

ЗА ФЕНОМЕНА „ВТОРИЧНА ТРАВМА“
В ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНАТА ПРАКТИКА

Румяна Крумова-Пешева

Изследване
и практика

„VICARIOUS TRAUMA“ PHENOMEN IN THE
PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE

Rumyana Krumova-Pesheva

Abstract. Working with various personal stories provokes a variety of countertransference “responses” in psychotherapists. Patients’ words “awaken” feelings and experiences with discrete or intense affective resonance for the specialist. They are associated with extremely painful emotions that cause strong sensations and threaten ones’ feeling for stability, safety and security.

The purpose of the material is to present the interpretation of vicarious trauma, which is expressed in intense or cumulative traumatism that could lead to serious emotional and personal consequences. It is provoked by extremely stressful material from patients in the clinical practice. It is important to be distinguished from the burn-out - syndrome, acute stress reaction, post-traumatic stress disorder, etc.

Key words: psychotherapy, trauma, vicarious trauma.

Въведение

Изборът да се упражнява психотерапия предполага ясна и категорична професионална позиция и разбиране за необходимата теоретична, лична и практическа подготовка. Една от често срещаните идеи във формирането на подобен избор е идеята за посвещението и призванието да бъдеш психотерапевт. В нея присъстват желанието, ентузиазмът, мотивацията, както и редица идеализирани представи и очаквания. Към това се отнасят и различни качества, свързани с търпението, сензитивността, личностната стабилност, емоционалната устойчивост, емпатията, интуицията и др.

Срещата с различните индивидуални истории провокира разнородни контрапреносни „отговори“ у психотерапевтите. Съдържанията на пациентите „събуждат“ усети и преживявания, предизвикващи дискретни или по-интензивни афективни резонанси у

специалиста. От решаващо значение е той да бъде достатъчно отговорен и критичен спрямо тях, за да е в състояние да различи кои идват от самия него и кои са „извикани“ от материала и присъствието на търсещия помощ.

В психотерапевтичния процес съществуват събития и разкази за особено травматични аспекти, които не могат да оставят безучастен психотерапевта. Те са свързани с доста болезнени емоции, предизвикващи силни реакции, заплашващи преживяването за стабилност, безопасност и сигурност. Природата на помагането е среща с думите и чувствата за неописуемото – там, където са безобектният ужас и неспособността да се назове неназовимото. „Прежеждането“ на безпредставните съдържания на езика на конкретните и определени страхове може да предизвика сериозни травматични отговори у самия психотерапевт.

Цел

Целта на материала е да представи разбирането за вторичната травма, отнасяща се до упражняващите психотерапия специалисти. Тя е интензивен или кумулативен травматизъм, който може да доведе до сериозни емоционални и личностни последици. Провокирана е от особено травмиращия материал на пациентите в клиничната практика. Важно е да бъде разграничена от разбирането за професионален burn-out синдром.

Изследвани лица и методи

Обект на настоящото изследване са 32 човека – психотерапевти (9 мъже и 23 жени), работещи в разнородни теоретични парадигми и в различни институции. Професионалният опит на изследваните е в границите от 6 до 10 години практика към настоящия момент. По-голямата част от специалистите извършва консултативна и психотерапевтична дейности с особено уязвими групи пациенти.

За целта на проучването е конструирано полуструктурирано интервю, насочено към изследване наличието и особеностите на вторична травма, произтичаща от спецификите на професионалния контекст и от характеристиките и травматичните истории на пациентите.

Изследователският замисъл е реализиран в периода 2016–2018 г. с изричното съгласие и с желанието на специалистите да участват в него.

Резултати и обсъждане

Феноменът „вторична травма“ се отнася пряко до работещи в помагащите професии, при които е възможно да настъпят явни промени на основата на техния опит. Провокирана именно от опита е възможността да се появи усещането, че вече са се променили като личност и характер и че работата им е в състояние фино или забележимо да им въздейства. Вторичната травма се възприема като „травма заради някой друг“ и е свързана с отношението спрямо чуждо травматично събитие. Тя не се отнася просто до факта, че консултирането и психотерапевтичната практика с хора, преживели сериозен травматизъм, е особено натоварваща и стресираща. Става въпрос за отражението на редица негативни аспекти и афекти от самия материал върху идентичността, възприятията, убежденията и афектите на психотерапевтите.

