

Ryzyko związane z wykonywaniem zawodu terapeuty seksuologa

Maria Beisert

Instytut Psychologii Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu

Artykuł przedstawia ryzyko wiązane z pracą seksuologa oraz czynniki tego ryzyka, takie jak ekspozycja na cudzą traumę, sposób pracy z ofiarami traumy, własna trauma, a także czynniki chroniące zdrowie i dobrostan seksuologów.

SŁOWA KLUCZOWE:

SEKSUOLOG, TRAUMA ZASTĘPCZA, STRES WTÓRNEJ TRAUMY, PRZECIWPZENIESIENIE, WYPALENIE ZAWODOWE

Analiza piśmiennictwa poświęconego zawodom zaufania społecznego upoważnia mnie do refleksji i do zadawania sobie po wielokroć pytania o to, dlaczego niektórzy ludzie – pracując dużo, a nawet za dużo – nie wypalają się zawodowo? Dlaczego po wykonaniu jednego zadania przystępują do drugiego z zapalem, ciekawością i niesfabytnym zainteresowaniem drugim człowiekiem? Wiele lat temu w zespole pod kierownictwem prof. Heleny Sękowej częściowo odpowiadaliśmy na to pytanie, analizując pracę osób zatrudnionych w swoistych zawodach, tzn. pielęgniarki i nauczycielki. Okazało się, że wybrane umiejętności, kompetencje czy po prostu poczucie przydatności stanowią bufor chroniący przed wypaleniem (Sęk, 1995). Można by zaryzykować twierdzenie, że w naszych badaniach chodziło wtedy o dobór grup szczególnych, prawie egzotycznych, czyli osób słabo wynagradzanych, o niskim prestiżu społecznym, za to bez istnienia których zniszczeniu uległyby takie ważne wartości jak zdrowie czy wiedza. Otóż dziś, kontynuując i rozszerzając ten wątek, zajmę się inną, równie egzotyczną grupą zawodową, odsuwaną w wielu społeczeństwach na margines bez trudu i żalu. Chodzi o terapeutów pracujących

w obszarze patologii seksualnej. Niebezpieczeństwo (np. wypalenie zawodowe) związane z pracą wykonywaną przez tę grupę osób jest zagadnieniem ważnym i ciekawym, gdyż jej udział w życiu społecznym, chociaż nie tak powszechny jak grup poprzednich, stanie się istotnym elementem stojącym na straży wolności, zdrowia seksualnego i prawa człowieka do ekspresji seksualnej.

ISTOTA I OBSZAR PROBLEMU

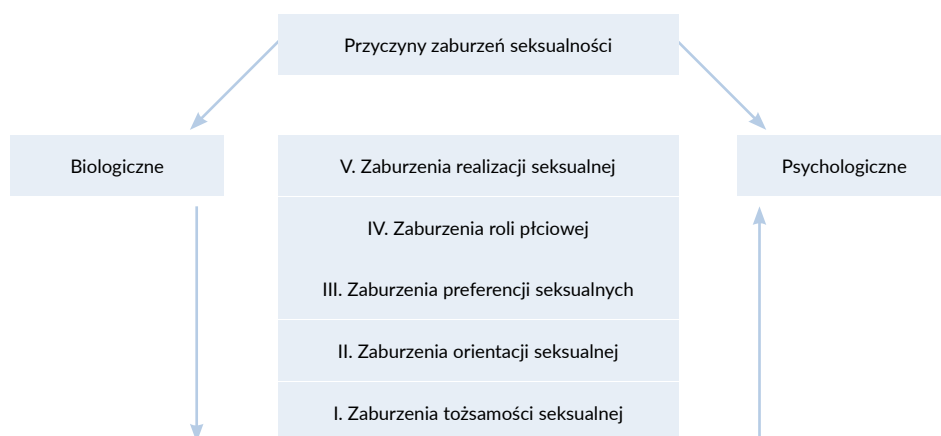
Seksualność człowieka ciągle jest jeszcze traktowana (choć w przyszłości zawartość ICD-11 może ten sposób myślenia podważyć) jako jego niezbywalna i przynależna biologicznie cecha, kojarząca się powszechnie z doświadczeniami, procesami i emocjami wartościowanymi dodatnio. Świadczy o tym wiązanie, a czasami utożsamianie seksualności z takim celami aktywności seksualnej jak przyjemność, satysfakcja, bliskość czy prokreacja. Z tego powodu ocena pracy świadczonej w obszarze edukacji seksualnej, promowania zdrowia seksualnego, a nawet w obszarze klinicznym wydaje się pozostawać pod wpływem tych dodatnich konotacji. Tymczasem wykonywanie zawodu seksuologa, podobnie jak i każdego innego zawodu zaufania społecznego, pociąga za sobą swoiste – co nie znaczy, że wyłącznie pozytywne lub negatywne – skutki. Proponowane przez Seligmana, Walker i Rosenhana (2003) rozumienie ludzkiej seksualności jako zjawiska o złożonej i warstwowej strukturze pozwala spojrzeć na pracę seksuologa z szerszej perspektywy. Rysunek 1, oddający ideę koncepcji Seligmana, potwierdza i wskazuje te możliwości.

V. Realizacja seksualna
IV. Rola płciowa
III. Preferencje seksualne
II. Orientacja seksualna
I. Tożsamość płciowa

Rysunek 1. Struktura seksualności człowieka – model warstwowy (analiza treściowa). Opracowanie własne na podstawie Seligman, Walker, Rosenhan (2003).

Seligman zakłada, jak wyraźnie wynika z rysunku 1, że seksualność człowieka jest budowana stopniowo, począwszy od warstwy pierwszej, najstarszej, czyli tożsamości płciowej, a skończywszy na warstwie piątej, najmłodszej, czyli realizacji seksualnej.

Seksualność budują i kształtują dwa zbiory czynników – biologiczne i psychologiczne, pozostające ze sobą w interakcji. Podstawowym założeniem koncepcji jest zmienność siły ich wpływu w zależności od „wieku” warstwy. I tak, warstwy najstarsze, powstające w okresie płodowym, pozostają głównie pod wpływem czynników biologicznych, trudno poddających się zmianie. Udział czynników psychologicznych (czy – szerzej – psychospołecznych) w ich genezie jest mniejszy, choć bardzo istotny. Udział ten wzrasta w każdej kolejnej warstwie. Tak więc realizacja seksualna bazująca na reakcjach związanych z pożądaniem, podnieceniem, orgazmem jest w wysokim stopniu zależna od czynników psychologicznych. Ten sposób widzenia seksualności człowieka pociąga za sobą istotne konsekwencje związane ze sposobem postępowania wobec zaburzeń. Założenie o przeważającym udziale przyczyn biologicznych w powstawaniu tożsamości i orientacji seksualnej wskazuje na konieczność stosowania biomedycznych (chirurgicznych, farmakologicznych) form leczenia w zaburzeniach tej pierwszej, czy też porzucenie nadziei na zmianę tej drugiej za pomocą psychoterapii. Sens stosowania psychoterapii rośnie w miarę przesuwania się zaburzeń od warstw starszych w kierunku młodszych. Tak więc zaburzenia preferencji, trudności (bo trudno posługiwać się tu określeniem zaburzenie) związane z pełnieniem ról płciowych i wreszcie dysfunkcje seksualne to sfera, w której psychoterapia okazuje się dominującą i skuteczną formą leczenia. Wzajemne zależności między rodzajem zaburzeń, ich przynależnością do warstwy oraz rodzajem stosowanych metod ilustruje rysunek 2.



Rysunek 2. Geneza zaburzeń funkcjonowania seksualnego człowieka.

Opracowanie własne na podstawie: Seligman, Walker, Rosenhan (2003).

W świetle nakreślonej koncepcji struktury i genezy seksualności człowieka oraz jego funkcjonowania seksualnego w zdrowiu i w chorobie dość jasno przedstawia się możliwość stosowania leczenia seksuologicznego lub – szerzej – interwencji seksuologicznej. Co więc takiego specyficznego istnieje w tym zawodzie, co pozwoliłoby spodziewać się swoistych konsekwencji, odmiennych niż przy wykonywaniu innych zawodów zaufania społecznego? Na uwagę zasługują dwie z nich. Pierwsza, mniej poznana, wiąże się ze skutkami częstego (ciągłego) wystawienia na bodźce seksualne. Cechą wyróżniającą jest aspekt treściowy komunikacji seksuologa z pacjentem, tzn. treści seksualne, które stają się najpierw przedmiotem diagnozy, a potem terapii. Badań nad skutkami pozostawiania pod ciągłym wpływem treści seksualnych jest niewiele. Koncentrują się one raczej na negatywnych odległych konsekwencjach tej ekspozycji, np. na nieetycznych zachowaniach seksuologa, niż na efektach bezpośrednich pod postacią zmian doświadczenia bodźców seksualnych, zmian przekonań czy reaktywności (Lew-Starowicz, 2000). Drugi rodzaj konsekwencji wynika z kolei z miejsca, jakie seksualność zajmuje w hierarchii wartości jednostek i społeczeństw. Jest to obszar stabuizowany, stanowiący przedmiot zainteresowania wielu norm (prawnych, moralnych, religijnych), a więc obwarowany systemem niespójnych ocen, obszar uznany za ściśle osobisty, intymny. Zaburzenia seksualne dla wielu pacjentów zwiastują zagrożenie dla poczucia własnej wartości i obrazu własnego ciała, a także zapowiadają niebezpieczeństwo izolacji społecznej, utraty szacunku otoczenia czy nawet wolności.

