

# **SEKUNDÄR TRAUMATISERING**

---

*(Trauma med fokus på behandlaren)*

**Projektarbete inom ramen för  
Grundläggande psykoterapiutbildning  
Östersund, Psykiatriska kliniken (2005-2007)  
*Mariana Gardanova-Solberger***

## **Innehållsförteckning**

---

I. Inledning	2
II. Syfte och frågeställningar	2
III. Metod	3
IV. Teoranknytning	3
• ST - begrepp och definition	3
• Processer bakom uppkomsten av ST	5
- Traumatisk motöverföring	5
- Empati - kognitiv och affektiv	6
- Emotionell smitta	7
- Kognitiva teorier om ST	7
V. Diskussion	8
VI. Referenser	11

## I. Inledning

Judith Lewis Herman, professor vid Harvard Medical School, har i sitt klasiska verk "Trauma och tillfrisknande" (1992) ingående beskrivit följderna av långvarig traumatisering av krig, tortyr, misshandel och sexuella övergrepp. Att studera psykiskt trauma innebär enligt henne att bli medveten om mänsklig sårbarhet och att konfronteras med ondskan i den mänskliga naturen. Inom psykotraumatologin delas trauman i två stora grupper. Trauman som är resultat av naturkatastrofer eller olyckor får oss lätt att sympatisera med offren. När det däremot är människor som avsiktligt skadar andra människor ("man made traumas") fångas vi som bevittnar det i konflikten mellan offer och gärningsman. Vi tvingas ta ställning. Det är omöjligt att förbli neutral i denna konflikt.

De starkaste känslorna och reaktionerna väcks då trauman drabbar barn. I litteraturen har dessutom framhävts att människor som i sitt arbete möter människor som utsatts för sexuella övergrepp löper särskilt stor risk med avseende på egen psykisk hälsa (Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990).

I mitt vardagliga arbete som socionom/kurator inom psykiatrien träffar jag en del människor med sexuella övergrepp under barndomen i anamnesen. Deras berättelser har berört mig. Successivt har jag utvecklat förståelse för och kunskaper om behandling av komplext trauma. Det som för mig haft avgörande betydelse för att kunna stå ut och fortsätta med detta arbete har varit deltagandet i handledningsgruppen på kliniken. Förutom individuell behandling på min arbetsplats, bedriver jag tillsammans med en kollega gruppsykoterapi med unga kvinnor som har varit utsatta för sexuella övergrepp under uppväxten.Handledning även i denna kontext har varit en förutsättning för vårt arbete.

Inom ramen för den aktuella grundläggande psykoterapiutbildningen (sk Steg 1) har vi blivit ännu mer medvetna om oss själva som ett viktigt "verktyg" i det behandlingsarbete som var och en av oss utför i sitt sammanhang. Vad gäller traumaarbetet har jag på senaste tiden riktat uppmärksamheten till och blivit mer medveten om att traumat kan överföras och ha smittande inverkan på behandlaren. I litteraturen om psykotraumatologi fångas traumats transmission i begrepp som sekundär, respektive vikarierande traumatisering.

Ofta är sekundär traumatisering (ST) en långsam kumulativ process och i detta ligger svårigheten att upptäcka dess effekter innan det är för sent eller innan skadan är gjord. Därför har jag valt att i denna uppsats fördjupa min förståelse för processerna bakom fenomenet ST. Förhoppningsvis kommer denna nyvunna kunskap hjälpa mig att kunna trivas och fortsätta med traumabehandling samt kunna förebygga och minimera risken för ST.

## II. Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva fenomenet sekundär traumatisering som kan uppstå vid behandling av människor som har blivit utsatta för komplext trauma.

**Frågeställning 1:** Vad är sekundär traumatisering?

**Frågeställning 2:** Vilka processer ligger bakom uppkomsten av sekundär traumatisering?

## Hypoteser

1. Motöverföringen vid behandling av människor som har blivit utsatta för komplext trauma är typisk och specifik och pga detta finns risk för terapeuten att bli sekundärt traumatiserad.
2. Behandlaren kan genom sitt empatiska engagemang bli negativt påverkad av andra människors trauma.
3. Behandlingsarbete med svårt traumatiserade kan leda till förändring av terapeutens kognitiva scheman och övertygelser.

