

Bernadetta Janusz

Zakład Terapii Rodzin, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Antycypowana utrata: przekształcanie więzi z osobą bliską w sytuacji zaawansowanej choroby

Anticipatory loss: transformation of a bond with a close one in a situation of incurable illness

Streszczenie

W artykule przedstawiono możliwość pracy klinicznej z rodzinami i parami w sytuacji nieuleczalnej choroby jednego z jej członków. W tekście odniesiono się zarówno do teorii więzi, jak i do pojęcia antycypowanej utraty, celem opisu charakterystycznych, rodzinnych interakcji w tym szczególnym okresie życia. Przedstawiono przykłady pracy z czterema rodzinami, które zgłosiły się na konsultację w sytuacji nieuleczalnej choroby jednej z osób, zwrócono uwagę na kluczowe elementy terapii rodzin w kontekście antycypowanej utraty. Przytoczone doświadczenia kliniczne wskazują, że otwarcie rodziny na rozmowy o swoich relacjach i nierozwiązanych sprawach w sytuacji zaawansowanej choroby daje szansę niektórym rodzinom na przeżywanie bliskiej więzi w okresie poprzedzającym śmierć osoby bliskiej. Konsultacje rodzinne w sytuacji zaawansowanej choroby wspierają przekształcanie więzi w kierunku przeżywania jej w kategoriach psychologicznych i duchowych.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 3: 119–125

Słowa kluczowe: choroba nieuleczalna, terapia rodzin, antycypowany smutek, antycypowana żałoba, teoria więzi

Abstract

A paper describes the possibility of clinical work with families and couples in a situation of one spouse's incurable illness. There are references to bond theory and the anticipatory loss in order to describe phenomena that are characteristic to family interactions in this particular period of family life. Four examples of families were depicted who came to consultation in a situation of incurable illness of one member of the family paying attention to key aspects of therapeutic work in the context of anticipatory grief. Clinical experiences that were described indicate that family openness to talk about relationships and unresolved matters in a situation of advanced illness can give an opportunity for experiencing close emotional bond before the patient's death. Family consultations in a situation of advanced illness support transforming of the bond into experiencing it in psychological and spiritual categories.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 3: 119–125

Key words: Incurable illness, family therapy, anticipatory grief, anticipatory mourning, attachment bond theory

Adres do korespondencji: dr Bernadetta Janusz

Zakład Terapii Rodzin, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

ul. Kopernika 21 A, 31–501 Kraków

tel. 609 235 588

e-mail: bernadetta.janusz@uj.edu.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2016; 10, 3, 119–125

Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

Wstęp

Perspektywa śmierci stanowi jedno z największych zagrożeń dla więzi pomiędzy bliskimi osobami. Rozpoznanie nieuleczalnej choroby najczęściej oznacza zakończenie w bliskiej perspektywie czasowej więzi fizycznej, co — między innymi — uruchamia lęk o charakterze separacyjnym. Jednocześnie, w tym ostatnim okresie kontakt fizyczny z osobą chorującą może stać się szczególnie intensywny poprzez to, że ciało pacjenta staje się obiektem szczególnej troski bliskich. Jednak równocześnie różne aspekty kontaktu z ciałem chorego mogą budzić przerażenie, co niekiedy znacząco utrudnia bycie razem. Współcześnie perspektywa więzi [16] staje się jednym z wiodących paradygmatów, który nie tylko opisuje proces żałoby po śmierci osoby bliskiej, ale również zmiany we wzajemnych relacjach po rozpoznaniu nieuleczalnej choroby. Wytworzone we wczesnej relacji opiekun – małe dziecko przywiązanie stanowi matrycę późniejszych sposobów nawiązywania więzi, które mogą mieć charakter bezpieczny: ufny albo wysycony lękiem. Zagrożająca życiu choroba osoby bliskiej stanowi przede wszystkim ryzyko przerwania więzi fizycznej. Nadzieja na szansę przekształcenia więzi fizycznej w więź psychologiczną, czy duchową, daje możliwość złagodzenia bólu po utracie osoby bliskiej, ale również pozwala na swoisty kontakt z przeszłością, które pozostawiło zarówno życie zmarłego, jak i osobisty kontakt z nim. Rozpoznanie nieuleczalnej choroby w rodzinie może zarówno stymulować pogłębianie istniejących więzi między bliskimi osobami, jak i skłaniać do unikania kontaktu. Z perspektywy teorii więzi ten pierwszy typ reakcji dotyczy raczej osób z bezpiecznym typem więzi, w drugim — raczej osób przywiązanych w sposób lękowo-unikający [13].