Problemy pochodzące z każdej z wymienionych pięciu warstw w modelu Seligmana narażają pacjenta na takie ryzyko. W ostatnich dwóch, trzech dziesięcioleciach uwaga terapeutów seksualnych pracujących na różnych kontynentach koncentruje się jednak na zaburzeniach preferencji seksualnych i na ich skutkach. Preferencje seksualne oznaczają związek odpowiedniego obiektu i odpowiedniego sposobu realizacji zachowania seksualnego ze zdolnością do wywoływania podniecenia oraz optymalnego przebiegu reakcji seksualnej (Beisert, 2007a; Skowroński, 2003). Związek ten ma cechy stałości, tak więc trudno – w szczególności w życiu dorosłym – poddaje się zmianie. Co prawda większość populacji wiąże podniecenie z takim obiektem jak dorosły człowiek, ale część populacji sięga po niezwykle obiekty, sytuacje i sposoby postępowania. Te ostatnie właśnie – jeśli wykraczają poza ustalone kryteria norm – są zwane zaburzeniami preferencji czy – zgodnie z tradycją amerykańską – parafiliami. Dziwaczność, nieprzeciętność sytuacji bodźcowych wywołujących podniecenie powoduje, że ich niezgodność z normami społecznymi skutkuje z jednej strony ryzykiem poważnych konsekwencji dla osób je przejawiających, z drugiej zaś – ryzykiem przeżycia poważnej traumy dla partnerów dobrowolnych lub

wymuszonych aktów seksualnych. I tu właśnie powstaje pytanie związane z kolejną osobą biorącą – pośredni wprawdzie – udział w realizacji seksualnej osób z zaburzeniami, czyli pytanie o seksuologa terapeutę. Diagnozowanie i leczenie osób z zaburzeniami preferencji seksualnych oraz ich ofiar (bo tylko czasami można użyć słowa *partner*) naraża tę grupę osób na częste (lub ciągłe) obcowanie z cudzą traumą. Częsty kontakt z treściami zawartymi w omawianej sytuacji oraz zgoda na pomaganie, czyli leczenie osób po przeżyciu traumy mogą się wiązać z wieloma niekorzystnymi zjawiskami. Czy niebezpieczeństwo takie w zawodzie seksuologa rzeczywiście istnieje, a raczej czy jego obecność została potwierdzona wynikami badań empirycznych? Czy dotyczy całej grupy pracujących w tym obszarze terapeutów czy tylko niektórych z nich, a więc – mówiąc precyzyjnie – czy istnieją czynniki chroniące i torujące powstanie tych niebezpiecznych skutków wykonywania zawodu? Czy – i to już kwestia ostania – seksuologowie terapeuci mają szansę na pozytywne zmiany wynikające z ciągłego kontaktu z ciemną stroną natury ludzkiej? Czy kontakt z traumą seksualną może uruchamiać nie tylko czynniki ochronne, ale być motorem rozwoju – i jakie są na to dowody empiryczne? Ze względu na to, że obfite piśmiennictwo i wielka waga problemu skłaniają raczej ku poszukiwaniom związanym z pracą w obszarze zaburzeń preferencji, one to właśnie staną się głównym polem analizy.

WYBRANE ZJAWISKA ZWIĄZANE Z UPRAWIANIEM ZAWODU TERAPEUTY SEKSUOLOGA

Zastępcza trauma lub traumatyzacja

Praca terapeutyczna z osobami, które ciągle doświadczają skutków przeżytych urazów o charakterze seksualnym (drastycznych form wykorzystania seksualnego, kontaktów seksualnych z osobami o zaburzonych preferencjach seksualnych, gwałtów czy tortur), niesie za sobą określone konsekwencje dla terapeutów. Znane są powszechnie trzy spośród nich: zastępcza lub wtórna trauma bądź traumatyzacja (*vicarious trauma*, *vicarious traumatization* – VT, *secondary trauma* – ST), stres wtórnej traumy (*secondary traumatic stress*) i traumatyczne przeciwprzeniesienie (*traumatic countertransference*). Zjawiska te towarzyszą raczej pracy z ofiarami niż ze sprawcami, choć – jak się okaże później – nie jest to wcale tak oczywiste. Wymienione zjawiska wydają się bardzo do siebie podobne i swoiście związane z pracą z pacjentami cierpiącymi na PTSD.

Pojęcie *zastępczej traumatyzacji* wprowadzili McCann i Pearlman (1990), by opisać zespół efektów występujących wśród terapeutów pracujących z ofiarami traumy,

a doświadczanych przez nich jako stresujące. Pozostając w kręgu koncepcji rozwojowych, starali się oni wyjaśnić wpływ tego zespołu objawów na rozwój, adaptację i tożsamość człowieka. Pięć lat później Schauben i Frazier (1995) zdefiniowali to pojęcie jako trwałe konsekwencje psychologiczne ujawniane przez terapeutów wystawionych na ekspozycję traumy doznanej wcześniej przez ich pacjentów. Steed i Downing (1998) zawężili natomiast pojęcie wtórnej traumatyzacji wyłącznie do negatywnych skutków wynikających z tych kontaktów. Powołując się na własne badania, zaprotestowali przeciwko uogólnianiu pojęcia na wszelkie zmiany intra- i interpersonalne występujące w tej grupie terapeutów. Zarysowali w ten sposób nowy nurt konceptualizacji i opisu zmian, które dotyczą terapeutów (głównie pracujących w obszarze seksualności) z powodu kontaktu z cudzym dramatem czy cudzym cierpieniem.

Ostatecznie zjawisko zastępczej traumy oznacza głębokie i trwałe zmiany (z założenia negatywne) zachodzące w schematach poznawczych, emocjach, zachowaniach terapeuty, a także w jego stosunku do siebie i innych pod wpływem ciągłej konfrontacji z traumą pacjentów oraz pod wpływem doświadczanej wobec nich empatii (McCann, Pearlman, 1990). Zjawisko to jest zagrożeniem zarówno dla duchowości terapeuty, jego poglądów na świat i jego tożsamości, jak i dla poczucia bezpieczeństwa, siły, kontroli i ufności. Do jego najczęstszych symptomów należą, podobnie jak w przypadku PTSD, wtargnięcia i unikanie określonych treści.

Stres wtórnej traumy

Zjawisko podobne do zastępczej traumy opisał Figley (1995), posługując się pojęciem stresu wtórnej traumy. Składają się nań zachowania i emocje będące naturalnym następstwem wiedzy o traumie doświadczanej przez inne, znaczące osoby (np. pacjentów). Źródłem stresu jest wtedy pomaganie lub sama chęć pomagania ofiarom traumy lub osobom cierpiącym. Manifestuje się on przez objawy posttraumatyczne, występujące u osób niosących pomoc, chociaż jest raczej związany z doświadczeniami pacjenta niż terapeuty. Wtórna reakcja posttraumatyczna niektórzy badacze traktują jako zjawisko naturalne i nieuchronne. Figley podzielił opisane reakcje terapeutów na trzy kategorie.

Do pierwszej z nich zaliczył psychologiczne wskaźniki stresu i wszelkie dysfunkcje. Wymienił tu zarówno doświadczanie negatywnych emocji (smutku, żalu, lęku, gniewu, wstydu), intensywne treści wyobrażeniowe terapeuty związane z traumą (nocne koszmary, wtargnięcia), unikanie kontaktu z traumą, zachowania kompulsyjne i uzależnienia (pracoholizm, zaburzenia odżywiania się), jak i objawy

psychosomatyczne (palpitacje) oraz odcięcie się od zwykłej, codziennej i zawodowej aktywności (izolacja, poczucie alienacji, spóźnienia, rezygnacja ze spotkań z ludźmi).

Druga grupa reakcji posttraumatycznych dotyczy zmian poznawczych, tzn. przekonań, oczekiwań i poglądów na temat rzeczywistości. Można je mierzyć przez oszacowanie miejsca zajmowanego przez terapeutów na czterech skalach: zaufanie – podejrzliwość, bezpieczeństwo – podatność na uszkodzenie, poczucie siły – poczucie bezradności i sprawstwo – brak wpływu na otoczenie.

I wreszcie trzecia grupa następstw wtórnej traumy, o której wspominał Figley, dotyczy relacji z ludźmi. Ciągły kontakt terapeutów z cudzą traumą powoduje przemiany w sposobie traktowania innych niezależnie od tego, czy chodzi o kontakty zawodowe (z pacjentami i współpracownikami) czy o kontakty intymne (z rodziną, partnerami seksualnymi).

