

James D. Guy

ŻYCIE OSOBISTE PSYCHOTERAPEUTY. ZNACZĄCE WYDARZENIA ŻYCIOWE.
CZEŚĆ 8. CHOROBA I NIESPRAWNOŚĆ TERAPEUTY.

THE PERSONAL LIFE OF THE PSYCHOTHERAPIST. SIGNIFICANT LIFE EVENTS.
PART 8. ILLNESS AND DISABILITY OF THE THERAPIST

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, psychotherapy, illness, disability

słowa klucze: życie osobiste psychoterapeuty, psychoterapia, choroba, niepełnosprawność

Abstract:

The author focuses on possible impact of the therapist's disability caused by illness or accident on his or her clinical practice and personal life. He discusses possible reactions of patients as well as some practical steps toward securing appropriate care of patients in the case of prolonged inability to work or death of the therapist.

Streszczenie:

Autor porusza kwestię wpływu niesprawności terapeuty spowodowanej chorobą lub wypadkiem na jego praktykę kliniczną i życie osobiste. Dyskutuje możliwe reakcje pacjentów oraz wzorce postępowania mające na celu zapewnienie pacjentom adekwatnej opieki w przypadku dłuższej niezdolności terapeuty do pracy lub jego śmierci.

Natura relacji psychoterapeutycznej, z jej naciskiem na spójność, zaangażowanie i przewidywalność, może wytwarzać, zarówno u terapeuty, jak i u pacjenta oczekiwanie, że terapeuta jest niemalże niepodatny na choroby lub wypadki [1]. Obie strony zwykle zakładają, że relacja terapeutyczna będzie trwać nieprzerwanie aż do momentu obustronnie uzgodnionego zakończenia. Chociaż założenie to może wydawać się potrzebne dla ustanowienia przymierza terapeutycznego, jest to nierealne.

Jak stwierdzili Henry, Sims i Spray [2], zakłócenia życiowe spowodowane chorobą lub wypadkiem, nie są wśród terapeutów mniej częste niż w populacji ogólnej. W rzeczywistości, ponieważ większość terapeutów praktykuje najbardziej intensywnie będąc w okresie średniej dorosłości - wieku, gdy choroba i niesprawność są bardziej prawdopodobne niż we wcześniejszych fazach życia, terapeuci mogą w jakimś momencie swojej kariery zawodowej doświadczać takich wydarzeń [3]. Na przykład Guy, Stark i Poelstra [4] stwierdzili, że niemal 20% psychoterapeutów biorących udział w ich badaniu, donosiło o przejściu w czasie ubiegłych 3 lat poważnej choroby lub wypadku. Jak można sobie łatwo wyobrazić, choroba lub wypadek terapeuty może mieć znaczący wpływ na relacje terapeutyczne i na pacjentów.

Problem odstonięcia siebie

Wypadek lub choroba fizyczna może od czasu do czasu nieoczekiwanie zmusić terapeuta do odwołania lub zmiany rozkładu sesji terapeutycznych. Chociaż możliwe może być uniknięcie pytań pacjentów lub niepodawanie informacji o powodzie nieobecności, w wielu przypadkach niezbędne będzie pełne tego ujawnienie. Szczególnie odnosi się to do przypadku bardziej poważnego upośledzenia sprawności, gdy niezbędne stanie się czasowe lub trwałe przerwanie praktyki zawodowej. Nawet, gdy praca może być wznowiona, pozostać mogą zewnętrzne, fizyczne dowody choroby lub wypadku widoczne dla pacjentów, takie jak opatrunek gipsowy, przepaska na oku lub utrata wagi. Tak więc kwestia tego jak dużo informacji ma być ujawnione i przez kogo, jest zagadnieniem najwyższej wagi.

