

Władysław Sterna

SAMOBÓJSTWO WŚRÓD PSYCHIATRÓW, PSYCHOLOGÓW I PSYCHOTERAPEUTÓW

SUICIDE AMONG PSYCHIATRISTS, PSYCHOLOGISTS, AND PSYCHOTHERAPISTS

Praktyka prywatna

psychiatrist's suicide
psychologist's suicide
postvention

Streszczenie

Liczne publikacje dotyczą problemu samobójstwa pacjenta, prób zrozumienia powodów oraz metod jak najlepszego pomagania. O wiele mniej pisze się o reakcji klinicysty na śmierć swojego pacjenta i przeżyć z tym związanych. W piśmiennictwie polskim brakuje publikacji odnośnie do samobójstwa samego klinicysty, potencjalnych jego uwarunkowań i przyczyn, wpływu na innych, a także zapobiegania temu zjawisku. Niniejszy artykuł podejmuje próbę omówienia problemu. Na wstępie zwrócono uwagę na specyficzne trudności w przeżywaniu tego rodzaju śmierci przez bliskich. Przedstawiono w nim dostępne dane na temat samobójstw w grupie lekarzy psychiatrów, a także psychologów i psychoterapeutów. Większość publikacji kładzie nacisk na zwiększone ryzyko samobójstwa w tej grupie zawodowej. Zwrócono uwagę na potencjalne bariery w poszukiwaniu adekwatnej pomocy. Omówiono możliwe reakcje środowiska zawodowego, a także to, co się dzieje z pacjentem po samobójstwie jego terapeuty i co znacznie utrudnia dalsze poszukiwanie przez niego pomocy. Na koniec przedstawiono rekomendacje dotyczące prewencji samobójstw klinicystów, z których najważniejszą jest wprowadzenie dyskursu oraz szkoleń na ten temat w środowisku zawodowym.

Summary

Numerous publications deal with the problem of patient's suicide, attempts to understand its reasons, and methods to best help. There is far less written about the clinician's reaction to the death of his/her patient and its associated experiences. In the Polish literature, there is a lack of publications regarding the clinician's own suicide, its potential determinants, and causes, its impact on others, and its prevention. This article attempts to discuss the problem. At the outset, attention is drawn to the specific difficulties in experiencing this type of death by loved ones. It presents available data on suicide among psychiatrists, psychologists, and psychotherapists. Most publications note the increased risk of suicide in this professional group. Potential barriers to seeking adequate help are highlighted. The possible reactions of the professional community are discussed, as well as what happens to the patient after his therapist's suicide, which makes it much more difficult for the patient to continue seeking help. Finally, recommendations for clinician suicide prevention are presented, the most important of which is the introduction of discourse and training on the topic in the professional community.

Samobójstwo jako rodzaj śmierci

Temat śmierci samobójczej jest tematem zbyt mało istniejącym w przestrzeni publicznej pomimo że — jak wskazują niedawne badania przeprowadzone w USA [1] — niemal 50% populacji w którymś momencie życia będzie świadkiem samobójstwa kogoś, kogo znała. Doświadczenie straty po samobójczej śmierci znajomej osoby i proces żałoby są szczególnie z powodu kilku ważnych wymiarów tego rodzaju śmierci: 1) niejednoznaczności woli zmarłego; 2) pozornej możliwości uniknięcia śmierci; 3) stygmatyzacji samobójstwa oraz 4) traumatyzującego charakteru śmierci z własnego wyboru [2]. W powszechnym odbiorze samobójstwo jest decyzją zmarłego. Jednak po wnikliwej analizie różnych przypadków można dojść do wniosku, że w każdym z nich, stopień zaangażowania „wolnej woli” i stopień decyzyjności były inne. Postrzeganie samobójstwa jako wolnego wyboru zmarłego komplikuje proces żałoby u pozostałych osób, zwłaszcza w zakresie nadawania znaczeń po śmierci. Jordan [3] posługuje się tutaj bardzo wymownym przykładem. Jeśli osoba bliska umiera z powodu nowotworu, to jest to odbierane przez współmałżonka jako odejście ofiary tej choroby i rzadko czuje się on przez zmarłego opuszczony. W przypadku samobójstwa, wiele osób czuje się porzuconych, a wręcz odrzuconych przez zmarłego, w wyniku jego decyzji. Takie postrzeganie samobójstwa prowadzi do poczucia winy z powodu porażki w utrzymaniu bliskiego przy życiu lub złości z powodu jego „dezercji”. Poczucie winy i odpowiedzialności za samobójczą śmierć może być potęgowane w niezamierzony sposób przez programy zapobiegania samobójstwom, które pokazują depresję i samobójstwa jako zdarzenia, którym można zapobiec. Odwołując się do powyższego przykładu: wiadomo, że wielu przypadkom nowotworu można zapobiec, choć, nie wszystkim zgonom z powodu tego rozpoznania. W przypadku samobójstw już tak nie jest. Osoby bliskie mogą uważać, że skoro niektórym samobójstwom można zapobiec, to znaczy, że w przypadku śmierci ich bliskiej osoby z pewnością było to możliwe; że można było jej uniknąć, o ile ktoś (sam zmarły, terapeuta, osoba bliska) zachowałby się inaczej. W takiej sytuacji pojawianie się poczucia winy, wstydu, złości i porażki wydaje się naturalne.

