

Frances Goldberg

OSOBISTE REFLEKSJE TERAPEUTKI CIERPIĄCEJ NA ZAGRAŻAJĄCĄ ŻYCIU
CHOROBE.

PERSONAL OBSERVATIONS OF A THERAPIST WITH A LIFE-THREATENING ILLNESS.

keywords: psychotherapy, therapist's life events, life-threatening illness of the therapist

słowa klucze: psychoterapia, wydarzenia życiowe terapeuty, zagrażająca życiu choroba terapeuty

Abstract:

This article regards the author's life-threatening illness and its impact on her work as the group therapist. The author emphasizes the paucity of literature examining terminations caused by the therapist's circumstances and suggests that this is caused not only by the painfulness of the process but also by tendency to avoid the working through of the terminal phase itself.

Streszczenie:

Artykuł ten poświęcony jest omówieniu wpływu śmiertelnej choroby autorki na jej pracę jako psychoterapeutki grupowej. Autorka podkreśla, że temat zakończenia powodowanego okolicznościami terapeuty jest rzadko podejmowany w literaturze, upatrując przyczyn tego stanu rzeczy nie tylko w jego bolesności ale także w tendencji do unikania przepracowania problemów związanych z końcem życia.

Ubóstwo literatury dotyczącej zakończenia terapii wymuszonego przez okoliczności dotyczące terapeuty zostało odnotowane przez McGee [1] oraz Weddingtona i Cavenar [2]. Zasugerowali oni, że bolesność tego procesu może powodować nie tylko brak literatury, ale także częste unikanie przepracowania końcowej fazy życia. Artykuł ten wyrósł z mojej własnej potrzeby zrozumienia wpływu mojej choroby na moją pracę jako psychoterapeuty, szczególnie w obszarze fazy zakończenia nagle wymuszonego moimi problemami.

Gdy dowiedziałam się, że mam raka, który mógłby tylko czasowo (element czasu niepewny) być kontrolowany leczeniem, miałam wiele pytań związanych z moją pracą. Jedną z moich najwcześniejszych trosk było czy poinformować moich pacjentów (w polskim tłumaczeniu przyjęto jako bardziej uzasadnione pojęcie pacjent zamiast pacjent - przyp. red.), a jeżeli tak, to kiedy i jak zrobić to z największą korzyścią dla nich i w sposób, jaki byłby znośny dla mnie samej. Odkryłam,

że w trakcie pracy w większości przypadków niepotrzebnie żywiłam obawy dotyczące informowania o mojej chorobie. Stało się jasne, że potrzebowałam tylko podążyć za moimi pacjentami. Kiedy byli gotowi, ci, którzy chcieli wiedzieć, znajdowali sposób aby zapytać. W większości przypadków, gdy ludzie pytali, byłam zdolna odpowiedzieć w sposób terapeutyczny. W niektórych przypadkach, z żalem zauważałam, że jestem zahamowana i niezdolna do podzielenia się informacją o mojej chorobie. Odpowiadałam tak dziwnie, że pozostawiałam pytających nawet bardziej zaleknionymi.

Celem tego artykułu jest uporządkowanie charakterystycznych cech - moich, moich pacjentów i procesu terapii, które czasami pozwalały a czasami blokowały mnie w pracy terapeutycznej umożliwiającej pacjentom ostateczne odejście ode mnie z możliwie najpełniejszym rozwiązaniem problemów utraty i separacji [3]. Najwyraźniej widać je w odniesieniu do dwóch różnych grup, które prowadziłam - w artykule tym przeanalizuję ich charakterystyczne cechy w nadziei pełniejszego zrozumienia procesów leżących u podłoża różnych wyników.

Grupa, która najszybciej skonfrontowała się z faktem mojej choroby składała się z siedmiorga mężczyzn i kobiet w wieku późnych 20 i wczesnych 30 lat, z którymi spotykałam się przez dwa lata. Początkowo spotykałam się z nimi wszystkimi w ramach leczenia indywidualnego i zdecydowałam, że mogą skorzystać na terapii grupowej z ponieważ każda z tych osób wydawała się być zablokowana poczuciem zależności i pustki, w rozumieniu zdolności do opiekowania się sobą. Poszukiwali innej ważnej osoby do utrzymywania ich samooceny na poziomie, gdzie nie przerażałoby ich uczucie bezradności. Czułam, że wzorzec ten był powtarzany ze mną w terapii indywidualnej. Terapia grupowa wydawała się być sposobem na odstawienie ich od piersi oraz umożliwienie wejścia w rozwojowe relacje z osobami tworzącymi grupę odniesienia, co sprawdzało się w rzeczywistości. Poczucie doceniania przez innych pozwoliło członkom grupy na rozpoczęcie budowy wewnętrznego poczucia wartości i kompetencji.