Zarówno Abend [5], jak i Dewald [6] sugerują, że pacjenci powinni uzyskać absolutne minimum niezbędnej informacji odnośnie choroby lub wypadku terapeuty, albo - jeżeli to możliwe - niczego się nie dowiedzieć. Terapeuci, którzy wybierają poinformowanie pacjentów o powodach przerwania leczenia, mogą to czynić z powodu niemożności oparcia się przedłożeniu własnych potrzeb uzyskania pocieszenia, opieki i współczucia nad ochronę pacjenta przed niepotrzebnym lękiem i obciążeniem. Może to nie tylko naruszyć samopoczucie pacjenta, ale również zaszkodzić leczeniu. Przykładowo, szczegółowa informacja o chorobie lub wypadku terapeuty może zapobiec pełnej eksploracji przez pacjentów ich własnych uczuć w odpowiedzi na przerwanie leczenia, z powodu poczucia winy lub lęku wynikającego z gniewu na nieobecność terapeuty.

Z drugiej strony, niektórzy autorzy sugerują, że korzystne jest dokonanie pełnego, dobrowolnego ujawnienia, dotyczącego tych wydarzeń. Silver [7] utrzymuje, że niektórzy pacjenci mają zagadkową zdolność odkrywania takich okoliczności przez zasłyszane rozmowy kolegów, poprzez wspólnych znajomych lub dzięki zdolności wyczucia wpływu tego wydarzenia na sposób prezentacji terapeuty, stymulującą zapytanie wprost o fizyczne samopoczucie terapeuty. Może być zatem ważnym dla terapeuty poinformowanie pacjentów o podstawowych znanych faktach w

szczerzy i otwarty sposób. Zapewnia to adekwatność i pozwala na znaczącą eksplorację reakcji pacjentów a także nadanie pewnej rangi ich realistycznemu zainteresowaniu samopoczuciem terapeuty. Niepowodzenie w odniesieniu się do tej kwestii w szczerzy sposób, może nieumyślnie wzmocnić zaprzeczanie zarówno pacjentów, jak również terapeuty [6]. Decyzja o tym kiedy i co ma być ujawnione, musi być podejmowana indywidualnie, z uwzględnieniem szczególnych potrzeb każdego pacjenta oraz natury relacji terapeutycznej [7].

Problem odsłonięcia się w odniesieniu do tego zagadnienia jest z pewnością bardzo złożony. Naturalne pragnienie terapeuty aby uzyskać współczucie i zrozumienie, pojawiające się w tym czasie, jest zwykle oddalane przez narzucane sobie ograniczenia i zakazy odsłaniania siebie. Mimo to, niektóre relacje terapeutyczne charakteryzują się pewnym poziomem ciepła i opieki, który naturalnie wywołuje u terapeuty pragnienie swobodnego podzielenia się obawami i potrzebami, zwłaszcza gdy wie on, że pacjent chętnie odpowie w pożądanym sposób. Jest zatem trudno określić, czym rzeczywiście można dzielić się z pacjentami, a co lepiej pozostawić niewypowiedziane. Chociaż rozważania teoretyczne i ocena kliniczna mogą skłonić terapeutę do zadecydowania, że unikanie samoodślonienia leży w najlepszym interesie pacjenta, może to skutkować pewną sztucznością w relacji, tworzącą poczucie deprivacji, osamotnienia i izolacji w terapii [8]. Co więcej, to co wydaje się leżeć w najlepszym interesie pacjenta, może w rzeczywistości być bardziej rezultatem uczucia omnipotencji i wyższości, oraz niezdolności do przyznania się do własnej podatności na zranienie i słabości lub zaprzeczenia i unikania po stronie terapeuty [8, 9].

Jak zauważyli Guy i Souder [1]: *"Utrzymywanie fasady omnipotencji w obliczu tak oczywistej podatności na zranienie i cierpienia, może nie tylko powodować zwiększenie stresu doświadczanego przez terapeutę, ale może być wysoce szkodliwe również dla pacjenta. Odmawianie pacjentowi prawa do prawidłowej oceny powagi nieszczęścia terapeuty i zabranianie spontanicznego ludzkiego okazywania opieki i wsparcia, może tylko służyć zwiększaniu cierpienia obu stron."* (s.11)

