

Oryginalna wersja tekstu ukazała się w *American Journal of Psychotherapy*. 1990; 44, 1: 44-49. Copyright Autor. Tłumaczenie za zgodą autora Jerzy A Sobański, redakcja tekstu Katarzyna Klasa.

Myron F. Weiner

STARSI PSYCHIATRY I ICH PRAKTYKA PSYCHOTERAPEUTYCZNA

OLDER PSYCHIATRISTS AND THEIR PSYCHOTHERAPY PRACTICE

Streszczenie

Piętnastu psychiatrów, którzy wciąż praktykowali w wieku 65 i więcej lat, okazało się być pozytywnie nastawionymi do swojej praktyki i nie wydaje się aby cierpieli na efekty uboczne spowodowane przewlekłym narażeniem na zajmowanie się emocjonalnymi problemami innych ludzi.

Abstract

Fifteen psychiatrists, who were still practicing at the age of 65 or over, were positive in their attitude toward their practice and did not seem to have suffered adverse effects from their prolonged exposure to dealing with the emotional problems of others.

Słowa klucze: starsi psychiatry, psychoterapia, starszy psychoterapeuta

Keywords: older psychiatrists, psychotherapy, older psychotherapist

Wprowadzenie

Wiele razy wykazano, że ludzie głęboko zaangażowani w pracę, kontynuują ją tak długo, jak jest to możliwe, oraz że główną przyczyną dobrowolnego przejścia na emeryturę jest słabe zdrowie [1]. Starzenie i towarzyszące mu okoliczności będą coraz ważniejszymi zmiennymi, ponieważ psychiatry, podobnie jak cała populacja, żyją dłużej i dłużej są aktywni zawodowo.

Starzenie się wiąże się ze zmianami w myśleniu, emocjach, wartościach, relacjach oraz oczywiście w zakresie stanu fizycznego. Te zmiany są bardzo zmienne dla różnych osób [2]. W rzeczy samej, ludzie sześćdziesięcioletni i starsi, są grupą wiekową najbardziej zróżnicowaną pod względem fizjologicznym i psychologicznym. Doświadczają oni rosnącej liczby chorób, często coraz poważniejszych. W grupie tej obecny jest jednak kompensujący potencjał osobistej i zawodowej dojrzałości.

Jest wiele badań dotyczących cyklu życia [3, 4, 5], ale cykl życia psychiatrów zyskał niewiele uwagi, co jest godnym ubolewania pominięciem, szczególnie z uwagi na jego prawdopodobny znaczny wpływ na psychoterapię [6]. Jest nieco badań odnoszących się do młodych psychiatrów oraz psychiatrów w połowie swojej kariery [10]. Doniesienia dotyczące

starszych psychiatrów są zazwyczaj doniesieniami autorów o sobie, pokazującymi jak choroby, na które cierpieli oni lub inni, mogą wpływać na prowadzenie psychoterapii [11, 12, 13].

Eissler [14] sugeruje, że starzenie może zmieniać analityków w jednym z trzech kierunków, zależnie od ogniska ich narcyzmu: 1)Jeżeli narcyzm skoncentrowany jest w superego i ja idealnym, analitycy mogą stać się sztywni, kompulsywni i nietolerancyjni wobec swoich pacjentów, 2)jeżeli koncentruje się w ego, mogą oni oczekiwać podziwu i szacunku od pacjentów, oraz 3)jeżeli narcyzm jest rozdzielony równomiernie i ograniczony przez zmniejszenie konfliktów stymulowanych przez popędy id, analitycy mogą być bardziej tolerancyjni, mieć mniejsze ambicje terapeutyczne, oraz większą akceptację swoich pacjentów jako istot ludzkich. Eissler sugeruje także, że starzenie się zmniejsza tendencję do działania i zwiększa pragnienie wiedzy i wglądu. Jung [15] sugeruje, że praktyka terapeutyczna może być niebezpieczna dla emocjonalnego komfortu terapeuty, że psychoterapeuci mogą być "zatruci" projekcjami, na które są narażeni.

