

Robert ORAVECZ

Poklicna, prenesena travma***Professional, vicarious traumatization*****POVZETEK**

Delo s psihološko travmatiziranimi osebami v psihoterapevtski praksi predstavlja resno tveganje za terapevta in za kvaliteto njegovega terapevtskega odnosa s pacienti. Možni negativni vpliv prikažem s pomočjo konceptov transferja in kontratransferja. Sekundarna travmatizacija terapevtov je specifičen pojav pri delu s travmatiziranimi osebami, ki se generira ob terapevtovi človeški sposobnosti za altruističen odnos s trpečim človeškim bitjem. Pacientove travme se lahko prenesejo na terapevta, tako da pride do negativnih posledic na njegovi osebnosti, kapaciteti za empatijo in vedenju. Da bi psihoterapevt lahko dolgoročno ohranil uspešno psihotravmatološko prakso in jo obrnil v prid svojemu osebnostnemu razvoju in krepitvi empatične sposobnosti, je nujno permanentno delo na ozaveščanju in preprečevanju negativnih posledic sekundarne travmatizacije.

KLJUČNE BESEDE

potravmatska stresna motnja, sekundarna, prenesena travma, izgorevanje terapevta, poklicna utrujenost

ABSTRACT

Psychotherapeutic work with traumatised people carries with it inherent risks both for the therapist and for the quality of the therapeutic relationship. These risks are examined through the concepts of transference and counter-transference. Vicarious traumatization seems to be a specific element of psychotherapeutic work with traumatized individuals that occurs as a result of an individual's basic humanity in developing an altruistic relationship with a suffering human being. Exposure to such traumatic experiences may affect the personality, affective capacity and behavioural traits of the therapist, causing positive or negative changes in their therapeutic abilities. Permanent work on the awareness and prevention of the negative consequences of vicarious traumatization is necessary to maintain a long term and successful psychotraumatological practice.

KEY WORDS

posttraumatic stress disorder, secondary, vicarious traumatization, therapist's burnout, compassion fatigue

EXTENDED ABSTRACT

As described in the later works of Sandor Ferenczi, transference in trauma-related patients represents a challenge for the therapist, who needs to develop a particular attitude towards the patient (Gutiérrez –Peláez, 2009). This attitude needs to be significantly distinct from the general psychoanalytic attitude, suggesting a moderate and active position of the therapist. In 1933, Ferenczi presented the revolutionary theory of „confusion of tongues between the child and the adult«, which offers a theoretical framework for working with patients, who were victims of abuse during their childhood.

According to this theory, the child seeks safety, protection and love from the adult, who is or should be emotionally available for him or her. Sometimes, the adult misunderstands the signals sent by the child and reacts with adult sexuality. The sexual abuse represents a catastrophic experience for the child, who feels guilty and innocent at the same time. However, the psychoanalytic community rejected the theory as well as the reality of sexual abuse committed against children. Ferenczi brilliantly describes the mechanism of dissociation, as well as negative self-representation. In addition to Ferenczi's theory, a positive, acceptive relationship offered by the therapist (please check this) is the most important element in the successful therapy of such patients. Otherwise, victims of serious trauma often feel more and more uncomfortable in the therapy process, based on their unacceptable feelings of shame and guilt. Ferenczi suggests an active, empathic attitude towards these patients. As suggested by him, empathy is the key for psychotherapeutic competence.

One can see that the elements of counter-transference may modulate the trauma-sensitiveness and trauma-tolerance of the therapist. 'Trauma sensitiveness' is a therapeutic attitude of openness towards the traumatic experiences of others in one's professional and personal life. The term 'trauma tolerance' refers to the ability of the therapist to maintain empathy and an acceptive attitude regarding the trauma-related experiences of the patient. The outcome of the interaction between the therapist and the patient should result in an acceptive as opposed to a rejective or aversive attitude towards the patient.

During the 20th century, it has been learned that the trauma-related attitude of a therapist correlates with their own trauma-related experiences, which were in some cases transgenerationally transmitted. Successfully resolved experiences will no doubt contribute to the therapeutic competence of the therapist whereas unresolved personal experiences of the therapist may be triggered by the experiences of the patient.

Although the psychoanalytic concepts of transference and counter-transference seem to be a relevant theoretical framework for understanding the subtle dynamic between traumatized individuals and their therapists, psychotraumatology as a new, complex scientific discipline has rapidly developed a practical approach to the phenomenon of psychological trauma. The increasing trauma-oriented therapeutic activity in the USA during the 70's contributed to the recognition of several previously overlooked negative phenomena appearing in the relationship between the patient and the therapist. Furthermore, the concept of transference and counter-transference does not seem to be sufficient enough to understand the appearance of PTSD symptoms in therapists, working with heavily traumatized individuals.

During the '70s, Perlman, McCann and Saakvitne (McCann and Perlman, 1990; Perlman and Saakvitne, 1995) coined the term 'vicarious traumatization'. They described the term as a specific side-effect or »collateral damage« of psychotherapeutic work with traumatized individuals. It would seem that it is linked to the basic human ability of developing an altruistic relationship with a traumatised human being. According to the theoretical framework, vicarious traumatization affects the therapist by the subconscious transfer of the emotional elements of the trauma, presented by the patient. Exposure to such experiences may affect the personality, affective capacity and behavioural traits of the therapists, causing positive and negative changes in their therapeutic abilities. Neuro-biological concepts, including the recognition of the role of mirror cells, support the recognition of the transfer of trauma-related contents from the originally traumatized individual to another person, involved within a close relationship.

In some cases, vicarious traumatization may result in the same symptoms, perceived by the therapist, as they were presented in the clinical picture of the traumatized patient. The therapist may have nightmares, flashbacks or symbolic recollection of traumatic imagery. Elevated startle response, irritability, and general intolerance towards the family, patients and colleagues may also be present. The transfer of trauma-related symptoms from the patient to the therapist may result in a decline in therapeutic potential, trauma-sensitiveness and tolerance towards the trauma related experiences of the patient. In some other cases, vicarious traumatization may also result in the clinical picture of a burn-out syndrome or compassion fatigue.

