

# Sekundær traumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet

TEKST

Torkil Berge

PUBLISERT 1. februar 2005

---

«There is a cost to caring. Professionals who listen to clients' stories of fear, pain, and suffering may feel similar fear, pain, and suffering because they care. Sometimes we feel we are losing our own sense of self to the clients we serve.»

Charles R. Figley (1995, s. 1)

## Innledning

Terapi med klienter som har vært utsatt for traumer kan være svært belastende. Men kan slikt arbeid i seg selv være traumatisk for terapeuten? Fenomenet sekundær eller vikarierende traumatisering er kontroversielt. Kritikere advarer mot å patologisere terapeutens reaksjoner. De fremhever at traumeterapeuter generelt ikke synes å få belastningsskader i sitt arbeid. De spør om det er hensiktsmessig å snakke om traumatisering når en person selv ikke har vært direkte eksponert for det traumatiske: Vil ikke det innebære utvidelse av traumbegrepet? Det finnes lite forskning som kan gi en avklaring på disse viktige spørsmålene, men enkelte studier er blitt gjort. Jeg vil presentere noe av denne forskningen, og gi noen råd for hvordan ettervirkninger hos terapeuten kan forebygges eller lindres.

Traumereaksjoner kan fremstå som påtrengende og ubehagelige minnebilder, mareritt og dissosiative opplevelser, ubehag ved eksponering for stimuli assosiert med hendelsene, søvnproblemer, irritabilitet og konsentrasjonsvansker. Mange prøver å unngå å tenke på hendelsene, og opplever fremmedfølelse i forhold til andre, avflating av affekt og tap av livsglede. En kan plages av skvettereaksjoner og forhøyet fysiologisk reaktivitet. Et traume kan svekke den grunnleggende opplevelsen av at verden er et godt sted, at livet er meningsfullt og at en selv har verdi som menneske.

*Vikarierende traumatisering* (Pearlman & Saakvitne, 1995) antas å være en gradvis og kumulativ prosess, med tiltakende reaksjoner når en gang på gang hører detaljerte beskrivelser av tragedier og grusomheter. Terapi forutsetter at terapeuten er åpen, men empati gjør en også sårbar for emosjonell smerte, noe som i verste fall kan føre til at en utvikler traumerelaterte plager. Stamm (1999, se også Motta, Newman, Lombardo & Silverman, 2004) bruker begrepet *sekundær traumatisering* om dette, mens Figley (1995, 2002) skriver om *compassion fatigue*, som kan oversettes med omsorgstretthet eller medfølelsesutmattelse. Thomas og Wilson (2004) diskuterer likheter og ulikheter mellom disse tre beslektede begrepene.

## **Studier av traumeterapeuter**

I en studie som sammenliknet traumeterapeuter med andre terapeuter, fant man ikke økt forekomst av psykiske vansker (van Minnen & Keijsers, 2000). De få undersøkelser som er gjort, konkluderer med at traumeterapeuter generelt ikke har vansker med å mestre de krav arbeidet medfører (Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Terapeuter som har mange traumatiserte klienter kan rapportere om traumerelaterte plager som akutte stressreaksjoner, påtrengende, ubehagelige tanker og mentale bilder, og fobisk unngåelse. Dette gjelder terapeuter til ofre for voldtekt (Brady, Guy, Poelstra & Brokaw, 1999; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000), men også personell i politi, brannvesen og sykehus som må forholde seg til barn involvert i ulykker (Dyregrov & Mitchell, 1992), og sosialarbeidere som utførte støttarbeid i New York etter 11. september-tragedien (Boscarino, Figley & Adams, 2004). For de fleste som blir berørt er det snakk om kortvarige, men ofte intense plager. Men enkelte forteller om langvarige problemer på grunn av belastninger knyttet til traumeterapier.

Det er få undersøkelser og motstridende funn når det gjelder betydningen av at terapeuten selv har vært utsatt for traumer. Jenkins og Baird (2002) fant at personlig traume korrelerte med utvikling av sekundære traumesymptomer, mens Adams, Matto og Harrington (2001) og Schauben og Frazier (1995) ikke fant dette.

