

James D. Guy

ŻYCIE OSOBISTE PSYCHOTERAPEUTY. ZNACZĄCE WYDARZENIA ŻYCIOWE.
CZEŚĆ 2: MAŁŻEŃSTWO, CIAŻA I RODZICIELSTWO.

THE PERSONAL LIFE OF THE PSYCHOTHERAPIST. SIGNIFICANT LIFE EVENTS.
PART 2: MARRIAGE, PREGNANCY, AND PARENTHOOD.

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, marriage, pregnancy, parenthood
słowa kluczowe: życie osobiste psychoterapeuty, małżeństwo, ciąża, rodzicielstwo

Abstract:

Events in early adulthood of the psychotherapist such as marriage, pregnancy and parenthood, influence majority of therapist and consequently majority of therapeutic relationships.

The author discusses if and how to inform patients about those events as well as possible consequences.

Streszczenie:

Wydarzenia z okresu wczesnej dorosłości psychoterapeuty, takie jak małżeństwo, ciąża i rodzicielstwo, dotyczą większości terapeutów a przez to i większości relacji terapeutycznych. Autor omawia kwestię czy i w jaki sposób informować pacjentów o tych wydarzeniach życiowych, a także możliwe tego konsekwencje.

Levinson [1] dzieli erę wczesnej dorosłości na trzy fazy. Są to: wejściowy okres wczesnego wieku dorosłego (lata 22-28), przejście przez trzydziesty rok życia (lata 28-30) oraz szczytowy okres wczesnego wieku dorosłego (lata 33-40). Levinson zauważa, że ta era wiąże się z największą ilością energii, dostatku oraz stresu. W dodatku do osiągnięcia biologicznego szczytu, jednostki formują w tym czasie młodzińcze aspiracje i podążają za nimi, ustalają swoje nisze w społeczeństwie, zakładają rodzinę, a w końcu osiągają bardziej "senioralną" pozycję w świecie dorosłych. Podczas gdy może to być czas znaczącej satysfakcji pod względem miłości, seksualności, życia rodzinnego,

awansu zawodowego, kreatywności i realizowania celów życiowych, jest to także zazwyczaj czas wielkiego stresu i konfliktu. Jak zauważa Levinson: *Wczesna dorosłość jest erą, w której jesteśmy najbardziej poniewierani - od wewnątrz przez nasze własne pasje i ambicje, a od zewnątrz przez wymagania rodziny, wspólnoty i społeczeństwa. Pod rozsądnie korzystnymi warunkami, nagroda za życie w tej erze jest przeogromna, lecz koszty często są równe lub nawet przekraczają zyski.* (s.5)

Dla terapeuty ten okres z grubsza odpowiada fazie nowicjatu w rozwoju zawodowym, podczas którego jednostka szkoli się i superwizuje praktykę terapeutyczną i następnie wchodzi w zawód jako praktykujący terapeuta. Jak to omówiono w rozdziale 2 (innym rozdziale monografii J.D.Guy - przyp. red.), jest to często czas wielu trosk związanych z karierą i stresów, takich jak te wynikające z przebiegającej terapii własnej, wybierania orientacji teoretycznej, specjalizacji, uzyskiwania niezbędnych uwierzytelnień zawodowych. Jak zauważa Farber [2], jest to także czas, gdy lęki dotyczące kompetencji i prawdopodobieństwa przyszłego sukcesu są najbardziej osłabiające. Psychoterapeutom - już nie początkującym - w tej fazie rozwoju zawodowego brakuje doświadczenia, pewności i biegłości niezbędnych do pełnego cieszenia się swoją pracą bez obaw i wątpliwości co do efektywności leczenia, adekwatności umiejętności klinicznych i gwarancji trwałości sukcesu finansowego. Osobiste i zawodowe troski, związane z tym okresem oddziałują w sposób, który może być bardzo uciążliwy dla psychoterapeuty. Na przykład, Looney i wsp. [3] zauważyli, że psychiatrzy w tym wieku, donoszą o doświadczaniu od umiarkowanych do znacznych poziomów stresu, związanych kolejno z: egzaminami zawodowymi (66%), trudnościami z pacjentami (47%), stresem w małżeństwie (45%), stresem związanym ze zmianą przyjaciół (40%), stresem związanym z przeprowadzkami (39%), problemami seksualnymi (28%), troskami o zdrowie (26%), znaczącymi zaburzeniami snu (24%), dużymi zmianami wagi (23%), poważnymi chorobami fizycznymi (15%), oraz separacją lub rozwodem (14%). Świat zawodowy wpływa w tym okresie na życie osobiste (i vice versa), powodując obciążenia zauważalne nie tylko dla terapeutów, ale i dla niektórych spostrzegawczych pacjentów. Główne wydarzenia życiowe, które zazwyczaj występują w tej erze to małżeństwo, ciąża, rodzicielstwo i przeprowadzki. Rozważmy teraz wpływ tych wydarzeń na życie osobiste i pracę zawodową psychoterapeutów.

Małżeństwo.

W rozdziale 4 (monografii "The Personal Life of the Psychotherapist", przyp. red.), rozważano wpływ kariery psychoterapeutycznej na zadowolenie z małżeństwa, odnotowano jego zarówno pozytywne, jak i negatywne oddziaływania, omówiono ważne korzyści i obciążenia dla współmałżonka i relacji małżeńskiej. W tym miejscu potrzebna jest zmiana perspektywy w celu rozważenia wpływu zmiany stanu cywilnego terapeuty na praktykę psychoterapeutyczną, związku tego wydarzenia zarówno z praktykiem, jak i z jego pacjentami. Zależnie od używanej orientacji teoretycznej, stan cywilny terapeuty może być ważną zmienną w relacji terapeutycznej. Na