## III. Metod

För att beskriva fenomenet ST och belysa processerna som ligger bakom dess uppkomst har jag gjort en litteraturstudie. Jag har använt mig av kurslitteratur, annan relevant litteratur och artiklar samt gjort litteratursökning på "sekundär och vikarierande traumatisering". Vad gäller avgränsningar avser jag att bara lyfta fram processer på individnivå som kan ligga bakom uppkomsten av ST. Processer på organisations- respektive samhällsnivå kommer inte att tas upp.

## IV. Teori anknytning

### Sekundär traumatisering - begrepp och definition

En av förutsättningarna för terapeutisk verksamhet är att terapeuten behåller sin förmåga och tillåter sig bli berörd av patientens lidande. En annan är patientens överlevnadskraft och vilja till förändring. ST hänvisas till effekterna av arbete med svårt traumatiserade patienter. Professionella som i sitt arbete dagligen konfronteras med traumatiserade människor utsatts för starka påfrestningar. Att lyssna, stödja, validera patienternas känslor och erfarenheter, att bevittna deras traumatiska berättelse, lidande, rädsla, smärta och destruktiva beteenden får behandlaren att indirekt (sekundärt) utsätta sig för patientens trauma.

I extrema fall kan arbetet med traumatiserade leda till att professionella själva kan utveckla PTSD-liknande symptom. Detta påstående grundas på DSM-IV som angående diagnosen PTSD tar upp att en familjemedlem eller nära vän kan själv utveckla PTSD-symptom när de får veta att deras närmaste varit utsatta för trauma (Figley, 1995).

I litteraturen har denna negativa process kallats med olika namn tex *Compassion Fatigue* (CF) (Figley, 1995), *Vicarious Traumatization* (VT) (McCann & Pearlman, 1990), *Secondary Traumatization* (ST) (Pearlman & Saakvitne, 1995). Det finns vissa skillnader mellan dessa begrepp, men ändå täcker de varandra. CF och ST kan användas omväxlande och sätter i fokus symptom och emotionell respons hos terapeuten vid arbete med traumaöverlevare. Begreppet VT beskriver förändringar som uppstår i terapeutens kognitiva scheman och övertygelser om sig själv, om andra eller om omvärlden. Kärnan i alla tre begrepp är att behandlaren genom sitt empatiska engagemang kan bli negativt påverkad av andra människors trauma. Denna process kan orsaka skada och lidande hos behandlaren på liknande sätt som traumat en gång skadade patienten. I denna studie kommer jag att använda benämningen sekundär traumatisering (ST).

Det finns också andra begrepp som gränsar till ST tex det vi i dagliga språket kallar för utbrändhet. *Utbrändhet* beskriver den trötthet hos behandlaren som har med alla former av patientarbete att göra oavsett typ av problematik. ST gäller däremot bara reaktioner som är knutna till den belastning som terapeuten upplever vid arbete med svårt traumatiserade.

Terapeuten kan märka reaktioner och efterverkningar av traumaarbete på flera sätt. Vanligaste är kanske att terapeuten utvecklar *psykiska och fysiska reaktioner* parallellt till det vi ser hos traumatiserade patienter. (Figley, 1995, Pearlman & Saakvitne, 1995). Det är inte ovanligt att dessa reaktioner i förlängningen kan enligt författarna leda till *förändring* av terapeutens kognitiva schema som tex antagande om sig själv, om andra människor, om världen. Om terapeuten inte tar hand om sina reaktioner och gör något åt dem kan det gå så långt att terapeutens, såväl professionella som privata liv, kan påverkas och *problem i relationer* kan uppstå.

Mer konkret kan indikatorer på ST hos terapeuten sammanfattas på följande sätt:

- Påträngande och plågsamma minnesbilder från material man sekundärt exponerats för i form av mardrömmar, mentala bilder, föreställningar.
- Undvikande beteende som tex att inte kunna "ta in" vad klienten berättar.
- Överspändhet som kan visa sig i sömnstörningar, irritabilitet, koncentrations svårigheter samt andra psykosomatiska besvär.
- Negativa copingstrategier som tex missbruksbeteende (alkohol eller för mycket arbete)
- Förändrade kognitiva scheman framförallt vad gäller trygghet, tillit, respekt och intimitet. Man kan också bli överbeskyddande över egna barn eller utveckla allmänt misstänksamhet till andra människor generellt.
- Problem i relationen till andra - antingen kan terapeuten distansera sig eller överinvolvera sig i mötet med andra människor.

