

Milena Kansy^{1,2}, Katarzyna Gdowska¹

CHORUJĄCY LECZĄCY — DYLEMATY PSYCHOTERAPEUTY W OBLICZU WŁASNEJ CHOROBY FIZYCZNEJ

AILING HEALER – DILEMMAS OF A PSYCHOTHERAPIST WHEN FACING HER/HIS OWN ILLNESS

¹ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych,
Dzieci i Młodzieży, Poradnia Terapii Rodzin

² Uniwersytet Jagielloński w Krakowie, Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

**psychotherapist's ailing
psychotherapist's self-disclosure
dilemmas in the course of psychotherapy**

Streszczenie

Artykuł przedstawia dylematy i trudności, które może napotkać psychoterapeuta w obliczu własnej choroby fizycznej, utrudniającej lub uniemożliwiającej kontynuowanie procesów terapeutycznych w formie praktykowanej przed zachorowaniem. Ta sytuacja często wymaga modyfikacji w sposobie pracy i ustaleniach z pacjentami, a czasem wręcz innowacji, czyli przekroczenia pewnych konwencji. Chorowanie terapeuty uobecnia się nie tylko w umyśle terapeuty, ale przejawia w relacji terapeutycznej z pacjentem i wpływa na przeżywanie przez niego terapii, a także doświadczanie psychoterapeuty i doświadczanie siebie w relacji z nim. Sytuacja choroby terapeuty i jej możliwych konsekwencji dla procesu terapeutycznego wiąże się z dylematem odsłaniania się terapeuty. Bez wątpienia po jego stronie pozostaje odpowiedzialność dotycząca tego, kiedy, w jaki sposób i w jakim stopniu przedstawić pacjentowi tę sytuację i jej potencjalny wpływ na przebieg procesu. Czerpiąc z własnych doświadczeń oraz opierając się na literaturze przedmiotu zamierzamy nakreślić i zaakcentować pewne szczególne okoliczności, które mogą się pojawić w psychoterapii prowadzonej przez chorującego terapeut(k) ę. Bierzemy pod uwagę zarówno tzw. rzeczywistość zewnętrzną, jak i przestrzeń subiektywnych przeżyć oraz intersubiektywny obszar relacyjny. Proponujemy, by zobaczyć te sytuacje jako możliwe krytyczne momenty psychoterapii, które oprócz trudności wzmagają szanse na pogłębienie relacji terapeutycznej i doświadczenie facylitujące zmianę. Zatem celem ostatecznym jest poruszenie myśli i refleksja na temat opisanej i podobnych do niej sytuacji. Praca zawiera przegląd piśmiennictwa, jak i refleksje z własnej praktyki terapeutycznej i superwizyjnej.

Summary

The paper presents dilemmas and difficulties that a psychotherapist may encounter when faced with his or her own illness, which makes it more difficult or even impossible for him or her to carry on psychotherapeutic processes in the way they were carried up to that moment. It pertains to situations which often require modification in usual practices and arrangements made with patients. Sometimes

it requires innovation and breaching of some conventions. Ailing of a psychotherapist makes itself present not only in the therapist's mind but reveals itself in the therapeutic relation with a patient and affects patient's experiencing of psychotherapy and of him/herself in relation with therapist. Psychotherapist's illness and its possible consequences for the treatment are related to the question of therapist's self-disclosure. The psychotherapist is responsible for deciding when, how, and to what extent disclose these circumstances and its potential impact on the course of psychotherapy to the patient. Drawing on our own experiences and literature of the subject, we are aiming in this work to delineate and underscore some conditions that may take place during psychotherapy, including the external reality domain, subjective world of experience and the intersubjective relational domain. We suggest to conceive of these moments as possibly critical ones, that embrace some risks and chances for facilitating a change altogether. Therefore, our ultimate aim in this paper is to put in motion thoughts and second thoughts based on these conditions. The work contains some literature review and ideas from our own psychotherapeutic and supervisory work.

„Separacja od własnej bezradności oznacza bowiem także separację od bezradności innych. Separacja od własnej kruchości oznacza separację od kruchości cudzej.

Oznacza separację od naszej własnej i cudzej podatności na zranienie, od naszej własnej i cudzej śmiertelności. [...]