Prezentowane poniżej opisy czterech rodzin, które zgłosiły się na konsultacje, obrazują, że zmiany we wzajemnych relacjach i towarzyszące im przekształcanie więzi dokonują się nie tylko po śmierci, ale proces ten może się już rozpocząć po rozpoznaniu choroby zagrażającej życiu. Jak już wspomniano, nieuleczalna choroba jest sytuacją, w której aktywowane są wczesnodziecięce strategie regulowania emocji, gdyż zagrożenie śmiercią osoby bliskiej ożywia lęk przed separacją z obiektem przywiązania. Rozpoznanie nieuleczalnej choroby na poziomie rodzinnym może być rozumiane jako stopniowa zmiana relacji, związana z antycypowaną utratą zdrowia, sprawności, a w końcu życia. Po ustaleniu rozpoznania krewni nie tylko stopniowo wchodzi w rolę opiekunów, których zadania zmieniają się w zależności od stadium choroby, ale również dochodzi do przekształceń i zmian we wzajemnych relacjach. Często rodzina zbliża się do

siebie, ale czasami dawne żale i nieporozumienia wybuchają na nowo, co utrudnia bycie blisko w relacjach z pacjentem. Jednak przede wszystkim każdy z członków rodziny doświadcza własnej emocjonalnej reakcji związanej z potencjalną utratą. Zjawisko to opisuje pojęcie antycypowanego żalu (*anticipatory grief*), który według niektórych badaczy spełnia funkcję ochraniającą, daje bowiem czas do przygotowania się na emocje, które nadejdą później [15]. Inni badacze [11] są skłonni używać raczej pojęcia antycypowanej żałoby (*anticipatory mourning*), włączając takie zjawiska, jak strategie radzenia sobie, zmiany w interakcjach czy przekształcenia psychospołeczne, które zaczynają się wraz z rozpoznaniem choroby. Badania Bouchal i wsp. [1] wykazały, że kluczowym, przeżywanym przez rodziny nieuleczalnie chorych napięciem jest wewnętrzny konflikt określany jako „trzymać i pozwolić odejść” (*holding on and letting go*). Cytowane badania wskazują również, iż intensywne odczuwanie antycypacyjnego smutku ma swoje nasilenie po raz pierwszy w czasie rozpoznania, drugi raz, gdy choroba znacznie postępuje i następuje okres zbliżania się do śmierci i po raz trzeci w pierwszych tygodniach po śmierci. W drugim okresie choroby smutek jest zazwyczaj ukryty za zasłoną opieki i doraźnych zadań. Pojawia się on u krewnych jedynie w krótkich, intymnych momentach, kiedy potrzeby osoby chorej są zaspokojone. Pojęcie antycypacyjnego smutku wiąże się, według Rando [11], z wieloma utratami związanymi z chorobą nieuleczalną, jednakże nie oznacza to wygaszania więzi w czasie od rozpoznania choroby do śmierci, a raczej jej stopniowe przekształcenie w więź o charakterze duchowo-psychologicznym. Obecnie antycypowany smutek jest rozumiany jako emocjonalna reakcja na rozpoznanie i jego konsekwencje, a pojęciem antycypowanej żałoby określa się zarówno intrapsychiczne, jak i relacyjne zmagania z doświadczaniem różnorodnych utrat w związku z chorobą nieuleczalną [1, 12]. A zatem, antycypacyjny smutek stanowi doświadczanie przez członków rodziny i samego pacjenta szeregu doznań płynących z wewnątrz, czyli intrapsychicznych, a antycypacyjna żałoba oznacza różne, w tym zadaniowe, sposoby radzenia sobie ze smutkiem do czasu nadejścia śmierci.

Poniżej opisano przypadki czterech rodzin, które w okresie antycypowanej żałoby zgłosiły się lub zostały skierowane do terapeuty rodzinnego, aby rozmawiać o niepokojach i problemach, które pojawiły się w ich życiu po rozpoznaniu nieuleczalnej choroby.

Doświadczenia kliniczne

Rodziny zgłaszające się lub kierowane na konsultacje rodzinną w sytuacji nieuleczalnej choroby jednej

z osób zwykle wskazują na jeden problem, który wymaga poradnictwa psychologicznego bądź psychoneurologicznego. Czasami jednak mogą one wносить nawarstwione przez lata konflikty i nieporozumienia, które albo na nowo ożyły po rozpoznaniu choroby, albo sytuacja choroby nieuleczalnej sprowokowała rodzinę do podjęcia próby rozwiązania konfliktów czy załatwienia „starych spraw”. Opisane rodziny albo od razu wniosły problem zakłócenia we wzajemnych relacjach, albo został on rozpoznany w trakcie kolejnych konsultacji.