Ovanstående lista pekar på likheter mellan ST och PTSD, men det finns också skillnader som handlar om graden av lidande och obehag, som är väsentligt högre hos personer med PTSD. Uppkomst och vidmakthållande faktorer skiljer sig också åt. Traumat var för patienten oväntat eller hon blev tvingat till det. Terapeuten däremot har själv valt att jobba med exponering. ST, till skillnad från PTSD, är resultat av *kumulativ* effekt av exponering.

Även om ST anses vara en oundviklig effekt av långvarig exponering för obehagliga stimuli, är det självklart så, att alla professionella som i sitt arbete jobbar med traumatiserade inte är lika sårbara för att bli sekundärtraumatiserade. Figley (1995) listar ut en del faktorer som kan öka, respektive minska risken för ST:

- Egen obearbetad traumahistoria ökar risken för ST.
- Psykisk sårbarhet och allmän hälsa: ju högre sårbarhet desto större risk.
- Typen av trauma man exponeras för samt intensiteten och längden på exponeringen (dagligen och allmänt): komplext trauma, hög intensitet och/eller längre exponering ökar risken för ST.
- Graden av empatisk identifikation med offret: ju högre grad desto större risk.
- Yrkeserfarenhet: ju kortare tid i yrket desto större risk.
- Socialt och organisatoriskt stöd: ju sämre stöd desto större risk.
- Copingstrategier: ju mer negativa strategier desto större risk.
- Extern eller intern "Locus of Control": extern "Locus of Control" ökar risken.

## Processer bakom uppkomsten av ST

### Traumatisk motöverföring

Begreppet motöverföring har haft olika betydelser under tidens gång. I traditionell psykoanalys omfattade motöverföringen terapeutens egna överföringar till patienten dvs terapeutens omedvetna reaktioner. Enligt Freud var orsaken till motöverföring terapeutens olösta omedvetna konflikter. På 50-talet började terapiprocessen att betraktas som ett samspel och det ansågs att terapeutens motöverföring kunde vara förorsakad av patientens känslor och överföringar. Idag har vi närmast oss komplexiteten i terapiprocessen på ett nytt sätt och vet att det är svårt eller omöjligt att särskilja om känslor eller överföringar har sitt ursprung hos patienten, hos terapeuten eller hos båda. Bo Sigrell (2001) föreslår följande definition: Motöverföring är alla känslor (medvetna som omedvetna), attityder, fantasier och handlingstendenser som väcks hos terapeuten i relationen till patienten.

Herman (1992) beskriver närmare traumatisk motöverföring som uppstår vid terapeutiskt arbete med komplext traumatiserade. Enligt henne är reaktionerna i denna motöverföring typiska och specifika. De omfattar hela spektrat av terapeutens emotionella reaktioner på såväl överlevaren som själva den traumatiska händelsen. Traumat är en händelse som har skett i verkligheten. När det handlar om ”man made traumas” kommer terapeuten att konfronteras med och lyssna på berättelser om mänsklig grymhet. I sin ansträngning att utveckla förståelse för en svårt traumatiserad person behöver terapeuten identifiera sig med en rad starka emotionella reaktioner. Patientens upplevelser av hjälplöshet kan få terapeuten att förlora tron på den terapeutiska relationens verkan. Terapeuten kan känna sig skrämmd och inkompetent. Som försvar mot den outhärdliga känslan av hopplöshet kan terapeuten försöka ta på sig rollen av räddare. Men detta kan äventyra den terapeutiska relationen och beröva patientens möjlighet att integrera traumat och bearbeta dess konsekvenser.

Andra känslor som är vanliga vid traumatisk motöverföring är att terapeuten identifierar sig med patientens djupa sorg, sårbarhet, rädsla, skräck eller vrede. Dessa starka känslor bär med sig risken att terapeuten inte orkar med dem. Konsekvenserna kan vara att terapeuten bygger upp sina försvar för att värja sig mot dessa känslor. Men på så sätt kan terapeuten själv bli ovetande om det som sker inom honom. I längden kan detta öka risken för ST.