Badaniem wpływu starzenia się na psychoterapeutów na proces psychoterapii poprzez zebranie wywiadów od psychiatrów w wieku 65 lat i starszych, którzy byli wciąż zawodowo aktywni.

Metoda

Jako sposób zbierania danych wybrałem półtoragodzinne wywiady osobiste. Metoda ta wybrana została jako lepsza niż użycie kwestionariusza, ponieważ pozwalała na indywidualne dostosowanie każdego wywiadu, co zapewniało większą współpracę i uzyskanie przez badającego dostępu do szerszego zakresu materiału. Wywiady były przeprowadzane w Dallas w Teksasie i w obszarze Nowego Jorku.

Przeprowadziłem wywiad z 6 z 8 psychiatrów praktykujących w Dallas, którzy mieli 65 i więcej lat. Jeden z badanych, który praktykował w Nowej Anglii został zbadany podczas wizyty w Dallas. Od pozostałych 8 badanych wywiady zostały zebrane w rejonie Nowego Jorku, gdy pracowałem w Katedrze Geriatrii i Rozwoju Dorosłych w Mount Sinai School of Medicine. Badani z obszaru Nowego Jorku byli zaproszeni z pomocą Dra Marvina Steina, poprzedniego kierownika Katedry Psychiatrii w Mount Sinai School of Medicine.

Pierwszy kontakt nawiązałem ze wszystkimi badanymi przez telefon. Wyjaśniłem, że zbieram wywiady od starszych psychiatrów, dotyczące wpływu procesu starzenia na ich praktykę psychoterapeutyczną, że wywiad będzie trwał około 90 minut, oraz że zapewniona zostanie ich anonimowość. Tylko jedna osoba odmówiła wprost. Kilku innych psychiatrów nie było dostępnych w czasie kiedy przeprowadzałem wywiady. Wywiady były prowadzone w domu lub gabinecie badanych, zgodnie z indywidualnymi preferencjami. Schemat wywiadu zaprezentowany jest w tabeli 1. Każdy wywiad był przeprowadzony w swobodny sposób. Nie było możliwe zadanie każdemu badanemu wszystkich pytań, oraz nie wszyscy badani odpowiedzieli na wszystkie pytania, które im zadano. Badani wydawali się być szczerzy, współpracujący, oraz chętni do dzielenia się

swoim doświadczeniem zawodowym, chociaż niektórzy nie życzyli sobie dzielić się w dużym stopniu swoim życiem osobistym.

Wyniki

Przez okres 6 lat (1979-1985), przeprowadziłem wywiady z 15 praktykującymi psychiatrami, którzy mieli 65 i więcej lat. Grupa badana składała się z 13 mężczyzn i 2 kobiet. Mediana ich wieku wynosiła 72,6 lat (zakres 69-77 lat). Większość (11 osób) pozostawała w stanie małżeńskim, trzy osoby były owdowiałe, dwie dwukrotnie. Nikt nie był rozwiedziony. Większość (10 osób) przeszła psychoanalizę, kilkoro z więcej niż jednym analitykiem. W badanej grupie było siedmiu psychiatrów ogólnych, sześciu psychoanalityków i dwóch psychiatrów dziecięcych.

Tabela 1. Pytania Wywiadu

Wiek

Szkolenie zawodowe

Typ praktyki we wczesnym etapie kariery

Typ praktyki obecnie

Rola szkolenia zawodowego w późniejszej praktyce

Stan zdrowia

Zmiana w rodzaju terapii

Jeżeli tak, dlaczego?

Zmiana w liczbie godzin pracy na tydzień

Jeżeli tak, dlaczego?