Клиничната практика показва, че професионалистът е напълно възможно да бъде повлиян от травматичните преживявания на своя пациент индиректно. Наблюденията насочват към това, че може да се възпроизведе безсъзнавана идентификация и травмата да се преживее интензивно до степен, сякаш се е случила на самия него.

През 1990 г. с проучванията на McCann и Pearlman понятието „вторична травма“ навлиза в професионалната литература като официален термин. Отнася се до негативните влияния и ефекти върху психотерапевтите, провокирани от тяхната практическа дейност. Така авторите поставят основите на една от разпространените научни концепции, на която се основава почти цялата емпирична литература в областта на опосредстваното и непряко травматизиране (Pearlman 1995).

McCann и Pearlman използват думата „vicarious“, изхождайки от идеята, че психотерапевтът може да преживее по опосредствен начин „аспектите или ефектите от травматичното събитие на своя пациент така, все едно се е случило на него самия“ (Rothschild 2006: 14). Тяхната цел е да дефинират вторичната травма като „комплексно взаимодействие между личност, ситуация и множество, обусловени от контекста“. Те свързват понятието с „кумулятивния, негативен трансформиращ ефект при работа с хора, преживели тежко травмиращи ги житейски събития“. Поставя се акцент върху промяната на вътрешните преживявания на самия специалист в резултат на емпатийния ангажимент спрямо материала на пациента (Pearlman 1995: 31). Травматичните съдържания се разбират като представи, добити

нагледно описателно и свързани най-често с насилие, жестокост, мъка, тежка загуба и фрустрация. Тук се има предвид основно усещането да бъдеш безпомощен свидетел на минали събития или на техни настоящи представни и словесни възстановки. Според нашите изследвани лица в професионалните взаимодействия със своя пациент психотерапевтът често остава с впечатлението, че е пряк наблюдател и участник в споделяните ситуации.

В настоящото изследване се потвърждава тезата, че в границите на работата с пациентите се провокират отделни компоненти, като самооценка, чувство за власт и контрол, доверие, очаквания, опасения, граници и др. Категорична е позицията, че психотерапевтичната практика е дейност, отнасяща се до най-голямата неопределеност – човека. В конкретни случаи усещането за предвидимост и сигурност в света може да се превърне в нещо нестабилно и съмнително за професионалиста. Вторичната травма възниква в резултат на много интензивен емпатиен отговор спрямо травматичния опит в материала на пациента. Възможно е да настъпят значителни промени в нагласата на специалиста, наподобяващи симптоматиката на човека, с когото работи.

Емпатийното присъствие е вид предпоставка за проявяването на разглеждания феномен. Първичната травма, която възприемаме и дефинираме като травмата на пациента, е напълно в състояние да „отключи“ вторичната, тази на специалиста (Saakvitne 1996). Травматизирането се случва по-рядко еднократно и изведнъж, а по-често – като процес в професионалното взаимодействие. По-голямата част от колегите валидизират промени, настъпващи особено в продължителното проследяване на техните случаи.

Друг факт и резултат от изследването са свързани с последващото влияние на травматизма не само върху професионалния, но и върху личния живот на изследваните. Начините, по които психотерапевтът може да бъде засегнат, са различни в зависимост от вътрешните и външните ресурси за справяне. Оказва се напълно допустимо помагащият да проведе само една среща със своя пациент, но да я преживее като изключително сериозно емоционално натоварване. Тази среща може да „докосне“ чувствителни аспекти от него, които по различни причини са активни или актуални в неговия психичен апарат. Травматичното събитие е възможно да го конфронтира със собственото му чувство на гняв и безпомощност, на фруст-

рация и негодувание, на срам и неудобство и т.н. Супервизията в подобни случаи е от изключително важно значение както по отношение ефективността на психотерапевтичния процес, така и от гледна точка на евентуална превантивна стратегия.

Някои специалисти споделят усещане за изчерпаност след извънредно натоварваща за тях психотерапевтична сесия. Ключови в този случай са, както емпатията, така и елементите в контекста на работата и тези в контекста на личността на специалиста. Емпатийното присъствие е изключително необходимо, но съществуват условия то да се превърне в „уязвим инструмент“ на психотерапията.