W pracy z pacjentami zaburzenia relacji są przede wszystkim wynikiem bezradności lub inaczej pewnej dezorganizacji w obrazie świata terapeuty. Percepcja proporcji między zdarzeniami pomyślnymi a cierpieniem dotyczącym człowieka może ulec poważnej zmianie na skutek codziennego obcowania z okrucieństwem i dziwnymi preferencjami. Rozmiar i rodzaj krzywd, które ludzie wyrządzają sobie właśnie w kontaktach seksualnych, a więc opartych na ufności i bliskości, może podważać dotychczasowy porządek w filozofii życiowej terapeuty i wymagać wchłonięcia tej nowej wiedzy oraz zintegrowania jej na ogólniejszym poziomie, a potem jej odzwierciedlenia w sposobie pojmowania codzienności. Ta skomplikowana, choć konieczna i możliwa droga może zostać zastąpiona przez skrótowe i obronne rozwiązania. Najogólniej mówiąc, polegają one na przyjęciu biegunowej pozycji na wymiarze bliskość – zdystansowanie. Oddalanie się od ludzi, blokowanie emocji i brak reakcji emocjonalnych na cudzie przeżycia należą do najbardziej znanych konsekwencji pracy z drastycznymi zdarzeniami. Do mniej znanych zalicza się natomiast wycofanie się terapeuty z własnych bliskich relacji (związków seksualnych) w poczuciu, że nikt nie potrafi być partnerem osoby obcującej z ciemną stroną ludzkiej seksualności. Poczucie własnej wyjątkowości zwrótnie zwiększa wrażenie dystansu i odbiera szansę na szczęśliwy związek z osobami, które na co dzień kontaktują się z szerokim spektrum reakcji seksualnych, a nie tylko z zaburzeniami. Efekt ostateczny to znane z piśmiennictwa (Dutton, Rubinstein, 1995) zamknięcie się we własnym kręgu zawodowym, wśród grupy podobnych, czyli jedynych, którzy dysponują podobnymi doświadczeniami, oraz zdystansowanie się od różnorodności i bliskości.

Oscylowanie wokół drugiego krańca skali bliskość – zdystansowanie grozi nadmierną, nieuzasadnioną bliskością, która w efekcie prowadzi do patologii. Jedną z jej postaci opisała Herman (1999), nazywając zjawisko poczuciem winy świadka. Osoby

pracujące z ofiarami traum, a same nigdy bezpośrednio traumą niedotknięte, zaczynają obwiniać się za to, że cieszą się życiem, podczas gdy inni zostali ciężko przez nie doświadczeni. Niebezpieczeństwo obwiniania pojawia się głównie wśród nowicjuszy w zawodzie i w trakcie przepracowywania traumy, lub nawet w trakcie zbierania danych od ofiar. Ma ono jednak i inne źródło, wskazujące na udział ofiar w wywoływaniu poczucia winy u tych, którzy z punktu widzenia ofiary wiodą bezproblemowe życie. Proces wiktania terapeuty to nic innego jak uruchamianie przez ofiarę jednej z procedur obrony przed traumą. Jest to pułapka o wiele głębsza i groźniejsza, niż się pozornie wydaje. Na zewnątrz ofiara jawi się jako osoba na początku nieszczęśliwa i bezradna, aczkolwiek poszukująca ratunku i przywierająca do terapeuty. W fazie następnej przywieranie zmienia się w manipulację i roszczeniowość, by niezdarzącego sobie sprawy z natury zjawiska terapeutę osaczyć i stworzyć mu w fazie końcowej poczucie bycia ofiarą eksploatowaną przez ofiarę traumy. I chociaż Herman nie mówi o tym wprost, opisane zjawisko znane jest w piśmiennictwie jako przemiana ofiary wykorzystania w sprawcę. Ochrona przed traumą przez traumatyzowanie innych bywa powszechnie rozpatrywana jako jeden z mechanizmów wyjaśniających znaczny odsetek osób wykorzystanych wśród przyszłych sprawców przemocy seksualnej (Beisert, 2007b). W tym wypadku różnica polegałaby na wyborze odmiennej osoby (zamiast dziecka – terapeuta), na swoistych atrybutach tej osoby (niemożność odmowy kontaktu z ofiarą, dostępność) i – co najważniejsze – na wyższej złożoności i wyższym stopniu trudności obron, gdy zamiast dziecka w pułapkę wpada profesjonalista. Jeśli obwinianiu terapeuty przez pacjenta towarzyszy proces rzeczywistego i paralelnego rozwijania poczucia winy świadka u samego terapeuty, to niebezpieczeństwo patologii rośnie dwukrotnie. U pacjenta zapowiada stosowanie mechanizmu obronnego w miejsce mechanizmu zaradczego. Jego skutkiem może być kolejna traumatyzacja, wejście w rolę ofiary – jeśli nie chronicznej, to przynajmniej ponownej – lub ostatecznie przyjęcie pozycji sprawcy. Każda z tych możliwości ma cechy patologii. Jeśli dojdzie do sytuacji pierwszej, a więc do wywierania presji i zastraszania terapeuty, to istnieje niebezpieczeństwo niepowodzenia terapii, w której nieświadomy postępującego procesu terapeuta będzie podejmował nieefektywne decyzje. Poczucie porażki w terapii – i to niezrozumiałej dla obu stron – zawiera ukryte informacje dla pacjenta o naturze urazu (głęboki i oporny na leczenie), o jego osobie (niepodatna na zmiany), co rodzi niebezpieczeństwo kolejnego urazu, jeśli zakończenie terapii odtworzy – przynajmniej w percepcji pacjenta – scenariusz pierwotnej traumy (krzywdy, eksploatacji, wykorzystania). Wersja kolejna, czyli ponowne przyjęcie pozycji ofiary, zagraża pacjentowi w momencie, gdy terapeuta opuszcza terapię na skutek przyczyn pozornie istotnych, a w rzeczywistości ukrywających

prawdziwą naturę jego ucieczki. Nie mogąc poradzić sobie z przejściem od manipulacji do otwartej komunikacji, terapeuta zostawia pacjenta, czyniąc go ofiarą własnej manipulacji i narażając na ponowne przeżycie pozycji ofiary – tym razem ofiary pozostawionej bez pomocy przez osobę do udzielenia tej pomocy zobowiązaną. I wreszcie możliwość ostatnia – zmiana pozycji. Manipulowanie terapeutą po to, by zyskać poczucie przewagi i zrównoważyć traumę uczy pacjenta, że krzywdzenie innych przynosi wtórne korzyści, umożliwia pozbycie się napięcia i – co już dla pacjenta oczywiste być nie musi – pozwala na podnoszenie własnej wartości kosztem poniżania i eksploatowania innych.

Nadmierna bliskość prowadzi czasami do nadmiernej identyfikacji (nadidentyfikacji) z pacjentem. Zupełnie inne efekty wywołuje ona w pracy z ofiarami traumy, a inne – z jej sprawcami (Salter, 2003, 2005). W obliczu okrucieństwa, z którym konfrontuje się terapeuta wraz z ofiarą gwałtów czy aktów sadyzmu seksualnego, jego reakcje mogą przypominać obronne reakcje pacjentów wraz ze wszystkimi objawami paraliżu czy odrętwienia emocjonalnego. Mogą także przyjmować postać brania odpowiedzialności za cudze życie przez próby kontrolowania i urządzania życia pacjenta, by ustrzec go przed kolejną traumą, lub – jak w wypadku poczucia winy świadka – prowadzić do zamiany ról, tyle, że tym razem – przed czym ostrzegają Dutton i Rubinstein (1995) – do ochrony terapeuty przez ofiarę. Kontakt z drastycznymi szczegółami traumy rodzić może tak wielki szok po stronie terapeuty, że pacjent w kontakcie z nim podejmie strategie umniejszające znaczenie zdarzeń. Zaczyna wówczas występować jako osoba pomagająca innemu w uporaniu się z wtórną traumą.