Co zrozumiałe, ludzie ci pozostawali szczególnie wrażliwi na utratę. Moja nieobecność na kilku spotkaniach "z powodu choroby", wywołała wiele lęku. Regresja do poczucia bezradności była, jak sądzę, wewnętrznym motywem chęci dowiedzenia się, co było ze mną nie w porządku. Ułatwione było to obustronnym wsparciem i zachętą, które dawali sobie nawzajem wyrażając swoje lęki i fantazje.

Początkowo lęki te były wyrażane w mówieniu o obawie przed utratą rodziców. Wyrażano fantazje, że po przyjsciu na spotkanie grupy zastaną na moim miejscu innego terapeute.

W końcu jedna z kobiet wskazała na jeden z moich objawów i wprost wyraziła obawę, że mam raka. Odpowiedziałam, że chciałabym móc zapewnić ich, że nie, ale ma rację.

Zauważyłam, że pierwsza reakcja tej grupy, tak jak w każde późniejsze, była podobna do reakcji moich pacjentów indywidualnych, ale przebiegała dużo wolniej.

Początkową reakcją był szok i smutek oraz wyrażanie troski i zainteresowania mną. Odślonięcie czegoś tak osobistego o sobie wzbudza ciepło i bliskość, uprzednio zahamowane przez stanowisko psychoanalityczne zajmowane podczas terapii. Szybko jednak członkowie grupy zarzucili te uczucia i próbowali zachęcić mnie do mówienia o sobie i o moich reakcjach na chorobę; innymi słowy próbowali zostać moimi terapeutami. Chociaż akceptowałam ich chęć udzielenia mi pomocy, uważam, że kluczowe było to, iż nie odbarczałam siebie. Byłam w stanie odpowiadać moimi "powierzchnowymi" uczuciami; z tą grupą byłam w stanie kontenerować głębsze uczucia, które mogłyby przytłoczyć nas wszystkich. Zachęcałam uczestników do mówienia o ich reakcjach na moją chorobę i stopniowo rozpoczął się proces przepracowania.

Po pewnym czasie wydarzyły się dwie rzeczy. Ludzie próbowali trzymać się tylko dobrych uczuć, które do mnie czuli i pracowali bardzo ciężko, aby powstrzymać wszystkie negatywne przed ewentualnym "wykipieniem". W służbie chronienia się przed uczuciami bezradności wydawała się pracować inna dynamika - próbowali uczynić spotkania zabawnymi. Było tak jakby powiedzieli sobie, "nie mogę zrobić niczego z jej rakiem, ale być może uda nam się sprawić, że poczuje się trochę lepiej". Wszyscy cieszyliśmy się z odroczenia, ale oczywiście spotkania zaczęły nabierać powierzchownej jakości. Gdy zaczęłam robić interpretacje tego co się dzieje, uczestnicy grupy stawili silny opór. Jeden z pacjentów, który był u mnie w terapii przez trzy lata przed jego włączeniem do grupy, nie mógł znieść zobaczenia jak wiele nasza relacja dla niego znaczyła. Odpowiedział on na jedną z moich interpretacji mówiąc, że uczyniłam swoją chorobę zbyt ważną i że jej wpływ na nich nie był tak wielki, jak sobie wyobrażam. Chociaż rozpoznałam jego uwagi jako opór, mała część mnie była ciekawa, czy nie narzuciłam grupie przedwcześnie tej dotyczącej mnie rzeczywistości, w celu gratyfikowania moich własnych potrzeb.

Stopniowo wychodziliśmy z tych zabawnych sesji, ale uczestnicy ciągle mieli trudności w mówieniu o tym co czują. Pojawiały się impulsy do powrotu do starych zachowań typu acting out. Wcześniej słyszeli wiele razy, i usłyszeli ode mnie znowu, że te impulsy były rezultatem ich trudności w mówieniu tego, co trzeba było powiedzieć. Wtedy jeden z pacjentów powiedział o śnie, który podziałał na pozostałych jak bodziec do rozpoczęcia przepracowania ich ambiwalencji. Był to "koszmarny sen", w którym jego dom został zaatakowany przez nazistów. Chciał uciekać, ale musiał zostać i ochronić swoją żonę, która była Żydówką - tak jak ja. Jeżeli nie zostałyby i nie walczył, tak czy inaczej zostałyby zabity z powodu ich związku. Zinterpretował swój sen jako wyraz panicznego lęku przed swoją własną śmiertelnością, gdyż musząc stawić czoła mojej chorobie stał się jej świadomym. Chociaż, jak powiedział, czuł się tchórzem, chciał uciec i nie musieć w żaden sposób zajmować się moją chorobą.

