

Władysław Sterna<sup>1</sup>

## ZAGROŻENIA ZAWODOWE TERAPEUTÓW

### OCCUPATIONAL HAZARDS FOR THERAPISTS

<sup>1</sup>Prywatny Gabinet Psychiatryczny

**occupational hazards for therapists**  
**loneliness of the therapist**  
**sexual contact with a client**

#### Streszczenie

*Artykuł skupia się na zagrożeniach zawodowych psychoterapeutów, omawiając zarówno nagle sytuacje krytyczne, jak i długoterminowe skutki związane z wykonywaniem zawodu. Temat ten jest mało eksplorowany w literaturze fachowej, szczególnie w języku polskim. Celem artykułu jest omówienie najczęstszych zagrożeń, z którymi mogą się spotkać terapeuci, takich jak: samobójstwo klienta, samobójstwo terapeuty, stalking, przemoc ze strony klienta, relacje seksualne z klientami oraz chroniczne obciążenie zawodowe. Na początku omówiono sytuacje bezpośrednio wpływające na życie zawodowe i osobiste terapeuty. Przykładowo samobójstwo klienta wywołuje silne emocje, takie jak wstyd, poczucie winy i żal, a stalking może prowadzić do fizycznych i emocjonalnych konsekwencji. Przemoc ze strony klientów stanowi realne ryzyko i może zmuszać do podejmowania działań prewencyjnych. Bardzo trudnym i wymagającym uwagi tematem jest potencjalne nawiązanie relacji seksualnych z obecnym klientem. W dalszej części autor koncentruje się na długoterminowych skutkach pracy terapeutycznej, określonych mianem „Wielkiej Czwórki”: wypaleniu zawodowym, zmęczeniu współczuciem, wtórnym stresie traumatycznym oraz traumatyzacji zastępczej. Każde z tych zjawisk charakteryzuje się specyficznymi objawami, wszystkie wpływają na funkcjonowanie terapeuty zarówno w pracy, jak i poza nią. Dodatkowo podkreślono problem samotności, która może wynikać z natury pracy terapeutycznej. Asymetria relacji, w której potrzeby klienta mają pierwszeństwo, może prowadzić do poczucia izolacji. W artykule wskazano na potrzebę dalszych badań i dyskusji nad przedstawionymi zagadnieniami.*

#### Summary

The article focuses on the occupational hazards faced by psychotherapists, discussing both sudden critical situations and the long-term effects associated with the profession. This topic has been little explored in professional literature, especially in Polish. The aim of the article is to discuss the most common risks that therapists may encounter, such as client suicide, therapist suicide, stalking, client violence, sexual relations with clients, and chronic occupational stress. The article begins by discussing situations that directly affect the therapist's professional and personal life. For example, client suicide evokes strong emotions such as shame, guilt, and regret, and stalking can lead to physical and emotional threats. Client violence is a real occupational hazard and may require preventive measures. A very difficult topic that requires attention is the potential risk of engaging in a sexual relationship with a current client. In the rest of the article, the author focuses on the long-term effects of therapeutic

work, referred to as the “Big Four”: burnout, compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization. Each of these phenomena is characterized by specific symptoms, affecting the therapist’s functioning both at work and outside of it. In addition, the problem of professional loneliness, which may result from the nature of therapeutic work, is emphasized. There is asymmetry in the therapeutic relationship, in which the client’s needs take precedence, which can lead to feelings of isolation. The article points to the need for further research and discussion on the issues presented.

## Wstęp

W codziennej, wyczerpującej pracy psychoterapeutów (w dalszej części: terapeutów, bez feminatywów dla prostoty stylu, ale z szacunkiem dla psychoterapeutek) zdarzają się nietypowe sytuacje, które można określić jako zagrażające. Pomimo że bardzo dużo pisze się o tym, jak terapeuci powinni pracować z klientami od strony warsztatowej, brakuje publikacji na temat przygotowania się na zdarzenia zagrażające (a w języku polskim nie ma ich niemal wcale). Niniejszy artykuł ma na celu przybliżenie najczęściej pojawiających się zagrożeń, które mogą mieć wpływ na dalszą karierę zawodową i życie prywatne praktykującego terapeuty. Autor nie jest w stanie przedstawić tematu w sposób wyczerpujący z uwagi na jego rozległość, ale za cenne uznaje wprowadzenie go do przestrzeni debaty fachowej. W ramach niniejszej pracy autor posłużył się klasycznym ujęciem zagrożenia zawodowego [1], w którym wymieniono: samobójstwo klienta, bycie zaatakowanym oraz kontakt seksualny z klientem. Rozszerzył je jednak o następne elementy, wynikające z przeglądu literatury. Omówił najpierw te, które mają najbardziej jawny wpływ na życie terapeuty, jak: samobójstwo klienta, samobójstwo terapeuty, stalking, przemoc ze strony klienta, kontakty seksualne z obecnym klientem. Następnie odniósł się do tych, które mają kumulacyjny i potencjalnie utajony wpływ, jak: wypalenie zawodowe, zmęczenie współczuciem, wtórny stres traumatyczny, traumatyzacja zastępcza czy samotność terapeuty. Z uwagi na obszerność zagadnienia autor nie podjął się stworzenia rekomendacji odnośnie do postępowania, gdyż każdy z podtematów zasługuje na osobne zajęcie się nim.

## Samobójstwo pacjenta

Mało jest rzetelnych badań, które informują o częstości samobójstw wśród klientów, mimo że terapeuci powszechnie obawiają się takiego zdarzenia. Z badań przeprowadzonych w 1984 roku [2] wiadomo, że samobójstwo klienta jest przez terapeutów uznawane za najbardziej stresujący aspekt ich pracy. Odsetek terapeutów, którzy doświadczyli samobójstwa pacjenta, waha się w przedziale 20–50% i tak na przykład z badania z 2001 roku [1] wynika, że 42,7% terapeutów doświadczyło takiego zdarzenia ( $n = 151$ , badanie ilościowe, ankietowe). Nie udało się określić jakichkolwiek zmiennych demograficznych, zawodowych czy osobistych po stronie terapeuty, które pozwoliłyby przewidywać taką możliwość. Po stronie klienta do takiego czynu predysponowały diagnoza schizofrenii oraz zaburzenia osobowości, ale nie ustalono, jaki podtyp zaburzeń przyczyniał się do niego szczególnie.

Po samobójstwie pacjenta terapeuci mogą przeżywać intensywny żal, poczucie winy, gniew, wstyd, zwątpienie w siebie – ale też ulgę. Jest wiele czynników, które decydują

o skali przeżyć terapeuty i ich zabarwieniu emocjonalnym. Kompleksowy przegląd doświadczeń po samobójstwie klienta jest zawarty w publikacji z 2021 roku [3] i nie ma powodu ich tu przytaczać, ale warto uznać potencjalną możliwość wpływu takiego zdarzenia na funkcjonowanie zawodowe i osobiste klinicysty.