Rodzinę A do terapii zgłosił mąż. U jego żony stwierdzono wówczas rozсія choroby nowotworowej¹. Głównym problemem mężczyzny było to, że nie wiedział, jak powiedzieć dzieciom o tym, że matka jest chora, dlatego przyszedł z dziećmi na pierwsze spotkanie. Przeprowadzone dwie konsultacje pozwoliły ustalić, że dzieci mają wystarczające wsparcie, a niewyjaśnione sprawy, budzące napięcie, istnieją głównie w relacji między małżonkami. W związku z powyższym z dalszych spotkań zostały wyłączone dzieci. Kolejne konsultacje ujawniły różnice między małżonkami dotyczące otwartego mówienia o różnych sprawach (finansowych, konsekwencjach choroby) oraz aktywnych *versus* emocjonalnych strategiach działania (szukanie rozwiązań *versus* modlitwa i wsparcie). Małżonkowie mieli ze sobą bardzo bliską relację, często fizycznie ze sobą przebywali, jednakże cechowała się ona również lękiem, co powodowało, że nie potrafili razem omawiać trudnych tematów. Problem ten szczególnie dotyczył żony. To z kolei powodowało, że mąż w niektórych sytuacjach czuł się osamotniony i trudno było mu rozmawiać wprost o sprawach związanych z leczeniem.

Na pierwszej konsultacji rodziny B pojawili się matka i syn, a młodsza córka i chory ojciec byli nieobecni. Zgłoszenie miało miejsce tuż po pogorszeniu stanu zdrowia ojca, który chorował na nowotwór niedający szans na długie przeżycie. Rodzinę na konsultację zgłosiła matka, twierdząc, że chce pomóc dzieciom w poradzeniu sobie z tą sytuacją. Na pierwszym spotkaniu uwagę terapeutki zwróciła deklaracja matki dotycząca tego, że ona sama świetnie sobie radzi oraz przekonanie syna, że ojciec może całkowicie wyzdrowieć. Na sesji konsultacyjnej panowało duże napięcie, trudno było ustalić, co dla kogo stanowi problem. Sesja zakończyła się przekonaniem terapeutki, że rodzina uruchomiła silne mechanizmy obronne o charakterze zaprzeczania, ale jednocześnie samo przyjście stanowiło sygnał, że potrzebują pomocy. Na kolejnych konsultacjach ustalono, że w sytuacji choroby ojca zarówno syn, jak

i córka zareagowali w sposób lękowy. Córka zamykała się w swoim pokoju i w swoim świecie, ograniczyła kontakty ze wszystkimi członkami rodziny. Syn radził sobie z lękiem poprzez krytykowanie decyzji matki i częściowe odcinanie się od chorego ojca. Pomimo tego, że młodsza córka nie wyrażała ochoty na udział w spotkaniach, zdecydowano o tym, że będą one kontynuowane z matką i starszym synem.

Rodzina C została skierowana na terapię pary przez ośrodek pomagający chorym na nowotwory. Pacjentką była żona, która wykazywała większą motywację do przychodzenia na spotkania, chciała na nich rozmawiać o relacji małżeńskiej, która poprawiła się na krótko po ustaleniu rozpoznania, ale uległa pogorszeniu, kiedy pojawiły się przerzuty. Problemem dla niej było to, że mąż prawie przestał z nią rozmawiać. Tę skargę mąż komentował na kilka sposobów. Po pierwsze, wskazywał na to, że zawsze w relacji małżeńskiej było źle, a zatem dlaczego teraz ma być dobrze. Po drugie, mówił, że chowa się, ponieważ żona ciągle czegoś od niego chce, a wreszcie — na jednym z kolejnych spotkań — wyznał, że nie ma już o czym rozmawiać, jeżeli i tak stracili nadzieję na wyleczenie. W przypadku pary C zakłócenia we wzajemnej relacji istniały niemalże od początku związku: mąż radził sobie z lękiem i złością poprzez unikanie kontaktu, a żona przez próby kontrolowania męża. Lęk wywołany myślą o tym, że żona może umrzeć, spowodował, że mężczyzna zareagował według podobnego wzorca, czyli całkowicie odciął się od żony.

Rodzina D została zgłoszona przez dorosłego syna w związku z rozpoznaniem nieuleczalnej choroby u jego ojca. Głównym motywem było to, że najstarszy brat od kilku lat nie rozmawiał z ojcem w związku z przemocą, której doznał od niego w dzieciństwie. Na pierwszym spotkaniu bardzo poruszony ojciec powiedział, że w związku z chorobą bardzo mu zależy, aby zrozumieć, jakim był ojcem, co otworzyło rozmowy całej rodziny o ich wspólnej przeszłości. W rodzinie D poza diadą ojciec–najstarszy syn panowały bliskie relacje — bardzo wyraźnie było to, że pozostali członkowie rodziny są otwarci na szukanie porozumienia i przebaczenia.