Z drugiej strony, potrzeba terapeuty uzyskania współczucia i opieki, może zmuszać go do ujawnienia siebie wtedy, gdy bardziej pomocne byłoby uniknięcie tego. Prawidłowe rozeznanie w tym zakresie jest jednak trudne dla terapeuty będącego w sytuacji odczuwania takiej potrzeby i własnej podatności na zranienie. Jednak jeżeli ujawnienie ma być właściwe, najlepiej jest aby pacjent został poinformowany o tej kwestii przez terapeutę podczas spotkania terapeutycznego [5, 6]. Jeżeli jednak z powodu nagłości lub ciężkości stanu terapeuty nie jest to możliwe, nieodzowne może być wykorzystanie sekretarki lub kolegi-terapeuty do telefonicznego skontaktowania się z pacjentem i przekazania mu minimalnej ilości informacji. Bardziej kompletne wyjaśnienie może być pacjentowi najlepiej zapewnione przez drugiego terapeutę - w formie listu, albo rozmowy w cztery oczy [10]. W przypadku pełnej niesprawności lub śmierci terapeuty, z jego pacjentami będzie musiał natychmiast skontaktować się doświadczony terapeuta, początkowo telefonicznie, w

celu umówienia jednej lub więcej sesji, aby zapewnić adekwatność i ciągłość leczenia [3, 11].

Należy mieć nadzieję, że nastąpi to zanim pacjenci dowiedzą się o tym z innych, bezosobowych źródeł takich jak nekrolog.

Kwestie praktyczne

Od momentu dowiedzenia się o rozmiarach swojej niesprawności, terapeuta musi zdecydować o tym, jak długa nieobecność będzie mu potrzebna, zanim znowu będzie w stanie podjąć pracę. W przypadku krótkiej choroby, może być to kwestią kilku dni. Jednak w przypadku bardziej poważnych schorzeń, mogą być to tygodnie lub miesiące. Konieczne może być przekazanie pacjentów do tymczasowej opieki innemu terapeutce. W przypadku krótkich nieobecności może być to uczynione nieformalnie - poprzez umożliwienie pacjentom skontaktowania się z wybranym terapeutą na zasadzie "w razie konieczności", bez obawy o narażenie lub uchybienie pierwotnej relacji terapeutycznej [10]. Oczywiście, w przypadku długiej nieobecności, najwłaściwsze będzie prawdopodobnie przepisanie lub skierowanie pacjentów na stałe do innego terapeuty [6, 7]. Wyniki badań sugerują, że zarówno pacjenci, jak i terapeuci preferują zwykle "przetrwanie" wymuszonej przerwy w leczeniu, bez kończenia relacji terapeutycznej i przekazywania pacjentów innemu terapeutce. Postępuje się w taki sposób zwykle z zamiarem wznowienia sesji tak szybko, jak to będzie możliwe. Jakkolwiek dobre intencje przyświecają takiemu planowi, postępowanie takie może nie leżeć w najlepszym interesie pacjenta. Czekanie na powrót terapeuty może być dla pacjentów trudne a jednocześnie nie poszukują oni innego leczenia z powodu lojalności albo poczucia winy. Z drugiej strony, terapeuci mogą czuć się zobowiązani do przedwczesnego powrotu do pracy - zanim, z powodu koncentracji na własnych, osobistych potrzebach, będą w stanie adekwatnie skoncentrować się na problemach pacjenta [3].

Podjęcie decyzji kiedy i jak powrócić do pracy po nieobecności spowodowanej chorobą lub wypadkiem, wiąże się ze starannym rozważeniem kilku czynników. Nawet po adekwatnym zaspokajaniu potrzeb pacjentów, dotyczących ciągłości leczenia, terapeuta staje w obliczu różnych kwestii, które często utrudniają określenie optymalnego czasu powrotu do pracy [1]. Z jednej strony, rodzina, przyjaciele i lekarze mogą zachęcać terapeutę do przedłużenia okresu nieobecności, w celu zapewnienia odpowiedniej rekonwalescencji. Daje to terapeutce przyzwolenie na cieszenie się przerwą w obciążeniach i stresach związanych z pracą. Z drugiej strony, rosnąca presja finansowa, obawa przed utratą aktualnych i potencjalnych pacjentów, potrzeba potwierdzenia kompetencji oraz emocjonalna satysfakcja z pracy, mogą motywować terapeutę do przedwczesnego powrotu do aktywności zawodowej [7]. Nie jest zaskoczeniem odkrycie, że terapeuci zwykle wracają do pracy zanim znikną wszystkie widoczne oznaki fizycznej niepełnosprawności [5, 11, 12]. Niestety, wpływ tego wzorca postępowania na praktykę terapeutyczną pozostaje nieznanym.

