doświadcza wdzięczności ani emocjonalnego wsparcia ze strony chorującego partnera. Może to utrudniać okazywanie czułości i przeżywanie smutku związanego z nadchodzącym rozstaniem. W terapeutycznej pracy z parą należy mieć na uwadze doświadczane przez zdrowego partnera uczucie złości oraz jej wtórną funkcję polegającą na maskowaniu niepewności i lęku przed rozstaniem. Z drugiej strony, chory partner może wycofywać się z relacji z powodu jego/jej poczucia niekompetencji i bezradności w sytuacji zdiagnozowanej choroby [25]. Rozpoznanie charakteru zaburzeń więzi w parze wydaje się kluczowym zadaniem terapeuty, ponieważ mogą one blokować przeżywanie antycypacyjnego smutku i utraty, a w konsekwencji żałoby po śmierci partnerki lub partnera.

Jako przykład zostanie przedstawiona poniżej terapia pary A., pary w sytuacji niejednoznacznie antycypowanej utraty. Przytoczony materiał kliniczny zilustruje zranienia w obrębie więzi partnerskiej, które specyficznym aktywnie omawiana w tym artykule sytuacja niejednoznacznej utraty, oraz propozycję pracy terapeutycznej w tym kontekście. Zdajemy sobie sprawę, że przewlekłe chorowanie jednego z partnerów wywołuje wiele społecznych, rodzinnych i psychologicznych konsekwencji w drugim partnerze i we wzajemnej dynamice pary intymnej. W tym artykule częściowo podejmujemy zagadnienie nasilenia lęku separacyjnego, a także uruchomienie lękowych wzorców przywiązania charakterystycznych dla każdego partnera [19]. Jednak w dużej mierze ograniczamy się do tych aspektów przeżyć psychicznych, które wiążą się z niejednoznaczną, a szczególnie antycypowaną utratą.

### **Przykład kliniczny: terapia pary A.**

Państwo A. zgłosili się na terapię w kontekście zagrażającej życiu choroby nowotworowej żony<sup>1</sup>. Diagnoza choroby żony wyzwoliła niespotykaną dotąd aktywność i zaradność męża. Po wyczerpującym okresie zaangażowania w poszukiwanie kolejnych terapii, kiedy sytuacja zdrowotna żony tymczasowo się ustabilizowała, mąż zaczął doświadczać stanów depresyjno-lękowych i w parze pojawiło się napięcie. W tej sytuacji zostali skierowani na wspólną terapię. Poniżej prezentujemy fragmenty sesji trzeciej, które ilustrują podstawowe zjawiska i dylematy związane z pracą terapeutyczną w kontekście niejednoznacznej, antycypowanej utraty.

#### Czas na lęk

W tym fragmencie sesji mąż wyraża żal, że nie spędzają z żoną wystarczającej ilości czasu tylko we dwoje. Będąc razem zajmują się z dwuletnią córką Gienią.

01 Mąż: [...] *bo z Gienią jeszcze będę miał dużo czasu, a z Adrianną już mogę nie mieć.*

02 Terapeutka: *Bardzo otwiera się to w panu teraz.*

---

<sup>1)</sup> Dane dotyczące pary zostały zmienione celem zapewnienia poufności

- 03 M: *No [poruszony].*  
04 [10 sekund ciszy]  
05 T: *Że tak jakby po tym okresie walki. Prawda? [2 sek.] Teraz przyszedł czas na lęk.*  
06 [30 sekund ciszy]  
07 M: *Mhm-m.*

W powyższym fragmencie mąż wprost wyraża niepewność, ile wspólnego czasu zostało mu z żoną. Nie wprost ujawnia lęk związany z tym, że ona może umrzeć. W jego wypowiedzi lęk przed jej odejściem przekształca się w pretensję i żal o to, że nie spędzają czasu tylko we dwoje. Perspektywa terapeutyczna podkreśla, że tego rodzaju pretensje i żal można określić jako emocje wtórne zasłaniające pierwotną niepewność i lęk [25]. W swojej interwencji (linijka 5) terapeutka nie odnosi się do wtórnej emocji pretensji i żalu, ale próbuje nazwać emocje pierwotnego lęku i niepewności. Mąż odpowiada na to długim milczeniem, potwierdzając sformułowanie terapeutki (linijka 7). Wątek lęku męża jest kontynuowany w następnym fragmencie tej samej sesji.