### Samobójstwo terapeuty

Intuicyjnie można przypuszczać, że terapeuci – jako osoby mające do czynienia z ludzkimi kryzysami, operujące adekwatnymi narzędziami, mające lepszy wgląd w własne mechanizmy psychiczne – będą rzadziej wybierać taką formę odejścia. Okazuje się jednak, że taka wiedza i umiejętności nie zawsze zapewniają optymalny poziom funkcjonowania życiowego – choć nie umniejsza to zdolności do pomagania innym. Niestety bez odpowiedzi pozostaje pytanie: „dlaczego”, ponieważ zbyt trywialne byłoby stwierdzenie: „dlatego, że również są ludźmi”. Istnieją specyficzne czynniki, które mogą zwiększać ryzyko samobójstw w tej grupie, a także liczne bariery w poszukiwaniu pomocy. Po samobójstwie terapeuty pozostaje wiele opuszczonych osób – w tym rodzina, bliscy, pacjenci oraz koledzy terapeuci – i jest ich z pewnością więcej niż w przypadku śmierci osoby niebędącej terapeutą. Wyczerpujące informacje (na obecny stan wiedzy) zawarte są w artykule z 2022 roku [4]. Należy tylko dodać, że nadal nie pojawiają się żadne nowe, rzetelne badania na ten temat. Podczas pisania niniejszego artykułu autor przeprowadził kwerendę w bardzo popularnej bazie piśmiennictwa APA PsycNet. Wyniki objęły okres 1953–2024. Wyszukując hasła „suicide of a psychotherapist”, otrzymał zwrot 143 rekordów – żaden nie dotyczył samobójstwa terapeuty, a na hasło „psychotherapist suicide” otrzymał 195 rekordów, z których jeden odsyłał do zwierzeń terapeuty związanych ze śmiercią jego kolegi, a drugi dotyczył reakcji pacjentów na samobójstwo terapeuty.

### Stalking

Stalking to natrętne i niechciane zachowania, które jedna osoba narzuca drugiej [5]. Może on przybierać różne formy, jak uporczywa komunikacja (listy, rozmowy telefoniczne, e-maile, SMS-y), obserwowanie, śledzenie, zbliżanie się do danej osoby oraz zamawianie towarów lub anulowanie usług – rzekomo w imieniu ofiary. W podręczniku dla początkujących terapeutów z 2023 roku [6] autorzy piszą, że „prawie jeden na pięciu psychologów zgłosił, że został zaatakowany fizycznie przez co najmniej jednego klienta; ponad 80% zgłosiło, że obawiało się, że klient ich zaatakuje; ponad połowa zgłosiła, że miała fantazję, że klient ich zaatakuje; ponad jeden na czterech wezwał policję lub personel ochrony, a 3% zgłosiło, że zdobyło broń, aby chronić się przed klientem”. Oczywiście należy wziąć poprawkę na warunki amerykańskie, jednak ukazuje to potencjalny rozmiar problemu. Dalej, w rozdziale poświęconym postępowaniu w przypadku zagrożenia lub śledzenia, autorzy udzielają 18 porad odnoszących się do konkretnych zachowań w obliczu wystąpienia ryzyka. W innej publikacji [7] można znaleźć szczegółowe rozważania prawne i etyczne wraz z przykładami oraz rekomendacje dotyczące postępowania w podobnych sprawach.

W jednym z badań poruszających temat stalkingu wobec terapeutów w Wielkiej Brytanii [8] ustalono, że prześladowanie obecnego lub byłego terapeuty dotyczyło 24% z nich, co było ponaddwukrotnością średniej w populacji ogólnej (ze średnią 11,8%) [9]. Analizowane zachowania najczęściej obejmowały wysyłanie licznych e-maili lub SMS-ów, ciche telefonowanie, czekanie przed gabinetem lub podążanie za terapeutą. Pojawiały się także propozycje seksualne, groźby wobec dzieci terapeuty, publiczne awantury lub groźby samookaleczeń, jeśli oczekiwania stalkera nie zostaną spełnione. Autorzy byli przekonani, że podstawowy powód stalkingu stanowiły zaburzenia przywiązania. W związku z tym podzielili nękające osoby na trzy kategorie: 1) klienci o niepewnym stylu przywiązania, którzy nie umieli sobie poradzić z zakończeniem relacji terapeutycznej, co zwykle wiązało się z lękiem przed opuszczeniem albo narcystyczną wściekłością, związaną z uczuciem odrzucenia; 2) klienci, którzy nie byli w stanie oddzielić swoich uczuć seksualnych od ciepła spotkania terapeutycznego, co w sytuacji terapeutycznej prowadziło do przeniesienia erotyzowanego; 3) klienci z zaburzeniami osobowości, którzy wykazywali zaburzenia przywiązania w przeniesieniu. Omówienie wszystkich szczegółów dotyczących powstawania zaburzeń przywiązania, specyficznych objawów, a także ważnych miejsc w terapii zawiera cytowana powyżej publikacja.

### **Przemoc ze strony klienta**

W niektórych sytuacjach, gdy pacjenci zaczynają im grozić, nękać ich, a nawet prześladować, terapeuci mogą się znaleźć w podwójnej pułapce. Standardy prawne i etyczne pozwalają bowiem ujawnić poufne informacje dotyczące potencjalnie niebezpiecznych klientów, ale tylko w wyjątkowych okolicznościach. W rezultacie terapeuci często muszą chronić poufność danych osobowych pacjenta, która im potencjalnie (realnie?) zagraża. Nie ma w publikacjach ujednoliconej definicji tego, co można uznać za przemoc, dlatego raporty w tym zakresie różnią się między sobą. Guy i współpracownicy [10] w badaniu z 1990 roku odkryli, że 40% terapeutów zostało fizycznie zaatakowanych w trakcie swojej kariery, a 49% otrzymywało poważne groźby słowne ( $n = 340$ , badanie ilościowe, ankietowe). W badaniu z 2001 roku [1] 28% terapeutów zgłosiło, że przynajmniej raz zostało zaatakowanych fizycznie przez klienta ( $n = 151$ , badanie ilościowe, ankietowe). Dane z 2015 roku [11] wskazują, że 3 na 4 terapeutów było nękanych; 1 na 5 był zastraszany, a 1 na 7 prześladowany ( $n = 157$ , badanie ilościowe ankietowe). W nowszym badaniu, z 2019 roku [12] (badanie ilościowe, ankietowe), pochodzącym z Europy, przeanalizowano raporty 917 terapeutów dotyczące doświadczenia przemocy. Ponad połowa (51,3%) badanych zgłosiła, że była ofiarą lub świadkiem ataków pacjentów lub groźby przemocy wobec terapeuty. W tej grupie 27,7% zgłosiło utrzymywanie się objawów pourazowych powyżej 4 tygodni, a 2,7% miało pełnoobjawowe PTSD. Przedstawione powyżej wyniki sugerują, że terapeuci powinni być świadomi możliwości pojawienia się przemocy ze strony klienta i że stanowi ona ryzyko zawodowe.