Zmiana rodzaju przyjmowanych pacjentów

Wiek

Diagnoza

Dynamika

Zmiana w przeniesieniu

Zmiana w przeciwprzeniesieniu

Zmiana w pracy z przeniesieniem lub przeciwprzeniesieniem

Zmiana w chęci udzielania porad

Zmiana w ujawnianiu siebie pacjentom

Radzenie sobie z wydarzeniami z życia osobistego, wpływającymi na terapię

Osobiste troski

Zdrowie

Śmierć

Dwóch spośród badanych zajęło się psychiatrią mając już doświadczenie praktyki w innych dziedzinach medycyny. Liczba godzin pracy w tygodniu wynosiła w badanej grupie od 2-3, do ponad 60; mediana 40 godzin tygodniowo. Dwóch badanych pracowało w instytucjach, pozostali w praktyce prywatnej. Dwanaście osób spośród piętnastu wyraziło chęć rozmowy o swoim zdrowiu fizycznym. Wszyscy oni mieli problemy dotyczące (ale nie ograniczone wyłącznie do) zaburzeń słuchu, wzroku spowodowanych zaćmą i chorobą siatkówki, kłopoty z kręgosłupem, prostatą, cukrzycę, nadciśnienie, chorobę Parkinsona, raka i chorobę wieńcową.

Starzenie często wpływało na prowadzenie psychoterapii przez badanych, podobnie jak szkolenie i doświadczenie zawodowe, natomiast choroba i poważniejsze wydarzenia życiowe wpływały na ich pracę rzadziej i mniej głęboko. Częste były doniesienia o zmniejszającej się energii, pogarszającej się pamięci świeżej, oraz coraz większej trudności w uczeniu się nowych informacji. Terapeuci donosili, że ich pacjenci uzupełniali to, czego oni nie pamiętali z poprzednich sesji. Wybierali także prowadzenie mniej zaburzonych pacjentów. Większość nie spotykała się już z adolescentami czy pacjentami borderline, z powodu trudności w tolerowaniu ich zachowań o charakterze acting out. Z drugiej strony, pacjentki były opisywane jako poszukujące młodych kobiet-terapeutek, nie starszych mężczyzn. Ponadto rzadziej zdarzały się przypadki przysyłania pacjentów przez innych terapeutów. Wraz ze śmiercią lub rezygnacją z praktyki dawnych kolegów, to pacjenci częściej polecali lekarza sobie nawzajem, co czasami powodowało że psychiatrzy leczyli dwie lub trzy generacje tej samej rodziny. Kilku psychiatrów osobiście doświadczyło dyskryminacji ludzi starszych, a także przypominało sobie stronnicze przekonania na temat starszych psychiatrów słyszane wcześniej w swojej karierze. Jeden wspominał, że będąc w trakcie szkolenia zasugerował swojemu kierownikowi skorzystanie w przypadku jednego z pacjentów z superwizji u 75-letniemu superwizora, na co ten odpowiedział "on jest zbyt stary".

Większość badanych lekarzy znajdowała ogromną przyjemność z interakcji z pacjentami i wyczekiwała swojej codziennej pracy. Jeden oświadczył: "Nie ma książek, przedstawień czy filmów tak interesujących, jak pacjenci, których widuję każdego dnia." Większość donosiła, że uczucia przeniesieniowe i przeciwprzeniesieniowe były mniej intensywne, niż gdy byli młodszy. Nie występowały już przeniesienia o charakterze erotycznym. Gniewne, erotyczne i onipotenne przeciwprzeniesienia były mniej częste, tak jak i wizyty pacjentów. Malejąca częstość wizyt pacjentów była czasami wyborem psychiatrów, czasami pacjentów, a czasami wynikała z praktyki instytutu psychoanalitycznego do którego psychiatra przynależał. Gdy analitycy osiągnęli pewien wiek, niektóre instytuty już nie przekazywały im pacjentów do analizy, ale wciąż przekazywały pacjentów do psychoterapii. Zarówno psychoanalitycy, jak i psychiatrzy ogólni zauważyli, że ich pacjenci byli mniej zainteresowani sesjami częściej niż raz w tygodniu. Tylko dwóch psychiatrów