Problem stygmatyzacji samobójstwa należy odnieść do historii postrzegania tego zjawiska. W większości społeczeństw zachodnich jeszcze do niedawna było ono widziane jako wynik grzesznego zachowania, charakterologicznej słabości lub wręcz opętania. Dziś już większość ludzi dostrzega, że samobójstwo jest wynikiem bólu psychicznego, ale stygmatyzacja nadal obejmuje osoby po nieudanych próbach samobójczych, które mogą być potępiane i których się unika. Niejednoznaczność w postrzeganiu samobójstwa prowadzi do niepewności tego, jak należy postrzegać osoby pozostałe (ocalałe) po samobójstwie bliskiego [3]. Czy należy je traktować jak kogoś, kto stracił w nieunikniony sposób bliskiego z nowotworem? A może traktować jak krewnych osoby, która przyniosła rodzinie wstyd (np. dealer narkotyków zabity w porachunkach mafijnych)? Może w końcu ocalałych po samobójstwie bliskiego należy traktować jako tych, którzy są współodpowiedzialni za śmierć i powinni ponieść jakieś konsekwencje (np. być unikani)? Na końcu tego wątku należy dodać, że sam charakter śmierci samobójczej jest dla bliskich traumatyzujący. Nawet jeśli wybrany sposób śmierci nie był gwałtowny (np. przez nadużycie leków), to jest on postrzegany jako psychologicznie brutalny atak przeciwko sobie i normom społecznym.

Tym bardziej widziany jest w przypadkach gwałtownego sposobu odebrania sobie życia. Ta autoagresja jest również źródłem traumatycznych przeżyć osób bliskich i ich żalu.

Samobójstwo wśród psychiatrów

W styczniu 2018 r. na łamach dziennika *Washington Post* ukazał się dramatyczny w swojej wymowie artykuł Pameli Wible [4], która, będąc na pogrzebie kolejnego kolegi lekarza, który odebrał sobie życie, zaczęła liczyć, ilu lekarzy, których znała, w ten sposób odeszło. Opuszczając nabożeństwo pamiętała o dziesięciu, ale w momencie publikacji miała już w swoim rejestrze 757 osób, stając się nieformalnym centrum informacji na temat samobójczej śmierci lekarzy. Artykułu tego nie można uznać za publikację naukową, ale z badań [5] rzeczywiście wynika, że lekarze jako grupa zawodowa, są grupą zwiększonego ryzyka samobójstwa, co widoczne jest w wielu analizach [6]. Nie wszystkie specjalności lekarskie narażone są na samobójstwo w podobnym stopniu. Anestezjologowie, psychiatrzy, lekarze rodzinni i chirurdzy ogólni to najbardziej obciążeni tym ryzykiem specjaliści [7]. Wysokie ryzyko samobójstw u anestezjologów tłumaczy się stosunkowo łatwym dostępem do potencjalnie śmiertelnych leków, częstym wypaleniem zawodowym, dużym obciążeniem pracą z potencjalnym ryzykiem zaszkodzenia pacjentowi oraz małą autonomią zawodową tej specjalności. Psychiatrzy nie są grupą zawodową, którą intuicyjnie umieszcza się w szczególnej grupie ryzyka samobójstwa. Mają dobrą wiedzę na temat tego, co prowadzi do samobójstwa, mają doświadczenie w pracy z pacjentami z tendencjami samobójczymi. Są wprawdzie niedoceniani wśród innych specjalności, ale również dowartościowani znaczeniem swojego zawodu; mają też możliwość uzyskania najlepszej dla siebie opieki [8].

Niewiele jest badań dotyczących wskaźników samobójstw u psychiatrów, a te które są przedstawiają różne wyniki. Rose i Rosow [9] analizowali 48 samobójstw lekarzy z 3 lat i doszli do wniosku, że wśród lekarzy, to właśnie psychiatrzy mają największe wskaźniki samobójstw. Ross [10] pisząc o zwiększonym odsetku samobójstw wśród psychiatrów wskazuje, że zjawisko to próbują wyjaśnić następujące popularne wśród ogółu ludzi teorie: 1) osoby, które specjalizują się w psychiatrii częściej mają zaburzenia psychiczne; 2) psychiatrzy częściej chorują z powodu chorób afektywnych; 3) psychiatrzy częściej myślą o samobójstwie, ponieważ codziennie mają do czynienia z samobójcami; 4) psychiatrzy piją za dużo lub mają niestabilne związki; 5) psychiatrzy są zbyt dumni i przez to nie mają nikogo wokół, z kim mogliby porozmawiać.

Hawton [6] wskazuje na zwiększone ryzyko samobójstwa wśród anestezjologów i psychiatrów, które tłumaczy wysokim poziomem stresu i niezadowolona. Rich i Pitts [11] na podstawie analizy 18 730 zgonów mężczyzn i kobiet stwierdzają, że psychiatrzy popełniają samobójstwo dwa razy częściej niż ogół populacji ($p < 0,001$) i nie stwierdzają takiej zależności w żadnej innej grupie specjalistów. Freeman [12] zrecenzował nekrologii Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy i ustalił, że w ciągu 10 lat liczba samobójstw wśród psychiatrów urosła. Ross [10] badał odsetek samobójstw wśród psychiatrów w ciągu 75 lat podając, że wciąż się on zwiększa.

