

MENTALNO ZDRAVLJE POMAGAČA KOJI RADE S TRAUMATIZIRANOM DJECOM I MLADIMA U HRVATSKOJ

SAŽETAK

Cilj istraživanja usmjeren je na opisivanje negativnih učinaka rada s traumatiziranom djecom i adolescentima na različite aspekte mentalnog zdravlja pomagača. U istraživanju je sudjelovalo 12 sudionica, stručnjakinja koje su zaposlene u institucijama javne skrbi za djecu i ustanovama zdravstvenog sustava i nevladinog sektora usmjerenim na pružanje tretmanske podrške djeci i mladima s iskustvom traumatskog događaja. Sve sudionice imale su barem pet ili više godina radnog iskustva u radu s traumatiziranom djecom i mladima. U istraživanju je korišten kvalitativni pristup, a podaci su prikupljeni polustrukturiranim istraživačkim intervjuom. Istraživanje je potvrdilo negativne učinke rada s traumatiziranom djecom i adolescentima koji su sudionice istraživanja opisale kroz pojmove koji se podudaraju s posrednom i vikarijskom traumatizacijom te zamorom suosjećanja. Ključna preporuka usmjerena je na nužnost povećanja svijesti o važnosti skrbi za mentalno zdravlje pomagača, prepoznavanje, prihvaćanje i priznavanje izlo-

¹ Ivana Ćosić Pregrad, klinička psihologinja, univ.spec.sup.psihosoc.rada, e-mail: ivana.pregrad@gmail.com
Dr. sc. Ines Rezo Bagarić, psihologinja, e-mail: ines.rezo@pravo.unizg.hr
Prof. emerita Marina Ajduković, psihologinja i sociologinja, e-mail: marina.ajdukovic@pravo.unizg.hr

Izvorni znanstveni članak
Primljeno: rujan, 2024.
Prihvaćeno: lipanj, 2025.
UDK: 364.62:364.622-053.2/6
DOI:10.3935/ljsr.v32i1.603

Ivana Ćosić Pregrad¹
Psihološki centar za djecu i
obitelji BRIGOJEDAC

Ines Rezo Bagarić
orcid.org/0000-0002-7018-7865

Marina Ajduković
orcid.org/0000-0002-0561-9908

Studijski centar socijalnog rada
Pravni fakultet Sveučilišta u
Zagrebu

Ključne riječi:
mentalno zdravlje pomagača,
posredna traumatizacija,
vikarijska traumatizacija,
zamor suosjećanja, pristup
usmjeren na traumu.

ženosti učincima posredne i vikarijske traumatizacije kao i zamora suosjećanja kao nužne i neizbježne posljedice njihova rada.

UVOD

Istraživanja i svakodnevna praksa jasno pokazuju kako učinci traumatskih izlaganja u djetinjstvu (osobito složene traume) mogu biti vrlo ozbiljni, što ističe značaj i nužnost rane intervencije kao i uspostavljanje pristupa i skrbi utemeljene na znanjima o traumi (eng. *trauma – informed practice and trauma – informed care*) u različitim sustavima kao ključnih elemenata u pružanju podrške i procesu oporavka pogođenih i smanjenju rizika traumatizacije različitih skupina (Berger i Quiros, 2014.; Knight, 2019.; Profaca, 2016.; Steele i Malchiodi, 2012.). Američka SAMHSA (eng. *Substance Abuse and Mental Health Service Administration*) definira organizacije čija se praksa temelji na znanjima o traumi kao one koje razumiju učinke traumatskih događaja na djecu, mlade i obitelji, koje mogu identificirati znakove i simptome traumatizacije te su organizirane i osposobljene odgovoriti na navedene situacije putem svojih politika, procedura i prakse uz sprečavanje ponovne traumatizacije (Kerns i sur., 2016.). Teoretičari i istraživači slažu se da pristup usmjeren na traumu mora počivati na pet osnovnih principa: sigurnost, povjerenje, suradnja, izbor i osnaživanje, a kako će sam pristup i procedure unutar njega biti osmišljeni i osigurani ovisi o kontekstu organizacije i usluga koje organizacija nastoji osigurati (Berger i Quiros, 2016.; Knight, 2018.; Oates, 2022.). Nadalje, pristup usmjeren na traumu zahtijeva i podrazumijeva da stručnjaci prepoznaju utjecaj svog rada i kontakta s traumatiziranim klijentima na njih profesionalno i osobno i da budu proaktivni u brizi o sebi.

MENTALNO ZDRAVLJE POMAGAČA U PODRUČJU RADA S TRAUMOM

Zadnjih dvadesetak godina interes istraživača zaokuplja razumijevanje i proučavanje emocionalnih i psiholoških rizika po mentalno zdravlje kao i moguće strategije (samo)podrške za stručnjake koji rade u pomagačkim zanimanjima. Pregledom dostupne literature neupitna je činjenica da su pomagačka zanimanja podložnija profesionalnom stresu i negativnim učincima neposrednog rada s traumatiziranim ljudima na mentalno zdravlje samih pomagača (Ajduković i sur., 2014.; Friščić, 2006.; Ilijaš, Štengl i Podobnik, 2021.; Jauk, Rezo Bagarić i Ajduković, 2023.). Uzimajući u obzir zahtjeve pomagačkog posla, radnih zadataka, okolinskih uvjeta, očekivanja

korisnika i klijenata, ali i samih pomagača te prirodu problema i teškoća klijenata/korisnika, razumljivo je da mentalno zdravlje pomagača može biti pogođeno i značajno ugroženo tijekom rada, osobito u području rada s traumatiziranim osobama (Ajduković i Ajduković, 1996.). Sposobnost empatije, uživanja i stavljanja u »tuđe cipele«, kao i pojačana osjetljivost na tuđu patnju glavni su motivator pri odabiru zanimanja i nužni alati s kojima pomagači rade, no istovremeno su upravo te osobine ujedno i najveći faktor rizika za razvoj posredne traumatizacije pomagača (Arambašić, 1996.; Ludick i Figley, 2017.). Pomagači u području traume su kontinuirano suočeni razarajućim iskustvima, preplavljeni pričama i opisima traumatskih iskustava, doživljenim gubicima i osjećajem bespomoćnosti svojih klijenata, ali i vlastitog jer se nerijetko nalaze u raskoraku između očekivanja (klijenata, organizacije u kojoj rade, društva i šire javnosti) i stvarnih mogućnosti pomaganja. Sve navedeno jasno ukazuje da je gotovo nemoguće izbjeći negativne učinke i posljedice koje mogu predstavljati i trajnije promjene u funkcioniranju pomagača u profesionalnoj ulozi, ali i u privatnom životu i drugim područjima funkcioniranja i doživljavanja.

ODREĐENJE KONCEPTA POSREDNE TRAUMATIZACIJE I SRODNIH KONSTRUKATA

U opisivanju negativnih učinaka rada s traumatiziranim ljudima na pomagače literatura podupire više različitih, no blisko povezanih pojmova i koncepta vezanih uz ovaj fenomen, a tri najčešće korištena pojma za opisivanje tog učinka su vikarijska traumatizacija (eng. *vicarious trauma*), posredna ili sekundarna traumatizacija (eng. *secondary traumatic stress*) i zamor suosjećanja (eng. *compassion fatigue*). Iako još uvijek postoje teškoće u određivanju i razlikovanju samih koncepata i određene nepreciznosti, teoretičari i istraživači slažu se da je negativan učinak učestalog i kontinuiranog izlaganja tuđim traumatskim iskustvima neizbježna posljedica na stručnjake i njihovo mentalno zdravlje (Evces, 2015.; Figley, 2002a.; Knight, 2018.; Rauvola, Vega i Lavigne, 2019.). U zadnjoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne bolesti (DSM-V) izmijenjen je kriterij A za dijagnostiku PTSP-a te je dodana četvrta vrsta izloženosti opisana kao »višekratno ili ekstremno izlaganje izrazito neugodnim detaljima traumatskog(ih) događaja« (APA, 2014.: 271.), što se odnosi na stručnjake koji se suočavaju s posljedicama traumatskih događaja u okviru svog profesionalnog rada (Pai, Suris i North, 2017.).

Posredna traumatizacija kod pomagača opisuje »traumu koja se sastoji od događaja što ih klijenti opisuju svojim pomagačima, a ti događaji onda posredno traumatizirajuće djeluju na pomagače« (Arambašić, 1996.: 147). McCann i Pearlman su ranih 1990-ih godina opisivali u svojim radovima kako kroz suosjećanje s ljudima

pogođenim traumatskim iskustvom, terapeuti mogu doživjeti duboku osobnu transformaciju koja često nalikuje posttraumatskim iskustvima samih preživjelih (Golden, 2021.; McCann i Pearlman, 1990.). Pomagači u radu s traumatiziranim korisnicima iskazuju njima slične reakcije i simptome koji se kreću od hiperaktivnosti i pretjeranog opreza, izbjegavanja do nametajućih misli i slika povezanih s traumatskim događajem njihovih klijenata (Figley, 2002.b) i ponovnog proživljavanja klijentova iskustva kroz sjećanja, snove i pojačanu pobuđenost (Bride, 2004.). Među posljedice posredne traumatizacije ubrajaju se osjećaji straha, tuge, očaja, krivnje, ljutnje i tjeskobe, uz javljanje različitih tjelesnih teškoća, teškoća s pamćenjem, slabiju koncentraciju, poricanje i iskrivljavanje doživljaja te različite promjene u ponašanju od poteškoća u komunikaciji s drugima, osamljivanja i povlačenja do naglašenije agresije (Ajduković i Ajduković, 1996.; Arambašić, 1996.). Ključno je razumjeti da opisane reakcije, i klijenata i pomagača, predstavljaju univerzalne i uobičajene reakcije povezane uz traumatsko iskustvo, a ne psihopatološka odstupanja ili »bolest«. Stručnjaci mogu razviti strategije distanciranja poput poricanja, odvajanja, emocionalne izolacije i sumnjičavosti kao odgovor na ovakve reakcije (Knight, 2018.).

Vikarijsku traumatizaciju prvi opisuju McCann i Pearlman (1990.) opisujući proces u kojem »osobe koje rade sa žrtvama mogu doživjeti duboke psihološke učinke, učinke koji mogu biti poremećujući i bolni za terapeute i mogu trajati mjesecima ili godinama nakon rada s traumatiziranim osobama«. Uslijed empatije i poistovjećivanja terapeuta s klijentom i njegovim traumatskim iskustvom dolazi do poremećaja i promjena kognitivnih shema i promjena svjetonazora (Rauvola, Vega i Lavigne, 2019.) i mijenjanja pogleda na svijet, odnosno svijet vide kao nesigurno mjesto (Knight, 2013.; Golden, 2021.) te ometanja vjerovanja pomagača o tome kakav svijet jest i kakvi su odnosi u njemu, kao i pomagačeve percepcije sigurnosti i povjerenja u druge (Killan, 2008.). Ovim konstruktom naglašava se dugotrajan i sveobuhvatan pomak u unutar-njem iskustvu pomagača koji proizlazi iz poremećenih vjerovanja o sebi, odnosima i svijetu, što ga razlikuje od fenomena posredne traumatizacije i zamora suosjećanja.