Nie ma jednoznacznych dowodów na to, że cechy osobiste terapeutów miały związek z fizycznymi atakami na nich. Klienci atakujący mieli natomiast wysoki wskaźnik przynajmniej jednego zaburzenia osobowości (60,7%), a na poziomie konkretnej diagnozy:

osobowości borderline (28,6%), paranoicznej (17,9%), narcystycznej (13,4%) i zależnej (13,4%) [13] (n = 157, badanie ilościowe, ankietowe). W konsekwencji terapeuci odczuwali obawy dotyczące: gróźb słownych lub zagrożenia fizycznego (29%), ataku fizycznego na swoich bliskich (17%) i zagrożenia życia (7%) [10] (n = 750, badanie ilościowe ankietowe). Reakcją terapeutów była odmowa leczenia niektórych klientów (50%), rozmowy na temat bezpieczeństwa z bliskimi (30%), instalacja alarmów domowych (13%) lub zakup broni (5%). Skovholt [14] określa taką sytuację jako „uraz pierwotny” – w odróżnieniu od urazów wtórnych, zapośredniczonych od pacjentów, z ich narracji dotyczących traumatycznych wydarzeń. Definiuje ją jako negatywną reakcję ze strony osób, którym próbujemy pomóc i przyznaje, że może być szczególnie bolesna, gdyż uderza w „miękką część” terapeuty i neguje podstawową zawodową potrzebę bycia pomocnym.

### **Kontakty seksualne z obecnym klientem**

Temat kontaktów seksualnych między terapeutą a obecnym klientem jest na tyle ważny, że wymagały poświęcenia mu przynajmniej kilku publikacji, a nie jest to głównym celem niniejszej. Takie kontakty były istotnym obszarem zainteresowania badawczego w latach 90., jednak obecnie bardzo trudno jest znaleźć jakiekolwiek bieżące publikacje na ten temat. Z tego powodu autor zmuszony jest posłużyć się przestarzałymi, ale dostępnymi badaniami. W piśmiennictwie polskojęzycznym temat ten w ogóle nie istnieje. Należy w tym miejscu wyraźnie i zdecydowanie odróżnić doświadczanie pociągu seksualnego do klienta od nawiązywania intymności z nim. Wstępnie również trzeba zaznaczyć, że jak wynika z badań [15], terapeuci nie różnią się w ogólnym pozytywnym nastawieniu do seksualności od przedstawicieli innych profesji.

Terapia zapewnia ogromną przestrzeń, w której można eksplorować emocje, myśli, tożsamość i doświadczenia, a relacja terapeutyczna jest jednym z najsilniejszych pozytywnych predyktorów wyników tego procesu [16]. Jednak gdy od bliskiego, empatycznego połączenia w komunikacji terapia przechodzi do kontaktu seksualnego, złamane zostają podstawowe zasady etyczne. Występowanie napięcia seksualnego po obu stronach diady terapeutycznej jest powszechne, jednak ujawnienie istnienia tego zjawiska staje się powodem wstydu zarówno u klienta, jak i u terapeuty [17]. Z drugiej strony mówienie o odczuciach seksualnych wobec klientów w gronie terapeutów nadal jest trudne, a mogłoby pomóc w rozpoznaniu, uznaniu, zaakceptowaniu i dobrym radzeniu sobie z nimi. Z badań [18] wynika, że tym, co utrudnia takie rozmowy, jest brak komfortu oraz bezpiecznego środowiska. Nawet jeśli już dochodzi do takiej dyskusji, głębsze uczucia seksualne maskowane są przez bardziej akceptowalną narrację dotyczącą „intymnych odczuć”.

W ogólnokrajowym badaniu z 1977 roku [19], opartym na dużej próbie 703 terapeutów (badanie ilościowe, ankietowe), stwierdzono, że 12,1% terapeutów płci męskiej i 2,6% terapeutek miało kontakt seksualny z klientem w trakcie trwania lub do trzech miesięcy po ukończeniu terapii. Badanie obejmowało terapeutów różnych modalności: psychodynamicznych (185), behawioralnych (45), humanistycznych (48), poznawczych (29) oraz określonych jako eklektyczne (342). Wynika z niego, że częstość takich zdarzeń nie różni się w poszczególnych grupach terapeutów (autorzy wskazują też, że w innych badaniach

w podobnym odsetku dotyczyło to lekarzy). W dyskusji na temat wiarygodności wyników badanie to ocenia się jako wiarygodne, ponieważ: 1) procent zwróconych ankiet wynosił stosunkowo dużo, bo 70%, co czyni próbę wiarygodną; 2) trudno przypuszczać, aby osoby badane deklarowały nadmierną ilość kontaktów; 3) metoda badania była samoopisowa – to wszystko sprawia, że wyniki mogą być raczej niedoszacowane. Kontekstowo należy zauważyć, że obydwa APA (American Psychological Association oraz American Psychiatric Association) w tamtym czasie wyraźnie zakazywały tego typu kontaktów.

W 1995 roku badacze z Izraela [20] porównali wiele zmiennych w grupie 535 psychologów i lekarzy. W ankietach samoopisowych 3,4% psychologów i 14,5% lekarzy potwierdziło zachowania seksualne wobec klientów/pacjentów. W publikacji z 2001 roku Pope [21] podaje, że gdy badania pochodzące z USA zostaną połączone, okazuje się, że 4,4% terapeutów (7% terapeutów płci męskiej i 1,5% terapeutów płci żeńskiej) miało kontakt seksualny z obecnym klientem. Autor tego rozdziału w książce nie opisuje metodologii łączenia tych badań, dlatego trudno się odnieść do ich poprawności. Bardzo bogata w ustalenia empiryczne jest praca Halter, Brown i Stone z 2007 roku [22], w której dokonano przeglądu badań empirycznych tego zjawiska. Okazuje się, że mimo odmiennych kontekstów kulturowych w różnych krajach, częstotliwość takich zdarzeń oraz ich charakter są bardzo podobne [23].

Mimo najlepszych wysiłków autora nie udało się odnaleźć nowszych danych statystycznych, a publikacja Celenzy z 2007 roku [24] powtarza te, które zostały już przedstawione. W publikacji z 2021 roku autorzy wprost piszą, że literatura dotycząca kontaktów seksualnych z klientami pochodzi głównie sprzed 2000 roku, a nowsze dane obejmują jedynie lekarzy [25]. Jedyne nowsze dane, jakie udało się autorowi pozyskać na temat relacji seksualnych terapeutów z klientami, pochodzą z badania z 2022 roku [26] ( $n = 786$ , badanie ilościowe, ankietowe), według którego 3% terapeutów nawiązało relację seksualną z obecnym i/lub byłym klientem. Wadą tego badania jest to, że dotyczyło ograniczonej populacji terapeutów w Belgii (a właściwie we Flandrii); nie dokonano rozróżnienia na obecnych i byłych klientów, co jest w tym kontekście ważne.

