

James D. Guy

ŻYCIE OSOBISTE PSYCHOTERAPEUTY. ZNACZĄCE WYDARZENIA ŻYCIOWE. CZĘŚĆ
10. STARZENIE SIĘ I EMERYTURA

THE PERSONAL LIFE OF THE PSYCHOTHERAPIST. SIGNIFICANT LIFE EVENTS. PART
10. AGING AND RETIREMENT

Fragment 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: aging, retirement

Słowa klucze: starzenie się, emerytura

Abstract

The author discusses possible influences of aging on the quality of psychotherapist's professional work as well as feelings and experiences of an old therapist's patients. He describes therapist's possible problems connected to the decision about retirement and ways of coping with effects of aging and awareness of the time passing.

Streszczenie

Autor dyskutuje możliwy wpływ starzenia się na jakość pracy terapeuty oraz odczucia pacjentów leczonych przez starszego terapeuty. Opisuje możliwe problemy związane z decyzją o przejściu na emeryturę oraz sposoby radzenia sobie przez terapeuty ze skutkami postępującego wieku oraz świadomością upływu czasu.

W miarę dojrzewania zawodu psychoterapeuty, dojrzewają też psychoterapeuci. Jedna z ankiet przeprowadzonych wśród terapeutów wykazała, że 26% z osób aktywnych zawodowo było w wieku między 50 a 60 rokiem życia, podczas gdy niemal 10% przekroczyło sześćdziesiąty rok życia [1]. Nowsze dane dotyczące psychologów należących do sekcji klinicznej i sekcji psychoterapii Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, wskazują, że średnia ich wieku to odpowiednio 46 i 47 lat, a zakres wieku wynosi od 24 do 80 lat [2]. Gdy osoby urodzone w okresie wyżu demograficznego postarzeją się, średnia i modalna wieku praktykujących także się podniesie. Co więcej, coraz bardziej akceptowane może stać się kontynuowanie pracy klinicznej po osiągnięciu standardowego wieku emerytalnego. Nawet obecnie (w roku 1987 przyp. tłum) spotkać można praktykujących psychoterapeutów będących w wieku ponad siedemdziesięciu lat. W rzeczy samej,

niektórzy utrzymują ograniczoną praktyki zawodową nawet w będąc w wieku około pięćdziesięciu lat.

Wraz z rosnącym wiekiem terapeutów pojawia się potrzeba określenia jego wpływu na pracę klinicysty i praktykę psychoterapeutyczną. Obecnie nie istnieje ogólnie akceptowana definicja kompetencji, jak również nie ma przyjętych zasad ich wykrywania, sankcjonowania i działań w odniesieniu do zawodu terapeuty [3, 4]. Szczególnie odnosi się to do niesprawności związanej z wiekiem. W rezultacie w kwestii oszacowania wpływu swojego podeszłego wieku na kompetencje kliniczną i określenia kiedy najlepiej będzie przejść na emeryturę, terapeuta jest pozostawiony samemu sobie.

Dla większości jednostek, przejście z pełnego korzyści etatu na emeryturę, jest istotnym "kamieniem milowym", budzącym szereg ambiwalencji [5]. Dodatkowe czynniki związane z praktyką psychoterapeutyczną mogą to jeszcze bardziej komplikować. Na przykład, terapeuci pracujący w praktyce prywatnej cieszą się względną niezależnością, i nie podlegają zasadom polityki administracyjnej szpitali, klinik czy uniwersytetów, dotyczącej oceny kompetencji i w końcu emerytury. Gdy terapeuta uzyska licencję czy certyfikat, pozwalający na niezależną pracę w prywatnej praktyce, zwykle nie ma innych obowiązkowych punktów oceny jego praktyki klinicznej. Zatem wolno mu pracować tak długo, jak chce, niezależnie od malejących kompetencji (dokąd to nie spowoduje podjęcia działań prawnych lub zawodowej cenzury). Nawet wśród osób pracujących w miejscach zinstytucjonalizowanych, z obowiązkowymi ocenami jakości pracy i emeryturą, większość ma także niepełnoetatowe praktyki prywatne, gdzie mogą pracować po przekroczeniu 65 czy 70-tego roku życia [6, 7]. Co więcej, po wymuszonej emeryturze, mogą oni rozpocząć praktykę prywatną. Ostatecznie, z decyzją czy przerwać praktykę zawodową z powodu utrudnień związanych z wiekiem terapeuta zostaje sam na sam. Przy braku dobrze określonych kryteriów, praktyk musi podjąć tę decyzję, mającą wielkie znaczenie osobiste, bez wsparcia wynikającego ze struktury czy zaleceń.