Terapeuta, który utracił sprawność wskutek choroby lub wypadku, staje w obliczu wielu dodatkowych praktycznych problemów. Nawet gdy została podjęta decyzja odsunięcia w czasie wznowienia sesji terapeutycznych, wciąż jest prawdopodobne, że pozostaną wiadomości telefoniczne do oddzwonienia, rachunki do zapłacenia, korespondencja do napisania i szereg innych codziennych prac do wypełnienia [6]. Jeżeli terapeuta nie jest w stanie poradzić sobie z tymi zadaniami, konieczne może stać się zapłacenie za ich wykonanie koledze. Decyzje odnoszące się do tego czy, i jak próbować zebrania niezapłaconych rachunków, jak również opanowania narastającej presji finansowej, spowodowanej utratą dochodów, muszą być podejmowane ze staranną uwagą. W końcu - takie okoliczności jak odwiedziny, otrzymywanie prezentów, listów i telefonów od mających jak najlepsze intencje pacjentów, stanowią szczególnie unikalne wyzwania dla terapeuty, pragnącego odpowiedzieć na nie we wrażliwy i właściwy sposób w momencie, gdy najsilniejsza jest jego osobista potrzeba prywatności i odpoczynku,.

Reakcje pacjenta

Reakcje pacjenta na chorobę lub wypadek terapeuty będą wysoce idiosynkratyczne, zależne od typu i długości leczenia (np. psychoanaliza versus terapia behawioralna), rodzaju problemów pacjenta i jego przeszłych doświadczeń z chorobą i śmiercią, oraz od osobowości terapeuty. Chociaż niektóre aspekty reakcji pacjenta będą niewątpliwie związane z wpływem (i prawdopodobnie zniekształceniem) poprzednich urazów i doświadczeń, mogą również zawierać komponent "realności". Uczucia, myśli, wspomnienia i zmiany zachowania, które wówczas wynikną, będą wymagały starannego omówienia i przeanalizowania w relacji terapeutycznej.

Wydaje się, że najczęstszą reakcją na niesprawność terapeuty jest gniew [6, 7, 10, 12]. Niedogodność i "zdrada" zaufania, którą dla pacjenta reprezentuje przerwanie terapii, mogą wywołać ogromną wściekłość. Według Cottle'a [11] obecne mogą być przy tym uczucia gniewu i urazy, spowodowane podatnością terapeuty na zranienie oraz jego słabością; terapeuta jest wówczas postrzegany jako "zniszczony" i bezsilny. Po tych uczuciach pojawić może się poczucie winy i wyrzuty sumienia, gdy pacjent czuje wstyd z powodu swojego skupienia się na sobie w czasie, gdy terapeuta jest w potrzebie. Poczucie winy może też wynikać z powodu bycia "tym, który przeżył", podczas gdy terapeuta zdaje się być "ofiara" życia [3, 11]. Niektórzy pacjenci mogą ponownie poczuć troski o adekwatność opieki lub możliwe opuszczenie w przyszłości. W końcu, niektórzy wybierają zignorowanie tego problemu, zaprzeczenie jego oddziaływaniu i unikanie jego pełnego omówienia [3].

Reakcje terapeuty

Najbardziej powszechną reakcją terapeutów na osłabiającą ich chorobę lub wypadek jest zaprzeczenie lub unikanie. Jak większość ludzi, zwykle opierają się oni konfrontowaniu się z realnością swojej własnej podatności na zranienie i śmiertelności [3, 10, 13]. W dodatku, konfrontowanie się z realnością i z pełnym wpływem niepełnosprawności spowodowanej wypadkiem albo chorobą, czynią dla terapeuty czynniki nieodłączne od praktyki terapeutycznej.

