

UNIVERZITET U SARAJEVU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

**SAVREMENE SPOZNAJE O UTICAJU RADA SA TRAUMATIZIRANIM
KLIJENTIMA NA PSIHOTERAPEUTE**

Završni magistarski rad

MENTORICA:

Prof.dr. Enedina Hasanbegović-Anić

STUDENTICA:

Maida Sendić

Sarajevo, 2023. godine

*Mojim roditeljima, Mirsadi i Senadu,
koji su moja bezuvjetna podrška pri svakom mom koraku.*

Sažetak

Cilj rada je ponuditi sveobuhvatan pregled literature o utjecaju rada sa traumatiziranim klijentima na psihoterapeute. Činjenica je da se psihoterapeuti u radu sa klijentima koji su doživjeli traumu suočavaju sa različitim izazovima, zbog čega je od velikog značaja potpuna uključenost psihoterapeuta u sam tok psihoterapijskog procesa. Međutim, psihoterapeuti koji se svakodnevno susreću sa traumatiziranim klijentima, mogu imati negativne posljedice u profesionalnom i privatnom okruženju. U kontekstu različitih perspektiva i pregleda savremenih teorija i istraživanja na održavanje rada psihoterapeuta s traumatiziranim klijentima izdvaja se sekundarni traumatski stres, vikarijska traumatizacija i profesionalno sagorijevanje. Rad s traumatiziranim klijentima može imati i pozitivne učinke na psihoterapeuta ukoliko klijenti dožive rast i razvoj tijekom terapije. Vrlo često psihoterapeuti, u radu na psihološkoj traumi, uz svoje klijente i njihov rast i razvoj, mogu iskusiti i lični razvoj. Važno je da psihoterapeuti poznaju strategije koje mogu olakšati njihov profesionalni rad i smanjiti stres u radnom okruženju, da budu upoznati s etičkim načelima i uključeni u superviziju koja je od posebnog značaja za stručno usavršavanje i podršku.

Ključne riječi: psihoterapija, trauma, sekundarni traumatski stres, supervizija.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. GLAVNA OBILJEŽJA PSIHOTERAPIJE	3
3. PSIHOLOŠKI TRETMAN TRAUME	5
4. NEGATIVNE POSLJEDICE U RADU NA TRAUMI ZA PSIHOTERAPEUTE.....	8
4.1. Sekundarni traumatski stres	9
4.2. Vikarijska traumatizacija.....	10
4.3. Empatijski zamor.....	13
4.4. Profesionalno sagorijevanje	14
4.5. Viktimizacija psihoterapeuta	17
4.6. Problemi mentalnog zdravlja kod psihoterapeuta	18
5. POZITIVNI UČINICI U RADU NA TRAUMI	20
5.1. Pozitivni učinci vikarijske traumatizacije	21
6. PODRŠKA I SAMOPODRŠKA ZA PSIHOTERAPEUTE.....	24
6.1. Supervizija.....	26
7. ZAKLJUČCI.....	29
8. LITERATURA.....	31

1. UVOD

Psihološka trauma se može manifestirati kroz više različitih oblika, a posljedice koje ostavlja su izuzetno kompleksne, ne samo za pojedinca koji je doživljava, već i za cijelu okolinu. Zbog toga je rad psihoterapeuta sa osobama koje su doživjele traumu izuzetno kompleksan i izazovan, te zahtjeva posjedovanje iznimnog iskustva. Neki od oblika traumatskih iskustava klijenata sa kojim se psihoterapeuti svakodnevno susreću uključuju fizičke napade, silovanja, mučenja, zločine iz mržnje, incesta, pucnjave, te emocionalnu okrutnost. Termin sekundarna trauma su prvi uveli McCann i Pearlman (1990, prema Ringle i Brandell, 2011). Od tada pa do danas pažnja je više usmjerena na psihoterapeute i na ono šta se sa njima događa tokom rada sa klijentima koji su preživjeli traumu. Osim spoznaje o psihološkim posljedicama jednako je važna spoznaja usmjerena na posljedice koje psihoterapeut doživljava u radu sa klijentima koji su proživjeli traumatsko iskustvo, jer one mogu biti razorne i bolne za pomagače, te mogu trajati mjesecima, pa čak i godinama nakon rada sa traumatiziranom osobom. Ovaj proces se naziva *vikarijska traumatizacija* (McCann i Pearlman, 1990).

Tokom rada sa klijentima koji su doživjeli traumatsko iskustvo, kod terapeuta se mogu pojaviti isti simptomi traumatskog stresnog poremećaja koji su prisutni kod njihovih klijenata. Simptomi koji se javljaju mogu obuhvatati nametljive misli, slike, bolne emocionalne reakcije, emocionalno povlačenje, strah, napetost, te promjene u osjećaju lične sigurnosti i povjerenja u druge. Posljedično se javljaju i određene promjene u nekoliko područja, uključujući samopoimanje, regulaciju emocija, ukupni potencijal ega, odnosno unutarne mogućnosti koje pojedinac koristi za navigaciju međuljudskih odnosa i zadovoljavanja svojih psiholoških potreba u području lične sigurnosti, povjerenja, poštovanja, intimnosti i kontrole, te u osjetilnom sistemu, sistemu pamćenja i tjelesnih osjetila (Ringle i Brandell, 2011).

Zbog svega navedenog, važno je da psihoterapeut poznaje strategije koje mu mogu pomoći u profesionalnom radu. Pet specifičnih strategija, koje mogu pomoći u smanjenju štetnih efekata sekundarne traume su: tehnika samozbirnjivanja, neformalna podrška, formalna podrška, edukacije i postavljanje realnih ciljeva (Badger, 2001).

Psihoterapeut jeste uvijek u službi klijenta i njegovih interesa, međutim, u psihoterapiji se događa da taj proces može imati i pozitivni psihološki utjecaj na profesionalni i lični razvoj samog

psihoterapeuta. Upravo želja za otkrivanjem i razumijevanjem psihičkog života, kao i želja za pomaganjem ljudima da se suoče sa traumama i teškoćama je psihološka dobit za psihoterapeuta koja prevazilazi teškoće posla i rizika koji on nosi (Srna, 2012). Stoga, rad sa traumatiziranim klijentima često može biti i korisno terapeutsko iskustvo. Upravo takav oblik rada za stručnjake iz ovog područja može imati i pozitivne posljedice te utjecati na njihov lični rast i razvoj (Linley i Joseph, 2007).

U skladu s navedenim, cilj ovog rada je prikazati savremene spoznaje o uticaju rada sa traumatiziranim klijentima na psihoterapeute.

Na osnovu teorijskih razmatranja i rezultata empirijskih istraživanja, u ovom radu pokušat će se odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Zbog čega je sa traumatiziranim klijentima izazovan za psihoterapeute?
2. Koje su sve negativne posljedice sekundarne traume na psihoterapeute?
3. Koje su sve pozitivne posljedice sekundarne traume na psihoterapeute?
4. Kako se psihoterapeuti mogu zaštititi od sekundarnog traumatskog stresa, empatijskog zamora, vikarijske traumatizacije i sagorijevanja na poslu?

2. GLAVNA OBILJEŽJA PSIHOTERAPIJE

U svjetlu savremenih otkrića utjelovljenih u psihoanalizi i biheviorizmu početkom 20. stoljeća, briga o mentalnom i fizičkom zdravlju u okviru psihoterapije postala je od vitalnog značaja (Hersen i Sledge, 2002). Prije Freuda, psihoterapeuti su često bili autoritarni i didaktični. Sam Freud je u početku svog rada koristio liječenje hipnozom – tretman u kojem je terapeut više pasivan i povučen u odnosu na klijenta. On nije napustio hipnozu sve do 1896. godine, ali je od 1892. godine postepeno počeo da mijenja svoje tehnike. Sve manje je poticao klijente da se prisjete zaboravljenih sjećanja, a sve više je počeo da uvodi tehniku slobodnih asocijacija. To je dovelo do toga da klijent igra sve veću ulogu u terapiji i preuzima vodstvo, pa se uporedo s tim mijenja i uloga terapeuta. Upravo ova promjena odnosa terapeut-klijent se može smatrati jednim od najvećih Freudovih doprinosa (Storr, 2012).

Kroz historiju, značenje psihoterapije se mijenjalo. Tako se u četrdesetim godinama prošlog stoljeća ona posmatrala isključivo kroz medicinski model te je uključivala određene postupke, kao što su inzulinska koma, elektrošokovi i lobotomija. Međutim, danas se savremeno značenje psihoterapije ogleda kroz liječenje psihološkim utjecajem. Savremena psihoterapija obuhvata područja intrapersonalnog, interpersonalnog, socijalno područje te različite procese, poput učenja i ličnog razvoja. Psihoterapija je danas djelatnost koja se bavi ne samo pojedincima kod kojih se manifestira određeni psihički poremećaj, nego i onima koji su u riziku od razvoja psihopatologije, ali također i drugima iz zdrave populacije (Srna, 2012).

Budući da individualna psihoterapija ovisi o interakciji između dvije osobe, psihoterapeuta i klijenta, kao i njihovih osobnosti i karakteristika, važno je da razumijemo kakava je osobnost psihoterapeuta potrebna ukoliko želi biti uspješan u svome radu. Prije svega, važno je da je on zainteresovan za ljude i njihovo ponašanje (Storr, 2012). Savremena individualna psihoterapija stavlja naglasak upravo na važnost terapeuta u odbacivanju svoje stereotipne uloge i podsticanju prisutnosti u odnosu na klijenta. Upravo takav odnos može omogućiti klijentu da doživljava rast i razvoj. Važno je da psihoterapijski proces razumijemo i kao proces u koji terapeut donosi svoje vlastite reakcije i životne vrijednosti, odnosno, ne skriva se iza svoje profesionalne uloge, jer ukoliko to čini, tada se i klijent skriva od njega. Terapijski proces podrazumijeva da terapeut pomoću svoje iskrenosti i životnosti dotakne klijenta. Činjenica je da psihoterapeuti nisu u potpunosti samoaktualizirane osobe, oslobođene svih svojih briga i teškoća, zbog čega je važno

naglasiti njihovu spremnost da život sagledaju iz druge perspektive i naprave promjene (Corey, 2004).

Empatija, toplina i iskrenost su poznati kao temeljni uslovi u psihoterapijskom odnosu. Empatija podrazumijeva kognitivno i afektivno razumijevanje osjećaja klijenta, kao i razumijevanje njegovog referentnog okvira klijenta ili načina doživljaja svijeta (Patterson, 1984). Iako dobri psihoterapeuti, pored interesa za ljude, posjeduju visok stepen empatije sa širokim rasponom različitih tipova osobnosti, to ne znači da nemaju svoja ograničenja. Također, u psihoterapijskom radu može se dogoditi da se psihoterapeut ne može povezati sa klijentom. Međutim, psihoterapeuti moraju biti zainteresovani za ljude koji na prvi pogled možda ne sličje njima samima ili ne dijele njihove interese. Psihoterapeuti moraju biti svjesni svojih osjećanja, ako žele razumjeti osjećanja klijenta. Trebaju pronaći pravi balans kako bi se umanjilo distanciranje od klijenta, ali je potrebno i da razumiju emocije drugih, što se može vidjeti u njihovom načinu izražavanja i tonu glasa. S tim u vezi zadatak psihoterapeuta nije jednostavan, on mora osjećati svog klijenta i biti u njegovoj službi, kao vodič koji razumije, bez pretjeranog iskazivanja ljubaznosti, topline i suosjećanja. Tek kada usavrši sve ove vještine može pomoći klijentu da bolje razumije svoja vlastita osjećanja i ovlada svojim vlastitim emocionalnim stanjem (Storr, 2012).