Nieoczekiwane skutki dla relacji z pacjentem i dla samego terapeuty przynosi praca ze sprawcami cudzych traum. Terapia osób z zaburzonymi preferencjami seksualnymi naraża terapeutę na kontakt z tym, który krzywdzi, z jego deficytami i strategiami manipulacyjnymi. Co ciekawe, również w tym procesie występuje zjawisko powstrzymywania się od informowania terapeuty o szczegółach popełnionych czynów. Motyw chronienia terapeuty należy jednak do motywów rzadkich. U podstaw tych działań częściej leży zupełnie inna przyczyna, a mianowicie chęć uniknięcia konfrontacji z poczuciem winy, wstydem, lękiem czy rozpaczą (Frenken, 1995; Marshall, Laws, Barbaree, 1990). Mimo to nadidentyfikacja z pacjentem i z jego emocjami powoduje, że terapeuta, skwapliwie korzystając z okazji, godzi się na ucieczkę od drastycznych szczegółów. Unika w ten sposób przeżywania podobnych uczuć, a przede wszystkim ucieka przed koniecznością ponownego weryfikowania obrazu świata. Niestety jednocześnie naraża siebie i pacjenta na skutki własnych błędów wynikających z podejmowania decyzji na podstawie niepełnych lub nieprawdziwych

informacji. Nieco inaczej przedstawia się pułapka nadidentyfikacji w późniejszej i bardziej zaawansowanej fazie pracy z pacjentem-sprawcą. Należy do niej opracowywanie tzw. scenariuszy czynów lub inaczej cykli dewiacyjnych. Kontakt pacjenta z terapeutą staje się bliższy, a poziom rozumienia motywacji działania sprawcy – coraz większy i pełniejszy. Nadmierna bliskość ze sprawcą jest na tym etapie ułatwiona właśnie przez proces rozumienia jego działań (Beisert, 2003). Z jednej strony terapeuta zdaje sobie sprawę z krzywd wyrządzonych przez sprawcę, z drugiej natomiast – już na tym etapie wiedząc o nim wiele – głęboko rozumie nieuchronność pewnych jego decyzji. Uwikłany w ten dwustronny obraz, może zrezygnować z dalszego eksplorowania czynów sprawcy i zidentyfikować się z tą częścią jego osoby, która kiedyś sama była ofiarą. Ucieczka przed szczegółową wiedzą o sprawcy oznacza wtedy ucieczkę przed konfrontacją. Konfrontacja z okrucieństwem jest zadaniem trudnym, ponieważ burzy całościowy obraz sprawcy – osoby uwikłanej w wiele niezależnych okoliczności, niekiedy pierwotnej ofiary innych. Należy jednak pamiętać, że we wszystkich opracowaniach dotyczących terapii sprawców traum podkreśla się, iż dopiero znajomość najdrobniejszych szczegółów czynu daje dobrą podstawę do planowania działań terapeutycznych. Nadmierna identyfikacja ze sprawcą jest tu bezpośrednio odpowiedzialna za nieskuteczność terapii, pośrednio zaś – za pogorszenie się dobrostanu terapeuty. Wiąże się już ona właściwie z innym, opisanym dalej zjawiskiem – traumatycznym przeciwprzeniesieniem.

Traumatyczne przeciwprzeniesienie

Wielu autorów (Collins, Long, 2003; Figley, 1995; Stamm, 1998) przeciwstawia zjawisko traumatycznego przeciwprzeniesienia stresowi wtórnej traumy. Utrzymują oni, że stres wtórnej traumy jest naturalną konsekwencją relacji zachodzącej między parą osób. Jedna z nich (pacjent) została najpierw strauatyzowana (lub – czego niestety wspomniani autorzy zapomnieli dodać – sama stała się sprawcą cudzej traumy) przez uczestnictwo w dramatycznych wydarzeniach, druga zaś (terapeuta) ulega wtórnemu wpływowi tej samej traumy, udzielając pomocy pacjentowi. Jak wspomniałam wcześniej, opisywane zjawisko niekoniecznie musi stać się źródłem problemów czy patologii. Należy je raczej rozpatrywać jako naturalny skutek pracy z ofiarami traumy. Rozróżnienie między traumatycznym przeniesieniem a stresem wtórnej traumy nie jest zatem proste i jednoznaczne, chociaż możliwe. Autorzy proponują, by traumatyczne przeciwprzeniesienie (pojęcie węższe) odnosić wyłącznie do relacji terapeuty z pacjentem, definiując je przez stopień, w jakim sam pacjent i traumatyczne treści wniesione przezeń do relacji nadają kształt udzielanej mu pomocy. Stres wtórnej

traumy (pojęcie szersze) odnosi się raczej do samego terapeuty i sposobu jego życia. Mierzyć go można stopniem, w jakim wniesione przez pacjenta traumatyczne treści wpływają na życie terapeuty, na jego stosunki z ludźmi i na jego pracę.

Wypalenie zawodowe

Wypalenie zawodowe nie jest oczywiście zjawiskiem swoistym dla terapeutów seksuologów, lecz zagraża właściwie każdej grupie zawodowej, której praca wiąże się z przeciążeniem, nadmierną odpowiedzialnością i brakiem kontroli w trakcie pełnienia swoich obowiązków, wykonywanych dodatkowo w grupach z licznymi problemami interpersonalnymi (Maslach, Leiter, 1997).

Analiza piśmiennictwa dowodzi, że nie ma jednej definicji wypalenia zawodowego (Collins, Long, 2003; Sęk, 2007). Powszechnie znana definicja Maslach traktuje wypalenie jako „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” (Maslach, 2007, s. 15). Już o wiele wcześniej (Pines, Maslach, 1978) stany te zauważono i opisano o osób pracujących w ochronie zdrowia, dodatkowo wskazując na pewne związane z nimi powtarzające się czynniki, takie jak obniżone morale, częsta absencja i częste zmiany pracy. W późniejszych badaniach, poświęconych wybranym grupom zawodowym, zaczęto koncentrować się na czynnikach swoiście związanych z funkcjonowaniem danej grupy, np. na niskiej decyzyjności i kontroli pielęgniarek (Jackson, Schuler, 1983), na spirali strat uruchamianej w pracy lekarzy (Van Dierendonck, Schaufeli, Sixma, 2007), na wysokich oczekiwaniach społecznych formułowanych wobec nauczycieli czy wreszcie na obcowaniu z traumą wśród terapeutów (Linley, Joseph, 2007).

Ten ostatnie wątek dostarczył wielu danych, które pozwoliły na postawienie pytania o warunki funkcjonowania zawodowego terapeutów seksuologów. Stopień, w jakim terapeuta jest wystawiony na traumę pacjenta, w wielu badaniach jest traktowany jako ważny predyktor rozwoju wypalenia zawodowego, choć są także badacze, którzy się z takim ujęciem nie zgadzają (Kadambi, Truscott, 2007). Nie decydując w tym miejscu o przewadze jednego podejścia nad drugim, nie można zapomnieć, że oddzielenie efektu działania ogólnego przeciążenia (element wypalenia zawodowego) od efektu działania ciągłego wystawienia na cudzą traumę (elementu zmęczenia współczuciem lub elementu zastępczej traumy) jest bardzo trudne.

Zmęczenie współczuciem

Badania nad wypaleniem zawodowym i stresem wtórnej traumy rozwijały się począwszy od lat 70. ubiegłego wieku, zmieniając rzeczywistość poprzez aplikację wyników, ale także wpływając na zmianę w definiowaniu i rozumieniu tych zjawisk. W ten sposób powstały takie pojęcia związane z pracą terapeutyczną jak zmęczenie współczuciem (*compassion fatigue*) i później satysfakcja doznawana z powodu okazywania współczucia (*compassion satisfaction*).

Zmęczenie współczuciem jest naturalną konsekwencją (a nie zjawiskiem wyjątkowym czy niespodziewanym) pracy z ludźmi, którzy przeżyli ekstremalne wydarzenia. Dotyczy więc całkowicie tych seksuologów, którzy pracują z ofiarami przemocy seksualnej, z partnerami osób o zaburzonych preferencjach seksualnych czy wreszcie z przestępcami. W skład pojęcia zmęczenie współczuciem, jak podkreślają Colins i Long (2003), wchodzi dwa elementy – ekspozycja na cudze traumatyczne doświadczenie oraz głęboka empatia odczuwana wobec osób, które borykają się z cierpieniem i nieszczęściem, współwystępująca z pragnieniem łagodzenia i zmiany tych stanów. W niektórych pracach poświęconych skutkom pomagania autorzy odróżniają stres współczucia (czy stres wtórnej traumy) od zmęczenia współczuciem (Badura-Madej, 1999). Podczas gdy pierwsze pojęcie (pojmowane podobnie jak w cytowanej wcześniej definicji) opisuje naturalne efekty wykonywania swoistego zawodu, drugie wskazuje na jego nasiloną postać. Różnicę powodują zmiany ilościowe w reakcjach terapeuty, objawiające się pod postacią nadmiernego napięcia i nadmiernej koncentracji na pacjencie. Ponieważ różnice mają charakter głównie ilościowy, a granica między nimi jest płynna, za uzasadnione można uznać postępowanie się jednym pojęciem, czyli zmęczeniem współczuciem.

Zmęczenie współczuciem – podobnie jak wypalenie zawodowe – jest wyzwaniem dla terapeutów, bo potrafi destrukcyjnie oddziaływać na wyniki ich pracy i na życie osobiste. Oba zjawiska są ściśle ze sobą związane i – jak wskazują cytowane dalej wyniki badań – wzajemnie na siebie wpływają, choć częściej wypalenie zawodowe bywa traktowane jako prekursor zmęczenia współczuciem. Ponadto nagły i ostry charakter zmęczenia współczuciem odróżnia je od wypalenia zawodowego, które narasta powoli na skutek ciągłego przeciążenia obowiązkami zawodowymi z jednoczesnym poczuciem niemożności zmiany tego stanu rzeczy.