Sen tego pacjenta był ważnym tematem dla wszystkich członków grupy. Zaczęli oni mówić o tym, co powoduje, że chcieliby uciec. Pojawiły się lęki, że mnie wydrenowali i spowodowali moją

chorobę, tak jak i strach, że będą musieli się mną zaopiekować. Sytuacja stawienia czoła nietrwałości ludzi, od których zależą, była dla niektórych przerażająca. Ojciec pewnej kobiety miał poważną postać raka, ale rodzina umówiła się aby temu zaprzeczać. Była ona w stanie mówić o tym w grupie, wyrażając swój gniew, że nie ochroniłam ich w sposób, w jaki zrobili to jej rodzice, przez trzymanie nieprzyjemnych rzeczy w sekrecie.

To, z czym ludzie mieli do czynienia w grupie, wnieśli w swoje życie. Ta konkretna kobieta zaczyna konfrontować się z chorobą swojego ojca i tym, co będzie znaczyła dla niej jego utrata. Opisany powyżej mężczyzna, który miał problem z uświadomieniem sobie swoich powiązań ze mną, był odtąd w stanie mówić o smutku, który odczuwał w związku z moją chorobą. Integracja tych uczuć umożliwiła mu wejście w kontakt z uczuciami do ojca, który zmarł dwa lata wcześniej, uczuciami, którym zawsze zaprzeczał.

Najtrudniejsze do zintegrowania są dla ludzi ich negatywne uczucia. Obecnie (miesiące po tym jak powiedziałam im o mojej chorobie), niejasność co do tego, jak długo będę żyła, stała się większym problemem. Niewiedza doprowadziła do wyrażenia życzenia, żebym umarła raczej prędzej, niż później, by skończyło się uczucie przerażenia, które odczuwają. W grupie możliwe jest funkcjonowanie jako "kontener" dla tych negatywnych uczuć [4], dlatego uważam modalność grupową za tak pomocną. Gdy ludzie bardziej dzielą się takimi myślami i uczuciami, mniejsza jest potrzeba oddzielania "złych" części siebie. Rozpoznanie, że inni czują w ten sam sposób, pozwala na zintegrowanie tej strony siebie, na poczucie się mniej izolowanymi, i na stanie się bardziej akceptującymi "skazy" własne i innych.

Innym korzystnym aspektem modalności grupowej jest to, że łatwiej zająć się reakcjami terapeuty niż w izolowanej atmosferze pracy indywidualnej [5]. Na przykład, gdy wyrażone zostało życzenie, żebym umarła, moją wewnętrzną odpowiedzią było "hej, nikt mnie nie będzie poganiał". Byłam w stanie pozostać z tymi uczuciami, z pewnym poczuciem prywatności, podczas gdy grupa weszła w działanie i interakcje.

Ostatnio ta grupa spotkała się bez lidera, w czasie gdy byłam na wakacjach. Członkowie byli zdolni do wejścia nawet w głębszy kontakt ze swoimi uczuciami opuszczenia, ale mieli także poczucie spełnienia, że mogli spotkać się beze mnie i odbyć użyteczne i satysfakcjonujące spotkanie.

Opisana grupa jest odmienna od innej grupy, którą prowadziłam, składającej się z siedmiorga mężczyzn i kobiet, w wieku od 40 do 60 lat. Większość z nich funkcjonowała na poziomie neurotycznym; ich wysoce rozwinięte Superego popychały ich do prowadzenia życia tak bliskiego doskonałości, jak to tylko możliwe. Większość miała duże rodziny i spędzała dużą część życia wychowując i opiekując się swoimi dziećmi. Tym, co doprowadziło tych ludzi do terapii, początkowo było ogólne złe samopoczucie; stagnacja małżeństw i poczucie tego, że niewiele jest już do oczekiwania.