Przytoczone przykłady wyraźnie obrazują znalezienie się opisanych rodzin w sytuacji przejściowej. Można uznać, że znajdowały się one w fazie antycypowanego smutku i żałoby, co wyzwoliło w nich chęć uporządkowania niezakończonych spraw. Ich zgłoszenie się na rodzinną konsultację było motywowane wzrostem napięcia i lęku, czego przykładem była rodzina B, gdzie dzieci zarówno zaczęły unikać ojca, jak i weszły w konflikt z matką. Podobnie w rodzinie A otwarta komunikacja stała się bardzo trudna. W rodzinach C i D przyjście na terapię stanowiło próbę przedyskuto-

¹Celem zachowania poufności szczegóły zostały utrzymane na poziomie ogólnym

wania niektórych ról rodzinnych (zbudowanie relacji mąż–żona w rodzinie C) oraz zrozumienia lub naprawy wzajemnych relacji (przywrócenie kontaktu ojciec–syn w rodzinie D). Wyniki badań wskazują, że rodziny pacjentów po rozpoznaniu nieuleczalnej choroby wchodzi w swoisty okres przejściowy, doświadczają one wówczas stresu, który może wywoływać depresję i lęk u poszczególnych osób [10]. Jednak niektóre z rodzin są również w stanie otworzyć się na doświadczenie przemiany egzystencjalnej, prowadzącej do większego niż dotąd poczucia sensu i celu [6].

Nieprzewidywalność i niepewność: ryzyko zranień w obrębie więzi

Rozpoznanie i leczenie zagrażającej życiu choroby nowotworowej jest również rozumiane jako wyłączenie z dotychczasowego stanu przewidywalności na rzecz niepewności, podatności na zranienie i nieprzewidywalności [3]. Obejmuje to przede wszystkim niepewność i ambiwalencję w stosunku do dotychczasowych ról życiowych oraz zależność od personelu medycznego. We wszystkich opisanych rodzinach pojawiło się ryzyko wzajemnych zranień: w rodzinie A mąż czuł się zostawiony sam sobie w swoich staraniach poszukiwania jak najlepszej metody leczenia żony, żona z kolei czuła się dotknięta tym, że mąż porusza tematy, o których ona nie chce rozmawiać. W rodzinie B istniało ryzyko odcięcia się dzieci od chorującego ojca, co skazywałoby je na poczucie winy. W rodzinie C doszło do faktycznego odsunięcia się męża od żony, co było pogłębieniem stanu, który od wielu lat istniał w małżeństwie. W rodzinie D dodatkowe potencjalne zranienie było związane z możliwą śmiercią ojca bez pojednania z najstarszym synem.

Praca terapeutyczna z rodzinami: dalszy przebieg

Przykładem zwrócenia się w kierunku nowych obszarów był dalszy przebieg spotkań w rodzinie A. Jak już wspomniano powyżej, przekształciły się one w terapię pary, bowiem problematyczne okazały się głównie sprawy między małżonkami, którym trudno było uzgadniać aktualne priorytety życiowe w związku z chorobą żony, przede wszystkim starającej się szukać duchowego wsparcia: *Jestem na etapie przejścia z poczwarki w motyla (płacze). Nie zdawałam sobie sprawy, że ta choroba może wnieść coś tak pięknego, że można cieszyć się odgłosem stóp dziecka schodzącego po schodach.* W odpowiedzi na to mąż wprowadzał wątek samotnego, zadaniowego działania w celu szukania nowych metod leczenia i monitorowania przebiegu choroby żony, co od-

zwierciedlało dotychczasowy podział ról w rodzinie. Żona jednak nie chciała poruszać proponowanych przez niego tematów rozmów, bowiem wywoływało to w niej niepokój. Tego rodzaju wymiany ilustrują jej słowa wypowiedziane na tej samej sesji: *Może to ma związek z tą chemioterapią, nie chcę myśleć, czy jutro będę się źle czuła, nie wiem, czy do dnia jutrzejszego doczekam, chcę się cieszyć tym, że dziś jest taki dzień, że tu przyjechałam z taką radością, bo jechałam bez bólu.* W takich sytuacjach mąż wycofywał się, mając poczucie, że nie może się z żoną porozumieć. Terapeuci, celem obniżenia napięcia pacjentki, starali się pozytywnie przeformułować to, że żona nie angażuje się w bieżące decyzje, komentując to na przykład w ten sposób: *Wolę Pani (Panu) to powierzyć.* Kluczowe okazało się jednak wprowadzenie tematu niepewności czy niewiadomej przyszłości (postęp choroby): *Nie wiadomo, czy to jest ten moment, abyście Państwo mogli martwić się wspólnie, nie wiadomo, jak Pani najlepiej może wejść w to, co Panią jutro czeka, z tego względu spieracie się Państwo o to, co jest teraz najważniejsze i na czym należy się skupić.* Wprowadzenie tematu niewiadomej związanej z przyszłością umożliwiło rodzinie A wspólną rozmowę o tym, że ważny jest zarówno kontekst duchowy, jak i podejmowanie konkretnych decyzji odnośnie choroby i leczenia.