przykład, na początku leczenia pacjent może chcieć się dowiedzieć czy terapeuta jest żonaty, ponieważ wierzy, że to mogłoby wpłynąć na jego czy jej zdolność rozumienia i empatyzowania z problemami pacjenta w tym względzie. Na przykład, jeżeli żonaty pacjent zauważy, że terapeuta nie jest żonaty, może on lub ona wątpić w zdolność terapeuty do zrozumienia i towarzyszenia w sporach i konfliktach małżeńskich. Z drugiej strony, jeżeli terapeuta jest żonaty, nieżonaty pacjent może wątpić w jego możliwość pełnego rozumienia problemów, konfliktów i uczuć związanych z byciem samotnym. W końcu, nawet jeżeli obie osoby mają taki sam stan cywilny, może to być przerażające dla pacjenta, mogącego obawiać się, że jego relacja jest porównywana z relacją terapeuty. Z każdą z tych poszczególnych kombinacji związane są określone problemy. Dla terapeuty stan cywilny także może być workiem z różnościami. Nieżonaci terapeuci mogą mieć większą wolność podążania za zainteresowaniami zawodowymi, szkoleniem i pracą, bez obaw przed ich możliwym wpływem na współmałżonka czy rodzinę. Mogą też mieć większy stopień elastyczności w ustalaniu zarówno rutynowych zajęć klinicznych, jak i kryzysowych interwencji. W końcu, po długim dniu prowadzenia terapii, nieżonaty, mieszkający samotnie terapeuta może mieć większą swobodę wycofania się w celu odnowienia zużytych zasobów emocjonalnych i "wycelowania się". Z drugiej strony, współmałżonek stanowi ważne źródło empatii, wsparcia, opieki i testowania rzeczywistości. Jest także naturalnym sprzymierzeńcem w walkach przeciwko potencjalnie osłabiającym, skutkom praktyki terapeutycznej dla życia osobistego i relacji terapeuty. Ponownie pozostaje stwierdzić, że istnieją różne korzyści i problemy związane ze stanem cywilnym terapeuty, jakkolwiek by ten stan nie był.

Zmiana stanu cywilnego

Być może głównym zagadnieniem nie jest konkretny stan cywilny pacjenta czy terapeuty, lecz zmiana tego stanu przez psychoterapeutę podczas trwającego procesu leczenia konkretnego pacjenta. Kilka czynników wydaje się przemawiać za tym przekonaniem. Na przykład, jeżeli stan cywilny terapeuty jest ważnym zagadnieniem dla pacjenta, jest jak najbardziej prawdopodobne, że zagadnienie to pojawi się w terapii bardzo wcześnie. Pacjent może nieustannie pytać terapeutę wprost o tą sprawę, dopóki nie zostanie albo udzielona odpowiedź, albo wyeliminowana potrzeba takiej informacji. W pierwszym przypadku wielu terapeutów w końcu ujawnia swój stan cywilny w czasie wczesnej fazy leczenia jeżeli wydaje się to pomocne w formowaniu przymierza terapeutycznego. (W rzeczy samej, wskazówki niewerbalne takie jak obrączka lub zdjęcie współmałżonka znajdujące się w gabinecie mogą uczynić takie dochodzenie niepotrzebnym). Nawet, gdy terapeuta odmawia ujawnienia swojego stanu cywilnego, pacjent może uzyskać tę informację z różnych źródeł, od naocznych świadków, z ogłoszeń w gazetach lub rozmów zasłyszanych w poczekalni. Chociaż z pewnością nie wszyscy, większość pacjentów odkrywa stan cywilny swoich terapeutów na wczesnych etapach relacji terapeutycznej. Dowiedziawszy się o

stanie cywilnym terapeuty, pacjent zwykle rozpoczyna formowanie pewnych wyobrażeń o stylu życia, relacjach i zajęciach terapeuty. Co ważniejsze, składa on (ona) te fantazje i założenia ze znanymi faktami, tworząc podstawę odnoszenia się do terapeuty w relacji terapeutycznej. Stan cywilny jest zatem jednym z kilku ważnych czynników wpływających na to, jak pacjenci odnoszą się do terapeuty oraz na ich oczekiwania odnośnie sposobu, w jaki terapeuta będzie odnosił się do ich świata. Każda zmiana w tym obszarze może mieć zaburzający wpływ na relację terapeutyczną i uczucia pacjenta w stosunku do terapeuty.

Zmiana stanu cywilnego z wolnego na małżeński, może stać się ważnym zagadnieniem w leczeniu, zarówno dla pacjenta jak i dla terapeuty. Jak wskazuje Bellak [4], chociaż klinicysta może początkowo zakładać, że nie jest koniecznym ujawnianie tego faktu pacjentom, tak jak wielu innych aspektów swojego prywatnego życia, pacjenci mogą mimowolnie dowiadywać się o tych wydarzeniach, niezależnie od takich intencji. Na przykład, nagłe pojawienie się pierścionka zaręczynowego lub obrączki jest oczywistą wskazówką, zmuszającym terapeutę do podjęcia decyzji, czy nosić, czy nie nosić pierścionka lub obrączki w czasie terapii. Ponieważ decyzja o unikaniu tego ma długotrwałe działanie, wymagając nie noszenia ich przez cały czas trwania relacji terapeutycznej, większość terapeutów wybiera noszenie obrączek i unika niewygody i szachrajstw związanych z pozostawianiem ich w domu. Tak więc większość pacjentów dowie się o małżeństwie w ten sposób - jeśli nie wcześniej. Inni mogą dowiedzieć się o zmianie stanu cywilnego z różnych poprzednio omawianych źródeł. Jeżeli miesiąc miodowy ma się nakładać na regularnie odbywające się do tej pory sesje, może stać się w tym momencie niezbędne ujawnienie tego wydarzenia (stanowisko to jest dla wielu terapeutów mocno dyskusyjne - przyp. red.). Niezależnie od tego jak i kiedy ujawnienie zachodzi, w większości przypadków pacjent dowie się o zbliżającym się lub niedawno zawartym małżeństwie terapeuty.

Problem odsłonięcia się.

Po określeniu prawdopodobieństwa dowiadywania się przez pacjentów o małżeństwie terapeuty, staje się niezbędnym ustalenie, czy, kiedy i jak dostarczyć im tę informację. Oczywiście, niektórzy terapeuci wolą poczekać i zobaczyć czy pacjenci odkryją to wydarzenie na własną rękę. Jeżeli faktycznie dowiedzą się o małżeństwie z innych źródeł, terapeuta akceptuje nieodwracalność tego faktu i aktywnie pomaga wówczas pacjentowi badać uczucia, myśli i zachowania wynikające z tego odkrycia. Jeżeli pacjent nie odkryje tej informacji na własną rękę, terapeuci ci kontynuują leczenie bez wspomniania o tym, wierząc, że jest to niezwiązane z problemami pacjenta.

