

James D. Guy

ŻYCIE OSOBISTE PSYCHOTERAPEUTY. ZNACZĄCE WYDARZENIA ŻYCIOWE.
CZĘŚĆ 1: WPROWADZENIE.

THE PERSONAL LIFE OF THE PSYCHOTHERAPIST. SIGNIFICANT LIFE EVENTS.
PART 1: INTRODUCTION.

Fragment rozdziału monografii Jamesa D. Guy "The Personal Life of the Psychotherapist". Wiley and Sons; New York 1987; ISBN 0-471-84854-9, tłumaczenie i redakcja za zgodą autora i wydawcy Jerzy A. Sobański i Katarzyna E. Klasa

keywords: personal life of the psychotherapist, psychotherapist's life events, self-disclosure, transparency

słowa klucze: życie osobiste psychoterapeuty, wydarzenia w życiu psychoterapeuty, odsłonięcie się terapeuty, transparenca terapeuty

Abstract:

Selected fragments of J. D. Guy's monography "The personal life of the psychotherapist" focus on some significant life events of the psychotherapist, their potential influence on therapy of patients and psychotherapy practice, and how being the therapist influences experiencing of life events.

Streszczenie:

Wybrane fragmenty monografii "Życie osobiste psychoterapeuty", której autorem jest J. D. Guy, skupiają się na kilku znaczących wydarzeniach życiowych terapeuty, ich potencjalnym wpływie na terapię pacjentów i praktykę psychoterapeutyczną, oraz na tym jak bycie terapeutą wpływa na ich przeżywanie.

Daniel Levinson, autor *The Seasons in a Man's Life* [1], podsumował niedawno swoją koncepcję rozwoju dorosłego człowieka, dzieląc cykl życia na kilka odrębnych er [2]. Ery te stanowią: wczesne przejście w dorosłość (17-22 r.ż.), wejściowa struktura życiowa wczesnego wieku dorosłego (22-28 r.ż.), przejście przez trzydziesty rok życia (28-30 r.ż.), szczytowa struktura wczesnego wieku dorosłego (33-40 r.ż.), wiek przekroczenia połowy życia (40-45 r.ż.), wejściowa

struktura życiowa średniego wieku dorosłego (45-50 r.ż.); przekroczenie pięćdziesiątki (50-55 r.ż.), szczytowa struktura średniego wieku dorosłego (55-60 r.ż), przejście w późną dorosłość (60-65 r.ż). Każda era ma swoje odrębne cele, konflikty i zagadnienia rozwojowe, z którymi człowiek musi się skonfrontować. Jak wskazali Looney i wsp. [3], model Levinsona ma szczególne odniesienie do psychoterapeuty, którego życie osobiste i zawodowe znajduje się pod wpływem przechodzenia przez każdą z tych er. Dodatkowo, oprócz problemów rozwojowych i trosk znanych każdej jednostce, terapeuci wydają się doświadczać kilku innych, unikalnie związanych z rolą psychoterapeuty oraz praktykowaniem psychoterapii.

Bez względu na próby terapeutów pozostania w relacjach terapeutycznych niezmiennymi, neutralnymi i anonimowymi, ich życie i praca znajdują się często pod silnym wpływem znaczących wydarzeń życiowych związanych z przechodzeniem przez każdą z er rozwojowych. Małżeństwo, ciąża, rodzicielstwo, przeprowadzka, śmierć osoby kochanej, własny wypadek lub choroba, starzenie, emerytura, a w końcu śmierć mogą głęboko wpływać na psychoterapeutę, zarówno na jego prywatne, wewnętrzne życie, jak i działalność zawodową. Guy, Stark i Poelstra [4] zauważyli, że 75% terapeutów w USA donosiło w przeprowadzonym badaniu, iż doświadczyli jednego lub więcej takich potencjalnie obciążających epizodów podczas ostatnich 3 lat. Interaktywny związek pomiędzy osobowością terapeuty a praktyką psychoterapeutyczną tworzy szereg zagadnień dotyczących wpływu tych znaczących wydarzeń życiowych na pacjentów oraz zdolności terapeutów do prowadzenia skutecznej psychoterapii.

