

James D. Guy

ŻYCIE OSOBISTE PSYCHOTERAPEUTY. ZNACZĄCE WYDARZENIA ŻYCIOWE. CZĘŚĆ 7.
ŚMIERĆ BLISKIEJ OSOBY

THE PERSONAL LIFE OF THE PSYCHOTHERAPIST. SIGNIFICANT LIFE EVENTS. PART
7. DEATH OF A LOVED ONE

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: personal life of the psychotherapist, death of a loved one

słowa klucze: życie osobiste psychoterapeuty, śmierć bliskiej osoby

Abstract:

The author discusses possible impact of the death of a loved person on personal and professional life and relationships of a therapist. Potential patients' reactions on awareness of this event in their therapist's life are also discussed.

Streszczenie:

Autor omawia możliwy wpływ doświadczenia śmierci bliskiej osoby na osobiste i zawodowe życie oraz relacje terapeuty. Poruszona została również kwestia możliwych reakcji pacjentów na informację o tym wydarzeniu w życiu terapeuty.

Jednym z najtrudniejszych wydarzeń jakie mogą nastąpić w czasie ery średniego i późnego wieku dorosłego jest śmierć osoby kochanej. Guy, Stark i Poelstra [1] stwierdzili, że około 20% przebadanych terapeutów doświadczyło takiej utraty w okresie ostatnich 3 lat. Czy było to przewidywane, czy nagłe, utrata przyjaciela lub członka rodziny może wyrzucić znaczący wpływ na życie osobiste i pracę zawodową terapeuty? Pomimo szkolenia i doświadczenia w zakresie pomocy pacjentom w podobnych sytuacjach związanych z żałobą i utratą, terapeuta odczuwa wiele takich samych konsekwencji tego wydarzenia we własnym życiu. Tak więc niezbędne jest rozważanie możliwych efektów tego wydarzenia na zdolność terapeuty do praktykowania.

Problem odsłonięcia siebie

Podobnie jak w przypadku innych znaczących wydarzeń życiowych, decydowanie czy, co i kiedy powiedzieć pacjentom o utracie osoby kochanej, jest zagadnieniem złożonym, wymagającym indywidualnego rozważania. Wydaje się niewskazany stosowanie jednakowej polityki, nie biorącej pod uwagę zmiennych takich jak stosowana orientacja teoretyczna, diagnoza i stan psychiczny pacjenta, uprzednie i obecne kwestie związane z terapią, i specyfika tego wydarzenia [2]. Jak w przypadku choroby i inwalidztwa terapeuty, jest ważne uchwycenie równowagi pomiędzy niepotrzebnym obarczaniem i straszeniem pacjenta, a zaprzeczaniem jego poprawnej ocenie wpływu tego wydarzenia i wynikającej z niej chęci wyrażenia zasadnych kondolencji. Osiągnięcie tej równowagi jest niezwykle trudne. Jak zauważyli Givelber i Simon [3]: *Włączenie pacjenta w pewną część doświadczenia utraty może powtórzyć uraz z dzieciństwa; czy to traumę ostrej choroby lub epizodów depresji u rodzica, czy "przewlekłe napięcie" powodowane przez rodzica depresyjnego lub nieadekwatnego, który nawykowo zwracał się do dziecka o pomoc rodzicielską. Z drugiej strony, wyłączenie pacjenta z jakiegoś omówienia utraty gdy jest on świadomy, że coś się stało, niekoniecznie mu pomaga. Takie wykluczanie może być podobne do wcześniejszych, zaburzonych interakcji rodzinnych. Pacjent może ponownie spostrzec niezrozumiałą zmianę nastroju ważnej postaci, od której zależy i odczuć, że zapytanie o to jest mu zakazane* (s.144).