Ett annat drag som är specifikt för traumatisk motöverföring är att terapeuten i sin roll som lyssnande vittne kan fångas i konflikten mellan offer och förövare. Medan identifiering med offret kan vara smärtsam för terapeuten, kan identifiering med gärningsmannen väcka starka skräckkänslor. Terapeuten tvingas tex konfronteras med sina sadistiska känslor. Slutligen omfattar terapeutens emotionella reaktioner, förutom identifiering med offer och förövare, också den med åskådaren. Det sistnämnda kan väcka skuld-känslor.

Terapeuten måste vara lyhörd för, förstå och erkänna alla dessa ovannämnda starka känslor. Om detta inte sker, löper terapeuten risk att drabbas av ST med alla dess personliga och terapeutiska konsekvenser som följd. Pearlman & Saakvitne (1995) och Wilson & Lindy (1994) diskuterar detaljerat förhållandena mellan motöverföring och ST. De påpekar att dessa två processer är olika men att de påverkar varandra ömsesidigt. Motöverföring finns i alla terapier och beskriver upplevelser som sker inom terapirelationen. ST är däremot en reaktion som kan uppstå vid arbete med svårt traumatiserade. ST begränsas inte bara till terapirelationen utan kan påverka terapeutens hela liv och leda till förändring i hans livsåskådning och övertygelser.

En terapeut som inte förstår och erkänner tecken på ST riskerar att hamna i en negativ spiral. En stark motöverföringsprocess ökar terapeutens sårbarhet för ST. På samma sätt kan ST orsaka starka motöverföringsreaktioner hos terapeuten. Till processerna som är involverade i samspelet mellan ST och motöverföring hör (Sabin-Farell & Turpin, 2003): minskad självmedvetenhet respektive självuppmärksamhet; ökat försvar; förändring i terapeutens egen identitet tex hans/hennes övertygelser och världsbild.

## Empati

Empati är inlevelseförmåga - ett sätt på vilket vi känslomässigt förstår och kan följa det en annan människa har upplevt och berättar om. Empati kan betraktas som affektsmitta då terapeuten följer det som patienten berättar på en omedveten nivå. Andra beskriver empati som en process för att kunna bättre förstå den andre (Lund, 2006). Författaren påstår att ST enligt definition sker via empatisk engagemang i patientens traumatiska material. Det har varit vanligt att skilja mellan fyra aspekter av empati som samspelar med varandra. Lund (2006) hänvisar till en modell med fyra fält (Från Beck, baserad på Pearlman och Saakvitne):

<b>Kognitiv dåtid</b>	<b>Kognitiv nutid</b>
<b>Affektiv dåtid</b>	<b>Affektiv nutid</b>

Modellen kombinerar tidsramarna av det förflutna och nuet med kognitiv och affektiv empati. Kognitiv empati innebär att terapeuten genom sin inlevelse skapar sig en förståelse för det som patienten har upplevt och berättar. Affektiv empati innebär att terapeuten lever sig in i och återskapar något av det patienten berättar om sig själv och sedan relaterar terapeuten det till egna upplevelser. Som jag uppfattar det är kognitiv empati en inlevelse på rollnivå (patient-terapeut). Affektiv empati är däremot en inlevelse på en mer personlig nivå. Till dessa två former av empati läggs vidare en tidsdimension som tar upp om det är patientens dåtid eller nutid som empatin förhåller sig till.

Utifrån denna modell finns det fyra sätt på vilka terapeuten kan vara empatisk för att stödja patienten (Lund, 2006). Man kan arbeta i förhållande till *kognitiv dåtid* och försöka förstå tex vad patienten tänkte som barn om det som skedde och om de övergrepp hon blivit utsatt för; hur hon såg på människor runt omkring sig; på vilket sätt hon bemästrade påfrestningarna; till vem hon eventuellt kunde vända sig och berätta om det som pågick. Man kan arbeta i *kognitiv nutid* och då försöker terapeuten förstå vad patienten idag tänker om det hon varit utsatt för samt på vilket sätt det som har skett påverkar hennes liv idag.