W rodzinie B kulminacja napięcia miała miejsce, kiedy syn — po pogorszeniu się stanu zdrowia ojca — miał gwałtowny wybuch emocji, podczas którego stwierdził, że ojca należy oddać do hospicjum. Uważał on, że rodzina nie wytrzyma opieki nad ojcem, szczególnie dotyczyło to matki, która była — według niego — najbardziej wyczerpana. Zarówno matka, jak i siostra nie zgadzały się na tę propozycję, co powodowało, że syn oddalał się od domu, mało w nim przebywał, a jednocześnie miał poczucie winy. Terapeutka w rozmowie z rodziną pozytywnie przeformułowała spór, podkreślając, że matka z siostrą reprezentują pragnienie, aby rodzina jak najdłużej przebywała razem, z kolei syn wnosi bardzo ważne zagadnienie ryzyka wyczerpania się zasobów rodziny w trakcie opieki nad ojcem. Po obniżeniu napięcia poprzez interwencje uznające wagę każdej z perspektyw, syn przyznał, że nie wytrzymuje, gdy widzi, jak ojciec się zmienił i z tego powodu wolałby, aby przebywał w hospicjum. Terapeutka uznała, że syn nie pogodził się z tymi zmianami w funkcjonowaniu ojca, które wynikały z postępu choroby i w związku z tym nie może zaakceptować jego obecnego stanu. A zatem tym, co wydawało się ważne z perspektywy psychologicznej, było przeżycie żałoby po stracie zdrowego ojca takiego, jakim był kiedyś. W dalszej rozmowie podkreślono, że dopiero pogodzenie się z tą stratą umożliwi synowi bycie blisko z ojcem takim, jaki jest

teraz. Dopiero, gdy syn zaczął bardziej akceptować ojca w jego aktualnym stanie, matka miała szansę otwarcie opowiedzieć o swoim obciążeniu.

Istniejący dotąd rozłam w rodzinie C został zintensyfikowany po zachorowaniu żony, która czuła się wykluczona w zakresie planowania wspólnej przyszłości. Mąż nie zaprzeczał temu. Uważał, że znalazł się z dziećmi w takiej sytuacji, w której być może bez żony musi planować dalszą przyszłość. Jednocześnie przyznawał, że w małżeństwie zawsze było źle i nie miał nadziei na to, że coś się może zmienić. Żona pod wpływem pytań terapeuty zgadzała się z tym, że próbowała w związku narzucać swoje zdanie. W trakcie spotkań szukano rozumienia autorytarnych zachowań żony, która tłumaczyła je tym, że czuła się opuszczona na rzecz matki męża. Terapeutyczne interwencje kierowane do męża podkreślały, że tak bardzo nie może on znieść niepewności związanej z postępem choroby, że woli myśleć o czasie przyszłym, o konkretnych, o wychowywaniu dzieci. Próbowano również pomóc mężowi zbliżyć się do perspektywy żony, dla której z kolei ważny jest czas, w którym żyją teraz. Gdy mąż próbował odpowiadać na potrzeby żony, ona w odpowiedzi deklarowała, że chciałaby spróbować zmienić siebie, niezależnie od tego, jak długo będzie żyła. Istniejące napięcie w rodzinie C może być opisane, za Rando [12], jako walka trzech zmagających się ze sobą w tym okresie przeciwstawnych reakcji rodziny. Pierwszą z tych reakcji jest pragnienie bycia ze sobą „tu i teraz” wyrażające się poprzez ochronę i opiekę, co w rodzinie C było potrzebą żony. Drugą reakcją stanowi tęsknota za tym, kim wcześniej była ta osoba, czy też za wspólną przeszłością. W rodzinie C była to wyrażana przez żonę tęsknota za przeszłymi, dobrymi momentami w związku, ale też za tym, co nie zaistniało. I wreszcie trzecią reakcją jest równoległe planowanie życia w przyszłości, po śmierci osoby bliskiej, co było artykułowane przez męża poprzez konkretne, niezgadniane z żoną działania i plany.

Jak wspomniano wyżej, w rodzinie D, w której zidentyfikowano zarówno istnienie bliskiej więzi, jak i zranień z przeszłości, udało się doprowadzić do pojednania. W trakcie kilku spotkań dzieci powiedziały ojcu o swoich zranieniach, a on sam był w stanie tego słuchać. Rolą terapeutów w tej sytuacji było dbanie, aby nie doszło do nadmiernego zranienia, a także aby dzieci mogły zrozumieć ograniczenia i emocjonalne uwarunkowania ojca związane z tym, jakim był w stanie być ojcem, a jakim nie był. W trakcie spotkań omawiana była również rola matki, która wycofywała się z relacji rodzic–dziecko, co umożliwiło rodzinie zrozumienie wspólnej przeszłości w sposób bardziej złożony, niż się to na początku wydawało. Po śmierci ojca spotkania były jeszcze krótko kontynuowane.