Figley uvodi pojam zamor suosjećanja koji definira kao stanje emocionalne, kognitivne i/ili tjelesne iscrpljenosti nastale uslijed kontinuirane izloženosti tuđoj patnji, kada kod pomagača može doći do opće otupjelosti za situaciju, emocionalnog udaljavanja i smanjenog kapaciteta za empatiju (Figley, 2002.a; Golden, 2021.). Simptomi zamora suosjećanja mogu biti prisutni kroz tjelesni i emocionalni umor u vidu smanjenog radnog entuzijazma, desenzitizacije, iritabilnosti i emocionalne preplavljenosti. Socijalni umor vidljiv je kroz izolaciju, grubost i ravnodušnost prema drugima, dok se duhovni umor očituje kroz smanjeni interes za introspekcijom, cinizam, gubitak nade i smisla. Nadalje, može uključivati negativne aspekte brige, doživljaj preplavljenosti poslom, kao i promjene u radnom ponašanju, percepciji i stavovima čime dolazi do konceptualnog preklapanja s pojmom sindroma sagori-

jevanja koji opisuje negativne reakcije na opće stresore povezane uz radno mjesto (Golden, 2021.). Ovaj pojam se usko povezuje s fenomenom posredne traumatizacije stavljajući u fokus simptome i emocionalne reakcije koje proizlaze iz rada s traumatiziranim ljudima i slične su reakcijama direktno pogođenih traumatskim iskustvom (poput izbjegavanja, pobuđenosti, teškoća sa spavanjem, otupljivanja), ali ne uzima u obzir specifične kognitivne promjene i time se razlikuje od vikarijske traumatizacije (Ravuola, Vega i Lavigne, 2019.).

Pregled istraživanja pokazuje da je rizik za posrednu traumatizaciju veći među stručnjacima koji su manje educirani, koji su početnici i manje iskusni u radu s traumatiziranim osobama (Arambašić, 1996.; Knight, 2018.), ali stariji i iskusniji pomagači se teže oporavljaju jednom kada joj »podlegnu« i vrlo ozbiljno počinju sumnjati u svoje stručne sposobnosti (Arambašić, 1996.; Woodard Meyers i Cornille, 2002.). Nadalje, viša razina posredne traumatizacije povezuje se s većom količinom radnog vremena opterećenim radom s traumama korisnika (Benuto i sur., 2019.; Jauk, Rezo Bagarić i Ajduković, 2023.; Knight, 2018.), dok viši stupanj osobne brige o sebi (Jauk, Rezo Bagarić i Ajduković, 2023.) i stav organizacije koji prepoznaje i normalizira reakcije posredne traumatizacije kod stručnjaka ublažava rizik za njezin razvoj (Berger i Quiros, 2014.; Knight, 2018.). Ornell i suradnici (2020.) ističu da prikazivanje pomagača kao superjunaka ističe vrijednost i doprinos u pomaganju drugima, no istovremeno stvara dodatni pritisak jer superheroji uvijek uspijevaju, nikad ne zakažu, ne odustaju ili se ne razbolijevaju. Pomagači suočeni sa simptomima posredne traumatizacije često o sebi počinju razmišljati kao o lošim ljudima i stručnjacima ili preuzmu mehanizam nošenja sa situacijom u kojem negiraju i umanjuju vlastite teškoće, što može smanjiti vjerojatnost traženja podrške, ali i kvalitetu njihova rada. Velik broj istraživanja ističe zaštitne faktore poput prepoznavanja znakova posredne traumatizacije i zamora, prepoznavanje njihova izvora kao i osobne strategije koje uključuju sudjelovanje u superviziji, ali i u vršnjačkim/kolegijalnim grupama, kontinuiranu edukaciju i pristup novim informacijama i tehnikama (Berger i Quiros, 2014.; Hernandez, Engstrom i Gangsei, 2010.; Killan, 2008.).

Dagan i suradnici (2016., prema Armes i sur., 2020.) pregledom literature naglašavaju da pomagači u području skrbi o djeci imaju značajno veću razinu izloženosti traumi djece nego socijalni radnici u drugim područjima socijalnog rada, a pomagači koji su imali visok broj slučajeva zlostavljanja djece izvještavali su o visokim razinama posredne traumatizacije. Više razine posredne traumatizacije negativno su bile povezane s namjerama pomagača u području zaštite djece da ostanu u svom poslu (Bride i sur., 2007.). Pomagači u području skrbi za djecu izvijestili su o značajno većim namjerama napuštanja posla u usporedbi sa socijalnim radnicima u području zdravlja i većim razinama straha da će biti izloženi nasilju kroz svoj rad (Itzick i Kagan, 2017.), dok je 77% pomagača u području zaštite djece doživjelo napad ili su dobili

prijetnje tijekom obavljanja posla (Woodard Meyers i Cornille, 2002.). Ovakvi nalazi pretpostavljaju postojanje specifičnih obilježja rada s djecom i mladima u području skrbi i zaštite djece koji mogu pogodovati i povećati rizik za razvoj negativnih učinaka rada s traumom. Stručnjaci i pomagači u području zaštite djece donose svoje odluke i intervencije u slučajevima zlostavljanja i zanemarivanja djece temeljem svog specijaliziranog znanja i dugogodišnjeg iskustva. Upravo su zbog toga gubici uslijed osipanja i fluktuacije stručnjaka posebno veliki u području zaštite djece jer uz povećanje troškova zapošljavanja i educiranja stručnjaka, smanjena je kvaliteta pruženih usluga i narušena učinkovitost u zaštiti djece od nasilja (Oates, 2022.; Woodard Meyers i Cornille, 2002.). Nadalje, dok neke druge profesije poput policajaca i stručnjaka u kriznim timovima priznaju negativni učinak rada sa žrtvama traume, nažalost učinci redovitog izlaganja žrtvama zlostavljanja djece ne dobivaju značajnu pažnju u području zaštite djece na sustavnoj i organizacijskoj razini te se posljedično učinci posredne traumatizacije ne povezuju jasno s osipanjem zaposlenika i napuštanjem profesije (Woodard Meyers i Cornille, 2002.). Do nedavno se smatralo da su pomagači u ovom području, zbog svog obrazovanja i edukacije, imuni na reakcije na traumatski stres.

Tema socijalne skrbi unaprijeđene znanjima o traumama i brizi za mentalno zdravlje stručnjaka koji rade s traumatiziranim korisnicima postala je dostupna širokom krugu stručnjaka u Hrvatskoj tek u razdoblju 2022. i 2023. kad je prvo kao dio projekta »Briga o mentalnom zdravlju i psihosocijalna podrška djeci iz Ukrajine i njihovim skrbnicima u Hrvatskoj« Ureda UNICEF-a za Hrvatsku i Društva za psihološku pomoć, a zatim kao dio projekta »Podrška integraciji djece izbjeglica i migranata u zemlje EU« Ureda UNICEF-a za Hrvatsku i Hrvatske udruge socijalnih radnika (Ajduković, M. i Ajduković, D., 2022.; Ajduković, 2022.; Ajduković i Lovrić Rupčić, 2023.; Rezo Bagarić, 2022.; Rezo Bagarić, Ajduković i Lovrić Rupčić, 2023.) ova tema postala dostupna putem webinarima i seminarima licem u lice za više od 1 000 djelatnika i suradnika sustavu socijalne skrbi. Evaluacija je pokazala da je tema posredne traumatizacije, uključujući smjernice kako je prevenirati, bila posebno korisna stručnjacima. Na kraju izdvajamo izjavu jedne polaznice koja je u evaluaciji navela da joj je iz edukacije najviše koristila rečenica: »Nemojte misliti da vi ili bilo tko drugi može raditi sam u području traume«.

CILJ ISTRAŽIVANJA

U ovom radu usmjereni smo na učinak rada s traumatiziranom djecom i adolescentima na različite aspekte mentalnog zdravlja pomagača s ciljem ispitivanja i opisivanja negativnih učinaka rada u području traume u ponašajnom, tjelesnom, emocionalnom i kognitivnom aspektu funkcioniranja pomagača, na profesional-

nom i osobnom planu. Dok se na svjetskoj razini problemu mentalnog zdravlja pomagača posvećuje značajna i neophodna pažnja, nažalost kod nas takav trend još uvijek nije dovoljno zaživio. Promišljanje i interes za mentalno zdravlje pomagača na našim prostorima prvi put dolazi u fokus tijekom Domovinskog rata, kada se uvidjelo da su profesionalne poteškoće pomagača stvarnost koja uvelike utječe na kvalitetu njihovog rada, a posljedično time i na njihovo mentalno zdravlje, no briga za mentalno zdravlje pomagača kao posebno ranjive skupine i danas su izostavljeni tijekom kreiranja bilo kakvih sustavnih strategija usmjerenih na očuvanje i unapređenje mentalnog zdravlja (Topić, 2016.). Upravo zbog toga odabirom teme mentalnog zdravlja pomagača željeli smo doprinijeti osvještavanju, boljem razumijevanju i opisivanju negativnih učinaka i često trajnih promjena koje rad u području traume ostavlja na pomagače. Želja nam je kroz iskustva sudionica istraživanja i objedinjena znanja pomoći pomagačima da bolje razumiju sebe i promjene koje donosi njihov posao, da se bolje i učinkovitije zagovaraju u brizi za sebe i potrebama na svom radnom mjestu, ali i da rukovodeće osobe brižnije i s posebnim senzibilitetom pristupe mentalnom zdravlju stručnjaka pomagača, razvijaju i njeguju standarde prakse utemeljene na traumama i na organizacijskoj razini koja je neophodna.

Cilj je operacionaliziran kroz sljedeće istraživačko pitanje: Kako pomagači opisuju i doživljavaju negativne učinke rada s traumatiziranom djecom i adolescentima u svom ponašajnom, emocionalnom, tjelesnom i kognitivnom funkcioniranju?

METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

Sudionici istraživanja

Uzorak je formiran po principu grude snijega tako da smo odabrali šest sudionica, a svaka od njih preporučila je po jednu moguću sudionicu koja zadovoljava kriterije za sudjelovanje u istraživanju. Po načinu kreiranja uzoraka radi se o namjernom uzorku pomagača koji su zadovoljili sljedeće kriterije: (a) imaju 5 ili više godina radnog iskustva, (b) barem pola radnog vremena uključuje rad s traumatiziranom djecom i adolescentima, (c) imaju iskustvo uključenosti u superviziju i (d) spremne su govoriti o svojim iskustvima na temu istraživanja. Ovim kriterijima uzorka omogućeno je prikupljanje podataka od sudionika koji su pomagači iskusni u radu s traumatiziranom djecom, imaju supervizijsko iskustvo i spremni su reflektirati o vlastitim doživljajima, što osigurava relevantne i kvalitetne podatke. Fokus istraživanja bio je usmjeren na osobna iskustva sudionica i promjene povezane uz obavljanje svoje profesionalne uloge, a ne na organizacijski kontekst njihovog rada. Stoga su suglasnost za sudjelovanje u istraživanju dale samo sudionice potpisujući kratki informirani pristanak.