Alternatywnym sposobem ustalania częstości relacji intymnych między terapeutami a ich klientami jest badanie informacji pochodzących od terapeutów na temat zgłaszalności takich zdarzeń przez klientów. Bouhoutsos w 1983 roku [27] odnotował, że 45% terapeutów miało kontakt z klientami, którzy doświadczyli intymności z poprzednim terapeutą ( $n$  terapeutów = 704, badanie ilościowe, ankietowe). W tej grupie 57% dotyczyło jednego przypadku, 22% dwóch, 12,7% trzech, a 9% czterech lub więcej. Pope i Vetter w 1991 roku [28] stwierdzili, że 50% ich klientów miało doświadczenie intymności z poprzednim terapeutą. Izraelscy badacze [23] w 2006 roku ( $n = 647$ , badanie ilościowe, ankietowe) podjęli ambitne zadanie i wysłali ankiety do wszystkich zarejestrowanych członków towarzystw psychiatrycznego i psychologicznego oraz stowarzyszenia terapeutów, którzy są w Izraelu pracownikami socjalnymi. Uzyskali ankiety od 918 respondentów, w tym: psychologów (57%), psychiatrów (36%) i pracowników socjalnych (7%). Badani zgłosili leczenie 372 klientów, którzy ujawnili doświadczenia seksualne z poprzednim terapeutą, co oznacza, że 29% badanych zgłosiło ten fakt. Zaletą tego badania było to, że analizie poddano wyłącznie sytuacje, w których respondent był pierwszym terapeutą klienta po tym, z którym połączyła go relacja seksualna. Wadę stanowił fakt, że nie rozdzielono grup

zawodowych – profesji terapeuty dokonującego przekroczenia i raportującego leczenie pacjentów z takimi doświadczeniami. Oczywiście za pomocą raportów od terapeutów uzyskanych dzięki tej metodzie nie można ustalić, jaki odsetek specjalistów przekracza granice seksualne z obecnymi klientami. Wskazują one jednak na wysokie prawdopodobieństwo, że w karierze zawodowej psychoterapeuta będzie miał kontakt z osobą, która zgłosi relacje seksualne z jego poprzednikiem.

Naruszanie granic niezwiązanych z seksualnością jest częstsze niż niewłaściwe zachowania o charakterze seksualnym, a seks między terapeutą i pacjentem może być także skutkiem naruszenia granic nieseksualnych. Jest to „równia pochyła”, na której naruszenia granic zaczynające się jako nieistotne i niewywierające negatywnego wpływu na terapię przeradzają się w poważne i niszczące ją. Znaczna szkoda dla klienta i dla procesu terapii zachodzi także wówczas, gdy kumulują się naruszenia granic, które nie mają charakteru seksualnego [29].

Bardzo trudno jest znaleźć grupę odniesienia dla terapeutów utrzymujących relacje seksualne z obecnymi pacjentami i nie jest też intencją autora racjonalizowanie takich działań. Jednak w ocenie autora najbliżsi tej grupie mogliby być księża, a to z uwagi na charakter doświadczeń relacyjnych z ich „klientami”. Richard Sipe, ekspert do spraw celibatu i psychoterapeuta tysięcy duchownych, w swoim czasie oszacował [30], że 50% ankietowanych faktycznie porzuciło już przekonanie, że „czystość” (celibat – przyp. autora) jest niezbędna i znormalizowała wynikające z tej zmiany działania. W raporcie John Jay College of Criminal Justice for the U.S. Conference of Catholic Bishops [31] z kolei powołano się na takie dane: „Haywood i Green dokonali przeglądu literatury dotyczącej rozpowszechnienia, charakterystyki przestępstw/ofiary oraz oceny seryjnych przestępców duchownych. W zależności od badania, wskaźniki rozpowszechnienia wahały się od 2% do 6% (duchowni pedofile i efebofile), od 20% do 40% (niewłaściwe zachowanie seksualne z dorosłymi). Z tej grupy 56% molestowało jedną osobę; 27% dwie lub trzy; 14% cztery do dziewięciu, a 3,4% ponad dziesięć”. Temat nadużyć seksualnych ze strony duchowieństwa nie jest jednak przedmiotem zainteresowania autora tego artykułu, a więcej informacji można znaleźć między innymi w dwóch publikacjach Wegera z 2022 roku [32, 33].

Można również próbować porównać częstość występowania takich zachowań u lekarzy. W publikacji z 2007 roku [22] podano, że 38–52% pracowników służby zdrowia przyznaje, że zna swoich kolegów, którzy mieli kontakty seksualne z pacjentami. Z badania tego wynika również, że tylko 22–26% pacjentów doświadczających kontaktów seksualnych z pracownikiem służby zdrowia zgłasza innemu profesjonalście, że w trakcie poprzedniej terapii miało takie kontakty. Ograniczeniem badania jest brak rozróżnienia profesji pracowników służby zdrowia. W publikacji z 2009 roku [34] porównano częstotliwość tego typu zdarzeń na podstawie danych pochodzących z komisji dyscyplinarnych oraz z ankiet samoopisowych odesłanych przez lekarzy. Okazało się, że lekarze opisują takie zachowania w ankietach 10 razy częściej, niż wynika to z ilości spraw dyscyplinarnych. Badanie przeprowadzone w 2020 roku w Niemczech [35] dotyczące niewłaściwych kontaktów seksualnych pracowników służby zdrowia z pacjentami ( $n = 2503$ , badanie ilościowe, ankietowe) wskazało, że zgłosiło je 2,2% kobiet i 0,8% mężczyzn; 1/3 tych kontaktów miała miejsce przed 18. rokiem życia, również 1/3 – wbrew woli pacjenta. Należy zwrócić uwagę, że raporty te pochodziły od samych pacjentów, a nie od profesjonalistów.

Istnienie intymnych kontaktów między terapeutami a klientami stwarza problemy w czterech obszarach:

1. etycznym – ponieważ terapeuta narusza kodeks etyczny i utrudnia sobie świadczenie pomocy;
2. moralnym – w swojej roli zawodowej terapeuta wprowadza dodatkowe konflikty dla siebie w i tak już skomplikowanej sytuacji;
3. zawodowym – dla całej grupy zawodowej, ponieważ takie zachowanie może popsuć wizerunek i reputację, co ogranicza psychoterapeutom możliwości świadczenia pomocy;
4. teoretycznym – takie zażyłości negatywnie wpływają na przebieg terapii – inaczej postrzegał to jedynie McCartney [36], którego teoria obecnie znajduje się już w niebycie fachowym.

Autor dokonał przeglądu obowiązujących kodeksów etycznych towarzystw i stowarzyszeń psychoterapeutów funkcjonujących w Polsce. Wszystkie zawierają jednoznaczne informacje, że relacje seksualne między terapeutą a obecnym klientem są zakazane. Tak samo stanowią kodeksy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego i Psychiatrycznego.

### **„Wielka Czwórka”**

W publikacji Hersha z 2022 roku [37] wydanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, a dotyczącej rozwoju zawodowego psychoterapeutów, takie zjawiska, jak wypalenie zawodowe, zmęczenie współczuciem, wtórny stres traumatyczny oraz traumatyzację zastępczą określono mianem „Wielkiej Czwórki”. Są to kumulatywne i ciągłe ewoluujące doświadczenia, które z uwagi na specyfikę zawodu tworzą zarówno unikalne źródła, jak i skutki stresu. Te zagrożenia zawodowe wymieniane są najczęściej razem i mają ze sobą wiele wspólnego, bywają nawet używane zamiennie – należy je jednak uznać za odrębne zjawiska. Nie stanowią one kategorii diagnostycznych, nie są też równoznaczne z doświadczeniem depresji, lęku czy codziennego stresu. Towarzyszą im unikalne zestawy okoliczności terapeutycznych, zawodowych i osobistych. To, co reprezentuje „Wielka Czwórka”, może się zdarzyć bardzo wykwalifikowanym, pracowitym, oddanym i dobrze nastawionym do swojej pracy terapeutom, którzy:

1. stają się emocjonalnie wyczerpani, odizolowani od innych i z czasem odczuwają zmniejszone poczucie spełnienia z powodu braku równowagi lub niedopasowania między wymaganiami w miejscu pracy a własnymi zasobami (tj. wypalenie zawodowe);
2. stają się bardziej negatywni, cyniczni, zestresowani i pobudzeni z powodu powtarzającego się zalewu empatii oraz rozpuszczania granic interpersonalnych w obliczu głębokiego cierpienia klientów (tj. zmęczenie współczuciem);
3. doświadczają własnych objawów traumy w wyniku narażenia na kontakt z klientami i ich traumatycznym materiałem (tj. wtórny stres pourazowy);
4. przyjmują mentalny model świata, który odzwierciedla cierpienie, traumę lub bez nadzieję klientów (tj. traumatyzacja zastępcza).