Vicarious traumatization may lead to the radical involvement of the therapist taking the side of the victims as their supporter or representative. The intense emotions, transferred through the therapeutic relationship may cause a deep identification with the victim. These identifications are usually positive, but some authors suggest that a negative identification and a consequent victim blaming may also appear.

The author presents his own experiences with vicarious traumatization, which occurred because of the exposure to the trauma-related emotions and imagery of the victims of atrocities committed against civilians during the war in Croatia and Bosnia. Feelings of rage towards the perpetrators resulted in a deep and uncompromising identification with victims of all colours. On the other hand, exposure to the extreme experiences of the victims caused an increase of reactivity and a decrease of tolerance, mainly in the family environment.

Vicarious traumatization may represent a great challenge for the therapist by experiencing extreme human conditions, but such work may result in some kind of post-traumatic growth. Some therapists describe their experiences as leading to a post-traumatic increase of tolerance, understanding and personal achievement of peace and uniqueness. However, if unrecognized, painful feelings and negative representations may activate destructive mechanisms, leading to feelings of unacceptance, loneliness and emptiness. As a result, a negative relationship towards their patients may appear. With vicarious traumatization, some therapists, dedicated to their therapeutic work with traumatized patients may show a transformation of their attitude towards their patients from a fully accepting to a rejective or even victim blaming attitude.

It would seem that vicarious traumatization depends on several risk factors. Even a simple overload of traumatized patients for a therapist with a narcissistic need to treat every patient who asks for help, may lead to serious negative impacts on the identity, attitude and even the health of the therapist.

The »single handedness« of some therapists, who work isolated from the psychotherapeutic community, may also represent a trigger for vicarious traumatization, compassion fatigue or a radical change of attitude towards their patients. Some authors describe cases of pioneers in psychotraumatology, who lost their therapeutic abilities and even their own health because of their feelings of unacceptance by the professional community. In some countries, psychotraumatology is still not recognized and institutionalized, with the result that therapists work on their own without the support of a professional team or community.

As mentioned above, such therapists, separated and isolated in their work, are at a greater risk of developing negative responses. In some cases, over-identification with the patients also seems to be harmful, mainly by ignoring the boundaries and rules of the profession. Therapy of sexually traumatized women holds a greater risk of the therapists becoming involved in a romantic or sexually coloured relationship with the patient. This usually occurs at the end of the therapy.

Preventative interventions, targeting vicarious traumatization are possible on different levels. On the individual level, it seems plausible to state that everybody has their own limits. Not only in the quantity of patients or the number of sessions per day, but in the sense of being aware of one's capacity to »digest« various painful or horrible experiences of the patients. The therapist should observe and recognize the signs of exhaustion or vicarious traumatization. Some methods of relaxation may help to process such traumatic feelings and representations.

A therapist, working with traumatized individuals definitely needs professional support and acceptance. The presence of a professional community may protect the therapist against a negative turn of attitude or a violation of professional rules resulting from an over-identification with the patient. The usual professional connections of psychotherapists do not seem to be sufficient and efficient for therapists working in the field of trauma. Specific sessions, forms of support and debriefing are thus necessary to maintain the therapeutic competence and personal well-being of such therapists. Permanent work on the awareness and prevention of the negative consequences of vicarious traumatization is necessary to maintain a long term and successful psychotraumatological practice.

Uvod

»Solidarnost lahko vznikne le takrat, ko vidimo vedno več naših razlik (religioznih, rasnih, nacionalnih in spolnih) kot nepomembnih glede na našo podobnost v bolečini in ponižanju.«

Richard Rorty (1989)

Kot psihiater in psihoterapevt, ki se že dvajset let posvečam hudo travmatiziranim osebam, verjamem, da vsi, ki se lotevamo terapevtskega dela z žrtvami nasilnih dogodkov, to počnemo iz pristne, izvorne naklonjenosti do sočloveka, z namenom pomoči in podpore ter s ciljem prispevanja k bolj kvalitetnemu življenju posameznika, ki nam je položil življenje v dlan in nam zaupal največje skrivnosti svojega življenja.

V psihoterapevtskem procesu pacienti velikokrat obujajo spomine na dogodke, ki močno pretresajo terapevte predstave o stvarnosti, zato je delo s travmatiziranimi posamezniki izredno zahtevno. Želja po pomoči in podpori, izvorna empatija, značilna za pomagajoče poklice, nikakor ne zadošča za učinkovito terapevtsko delo. Psihotravmatologija je že spoznala, da se potihoma, na robu zavedanja, sprožajo različni pojavi s pozitivnim in negativnim predznakom, ki ne ogrožajo le izida in uspešnosti terapevtske aktivnosti, temveč tudi duševno in telesno zdravje terapevta ali svetovalca, ter njegove socialne in družinske odnose. Ti pojavi so za svetovalno in terapevtsko delo s travmatiziranimi osebam, ne glede na naravo pacientove duševne problematike, delno univerzalni, delno pa specifični. Skupna značilnost vseh teh pojavov je, da škodljivo vplivajo na odnos med terapevtom in pacientom ter zmanjšujejo terapevtsko učinkovitost.

Prenesena travma iz vidika transfera in kontratransfera

Ne glede na terapevtski pristop k travmatizirani osebi nam lahko pomaga prepoznavanje temeljnih značilnosti terapevtskega odnosa, ki so jih psihoanalitični avtorji opisali kot transfer in kontratransfer. Že prvi psihoanalitiki so spoznali, da pacient terapevtu nerealno pripisuje določene lastnosti in značilnosti, ki izvirajo iz njegovih intrapsihičnih konfliktov. Ta pojav so poimenovali »transfer« oziroma »prenos«. Šele kasneje so teoretiki psihoanalize prišli do spoznanja o »kontrtransferu« oziroma »protiprenosu«, kar pomeni, da tudi terapevt s svojimi nerazrešenimi konflikti, regrediranim čustvovanjem in mehanizmi odpora prispeva k izkrivljenemu dojetanju pacienta in s tem ovira njegov terapevtski proces.