U istraživanju je sudjelovalo 12 sudionica, stručnjakinja koje su zaposlene u institucijama javne skrbi za djecu, ustanovama zdravstvenog sustava i nevladinog sektora usmjerenim na pružanje tretmanske podrške djeci i mladima s iskustvom traume. S obzirom na radno mjesto, njihov omjer u uzorku je bio podjednak. Prema zastupljenosti struke, u uzorku je bilo osam psihologinja i četiri socijalne radnice. Šest sudionica je dodatno završilo ili je uključeno u neku od psihoterapijskih edukacija. Prema radnom mjestu, četiri sudionice bile su zaposlene na radnom mjestu psihologa u zdravstvenom sustavu, dvije sudionice na radnom mjestu voditelja savjetovališta ili odjela psihosocijalne podrške (a koje uključuje i izravan rad s djecom i adolescentima), pet sudionica su bile zaposlene kao stručne suradnice i jedna na mjestu odgajatelja u domovima za alternativnu skrb djece. Sudionice su se razlikovale po svom ukupnom radnom stažu pri čemu su njih četiri imale do devet godina radnog iskustva, njih četiri između 10 i 19 godina, a četiri sudionice imale su 20 ili više godina radnog iskustva. Sve sudionice u okviru svog radnog mjesta rade s djecom i mladima s iskustvom izloženosti nepovoljnim i traumatskim okolnostima tijekom odrastanja poput iskustva zlostavljanja i zanemarivanja djece (9), traumatskog gubitka roditelja i/ili bliskih članova obitelji (3), drugog traumatskog događaja poput prometnih nesreća, bolesti roditelja, pokušaja samoubojstva roditelja (3), iskustva visokokonfliktnih razvoda (2), maligne bolesti djece i rad s roditeljima (1), izloženosti prirodnim katastrofama (2), izloženosti ratnim sukobima (1) i izloženosti migracijskom stresu (1). Nadalje, sve sudionice imale su iskustvo sa supervizijom te je većina sudionica (njih osam) u trenutku provođenja istraživanja bila uključena u neki oblik supervizijske podrške, dok njih četiri nisu bile.

Postupak istraživanja

S obzirom na postavljeni cilj istraživanja, prirodu problema i mali namjerni uzorak sudionica, odabran je kvalitativni pristup istraživanju te se radilo o eksplorativnom i deskriptivnom istraživanju. Predloženi nacrt istraživanja prije same provedbe predstavljen je Etičkom povjerenstvu Pravnog fakulteta u Zagrebu koje je dalo suglasnost i odobrenje za njegovu provedbu. Sudionice istraživanja su telefonski informirane o svrsi i cilju istraživanja te je bilo provjereno ispunjavaju li uvjete za sudjelovanje. Zatražena je i dobivena pisana suglasnost svih sudionica kojom se potvrđuje informirani pristanak na sudjelovanje u istraživanju po načelu dobrovoljnosti, a prije provedbe intervjua bile su upoznate s mogućnosti odbijanja sudjelovanja u bilo kojem trenutku kao i važnosti osobne procjene koje informacije i koliko detaljno žele podijeliti svoje iskustvo. Također, sa sudionicama je bilo raspravljano pitanje povjerljivosti i zajamčeno je nenavođenje njihovih imena, prezimena kao i imena institucija u kojima su zaposlene tijekom obrade i prikaza rezultata.

S obzirom na osjetljivost teme istraživanja, osobna iskustva sudionica i potencijalne rizike koje sudjelovanje u istraživanju donosi za njih, pri njegovoj provedbi osobita pažnja posvećena je poštivanju dostojanstva sudionica i njihovom osjećaju sigurnosti, uspostavljanju atmosfere povjerenja, redosljedu pitanja kroz intervju te objektivnosti istraživača u provedbi i analizi prikupljenih podataka kako osobna uvjerenja i stavovi ne bi iskrivili zaključke. Nadalje, bilo je omogućeno i osigurano psihološko rasterećenje sa supervizorima koji imaju iskustvo i znanja o traumi kroz maksimalno dva susreta za sudionice i za istraživačicu.

Podaci su prikupljeni u razdoblju od lipnja do rujna 2022. godine kroz polustrukturirani istraživački intervju prema unaprijed osmišljenim pitanjima. Sve individualne intervjuje provela je prva autorica osobno i licem u lice u njezinom radnom prostoru kako bismo osigurali bolje i kvalitetnije uvjete i pojačali mogući terapijski učinak razgovora na sudionice. Trajanje pojedinog intervjua variralo je između 59 i 104 minute, a prosječno vrijeme trajanja intervjua iznosilo je 82:33 minute. Sami razgovoru bili su snimani snimačem mobitela, a transkripti pohranjeni i zaštićeni posebnom lozinkom u računalu istraživača.

Obrada i analiza podataka

Po dovršetku intervjua snimljeni audio zapis transkribiran je u tekstualni oblik uz minimalno jezično uređivanje i uz pomoć aplikacije HappyScribe za većinu intervjua. Nastojeći osigurati anonimnost sudionica, svakoj sudionici dodijeljena je oznaka koja se sastoji od tri znamenke: slova »s« kao sudionica, broja od 1 do 12 te slova »k« ili slova »s« (koji označavaju područja rada: klinički tretmanski rad ili sustav socijalne skrbi).

Kako bismo osigurali vjerodostojnost prikupljenih podataka i kvalitetniju obradu, u proces analize i obrade podataka bile su uključene dvije istraživačice koje su zajedno pregledale transkripte, komentirale prikupljene podatke, način na koji su kategorizirani i način na koji su zaključci izvedeni.

Kako bi se odgovorilo na istraživačko pitanje, provedena je analiza okvira koja predviđa pet koraka:

- proces upoznavanja s građom kroz izradu transkripta i ponovno iščitavanje transkribiranih intervjua
- postavljanje tematskog okvira pri čemu smo prošli nekoliko prijedloga tematskih okvira
- indeksiranje/kodiranje i unošenje u tablice uz zapisivanje citata sudionica, što nam je omogućilo lakše snalaženje u prikupljenim informacijama, pripremu i upravljanje podacima za završni korak

- povezivanje i interpretacija pri čemu smo se usmjerili na traženje sličnosti i razlika te ponavljajućih uzoraka iz kojih su dalje kreirani pojmovi, kategorije i teme.

U triangulaciji između autorica istraživanja kodovi, pojmovi, kategorije i teme nekoliko puta su dorađivane i pročišćene dok nije došlo do slaganja o konačnim temama.

PRIKAZ REZULTATA ISTRAŽIVANJA

Konceptualni okvir analize rezultata

Rezultati prikazani u ovom radu dio su specijalističkog rada autorice Ćosić Pregrad (2023.) pod nazivom »Supervizija usmjerena na traumu i mentalno zdravlje pomagača koji rade s traumatiziranom djecom i mladima«. Prije nego što prikažemo rezultate, predstaviti ćemo konceptualni okvir koji smo koristili za tumačenje i kategorizaciju odgovora sudionica. U tu svrhu oslanjali smo se na analizu okvira, odnosno na deduktivnu tematsku analizu kao metodu kvalitativne analize. Kako je u središtu našeg interesa opisati i povezati reakcije i promjene koje pomagači povezuju uz rad s traumom i neposrednu izloženost traumatskim iskustvima svojih klijenata, svjesno i namjerno smo u fokus prvenstveno stavili konstrukte posredne traumatizacije, vikarijske traumatizacije i zamora pomagača u odnosu na fenomen sagorijevanja na poslu. Prisutnost sagorijevanja nije upitna i jasno je vidljiva kroz odgovore sudionica, no željeli smo istaknuti da (negativan) učinak traumatskih priča klijenata značajno doprinosi opterećenju koje često još brže i snažnije vodi u sagorijevanje u odnosu na neka druga zanimanja koja ne uključuju izloženost traumi korisnika i emocionalni rad. U opisivanju posredne traumatizacije vodili smo se kriterijima za dijagnostiku Posttraumatskog stresnog poremećaja prema DSM-V (APA, 2014.). Uočava se jasno podudaranje vikarijske traumatizacije s trajnim promjenama u okviru kriterija za PTSP. Ipak, zbog potrebe za nijansiranjem učinaka rada s traumom smatrali smo važnim vikarijsku traumatizaciju zasebno izdvojiti te detaljnije opisati promjene u kognitivnim shemama i vjerovanjima o kojima su sudionice govorile. Na taj način nastojimo doprinijeti senzibilizaciji, osvještavanju i prepoznavanju slojevitosti učinaka posredne traumatizacije. Argument za takvu odluku nalazimo i u činjenici da se koncept vikarijske traumatizacije i u literaturi dosljedno opisuje razdvojeno od posredne traumatizacije (Golden, 2021.; Jauk, Rezo Bagarić i Ajduković, 2023.; Ravuola, Vega i Lavigne, 2019.).

Dobiveni podaci pokazuju da su sve sudionice prepoznale i jasno povezale učinke rada i izloženosti traumatskim pričama svojih klijenata u različitim područjima

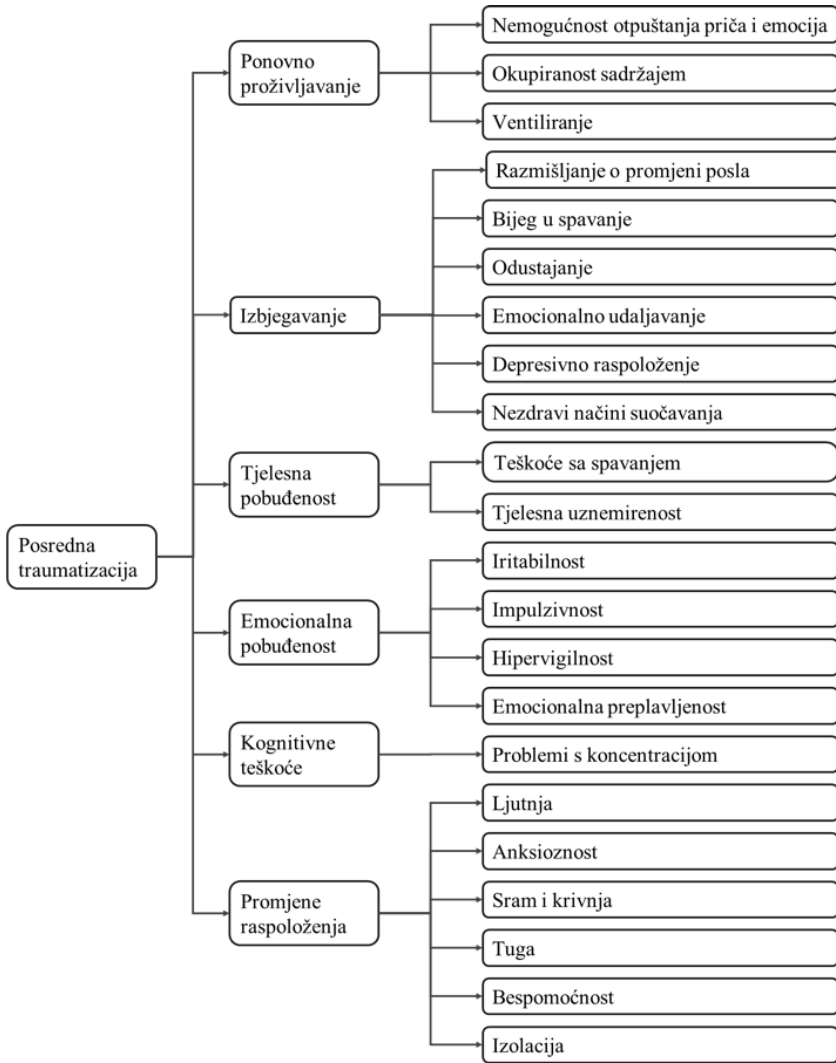
funkcioniranja, kako na profesionalnom planu tako i u osobnom životu. Na primjer: *Primijetim promjene na svakom aspektu svog postojanja. Zahvaljujući superviziji sam dobro. Ali vidim te promjene, baš su nekako dolazile u fazama. /s11k/*. Primjetno je i da su sudionice koje su imale redovitiju i dostupniju superviziju pokazale bolji uvid u različite aspekte promjena i da su lakše mogle razlučiti utjecaj samog rada i izloženosti traumi korisnika od simptoma i reakcija povezanih s uvjetima i kontekstom rada, odnosno rizicima koji vode u sagorijevanje, istovremeno jasno povezujući ova dva fenomena i njihovu isprepletenost.