Jeśli za wszelką cenę chcemy uciec od bezradności, jeśli nie dopuszczamy do siebie myśli o jakichkolwiek ograniczeniach, to tym bardziej nie zgadzamy się, by inni byli bezradni i ograniczeni”.

T. Stawiszyński, *Ucieczka od bezradności*, s. 312 [1]

Wstęp

Kwestia choroby terapeuty jest niezwykle rzadko analizowanym wątkiem w literaturze psychoterapeutycznej. Także rzadko, prawie wcale, pojawia się on w trakcie szkoleń psychoterapeutycznych czy superwizorskich. Osobiste doświadczenie choroby jednej z nas w roli terapeutki i doświadczenie drugiej jako superwizorki chorującego terapeuty odkryło przed nami sporą lukę w temacie przedmiotu i skierowało nasze zainteresowanie na poszukiwania literatury w tym obszarze. Skorzystanie z literatury i/lub doświadczenia innych może być pomocne choćby ze względu na fakt, iż sytuacja chorowania często nie daje czasu do namysłu, gdy nagła diagnoza wywołuje konieczność decyzji o przerwie lub zmianie formy terapii na zdalną (telefoniczną).

Chcemy w tej pracy przedstawić dylematy i trudności w psychoterapii związane i wynikłe z sytuacji, jaką jest fizyczna niedyspozycja terapeuty. Zdajemy sobie sprawę, że nie poruszymy wszystkich jej wariantów ani też nie odpowiemy klarownie na wiele istotnych pytań. Mamy zaś nadzieję, że wzbudzimy wewnętrzne dyskusje i zewnętrzne konwersacje, które pomogą wszystkim zaangażowanym — zwłaszcza pacjentowi i terapeutce, a także superwizorowi — wybierać najlepszą z możliwych dróg w tej trudnej etycznie oraz egzystencjalnie powikłanej sytuacji. Skupiłyśmy się na sytuacji terapeuty pracującego z pacjentami indywidualnie, uznając, że siła zależności i intymność tej relacji wymaga szczególnej ostrożności i uwagi. W pracy terapeutycznej z rodzinami i parami zachodzą nieco inne zjawiska i pojawiają się odmienne dylematy warte zapewne omówienia w osobnym tekście.

Chorujący terapeuta — biały kruk?

Wewnętrzna sprzeczność tego określenia — chorujący terapeuta — dobrze ilustruje trudność tematu i skutkuje niezawracaniem sobie nim głowy czy wręcz pomijaniem. Choroba osoby, która leczy, nie jest przewidziana w jego roli i staje na przeszkodzie terapeutycznej funkcji. Możliwe, że inną przyczyną tego stanu rzeczy jest to, że choroba terapeuty wymaga większego skupienia się na terapeutcie, a tradycją jest zajmowanie się wyłącznie pacjentem. Fakt, że zazwyczaj terapeuci/badacze, nie zaś pacjenci piszą artykuły o terapii, idzie temu w sukurs. Możliwe, że jeszcze innym powodem małej liczby publikacji na ten temat jest duży wysiłek terapeuty wkładany w opracowanie tej niejasnej sytuacji w gabinecie i zajęcie się nią klinicznie, co staje się na tyle absorbujące, że pozostawia mniej energii na zoperacjonalizowanie tego doświadczenia w postaci opracowań teoretycznych [2].

Dodatkowo, natura relacji terapeutycznej zakłada zaangażowanie, stabilność i przewidywalność ze strony terapeuty. Co więcej, zakłada również fizyczną i emocjonalną obecność. Jeśli w ogóle uczestnicy tej relacji snują jakiegokolwiek wyobrażenia o jej przerwaniu, to zakładają zazwyczaj mniej lub bardziej intencjonalne działanie któregoś z nich. Stąd tak trudne do pomyślenia może być wtargnięcie trzeciej siły, tu: choroby. A realność nakłania do przyznania, że (1) gdy zdrowie czy życie terapeuty jest zagrożone, fundament całej terapii z nim ulega zachwianiu oraz że (2) terapeuci zapadają na choroby i jej doświadczenie przenika do relacji z pacjentami nawet jeśli chcieliby jawić się jako niezłomni, a ich pacjenci tak chcieliby postrzegać swoich terapeutów.