Pred skoraj stotimi leti je Sándor Ferenczi nesel svojo glavo pod tnilo, ko se je leta 1932, na konferenci mednarodnega psihoanalitičnega združenja v Wiesbadnu postavil za idejo, da so kljub drugačnemu prepričanju Freuda določene duševne motnje vseeno povezane s travmatskimi izkušnjami odraslih fantov in deklet. Z oživitvijo teorije »zapeljevanja« ni postal preveč popularen pred svojimi kolegi psihoanalitiki, prislužil si je tudi jezo samega Sigmunda Freuda. (Gutiérrez –Peláez, 2009)

Ferenczi (2006) je veliko prispeval k razumevanju travme in odnosa med travmatiziranim pacientom in analitikom. V svojih zapisih o terapevtski tehniki je opisal precejšnjo razliko med »običajnimi« in travmatiziranimi pacienti v svoji psihoterapevtski

praksi. Poročal je, da postopno razkrivanje težkih življenjskih zgodb ne vzbuja občutka svobode in zmanjšanja psihičnih bremen v travmatiziranih pacientih, temveč prav obratno, ti posamezniki tekom terapije postanejo vedno bolj napeti in trpeči, kar tudi sporočajo svojemu terapevtu. Ferenczi je ugotavljal, da se pogosto zgodi, da po določenem času ti ljudje zapustijo terapijo s hudo prizadetostjo v sebi. Kot terapevt se je na ta pojav odzival z občutki nemoči.

Pri razumevanju tega pojava je potrebno upoštevati socio-kulturno vzdušje zgodnjega dvajsetega stoletja, ko je bila seksualnost tabu, omemba spolne zlorabe pa je bila za meščanski družbeni sloj nepredstavljiva. Izražanje travmatskih vsebin je bilo onemogočeno zaradi strahu pred obsodbo, zanikanjem in dvomom v realnost doživetja. V želji, da bi pomagal svojim travmatiziranim pacientom, je Ferenczi odkril, da so terapevtovi odzivi, vedenje in sporočila izrednega pomena za premagovanje hude stiske, s katero se soočajo njegovi travmatizirani pacienti.

Robert Firestone je v osemdesetih letih prejšnjega stoletja razvil idejo negativnih Self reprezentacij, kar je v veliki meri prispevalo k spoznanju, da žrtve nasilnih dogodkov nosijo v sebi izredno neugodne predstave o sebi, v smislu krivde, sramu, umazanosti, ničvrednosti. Te psihične predstave izvirajo iz narave travmatskega doživljanja. Opisane negativne Self reprezentacije predstavljajo hudo breme, kar sili posameznika v uporabo obrambnih strategij, neredko v smislu zanikanja, projekcije ali celo projektivne identifikacije (Firestone, 1997).

Iz teh negativnih predstav o sebi izhaja najbolj intenziven odpor pred razkritjem travme, ki je pogojen s strahom, da bi okolica s svojimi besedami ali neverbalno komunikacijo potrdila negativne Self-reprezentacije, s katerimi se travmatizirani posamezniki spopadajo že celo življenje.

V začetku svoje psihotravmatološke kariere sem tudi sam večkrat srečal travmatizirane osebe, ki so si v določeni fazi terapije močno prizadevale, da bi me, kot terapevta prepričale v svojo ničvrednost ali nesmiselnost terapevtskega dela z namenom, da bi se izognile hudi stiski, ki se je stopnjevala ob približevanju hudim travmatskim vsebinam. Zadnja leta opažam, da je tega manj, kar je morda povezano s spremembo družbenega odnosa do nasilja in predvsem spolne zlorabe, pa tudi z razvojem moje terapevtske kompetence, v smislu boljše empatije z žrtvami travm in večje terapevtske učinkovitosti.

Pozitiven ali negativen kontratransfer s travmatizirano, predvsem spolno zlorabljeno osebo, sloni na različnih fenomenoloških dejavnikih. Po eni strani lahko govorimo o terapevtovi »dovzetnosti za travmo«, kar odraža njegovo sposobnost, da začuti »seno« travmatske izkušnje pri pacientu in pripravljenost, da se odzove nanj. Terapevti, ki so tudi sami »prehodili svojo pot skozi pekel«, so lahko bolj dovzetni za trpljenje drugih, vendar to še ne pomeni nujno, da so bolj sposobni pozitivne identifikacije, saj odtujeni, disociirani deli Selfa, ki so posledica lastnih travmatskih izkušenj, lahko onemogočajo dostop do travme druge osebe. Nepredelane, neozaveščene, neeksternalizirane travmatske vsebine močno znižajo terapevtovo »toleranco na travmo«. Ti disociirani deli Selfa delujejo destruktivno na terapevtski proces, saj generirajo negativne Self-reprezentacije. Pri terapevtu privrejo na dan odklonilna in sovražna čustva ter se preko identifikacije in projektivne identifikacije lahko prenesejo na paciente, ki so še posebej dovzetni za tovrstna sporočila.

Negativni kontratransfer torej pogosto izvira iz nepredelane travme terapevta. Ta se praviloma tudi ne zaveda škode, ki jo povzroča ob prenosu svojih vsebin na travmatizirane paciente, ki so zagotovo veliko manj odporni na tovrstne izkušnje kot drugi posamezniki. Ni možno iti mimo dejstva, da je bila celo stoletje večina psihoanalitično izobraženih psihiatrov in psihologov neodzivna ali celo odklonilna do travmatskih zgodb svojih pacientov, ki so bili zlorabljeni v času otroštva ali kasneje tekom odraslega življenja. Takšen odziv je bil pogojen z odnosom psihoanalize do spolne travmatizacije, ki je temeljila na drugi travmatski teoriji Sigmunda Freuda (Gutiérrez–Peláez, 2009).