Analize rezultata

Analizom okvira, prepoznali smo i izdvojili tri teme kroz koje sudionice istraživanja opisuju negativne učinke rada s traumatiziranom djecom i adolescentima: posredna traumatizacija, zamor suosjećanja i vikarijska traumatizacija².

Tema posredne traumatizacije opisana je kroz šest kategorija slijedeći dijagnostičke kriterije za Posttraumatski stresni poremećaj prema DSM-V (APA, 2014.). Prva kategorija **ponovno proživljavanje** manifestira se kroz nemogućnost otpuštanja priča i emocija, okupiranost sadržajem i potrebu za ventiliranjem. Nemogućnost otpuštanja priča i emocija sudionice su doživljavale kroz preokupiranost slučajem (... *nosim taj posao doma, budim se po noći s nekim slučajevima.../s10s/*), pomanjkanje osjećaja kontrole (... *jesam li stvarno zatvorila vrata poslu... ponesem to raspoloženje.../s11k/*), nemogućnost odvajanja od posla (... *ne mogu to hitit van... /s2s/*) i kroz identifikaciju s poslom (... *sam se u potpunosti identificirala s tim domom, s tim poslom.../s7s/*), dok su okupiranost sadržajem sudionice opisale kroz stalno razmišljanje o istome (... *mi se vrte, zapravo ruminacije... tako više-manje nekontrolirane misli o poslu, o slučaju.../s10s/*) i puno razmišljanja o poslu (... *puno razmišljam o tome van posla.../s9s/*). Potreba za ventiliranjem opisana je kroz potrebu za otpuštanje (... *na balkonu dimim i ventiliram se.../s11k/*) i potrebu za iznošenjem sadržaja (... *imala potrebu za ventilacijom... da o tome puno pričam.../s9s/*).

² S obzirom na aktivno sudjelovanje sve tri autorice u obradi i analizi rezultata, prikaz rezultata koji slijedi preuzet je iz završnog specijalističkog rada autorice Ćosić Pregrad (2023.) kako bi stručna javnost dobila cjelovit i opsežan uvid u rezultate istraživanja.



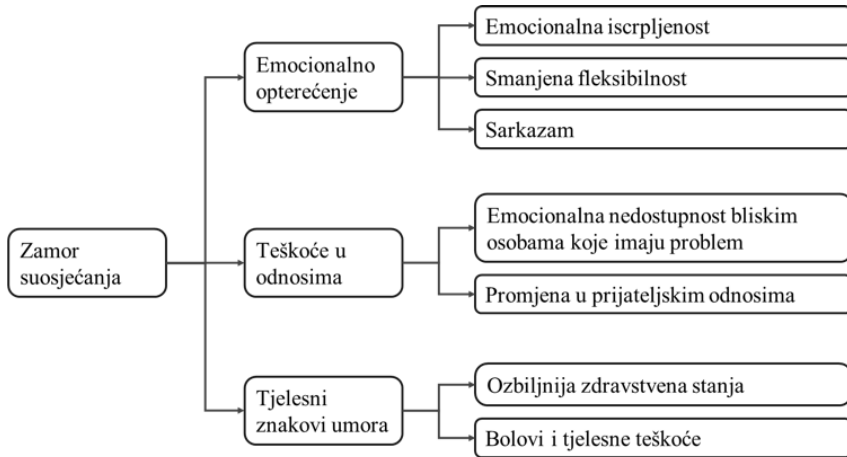
Slika 1. Prikaz teme Posredna traumatizacija

Drugu kategoriju čini **izbjegavanje** koje se manifestira kroz: razmišljanje o promjeni posla tako da je prisutno promišljanje o radu s odraslima (...*razmišljam da pređem na zapravo, samo rad s odraslima /s12k/*) i općenito o promjeni posla (...*htjela sam tad čak i promijeniti posao.../s9s/*); bijeg u spavanje (...*da fakat imam potrebu prespavat /s4s/*) i odustajanje koje je vidljivo kroz iscrpljivanje mogućnosti (...*kao da bih odustala... više ništa ne mogu... napravila sam sve što sam mogla.../s3k/*). Izbjegavanje je nadalje vidljivo i kroz emocionalno udaljavanje o kojem je većina sudionica izvještavala, a koje su doživljavale kroz potrebu za odmakom (...*emocionalne otupljenosti, kao represiranja nekih dijelova,*

humora.../s10s/), veću distancu u radu (...*da sam se više nekako malo distancirala nego prije... /s9s/*), dizanje brana (...*sam u nekim stvarima digla si brane... da više toliko se ne dajem... /s7s/*), doživljaj zaleđenosti (...*svjesna toga da se u nekim stvarima onako zaledim.../s4s/*) i kroz umanjivanje problema drugih (...*da sam manje osjetljiva na ova nekakva dječja, znaš ono kad se posvađaju.../s4s/*). Sudionice su kao vid izbjegavanja opisivale i depresivno raspoloženje koje je bilo vidljivo kroz pasiviziranje (...*do spavanja se ne bih pomakla.../s11k/*) i isključivanje (...*malo više spavati i pokriti dekom po glavi, isključiti se.../s4s/*) te nezdrave načine suočavanja poput pijenja alkohola (...*tipa odem popiti čašu vina prije spavanja.../s12k/*), povećanog pušenja (...*više pušim.../s11k/*) i konzumiranja nezdrave brze hrane (...*jesti hrpu gumenih bombona ili baš potreba za nekim junk foodom.../s4s/*). U opisu posredne traumatizacije treću kategoriju čini **tjelesna pobuđenost** koja se očituje kroz teškoće sa spavanjem na način da su prisutne nesanice (...*imala problem s nesanicom... /s11k/*), buđenje (...*se budim oko tri.../s10s/*) i sanjanje klijenata (...*sanjala sam da umiru ta djeca, da me zovu, da nešto trebaju.../s11k/*) te tjelesnu uznemirenost opisanu kao tijelo luduje (...*u nekim posebno teškim razgovorima ...da mi tijelo baš baš luduje.../s11k/*) i pretjerana tjelesna aktivacija (...*se dogoditi da sam pobuđena, da ne mogu zaspat.../s5s/*). Tjelesna pobuđenost bila je prisutna i jasno vidljiva i tijekom samih intervjuja kod svih sudionica u trenucima kada su se prisjećale pojedinih slučajeva i situacija ili dok su govorile o nekim aspektima promjena i uvidima koje su stekle. Četvrtu kategoriju čini **emocionalna pobuđenost** koju sudionice doživljavaju na nekoliko načina. Većina sudionica opisala je iritabilnost koja se manifestira kroz doživljavanje frustracije (...*sve mi je teže nekako tolerirati tu nepravdu.../s8k/*), razdražljivost (...*brže pucam, brže se ljutim na njih.../s3k/*), živčanost (...*budem živčana puno puta.../s7s/*), kratak fitilj (...*primijetila kratki fitilj, da imam manju toleranciju .../s9s/*) i reaktivnost (...*dođem doma i ispalim na svoje bližnje jer sam ja prepuna... /s1k/*); impulzivnost koja se manifestira kroz govorenje bez zadržke (...*bez dlake na jeziku sam u tom segmentu.../s8k/*), ispade bijesa (...*ono vrištim, lupam vratima toliko od bijesa.../s7s/*) i psovanje (...*nekad opsujem.../s4s/*); hipervigilnost (pojačana pobuđenost) koju sudionice doživljaju kroz pojačanu osjetljivost (...*puno više opažam stvari u svojoj okolini i hiperfokusirana sam... /s10s/*), naglašeniju ranjivost (...*zapravo što sam više tamo, to sam ranjivija.../s11k/*), aktiviranje alarma u tijelu (...*dosta sam osjetljiva... ali to je kao neka hipervigilantnost, alarmi mi se dignu.../s12k/*) i nultu toleranciju na zlostavljanje (...*da sam jako postala na zlostavljanje, ono, nulta tolerancija.../s9s/*); emocionalna preplavljenost koju su sve sudionice prepoznale i opisale kroz doživljavanje puno intenzivnih emocija (...*taj emocionalni roller coaster tuge, bespomoćnosti, očaja.../s10s/*), svakodnevnu potrebu za prepričavanjem (...*bi preplavljivala svoje bližnje s prepričavanjem.. /s11k/*), osjećaj potpune uronjenosti u posao (...*je jako uranjajući i jako smo u tome i to je dosta emocionalno... /s8k/*) i kroz doživljavanje siline energije (...*s tom silinom energije bilo teško ići doma... /s1k/*). Petu kategoriju čine **problemi s koncentracijom** koji se kod sudionica manifestiraju kroz zaboravljivost (...*da zaboravim neke informacije, da ih puno potisnem.../s10/*), kratku pažnju (...*budem*

*rastrljena, imam dosta kratku pažnju.../s12k/), rastresenost (...rastreseno.../s8k/) i nemogućnost posvećivanja poslu (...da mi pada kvaliteta rada, da osjećam da se ne mogu posvetit.../s12k/). Šestu kategoriju u opisu posredne traumatizacije predstavljaju **promjene raspoloženja** koje obuhvaćaju doživljavanje ljutnje u vidu ispunjenosti bijesom (...da sam puna bijesa.. /s11k/), učestalo osjećanje ljutnje (...često izaziva ljutnju.../s8k/) i doživljavanje ljutnje prema zlostavljačima (...ljutnja nekad prema tim osobama koje su tom djetetu nešto loše napravile.../s6k/); doživljavanje anksioznosti kroz opis izražene prisutnost straha (.....strah je nešto što mi se baš uvuklo.../s11k/), strah od ponavljanja neugodnih iskustava (...anksioznost i strah da se to ne ponovi.../s9s/), izraženiju zabrinutost (...ja sam strašno zabrinuta kako će on to.../s7s/) i izraženiju nesigurnost (...sam osjećala anksioznost, nesigurnost .../s3k/); doživljavanje srama i krivnje koji su sudionice predbacivale sebi (...osjećam se ranjivija sa svim tim spoznajama i toga me često sram.../s11k/), imale su potrebu opravdavati se (...imala sam potrebu samu sebe opravdavati kao da sam maltene ja odgovorna.../s9s/) i doživljavale osjećaj nedovoljnosti (...ja sam kriva, ja nisam dovoljno dobra.../s4s/); doživljavanje tuge kroz osjećanje tuge (...zna baciti i u osjećaj tuge nakon toga... /s3k/) dok je jedna sudionica osjećanje tuge opisala kao crnu rupu (...jako tužna...ono imam baš crnu rupu neku u sebi.../s11k/); doživljavanje bespomoćnosti koje su sudionice iskusile u vidu nemogućnosti utjecaja (...ti si zapravo boriš s nekim demonima na koje uopće nemaš zapravo nikakav utjecaj... /s5s/), doživljaja da nema pomaka, a okolnosti nisu pod njihovim utjecajem (...kad nema pomaka, a nije do mene, nego je do nekih drugih okolnosti .../s8k/), osjećaj nemoći (...taj osjećaj nemoći da će se meni baš sad pred očima dogoditi da se ona ubije.../s9s/) te nemogućnost da vide perspektivu (...dovoljno da samo iščitam recimo koje su okolnosti nekog djeteta koje nam dođe.. /s2s/); doživljavanje izolacije koja se iskazala kao potreba za samoćom (...imam veću potrebu za samoćom.../s5s/), osamljivanje (...primjećujem da jako više volim vremena provoditi sama.../s6s/) i potrebom za odmakom od ljudi (...kao da malo tražim nekakav odmak od ljudi.../s3k/). Premda se kategorija izolacije djelomično podudara sa socijalnim umorom kao jednim od aspekata zamora suosjećanja koje opisuje Figley (2002.), analizom intervjua ukazuje da razina izolacije kod sudionica predstavlja dublju i trajniju promjenu. Ona nadilazi puku preplavljenost i zasićenost problemima drugih te se očituje i u smanjenoj dostupnosti drugima. Slijedi izjava sudionice koja ilustrira ovaj vid promjena:*