Z uwagi na prawdopodobieństwo dowiedzenia się przez pacjentów o zmianie stanu cywilnego terapeuty, rzadko kiedy terapeuta ucieka potrzebie jakiegoś rodzaju odsłonięcia dotyczącego tego zdarzenia. Zarówno Bellak [4], jak i Flaherty [5] sugerują, że mogą istnieć przypadki, w których będzie niezbędnym dla terapeuty dobrowolne ujawnienie zbliżającego się małżeństwa

poszczególnym pacjentom. Na przykład, Bellak stwierdza: *Jeżeli pacjent miał możliwość dowiedzenia się o zmianie statusu terapeuty, rozsądnym jest zrobić krótką deklarację co do faktów. Gdy nie dzielimy się naszym prywatnym życiem z naszymi pacjentami z własnej chęci lub bez konieczności, błędne jest pozostawianie chronionym za anonimowością analityczną (możliwe, że z powodu tego, że postępowanie przeciwnie, mogłoby być niewygodne dla analityka). To mogłoby stworzyć niezwykle sztuczną sytuację lub dalsze skonfundowanie pacjenta, zaburzając jego osąd rzeczywistości (s.230)*

Zauważa dalej, że nawet gdy pacjent nie pyta, ani nie komentuje tego zagadnienia, jeżeli terapeuta ma powód uważać, że pacjent dowiedział się lub, że w końcu może się dowiedzieć o małżeństwie, powinien rozważyć dobrowolne wniesienie sprawy, aby uniknąć oszukaństw, skonfrontować i przeanalizować możliwe zaprzeczenie pacjenta oraz chronić godność i integralność relacji terapeutycznej. Flaherty [5] powtarza poglądy Bellaka, ale idzie o krok dalej sugerując, że może być właściwym ujawnienie zagadnienia nawet wtedy, gdy pacjent może się o nim nie dowiedzieć, w celu ochrony przymierza terapeutycznego. Jeżeli jest prawdopodobne, że pacjent poczuje się oszukany, niezwykle zraniony lub niepotrzebnie odrzucony po ostatecznym odkryciu tej informacji, niezależnie od tego, jak nieprawdopodobne byłoby jej uzyskanie, terapeuta powinien rozważyć dobrowolne ujawnienie. Co więcej, jeżeli unikanie tego wytwarza w terapeutce poczucie winy dotyczące oszustwa albo lęk przed odkryciem, które są dość poważne, by wpływać na relacje terapeutyczną, najlepszym rozwiązaniem może być rozważenie otwartego omówienia tego z pacjentem.

Czy w rezultacie mimowolnego odkrycia przez pacjenta, czy dobrowolnego ujawnienia przez terapeutę, problem co, i jak ujawnić o małżeństwie, pozostaje oddzielnym zagadnieniem, z którym psychoterapeuta musi się skonfrontować. Bellak [4] zaleca, żeby terapeuta zrobił prostą deklarację faktów, bez wchodzenia w zbędne detale. Sugeruje, aby terapeuta zwrócił szczególną uwagę na wszelkie zmiany afektu, zachowania, zawartości snów lub materiału terapeutycznego, które mogą w rezultacie nastąpić. Powinny one zostać starannie zbadane, aby określić znaczenie tego wydarzenia w odniesieniu do wewnętrznych doświadczeń pacjenta, jak i zewnętrznej relacji terapeutycznej. Flaherty [5] także stwierdził, że niewielkie odsłonięcie podstawowych faktów o tym wydarzeniu, było wystarczające do usatysfakcjonowania większości pacjentów i pozwalało na niezaburzone kontynuowanie pracy terapeutycznej. Fromm-Reichmann [6] dodaje, że często jest pomocnym upewnienie pacjenta odnośnie zdolności terapeuty do pozostawienia na boku spraw osobistych, związanych z małżeństwem i możliwości odpowiedniego skoncentrowania się na potrzebach pacjenta. W tym względzie, relacjonuje ona następującą historię: *Przypominam sobie przykład psychiatry, która się zaręczyła. Kilka z jej młodych pacjentek, którym zdarzyło się usłyszeć o zaręczynach, wyraziło sceptycyzm, co do jej zdolności do skoncentrowania się na pracy z nimi.*

Psychiatra ta odpowiedziała, że mając wątpliwości co do swojej zdolności do pracy, czasowo przerwie spotkanie się z pacjentami. Po tym praca terapeutyczna została podjęta jak zwykle. (s.212)

Reakcje pacjenta

Jest prawdopodobne, że dowiedzenie się o nadchodzącym lub niedawnym zawarciu związku małżeńskiego przez terapeutę, obudzi różne reakcje. Flaherty [5] donosi, że kilku jego pacjentów wyraziło widocznie szczerą radość i podekscytowanie, gdy dowiedzieli się o jego małżeństwie. Dla większości ta nowina wydawała się zwiększać ich zdolności do pracy nad zagadnieniami genetycznymi, związanymi z małżeństwem ich rodziców, jak również ich własnymi uczuciami i doświadczeniami dotyczącymi bliskości. Wydawało się to również zwiększać ufność i otwartość relacji terapeutycznej. W przypadku kilku innych pacjentów, pojawiło się, jak się wydawało, narastające poczucie zazdrości, współzawodnictwa, depresji, identyfikacji oraz winy związanej z obecnością seksualnego pociągu do terapeuty. Chociaż niewygodne, problemy te nie były opisywane jako szkodliwe dla ogólnej relacji terapeutycznej. Flaherty uważa nawet, że przepracowanie takich reakcji w rzeczywistości przyspieszyło ważny postęp i wzrost.

Bellak [4] sugeruje, że w odpowiedzi na dowiadywanie się o małżeństwie terapeuty, pacjenci mogą doświadczać szerokiej gamy uczuć, z których wiele jest mniej pozytywnych, niż opisane przez Flaherty'ego, w tym uczucia zazdrości, współzawodnictwa, rywalizacji, dążeń edypalnych i urazy. Fromm-Reichmann [6] zauważa, że niektórzy pacjenci będą bardzo zaprzątnięci tym co wpływa na emocjonalną energię terapeuty oraz jej inwestowanie, obawiając się, że małżeństwo zmniejszy zdolność terapeuty do zapewniania im uprzednio przejawianej opieki, wsparcia i empatii. Mogą także wystąpić inne reakcje, jak wzrost poczucia rywalizacji z rodzeństwem, lęk przed opuszczeniem, pociąg seksualny do terapeuty, poczucie osobistej nieadekwatności i bycia niepożądanym oraz odrzucenia. Niektórzy pacjenci mogą nawet martwić się o to czy typowe kłótnie i konflikty związane z pierwszymi miesiącami małżeństwa, zmniejszą zdolność terapeuty do koncentrowania się na ich problemach! W rezultacie dowiedzenia się o tym wydarzeniu, pacjenci mogą potrzebować reorganizacji swoich percepcji i fantazji dotyczących terapeuty. Mogą oni rozpocząć inne bycie w relacji, zgodne ze zmianą oczekiwań i przekonań dotyczących wpływu małżeństwa na życie i osobowość terapeuty. Chociaż niektórzy mogą przewidywać bardziej negatywne rezultaty, korzyści z małżeństwa, (omawiane w rozdziale 4 monografii J.D.Guy - przyp. red.), mogą również pozytywnie wpływać na relację terapeutyczną na sposoby widoczne zarówno dla terapeuty, jak i dla pacjenta.