Na začetku svoje kariere je namreč Freud zagovarjal »teorijo zapeljevanja« (Freud in Breuer v Gutiérrez–Peláez, 2009), ki je skladna z današnjim konceptom spolne zlorabe kot pomembnim etiološkim dejavnikom pri razvoju duševnih motenj, predvsem pri mladih dekletih. Po približno dveh desetletjih je Freud revidiral svojo teorijo in zatrdil, da pravzaprav ne gre za realno spolno zlorabo, temveč za incestuozno fantazijo odraslih fantov in deklet (Gutiérrez–Peláez, 2009). O Freudovih motivih za to radikalno korekcijo samih temeljev psihoanalitične teorije se je razvila obsežna znanstvena razprava, ki presega okvirje tega prispevka. Dokaj jasno je, da so se že v primeru »Dora« pokazali destruktivni učinki takšnih predstav, saj se je po tem, ko je Freud dal vedeti Dori, da po njegovem prepričanju ne gre za realno neugodno seksualno izkušnjo, temveč le za njene fantazije, čustveno prizadeto dekle nežno poslovilo in zapustilo terapijo (Marcus, 2015).

Zgodba o Dori nas opozarja na dejstvo, ki ga opisuje tudi Judith Herman: »Raziskovanje psihološke travme pomeni soočanje s hudimi dogodki [...] Ko gre za travmatske dogodke, povzročene s strani človeka, vsi tisti, ki smo priče, postanemo ujeti v konfliktu med žrtvijo in storilcem. Z moralnega stališča je nemogoče, da ostanemo nevtralni. Opazovalec je prisiljen izbrati stran.« (Herman, 1992: 22)

To še posebej velja za terapevta oziroma svetovalca. Veliko travmatiziranih pacientov in predvsem pacientk poroča o pogubnem učinku negativnega kontratransferja. Ta se v ključnih trenutkih, ko je pacientka najbolj dovzeta in ko pričakuje pozitiven odziv ter potrditev dejstva, da je nedolžna žrtev, pogosto pokaže kot terapevtova ali terapevtkina zavrnitev, agresivnost ali molk. Nujno je razumeti, da bo pomanjkanje brezpogojnega sprejemanja s strani terapevta žrtev vedno razumela kot dvom v obstoj oziroma opravičenost doživetega trpljenja in v skrajnem primeru celo kot zavračanje opravičenosti do statusa žrtve.

Pri razumevanju razhajanja med Freudom in Ferenczijem je zelo pomembno upoštevanje socio-kulturnega okolja, v katerem sta delovala kot terapevta in raziskovalca. Za Ferenczija vemo, da je dolga leta delal kot zdravnik v bolnišnici za prostitutke in druge reveže z dna takratne družbe. Njegova prepojenost s trpljenjem teh ljudi se kaže v njegovem strokovnem in moralnem odnosu do njih. Brez teh spoznanj in poglobljenosti v doživljanje svojih pacientov zagotovo ne bi bil sposoben opisati pojava »motenosti jezikov med odraslim in otrokom«, kar je eden od temeljev razumevanja spolne zlorabe otrok in mladostnikov in je predstavljal kamen spotike med Ferenczijem in ostalimi psihoanalitiki njegovega časa. Ferenczi je leta 1932 predstavil to svojo teorijo na psihoanalitičnem kongresu v Wiesbadnu (Ferenczi, 2006). Bistvo te teorije je, da oživi koncept »zapeljevanja« in opiše, kako si otrok želi nežnosti in ljubezni, vendar se odrasla oseba

a na to odzove s seksualnostjo, kar otroka globoko travmatizira. Po eni strani se počuti hudo prizadet in zmeden, po drugi strani pa se sooča z razdiralnim občutkom krivde.

Terapevtova občutljivost in toleranca do travme je pogojena z njegovimi »vstopnimi« individualnimi, socio-kulturnimi in medosebnimi dejavniki, ki so ključni za izid psihotravmatološke obravnave. Izrednega pomena so tudi tisti vplivi na terapevta ali svetovalca, ki se pojavijo oziroma razvijejo tekom dolgoletnega dela s travmatiziranimi osebami. Ključ za razumevanje tega vpliva definira Iacoboni: »Ko vidimo nekoga v trpljenju ali v bolečini, nam zrcalni nevroni pomagajo, da beremo obrazno ekspresijo te osebe in čutimo trpljenje in bolečino druge osebe. To so trenutki rojstva empatije in mogoče celo moralnosti. Moralnosti, ki je globoko zasidrana v naši (nevro-)biologiji.« (Iacoboni, 2008: 4)

Posebnost dela s travmo je torej v tem, da se travmatski vpliv ne omejuje nujno le na travmatizirano osebo, ampak se kot koncentrično valovanje, ki ga povzroči kamen, ki pade v vodo, širi na družinske člane, delovno okolje žrtev in vse, ki pridejo v bližnji osebni stik z njo.

Sekundarna travmatizacija

Nevrobiološki vidik sekundarne travmatizacije poudarja pomen zrcalnih nevronov, ki nam omogočajo identifikacijo in življenje v izkušnje ali čustva druge osebe. Pri tem ne gre za kognitivno ali intelektualno izkušnjo, temveč za neposreden vpliv mimike, telesne in obrazne ekspresije osebe, ki pripoveduje o travmi ali podoživlja travmatski dogodek. Ob tem se osebe v neposredni fizični bližini žrtve in v očesnem stiku z njo ne soočajo le z njeno grozo in stisko, ampak se prepovijajo tudi z neugodnimi predstavami, reprezentacijami o sebi in svetu. Ta izpostavljenost je še posebej ogrožujoča za tiste, ki se poklicno, torej pogosto in intenzivno soočajo s travmatiziranimi osebami. Razumevanje pojava sekundarne travmatizacije prispeva tudi k pojasnitvi medgeneracijskega prenosa travmatskih izkušenj.

Perlman, McCann in Saakvitne (McCann in, Perlman, 1990; Perlman in Saakvitne, 1995) se štejejo za pionirje razumevanja in definiranja pojava poklicne travme, ki je »stranski učinek« terapevtskega in svetovalnega dela s travmatiziranimi osebami. Njihov model temelji na prenosljivosti travme na druge osebe, ki so v tesnem stiku s travmatiziranim posameznikom. Pretok grozljivih travmatskih podob, čustev in predstav ob spremljevalni mimiki in telesni drži pacienta okuži terapevta oziroma svetovalca, ki začne doživljati podobne simptome kot pacient sam. Figley (1995) podobno pravi, da gre za prenos travmatskih vsebin s posledično zmedenostjo, izolacijo od prijateljev in sorodnikov. Pojav se klinično manifestira v obliki rudimentarne, nepopolne PTSM in se v veliki meri razlikuje od klasičnega sindroma izgorevanja, ki je lahko prisoten tudi pri drugih pomagajočih poklicih.

Po mnjenju zgoraj navedenih avtorjev travma povzroča transformacijo Selfa vseh, ki se poklicno ukvarjajo s travmatiziranimi posamezniki in so empatično povezani z njimi. Poglavitne značilnosti tega pojava so skrhane vrednote, omajano zaupanje v pravičnost in civilizacijske dosežke. Poklicna travmatizacija se po njihovem mnenju razvije v konstelaciji individualne zgodovine, izkušenj, strategij spoprijemanja ter situacijskih

dejavnikov, predvsem v smislu socialne podpore, priznanja, uveljavljenosti, pa nedvomno tudi v odvisnosti od frekvenca, intenzitete, načina dela in vseh tistih dejavnikov, ki lahko prispevajo k bolj ali manj intenzivni identifikaciji s pacienti.

Znaki sekundarne travmatizacije so podobni kot pri neposredni travmatizaciji, le da so običajno manj intenzivni. V ospredju so socialni umik, spremembe razpoloženja, agresivnost, razdražljivost, cinizem, spolne disfunkcije, somatske težave. V terapevtskem okolju se kažejo kot težave pri regulaciji meja s pacienti. Prisotna je sprememba v temeljnih verovanjih, v zaupanju, občutku varnosti, samozavesti in afektivnem nadzoru. Sekundarna poklicna travmatizacija, ki temelji na neposredni izpostavljenosti travmatiziranim posameznikom, se korenito razlikuje od pojava sindroma izgorelosti in kronične stresne izpostavljenosti v delovnem okolju.

Čeprav je jasno, da poklicna travmatizacija radikalno vpliva na kontratransfer, ne gre za izvorno držo terapevta do določenega pacienta, temveč za generalizirano vsebino, pod vplivom pretekle izpostavljenosti travmatskim vsebinam. Kleinman in Maeder (v Bustos, 1999) sta mnenja, da so poklicno travmatizirani terapevti pravzaprav »ranjeni zdravilci«. Avtorja izpostavljata pozitivno plat poklicne travmatiziranosti v smislu razvijanja empatičnih kapacitet, pri tem pa opozarjata na možnost, da terapevtom poglobljanje v travme drugih pomaga kompenzirati ali nadkompenzirati lastne predelane ali nepredelane travmatske izkušnje.

Wilson in Lindy (1994) izpostavljata vpliv sekundarne travmatiziranosti na transfer in kontratransfer. Po eni strani travmatizirani terapevt lahko postane neaktiven, distanciran, čustveno neodziven, pomanjkljivo empatičen do pacientov, usmerjen v intelektualizirajočo nevtralno pozicijo. Po drugi strani se terapevt pod vplivom svojih izkušenj lahko pretirano identificira s pacientom in se odziva pretirano aktivno, vpleteno, kar ima lahko za posledico obojestransko odvisnost terapevta in pacienta.

Hoppe (1969) opisuje štiri različne strategije spoprijemanja, ki se kažejo v odzivu terapevtov na travmatske izkušnje svojih pacientov:

1. Popolno zanikanje, identifikacija z agresorjem: Zanikanje trpljenja žrtve služi terapevtu kot način za kompenziranje lastnih občutkov krivde in sramu.
2. Racionalizacija: Čeprav je terapevt odprt za izkušnje pacienta, ni čustvenega stika s trpljenjem posameznika. Z razdaljo, ki jo omogoča »znanstvena objektivnost«, se terapevt uspešno ščiti pred identifikacijo in vdorom lastnih nezaželenih občutkov.
3. Pretirana identifikacija z žrtvijo: Terapevt veže pacienta nase in si s tem zadovoljuje lastne narcisistične potrebe po omnipotentnosti. Takšen pristop pogosto vodi k pasivizaciji in razočaranosti pacienta, ker se obljube terapevta ne uresničujejo. Za takšno strategijo se pogosto skrivajo lastne travmatske izkušnje ali pretekle izkušnje poklicne, sekundarne travmatizacije.
4. Kontrolirana identifikacija: Je zaželeno poklicno stališče do travmatiziranega posameznika. Terapevt s takšnim pristopom ne dvomi v doživetja svojih pacientov, ampak jih jemlje kot realistične in verjetne, seveda dokler se to ne izkaže drugače. Ne zapre se povsem pred strašnimi izpovedi svojih pacientov, ampak se ob tem zaveda svojih čustvenih odzivov, ki jih sproti razrešuje v poklicnem in zasebnem okolju. Na ta način ostane profesionalen, se ne prepusti narcisistični potrebi po omnipotentnosti.