### Wypalenie zawodowe

Na temat wypalenia zawodowego (ang. *professional burnout*, PB) istnieje bardzo bogata literatura i nie ma szczególnego powodu jej tu przytaczać. Najczęściej używaną w piśmiennictwie definicją [38] jest określenie, iż wypalenie zawodowe to syndrom psychologiczny pojawiający się jako przedłużona reakcja na przewlekłe stresory interpersonalne w pracy. Trzy kluczowe wymiary tej reakcji to: 1) przetłaczające wyczerpanie, 2) poczucie cynizmu i oderwania od pracy oraz 3) poczucie nieskuteczności i braku osiągnięć. W literaturze psychoterapia jest uznawana za stresujące zajęcie, a terapeuci narażeni są na wypalenie zawodowe [39]. Przegląd 40 badań [40] wykorzystujących różne narzędzia pomiarowe wykazał, że średni poziom wypalenia zawodowego psychologów wynosi 55% ( $n = 8808$ ). Wadą tego badania jest brak rozróżnienia między specjalnościami psychologów, a więc znaleźli się w nim nie tylko psychoterapeuci, ale też psycholodzy penitencjarni czy sportu.

Większość badań dotyczących wypalenia zawodowego ma charakter ilościowy. Autor pragnie natomiast wskazać trzy główne wątki z jednej z analiz jakościowych [41], ponieważ dobrze ilustruje ona to zjawisko. Badanie to identyfikuje trzy tematy: 1) kryzys tożsamości zawodowej, 2) ucieleśnienie wypalenia zawodowego, 3) proces przywracania równowagi.

1. **Kryzys tożsamości zawodowej:** „może po prostu nie mam tego, czego potrzeba?”. Temat ten pokazuje doświadczenie erozji tożsamości zawodowej oraz poczucie wypalenia zawodowego, które powodują zakwestionowanie swoich kompetencji oraz zdolności do wykonywania pracy. Tak jakby własny wizerunek terapeuty rozpadał się. Towarzyszy temu głębokie poczucie nieadekwatności, wstyd, samokrytyka i poczucie bycia oszustem. Wewnętrzny, surowo-krytyczny dialog wpływa na samoocenę uczciwości terapeutów. Dążąc do bycia postrzeganymi jako „wystarczająco dobrzy”, terapeuci wycofywali się z relacji i zatajali takie doświadczenia, obawiając się „zdemaskowania” czy uznania ich za niezdolnych do wykonywania zawodu. Wielu uczestników mierzyło się ze wstydem. Badani zgłaszali zinternalizowane standardy, zgodnie z którymi dobrzy terapeuci powinni być „odporni na wrażliwość”, zawsze dostępni, energiczni i entuzjastycznie nastawieni do pracy, nieskończenie empatyczni, ze stoickim podejściem do intensywnych stresorów, które mogą być nieodłącznie związane z pracą.
2. **Ucieleśnienie wypalenia:** „ciągle bieganie na czerwono” (sygnalizujące rozładowanie baterii w telefonie – przyp. autora). Mimo narastającego wyczerpania, uczestnicy badania mówili o „przepychaniu się” i „włączaniu”, aż objawy fizyczne stawały się nie do zignorowania. Doświadczali fizycznego zmęczenia, braku energii, pogorszenia snu. Nazywali ten stan „ucieleśnionym ciężarem”, który nosili w sobie. Nie mając świadomości wypalenia, czuli, że powinni przełamać dyskomfort, aby zaspokoić potrzeby klientów – co było zgodne z ich ideałem, jaki powinien być dobry terapeuta. Mówili jednocześnie o poczuciu winy z powodu zmiany terminu sesji lub uldze, gdy klient odwoływał wizytę – mogli wtedy odpocząć bez wstydu związanego z zabieganiem o odpoczynek. Fizyczne objawy wypalenia obejmowały niespecyficzne dolegliwości fizyczne, jak różnego rodzaju bóle, problemy z nerkami czy plecami albo częste drobne infekcje. Były one źle nakierowanym sygnałem do poszukiwania medycznej pomocy, choć zmuszały paradoksalnie do czasowego odpoczynku. Wyczerpanie sprawiało, że życie zawodowe stawało się czymś, co trzeba raczej znosić, niż się nim cieszyć.

3. **Proces równoważenia:** „bycie prawdziwym”. Badani terapeuci przeżyli wypalenie zawodowe i nadal praktykują. Swoje doświadczenie opisywali jako proces przywracania równowagi – a nie wychodzenie z wypalenia. Pomocna była normalizacja tego stanu, uznanie go i zajęcie się realnością przez wprowadzanie praktycznych zmian. Droga ta była zróżnicowana i dość osobista. Poprawa prowadziła przez wsparcie rówieśnicze, rozeznanie w wyborze klientów, regularne przerwy, autentyczność i normalizację wrażliwości. Wiele osób mówiło o zmianie wewnętrznego dialogu – na bardziej współczujący. Superwizja nie zawsze była skuteczna, gdyż badani nieraz ukrywali swoje doświadczenie, postrzegając w idealistyczny sposób swoich superwizorów jako „świątecznych, fantastycznych”. Większość uczestników stwierdziła też, że nie rozmawiała o wypaleniu na szkoleniach psychoterapeutycznych.

Obszerne informacje na temat wypalenia zawodowego, jego wpływu na życie zawodowe i osobiste oraz propozycje dotyczące zapobiegania zawiera między innymi artykuł z 2019 roku [38].

### Zmęczenie współczuciem

Pierwszy raz termin zmęczenie współczuciem (ang. *compassion fatigue*, CF) został użyty przez Joinsona w 1992 roku [42] i odnosił się do „zmniejszonej zdolności odczuwania współczucia dla tych, którym służymy i którymi się opiekujemy”. Jednym z wytłumaczeń tego zjawiska może być to, że pojawia się ono w wyniku „pochłaniania” dużego cierpienia i niepokoju od innych. Hersh [37] określa to jako paradoks zmęczenia współczuciem – gdyż „sama natura naszej pracy może wytworzyć antytezę natury naszej pracy”. Zmęczenie współczuciem różni się od wypalenia zawodowego tym, że dotyczy wymiany emocjonalnej z klientami w kontekście ich doświadczeń. Problemem nie jest empatia, ale to, co się dzieje z terapeutą, gdy czuje głębokie cierpienie i dzieli z klientem traumatyczne narracje dotyczące jego przeszłości. Przeżywanie uczuć klientów i „wchłanianie ich”, zamiast bycia świadkiem, może prowadzić do nadmiernej identyfikacji. Po ekspozycji na traumatyczny materiał klienta, terapeuta ma do wyboru kilka ścieżek:

- może nadal doświadczać empatii, bez konieczności odczuwania niepokoju;
- może żywić współczucie dla klienta, rozumiejąc, przez co przechodzi, bez konieczności angażowania się tak mocno;
- może doświadczać i okazywać współczucie, pragnąc ulżyć klientowi w cierpieniu;
- może doświadczyć empatycznego przytłoczenia i osobistego cierpienia – czyli zmęczenia współczuciem.