Reakcje terapeuty

Ponieważ zbliżające się zawarcie związku małżeńskiego jest zwykle radosnym czasem dla większości jednostek, jest naturalne, że terapeuta będzie chciał podzielić się swoim

podekscytowaniem z innymi, szczególnie tymi, z którymi pozostaje w bliskich relacjach. W rezultacie, terapeuta może odczuwać zaskakujący wewnętrzny przymus omówienia tego zdarzenia z pacjentami. W większości przypadków, szkolenie i doświadczenie będą powodować, że terapeuta oszacuje sensowność takiego odsłonięcia w świetle potrzeb i problemów każdego pacjenta. Jednak nawet najbardziej zdyscyplinowany psychoterapeuta doświadczy trudności stałego przedkładania potrzeb pacjenta ponad swoje własne, szczególnie w przypadku znaczących wydarzeń w życiu.

Niektórzy terapeuci będą czuli silny impuls do ujawniania pacjentom nadchodzącego małżeństwa z kilku powodów. Mogą się w tym zawierać: pragnienie podzielenia się szczęściem, włączenia pacjentów w znaczące wydarzenia swego życia, dostarczenia modelu udanego życia oraz zademonstrowania swej ludzkiej natury i podatności na zranienie. Podczas gdy to dobrowolne odsłonięcie się może być motywowane szczerym pragnieniem wzmocnienia relacji terapeutycznej, może też mieć u podłoża pyszałkowatość i dumę, które mogą wpłynąć na ocenę użyteczności takiego odsłonięcia. Inni mogą chcieć odsłonić takie wydarzenie z powodu przekonania, że to jest po prostu w najlepszym interesie relacji terapeutycznej. Oczywiście jest też wiele powodów, które mogą wywoływać unikanie przez terapeutę podzielenia się tymi informacjami z pacjentami. Niektórzy mogą czuć, że niepotrzebnie obciążąłoby to pacjentów, negatywnie wpływając na relację terapeutyczną lub tworząc problemy niezwiązane z przyczynami zgłoszenia się do terapii. Jeżeli istnieje silne pragnienie ujawnienia tej informacji, konieczność powstrzymania się może doprowadzić do poczucia zawiedzenia lub złości w terapii, który musi zaprzeczyć swojej potrzebie podzielenia się tym wydarzeniem z pacjentem, z uwagi na potrzeby tego ostatniego. Z drugiej strony, niektórzy terapeuci chętnie mogą decydować się na zatrzymanie tej informacji dla siebie z powodu ich własnych uczuć i potrzeb, takich jak zmieszanie, poczucie winy, lęk przed reakcjami pacjenta, defensywność lub nadmierna potrzeba prywatności. Jeżeli te uczucia są wystarczająco silne, mogą one wziąć pierwszeństwo nad potrzebami pacjenta, powodując hamowanie podzielenia się nowinami dotyczącymi tego wydarzenia nawet gdy mogłoby to przynieść więcej korzyści relacji terapeutycznej. Chęć skoncentrowania się na nowym małżonku i małżeństwie może dać efekt w postaci zmian w zaangażowaniu terapeuty w pracę zawodową. Jak wspomniano (w rozdziale 4 monografii - przyp. red.), potrzeba ochrony integralności relacji małżeńskiej może wymagać, by terapeuta pracował mniej godzin, ustalił mocniejsze i bardziej restrykcyjne granice zajęć i zadań zawodowych oraz włożył więcej energii i emocji w małżeństwo. Może to powodować, że terapeuta cokolwiek "oddali się" od pacjentów i zmniejszy swoją intensywność i inwestowanie. Będzie to szczególnie prawdą, jeżeli terapeuta liczył na to, że pacjenci zaspokoją jego własne potrzeby intymności i bliskości. Jednak większości terapeutów okres przedmałżeński dostarcza pomocnego zrównowazenia i źródła informacji zwrotnych, które ostatecznie wychodzą na dobre relacjom terapeutycznym.

Podsumowanie

Ponieważ niewielu terapeutów będzie zdolnych do powstrzymania pacjentów od dowiedzenia się o ich stanie cywilnym na początku terapii, lub zmianie stanu z wolnego na małżeństwo, jest niezbędnym staranne rozważenie uprzednio nakreślonych zagadnień. Decyzje muszą być podejmowane przy rozważeniu czy, kiedy, jak i co należy ujawnić pacjentom. Oczywiście te decyzje będą wymagać wzięcia pod uwagę zmiennych związanych z pacjentem, terapeutą i relacją terapeutyczną. Terapeuci, którzy próbują dostarczyć stabilnej, niezmiennej obecności, będą potrzebowali otwartej konfrontacji i przemyślenia wpływu znaczących wydarzeń życiowych na pacjentów, którzy mogą traktować ich jak rodzica, rodzeństwo, kochanka czy przyjaciela. Zmiana stanu cywilnego może przyspieszyć zarówno u terapeuty, jak i u pacjenta, szeroki zakres zmian, do których należy starannie się odnieść. Nowy współmałżonek może łatwo stać się niewidocznym uczestnikiem relacji terapeutycznej, wpływając na to jak każda strona postrzega drugą. Aby zapewnić niezakłócony przebieg leczenia, przepracowania będzie wymagało miriady możliwych reakcji przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych.

Ciąża

Wpływ ciąży na terapeutę, pacjenta i relację terapeutyczną może być znaczący. Jest to prawdą zarówno dla psychoterapeutów mężczyzn, jak i kobiet psychoterapeutek, oraz dla pacjentów płci obojga. Z wydarzeniem tym związane jest wiele zagadnień dotyczących samoodślonięcia. Niezależnie od pragnienia terapeuty pozostania anonimowym i w ukośnej relacji, ciąża w życiu klinicysty często będzie wpływać na relację terapeutyczną na wiele sposobów.