Na przykład fizyczna i psychiczna izolacja, związana z praktyką kliniczną, może pozostawić terapeutę niezdolnym, lub niechętnym poruszaniu z innymi kolegami problemów związanych z własną niepełnosprawnością [13]. Terapeuta może obawiać się oceny lub krytyki ze strony innych profesjonalistów, którzy mogą mieć zastrzeżenia do sposobu, w jaki radził sobie z tym problemem, co zwiększa jego tendencję do utrzymywania tych spraw w tajemnicy i -jednocześnie - jego izolację [1]. Lęk przed wystawieniem na utratę przyszłych skierowań pacjentów i niepewność odnośnie tego czy i kiedy ponownie podjąć pracę, także może powstrzymywać terapeutę przed omawianiem tych trosk z innymi. W końcu, być może stanięciu przez terapeutę twarzą w twarz z rzeczywistością jego własnej podatności na zranienie i słabości "zapobiegają" subtelna wielkościowość i omnipotencja, wynikające z lat idealizowania przez pacjentów [9]. Terapeuta może uważać za szczególnie trudne do zaakceptowania to, że będzie on niezdolny do dotrzymania ukrytego przyrzeczenia "zawsze tu będę", danego pacjentowi. W efekcie działania tych czynników, skonfrontowanie się z faktami dotyczącymi wpływu własnej choroby lub wypadku na praktykę kliniczną i życie pacjentów często jest dla terapeuty trudne. Tendencja do zaprzeczania i unikania może przeszkadzać początkowym próbom oceny ich rozmiaru i formułowaniu w odpowiedzi właściwego planu działania.

Dewald [6] donosi, że terapeuci osłabieni chorobą lub wypadkiem wydają się doświadczać typowych wzorców wspomnianego wyżej początkowego zaprzeczania, następnie narastającego pochłonięcia sobą a potem wzmożonej chęci szybkiego powrotu do pracy. Towarzyszą temu narastające lęki, dotyczące kompetencji zawodowych i osobistej adekwatności, które po powrocie do praktyki klinicznej mogą uaktywnić subtelne próby uzyskania docenienia i gratyfikacji od pacjentów. Może pojawić się odnowione poczucie winy, odnoszące się do opuszczenia pacjentów w potrzebie. Z drugiej strony, podczas okresu własnej słabości i podatności na zranienie, terapeuci mogą zazdrościć niektórym pacjentom zdrowia i witalności. Dla terapeutów, którzy zwykle czują się silni, kompetentni i utrzymujący kontrolę jest to szczególnie trudne doświadczenie.

Niektórzy autorzy wzmiankują, że terapeuci często odczuwają silny impuls do ujawnienia znacznie większej ilości informacji niż jest to konieczne dla wznowienia leczenia, być może spowodowany pragnieniem otrzymania opieki, otuchy i wsparcia od pacjentów [5, 6, 7]. Może też stanowić to próbę uniknięcia gniewu lub urazy pacjenta z powodu przedwczesnego przerwania leczenia [1]. W każdym razie, terapeucie trudno jest w czasie takiego osobistego obciążenia i niepewności, zrównoważyć rozmaite potrzeby wszystkich zainteresowanych stron.

Donosi się w końcu o doświadczaniu głębokich uczuć troski i docenienia pacjentów, w odpowiedzi na ich szczerze wyrazy troski i zainteresowania podczas i po wyzdrowieniu terapeuty [7, 10]. Ta głęboka wdzięczność wyraźnie wzmacniała zaangażowanie terapeutów w praktykę zawodową, ułatwiając udany powrót do pracy.

Podsumowanie i sugestie

Biorąc pod uwagę liczne i złożone kwestie związane z wpływem na praktykę psychoterapeutyczną niepełnosprawności terapeuty, spowodowanej wypadkiem lub chorobą, ważne wydaje się aby terapeuta poddał te zagadnienia starannemu rozważeniu jeszcze zanim w ogóle będą (potencjalnie - przyp. red.) miały miejsce. Jak zauważyli Guy i Souder [1]: *"Dla niewielu terapeutów łatwe będzie staranne rozważenie terapeutycznych właściwości różnych decyzji, jeżeli ich podjęcie będzie pozostawione do czasu, gdy ich główną troską będzie doznany uraz, niepełnosprawność czy po prostu przeżycie. Ponieważ choroba i uszczerbek na zdrowiu są często nieoczekiwane i nagłe, skutecznym rozwiązaniem wydaje się sformułowanie ciągu działań z wyprzedzeniem."*