Psihoterapeuti traže od ljudi da iskreno promotre sebe i da donesu odluku o tome kako se žele promijeniti. Stoga je važno da i oni sami budu istraživači i da donose promjene u svoj život. Psihoterapeuti stiču široko teorijsko i praktično znanje i čine ga dostupnim za svoje klijente, donoseći u terapiju sebe kao osobu, svoje ljudske kvalitete i životna iskustva u svaki terapijski susret. Ukoliko zaista žele da kod svojih klijenata potiču rast i razvoj, moraju biti spremni i da ga potiču kod sebe, tako što će istraživati svoje vlastite izbore i odluke. Upravo ta spremnost na pokušaj življenja u skladu sa onim što podučavaju i bivanjem pozitivnim modelom za svoje klijente, jeste ono što psihoterapeutov terapijski rad čini učinkovitim (Corey, 2004).

3. PSIHOLOŠKI TRETMAN TRAUME

Događaji koji uključuju ozbiljne prijetnje životu, tjelesnom integritetu ili događaji koji su prijetnja za najbliže osobe, te svjedočenja nasilnim postupcima, kao što su ozljeđivanje i ubijanje drugih ljudi, predstavljaju traumatske događaje. Sve što je izvan granica uobičajnog ljudskog iskustva, a izaziva traumatsku i posttraumatsku stresnu reakciju na emocionalnom, tjelesnom, kognitivnom i ponašajnom nivou, definiše se kao psihološka trauma (Arambašić, 2012). Odnos između psihološke traume i mentalne bolesti prvi je istražio neurolog Jean Martin Charcot u 19. stoljeću. Glavni fokus Charcotove studije bila je histerija, poremećaj koji se u to vrijeme obično dijagnosticirao kod žena. Histerične simptome karakterizirala je iznenadna paraliza, amnezija, gubitak osjeta i konvulzije. Žene su činile veliku većinu pacijenata s histerijom, pri čemu je Charcot prvi shvatio da histerični simptomi nisu fiziološke, već psihološke prirode. Charcot je hipnozom izazivao i povlačio simptome histerije, izvedeći zaključak da je histerija uzrokovana nepodnošljivim i strašnim događajima (Ringel i Brandell, 2011).

Važno je naglasiti da se kod osoba koje su doživjele traumatsko iskustvo može javiti traumatska stresna reakcija bez PTSP-a. Međutim, ukoliko su simptomi prisutni mjesec dana ili duže nakon što je osoba doživjela traumatsko iskustvo, u obzir se uzima i prisustvo PTSP-a. Dijagnostički kriteriji za PTSP su: izloženost prijetnji ili stvarnoj smrti, izloženost ozbiljnim povredama ili seksualnom nasilju, pojavu intruzija ili noćnih mora, izbjegavanje mjesta koje podsjećaju na traumatičan događaj, psihološki ili fiziološki stres koji se javlja tokom izloženosti podsjetnicima na traumu, nagle promjene raspoloženja, pojava anksioznosti, depresije, srama ili krivnje, te osjećaj beskorisnosti. Kod osobe koja je preživjela traumatski događaj mogu se javiti još i poremećaji sna, ispadi bijesa, problemi sa koncentracijom i samodestruktivno ponašanje. Mogu biti prisutni svi ili neki simptomi, međutim, kada se PTSP ne prepozna ili ne liječi, pojedinac može postati osjetljiv na sve veći broj situacija ili stvari koje nisu bile povezane sa izvornom traumom (American Psychiatric Association, 1994).

Kessler (1999, prema Wheeler, 2007) je na osnovu rezultata provedenog istraživanja našao da je 60,7% muških ispitanika i 51,2% ženskih ispitanika doživjelo tokom života barem jedan veliki traumatski događaj te da je PTSP snažnije povezan sa određenim traumatskim događajima u odnosu na druge traumatske događaje. Također, Kessler (1995 prema Davidson 2000) je utvrdio da su dva najčešća traumatska događaja o kojima izvještavaju ispitanici, svjedočenje o smrti ili

povredi (35,6% za muškarce, 14,5% za žene) nakon čega slijedi učešće u životno opasnoj situaciji (25% za muškarce, 13,8% za žene). Međutim, za muškarce trauma koja je uzrokovala najintenzivniji stepen uznemirenosti odnosila se na sukob ili borbu (28,8% muškaraca sa PTSP-om), a povezana je sa 38,8% doživotnom prevelencijom PTSP-a kod muškaraca. S druge strane kod žena sa PTSP-om, 29,9% njih je opisalo silovanje kao oblik traume koji je uzrokovao najintenzivniji stepen uznemirenosti, što objašnjava doživotnu prevalenciju PTSP-a kod žena (45,9%), iako je očekivana doživotna pojava traume bila prisutna u 9,2% slučajeva.

Liječnije psihološke traume je složen proces. U traumi je iskustvo toliko porazno da nije u potpunosti obrađeno i umjesto toga se pohranjuje onakvo kakvo je bilo u vrijeme uznemirujućeg događaja. Javlja se intenzivan afekt, a iskustvo može biti izolirano s mislima, emocijama i osjećajima zaključanim u memorijsku mrežu. Trauma disregulira integriranu neuronsku obradu informacija u tim mrežama. Kasnije, slična iskustva mogu aktivirati odgovore koji su nastali u vrijeme traumatskog događaja (Cozolino 2002, prema Wheeler, 2007). To može dovesti do promjene na organskom nivou – u velikom broju slučajeva dolazi do neuroloških promjena poput pobuđenosti i preosjetljivosti te psiholoških promjena, kao što su psihološka preosjetljivost i intruzije (Arambašić, 2012).

Kod psihoterapijskih intervencija u radu na teškoj i dugotrajnoj traumi važno je uzeti u obzir sve simptome, kako bi se u okviru prve faze tretmana fokus usmjerio na sigurnost i stabilizaciju s ciljem povećanja vanjskih i unutrašnjih resursa koje pojedinac ima (Wheeler, 2007). Povjerenje između klijenta i psihoterapeuta je ključno za izgradnju dobrog terapijskog odnosa. Ova faza je usmjerena na stabilizaciju klijenta i edukaciju o psihoterapiji i psihoterapijskom procesu tokom prorade traume, kako bi klijent bolje razumio situaciju u kojoj se nalazi. Veoma je važno da kroz izgrađivanje povjerenja klijent osjeti sigurnost, podršku i razumijevanje od strane terapeuta, jer će samo na taj način sve ono što doživljava posmatrati normalnim i očekivanim u psihoterapijskom procesu. Također važno je da klijent dobije adekvatne informacije vezane za psihoterapijski proces. (Korzinski, 2013). U drugoj fazi obrade traumatskih iskustava, terapeut je usmjeren na obradu bolnog sjećanja, kako bi osoba krenula prema poboljšanju (Wheeler, 2007). Ukoliko je klijent naučio da uspostavi kontrolu nad svojim emocijama, unošenje emocija u sam terapijski proces će pomoći bržem oporavku klijenta, jer će mu omogućiti uspostavljanje određenog stepena kontrole i poticanje pozitivnih procesa. Dakle, cilj ove faze tretmana je potaknuti klijenta da sve ono što ga

Podsjećajući na traumatski događaj integriše u svakodnevno iskustvo kao sastavni dio života, s ciljem izbjegavanja retraumatizacije. Posljednja faza je usmjerena na podržavanje promjena u životu klijenta, kako bi se poboljšala kvaliteta njegovog života, stepen funkcionalnosti, kao i samostalna briga o sebi, donošenje odluka i preuzimanje odgovornosti. Da bi se to postiglo, veoma je važno da klijenti osjete da imaju terapeutovu podršku u nastojanju da samostalno donose odluke, uspostavljaju odnose sa drugim ljudima, izgrađuju profesionalnu karijeru, te pronalaze smisao života u različitim aktivnostima koje ih ispunjavaju (Korzinski, 2013).

4. NEGATIVNE POSLJEDICE U RADU NA TRAUMI ZA PSIHOTERAPEUTE

U okviru svog rada, stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja koji svakodnevno pružaju pomoć i podršku klijentima, suočavaju se sa različitim ličnim i profesionalnim izazovima i velikim brojem stresora, što se posebno ogleda kroz pružanje potpore klijentima koji se nose sa emocionalnom boli (Kadambi i Ennis, 2004).

Do sada je pokazano da su terapeuti koji rade s traumatiziranim klijentima često emocionalno pogođeni njihovim uznemirujućim pričama, intruzivnim mislima i slikama patnje koje su karakteristične za ozbiljne traume (McCann i Pearlman, 1990). Sve to može opteretiti njihovo svakodnevno funkcioniranje i resurse koje imaju. Pored toga, i drugi faktori mogu utjecati na terapeuta u njegovm radu, kao što su broj klijenata, energija i snaga koju psihoterapeut posjeduje, nivo socijalne podrške te stresne situacije na radnom mjestu, što u konačnici može voditi ka narušavanju kvalitetne brige koju pružaju svojim klijentima (Kadambi i Ennis, 2004).

Opetovano slušanje bolnih i često eksplicitnih izvještaja o seksualnom i/ili fizičkom zlostavljanju, mučenju, ponižavanju ili izdaji, može uzrokovati visoku razinu stresa i voditi ka izraženim stresnim reakcijama. Rad na ovim oblicima traume može kod psihoterapeuta izazvati visok nivo stresa. Reakcije koje se pri tome javljaju su sekundarni traumatski stres, vikarijska traumatizacija, umor od suosjećanja i profesionalno sagorijevanje (Baum, 2016). U istraživanjima koja su usmjerena na utjecaj rada sa traumatiziranim klijentima na psihoterapeute vrlo često dolazi do preklapanja ovih pojmova, između kojih ipak postoje neke razlike. Naime, istraživanje pojmova *umor od suosjećanja* i *sekundarni traumatski stres* se više usredotočavaju na simptome i emocionalne reakcije, ali se ne uzimaju u obzir specifične kognitivne promjene koje su istaknute u istraživanjima vikarijske traumatizacije, u kojima se naglašavaju izrazite promjene u mislima i uvjerenjima o svijetu koje, potom, posljedično utječu na izgradnju povjerenja, sigurnosti i uspostavu kontrole. Međutim, važno je naglasiti da su neki istraživači usmjereni na koncept vikarijske traumatizacije prateći simptomatologiju, dok drugi stavljaju fokus na koncept sekundarnog traumatskog stresa. Stoga je u literaturi vrlo često teško razlikovati ove pojmove jedan od drugog (Sabin-Farell i Turpin, 2003). Činjenica je da rad sa traumatiziranim klijentima može izazvati ovakve posljedice kod psihoterapeuta, zbog čega je važno naglasiti istraživanje ovih koncepata i njihovih posljedica na psihoterapeuta (Ringle i Brandell, 2011).