Reakcje pacjenta

W odniesieniu do terapeutki, ciąża służy jako nieomylny, niewerbalny komunikat, częściowo niszczący uprzednio istniejącą anonimowość [7]. Jak wskazuje Bellak [4] ciąża *terapeutki czyni jasnym dla pacjentów, że w jej życiu jest mężczyzna (s.230)* Staje się oczywiste, że terapeutka ma poza pracą oddzielne, prywatne życie, które zawiera aktywność seksualną i więzy rodzinne [8]. Pacjenci reagują na to wydarzenie na wiele sposobów. Niektórzy mogą odpowiadać szczerze ciepłymi uczuciami i życzeniami, modelowaniem roli, identyfikacją z dzieckiem, dziecięcymi odczuciami i potrzebami, pragnieniem symbiozy, odżywaniem wspomnień z dzieciństwa, nowymi próbami "testowania" terapeuty, zwiększonymi potrzebami zależności, zaprzeczaniem i oporem, ambiwalencją co do seksualności czy wrogimi fantazjami o śmierci terapeutki podczas porodu [9]. Mogą pojawić się także narastające maternalne reakcje przeniesieniowe, zagadnienia dotyczące tożsamości seksualnej, koncentrowanie się na utracie matki i deprywacji, wrogie fantazje na temat nienarodzonego dziecka, zawiść wobec terapeutki jako seksualnej, płodnej osoby i matki [10]. Mogą zostać użyte mechanizmy obronne takie jak izolacja afektu, zaprzeczanie, reakcja upozorowana a także zachowania o charakterze acting out'u czy autodestrukcyjne oraz

przedwczesne zakończenie leczenia [8]. Pacjenci, którzy w tym czasie boleśnie uświadamiają sobie swoją zależność od terapeutki, mogą w odpowiedzi na informację o jej ciąży stawać się mniej lub bardziej zależni [11]. Niektóre reakcje wydają się być paralelne do odpowiednich trymestrów ciąży. Po początkowych lękach separacyjnych i związanych z zakończeniem, razem z rozwiązaniem konfliktów rodzicielskich, następuje środkowa faza wzrastającego zainteresowania seksualnością, rodzicielstwem i rywalizacji z rodzeństwem. Końcowa faza przynosi odnowienie rozważań o separacji i zakończeniu [12, 13].

Dodatkowo, niektórzy autorzy sugerowali, że poszczególne grupy pacjentów doświadczają reakcji unikalnych dla ich indywidualnych potrzeb i cech charakterystycznych. Na przykład Lax [14] stwierdziła, że pacjentki były bardziej podekscytowane ciążą, skłonne do przechodzenia intensywnych "sztormów przeniesieniowych", i bardziej prawdopodobne było, że doświadczają uczuć rywalizacji z rodzeństwem, lęków separacyjnych, wrogości i zazdrości, niż mężczyźni. Natomiast mężczyźni mieli tendencję do dłuższego zaprzeczania realności ciąży i używania izolacji i wycofania, jako obrony przed wszelkimi uczuciami przez nią generowanymi. Ashway [8] donosi, że dzieci i adolescenty reagują w sposób wprost związany z ich emocjonalnym rozwojem i poziomem dojrzałości. Cole [15] oraz Paluszny i Poznanski [7] znaleźli podobny wzorzec dla dorosłych, zauważywszy, że reakcje pacjentów mogą być różnicowane według struktury charakteru oraz etapu rozwoju leżących u podstawy tych odpowiedzi. Niektórzy pacjenci reagowali próbami rozwiązywania konfliktów osobistych poprzez ponowne przeżywanie ich w relacji terapeutycznej, inni poprzez ogromnie zintensyfikowane reakcje obronne, a trzecia grupa używała nowo wynikłego materiału związanego z ciążą aby skonfrontować się bardziej efektywnie z aktualnymi kwestiami życiowymi. W końcu Breen [16] donosi, że w odpowiedzi na ciążę terapeutki pacjenci w terapii indywidualnej mieli tendencję do koncentrowania się na zagadnieniach dzielenia się i deprivacji, podczas gdy pacjenci w terapii grupowej skupiali się na zagadnieniach seksualności i tożsamości seksualnej. Jest interesujące, że niektórzy mężczyźni psychoterapeuci zakładają, że ich pacjenci wykażą małą, lub brak reakcji na nadchodzące narodziny w rodzinie terapeuty. Często wynika to z ich błędnego założenia, że pacjenci nie dowiedzą się o tym zdarzeniu [9]. W rzeczywistości jest wiele źródeł, z których pacjent może się dowiedzieć o ciąży żony terapeuty, takich jak: wspólni przyjaciele czy znajomi, zasłyszane rozmowy między kolegami, lub pytania wprost skierowane do terapeuty. Co więcej, ponieważ wielu mężczyzn wybiera obecnie aktywne uczestnictwo w pre- i postnatalnej opiece nad dzieckiem, jak i w samym porodzie, terapeuci mężczyźni będą prawdopodobnie musieli tłumaczyć swoje nieobecności, nagłe odwołania sesji lub potrzebę dłuższych wakacji po narodzinach. Ponieważ istotne jest, aby o takich sprawach mówić prawdę, terapeuta mężczyzna może uznać za niezbędne ujawnienie ciąży, częściowo niszcząc anonimowość, na sposób podobny do doświadczanego przez ciężarną terapeutkę. Jeżeli nie wybierze on takiej linii

postępowania, mimowolne odkrycie tej informacji przez pacjentów może wymusić odniesienie się do tego zagadnienia w terapii. W efekcie terapeuta może być zaskoczony odkryciem, że jego pacjenci reagują w sposób bardzo podobny do napotkanego przez ciężarną terapeutkę, z wieloma takimi samymi konfliktami, zagadnieniami, emocjami i zachowaniami. Jeżeli pacjent dowie się o tym zdarzeniu, co Guy i wsp. [9] uznają za zaskakująco często występujące, on lub ona może w sposób intensywny, głęboko wpływający na relację terapeutyczną. Niestety, brak badań na ten temat powstrzymuje próby rozróżniania między tymi reakcjami pacjentów, które są podobne do spotykanych przez terapeutki, a tymi, które są unikalne dla terapeutów.

Reakcje terapeuty

Deutsch [17] utrzymuje, że ciąża powoduje znaczące zakłócenia w równowadze psychicznej wszystkich kobiet, charakteryzowane przez reaktywowanie wczesnych konfliktów, intensywną introwersję, ograniczoną w czasie regresję, ambiwalencję i identyfikację z płodem. Fluktuacje hormonalne, zmęczenie i rosnące poczucie fizycznej podatności na zranienie mogą dać efekt w postaci zauważalnych zmian emocjonalnych [10]. Prosto jest ocenić jak te czynniki składają się na wpływ na pracę ciężarnej terapeutki. Niektórzy donoszą o doświadczaniu rosnącego poczucia bezradności, winy spowodowanej opuszczeniem pacjentów, uogólnionego lęku, strachu i fantazji na temat uszkodzenia siebie i/lub dziecka w czasie ciąży i porodu, wycofania energii i zmniejszonego inwestowania w pracę z pacjentami, "huśtawek" nastroju, narcystycznego zaaferowania sobą oraz nudy [18]. Nawet kopiący płód może być doświadczany jako rosnące zakłócenie, intruzja, lub przypomnienie o nadchodzącej zmianie ról [8]. Naparstek [11] sugeruje, że może istnieć tendencja do pragnienia szczególnej uwagi i traktowania, rosnący lęk przed atakiem fizycznym, niechęć do ekspozycji się, narastające zaabsorbowanie sobą, oraz wycofanie. Guy i wsp. [9] zauważyli, że: *Logistyczne rozważania, takie jak kiedy i w jaki sposób poinformować o ciąży oraz kwestie zakończenia terapii - z implicite opuszczeniem lub separacji - z określeniem dat odejścia i powrotu do pracy, wdzierają się w proces terapeutyczny w sposób urażający zarówno pacjentów, jak i terapeutów. Tak więc terapeutka odczuwa fizyczne i emocjonalne konsekwencje, wspólne wszystkim kobietom, jak również te dodatkowe, unikalnie związane z jej zawodem. (s.299)*

Jest prawdopodobnym, że gniew, poczucie winy, zmieszanie i lęk, które odczuwa w rezultacie wpłyną na jej praktykę terapeutyczną.