Pomimo potencjalnych pułapek, związanych z odsłanianiem siebie, może leżeć w najlepszym interesie wszystkich, żeby terapeuta dobrowolnie ujawnił swoją niedawną utratę w celu dania pacjentom przyzwolenia na swobodne omawianie ich fantazji i reakcji na zmiany dostrzeżone w terapii, a także omawianie niepełnych informacji, zdobytych mimowolnie z niezależnych źródeł, oraz myśli i uczuć, powstałych w odpowiedzi na to odsłonięcie [3, 2]. Takie rozwiązanie wydaje się być użytecznym kierunkiem działania, ponieważ wpływ tego wydarzenia na relację terapeutyczną jest prawdopodobnie zauważalny dla większości pacjentów. Oprócz zmian w postawie terapeuty, jakiegoś rodzaju wytłumaczenia wobec pacjentów mogą wymagać odwołane sesje lub dłuższa nieobecność, związana z wyjazdem na pogrzeb poza miastem lub potrzebą zapewnienia wsparcia członkom rodziny. Niezależnie od tego czy odsłonięcie spowoduje w efekcie końcowym rozwój pacjentów czy ich czasową fragmentację, może być ono potrzebne dla zabezpieczenia integralności całej relacji terapeutycznej. Następnie niezbędne będzie staranne obserwowanie jego wpływu na myśli, uczucia i zachowania pacjenta, w celu przepracowania wyłaniających się w efekcie zagadnień. Tak jak w przypadku innych podobnych wydarzeń, ważne będzie, aby terapeuta podzielił się tylko taką ilością informacji o utracie, jaka jest konieczna do kontynuowania pracy terapeutycznej. Nie wolno używać tego wydarzenia jako możliwości wykorzystywania pacjentów do zaspokojenia osobistych potrzeb terapeuty.

Reakcje pacjenta

Givelber i Simon [2] opisują wiele reakcji pacjentów na odkrycie utraty, która spotkała ich terapeutę. Niektórzy wydawali się przeżywać dawne utraty i urazy, przywołując wspomnienia i uczucia, które były następnie korzystnie rozwiązywane w relacji terapeutycznej. Inni doświadczali mieszaniny złości i urazy odnoszącej się do przeszłej lub bieżącej koncentracji terapeuty na jego osobistych troskach wynikających z faktu śmierci kogoś bliskiego. Kilku pacjentów czuło się sparaliżowanymi przez swoją niezdolność zaoferowania pocieszenia lub "powiedzenia właściwej rzeczy", co zwiększało ich lęk i poczucie nieadekwatności. Niektórzy pacjenci mieli również skłonność do prób zaprzeczania, unikania i ignorowania tego wydarzenia i jego wpływu na leczenie, oraz związanej tym odmowy rozmawiania na ten temat, poza kilkoma powierzchownymi stwierdzeniami.

Dodatkowo pacjenci mogą doświadczać intensywnego poczucia winy z powodu skupienia na swoich własnych problemach i potrzebach w czasie kryzysu osobistego w życiu terapeuty. Na bardziej prymitywnym poziomie, mogą nawet odczuwać winę spowodowaną poczuciem, że powodem danej śmierci było ich pragnienie posiadania terapeuty tylko dla siebie. Znacząca w tym czasie może być koncentracja na ogólnej adekwatności opieki, dostępności terapeuty, oraz lęki dotyczące tego, czy terapeuta "pozбира się" wystarczająco aby wyjść raz jeszcze naprzeciw potrzebom pacjenta. W końcu, obecna może być szczerą chęć zapewnienia terapeucie po takiej stracie opieki, wsparcia i ochrony. W przypadkach takich jak ten, powszechność ludzkich doświadczeń często budzi szczerą empatię i troskę w pacjentach, chcących oddać terapeucie pewną ilość opieki i wsparcia, które otrzymali w trakcie leczenia.

Reakcje terapeuty

Tak jak inni ludzie, terapeuci są skłonni zaprzeczać lub minimalizować wpływ takiego wydarzenia na ich życie i pracę [2, 4, 5]. Może to spowodować, że niektórzy przeoczą jego wpływ na swoją zdolność praktykowania. W rezultacie, częsta jest sytuacja powrotu do pracy, zanim wpływ utraty zostanie adekwatnie opracowany. Przedwczesne podjęcie pracy klinicznej może także być spowodowane przez wewnętrzne oczekiwania. Jak ustalili Givelber i Simon [2], *"terapeuta często czuje, że nie ma znaczenia, jak niszcząca byłaby utratą osobista, powinien poradzić sobie ze smutkiem w określonym przedziale czasowym, zazwyczaj znacznie krótszym, niż by się to wydawało adekwatne w przypadku pacjenta"* (s.142). Uczucia osamotnienia, niskiej samooceny, lęk przed stratą dochodu i pacjentów, oraz pragnienie pocieszenia, także mogą popychać terapeutę do zbyt wczesnego powrotu do pracy. Może zaistnieć u terapeuty tendencja do wykorzystywania pracy do skompensowania utraty bliskiej osoby, np. poprzez używanie określonych pacjentów do "zastąpienia" zmarłej osoby.