4.1. Sekundarni traumatski stres

Posljednjih decenija, istraživanja u području mentalnog zdravlja stavljaju značajan naglasak na fenomen profesionalnog stresa. U početku su ova istraživanja identificirala profesionalno sagorijevanje kao posljedicu stresa na poslu i važno područje za liječenje i prevenciju. Međutim, posljednjih godina fokus sa profesionalnog sagorijevanja je pomaknut na sekundarni traumatski stres. Ključna razlika između profesionalnog sagorijevanja i sekundarnog traumatskog stresa leži u uzroku, jer oba stanja karakterišu: depresija, nesanica, gubitak intimnosti s prijateljima i porodicom te su kumulativna. Naime, sekundarni traumatski stres je izravna posljedica slušanja emocionalnih i traumatičnih iskustava klijenata, dok sagorijevanje može proizići iz rada sa bilo kojom skupinom klijenata (Canfield, 2005).

Kako se sve veći naglasak stavlja na istraživanja u području traumatskog stresa, postalo je očitije da se učinci traumatskih događaja prenose i na one koji nisu bili pod njihovim izravnim utjecajem. S tim u vezi, izraz *sekundarni traumatski stres* odnosi se na svjedočenja ljudi poput porodice, prijatelja i stručnjaka u pomagačkim profesijama, koji su u bliskom kontaktu sa osobom koja je doživjela traumu. S obzirom na to da oni dolaze u kontinuiran i blizak kontakt sa osobama koje su preživjele traumu, pod većim su rizikom od pojavljivanja određenih emocionalnih poteškoća, što ih čini neizravnim žrtvama traume. Sekundarni traumatski stres uključuje posljedične reakcije i emocionalna stanja koja se javljaju kao rezultat saznanja o traumatizirajućem događaju koji je doživjela druga osoba. To je stres koji se javlja kao rezultat pomaganja ili želje za pomaganjem traumatiziranoj osobi. Poznavajući ovo, sekundarni traumatski stres počinje se posmatrati kao profesionalni rizik u pružanju izravnih usluga traumatiziranoj populaciji (Brige, Robinson, Yegidis i Figley, 2004).

Način na koji traumatizirani klijenti opisuju traumatski događaj, kao i njihove reakcije na traumu, mogu utjecati na promjene u načinu na koji psihoterapeuti percipiraju sebe, dovesti do promjena u njihovom radu te u načinu komuniciranja sa okolinom. Oni u tim trenucima mogu iskusiti simptome posttraumatskog stresa (npr. simptome nametanja i izbjegavanja), jednake onima koje pokazuje klijent koji je došao na terapiju zbog proživljene traume (Kadambi i Ennis, 2004).

Figley (1995 prema Baird i Karcen 2006) je opisao sekundarni traumatski stres kao poremećaj koji doživljavaju oni koji pružaju potporu i pomoć osobama sa PTSP-om. Simptomi koje je opisao su iscrpljenost, izbjegavanje i hipervigilitet (stanje povećane budnosti praćeno ponašanjem koje ima

za cilj spriječiti opasnost). Međutim, on je naglasio i razliku između pomagača koji su kratkoročno izloženi traumi klijenata koji su preživjeli katastrofu (npr. spasilačke službe, hitna medicinska pomoć) i psihoterapeuta koji svjedoče traumi svojih klijenata svaki dan. Važno je napraviti razliku između sekundarne traumatske reakcije i sekundarnog traumatskog stresnog poremećaja. Glavna razlika je u trajanju simptoma kod terapeuta, pri čemu se simptomi kraći od mjesec dana smatraju normalnim reakcijama, dok se simptomi koji traju duže od šest mjeseci od događaja koji je bio okidač, označavaju kao *sekundarni traumatski stresni poremećaj*. Sekundarni traumatski stresni poremećaj gotovo je identičan PTSP-u, osim što izloženost traumatskom događaju koji je doživjela jedna osoba postaje traumatizirajući događaj za drugu osobu, bilo da je to član porodice, prijatelj, stručnjak za mentalno zdravlje ili neki drugi pomagač (Figley 1999, prema Canfield, 2005).

Kad psihoterapeuti dožive sekundarni traumatski stres, oni mogu, poput svojih klijenata, aktivno nastojati izbjeći svoje misli, osjećaje, emocije te mogu smanjiti interese za aktivnosti u kojima su prije uživali. Također, neki od simptoma koji se dodatno mogu javiti su: problemi sa spavanjem, koncentracijom, nervoza, osjećaj uznemirenosti, gastrointestinalni problemi, glavobolja i lupanje srca (Baum, 2016). Sekundarni traumatski stres može utjecati i na privatni život psihoterapeuta. Naime, tradicionalno se od profesionalaca iz pomagačkih profesija očekuje stvaranje i održavanje jasnih granica između profesionalnog i privatnog aspekta života. Smatra se da oni ne bi trebali dozvoliti da iskustva sa posla utječu na njihov privatni život i obrnuto. Upravo bi ova očekivanja trebala da zaštite stručnjake i njihove porodice, kao i klijente sa kojima rade. Međutim, sekundarni traumatski stres može probiti ovu granicu, usljed njegovog utjecaja na privatne odnose sa porodicom i prijateljima. Kao rezultat toga, kod psihoterapeuta se javlja umor, emocionalna otupljenost, socijalno povlačenje te osjećaj beznađa i očaja koji utječu na njihov odnos sa klijentima, ali i na privatni život (Goldbatt, Buchbinder, Eisikovits i Arizon-Mesinger, 2009).

4.2. Vikarijska traumatizacija

U nastojanju da opišu učinke koje rad na traumi može imati na psihoterapeute, McCann i Pearlman (1990 prema Pearlman i Mac Ian, 1995) su prvi uveli termin *vikarijska traumatizacija*. Ovaj koncept se odnosi na negativne promjene koje se događaju u pogledima na sebe i na svijet kod stručnjaka u području mentalnog zdravlja, kao rezultat rada i izloženosti traumatskim iskustvima svojih klijenata. Kroz rad na traumi, terapeuti transformišu i integrišu traumatski materijal

klijenata, kako bi im pružili najbolje usluge. Međutim, u radu na traumi se izlažu riziku da bolne priče i iskustva svojih klijenta utječu i na promjene u njihovim kognitivnim shemama, uvjerenjima, očekivanjima i pretpostavkama o sebi i drugima (McCann, Pearlman, 1990). Također se mogu javiti posljedice koje će utjecati na senzorni sistem psihoterapeuta te dovesti do intruzivnih slika, promjene tjelesnih osjeta i drugih osjetilnih reakcija (Pearlman i Saakvitne, 1995, prema Sabin-Farrell i Turpin, 2003). Kada terapeut doživi vikarijsku traumatizaciju, to ostavlja negativni utjecaj u profesionalnim i privatnim odnosima. Vikarijska traumatizacije se razlikuje od kontratransfera po tome što je kontratransfer privremeno povezan s određenim razdobljem, događajem ili problemom u terapijskom procesu ili u životu terapeuta, dok vikarijska traumatizacija predstavlja promjene u najintimnijem psihološkom djelovanju terapeutovog ja (Pearlman i Saakvitne prema Canfield, 2005).

Važno je naglasiti da se vikarijska traumatizacija može smatrati normalnim odgovorom na stalne izazove sa kojima se psihoterapeuti sučavaju, ali može utjecati i na smanjene njihove učinkovitosti, motivacije i empatije (Baird i Kracen, 2006). Međutim, vikarijska traumatizacija može dovesti i do trajnih promjena kod terapeuta, njegovog doživljaja sebe, drugih ljudi i svijeta. Učinci vikarijske traumatizacije ulaze u terapeutov unutrašnji svijet i odnose. Ovi učinci se ne javljaju samo iz jednog terapijskog odnosa, već se smatra se da su oni kumulativni kroz vrijeme i dešavaju se zbog niza većeg broja slučajeva klijenata sa traumatičnim i bolnim iskustvima. Ranjivost na vikarijsku traumatizaciju i način na koji će se ona manifestirati proizilaze iz interakcije karakteristika ličnosti samoga terapeuta sa aspektima radne situacije u kojoj se nalazi. Neki od ličnih karakteristika terapeuta koje mogu povećati rizik od vikarijske traumatizacije su: historija lične traume, značenje koje terapeut pridaje traumatičnim događajima klijenata, psihološki stil, interpersonalni stil, profesionalni razvoj i trenutni stresori (Pearlman i Mac Ian, 1995).

Jedan od ključnih faktora u istraživanju vikarijske traumatizacije je organizacijska kultura i vrijednosti koje prevladavaju u radnom okruženju gdje se radi sa većom skupinom ljudi koji su doživjeli veliku traumu. Vrlo je važno uzeti u obzir članove same radne organizacije i i njihove međusobne odnose. Neke od karakteristika organizacijske kulture koje se trebaju uzeti u obzir su: ponašanje u radnom okruženju, društveno-kulturni kontekst, ličnost klijenata sa kojima se radi unutar organizacije i ponašanje klijenata, što može izazvati dodatni stres kod stručnjaka (Newell i MacNeil, 2010 prema Catherall, 1995).

Vrlo je važno naglasiti da mogu postojati dvije psihološke manifestacije vikarijske traumatizacije, a to su poremećene kognitivne sheme te intruzivne misli i slike traume (Pearlman i Mac Ian, 1995). Naime, ljudi konstruiraju svoju stvarnost kroz razvoj kognitivnih struktura. McCann i Pearlman (1990) su ukazali na koja područja ljudskog djelovanja vikarijska traumatizacija može ostaviti posljedice, pri čemu se njen utjecaj ogleda kroz jedno ili više istovremenih temeljnih područja ljudske potrebe, te potrebe uključuju: sigurnost (osjećaj sigurnosti za sebe ili druge), povjerenje (sposobnost vjerovanja sebi i drugima), poštovanje (osjećati se cijenjenim od strane drugih i poštovati sebe i druge), kontrola (potreba upravljanja vlastitim osjećanjima i ponašanjem), intimnost (osjećaj povezanosti sa sobom i sa drugima). Uz fokus na kognitivne sheme, ovi autori naglašavaju važnost resursa ega (resurs koji omogućava povezivanje s drugima), vlastitih kapaciteta (dosljednost tokom vremena) i referentnog okvira (okvir kroz koji pojedinac tumači iskustva) u razumijevanju vikarijske traumatizacije.

Johnson i Hunter (1997) su proveli istraživanje na uzorku terapeuta koji rade sa žrtvama seksualnog zlostavljanja i terapeuta koji rade sa osobama koje su preživjele neki drugi vid traumatskog iskustva. Ispitanici su popunjavali upitnik profesionalnog sagorijevanja, skalu strategija suočavanja sa stresom te upitnik o uvjerenjima i vrijednostima. Rezultati istraživanja su pokazali da psihoterapeuti koji rade sa seksualno zlostavljanim klijentima doživljavaju veću emocionalnu iscrpljenost i više koriste strategije izbjegavanja u odnosu na usporednu skupinu.