Odsłanianie się (*self-disclosure*)

Choroba psychoterapeuty może być obecna w przestrzeni terapeutycznej w różny sposób. Czasami widać ją w ciele i zachowaniu terapeuty, czasami jest przyczyną jego nieobecności, niedostępności i odpowiada za nieregularność spotkań czy ogólną niepewność co do terapii. Czasem pozostaje milcząco w umyśle terapeuty, gdy ten stara się radzić z bólem, lękiem czy dyskomfortem. Rodzi się pytanie, co pacjent widzi, co odczuwa, świadomie i nieświadomie, oraz czy i w jakim stopniu, w jaki sposób terapeuta ma rozmawiać o czymś tak intymnym, jak jego stan zdrowia. Celem i obiektem psychoterapeutycznej rozmowy jest przecież pacjent, jego intymne sprawy, jego stan zdrowia. Zarazem stan zdrowia psychoterapeuty może stać się kluczowy dla tej rozmowy. Co zatem winno być w centrum dialogu w tej niecodziennej dla psychoterapii sytuacji? Czy w ogóle — jeśli nawet — to w jakim stopniu ujawnienie się lub odsłonięcie terapeuty wobec pacjenta jest właściwe; czy może być leczące?

Odsłanianie się terapeuty w historii psychoterapii

Kultura psychoterapii w ostatnich trzech dekadach zmienia się w kierunku bardziej relacyjnie zorientowanej praktyki, czego wynikiem jest zmiana akcentów. Nie zajmujemy się tu szerszymi powodami tej zmiany. W obrębie różnych orientacji akcent kładziony jest na uniwersalne czynniki leczące, czyli jakość relacji (przymierza), wspólnotę celów

pacjenta i terapeuty etc. [3]. Za tym idzie skupienie większej uwagi na relacji samej w sobie i badanie angażowania się terapeuty w nią. Bycie autentycznym i przejawianie tej autentyczności wobec pacjenta jest określane jako *self-disclosure*, co będziemy dalej tłumaczyć jako odsłanianie lub ujawnianie się terapeuty. Na polu psychoterapii toczy się poważna, niemal paradygmatyczna debata pozostająca pomiędzy historycznymi skrajnościami: totalnym powstrzymaniem się od jakichkolwiek treści związanych z terapeutą i zachowaniem profesjonalnej neutralności/wycofania [4] a ideą „wzajemnej terapii”, wymiany ról leczący–leczony, oraz podtrzymywania społecznych relacji pomiędzy pacjentem i terapeutą oraz niczym nieskrępowanych wynurzeń terapeuty [5].

Na zachowanie złotego środka pozwoliło uznanie, że diada terapeuty i pacjenta to system, który najlepiej opisuje psychologia dwóch osób: słowa, znaczenia i zachowania oraz emocje są wzajemnie wywoływane i wspólnie konstruowane. Kwestiami wpływającymi na przebieg i wynik terapii w tym rozumieniu jest jakość przywiązania oraz udział obu podmiotowości (*subjectivities*) — terapeuty i pacjenta w tworzeniu pary i pracy terapeutycznej [6]. W tym świetle odsłonięcie się terapeuty ze swoimi emocjami czy stanami, które jeszcze niedawno, poza humanistycznymi podejściami, było widziane raczej jako intruzywna, zaburzająca interwencja, teraz uznaje się coraz częściej jako służące wzmocnieniu relacji interpersonalnej, lepszemu rozpoznawaniu siebie przez pacjenta w umyśle terapeuty, tym samym pełniące funkcje leczące. Nadal dobrze jest widzieć oba brzegi, tj. odsłonięcie się terapeuty może być i leczące, i szkodliwe, lub w innym wymiarze: może być spontaniczne bądź umyślne, np. gdy terapeuta chce być zobaczony przez pacjenta w pewien sposób (szczerzy, niesadystyczny, responsywny etc.). Konsensus dotyczyłby tutaj tego, aby decyzje wycofania się czy ujawnienia podejmować, opierając się na rozważnej analizie lub też refleksji post factum potrzeb rozwojowych pacjenta oraz momentu terapii i specyfiki relacji terapeutycznej [7, 8]. Podobnie jak wszystkie inne zachowania terapeuty w trakcie leczenia pacjenta, tak i to powinno być motywowane dobrem pacjenta oraz być przemyślane pod kątem uniknięcia ewentualnego odreagowania przez terapeutę jego własnej trudnej sytuacji emocjonalnej.

