

Władysław Sterna

POTENCJALNIE NEGATYWNY WPLYW PSYCHOTERAPII OSÓB Z TRAUMĄ NA TERAPEUTÓW

POTENTIAL NEGATIVE IMPACT OF PSYCHOTHERAPY OF TRAUMATIZED PEOPLE ON THERAPISTS

Praktyka prywatna

**vicarious trauma
psychotherapy of trauma**

Streszczenie

Podstawowym celem psychoterapii jest pomaganie innym w cierpieniu, którego doświadczają. Naturalnie większość publikacji koncentruje się na sposobach pomagania w możliwie najlepszy, profesjonalny sposób. Stosunkowo mało uwagi poświęca się wpływowi procesu pomagania na samego terapeutę, a zjawisko to może być wielorakie. Można doświadczyć pozytywnych zmian osobistych, takich jak zastępcza odporność lub zastępczy rozwój potraumatyczny. Niewiele jest publikacji w języku polskim na temat potencjalnie negatywnych skutków dla terapeuty: zmęczenie współczuciem (compassion fatigue); wypalenie zawodowe (professional burnout); wtórny stres traumatyczny (secondary traumatic stress) lub trauma zastępcza (vicarious trauma). W publikacji autor omawia potencjalnie negatywne konsekwencje prowadzenia terapii dla terapeuty, ze szczególnym uwzględnieniem traumy zastępczej, które mogą dotyczyć wielu terapeutów pracujących z osobami po traumie. Zarysowuje procesy zachodzące w umyśle terapeuty konfrontowania własnych przekonań na temat świata i potrzeb zaufania, bezpieczeństwa, niezależności, szacunku dla innych, poczucia siły i skuteczności oraz poszukiwania układu odniesienia dla doświadczeń z doświadczeniami pacjentów. Autor omawia także procesy zachodzące w mózgu terapeuty podczas terapii w układzie neuronów lustrzanych, ciele migdałowatym, układzie autonomicznym czy osi podwzgórze — przysadka — nadnercza. Świadomość tych zmian może być wstępem do kontrolowania i ograniczania ich wpływu na terapeutę.

Summary

The primary goal of psychotherapy is to help others with the suffering they are experiencing. Naturally, most publications are geared toward ways to help in the best possible, professional way. Relatively little attention is paid to the impact of the helping process on the therapist himself and this can be manifold. It is possible to experience positive personal changes like vicarious resilience or vicarious post-traumatic growth. There are few publications in Polish on the potentially negative effects on the therapist: compassion fatigue; professional burnout; secondary traumatic stress, or vicarious trauma. In this publication, the author discusses the potentially negative consequences of therapy provision for the therapist focusing in particular on vicarious trauma, which can affect many therapists working with traumatized individuals. He outlines the processes in the therapist's mind of confronting his own beliefs about the world and needs for trust, security, independence, respect for

others, a sense of power and efficacy, and the search for a frame of reference for experiences — with what his patients experience. The author also discusses the processes occurring in the therapist's brain during therapy in the mirror neuron system, the amygdala body, the autonomic system and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Awareness of these changes can be a prelude to controlling and limiting their impact on the therapist.

Wstęp

Codziennie jesteśmy świadkami cierpienia innych ludzi, które obserwujemy w TV, w parku, na ulicy oraz w gronie osób najbliższych. Wpływa ono na nasz umysł, emocje i ciało. Dla osób profesjonalnie zajmujących się pomocą innym, istnieje jeszcze jedno — oprócz codziennego — doświadczenie cierpienia. Pomagając innym, słuchając opowieści o przemocy, bólu, żalu i rozpaczając mając nadzieję, że ich troska, empatia i wiedza — pozwolą złagodzić cierpienie innych. Ich pomaganie ma jednak określone konsekwencje biologiczne, psychologiczne i interpersonalne dla nich samych. Dzięki pracy terapeuci mają możliwość pomagania w zmianie innym. Również sami mogą doświadczać pozytywnych zmian, takich jak choćby zastępczy wzrost pourazowy (*vicarious posttraumatic growth*) czy odporność zastępcza (*vicarious resilience*). Bardzo rzadko w piśmiennictwie polskim porusza się kwestie negatywnego wpływu procesu pomagania na samego pomagającego. W tym artykule autor chciałby zwrócić uwagę na potencjalnie negatywne konsekwencje pomagania dla osoby pomagającej, a w szczególności poświęcić uwagę traumie zastępczej.