Z uwagi na to, że osobista i zawodowa tożsamość terapeuty są nierozdzielne, decyzja o przerwaniu pracy może być bardzo skomplikowana [8]. Wysoki status społeczny i satysfakcja osobista, związane z karierą terapeuty, mogą utrudniać rezygnację z tego źródła dowartościowania [9]. Zmniejszenie lub zaprzestanie pracy może spowodować utratę ważnej roli społecznej, wywołując uczucia bezużyteczności i rozpacz u terapeuty, którego tożsamość jest silnie związana z tą rolą zawodową [10]. Unikanie i zaprzeczanie dotyczące śmiertelności, poczucie zaangażowania i odpowiedzialności za pacjentów, oraz poczucie omnipotencji, wynikające z idealizacji przez pacjentów, mogą z kolei przeszkadzać próbom odniesienia się przez terapeutę do tych zagadnień wprost i otwarcie. Każda (lub wszystkie) z tych kwestii może utrudniać terapeutom obiektywne

określanie kiedy i czy konieczne jest przerwanie praktyki zawodowej z powodu utrudnień związanych z wiekiem.

Problem samoodślonięcia

Izolacja fizyczna i psychiczna, związana z praktyką kliniczną może utrudniać starzejącemu się terapeutę omawianie swoich trosk z innymi kolegami. Co więcej, lęk przed krytyką, ośmieszeniem się i utratą źródeł kierujących do niego pacjentów, może powstrzymać terapeuta przez zwróceniem się do innych profesjonalistów w celu omówienia trosk związanych ze starzeniem się oraz emeryturą. Zatem terapeuta jest pozostawiony samemu sobie z rozważaniem problemów samooceny i postanowieniem odejścia na emeryturę.

Oczywiście, trudno jest terapeutę pytać o ocenę możliwego obniżenia się jego kompetencji, związaną z wiekiem swoich pacjentów. Jednak, w jednym z badań, większość ankietowanych terapeutów stwierdziła, że uważali informacje zwrotne od pacjentów za podstawowe źródło danych, pozwalających na stwierdzenie czy stali się mniej sprawni, zaraz po własnej ocenie [11]. Jest to niekorzystna sytuacja, gdyż pacjenci mogą nie być wiarygodnym źródłem takich informacji. Na przykład, mogą nie być w stanie obiektywnie ocenić umiejętności terapeuty, albo nie powiedzieć prawdy, jeżeli zauważyli jakąś niesprawność związaną z wiekiem. Jeżeli terapeuta ulegnie pokusie podzielenia się obawami dotyczącymi swojej kompetencji z pacjentami lub pytania o ich poglądy na tę kwestię, pacjenci mogą zareagować upewnianiem, wsparciem, zachęcaniem lub zatroskaniem, niezależnie od tego, czy jest to właściwe. Terapeuta nie pomoże obarczanie pacjentów własną niepewnością, konfliktami i lękami dotyczącymi starzenia się. Z drugiej strony, unikanie tego tematu, może służyć zaprzeczaniu po obu stronach, pozostawiając pacjenta samego z jego fantazjami, lękami i opiniami na temat starzejącego się klinicysty. Chociaż najwłaściwszym postępowaniem może być poczekanie, aż kwestie te pojawią się w wypowiedziach, emocjach i zachowaniach pacjenta i odnoszenie się do nich w pełni gdy już wystąpią, konieczne może być też wniesienie ich przez terapeuta w celu pełnego zajęcia się obawami i poglądami pacjenta. Oczywiście, musi być to zrobione z uwagi na korzyści dla pacjenta a nie dla upewnienia się lub wsparcia dla terapeuty.

