**prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro**

Wykład: **Czterdzieści lat później: między rozpaleniem a wypaleniem**

Jestem psychiatrą i psychoterapeutą od czterdziestu lat. Zachęca mnie to do spojrzenia wstecz i do osobistej refleksji nad problemem wypalenia zawodowego w życiu zawodowym. W swoim wystąpieniu przedstawię przykłady swoich porażek w tym zakresie i sposoby, jakie okazały się użyteczne do ich przezwyciężenia.

Oprócz powszechnie znanych sposobów unikania zespołu wypalenia (praca w zespole, otwarta komunikacja ze współpracownikami, wgląd we własne emocje, wymienność podejmowanych zadań zawodowych, unikanie celów nierealistycznych, zainteresowania i aktywność w życiu pozazawodowym), w odniesieniu do sytuacji psychoterapeuty pojawiają się dodatkowe zagrożenia i szczególnego rodzaju „wybawienia”. Wśród zagrożeń, które było mi dane przeżywać w swojej pracy zawodowej wspominam następujące okoliczności:

1. Niepoddawane refleksji superwizyjnej intensywne emocjonalne zaangażowanie w relację
z pacjentem. Temu ryzyku poddany jest zwłaszcza terapeuta początkujący. Zafascynowany siłą i głębokością relacji psychoterapeutycznej angażuje się w proces terapii, często bez dostatecznej uważności na zjawiska przeciwprzeniesieniowe. Takie „nad-zaangażowanie” towarzyszyło mi w okresie, kiedy w latach osiemdziesiątych (ubiegłego wieku!) jako młody terapeuta uczestniczyłem w wyjazdowych obozach rehabilitacyjnych dla pacjentów leczonych z powodu schizofrenii. Intensywne zajęcia wykraczające poza rutynową terapię: wspólne gotowanie posiłków, zajęcia sportowe i relaksacyjne, wycieczki, wieczornice i oczywiście psychoterapia grupowa i indywidualna, tworzyły warunki sprzyjające z jednej strony ustępowaniu objawów psychotycznych u pacjentów, z drugiej strony dawały terapeutom iluzję ich niezwykłej mocy terapeutycznej. Zdarzało się, że pacjentom objawy psychotyczne wracały już w czasie drogi powrotnej z obozu do Krakowa. Opuszczaniu utopijnego bezpiecznego świata towarzyszyło bolesne rozczarowanie. Świadomość ograniczoności możliwości stawała się pożyteczną lekcją, a omnipotentne fantazje zostały zastąpione bardziej higieniczną wskazówką *do your best*.

2. Pracując przez szereg lat w oddziale leczenia psychoz wielokrotnie byłem lekarzem pacjentów o wysokim ryzyku samobójczym. Długoterminowa opieka wiązała się z poczuciem odpowiedzialności za życie osób głęboko depresyjnych i życiowo bezradnych. Przyjmowana przez terapeutów idea stałej dyspozycyjności (by w każdej chwili terapeuta był dostępny pacjentowi) tworzyła sytuację napięcia i długotrwałego zmęczenia, a epizody prób samobójczych, a zwłaszcza popełnionego samobójstwa, tworzyły traumę, która mogła stawiać pod znakiem zapytania sens pracy terapeuty głęboko zaangażowanego w leczenie. Nawet jeśli zespołowa analiza sytuacji wskazywała, że nikt nie dopuścił się błędu czy zaniedbania, trudno było się pogodzić z tak ekstremalną porażką, dewastującą zawodowy autoportret. W zespole terapeutycznym razem przeżywaliśmy żałobę (nie zawsze – dokończoną), a ciężar porażki trwał wiele dni i tygodni. W takich sytuacjach duże znaczenie miała dogłębna analiza problemu, otwarta komunikacja z wyrażaniem emocji, a także wzajemne wsparcie oraz postawa przełożonych, którzy nie odreagowywali swojej frustracji poprzez oskarżanie czy obwinianie.