Opisane przykłady ilustrują niektóre ryzyka potencjalnych zranień w obrębie więzi, które mogą wystąpić w sytuacji rozpoznania nieuleczalnej choroby. Z badań Smith i Massey [13] wynika, że jeżeli zdrowy partner przytłoczony opieką i obowiązkami nie doświadcza wdzięczności ani wsparcia, wówczas emocjonalnie wycofuje się z relacji. Kiedy tego rodzaju sytuacja nie zostanie przerwana, może dalej postępować: chory bowiem wyczuwa gorycz i urazę, kiedy zwraca się do zdrowego partnera. Z systemowego punktu widzenia taki rodzaj interakcji można opisać jako symetryczną eskalację we wzajemnej relacji, która może prowadzić do odcięcia, poczucia bycia opuszczonym, poczucia winy. Wyniki badań Johnsons [5] ilustrują również tego rodzaju zależności: chory partner, tak jak to miało miejsce w opisywanej rodzinie A, często wycofuje się z decyzji odnośnie leczenia, czy zadań codziennego życia, z powodu poczucia niekompetencji i bezradności. W odpowiedzi na to zdrowy partner przeżywa złość, którą z perspektywy teorii więzi można rozumieć jako wtórną emocję maskującą jego rzeczywisty lęk i niepewność. Przerwanie reakcji długotrwałej złości i wycofanie wydaje się kluczowe, bowiem tego rodzaju wtórne emocje niosą ryzyko wystąpienia zranień w tym ostatnim okresie życia pary. W niektórych parach złość i wycofanie maskuje również temat śmierci, który w zależności od możliwości psychologicznych i siły mechanizmów obronnych może być bardziej lub mniej otwierany.

Temat śmierci

W rodzinie A, w trakcie jednego z kolejnych spotkań pary, mąż poruszył temat strategii działania w sytuacji, kiedy leczenie nie przyniesie skutku, a stan żony dalej się pogorszy. Żona zareagowała na to płaczem i złością. Mąż zapytany o komentarz odpowiedział: *Poruszyłem temat, którego nie powinienem dziś poruszyć, czasem to się zaczyna od zwykłej rozmowy, a kończy się tym płaczem, bo zabrnęliśmy gdzieś tam za daleko. W takie miejsce, gdzie żona nie wytrzyma. Ja przyjąłem taką strategię, że omijam rozmowy i uciekam od tego, bo wiem, że zacznie się rozmowa o pogodzie, a skończy na burzy.* W odpowiedzi na to terapeutka podjęła wątek „burzy”, czyli tego, na ile para może wytrzymać emocjonalne poruszenie i być w stanie rozmawiać o tego rodzaju tematach. Wskazała również na to, że wycofywanie się może generować lęk, a podjęcie tematu, który wywoła napięcie, nie musi prowadzić do zerwania rozmowy, ale może dać doświadczenie poradzenia sobie z tym, co trudne: *Być może to jest tak, że jak już Państwo raz wejdziecie w dziurę w moście... to wtedy nie będzie takiego lęku, żeby w to znowu nie wpaść. Bo już będziecie mieli doświadczenie, że w takie napięcia*

się wpada, ale też z nich można wyjść. W takich jak opisana wyżej sytuacjach prawdziwym wyzwaniem dla terapeuty staje się pomaganie w prowadzeniu rozmów dotyczących śmierci, co w szczególności oznacza osłabienie unikania, jak również otwieranie tego tematu bez naciskania i zmuszania. Jakkolwiek terapeuta powinien uznać brak gotowości na otwarcie tematu śmierci, szczególnie jeżeli dotyczy to chorego partnera. Te pary, którym jednak udaje się o tym porozmawiać, mają szansę na ponowne odzyskanie wzajemnej swobodnej wymiany myśli i uczuć, co często automatycznie zostaje zachwiane poprzez rozpoznanie nieuleczalnej choroby. Podjęcie tego tematu daje szansę zarówno na zmniejszenie obciążenia partnera poprzez zaangażowanie pacjenta, jak i na wskazywane przez badania Mohr i wsp. [9] otwarcie się na wspólne rozmowy dotyczące przyszłości dzieci i powrót pary do romantycznych uczuć. W rodzinie A miesiąc po śmierci żony mąż w następujący sposób odniósł się do podjętego tematu śmierci: ... *wydaje mi się, że plusem tej sytuacji było te 7 miesięcy, śmierć była od początku, myśmy to wymazali z pamięci, ale jednak ona była. To przyzwyczajanie, że żona jest chora, że ona może umrzeć, my jej nie damy, ale ona może umrzeć, na pewno pod koniec zaowocowało tym, że nam było łatwiej, że jakoś żeśmy tak przeszli przez to, że zaczęliśmy iść, bo droga przed nami....*

Temat możliwej śmierci męża i ojca w rodzinie B został wniesiony po kilku spotkaniach przez matkę, która ujawniła lęk dotyczący tego, że dzieci mogą sobie nie poradzić z tym faktem, tak jak starszy syn nie poradził sobie z pogorszeniem jego zdrowia. Starszy syn nie od razu był w stanie swobodnie o tym mówić, ale wątek ten pojawił się w trakcie kolejnych spotkań, co umożliwiło synowi przeżywanie aktualnej więzi z ojcem w sposób mniej unikający i lękowy.