Reakcje pacjenta

Reakcje pacjenta, opisane wcześniej w kontekście jego choroby lub wypadku terapeuty są tu podobne. Wiele z analogicznych fantazji i obaw powstanie w odpowiedzi na zaawansowany wiek terapeuty i nie będziemy ich tutaj ponownie opisywać. Jednak mogą zaistnieć również pewne dodatkowe, unikalne problemy. Na przykład pacjenci, którzy mieli sporadyczne kontakty z terapeutą przez wiele lat, mogą być zasmuceni lub zaniepokojeni widocznymi ubytkami jego zdrowia fizycznego lub sprawności umysłowej. Może obudzić to wspomnienia starzejących się rodziców lub dziadków, jak również uczucia dotyczące własnego starzenia się. Pochłonięcie

kwestią zdrowia terapeuty, lękami przed jego czy jej możliwą śmiercią, mogą pobudzić troski o adekwatność opieki i możliwe opuszczenie. Może też pojawić się gniew na niezdolność terapeuty pozostania odpornym na wpływ starzenia, szczególnie, gdy wiąże się ono z chorobą lub niepełnosprawnością.

Pacjenci, którzy rozpoczęli pracę ze starzejącym się terapeutą niedawno, mogą być nieświadomi jakiegokolwiek deterioracji lub utraty witalności podczas ostatnich lat. Jednak wiele z wspomnianych poprzednio trosk może pojawić się również tutaj. W zależności od ich własnych poglądów na starzenie się i dotychczasowych doświadczeń z ludźmi starymi, możemy mieć do czynienia zarówno z nadmiernie idealizowanym obrazem starzejącego się terapeuty jako mądrego, wszechwiedzącego i onnipotentnego, lub jego dewaluacją jako "niedotykalnego", naiwnego, chorowitego i "wychodzącego z użycia". Może pojawić się pragnienie ochrony i pocieszenia terapeuty (powodujące unikanie konfrontacji i wyrażania sprzeciwu przez pacjenta), lub potrzeba zdyskredytowania, krytykowania, i dewaluowania poglądów terapeuty.

Jeżeli terapeuta nie wnosi tych kwestii do terapii, lub unika pełnego ich omówienia gdy zostają wniesione przez pacjenta, może to stać się obustronnie uzgodnionym "sekretem", który pozostawia pacjenta samego z lękami, fantazjami i troskami, które zostały obudzone. Jeżeli terapeuta przesadnie odsuwa przejście na emeryturę, troski o adekwatność opieki, zdrowie terapeuty i jego możliwą śmierć, mogą się nasilać. Mogą się też pojawić mieszane uczucia gniewu i poczucia winy, związane z reakcjami pacjenta na zaawansowany wiek terapeuty. Niemożność otwartego omówienia tych zagadnień z terapeutą może podminować zaufanie, wiarę, a w końcu przymierze terapeutyczne.

Z drugiej strony, czy terapeuta sam powinien wnosić sprawę swojego podeszłego wieku? Pacjent może zostać zalany troskami o jego samopoczucie, o przyszłość relacji terapeutycznej, możliwego zakończenia oraz opuszczenia. Jeżeli terapeuta ogłosi decyzję o przejściu na emeryturę, może to wywołać wiele reakcji, takich jak lęk, strach, poczucie winy, żal i depresja. Prawdopodobne są odczucia odrzucenia i opuszczenia, jak również gniew i niedowierzanie.

Dla niektórych pacjentów, postępujący wiek terapeuty i perspektywa jego emerytury, będą stanowić małą trudność, zależnie od diagnozy, typu leczenia i etapu terapii. W rzeczywistości mogą oni przyłączyć się do realistycznego rozwiązania tej kwestii przez terapeutę, dostrzegając godność i satysfakcję, które mogą być częścią procesu starzenia się.

Reakcje terapeuty

Wpływy starzenia na ogólne funkcjonowanie terapeuty są bardzo zróżnicowane i idiosynkratyczne, niektóre osoby doświadczają małych lub żadnych dolegliwości związanych z wiekiem, a inne cierpią na poważne osłabienie (jak w przypadku demencji czy choroby Alzheimera). Mimo tych różnic, podeszły wiek wpływa na praktykę terapeutyczną na kilku głównych sposobów.