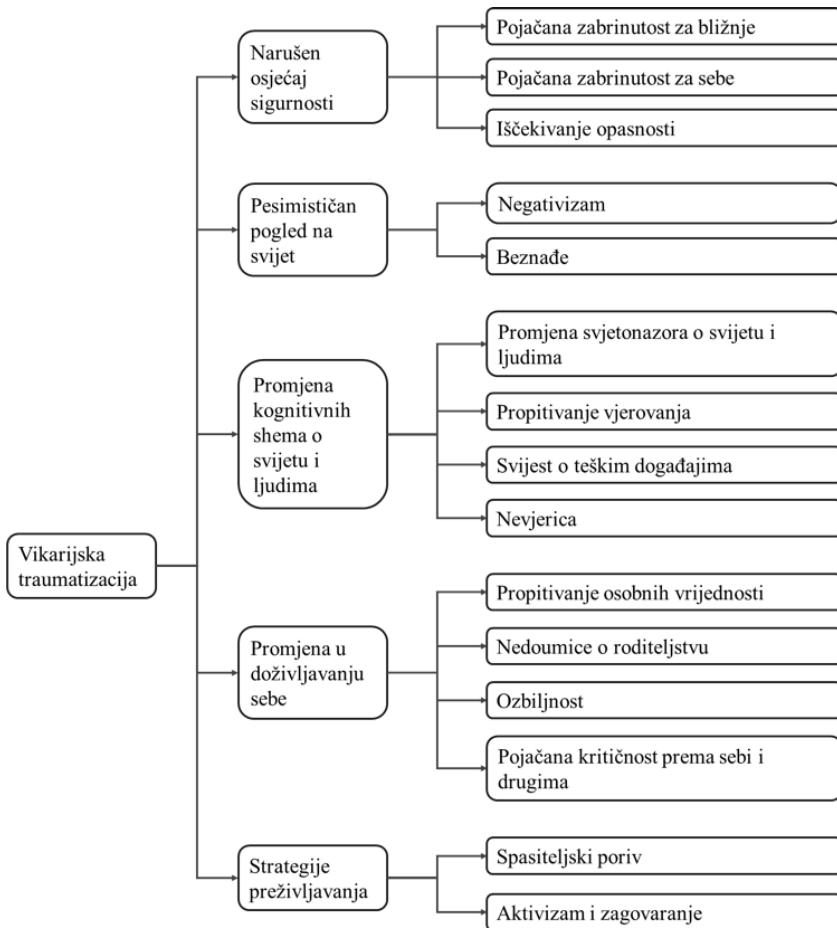
Primjećujem da jako više volim vremena provoditi sama, iako sam prije bila puno više društvena i pasalo mi je da sam okružena s ljudima. Baš primjećujem da me nekad to opterećuje, pogotovo nakon posla, nakon cijeli dan si s ljudima i slušaš tuđe priče, tuđa iskustva, da onda mi baš treba neki mir i da me nitko ništa ne pita, baš neko vrijeme za sebe... više se nekako povlačim iz nekih odnosa koji mi nisu sad toliko važni... (s6k).



Slika 2. Prikaz teme Zamor suosjećanja

Tema zamor suosjećanja opisana je kroz tri kategorije: emocionalno opterećenje, teškoće u odnosima i tjelesne znakove umora. **Emocionalno opterećenje** manifestira se kroz iskustvo emocionalne iscrpljenosti popraćene umorom (...*osjetim da mi je previše, da se umaram.../s12k/*), mentalnom iscrpljenošću (...*osjećam tu nekakvu možda mentalnu iscrpljenosti.../s5s/*) i nedostatkom kapaciteta (...*ja nemam više nekog kapaciteta.../s1k/*). Dvije sudionice istaknule su smanjenu fleksibilnosti koja se očituje kroz teškoće u prilagođavanju (...*zahtjevno i koliko mi je teško prilagođavati se novim situacijama.../s10s/*) te povećanu prisutnost sarkazma u vidu promjena u humoru (...*uvijek sam ja voljela crni humor, ali postao je crniji, sarkastičniji.../s10s/*) i izraženijoj upotrebi crnog humora (...*odem u onaj neki crni humor koji ode u nekom baš mračnom smjeru.../s4s/*). Druga kategorija su **teškoće u odnosima** koje sudionice doživljavaju kroz emocionalnu nedostupnost bliskim osobama koje imaju problem u vidu zasićenosti problemima (...*da se ne mogu dovoljno možda posvetiti nekim ljudima koji imaju također neke svoje privatne teškoće... nego možda nemam kapaciteta.../s5s/*), kroz promjene u prijateljskim odnosima i svoju manju posvećenost u tim odnosima (...*nisam onda možda toliko posvećena tim prijateljskim odnosima.../s6k/*) i iskustvom da ih posao obuzme (...*jer me ove druge obuzmu, nešto što se događa na poslu, ako mi je neka teška situacija.../s2s/*). Treću kategoriju čine **tjelesni znakovi umora**. Većina sudionica podijelila je iskustvo ozbiljnijih zdravstvenih stanja poput problema s tahikardijom (...*tahikardije, lupanje srca.../s3k/*), opadanje kose (...*meni počela opadati kosa.../s11k/*), iritabilna crijeva (...*iritabilna crijeva u svim formama, od proljeva do konstipacije.../s10s/*), problemi sa štitnjačom (...*ja sam se razboljela i štitnjača podivljala.../s5s/*) i problemi s dermatitisom (...*dobila taj nekakav dermatitis*

po koži, po rukama, na oku mi je isto bilo.../s6k/). Većina sudionica je također uz rad s traumatiziranom djecom i adolescentima povezivala i prisutnost bolova i tjelesnih teškoća izdvajajući tjelesne teškoće koje su opažale u stresnim situacijama (...prvo jače mi tijelo radi i šalje znakove da u nekim trenucima baš nisam dobro... /s11k/), pritisak u plućima (...neke poteškoće s disanjem, ono kao da imam pritisak u plućima.../s3k/), bolove u želucu (...gdje mi je želudac crna rupa koja se stisne, žgaravica.../s10s/), doživljaj stezanja (...stezanje u grlu.../s9s/) te napetost i bolovi u vilici (...često stišćem vilicu, imam napetost u ramenima, ta leđa i ramena i vilica su mi nekako.../s12k/). Značajno je da su gotovo sve sudionice specifično povezale glavobolje uz slušanje teških priča, osobito iskustva zlostavljanja djece (...da je glavobolja više vezana baš za ovaj specifičan rad s ljudima.../s8k/).



Slika 3. Prikaz teme vikarijska traumatizacija

Vikarijska traumatizacija kao treća tema opisana je kroz pet kategorija. Prva kategorija je **narušen osjećaj sigurnosti** i uključuje pojačanu zabrinutost za bližnje kroz strah od teške bolesti bližnjih (...*brinem za svoje voljene da ne obole.../s11k/*), zatim više provjeravanja roditelja (...*nekakva pretjerana briga za moje roditelje, onako više provjeravanje i ne znam onako da li je sve ok.../s4s/*) te strah da se nešto ne dogodi bližnjima (...*pitanje što ako se nešto desi mojim bližnjima, mom djetetu.../s1k/*). Sudionice su govorile i o pojačanoj zabrinutosti za sebe zbog svjesnosti o većem riziku od bolesti (...*pa ja automatski radim nešto pod povećanim sam rizikom za naprimjer neki karcinom.../s11k/*) i zabrinutosti da se razboljevaju (...*moja prva misao bila da se sigurno sa mnom nešto po tom pitanju događa.../s3k/*). Narušen osjećaj sigurnosti uključivao je i iščekivanje opasnosti koju je većina sudionica istaknula kao značajnu promjenu povezanu uz izloženost traumatskim iskustvima svojih korisnika, a doživljavale su ju kroz naglašenije opažanje opasnosti (...*opažam opasnost gdje moji prijatelji koji nisu u tim strukama ne vide ništa.../s10s/*), preokupiranost zdravljem svoje djece (...*ali ono što ako moja beba bude bolesna, što ako se nađem u toj situaciji.../s11k/*), usmjerenost na traženje teškoće kod djeteta (...*pod povećalom svoje dijete čekala da on iskaže to...i bojala sam se.../s7s/*) te prisutnost pretjerano opreznog stava prema djeci (...*iz pozicije roditelja kao da sam više upozoravajuća...iz svakodnevnih situacija da se previše brinem.../s3k/*). **Pesimističan pogled na svijet** označava drugu kategoriju i uključuje odgovore sudionica koji ukazuju na izraženiji negativizam i doživljaj beznađa. Negativizam kod sudionica opisan je kroz izraženija pesimistična očekivanja (...*neka fundamentalna očekivanja od ljudi postala pesimističnija... /s10s/*), veću prisutnost projekcije negativnih scenarija (...*veliki razlog naših svih svađe bilo je ja i moje viđenje najgorih scenarija u svemu... /s7s/*) te orijentiranost sudionica na loše ishode (...*onako kreiram i malo projiciram što bi se moglo nešto loše moglo dogoditi... /s3k/*). Sve sudionice prepoznale su neke od **promjena kognitivnih shema o svijetu i ljudima**, što čini treću kategoriju u opisu vikarijske traumatizacije. Gotovo sve sudionice prepoznale su i promjene svjetonazora o svijetu i ljudima koje se manifestiraju kroz vjerovanje da su ljudi zaista loši (...*nego da fakat ima ljudi koji su zaista loši.../s10k/*) kao i vjerovanje da mali čovjek nije važan (...*koliko običan mali čovjek nije toliko važan nekim drugim ljudima... /s8k/*), zatim vjerovanje da je svijet teško mjesto (...*kako je ovaj svijet ponekad odvratan, zastrašujuć, otuđivalački... /s5s/*), da je svijet nepravedno mjesto (...*kao pa svijet je nepravedno mjesto i nitko ništa ne čini... /s3k/*) te osjećaj nedostatka kontrole (...*kao to se svakome može dogoditi, nemaš kontrolu... /s12k/*). Većina sudionica je uslijed iskustava stečenih kroz posao počela ozbiljnije propitivati svoja vjerovanja tako da su propitivale svoje razmišljanje o svijetu (...*se pitati u kakvom mi to svijetu živimo, di smo kao odrasle osobe podbacile... /s5s/*), bile su usmjerene na traženje višeg smisla (...*možda malo više i tražim viši smisao u svemu tome... /s8k/*), bavile su se pitanjima o ljudskoj pri-

rodi (...*generalno mi nije jasno jesu li ljudi dobri ili nisu, još uvijek imam raspravu sa sobom.../s7s/*) te su bile sklonije stalnom preispitivanju (...*to cijelo vrijeme mijenja i da ja cijelo vrijeme nešto onako preispitujem.../s4s/*). Većina sudionica istaknula je i svijest o teškim događajima koju su doživjele kroz znanje o teškim događajima (...*znam sada da uglavnom se to događa.../s9s/*), očekivanje loših događaja (...*kao da očekujem da se može svašta dogoditi.../s6k/*) te kroz iskustvo teških bolesti kojima su svjedočile obavljajući svoj posao (...*razmišljam kako su sretni ljudi koji nisu pogođeni hematološkim i onkološkim bolestima u životu.../s11k/*). I na kraju nekoliko sudionica govorilo je o svojoj nevjerici koja se manifestirala kroz šok (...*zar je moguće da se to događa.../s4s/*) i čuđenje (...*pitam se da li je moguće da dijete živi u takvim okolnostima.../s2s/*) povezano s iskustvima kojima su svjedočile i bile izložene u kontaktu s traumatiziranom djecom.