Moim początkowym celem dla tej grupy, było pomóc wnieść nieco "smaku" w ich życie na drodze identyfikacji z moim własnym żywiołowym podejściem do wieku średniego. Miałam także nadzieję, że będą chcieli przepracować w grupie niektóre ze swoich problemów małżeńskich - w grupie możliwe jest dokonanie tego w mniej defensywny sposób, niż z rzeczywistymi partnerami (np. w terapii pary). Mój pierwszy cel został jednak zahamowany przez ukrytą złość i smutek, które wniosłam w grupę i których, jak dotąd, nie wyjaśniłam.

Celem pisania tego artykułu jest dla mnie również pomóc sobie w przekroczeniu tej bariery. Na pierwszym po moim powrocie do pracy spotkaniu tej grupy, dyskusja zwróciła się w kierunku tematu prywatności - np. czy jest właściwym dzielenie się uczuciami, lub nakłanianie innych do takiego dzielenia się. Moją odpowiedzią było zinterpretowanie tych wątpliwości jako odzwierciedlenia ich dylematu - czy zapytać mnie o moją nieobecność. Powiedziałam, że doceniam ich przyzwolenie na moją prywatność. Nie mogłabym bardziej definitywnie zamknąć drzwi przed każdym przyszłym otwartym zapytaniem o moją chorobę. Byłam natychmiast świadoma tego faktu, żałując nawet gdy pocieszałam się wieloma racjonalizacjami tej powściągliwości. Sądziłam, że ludzie ci, którzy zawsze swoje własne trudności widzieli jako mniej ważne niż innych, mogliby być nawet bardziej zahamowani w dzieleniu się problemami, jeżeli wiedzieliby o mojej chorobie. Obawiałam się także, że będąc w wieku bliższym mojemu, zidentyfikowaliby się ze mną zbyt blisko i porzucili grupę, w obliczu konfrontacji ze swoją własną śmiertelnością. W retrospekcji, jest jasne, że te racjonalizacje były projekcją na członków grupy moich potrzeb chronienia się przed moimi własnymi, bolesnymi uczuciami [6]. W owym czasie jednak nie byłam w stanie zrozumieć mojego dyskomfortu w obecności tych ludzi.

Po pewnym czasie zadałam sobie pytanie o przyczyny dla których wiedzę o mojej chorobie w tej grupie widziałam raczej jako przeszkodę dla pracy terapeutycznej, niż jako bodziec dla przepracowania konfliktów, które mogłyby stać się widoczne. Byłam zmuszona do zadania sobie tego pytania, z okazji powrotu do grupy. Pojawiły się komunikaty nie wprost. Członkowie grupy rozmawiali o troskach dotyczących zdrowia ich rodziców i ich własnych obaw przed chorobą. Pewien mężczyzna opowiedział o przyjacielu, którego miał w college'u, który umierał na białaczkę i nigdy nikomu w szkole niczego nie powiedział o swojej chorobie.

Prawdopodobnie najbardziej destrukcyjną konsekwencją mojej powściągliwości było zakończenie terapii przez dwóch członków grupy. Powodem odejścia podanym przez jedną kobietę, pielęgniarkę, było to, że nie mogła znieść słuchania przygnębiających historii, opowiadanych przez ludzi, nie będąc w stanie niczego dla nich zrobić. Podała przykład swoich trudności w słuchaniu innej kobiety z grupy. Obydwie kobiety opuściły grupę, pielęgniarka, która prawdopodobnie wiedziała, co złego działo się ze mną, ale nie mogła o tym mówić, oraz kobieta będąca moją "dublerką", która ewidentnie czuła się zbyt obciążona grupą.

Rozumiejąc dynamikę reakcji tych osób, zapytałam się, dlaczego siedzę unieruchomiona, niezdolna do pomocy im w mówieniu wprost o ich uczuciach. Wreszcie dotarło do mnie, że doświadczam silnego przeciwprzeniesienia wobec tej grupy wychowujących dorosłych. Reprezentowali oni figury rodzicielskie, do których zarówno chciałam, jak i obawiałam się zwrócić po ochronę. Na pewnym poziomie byłam świadoma, że jeżeli bym im powiedziała o mojej chorobie, nie byłabym w stanie przetworzyć moich uczuć tak, jak to zrobiłam w grupie młodszych dorosłych. Uważam, że ten lęk przed regresją, w której pozwoliłabym sobie używać moich pacjentów jako postaci rodzicielskich, jest głównym czynnikiem, który uniemożliwił mi bardziej terapeutyczne funkcjonowanie w tej szczególnej grupie.