Podczas gdy zasugerowanych zostało wiele negatywnych efektów w odniesieniu do wpływu ciąży terapeutki, możliwe mogą być także pewne pozytywne konsekwencje. Na przykład ciąża i nadchodzące macierzyństwo mogą w terapeutce generować opiekuńcze, troskliwe odpowiedzi, czyniąc ją bardziej zdolną do wyczucia i wyrażenia wsparcia i wrażliwości wobec pacjentów. Może też być tak, że ciąża zmusza terapeutkę do skonfrontowania się i przepracowania nierozwiązanych zagadnień dotyczących jej rodziny pochodzenia, tożsamości seksualnej i innych zagadnień

związanych z rodziną, z korzyścią dla jej pacjentów oraz dla ich wspólnej pracy. Jest ciekawe, że takie znaczące wydarzenie życiowe jest niemal powszechnie obrazowane w literaturze jako mające wyraźnie negatywny wpływ na życie i pracę psychoterapeutki. Wydawałoby się rozsądne, żeby rozważyć wpływ ciąży również na terapeuta mężczyznę. Czy pacjenci dowiedzą się o tym wydarzeniu, czy nie, perspektywa rodzicielstwa, szczególnie w przypadku pierwszego dziecka, jest prawdopodobnie zdolna wywołać wiele reakcji, sięgając od reaktywacji konfliktów edypalnych i rozwojowych, do nowych trosk o to, czy jest się odpowiednim do roli ojca i utrzymującego rodzinę. Terapeuta mężczyzna może stawać się narastająco zaabsorbowany sobą, mniej emocjonalnie dostępny dla pacjentów, zajęty sprawami dotyczącymi zdrowia i bezpieczeństwa matki i dziecka, zalekziony o nieprzewidywalny dzień i godzinę zbliżającego się porodu, oraz emocjonalnie labilny w obliczu wielu zmian, które mogą z tego wynikać. Dodatkowa odpowiedzialność finansowa za rosnącą rodzinę, może zwiększać lęk, dotyczący kompetencji zawodowych, fluktuujących zgłoszeń pacjentów oraz nieuniknionych przedwczesnych zakończeń leczenia. Terapeuta może być zaskoczony różnorodnością i intensywnością swoich reakcji na materiał dostarczany przez pacjenta, związany z życiem rodzinnym, konfliktami domowymi, rodzicielstwem, ciążą, aborcją i seksualnością, reakcji wynikających z nadchodzącego narodzenia. W niektórych przypadkach terapeuta może nawet doświadczać pewnych zmian snu, apetytu, ogólnych zmian samopoczucia fizycznego, związanych ze zmianami występującymi u jego ciężarnej żony, co także może mieć wpływ na jego funkcjonowanie jako terapeuty. Tak jak w przypadku terapeutki, może się zdarzyć, że ciąża i rodzicielstwo będą mieć pozytywny wpływ na zdolność terapeuty mężczyzny do wyrażania opieki, wrażliwości i troski. Niestety jest to jedynie spekulacja, ponieważ nie ma znanych badań na ten temat. Z pewnością, nadchodzące ojcostwo ma potencjał motywowania rozwiązań problemów intrapsychoicznych z korzyścią dla terapeuty, jego obecnych i przyszłych pacjentów.

Podsumowanie i sugestie

Ponieważ wielu terapeutów będzie dzieliło doświadczenie ciąży i narodzin dziecka, większość terapeutów i terapeutek będzie w końcu potrzebować konfrontacji z wpływem tych wydarzeń na ich praktykę psychoterapeutyczną. Będzie to szczególnie prawdziwe dla pierwszej ciąży, z jej wieloma niewiadomymi, wyzwaniem i zmianami ról. Aby przygotować się na to znaczące wydarzenie życiowe można podjąć wiele kroków. Po pierwsze, po stwierdzeniu zapłodnienia, terapeuta radzi się uświadomić sobie oraz skonfrontować się z jego prawdopodobnym wpływem na praktykę terapeutyczną [9]. Najlepiej jest raczej przewidzieć problemy i zagadnienia, które mogą powstać niż minimalizować lub zaprzeczać ich potencjalnej zdolności przeszkodzenia w terapii. Pozwala to na adekwatne i przemyślane przygotowanie. Na przykład, będzie nieodzownym przeanalizowanie składu swoich pacjentów, aby określić kiedy, i jak to zagadnienie powinno być omawiane. Podczas

gdy wszystkie terapeutki będą zmuszone radzić sobie z reakcjami pacjentów, również wielu terapeutów uzna to za niezbędne. Oszacowane powinny zostać indywidualne potrzeby każdego pacjenta, ze starannym rozważeniem możliwego znaczenia dla niego ciąży, stosowanej orientacji teoretycznej, natury relacji terapeutycznej i osobistych zagadnień pacjenta. Zarówno dla terapeutów, jak i terapeutek użyteczne może być poszerzenie wiedzy na temat tego zagadnienia przez przeczytanie artykułów i książek oraz dyskusje ze współpracownikami. W tym czasie, w celu skonfrontowania się i przepracowania ponownie pojawiających się, nierozwiązanych problemów intrapsychicznych, oraz otrzymania wsparcia, opieki, testowania rzeczywistości i wskazówek od innych, pomocna może być również terapia własna, superwizja lub okazjonalne konsultacje. Nie tylko polepszy się opiekę nad pacjentem, lecz również terapeuci prawdopodobnie zostaną zabezpieczeni na czas osobistych przemian i podatności na zranienie.

Rodzicielstwo.

Podczas gdy zagadnienia związane z ciążą oczywiście odnoszą się także do wpływu rodzicielstwa na relację terapeutyczną, pewne dodatkowe komentarze wydają się być tutaj potrzebne.

Rodzicielstwo jest ważnym stadium rozwojowym osiąganym przez większość terapeutów [19].