Pross (2006) v svojem članku opisuje primer subtilne poklicne travmatizacije, ko terapevt, ki presoja prizadetost oseb, ki so preživeli holokavst, sčasoma začne spreminjati svoj odnos do njih in se iz pretirane identifikacije z žrtvami »prekucne« v dvomljivca, ki tudi očitno travmatsko prizadetost pripisuje razvojnim in drugim prizadetostim. Vedno bolj se distancira od kolegov, zavrača vabila za predavanja. Kmalu po upokojitvi hitro umre. Pross na osnovi primera opozarja na pomanjkljiv družbeni odziv in gratifikacijo terapevtov, ki se posvečajo travmatiziranim posameznikom. Priznanja v smislu položaja in plače po njegovem igrajo pomembno vlogo pri ohranitvi mentalnega in fizičnega zdravja teh terapevtov. Nesprejemanje psihotravmatološkega dela s strani poklicne skupnosti onemogoča sprotno eksternalizacijo terapevtskega bremena in eksterno vrednotenje zahtevnega dela teh terapevtov. To se opaža predvsem pri tistih terapevtih, ki delajo v nevladni sferi, kjer se hitro lahko zgodi, da se znajdejo »na istem vlaku« s svojimi pacienti, ujeti v nenehen boj za existenco in afirmacijo.

Potravmatska rast

Kljub temu, da v literaturi prevladuje mnenje, da sekundarna travmatizacija predstavlja nekaj negativnega, kar slabša učinkovitost psihotravmatološko zasnovanih terapij, obstaja tudi mnenje, po katerem poklicna travma lahko povzroča pozitivno spremembo identitete posameznega terapevta v smislu duhovne rasti, poglobljenega odnosa z živimi bitji, širše moralne vključenosti, sprejemanja darov drugih ljudi, poglobljenega odnosa do smisla življenja, upanja in varnosti. Ta transformacija je skladna s predstavo Richarda Rortyja (Rorty v Salecl, 1993) ki sem jo navedel na začetku prispevka, da identifikacija s trpljenjem drugega človeškega bitja zmanjšuje predstave o naši drugačnosti. Sposobnost identifikacije terapevta s trpljenjem pacienta odpre intersubjektivni proces, ki prinaša humanizacijo vseh vpletenih preko vzajemnega sprejemanja in spoštovanja.

Osebna izkušnja

Leta 1993 sem sodeloval v programu mobilne psihosocialne pomoči, ki je bila namenjena beguncem iz BiH. V celjskem begunskem centru sem se pogovarjal z gospo, katere mož je delal v Sloveniji, sama pa je na začetku vojne obtičala na svojem domu s štirimi najstniškimi otroci. Imela je sina in tri hčerke. Nekega dne jih je vojska druge narodnosti pognala na trg sredi vasi, potem pa so začeli streljati po njih. Sin je poskušal pobegniti, vendar je mati še videla, kako so ga s strojnico »pokosili« sredi njive. Hčerke so pod streli popadale čez njo. Preživela je le ona in ena od hčera. Čeprav je bilo njeno pripovedovanje mirno in spokojno, se je na njenem obrazu kazalo nepopisno trpljenje. Že takoj po pogovoru sem se počutil globoko prizadet v svojih predstavah o človečnosti, skrajno jezen in obenem tudi nemočen.

Nekaj tednov po tem dogodku sem po naključju gledal dnevnik. Napovedovalec je s čustveno nevpoletenim glasom poročal o tem, da so bili spet pobiti prebivalci neke bosanske vasi. Čeprav je bilo takšnih sporočil v tistem času kar veliko, sem tokrat začutil izrazit čustveni odziv. Stopiti sem moral na balkon, da bi lahko zajel zrak. Še zmeraj lahko spomnim na hudo žalost in jezo, občutek popolne poistovetenosti s trpljenjem teh nedolžnih ljudi.

V tistih letih sem sodeloval v različnih delovnih skupinah in projektih, tako da so se pokazale priložnosti za izražanje in uveljavljanje moje identifikacije z žrtvami vojne. Ker sem se srečeval le z begunci, ki so pripadali eni narodnosti, sem se povsem prepočil z njihovim trpljenjem. Moja identifikacija s temi žrtvami je postala radikalna, celo sovražna do pripadnikov drugih dveh narodnosti v BiH.

Po tej iniciaciji na področju psihotravmatologije sem sčasoma razširil svojo občutljivost za travmo tudi na tiste moje paciente, ki so bili žrtve družinskega in predvsem spolnega nasilja. Po odhodu v novo delovno okolje sem se moral soočiti z velikim številom travmatiziranih, nemočnih pacientov in zame nesprejemljivim odnosom nekaterih kolegov do teh ljudi. Kot je zapisala Judith Herman, se vsak posameznik mora odločiti, ali bo stopil na stran storilcev ali žrtev. Bil sem prizadet zaradi ignorance do mojih intervencij z namenom zaščite pacientov s strani strokovnih in vladnih ustanov, saj je bilo zame nepredstavljivo, da ne prepoznajo, da gre za hude kršitve in celo zlorabe. Vse skupaj je precej vplivalo na mojo strokovno kariero, zakonsko in družinsko življenje. Danes vem, da so bili tudi moji otroci sekundarno, ali bolj pravilno, »terciarno« travmatizirani. Da je bila moja bivša žena zaposlena v istem delovnem okolju, je le še poslabšalo zadevo, saj je bila najina komunikacija pogosto zaprta v krog, brez možnosti čustvene razbremenitve, olajšanja.

Ob pomanjkanju strokovnega priznanja in podpore s strani kolegov so mi postala priznanja s strani posameznih pacientov bolj pomembna, kot bi smela biti. Neuspehi so sprožali občutke hude krivde in nekompetence, o katerih nisem mogel razpravljati s kolegi in kolegicami. Ker sem se zavedal, da brez družbene podpore ne bo možno preživeti, sva se z bivšo ženo hitro in aktivno vključila v strokovno skupnost sosednje države. Na skupinah, delavnicah, v izobraževalnih programih, supervizijah in v krogu prijateljev sva bila deležna velikega razumevanja, podpore in predvsem potrditve, da je najin način gledanja na stroko, paciente pravičen, napreden in moralno neoporečen.