Niewielu terapeutów opisało zagadnienia przeciwprzeniesieniowe, odsłaniające ich w podobnych sytuacjach. Chernin [7] walczył z uczuciem, że opuścił swoich pacjentów po nawrocie choroby. Powiązał w końcu te uczucia ze swoim poczuciem omnipotencji. Nie mógł "usprawiedliwić zapadania na chorobę z powodu swojego przekonania, że choroby dotyczą pacjentów, a nie terapeutów". Weddington i Cavenar (1979) odnoszą się do narastających zjawisk przeciwprzeniesieniowych w sytuacji gdy zakończenie jest "wymuszone" na terapeutach. Muszą oni zająć się potrzebą separacji od pacjentów, którzy uzależnili się od terapeuty i którzy byli "narcystycznie gratyfikowani".

Podobnie jak bardzo pomocne jest stanie się świadomym spraw innych, a być może nawet zidentyfikowanie niektórych z nich jako swoich własnych, jest jasne, że każdy z nas potrzebuje walczyć o nieodkrywanie tych szczególnych konfliktów, przeszkadzających w naszej pracy terapeutów.

Aby podsumować moje rozumienie zarówno reparacyjnych, jak i hamujących cech terapii w mojej szczególnej sytuacji, przedstawiam następujące obserwacje.

1. Gdy pewna charakterystyka pacjenta wydawała się zbiegać z moimi regresywnymi pragnieniami, rozwijało się silne przeciwprzeniesienie, którego nie byłam przez pewien czas świadoma. Ta nieświadomość okazała się być głównym hamulcem dla mojej zdolności działania terapeutycznego.
2. U jednostek wciąż zmagających się z zagadnieniami preedypalnymi, podatność na zranienie poprzez utratę i niezdolność zniesienia dwuznaczności, służyła jako "napęd" w kierunku konfrontowania się z realnością mojej choroby. Mniej zestresowane, lepiej funkcjonujące osoby utrzymywały mechanizmy zaprzeczenia, opóźniające właściwe rozpoczęcie kończenia.
3. Sytuacja grupowa wydawała się bardziej niż terapia indywidualna sprzyjać zachęcaniu ludzi do wyrażania uczuć i fantazji, które w izolacji mogłyby powodować, że czuli by się "źli" albo "szaleni". Wiedza, że inni dzielą te same uczucia pomagała bardziej akceptować swoje własne reakcje.

4. W tych przypadkach, gdy podzieliłam się otwarcie naturą mojej choroby i moimi reakcjami na nią, intymność rozwinęła się daleko przekraczając wszystko, czego uprzednio doświadczyłam w mojej pracy. Ludzie dotknęli człowieczeństwa tej sytuacji i zrzeszyli się razem, aby dać pomoc i wsparcie sobie nawzajem i mnie w wypełnianiu ciężkiego zadania - powiedzenia "żegnaj".

Piśmiennictwo

1. McGee TF. Therapist termination in group psychotherapy. *Int. J. Gr. Psychother.* 1974; 24: 3-11.
2. Weddington WWJr, Cavenar JOJr Termination initiated by the therapist: A countertransference storm. *Am. J. Psychiat.* 1979; 133, 10: 1302-1305.
3. Kauff PE. The termination process: Its relationships to the separation-individuation phase of development. *Int. J. Gr. Psychother.* 1977; 23: 3-17.
4. Day M. Process in classical psychodynamic groups. *Int. J. Gr. Psychother.* 1981; 31: 153-173.
5. Glatzer HT. The working alliance in psychoanalytic group psychotherapy. *Int. J. Gr. Psychother.* 1978; 28: 147-161.
6. Ringler KE, Whitman HH, Gustafson JP, Coleman FW. Technical advances in leading a cancer patient group. *Int. J. Gr. Psychother.* 1981; 31: 329-344.
7. Chernin P. Illness in a therapist. Loss of omnipotence. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1976; 33, 11: 1327-1328.

Wersja oryginalna artykułu ukazała się w czasopiśmie *International Journal of Group Psychotherapy* [Goldberg F. Personal Observations of a Therapist with a Life-Threatening Illness. *International Journal of Group Psychotherapy.* 1984; 34,2: 289-296]. Publikacja za zgodą The Guilford Press: New York. Reprinted with permission of The Guilford Press: New York. Tłumaczenie Jerzy A. Sobański. Redakcja tekstu 12.11.2005 Katarzyna Klasa.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na naszym Forum - wątek dyskusyjny dla tego artykułu:

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=159

Jerzy A. Sobański
Redaktor Naczelny