Lata późnej dorosłości przynoszą naturalne pogorszenie zdrowia fizycznego i witalności [5, 12]. Obok zmian w wyglądzie zewnętrznym, pojawia się zwykle pogorszenie wzroku i słuchu oraz zwolnienie procesów sensoryczno-motorycznych. Częsty jest spadek energii i wytrzymałości fizycznej. W końcu może pojawić się więcej przewlekłych chorób i niepełnosprawność. Chociaż praktyka psychoterapii nie wymaga wielkiej siły fizycznej i wytrzymałości, pewien zasób sił życiowych i energii jest konieczny, aby umożliwić terapeutę interakcje z pacjentami bez lub tylko z krótkimi przerwami, przez dłuższe okresy czasu. Zmniejszenie fizycznej witalności może ograniczać zdolność terapeuty do utrzymywania większej intensywności terapii [13]. Co więcej, zaabsorbowanie narastającą ilością dolegliwości czy objawów fizycznych, może dalej ograniczać zdolność terapeuty do uczestniczenia w sesjach. Narastająca choroba, częste nieobecności oraz perspektywa śmierci lub inwalidztwa mogą być niechcianymi i nieprzewidywanymi intruzami w życiu i pracy terapeuty.

Dla większości ludzi, podeszły wiek przynosi zwolnienie czasu reakcji, związane z funkcjonowaniem centralnego systemu nerwowego, które może wpływać na percepcję, zakres uwagi i pamięć krótkotrwałą [12]. Może też pojawić się wzrastająca trudność dłuższego utrzymywania koncentracji, zmniejszenie zasobu efektywnego słownictwa, uporczywe i nawracające myśli oraz spadek ogólnej motywacji [5, 14]. Podczas gdy sprawność intelektualna związana z logicznym myśleniem i zdolnościami werbalnymi pozostają stabilne, zadania wymagające szybkości i dokładności stają się trudniejsze. Ochota i energia do uczenia się często się zmniejszają, nawet gdy sama zdolność pozostaje stała. Zmiany te mogą utrudniać starzejącemu się terapeutę dłuższe utrzymanie koncentracji, naruszać funkcjonowanie pamięci oraz zmniejszać motywację do pracy [13]. Zdolność głębokiego rozumienia pacjenta i prezentowanego materiału, oraz podtrzymywania i komunikowania odpowiedniej empatii, może zostać osłabiona malejącą sprawnością umysłową.

Na praktykę terapeutyczną wpływać może też wiele zmian emocjonalnych. Osoby w tym okresie życia są zmuszone do oceny i oszacowania jego znaczenia. Starzejące się jednostki zwykle stają się bardziej introspektywne, skoncentrowane na sobie i zorientowane do wewnątrz [15].

Do osiągnięcia godności a nie rozpacz jednostce dokonującej "przeгляdu życia" - inwentarza przeszłych dokonań i doświadczeń, potrzebne jest poczucie satysfakcji i spełnienia [12, 16].

Depresja powstaje, jeżeli jednostka dochodzi do negatywnej oceny swojego życia i wartości, zwiększającej lęk przed trudnościami związanymi z wiekiem, które prawdopodobnie przeszkadzać będą w przyszłych próbach osiągnięcia upragnionych celów osobistych i zawodowych [17]. Psychoterapeuci mogą odkryć, że narastające skupienie na sobie, orientacja do wewnątrz i narcyzm, stanowią utrudnienie w ich zdolności do efektywnego wychodzenia naprzeciw i empatyzowania z pacjentami [13]. Podczas gdy przejście do integralności pomoże niektórym terapeutom

doświadczają i wyrażają szacunek wobec pacjentów [18], osoby wpadające w rozpacz mogą mieć narastające trudności w dbaniu o ich potrzeby. Ponadto, potencjalne wyczerpanie i rozczarowanie pracą może zmniejszać potrzebną terapeutom integralność. Obawy przed zastąpieniem i odrzuceniem mogą zapobiegać otwartemu i realistycznemu omawianiu tych zagadnień z pacjentami. W końcu brak dialogu, oceny, struktury lub przewodnictwa na polu psychoterapii odnośnie trudności związanych z wiekiem i możliwej konieczności przejścia na emeryturę, pozostawia klinicystę samego wobec lęku, depresji lub stresu, które mogą wynikać z tych kwestii.