CZYNNIKI PODWYŻSZAJĄCE RYZYKO NEGATYWNYCH KONSEKWENCJI UPRAWIANIA ZAWODU SEKSUOLOGA

Ekspozycja na cudzą traumę

Wielu badaczy stawiało sobie wprost pytanie o to, czy ciągłe obcowanie z treściami łączącymi się z przemocą seksualną i seksualnym okrucieństwem naraża terapeutów na zwiększone ryzyko negatywnych zjawisk związanych z pracą.

Badania Kadambi i Truscotta (2007) dowiodły, że ryzyko takie nie tylko nie jest wyższe niż w wypadku pracy z pacjentami onkologicznymi, ale nie przewyższa także ryzyka związanego w prowadzeniu ogólnej praktyki psychologicznej. Interpretacja autorów zmierza do wykazania, że prawdopodobnie dochodzi do swoistej preselekcji osób, które podejmują się pracy z ofiarami traumy, lub że terapeuci stosują skuteczne sposoby radzenia sobie ze stawianymi im wymaganiami, dlatego też większość profesjonalistów (w tym terapeutów seksualnych) nie doświadcza np. traumy zastępczej. Z tymi obiektywnymi wynikami nie zgadzały się wyniki opisujące subiektywne doznania terapeutów. Terapeuci stykający się na co dzień z przemocą seksualną ocenili swoją dziedzinę jako zdecydowanie narażająca ich na wystąpienie wtórnej traumatyzacji. Taką ocenę wystawiło swojej pracy 83% badanych terapeutów seksuologów, podczas gdy wśród psychologów pracujących z chorymi na raka o ryzyku mówiło 50%, a wśród psychologów ogólnych – 36%. Według danych subiektywnych zatem ekspozycja na cudzą traumę, właśnie o charakterze seksualnym, sama w sobie stanowiła czynnik ryzyka.

Zupełnie odmienny pogląd, zgodny z subiektywnymi doznaniem terapeutów, przedstawia znaczna grupa badaczy, dokumentując go wynikami empirycznymi. Ich rezultaty dowodzą, że praca z pacjentami stwarzającymi terapeutom kontakt z traumą seksualną (niezależnie od tego, czy pacjent był sprawcą tej traumy dla innych, czy też jej ofiarą) stanowi poważne ryzyko ponoszenia negatywnych konsekwencji psychologicznych. Badania Farrenkopfa (1992) opisywały zdrowie psychiczne terapeutów pracujących z przestępcami seksualnymi. Około 1/3 badanych przejawiało podwyższoną czujność, podejrzliwość i nadmierną troskę o własne bezpieczeństwo i traktowało te objawy jako konsekwencję wykonywanej pracy. Ponadto 25% badanych wykazywało wysoki poziom zgeneralizowanego stresu, wyczerpania, depresji i wypalenia zawodowego

Z kolei Schauben i Frazier (1995) wskazali na zagrożenie (poza symptomami PTSD) dla schematów poznawczych terapeutów pracujących z cudzą traumą (seksualną). Zmiany w schematach poznawczych wiązały się z własną osobą i z innymi.

Symptomy wtórnej traumy u terapeutek pracujących z dużą liczbą klientów w przeszłości doświadczających traumy seksualnej opisali w swoich badaniach Brady, Guy, Poelstra i Brokaw (1995).

Pearlman i Maclan (1995) badali 188 terapeutów pracujących z pacjentami po traumie i wykazywali istnienie wśród badanych wysokiego poziomu stresu, myśli intruzywnych i unikania, a także zaburzone spostrzeganie bezpieczeństwa i zaufania. Potwierdzenie tych wyników dostarczyły badania Kassan-Adama (1995), który wykazał, że 100 terapeutów pracujących z pacjentami – ofiarami seksualnej traumy – przejawiało symptomy unikania i wtargnięcia, które znacząco korelowały z ekspozycją na traumę pacjentów. Ten sposób opisywania zagrożeń wynikłych ze specyfiki pracy z cudzą traumą podtrzymują badania nad symptomami występującymi u terapeutów pracujących z ofiarami tortur (Lansen, 2001). Kontakt z symptomami PTSD wyzwał takie zachowania jak systematyczne rozszerzanie stresu na cały zespół, stosowanie mobbingu wobec współpracowników i inne dysfunkcjonalne procesy grupowe.

Bardzo interesujących wyników dostarczyły inne badania dotyczące problemu ekspozycji na traumę, ale traktujące ją jako czynnik o wyższej złożoności działania. Chodzi tu mianowicie o badania nad terapeutami pracującymi z osobami, które przeżyły traumę, a terapeuci w procesie interweniowania stosowali tzw. przepracowanie traumy (Deighton, Gurriss, Traue, 2007). Ten typ interweniowania oznaczał pewną i ciągłą ekspozycję na niezwykle drastyczne (zawierające tortury) sytuacje bodźcowe, wchodzące w skład doświadczeń pacjenta. W badaniach tych z jednej strony chodziło o określenie, czy taka wysoka ekspozycja wiąże się z ryzykiem wysokiego wypalenia zawodowego, zmęczenia współczuciem i wtórnej traumy, z drugiej zaś strony poszukiwano odpowiedzi na pytanie o związki między swoistymi warunkami wystawienia na ekspozycję a zmiennymi podmiotowymi (akceptacja metody przepracowania traumy, stopień posługiwania się nią) i wymienionymi wcześniej negatywnymi skutkami. Na pierwszym etapie badań okazało się, że zmęczenie współczuciem, symptomy wypalenia zawodowego i zastępczej traumy, a także wysoki poziom stresu współwystępowały z niskimi wskaźnikami przepracowywania traumy. Terapeuci, charakteryzujący się niskim wskaźnikiem pracy z traumą, a więc narażeni na mniejszą ekspozycję drastycznych bodźców, ponosili więcej negatywnych skutków niż ci, którzy byli na ten kontakt narażeni stale. Ten wynik nie potwierdza istnienia prostej dodatniej zależności między ekspozycją na traumę a negatywnymi skutkami odczuwanymi przez terapeutów, tym bardziej że wśród terapeutów zaznaczyła się duża rozbieżność między uznaniem omawianej metody przepracowania za potrzebną a rzeczywistym jej zastosowaniem.

Sposób pracy z ofiarami traumy

Wyniki osiągnięte przez zespół trzech badaczy (Deighton i in., 2007) zostały rozwiązane i powtórzone na kolejnym etapie badań. Tym razem skupiono się nie tylko na samym wystawieniu terapeutów na cudzą traumę w trakcie jej przepracowania, ale też na zgodności między rzeczywistym stosowaniem metody (czyli rzeczywistym kontaktem z traumą pacjenta) a jej akceptacją. Badanych podzielono na trzy grupy: S (*Success* – wysoki stopień akceptacji metody przepracowania traumy i wysoki stopień jej stosowania), F (*Frustration* – wysoka akceptacja i niski stopień stosowania) i N (*Non-Advocacy* – niska akceptacja i niski stopień stosowania). I tu dopiero okazało się, że zastępcza trauma, zmęczenie współczuciem, objawy PTSD i somatyzacja, a także pośrednio wypalenie zawodowe pojawiają się tylko wśród terapeutów z grupy F. Terapeuci z tej grupy otwarcie akceptowali metodę przepracowania traumy, ale wykazywali tak wysoki wskaźnik przeszkód w jej stosowaniu, że bardzo rzadko mieli z nią do czynienia. Na podstawie tych danych wiadomo, że nie tyle liczy się sama ekspozycja na traumę, ale sposób działania terapeuty w zetknięciu z jej treścią. Badani z grupy F mieli kontakt z pacjentami, byli świadkami ich zachowań, znali historię i przebieg traumy oraz akceptowali konieczność jej przepracowania. Tyle tylko, że unikali działania. I ten lęk unikania uznano za czynnik wzmacniający symptomy lęku u pacjentów i terapeutów, prowadzący do swoistej kooperacji unikania. Dla terapeutów unikanie z jednoczesną akceptacją konieczności pracy wybraną metodą oznaczało rozbieżność poglądów i zachowań oraz brak możliwości dostosowania swoich zachowań do wymagań. Dyskomfort wywołany tą sytuacją był źródłem wtórnej traumy, zmęczenia współczuciem, wypalenia i dodatkowych objawów. Podobnych stanów nie przeżywały dwie pozostałe grupy badanych. Grupa S, pracując, narażała się wprawdzie na ekspozycję, ale nie na unikanie i na przeżywanie rozbieżności. Rozwojowi niekorzystnych symptomów zapobiegała czynna konfrontacja z traumą wraz z pacjentem i satysfakcja z obdarzania go współczuciem. Potwierdzały ten wniosek wyniki badań w grupie N, gdzie stanowcze powstrzymanie się od nieakceptowanej metody i nienarażanie się na ambiwalencję obniżały ryzyko opisanych, negatywnych skutków.