Zanim takie okoliczności zaistnieją, podjęte może zostać kilka praktycznych kroków mających na celu ułatwienie radzenia sobie z ich potencjalnie szkodliwym wpływem na pacjentów. Na przykład, jest ważne aby terapeuci utrzymywali w sposób bieżący pełne zapisy w dokumentacji medycznej, zawierające informacje o numerze telefonu i adresie pacjenta, oraz dane o przebiegu leczenia (w toku czy zakończone, diagnoza, postępy itp.). Może być nawet właściwe zawarcie kontraktu z innym terapeutą, pełniącym rolę "strażnika" dokumentacji w razie "sytuacji awaryjnej" [13]. Kolejne ustalenia, dotyczące oczekiwań co do przekazywania przypadków, lokalizacji dokumentacji i kluczy, oraz zwrotu kosztów za takie działania, zagwarantują adekwatną i nieprzerwaną opiekę nad pacjentami, w okresie kryzysów osobistych terapeuty. Chociaż takie kroki są szczególnie ważne dla osób praktykujących prywatnie, ustanowienie analogicznej pisemnej procedury w celu zapewnienia skutecznego poprowadzenia opieki, jeżeli wystąpi taka potrzeba, wydaje się to również istotne dla klinik i szpitali. Interesujące, że w ostatnich krajowych badaniach ankietowych psychoterapeutów, niemal połowa badanych wskazała, że nie poczynili wcześniejszych ustaleń co do opieki nad pacjentami lub dokumentacją medyczną na wypadek swojego niespodziewanego inwalidztwa lub zgonu [4]. Mimo, iż robienie takich "zapobiegawczych" planów może wydawać się rozsądne, wielu praktyków wyraźnie tego zaniedbuje.

Z procedurami tymi wiąże się oczywiście wiele złożonych i niejasnych kwestii etycznych. W rzeczy samej, dyskutuje się na temat tego, czy zapisy w ogóle powinny być prowadzone, mniej - czy mogą być przekazywane innemu terapeutce (w Polsce prowadzenie zapisów w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe - przyp. red). Prawo pacjenta do poufności musi być starannie

wyważone wobec jego potrzeby adekwatnej i prawidłowo udzielonej w czasie opieki w przypadku nagłej choroby, wypadku, lub śmierci terapeuty [14]. Uprzednie przedyskutowanie z pacjentami ich osobistych preferencji, uzyskanie niezbędnego "uwolnienia informacji" i wspólne ustalenie planu - albo zniszczenia (polskie przepisy ograniczają taką możliwość - przypis red.), albo przekazania dokumentacji, gdy zajdzie taka potrzeba, zapewni jasny i wyraźny kierunek działania dla terapeuty i jego współpracowników [13]. Oczywiście wcześniej rozważony indywidualnie musi zostać wpływ terapeutyczny podjęcia tego tematu z każdym pacjentem. W niektórych przypadkach, mimo potencjalnego późniejszego zamieszania, najlepszym rozwiązaniem może być zaniechanie takiej dyskusji z powodu obecnego stanu umysłu pacjenta. W końcu, użyteczne dla terapeuty może być naszkicowanie "testamentu", zawierającego szczegółowe instrukcje dla kolegów, mających przejąć opiekę nad pacjentami, co do odszyfrowania zapisów dotyczących pacjentów, zebrania i opłaty rachunków, oraz likwidacji aktywów w przypadku jego ciężkiego inwalidztwa lub śmierci.

Na bardziej osobistym poziomie, pomocne dla terapeutów może być rozważenie swoich uczuć, potrzeb i oczekiwań, które mogłyby pojawić się w odpowiedzi na ich potencjalną niepełnosprawność, spowodowaną wypadkiem czy chorobą. Będzie im to pomocne w mierzeniu się z wieloma zagadnieniami, dotyczącymi opieki nad pacjentem, zanim nastąpi kryzys, pozwalając na przemyślaną refleksję i analizę osobistych i zawodowych potrzeb. Bellak [14] zaleca, aby chory albo ranny terapeuta podjął superwizję lub terapię własną, zapewniającą potrzebne wsparcie, opiekę, porady i rozeznanie realności podczas i po okresie unieczynnienia. Zakłada to oczywiście, że terapeuta jest fizycznie w stanie tak uczynić.