Рискът от вторична травма намалява, когато помагачият специалист е способен да разбира гледната точка на своя пациент, но и в същото време да се разграничи съзнателно от нея. Емпатията се свързва с преживяванията на психотерапевта по отношение на болката, страховете, мъката, страданието на другия. Опитът показва, че неспособността да се поддържат емоционални граници с останалите може да бъде предпоставка за вторичен травматизъм. Нагледно описваните насилие и ужас представят детайлни картини, които често са трудни за толериране. Те провокират именно границите и прага на поносимост. Явяват се предизвикателство пред личностния капацитет на психотерапевта. Той може да се почувства уплашен или ужасен, да изпита силен гняв или ярост, отвращение или уплаха. Възможно е да почувства вътрешно в себе си нуждата да се отдалечи сериозно от своя пациент.

Работата с голям брой случаи при изследваните специалисти също предполага съпровождане в много истории, житейски обстоятелства, често обвързани с рискове и заплахи. Някои от тези ситуации предизвикват психотерапевта в своя контрапренос да изпитва усещане за неадекватност или неефективност. Значително влияние върху контрапреносните чувства оказват социалната среда, общественият резонанс на определени събития, индивидуалните и културните различия и др. Неразрешената вътрешна конфликтност на специалиста се активизира допълнително от редица факти, „съживяващи“ собствени усети и акценти. Съдържанията на пациента често е възможно да кореспондират със симптоматика, спомени, болка и лични трудности у другия.

Вторичната травматизация като процес протича под формата на разнообразни симптоми у професионалиста. Тя е реакция със силни чувства. В нашето наблюдение и изследване най-честите са: мъка,

гняв и вина. В редица случаи защитните способности се оказват недостатъчни или недостатъчно ефективни, за да може психотерапевтът да се предпази и съхрани. Възможните отговори в голям брой от случаите са тревожни и депресивни декомпенсации. Може да наподобяват понякога симптоматиката на остра стресова реакция и на посттравматично стресово разстройство (PTSD). Те „докосват“ в зависимост от индивидуалните особености и стил.

Усещането за доверие или недоверие до голяма степен е в състояние да създаде преживяване за несигурност, зависимост и не свобода. Сред най-споделяните симптоми на физическо равнище са: изтощение, безсъние, главоболие, повишена податливост към вирусни заболявания, болки във врата и гърба, проблеми в храносмилателната система, дерматити, скърцане със зъби през нощта, сърцебиене, понижен или повишен апетит и др.



Фигура 1. *Разпределение на често срещаните симптоми*

Налице са и състояния като емоционална умора, емоционална анестезия, негативна оценка на собствените качества и особености, занижена самооценка, изразен депресивитет, повишена тревожност, чувство за безнадеждност, чувство на вина, цинизъм и др.



Фигура 2. *Разпределение на често срещаните емоционални симптоми*

Проявяват се и редица поведенчески промени от порядъка на повишена употреба на алкохол и цигари, гняв и раздразнителност в семейството и в работата, избягване на пациентите, прекомерно гледане на телевизия и на интернет сайтове, социална изолация, нарушена способност за вземане на решения, чувство на неразбиране и безпомощност при слушане на историите на пациентите, проблеми в личните взаимоотношения, сексуални дисфункции и др.

Посочени като по-рядко, но напълно възможни са също закъснения и отсъствия от работа, повишен брой конфликтни ситуации и взаимодействия, неспособност за оставане насаме за по-дълго време, безразличие, отхвърляне на емоционална и физическа близост, изолация от останалите, соматизации и др.

През 1976 г. в Калифорния Christina Maslach и Ayala Pines използват термина „burn out“ като характеристика на психологично състояние при здрави хора, които работят в емоционално напрегната професионална среда (Quitangon 2015). Предлага се разбирането, че „емоционалното изгаряне“ представлява сериозно лично изчерпване, когато специалистите се чувстват претоварени от проблемите на хората, с които работят. Изчерпването се отнася до промяната на собствените физически и психични ресурси.

Maslach описва burn out като синдром на емоционално и физическо изтощение и „изпепеляване“. При него се развиват отрицателна самооценка, негативна нагласа към работата и загуба на разбиране и съчувствие по отношение на пациентите. Състоянието не е липса на творчески потенциал, не е реакция на скука, а по-скоро е проблем, който възниква на фона на стреса, предизвикан от природата на помагането. Изтощението се свързва с големия брой от емоционално натоварващи и тревожещи ситуации. Физическото изтощение се характеризира с понижаване на енергията, с хронична умора и обща адинамия. Изтощението включва чувство за безпомощност, безнадеждност и загуба на смисъл. То е съпроводено с негативни нагласи към самия себе си, към работата и към живота като цяло. Нужно е да се добави и хроничната неудовлетвореност от практиката с хора, както и загубата на професионална мотивация.