Zmęczenie współczuciem

Zmęczenie współczuciem (*compassion fatigue, CF*) jest ogólnym terminem opisującym doświadczenie emocjonalnego i fizycznego zmęczenia, przeżywanego przez osoby empatycznie pomagające innym, którzy cierpią [1]. Zostało ono określone w 1992 r. [2] jako forma wypalenia, która „dotyka ludzi w zawodach związanych z opieką”. Zmęczenie współczuciem nie jest specyficzne dla pracy z traumą, mogą go doświadczać również osoby leczące inne populacje, np. osób chorych psychicznie. Jest ono definiowane jako zespół składający się z połączenia objawów wtórnego stresu traumatycznego i wypalenia zawodowego [3]. Termin ten nie jest jednoznaczny i w literaturze używany jest w różnych znaczeniach. W zależności od konceptualizacji, zmęczenie współczuciem może być opisywane jako zjawisko z dominującym wtórnym stresem traumatycznym (wywołanym przez konkretny przypadek, niepokojące wydarzenie) lub bardziej progresywnie i kumulatywnie (po narażeniu na wiele urazów doświadczonych przez innych). W odróżnieniu od wtórnego stresu traumatycznego, który jest natychmiastowy, zmęczenie współczuciem ma tendencję do kumulowania się w czasie. Jest ono częściej związane z erozją empatii [4], podczas gdy trauma zastępcza związana jest z istniejącą więzią empatyczną. Oba stany podobne są w poczuciu emocjonalnego wyczerpania, bezradności i izolacji. Podobnie jak wypalenie zawodowe, zmęczenie współczuciem jest reakcją na środowisko pracy i rolę zawodową, jednak jest mało prawdopodobne, że zmieni światopogląd osoby go przeżywającej na głębokim i osobistym poziomie [5].

Wypalenie zawodowe

Termin wypalenie zawodowe (*professional burnout*, PB) został wprowadzony przez Sobela [6], a następnie rozszerzony przez Freudenbergera, któremu przypisuje się napisanie pierwszej pracy na ten temat [7]. Jest to stan fizycznego, emocjonalnego, psychologicznego i duchowego wyczerpania, wynikający z przewlekłego narażenia na (lub praktykowania z) populacje (populacjami), które są wrażliwe lub cierpiące [8]. Stan ten nie zawiera ani nie naśladuje objawów PTSD [9], nie jest też specyficzny dla pracy z klientami, którzy doświadczyli traumy [10]. Wypalenie nie wpływa na schematy poznawcze dotyczące zaufania, kontroli, intymności, potrzeby szacunku, bezpieczeństwa i natrętnych wyobrażeń [11]. Najczęściej pojawia się u osób, które wybierając pracę kierowały się chęcią pomagania innym. Najważniejszym czynnikiem rozwoju wypalenia zawodowego jest wykonywanie pracy polegającej na służbie innym ludziom, która wiąże się z koniecznością tłumienia lub rutynowego okazywania współczucia, jak też ciągłego korzystania z empatii. Wypalenie zawodowe jest konstruktem wielowymiarowym z trzema odrębnymi zakresami:

1. Emocjonalnym wyczerpaniem, które pojawia się, gdy zasoby emocjonalne praktyka są wyczerpane przez ciągłe potrzeby, wymagania i oczekiwania klientów, przełożonych oraz organizacji [12].
2. Depersonalizacją (określaną również jako cynizm) — odnoszącą się do negatywnych, cynicznych lub oderwanych od rzeczywistości reakcji na współpracowników lub klientów oraz ich sytuacje. Obejmuje zmiany w myśleniu i uczuciach dotyczących praktyki, które mogą się pojawić w procesie wypalenia zawodowego.
3. Zmniejszeniem poczucia osobistych osiągnięć, którego doświadczają praktycy, czując się nieskuteczni w sytuacji, gdy klienci nie reagują na pomoc, mimo wysiłków, aby im pomóc. Ten zakres może się pojawić również jako odpowiedź na ograniczenia biurokratyczne i wymagania administracyjne.

Czynniki sprzyjające mogą występować na poziomie indywidualnym, organizacyjnym lub na poziomie klienta (mogą też występować w połączeniu) [13]: a) występują na poziomie indywidualnym (konfliktowe relacje ze współpracownikami; indywidualistyczny styl radzenia sobie; trudności w interakcji i zrozumieniu klientów); b) występują jako czynniki organizacyjne (zbyt duże obciążenie pracą; brak kontroli lub wpływu na politykę i procedury; niesprawiedliwość w strukturze organizacji i dyscyplinie; niskie wsparcie ze strony innych oraz słabe szkolenie); c) występują na poziomie klienta — np. bierność i niechęć dokonywania zmian.

Wtórny stres traumatyczny

Wtórny stres traumatyczny (*secondary traumatic stress*, STS) odnosi się do zachowań oraz emocji wynikających z wiedzy o traumatyzującym wydarzeniu, którego doświadczyła znacząca osoba (lub klient) oraz stresu wynikającego z pomagania lub chęci pomagania osobie dotkniętej traumą [14]. Wynika on z zaangażowania się w empatyczną relację z osobą cierpiącą z powodu traumatycznego doświadczenia i bycia świadkiem intensywnych lub przerażających przeżyć. Objawy STS mogą obejmować pełen zakres objawów

PTSD, takich jak: natrętne myśli; wspomnienia lub koszmary związane z traumą klienta; bezsenność, drażliwość lub wybuchy gniewu; zmęczenie i trudności z koncentracją; unikanie klientów i sytuacji z nimi związanych; nadwrażliwość lub reakcje wzbudzenia na bodźce przypominające o traumie klienta. W przeciwieństwie do traumy zastępczej, STS nie jest specyficzny dla pracowników opieki zdrowotnej i każdy, kto ma bliski kontakt z osobą, która przeżyła traumę, może go doświadczyć.