Temat śmierci żony w rodzinie C był wnoszony przez męża od początku spotkań, jako argument na to, że nie ma już o czym rozmawiać i wszystko się skończyło. Żona dyskutowała z tą wizją — dla niej choroba oznaczała walkę, nie tylko o swoje zdrowie, ale również o jakość życia. Spowodowało to, że wątek możliwej śmierci żony, jak wiele innych w związku, również podzielił małżonków, czego ostatecznie nie udało się przezwyciężyć w trakcie spotkań terapeutycznych.

W rodzinie D temat śmierci ojca był od początku otwarcie wnoszony jako element, który motywował całą rodzinę do przywrócenia kontaktu między ojcem a jednym z synów. W tym wypadku presja niewielkiej ilości czasu, który pozostał, wyzwoliła w rodzinie potencjał do pracy nad tym, aby kontakt został na nowo przywrócony. Było to jednak możliwe dlatego, że w rodzinie, niezależnie od zranień z dzieciństwa, istniały stosunkowo bliskie więzi.

Podsumowanie

Podsumowując, można stwierdzić, że w większości przypadków rozpoznanie nieuleczalnej choroby i perspektywa śmierci początkowo wywołuje reakcje unikania, czasami emocjonalne zamknięcie, które jest tym silniejsze, im bardziej dana osoba ma lękowy lub lękowo-unikający sposób przeżywania więzi. W niektórych wypadkach udaje się jednak przezwyciężyć ten rodzaj lęku i unikania, co miało miejsce u żony z rodziny A czy syna z rodziny B. Nie udało się to jednak w wypadku męża z rodziny C, który na postęp choroby żony zareagował jeszcze większym wycofaniem się z relacji. Nie do przecenienia jest również rola innych członków rodziny, tak jak w rodzinie D, w której zarówno ojciec, jak i najstarszy syn byli wspierani, aby na nowo nawiązać ze sobą kontakt.

Przytoczone wyżej cztery przykłady kliniczne pokazują, że stan antycypowanej utraty zarówno ożywił „niezałatwione sprawy” i konflikty, jak i wyzwolił potencjał do podjęcia ważnych relacyjnych i rozwojowych kroków. Należy jednak podkreślić, że w większym stopniu dotyczyło to osób, które wyjściowo miały większe możliwości wchodzenia w bliskie bezpieczne relacje². Najłatwiej było pomóc tym rodzinom, których członkowie mieli od początku możliwość budowania bliskiej, bezpiecznej więzi. Tego rodzaju zasoby zostały bowiem jedynie czasowo zachwiane poprzez niepogodzenie się z chorobą czy chęć zatrzymania bliskiej osoby.

Niewątpliwie opisane rodziny potrzebowały, aby pewne tematy zostały na nowo podjęte czy uporządkowane, jak na przykład możliwość otwartej rozmowy w rodzinie A, przywrócenia zerwanego kontaktu między synem a ojcem w rodzinach B i D czy chęć żony, aby uratować ostatni czas nieudanego, małżeńskiego życia w rodzinie C. Podjęcie lub częściowe rozwiązanie tych spraw umożliwiło rodzinom A i D przygotowanie się na pożegnanie i odejście bliskich³. Podobne zjawisko ilustrują badania obrazujące, że pozwolenie na odejście jest poprzedzone potrzebą intensyfikacji emocjonalnej więzi oraz świadomością, że zostało zrobione tyle, ile było możliwe w zakresie leczenia i opieki nad pacjentem [7].

Opisane w artykule przykłady kliniczne świadczą o tym, że zjawisko antycypowanego smutku i żałoby może być wyrażone poprzez różnorodne zachowania, takie jak intensywna opieka, zaradność czy też pragnienie rozwiązania problemów z przeszłości. Nie jest to bowiem utrata, którą można przeżywać wprost

²Córka z rodziny B nie otworzyła się na kontakt z ojcem, a mąż z rodziny C nie był w stanie zbliżyć się do żony

³W tych rodzinach terapeuci towarzyszyli rodzinom również po śmierci pacjentów, a w rodzinach B i C także przez kilka późniejszych miesięcy

i otwarcie, zwłaszcza, że świadomość nadchodzącej straty bardzo często łączy się z nadzieją. Nie jest to również utrata społecznie sankcjonowana ani otwarcie uznawana, czy też podlegająca publicznej żałobie [2]. Dla klinicystów istotne jest rozumienie antycypacyjnego smutku i żałoby jako stanów psychicznych i działań, które nie tylko przygotowują daną osobę na pożegnanie, ale przede wszystkim dają możliwość otwarcia się na przeżywanie nowego rodzaju więzi [1].

W przypadku kontaktu z rodzinami w tej fazie życia ważnym zadaniem staje się z jednej strony uznanie i znormalizowanie rodzinnych sposobów adaptacji do zaistniałej sytuacji, a z drugiej — widzenie granic ich użyteczności. Przytoczone wyżej zachowania, takie jak napięte milczenie w rodzinie A, przekonanie, że albo ojciec całkowicie się wyleczy, albo należy oddać go do hospicjum w rodzinie B, czy też planowanie życia w przyszłości i odwrócenie się męża od „tu i teraz” w rodzinie C, były sytuacjami, które niosły duże ryzyko zranień w obrębie wzajemnej więzi, stąd zdecydowano się na terapeutyczną interwencję.