Zmęczenie współczuciem wynika nie tylko z interakcji między terapeutą a klientem, ale też wiąże się z osobistą historią terapeuty, jego wrażliwością sensoryczną, poczuciem odpowiedzialności i potrzebą sprawiedliwości oraz głębią zanurzania się w cierpieniu klientów. Znaczenie ma również siła pragnienia pozytywnych rezultatów. Tym, co przeciwdziała temu zjawisku jest inteligencja emocjonalna, umiejętność zarządzania emocjami oraz adaptacyjne style radzenia sobie.

### Wtórny stres traumatyczny

Bycie świadkiem traumatycznego wydarzenia jest czynnikiem rozwoju PTSD. Praca z klientami, którzy doświadczyli traumy, niesie ryzyko pojawienia się u terapeuty objawów wtórnego stresu traumatycznego (ang. *secondary traumatic stress*, STS). Jego najczęstszym objawem są natrętne myśli o kliencie i jego traumie. Terapeuta może odczuwać materiał traumatyczny klienta w postaci wtargnięcia, unikania, zmian nastroju i poznawczych oraz zmian pobudzenia i aktywności [43]. Jeśli terapeuta sam doświadczył traumy, może łatwiej „wchłaniać” traumatyczny materiał klienta. Strumień pobudzenia klienta może być zakłócany pobudzeniem terapeuty, który w ten sposób staje się bardziej podatny na objawy.

### Trauma zastępcza

Na skutek dłuższej pracy z osobami, które doświadczyły traumy, u terapeuty mogą pojawić się zmiany dotyczące stopniowego zaburzenia poczucia siebie, innych i świata. Zmiany te zachodzą w schematach bezpieczeństwa, intymności, szacunku oraz kontroli. Terapeuta, jak wszyscy ludzie, usiłuje nadać sens i znaczenie sytuacjom z przeszłości, teraźniejszości oraz przyszłości, co może być zniekształcone przez ekspozycję na traumatyczny materiał wnoszony przez klientów. Szczegółowo zjawisko traumy zastępczej (ang. *vicarious trauma*, VT) zostało już opisane przez autora w jednej z poprzednich publikacji [44].

### Samotność terapeuty

Jedna z definicji samotności mówi o rozbieżności między preferowanymi a rzeczywistymi relacjami społecznymi. Ta rozbieżność prowadzi do negatywnych doświadczeń i/lub niepokoju związanego z poczuciem izolacji społecznej, nawet gdy jest się w gronie rodziny lub przyjaciół [45]. Co ważne, poczucie osamotnienia niekoniecznie oznacza bycie samotnym, a bycie samotnym niekoniecznie oznacza poczucie osamotnienia.

Pewnym zaskoczeniem może być fakt, że terapeuci nieraz również czują się samotni – przecież ciągle przebywają z ludźmi. Jednak, co oczywiste, w relacji terapeutycznej nie chodzi o zaspokojenie jakichkolwiek potrzeb terapeuty. W takim znaczeniu jest to relacja jednostronna/skośna i samotna. Temat samotności terapeuty bardzo rzadko poruszany jest w literaturze fachowej. Autor odnalazł jedynie kilka odnoszących się do niego publikacji. Zajmują się one tylko częściowo specyfiką doświadczeń terapeuty, jak na przykład publikacja Yuvala i innych z 2001 roku [46] dotycząca samotności pracy w publicznej poradni. Paradoksalnie częściej sami terapeuci piszą o niej na swoich stronach internetowych. Na jednej z nich [47] bardzo trafnie wymieniono pięć obszarów samotności terapeuty, na kolejnej znalazło się zaproszenie do korzystania z pomocy koleżeńskiej [48], na jeszcze innej [49] udzielane są porady, jak sobie radzić z takimi uczuciami. Korzystając z tych źródeł, ale również odnosząc się do osobistych doświadczeń, autor dostrzega kilka zasadniczych obszarów samotności terapeuty:

1. **Samotność w prywatnej praktyce.** Wielu terapeutów decyduje się na prowadzenie prywatnej praktyki. Zaletą takiego rozwiązania jest możliwość pracy wyłącznie dla

siebie, zarządzania swoim harmonogramem i niezależność. Pojawienie się samotności z pewnością nie jest przewidywane we wczesnej fazie tworzenia praktyki. Ta forma pracy utrudnia jednak pielęgnowanie więzi i poczucia przynależności zawodowej. W praktyce prywatnej brakuje informacji zwrotnych czy wskazówek, które mogą łagodzić naturalny niepokój związany z podejmowaniem decyzji. Tego typu działalność jest zazwyczaj bardziej „skondensowana” i nie ma tylu przerw, jak w przypadku pracy grupowej.

2. **Okoliczności pracy.** Z wyjątkiem terapii grupowej, w czasie pracy terapeuta jest sam ze sobą, nieustannie siebie monitorując. Nawet gdy pracuje w zespole i ma możliwość konsultacji czy szybkiej superwizji, to w gabinecie z pacjentem nadal jest sam. Stanowi to niewątpliwie obciążenie, z którym musi sobie radzić. Samotność terapeuty może być związana ze sposobem odbierania go przez pacjenta, który czasem traktuje terapeutę jakby nie istniał (jako realna osoba), postrzega go jako obiekt zaspokajania swoich potrzeb, zazdrości jego zdolności lub neguje postęp terapeutyczny [50]. Pewną ironią zawodu jest to, że gdy sesje z klientami są często wypełnione intensywnym ładunkiem emocjonalnym i bliskością, po wyjściu klienta z pokoju terapeuta zostaje z nimi sam.
3. **Samotność w relacji terapeutycznej.** Pojawia się w odpowiedzi na psychopatologię pacjenta: pacjent narcystyczny może wzbudzić w terapeutę poczucie utraty zdolności terapeutycznych, pacjent schizoidalny – wywołać pustkę, utratę sensu życia lub nadziei, ale także myśl, że jest jedyną osobą, która troszczy się o pacjenta. W obecności pacjenta z pogranicza terapeuta może czuć, że stracił tożsamość i nie jest sobą lub nadal „torturuje” pacjenta strukturą i ograniczeniami kontekstu terapeutycznego [51]. W takim znaczeniu na drodze do kontaktu stoi psychopatologia pacjenta. Podejmując niecierpliwe lub mało realistyczne wyzwanie szybkiej redukcji objawów, terapeuta może dystansować się wobec pacjenta, czując się samotnym, bezradnym, a być może nawet niegodnym. Z pacjentem lub bez, terapeuta musi również stawić czoła swojemu przeciwp przeniesieniu i nieustannie nad nim pracować.
4. **Obecność „gangu pod kanapą”.** Paradoxem samotności terapeuty jest to, że jego relacji z pacjentem towarzyszy – choć nie bezpośrednio – wiele osób, co Redl trafnie nazwał „ganiem pod kanapą” [52]. W ten sposób bywa obecna na przykład grupa rówieśnicza u nastolatków (rzeczywista lub wyobrażona) albo cała rodzina. Z tego powodu terapeuta może czuć się bezradny i osamotniony wobec niewidzialnego „tłoku”, nie mogąc otworzyć drogi do spotkania z prawdziwym „ja” drugiej osoby.
5. **Samotność w kontakcie z dzieckiem.** Terapeuta dziecięcy może doświadczać samotności w szczególny sposób. Wśród przyczyn można wymienić konieczność zawarcia sojuszu z dzieckiem przeciwko jego rodzinie i radzenia sobie z ingerencją rodziny w jego pracę, a także samą naturę pracy z dzieckiem oraz próbę „chronienia dziecka w sobie” – co jest jednym z powodów wyboru pracy jako terapeuta dziecięcy [51].
6. **Obciążenie emocjonalne.** Terapeuta nie może opowiedzieć bliskim, „co w pracy”, a superwizja nie odbywa się przecież codziennie. Chociaż mógłby być zrozumiany merytorycznie i emocjonalnie przez innego terapeutę, jest to trudne, jeśli szanuje się prywatny czas i przestrzeń kolegi czy koleżanki. Każdy przecież chce nabrać sił, choćby przed powrotem do domu – a nie skupiać się na kimś po fachu. Kontenerowanie do-