## **Onde sirkler**

Pearlman og Saakvitne (1995) beskriver hvordan alvorlige tilfeller av vikarierende traumatisering og utbrenthet kan føre til at terapeutene blir fremmedgjort i forhold til seg selv, og opplever nummenhet og distanse til andre. De kan tvile på sin profesjonelle kompetanse, og samtidig oppleve isolasjon i forhold til andre, som bærere av forferdelige historier.

Terapeutene kan føle seg overveldet av omfanget av brutalitet og overgrep. Noen utvikler en form for kynisme, som resultat av gjentatte skuffelser. Enkelte mister optimisme og medfølelse, og går i verste fall inn i en tilstand av eksistensiell ensomhet og fortvilelse.

Terapeutens selvbilde kan bli underminert, med økt selvkritikk og svekket evne til selvtrøst og selvempati. En kan miste positive illusjoner knyttet til å kunne forutsi og forhindre vonde hendelser i livet, og få økt frykt for at de en er glad i skal bli skadet. En

kan plages av grusomme, påtrengende forestillingsbilder, og ubehagelige kroppsopplevelser som minner om dem klienten beskriver.

Jo mer detaljerte beskrivelsene er, og jo verre overgrepene er, desto vanskeligere kan det bli for terapeuten. Det er særlig vanskelig når barn er involvert. Klienten kan være i nye overgrepforhold under terapien, for eksempel bli mishandlet av partner, og terapeuten kan bli tvunget inn i en rolle som hjelpeløst vitne. Klienten kan ha store sosiale og psykiske tilleggsplager, og være selvskadende.

Noen klienter kan være utfordrende og devaluerende, samtidig som de fremsetter sterke krav om hjelp. Da kan terapeuten komme i klemme – slipper ikke til med bistand, men anklages for ikke å hjelpe.

Eksterne krav om raske vurderinger og kortsiktig behandling kan ha svært uheldige følger både for klient og terapeut. I løpet av kort tid får terapeuten kjennskap til mye lidelse, men får ikke avdekket klientens ressurser, og må være vitne til smerte, uten å kunne lindre.

Ureflektert motoverføring kan gi økt sårbarhet for belastninger. Jo mindre bevisst terapeuten er egne følelser og holdninger, desto flere empatiske feil vil en begå. Dette fører til fastlåshet i terapien. Terapeuten makter i mindre grad å ta vare på seg selv, får mindre toleranse for sterke affekter, og vil lettere oppleve identitets- og rollekonflikter. En terapeut som ser på seg selv som tøff og motstandskraftig, kan føle skam over stadig å bli overveldet av følelser. En terapeut som ser på seg selv som varm og engasjert, kan bli opprevet ved å kjenne sterkt sinne rettet mot klienten. En terapeut som ser på seg selv som optimist, kan frykte å ta inn over seg klientens håpløshetsfølelse. Slike følelser kan være så uakseptable at terapeuten prøver å undertrykke dem. Dermed mister en anledningen til å analysere følelsene i forhold til den terapeutiske relasjonen.

Følelsen av ikke å ha kontroll kan gjøre terapeuten autoritær i sine forsøk på å beskytte klienten, for eksempel ved unødvendig bruk av medisiner eller krav om innleggelse. Svekket empati kan i verste fall føre til at terapeuten retraumatiserer klienten, for eksempel ved utilbørlige former for eksponeringstrening eller ved ikke å ta tilstrekkelig hensyn til klientens skamfølelse.

### **Klare terapeutiske rammer**

Det å etablere klare rammer for terapien er særlig viktig i forhold til klienter som har opplevd alvorlige grenseoverskridelser. Derfor er det ofte nødvendig å drøfte bakgrunnen for det når en klienten ønsker endring i rammer, for eksempel lengre samtaler og hyppigere eller færre møter: Hvorfor ønsker du dette nå? Kan det ha uheldige følger? Det er her viktig at også terapeuten føler seg komfortabel med en slik endring. Avtaler som er i tråd med terapeutens kapasitet, kan redusere risikoen for at terapien føles som en byrde, med påfølgende irritasjon rettet mot klienten.