Przytoczone przykłady kliniczne pozwalają stwierdzić, iż antycypowana utrata wzbudza lęk o charakterze separacyjnym. Będąc odpowiedzią na ten rodzaj lęku pragnienie zintensyfikowania emocjonalnej więzi pojawiło się wyraźnie w wypadku tych osób, które miały większą możliwość wchodzenia w bezpieczne, intymne relacje z innymi. W wypadku osób o bardziej lękowych typach nawiązywania więzi obserwowano raczej reakcje odcięcia, unikania czy też długotrwałego konfliktu.

Do interwencji terapeutycznych, które okazują się użyteczne w takich, jak opisane wyżej przypadkach, można zaliczyć:

1. Pozytywne przeformułowanie reakcji unikania i odcinania się również tych członków rodziny, którzy nie decydują się na kontakt z terapeutą, co obniża lęk i daje szansę na większe zrozumienie i akceptację tego rodzaju relacji w rodzinie.
2. Normalizację różnych sposobów przeżywania zaistniałej sytuacji celem osłabienia aktualnych konfliktów i dalsze poszukiwanie zrozumienia tych reakcji.
3. Pracę tylko z tymi członkami rodziny, którzy są na to gotowi i tak długo, jak rodzina potrzebuje w zaistniałej sytuacji kryzysowej.
4. Branie pod uwagę potrzeb osoby chorej, w szczególności respektowanie jej możliwości i potrzeb odnośnie rozmów dotyczących ograniczonych możliwości leczenia przyczynowego i śmierci.

Należy również podkreślić, że praca nad zbilansowaniem dotychczasowego życia, omówieniem przeszłych zranień czy emocjonalnym zbliżeniem jest możliwa pod warunkiem otwarcia i gotowości wszyst-

kich uczestników spotkań na jej podjęcie. W takich wypadkach terapeuta powinien uwzględniać możliwości każdej z osób do wchodzenia w bezpieczne, intymne relacje. Gdy się to udaje, istnieje unikalna szansa, aby bardziej intensywnie i w bliższym kontakcie ze sobą przeżywać „czas, który pozostał”, nawet jeżeli w niektórych przypadkach oznacza to podejmowanie tematów budzących napięcie. Tego rodzaju rozmowy są również swoistym przygotowaniem pożegnania. Rozpoczyna się bowiem proces przekształcania więzi w kierunku bardziej psychicznej, czy duchowej, która ma szansę trwać po śmierci osoby chorej.

Piśmiennictwo

1. Bouchal, S.R., Rallison, L., Moules, N.J., & Sinclair, S. Holding On and Letting Go Families' Experiences of Anticipatory Mourning in Terminal Cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying* 2015; 72: 425–685.
2. Doka, K.J. (Ed.). *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice*. Research Press. Champaign 2002.
3. Halliday L.E., Maureen A., Boughton L., Kerridge I. Liminal Reproductive Experiences after Therapies for Hematological Malignancy. *Qualitative Health Research* 2015; 25: 408–416.
4. Hunter, J.J., & Maunder, R.G. Using attachment theory to understand illness behavior. *Gen. Hosp. Psychiatry* 2001; 23: 1775–1825.
5. Johnson, S.M. *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Brunner-Routledge, New York 2004.
6. Kim, Y., Carver, C.S., Schulz, R., Lucette, A., & Cannady, R.S. Finding benefit in bereavement among family cancer caregivers. *Journal of palliative medicine* 2013; 16: 1040S–1047S.
7. Lowey, S.E. Letting go before a death: A concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 2008; 63: 2085–2155.
8. McLean, L.M., & Nissim, R. Marital therapy for couples facing advanced cancer: case review. *Palliative & supportive care* 2007; 5: 303S–313S.
9. Mohr, D.C., Moran, P.J., Kohn i wsp. Couples therapy at end of life. *Psychooncology* 2003; 12: 620S–627S.
10. 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.
11. Rando, T.A. *Loss and anticipatory grief*. Lexington Books. Lexington 1986.
12. Rando, T.A. *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Research Press. Champaign 2000.
13. Smith, R., & Massey, E. Aspects of Love: The Effect of Mortality Salience and Attachment Style on Romantic Beliefs. *OMEGA-Journal of Death and Dying* 2013; 66: 135S–151S.
14. Stroebe, M.S. Paving the way: From early attachment theory to contemporary bereavement research. *Mortality* 2002; 7: 127S–138S.
15. Sweeting, H.N., & Gilhooly, M.L. Anticipatory grief: A review. *Soc. Sci. Med.* 1990; 30: 1073S–1080S.
16. Tie, S., & Poulsen, S. Emotionally focused couple therapy with couples facing terminal illness. *Contemporary Family Therapy* 2013; 35: 557S–567S.