świadczenia do czasu dogodnej sposobności, powoduje jego rozmycie i „nadpisanie” przez nowe doświadczenia.

7. **Dobór grona towarzyskiego.** Z powodu intensywnej bliskości doświadczanej w relacjach z klientami oraz przez wzgląd na kaliber problemów, z jakimi się spotykają, wielu terapeutów staje się niechętnymi do zwykłych towarzyskich kontaktów, które wydają im się powierzchowne i jałowe lub wręcz banalne. Taki kontakt bywa odbierany nawet jako męczący. Terapeuci tłumaczą to sobie jako poszukiwanie „dobrych” i „głębokich” relacji – jednak na ile jest to niezdolność do pozostawiania w „zwykłych relacjach”? Profesjonalna umiejętność słuchania (której nie można wyłączyć) automatycznie uruchamia u wielu ludzi możliwość zaspokojenia głodu „bycia wysłuchanym”, a terapeuta musi aktywnie zabiegać o uwagę (z jaką skutecznością?). Często ostatnim, na co może liczyć, jest to, że ktoś go wysłucha i zainteresuje się jego przeżyciami oraz poglądami. Zdarza się, że gdy w zanonimizowany sposób próbuje opowiadać o swoich doświadczeniach zawodowych, rozmówcy automatycznie utożsamiają się z klientami, „opuszczając” osobiście terapeuta. Samotności może także sprzyjać nastawienie innych osób do zawodu – terapeutom przypisują one zdolność „czytania w myślach” lub obawiają się kontaktu z cudzym cierpieniem.
8. **Trudne granice między pracą a odpoczynkiem.** Wiele terapeutów heroicznie walczy o wolny czas dla siebie, aby móc się „wyregulować”. Jednak i tak w gronie bliskich czy znajomych zawsze znajdzie się ktoś, kto będzie chciał się skonsultować lub porozmawiać o swoich sprawach, wiedząc, że rozmawia z terapeutą. Gdy terapeuta stawia granice, jest odbierany jako nieżyczliwy lub nawet nieprofesjonalny, co bywa bolesne. To trochę podobne do doświadczenia lekarza, któremu w restauracji były pacjent chce pokazać operowane kolano.
9. **Zasady etyczne.** Sugerują, aby w miarę możliwości unikać prywatnych kontaktów z byłymi i obecnymi pacjentami. Z pewnością jest to możliwe w dużych aglomeracjach, ale w mniejszych miejscowościach relacje wielorakie są nieuniknione i niekomfortowe. Co może zrobić terapeuta, gdy na przykład do trójki klasowej zostanie wybrany razem z pacjentem? Lub gdy, zaproszony na spotkanie u przyjaciół, dostrzega osobę, którą zna z relacji profesjonalnych? Uważność etyczna nie może zniknąć po pracy gabinetowej.

Przedstawiając powyższe informacje, autor ma bolesną świadomość, że nie wyczerpał tematu. Każde z przedstawionych zagrożeń powinno zostać bardziej szczegółowo rozwinięte w przyszłości. Konieczne jest również wypracowanie rekomendacji odnośnie do postępowania wobec nich i zapobiegania im. Z pewnością istnieją też inne zagrożenia, które nie znalazły miejsca w tej publikacji – jak choćby to, w jaki sposób początkujący terapeuci przeżywają „znikających” pacjentów. Autor ma jednak nadzieję na podjęcie dyskursu o istnieniu realnych zagrożeń związanych z fantastycznym zawodem, który może pozwolić na znormalizowanie doświadczeń wielu praktyków. Niezbędne jest podjęcie badań, których na razie nie ma w warunkach polskich.

### Piśmiennictwo

1. Harris AHS. Incidence of critical events in professional practice: a statewide survey of psychotherapy providers. *Psychol Rep.* 2001; 88: 387–397.
2. Deutsch C. Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Prof Psychol Res Pract.* 1984; 15: 833–845.
3. Sterna A, Sterna W. Niewidzialne cierpienie – wpływ samobójstwa pacjenta na osoby leczące. *Psychiatria.* 2021; 18(4): 324–332.
4. Sterna W. Samobójstwo wśród psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów. *Psychoterapia.* 2022; 3(202): 57–68.
5. Pathé M, Mullen PE. The impact of stalkers on their victims. *Br J Psychiatry.* 1997; 170: 12–17.
6. Adames HY, Chavez-Dueñas NY, Vasquez MJT, Pope KS. Succeeding as a therapist: How to create a thriving practice in a changing world. American Psychological Association 2023. <https://www.apa.org/pubs/books/succeeding-as-a-therapist> [dostęp: 04.01.2025].
7. Erickson Cornish JA, Smith RD, Holmberg JR, Dunn TM, Siderius LL. Psychotherapists in danger: The ethics of responding to client threats, stalking, and harassment. *Psychotherapy.* 2019; 56(4): 441–448.
8. Hudson-Allez G. The stalking of psychotherapists by current or former clients: beware of the insecurely attached! *Psychodyn Pract.* 2006; 12(3): 249–260.
9. Hudson-Allez G. The prevalence of stalking of psychological therapists working in primary care by current or former clients. *Couns Psychother Res.* 2002; 2: 139–146.
10. Guy J, Brown K, Poestra P. Who gets attacked? A national survey of patient violence directed at psychologists in clinical practice. *Prof Psychol Res Pract.* 1990; 21: 493–495.
11. Kivisto AJ, Berman A, Watson M, Gruber D, Paul H. North American psychologists' experiences of stalking, threatening and harassing behavior; a survey of ABPP diplomates. *Prof Psychol Res Pract.* 2015; 46(4): 277–286.
12. Daniels JK, Anadria D. Experiencing and Witnessing Patient Violence – an Occupational Risk for Outpatient Therapists? *Psychiatr Q.* 2019; 90(3): 533–541.
13. Kivisto AJ, Berman A, Watson M, Gruber D, Paul H. North American psychologists' experiences of stalking, threatening and harassing behavior; a survey of ABPP diplomates. *Prof Psychol Res Pract.* 2015; 46(4): 277–286.
14. Skovholt TM, Sung-Kyung Y. Hazards of practice in helping professions. [https://s-space.snu.ac.kr/bitstream/10371/70575/1/vol9\\_3.pdf](https://s-space.snu.ac.kr/bitstream/10371/70575/1/vol9_3.pdf) [dostęp: 04.01.2025].
15. Roche TS Jr. The sexual attitudes of psychotherapists. <https://www.proquest.com/openview/972320b15dcc2e13a6fa7bad092f296d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y> [dostęp: 04.01.2025].
16. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy.* 2018; 55(4): 303–315.
17. Pope KS, Tabachnick BG. Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey on therapists' responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Prof Psychol Res Pract.* 1993; 24(2): 142–152.
18. Vesentini L, Van Puyenbroeck H, De Wachter D, Matthys F, Bilsen J. Sexual Feelings Toward Clients in the Psychotherapeutic Relationship: The Taboo Revealed. *Qual Health Res.* 2021; 31(5): 999–1011.
19. Holroyd J, Brodsky A. Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and non-erotic contact with clients. *Am Psychol.* 1977; 32: 843–849.