Niniejszy rozdział skupia się na działaniu kilku znaczących wydarzeń z życia terapeuty, ich potencjalnym wpływie na terapię pacjentów i praktykę psychoterapeutyczną, oraz na drogach na których bycie terapeutą wpływa na doświadczanie tych wydarzeń przez klinicystę.

Problem odkrywania się terapeuty.

Przed rozważeniem znaczących wydarzeń życiowych, niezbędne jest w pierwszym rzędzie zajęcie się zagadnieniem odkrywania się w powiązaniu z praktyką terapeutyczną. W większości relacji terapeutycznych terapeuta wydaje się być wysoce stabilną, gotową figurą, która wydaje się być zdolna do łatwego radzenia sobie z wieloma wyzwaniami życiowymi [5]. Niezależnie jednak od chęci terapeuty zapewnienia relacji terapeutycznej, pozwalającej na pozostawanie bezbłędnie skupionym na pacjencie, nietkniętym przez wydarzenia i okoliczności swojego własnego życia, jest często niemożliwym stworzenie takiego sterylne, niezmiennego środowiska. Wpływ wielu znaczących wydarzeń życiowych jest często dość potężny by wpłynąć na relację terapeutyczną w sposób widoczny - zarówno dla terapeuty, jak i dla pacjenta. Na przykład, unikanie omówienia z pacjentem zmiany stanu cywilnego terapeuty, ciąży, choroby itp., może być zarówno trudne jak i

nieprzydatne. W rezultacie do zagadnień tych trzeba się na pewnym poziomie relacji terapeutycznej odnieść. Jednak często niejasne jest kiedy, i jak ma to być zrobione.

Jak zauważył Flaherty [6], istnieje szeroka gama opinii dotyczących problemu odkrywania się przez terapeutę, rozciągająca się, zależnie od orientacji teoretycznej oraz osobowości terapeuty od niemalże żadnego odsłonięcia, do przyzwolenia na ekstremalne ujawnienie. Ta różnorodność punktów widzenia ma odzwierciedlenie w literaturze, gdzie niektórzy autorzy ostrzegają przed ryzykiem odsłonięcia (transparentji przyp. tłum.), podczas gdy inni sugerują jego użyteczność.

W rezultacie nie ma jednolitego standardu, za którym mógłby podążać terapeuta, który musi zdecydować kiedy i czym podzielić się z pacjentem, jeżeli chodzi o znaczące wydarzenia ze swojego życia osobistego mogące jakoś wiązać się z relacją terapeutyczną.

Niektórzy teoretycy sugerują, że odsłonięcie się terapeuty jest niemalże zawsze szkodliwe dla relacji terapeutycznej. Na przykład Freud [7] rekomendował psychoanalitykom pozostawanie nieprzejrzystymi (nietransparentnymi przyp. tłum.) dla pacjentów. Stwierdził, że tak jak lustro, powinni oni wyłącznie odbijać to, co jest im podawane, odsłaniając bardzo niewiele swoich własnych myśli, uczuć i doświadczeń. Weiner [8] także sugeruje, że odsłonięcie się terapeuty jest zazwyczaj niewłaściwe dla relacji terapeutycznej, ponieważ może zaszkodzić słabemu przymierzowi terapeutycznemu, dodać paliwa "negatywnemu przeniesieniu", w którym pacjent już może doświadczać terapeutę jako słabego i skoncentrowanego na sobie samym, oraz odciągać uwagę od potrzeb i trosk pacjenta. Pomimo swojego negatywnego widzenia odsłonięcia się terapeuty, Weiner przyznaje, że ograniczony stopień odsłonięcia się może być pomocny w ustanowieniu prawdziwego związku między terapeutą a pacjentem - adolescentem lub dorosłym pacjentem borderline. Jednak takie wyjątki są rzadkie, a odsłonięcie musi być ostrożne i ograniczone, aby pewne było, że dzieje się to raczej w najlepszym interesie pacjenta, niż w służbie własnych, osobistych potrzeb terapeuty. Podczas gdy terapeuci nie zorientowani psychoanalitycznie mogą uznać, że powyższe założenia są przesadzone lub błędne, interesujące są rezultaty niedawnego badania, w którym stwierdzono, że im większy jest stopień użycia przez terapeutów odsłaniania się, tym mniejsze jest wśród pacjentów wrażenie i ocena empatii, kompetencji i wiarygodności terapeuty [9]. Curtis podsumowuje swoje odkrycia mówiąc:

Rezultaty te przynoszą wątpliwości dotyczące przewidywalności odsłaniania się terapeuty jako techniki terapeutycznej i sugerują, przynajmniej w odniesieniu do tego typu odsłonieć, jakie użyte zostały w tym badaniu (np. "czasami też czuję się depresyjny"), iż terapeuci, którzy używają technik odsłaniania się, mogą ryzykować wywołanie niepożądanych działań na podstawowe wrażenia, na których opierane jest przymierze terapeutyczne. (s. 127)

Może się wydawać, że istnieją pewne empiryczne usprawiedliwienia dla zagadnień związanych z wpływem odsłaniania się na relację terapeutyczną.

W przeciwieństwie do tych ostrzeżeń, inni liderzy nauki zauważyli ważne korzyści z odsłonięcia się dla wielu relacji terapeutycznych. Na przykład Anna Freud [10], Gitelson [11] i Greenson [12] sugerują, że pewien stopień ujawnienia się po stronie terapeuty, pozwala pacjentowi odkryć go jako rzeczywistą osobę, ułatwiając ustanowienie "prawdziwej" relacji, niezbędnego składnika udanego leczenia. W takiej perspektywie, ograniczone podzielenie się z pacjentem osobistymi zainteresowaniami i troskami może wzmocnić "przymierze terapeutyczne" między terapeutą a pacjentem, zapewniając możliwość głębszej intymności i bardziej znaczącego spotkania.

Chociaż między teoretykami występuje niezgodność dotycząca właściwości dobrowolnego odsłaniania się przez terapeutę, niewielu sugeruje, że całkowita anonimowość jest możliwa. Zarówno Fromm-Reichmann [13], jak i Weiner [8] zauważyli, że mimowolne odsłonięcie się często wynika z zachodzących równocześnie w życiu psychoterapeuty wydarzeń, takich jak małżeństwo, rodzicielstwo, choroba i inne. Pomimo usiłowań, żeby takie okoliczności nie wpływały na praktykę psychoterapeutyczną, ich efekty czasem będą zauważone przez pacjenta, który będzie (być może słusznie), chciał omawiać je otwarcie z terapeutą. Dla tych, którzy już uznali dobrowolne odsłonięcie za użyteczne, takie sytuacje nie będą powodem do niepokoju. Jednak terapeuci preferujący pozostanie anonimowymi i nieprzeniknionymi mogą czuć się zakłopotani gdy staną twarzą w twarz z sytuacjami wymagającymi pewnego stopnia odsłonięcia. Niezależnie od poglądów dotyczących dobrowolnego odsłonięcia się, obydwie grupy są skonfrontowane z potrzebą decydowania kiedy, czym (z zakresu wydarzeń życiowych) i w jaki sposób podzielić się z pacjentem i możliwym wpływem tego procesu na relację terapeutyczną.

Podczas gdy nie istnieją określone wytyczne dla determinowania, jaka ilość dzielenia się jest właściwa, kilku autorów omówiło czynniki, które należy rozważyć. Fromm-Reichmann [13] stwierdziła, że:

Istnieje oczywiście możliwość, że znaczące zdarzenia, takie jak śmierć, małżeństwo, urodzenie dziecka lub rozwód, wydarzą się w życiu psychiatry (psychoterapeuty) w czasie, gdy pacjent znajduje się w leczeniu. Może być godne polecenia psychiatrze, aby przerwał leczenie na okres czasu wystarczająco długi by zająć się skoncentrowaniem na własnych sprawach. Gdy leczenie jest wznowiane, może on powściągliwie skomentować swoje powody przerwania i dodać, że jest teraz gotowy do pracy. Powinien pamiętać, że pacjent może chcieć złożyć kondolencje, gratulacje, lub choćby skomentować to, a więc nie powinien zawieść, jeżeli chodzi o danie mu takiej możliwości... uczciwe przyznanie, że psychiatra jest człowiekiem i nie jest niezawodny, okazuje dużo więcej szacunku i uwagi pacjentowi, niż dałoby unikanie. Może to także wspomóc proces dojrzewania pacjenta, który jest częścią celu procesu psychoterapeutycznego. (s.212)

Bellak [5] powtarza wezwanie Fromm-Reichmann do wrażliwego, rozsądnego podejścia do zagadnienia odsłaniania się terapeuty.