Biorąc pod uwagę poważne finansowe konsekwencje przedłużonego braku sprawności, wysoce korzystnym krokiem wydaje się być dla praktykującego terapeuty ubezpieczenie się na wypadek niezdolności do wykonywania zawodu. Jest to możliwe poprzez lokalne, regionalne i krajowe organizacje zawodowe. Za bardzo niską opłatą, ubezpieczenie zapewnia gwarantowany dochód i opłaty związane z gabinetem podczas przedłużonej choroby lub rekonwalescencji po wypadku. Wszyscy psychoterapeuci, zarówno pracujący na pełny, jak i na część etatu, powinni ubezpieczyć się w ten sposób - jeżeli jeszcze tego nie zrobili (w Polsce nie spotkaliśmy się jeszcze z taką ofertą towarzystw ubezpieczeniowych skierowaną do psychoterapeutów - przyp. red.).

Wpływ niesprawności terapeuty, spowodowanej chorobą lub wypadkiem, zyskał o wiele za małą uwagę w środowisku psychoterapeutów [14]. Niezbędne jest aby zagadnienia te zostały starannie rozważone przez praktyków, w celu zapewnienia pacjentom adekwatnej opieki. Co więcej, skierowanie na te kwestie uwagi, będzie także prawdopodobnie miało pozytywny wpływ na życie osobiste terapeuty, przynosząc poczucie równowagi i perspektywy w czasie kryzysu osobistego.

Zauważmy, że dyskusja niniejsza skupiła się wyłącznie na fizycznej chorobie lub wypadku terapeuty. Zagadnienia dotyczące choroby psychicznej terapeuty, jego zaburzeń emocjonalnych,

wypalenia zawodowego i śmierci będą poruszone w kolejnych rozdziałach (rozdziałach monografii autorstwa J.D.Guy - przyp. red.).

Piśmiennictwo

1. Guy JD, Souder JK (w druku). The impact of therapist illness or accident upon psychotherapeutic practice. Review and discussion. *Professional Psychology Res Pract*
2. Henry WE, Sims JH, Spray SL. Public and private lives of psychotherapists. San Francisco: Jossey-Bass; 1973.
3. Halpert E. When the analyst is chronically ill or dying. *Psychoanal Q.* 1982; 51: 372-389.
4. Guy JD, Stark M, Poelstra P. National survey of psychotherapists' attitudes and beliefs. Praca niepublikowana, 1987.
5. Abend SM. Serious illness in the analyst. Countertransference considerations. *J Am Psychoanal Assoc.* 1982; 30: 365-379.
6. Dewald PA. Serious illness in the analyst. Transference, countertransference and reality responses. *J Am Psychoanal Assoc.* 1982; 30: 347-363.
7. Silver AS. Resuming the work with a life-threatening illness. *Contemp Psychoanal.* 1982; 18: 314-326.
8. Greben SE. Some difficulties and satisfactions inherent in the practice of psychoanalysis. *Int J Psychonal.* 1975; 56: 427-433.
9. Searles HF. Countertransference and related subjects. New York: International Press; 1979.
10. Lindner H. Therapist and patient reactions to life-threatening crises in the therapist's life. *Int J Clin Experim Hypnosis.* 1984; 32: 12-27.
11. Cottle M. An accident and its aftermath. Implications for therapy. *Psychother Theory, Res Pract.* 1980; 17: 184-191.
12. Frank H. After the fall: the re-evaluation of self. *J Fam Counseling.* 1975; 3: 52-54.
13. Cohen J. Psychotherapists preparing for death. Denial and action. *Am J Psychother.* 1983; 37: 222-226.
14. Bellak L. Crises and special problems in psychoanalysis and psychotherapy. New York: Brunner-Mazel; 1981.

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

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=565

Redakcja