Utrata poczucia tożsamości, wartości i osobistej siły, związana z przerwaniem lub zmniejszeniem ilości pracy klinicznej, mogą utrudniać terapeutom skonfrontowanie się z potrzebą takiej decyzji. W dodatku, utrata przyjaciół i członków rodziny, może czynić bolesnym zakończenie prowadzenia terapii pacjentów.

W rezultacie, starzejący się terapeuta może odsuwać ogłoszenie swojego odejścia na emeryturę i przedłużać aktywność kliniczną poza adekwatny czas. Interesujące, że niemal połowa ankietowanych ostatnio terapeutów stwierdziła, że zamierza praktykować po 70 roku życia a 15% oświadczyło, że zamierza prowadzić psychoterapię aż do śmierci [11]. Może to odzwierciedlać nie tylko nierealistyczny optymizm co do braku związanych z wiekiem lub z chorobą niesprawności w dalszym życiu, lecz także może wskazywać na wahanie wielu praktyków przed dobrowolnym oddaniem roli terapeuty przez odejście na emeryturę. Mieszana potrzeb własnych i potrzeb pacjenta wydaje się składać na zaciemnienie rozsądnego osądu odnośnie konieczności i czasu tego kroku. Same kwestie ekonomiczne nie wystarczają do pełnego wytłumaczenia tego wzorca postępowania.

Po przejściu na emeryturę terapeuci mogą czuć się opuszczeni przez kolegów, pacjentów i znajomych. Podczas gdy przed emeryturą mogli czynnie poszukiwać superwizji i konsultacji, emerytowani terapeuci mogą uważać, że nikt nie interesuje się już ich punktem widzenia, a ich umiejętności, wiedza i doświadczenie, mogą budzić podejrzenia wśród młodszych profesjonalistów. Rzadkimi wyjątkami będą ci, którzy osiągnęli szczególnie rozgłos i wybitność na polu nauki. Takie osoby mogą czuć się zawodowo użyteczne i produktywne aż do śmierci.

Podsumowanie i sugestie

Ponieważ praktykujący terapeuta aktualnie ponosi wyłączną odpowiedzialność za określanie, czy w najlepszym interesie publicznym leży przerwanie przez niego pracy klinicznej (przynajmniej w odniesieniu do praktyki prywatnej), ważne jest aby to wydarzenie było przewidywane, a na jego nadejście powinno się być starannie przygotowanym. Na początek, praktykujący terapeuta musi, w sposób jak najbardziej obiektywny, skonfrontować się ze swoją śmiertelnością i postępującym wiekiem. Dowiedzenie się o prawdopodobnych fizycznych, umysłowych, emocjonalnych i społecznych efektach starzenia się jest pierwszym, kluczowym krokiem. Wyostrzy to umiejętność

samoobserwacji w kierunku prawdopodobnych ubytków i niedoborów, które mogą wpływać na pracę kliniczną i zabezpieczy terapeuta pod względem poprawności decyzji o kontynuacji lub przerwaniu praktyki w określonym momencie.

Gdy terapeuta zauważy zmiany związane z postępującym wiekiem, które negatywnie wpływają na kompetencje kliniczne, pomocne może być kilka kroków. Na przykład wykonywanie bardziej szczegółowych notatek z sesji lub nagrywanie sesji, może skompensować problemy z pamięcią, pozwalając na przygotowanie się przed kolejną sesją. Skorygowanie problemów ze wzrokiem lub słuchem przez użycie soczewek korekcyjnych czy aparatu słuchowego wyostri zdolności obserwacji i percepcji. Bieżące konsultacje z kolegami, wraz z regularnym ciągłym samokształceniem, zapewnią wartościowe dane wejściowe i informacje zwrotne. Powrót do psychoterapii własnej może pomóc starzejącemu się terapeutę w rozwiązywaniu problemów, dotyczących zagadnienia "rozpacz czy zintegrowanie". Przydatne jest okresowe rozważanie, czy powinno się ograniczyć liczbę pacjentów i sesji, zgodnie z obecnymi siłami życiowymi i motywacją. Urozmaicenie zajęć klinicznych, poprzez dołączenie do nich nauczania, superwizowania i publikowania, może również być pomocne. Zaplanowanie częstych przerw w ciągu dnia, lub grupowanie spotkań w ciągu dnia, gdy poziom energii jest zwykle najwyższy, pomoże terapeutę pozostać czujnym. Rozwijanie zewnętrznych hobby lub zainteresowań poszerzy osobiste horyzonty terapeuty i zapewni poczucie celu i znaczenia poza zajęciami związanymi z pracą. Podejmowanie kroków, przygotowujących na możliwy brak sprawności z powodu choroby, lub w końcu na śmierć, także zagwarantują adekwatność opieki nad pacjentami.