wciąż pracowało z pacjentami szpitalnymi. Niektórzy czuli się komfortowo przepisując leki; inni nie. Kilku próbowało na bieżąco uzupełniać wiedzę. Ogólną tendencją było trzymać się tego, co zostało już opanowane. Zasadniczo terapeuci ci nie mieli tendencji do dawania więcej porad niż robili to wcześniej, chociaż były pewne wyjątki. Niektórzy (mniejszość) byli skłonni do odślaniania siebie bardziej niż w latach wcześniejszych. Chociaż właściwie wszyscy spośród badanych doświadczyli poważnych chorób lub kryzysów życiowych, które spowodowały poważne obciążenie emocjonalne i przerwy w pracy, donosili że w tym czasie dokonała się bardzo mała zmiana w ich zawodowych relacjach z pacjentami. Mieli skłonność do nie postrzegania psychoterapii jako leczącej, spotykali się z niektórymi pacjentami przez okres tak długi jak 40 lat i zostawiali dla nich "otwarte drzwi" po zakończeniu terapii. W pewnych sytuacjach, wydawało się, że terapeuta i pacjent mniej lub bardziej trwale wspierali się wzajemnie. Ponieważ napływ pacjentów ulegał dla większości spowolnieniu, kilku psychiatrów martwiło się czy będą w stanie utrzymać swoje praktyki.

Większość badanych była wciąż energiczna i pozytywnie nastawiona do życia, tylko jeden martwił się perspektywą śmierci. Pozostali w jakiś sposób radzili sobie z kwestią swojej śmiertelności. Wszyscy mieli troski związane z potencjalną niesprawnością. Najważniejsza była jakość, a nie długość życia. Osoby, które zmniejszyły ilość pracy, zrobiły to z powodu swojego złego zdrowia. Nikt nie wyczekiwał emerytury, większość chciała praktykować tak długo, jak będzie w stanie. Pomimo wystarczających dochodów z innych źródeł, kilku badanych preferowało pracę na pełnym etacie. Badany, który obawiał się śmierci okazał się być ciężko chory, zgorzkniały i przygnębiony swoją sytuacją życiową, wnioskował, że ma problemy finansowe i że jego praktyka upada. Inny badany, poważnie zinvalidyzowany przez bolesną zwyrodnieniową chorobę kręgosłupa, był w stanie spotykać się tylko z kilkoma pacjentami, ale nie wydawał się przygnębiony. Siedem lat później, w wieku 76 lat, on i jego żona zrealizowali swój wspólny plan zakończenia życia w momencie, gdy uznali, że jego jakość nie była warta bólu pozostawania żywym.

W mojej opinii nie było dowodu na negatywny wpływ długoterminowej praktyki psychoterapii na terapeutów. Ta grupa praktyków miała jednakże duże doświadczenie z terapii własnej, czasami będącej częścią szkolenia analitycznego, a czasami wynikającej z dostrzeżonych potrzeb osobistych. Kilku, którzy nie wydawali się być w świetnym stanie emocjonalnym, wydawało mi się być produktywnymi zawodowo, pomimo umiarkowanych problemów osobowościowo-nerwicowych.

Wnioski

Z nielicznymi wyjątkami, piętnaścioro badanych psychiatrów cieszyło się swoją pracą, kontaktami z ludźmi i ceniło swoje związki małżeńskie. Ogólnie, ich odpowiedzi sugerują wysoki poziom

satysfakcji zawodowej u psychiatrów, którzy pozostali wystarczająco zdrowi, by praktykować psychoterapię będąc w podeszłym wieku.

Badani wywarli na mnie uderzające wrażenie osób niezmiennie optymistycznych, których ogólnie pozytywne podejście zostało wsparte terapię własną. Gdy stawali się starsi, ich pacjenci doświadczali mniej intensywnej emocjonalnej odpowiedzi na leczenie, byli mniej stymulowani do zachowań o charakterze acting out, a częściej leczeni na swoich własnych warunkach, co najmniej jeśli chodzi o częstość wizyt. Badani psychiatrzy nie odgrywali często roli krytyków, ale podążali za swoim wcześniejszym szkoleniem. Ich główną frustracją dotyczyła wypadania z kręgu osób, do których są kierowani pacjenci, częściowo spowodowanego dyskryminacją osób starych, ze związanym z tym niebezpieczeństwem utraty pacjentów. Ich główną obawą była możliwość, że choroba może uniemożliwić im kontynuowanie praktyki.