- 08 T: *Czy to może być tak, panie Adamie, że z jednej strony ten lęk pana, czy państwa, skłania pana, żeby być razem, ale z drugiej strony nie jest łatwo być razem tak beztrojsko z tym lękiem. Są takie momenty jak rower [odnosi się do wspomnianej wcześniej na sesji wycieczki rowerowej, która dała parze dużo radości], ..., ale on się wkłada.*  
09 Żona + Mąż: [przytakuja].  
10 M: *Znaczy ja powiem szczerze, że ja nie wiem, jak z tym wszystkim normalnie funkcjonować, jak żyć, jak się do tego ułożyć. Jak sobie z tym poradzić, bo poza tym, że rzeczywiście jest tak, że się boję tego i mam takie dni, że w ogóle ostatnio się bardzo lękowo zrobiłem. Jeżeli chodzi o Gienię, jeżeli chodzi o Adriannę.*

W dalszej części rozmowy z parą terapeutka dokonuje interpretacji (linijka 8) tego, że intymne bycie razem jest zakłócanie przez lęk o życie żony. Małżonkowie przytakuja, mąż rozwija wątek lęku o potencjalną utratę żony lub córki. Temat lęku męża jest dalej rozwijany w poniższym fragmencie.

#### To się chyba zbliża

- 11 M: *Ten lęk mi tak łatwo wystrzeliwuje. Nie miałem tego poprzednio. Ale też jak to wszystko ułożyć [...] czasami się zloszczę, a potem mam wyrzuty, że się zloszczę, bo nie wiadomo, ile będziemy razem. I w ogóle mnie to wszystko przerasta.*  
12 T: *A pani wie, o czym mąż mówi?*  
13 Ż: *Tak.*  
14 T: *Niech pani powie.*  
15 Ż: *Ja Adama bardzo dobrze rozumiem, bo ja jestem z tej drugiej strony, więc ja tak naprawdę mam dwa oblicza, że się przejmuję i się nie przejmuję [...]. Jak się zaczynam źle czuć, to sobie myślę kurczę, no to się chyba zbliża, to się już szykować, nie? [śmiech].*  
16 T: *Że się zbliża?*  
17 Ż: *Tak [śmiech]*

18 T: *Że pani umrze.*

19 Ż: *Tak, tak, tak.*

Powyższy fragment ilustruje zamęt i niejednoznaczność, których doświadcza każde z partnerów. Mąż wyraźnie wskazuje na to, że kiedy czuje lęk przed utratą żony, zaczyna się złościć, a potem pojawiają się u niego wyrzuty sumienia (linijka 11). Żona mówi o pomieszaniu związanym z niepewnością, jak może wyglądać moment jej śmierci. Zastanawia się, kiedy on nastąpi, czy jest blisko czy daleko (linijka 15). Jednak nie nazywa tego wprost, robi to dopiero terapeutka, która dalej sprawdza, jak te uczucia są omawiane między małżonkami. Interwencję prezentuje poniższy fragment.

20 T: *Ale chciałam zapytać, czy jak ma pani te myśli, że może się nie uda, że już się zbliża ten lęk.*

21 Ż: *Aha*

22 T: *Co pani wtedy z tym robi?*

23 Ż: *Nic.*

24 T: *Pani wtedy mówi o tym mężowi? Czy to zostaje w pani?*

25 Ż: *Nie, to zostaje we mnie*

26 T: *Czy pan by wolał, żeby żona panu ujawniała te myśli?*

27 M: *Myszę, że tak, tak, bo wtedy nie czułbym się taki osamotniony w tym wszystkim [...]. Strasznie się boję samotności.*

28 T: *Ale samotności teraz czy samotności w przyszłości?*

29 M: *Tak żyjemy teraz, tak żyjemy obok siebie. Mam wrażenie, że to już się trochę dzieje.*

30 T: *Aha.*

31 M: *Że nie mamy tego czasu, aby tak go spędzać sam na sam, czy jest jakoś inaczej niż było na początku [...]. Ja chcę spędzać czas z Adrianną.*

32 T: *Pan mówi wykorzystajmy maksymalnie czas, który pozostał, to jest pana taka opcja ważna, dobra, ale z drugiej strony ona jest zasilana niepokojem, tak?*

33 M: *Nooo tak.*

Powyższy fragment ilustruje emocjonalny zamęt i konfliktowe potrzeby w parze: żona nie dzieli się z mężem swoim lękiem przed śmiercią. Mąż chce spędzać więcej czasu z żoną, co wydaje się wynikać z jego lęku i kompulsywnej chęci zatrzymania żony. Terapeutka komentuje to w linijce 32 i kontynuuje we fragmencie zamieszczonym poniżej.