Verjamem, da me je pred strokovnim izgorevanjem rešila vključenost v strokovno in znanstveno skupnost, ki se je odzivala empatično na moje doživljanje. Doživljal sem obdobja »poklicne utrujenosti«, ko sem zaradi osebnih težav in obremenitev zmanjšal obseg svojega terapevtskega dela ter se izogibal jemanju novih pacientov v terapijo. Lahko bi rekli, da je ob tem šlo tudi za znižanje stopnje občutljivosti za travmo. Čeprav sem prišel do informacij o kakšnem hudem travmatskem dogodku, sem svojo vpletenost ohranil na ravni osebno distancirane psihiatrične obravnave.

Danes si upam trditi, da sem v zadnjih letih postal »modrejši«. Uspel sem ustvariti nekakšno »meta« pozicijo do svojih predstav o sebi in svetu okoli sebe. Moje predstave o vojni in nasilju so se spremenile iz črno-belega v veliko odtenkov sivega. Pretirani čustveni naboj se je postopno uravnesil. Izoblikoval se je racionalen pogled z zgodovinsko perspektivo in razumno obvladana zapriseženost podpori žrtvam vseh nacionalnosti in barv.

Postopoma sem se lahko distanciral tudi od dogajanj v svoji matični ustanovi. Jeza, ki se je hranila iz nepravilnosti in nesprejetosti, se je postopno spremenila v spoznanje, da so ljudje takšni, kot so in da humanizacija družbe in stroke zahteva veliko časa, ter da nakazovanje potreb po preveč radikalnih spremembah vzbuja odpor, ki izniči še tako dobre namene. Sedaj, pri petinpetdesetih letih, spreminjam svoje prioritete. Energijo

usmerjam v aktivnosti, ki so bolj »za« in ne toliko »proti«. Povezujem se z ljudmi, ki prisegajo na podobne vrednote in so našli podoben smisel kot jaz. Spremembe, ki so se zgodile v mojem zasebnem življenju in dojemanju, se zrcalijo tudi v večji učinkovitosti mojega terapevtskega dela.

Zaključek

Sekundarna travmatizacija v sklopu poklicne aktivnosti je dejavnik, ki pomembno vpliva na terapevtovo uspešnost in učinkovitost. Terapevti oziroma svetovalci, ki se ukvarjamo s psihoterapijo hudo travmatiziranih oseb, smo pogosto izolirani, distancirani od drugih pripadnikov pomagajočih poklicev. Menim, da v slovenski psihiatriji nedvomno še obstaja odpor pred psihotravmatologijo in ob kriznih trenutkih se pokaže, da so avtoritete v stroki kdaj pa kdaj bolj naklonjene identifikaciji s storilcem kot z žrtvijo. Izoliranost terapevtov in pomanjkanje supervizije s strani bolj izkušenih kolegov, ki delujejo na področju psihotravmatologije, zagotovo prispeva k razvoju sekundarne poklicne travmatizacije, posledične »poklicne utrujenosti« in sindroma izgorelosti. Pri tem niti ne omenjam vpliva prenesene travme na družinske člane in na širšo socialno mrežo.

Različni avtorji ponujajo veliko različnih receptov za prepoznavanje in razreševanje težav s sekundarno travmo. Meichenbaum (2006) svetuje izvajanje ukrepov na treh nivojih: osebnem, kolegialnem ter organizacijskem. Bistvo individualnih ukrepov temelji na samoopazovanju, nekakšni »meta-drži«, ki omogoča prepoznavanje in spopadanje s problematiko sekundarne travmatizacije in izgorevanja. Smatra, da je priročno izpolnjevanje samoocenjevalnih vprašalnikov. Prakticiranje sprostitvenih in čuječnostnih aktivnosti pripomore k razbremenjevanju terapevtov po vsakdanjih stresnih situacijah in preprečevanju prenosa travmatskih vsebin s pacienta na terapevta. Na medmrežju je na razpolago veliko »binauralnih« glasbenih datotek, ki so priročne za sproščanje terapevta in predelavo travmatskih podob, prenesenih s strani pacientov. Te glasbene datoteke delujejo po načelu bilateralne stimulacije, ki je ključni element EMDR, torej se glasba sliši izmenično na eno in drugo uho, kar olajšuje dostop do čustveno obremenjenih vsebin in njihovo predelavo.

Ne le pri sekundarni travmatizaciji, temveč pri vseh oblikah intenzivne izpostavljenosti stresnim vplivom, je velikega pomena stalno iskanje uravnovešenosti med obremenilnimi in razbremenilnimi aktivnostmi. Pri tem ni recepta, saj mora vsak posameznik najti tiste aktivnosti, ki so mu »pisane na kožo« in ki mu prinašajo največ koristi. Pomembno pa je samoopazovanje, ki pomaga pri nadzoru nad stopnjo obremenjenosti in vključevanju v različne razbremenilne dejavnosti, še preden se pojavi izrazita iztirjenost v obliki distresa, to je stanja kronične stresne reakcije, ko se obrambni potenciali telesa preveč izrabijo. Ta se kaže v izgubi terapevtske učinkovitosti ali celo v telesnih disfunkcijah, depresiji, metabolnem sindromu.