Blackly [13] ze współpracownikami odnotowali jednak podobny odsetek samobójstw wśród psychiatrów co wśród lekarzy innych specjalności. Bergman [14] dokonuje kry-

tycznego przeglądu literatury na ten temat, wskazując na znaczne niedostatki badań. Do podobnych krytycznych wniosków dochodzi Bedeian analizując dane, na podstawie których wyciągnięto wnioski odnośnie do psychiatrów [15].

Samobójstwo wśród psychologów i psychoterapeutów

Wiedza, jaką mają psychologowie i inni klinicyści oraz doświadczenie zawodowe związane z pomaganiem niestety nie kształtują odporności na zaburzenia psychiczne ani nie zapewniają optymalnego funkcjonowania życiowego [16], co nie umniejsza zdolności profesjonalistów do pomagania. Istnieje nawet pojęcie „rannego uzdrowiciela” oznaczające, że terapeuci są zmotywowani do pomagania innym oraz mają zwiększoną zdolność do empatii poprzez bolesne doświadczenia życiowe, kształtujące ich wrażliwość [17]. Trudno jest jednak ocenić, kiedy ten fundament pomagania staje się — z narzędzia terapeutycznego — szkodliwą obecnością. Wśród czynników, które potencjalnie mogą wpływać na ryzyko samobójstw w grupie psychologów [18] wymienia się takie, które mogą bardziej specyficznie opisywać zawód: trudności związane z intymną i poufną relacją klient/terapeuta, która nie jest wzajemna; izolację zawodową (praktyka prywatna); trudności w radzeniu sobie z negatywnymi zachowaniami klientów, takimi jak zachowania agresywne i samobójcze; szybko zmieniające się wymagania w placówkach opieki zdrowotnej; zmniejszony nadzór nad indywidualną pracą oraz wydłużenie czasu poświęcanego na obowiązki administracyjne. Wymienione czynniki mogą być czynnikami ryzyka, ale na razie nie wykazano tego jednoznacznie w doniesieniach naukowych. Zuckerman [19] w swoich badaniach wykazała, że do samobójstwa psychologa predysponują takie czynniki, jak: samobójstwa w historii rodzinnej; liczba doświadczonych traum życiowych; ogólny poziom lęku i depresji w ciągu całego życia — nie są to jednak czynniki specyficzne wyłącznie dla psychologów.

Pierwszym z poprawnych badań jest badanie wskaźników samobójstwa w grupie psychologów Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego [20] za lata 1960–1969. W badaniu tym porównano wskaźniki samobójstw wśród psychologów vs w populacji ogólnej według standaryzowanych wskaźników śmiertelności, z podziałem na płci. Wskaźniki samobójstw w grupie psychologów mężczyzn były porównywalne do wskaźników populacji ogólnej, ale wskaźnik samobójstw w grupie psychologów kobiet był niemal trzykrotnie wyższy niż w ogólnej populacji. Kontynuacją tego badania było ustalenie przyczyn śmierci psychologów, członków APA za lata 1981–1990 [21]. Badanie z tego okresu nie potwierdziło większej liczby samobójstw w tej grupie zawodowej w porównaniu z populacją ogólną, a w grupie mężczyzn psychologów wskazało nawet znacznie mniejszą częstotliwość (7,8/100 tys. do 24,9/100 tys.). Wadą tych dwóch badań jest to, że nie jest jasne, jak ustalano przyczynę zgonu oraz to, iż obejmowały one tylko psychologów zrzeszonych w APA. Z kolei analiza przyczyn zgonów za lata 1984–1998 wskazuje na istotne podwyższenie ryzyka zgonu z powodu samobójstwa wśród psychologów [22].

Na stronie APA [23] napisano, że mimo iż wyniki badań są różne, to jednak można znaleźć badania, które niepokojąco wskazują na wyższe niż w populacji ogólnej ryzyko samobójstwa wśród psychologów. Po samobójstwach kilku słynnych psychologów, komitet doraźny sformułował raport i zalecenia w tym zakresie, powołując się również na

badania APA z 2009 r., według których 40–60% psychologów przejawia pewne zakłócenia w funkcjonowaniu zawodowym z powodu wypalenia, lęku czy depresji.

Praktycznie nie ma badań na temat samobójstw wśród samych psychoterapeutów, a te, które są dostępne, są przestarzałe i niepoprawne metodologicznie. Próbę omówienia badań podjęli autorzy [24]. Odnoszą się oni krytycznie do badań, w których w grupie mężczyzn nie było różnicy w porównaniu z ogólną populacją, a w grupie kobiet występowało trzykrotnie większe ryzyko samobójstwa. Wskazują, że badaniom powinna podlegać grupa psychoterapeutów faktycznie praktykujących w zawodzie, a nie np. zatrudnionych na uczelni lub stanowiskach administracyjnych, gdyż nie daje to poglądu na rzeczywisty rozmiar zjawiska.

Dlaczego?

Przy próbach wyjaśnienia jednostkowej decyzji odebrania sobie życia napotykamy na liczne bariery w zrozumieniu właściwości osoby oraz okoliczności, które mogły na jej decyzji zawążyć. Przyczyny są prawdopodobnie wielorakie, ale dwie grupy czynników mogą tu mieć największe znaczenie: środowisko pracy i cechy osobiste klinicystów. Lekarze pracują w specyficznym środowisku zawodowym, borykając się z konfliktami z innymi lekarzami, deficytem pracy zespołowej i wielokrotnie pracę wykonują głównie indywidualnie [25]. Jako grupa zawodowa mają bardzo często kontakt z chorobą, cierpieniem, śmiercią i muszą stawiać czoło „nagłym złym informacjom”. Niektóre cechy osobiste lekarzy mogą także stanowić obciążenie: perfekcjonizm; kompulsywna dbałość o szczegóły; przesadne poczucie obowiązku; nadmierne poczucie odpowiedzialności; pragnienie zadowolenia innych. Cechy te są słusznie doceniane w pracy zawodowej, ale jednocześnie zwiększają narażenie na przeżywanie stresu i depresji oraz powodują pozostawanie w błędnym kole bez poszukiwania pomocy [26]. Można dodać, że lekarze wybierają prawdopodobnie skuteczniejsze metody samobójstwa i mają większy dostęp do potencjalnie śmiertelnych środków.

Trudno odpowiedzieć na pytanie, czemu psychiatrzy, psychologowie i psychoterapeuci popełniają samobójstwa. Lepiej zadaniem pytaniem byłoby pytanie o to: 1) czemu profesjonalne umiejętności nie wystarczają, aby zapobiec własnemu samobójstwu; 2) czy w zawodzie osoby pomagającej może tkwić jakaś specyfika niweczająca jej profesjonalne kompetencje; 3) czy profesjonaliści mają specjalne bariery w poszukiwaniu pomocy? Pełna odpowiedź na te pytania prawdopodobnie pozwoliłaby na skuteczną prewencję samobójczą w tych grupach zawodowych, co przy obecnym stanie wiedzy nie jest możliwe. Być może jednym z powodów są specyficzne trudności w poszukiwaniu pomocy, z którymi borykają się klinicyści pracujący w obszarze ochrony zdrowia psychicznego.

Bariery w poszukiwaniu pomocy i podejmowaniu interwencji

Trudności w korzystaniu z pomocy fachowej przez klinicystów są wielorakie. W badaniu APA [23] respondenci jako trudności w korzystaniu z pomocy wymieniają: brak czasu (61%); minimalizację lub zaprzeczanie problemom (43%); kwestie związane z prywatnością lub poufnością (43%); wstyd, poczucie winy lub zakłopotanie (40%); brak wiedzy na

temat dostępnych zasobów (31%); obawę przed utratą statusu zawodowego (29%); oraz niewystarczające wsparcie społeczne (27%).

Dla klinicystów zajmujących się zdrowiem psychicznym istnieją liczne bariery w poszukiwaniu pomocy. Bright i Krahn [27] omawiają poszczególne z nich. Klinicyści ci obawiają się towarzyskiej stygmatyzacji i z tego powodu trudno jest im znaleźć w bliskim zasięgu innego profesjonalistę ze swojej branży, któremu by zaufali. Mogą się również obawiać konieczności ujawnienia danych medycznych w przypadku starania się o prawo wykonywania zawodu lub jego odnowienie. Obawy te nie są zupełnie bezpodstawne, gdyż w jednym z badań [28] ujawniono, że w USA lokalne komisje do spraw licencji medycznych w 69% formułowały przynajmniej jedno prawnie niedopuszczalne pytanie do kandydata, odnośnie do jego stanu zdrowia psychicznego. Z drugiej strony niektóre sądy uznawały, że pytania takie w przypadku poważnych chorób psychicznych (CHAD, schizofrenia, paranoja) są dopuszczalne, gdyż tak poważne zaburzenia psychiczne mogą stanowić przeszkodę w wykonywaniu zawodu [29]. Psychiatrycy mogą również leczyć samodzielnie swoje zaburzenia nastroju zamiast skonsultować się z innym psychiatrą, co w oczywisty sposób nie jest wskazane.

Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi jest doświadczana również przez profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym (!). Nadmierne szukanie schronienia w roli zawodowej może być próbą kompensacji „słabości” — borykania się z takimi samymi problemami jak inni. Ta obronna kompensacja może prowadzić z kolei do narcystycznej ignorancji, będącej wyrazem samooszukiwania się, co czyni daną osobę jeszcze bardziej podatną na dalsze kryzysy. W ten sposób dochodzi do patologicznej dysocjacji między „ja — publicznym” a „ja — prywatnym” [30].

Klinicyści poszukując dla siebie pomocy mogą oczekiwać „specjalnego traktowania”, a to może wpływać niekorzystnie na proces terapeutyczny. Bycie „specjalnym pacjentem” tak naprawdę jest eufemizmem dla „najgorszego pacjenta”, ponieważ wiąże się z otrzymywaniem gorszego leczenia i pozostawianiem pod gorszą obserwacją niż pozostali chorzy. Podobnie samodiagnoza, samodzielne przepisywanie leków, uzyskiwanie „nieformalnych”, ale też rzadkich konsultacji oraz przyjmowanie statusu „VIP” są bardzo częste u chorego lekarza. Zagrożenie związane z diagnostyką i leczeniem pacjentów „specjalnego traktowania” może powodować potencjalne konflikty z personelem i pacjentami; wiązać się z trudnością oddania kontroli przez lekarza pacjenta; zaniedbaniem udzielania jemu właściwych informacji o zdrowiu lub leczeniu — z powodu obaw przed narcystycznym zranieniem. Prowadzący leczenie mogą również nie doceniać ryzyka samobójstwa i nie podejmować decyzji o hospitalizacji m.in. dlatego, że pacjenci lekarze wiedzą, jakich słów kluczy nie używać, aby uniknąć hospitalizacji lub zaprzeczyć myślom samobójczym. Sam lekarz lub jego rodzina mogą zaprzeczać nadużywaniu przez niego alkoholu lub innych substancji, unikać rozmowy na temat myśli samobójczych lub przeoczyć ważne objawy, w obawie przed stygmatyzacją.