Trauma zastępcza — informacje ogólne

Termin trauma zastępcza (*vicarious trauma*, VT) odnosi się do procesu poznawczej zmiany wynikającej z długotrwałego, empatycznego zaangażowania w sprawy osób, które przeżyły traumę [15]. Terapeuci pracujący z osobami dotkniętymi traumami są nieustannie narażeni na historie zdrady, braku ochrony, naruszenia podstawowych potrzeb — bezpieczeństwa, opieki, zaufania, kontroli i szacunku. Empatyczna postawa, która jest niezbędna do wykonywania pracy, jest też kanałem transmisji doświadczenia z pacjenta na terapeuta. Została ona zdefiniowana w 1990 r. przez McCann i Pearlman [16], które założyły, że bezpośrednia praca terapeutyczna z osobami, które przeżyły traumę, może mieć transformacyjny wpływ na klinicystę. W 1995 r. definicja ta została doprecyzowana jako „przemiana w wewnętrznym doświadczeniu terapeuty, która następuje w wyniku empatycznego zaangażowania się w materiał traumatyczny klienta” [17]. Definicja ta do dziś jest określana jako użyteczna. Wskazuje się, że podstawowe jej składowe to: 1) empatyczne zaangażowanie w pracę z pacjentem, który doświadczył traumy i 2) głęboka zmiana poznawcza w wewnętrznej perspektywie terapeuty po dłuższej ekspozycji [18].

Terapeuci, tak jak inni ludzie, konstruują własną rzeczywistość i tworzą osobiste koncepcje na jej temat. Struktury te, a także schematy poznawcze, są zakłócane przez kontakt z traumatycznymi reakcjami klientów. Terapeuci empatyzują poznawczo, aby zrozumieć znaczenie i skutki traumatycznego doświadczenia, ale także empatyzują afektywnie i rzeczywiście odczuwają ból klienta. Taka ekspozycja na traumę innych stanowi wyzwanie dla własnych struktur poznawczych terapeuty. Prowadzi ona do wszechobecnej, trwającej dłużej, zmiany w jego wewnętrznym doświadczeniu, co odróżnia ją od wtórnego stresu traumatycznego i zmęczenia współczuciem. W traumie zastępczej kładzie się większy nacisk na wewnętrzne zmiany poznawcze niż na zewnętrzne zmiany behawioralne, występujące we wtórnym stresie potraumatycznym. Trauma zastępcza pojawia się stopniowo w czasie, naśladuje inne doświadczenia traumatyczne i powoduje trwałą zmianę w postrzeganiu świata.

Czy trauma zastępcza jest przeciwprzeniesieniem?

Freud [19] opisał przeciwprzeniesienie jako zjawisko powstające w lekarzu w wyniku wpływu pacjenta na jego nieświadome uczucia, wymagające od lekarza rozpoznania i przezwyciężenia tego przeciwprzeniesienia w sobie. Jest ono często doświadczane jako krótkotrwałe, wewnątrzsesyjne intruzje własnych obaw klinicysty [20]. Freudenberger i Robbins [21] piszą: [w terapii] „stare blizny i urazy terapeuty są ciągle na nowo ścierane”.

Corey [22] zdefiniował przeciwprzeniesienie jako proces dostrzegania siebie w kliencie, nadmiernego utożsamiania się z klientem lub zaspokajania potrzeb poprzez niego. Tak określone przeciwprzeniesienie dotyczyło pracy ze wszystkimi pacjentami. Herman [23] jest autorem terminu „traumatyczne przeciwprzeniesienie”, opisującego nieuniknione ryzyko słuchania przez terapeutów skoncentrowanych na traumie, którzy „z pewnością ożywią wszelkie osobiste traumatyczne doświadczenia”. W ten sposób terapeuta jest podatny na zranienie, a „trauma jest zaraźliwa”.

Wydaje się, że trauma zastępcza różni się jednak od przeciwprzeniesienia w kilku aspektach. Po pierwsze, trauma zastępcza jest pojęciem szerszym niż przeciwprzeniesienie, gdyż zakłada, że duża część poznawczego świata terapeuty zostaje zmieniona w wyniku kontaktu z wniesionym przez klienta materiałem traumatycznym. Po drugie, w traumie zastępczej dochodzi do kumulacji efektów i utrzymuje się ona również w życiu pozazawodowym terapeuty. Po trzecie, mimo podobnych doświadczeń emocjonalnych, przeciwprzeniesienie nie jest specyficznie związane z materiałem traumatycznym i raczej jest związane z interakcją z pacjentami. Po czwarte, trauma zastępcza odnosi się do skumulowanych skutków radzenia sobie z traumą klienta, podczas gdy przeciwprzeniesienie jest specyficzne dla poszczególnych klientów.

Trauma zastępcza — czynniki ryzyka

O wystąpieniu przejawów traumy zastępczej może decydować wiele elementów, ale najczęściej wymienianymi czynnikami ryzyka są: młody wiek terapeuty lub niedługi staż w zawodzie; niedostateczne wykształcenie; duża empatia poznawcza i emocjonalna; nieprzepracowane traumy z przeszłości; lękowy styl przywiązania; samopoświęcający się styl interpersonalny; nieodpowiedni nadzór i superwizja; niewspierające środowisko pracy i zbyt częsta praca z traumą.