Meichenbaum (2006) izpostavlja tudi pomen kognitivnih in samozdravitvenih potencialov. Predlaga postavljanje realističnih pričakovanj, ki omogočajo občutek izpolnjenih nalog in uspešnosti. Psihotravmatološke terapije pogosto zavajajo v iracionalno visoka pričakovanja do terapevtov in pacientov, kar deluje frustrirajoče in obenem tudi neugodno na transferno-kontratransferna dogajanja. Terapevti pogosto pozabimo, da je

terapija dejavnost s konkretnim ciljem in časovno omejitvijo. Navezanost, ki je nujen element psihotravmatoloških terapij, se ob pomanjkljivem kognitivnem nadzoru lahko spremeni v medsebojno odvisnost, ki onemogoča individualizacijo pacienta in zaključek terapije. V terapevtski praksi se vsi soočamo z razkorakom med razpoložljivim časom in terapevtskim potencialom na eni strani in številom pacientov, ki potrebujejo pomoč, na drugi strani. Za dolgoročno uspešno terapevtsko delovanje je pravilna izbira pacientov zelo pomemben dejavnik. Po mojem prepričanju se veliko terapevtov šele po dolgih letih terapevtskega dela nauči brzdati svojo onnipotentnost in omejevati svoje delo na obseg, ki je v skladu s potenciali.

Na tem mestu se mi zdi smiselno izpostaviti še eno past pri terapevtskem delu s travmami. V osemdesetih letih prejšnjega stoletja je ob velikem razmahu psihotravmatologije prišlo do napačne presoje nekaterih terapevtov, ki so postali prepričani, da so v ozadju vseh psihičnih težav pacientov nezaveščene travmatske izkušnje, ki jih je potrebno ozavestiti. Nekateri pacienti so se odzvali na njihovo pretirano zagretost tako, da so začeli poročati o travmatskih izkušnjah, ki so se kasneje pokazale kot neresnične, izmišljene (Pope in Brown, 1996). Pri izbiri oziroma sprejemanju pacientov v terapijo, ki bo usmerjena na travme, je pomembno, da oni sami, bolj ali manj spontano, že ob vstopu razkrijejo travmatsko življenjsko izkušnjo ali zlorabljač o odnos, v katerem so odraščali ali živeli. Naloga terapevta ni v iskanju in predelovanju travmatskih vsebin, ki jih pacient ne ponudi sam ali jih ni pripravljen ozavestiti.

Meichenbaum (2006) daje poleg individualne skrbi za duševno zdravje terapevtov velik pomen podpori s strani kolegov, supervizorjev, članov poklicne skupnosti. Vsi vemo, da je terapevtsko delo veliko bolj učinkovito in precej manj obremenilno, če se odvija v okviru terapevtske skupnosti, ki deluje suportivno in zaščitniško za vse člane skupnosti. Kljub temu v Sloveniji ni poklicne skupnosti, ki bi formalno združevala terapevte, ki se posvečajo tovrstnemu delu. Psihotravmatologija v Sloveniji žal ni uveljavljena v takšni meri, da bi država financirala psihotravmatološko usmerjene programe, zato je nujno potrebno ustanoviti forume, skupnosti in programe, ki bi ugodno delovali na terapevte in svetovalce, ki so izpostavljeni sekundarni poklicni travmatizaciji in izgorevanju. Takšne poklicne skupnosti so izredno pomembne ne le za razbremenjevanje, temveč tudi za permanentno učenje in delitev izkušenj.

Na koncu bi izpostavil tudi odgovornost vladnih in strokovnih ustanov, ki bi morale prepoznati pomen psihotravmatološkega dela in omogočiti profesionalne okvirje zanj. Ker pa se to ne dogaja v spontani obliki, bi bilo nujno, da bi se psihotravmatološko orientirani terapevti in svetovalci aktivirali v smislu skupine pritiska na vladne in strokovne ustanove ter spodbudili potrebne spremembe, ki bi afirmirale terapevtsko delo s hudo travmatiziranimi in pomagale preprečevati sekundarno travmatizacijo terapevtov in svetovalcev.

Literatura

Bustos, E. (1999). Stellvertretende Traumatisierung, verwundete Heiler oder die unvermeidbare intersubjektive Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Lecture at conference of the BAFF. (Unpublished)

- Ferenczi, S. (2006). *Technikai írások*. Budapest: Animula.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue, coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner and Mazel.
- Firestone, R. (1997). *Suicide and the Inner Voice: Risk Assessment, Treatment and Case Management*. London: SAGE publications.
- Freud, S. in Breuer, J. (1895). *Studies on Hysteria*. (dosegljiv kot e.knjiga <http://www.sigmundfreud.net/studies-on-hysteria-pdf-ebook.jsp>)
- Gutiérrez-Peláez, M. (2009). Trauma theory in Sándor Ferenczi's writings of 1931 and 1932. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(6):1217-33.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hoppe, K.D. (1969). The emotional reactions of psychiatrists when confronting holocaust survivors of persecution. V Lindon, J. (ur.). *Psychoanalytic forum, Vol. III*. New York: Science House, 1969: 187.
- Iacoboni, M. (2008). *Mirroring People*. New York: Picador.
- Marcus, S. (2015). *Freud and Dora: Story, History, Case History*. e-book. International Psychotherapy Institute. http://freepsychotherapybooks.org/chapter-ebooks/product/330-Freud_and_Dora_Story_History_Case_History
- McCann, I. in Perlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization. *J Trauma Stress*, 3(1)131-49
- Meichenbaum, D. (2006). *Resilience and posttraumatic growth*. V: Calhoun, I. G. in Tedeschi R. G. (ur.) *Handbook of posttraumatic growth*. Mahwah N.Y.: 355-68.
- Pearlman, L. A. in Saakvitne, K.W. (1995). *Trauma and the therapist*. V: Saakvitne, K. W. in Perlman, L. A. *Transforming the pain*. New York, London: Norton.
- Pope, K. S. in Brown, L. S. (1996). *Recovered Memories of Abuse*. Washington D.C: APA.
- Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention. *Torture*, 16 (1): 1-9
- Rorty, R. (1993). *Contingency, Irony and Solidarity*. New York, Cambridge University Press. V Salecl, R.: Kako sočustvovati z bolečino drugega. Eseji 4/1993.
- Wilson, J. P. in Lindy, J. D. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford Press.
-