Empatijski angažman u terapeutovom radu sa traumatiziranim osobama, također, čini terapeuta osjetljivim na štetne učinke vikarijske traumatizacije, na učinkovitost njegovog rada sa klijentima, na ishode tretmana i organizacijsku dinamiku unutar radne okoline (Sexton, 1999). Intruzivne slike, koje se mogu javiti kod vikarijske traumatizacije, mogu voditi ka poremećaju u vizualnom sistemu pamćenja, što dovodi do iskustava bolnih slika i emocija povezanih sa klijentovim traumatskim sjećanjima, pri čemu ovi učinci mogu biti duboki i dugotrajni (McCann, Pearlman, 1990). Slikovni sistem pamćenja će najverovatnije biti promijenjen kod vikarijske traumatizacije. Poput žrtve traume, terapeuti mogu doživjeti traumatične slike svojih klijenata koje se vraćaju kao fragmenti, bez konteksta ili značenja. Ti fragmenti mogu biti u obliku flashbackova, snova ili intruzivnih misli i sačinjavaju ono za šta neki vjeruju da je obilježje PTSP-a. Ove slike mogu biti potaknute prethodno neutralnim podražajima koji su postali povezani s traumatskim sjećanjima klijenata (Paivio, 1986; prema McCann i Pearlman, 1990).

Kod vikarijske traumatizacije, terapeut može doživjeti preklapajući osjećaj bespomoćnosti, a to se naročito pogoršava kada su klijenti zarobljeni u ponavljajućim, samodestruktivnim rekonstrukcijama tokom terapijskog procesa. Vikarijska traumatizacija uključuje afekte terapeuta i njegovu adaptivnu ili maladaptivnu odbranu protiv tih afekata. Snažne reakcije tuge i bijesa rastu tokom vremena, dok terapeuti slušaju traumatske priče svojih klijenata o mučenju, ponižavanju i izdaji. Također, ove reakcije su često praćene dubokim osjećajem gubitka. Vikarijska traumatizacija rezultira dubokim poremećajima u terapeutovom osnovnom osjećaju identiteta, pogledu na svijet i duhovnosti (Pearlman i Saakvitne, 1995, prema Canfield, 2005).

McNeillie i Rose (2021) su u meta-etnografskom pregledu 16 kvalitativnih studija koje su ispitivale način na koji psihoterapeuti doživljaju rad s traumatiziranim klijentima, utvrdili da je rad na traumi dubok i složen proces za terapeute koji svakodnevno svjedoče o boli svojih klijenata. Pokazano je da vikarijska traumatizacija ostavlja posljedice na kognitivnom, emocionalnom, fiziološkom i bihevioralnom nivou nakon opetovanog izlaganja traumatičnim pričama njihovih klijenata. Međutim, istraživanja uvrštena u ovaj pregled pokazuju da terapeut može doživjeti vlastiti rast i razvoj kroz svjedočenja o otpornosti i rastu svojih klijenata.

4.3. Empatijski zamor

Empatijski zamor je pojam koji opisuje cjelokupno iskustvo emocionalnog i fizičkog umora, koju stručnjaci doživljavaju zbog prečeste upotrebe empatije pri liječenju klijenata koji su doživjeli traumu. Najbolje se definira kao sindrom koji se sastoji od kombinacije simptoma sekundarnog traumatskog stresa i profesionalnog sagorijevanja (Fadams i Boscarino 2006 prema Figley, 1995). Empatijski zamor se javlja kod svih koji rade u pomagačkim strukama i sa traumatiziranim klijentima, uključujući ljekare, medicinske sestre, psihologe, psihijatre, socijalne radnike i psihoterapeute (Zeidner, Hadar, Matthews i Roberts, 2013). Kontinuirana upotreba empatije u radu, u kombinaciji sa profesionalnim izazovima i administrativnim preprekama koje se mogu javiti u radu, kao što su stres zbog radnih uslova, balansiranje kliničkog rada sa administracijom i iscrpljenost stvaraju iskustvo empatijskog zamora. Slično kao i profesionalno sagorijevanje, empatijski zamor ima tendenciju da se kumulativno javlja tijekom vremena, dok posredna trauma i sekundarni traumatski stres imaju neposredniji početak. Kod stručnjaka za mentalno zdravlje koji liječe žrtve traume, sekundarni traumatski stres može pridonijeti ukupnom iskustvu zamora od

suosjećanja, međutim, oni koji liječe druge skupine (kao što su mentalno oboljeli), također mogu doživjeti zamor od suosjećanja, bez iskustva sekundarnog traumatskog stresa (Newell i MacNeil, 2010).

Emocionalna inteligencija može biti ključni faktor za određivanje načina na koji se osoba nosi sa stresom u svakodnevnom životu, posebice kako reguliše i smanjuje negativne emocije. Pojedinci kod kojih je izraženija emocionalna inteligencija bolje prepoznaju vlastita i tuđa emocionalna stanja, sposobniji su bolje regulisati emocije, zbog čega bi trebali doživljavati niže razine uznemirenosti i doživjeti manje emocija povezanih sa stresom, uključujući i smanjenu razinu zamora od suosjećanja (Salovey, 1999 prema Zeidner, Hadar, Matthews i Roberts, 2013). Pojedinci koji rade u pomagačkim strukama vrlo često se trude pružiti emocionalnu podršku svojim klijentima. Iako neki kliničari osjećaju empatijski zamor, mnogi to ipak neće doživjeti. Naime, postoje pozitivni aspekti rada na traumi, koji daju snagu profesionalcima iz ovog području da ostanu predani svome poslu. Oni su motivisani osjećajem zadovoljstva koje proizlazi iz pomaganja ljudima, a definiše se kao *zadovoljstvo iz suosjećanja* (engl. *compassion satisfaction*). Važno je naglasiti da stručnjaci istovremeno mogu doživjeti i zamor i zadovoljstvo iz suosjećanja, iako se u izazovnom radu na traumama klijenata zamor od suosjećanja povećava, kliničari koji su visko motivirani da pomognu drugima pronalaze načine da dožive i zadovoljstvo od suosjećanja (Stamm, 2002 prema Bride, Radey i Figley, 2007).

4.4. Profesionalno sagorijevanje

Profesionalno sagorijevanje je jedan od vodećih rizika sa kojima se psihoterapeuti mogu suočiti. Od tri stanja koja mogu utjecati na rad psihoterapeuta (profesionalno sagorijevanje, vikarijska traumatizacija i sekundarni traumatski stres), profesionalno sagorijevanje je najviše proučavano (Hardiman i Simmonds, 2013). Freudenberg (1974, prema Simionato i Simpson, 2018) je uveo pojam sagorijevanja kako bi konceptualizirao vrstu stresa povezanog sa osjećajima iscrpljenosti i sumnje u sebe, a dolazi zbog emocionalne uključenosti u svoju profesiju. Jedna od najčešće korištenih mjera za ispitivanje profesionalnog sagorijevanja je Maslach Burnout inventar (Maslach i Jackson, 1981). Sastoji se od tri subskale koje uključuju emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju (odnosi se na negativne i cinične stavove prema klijentima) i osjećaj ličnog postignuća (mjeri osjećaj kompetentnosti i uspješnosti u radu sa ljudima). Većina definicija profesionalnog sagorijevanja opisuje simptome izazvane stresom na fizičkom, psihičkom i

ponašajnom nivou, a koji utječu na zdravlje stručnjaka iz pomagačkih struka. Simptomi koji se često navode na psihičkom nivou su: frustracija, cinizam, apatija, razdražljivost i neadekvatnost. Fizički simptomi uključuju: glavobolju, bolove u leđima, vrtoglavicu, nisku razinu energije, somatske tegobe, tjeskobu i probavne probleme. Stres izazvan profesionalnim sagorijevanjem također može izazvati migrene, hronične bolesti, probleme sa snom i gubitak apetita. Na ponašajnom nivou simptomi se ispoljavaju kroz nisku produktivnost, smanjenu koncentraciju, probleme s pamćenjem, povećan broj nesreća na radu, nezadovoljstvo poslom i izostanke sa posla (Smith, 1986).

Prema Faber (1990), kod psihoterapeuta se mogu razlikovati tri tipa profesionalnog sagorijevanja: sagorijevanje kao odgovor na frustracije onih koji rade više, sagorijevanje kao odgovor na frustracije onih koji potpuno odustanu od rada te sagorijevanje koje se javlja kod terapeuta koji svoj posao obavljaju površno i tako gube motivaciju za obavljanje posla, koji prestaje biti izazovan (Farber, 1990).

U većini slučajeva autori se slažu oko prevladavajućih simptoma profesionalnog sagorijevanja, ali se razilaze kada je u pitanju razumijevanje njegovog uzroka. Podaci iz literature ukazuju na brojne individualne, organizacijske i socijalne faktore povezane sa profesionalnim sagorijevanjem, sugerirajući da sagorijevanje ne utječe samo na kliničare, već i na pružanje usluga klijentima, moral osoblja i obaveze prema organizaciji (Smith, 1986).

Postoje dvije široke kategorije faktora koji mogu dovesti do profesionalnog sagorijevanja: karakteristike radnog okruženja i karakteristike ličnosti samog terapeuta. Kada je u pitanju radno okruženje, važno je naglasiti da je ono najčešće u fokusu istraživača (Maslach, 2003). Neizbježno je da su profesionalci iz kliničkog područja izloženi riziku od profesionalnog sagorijevanja. Osjećaj iscrpljenosti, odvojenosti, cinizam i povremeni osjećaj nedostatka postignuća u radu povećavaju rizik od sagorijevanja te se smatra da je sagorijevanje usko povezano sa stresom psihoterapeuta. Zbog toga postoji potencijalni rizik za sve stručnjake koji rade s traumatiziranim ljudima (Ringel i Brandell, 2011). Profesionalno sagorijevanje je u negativnoj korelaciji sa lošim radnim učinkom, izostancima sa posla i velikom fluktuacijom uposlenika (Lee, Yang i Lee, 2011). Faktori koji mogu povećati rizik unutar organizacije su: odnosi između kolega, podređenih i nadređenih, dizajn sistema unutar organizacije i mogućnost ličnog rasta za pojedinca unutar organizacije (Smith, 1986., prema Teague, 1983). Preopterećenost poslom, ograničena podrška, sukobi i nejasne radne

uloge su povezani sa profesionalnim sagorijevanjem te se smatraju njegovim primarnim prethodnicima (Deville, Wright i Varker, 2009). Fizički i emocionalni umor zbog poslu, negativna osjećanja ili stavovi koji se mogu javiti u radu sa klijentima i smanjen osjećaj uspjeha i postignuća u radu povećavaju rizik od sagorijevanja. Psihoterapeuti u privatnoj praksi pokazuju niže razine sagorijevanja u odnosu na njihove kolege koje rade u drugim institucijama. Na slučajnom uzorku od 68 kliničara iz Teksasa koji su ispunili Maslach Burnout inventar, također je utvrđeno da su terapeuti, čiji je idealan broj slučajeva bio manji od trenutnog broja slučajeva, bili više iscrpljeni od onih koji su bili zadovoljni svojim brojem slučajeva. Pored toga, ispitanici su navodili sagorijevanje kao razlog za napuštanje profesije psihoterapeuta (Raquepaw i Miller, 1989).

