

## ZASATĘPCZA TRAUMATYZACJA TERAPEUTY

Christine A. Courtois, Ph.D.

– NCP Clinical Newsletter 3(2): Spring 1993



tłum. Robert TULO Waśkiewicz

*"Kocham moją pracę, ale ostatnio odkryłam, że zakłóca ona moje życie osobiste. Mam koszmary związane z różnymi potwornościami, o jakich słyszę od moich klientów, że ich dotknęły; moje życie seksualne gdzieś się ulotniło, jestem stale poirytowana, mam rozproszoną uwagę, boję się o moje dzieci i mam tendencję do ich przesadnej ochrony. Nikomu nie potrafię już dłużej ufać. Nie wiem, co się stało i co się ze mną dzieje."*

Terapeutka

Wielu terapeutów, szczególnie tych, którzy leczą ofiary traumy, przechodzi pewne odmiany opisanego wyżej doświadczenia, rozpoznanego jako tzw. zastępcza traumatyzacja. Określenia tego po raz pierwszy użyli McCann and Pearlman (1990b), odnosząc się do „...przetwarzania konsekwencji psychologicznych wystawienia terapeuty na traumatyczne doświadczenia jego klientów. Każdy, kto pracuje z ofiarami urazów i nadużyć, może doświadczać znacznych, bolesnych i rozdzierających, skutków psychicznych, które utrzymują się przez miesiące, a nawet lata po przerwaniu pracy ze strauumatyzowanymi osobami.” (s.135). Zastępcza traumatyzacja nakłada się do pewnego stopnia na wypalenie, które zwykle oznacza reakcję na zbyt obciążającą, stresogenną i/lub niewynagradzającą sytuację pracy w zawodzie. Zawiera też elementy wspólne z przeciw-przeniesieniem, co generalnie oznacza aktywację nieświadomego materiału w psychice terapeuty, wywołaną dynamiką i materiałem jakie wnosi klient. Zastępcza traumatyzacja uważana jest za szczególny przypadek przeciwprzeniesienia, powodowany przez wystawienie na urazowy materiał leczonych osób. Chcę wyszczególnić najczęściej spotykane bodźce jakie do niej prowadzą i podać pewne sugestie na temat sposobów chronienia siebie i znajdowania pomocy.

Leczący syndrom PTSD specjaliści z dziedziny zdrowia psychicznego są coraz bardziej świadomi osobistego ryzyka, jakie niesie ta praca. Ofiary urazu ogólnie są trudną w leczeniu populacją, a w przypadku ofiar traumy długotrwałej i spowodowanej przez innych ludzi, współczynnik trudności jeszcze wzrasta. Dokonywana przez ludzi, umyślna, chroniczna i kumulująca się wiktymizacja - wszystkie te cechy odnajdujemy w przemocy domowej - wrzuca w sytuację zdrady, przymusu i zamętu zarówno nie posiadającą mocy sprawczej ofiarę, jak i tego, kto jej pomaga. Tak samo dzieje się w przypadku traumy wojennej, tortur, kryminalnych napadów, pogwałceń seksualnych i zabójstw.

Terapeuci mogą być dotknięci bezpośrednio tak naturą tych urazów, jak ich niezwyklejmi rozmiarami i charakterem. Szczególnie zaburzająco mogą działać te skutki urazu, które prowadzą do skrajnego wyczerpania chronicznymi skutkami zespołu stresu pourazowego i innymi ostrymi objawami. Historia poprzednich kontaktów pacjenta z lekarzami i psychiatrami, którzy nie rozpoznali traumy i/lub nie leczyli PTSD, też może rozstrajać terapeutę, gdyż powoduje złożone reakcje i jest dodatkowym obciążeniem dla ofiary. Wreszcie, silne

reakcje terapeuty często wywołuje sam proces leczenia, bazujący na jakości relacji terapeutycznej, stylu charakteru klienta, jego obronach, oporze, przeniesieniach, zasobach ego, itd., jak też powolny progres leczenia.

Leczenie traumy jest zazwyczaj dreszczowcem, który wymaga od terapeuty używania samego siebie i relacji z klientem do emocjonalnego zawierania, facylitacji rozładowań emocjonalnych i analizy wracającego materiału urazowego. Terapeuta musi wykazywać się tolerancją na nadużyciowe historie wiktylizacji i związane z nimi emocje, pozostając jednocześnie psychologicznie osiągalnym i wspierającym dla klientów. Przepracowywanie traumatycznego materiału oznacza też przełamywanie wzorców zaprzeczania, autodestrukcji i odrętwiania się, pracę nad zaakceptowaniem raniących faktów i zaznanych strat, odżałowywaniem, odreagowywaniem i wyprowadzaniem nowego sensu i znaczenia z dawnej wiktylizacji. Terapeuta angażujący się w leczenie ofiar traumy nadużyć musi być głęboko zaangażowany, jednak w ramach granic wyznaczonych etyką zawodową (Chu, 1988; Courtois, 1988).

Aby uporać się z reakcjami terapeuty na traumę klientów, jakie dotyczą jego „ja” oraz jego reakcje na innych, Mcann and Pearlman (1990a) zbudowali interaktywny model, teorię rozwoju konstruktywistycznego ja. Według tego modelu, wiktylizacja wpływa rozdzierająco na schematy, na których jednostka opiera jej stosunek do siebie, świata i innych. Autorzy wymieniają siedem takich szczególnie podatnych na zakłócenia przez traumę schematów. Są to: (1) ramy odniesienia do siebie i innych; (2) bezpieczeństwo; (3) zależność i zaufanie; (4) moc sprawcza; (5) poczucie własnej wartości; (6) niezależność; (7) intymność i bliskość. W procesie równoległym do leczonych ofiar, schemat funkcjonalny „ja” terapeuty może zostać zakłócony, prowadząc do zastępczej (poniesionej za klienta) lub wtórnej wiktylizacji. Wróciwszy na chwilę do cytatu otwierającego artykuł, możemy ujrzyć to rozdzieranie w kilku obszarach działania schematu ja-inni: koszmary (ramy odniesienia i poczucie bezpieczeństwa), funkcjonowanie seksualne (bliskość, zaufanie i bezpieczeństwo), poirytowanie (ramy odniesienia i poczucie bezpieczeństwa), lęk, nieufność, nadopiekuńczość wobec dzieci (poczucie bezpieczeństwa, zależność, niezależność i zaufanie).

Najlepiej, jeśli praca nad traumą nie jest prowadzona w izolacji. Ochrona siebie i wyrobienie odporności, by nie ulegać zastępczej wiktylizacji wymaga edukacji w zakresie syndromów urazowych i ich leczenia, stałego normalizowania reakcji, rozpoznawania wpływu tego materiału na osobiste wzorce, i wentylacji uczuć we wspierającym otoczeniu.

National Center for PTSD