Man kan jobba i *affektiv dåtid* när tex terapeuten hjälper patienten att komma i kontakt med sin smärta, sorg, rädsla, vanmakt, hjälplöshet, uppgivenhet. För att kunna göra det "kopplar" sig terapeuten till patientens känslomässiga kanal och kan också själv känna något av patientens smärta, rädsla, sorg. En del av dessa överväldigande känslor är dissocierade och lever sitt eget liv i patientens "inre scen". Patienten måste återuppleva dessa starka, känslor för att kunna *re-integrera* dem "här och nu" och på så sätt återuppta kontrollen över sitt liv. Terapeuten kan även jobba i *affektiv nutid* och på så sätt kunna härbärgera patientens smärta, rädsla, sorg under tiden då patienten jobbar med konsekvenserna av det han/hon varit utsatta för samt på vilket sätt traumat påverkar hans/hennes liv idag.

I terapeutiskt arbete med svårt traumatiserade människor är det viktigt att terapeuten vet att hon/han har möjlighet att växla mellan dessa fyra olika former av empati. En typ av empatisk inlevelse är särskilt påfrestande och kan vara risk för ST. Pearlman och Saakvitne (I: Lund, 2006) hävdar att en terapeut är mer sårbar för ST när han/hon är empatisk med patienten under det känslomässiga arbetet från affektiv dåtid. Sårbarheten förstärks när patienten dissocierar under terapitimmen och går in i återupplevelser av traumat i nuet. Här kan en parallell dras - på samma sätt som dissociation under traumatiska upplevelser ökar risken hos en patient att utveckla PTSD, ökar risken för att en terapeut utvecklar ST då patienterna han/hon jobbar med dissocierar under terapisessionen. Människor som har blivit utsatta för komplext trauma tillhör oftast denna grupp pga att dissociation är vanligaste försvaret de använt sig av för att överleva.

I traumaarbete krävs att terapeuten har en speciell form av distans. Han/hon måste växla mellan att kunna känna och föreställa sig hur det har varit för patienten och samtidigt ha en terapeutisk relation där det som terapeuten upplever och känner i mötet med patienten kan användas på ett terapeutiskt sätt. Att vara empatisk till det som patienten har upplevt och samtidigt ha en nödvändig terapeutisk distans bär på en speciell risk för utmattning för en behandlare som jobbar med relationella trauman som våld, övergrepp och allvarig omsorgssvikt. Empatin är kanske det vanligaste instrument för en terapeut i behandlingsarbetet. Ett sådant viktigt instrument måste behandlaren bruka med stor omsorg och vaksamhet. Huvudfrågan är hur terapeuten kan beskydda sig och samtidigt hjälpa patienten att bearbeta traumat.

## **Emotionell smitta**

Sabin-Farrell & Turpin (2003) uppmärksammar emotionell smitta som en av processerna bakom uppkomsten av ST. Medan empati relateras till förståelse av en annan människas upplevelser på en medvetennivå, refereras emotionell smitta till en mer omedveten nivå. Vi kan tänka på emotionell smitta tex när en person observerar och kommunicerar med en annan och efteråt känner emotioner som är parallella, även om hon/han inte nödvändigtvis är medveten om vad och hur, konkret har skett.

I litteraturen har evidensbaserade studier gjorts som bevisat att emotioner, speciellt depression och ångest kan "smittas" från en person till en betydelsefull annan. Emotionell erfarenhet är inblandad i den naturliga tendensen till härmande och synkronisering med andra. Detta kan också leda till smitta av emotioner till en annan människa. I terapeutisk miljö kan tendensen till synkronisering med andra vara en viktig informationskälla och därför övervakas den av terapeuten. Som det tidigare tagits upp i uppsatsen är låg självmedvetenhet en sårbarhetsfaktor för ST. Och det kanske är under tiden då terapeuten är minst självuppmärksam som emotionell smitta gör honom mer sårbar för ST. Emotionell smitta leder tankarna till senaste upptäckter kring spegelneuron. Till detta avser jag återkomma i diskussionen.