Po samobójstwie kolegi

Samobójstwo zawsze powoduje głębokie poruszenie u osób z bliskiego kręgu rodziny lub przyjaciół samobójcy. Szacuje się, że po jednej śmierci samobójczej pozostaje w żałobie sześć lub więcej osób [31]. Osoby dotknięte samobójstwem kogoś bliskiego mogą się czuć odizolowane od reszty społeczności lub nawet rodziny; mogą czuć się napiętnowane, a samobójstwo może być odebrane przez nich jako akt agresji lub odrzucenia [32]. Z drugiej strony osoby te mogą się obwiniać za nieprzewidzenie śmierci bliskiego lub brak swojej skutecznej interwencji. Po utracie osoby znaczącej w wyniku samobójstwa powszechnie jest przeżywanie, oprócz bólu i cierpienia, poczucia winy i wstydu, a towarzyszą temu niekończące się pytania „dlaczego?” [33]. Dwa doświadczenia: wstyd i poczucie winy, są szczególnie bolesne i przeżywane nieraz w bardzo skomplikowany lub zamaskowany sposób. Mimo że niemal zawsze pojawiają się razem, warto je rozróżnić [34]. Wina wynika z moralizującego, zakazującego sumienia, z przekroczenia określonych zasad lub tabu. Korzenie wstydu tkwią w ego i biorą się z poczucia nieadekwatności w spełnianiu standardów; wstyd skrywa uczucie słabości. Wiele uczuć może się nakładać na poczucie wstydu — zakłopotanie (poczucie bycia niewystarczająco dobrym); wystawienie na widok publiczny bez zgody (odsłonięcie nieosiągniętego ideału); upokorzenie (utrata pozycji, władzy, godności). Źródłem wstydu może być też samoświadomość własnego działania lub jego braku — w obliczu krytyki innych osób. Te wszystkie aspekty przeżyć mogą także towarzyszyć klinicytom, gdy przeżywają samobójstwo innego klinicysty.

Wiele grup może być dotkniętych faktem samobójstwa psychiatry lub psychologa: rodzina oraz przyjaciele; pacjenci lub klienci; koledzy profesjonalści; osoby szkolone; społeczność lokalna. Edwin Shneidman [35] jest autorem terminu postwencja obejmującego działania pomocne po doświadczeniu samobójstwa kogoś bliskiego. Wskazywał on, że osoby, które doświadczyły śmierci osoby bliskiej są bardziej narażone na pojawienie się myśli lub zachowań samobójczych. Z badań wynika, że utrata partnera lub dziecka powoduje największy wzrost ryzyka samobójstwa u osoby, która doświadczyła straty [36]. Doświadczenie samobójstwa któregośkolwiek członka rodziny zwiększa ryzyko myśli lub prób samobójczych co najmniej 2-, 3-krotnie [37]. Nawet doświadczenie samobójstwa kolegi z pracy zwiększa to ryzyko 3,5-krotnie [38]. Istnieją przejmujące opisy przeżyć i radzenia sobie bliskich osób, jak np. relacja Sary Gorman, której oboje rodzice byli psychiatrami, a ojciec — profesor psychiatrii, podjął poważną próbę samobójczą [39] po latach zmagania się z takimi myślami.

Opuszczony pacjent

Jedną z poważnych konsekwencji samobójstwa klinicysty jest jego wpływ na pacjenta — zaskakujące jest, jak rzadko ten temat jest poruszany w literaturze. Jest to z pewnością dramatyczne wydarzenie w życiu pacjenta i utrata wspierającej go relacji. Proces terapeutyczny, w który obaj/oboje byli zaangażowani, zostaje nagle przerwany, a ze wszystkimi skomplikowanymi uczuciami i myślami pacjent zostaje sam. Smutek, którego doświadcza, jest potęgowany utratą wiary w „moc samouzdrawiania” z powodu niepowodzenia samego terapeuty. Samobójstwo terapeuty narusza istotę relacji terapeutycznej, w której pacjent

może dokonywać restrukturyzacji i korektywnego doświadczenia poprzednich wadliwych relacji z innymi. Samobójstwo terapeuty może być odczuwane przez pacjenta jako opuszczenie i zdrada, zwłaszcza jeśli doświadczył on w przeszłości innego opuszczenia lub straty. Może to poważnie zniechęcać do ponownego nawiązania relacji terapeutycznej. Jest przeżywane bardzo intensywnie nawet wówczas, gdy relacja z klinicystą sprowadzała się niemal wyłącznie do zapisywania leków i krótkiej konwersacji [40].

Niewiele jest w literaturze badań dotyczących reakcji pacjentów na samobójstwo klinicysty. Reynolds i inni [41] badali reakcje pacjentów po samobójstwie jednego z terapeutów. Wyniki tego badania wskazują, że początkowe reakcje pacjentów były podobne do reakcji żałoby po odejściu innych znaczących osób. Jednak badanie tej grupy pokazało również, że u pacjentów występuje zwiększone ryzyko ujawniania patologicznej żałoby, trudności we wchodzeniu w następne relacje terapeutyczne oraz pojawia się zwiększona akceptacja samobójstwa jako sposobu na rozwiązanie swoich problemów. W tym kontekście samobójstwo klinicysty toruje zachowania pacjenta. Uczestnicy tego badania przeżywali intensywne uczucia także rok po śmierci terapeuty — zwłaszcza smutek, złość i opuszczenie. Tym, co znacznie utrudniało i komplikowało proces żałoby, była niemożność nadania znaczenia lub interpretacji samobójstwa. Było to szczególnie istotne u osób, które nadal wykazywały niechęć kontynuowania terapii u innego klinicysty i nie miały możliwości przepracowania żalu straty. W badanej grupie kilku pacjentów nawet po roku nie przyjmowało do wiadomości samobójstwa terapeuty jako przyczyny śmierci i było przekonanych o innych przyczynach jego zgonu (morderstwo). Wydaje się, że poszukiwanie faktów, które mogłyby obalić tezę o samobójstwie, służy zaprzeczaniu i przedłuża proces żałoby. Część pacjentów czuła się opuszczona i porzucona jednostronnym zerwaniem przez terapeutę relacji, ponieważ jego samobójstwo zaprzeczało znaczeniu ich jako ważnych osób. Niepokojącym odkryciem badaczy było także to, że po tragicznym odejściu terapeuty część pacjentów bardziej dopuszczała samobójstwo jako możliwe rozwiązanie swoich problemów. Bliska relacja ze zmarłym mogła niejako zaszczepić w nich ideę samobójstwa. Jednak nie zawsze jest tak, że utrata klinicysty niweczy uzyskane w toku terapii efekty i powoduje regres pacjenta. Istnieją opisy bolesnego rozstawania się z tragicznie zmarłym, w których pacjent domyka rozstanie, a nawet opiekuje się uwewnętrznionym terapeutą [42].

Chiles [43] przeprowadził wywiady z pacjentami rok po śmierci ich psychoterapeutki. Dostrzegł trzy główne wątki. Po pierwsze wszyscy pacjenci opisywali, że nadal są z psychoterapeutką w silnej emocjonalnej relacji, która jest nawet silniejsza niż była za życia. Chiles określa to jako poczucie omnipotencji pacjenta, a w innym miejscu jako wszechpotężną odpowiedzialność. Traktując tę relację jako dalszy ciąg terapii, pacjenci mieli zablokowane negatywne uczucia, jak gniew i inne emocje związane z przeniesieniem. Żaden z nich nie znał aspektów prywatnego życia terapeutki ani nie miał podstaw do uznawania się za osobę, która przyczyniła się do samobójstwa. Jednak wszyscy w różnym stopniu mieli odczucie, a jeden z nich nawet określił to skrajnie — „to ja pociągnąłem za spust”.

Drugim ważnym wątkiem były niepowodzenia w kontynuowaniu leczenia u innych terapeutów. Pacjenci reagowali różnie: pozostawali bez terapii, uznając, że skoro terapia nie pomaga terapeutce to im też nie pomoże; poszukiwali kogoś podobnego do zmarłej terapeutki, ale się rozczarowywali; próbowali nawiązać relację z terapeutą mężczyzną gniewnie go potem dewaluuując; z różnych powodów wyrażali wobec następnych terapeutów

złość, która była nierozpoznanym przeniesieniem złości wobec zmarłej. Chiles podkreśla, że w przypadku pracy z opuszczonym przez zmarłego terapeutę pacjentem powinno się zacząć od wyjaśnienia, że może doświadczać silnych uczuć wobec terapeuty i powinien je wyrażać oraz że obaj/oboje powinni poszukiwać ich źródeł.

Trzecim wątkiem obecnym u większości pacjentów był problem omylności terapeutki i ciekawość jej życia: jak to było, dlaczego się zabiła, co zostało zrobione, aby jej pomóc? Pytania te mają niewątpliwie charakter poufny i osobisty — otwarte pozostaje pytanie, czy pacjenci po samobójstwie swojego terapeuty powinni otrzymać na nie odpowiedź. Chiles twierdzi, że tak, i że powinno się to stać w taki sposób, jak w przypadku omawiania samobójstw innych osób ważnych dla pacjenta — ale decyzja powinna być indywidualna. Neutralny terapeuta, wtajemniczony w wystarczającą liczbę szczegółów, mógłby omówić z pacjentami ich emocje i okoliczności samobójczej śmierci ich terapeuty z pożytkiem dla nich.

Wielkim wyzwaniem po samobójstwie klinicysty jest naprawienie zerwanej relacji pomagania, zajęcie się procesem żałoby pacjentów i spowodowanie, aby chcieli oni ponownie zaufać terapii i móc pracować nad wyjściowym problemem. Po samobójstwie praktykującego klinicysty należałoby się skontaktować z jego pacjentami. Niestety nie jest jasne, do kogo należy ten obowiązek i jakiego zakresu informacji miałby udzielić on pacjentom. Nie ma również jednoznacznej dyspozycji, kto powinien przejąć ewentualną bazę danych — tak jak jest w przypadku zmarłych lekarzy w Polsce, których spadkobiercy przekazują kartoteki pacjentów Izbie Lekarskiej. Dodatkowo taki kontakt mógłby być obciążający dla osób, które same przeżywają trudności związane z odejściem kolegi. Opisywano również przypadki, w których rodzina zmarłego sprzeciwiała się ujawnieniu informacji o samobójczej śmierci, choć pacjenci wiedzieli już o niej z mediów [44]. Tego typu trudności spowodowały pojawienie się zaleceń sporządzania „profesjonalnej woli zawodowej”, która obejmuje instrukcję i upoważnienie dla wskazanego klinicysty do podejmowania działań w jego imieniu w razie nagłej śmierci [45]. W takiej woli zawodowej klinicysta może wskazać życzenie co do przekazywania i przechowywania poufnych rejestrów pacjentów; przechowywania lub niszczenia plików komputerowych; sposobu powiadamiania pacjentów.

Rekomendacje

Myśląc o przyszłości, warto pokusić się o stworzenie pewnych zaleceń odnośnie do redukcji częstości samobójstw wśród klinicystów. Takie rekomendacje wydało Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne [23]. Na pewno można je rozszerzyć na psychiatrów, psychoterapeutów i pielęgniarki oraz warto uzupełnić o inne zalecenia, bardziej aktualne w Polsce. Należy:

- włączyć temat samobójstw klinicystów do dyskursu wśród psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów. Zadziwiające i pewnie nieprzypadkowe jest, że temat ten nie istnieje w piśmiennictwie polskojęzycznym (zbiorowe wyparcie?);
- włączyć do szkolenia klinicystów edukację na temat ryzyka samobójstw nie tylko pacjentów, ale również innych profesjonalistów, w tym ich samych;

- podkreślać znaczenie terapii własnej i superwizji;
- prowadzić szkolenia specjalistów w zakresie możliwych oznak samobójczych oraz sposobów interwencji wobec koleżanek i kolegów zmagających się z trudnościami;
- kłaść większy nacisk na normalizację wyzwań związanych z byciem klinicystą oraz wspieranie strategii samoopieki;
- udostępniać informacje na temat samobójstw klinicystów na wzór stron opracowanych np. dla pielęgniarek [46];
- prowadzić edukację na temat postwencji, czyli tego, co należy zrobić po samobójstwie pacjenta, ale też koleżanki/kolegi; jak udzielać wsparcia dla wszystkich dotkniętych tym wydarzeniem;
- promować spisywanie dyspozycji (woli zawodowej), co może ułatwić postępowanie z dokumentacją i rozwiązywać inne problemy w przypadku śmierci z jakiegokolwiek powodu. W Polsce dokumentacja medyczna w placówkach opieki zdrowotnej przechowywana jest przez 20 lat, dokumentację lekarską z gabinetów prywatnych spadkobiercy powinni przekazać właściwym Izbowi Lekarskim. Brak jest jakiegokolwiek regulacji odnoszących się do prywatnych praktyk psychologicznych i psychoterapeutycznych;
- prowadzić badania mające na celu ustalenie, w jakim stopniu klinicyści są narażeni na ryzyko samobójstwa, biorąc pod uwagę pewne czynniki samoselekcji do zawodu oraz specyficzne czynniki pracy, jak intensywny i odosobniony charakter pracy;
- opracować rekomendacje procedur odnoszące się do pacjentów, których lekarz/terapeuta popełnił samobójstwo, ponieważ w tej grupie ryzyko powikłanego procesu żałoby i ryzyko samobójstwa są znaczne (zalecana jest terapia, interwencje kryzysowe, przynależność do grupy wsparcia).

Piśmiennictwo

1. Cerel J, Maple M, van de Veene J, Moore M, Flaherty C, Brown M. Suicide exposure in the community: Prevalence and correlates in one US state. *Public Health Reports* 2016; 131(1): 100–107.
2. Responding to grief, trauma & distress after a suicide: U.S. National guidelines. 2017. <https://www.suicideinfo.ca/resource/responding-to-grief-trauma-and-distress-after-a-suicide-u-s-national-guidelines/> [dostęp: 06.11.2022 r.]
3. Jordan JR. Postvention is prevention — the case for suicide postvention. *Death Stud.* 2017; 41(10): 614–621.
4. https://www.washingtonpost.com/national/health-science/what-ive-learned-from-my-tally-of-757-doctor-suicides/2018/01/12/b0ea9126-eb50-11e7-9f92-10a2203f6c8d_story.html [dostęp: 06.11.2022 r.]
5. Duteil F, Aubert C, Pereira B. i wsp. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019; 14(12).

6. Hawton K, Celements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialist in medical practitioners in England and Wales 1979–1995. *J. Epidemiol. Comm. Health* 2001; 55: 296–300.
7. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression and suicide. *Can. J. Anaesth.* 2017; 64: 158–168.
8. Moffic H. S. Suicides and psychiatrists. *Psychiatric Times* 2018; 35(7): 18A.
9. Rose KD, Rosow I. Physicians who kill themselves. *Arch. Gen. Psychiatry* 1973; 29: 800–805.
10. Ross M. Suicid among physicians. *Psychiatry in Medicine* 1971; 2(3): 189–198.
11. Rich CL, Pitts FN Jr. Suicide by psychiatrists: a study of medical specialists among 18,730 consecutive physician deaths during a five-year period 1967–72. *J. Clin. Psychiatry* 1980; 41: 261–263.
12. Freeman W. Psychiatrists who kill themselves. A Study of Suicide. *Am. J. Psychiat.* 1967; 124(6): 846–847.
13. Blackly PH, Disher W, d Roduner G. Suicide by physicians. *Bull. Suicidol.* 1968; 1:18.
14. Bergman J. The suicide rate among psychiatrists revisited. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1979; (9)4: 219–226.
15. Arentz BB, Horte LG, Hedbert A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatr. Scand.* 1987; 75(2): 139–143.
16. Good G, Khairallah T, Mintz L. Wellness and impairment: moving beyond noble us and troubled them. *Clin. Psychol. Scie. Pract.* 2009;16: 21–23.
17. Wheeler S. What shall we do with the wounded healer? *Psychodyn. Pract.* 2007; 13(3), 245–256.
18. Smith P, Burton MS. Psychologist impairment: What is it, how can it be prevented, and what can be done to address it? *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2009; 16:1–15.
19. Zuckerman S. What predicts suicide among psychologists? An examination of vulnerability and protective factors. The University of Memphis. ProQuest Dissertations Publishing. 2017;
20. Mausner JS, Steppacher RC. Suicide in professionals: a study of male and female psychologists. *Am. J. Epidem.* 1973; 98: 436–445.
21. Phillips SM. U.S. psychologists' suicide rates have declined since the 1960s. *Arch. Suicide Res.* 1999; 5: 11–26.
22. American Psychological Association. Survey findings emphasize the importance of self-care for psychologists. 2010.<https://www.apaservices.org/practice/update/2010/08-31/survey> [dostęp: 06.11.2022r.].
23. DeAngelis T. Psychologist suicide. What we know and how we can prevent it. 2011. 42; 10: 19. <https://www.apa.org/monitor/2011/11/suicide> [dostęp 06.11.2022r.]
24. Guy JD, Liaboe GP. Suicide among psychotherapists: Review and discussion. *Professional Psychol. Res. Pract.* 1985. 16(4): 470–472.
25. Firth-Cozens J. New stressors, new remedies. *Occup. Med (Lond).* 2000; 50: 199–201.
26. McManus IC, Keeling A, Paice E. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: a twelve-year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Med.* 2004; 2: 29.
27. Bright RP, Krahn L. Depression and suicide among physicians. *Curr. Psychiatry* 2011; 10(4): 16–30.
28. Schroeder R, Brazeau Ch. M.L.R. Zackin F. i wsp. Do state medical board applications violate the Americans with Disabilities Act? *Acad. Med.* 2009; 84(6): 776–781.

29. <https://casetext.com/case/alexander-v-margolis> [dostęp: 06.11.2022 r.].
30. Adam JCM, Hervas DC, Alvarez MH. Suicide prevention in doctors. *Med. segur. trab.* 2013; 59: 176-204.
31. Left behind after suicide. People bereaved by a suicide often get less support because it's hard for them to reach out-and because others are unsure how to help. <https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/left-behind-after-suicide> [dostęp: 06.11.2022 r.].
32. Feigelman W, Gorman BS, Jordan JR. Stigmatization and suicide bereavement. *Death Stud.* 2009; 33: 591–608.
33. Farberow NL, Gallagher-Thompson D, Gilewski M, Thompson L. Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *J. Gerontol.* 1992; 47: 357–366.
34. Faberow NL. Shame and guilt in suicide and survivors. W: De Leo D, Schmidtke A, Diekstra RFW, wyd. *Suicide prevention*. Springer: 157–161.
35. Shneidman E. *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.; 1993.
36. Pittman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 86–94.
37. Agerbo E. Midlife suicide risk, partner's psychiatric illness, spouse and child bereavement by suicide or other modes of death: A gender specific study. *J. Epidem. Comm. Health* 2005; 59(5): 407–412.
38. Hedstrom P, Liu K-Y, Nordvik MK. Interaction domains and suicide: A population-based panel study of suicides in Stockholm 1991–1999. *Social Forces* 2008; 87(2): 713–740.
39. <https://afsp.org/story/when-my-psychiatrist-father-tried-to-kill-himself> [dostęp: 06.01.2022 r.]
40. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/may/15/my-therapist-suicide-julia-pierpoint-psychology-grief-coping> [dostęp: 06.11.2022 r.]
41. Reynolds JL, Jennings G. Patients' reactions to the suicide of a psychotherapist. *Suicide and life-threatening behavior.* 1997; 27(2): 176–181.
42. <https://forward.com/life/449452/my-psychiatrist-committed-suicide-heres-what-i-wish-id-said/> [dostęp: 06.11.2022 r.]
43. Chiles J. Patient reactions to the suicide of a therapist. *Am. J. Psychother.* 1974; 28(1): 115–121.
44. Kleespies PM, Van Orden KA, Bongar B, Bridgeman D, Bufka LF, Galper DI i in. *Psychologist suicide: incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention*. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 2011 42(3): 244–251.
45. Pope K, Vasquez M. *How to survive & thrive as a therapist: information, ideas & resources for psychologists in practice*. Washington, DC: APA Books; 2005.
46. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nurse-suicide-prevention/> [dostęp: 06.11.2022 r.]

Adres: wladster@kki.net.pl