Izjava jedne od sudionica vrlo zorno prikazuje slojevitost i snagu promjena koje kontakt s traumatiziranim klijentima ostavlja na pomagače: *To je neki osjećaj gdje ja moram na kraju dana ili kad ti ljudi izađu iz moje ambulante doći i reći: »okej, ja držim fige da se ovo neće dogoditi meni i mojim bližnjima.. I kao svjesna sam da tu držanje figa ništa ne znači, ali jednostavno taj teror, da se to događa... to je zaista neka posebna razina jeze. Meni to nije strah, meni je to jezivo. Mislim i strah, ali ta neka jeza kaj se sve ljudima događa, to i ono pogotovo kad dođemo kao to se svakome može dogoditi, nemaš kontrolu, nema ničega, ne možeš ništa prevenirati. To je baš jedna jeziva stvar.« /s12k/*

Četvrtu kategoriju opisuju **promjene u doživljavanju sebe** zbog iskustava stečenih kroz rad s traumatiziranom djecom i adolescentima. Većina korisnica izdvojila je propitivanje osobnih vrijednosti koje se manifestira kroz promišljanje životnih pitanja (...*pitanja zapravo životna, što se isplati, što se ne isplati i kako... imam li ja snage boriti se sa svim time.../s10s/*), propitivanje prakse (...*isto tako nekad pitati ima li smisla neke stvari prijavljivati jer se zapravo ništa ne dogodi, a djeca završe u domu... /s4s/*), traženje smisla i korisnosti (...*nekakav osjećaj traženje smisla življenja općenito, neke svoje korisnosti u tome... /s3k/*) i u konačnici sumnju u dosadašnje izbore (...*počnem dovoditi cijeli taj svoj dosadašnji karijerni put u pitanje... /s12k/*). Dvije sudionice istaknule su osobne nedoumice oko roditeljstva koje su vrlo jasno povezale s kontaktom s traumatiziranom djecom i njihovim obiteljima te su opisale svoju nesigurnost u imanje djece (...*nisam sigurna želim li djecu, želim li donositi djecu u ovaj svijet.../s10s/*) i propitivanje želje za roditeljstvom (...*da li ja trebam uopće imati djecu u tom kontekstu.../s8k/*). Kao značajnu promjenu u doživljaju sebe dvije sudionice izdvojile su svoju ozbiljnost. Jedna od njih navela je da ju ljudi u njezinom okruženju doživljaju više ozbiljnom (...*ljudi mi kažu da sam postala ozbiljnija.../s5s/*), dok druga sebe doživljava manje spontanom (...*više nisam tako spontana.../s9s/*). Nadalje, nekoliko sudionica naglasilo je pojačanu kritičnost prema sebi i drugima (...)

stavovi prema ljudima generalno postali kritičniji.../s10s/), sklonost procjenjivanju (... da i sama sebe procjenjujem, nekad kritiziram.../s4s/) te kritičnost u odabiru društva (...kao da uopće ne pripadaš više... tko nema takve vrijednosti, meni ne odgovara više.../s5s/).

Peta kategorija nazvana **strategije preživljavanja** obuhvaća odgovore sudionica koji ukazuju na prisutnost spasiteljskog poriva i izraženiju potrebu aktivizma i zagovaranja. Više sudionica prepoznalo je kao promjenu izraženiji spasiteljski poriv koji se manifestira kroz dodatno davanje sebe (*...kao da uzmem u krilo još veći komad odgovornosti kao što su sada, oni nemaju nikog.../s3k/*), stavljanjem većeg pritiska na druge institucije u pojedinim slučajevima (*...znam nekad onako baš očajnički nazvati centre da nešto moraju poduzeti jer to predugo traje.../s4s/*) te njihovoj sklonosti da preuzimanju dodatne uloge (*...imam poriv onda biti kao neki medijator, miritelj i zapravo izaći nekako iz te uloge ja radim samo s djetetom, nego onda i malo preroštatati neki sustav.../s1k/*). Sudionice, osobito one koje rade u području socijalne skrbi, istaknule su i potrebu za aktivizmom i zagovaranjem. Jedna sudionica istaknula je potrebu za senzibiliziranjem društva i ljudi u svom okruženju (*...trebalo bi ljude na neki način senzibilizirati zapravo da oko njih postoji jedna skupina djece kojih nije više toliko niti malo koji doista žive jedan takav život.../s5s/*), dok je druga istaknula snažniju potrebu za djelovanjem (*...odem u jedan malo onako aktivistički smjer gdje želim nešto onako mijenjati.../s4s/*).

RASPRAVA

Iz svega navedenog, može se uočiti da rezultati dobiveni našim istraživanjem odgovaraju učincima posredne traumatizacije, vikarijske traume i zamora suosjećanja opisanim u literaturi. Kategorije koje opisuju posrednu traumatizaciju potvrđuju nalaze ranijih istraživanja te upućuju na pojavu različitih simptoma. Oni uključuju pretjeranu aktivnost i pojačanu opreznost, izbjegavanje, ali i nametajuće misli i slike povezane s traumom klijenata (Figley, 2002.). Nadalje, istaknuto je ponovno proživljavanje klijentova iskustva kroz sjećanja, snove i pojačanu pobuđenost (Brige, 2004., prema Knight, 2018.), kao i izraženija ljutnja, iritabilnost, impulzivnost u reagiranju, teškoće koncentracije i dodatno pojačana pobuđenost (Woodard Meyers i Cornille, 2002.). Uz to, Woodard Meyers i Cornille (2002.) navode da su stručnjakinje u području zaštite djece opisale i brojne tjelesne poteškoće poput problema kardiovaskularnog sustava, gastrointestinalnih smetnji, respiratornih problema te nelagode i bolova u mišićima. Takvi nalazi potvrđuju i rezultate ovog istraživanja, gdje su tjelesni znakovi umora prepoznati unutar teme zamora suosjećanja.

Iskustva sudionica našeg istraživanja, opisana kroz kategoriju izolacije unutar posredne traumatizacije te kroz iskustva emocionalne nedostupnosti drugima u okviru

zamora suosjećanja, podudaraju se s nalazima Golden (2021.). Taj autor potvrđuje promjene u vidu doživljavanja sebe ozbiljnijima i manje bezbrižnima, kao i iskustva odvajanja i usamljenosti. Terapeuti su, prema njegovim nalazima, izvještavali o iscrpljenosti i umoru te o smanjenoj voljnosti za ulaganje energije u prijateljske, romantične i druge značajne odnose. Golden (2021.) nadalje navodi da su neki pomagači zbog uznemirujućih iskustava osjećali veću potrebu za podrškom i razumijevanjem drugih. Kada bi naišli na nerazumijevanje ili ponižavanje zbog prirode svoga posla, to je dodatno doprinosilo njihovoj izolaciji. Suprotno tome, razgovor s osobama kojima vjeruju i koje poznaju njihove unutarnje borbe pružao im je potvrdu vlastitog iskustva i pojačavao osjećaj povezanosti.

Nadalje, rezultati i iskustvo sudionica potvrđuju specifične promjene u kognitivnim shemama, slične pomacima u mišljenju koje se javljaju i kod osoba izloženih neposrednom traumatskom iskustvu. Ti nalazi u skladu su s međunarodnim istraživanjima. Stručnjaci u području traume ističu da pomagači često razvijaju pogled na svijet koji je obilježen nepovjerenjem, pesimizmom i doživljajem nemoći, uz doživljaj svijeta kao manje predvidivog i manje sigurnog mjesta (Golden, 2021.; Knight, 2018.; McCann i Pearlman, 1990.). Na sličan način o svojim iskustvima govorile su i sve sudionice našeg istraživanja. Pearlman i Saakvinte (1995., prema Evces, 2015.) oslanjaju se na teoriju konstruktivističkog razvoja osobnosti i objašnjavaju vikarijsku traumatizaciju kao proces u kojem pomagači, kroz empatično sudjelovanje u tuđoj patnji, pokušavaju prilagoditi svoje kognitivne sheme ponavljanom izlaganju traumatskim sjećanjima i emocionalno snažnim reakcijama klijenata. Slično kao i preživjeli, i pomagači se prilagođavaju i daju značenje izloženosti intenzivnoj boli i patnji poput »svijet mora biti vrlo opasno mjesto« ili »ljudi su okrutni«, »nitko ništa ne radi i nikome nije stalo«, što su promijenjena vjerovanja o kojima su govorile sudionice ovog istraživanja. Ključno je opisane promjene u vjerovanjima i kognitivnim shemama promatrati kao očekivane, uobičajene posljedice izloženosti traumatskom materijalu i pričama, a ne patološki odgovor i razvoj poremećaja.

Sudionice su govorile o prisutnosti spasiteljskog poriva i izraženije potrebe aktivizma i zagovaranja, što i literatura prepoznaje kao strategije i mehanizme preživljavanja na poslu koji se razvijaju u kontekstu nedovoljne sustavne i učinkovite podrške za kvalitetno obavljanje posla, ali i slabog ulaganja u ciljanu prevenciju na području mentalnog zdravlja pomagača (Ajduković, 2012.; Golden, 2021.). McCann i Pearlman (1990.) opisuju da pomagači, nastojeći smanjiti svoj doživljaj nemoći, mogu poticati klijenta na određenu akciju umjesto da ih slušaju, ali i da mogu biti prisutniji i dominantniji u društvenim interakcijama, o čemu su govorile i neke od sudionica prikazujući sklonost da ulaze u česte rasprave, osobito u temama zaštite djece od nasilja i veće potrebe za djelovanjem u društvu. Nadalje, sudionice su opisale smanjenje doživljaja kompetentnosti i učinkovitosti, doživljaj bespomoćnosti

kao i manjak kontrole, što je prepoznao i Golden (2021.) u svom istraživanju. Jedan od prepoznatih i uobičajenih odgovora na bespomoćnost je da pomagači idu iznad i izvan okvira svojih profesionalnih uloga u pružanju podrške korisnicima, što u radu s djecom i mladima može postati još izraženije. Traumatska iskustva zlostavljanja i zanemarivanja u krugu obitelji suočavaju i same stručnjake da ljudi koji trebaju brinuti o djetetu, ne obavljaju tu ulogu adekvatno i/ili su i sami povređujući, čime pomagači iz svog senzibiliteta na dijete i empatije preuzimaju više odgovornosti na sebe (Ćosić Pregrad, 2023.). Najčešće »strategije preživljavanja« koje se pojavljuju kod pomagača opisuje Ajduković (2012.) navodeći spašavanje nasuprot osnaživanju; povlačenje nasuprot preuzimanju realne profesionalne odgovornosti; pretjerano suosjećanje nasuprot djelotvornosti i umanjivanje i potiskivanje. Opisane reakcije mogu biti prepoznate i u kontekstu sagorijevanja i negativnih učinaka rada u području traume, no istovremeno doprinose i daljnjem sagorijevanju i trošenju osobnih resursa pomagača. Opis sudionice koji donosimo u nastavku zorno pokazuje koliko organizacijski aspekti koji ne podržavaju i ne integriraju principe pristupa usmjerenog na traumu, djeluje iscrpljujuće i potiče proces sagorijevanja pomagača koji rade ionako zahtjevan i težak posao kroz kontakt s traumatiziranim korisnicima:

Ja sam ušla u sustav koji me ošamario svojim funkcioniranjem. I to jedna hladna, zidarska, ledena šamarčina. Ima toliko dobrih ljudi koji rade i koji bi htjeli drugačije i taj jedan rigidni sustav koji ne da. I ništa se ne mijenja i onda možeš ili prihvatiti da možeš raditi u tom određenom segmentiću u kojem imam utjecaj ili izgorjeti i odustat ili izgorjeti i ostat, što je još gore. Jer vidim te ljude koji su izgorjeli i ostali, kako rade i to je još jedan dodatan sloj moje frustracije u tom... mislim ta bespomoćnost. Ne priče, ne traume, ne ta iskustva, ne emocije zbog iskustava, nego baš koliko stvari ne funkcioniraju. /s10s/

Rezultati ovog istraživanja potvrđuju nalaze iz literature da rad u području traume može imati negativne i trajne učinke na pomagače i stručnjake, iako se vrsta i intenzitet tih učinaka razlikuju. U skladu s međunarodnim istraživanjima, naši nalazi ističu važnost uvažavanja i osjetljivosti edukatora, supervizora i rukovodećih osoba na činjenicu da su pomagači koji rade u području traume nužno izloženi riziku posredne traumatizacije, koju nije moguće u potpunosti izbjeći niti spriječiti. Stoga je ključno da se pomagači već na samom početku rada s ljudima upoznaju s pojmovima, učincima i manifestacijama posredne traumatizacije, budući da je neizvjesno kada će se u svom radu susresti s traumatiziranim korisnicima (Ćosić Pregrad, 2023.).

Informiranje i učenje o posrednoj i vikarijskoj traumi kao i zamoru temeljenom na suosjećanju, vrlo vjerojatno će doprinijeti smanjenju i olakšavanju osjećaja beznađa, doživljaja osobne i profesionalne nekompetentnosti, osjećaja tjeskobe, ali i ublažiti proces sagorijevanja na poslu (Berger i Quiros, 2016.; Golden, 2021.; Knight,

2018.). Nadalje, dobiveni nalazi sugeriraju potrebu daljnjeg produblivanja i istraživanja simptomatologije posredne traumatizacije, okolnosti u kojima se razvija i načina suočavanja kao ključnog dijela u razvijanju mehanizama podrške, kako na osobnom tako i na organizacijskom planu.

Hammerslough (2015.) ističe, iako se učinci posredne i vikarijske traumatizacije kao i zamora suosjećanja događaju u kontekstu rada i radnih mjesta, još uvijek je njihov utjecaj nedovoljno prepoznat i osviješten i posljedično ne dobiva pažnju koju zahtijeva kako na organizacijskoj razini tako i na osobnoj razini stručnjaka. Nažalost, ti se učinci još uvijek, gotovo redovito, promatraju kao problemi pojedinca i često se doživljavaju kao znak nesposobnosti, slabosti ili nedovoljno dobrog nošenja sa svojim poslom, što može ojačati nevoljkost u prepoznavanju simptoma posredne traumatizacije. Tako će, recimo, pomagači, osobito oni manjeiskusni, vjerojatno rijetko govoriti i raspravljati o manifestacijama posredne traumatizacije u superviziji ako ih supervizori eksplicitno ne potiču na to (Knight, 2013.). Oates (2022.) prepoznaje oklijevanje pomagača u traženju podrške i slobodnijem govorenju o iskustvima i učincima rada s traumatiziranim klijentima na njih same zbog straha od ismijavanja ili isključivanja, zabrinutosti da će biti doživljeni kao nekompetentni i nedovoljno stručni za rad u ovom specifičnom području ili zbog straha od kažnjavanja zbog prezentiranih stajališta.

Literatura nedvojbeno prepoznaje proaktivne mjere usmjerene na brigu o sebi, jačanje načina suočavanja i emocionalne regulacije, upravljanje radnim opterećenjem i uvjetima koji doprinose posrednoj traumi, osiguravanje edukacije osobito o njezinim učincima i kontinuirane supervizije kao i jačanje kolegijalne podrške kao faktore koji štite i olakšavaju pomagačima nošenje s negativnim učincima rada s traumom (Berger i Quiros, 2016.; Evces, 2015.; Golden, 2021.; Knight, 2018.; Oates, 2022.). Oates (2022.) naglašava da organizacije koje integriraju načela pristupa usmjerenog na traumu i stvaraju klimu u kojoj je moguće otvoreno govoriti i raspravljati o teškim slučajevima i emocionalnim iskustvima pomagača u radu s traumatiziranom djecom i pojedincima imat će, vjerojatno, više koristi u vidu kvalitetnije usluge korisnicima i zadovoljnije zaposlenike sa specifičnim znanjem, ali i bogatijim radnim iskustvom koji će manje fluktuirati.

Tako osiguravanje kontinuirane i dostupne supervizije kao prava zaposlenika, odabir supervizora s iskustvom i specifičnim znanjima u području traume i osiguravanje edukacija jesu ključni koraci na organizacijskoj razini temeljeni na pristupu usmjerenom na traumu. Nadalje, briga nadređenih i svih onih koji donose odluke o radnom opterećenju pomagača, broju slučajeva i količini radnog vremena koje provode u direktnom radu s traumatiziranim korisnicima, jasno definirane procedure rada organizacije kao i prepoznavanje poteškoća svojih djelatnika, nužni su elementi preventivnih i intervencijskih programa.

OGRANIČENJA ISTRAŽIVANJA

Namjerni uzorak u kvalitativnim istraživanjima ne predstavlja ograničenje, već je metodološki opravdan s obzirom na cilj dubljeg razumijevanja iskustava i fenomena. Ovisno o temi istraživanja i dostupnim resursima, kvalitativna istraživanja obično uključuju manji broj kompetentnih sudionica, no to nije bilo ograničenje da se postigne teorijsko zasićenje u ključnim temama, premda su se pojavili i pojedinačni odgovori, iskustva i perspektive koje upućuju na potrebu za daljnjim istraživanjem i produblivanjem.

Iako smo u ključnim temama postigli teorijsko zasićenje, dobiveni su i neki pojedinačni odgovori, iskustva i perspektive koje svakako zahtijevaju daljnje istraživanje i produblivanje. Značajniji nedostatak u formiranju uzorka svakako predstavlja nedostatak muških sudionika, čime istraživanje ne zahvaća iskustva i promjene koje doživljavaju pomagači muškog roda kao posljedicu rada s traumatiziranim klijentima. Rod je prepoznat kao moguće važan faktor u razvoju posredne traume, s time da žene obično prijavljuju veće razine uznemirujućih simptoma od muškaraca (Golden, 2021.; Woodard Meyers i Cornille, 2002.).

Značajnije ograničenje ovog istraživanja odnosi se na nedostatak konceptualne jasnoće pojedinih konstrukata i njihova međusobna preklapanja, što je moglo utjecati na proces analize podataka i njihovo smještanje u određene kategorije. Tu je i neizbježna subjektivnost istraživača, čiji su osobni interes, znanje i profesionalno iskustvo mogli usmjeravati fokus na pojedine fenomene posredne i vikarijske traumatizacije. Iako smo tijekom provedbe intervjua i obrade podataka nastojali zadržati otvorenost i širinu u interpretaciji odgovora sudionica, postoji mogućnost da su u procesu vođenja intervjua i produblivanja određenih pitanja unesene pretpostavke temeljene na osobnom i profesionalnom iskustvu istraživača.

Dodatno, činjenica da su podaci prikupljeni kroz samo jedan intervju sa svakom sudionicom ograničava razumijevanje i zaključivanje na ono što su sudionice iznijele u specifičnom trenutku i okolnostima. Na to upućuje i to da su neke sudionice, uglavnom one koje nemaju dostupnu i redovitu superviziju, češće komentirale da nisu razmišljale o određenim iskustvima i doimalo se da su nedovoljne osviještene u razmatranju učinka rada s traumom na njih osobno i njihov rad. Istovremeno, treba razmotriti i moguću nelagodu sudionica u iznošenju učinka rada u području traume u svezi vrlo osobnih i intimnih iskustava. Tako bi u budućim istraživanjima bilo poželjno predvidjeti dva razgovora s istraživačem ili koristiti skale i upitnike pri produblivanju i ispitivanju učinaka na određena vrlo osobna područja poput seksualnosti, bliskih odnosa i utjecaja na kvalitetu njihova rada.

Preporuke za buduća istraživanja također su usmjerene na produblivanje razumijevanja i razlikovanje fenomena posredne traumatizacije, vikarijske traume i

zamora suosjećanja, uvjeta njihova nastanka i faktora koji doprinose njihovu razvoju, kao i zaštitnih mehanizama i strategija nošenja.

ZAKLJUČAK

Sukladno podacima dostupnim u literaturi, provedeno istraživanje potvrdilo je neosporan nepovoljan učinak rada s traumatiziranom djecom i adolescentima na stručnjake koji nije moguće izbjeći niti spriječiti. Sudionice istraživanja opisale su učinke posredne traumatizacije koji su se očitovali kroz simptome ponovnog proživljavanja, izbjegavanja, tjelesne i emocionalne pobuđenosti, prisutnosti kognitivnih teškoća i promjena kognicija i raspoloženja. Iskustvo vikarijske traumatizacije doživjele su kroz narušen osjećaj sigurnosti, razvijanje pesimističnog pogled na svijet, promjena kognitivnih shema o svijetu i drugim ljudima, promjena u doživljavanju sebe kao i razvoju dominantno spasiteljskog poriva kao strategija preživljavanja u kontekstu nepovoljnih radnih uvjeta i nedostatne podrške. Zamor suosjećanja sudionice su iskusile kroz emocionalno opterećenje, teškoće u odnosima i izražene tjelesne znakove umora.

Ključna preporuka našeg istraživanja usmjerena je na povećanje svijesti o važnosti skrbi za mentalno zdravlje pomagača, na prepoznavanje, prihvaćanje i priznavanje njihove izloženosti učincima posredne i vikarijske traumatizacije te zamora suosjećanja, kao nužnih i neizbježnih posljedica njihova rada. Prepoznavanje i jasnije definiranje rizičnih i zaštitnih faktora, prepoznavanje učinkovitih načina nošenja i brige za osobno mentalno zdravlje čine još uvijek nedovoljno istražene teme i u međunarodnoj literaturi. Njihovo daljnje istraživanje i produbljivanje doprinijet će razvijanju učinkovitijih strategija i intervencija na različitim razinama od osobne do organizacijske. Važno je naglasiti i kontinuirano imati na umu da se pristup usmjeren na traumu ne može održati bez organizacijske podrške pri dodjeljivanju vrste i broja slučajeva, osiguravanja prikladnih edukacija, promicanja, ali i osiguravanja kontinuirane i dostupne supervizije te poticanja socijalne povezanosti kao ključnih oblika podrške pomagačima u radu s traumatiziranim korisnicima (Berger i Quiros, 2014.). Oates (2022.) naglašava da organizacije koje integriraju načela pristupa usmjerenog na traumu i stvaraju klimu u kojoj je moguće otvoreno govoriti i raspravljati o teškim slučajevima i emocionalnim iskustvima pomagača u radu s traumatiziranom djecom i pojedincima imat će, vjerojatno, više koristi u vidu kvalitetnije usluge korisnicima i zadovoljnije zaposlenike sa specifičnim znanjem, ali i bogatijim radnim iskustvom koji će manje fluktuirati.