3. Głęboka i bezkrytyczna indoktrynacja stanowiła dla mnie poważne zagrożenie w momencie, kiedy zafascynowałem się systemową terapią rodzin. Możliwość szkolenia się u mistrzów
(w dodatku – po drugiej stronie oceanu), otwarcie na zupełnie nową perspektywę, która zarazem wskazywała jak ułomne może być „nie-kontekstualne” spojrzenie na pacjenta, tworzyło okoliczności sprzyjające postawie lekceważenia innych perspektyw. W moim przypadku była to pokusa (nieobca wielu terapeutom rodzinnym w latach dziewięćdziesiątych XX wieku) sprowadzania problemów indywidualnej osoby do zjawisk i procesów rodzinnych. Ten swoisty redukcjonizm groził niedostrzeganiem indywidualnych biologicznych
i psychodynamicznych czynników determinujących, a w każdym razie wpływających
na objawy, problemy czy konflikty osób zgłaszających się po pomoc do gabinetu terapeutycznego. Trudno powiedzieć, czy na wirusa ortodoksji jest narażony bardziej terapeuta początkujący czy pracujący wiele lat w swoim zawodzie. Wydaje się jednak, że są modalności terapeutyczne, które są bardziej zagrożone ortodoksją i takie, które są na doktrynerstwo bardziej odporne.

Środki zaradcze

W moim przypadku do monizmu w psychoterapii skutecznie zniechęciła mnie (oczywiście oprócz wyników badań empirycznych, wskazujących na efektywność psychoterapii
w zależności od wielu czynników, ale nie od wybranej doktryny) epistemologia konstrukcjonizmu społecznego i klimat postmodernistycznego sceptycyzmu wobec wiedzy jakoby pewnej. Nie popadając w ponowoczesny nihilizm można być zwolennikiem „myślenia słabego” (Giorgio Agamben), irrewerencji (Gianfranco Cecchin) czy *not-knowing-stance* (Harlene Anderson), a owa gotowość do „samokwestionowania swoich przekonań” oraz do przyjmowania perspektywy rzeczywistości wielowersyjnej utrzymuje nas w stanie zaciekawienia, które świetnie chroni przed zespołem wypalenia. W efekcie uzyskujemy wewnętrzne (poznawcze i emocjonalne) warunki do nieocennego i życzliwego zaciekawienia Innym. Dodatkową okolicznością chroniącą przed ślepą uliczką namiętnego docierania do „prawdy obiektywnej” jest docenienie roli języka jako „organizatora” rzeczywistości.

Z tej perspektywy wyłania się znaczenie dialogu wewnętrznego terapeuty (użyteczny wielogłos ułatwiający wgląd w problematykę osobistą) oraz dialogu zewnętrznego jako „sztuki dobrej rozmowy”. Ta umiejętność oraz łączenie modalności psychodynamicznej z systemową wydaje się być szczególnie przydatna w terapii par i małżeństw, gdzie istotą procesu terapii
jest przechodzenie z języka walki do języka dialogu.

Podsumowanie

Z badań wynika, że na zespół wypalenia cierpi kilka procent osób będących psychoterapeutami. Być może dlatego ten wskaźnik jest znacząco niższy niż w innych rodzajach zawodów „pomocowych”, że jesteśmy nie tylko świadomi zagrożeń, ale także dysponujemy umiejętnością zapobiegania.

Odrębnym zagadnieniem, chociaż powiązanym z rozważaniami nad zespołem wypalenia,
jest kwestia autoportretu terapeuty, który byłby korzystny z punktu widzenia jego higieny psychicznej, a zarazem dawałby nadzieję na skuteczność prowadzonej psychoterapii. Przekonuje mnie pogląd (poparty wynikami badań empirycznych), że optymalna jest dewiza: „trzeba siebie lubić jako osobę, a wątpić w siebie jako terapeutę”. Wówczas satysfakcja
z pozostawania w pozycji pomocnej intymności stanowi silne antidotum na trudy bycia psychoterapeutą.

Piśmiennictwo:

Chrząstowski Sz., de Barbaro B. (2011): *Postmodernistyczne inspiracje
w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kumar S. (2007): *Burnout in psychiatrists*. World Psychiatry. 6(3): 186–189.

Maslach C., Leiter, M. P. (1997): *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey Bass.

Nissen-Lie H. A., RØnnestad M.H., Monsen J.T. (2014): *The therapist as a professional and as a person: How does the interplay between therapists’ professional and personal functioning affect patient outcome from psychotherapy.*
[Praca przedstawiona na 45 Międzynarodowym Dorocznej Konferencji Society for Psychotherapy Research, Kopenhaga, 25-28 czerwca 2014]

Yalom I.D. (2003): *Dar terapii*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.