Kategorija faktora koja može utjecati na rizik od profesionalnog sagorijevanja, a odnosi se na karakteristike ličnosti terapeuta, uključuje lična obilježja, poput demografskih podataka i stilova suočavanja sa stresom (Smith, 1986), kao i dob jer su istraživanja pokazala da se profesionalno sagorijevanje češće javlja kod mlađih stručnjaka iz kliničkog područja. Utvrđeno je da je percipirana socijalna podrška značajan prediktor kada je u pitanju sagorijevanje, a za psihoterapeute zadovoljstvo brojem slučajeva, stres na poslu te podrška nadređenih i kolega, također su povezana i sa profesionalnim sagorijevanjem. (Deville, Wright i Varker, 2009). Individualni stresori ovise o potrebama, očekivanjima i osobnostima pojedinca. Profesionalci koji su samomotivirani, s visokom potrebom za postignućem, vjerovatnije postavljaju nedostižne ciljeve, što kod njih može izazvati veću frustraciju i prije dovesti do sagorijevanja. Kliničari koji imaju idealističke profesionalne ciljeve i nerealna očekivanja, također su pod većim rizikom od sagorijevanja (Smith, 1986, prema Neilhouse, 1981).

Važno je naglasiti da sagorijevanje može utjecati na komunikaciju između psihoterapeuta i njihovih klijenata, tj. psihoterapeut koji se nalazi u procesu sagorijevanja može svojim ponašanjem negativno utjecati na kvalitetu usluga koje pruža klijentu. Psihoterapeuti očekuju da će u radu sa klijentima imati određene teškoće i doživjeti određene stresne situacije, ali isto tako očekuju da će se njihovi terapeutske napore isplatiti. Pružanje stalne njege i podrške, bez određenog uspjeha (npr. kod klijenata se ne događa pozitivna promjena), dovodi do sagorijevanja kod psihoterapeuta (Lee, Yang i Lee, 2011). Međutim, pri korištenju pojma sagorijevanje treba biti jako pažljiv, da ne bi došlo do zamjene sa sličnim konstruktima. Posljednjih godina utvrđeno je da se sagorijevanje značajno preklapa s depresijom i čini se da dijeli ključne etiološke puteve i slične simptome s ovim poremećajem. Nekoliko studija pokazuje da je skupina simptoma koji su povezani sa

sagorijevanjem u visokoj korelaciji i sa depresijom, pri čemu se rizik od depresije povećava s težinom sagorijevanja. Međutim, sagorijevanje i depresija se mogu razlikovati po dominantnim simptomima koji ih karakteriziraju i po njihovoj povezanosti sa životnim uzročnicima stresa. Također, istraživanja su pokazala povezanost između posttraumatskog stresa i sagorijevanja, te anksioznosti i sagorijevanja (Simionato i Simpson, 2018).

Posljedice profesionalnog sagorijevanja kod psihoterapeuta su važna tema koju ne treba zanemariti. Ono može ozbiljno narušiti zdravlje psihoterapeuta, njegov odnos sa klijentima, poremetiti radnu rutinu u organizaciji te dovesti do napuštanja profesije. Važno je da organizacija vodi računa o izloženosti emocionalnom stresu u radu sa klijentima i da primijeti simptome sagorijevanja, posebno kada su u pitanju pomagačke struke (Raquelaw i Miller, 1989). Da bi psihoterapeut prevenirao negativne psihološke utjecaje koji se mogu javiti kao posljedica rada sa klijentima, poželjno je učiniti nekoliko koraka u organizaciji svoga rada, kao što su: mogućnost skraćenog radnog vremena kada je to potrebno, produžavanje pauza tokom radnog dana, potenciranje raznovrsnih tema na sastancima koje se ne tiču nužno rada sa traumatiziranim klijentima te postizanje ugodne radne atmosfere koju karakteriše pružanje podrške među kolegama. Također je važno naglasak staviti na njegovanje i čuvanje dobrih radnih odnosa među članovima osoblja i stvaranje sistema socijalne podrške (Pines i Maslach, 1978).

4.5. Viktimizacija psihoterapeuta

Posljednjih godina, stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja počeli su izučavati još jedan rizik koji se javlja u radu sa klijentima, a koji se odnosi na fizičke i verbalne napade klijenata na terapeute. Ova istraživanja potaknuta su zbog nekoliko razloga, u prvom redu javnom i profesionalnom zabrinutošću zbog nasilnih pojedinaca, kao i pokazatelja da je nasilno ponašanje klijenata u porastu (Tryon, 1986). U istraživanju koje je proveo Bernstein (1981) na uzorku od 453 ispitanika (uključujući psihologe, psihijatere, socijalne radnike i bračno-porodične savjetovatelje), utvrđeno je da je 14% ispitanika doživjelo neki oblik fizičkog napada, dok je 36% njih bilo izloženo prijetnjama pacijenata. Psihijatri su se više plašili fizičkog napada (76%) i u većoj mjeri su bili izloženi verbalnoj i fizičkoj agresiji od svojih pacijenata. Nakon doživljenog incidenta jedna četvrtina stručnjaka je prebacila klijenta drugom terapeutu, dok je 1/3 njih razmatrala mogućnost da napusti profesiju (Bernstein, 1981). Pored fizičkog nasilja, postoji rizik i od verbalnog zlostavljanja od

strane klijenata, što može izazvati dodatni stres kod psihoterapeuta. Naime, neki klijenti ispoljavaju specifične obrasce ponašanja, poput upućivanja telefonskih poziva terapeutu u bilo koje doba dana ili podnošenja tužbe protiv terapeuta. U istraživanju koje je proveo Tryon (1986) na uzorku od 300 psihologa, pokazano je da je 81% njih doživjelo barem jedan incident u kojem je ispoljen fizički ili verbalni vid zlostavljanja od strane klijenata. Fizički napadi bili su dvostruko češći u bolnicama ili klinikama nego u privatnoj praksi, međutim, ostali vidovi uznemiravanja (kao što su česti telefonski pozivi i prijetnje tužbom) zabilježeni su u većoj mjeri u privatnoj praksi.

4.6. Problemi mentalnog zdravlja kod psihoterapeuta

Psihoterapija je profesija koja, kao i svaka druga, pruža određena zadovoljstva u radu, ali nosi sa sobom i određene rizike. Sama profesija iziskuje dobar balans između ličnog i profesionalnog aspekta života, ali ne treba isključiti da se psihoterapeuti svakodnevno suočavaju sa različitim ljudskim patnjama, što sa sobom nosi rizik od emocionalne iscrpljenosti, demoralizacije, ali i od obolijevanja. Kao i kod stručnjaka u većini pomagačkih profesija, i kod psihoterapeuta se javlja povećan rizik od pojave različitih oboljenja i problema sa mentalnim zdravljem. Istraživanja koja su bila usmjerena na zloupotrebu psihoaktivnih supstanci pokazuju da čak 10% psihoterapeuta upotrebljava neke od supstanci. Također je pokazano da se između 10% i 15% psihoterapeuta suočava sa simptomima depresije, a suicid je češći u ovoj profesiji, nego među stručnjacima drugih profesija (Weiten, 1998 prema Srna, 2006).

Pored toga što su istraživanja pokazala rizik od suicida, zloupotrebe psihoaktivnih supstanci i emocionalnih poremećaja, malo je slaganja oko toga ko bi trebao pružiti pomoći u smanjenju ovih rizika među psihoterapeutima i na koji način bi se trebala pružiti pomoć u smanjenju distresa kada je u pitanju ova profesija. Drugim riječima, dok postoji veliki broj istraživanja o negativnim psihološkim posljedicama u radu na traumi kod psihoterapeuta, malo se zna o tome kako psihoterapeuti mogu poboljšati svoju dobrobit i kvalitetu života. Posebno je iznenađujuće da je ova tema još uvijek zanemarena jer su prethodna istraživanja pokazala da će klijenti prije izabrati da rade sa psihoterapeutom kojeg smatraju psihički i fizički zdravim te zadovoljnim svojim životom. Također, nekoliko studija je pokazalo da se niska kvaliteta života psihoterapeuta može odraziti kroz pogoršanje i efikasnost terapijskog rada, kao i na cijeli terapijski proces u radu sa klijentima (Van Hoy Rzeszutek i Pięta, 2022).

Posebno je važno istaknuti da se oko 90% psihoterapeuta u nekom trenutku odluči za ličnu individualnu terapiju. Razlozi zbog kojih se psihoterapeuti odlučuju potražiti pomoć za sebe su: depresija, anksioznost, nedostatak sigurnosti, nisko samopouzdanje, posljedice stresa na poslu te problemi u bračnim i porodičnim odnosima. Kroz individualnu psihoterapiju, oni stiču pozitivno iskustvo, što im pomaže u ličnom i profesionalnom razvoju (Srna, 2006). Prethodno navedeni rizici od oboljenja posebno su bili naglašeni za vrijeme pandemije COVID 19, kada su se stručnjaci iz ove profesije morali suočiti sa novim izazovima u svom radu. Naime, posljedice pandemije COVID 19 i potencijalni rizici od psihološke traumatizacije utjecali su na dobrobit samih psihoterapeuta, što je vodilo ka povećanju simptoma depresije i anksioznosti, ostavljajući tako i posljedice na kvalitetu njihovog života (Brillon, Philippe i Paradis, 2022).

5. POZITIVNI UČINICI U RADU NA TRAUMI

Provedena istraživanja o radu terapeuta sa traumatiziranim klijentima uglavnom su usmjerena na negativne posljedice, a manje na lični rast i razvoj te zadovoljstvo koje psihoterapeuti mogu osjetiti u radu rada sa svojim klijentima (Linley i Joseph, 2007). Naime, rad sa traumatiziranim klijentima može biti jedno posebno i korisno iskustvo za psihoterapeute. Oni kroz ozdravljenje, rast i razvoj svojih klijenata dobijaju spoznaju o snazi i izdržljivosti ljudskog duha, pri čemu su prvi koji svjedoče kako pojedinci prevladavaju neke od najokrutnijih i najtragičnijih događaja iz svog života. Upravo takve traumatične priče njihovih klijenata pokazuju harbrost i snagu koju ljudi posjeduju dok se suočavaju sa traumatskim iskustvima. Zbog toga je važno obratiti pažnju i na rezultate istraživanja koji ukazuju na to da terapeutski rad sa traumatiziranim klijentima može utjecati na lični rast terapeuta (Ringel i Brandell, 2011).