W gabinecie

W różnych szkołach psychoterapii częścią procesu leczenia jest stałość miejsca i czasu sesji terapeutycznych. Urlopy wakacyjne terapeuty i wszelkie przerwy w terapii z jego strony są planowane, wcześniej omawiane, podobnie jak nieobecność związana z ciążą terapeutki. Poważna choroba psychoterapeuty, której leczenie może wiązać się z przerwą w terapii (nagłą lub zaplanowaną) lub zmianą warunków terapii (praca zdalna) to konieczność zmierzenia się z kilkoma dylematami. Wśród nich z tym, jak chorowanie wpływa świadomie i nieświadomie na osobę prowadzącą terapię. Jak osoba, która jest w terapii doświadcza tego wpływu i jak ten wpływ jest przekształcany w składowe wspólnego doświadczenia tej diady. Wiele będzie zależało od tego, czy zmiana tych warunków wynika z zaplanowanego wcześniej leczenia i rekonwalescencji czy jest związana z wypadkiem, nagłą diagnozą i krótkim czasem do decyzji dla obu zaangażowanych stron [9]. Postaramy się poniżej sformułować dylematy, z którymi może spotkać się terapeuta.

Terapeuta w chorobie wobec pacjenta

Co się dzieje u leczącego: czyli jakie uczucia, przeżycia, obrony wywołuje **choroba własna w świecie wewnętrznym** terapeuty? Zachorowanie, zwłaszcza w okresie tzw. średniej dorosłości, a wiemy, że terapeuci najintensywniej praktykują właśnie w tym okresie życia [10], dotyka kwestii śmiertelności, nieprzewidywalności życia, a często też bezradności i bezsilności. Wiemy z pracy z innymi, jak często pojawia się wtedy: zaprzeczanie, unikanie czy dezawuacja znaczenia. Mniej lub bardziej świadomy lęk towarzyszy każdemu zachorowaniu. Pracując na co dzień z ludźmi i ich światami wewnętrznymi, widzimy, że choroba, jej odkrycie, diagnoza albo jej brak prowadzi do wyobrażeń/fantazji o niesprawiedliwości, byciu ukaranym, poczuciu opuszczenia, fatum etc. zmieniając percepcję i przeżywanie świata wewnętrznego lub zewnętrznego, który może zacząć jawić się jako bardziej zagrażający, co wzmacnia potrzeby systemu więzi i zaabsorbowanie sobą oraz obserwowanie swoich odczuć z ciała czy stanów wewnętrznych. Może prowadzić też do zaprzeczenia i delegowania swojej chorej części na innych, np. na pacjentów. Pojawia się lub wzrasta lęk i niepokój dotyczące możliwości kontynuowania pracy. Chorowanie może też wzbudzać zazdrość o zdrowie i zasoby energii u innych osób, w tym pacjentów [11]. To, na ile stany te i mechanizmy obronne umożliwiają terapię pracą z pacjentami należy rozsądzać, dyskutować i podejmować na drodze superwizyjnych i interwizyjnych rozmów. Wydaje się, że w obliczu tak dobitnych kwestii i często nieświadomych sposobów radzenia sobie z nimi decyzja podejmowana w pojedynkę jest obciążona ryzykiem zniekształceń i zawężonego, przez świadome lub nieświadome emocje, widzenia. Choroba fizyczna terapeuty może więc mieć wpływ na zmianę obrazu siebie nie tylko w kontekście tożsamości ogólnej, ale jej fragmentu dotyczącego tożsamości zawodowej — na ile sam potrzebując pomocy może on wciąż oferować ją innym. Na ile z widocznymi lub obecnymi uszczerbkami zdrowotnymi ma pokazywać się pacjentom, mogąc obciążać niektórych z nich samym swoim widokiem?