Jego głęboki wpływ na życie osobiste terapeuty oddziałuje - w tym czy innym czasie - na praktykę terapeutyczną. W rezultacie ma to warte starannego rozważenia implikacje dla praktyki klinicznej.

Reakcje pacjenta

Nie jest niczym niezwykłym pytanie ze strony pacjentów już na początku relacji terapeutycznej o to czy terapeuta ma dzieci. Tak jak w przypadku stanu cywilnego, pacjenci często używają takich danych, aby określić, czy terapeuta będzie zdolny zrozumieć unikalność ich własnej sytuacji.

Często nalegają na ujawnienie takich podstawowych informacji o życiu terapeuty. Jeżeli klinicysta decyduje się zatrzymać te fakty dla siebie, pacjenci często znajdują inne sposoby uzyskania informacji, takie jak wspomniane poprzednio. W rezultacie, większość terapeutów skłania się ku odpowiadaniu na te dociekania zgodnie z prawdą, otwarcie i dodatkowo eksplorowania ich znaczenia dla pacjenta.

Tak jak w przypadku ciąży, pacjenci mają szeroką gamę reakcji na dowiadywanie się o sytuacji rodzinnej terapeuty [4]. Wiele z nich będzie tymi samymi, które odnotowano poprzednio odnośnie urodzenia dziecka. Na przykład, niektórzy będą doświadczać bardzo pozytywnych fantazji na temat terapeuty jako rodzica. Mogą oni doceniać odpowiedzialność i dojrzałość wymagane przez rodzicielstwo. Fakt, że terapeuta ma własne dzieci, może nadawać znaczną wiarygodność sugestiom odnoszącym się do problemów rodzinnych. Pacjenci z czułymi wspomnieniami rodziców i rodziny będą prawdopodobnie przypisywać terapeutce wiele pozytywnych cech swoich rodziców.

Oczywiście, niektórzy pacjenci będą doświadczać zupełnie odmiennych reakcji na to odsłonięcie.

W odpowiedzi mogą powstawać uczucia zawiści, odrzucenia, rywalizacji, urazy, wrogości, dążeń

edypalnych i depresji, oraz lęki przed opuszczeniem [4]. Takie reakcje są szczególnie powszechne w przypadkach, gdy potrzeby dzieci muszą wziąć pierwszeństwo przed potrzebami pacjenta, tak jak to może nastąpić w razie choroby, wypadku lub szczególnych wydarzeń (np. koncerty, promocje, bankiety z okazji otrzymania nagród, wakacje rodzinne itp.). Mogą także ponownie pojawiać się konflikty rozwojowe (z odnowioną ambiwalencją odnośnie zależności, separacji i indywidualności), które będą wpływać na relację terapeutyczną. W końcu, u pacjentów z nierozwiązanymi negatywnymi uczuciami w stosunku do własnych rodziców, dowiedzenie się o rodzicielstwie terapeuty może obudzić podobne uczucia w relacji terapeutycznej, gdy pacjent błędnie przypisze wiele takich samych negatywnych cech psychoterapeucie.

Reakcje terapeuty

Jak wspomniano wcześniej, praktyka terapeutyczna może mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na rodzinę terapeuty, a szczególnie na jego dzieci. Obecność dzieci w życiu terapeuty może wnieść kilka korzyści i niedogodności w jego lub jej praktykę kliniczną. Może być prawdą, że rodzicielstwo wnosi dojrzałość i wycucie perspektywy, ubogacające życie terapeuty. Na przykład Guggenbuhl-Craig [20] sugeruje, że posiadanie dzieci zaspokaja naturalną potrzebę posiadania potomków. Może być tak, że pozwala to takiemu terapeucie doświadczać uczuć i zdarzeń, w sposób cokolwiek odmienny od osób nie mających dzieci. Oczywiście, takie uogólnienia muszą być dokonywane ostrożnie. Co ważniejsze, Guggenbuhl-Craig utrzymuje, że dzieci odgrywają ważną rolę w pomaganiu terapeucie w osiągnięciu równowagi i zdrowia emocjonalnego w jego życiu. Ich wrażliwość, otwarta szczerość i spontaniczność, pozwalają na penetrowanie jego własnych obron, ujawnianie zniekształceń, konfrontowanie się z niezdrowymi wycofaniem i izolacją. Cray i Cray [21] powtarzają takie komentarze, zauważając, że dzieci służą jako źródło testowania rzeczywistości i perspektywy dla terapeuty, który odnosi korzyści z ich miłości, wsparcia, zrozumienia i uczciwości. Uczestniczenie w ich wzrastaniu i rozwoju może uwrażliwiać terapeutę na podobne zagadnienia i konflikty rozwojowe w życiu pacjentów, zwiększając empatię i zdolność niesienia pomocy. Jeżeli te założenia są prawidłowe, terapeuci posiadający dzieci mogą czasami być świadomi pozytywnego wpływu rodzicielstwa na swoją praktykę kliniczną. W dodatku, mogą oni uznać idealizację i pozytywne przeniesienia, których niektórzy pacjenci doświadcniają w rezultacie dowiadzywania się o rodzinie terapeuty, za korzystne dla relacji terapeutycznej.

Jednakże rodzicielstwo może czasem mieć szkodliwy wpływ na pracę terapeuty. Jak wspomniano wcześniej (w rozdziale 4 monografii - przyp. red.), skonfliktowane priorytety związane z równoważeniem potrzeb dzieci i pacjentów mogą być źródłem istotnego stresu dla terapeuty.

Pomimo zmieniających się wartości i ról społecznych, kobietom terapeutkom może być szczególnie ciężko negocjować konflikty ról, które narastają w związku z obowiązkami terapeuty, żony i matki.

Jak zauważyli Freudenberger i Robbins [22]: *Jak chętnie odpowiadasz (terapeutko) na "zagubione dziecko" w pacjencie, gdy twoje własne dziecko leży chore, możliwe, że w sąsiednim pokoju? W idealnym przypadku partner może zmniejszyć niektóre z tych nacisków. Niestety, mężczyzna w naszym społeczeństwie wydaje się być bardziej zadowolony z roli zdobywcy i zaopatrzeniowca niż z roli odwzajemniającego uczestnika kłopotów i triumfów rodzinnych lub pomocnika matki-terapeutki. (s.282)*

Jak już cytowano, Wahl [19] odkrył, że wiele terapeutek donosi o niezadowoleniu ze swojego życia rodzinnego, spowodowanym naciskiem na łączenie zadań macierzyństwa z zadaniami praktyki klinicznej. Niezależnie od tego, jak podział pracy został wynegocjowany między małżonkami, terapeuci i terapeutki prawdopodobnie odczuwają stres, wynikający ze skonfliktowanych wymagań od terapeuty i rodzica, szczególnie że obie role wyczerpują podobne źródła emocjonalne.