We wszystkich równoległe występujących uwarunkowaniach dotyczących terapeuty, obecna musi być jedna główna reguła a mianowicie, że powinno się próbować utrzymać tak dużą neutralność terapeutyczną, jaka jest możliwa bez kreowania sztucznych sytuacji, lub oszukiwania, czy nie odpowiadania i nie nawiązywania z pacjentem interakcji w rozsądny i ludzki sposób tam, gdzie jest to wskazane. (ss.227-228)

Wskazuje on, że przeciwne postępowanie wiąże się z ryzykiem zakłócenia testowania rzeczywistości przez pacjenta oraz zranienia jego godności. Bellak raczej zachęca terapeutów do odsłaniania się w kwestii wydarzeń życiowych, gdy wydaje się to rozsądne i pomocne, niż do prób pozostawiania "kamienną maską".

Podczas gdy Fromm-Reichmann i Bellak opisują postawę, którą uważają za najlepiej służącą wspomagającemu leczenie odsłanianiu się przez terapeuta, inni próbują dostarczyć bardziej konkretnych wskazówek, określających kiedy i jak ujawniać osobiste informacje pacjentowi. Na przykład Flaherty [6] sugeruje, że decydując o poprawności odsłonięcia psychoterapeuci powinni rozważyć trzy grupy czynników - szczególnie, gdy nie można tego, w pomocny sposób, uniknąć. Po pierwsze, powinny zostać wzięte pod uwagę czynniki związane z terapeutą, takie jak jego osobowość, dynamika, podłoże teoretyczne i wykszolenie, oraz stopień poczucia komfortu związanego z ujawnianiem się. Ci dla których odsłonięcie jest kongruentne (wydaje się, że autor miał na myśli ego syntoniczność przyp. tłum.) i wygodne, będą bardziej zdolni do wcielenia go w praktykę w użyteczny sposób.

Po drugie, rozważenia wymagają zmienne związane z pacjentem, takie jak diagnoza, dynamika, jakość testowania rzeczywistości oraz jego czy jej zainteresowanie dowiedzeniem się o życiowych sprawach terapeuty. Na przykład, Flaherty [6] zauważył, że pacjenci, którzy są głębiej zaburzeni (np. z osobowością borderline czy chorujący na schizofrenię), mogą do zbudowania związku potrzebować bardziej osobistej znajomości terapeuty.

W końcu oszacowane muszą zostać czynniki interakcji pacjent-terapeuta. Zawiera się tutaj typ terapii, specyficzna relacja lub przeniesienie występujące w tym czasie oraz wszelkie precedensy ustanowione przez uprzednie odsłonięcia. Na przykład, jeżeli prawdopodobne jest, że nie ujawnienie ważnego wydarzenia z życia terapeuty będzie odczytane jako złamanie przymierza terapeutycznego, może być niezbędnym w stosunku do tego pacjenta większe otwarcie niż do innego, dla którego nie byłoby to problemem.

Glazer [14] proponuje podobny zbiór kryteriów użytecznych, gdy rozważa się czy oraz jak ujawniać informacje o znaczących wydarzeniach życiowych. Sugeruje on, że terapeuta, którego osobowość "nadaje się" do odkrywania się bez poczucia dyskomfortu, powinni uważać to za bardziej dopuszczalne, niż tacy, dla których jest to trudne. Zauważa także, że sytuacja, w której terapeuta pracuje, może wpływać na to, co ma być odsłaniane. Na przykład, jeżeli gabinet znajduje

się w domu, może być zarówno niemądre, jak i nierozsądne, stronienie od poinformowania o zbliżających się narodzinach dziecka lub jego przyjścia na świat. Pod uwagę powinna być brana także struktura psychiczna pacjenta, pacjenci znajdujący się na wcześniejszych stadiach rozwojowych, wymagają większej dozy odsłaniania, niż bardziej zaawansowani. Co więcej, Glazer zauważa, że przed dokonaniem odsłonięcia powinny zostać ocenione: charakter przymierza terapeutycznego, przeważający typ przeniesienia i poszczególne poruszane w tym czasie problemy. W końcu, ważne jest aby terapeuta zauważył, że zależnie od potrzeb poszczególnych pacjentów w określonym czasie, właściwe będą różne stopnie ujawnienia siebie.