Trauma zastępcza w umyśle terapeuty

Howarth dokonała przeglądu wiodących tematów dotyczących traumy zastępczej pojawiających się literaturze fachowej w latach 1990–2021 [24]. Zawarto w nim bogate informacje na jej temat, ale też wykazano w wielu wypadkach nachodzenie się różnych pojęć na siebie. Trauma zastępcza odnosi się do „wszechobecných i kumulatywnych” zmian w postrzeganiu świata, innych ludzi i nas samych z powodu powtarzającego się kontaktu z wszelkiego rodzaju traumatycznymi materiałami [27]. Objawy opisuje się jako kombinację fizycznych, behawioralnych i emocjonalnych zaburzeń powodujących zmiany w światopoglądzie i samoidentyfikacji osoby nią dotkniętej [25].

Pomimo licznych opisów traumy zastępczej w ostatnich latach, zdaniem autora, zmiany dotyczące terapeuty na skutek pracy z klientami doświadczającymi traumy najlepiej opisują McCann i Pearlman w artykule z 1999 r. [26]. Według ich założeń ludzie konstruują własną rzeczywistość poprzez rozwój złożonych struktur poznawczych, które są wykorzystywane do interpretowania zdarzeń. Struktury te ewoluują i wraz z upływem czasu i doświadczenia stają się coraz bardziej złożone. Schematy to przekonania, założenia i oczekiwania

dotyczące siebie i świata, które umożliwiają ludziom nadanie sensu ich doświadczeniu. Niektóre obejmują przekonania i założenia dotyczące przyczynowości, wiarygodności zmysłów, tożsamości i relacji z własnym światem.

Autorki zidentyfikowały osiem głównych zmian schematów, które leżą u podstaw traumy zastępczej:

1. **Zaufanie/zależność.** W pracy terapeuti narażeni są na wiedzę o wielu ludzkich sposobach oszukiwania, zdradzania i nadużywania zaufania innych (np. wobec dzieci). Niejednokrotnie narusza to ich schematy dotyczące zaufania — terapeuti mogą się stać podejrzliwi wobec innych ludzi, bardziej cyniczni lub nieufni, co może się manifestować choćby w ten sposób, że terapeuti będą się spodziewać najgorszych rzeczy po osobach ze świata klienta.
2. **Bezpieczeństwo.** Obrazy wiążące się z utratą bezpieczeństwa (np. groźby, zadana krzywda) mogą być szczególnie destrukcyjne, jeśli terapeuta sam ma jego silną potrzebę. Może on mocno identyfikować się z tym, czego doświadczyły ofiary i samemu tego się lękać (np. gwałtu), a także obawiać się swojej bezbronności oraz mieć nadmierną świadomość kruchości życia. Nie zawsze może to być doświadczone wprost, ale np. w postaci myśli i obrazów związanych z osobistą bezbronnością w wyniku np. śmierci bliskich.
3. **Moc i skuteczność w świecie.** Klienci, którzy stali się ofiarami, często znaleźli się w sytuacji skrajnej bezradności, bezbronności, a nawet paraliżu. Terapeuti, dla których moc i skuteczność są ważne, mogą być pod dużym wpływem bezsilności klientów, co może prowadzić do nakłaniania ich do podjęcia konkretnych działań, zamiast udzielania pomocy w zrozumieniu znaczenia ich reakcji. Terapeuti mogą też podejmować osobiste środki zaradcze, aby zwiększyć poczucie mocy i bezpieczeństwa — np. terapeuta pracujący z ofiarami gwałtu zapisuje się na kurs samoobrony. Terapeuti mogą fantazjować na temat ochrony swoich bliskich i fantazje te mogą się stawać coraz bardziej brutalne albo wręcz odwetowe. Jeśli potrzeba władzy jest zagrożona, mogą stawać się bardziej dominujący w sytuacjach społecznych i zawodowych. W innej wersji terapeuta może mieć zwiększoną świadomość tego, że kontrola nad niespodziewanymi wydarzeniami życiowymi jest iluzoryczna, a wszystko, o co się starał, może zostać w jednej chwili zniszczone i nie może temu zapobiec. W takich sytuacjach sam będzie doświadczał uczucia bezradności i rozpacz.
4. **Niezależność.** Osoby przeżywające traumę często doświadczają znacznych ograniczeń swojej niezależności. Dla terapeuty o silnej potrzebie autonomii identyfikacja z pacjentem, który stracił poczucie osobistej kontroli może być szczególnie bolesna.
5. **Szacunek do innych.** Szacunkiem obdarzamy tych, których postrzegamy jako jego godnych i życzliwych. Osoby doświadczające traumatycznych wydarzeń często doświadczają zmniejszenia szacunku do innych i do ludzi w ogóle. Poglądy terapeuty na naturę ludzką mogą stać się bardziej cyniczne lub pesymistyczne z powodu rozbieżności między pozytywnymi schematami dotyczącymi ludzi a rzeczywistością doświadczaną przez pacjentów. Terapeuta może doświadczać goryczy i złości na innych ludzi oraz na świat, co wiąże się z utratą postawy idealizmu.
6. **Alienacja.** Ofiary traumy często doświadczają głębokiego poczucia alienacji. Podobnie terapeuti mogą się czuć wyobcowani, co wynika z ekspozycji na przerażające obrazy