Niejawianie przez terapeutę swojego stanu zdrowotnego wobec superwizora i środowiska może być motywowane niechęcią lub obawą przed nagłośnieniem trudnego osobistego tematu, przed ponoszeniem związanych z jego otwarciem konsekwencji emocjonalnych i zawodowych bądź pragnieniem ochrony siebie i osób, od których pozostaje się zależnym/zależną. Jedną z takich konsekwencji może być wstyd czy lęk o to, że ujawnienie swojego niedomagania i chorej części będzie skutkowało wizerunkiem emocjonalnie osłabionego i/lub mniej wiarygodnego zawodowo pracownika [11]. Decyzja o nieujawnieniu w superwizji czy zespole pozostawia terapeutę samotnym, bez możliwości merytorycznego wsparcia i konfrontacji własnych odczuć i przekonań.

Z kolei nieujawnianie stanu zdrowia psychoterapeuty wobec pacjentów czasem wynika z braku przygotowania do takiej rozmowy i do przyjęcia rozmaitych trudnych przeżyć pacjenta dotyczących jakości pełnionej przez terapeutę roli: jego niestabilności i niepewności, przed czym terapeuci, pozostając w psychosomatycznym osłabieniu, mogą chcieć się ochronić. Może być też podyktowana intencją ochrony pacjenta. Idea i zarazem praktyka tych ochronnych zabiegów może załamać się pod spostrzegawczym i czujnym okiem pacjentów, obserwujących zachowanie osób, od których czują się zależni i wyczuwających subtelne zmiany w ich nastroju, w wyglądzie czy w zachowaniu — a co dopiero

tak wyraźne sygnały, jak znaczna zmiana wagi, utrata włosów, gips lub opatrunek, zmiana pozycji na fotelu w gabinecie czy częste odwołania sesji. Poza emocjonalnym „wyczuwaniem”, pacjenci mogą również wielu rzeczy o terapeutę dowiadywać się poza gabinetem, na co oczywiście nie mamy wpływu, czego jednak świadomość powinniśmy mieć [12].

Za nieujawnianiem lub za minimalnym koniecznym poinformowaniem „o tym, że”, a nie „dlaczego” stoją ci, którzy widzą w takim odsłonięciu głównie ryzyko rozegrania przez terapeutę nieświadomej chęci oparcia się i znalezienia pocieszenia oraz troski u pacjenta i zajęcie przestrzeni należnej pacjentowi troskami terapeuty.

Pomiędzy argumentami za ujawnianiem dla dobra procesu terapeutycznego i przeciwko ujawnianiu (z powodu tego samego dobra), zawsze będzie istniała trzecia strona, która każe uznać, że choroba terapeuty jest obszarem jego prywatności i intymności, zaś stopień dopuszczania choroby do świadomości i świadome doświadczanie chorowania znacząco różni się w zależności od osoby. Nie jest to argument za żadną z opcji. Dyskusję co do tego, czy i jak bardzo odsłaniać przed pacjentem fakt choroby przez terapeutę należy zobaczyć jako dylemat egzystencjalny, w rozstrzygnięciu którego zarówno czas, jak i wewnętrzne oraz zewnętrzne konwersacje terapeuty odgrywają ważną rolę.

Dylemat, jaki **poziom szczegółowości ujawnienia się** należy się pacjentowi, związany będzie bardziej z samym charakterem choroby — na ile jest ona widoczna i pacjent sam może zauważyć zmiany w ciele, wyglądzie i sposobie poruszania się terapeuty. To, co widoczne, jest trudne do przemilczenia. Wtedy pytania dotyczą kwestii, **kto pierwszy mówi?** Czy terapeuta sam wnosi ten temat? Czy czeka na reakcje pacjenta i jego wyobrażenia, myśli dotyczące kondycji terapeuty? Za tym, by terapeuta nie wprowadzał jako pierwszy/a tematu choroby i czekał na fantazje i skojarzenia pacjenta przemawiałaby zasada nieingerowania w pole skojarzeń pacjenta własnym tematem oraz respekt dla jego tempa dopuszczania do siebie (trudnej) zewnętrznej rzeczywistości [11]. Brak odniesienia się pacjenta do widocznych zmian w terapii sam w sobie jest reakcją na zastaną sytuację i dobrze, by stał się tematem terapii w odpowiednim momencie. Gdy terapeuta może dać czas i obserwować pacjenta (odnoszenie się, jego brak lub niewidzenie stanu drugiej osoby), i rozmawiać o podłożu tych różnych jego reakcji, staje się to terapeutyczną szansą dla doświadczenia i omawiania sposobów dopuszczania do siebie lub negocjowania i deformowania rzeczywistości zewnętrznej i stojących za nimi historii rozwojowych. Jest to możliwe, gdy załamanie zdrowia terapeuty nie ma charakteru nagłego i dramatycznego. Na fali myślenia relacyjnego w różnych modalnościach terapeutycznych uznaje się, że terapeuta nie może **nie** ingerować w świat pacjenta. Jego obecność, udział oraz wpływ jest faktem samym w sobie. Terapeuta wnosi sobą milcząco, werbalnie lub kinestetycznie wiele wrażeń i odniesień. Stąd pochodzą głosy (bez względu na szkołę terapeutyczną) sugerujące terapeutę pierwszeństwo wyjaśnień [13], a wręcz odpowiedzialność za nie. Dla terapeuty konfrontacja z chorobą, bólem, cierpieniem czy śmiertelnością zmienia często egzystencjalny punkt widzenia i odnoszenia się do świata. Znane są przykłady szczególnych zmian w terapii prowadzonej przez terapeutę z diagnozą nowotworu (i perspektywą końca życia) z pacjentami, wobec których ujawnił odpowiednio wcześniej, **że jest chory, na co oraz z czym dla nich wiąże się jego choroba** [14, 15].

Zainicjowanie odsłonięcia **przez** terapeutę swojej choroby, a także pewnych jej szczegółów, wydaje się nieodzowne w sytuacji, gdy załamanie zdrowia jest nagłe i wiemy, że

zmieni rytm terapii, oraz gdy może wiązać się z koniecznością przygotowania pacjenta na rozstanie z terapeutą. Wtedy czas na przyjęcie i omawianie odczuć, przeżyć oraz wyobrażeń pacjenta w związku z możliwą przerwą lub rozstawaniem się powinien (o ile to możliwe) być zapewniony przez terapeuta. Czekanie na inicjatywę pacjenta może skrócić lub pozbawić go czasu na emocjonalną pracę rozstawania się z terapeutą, a także, czekanie, aż pacjent dostrzeże i się domyśli, niesie ryzyko powtórzenia przez terapeuta rodzicielskiej postawy unikania i przemilczania trudnych i kluczowych dla pacjenta tematów, a w efekcie doświadczenia przez niego tej sytuacji, czy to na świadomym czy nieświadomym poziomie, jako urazu psychicznego [16].

Pacjent w chorobie terapeuty

Pacjent w procesie psychoterapii, spotykając się z chorującym terapeutą, może mieć wiele różnych odczuć, w zależności od informacji, które otrzyma, od etapu terapii i momentu relacji terapeutycznej oraz od własnych doświadczeń i wyobrażeń, które ta sytuacja uruchomi. Reakcja pacjenta jest więc w dużej mierze efektem wcześniejszej historii życia i aktualnego stanu przeniesienia [2]. Sytuacja choroby terapeuty, a już z pewnością przerw w terapii z niej wynikających może powodować **niepokój pacjenta i niepewność** o to, czy chory terapeuta jest zdolny pracować i przyjmować różne uczucia pacjenta. W zależności od etapu terapii i poruszanych w czasie ujawniania choroby tematów, pacjent może przeżywać pomieszanie wokół niejasnego poczucia winy i niepewność, czy **powodem zachorowania czy bądź słabości terapeuty jest on sam**, jego zachowanie czy ujawnienie uczuć wobec niego. Chory terapeuta może być odczuwany jako słaby, mający zbyt zaabsorbowaną psychikę, by troszczyć się o przebieg analizy świata wewnętrznego pacjenta [17]. Pacjent może się mierzyć też ze **złością lub bezradnością wobec opuszczającego** go psychoterapeuty, którego absorbuje własne zdrowie. Te uczucia pacjenta podlegają zarazem różnymi przekształceniom, np. w miejsce bezradności pojawia się chęć zaopiekowania się terapeutą, a zamiast przeżywania złości — nadmierowe wyrażanie współczucia bądź litość. Pojawienie się tych wtórnych emocji jako reakcji na procesy pierwotne (złość, bezradność) nie powinno przekreślać w umyśle terapeuty myśli, że współczucie i empatia są też możliwe w całym repertuarze przeżyć pacjenta wobec takiej egzystencjalnej sytuacji.

Pojawić może się również temat **rozczarowania nagłymi zmianami** umów, próby radzenia sobie z tym i zabezpieczania się wobec kolejnych możliwych nieprzewidzianych sytuacji w postaci oczekiwania zapewnień dotyczących ewentualnej przyszłości. Okres przerwy w terapii (lub pracy zdalnej) może wywoływać **uczucia tęsknoty, wspomnienia okresu utrat** i obawy o ciągłość relacji. W innej grupie pacjentów możliwy jest też dystans i deklarowane „niepotrzebowanie”. Przejście na pracę zdalną z poinformowaniem pacjenta o powodach zdrowotnych tej zmiany uruchamia w pacjentach różnorodne wyobrażenia i fantazje związane z tym, co dzieje się w danej chwili z niewidocznym (sesje telefoniczne) lub nie całkowicie widocznym (sesje audiowizualne) terapeutą. Może to wywoływać poczucie bycia wykluczonym z jakiejś części informacji na temat widocznej (tylko dla terapeuty) jego niedyspozycji. Trudna może być także utrata fizycznego miejsca, w którym się razem z terapeutą przebywało, dzieliło je z nim, patrzyło wspólnie na jakiś

punkt przestrzeni, a także rytuałów dojścia do i wychodzenia z gabinetu, które tworząc tuż przed i tuż po sesji, dla wielu pacjentów są bardzo ważną integralną częścią ich terapii.

Pacjent mający doświadczenie chorującego terapeuty musi radzić sobie z chorym terapeutą, odkrywając nowe aspekty siebie lub modyfikując już obecne [17].

Próba podsumowania

Rachman [18] pisze o tym, że ujawnianie siebie w procesie terapeutycznym jest nieuniknione, ważne natomiast, by jego celem w każdym przypadku było wspomaganie procesu terapeutycznego, a nie odreagowanie terapeuty czy zaspokajanie własnych potrzeb. Ważne, by przekazywanie informacji wynikało z empatii i przemyślenia, co będzie służyć w rozwoju i leczeniu tego konkretnego pacjenta [17].

Dylematy terapeuty stojącego na progu lub będącego w trakcie ujawnienia choroby wobec swoich pacjentów zostały ujęte z grubsza przez Farbera [19] w trzy konkurujące ze sobą obszary pytania: 1) jak pozostać autentycznym, 2) jak zachować profesjonalne granice terapii i 3) jak odpowiedzieć na potrzeby pacjenta, biorąc pod uwagę fazę terapii [2] i diagnozę jego trudności w sytuacji, gdy coś realnego, znaczącego (nie zaś tylko symbolicznego) dzieje się w gabinecie.

Nie ma tu kategoriicznych odpowiedzi. Są jedynie podpowiedzi: by nie podejmować decyzji w pojedynkę, by przyjąć, że terapeuta także ma nieświadome aspekty psychiki, nieświadome dla niego samego. Gdy w terapeutcie istnieje silne przekonanie, że coś leży w najlepszym interesie pacjenta, można się zastanawiać, czy nie jest ono wynikiem, np. potrzeby zachowania nieryzykownego dystansu, ochrony poczucia omnipotencji i wyższości, lub niezdolności do uznania własnej podatności na zranienie i słabości lub zaprzeczenia i unikania.

Oprócz rozważania jednostkowych dylematów przez konkretnych terapeutów dotkniętych w danym momencie życia/pracy chorobą, istotne byłoby podjęcie tematu w szerszym gronie i środowisku. Skoro temat ten budzi różne niejasności — sytuacja choroby lub śmierci terapeuty mogłaby może znaleźć swoje miejsce w programie kursów terapeutycznych? Czy wciąż pozostać ma jedynie możliwą do poruszenia kwestią podczas superwizji?