Byłoby interesującym porównać wyniki tego badania z wynikami badań psychiatrów o porównywalnym stanie zdrowia, którzy wybrali emeryturę. Dotychczasowe wyniki wskazują, że znalezienie takiej grupy wydaje się mało prawdopodobne. Postawa tej grupy starszych, wciąż praktykujących lekarzy, została najlepiej podsumowana anegdotą przypisywaną ojcu jednego z badanych.

Dwie żaby wpadły do kubeczka ze śmietaną. Jedna poddała się i utonęła. Druga machała łapkami dopóty, dopóki śmietana nie stała się masłem, a wtedy wyskoczyła.

Podsumowanie

Wywiady z 15 starszymi praktykującymi psychiatrami pokazały, że są oni pogodni, optymistyczni i znajdują przyjemność w pracy psychoterapeutycznej. Większość pracowała tak, jak początkowo została wyszkolona, spotykali się z pacjentami przede wszystkim ambulatoryjnymi, chociaż rzadziej i z mniejszą liczbą niż wcześniej w swojej karierze. Doświadczali oni rzadszych trudności przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych; oraz nie byli ani bardziej skłonni do udzielania rad, ani ujawniania siebie, niż wcześniej. Wszyscy doświadczyli licznych urazów, włączając w to słabe zdrowie i śmierć współmałżonka, ale zdołali utrzymać informacje o nich poza relacją terapeutyczną. Ich główną troską zawodową było utrzymanie swojej praktyki, a osobistą możliwość niesprawności.

Piśmiennictwo

1. Chown SM. Morale, careers and personal potentials. W: Birren JE, Schaie KW. red. Handbook of the psychology of aging. Van Nostrand Reinhold: New York; 1977.
2. Shock NW. Longitudinal studies of aging in humans. W: Finch CE, Schneider E. red. Handbook of the biology of aging. Van Nostrand Reinhold: New York; 1985.
3. Vaillant GE. Adaption to life. Little, Brown: Boston; 1977.

4. Gould RL. Transformations. Simon & Scuster: New York; 1978.
5. Levinson DJ. The seasons of a man's life. Knopf: New York; 1978.
6. Weiner MF. Therapist disclosure: The use of self in psychotherapy, 2nd ed. University Park Press: Baltimore; 1983.
7. Nemetz P, Weiner H. Some factors in the choice of psychiatry as a career. Arch. Gen Psychiatry. 1965 13: 299-303.
8. Mecklin L Jr, Little RR. Beginning psychiatry training syndrome. Am. J. Psychiatry. 1967; 124: 193-198.
9. Looney JG, Harding RK, Blotcky MJ et al. Psychiatrists: transition from training to career. Stress and mastery. Am. J. Psychiatry. 1980; 137: 32-36.
10. Bermak GE. Do psychiatrists have special emotional problems? Am. J. Psychoanal. 1977; 37: 141-146.
11. Little RB. Transference, countertransference and survival reactions following an analyst's heart attack. Psychoanal. Forum. 1967; 2: 107-126.
12. Chernin P. Illness in a therapist. Loss of omnipotence. Arch. Gen. Psychiatry. 1976; 33: 1327-1328.
13. Halpert E. When the analyst is chronically ill or dying. Psychoanal. Quatterly. 1982; 51: 372-389.
14. Eissler K. On the possible effects of aging on the practice of psychoanalysis. Psychoanal. Quatterly. 1977; 46: 182-183.
15. Jung CG. Analytical psychology, its theory and practice. Vintage: New York; 1968.
16. Butler RN. Ageism: another form of bigotry. Gerontologist. 1969; 9: 243-46.