Freudenberger нарича синдрома на емоционалното изгаряне „болест на свръхангажираността“. Той поставя акцент върху изхабяването, изразходването, изчерпването в резултат на прекомерно влагане на енергия и ресурси (Rothschild 2006). Според него обаче не всеки, работещ в рискована среда, под силно напрежение, е склонен към „прегаряне“. Възникването на синдрома зависи от разнородни личностни предиспозиции и равнище на справяне с вътрешно-психичната конфликтност.

Емоционалното изпепеляване се приема за своеобразен процес, хронично състояние, през което човек преминава в продължение на седмици, дни или дори години. Този процес започва много преди изненадващата, стряскаща поява на „внезапното пламване“. В него участват деформирани собствени и чужди констатации и възприятия. Помагачият е склонен да ги усеща изкривено. Възможно е в някои случаи да възникнат и деперсонализационно и дереализационно усещане. Всичко придобива негативни измерения. Личността изпада в състояние на отчуждение и безсилие.

За разлика от професионалното изпепеляване, вторичната травма има доста по-конкретни характеристики. При нея не е задължителен големият брой на случаите, нито прекомерното натоварване с работа и невъзможността за почивка. При burn out емоционалното изтощение се отнася до индивидуалното чувство за изразходен

ресурс и се разглежда като базисен фактор на синдрома. Появява се като следствие на свърхангажираността и високите изисквания и очаквания, които специалистът си поставя. То се характеризира с хронична умора, липса на енергия, отдръпване, безразличие, намалена загриженост към пациентите, пресищане от постоянното вживяване в чуждите проблеми и болки. Сред симптомите присъстват още: нежелание и липса на интерес към работата, преумора и чувство на досада при изпълнение на обичайните задължения, трудно съсредоточаване, раздразнителност, повишена склонност към конфликти, преобладаване на негативните емоции.

Емоционалното изтощение, причинено от вторичната травма, може да доведе до апатия и депресия у професионалиста, както и до редица психосоматични оплаквания. В някои случаи е съпроводено с кошмарни сънища и с друг вид нарушения на съня. То се преживява интензивно, но винаги протича в тясна връзка с конкретни събития и факти от чужда лична история.

Заклучение и изводи

Вторичната травма е подходящо да бъде разграничена от понятия и състояния като остра стресова реакция, посттравматично стресово разстройство, хронична умора и неудовлетвореност в работата. Като психичен феномен тя има специфики, които я доближават, но и я отделят, от разбирането за burn-out синдром. Свързана е винаги с конкретни съдържания в материала на пациента и най-вече с такива, които се интерпретират като особено провокативни, прекомерни, застрашаващи и фрустриращи. Процесът на вторична травматизация може да се осъществява постепенно и дискретно, но е в състояние да се случи и инцидентно, драматично и внезапно за психотерапевта. Супервизионната работа е важно да изиграе стабилизираща, коригираща и автономизираща роля.

На основата на проведените клинично наблюдение и изследване могат да бъдат предложени следните изводи:

1. Вторичната травма е събитие, реално застрашаващо психичното функциониране на психотерапевтите. Тя се провокира от практика с особено застрашаващи и фрустриращи елементи от съдържанията на пациента.

2. Вторичното травматизиране може да настъпи неусетно и дискретно, но и внезапно и драстично за специалиста. В състояние е да доведе до редица нежелани промени с водещо усещане за професионална и лична неефективност.

3. Супервизията като важна и значима практика е в състояние да изиграе важна, коригираща, превантивна, оптимизираща и структурираща роля в процесите на стабилизация.

4. Понятието „вторична травма“ следва да бъде разграничавано от други сходни психични състояния като burn-out синдром, остра стресова реакция, посттравматично стресово разстройство и др.

БИБЛИОГРАФИЯ

BIBLIOGRAPHY

1. Pearlman, L. A., Saakvitne, K. W. (1995) Trauma and the therapist. New York: W.W. Norton & Company.

2. Quitangon, G., Evces, M. R. (2015) Vicarious trauma and disaster mental health. New York.

3. Rothschild, B., Rand, M. (2006) Help for the helper. New York: W. W. Norton & Company.

4. Saakvitne, K. W., Pearlman, L. A. (1996) Transforming the pain. New York: W. W. Norton & Company.