

WPLYW CYKLU ŻYCIA RODZINY PSYCHOTERAPEUTY NA JEGO PRACĘ. DOŚWIADCZENIA WŁASNE¹

THE INFLUENCE OF THE FAMILY LIFE CYCLE OF THE PSYCHOTHERAPIST ON HIS WORK. THE AUTHORS' OWN EXPERIENCE

Warszawski Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii

psychotherapist
family
life cycles

Autorki analizują wpływ doświadczeń życiowych terapeutów na jego sposób pracy z pacjentami, różniący się w zależności od jego etapu życia. Artykuł może być pomocny w rozumieniu zjawisk związanych z przeciwprzeniesieniem w relacji terapeutycznej.

Summary: The authors discuss how phases of the family life cycle of the therapist influence his work with patients and the course of the therapeutic process especially in the context of transference and countertransference and the choice of patients. They introduce three phases parallel to the traditional phases of the family life cycle connected with the process of psychotherapy and mainly in the context of the therapist's narcissism: „between narcissism and anxiety”, „between narcissism and peace” and finally „between narcissism and grief”. The authors are fully aware of the arbitrariness of this division, as well as choosing therapist's narcissism as the key of it.

Wstęp

Relacja terapeutyczna uznawana jest za podstawowy czynnik leczący w psychoterapii. Oznacza to, że efekty leczenia zależą nie tylko od rodzaju diagnozy i wiedzy psychoterapeuty, ale także od jego zdrowia psychicznego. Dla leczenia pacjentów „najbardziej niebezpieczne są nasze zaburzenia [...] Głównym zadaniem terapeuty [...] jest poznanie tych aspektów swojej psychiki, których wolałby nie widzieć” podpowiada Gabbard [str. 1] Doświadczając w dzieciństwie narcystycznych zranień, każdy z nas nauczył się ukrywać (także przed sobą) fragmenty prawdziwego self. Decydując się na pracę psychoterapeuty, wybieramy zajęcie, które z definicji charakteryzuje dystans do siebie. Jesteśmy obecni przy pacjencie, sami kryjąc się „za zasłoną”. Każdy z nas ma do tej „zasłony” inny stosunek. W optymalnych warunkach badamy go podczas własnej terapii. Analizujemy, co nam w byciu „za zasłoną” odpowiada, poznając w ten sposób aspekty swojej psychiki, których wolelibyśmy nie znać.

Oprócz uporania się z dziedzictwem dzieciństwa przed psychoterapeutą stoi wyzwanie mieszczącego pacjenta wśród emocji, jakie niosą kolejne fazy cyklu życia, które nie omijają

¹Tekst jest zapisem wykładu wygłoszonego na Konferencji Trzech Sekcji „Osoba terapeuty, „relacja terapeutyczna”. Kraków, 19-21 - październik 2012.

nas terapeutów. Dojrzewamy, zakładamy rodziny, rodzą nam się dzieci, umierają rodzice, czasami rozwodzimy się, musimy zarabiać pieniądze, jednym słowem doświadczamy tego samego, co nasi pacjenci. Poddawani jesteśmy tej samej presji poszczególnych faz cyklu życia. Będziemy się odwoływać głównie do własnych, choć bardzo różnych doświadczeń i do rozmów z innymi terapeutami. Należy zauważyć, że literatura na ten temat jest bardzo skąpa.

W naszym artykule będziemy rozważać, jak cykl życia terapeuty/terapeutki, w którym obecnie się znajduje, i problemy specyficzne dla poszczególnych jego faz wpływają na jego pracę.

Bardzo młodzi terapeuci to ludzie, którym brakuje doświadczenia, a czasami wiedzy i wglądu w siebie, ale za to są pełni entuzjazmu w szukaniu własnej drogi i tej najbardziej odpowiadającej im „jedynej” teorii. Niedawno dokonali separacji od rodziny generacyjnej, często nie mają jeszcze własnej. Niektórzy są pełni omnipotencji, zwłaszcza ci, którzy pozostają pod wpływem omnipotentnych nauczycieli.

Terapeuci, którzy pracują 10–20 lat, to już inni ludzie. Mają własne rodziny, w które inwestują emocjonalnie, dzieci, o które muszą dbać, często doświadczają napięć w małżeństwie, czasami są rozwiedzeni. Balansują pomiędzy dobrem rodziny a dobrem pacjentów. Poczucie omnipotencji przeważnie nie jest już tak silne, ale kompensuje je wiedza i doświadczenie.

Kończąca się kariera zawodowa to trudny okres w życiu terapeuty, często związany z nasileniem się narcyzmu, akceptacja śmierci pozwala o niej swobodnie rozmawiać z pacjentami. Starsi terapeuci są mniej zorientowani na osiągnięcie szybkiej zmiany w pacjencie, bardziej zaś na jego zrozumienie, chętniej udzielają rad, ujawniają fakty z własnego życia, terapeutyczny setting przestaje być tak ważny. Niestety, czasami pacjenci „zastępują” odseparowanych lub zmarłych członków rodziny. Pod koniec życia terapeuci nie są już tak motywowani do osiągania sukcesów, zaspokajanie profesjonalnej ambicji przestaje być istotne. Z kolei zaawansowany wiek terapeuty może utrudniać pacjentom przeniesieniowe relacje i powstrzymywać przed wyrażaniem uczuć agresywnych.

Reasumując każdy okres cyklu życia terapeuty niesie ze sobą swoiste potencjalne możliwości rozwoju, a jednocześnie impasu, w jego relacji z pacjentem.

Między narcyzmem a niepokojem — faza rodziny z małymi dziećmi

W fazie rodziny z małymi dziećmi terapeuta/terapeutka musi poradzić sobie z nową i trudną rolą rodzica. Zmienia się też diametralnie typ relacji z partnerem. W zawierusze zmian osobistych, o których można myśleć w kategoriach swoistego kryzysu tożsamości, terapeuta/terapeutka musi znaleźć stabilne miejsce dla pacjenta.

Dojrzałość psychoterapeuty to dobra proporcja między dystansem a zależnością w stosunku do swoich pacjentów, umiejętne odnajdywanie się we wzajemnej zależności połączone z należną neutralnością. Doświadczenie rodzicielstwa pozwala silniej doświadczyć i uczy wyrażać dwie „odległości”: zależność (wspólnotę) i dystans. Mamy szansę przekonać się, jak bardzo osobiste bycie z pacjentem, wspólnota przeżyć, wykraczająca poza teoretyczne rozumienie psychopatologii, wspiera jego rozwój i zapewne nasze poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy.

Kiedy stajemy się rodzicami głębiej doświadczamy wymiaru wspólnoty. To ubarwia styl bycia z pacjentem, częściej pokazujemy, że nie różnimy się w przeżywanych dylematach, jednocześnie podpowiadając dojrzałe sposoby radzenia sobie z nimi.

W fazie symbiotycznej relacji z dzieckiem najczęściej nie decydujemy się na pracę z pacjentami. Nie ma wtedy ani emocjonalnego miejsca na nikogo innego, ani fizycznych zasobów. Brak snu i zmęczenie nie czynią nas zdolnymi do wystarczająco dobrego towarzyszenia pacjentowi.

Kiedy po odchowaniu dziecka wracamy do pacjentów, żywsza jest nasza regresywna część, w związku z tym czujemy też lepiej regresywną część pacjenta. Trudność, jaka może się wtedy pojawić, to większy opór w słuchaniu o traumatycznej relacji rodzic—pacjent. Mamy większą wrażliwość na niedolę dzieci. Grozi nam tu utrata terapeutycznej neutralności, pokusa, by wplatać w psychoterapię elementy psychoedukacji. Zdarza się, że na pierwszy plan wysuwa się dobrostan dziecka. Problem zaczyna się wtedy, kiedy zapominamy o „wewnętrznym dziecku” pacjenta.

Oscylacja pomiędzy zaangażowaniem w rodzinę a profesjonalną aktywnością grozi oczekiwaniem nadmiernej gratyfikacji od pacjenta („ja się tak poświęcam”).

Pozytywnym aspektem tej fazy życia psychoterapeutki jest mniejsza chęć osiągania szybkich efektów terapii, malejące poczucie omnipotencji, większy szacunek do wewnętrznych dylematów (kolejne odcienie szarości) i mniejsza pokusa zbawiania świata. Narcyzm terapeutyczny, zaspokajanie własnych potrzeb emocjonalnych terapeuty/terapeutki poprzez pacjenta, istnieje w każdej fazie cyklu życia, ale na początku jest bardzo silny, terapeuta/terapeutka ma poczucie omnipotencji, a równocześnie wątpi w siebie, zwłaszcza, że nie bardzo kontroluje proces relacji. Miłość dziecka, którą dostajemy, w znacznej mierze zaspokaja narcystyczne i symbiotyczne potrzeby.

Stanie się rodzicem powoduje widzenie części rodzicielskiej w superwizorze; uczymy się od niego samodzielności. Bardziej świadomie śledzimy przeniesienie i przeciwprzeniesienie, co wynika z większej łatwości skoncentrowania się na relacji i z metapoziumu na swoim stylu przeżywania relacji (więzy interpersonalne ustalone). Obok przeniesienia i przeciwprzeniesienia erotycznego pojawia się przeniesienie i przeciwprzeniesienie macierzyńskie. Można powiedzieć, że rodzicielstwo sprawia, że łatwiej nam rezonować zarówno z pacjentami bezdzietnymi, jak i tymi będącymi już rodzicami. Przechodzenie naszego dziecka przez fazy rozwojowe pogłębia rozumienie faz rozwojowych pacjentów. Wyraźniej dostrzegamy ich dziecięcość. Kompleks Edypa i inne teorie zaczynają być dla nas praktyką.

Brak doświadczenia i młody wiek sprzyjają sztywnemu (ze strachu) stosowaniu zasady zakrytej twarzy. Może to utrudniać budowanie przymierza terapeutycznego. Rozwój sprawia, że z wnoszonymi przez pacjenta treściami psychoterapeuta/psychoterapeutka radzi sobie, badając zarówno przeniesienie, jak i realne aspekty wnoszone przez siebie, także związane z własną rodziną. Osiąga zdolność do empatii wywodzącej się nie tylko z teoretycznego rozumienia pacjenta, ale także z łączących go z nim podobieństw. Rosnący poziom odczuwanej odmienności alarmuje o uruchomieniu mechanizmu wyparcia, zaprzeczenia czy identyfikacji projekcyjnej. W miarę rozwoju osobistego psychoterapeuty/psychoterapeutki odsłonięcie się czy zasłonięcie staje się wyrazem dojrzałości służącej rozwojowi pacjenta, a nie sztywnością, za którą on/ona chowa krusze kawałki self, lub

nieświadomym sposobem zaspokajania własnych potrzeb. Im jesteśmy bardziej doświadczeni życiowo i zawodowo, tym lepiej widzimy, że to, co cenne, to osobista obecność blisko przeżyć pacjenta: ja i pacjent przecież aż tak się nie różnimy. Żyjemy w tych samych uwarunkowaniach.

Między narcyzmem a spokojem — faza rodziny z dziećmi w wieku szkolnym i faza adolescencji

Przyjrzyjmy się fazie, którą należy podzielić na dwa okresy. Dla rodziców, a więc naszego terapeuty/naszej terapeutki są to dwa różne doświadczenia. Pierwszy okres rodziny z dziećmi w szkole podstawowej nazwiemy fazą latencji — spokoju, zaś drugi okres rodziny z dziećmi nastoletnimi w gimnazjum i w liceum — fazą adolescencji-burzy. Fazy te są różne pod względem rozwoju dzieci i ich dynamiki, co odmiennie wpływa na samopoczucie matki terapeutki, a więc i jej pracę z pacjentami.

W fazie latencji terapeutka doświadcza przede wszystkim miłości do i od dzieci, które są najczęściej w spokojnej zależności od rodziców; jeszcze nie rozpoczyna się okres separacji. Rodzic ma władzę i autorytet. W domu nie pojawiają się większe trudności wychowawcze, częściej zachwyty nad rozwojem dzieci i zdobywaniem przez nie coraz szerszych umiejętności. Kiedy dzieci idą do szkoły, a często i uczestniczą w zajęciach pozaszkolnych, w sposób oczywisty powstaje nowa przestrzeń na rozwój osobisty rodzica. Pojawia się czas na odkrywanie przez rodzica terapeutkę świata zewnętrznego, rozwijanie pasji oraz budowanie nowych obszarów zainteresowań. Równocześnie powstaje równowaga między tym, co moje (terapeuty) a tym, co rodzinne. Spokojnie można ocenić, że w tym czasie występuje zaspokojenie potrzeb narcystycznych terapeutki poprzez pozytywne doświadczenia emocjonalne w rodzinie. Jej doświadczenie zawodowe otwarte jest z jednej strony na wiedzę z zewnątrz, a z drugiej strony na korzystanie z własnego dorobku. Jest to czas, kiedy terapeutka może sobie pozwolić na uniezależnianie się od autorytetu superwizora, mniej „ślepe” podążania za jego sugestiami. Powstaje niezależność w pracy wynikająca z coraz większego doświadczenia i zaufania do swoich możliwości terapeutycznych.

Pojawia się sporo nowej przestrzeni czasowej, często bardzo oczekiwanej. Dla niektórych terapeutek to na pewno również większa dostępność dla pacjentów. W porównaniu z okresem, kiedy w rodzinie terapeutki były małe dzieci, w fazie spokoju rysuje się równowaga pomiędzy zaangażowaniem w rodzinę a pacjentami. Dzieci są starsze, bardziej samodzielne, a terapeutka może przyjmować więcej pacjentów, a także mieć więcej czasu na myślenie o procesach.

Podczas analizowania procesu terapeutycznego, w terapeutce pojawia się większa świadomość i gotowość do analizy przeniesienia i przeciwprzeniesienia erotycznego dzięki względnemu zaspokojeniu potrzeb libidinalnych. Związek małżeński często jest, dobrze funkcjonuje, a para małżeńska ma więcej czasu na swoje przyjemności. Oczywiście jeśli w małżeństwie powstał proces oddalania się i pojawiają się kryzysy, to terapeutka może mieć silniejsze pragnienia erotyczne i nie zdawać sobie sprawy z przeniesienia erotycznego lub słabiej je kontrolować.

Patrząc z punktu widzenia kondycji fizycznej, a ma to niemałe znaczenie, kiedy terapeutka dużo pracuje, to zapewne czas dobrej kondycji wiążący się z otwarciem przestrzeni

na dbanie o własne ciało oraz uczucia związane z estetycznym zadowoleniem. W procesie terapeutycznym panuje spokój i zaciekawienie. Ta nowa przestrzeń, która pojawiła się w życiu terapeutki, otwiera na sesjach tematy rozwoju i nowych możliwości. Może pojawić się większy nacisk na rozwój pacjenta niż np. bilansowania, podsumowania. W takiej równowadze samopoczucia, ogólnego dobrostanu terapeutki można myśleć o większej przestrzeni na pacjentów i silniejszym przymierzu terapeutycznym. Bycie w lepszej relacji z samą sobą, korzystanie z wolnego czasu, czytanie fachowej literatury, ale i większe samodzielne eksperymenty, powoli, z dala od superwizora, pozwalają na większe wykorzystywanie zasobów.

Popatrzmy na drugi okres związany z nastolatkami w rodzinie — fazę burzliwą: przemian i buntu. Adolescencja to szczególnie trudna faza cyklu życia rodziny, która przystosowuje się do procesów dorastania dziecka i jego odejścia z niej. Co można wtedy zaobserwować, jakim procesom podlega terapeutka/terapeuta rodzic nastolatka. Aby rodzic mógł przygotować się do odejścia dziecka, musi przejść wiele procesów. Przede wszystkim w rodzinie dochodzi do wzmocnienia diady małżeńskiej. Rodzice konsolidują swoje siły, aby lepiej sobie radzić z odchodzącym dzieckiem, powoli przegrupowują układ rodzinny z trojga na dwoje. Jest to moment, w którym niejako na nowo pojawia się przestrzeń na zbliżanie się rodziców do siebie. Jeśli w poprzednim okresie jedno z rodziców (najczęściej matka) było skoncentrowane i żyjące życiem dziecka — powstały silne koalicje matka—dziecko, to wtedy w takiej rodzinie powstają istotne trudności. Przy bardzo bolesnym przeżywaniu przez rodzica „żegnania się” z dorastającym dzieckiem może dojść do wyhamowania fazy separacji i indywiduacji.

Terapeutka matka może przenosić swoje trudności domowe na procesy terapeutyczne. Może dochodzić zarówno do nadmiernego narcystycznego inwestowania w pacjenta, traktowania szczególnie nastoletnich pacjentów jako „swoich”, „lepszyc” dzieci, ale także do ich nieświadomego „odpychania”. Terapeutka, zagrożona przeżywaniem silnych uczuć wewnątrz rodziny, może blokować tendencje separacyjne pacjentów. W pracy z młodzieżą mogą pojawić się pokusy do sprawdzania swoich koncepcji na temat radzenia sobie z nastoletnimi pacjentami. Zaznacza się bardzo silny aspekt seksualny (charakterystyczny dla tej fazy), tzw. zespół menopauzy—miesiączki. Kobieta przymierza się do nowego okresu, jakim jest menopauza, żegna się z możliwością posiadania kolejnych dzieci, a córka zaczyna powoli wchodzić w okres nowych, obiecujących relacji seksualnych. Patrząc dalej na zachodzący proces terapeutyczny, pojawia się potrzeba większego „zakrywania twarzy”, dystansowania się terapeutki oraz ochrona pacjenta przed negatywnym przeciwrzuceniem. Zagrożenie związane ze zbliżającą się fazą pustego gniazda może kusić „adopcją” pacjenta. Często dochodzi do wzmacniania idealizującego przeniesienia pacjenta — korci iluzja idealnego rodzica. Terapeutka chociaż dla pacjenta chce być dobrym rodzicem. W samych technikach pracy pojawia się mniej konfrontacji. W środowisku domowym terapeutki konfrontacje to codzienność, dlatego dochodzi do unikania takich technik na rzecz większego odzwierciedlenia. W terapii rodzin znacząco zwiększa się ryzyko utraty neutralności na rzecz rodziców.

Między narcyzmem a żalobą

Powoli zamyka się koło cyklu życia rodziny terapeuty. Diada małżeńska, jeśli terapeutka/terapeuta w niej pozostaje, ma szansę ponownej konsolidacji lub może jej zagrazać rozwód emocjonalny czy wręcz rozpad małżeństwa, niosące ze sobą nieuniknioną samotność, której uczucie i tak towarzyszy starzeniu się. Relacje z dziećmi stają się bardziej partnerskie, ale też znacznie mniej angażujące, czasami bardzo luźne, choć pojawienie się wnuków może je na pewien czas zacieśniać. Godzenie się z końcem kariery zawodowej, starzeniem się, gorszą sprawnością fizyczną i intelektualną, a wreszcie śmiercią stanowią najtrudniejsze problemy dla terapeutki/terapeuty.

Wydaje się, że w tej fazie następuje ponowne nasilenie się narcyzmu. Powstaje więc pytanie, gdzie wobec tego można szukać jego gratyfikacji? Czy w rodzinie, w naszych pacjentach, w roli i pozycji doświadczonego terapeuty czy wreszcie w najważniejszym — w nas samych?

Jeśli narcyzm koncentruje się głównie w obszarze superego, terapeuta/terapeutka staje się sztywny/a, kompulsywny/a i mało tolerancyjny/a. Jeśli w obszarze ego oczekuje gratyfikacji od pacjentów (admiracji, podziwu, wdzięczności). Jeśli dotyczy równomiernie wszystkich sfer osobowości (mniejszy konflikt pomiędzy id, ego i superego) terapeuta/terapeutka ma mniejszą potrzebę sukcesu, większą akceptację pacjenta jako człowieka, tolerancję i dystans.

W tej fazie cyklu życia terapeuty/terapeutki następuje (a przynajmniej powinno nastąpić) pogodzenie się z procesem starzenia się i śmierci. Dzięki temu pojawia się łatwość poruszania tematu podstawowego dla człowieka, jakim jest lęk przed starością i śmiercią. O tym trudno jest rozmawiać pacjentowi z terapeutą młodym, lub nawet w wieku średnim. Pacjentowi też łatwiej wnosić do terapii problem chorób, lęku przed bezradnością i bezsilnością. Różnie oni reagują na podeszły wiek terapeuty/terapeutki — jedni z aprobatą i zrozumieniem, inni wręcz przeciwnie, z niechęcią.

Równocześnie późny wiek i wynikający z niego wygląd terapeuty/terapeutki ogranicza repertuar reakcji przeniesieniowych ze strony pacjenta, a tym samym możliwości poznania siebie i rozwiązania podstawowych konfliktów. Mniej jest przeniesienia erotycznego, a więcej preedypalnego „podstawowego przeniesienia matczynego”. Oczywiście zdajemy sobie sprawę z tego, że czynnik realnej osoby terapeuty/terapeutki odgrywa niewielką rolę w powstawaniu reakcji przeniesieniowych, ale nie można roli tego czynnika zupełnie wykluczyć.

Wiek i pojawiająca się, choć nie zawsze, pewna „kruchość” terapeuty/terapeutki mobilizują w pacjencie chęć jego/jej chronienia, co w konsekwencji może blokować negatywne emocje pacjenta i agresję skierowaną w stronę terapeuty/terapeutki, wpływając negatywnie na przebieg procesu psychoterapeutycznego. Pojawiają się zmiany w stylu prowadzenia psychoterapii. Zdarza się, że setting jest mniej przestrzegany, wydaje się mniej istotny — choć oczywiście zależy to od cech osobowości terapeuty/terapeutki i jego/jej orientacji teoretycznej — jest w tej fazie cyklu życia mniej aktywny/a, mniej oczekuje efektów, a bardziej jest skupiony/a na refleksji i wglądzie. Równocześnie jednak, choć wydaje się to sprzeczne z poprzednim stwierdzeniem, terapeuta/terapeutka może przejawiać tendencję do dawania rad, dzielenia się aspektami osobistymi, pozwala sobie być w procesie terapii

bardziej realną, otwartą osobą. Więcej czerpie z własnych zasobów, a także odnosi się do zasobów pacjenta, szczególnie w terapii rodzinnej.

W literaturze [2] pojawiają się dane, że starsi terapeuci/starsze terapeutki unikają pracy z bardzo młodymi pacjentami. Może być tego kilka powodów. Pierwszy wynika ze zrozumiałego lęku terapeuty/terapeutki, czy uda mu się nawiązać kontakt z pacjentem o tyle lat młodszym. Drugi z tego, czy terapeuta jest w stanie zrozumieć świat przeżyć tak różny od własnego, zwłaszcza w obliczu zasadniczych zmian dotyczących życia młodzieży, czy uda mu/jej się poznać jej zainteresowania, sposób spędzania czasu, a przede wszystkim jej przeżycia i problemy. Terapeuta może się obawiać, czy młody człowiek potrafi nawiązać z nim przymierze terapeutyczne, a następnie głębszą relację terapeutyczną. Dla młodego pacjenta terapeuta/terapeutka jest przedstawicielem nie tylko świata dorosłych, jego rodziców, ale wcześniejszego pokolenia — jego dziadków, które może mu się wydawać odległe o lata świetlne. Czasami, paradoksalnie, ułatwia to nawiązanie kontaktu, jeśli nastolatek miał bardzo dobrą relację z babcią lub dziadkiem, co sprzyja idealizującemu przeniesieniu. Tak więc w terapii/terapii istnieje nie do końca świadoma tendencja do wybierania pacjentów w podobnym wieku lub tylko nieco młodszych.

Nie można pominąć, że w tej ostatniej fazie cyklu życia pojawiają się w terapii/terapii zrozumiałe wątpliwości dotyczące własnej sprawności intelektualnej i emocjonalnej, wątpliwości, czy i kiedy zaprzestać pracy z pacjentami. Ponieważ dla większości terapeutów psychoterapia jest niezwykle ważna — zajmując istotne miejsce w ich życiu, zbliżający się koniec pracy prowadzi do żałoby, nakładającej się na proces żałoby kończącego się życia. Uporanie się z tymi uczuciami i pomieszczenie emocjonalne żałoby może utrudniać dostępność emocjonalną dla pacjentów w procesie terapii. Każdy koniec procesu może powodować niepotrzebne przedłużanie terapii.

Podsumowanie

W naszym artykule starałyśmy się pokazać, w jaki sposób psychologiczne zmiany w terapii/terapii w trakcie przechodzenia przez fazy cyklu życia, dobre czy złe wydarzenia losowe i zmiany społeczno-kulturowe, wpływają na interakcje terapeuta — pacjent, a więc na proces psychoterapii. Zmienia się wzajemne postrzeganie obu osób, możliwości przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowe, rodzaj interakcji, tematyka spotkań, wpływając na proces psychoterapii „na dobre i na złe”. Ponieważ autorki są kobietami w różnych fazach cyklu życia, proces ten został przedstawiony z perspektywy kobiecej, z dużym naciskiem na wpływ macierzyństwa w kolejnych fazach, a w konsekwencji z mniejszym naciskiem na realizację celów życiowych związanych z pracą i jej wpływem na proces przechodzenia przez cykl życia, bardziej typowy dla mężczyzn.

Otwarte pozostaje pytanie, jak w przestrzeni terapeutycznej współistnieją miejsca w cyklu życia terapeuty i pacjenta. Którą naszą twarz widzi pacjent w procesie terapii? Ile z nas samych pozostawiamy w lustrze w każdej fazie naszego życia?

Piśmiennictwo

1. Gabbard GO. Przeciwprzeniesienie w terapii pacjentów borderline. Gdańsk: Imago; 2012.
2. Weiner M F The psychotherapeutic impasse. Londyn: The Free Press; 1982 .

Adres: inamyslowska@gmail.com