Czy towarzystwa terapeutyczne miałyby ustalać obowiązujący sposób postępowania na wypadek choroby — kto zabezpiecza pacjentów danego terapeuty: superwizor, zaufany inny terapeuta, którego wybiera każdy w swoim zakresie? Kto informuje pacjentów w razie nagłej choroby lub śmierci terapeuty? Dylemat ten miałby różne formy rozwiązania w zależności od tego, czy dotyczy pracy w gabinecie prywatnym czy w instytucji, gdzie oprócz terapeuty pacjent jest umieszczony z kontekście innych specjalistów i kontaktującego się z pacjentem sekretariatu/rejestracji. Dylemat ten był już rozważany przez różnych autorów zastanawiających się, czy każdy terapeuta od początku pracy z pacjentem powinien pomyśleć o tym, jakie kroki podjąć, by zabezpieczyć pacjentów na wypadek swojej ewentualnej (a zawsze możliwej) śmierci [20, 21] i czy powinien podjąć to jako własną refleksję i zadanie, czy poinformować o tym również pacjentów.

Możliwe, że te i inne dylematy są istotne do rozważenia w szerszych gremiach terapeutycznych, w towarzystwach zrzeszających terapeutów konkretnych podejść, a z pewnością

w umysłach terapeutów niezależnie od momentu ich kariery zawodowej i aktualnego stanu zdrowia fizycznego.

Piśmiennictwo

1. Stawiszyński T. *Ucieczka od bezradności*. Kraków: Wydawnictwo Znak Liternova; 2021.
2. Schwartz HJ. Illness in the doctor: implications for the psychoanalytic process. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 1987; 35(3): 657–692.
3. Czabała Cz. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
4. Freud S. *Recommendations to physicians practicing psychoanalysis*. Standard Edition, 12. London: Hogarth Press; 1958.
5. Ferenczi S. *Confusion of tongues between adults and the child (1933)*. W: Balint M. red, *Final contributions to the problems of methods of psychoanalysis*. New York: Basic Books; 1955.
6. Wallin JD. *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
7. Greenberg J, Cheselka O. *Relational approaches to psychoanalytic psychotherapy*. W: Gurman AS, Messer SB, red. *Essential psychotherapies: Theory and practice*. Guilford Press; 1995, s. 55–84.
8. Orange DM, Stolorow RD. Self-disclosure from the perspective of intersubjectivity theory. *Psychoanal. Inq.* 1998; (18): 530–537.
9. Bram AD. The physically ill or dying psychotherapist: a review of ethical and clinical considerations. *Psychother.* 1995; 32(4): 568–580.
10. Guy JD. *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley and Sons; 1987.
11. Counselman EF. The ill therapist: therapist's reactions to personal illness and its impact on psychotherapy. *Am. J. Psychother.* 1993; (47): 4.
12. Silver ALS. Resuming the work with a life-threatening illness. *Contemp. Psychoanal.* 1982; 18(3): 314–326.
13. Weinberg H. Illness and the working analyst. *Contemp. Psychoanal.* 1988; 24: 452–461.
14. Friedman G. Impact of a therapist's life-threatening illness on the therapeutic situation. *Contemp. Psychoanal.* 1991; 27: 405–421.
15. Halpert E. When the analyst is chronically ill or dying. *Psychoanal. Quar.* 1982; (51): 372–389.
16. Morrison AL. *Doing psychotherapy while living with a life-threatening illness*. W: Schwarz HJ, Silver AL, red. *Illness in the analyst: Implications for the therapeutic relationship*. New York: International University Press; 1990.
17. Parkinson J. *The ill psychotherapist: a wounded healer*. W: Burke J. *The topic of cancer. New perspectives on the emotional experience of cancer*. London: Karnac; 2013.
18. Rachman A. Judicious self-disclosure by the psychoanalyst. *Int. Forum Psychoanal.* 1998; (7): 263–269.
19. Farber BA. *Self-disclosure in psychotherapy*. New York: The Guilford Press, 2006.
20. Cohen J. Psychotherapists preparing for death: denial and action. *Am. J. Psychother.* 1983; 37(2): 222–226.
21. Tallmer M. The death of an analyst. *Psychoanal. Rev.* 1989; 76(4): 529–542.

„Informujemy, że w numerze 1(200) 2022 w artykule Karoliny Małek i Tomasza Jerzego Jurczyka »Stany umysłu terapeutów par — analiza tematyczna narracji psychoanalitycznych terapeutów par po doświadczeniach pracy podczas pandemii COVID-19« prawidłowe brzmienie afiliacji 1. powinno brzmieć: **Uniwersytet Warszawski, Wydział Psychologii, Katedra Psychologii Rozwoju Człowieka**”.