## **Kognitiva teorier om ST**

Andra teorier om hur ST sker är kognitivt orienterade (McCann & Pearlman, 1990; Sabin-Farell & Turpin, 2003). På samma sätt som patienternas övertygelser om sig själva, andra människor och världen kan förändras som följd av traumatiska erfarenheter, väcks tanken på att behandlarens övertygelser kan förändras vid exponering för patientens trauma. Enligt den

kognitiva teorin har våra scheman och övertygelser en avgörande betydelse för hur vi ser på oss själva, andra och världen. Varje ny information och erfarenhet silas genom dessa scheman. Vi tolkar händelser utifrån våra scheman.

De nya erfarenheterna stämmer antingen överens med schemat (assimilation) eller schemat ändras för att omfatta och integrera den nya informationen (ackommodation). Med andra ord är ackommodation enligt kognitiva teorier den process genom vilken terapeutens schema och övertygelser ändras. Informationen som kommer från en traumapatientens berättelse kan inte motsvara terapeutens egna övertygelser eller scheman. Därför finns en risk att terapeutens övertygelser förändras för att omfatta och integrera den nya informationen. Förändring av kognitiva scheman hjälper oss att göra världen begriplig. Kognitiva teorier om PTSD antyder att när en människans utsatts för trauma kan deras scheman förändras.

Vid arbete med traumatiserade rubbas tre grundantaganden eller övertygelser:

- 1) Världen är vänlig, dvs övertygelsen om att man är osårbar.
- 2) Händelserna är begripliga och livet meningsfullt.
- 3) Självbilden är positiv, dvs man ser sig själv som en god människa.

Arbete med traumaöverlevare konfronterar terapeuten med missbruk av tillit, brist på säkerhet och maktlöshet. Detta kan leda till att då uppstår splittring i terapeutens scheman om självidentitet, världsbild, andlighet och andra basala psykologiska behov. Dessa förändringar beskrivs i termer av "Konstruktiv Self-Development Theory" (CSDT) (McCann&Pearlman, 1990). CSDT hjälper terapeuten att förstå på vilket sätt traumat påverkar överlevarens personlighet och utveckling. Det finns en parallell mellan hur traumat påverkade patienten och hur terapiarbetet med svårt traumatiserade kan påverka terapeuten. Närmare analyseras fem grundläggande psykologiska behov som traumat stör: 1) *säkerhet/trygghet*; 2) *tillit*; 3) *uppskattning*; 4) *intimitet* och 5) *kontroll*. Var och en har alla dessa fem grundläggande behov men vissa av dem är mer centrala och viktiga för varje individ. Dessa centrala behov är mer sårbara under traumaarbetet.

Kognitiva teorier om minnets processer vid PTSD har lagts till i diskussionen om ST. Vi vet att stimuli från olika sinnen kan trigga patientens traumatiska minnen. På liknande sätt kan ett annat sammanhang trigga minnen av de traumatiska berättelser som terapeuten har lagrat under arbetet med traumaöverlevare. I litteraturen diskuteras olika modeller av minnets processer. Minnen lagras via upplevelser, föreställningar, tankar, men det antyds att inom informationssystemet är de olika minnena inte åtskilda från varandra. Därför kan det hända att en föreställning som är skapad genom tänkande om något lätt förvandlas och bli upplevt som ett minne från en verklig upplevelse. Om terapeuten tex skapar en föreställning medan han/hon lyssnar på patientens traumatiska erfarenheter kan denna föreställning senare visas som en flashback eller ett minne. Om terapeuten är ST är risken för det sist nämnda stor.

## **Diskussion**

Syftet med detta projektarbete har varit att utveckla förståelse för fenomenet ST samt titta närmare på processerna som på individnivå kan ligga bakom dess uppkomst. ST har uppmärksamats inom litteraturen om psykotraumatologi under senaste två decennierna. Under detta projektarbete har jag närmast mig den ST:s komplexitet. Men jag har också förstått att det fortfarande återstår mycket som vi behöver utforska. Här tänker jag sammanfatta och resonera kring några, enligt mig, viktiga punkter om ST.

Det är viktigt att understryka att ST är en onormal reaktion på den långvariga belastningen under terapiarbetet med komplext traumatiserade personer, på samma sätt som en persons reaktioner på komplext trauma är onormala reaktioner på överväldigande påfrestningar.