Podczas, gdy zawsze istnieć będą różnice w punktach widzenia dotyczących poprawności, czasu i rozmiarów odsłonięcia się terapeuty, większość doświadczonych terapeutów bez trudu przyzna, problemem jest sytuacja, gdy zmuszani są do ujawniania się w sposób regularny. Nie wynika to jedynie z powodu występującej u pacjenta potrzeby poznania terapeuty jako realnej osoby. Wynika to także z potrzeby terapeuty bycia realną osobą i wchodzenia w interakcje z drugim człowiekiem w odwzajemniający się sposób, szczególnie w czasie gdy terapeuta silniej odczuwa tego potrzebę. Jak to będzie później dyskutowane bardziej szczegółowo (w tym rozdziale), terapeuci czasami czują wewnętrzny przymus dzielenia się z pacjentami wpływem znaczących wydarzeń na ich życie, często będąc przy tym motywowani nieświadomą (lub nawet świadomą) chęcią otrzymania opieki, empatii i wsparcia. Chociaż może to być zrozumiałe, nie leży to zazwyczaj w najlepszym interesie pacjenta czy relacji terapeutycznej a nawet, jak to później będzie pokazane, impuls ten często powoduje dalsze niejasności dotyczące tego, kiedy i co ujawniać.

Po krótkim rozważeniu drażliwego zagadnienia odsłonięcia się terapeuty, możemy teraz skierować dyskusję w kierunku wpływu znaczących wydarzeń z życia terapeuty na praktykę terapeutyczną. Gdy każde z takich zdarzeń będzie rozważane, zagadnienie ujawniania się terapeuty będzie na nowo odnoszone do poszczególnych aspektów danego wydarzenia. Stanie się jasne, że praktyka psychoterapeutyczna zarówno wpływa, jak i znajduje się pod wpływem każdego zdarzenia z osobistego i zawodowego życia terapeuty.

Piśmiennictwo

1. Levinson DJ. The seasons of a man's life. New York: Ballantine 1978.
2. Levinson DJ. A conception of adult development. Am. Psychologist 1986; 41: 3-13.
3. Looney JG, Harding RK, Blotcky MJ, Barnhart FD. Psychiatrists' transition from training to career. Stress and mastery. Am. J. Psychiatry. 1980; 137: 32-35.
4. Guy JD, Stark M, Poelstra P. National survey of psychotherapists' attitudes and beliefs. Unpublished manuscript, 1987.

5. Bellak L. Crises and special problems in psychoanalysis and psychotherapy. New York: Brunner-Mazel; 1981.
6. Flaherty JA. Self-disclosure in therapy: marriage of the therapist. *Am. J. Psychoth.* 1979; 38: 442-452.
7. Freud S. Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. W: Standard edition of the complete psychological works (vol.12) London: Hogarth; 1912.
8. Weiner MF. Self-exposure by the therapist as a therapeutic technique. *Am. J. Psychoth.* 1972; 26, 42.
9. Curtis JM. Effect of therapist's self-disclosure on patient's impressions of empathy, competence and trust in an analogue of a psychotherapeutic interaction. *Psychol. Rep.* 1981; 48: 127-136.
10. Freud A. The widening scope of indications for psychoanalysis: discussions. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1954; 2: 607.
11. Gitelson M. The emotional positions of the analyst in the psychotherapeutic situation. *Int. J. Psychoanal.* 1952; 33, 1.
12. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis. New York: International Universities Press; 1967.
13. Fromm-Reichmann F. Principles of intensive psychotherapy. Chicago: University of Chicago Press, 1960.
14. Glazer M. Anonymity reconsidered. *J. Cont. Psychother.* 1981; 12: 146-153.

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

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=420