20. Shimshon S, Dror RO. Professional ethics of psychologists and physicians: mortality, confidentiality and sexuality in Israel. *Ethics Behav.* 1996; 5: 213–238.
21. Pope KS. Sex between therapists and clients. W: *Encyclopedia of women and gender: sex similarities and differences and the impact of society on gender.* Academic Press 2001; 955–962.
22. Halter M, Brown H, Stone J. Sexual boundary violations by health professional – an overview of the published empirical literature. [https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/research-paper/sexual-boundary-violations-2007.pdf?sfvrsn=79c47f20\\_6](https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/research-paper/sexual-boundary-violations-2007.pdf?sfvrsn=79c47f20_6) [dostęp: 04.01.2025].
23. Aviv A, Shelef A, Speiser N, Elizur A. Therapist-patient sexual relations: results of a national survey in Israel. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2006; 43(2): 119–125.
24. Celenza A. Sexual boundary violations. Therapeutic, supervisory and academic contexts. The Rowman & Littlefield Publishing Group; 2007.
25. Bailey TD, Brown LS. Treating clients who have been sexually abused by a therapist. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0000247-018> [dostęp: 04.01.2025].
26. Vesentini L, Van Overmeire R, Matthys F et al. Intimacy in Psychotherapy: An Exploratory Survey Among Therapists. *Arch Sex Behav.* 2022; 51: 453–463.
27. Bouhoutsos J, Holroyd J, Lerman H, Forer BR, Greenberg M. Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Prof Psychol Res Pract.* 1983; 14(2): 185–196.
28. Pope KS, Vetter VA. Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy.* 1991; 28: 429–438.
29. Alpert JL, Steinberg A. Sexual boundary violations: A century of violations and a time to analyze. *Psychoanal Psychol.* 2017; 34(2): 144–150.
30. AW Richard Sipe, Letter to Bishop McElroy. Richard Sipe: Celibacy, Sex, and the Catholic Church. <http://www.awrsipe.com/Correspondence/McElroy-2016-07-28-rev.pdf> [dostęp: 04.01.2025].
31. Terry K et al. The nature and scope of the problem of sexual abuse of minors by priests and deacons prepared by the John Jay College of Criminal Justice for the U.S. Conference of Catholic Bishops. [https://www.bishop-accountability.org/reports/2004\\_02\\_27\\_JohnJay](https://www.bishop-accountability.org/reports/2004_02_27_JohnJay) [dostęp: 04.01.2025].
32. Weger ES. Unchaste Celibates: Clergy Sexual Misconduct against Adults-Expressions, Definitions, and Harms. *Religions.* 2022; 13(5): 393.
33. Weger E. Insincerity, Secrecy, Neutralisation, Harm: Reporting Clergy Sexual Misconduct against Adults – A Survivor-Based Analysis. *Religions.* 2022; 13(4): 309.
34. Sansone RA, Sansone LA. Crossing the line: sexual boundary violations by physicians. *Psychiatry (Edgmont).* 2009; 6(6): 45–48.
35. Clemens V, Brähler E, Fegert JM. #patientstoo – Professional sexual misconduct by healthcare professionals towards patients: a representative study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021; 30: e50.
36. McCartney JI. Overt transference. *J Sex Res.* 1966; 2(3): 227–237.
37. Hersh MA. The “Big Four” occupational hazards. <https://psycnet.apa.org/record/2022-68419-004> [dostęp: 04.01.2025].
38. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016; 15(2): 103–111.
39. Simionato G, Simpson S, Reid C. Burnout as an ethical issue in psychotherapy. *Psychotherapy.* 2019; 56(4): 470–482.

40. Simionato G, Simpson S. Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *J Clin Psychol.* 2018; 74(9): 1431–1456.
41. Finan S, McMahon A, Russell S. “At what cost am I doing this?” An interpretative phenomenological analysis of the experience of burnout among private practitioner psychotherapists. *Couns Psychotehr Res.* 2022; 22: 43–54.
42. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing.* 1992; 22(4): 118–119.
43. Sodeke-Gregson EA, Holtum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869> [dostęp: 04.01.2025].
44. Sterna W. Potencjalnie negatywny wpływ psychoterapii osób z traumą na terapeutów. *Psycho-terapia.* 2023; 2(205): 33–44.
45. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. W: Peplau LA, Perlman D, eds. *Loneliness: A source book of current theory, research and therapy.* New York: Wiley; 1982, 1–8.
46. Yuval M, Szor H, Bernstein E. The loneliness of the therapist in the public outpatient clinic. *J Contemp Psychother.* 2001; 31(2): 103–112.
47. Talarczyk M. Samotność psychoterapeuty. <https://wydawnictwo-silverarum.eu/dr-m-talarczyk-samotnosc-psychoterapeuty> [dostęp: 04.01.2025].
48. Hughes J. 10 Solutions for loneliness in private practice counselling. <https://josephinehughes.com/loneliness-in-private-practice-counselling> [dostęp: 04.01.2025].
49. Barnes S. 8 things therapists personally do when the feel lonely. [https://www.huffpost.com/entry/therapists-loneliness-tips\\_1\\_61d71030e4b0d637ae9ecc68](https://www.huffpost.com/entry/therapists-loneliness-tips_1_61d71030e4b0d637ae9ecc68) [dostęp: 04.01.2025].
50. Galanaki E. Loneliness: thoughts on its relationship with psychopathology and psychotherapy. *Encephalos.* 2014; 51: 14–23.
51. Beuchler S. The analyst’s experience of loneliness. *Contemp Psychoanal.* 1998; 34(1): 91–113.
52. Redl F. Group psychological implications for individual therapy with adolescents: The “gang beneath the couch”. *Psychosocial Process.* 1974; 3: 5–20.

Adres: wladster@kki.net.pl