i okrutną rzeczywistość. Może to być wzmacniane przez innych: „jak ty możesz na co dzień słuchać takich rzeczy?”. Tak jak ofiara czuje się napiętnowana, tak terapeuta może doświadczać nieprzyjemnego poczucia oddzielenia od rodziny, przyjaciół czy współpracowników. Alienację od bliskich potęguje konieczność zachowania poufności materiału terapeutycznego, co stoi oczywiście na przeszkodzie poczuciu więzi i gdy nie jest kontrolowane, może się przerodzić w głębokie poczucie wyobcowania.

7. **Punkt odniesienia dla znaczącego doświadczenia.** Potrzeba stworzenia punktu odniesienia do tego, czego się doświadcza, jest podstawową potrzebą człowieka. Osoby dotknięte skrajnie trudnym doświadczeniem często zadają sobie pytanie, dlaczego im się ono przydarzyło? Podobnie terapeuci, aby domknąć schemat przyczynowości, mogą próbować zrozumieć, dlaczego dana osoba doświadczyła traumatycznego wydarzenia, Terapeuta w ten sposób może stać się bardziej zainteresowany przyczynami zdarzenia niż np. doświadczeniem klientki — i skupiać się na motywach sprawy. Bardziej subtelna zmiana w tym schemacie pojawia się, gdy schematy terapeutów są stale podważane przez doświadczenia pacjentów — mogą stać się coraz bardziej zdezorientowani i odczuwać wszechobecny niepokój.
8. **Zmiany w systemie pamięci.** Terapeuci mogą doświadczać traumatycznych wyobrażeń treści klientów w postaci powracających fragmentów (bez kontekstu i znaczenia) w postaci retrospekcji, snów lub natrętnych myśli. Obrazy te mogą być aktywizowane przez wcześniej neutralne bodźce, skojarzone ze wspomnieniami pacjentów. Mogą być one tak żywe i potężne, że będą uznane za własne wspomnienia terapeuty i mogą zostać włączone do jego systemu pamięci. Doświadczenia te koncentrują się wokół najważniejszych schematów terapeuty. I tak terapeuta, dla którego ważne jest bezpieczeństwo, będzie przywoływał obrazy związane z zagrożeniem i osobistą bezbronnością. Inny, dla którego bardziej centralne jest poczucie własnej wartości, może się skupić na obrazach związanych z degradacją i okrucieństwem doświadczanym z rąk innych. Takie doświadczenia tworzą tymczasowy stan nierównowagi, gdyż schematy się dostosowują lub zmieniają. Wspomnienia (zarówno te wyobrazeniowe, jak i werbalne) powodują zmiany w schematach, ponieważ te dostosowują się do nowych realiów. Zakłócenia w systemie wyobrazeniowym wiążą się również z silnymi emocjami, np. smutku, niepokoju, złości. Terapeuci mogą także uruchamiać zaprzeczanie lub emocjonalne odrętwienie, gdy nie są w stanie przetworzyć emocji.

Trauma zastępcza w mózgu terapeuty

Terapeuci, uważnie słuchając historii traumy pacjenta, wyobrażają sobie, jak wyglądało (wygląda) to doświadczenie dla klienta i starają się zapewnić mu środowisko podtrzymujące i powstrzymujące silne uczucia [27]. Można zatem założyć, że kiedy terapeuta jest empatycznie zaangażowany w doświadczenie traumy klienta, wiele z procesów neurobiologicznych zachodzących u pacjenta będzie podobnie aktywowanych u terapeuty [28]. Ich działanie nie zawsze jest przetwarzane przez wyższe ośrodki nerwowe.

1. **Układ neuronów lustrzanych.** Badania wskazują, że obszar mózgu, który jest aktywowany przez własne emocje, jest również aktywny, gdy patrzymy na inną osobę odczu-

wającą te same emocje [29]. Neurony, które aktywują się w odpowiedzi na obserwację działań lub emocji innych nazwano „neuronami lustrzanymi”. Są one aktywizowane nie tylko wtedy, gdy oceniamy działania innych, ale także gdy przetwarzamy cudze doświadczenia, doznania lub emocje [30]. Zatem dobry terapeuta staje się podłączony do swoich pacjentów poprzez rezonans empatyczny — identyfikując i odczuwając ich lęk, niepokój i smutek — staje się podatny na traumę zastępczą. Odkryto, że osoby z wyższymi wynikami w przyjmowaniu perspektywy innych, miały silniejszy system słuchowych neuronów lustrzanych [31]. Oznacza to, że osoby z większymi zdolnościami empatyzowania (silniejszym systemem neuronów lustrzanych) mogą być bardziej podatne na traumę zastępczą.