W dodatku do wewnętrznych konfliktów związanych z rodzicielstwem, niektórzy terapeuci uznają za trudne radzenie sobie z potencjalnie negatywnymi reakcjami, jakich pewni pacjenci doświadczają, dowiadując się o istnieniu rodziny terapeuty. W rezultacie zazdrości, rywalizacji i gniewu, które wyrażają niektórzy pacjenci, terapeuta może reagować defensywnością, sprawiedliwym oburzeniem, złością, czy poczuciem winy. Dodatkowo, negatywne jakości błędnie przypisywane terapeutce, jako efekt dziecięcych wspomnień pacjenta, klinicyści mogą odczuwać jako obciążające i frustrujące dla siebie, dążących do zapewnienia pacjentowi bezpiecznego, pomocnego otoczenia.

Podsumowanie i sugestie

Jest prawdopodobne, że w różnym czasie większość psychoterapeutów będzie doświadczać wpływu rodzicielstwa na ich praktykę kliniczną. Co więcej mogłoby się okazać, że pewni pacjenci staną się zarówno wprost, jak i nie wprost świadomi tego wpływu. W rezultacie terapeuci powinni oczekiwać odniesienia się do tych spraw w sposób, który jest zarówno realistyczny, jak i odpowiedni do potrzeb wszystkich zainteresowanych. Bellak [4] sugeruje, że takie podejście zwiększa zaufanie, promuje testowanie rzeczywistości przez pacjentów i chroni ich godność. Freudenberger i Robbins [22] zalecają, żeby zagadnienie rodzicielstwa poddać starannym rozważaniom: *Młodzi rodzice, którzy są także profesjonalistami, potrzebują bardzo dokładnego osobistego inwentarza do oceny swojej zdolności integrowania kompleksowych ról i nacisków. Obydwoje członkowie pracującego małżeństwa, będą musieli omówić bardzo starannie rozmiar swoich zajęć zawodowych i przestrzeni na wypełnianie rodzicielskich zadań. Terapeuci mający dzieci mogą być bardzo szczerzy ze swoimi pacjentami co do swoich priorytetów w znaczeniu rozkładu zajęć. Dzieci chorują, osobiste trudności narastają, a czas może i powinien być spożytkowany na radzenie sobie z tymi naciskami. Bardzo odpowiedzialni analitycy (psychoterapeuci) mogą stale być kuszeni do zabrania cennego czasu i energii młodej, rosnącej*

rodzinie, aby wyjść naprzeciw potrzebom pacjenta. Te zagadnienia są równie ważne dla ojców, jak i dla matek. (ss. 290)

Taka "nie pozbawiona sensu" rada jest odświeżająca w jej otwartym uświadomieniu niezbędnego uporządkowania priorytetów, które musi nastąpić w celu zapewnienia dobrego samopoczucia terapeutę, rodzinie i pacjentom. W spojrzeniu na związek między osobistym i zawodowym życiem terapeuty, nie jest zaskakujące, że rodzicielstwo jest często zagadnieniem ważnym dla relacji terapeutycznej. Starannego rozważenia wymaga odniesienie się do potrzeb wszystkich stron w najbardziej właściwy i możliwie pomocny sposób. Biorąc pod uwagę złożoność związanych z nim zagadnień, może być najważniejszym wcześniejsze oszacowanie tych kwestii, zanim staną się sprawą nagłą.

Piśmiennictwo

1. Levinson DJ. A conception of adult development. *Am. Psychologist*.1986; 41: 3-13
2. Farber BA. Dysfunctional aspects of the psychotherapeutic role. W: Farber BA (red.) *Stress and burnout in the human service professions* (s. 97-118). New York: Pergamon, 1983.
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. Bellak L. *Crises and special problems in psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Brunner-Mazel; 1981.
5. Flaherty JA. Self-disclosure in therapy: marriage of the therapist. *Am. J. Psychoth.* 1979; 38: 442-452.
6. Fromm-Reichmann F. *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press, 1960.
7. Paluszny M, Poznansky E. Reactions of patients during pregnancy of the psychotherapist. *Child Psychiat. Hum. Dev.* 1971; 1: 226-275.
8. Ashway JA. The therapist's pregnancy: an opportunity for conflict resolution and growth in the treatment of children. *Clin. Soc. Work*. 1984; 121: 3-17.
9. Guy JD, Guy MP, Liaboe GP. First pregnancy: therapeutic issues for both female and male psychotherapists. *Psychother.* 1986; 23: 297-302.
10. Nadelson C, Notman M, Arons E, Feldman J. The pregnant therapist. *Am. J. Psychiatry*. 1974; 131: 1107-1111.
11. Naparstek B. Treatment guidelines for the pregnant psychotherapist. *Psychiatric Opinion*. 1976; 13: 20-25.
12. Balsam A, Balsam R. the pregnant therapist. W: Balsam A, Balsam R (red.) *Becoming a psychotherapist*. Boston: Little, Brown.1974. (s. 265-288).

13. Underwood M, Underwood E. Clinical observations of a pregnant therapist. *Soc. Work.* 1976; 21: 512-517.
14. Lax RF. Some considerations about transference and countertransference manifestations evoked by the analyst's pregnancy. *Int. J. Psychoanal.* 1969; 50: 363-372.
15. Cole DS. Therapeutic issues arising from the pregnancy of the therapist. *Psychother. Theory Res. Pract.* 1980; 17: 210-213.
16. Breen D. some differences between group and individual psychotherapy in connection with the therapist's pregnancy. *J. Gr. Psychother.* 1977; 27: 499-506.
17. Deutsch H. *The psychology of women: a psychoanalytic interpretation.* New York: Grune & Stratton; 1944.
18. Baum OE, Herring C. The pregnant psychotherapist in training: some preliminary findings and impressions. *Am. J. of Applied Psychology.* 1975; 132: 419-422.
19. Wahl WK. *Conducting psychotherapy: impact upon the psychotherapist's marital satisfaction.* Niepublikowana rozprawa doktorska. Rosemead School of Psychology, La Mirada, CA; 1986.
20. Guggenbuhl-Craig A. *Power in the helping professions.* Irving, TX: Spring Publications, 1979.
21. Cray C, Cray M. Stresses and rewards within the psychiatrist's family. *Am. J. Psychoanal.* 1977; 37: 337-341.
22. Freudenberger HJ, Robbins A. The hazards of being a psychoanalyst. *Psychoanal. Rev.* 1979; 66: 275-295.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na Forum:

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/?a=forum_list&p=view&id=422