Når klienten ønsker endring, kan terapeuten bekrefte klientens behov som gyldige og rimelige, og samtidig si at terapeuten kanskje ikke kan tilfredsstille ønsket. Slik atskilles klientens behov fra terapeutens behov og begrensninger. Terapeuten må kunne ivareta

egne behov, fordi en må ta vare på seg selv for også å kunne ha omsorg for andre. Eksempler er at terapeuten tar honorar for timer der klienten har hatt frafall, og ikke går på jobb når han eller hun er syk. Det er ofte et mål i terapi at klienten skal komme i kontakt med egne behov og gi uttrykk for dem. Da kan det oppleves som særlig vanskelig for terapeuten ikke å imøtekomme en direkte forespørsel fra klienten. Her er det viktig å skille mellom klientens rett til å ønske noe, og terapeutens evne og ansvar for å imøtekomme ønsket.

### **Støtte og omsorg for terapeuten**

Pearlman og Saakvitne (1995, Saakvitne & Pearlman, 1996), Rothschild (2000) og Herman (1992) foreslår måter terapeuten kan gi seg selv støtte og omsorg på. Utgangspunktet er at terapeuten anerkjenner og gyldiggjør egne reaksjoner. Da er det mulig å undersøke dem uten frykt, skam- og skyldfølelse, både alene og sammen med andre. Noen klienters problemer kan være overveldende. Å anerkjenne egne følelser av hjelpeløshet kan virke frigjørende ved å gjøre terapeuten i stand til likevel å make å være oppmerksomt tilstedeværende i øyeblikket. En kan her formidle til klienten at det er vondt å måtte være et hjelpeløst vitne til overgrep og smerte.

Det er viktig å begrense graden av eksponering, for å unngå overdoser med traumer. En kan la være å gå inn i alle detaljer ved overgrepene. En kan formidle medfølelse, uten å måtte ta inn i seg klientens følelser; å forstå smerte innebærer ikke nødvendigvis å føle den. En kan lytte til ordene, uten å danne indre bilder. En kan ta et mentalt skritt tilbake og ivareta egne grenser, forestille seg at en er omringet av et strålende hvitt lys, et gjerde, en glassklokke eller en sky som vil absorbere og beskytte.

*Støttetanker* er viktig: «Det var da, klienten er her nå, helt trygg, jeg kan lytte til det nå». En kan berolige seg med forestillinger, for eksempel om at terapeut og klient i dag er omgitt av omsorgsfulle personer, eller at terapeut og den voksne klient sammen tar omsorg for det mishandlede barnet. En kan tenke seg hvordan en vil snakke om dette i fremtiden, for eksempel senere i terapien, når den akutte smerten er blitt lindret. En kan forestille seg klienten som en tryggere og mindre lidende person i fremtiden.

Når en hører på historier om barn som er blitt utsatt for overgrep, kan en minne seg selv på at barnet overlevde, at klienten har ressurser som har gjort det mulig. Det er viktig å beholde en fot i nåtiden, og ikke gå fullstendig inn i fortidens lidelser.

I faglige sammenhenger kan en prøve å unngå å forholde seg til mye traumemateriale, for eksempel ved ikke å lese opprivende kasusvignetter. En kan be kolleger på teammøter om å unngå å snakke om detaljer i traumehistorier.

Hvis en plages av påtrengende bilder, kan det være fruktbart å se etter om det er et tema i bildene som har mening i forhold til en selv og egne behov og savn, for eksempel etter trygghet. Dette kan gi anledning til å bearbeide personlige temaer. En kan endre innholdet i bildene, ved å sette inn andre personer, og endre utfallet eller elementer og hendelsesforløp i bildene. Det er gunstig å snakke med andre om bildene; de er mest belastende når de bæres alene.

Det er viktig å ta vare på egne grenser. Tar en på seg for mye arbeid og forpliktelser, for eksempel ved alltid å være tilgjengelig for klientene og ved å utvide timene, sender en ut motstridende budskap: En oppfordrer klienten til å sette grenser, men makter ikke å ivareta sine egne. Det er essensielt å vedlikeholde et profesjonelt nettverk, via kurs, kollegagrupper og veiledning. Egenterapi kan ha stor betydning.