Pomocne dla starzejącego się terapeuty będzie przezwyciężenie osobistych lęków i niepewności oraz otwarte omówienie problemów związanych z wiekiem z kolegami i profesjonalistami. Ułatwi to uzyskanie przewodnictwa, informacji zwrotnych i wsparcia od innych, w sprawach decyzji i problemów związanych z wpływem starzenia się na praktykę kliniczną. Pomocne może być również otwarte odniesienie się do tej kwestii w rozmowie z obecnymi i przyszłymi pacjentami, w celu zachęcenia ich do omówienia ich własnych uczuć i poglądów. Takie rozmowy raczej ułatwią osiągnięcie wglądu, prawidłowego osądu i osobistego rozwiązania problemów niż przeszkodzą w pracy terapeutycznej.

W końcu, potrzebne jest aby środowisko psychoterapeutyczne zajęło czynne stanowisko, odnośnie kwestii niesprawności związanych z wiekiem. Być może okresowe oceny kompetencji klinicznej w czasie odnawiania licencji, wraz z intensywnymi próbami ustanowienia sieci wsparcia terapeutów w ich kształceniu i uzyskiwaniu informacji zwrotnych, pomoże starzejącym się terapeutom w podejmowaniu decyzji o przejściu na emeryturę. Co najważniejsze, konieczne są dalsze badania nad wpływem starzenia się na jakość pracy terapeutów, potrzebne dla przeciwdziałania stereotypom i ignorancji dotyczącej tego problemu.

Piśmiennictwo

1. Henry WE, Sims JH, Spray SL. The fifth profession. San Francisco: Jossey-Brass. 1971.
2. Prochaska JO, Norcross JC. Contemporary psychotherapists: a national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychother. Theory, Res. Pract.* 20, 161-173, 1983.
3. Clairborn WL. The problem of professional incompetence. *Prof. Psychol.* 1982; 13: 153-158.
4. Laliotis DA, Grayson JH. Psychologist heal thyself. *Am. Psychol.* 1985; 40: 84-96.
5. Van Hoose WH, Worth MR. Adulthood in the life cycle. Dubuque, IA: Brown, 1982.
6. Norcross JC, Nash JM, Prochaska JO. Psychologists in part-time independent practice: description and comparison. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 1985; 16: 565-575.
7. Tryon GS. Full-time private-practice in the United States: results of a national survey. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 1983; 14: 685-696.
8. Will OA. Comments on the professional life of the psychotherapist. *Cont. Psychoan.* 1979; 15: 560-575.
9. Gaitz CM. Planning for retirement: advice to physicians. *J. Am. Med. Assoc.* 1977; 238: 149-151.
10. Halloran DF. The retirement identity crisis - and how to beat it. *Personnel J.* 1985; 64: 38-40.
11. Guy JD, Stark M, Poelstra P. National survey of psychotherapists' attitudes and beliefs. Nieopublikowany maszynopis, 1978.
12. Kimmel DC. Adulthood and aging. New York: Wiley, 1974.
13. Eissler KR. On the possible effects of aging on the practice of psychoanalysis. *Psychoan. Q.* 1977; 42: 182.
14. Charness N. Aging and human performance. New York: Wiley, 1985.
15. Levinson DJ. The seasons of a man's life. New York: Ballantine; 1978.
16. Erikson E. Identity: youth and crisis. New York: Norton, 1968.
17. Kolb LC, Brodie HK. Modern clinical psychiatry. Philadelphia: Saunders, 1982.
18. Rogers CR. A way of being. Boston: Houghton Mifflin, 1980.