På samma sätt som ett trauma kan överföras till familjemedlemmar och nära vänner till den drabbade, finns en risk att det kan sprida sin verkan till behandlaren. Denna process beskrivs oftast i litteraturen med begrepp som tex CF, VT, ST. Dessa begrepp belyser olika sidor av samma fenomen och överlappar varandra. I litteraturen används de omväxlande och detta kan upplevas förvirrande. Detta kan också betraktas som ett tecken på att konceptet ST utvecklas fortfarande.

Psykotraumatologi är en snabbt växande vetenskap. Först och främst har vi slutat blunda inför "man made traumas" närvaro i vår verklighet och dess inverkan på människans allmänna hälsa och välbefinnande. Vi har lärt oss en del om trauma och dess verkningar. Vi har breddat vår förståelse för och kunskaper om behandling av det *splittrade jaget*. Vi har ökat vår medvetenhet om att trauma kan överföras från patient till behandlare under terapiprocessen. I litteraturgenomgången finns stöd för hypotes No 1 och No 3. Mer konsekventa bevis finns för hypotes No 1 (symptomen på ST) än för hypotes No 3 (de kognitiva effekterna). Det finns evidens för båda hypoteser, dock med låg korrelation. Sabin-Farell & Turpin (2003) påpekar att mer forskning behövs för att bättre kunna förstå och veta hur vi kan förebygga risken för ST. I litteraturen görs en parallell med debriefing som lärt oss om vikten av evidensbaserad forskning innan åtgärder sätts i gång. Alla tre hypoteser är knutna till den teoretiska modellen för fenomenet ST. Förhoppningsvis kommer den framtida hjärnforskningen kunna hjälpa oss att bättre förstå hur terapiprocessen med svårt traumatiserade påverkar behandlaren.

På samma sätt som begreppen CF, ST och VT överlappar varandra överlappar också processerna som beskriver uppkomsten av ST varandra. Olika forskare lyfter fram olika processer. Efter litteraturgenomgången har jag valt att titta närmare på fyra processer som på individnivå tycks vara inblandade i uppkomsten av ST. Dessa processer är: *motöverföring, empati, emotionell smitta och kognitiva teorier om övertygelser och scheman*.

Exempelvis antyds att en stark motöverföringsprocessen ökar terapeuten sårbar för ST samtidigt som ST orsakar starka motöverföringsreaktioner hos terapeuten. Men dessa två processer skiljer sig: ST begränsas inte bara till den terapeutiska relationen utan påverka terapeutens hela liv. Trauma ligger i spänningsfältet mellan liv och död. Trauma är en gränsöverskridande händelse. Patientens gränser är nedbrutna av traumats vardagliga närvaro. Patienten måste på nytt hitta sina gränser och återta kontrollen över sitt liv, sin kropp, sin själv. Den terapeutiska processen är intensiv och aktiverar starka känslor. Detta ställer höga krav på terapeuten närvaro för att kunna hålla den känsliga balansen som arbetet innebär. Men detta kan också innebära en risk för terapeuten för ST.

Empati är en annan aspekt av den terapeutiska relationen som tycks vara inblandad i uppkomsten av ST (Lund, 2006). Empati är kärnan i varje terapeutisk relation. Vi vill aldrig sluta bli berörda av patientens lidande. Empati är vår huvudtillgång och ett av våra viktigaste instrument i terapiarbetet. "*The capacity for compassion and empathy seems to be at the core of our ability to the work, and at the core of our ability to be wounded by the work*" (Figley, 1995). I detta ligger det paradoxala att empati är en förutsättning och samtidigt kan skada terapeuten under arbetet. Att vara empatisk när patienten beskriver överväldigande, smärftfulla, vansinniga händelser är väldigt krävande och kan öka risken för ST.

Emotionell smitta är en annan process, nära besläktad med empati, som tycks ligga bakom uppkomsten av ST. Vi kan försöka förstå emotionell smitta utifrån fenomenet projektiv identifikation. Det finnas paralleller till hur känslomässig information överförs på ett omedvetet sätt.