Det er gunstig med balanse i yrkeslivet, ved å skifte mellom terapi, veiledning, prosjektarbeid og skriving. En kan skifte mellom individuell-, familie- og gruppeterapi, og da gjerne ha en koterapeut. Det er en fordel med et bredere spekter av klienter og problemtyper.

Det anbefales å ikke ha for mange klienter med alvorlige traumer. Arbeider en mye med traumer, er det viktig med aksept fra ledelsen om at dette er krevende. En kan tilstrebe en kultur på arbeidsplassen der en tar på alvor og søker å motarbeide sekundærtraumatisering og utbrenthet, for eksempel gjennom undervisning og diskusjoner i teamet. En destruktiv gruppeprosess er når ett teammedlem blir bærer av følelser av sårbarhet for teamet som helhet (Munroe et al., 1995). Tre prinsipper i teamets omsorg er sentrale:

- *individualisering*, enhver reagerer på en unik måte
- *normalisering*, det er naturlig å reagere når man er empatisk overfor klienter som har hatt forferdelige opplevelser, og det finnes en naturlig helingsprosess for alle
- *egenmestring*, den enkelte må selv være endringsagent i eget liv.

Det er støttende å ha hyggelige fysiske arbeidsomgivelser. Et eksempel er å plassere personlige objekter i terapirommet som påminnere om livet utenfor, men gjerne også om terapeutiske suksesser.

En kan sjekke rekkefølgen på avtalene i forhold til typer klienter, for eksempel unngå å ha to svært krevende klienter like etter hverandre. En kan starte og slutte uken med klienter en føler en har fremgang med. En kan benytte seg av pausene mellom timene: strekke på seg, puste med magen, åpne vinduet, gå litt, prate med noen andre: minne seg selv på at en har kropp – og venner. En kan legge inn lengre pauser hvis en har mange klienter på en dag.

Det er essensielt å opprettholde følelsen av mening og håp med arbeidet en gjør: være bevisst på verdien av ens bidrag, de suksesser en har, og beholde blikket for det positive. En må prøve å unngå ytterligere selvkritikk og grubling når en er nedstemt og fortvilet over ikke å ha fått til noe. Et vesentlig aspekt her er å holde frem for seg selv den overordnede humanistiske siden ved slikt hjelpearbeid. Det er vanskelig å tenke seg et mer meningsfullt og berikende yrke enn å kunne bistå mennesker som har opplevd traumer.

## **AKTUELLE NETTSIDER**

[www.krisepsyk.no/](http://www.krisepsyk.no/) (Senter for Krisepsykologi)

[www.isu.edu/~bhstamm/](http://www.isu.edu/~bhstamm/) (B. Hudnall Stamm)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 2, 2005, side 125-127*

**TEKST**

**Torkil Berge**, Norsk Psykologforening

+ **Vis referanser**

Referanser

Adams, K. B., Matto, H. C., & Harrington, D. (2001). The Traumatic Stress Institute Belief Scale as a measure of vicarious trauma in a national sample of clinical social workers.

363-371.

Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers.

57-66.

Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women.

368-393.

Dyregrov, A., & Mitchell, J. T. (1992). Work with traumatized children - Psychological effects and coping strategies.

5-17.

Figley, C. R. (Ed.). (1995).

New York: Brunner-Routledge.

Figley, C. R. (2002).

New York: Brunner-Routledge.

Ghahramanlou, M. A., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors.

229-240.

Herman, J. (1997).

New York: Basic Books.

Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study.

423-432.

Motta, R. W., Newman, C. L., Lombardo, K. L. & Silverman, M. A. (2004). Objective assessment of secondary trauma.

67-74.

Munroe, J. F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rapperport, K., & Zimering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model | C. R. Figley (Ed.),

(ss. 209-231). New York:

Brunner-Routledge.

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995).

New York: Norton.

Rothschild, B. (2000).

Århus: Forlaget

Klim.

Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers.

449-480.

Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors.

49-64.

Stamm, B. H. (Ed.). (1999).

(2nd ed.). Baltimore: Sidran Press.

Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996).  
New York: Norton.

Thomas, R. B., & Wilson, J. P. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder.  
81-92.

van Minnen, A., & Keijsers, G. P. (2000). A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists.  
189-200.