Koliko je važno baviti se potencijalnim negativnim utjecajima kliničkog rada sa osobama koje su doživjele traumu, jednako je važno da se istraživači bave i pozitivnim ishodima koje ono može imati na lični razvoj terapeuta, kao i na njegov profesionalni rad. Zamjenska otpornost se odnosi na jedinstvene, pozitivne učinke koji utječu na transformaciju terapeuta dok svjedoči oporavku osobe koja je preživjela traumu. Ovaj oblik otpornosti može utjecati na promjene u životnim ciljevima i perspektivama terapeuta, na povećanje njegove snalažljivosti i dodatno razvijanje svijesti o važnosti brige o sebi. (Killian, Hernandez-Wolfe, Engstrom i Gangsei, 2017). Pozitivne promjene koje pojedinac općenito može doživjeti u radu na traumi mogu se podijeliti u tri osnovne kategorije: promjene u samopoimanju, promjene u međuljudskim odnosima i promjene u životnoj filozofiji. Istraživanja pokazuju da se precipirani rast terapeuta koji rade sa traumatiziranim klijentima upravo odražava u ove tri kategorije (Arnold, Calhoun, Tedeschi i Cann, 2005., prema Calhoun i Tedeschi, 1999).

Na koji način će rad sa traumatiziranim klijentima utjecati na psihoterapeute, ovisit će o različitim rizičnim i zaštitnim faktorima. (Pearlman i Mac Ian, 1995). Istraživanje koje su proveli Linley i Joseph (2007) je pokazalo da psihoterapeuti koji su bili uključeni u vlastitu individualnu psihoterapiju u većoj mjeri izvještavaju o vlastitom razvoju, a manje o simptomima profesionalnog sagorijevanja. Terapeuti koji su izvjestili da su u životu doživjeli određeni tip trauma pokazali su veći nivo profesionalnog rasta i razvoja u odnosu na terapeute koji nisu doživjeli traumu. Također,

psihoterapeutkinje su postigle veći nivo ličnog rasta, u odnosu na psihoterapeute (Linley i Joseph, 2007).

Kako navode Larsen i Stamm (2008), psihoterapeuti koji adekvatno obavljaju svoj posao i doživljavaju zadovoljstvo u radu sa traumatiziranim klijentima posjeduju visoke razine zadovoljstva poslom, ispunjenosti radnom ulogom i kolegijalne podrške. Organizacijski faktori koji mogu utjecati na zadovoljstvo kod psihoterapeuta uključuju: edukacije usmjerene na rad sa traumatiziranim klijentima, percipiranu podršku na radnom mjestu, rad u urbanim mjestima naspram ruralnih okruženja te subvencije za rad u državnim institucijama (Sodeke-Gregson, Holtum i Billings, 2013).

5.1. Pozitivni učinci vikarijske traumatizacije

Negativni učinci vikarijske traumatizacije na psihoterapeute bili su predmet istraživanja dugo vremena. Međutim, sve veći broj dokaza svjedoči o pozitivnim učincima koji su zabilježeni poslije psihoterapijskog rada sa traumatiziranim klijentima. Linley i Joseph (2004) su razvili koncept *vikarijskog kontradiktornog rasta* (engl. *vicarious adversarial growth*), kojim su željeli opisati poteškoće u radu na traumi te promjene koje pomažu pojedincima da postignu višu razinu funkcionisanja od one koja je postojala prije samog traumatskog iskustva. Te pozitivne promjene se odnose na posttraumatski rast, rast povezan sa stresom, percipiranu dobit te pozitivnu prilagodbu i adaptaciju (Linley i Joseph, 2004). Pokazano je da kliničari koji rade sa traumatiziranim klijentima izjavljuju da im je njihov posao povećao samopouzdanje, utjecao na neovisnost, otpornost, emocionalnu izdržljivost, osjetljivost, suosjećanje i produbljeniu duhovnost (Arnold, Calhoun, Tedeschi i Cann, 2005). Ukoliko psihoterapeuti prolaze kroz takva iskustva sa svojim klijentima i doživljavaju slične procese kao i oni, postoji mogućnost da uspješno integriraju i transformiraju svoju vikarijsku traumatizaciju i povećaju mogućnost svog ličnog rasta (McCann i Pearlman, 1990).

Hernández, Gangsei i Engstrom (2007), su na osnovu kvalitativnog istraživanja na uzorku psihoterapeuta koji rade sa žrtvama i porodicama političkog nasilja uveli novi koncept nazvan *vikarijska rezilijencija*. Ovaj koncept je nastao kroz istraživanja vikarijske traumatizacije, otpornosti i mehanizama prilagodbe osoba koje su preživjele traumu. Nadalje, ovaj koncept se razvio na osnovu istraživanja traumatskog stresa kod stručnjaka za mentalno zdravlje koji

svakodnevno rade s klijentima koji su suočeni sa politički motiviranim nasiljem, uključujući otmice, nestanke, ubistva, mučenja i druge oblike progona. Osobe koje su preživjele ovaj oblik nasilja brojne su u zemljama koje su pogođene ratovima te etničkim, vjerskim ili političkim sukobima i podjelama. Vrlo često su to i klijenti koji su imigrirali u druge zemlje. Ovi oblici nasilja pogađaju porodice, zajednice, kao i one koji su u izravnom kontaktu s njima (Hernández, Gangsei i Engstrom, 2007). Pojam vikarijska rezilijencija se odnosi na stvaranje terapeutovog pozitivnog iskustva kroz rad sa klijentima koji su doživjeli traumu, što se pozitivno odražava kroz njegov rast i razvoj. Drugim riječima, pored posljedica koje doživljava kao što su umor i iscrpljenost, terapeut može doživjeti i iscjeljenje (Nuttman-Schwartz, 2015). Važno je da su i sami kliničari svjesni potencijalnih pozitivnih promjena koje se mogu javiti usljed traumatskog iskustva njihovih klijenata. Pozitivne promjene mogu biti korisne kao temelj za daljnji terapijski rad, pružajući nadu i klijentu i terapeutu da se trauma može prevladati (Linley i Joseph, 2004).

Važno je da svi stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja posjeduju razumijevanje kontratransfera u odnosu terapeut-klijent, te vikarijske traumatizacije kao normalnih odgovora na empatijsko sudjelovanje u radu sa traumatiziranim klijentima. Stoga je neophodna stalna i kontinuirana i edukacija psihoterapeuta, kako bi se potakla svjesnost o važnosti ovih procesa kao sastavnog dijela njihovog posla (Catherall, 1995; prema Sexton, 1999).

Na osnovu izvještaja psihoterapeuta koji su bili uključeni u pružanje potpore i pomoći klijentima u prevladavanju njihove traume, ističe njihova uvjerenja o sposobnosti ljudskih bića da se oporave, vraćanje vjere u psihoterapiju, vraćanje nade, preispitivanje dimenzija vlastitih problema, razumijevanje i vrednovanje duhovne dimenzije iscjeljenja, otkrivanje moći koju pruža zajednica u oporavku te da vikarijska rezilijencija pozitivno utječe na psihoterapeuta na način da posmatranje klijenta koji stvara rezilijenciju na traumu, mijenja i terapeutov pogled na vlastiti život i vrednovanje obavljenog terapijskog rada (Engstrom, Hernández i Gangsei, 2008).

Najčešće prijavljene pozitivne posljedice u radu na traumi od strane psihoterapeuta su upravo iskustvo posmatranja i poticanja posttraumatskog rasta kod klijenata. Jedan od kliničara čiji je klijent doživio lični rast kao rezultat svoje borbe sa AIDS-om, dirljivo je opisao svoj doživljaj slijedećim riječima (Arnold, Calhoun, Tedeschi i Cann, 2005):

Naučili su me više o tome, usred sve ove traume, patnje i neizvjesnosti - o tome kako ostati vjeran onome što jesi i što ljubav može biti u tim trenucima. Ima ih troje ili četvero onih koji se zaista jako ističu, čiji su životi bili vrlo različiti, ali koji su bili na neki način moji učitelji.

Važno je naglastiti da je veliki broj istraživanja usmjeren na vikarijski rast sa naglaskom na pojedinca. Međutim, još uvijek postoji manjak znanstvenih spoznaja o pozitivnoj dinamici koja se stvara između klijenta i terapeuta u zajedničkoj stvarnosti, zbog čega je važno da buduća istraživanja budu usmjerena u tom pravcu (Nuttman-Shwartz, 2015).

6. PODRŠKA I SAMOPODRŠKA ZA PSIHOTERAPEUTE

Profesionalci iz pomagačkih struka su etički obavezni brinuti se za sebe. Ukoliko psihoterapeut ima narušeno mentalno zdravlje, osjeća ogorčenost ili doživljava profesionalno sagorijevanje, ne možemo očekivati da će adekvatno pružiti pomoć drugima. U literaturi je puno toga napisano o etici kliničkog rada sa klijentima, ali je manje pažnje posvećeno istraživanjima usmjerenim na samozbrinjavanje psihoterapeuta. Neizmijerno je važno da stručnjaci iz pomagačkih profesija budu dobro upoznati sa etičkim kodeksima svoje struke kada se radi o klijentima i skrbi o njima, ali jednako je važno posvetiti pažnju i etici brige o sebi, jer bez toga nije moguće ni pomoći drugima. Tokom svog obrazovanja, stručnjacima se daje malo ili nimalo uputa o tome kako da vode računa o sebi i o svom mentalnom zdravlju (Irvine, 2009). Važno je da stručnjaci koji dolaze iz kliničkog područja poznaju optimalne strategije koje im mogu pomoći da minimiziraju efekte sekundarnog traumatskog stresa, vikarijske traumatizacije, zamora od suosjećanja i profesionalnog sagorijevanja. Vrlo često prijedlozi i ideje o strategijama koje stoje na raspolaganju psihoterapeutima naizgled nisu složene, ali veliki broj stručnjaka ima poteškoće pri očuvanju vlastite psihološke dobrobiti jer su ponekad skloni posvetiti više pažnje potrebama drugih, nego vlastitim potrebama, zanemarujući brigu o sebi, svoje psihičko i fizičko zdravlje. Vrlo često su ljudi, koji su se odlučili za poziv psihoterapeuta, doživjeli traume i bolna emocionalna iskustva, slično kao i njihovi klijenti. Ukoliko nije preradio vlastita traumatska iskustva, tokom rada s klijentom psihoterapeut može odlutati u vlastite misli i osjećanja, što će naštetiti terapijskom procesu. Upravo zbog toga, terapeut sa historijom vlastite traume treba potražiti pomoć za sebe (Ringel i Brandell, 2011).

Tokom edukacije, psihoterapeuti vrlo često izlažu sami sebe velikom pritisku da ne smiju pogriješiti i da moraju biti savršeni. Iako racionalno dobro znaju da ljudi nisu savršeni, emocionalno često to zaboravljaju. Zbog toga je važno da psihoterapeuti i edukanti iz psihoterapije prepoznaju kod sebe, i racionalno i emocionalno, da su i oni samo ljudska bića i da se može dogoditi da pogriješe ili da nešto ne znaju (Corey, 2004). Zbog toga je važan etički okvir u kojem postoje načela koja se odnose na brigu o sebi i na načine na koje se to može sprovesti u djelo. Kroz poticanje spoznaje, introspekciju, brigu o sebi i integritet naglašava se važnost samopoštovanja kao osnove na koju se oslanjaju preostala etička načela usmjerena na očuvanje vlastitog blagostanja. *Samopouzdanje*, kao prvo načelo, pruža pomagaču određeni oblik sigurnosti da u svakoj situaciji

posjeduje potrebne resurse i znanja o samopodršci. Drugo načelo koje je izuzetno važno u psihoterapiji jeste *autonomija* koja pojedincu omogućava da u više različitih situacija ispravno, etično i u skladu sa principima struke donosi odluke. Načelo koje ističe *suosjećanje* omogućava višestruku korist za pomagača, jer budi njegovu svjesnost o benefitima koje mu posao donosi, potičući težnju ka samoaktualizaciji. Sljedeće načelo koje se ističe, odnosi se na *sigurnu prkasu*, sugerirajući da pomagač u svojoj ulozi treba biti na najvišoj razini, prosuđujući da li i u kojoj mjeri njegov posao utječe na privatni život i na ostale aspekte djelovanja. Na koncu, posljednje načelo je načelo *pravičnosti*, koje se odnosi na objektivnu prosudbu pomagača u njegovoj ulozi, odnosno, koliko etično postupaju u svom radu i da li postoje neka odstupanja (BACP, 2018 prema Berc, Šadić i Kobić 2021).

Nadalje, veliku važnost za psihoterapeute u zaštiti od stresa i profesionalnog sagorijevanja igra socijalna podrška. Rzesutek i Schier (2014) su proveli istraživanje na uzorku od 200 psihoterapeuta te utvrdili da socijalna podrška ima značajnu ulogu u smanjenju simptoma profesionalnog sagorijevanja. Prisustvo profesionalne podrške između kolega, razmjena iskustava i savjeta o tome kako pristupiti teškim slučajevim i kliničkim problemima, to omogućava bolji uvid i obezbjeđuje dodatne resurse za samog psihoterapeuta. Takva razmjena doprinosi smanjenju anksioznosti i osjećaja neadekvantnosti te pomaže u razvoju povjerenja u vlastite vještine i kliničke prosudbe (Akhurst i Kelly, 2006).

Thériault, Gazzola i Isenor i Pascal, (2015) su u svom istraživanju zatražili od iskusnih stručnjaka da podijele savjete za mlade početnike terapeute, a teme koje su se istakle kao najučestalije bile su: profesionalni razvoj tokom karijere, briga o sebi, poznavanje samih sebe, poznavanje ključnih uvjeta za rast svojih klijenata i zasnivanje prakse na dobroj teoriji. Za profesionalni razvoj tokom karijere preporučili su cjeloživotnu superviziju, kontinuirano obrazovanje i učenje od starijih kolega. U kategoriji briga o sebi, iskusni profesionalci su navodili sve što mladi terapeuti mogu učiniti kako bi se zaštitili i održali svoju dobrobit, kao što su realna očekivanja, održavanje zdravih granica sa klijentima i učenje kako upravljati vremenom. Naglasili su važnost aktivnog prakticanja samozbrinjavanja, jer u suprotnom može doći do smanjenja profesionalnih kompetencija. Stručnjaci su također naveli da je važno da terapeuti osvijeste da je prihvatljivo da *ne znaju sve*, kako bi uspješno razlikovali sumnju u vlastitu kompetentnost i stvarnu nesposobnost. Jedan od stručnjaka je izjavio: *Svi su uplašeni i utučeni kad počnu, ali znate više nego što mislite da znate i panika će proći* (Thériault, Gazzola, Isenor i Pascal, 2015).

Na ličnom planu, za psihoterapute je poželjno da se znaju aktivno odmarati, što može podrazumijevati putovanja, boravak u prirodi i slično. Također je važno da njeguju realistična uvjerenja i očekivanja povezana sa sobom kada je u pitanju odnos sa klijentom, kako bi uspostavili kontrolu nad vlastitim emocionalnim stanjima te održali emocionalnu ravnotežu procesima *punjenja i pražnjenja*, kao i da njeguju profesionalne i privatne odnose (Srna, 2006). Stručnjaci iz pomagačkih struka trebaju da poznaju načine stvaranja svog vlastitog prostora za opuštanje, odmor i brigu o sebi u svom radnom okruženju kao i u privatnom životu. Kada je u pitanju briga o sebi, važno je da terapeut primjenjuje tehnike koje vrlo često preporučuje svojim klijentim, kao što su: meditacija, fizičko vježbanje ili jednostavno – uzimanje vremena za sebe (Barlow i Phelan, 2007).

6.1. Supervizija

Supervizija kao sastavni dio psihoterapijskog rada od iznimnog je značaja za psihoterapeute. Ona predstavlja primarno sredstvo za razvoj profesionalnih kompetencija, ali i za praćenje kvalitete pruženih usluga klijentima. Supervizija je važna kako za samog psihoterapeuta, tako i za njegove klijente i njihovu dobrobit. U odnosu supervizora i supervizanta, koji je komplementaran i jedinstven, važno je da supervizor kod supervizanta potiče razvijanje organizacijskih kompetencija, poznavanje etičkih pravila, da mu pomaže u njegovom vlastitom rastu i razvoju, ali da ga pouči značaju brige o dobrobiti klijenta te profesionalnosti u radu (Bilodeau, 2017). Glavna svrha supervizije uključuje olakšavanje stručnog osposobljavanja i obrazovanja, privikavanje na radno mjesto, razvijanje kliničke prosudbe i kompetencija, pomoć pri formulisanju slučaja i planiranju terapijskog procesa. Također, supervizija omogućava pružanje adekvatnih odgovora i rješavanje dilema koje terapeuti imaju u vezi transfera i kontratransfera (Golia i McGovern, 2015).

Važnost supervizije se ogleda kroz njene tri glavne funkcije, a to su: suportativna, edukativna i menadžerska funkcija. Kroz *suportativnu funkciju*, psihoterapeut uči da prepozna svoje vlastite emocionalne reakcije, kao i načine kako da se nosi sa izazovima koji se neminovno javljaju pri kompleksnom radu sa ljudima. *Edukativna funkcija* supervizije je usmjerena na očuvanje interesa klijenata. *Menadžerska funkcija* supervizije odnosi se na pružanje mogućnosti psihoterapeutu da zadovolji profesionalne i etičke standarde u radu (Srna, 2006). Kroz ove tri ključne funkcije supervizije, supervizor ispunjava nekoliko zadataka, kako bi pružio supervizantu potrebnu podršku. Jedna od osnovnih zadaća supervizora je zadržati okvir u radu sa supervizantom te

izgraditi profesionalan savez kako bi podržao njegovu želju i ambiciju za učenjem. Nadalje, veoma je važno da supervizori pokažu razumijevanje prema supervizantima te da im budu na raspolaganju kako bi prepoznali nejasnoće i sukobe u svom radu. Vrlo je važno da supervizor može pružiti jasnu potporu, kako bi psihoterapeut mogao prepoznati otpor i transfer u interakciji sa svojim klijentima. Također, za supervizora je bitno da može prepoznati kontratransferne manifestacije kod supervizanta i pomoći mu da ih sam prepozna i radi na njima, ali i da prepozna kontratransferne reakcije u sebi prema supervizantu (Szecsödy, 1990).

Supervizija se prema obliku može podijeliti na grupnu i individualnu. Za razliku od individualne, grupna supervizija predstavlja rad između supervizora i grupe supervizanata, koji se uzajamno pomažu kroz interakciju u kontekstu grupnih odnosa. Individualna i grupna supervizija rezultiraju unaprjeđenjem sistema pružanja podrške, kao i psihološkog stanja psihoterapeuta i klijenata sa kojima rade. Neovisno o tome da li se radi o grupnoj ili individualnoj superviziji, važno je da je osigurava iskusniji pripadnik struke za kojeg se smatra da ima dovoljno znanja i stručnosti u tom području (Bilodeau, 2017, prema Goodyear i Litchenberg, 2007). Većina psihoterapeuta će se u svojoj praksi u određenom trenutku susresti sa klijentima koji doživljavaju simptome traume. Međutim, terapeuti čiji je rad posebno fokusiran na rad sa ozbiljno traumatiziranim klijentima bit će izloženi većem riziku za intenzivnije i dugotrajnije posljedice. Zbog toga za supervizore može biti poseban izazov pomoći psihoterapeutima koji rade sa traumatiziranim osobama da upravljaju svojim emocijama i da budu uvijek dostupni za svoje klijente. Supervizori moraju pomoći i sebi i terapeutima da na najbolji način iskoriste uvide iz svojih perspektiva, kako bi adekvatno mogli pristupiti kompleksnim traumama svojih klijenata. Grupna supervizija nudi jedinstvenu priliku za istraživanje i razumijevanje dilema koje se mogu pojaviti kod terapeuta, što može rezultirati novim uvidom za njihove klijente (Moore i Rice, 2007).

Nadalje, različiti supervizori mogu imati različite stilove u svom radu. Oni biraju po kojem modelu će održavati superviziju, a to će ovisiti o njihovim ličnim preferencijama i potrebama supervizanata. Supervizori daju svoj vlastiti pečat u smislu viđenja sebe, supervizanta, iznijetih problema i načina njihovog rješavanja, međutim, ključna komponenta supervizije jeste da je to mjesto na kojem se mišljenja ne nameću, već se dijele, što supervizantu omogućava nove uvide i znanja. Zbog toga supervizant može usvojiti novo, drugačije razumijevanje vlastitog ponašanja te ponašanja supervizora, pronaći nove načine da brine za vlastito mentalno zdravlje, povećati osjećaj

zadovoljstva sobom, poslom i organizacijom te poboljšati kvalitetu rada i postignuća (Kusturin, 2007).

Weaks (2002) je sproveo istraživanje u kojem je, primjenjujući polustrukturirani intervju na devet iskusnih savjetnika, nastojao ispitati stavove i iskustva o tome šta za njih znači dobra supervizija. Rezultati istraživanja su pokazali da su jednakost, sigurnost i izazov ključni uvjeti dobre supervizije. Osjećaj jednakosti u superviziji se postiže onda kada je supervizor spreman sa supervizantom podijeliti svoja iskustva i teškoće na koje je nailazio u svom radu te otvorenim iskazivanjem i svjesnošću da ni on kao psihoterapeut nije savršen. Pri tome je važno da se u odnosu supervizora i supervizanta naglasi jedinstvenost i jednakost, jer iako supervizor ima određenu superiornost u znanju i iskustvu, ona se ne smije odraziti na njihov odnos. Jedino će se u takvom odnosu kreirati sigurnost u procesu supervizije i supervizant će slobodno moći izražavati svoje misli i osjećaje. S druge strane, sami izazovi koji su prisutni predstavljaju mogućnost i priliku stjecanja novih uvida i povećanja svjesnosti o različitim aspektima rada (Pernar, 2017).

Uprkos svim pokazateljima važnosti supervizije u psihoterapijskom radu, za mnoge praktičare, posebno početnike, dostupnost redovite, adekvatne supervizije može biti vrlo ograničena (Golia i McGovern, 2015). Nažalost, ni drugi oblici profesionalne podrške, poput edukacija, konsultacija, psihološke krizne intervencije i debriefinga, vrlo često nisu dostupni stručnjacima, posebno na našim prostorima. Također je važno naglasiti da, ponekad, i profesionalci iz različitih razloga nisu spremni potražiti ovakav oblik pomoći i podrške za sebe. Zbog toga je važno raditi na edukaciji i podizanju svijesti o važnosti supervizije u psihoterapijskom radu (Kusturin, 2017).