Emotionell smitta leder också tankarna till *spegelneuron* (DN, 2 mars 2007). Forskarna tror att de hittat en mycket viktig pusselbit i medkänslans ursprung. Spegelneuron är grunden till empati, imitation, språk och förmågan till mänsklig kommunikation. Spegelneuroner är en speciell sort hjärnceller som är till för att vi ska förstå varandra. Man förstår andra utifrån sig själv eller för att förstå andra måste man ”*uppleva dem*” inom sig själv. ”Man made traumas” har ingen mening och går inte att förstå. Paradoxen förstärkas - den emotionella smittoprocessen har avgörande roll för förståelsen samtidigt som den kan vara en riskfaktor för ST. Med andra ord är både empati och emotionell smitta en möjlighet till att både bota och att bli botad. Men dessa processer som ligger till grund för empatin och vår förmåga ”*att bry sig om*” och ”*att ta hand om*” traumatiserade människor har sitt pris som i värsta fall kan vara så högt som ST.

För att vi människor ska fungera normalt behöver vi vissa ”illusioner” eller grundantaganden (kognitiva scheman). De (normala) vilar på antagandet om begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som ger oss en känsla av sammanhang. ”Man made traumas” rubbar alla dessa föreställningar. Hur lagar man ett brustet hjärta? Det är oundvikligt att som terapeut inte blir påverkad av patientens berättelser och känslor. Förändringar i våra värderingar, livsåskådning och personlighet sker successivt och vi blir inte medvetna om dem förrän i efterhand. Dessa kumulativa effekter sker genom assimilation eller ackommodation. Vid traumaarbete är det vanligt att *överackommodation* ökar risken för ST.

Och sist men inte minst, är det viktigt att understryka att arbetet med svårt traumatiserade människor inte enbart har negativa effekter i form av ST. Utöver svårigheterna på vägen berättar många terapeuter i kvalitativ forskning om förhöjd livskvalité till följd av arbetet. Att möta och kunna hjälpa utsatta människor gör arbetet meningsfullt. Erfarenheter av arbetet ger oss inblick i något som har skett i verkligheten. Vår världsbild och våra kunskaper om mänskliga naturen kompliceras ytterligare. Dessa kunskaper gör oss ödmjuka, men de ger oss styrka också och möjligheter att förändra världen. Genom att hjälpa patienten att bearbeta och integrera traumatiska upplevelser främjar terapeuten också förmågan till integrering hos sig själv.

Liksom tillit är resultatet av en utveckling under tidigaste åren av livet, är integritet ett resultat av en utveckling i mogen ålder. Integritet enligt Herman (1992) är förmågan att bejaka livets värde vid konfrontation med döden, att försonas och acceptera verkligheten utan förtvivlan. Integritet är grunden på vilken tillit och relationer först utvecklas och på vilken en krossad tillit som trauman medfört, kan återskapas. Behandlaren är den som har privilegiet att på nära håll leda genom att följa en överlevare som söker hjälp. Att leva är mer än att överleva. Att bli levande är det som vi stävar efter och vill uppnå med behandling. Därför är det viktigt att behandlaren själv är medveten om risken för ST vid traumaarbete och arbetar för att förebygga den.

## Referenser

Figley, C.R. (red) (1995): Compassion Fatigue.

Herman, J.L.(1992): Trauma och tillfrisknande. Om följderna av incest, våldtäkt, krig och tortyr och behandling av dessa trauman. PsykoterapiHuset. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: Bruner/Mazel publishers.

Lind, E.S. (2006): Terapeuters reaksjoner i møte med sterkt traumatiserte klienter. I: T. Anstorp, K. Benum og M. Jakobsen (red): Dissosiasjon og relasjonstraumer - integrering av det splittede jeg. Oslo:Universitetsforlaget.

McCann, L., Pearlman, L.A. (1990): Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. Journal of Traumatic Stress, Vol 3, No 1, 131-149.

Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W.(1995): "Treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. I: Compassion Fatigue. Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. New York: Bruner/Mazel publishers.

Sabin-Farell, R. & Turpin, G. (2003): "Vicarious traumatization: Implication for the mental health of health workers?" Clinical Psychology Review, 23, 449-480.

Sigrell, B., (200): Psykoanalytisk orientert psykoterapi. N&K.

Wilson, J.P. & Lindner, J.L. (red). (1994): Counter transference in the Treatment of PTSD. New York: Guilford.