Cytowane badania, aczkolwiek nie dotyczyły wyłącznie treści związanych z traumą seksualną (tylko niektóre tortury jej dotyczyły), pozwoliły na zrozumienie znaczenia ekspozycji na traumę pacjenta w pracy terapeuty seksuologa. Najważniejsza okazała się nie sama ekspozycja na traumę, lecz zdolność i wewnętrzna motywacja terapeuty do konfrontacji z jej treściami. Kluczową rolę odegrała rozbieżność

przekonań i zachowań terapeuty, u której podstaw leżał lęk przed zetknięciem się z traumą, czy raczej z czynnym jej opracowaniem.

To, że przytoczone wyniki nie są przypadkowe, potwierdzają także i wnioski z innych badań. Linley i Joseph (2007) udowodnili, że przygotowanie profesjonalne, a konkretnie typ paradygmatu, w którego ramach terapeuci prowadzili swoją pracę z ofiarami traumy, ma istotne znaczenie dla wyników ich pracy. Porównanie terapeutów o orientacji poznawczo-behawioralnej z terapeutami pracującymi w paradygmacie humanistycznym i transpersonalnym wykazało, że ci pierwsi zauważają w swojej pracy mniej pozytywów i notują mniejsze wskaźniki rozwoju osobistego, przejawiają za to więcej symptomów wypalenia zawodowego. Autorzy uważają, że dwie pozostałe grupy terapeutów opierają swoją pracę na teoriach, które promując takie wartości jak rozwój osobisty, przekraczanie własnych ograniczeń, znaczenie poczucia wspólnoty i współpracy w osiąganiu sukcesu, ułatwiają osiąganie tych wartości terapeutom i podtrzymują ich dążenia do pomagania cierpiącym. Dodatkowo sytuację terapeutów behawioralnych prawdopodobnie utrudniają takie czynniki jak dobór do paradygmatu swoistych grup pacjentów (przestępców, osób upośledzonych intelektualnie), swoistych grup objawów (przemoc, manipulacja, objawy ostre i chroniczne) oraz swoiste oczekiwania (krótkotrwałe kontrakty, wyniki mierzone wskaźnikami zewnętrznymi). W tym wypadku oznaczałoby to, że paradygmaty umożliwiające głęboką pracę terapeutyczną chronią przed skutkami kontaktu z traumą, co jednoznacznie potwierdza wnioski z poprzednio cytowanych badań.

Do podobnych wniosków skłaniają badania nad wypaleniem zawodowym i wtórną traumą występującą wśród diagnostów pracujących z dziećmi wykorzystywanymi seksualnie (Perron, Hiltz, 2006). Osoby prowadzące wywiady na potrzeby sądów (uzyskujące od dziecka informacje o wykorzystaniu) nie przejawiały symptomów wypalenia zawodowego i wtórnej traumy, mimo, że ich praca polegała wyłącznie na kontaktowaniu się z cudzą traumą seksualną. Nie stwierdzono także, by ich cechy podmiotowe korelowały z wymienionymi zjawiskami. Wyjaśnienia tego stanu rzeczy poszukiwano w rodzaju relacji łączącej ofiarę wykorzystania seksualnego z osobą prowadzącą wywiad. Proces uzyskiwania informacji był przynajmniej częściowo ustrukturalizowany, ograniczony w czasie i zobjektywizowany, co bardzo obniżało intymność tego procesu i uniemożliwiało związek emocjonalny między jego uczestnikami. Brak więzi z kolei chronił pracowników przed angażowaniem się w problem dziecka. O tym, jak głęboka więź z ofiarą traumy potrafi działać na terapeutę (powodując wzrost satysfakcji ze współczucia), świadczą wyniki badań nad pozytywnym wpływem tej zmiennej na poczucie dobrostanu terapeuty (Linley, Joseph, 2007).

Z cytowanych badań wynika, że sama ekspozycja na cudzą traumę nie przesądza o jej skutkach dla życia zawodowego i osobistego terapeuty seksuologa. Dopiero motywacja do pracy z materiałą traumy, sposób tej pracy (głębokość i więź) stanowią dobre czynniki prognostyczne niosące nadzieję sukces.

Trauma w historii życia seksuologa

O wynikach pracy terapeutów seksuologów poza specyfiką ich dziedziny decydują również swoiste determinanty podmiotowe i sytuacyjne. Ponieważ jest wiele badań dobrze dokumentujących wpływ wymienionych czynników na życie i pracę terapeutów, w tym miejscu skoncentruję się na czynniku mniej znanym, czyli traumie istniejącej w historii życia terapeuty pracującego z cudzą traumą.

Własna trauma (głównie chodzi o traumę seksualną) terapeuty bywa uważana za przeszkodę w pracy z pacjentem, bo stwarza niebezpieczeństwo „wykorzystywania” go przez terapeutę do uporania się z własnym urazem. Jednocześnie własne bolesne doświadczenia mogą nasilać symptomy wypalenia, wtórnej traumy czy zmęczenia współczuciem. Ten sposób myślenia zyskał empiryczne potwierdzenie. Pearlman i Maclan (1995) badali 188 terapeutów i stwierdzili, że ci spośród nich, którzy doświadczyli traumy w historii życia i pracowali potem z pacjentami po traumie wykazywali wyższy poziom stresu, myśli intruzywne i unikanie, a także zaburzone spostrzeganie bezpieczeństwa i zaufania. Podobnie badania Kassan-Adams (1995) dowiodły, że 100 terapeutów pracujących z pacjentami – ofiarami seksualnej traumy przejawiało symptomy unikania i wtargnięcia, które znacząco korelowały z ekspozycją na traumę pacjentów. Własna trauma terapeutów, podobnie jak w badaniach poprzednich, okazała się ważnym predyktorem symptomów podobnych do PTSD, występujących u terapeutów. W badaniach Kadambi i Truscotta (2007) okazało się, że dość znaczna liczba terapeutów (58,2%) doświadczyła traumy (według definicji DSM-IV) w historii życia, a jej obecność – jak wiadomo z analiz końcowych – korelowała ujemnie z wynikami skal mierzących poziom traumy zastępczej. Również inne, nowsze dane (Deighton i in., 2007) wskazują na to, że obecność traumy w historii życia terapeuty (wszyscy pracowali z ofiarami traumy) działała wyraźnie jednokierunkowo, wywołując takie symptomy jak wtórny stres traumatyczny, zmęczenie współczuciem, wypalenie zawodowe, zaburzenie schematów poznawczych, wtargnięcia i wysoki poziom napięcia. We wszystkich cytowanych tu badaniach własną traumę terapeuty traktowano jako trwałe obciążenie, które ogranicza, choć nie wyklucza możliwości pracy. Ten jednoznaczny i deterministyczny sposób ujmowania roli urazów w życiu przyjmuje jedynie niszczący czy osłabiający ich wpływ, pozostawiając

poza dyskusją rozwojowe znaczenie trudów i cierpień dla późniejszego funkcjonowania człowieka. Koncepcja stresu wtórnej traumy sugeruje, że osobista historia terapeuty może być czynnikiem wysokiego ryzyka w sytuacji wystawienia terapeuty na długotrwałe działanie cudzej traumy.

Przeprowadzone niemal w tym samym czasie badania z użyciem analizy regresji wskazują, że doradcy (148 kobiet) z historią wiktylizacji nie wykazywali na skutek pracy z ocalonymi (po wykorzystaniu seksualnym) wyższych wskaźników stresu niż doradcy bez historii wykorzystania (Schauben, Frazier, 1995). Zbliżone rezultaty, tyle że w innej populacji (156 terapeutów, z których nie wszyscy pracowali z ofiarami traumy), dokumentują podobne zjawisko. Na ich podstawie wiadomo, że osobiste doświadczenie traumy nie podnosiło ryzyka wtórnej traumatyzacji, lecz przyczyniało się do osobistego rozwoju. Jednocześnie predyktorem rozwoju i pozytywnych zmian odczuwanych przez terapeutów było uczestnictwo (aktualne lub przeszłe) w terapii własnej i formalnej superwizji. Porównanie wypowiedzi terapeutów z doświadczeniem traumy i bez takiego doświadczenia, biorących kiedykolwiek udział w terapii własnej, wskazywało natomiast na istotne różnice między nimi na korzyść osób po urazach (wyższy wskaźnik uczestnictwa). Osoby, które przeszły terapię, charakteryzowały się niższym wypaleniem zawodowym, doświadczały pozytywnych zmian wynikłych z podjętej pracy i uznawały swój rozwój osobisty za znacząco lepszy. Ten i poprzedni wynik, wskazujący w ostatnich badaniach na rolę terapii w pracy z ofiarami traum, w inny sposób niż poprzednia grupa badań wyjaśniają znaczenie urazu w życiu terapeuty. Tym razem własna trauma terapeuty może stwarzać szanse rozwojowe. Collins i Long (2003), wyjaśniając to zjawisko, wspominają o możliwości wykorzystania własnych doświadczeń w ten sposób, że uczucia terapeuty, pojawiające się w odpowiedzi na kontakt z cudzą traumą, są traktowane z większą dojrzałością, tzn. terapeuci stosują wobec nich więcej pozytywnych strategii zaradczych wyuczonych już wcześniej – właśnie przy okazji pracy z własną traumą.