Sve preporuke ovog istraživanja imaju poseban značaj za djelatnike sustava socijalne skrbi. Name, socijalni radnici, psiholozi i drugi stručnjaci sustava socijalne skrbi često se nalaze u situaciji da pomažu osobama koje su doživjele traumu, iako ona nije prepoznata kao uzrok problema zbog kojih im trebaju usluge socijalne skrbi,

što dodatno otežava i prepoznavanje učinaka rada i potreba stručnjaka koji rade s traumatiziranim korisnicima.

LITERATURA

1. Ajduković, M. & Ajduković, D. (1996). *Pomoć i samopomoć u skrbi za mentalno zdravlje pomagača*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
2. Ajduković, M. (2012). Kako pomoći pomagačima da sačuvaju svoje mentalno zdravlje. U: Božičević, V., Brlas, S. & Gulin, M. (ur.), *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja. Prijedlog smjernica za psihološku djelatnost u zaštiti i promicanju mentalnog zdravlja*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo »Sveti Rok« Virovitičko-podravske županije, 462-468.
3. Ajduković, M. (2022). *Podrška pomagačima. Kako brinuti o mentalnom zdravlju pomagača koji rade s traumatiziranim osobama?* [Webinar]. Program »Briga o mentalnom zdravlju i psihosocijalna podrška djeci iz Ukrajine i njihovim skrbnicima u Hrvatskoj« Ureda UNICEF-a za Hrvatsku i Društva za psihološku pomoć.
4. Ajduković, M., Rajhvajn Bulat, L., Ostojić, D. & Vuger, C. (2014). Obrazovne potrebe i iskustva socijalnih radnika iz centara za socijalnu skrb u radu s traumatiziranim korisnicima. *Zbornik sažetaka 6. konferencija socijalnih radnika »Socijalni rad u vrijeme s socijalne i ekonomske krize«*. Zagreb: Hrvatska udruga socijalnih radnika, 13.
5. Ajduković, M. & Ajduković, D. (2022). *Praksa CZSS temeljena na znanju o traumi: Što svaki stručnjak CZSS treba znati o traumi?* [Webinar]. Program »Briga o mentalnom zdravlju i psihosocijalna podrška djeci iz Ukrajine i njihovim skrbnicima u Hrvatskoj« Ureda UNICEF-a za Hrvatsku i Društva za psihološku pomoć.
6. Ajduković, M. & Lovrić Rupčić, S. (2023). *Pristup traumatiziranim roditeljima i djeci u situacijama obiteljskih kriza i kriza velikih razmjera: Što voditelji mjera stručne pomoći trebaju znati o traumi?* [Webinar]. Program »Podrška integraciji djece izbjeglica i migranata u zemlje EU« Ureda UNICEF-a za Hrvatsku i Hrvatske udruge socijalnih radnika.
7. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje DSM – V*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
8. Arambašić, L. (1996). Trauma. U: Pregrad, J. (ur.), *Stres, trauma, oporavak: udžbenik programa »Osnove psihosocijalne traume i oporavka«*. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć, 147-150.
9. Armes, S. E., Lee, J. J.; Bride, B. E. & Seponski, D. M. (2020). Secondary trauma and impairment in clinical social workers. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104540. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104540>

10. Benuto, L. T., Singer, J., Gonzalez, F., Newlands, R. & Hooft, S. (2019). Supporting those who provide support: Work-related resources and secondary traumatic stress among victim advocates. *Safety and health at work*, 10 (3), 336-340. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.04.001>
11. Berger, R. & Quiros, L. (2014). Supervision for trauma-informed practice. *Traumatology*, 20 (4), 296-301. <https://doi.org/10.1037/h0099835>
12. Berger, R. & Quiros, L. (2016). Best practices for training trauma-informed practitioners: Supervisors' voice. *Traumatology*, 22 (2), 145-154. <https://doi.org/10.1037/trm0000076>
13. Bride, B. (2004). The impact of providing psychosocial service to traumatized population. *Stress, Trauma and Crises*, 7 (1), 29-46. <https://doi.org/10.1080/15434610490281101>
14. Bride, B. E., Jones, J. L. & MacMaster, S. A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3-4), 69-80. https://doi.org/10.1300/J394v04n03_05
15. Ćosić Pregrad, I. (2023). Supervizija usmjerena na traumu i mentalno zdravlje pomagača koji rade s traumatiziranom djecom i mladima. *Završni specijalistički rad*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
16. Evces, M. R. (2015). What is vicarious trauma? In: Quitangon, G. & Evces, M. R. (eds.), *Vicarious trauma and disaster mental health. Understanding risks and promoting resilience*. New York, London: Routledge.Taylor and Francis Group, 9-23.
17. Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
18. Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. New York: Routledge.
19. Friščić, Lj. (2006). Čimbenici profesionalnog stresa i sagorijevanja u radu socijalnih radnika u Centru za socijalnu skrb Zagreb. *Ljetopis socijalnog rada*, 13 (2), 347-370.
20. Golden, S. A. (2021). *The Effects of indirect traumatization on therapist relationships: A Qualitative study*. A Dissertation. New Jersey: The Graduate School of Applied and Professional Psychology.
21. Hammerslough, J. (2015). What are the barriers to addressing vicarious trauma? In: Quitangon, G. & Evces, M. R. (eds.), *Vicarious trauma and disaster mental health. Understanding risks and promoting resilience*. New York: Routledge, 37-44
22. Hernández, P., Engstrom, D. & Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: Vicarious resilience and related concepts in training. *Journal of Systemic Therapies*, 29 (1), 67-83. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2010.29.1.67>

23. Ilijaš, A., Štengl, M. & Podobnik, M. (2021). Izvori profesionalnog stresa i potrebe stručnih radnika Centra za socijalnu skrb Zagreb. *Ljetopis socijalnog rada*, 28 (1), 7-36. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v28i1.351>
24. Itzick, M. & Kagan, M. (2017). Intention to leave the profession: Welfare social workers compared to health care and community social workers in Israel. *Journal of Social Service Research*, 42, 346–357. <https://doi.org/10.1080/01488376.2016.1246402>
25. Jauk, D., Rezo Bagarić, I. & Ajduković, M. (2023.) Prediktori sekundarne traumatizacije socijalnih radnika zaposlenih u Centrima za socijalnu skrb. *Ljetopis socijalnog rada*, 30 (3), 7-36. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v30i3.527>
26. Kerns, S. E. U., Pullmann, M. D., Negrete, A., Uomoto, J. A., Berliner, L., Shogren, D., Silverman, E. & Putnam, B. (2016). Development and implementation of a child welfare workforce strategy to build a trauma-informed system of support for foster care. *Child Maltreatment*, 21 (2), 135-146. <https://doi.org/10.1177/1077559516633307>
27. Killan, D. K. (2008). Helpin till it hurts? A Multimethod study of compassion fatigue, burnout and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14 (2), 32-44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
28. Knight, C. (2018). Trauma-informed supervision: Historical antecedents, current practice, and future directions. *The Clinical Supervisor*, 37 (1), 7-37. <https://doi.org/10.1080/07325223.2017.1413607>
29. Knight, C. (2019). Trauma informed practice and care: Implications for field instruction. *Clinical Social Work Journal*, 47, 79-89. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0661-x>
30. Ludick, M. & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23 (1), 112-123. <https://doi.org/10.1037/trm0000096>
31. 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. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
32. Oates, F. (2022). *Trauma informed support and supervision for child protection professionals: A Model for those working with children who have experienced trauma abuse and neglect and their families*. London: Routledge.
33. Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P. & Narvaez, J. C. D. M. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cadernos de saude publica*, 36, e00063520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063520>
34. Pai, A., Suris, A. M. & North, C. S. (2017). Posttraumatic stress disorder in the DSM-5. Controversy, change, and conceptual considerations. *Behavioral sciences*, 7 (1), 7. <https://doi.org/10.3390/bs7010007>

35. Profaca, B. (2016). Traumatizacija djece i mladih. *Ljetopis socijalnog rada*, 23 (3), 345-361. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v23i3.143>
36. Rauvola, R. S., Vega, D. M. & Lavigne, K. N. (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3, 297-336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>
37. Rezo Bagarić, I. (2022). *Psihosocijalna podrška djeci*. [Webinar]. Program »Briga o mentalnom zdravlju i psihosocijalna podrška djeci iz Ukrajine i njihovim skrbnicima u Hrvatskoj« Ureda UNICEF-a za Hrvatsku i Društva za psihološku pomoć.
38. Rezo Bagarić, I., Ajduković, M. & Lovrić Rupčić, S. (2023). *Psihosocijalna podrška djeci nakon traumatskih iskustava*. [Webinar]. Program »Podrška integraciji djece izbjeglica i migranata u zemlje EU« Ureda UNICEF-a za Hrvatsku i Hrvatske udruge socijalnih radnika.
39. Steele, W. & Malchiodi, C. A. (2012). *Trauma-informed practices with children and adolescents*. New York: Routledge.
40. Topić, B. (2016). Mentalno zdravlje profesionalnih pomagača. Diplomski rad. Edukacijsko-rehabilitaciji fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb. Preuzeto s: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:147930> (5.6.2024.)
41. Woodard Meyers, T. & Cornille, Thomas A. (2002). The trauma od working with traumatized children. In: Figley, C. R. (eds.), *Treating compassion fatigue*. New York: Routledge, 39-55.

Ivana Ćosić Pregrad
Ines Rezo Bagarić
Marina Ajduković

MENTAL HEALTH OF HELPERS WHO WORK WITH TRAUMATIZED CHILDREN AND ADOLESCENTS

ABSTRACT

The goals of the study were aimed at describing the negative effects of working with traumatized children and adolescents on various aspects of the helper's mental health, and describing the characteristics and the role of supervision in the process of empowering the helper to provide support to traumatized children and adolescents, as well as to take better care of their own mental health. 12 participants took part in the research, experts who are employed in public welfare institutions for children and institutions of the health system and the non-governmental sector aimed at providing treatment support to children and young people with trauma experience. Their ratio within regard to the place of employment in the sample was equal. All participants had at least five or more years of work experience. A qualitative approach was used in the research, and the data were collected through a semi-structured research interview. The conducted research confirmed the negative effects of working with traumatized children and adolescents, which participants described through the constructs of secondary traumatic stress, vicarious traumatization and compassion fatigue. The key recommendation of the research is focused on the need to raise awareness about the importance of mental health care among helpers, recognizing and acknowledging their susceptibility to the effects of secondary traumatic stress and vicarious traumatization, as well as compassion fatigue, as necessary and inevitable consequences of their work.

Key words: helper's mental health, secondary traumatic stress, vicarious traumatization, compassion fatigue, trauma informed approach.



Međunarodna licenca / International License:
Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0.