2. **Ciało migdałowe.** Dostarcza ono informacji do podwzgórza, które uruchamia neuroendokrynną autonomiczną reakcję, jak zwiększone tętno, ciśnienie krwi i reakcje obronne [32]. System ten omija myślenie i pozwala na szybkie, instynktowne reakcje w sytuacji zagrożenia. W kontekście terapeutycznym, brak przetworzenia poznawczego w tej reakcji na stres może powodować reakcję nieświadomą. Dodatkowo nadaktywność ciała migdałowego jest związana z takimi objawami, jak drażliwość, złość i wzbudzona czujność, które są problemami w traumie zastępczej.
3. **Układ autonomiczny.** Składa się z układów: współczulnego i przywspółczulnego. Ich zadaniem jest regulacja wewnętrznego stanu organizmu oraz utrzymanie homeostazy. Promują one przetrwanie. Układ współczulny jest aktywowany przez ciało migdałowe w warunkach stresu, aby zwiększyć produkcję energii jako odpowiedź na zagrożenie. Układ przywspółczulny hamuje lub „obniża regulację” systemu współczulnego. Optymalne funkcjonowanie systemu to płynna oscylacja. Kiedy terapeuta empatycznie słucha o traumie pacjenta, jego układ współczulny jest aktywowany, powodując nadmiernie wzbudzoną czujność. Może również wzbudzać u terapeuty reakcję „walki” (agresja) lub „ucieczki” (strach/unikanie) — jako odpowiedź na przetwarzanie materiału traumatycznego. W reakcji „walki” terapeuta może przyjąć nieświadome krytyczne, wrogie lub karzące podejście do pacjenta. W przypadku reakcji „ucieczki” terapeuta może opóźnić własne procesy decyzyjne i unikać trudnych kwestii [33]. Układ przywspółczulny hamuje emocjonalne i behawioralne reakcje na stres przez hamowanie układu współczulnego oraz spadek wydajności metabolicznej. Może on być odpowiedzialny za „zamrożenie” lub reakcje dysocjacyjne widoczne u osób, które doświadczyły traumy. Może mieć również związek z pojawieniem się dystansowania wobec pracy terapeuty, która staje się powierzchowna lub proceduralna, co jest powszechnie wymienianym objawem traumy zastępczej. Kiedy ten mechanizm obronny wzbudzany jest wielokrotnie, może powodować odrętwienie emocjonalne. Praca układu autonomicznego może sprawiać, że z jednej strony terapeuci mogą być nadmiernie wzbudzani (układ współczulny), a z drugiej nadmiernie regulowani, aż do punktu dysocjacji (przywspółczulny). Schore [34] nazwał to jednoczesne pobudzenie układu współczulnego i przywspółczulnego jako „jednoczesną jazdę na gazie i hamulcu”. Autorzy przypuszczają, że autonomiczny układ nerwowy nie jest przystosowany do długotrwałego znoszenia obciążeń i z tego po części może wynikać znaczne zmęczenie po sesji pracy z traumą.
4. **Hipokamp.** Przetwarza informacje i treści pamięci jawnej oraz przekazuje je do kory przedczołowej. Porównuje napływające dane z przechowanymi doświadczeniami — u te-

rapeutów, którzy doświadczyli traumy we własnym życiu, proces „rozpalania” może skutkować większą szybkością i intensywnością reakcji na traumę pacjenta [35]. Zwiększone uwalnianie noradrenaliny i kortyzolu hamuje poznawczą ocenę doświadczeń, zakłócając przechowywanie pamięci. W warunkach stresu wspomnienia przechowywane są jako doznania somatyczne i obrazy wizualne [36]. Terapeuci po traumie często zgłaszają, że nie pamiętają historii klienta lub zapominają jej duże fragmenty. Poza tym historia traumy pacjenta może „obudzić własne wspomnienia terapeuty i wynikające z nich silne uczucia”. W badaniach przeprowadzonych wśród terapeutów prawie wszyscy zgłosili, że doświadczyli wizualnych wyobrażeń traumatycznych przeżyć swoich klientów i czują, że te wyobrażenia pozostaną z nimi na zawsze [37].

5. **Oś podwzgórze — przysadka — nadnercza.** Podwzgórze w odpowiedzi na stres uwalnia kortykotropinę (CRH), która stymuluje uwalnianie beta-endorfiny i hormonu adrenokortykotropowego (ACTH) z przysadki mózgowej. Beta-endorfina wywołuje analgezę i może zmniejszyć ból fizyczny lub emocjonalny związany z traumą. To wykorzystanie układu opioidowego może częściowo wyjaśniać objawy unikania i odrętwienia w traumie zastępczej. Nadnercza w odpowiedzi na stymulację przysadki wytwarzają kortyzol — pod jego wpływem mózg może być uwrażliwiony na bodźce psychicznie zagrażające, co promuje przetrwanie. Z upływem czasu, poprzez mechanizm „rozpalenia” osoby, które doświadczyły traumy są bardziej skłonne do intensywnej i szybkiej reakcji na zagrożenie. Mechanizm rozpalania może tłumaczyć to, iż terapeuci, którzy wcześniej przeżyli traumę, są bardziej podatni na traumę zastępczą. Podwyższony poziom kortyzolu poprawia wspomnienia emocjonalne, co pozwala zapamiętać i unikać sytuacji zagrażających, może też prowadzić do nadmiernej generalizacji negatywnych doświadczeń, które nie są zagrażające. Być może to przyczynia się do zmian poznawczych obserwowanych u terapeutów w traumie zastępczej. Z drugiej strony przewlekła nadmierna aktywacja kortyzolu skutkuje sprzężeniem zwrotnym ujemnym w HPA i hipokortyzolemią — pojawiają się wtedy reakcje dysocjacyjne lub odrętwienie — utrzymują one treści doświadczeń poza świadomością. Dla terapeuty może być to problemowe, ponieważ bez świadomego dostępu do bolesnego materiału, jest on mniej zdolny do poznawczego przetwarzania surowych afektów. Nieprzetworzone afekty czynią go też bardziej podatnym na rozwój takich objawów, jak natrętne myśli lub obawy dotyczące klienta.
6. **Półkule mózgowe.** Dobre funkcjonowanie zależy od poziomej integracji obu półkul za pomocą ciała modzelowatego. U osób z traumą jest ona zaburzona: albo pacjenci doświadczają surowych emocji bez korzyści mediacji poznawczej, albo zdystansowanego stanu logicznego bez korzyści ze świadomości emocjonalnej. Terapeuta nie tylko słucha pacjenta, ale też na poziomie przedświadomym rejestruje stany afektywne pacjenta i jego własne reakcje cieleśne. Doświadcza własnych intensywnych afektów związanych z tymi wzorcami relacyjnymi poprzez przeciwprzeniesienie. Jeśli u pacjenta zaburzona jest konsekwentnie relacja między półkulami, może się to przyczynić do potencjalnie negatywnych wyników pracy z traumą.

Podsumowując pracę mózgu terapeuty w trakcie pracy z traumą klienta można stwierdzić, że:

1. Neurony lustrane terapeutów aktywują się w odpowiedzi na stany afektywne klienta, gdy empatycznie zanurza się on w historię traumy.
2. Ciało migdałowe daje sygnał autonomicznemu układowi nerwowemu, aby reagował w sposób: „walcz lub uciekaj” albo „zamróż”.
3. Kiedy podtrzymywane jest jednak empatyczne połączenie, układ współczulny i przywspółczulny działają w sprzeczności ze sobą.
4. Dysregulacja między prawą a lewą półkulą mózgu pacjenta potencjalnie wzmacnia dysregulacje u terapeuty, tworząc niepokojące wspomnienia wizualne lub hamując pamięć.
5. Wysoki poziom kortyzolu może dodatkowo nasilić tę reakcję emocjonalną.
6. Terapeuta wykorzystuje swój afekt do regulacji, która rozwija się już we wczesnym okresie życia jako konsekwencja zdolności do przywiązania. W zależności od osobistej historii terapeuty, regulacja ta będzie mniej lub bardziej skuteczna.
7. Aby utrzymać równowagę terapeuta może używać głównych środków obronnych, takich jak zaprzeczanie i dysocjacje, aby poradzić sobie z przeciążeniem emocjonalnym.
8. Empatia jest głównym przewodnikiem dla rozwoju traumy zastępczej i wtórnego stresu traumatycznego, co stwarza ryzyko ich pojawienia się dla wszystkich terapeutów pracujących z traumą.

Podsumowanie

Jak omówiono powyżej, praca z traumą klienta może nieść dla terapeuty ryzyko niekorzystnej zmiany osobistej. Świadomość jego istnienia jest niezbędnym elementem wdrożenia odpowiednich strategii zaradczych — zwłaszcza zapobiegania i praktyki samoopieki. Ich omówienie przekracza jednak ramy niniejszej publikacji. W bardzo ciekawej pracy z 2021 r. [38] oznaczono poziom kortyzolu przed sesją i po sesji u pacjentów, a także u terapeutów. Po sesjach pacjenci wypełniali odpowiednie skale wpływu sesji na ich samopoczucie. Okazało się, że moderujący wpływ na wynik sesji miał jedynie poziom kortyzolu u terapeuty. Sesja była uznawana przez pacjenta za udaną tylko wtedy, gdy następował po niej wzrost kortyzolu zarówno u pacjenta, jak i u terapeuty, a za nieudaną, gdy u pacjenta następował wzrost kortyzolu, a u terapeuty spadek. Oznacza to, że terapeuci nieuchronnie narażeni są na pracę w warunkach stresu i należy poszukiwać sposobów utrzymywania go na optymalnym poziomie.

Na koniec warto również wspomnieć, że terapeuci, dzięki pracy z traumą klientów, mogą również doświadczać jej pozytywnych efektów, nabywając odporność zastępczą (*vicarious resilience*) lub doświadczać zastępczego wzrostu potraumatycznego (*vicarious posttraumatic growth*). Zmiana ta zachodzi w wielu wymiarach, takich jak: zwiększenie uważności na narrację pacjentów o traumie; zmiana w celach i perspektywach życiowych; większa samoświadomość i praktyka dbania o siebie; nadzieja inspirowana przez klientów; większe uznanie dla duchowości klientów jako zasobu terapeutycznego; większa świadomość władzy w stosunku do pozycji społecznej czy też większa zdolność do zaradności.

Powyższe bardzo ważne zmiany zostaną omówione w następnych publikacjach.