34 T: *Nie taka swobodna to jest opcja.*

35 M: *No. I w związku z tym powstaje złość na Adriannę, czemu ty nie chcesz czasu spędzać razem, nie wiadomo, ile go mamy.*

36 Ż: *My jesteśmy bardzo dużo razem.*

37 M: *Razem z Gienią.*

38 Ż: *Taki mamy świat [...].*

39 T: *Ale spójrzmy na to z perspektywy ogólniejszej, bo oczywiście, państwo jesteście w czymś takim, jakbyście mieli tak żyć, jakby pani miała już umrzeć, to by nie było najlepsze prawda? Jakby o tym zapomnieć i nie wykorzystywać tego czasu intensywnie, tak jak Pan mówi, też by nie było najlepsze. Gdyby o tym nie myśleć, to to by i tak by*

wyszło [...] to jest pytanie, czy możecie się spotkać w momentach bezradności, kiedy nie wiadomo co [...], ale też potem razem z tego wychodzić [...].

- 40 M: *Tak, coś takiego musimy znaleźć, ja mam wrażenie, że ja ciągle tkwię w tym momencie, że ja po prostu nie wiem, jak to wszystko ułożyć. I co dalej, czy żyć jakby Adrianna miała żyć rok czy 10 lat [...]*

W swojej interwencji (linijka 39) terapeutka wskazuje kierunek dalszej pracy, którym jest szukanie przestrzeni pomiędzy skrajnymi nastawieniami partnerów: życie tak jakby żona miała niedługo umrzeć versus zapomnienie o chorobie. Sugeruje, że spotkanie się w bezradności wynikającej z niewiadomej z jednoczesnym wykorzystywaniem czasu, który pozostał, może być najlepszym sposobem, w którym para ma przestrzeń, żeby siebie odnaleźć. W następującym po tym fragmencie sesji terapeutka wskazuje na ryzyko dla bliskości pary.

- 41 T: *Spędzać razem czas, zbliżyć się, może oznaczać: stać się od kogoś zależnym i wtedy z jednej strony to jest coś ważnego, a z drugiej strony będzie to nasilać lęk przed utratą.*

42 M: *Mhmmm.*

43 T: [...] *Ta bliskość może prowokować też lęk.*

44 M: *Ale to się dzieje, to się dzieje. To działo się dokładnie po rowerze, jak przyszliśmy, było tak cudownie, było tak, jak byliśmy na początku razem. I wszystko, no. I jak zostałem na chwilę sam, to się ta druga strona pojawiła, no, że tym bardziej źle. Boże, co będzie, jak Adrianny zabraknie [...].*

45 T: *Często w takich sytuacjach jak państwo jesteście, ludzie się trochę dystansują, żeby sobie poradzić z lękiem, a decyzja na bliskość wymaga siły. Aby z jednej strony być blisko, a z drugiej uwzględnić tę perspektywę niewiadomej.*

46 M: *Mhm.*

47 Ż: *Trudne. Znacząco ostatnio Adam się wycofał i to jest dla mnie takie zamykające mnie od środka.*

48 T: *Ważne, że pani o tym teraz powiedziała.*

Powyższy fragment obrazuje kolejną warstwę niejednoznacznej utraty — zbliżanie się do siebie partnerów jako paradoksalnie nasilające lęk przed rozstaniem i utratą. Rozmowa o tym pozwala partnerom rozumieć momenty wycofania i zamykania się na siebie.

### **Antycypowana utrata: kierunki pracy w terapii pary**

Antycypowana utrata w parze jest związana z podstawową niemożliwością zrozumienia doświadczenia drugiej osoby ze względu na to, że z powodu zaistniałej choroby partnerzy znaleźli się w różnych życiowych sytuacjach [26]. Jednocześnie sytuacja niejednoznacznej utraty jest ich wspólnym doświadczeniem. Bardzo często zakłócenie bliskości powstaje na skutek wycofania się chorującego partnera z omawiania spraw codziennego życia i obowiązków domowych. W takich wypadkach negocjowane jest zmniejszenie obciążenia partnerki czy partnera zdrowego poprzez zaangażowanie partnera chorującego w takim wymiarze, w jakim to jest możliwe. Chorujący partner przeżywa lęk przed śmiercią, który jednak nie zawsze jest bezpośrednio dostępny dla drugiego partnera czy partnerki. Skrywa-



nie lęku przez chorego partnera czy partnerkę jest często związane z chęcią ochrony swoich bliskich, jak również samego siebie. Wówczas dystansowanie się od swojego lęku pełni funkcję mechanizmu regulowania emocji. Tego rodzaju sposoby radzenia sobie powodują uczucie samotności między partnerami, co obrazuje przedstawiony powyżej fragment sesji pary A. Chorujący partner może również koncentrować się na tzw. niezałatwionych sprawach (ang. *unfinished business*), czyli sprawach, które wymagają otwarcia lub rozwiązania, zanim umrze lub „odejdzie mentalnie”. Terapia pary może być przestrzenią otwierania i szukania rozwiązania, wobec tego rodzaju niezałatwionych spraw.

W sytuacji antycypowanej utraty w drugim, niechorującym partnerze pojawia się z reguły lęk separacyjny. W przedstawionej wyżej parze A. lęk separacyjny manifestował się przez intensywne pragnienie męża, żeby spędzać czas wyłącznie jako para. Zdrowy partner zwykle konfrontuje się również z lękiem egzystencjalnym związanym z własną śmiertelnością. Cieleśna, intymna relacja pary często zostaje zakłócona. Cieleśny dystans może wynikać z identyfikacji zdrowego partnera z osłabionym ciałem osoby bliskiej. Jednocześnie, chory partner czy partnerka może tracić zaufanie do własnego ciała. Oba te procesy mogą prowadzić do przedwczesnego wycofywania się partnerów z relacji intymnej. Jest to problem, który może być omawiany w ramach terapii pary.

Podsumowując, terapia pary w sytuacji niejednoznacznej, ambiwalentnej utraty staje się przestrzenią na odzyskiwanie wzajemnej wymiany myśli i uczuć. Zwykle taka wymiana zostaje zachwiana albo zatrzymana wskutek lęku wywołanego diagnozą choroby zagrażającej życiu. W wielu wypadkach terapeuta pomaga w prowadzeniu rozmów dotyczących śmierci, co ma na celu zmniejszenie tendencji do unikania tego tematu. Istotne jest jednak, aby temat ten był wprowadzany bez naciskania i zmuszania oraz z uszanowaniem takiej sytuacji, kiedy jeden z partnerów nie jest w stanie rozmawiać wprost o śmierci czy też o zagrożeniu życia. Według Mohr i współpracowników [27] w tym okresie życia pary możliwy jest powrót do romantycznych uczuć, które często zanikły, przekształcając się w bardziej stabilną długoterminową więź. Wiąże się to również z przygotowaniem partnerów na trwanie więzi po śmierci osoby chorującej [28]. W niektórych przypadkach sytuacja antycypowanej utraty skłania parę do podjęcia trudnych rozmów dotyczących przyszłości dzieci.

### Niejednoznaczna utrata: podsumowanie

Prezentowany fragment sesji terapii pary A. ilustruje proces nadawania znaczeń w sytuacji niejednoznaczności związanej z pragnieniem bliskości i jednoczesnym izolowaniem wywołanym lękiem przed utratą czy potrzebą ochrony. W sytuacji niejednoznacznej utraty, niezależnie, czy jest to utrata antycypowana, czy też utrata innego rodzaju, kluczowe jest rozpoznanie czynnika, który blokuje uznanie utraty. Dotyczy to zarówno osoby chorującej, jak i zdrowych członków rodziny. Nieuznanie utraty przez samego siebie określa się jako tzw. zerwane połączenie z samym sobą [27]. Z tego względu istotne jest rozpoznanie, czy dana osoba izoluje się od przeżywanej utraty, ukrywa ją lub jej zaprzecza. Zdarza się, że kulturowe czy religijne wartości danej społeczności nie pozwalają na uznanie nadchodzącej utraty i cierpienia. Rolą terapeuty jest wówczas zbadanie razem z parą, w jakich

aspektach rodzinne sposoby adaptacji do zaistniałej sytuacji są użyteczne, a w jakich aspektach ograniczają życie pary.

Proces terapeutyczny prowadzony jest między innymi w oparciu o to, jak terapeuta rozumie proces żałoby, w tym antycypowanej. Jedną z najbardziej powszechnych teorii jest koncepcja stadiów żałoby autorstwa Elizabeth Kübler-Ross, która wskazuje na jej etapy: zaprzeczenie, gniew, negocjację, smutek i akceptację [29]. Zaletą tej perspektywy jest ukazanie żałoby w ujęciu procesu oraz uwzględnieniu różnych, czasem nieoczywistych stanów. W naszej ocenie jednak, podejście to niesie ryzyko nadmiernego uproszczenia procesu żałoby. Perspektywy ujęte w teorii kontynuowania więzi [28] oraz modelu dwutorowego procesu żałoby [30] wydają nam się bardziej przydatne w pracy klinicznej. Teoria kontynuowania więzi zawiera postulat utrzymywania i pielęgnowania więzi z osobą zmarłą, które wspierają żałobnika w odnalezieniu się w nowej rzeczywistości. Z kolei model dwutorowego procesu żałoby wskazuje na proces oscylacji pomiędzy przeżywaniem straty i smutku związanych z chorobą i śmiercią bliskiej osoby a mierzeniem się z wyzwaniem związanym z reorganizacją życia. Wspomniane teorie poumieszczają i integrują złożoność uczuć, potrzeb, wymogów i dążeń, których doświadcza się wobec choroby i śmierci bliskiej osoby. Proponują opis żałoby jako etapu odnajdywania się pomiędzy różnymi stanami lub równoczesnego przeżywania konfliktowych lub sprzecznych uczuć.

Uznanie realności nadchodzącej utraty i otwarta rozmowa o tym na sesjach terapeutycznych jest ważnym elementem pracy terapeutycznej w obliczu choroby zagrażającej życiu. Wiąże się z otwartością terapeuty na wspólne przeżywanie bólu w trakcie rozmów na sesjach. Istotnym fragmentem tego rodzaju pracy staje się również pielęgnowanie i powracanie do wspomnień zarówno radosnych, jak i trudnych. W tym okresie terapii para jeszcze raz może nadać znaczenie temu, co wydarzało się w ich wspólnym życiu. Jednym z kluczowych aspektów pracy terapeutycznej jest podkreślanie wagi tego, co dzieje się w parze tu i teraz jako momentu, który skupia w sobie całą ich wspólną historię i potencjalną utratę, która może nadejść prędzej czy później w zależności od stanu partnera. Tę sytuację ilustruje cytat J.W. von Goethego, którym chcemy zakończyć ten artykuł: „Zawsze trzymaj się terazniejszości. Każda sytuacja, każda chwila, ma nieskończoną wartość, ponieważ zawiera się w niej cała wieczność”<sup>2)</sup> [za: 31].

## Piśmiennictwo

1. Turner V. Gry społeczne, pola i metafory. Symboliczne działanie w społeczeństwie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
2. Gennep A. Obrzędy przejścia: systematyczne studium ceremonii: o bramie i progu, o gościnności i adopcji. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 2006.
3. Piecuch C. Metafizyka egzystencjalna Karla Jaspersa. Kraków: Universitas; 2011.

<sup>2)</sup> Tłumaczenie własne: „Always hold fast to the present. Every situation, indeed, every moment, is of infinite value, for it is the representative of a whole eternity”.

4. Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Liminal reproductive experiences after therapies for hematological malignancy. *Qual. Health Res.* 2015; 25(3): 408–416. DOI: 10.1177/1049732314550006.
5. Kargulowa A. O teorii i praktyce poradnictwa. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
6. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry.* 2017; 4(4): 330–338. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30014-7.
7. Boss P. *Ambiguous loss.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.
8. Boss P. Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11. *J. Marriage Fam.* 2004; 66: 551–566. DOI: 10.1111/j.0022-2445.2004.00037.x.
9. Boss P. *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss.* New York: Norton; 2006.
10. Boss P. Ambiguous loss theory: challenges for scholars and practitioners. *Fam. Relat.* 2007; 56(2): 105–110. DOI:10.1111/J.1741-3729.2007.00444.X.
11. Prigerson HG, Shear MK, Reynolds CF. Prolonged grief disorder diagnostic criteria—helping those with maladaptive grief responses. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(4): 277–278. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4201. PMID: 35107569.
12. Shear K, Monk T, Houck P, Melhem N, Frank E, Reynolds C, Sillowash R. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007; 257(8): 453–461. DOI: 10.1007/s00406-007-0745-z.
13. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Continuing bonds in adaptation to bereavement: toward theoretical integration. *Clin. Psychol. Rev.* 2010; 30(2): 259–268. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.007.
14. Boss P. Normative family stress: Family boundary changes across the life span. *Fam. Relat.* 1980; 29: 445–450. DOI:10.2307/584457.
15. Carroll JS, Olson CD, Buckmiller N. Family boundary ambiguity: a 30-year review of theory, research, and measurement. *Fam. Relat.* 2007; 56: 210–230. DOI:10.1111/J.1741-3729.2007.00453.X
16. Anderson H, Mitchell K. *All our losses/all our griefs.* Philadelphia: The Westminster Press; 1983.
17. Bowman T. *Loss of dreams: A special kind of grief.* St. Paul: Self-Published; 1994.
18. Weiss RS. Trying to understand close relationships. W: Fine MA, Harvey JH, red. *Handbook of divorce and relationship dissolution.* Mahwah, NJ: Erlbaum; 2006, s. 605–611.
19. Janusz B. Antycypowana utrata: przekształcanie więzi z osobą bliską w sytuacji zaawansowanej choroby. *Medycyna Paliatywna w Praktyce.* 2016; 10(3): 119–125.
20. Emery RE, Dillon P. Conceptualizing the divorce process: Renegotiating boundaries of intimacy and power in the divorced family system. *Fam. Relat.* 1994; 43(4): 374–379. DOI: 10.2307/585367
21. Janusz B. Małżeństwo z psychozą — perspektywa utraty. W: de Barbaro B, red. *Konteksty psychiatrii.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014, s. 109–120.
22. Janusz B, Sitek EJ. Żałoba za życia: przeżywanie niejednoznacznej utraty w kontekście choroby otępiennej u najbliższej osoby. W: Zych AA, red. *Starość w drodze... Wybór materiałów.* Katowice: Wydawnictwo Śląsk; 2020, s. 17–35.
23. Bouchal SR, Rallison L, Moules NJ, Sinclair S. Holding on and letting go: families' experiences of anticipatory mourning in terminal cancer. *OMEGA.* 2015; 72(1): 42–68. DOI: 10.1177/0030222815574700.
24. Doka K. *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice.* Champaign, IL: Research Press; 2002.

25. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. New York: Brunner-Routledge; 2004.
26. Neimeyer R, Jordan J. *Disenfranchisement as empathic failure: grief therapy and the co-construction of meaning*. W: Doka KJ, red. *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press; 2002, s. 95–118.
27. Mohr D, Moran PJ, Kohn C, Hart S, Armstrong K, Dias R i wsp. *Couples therapy at the end of life*. *Psycho-Oncology* 2003; 12: 620–627. DOI: 10.1002/pon.746.
28. Klass D, Silverman PR, Nickman SL. *Continuing bonds. new understandings of grief*. Nowy Jork: Routledge Taylor & Francis Group; 1996.
29. Bernau JA. *The institutionalization of Kübler-Ross's five-stage model of death and dying*. *Omega*. 2024; 90(1): 120–142. DOI: 10.1177/00302228221098893.
30. Stroebe M, Schut H. *The dual process model of coping with bereavement: rationale and description*. *Death Studies* 1999; 23: 1–28.
31. Eckermann JP. *Conversations with Goethe*. Londyn: Penguin Books; 2002.

Adres: [bernadetta.janusz@uj.edu.pl](mailto:bernadetta.janusz@uj.edu.pl)