Czy terapeuta podejmuje pracę we właściwym, czy niewłaściwym momencie, może skonfrontować się z odnowionymi uczuciami depresji, smutku, żałoby i nieadekwatności, gdy znowu spotyka się z

pacjentami. Co więcej, może istnieć tendencja do unikania omawiania z pacjentami pewnych zagadnień, wywołana lękiem przed ponownym obudzeniem uczucia smutku i żalu, które mogłoby spowodować "załamanie się" terapeuty w obecności pacjenta. Może także pojawić się gniew na wyrażnie nieadekwatne i obojętne reakcje pacjentów na to wydarzenie, lub - z drugiej strony - poczucie winy za otrzymanie od nich opieki i wsparcia.

Granet i Kalman [4] donoszą, że niektórzy terapeuci doświadczają reakcji "rocznicowych", związanych z utratą kogoś kochanego. Są to czasami przeżycia pojawiające się w odpowiedzi na materiał pacjenta, przypominający terapeutę o stracie. Mogą one także występować niezależnie od treści wnoszonych przez pacjenta, wynikając z bardziej tradycyjnych reakcji na rocznice śmierci jakie miały miejsce w przeszłości terapeuty. Generalnie, takie zjawiska mogą "kondensować" odnowioną depresję, smutek, żal, złość lub poczucie osamotnienia, które terapeuta może błędnie przypisać pracy z konkretnymi pacjentami. Jest ważne, żeby terapeuci mieli świadomość występowania takich zjawisk, monitorując bieżący wpływ utraty na swoje procesy wewnętrzne i pracę terapeutyczną, oraz brali udział w konsultacjach lub superwizji w momentach prawdopodobnego pojawienia się lub faktycznej obecności reakcji rocznicowych.

Z bardziej pozytywnych aspektów, terapeuta może zauważyć, że przeżywana utrata osobista zwiększa empatię i wrażliwość na podobne doświadczenia w życiu pacjentów [2, 5]. Nie tylko zwiększa ona zdolność identyfikowania się z bólem pacjentów, ale także zapewnia perspektywę w spojrzeniu na życie, co jest pomocne w pomaganiu im w powrocie do równowagi. Lewis sugeruje, że to wydarzenie może wpływać na sposób, w jaki terapeuci odnoszą się do zakończenia leczenia, czyniąc ich bardziej wrażliwymi i świadomymi wielu zagadnień utraty i opuszczenia, które dotyczą zarówno terapeutów, jak i pacjentów [5].

Podsumowanie

Chociaż według powszechnej opinii jest to cokolwiek niezdrowym, dla praktykującego terapeuty wydaje się mądrym uznać ostateczną realność zetknięcia się ze śmiercią osoby kochanej i jej wpływ na jego życie i relacje osobiste i zawodowe. Chociaż Givelber i Simon [2] mądrze wskazali, że nie będzie możliwe przewidzenie wszystkich swoich reakcji na to wydarzenie (dużo mniej niż reakcji pacjentów), czyniąc tym samym daremnym "planowanie z wyprzedzeniem" na tą ewentualność, niemniej jednak ważne jest rozważenie niektórych z powyżej wspomnianych kwestii. Tak jak w przypadku niesprawności terapeuty spowodowanej chorobą lub wypadkiem, śmierć osoby kochanej może mieć osłabiający wpływ na zdolność terapeuty do racjonalnego decydowania jak zajmować się potrzebami pacjentów we wrażliwy i odpowiedni sposób. Chociaż można z pewnością znaleźć powód do żywienia nadziei, że terapeuta zachowa dobry osąd, byłoby poważnym błędem zakładanie, że będzie to łatwe.

Piśmiennictwo

1. Guy JD, Stark M, Poelstra P. National survey of psychotherapists' attitudes and beliefs. Niepublikowany manuskrypt, 1987.
2. Givelber F, Simon B. A death in the life of a therapist and its impact on the therapy. *Psychiatry*. 1981; 44: 141-149.
3. Fromm-Reichmann F. Principles of intensive psychotherapy. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1960.
4. Granet RB, Kalman TP. Anniversary reactions in therapists. *Am. J. Psychiatry*. 1982; 139: 1599-1601.
- 5 Lewis JM. Dying with friends: implications for the psychotherapist. *Am. J. Psychiatry*. 1982; 139: 261-266.

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

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=498

Redakcja