Piśmiennictwo

1. Figley CR. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge, 2020.
2. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing* 1992; 22: 116–21.
3. Boscarino A. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *Am. J. Orthopsychiatry* 2006; 76(1): 103–108.
4. Kadambi MA, Ennis L. Reconsidering vicarious trauma: A review of the literature and its' limitations. *J. Trauma Pract.* 2004; 3(2): 1–21.
5. Isobel S, Thomas M. Vicarious trauma and nursing: an integrative review. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2022; 31: 247–259.
6. Sobel R. The „old sergeant” syndrome. *Psychiatry* 1947; 10: 315–321.
7. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J. Soc. Iss.* 1974; 30: 159–65.
8. Pines A, Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press; 1998.
9. Jimenez RR, Andersen S, Song H, Townsend Ch. Vicarious trauma in mental health care providers. *J. Interprofessional Educ. Pract.* 2021; 24.
10. Sansbury B, Graves K, Scott W. Managing traumatic stress responses among clinicians: individual and organizational tools for self-care. *Trauma* 2015; 17: 114–122.
11. Trippany RL, Kress WVE, Wilcoxon SA. Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *J. Couns. Dev.* 2004; 82: 31–37.
12. Lloyd Ch, Król R, Chenoweth L. Social work, stress and burnout: A review. *J. Ment. Health* 2009; 11(3): 255–265.
13. Barak MEM, Nissly AL. Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from the past research? A review and metaanalysis. *Soc. Serv. Rev.* 2001; 75(4): 625–661.
14. Figley CR. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. Psychol. Press; 1995.
15. Pearlman LA. Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. W: Hundall Stamm B, red. *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore: Sidram Press; 1999.
16. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understand the psychological effects of working with victims. *J. Traum. Stress* 1990; 3: 131–149.
17. Pearlman LA, Saakvitne KW. *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, NY: W. W. Norton; 1995.
18. Kennedy S, Booth R. Vicarious trauma in nursing professionals: a concept analysis. *Nurs. Forum* 2022; 57: 893–897.
19. Freud S. *The future prospects of psycho-analytic therapy: collected papers*. London: Hogarth Press; 1910.
20. Harrison RL, Westwood MJ. Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practice. *Psychol. Psychother. Theory Res.* 2009; 46: 203–219.
21. Freudenberger H, Robbins A. The hazards of being a psychoanalyst. *Psychoanal. Rev.* 1979; 66(2): 275–296.
22. Corey GF. *Theory and practice of counseling psychotherapy*. Belmont CA: Brooks Cole; 1991.
23. Herman J. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books; 1992.
24. Howarth A. A systematic literature review: exploring evolving and emerging themes in vicarious trauma research from 1990 to 2021. *Austr. Couns. Res. J.* 2021; 15(2): 1–13.

25. Fohring S. The risks and rewards of researching victims of crime. *Methodol. Innov.* 2020; 13(2): 1–11.
26. McCann L, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. W: Horowitz MJ, red. *Essential papers on posttraumatic stress disorder*. New York: New York University Press, 1999, s. 498–517.
27. Applegate JS, Shapiro JR. Cognitive neuroscience, neurobiology and affect regulation: Implications for clinical social work. *Clin. Soc. Work J.* 2005; 28: 9–21.
28. Rasmussen B, Bliss S. Beneath the surface: An exploration of neurobiological alterations in therapists working with trauma. *Smith Coll. Stud. Soc. Work.* 2014, 84: 332–349.
29. Corradini A, Antonietti A. Mirror neurons and their function in cognitively understood empathy. *Conscious. Cogn.* 2013; 22(3): 1152–1161.
30. Buccino G, Amore M. Mirror neurons and the understanding of behavioral symptoms in psychiatric disorders. *Curr. Opin. Psychiatry* 2008; 21(3): 281–285.
31. Gazzola V, Aziz-Zadeh L, Keysers, C. Empathy and the somatotopic auditory mirror system in humans. *Curr. Biol.* 2006; 16: 1824–1829.
32. Cozolino L. *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain (2nd ed.)*. New York, NY: W. W. Norton; 2010.
33. Tyler TA. The limbic model of systemic trauma. *J. Soc. Work Pract.* 2012; 26(1): 125–138.
34. Schore AN. *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: W. W. Norton; 2003.
35. Mead HK, Beauchaine TP, Shannon KE. Neurobiological adaptations to violence across development. *Dev. Psychopathol.* 2010; 22: 1–22.
36. Miehl D. *Neurobiology and clinical social work*. W: Brandell JR, red. *Theory and practice in clinical social work (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
37. Iliffe G, Steed LG. Exploring the counselor’s experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *J. Inter. Viol.* 2000, 15: 393–412.
38. Levi E, Fischer S, Fisher H, Admon R, Zilcha-Mano S. Patient and therapist in-session cortisol as predictor of post-session patient reported affect. *Brain Sci.* 2021; 11: 1483; <https://doi.org/10.3390/brainsci11111483> [dostęp: 04.05.2023 r.].
39. Killian K, Hernandez-Wolfe P, Engstrom D, Gangsei D. Development of the vicarious resilience scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychol. Trauma* 2017, 9(1): 23–31.

Adres: wladyslawsterna@gmail.com