Zestawienie różnych rezultatów z tych grup badań do takich jednoznacznych konkluzji jednak nie prowadzi. Najpierw komentarza wymaga dobór badanych do grup. W tych badaniach, w których wyniki jednoznacznie wskazują na własną historię jako czynnik ryzyka, do grup dobierano przede wszystkim (choć nie wyłącznie) terapeutów, którzy pracowali z ofiarami traumy. W dużym i rzetelnie dokumentowanym badaniu Linleya i Josepha (2007) oceniano dobrostan dużej grupy terapeutów, nie wymagając od nich pracy z ofiarami traum. Ten czynnik oraz udział terapeutów we własnej psychoterapii pozwala na zróżnicowane interpretowanie jego wpływu na terapeutę. Być może rzeczywiście własna wiktylizacja zwiększa ryzyko zmęczenia współczuciem czy pojawienia się symptomów stresu zastępczego w sytuacji

ciągłego wystawienia na bodźce podobne do kiedyś doświadczonych. Świadczyłyby o tym wyniki skupiające się jednym na typie terapeutów i jednym typie ich pracy. Końcowe wpływy własnej historii życia są jednak modyfikowane przez zmienne pośredniczące. Należy do nich sposób uporania się z własną traumą a także – o czym można tylko ostrożnie wnosić z treści poprzedniego akapitu – typ paradygmatu stosowanego w pracy terapeutycznej, motywacja przy jej podejmowaniu oraz rodzaj więzi z pacjentem. Wtedy negatywne doświadczenia życiowe terapeuty mogą być wykorzystane w służbie rozwoju, własnego i pacjenta.

CZYNNIKI CHRONIĄCE ZDROWIE I DOBROSTAN SEKSUOLOGÓW.

Interesującą perspektywę przed terapeutami seksualnymi otwierają badania nad pozytywnymi zjawiskami związanymi z pracą z patologią seksualną, czyli badania nad satysfakcją (*compassion satisfaction*) i dbałością o siebie (*self-care*). Oba traktowane są jako czynniki przeciwdziałające wypaleniu i zmęczeniu (Kraus, 2005; Stamm, 1998).

Pojęcie satysfakcji płynącej ze współczucia pojawiło się po raz pierwszy w analizach i badaniach Stamm (1998), chociaż już wcześniej pytano o to, co daje terapeutom praca z ofiarami traumy, z drastycznym materiałem wynikającym z ich doświadczeń, czy też ciągła ekspozycja na patologię seksualną. Badania Schauben i Frazier (1995) doprowadziły do wyodrębnienia takich czynników przynoszących zadowolenie w pracy z ofiarami jak udział w procesie zmian i w procesie zdrowienia, obserwacja siły, kreatywności i prężności (*resilience*) innych, a w szczególności osób tak ciężko poszkodowanych jak ofiary wykorzystania seksualnego. Te elementy (wymieniane najczęściej) dotyczyły cech lub procesów lokalizowanych po stronie pacjentów, a będących źródłem pozytywnych doznań po stronie terapeutów. Rzadziej natomiast w tej roli występowały cechy i stany terapeutów, takie jak poczucie ważności wykonywanej pracy.

Stamm (1998), która zauważyła, że niektórzy terapeuci intensywnie włączając w swoją pracę współczucie nie reagują zmęczeniem na ciągły wymóg jego okazywania, w sposób jasny zdefiniowała pojęcie współczucia. Według niej jest to uczucie i działanie z głęboką empatią i smutkiem wobec cierpienia innych, składnik konieczny, ale niewystarczający w pracy terapeutów. Tym, co uznała za ważne i konieczne, jest nie samo działanie z empatią, ale jego motywacja, czyli czerpanie satysfakcji z udziału w procesie pomagania innym. Dwuskładnikowa definicja współczucia (komponent uczuciowy plus motywacja działania) pozwoliła lepiej zrozumieć, dlaczego jednych współczucie męczy, drugim zaś pozwala zapewnić długotrwałe satysfakcjonujące funkcjonowanie. Pomagający chcą pomagać m.in. ze względu na to,

że czerpią z tego powodu satysfakcję, nazywaną w piśmiennictwie satysfakcją ze współczucia innym. To powoduje, że nie zaprzestają swojej działalności mimo ryzyka stykania się ze stresem i skrzywdzeniem.

Nowsza praca Stamm (2002) potwierdziła te przewidywania. Satysfakcja doznawana przez osoby pracujące z ofiarami traumy ujemnie korelowała z wypaleniem zawodowym i zmęczeniem współczuciem. Za główne źródło tej satysfakcji badani uważali bycie częścią zespołu realizującego wspólną ideę w duchu koleżeństwa i współpracy, towarzyszenie innym w rozwoju i zdrowieniu, wsparcie i superwizję.

Dbałość o siebie – różnie konceptualizowana i operacjonalizowana – również jest traktowana jako istotny element obniżający negatywny wpływ wykonywanej pracy. Najlepszym przykładem są badania nad procesami zaradczymi, które dowiodły, że aktywne strategie radzenia sobie ze stresem używane przez doradców i terapeutów obniżają ryzyko negatywnego wpływu pomagania. Poszukiwanie różnorodnego wsparcia, planowanie i posługiwanie się humorem korelowało ujemnie z występowaniem symptomów podobnych do PTSD, zmęczeniem pomaganiem, doświadczaniem negatywnych afektów oraz z wypaleniem. W podobny sposób działały pewne strategie, takie jak dobry sen, zdrowe odżywianie, medytacja, lektura, grono wypróbowanych przyjaciół oraz możliwość korzystania z rad i wsparcia bliskich. Cytowane badania i analizy Stamm (1998, 2002) pozwalają z optymizmem odnieść się do pracy seksuologów pracujących z ofiarami niekiedy bardzo poważnych form wykorzystania seksualnego.

Na podobne pytania, choć ujmujące trudności pracy w obszarze seksualności człowieka z innej perspektywy, odpowiadają badania nad terapeutami pracującymi ze sprawcami nadużyć seksualnych. Kraus (2005) zbadała 90 klinicystów pracujących z nieletnimi, którzy popełnili przestępstwa seksualne i z tego powodu uczestniczyli w różnych programach terapeutycznych w stanie Oregon. Główny cel badań sprowadzał się do pytania o to, czy dbałość o siebie przejawiana przez klinicystów (terapeutów) przyczynia się do spadku zmęczenia współczuciem i wypalenia zawodowego oraz do wzrostu satysfakcji odczuwanej z powodu współczucia okazywanego innym. Pomiar zmiennych metodami kwestionariuszowymi doprowadził do osiągnięcia pewnego interesującego rezultatu, który krótko ilustruje tabela 1.

Tabela 1 Zależność między pozytywnymi i negatywnymi skutkami pracy terapeutów z nieletnimi sprawcami przestępstw seksualnych (współczynnik alfa i współczynnik korelacji między skalami), N = 90

Zmienne	a	1	2	3
1. Dbałość	0,88			
2. Wypalenie zawodowe	0,80	0,16		
3. Satysfakcja ze współczucia	0,87	0,46	-0,43*	
4. Zmęczenie współczuciem	0,85	0,12	0,65*	-0,20

* $p < 0,01$

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kraus (2005).

Trzy prawidłowości zawarte w tabeli godne są uwagi. Po pierwsze, widać, że dbałość terapeuty i satysfakcja doznawana z powodu okazywania współczucia pozostają w dodatnim związku. Nie znaczy to jednak, że można cokolwiek powiedzieć o porządku wynikania. Osoby dbające o siebie, czyli w tym badaniu używające efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem (niekoniecznie zawodowym), korzystające ze wsparcia, zwracające się do przyjaciół po radę, a do superwizorów po informacje zwrotne, to również osoby niekumulujące napięć, przystępujące do pracy z energią, umiejące cieszyć się osiąganymi rezultatami, a więc i tym, że w trakcie swoich obowiązków zawodowych stanowią oparcie dla innych i oferują im współczucie. Oczywiście nietrudno wyobrazić sobie sytuację odwrotną, w której satysfakcja czerpana z pracy stanowi motywację do otaczania siebie troską i uwagą, czyli dbania o siebie.

Po drugie, badania ujawniły, że wypalenie zawodowe koreluje dodatnio ze zmęczeniem współczuciem i ujemnie z satysfakcją. Być może to właśnie satysfakcja chroni przed wypaleniem i wzmacnia dbałość o siebie. Zastanawia to, że zmęczenie współczuciem i satysfakcja płynąca z okazywania współczucia nie pozostają ze sobą w istotnej zależności. Zaobserwowana zależność wskazuje na pewną tendencję, ale wynik nie upoważnia do twierdzenia, że satysfakcja stanowi przeciwagę dla zmęczenia współczuciem.