7. ZAKLJUČCI

1. U velikom broju slučajeva psihoterapeuti rade sa klijentima koji su doživjeli psihološku traumu, pri čemu se najčešće susreću sa traumatskim pričama koje uključuju iskustva silovanja, mučenja, fizičkih napada, incesta, pucnjave, zločina iz mržnje te emocionalne okrutnosti. Izloženost psihoterapeuta različitim uznemirujućim i teškim životnim pričama svojih klijenata, može opteretiti njegovo svakodnevno funkcioniranje u profesionalnom i privatnom životu te rezultirati različitim negativnim (kratkoročnim i dugoročnim) ishodima na planu mentalnog zdravlja. Međutim, rad sa traumatiziranim klijentima može biti i korisno iskustvo za psihoterapeute. Ukoliko klijenti tokom psihoterapijskog rada na traumatskom događaju dožive rast i razvoj, onda se pozitivni efekti po lični i profesionalni razvoj mogu očekivati i kod samih terapeuta.
2. Sa sve većim interesom za istraživanje traumatskog stresa, došlo se do zaključka da negativni efekti traumatskog iskustva nisu vezani samo za one koji su izravno doživjeli traumu, već da se protežu i na širu okolinu. Kod psihoterapeuta koji rade sa klijentima koji su doživjeli traumatsko iskustvo, veoma često se javljaju sekundarni traumatski stres, vikarijska traumatizacija, profesionalno sagorijevanje, zamor od suosjećanja, viktimizacija, kao i narušavanje njihovog mentalnog zdravlja.
3. Pozitivne promjene kod psihoterapeuta u radu sa traumatiziranim klijentima se mogu dogoditi u tri područja koja uključuju: promjene u samopoimanju, u međuljudskim odnosima i u životnoj filozofiji. Na koji način će rad sa traumatiziranim klijentima utjecati na psihoterapeute, zavisit će od njihovih ličnih karakteristika i radnog konteksta. Također, rezultati brojnih istraživanja pokazuju da je kod velikog broja terapeuta, rad s traumatiziranim klijentima utjecao na povećanje njihovog samopouzdanja, neovisnost, otpornost, emocionalnu izdržljivost, osjetljivost, suosjećanje i produbljenju duhovnost.
4. Važno je da stručnjaci iz područja pomagačkih profesija, kao što su psihoterapeuti, poznaju optimalne strategije koje im mogu pomoći da se minimiziraju efekti sekundarnog traumatskog stresa, vikarijske traumatizacije, zamora od suosjećanja i profesionalnog sagorijevanja. Veliku

važnost za psihoterapeute u zaštiti od stresa i sagorijevanja ima dostupnost socijalne podrške porodice i prijatelja te u profesionalnom smislu važna je edukacija, podrška iz radne okoline i supervizija. Glavna svrha supervizije uključuje olakšavanje stručnog osposobljavanja i obrazovanja, privikavanje na radno mjesto, razvijanje kliničke prosudbe i kompetencija, pomoć pri formulisanju slučaja i planiranju psihoterapijskog procesa. Stoga stručnjaci iz mentalnog zdravlja trebaju kontinuirano promovisati superviziju i poticati svijest o njenoj važnosti.

8. LITERATURA

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- Akhurst, J., Kelly, K. (2006). Peer Group Supervision as an Adjunct to Individual Supervision: Optimising Learning Processes during Psychologists' Training. *Psychology Teaching Review*, 12(1), 3-15.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arambašić, L., (2012). *Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja*. Naklada Slap.
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239-263.
- Badger, J. M. (2001). CE Credit: Understanding Secondary Traumatic Stress. *The American Journal of Nursing*, 101(7), 26–33.
- Baird, K., Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188.
- Barlow, C. A., & Phelan, A. M. (2007). Peer collaboration: A model to support counsellor self-care. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 41(1). 1-13.
- Baum, N. (2016). Secondary Traumatization in Mental Health Professionals: A Systematic Review of Gender Findings. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(2), 221–235.
- Berc, G., Šadić, S., i Kobić, O. (2021). Kako pomagači mogu sačuvati sebe da bi pomogli drugima i sebi – izazovi primjene self-care koncepta. *DHS – Društvene i humanističke studije: časopis Filozofskog fakulteta u Tuzli*, 14 (14), 375-388.
- Bernstein, H. A. (1981). Survey of threats and assaults directed toward psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 35(4), 542-549.
- Bilodeau, C. (2017). Touch in supervision. *Touch and the helping professions: Clinical, research, practice and ethical issues*, 195-206.
- Bride, B. E., Radey, M., Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical social work journal*, 35, 155-163.

- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., Figley, C. R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on social work practice, 14*(1), 27-35.
- Brillon, P., Philippe, F. L., Paradis, A., Geoffroy, M. C., Orri, M., Ouellet-Morin, I. (2022). Psychological distress of mental health workers during the COVID-19 pandemic: A comparison with the general population in high-and low-incidence regions. *Journal of clinical psychology, 78*(4), 602-621.
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work, 75*(2), 81-101.
- Corey, G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Naklada Slap.
- Devilley, G. J., Wright, R., Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(4), 373-385.
- Davidson, J. R. T. (2000). Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychopharmacology, 14*(2), 5-12.
- Engstrom, D., Hernández, P., Gangsei, D. (2008). Vicarious resilience: A qualitative investigation into its description. *Traumatology, 14*(3), 13-21.
- Farber, B. A. (1990). Burnout in psychotherapists: Incidence, types, and trends. *Psychotherapy in Private Practice, 8*(1), 35-44.
- Goldblatt, H., Buchbinder, E., Eisikovits, Z., Arizon-Mesinger, I. (2009). Between the professional and the private: The meaning of working with intimate partner violence in social workers' private lives. *Violence against women, 15*(3), 362-384.
- Golia, G. M., McGovern, A. R. (2015). If You Save Me, I'll Save You: The Power of Peer Supervision in Clinical Training and Professional Development. *The British Journal of Social Work, 45*(2), 634-650.
- Hardiman, P., & Simmonds, J. G. (2013). Spiritual well-being, burnout and trauma in counsellors and psychotherapists. *Mental Health, Religion & Culture, 16*(10), 1044-1055.
- Hernández, P., Gangsei, D., Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family process, 46*(2), 229-241.
- Hersen, M. E., Sledge, W. E. (2002). *Encyclopedia of psychotherapy, Vol. 2: IZ*. Academic.

- Irvine, C. (2009). *The ethics of self-care*. Faculty Health in Academic Medicine: Physicians, Scientists, and the Pressures of Success.
- Johnson, C. N. E., Hunter, M. (1997). Vicarious traumatization in counsellors working in the New South Wales Sexual Assault Service: An exploratory study. *Work & Stress*, 11(4), 319-328.
- Korzinski, M. (2013). *Identiikovanje i tretman traume kod žrtava trgovine ljudima i eksploatacije*. Nova astra.
- Kadambi, M. A., Ennis, L. (2004). Reconsidering vicarious trauma: A review of the literature and its' limitations. *Journal of Trauma Practice*, 3(2), 1-21.
- Killian, K., Hernandez-Wolfe, P., Engstrom, D., Gangsei, D. (2017). Development of the Vicarious Resilience Scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 9(1), 23-31.
- Kusturin, S. (2007). Supervizija-oblik podrške profesionalcima. *Metodički ogledi*, 14(1), 37-48.
- Lee, J., Lim, N., Yang, E., Lee, S. M. (2011). Antecedents and consequences of three dimensions of burnout in psychotherapists: A meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(3), 252-258.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of traumatic stress: official publication of the international society for traumatic stress studies*, 17(1), 11- 21.
- Linley, P. A., Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and clinical Psychology*, 26(3), 385-403.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*, 12(5), 189-192.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- McNeillie, N., Rose, J. (2021). Vicarious trauma in therapists: A meta-ethnographic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(4), 426-440.

- Moore, R. M., Rice, C. A. (2007). Group Supervision for Trauma Therapists Following Civil War. *Group, 31*(4), 251–263.
- Newell, J. M., MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best practices in mental health, 6*(2), 57-68.
- Nuttman-Shwartz, O. (2015). Shared Resilience in a Traumatic Reality: A New Concept for Trauma Workers Exposed Personally and Professionally to Collective Disaster. *Trauma, Violence & Abuse, 16*(4), 466–475.
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical psychology review, 23*(3), 449-480.
- Sexton, L. (1999). Vicarious traumatization of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance and Counselling, 27*(3), 393-403.
- Patterson, C. H. (1984). Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 21*(4), 431-438.
- Pearlman, L. A., Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional psychology: Research and practice, 26*(6), 558-564.
- Pernar, M. (2017). Supervizija supervizije. *Psihoterapija, 31*(2), 195-216.
- Pines, A., Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Psychiatric services, 29*(4), 233-237.
- Raquepaw, J. M., & Miller, R. S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*(1), 32-36.
- Ringel, S., Brandell, J. (2011). *Trauma: Contemporary directions in theory, practice, and research*. Sage.
- Rzeszutek, M., & Schier, K. (2014). Temperament traits, social support, and burnout symptoms in a sample of therapists. *Psychotherapy, 51*(4), 574-579.
- Simionato, G. K., & Simpson, S. (2018). Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *Journal of clinical psychology, 74*(9), 1431-1456.
- Smith, R. (1986). Understanding and overcoming burnout. *Journal of Therapeutic Horticulture 50*, 15-24.

- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 1-11.
- Srna, J. (2012). *Psihoterapija i savjetovanje*. Zavod za udžbenike. Beograd.
- Storr, A. (2012). *The art of psychotherapy*. Routledge.
- Szecsödy, I. (1990). The Significance and Importance of Supervision in Psychotherapy Training. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 53(1/4), 86–92.
- Thériault, A., Gazzola, N., Isenor, J., Pascal, L. (2015). Imparting self-care practices to therapists: What the experts recommend. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 49(4). 379-400.
- Tryon, G. S. (1986). Abuse of therapists by patients: A national survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(4), 357-364.
- Van Hoy, A., Rzeszutek, M., Pięta, M., Mestre, J. M., Rodríguez-Mora, Á., Midgley, N., Gruszczyńska, E. (2022). Subjective well-being among psychotherapists during the coronavirus disease pandemic: A cross-cultural survey from 12 european countries. *Journal of psychiatric research*, 154, 315-323.
- Veljković, B. (2015). Intervencije u krizi–pomoć žrtvama i pomagačima kroz psihološku integraciju traume. *Godišnjak za psihologiju*, 12(14), 137-150.
- Weeks, D. (2002). Unlocking the secrets of ‘good supervision’: A phenomenological exploration of experienced counsellors' perceptions of good supervision. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(1), 33-39.
- Wheeler, K. (2007). Psychotherapeutic strategies for healing trauma. *Perspectives in psychiatric care*, 43(3), 132-141.
- Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G., Roberts, R. D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress & Coping*, 26(6), 595-609.