Po trzecie, okazało się, że dbałość o siebie niestety nie wpływa znacząco na zmniejszenie wypalenia zawodowego i zmęczenia współczuciem. Tak jakby sama dbałość stanowiła dla nich zbyt słaby bufor. Być może związek dbałości z satysfakcją wskazuje na pośredni wpływ dbałości albo na większą siłę satysfakcji dla przeciwdziałania negatywnym zjawiskom w procesie pracy. Dbałość związana z osobą terapeuty (jego dobrostanem, kontaktami interpersonalnymi, obniżaniem napięcia, czy rozwiązywaniem problemów) może nie zawierać takiego ważnego elementu dla

przeciwdziałania negatywnym zjawiskom związanymi z pracą jak informacje płynące od osoby (pacjenta). Dopiero obserwacja jego stanów, procesu zdrowienia czy – ogólniej – pozytywnej zmiany jest znaczącym elementem w ocenie efektów pracy. Waga tego elementu, czyli waga informacji pochodzących od drugiego z uczestników terapii, stanowi być może istotny element oddalający niebezpieczeństwo wypalania i zmęczenia. Można zaryzykować twierdzenie, że pierwszy czynnik ochronny, czyli dbałość o siebie, stwarza podstawę dla satysfakcji (potwierdza to korelacja między nimi: 46). Wynik ten wskazuje również na konieczność poszukiwania klucza do przeciwdziałania negatywnym skutkom wykonywania zawodu terapeuty w zrównoważeniu czy też w zintegrowanym działaniu dwóch klas czynników: tych, które bezpośrednio związane są z osobą terapeuty (dbałość), oraz tych, które wiążą się z osobą pacjenta (możliwość uczestniczenia w dokonywaniu pozytywnych zmian). Istota zawodu terapeuty seksualnego polega na pomaganiu w przywracaniu zdrowia, porzucaniu patologii, wspomaganie rozwoju czy osiągnięciu dobrostanu. Bez uznania ważności tego działania, jego sensowności dla pacjenta trudno wyobrazić sobie skuteczność terapii. Udział w tych procesach, a nie tylko ich ostateczny wynik, jest prawdopodobnie odpowiedzialny za odczuwaną satysfakcję. Dlatego sama dbałość terapeuty o siebie i swój dobrostan nie przeciwdziała negatywnym następstwom wykonywania zawodu. Ponadto skupienie się na drugim z buforów (satysfakcji z okazywania współczucia innym) nie jest wystarczające. Świadczy o tym i niska korelacja między satysfakcją a zmęczeniem współczuciem, i wyniki innych badań, które sygnalizują, jak niebezpieczne jest uzależnianie stanu terapeuty (czyli brak wypalania) wyłącznie od wyników jego działań (nawet mierzonych samym udziałem w procesie) z pacjentem.

ZAKOŃCZENIE

Analiza kilku wybranych aspektów pracy seksuologa to oczywiście zbyt skromny materiał dla uogólnień. Z tych czasami zupełnie sprzecznych danych wyłonił się jednak pewien jej obraz. Seksuolog styka się z obszarem tabu i ze sferą patologii graniczącej z przestępstwem. Decyduje to o ciężarze gatunkowym zawodu. W skrócie można powiedzieć, że dwa z otrzymanych wyników są ważne. Chodzi o subiektywne poczucie ciężaru pełnionych obowiązków (na co bezsprzecznie wskazały wyniki Kadambi i Truscotta [2007]) oraz znaczenie, jakie ma w tym zawodzie przeżywanie satysfakcji ze współczucia. Pokazuje to, jak bardzo subiektywne poczucie ciężaru i zmęczenia potrafi zmarnować każdy zawód i wysiłek. Z innej strony poczucie satysfakcji przekonuje, że motywacja do zmiany świata w kierunku jego poprawiania

pomaga znosić najtrudniejsze przeżycia zawodowe, nawet te podważające wiarę w każdą ideę i w naturę ludzką opisywaną w jakikolwiek sposób.

Przedruk za zgodą wydawcy:

Beisert, M. (2008). Ryzyko związane z wykonywaniem zawodu terapeuty seksuologa. W: J. M. Brzeziński, L. Cierpiatkowska, *Zdrowie i choroba* (s. 309–333). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

BIBLIOGRAFIA

- Badura-Madej, W. (red.). (1999). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Beisert, M. (2003). Komunikowanie się ze sprawcami przemocy seksualnej w przebiegu psychoterapii. W: L. Cierpiatkowska, A. Wolska (red.), *Komunikowanie się w psychoterapii. Wybrane zagadnienia* (s. 113–136). Szczecin: AMP Studio Paweł Majewski.
- Beisert, M. (2007a). Psychologia zaburzeń seksualnych. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 202–222). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Beisert, M. (2007b). Kobieta jako ofiara i sprawca wykorzystania seksualnego w dzieciństwie. Referat na konferencji „Dzieci i młodzież – sprawcy i ofiary przemocy”. Kraków, 29–30 września 2007, tekst niepublikowany.
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 386–393.
- Collins, S., Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma. Consequences for mental healthcare workers – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417–424.
- Deighton, R. M., Gurriss, N., Traue, H. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 63–75.
- Dutton, M. R., Rubinstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. W: R. C. Figley (red.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (s. 82–100). Nowy Jork, NY: Brunner/Mazel.

- Farrenkopf, T. (1992). What happens to therapists who work with sex offenders! *Journal of Offender Rehabilitation*, 18, 217–223.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder An overview. W: C. R. Figley (red.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (s. 1–20) Nowy Jork, NY: Bruner/Mazel.
- Frenken, J. (1994). Treatment of incest perpetrators: A five phase model. *Child Abuse & Neglect*, 18, 357–365.
- Herman, J. L. (1999). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jackson, S. E., Schuler, R. S. (1983). Preventing employee burnout. *Personel*, 2, 58–68.
- Kadambi, M. A., Truscott, D. (2007). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer, and general practice. *Canadian Journal of Counseling*, 38, 260–276.
- Kassam-Adams, N. (1995). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. W: B. H. Stamm (red.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators* (wyd. 2, s. 37–48). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Kraus, V. (2005). Relationship between self-care and compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among mental health professionals working with adolescent sex offenders. *Counseling and Clinical Psychology Journal*, 2(1), 81–88.
- Lansen, J. (2001). What does this work do to us? W: S. Graessner, N. Gurriss, C. Pross (red.), *At the side of torture survivors: Treating a terrible assault on human dignity* (s. 198–211). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Lew-Starowicz, Z. (2000). *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Linley, P. A., Joseph, S. (2007). Therapy work and therapist's positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385–403.
- Marshall, W., Laws, D., Barbaree, H. (red.). (1990). *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender*. Nowy Jork – Londyn: Plenum Press.
- Maslach, C., Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C. (2007). Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 13–32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 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, 131–149.

- Pearlman, L. A., Maclan, P.S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 558–565.
- Perron, B. E., Hiltz, B. S. (2006). Burnout and secondary trauma among forensic interviewers of abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 216–234.
- Pines, A. M., Maslach C. (1978). Characteristics of staff burnout in a mental health setting. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233–237.
- Salter, A. (2003). *Pokonywanie traumy*. Poznań: Media Rodzina.
- Salter, A. (2005). *Drapieżcy. Pedofile, gwałciciele i inni przestępcy seksualni*. Poznań: Media Rodzina.
- Schauben, L. J., Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49–64.
- Seligman, M. E. P., Walker, E. F., Rosenhan, D. L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sęk, H. (red.). (1995). *Wypalenie zawodowe – mechanizmy psychologiczne i uwarunkowania*. Poznań: Wydawnictwo K. Domke.
- Sęk, H. (red.). (2007). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skowroński, D. (2003). *Preferencje seksualne Polaków*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza.
- Stamm, B. H. (1998). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. W: C. R. Figley (red.), *Treating compassion fatigue* (wyd. 1, s. 1–20). Londyn: Taylor and Francis.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. W: C. R. Figley (red.), *Treating compassion fatigue* (wyd. 2, s. 107–119). Londyn: Taylor & Francis.
- Steed, L. G., Downing, R. (1998). Vicarious traumatization among psychologists and professional counsellors working in the field of sexual abuse/assault. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2, 1–9.
- Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J. (2007). Wypalenie zawodowe wśród lekarzy ogólnych z perspektywy teorii równości. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 168–181). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

RISK RELATED TO PRACTICING THE PROFESSION OF A SEXOLOGIST-THERAPIST

The article presents the risks associated with the work of a sexologist. It presents risk factors such as: exposure to other people's trauma, the way of working with trauma victims, own trauma, as well as factors protecting the health and well-being of sexologists.

KEYWORDS

SEXOLOGIST, SUBSTITUTE TRAUMA, STRESS OF SECONDARY TRAUMA, COUNTERTRANSFERENCE, OCCUPATIONAL BURNOUT

Cytowanie:

Beisert, M. (2020). Ryzyko związane z wykonywaniem zawodu terapeuty seksuologa. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(3), 58–83.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI

www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości