

Pośrednia ekspozycja na traumę a wtórny stres traumatyczny wśród profesjonalistek: mediacyjna rola empatii i poznawczego przetwarzania traumy

Indirect trauma exposure and secondary traumatic stress among professionals: Mediating role of empathy and cognitive trauma processing

Nina Ogińska-Bulik, Paulina Michalska

Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia, Uniwersytet Łódzki, Polska

Summary

Aim. The aim of the study was to examine the relationship between indirect trauma exposure, empathy, cognitive trauma processing, and the symptoms of secondary traumatic stress (STS) in women who help people after experiencing violence.

Material and methods. The results obtained from 154 Polish female professionals representing three professional groups: therapists, social workers and probation officers were analyzed. The age of the respondents ranged from 26 to 67 years. The *Secondary Traumatic Stress Inventory*, the *Empathic Sensitivity Scale*, and the *Cognitive Trauma Processing Scale* were used. In addition, a survey including questions about secondary trauma exposure rates was developed (work experience, number of hours per week devoted to working with people who have experienced the trauma of violence, workload).

Results. The results found STS symptoms to be positively correlated with trauma exposure indicators, empathy and cognitive coping strategies. Moreover, cognitive strategies mediate the relationship between indirect trauma exposure and STS symptoms.

Conclusions. To reduce STS symptoms, it may be advisable to use self-care practices more often and to change the cognitive coping strategies from negative to positive.

Słowa klucze: poznawcze przetwarzanie traumy, empatia, wtórny stres traumatyczny

Key words: cognitive processing of trauma, empathy, secondary traumatic stress

Wstęp

Osoby, które zawodowo pomagają ofiarom wydarzeń traumatycznych, same pośrednio są narażone na traumę w wyniku słuchania narracji osób opisujących traumatyczne doświadczenia. Taka pośrednia ekspozycja na traumę może mieć negatywne skutki dla wielu grup profesjonalistów, w tym dla pielęgniarek czy terapeutów. Objawy te były określane jako zmęczenie współczuciem lub wtórna traumatyzacja. Obecnie częściej używa się terminu „wtórny stres traumatyczny” (*Secondary Traumatic Stress* – STS) lub „zaburzenie stresu pourazowego” (*Secondary Traumatic Stress Disorder* – STSD). Termin „wtórny stres traumatyczny” został po raz pierwszy użyty przez Figleya [1], który opisywał to zjawisko jako „naturalne zachowania i emocje wynikające z wiedzy o traumatyzującym wydarzeniu doświadczonym przez znaczącą osobę – stres wynikający z pomagania lub chęci pomagania osobie dotkniętej traumą lub cierpiącej” [1, s. 7]. Objawy STS dzielą się na cztery kategorie, tj. intruzje, unikanie, negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz zmiany w pobudzeniu i reaktywności [2] i przypominają symptomy stanowiące obraz kliniczny PTSD, którego doświadczyć mogą osoby narażone na traumę bezpośrednią.

W pomoc ofiarom traumy, w tym traumy związanej z przemocą, zaangażowanych jest wiele grup profesjonalistów. Liczne badania wskazują na wysokie rozpowszechnienie STS wśród pracowników socjalnych, kuratorów sądowych i terapeutów [3–8]. Z racji tego, że pośrednia ekspozycja na wydarzenia traumatyczne jest uznawana za czynnik pretraumatyczny, w badaniach nad STS należy uwzględnić jej wskaźniki, takie jak staż pracy w charakterze osoby pomagającej, czas pracy poświęcony na pomoc strauumatyzowanym klientom czy liczbę klientów [9, 10]. Steed i Bicknell [11] podają, że duże obciążenie pracą przejawiające się przede wszystkim w liczbie klientów oraz ilości czasu poświęcanego na pracę jest głównym środowiskowym czynnikiem ryzyka wtórnej traumatyzacji. Wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Hensel i wsp. [12] wykazały pozytywny związek między intensywnością pośredniej ekspozycji na traumę, wyrażonej liczbą interakcji z osobami po doświadczeniach traumatycznych oraz częstotliwością kontaktów z klientami, a nasileniem objawów potraumatycznych u osób pomagających. Ujawniono jednak również ujemną korelację między doświadczeniem zawodowym a objawami STS.

Analizując pojęcie wtórnej traumy w odniesieniu do zmiennych związanych z pracą, warto zwrócić uwagę na inne zjawisko, które opisywane jest jako dość częsta negatywna konsekwencja pracy w zawodach usług społecznych, czyli na wypalenie zawodowe. Mimo pewnych wspólnych elementów w postaci np. emocjonalnego wyczerpania wtórny stres traumatyczny i wypalenie zawodowe różnią się od siebie. Wypalenie zawodowe, opisywane jako konstrukt wielowymiarowy, jest traktowane raczej jako następstwo przewlekłego stresu i napięcia występującego w środowisku pracy, wtórny stres traumatyczny natomiast wiąże się z nagłym wystąpieniem objawów i nie musi dotyczyć sytuacji w pracy [8].

Empatia, poznawcze przetwarzanie traumy i wtórny stres traumatyczny

STS pozostaje pod silnym wpływem empatii [1, 13, 14] oraz poznawczego przetwarzania traumy [8]. Davis [15] definiuje empatię jako reakcję jednostki na obserwowane doświadczenie innej osoby i wyróżnia dwa jej komponenty: empatię emocjonalną, odnoszącą się do zdolności do współodczuwania, oraz empatię poznawczą, dotyczącą zdolności rozumienia uczuć i punktu widzenia innej osoby. Ponadto sama empatia może być traktowana jako kluczowy czynnik sprzyjający wtórnej traumatyzacji: osoby pomagające wykazujące wyższy poziom empatycznej troski są bardziej podatne na wystąpienie objawów STS.

Pomimo iż dostępne badania wskazują na pozytywne związki między empatią a STS u profesjonalistów pracujących z ofiarami traumy, zwłaszcza u pracowników socjalnych i terapeutów [8, 16, 17], w literaturze przedmiotu można znaleźć badania, które pokazują brak zależności między tymi zmiennymi [18]. Stwierdzono również, że poszczególne aspekty empatii odgrywają odmienną rolę w wypadku wtórnego stresu traumatycznego. Poznawczy aspekt empatii, tj. przyjmowanie perspektywy, może pełnić funkcję ochronną [19], natomiast aspekty emocjonalne, tj. osobista przykrość i empatyczna troska, sprzyjają występowaniu objawów STS [20].

Osoby narażone na wydarzenia traumatyczne, bezpośrednio lub pośrednio, adaptują się do nowej rzeczywistości, próbując nadać znaczenie doświadczonej traumie przez jej poznawcze przetwarzanie, wyrażane głównie w postaci poznawczych strategii radzenia sobie [21]. Uważa się, że negatywne komponenty takiej aktywności zaradczej, jak zaprzeczanie i żal, są pozytywnie skorelowane z objawami PTSD, podczas gdy pozytywne komponenty, takie jak pozytywna restrukturyzacja poznawcza, rozwiązywanie/akceptacja i porównywanie w dół, są powiązane negatywnie [21, 22]. Badania wskazują, że strategie zaprzeczania i żalu silnie sprzyjają rozwojowi PTSD [23] i STS [8]. Dodatkowo poznawcze strategie radzenia sobie odgrywają pośredniczącą rolę w związku między empatią a STS wśród profesjonalistów pracujących z osobami, które przeżyły traumę [24].

Cel badania

Celem badania było ustalenie związku między pośrednią ekspozycją na traumę wyrażoną przez: (a) staż pracy z osobami, które doświadczyły traumy przemocy, (b) obciążenie pracą w postaci liczby godzin w tygodniu poświęconych na pracę z osobami po wydarzeniu traumatycznym oraz nakład pracy (odsetek czasu przeznaczanego na bezpośredni kontakt z ofiarami traumy w stosunku do całej wykonywanej pracy) a objawami STS wśród profesjonalistów, którzy w ramach swoich obowiązków zawodowych pomagają osobom po doświadczeniu przemocy. W badaniu poszukiwano również odpowiedzi na pytanie, czy empatia i poznawcze przetwarzanie traumy odgrywają rolę mediatorów w tej relacji. Punktem wyjścia badania są model transmisji traumy (*Trauma Transmission Model*) i jego modyfikacje [1, 13] oraz model stresu oparty na empatii (*Empathy-based Stress Model*) autorstwa Rauvoli i wsp. [14], które to modele zakładają, że empatia ma istotny wpływ na negatywne skutki wtórnej ekspozycji na traumę.

Postawiono hipotezę, że wskaźniki pośredniej ekspozycji na traumę, empatia, zwłaszcza jej aspekt emocjonalny, oraz negatywne poznawcze strategie radzenia sobie będą dodatnio powiązane z występowaniem objawów STS, z kolei poznawczy aspekt empatii i pozytywne strategie radzenia sobie będą ujemnie skorelowane z STS. Założono również, że empatia i poznawcze strategie radzenia sobie z traumą będą odgrywały rolę mediatorów w relacji między pośrednią ekspozycją na traumę a objawami STS.

Material i metody

Osoby badane i procedura

Badaniami objęto 160 uczestników z trzech grup zawodowych, tj. terapeutów (psychologów/psychoterapeutów), pracowników socjalnych i kuratorów sądowych, którzy w ramach swoich obowiązków zawodowych pomagają osobom po doświadczeniu przemocy. Badanie miało charakter anonimowy i dobrowolny. Przeprowadzono je w instytucjach pomocy społecznej, ośrodkach interwencji kryzysowej i sądach w okresie od listopada 2019 do lutego 2020 roku. Badanie uzyskało zgodę odpowiedniej Komisji Bioetyki. Kryteriami włączenia do badania były: płeć żeńska, praca z ofiarami przemocy oraz przynależność do wymienionych grup zawodowych. Spośród 160 osób, które wzięły udział w badaniu, 154 wypełniły w całości dostarczone narzędzia badawcze; sześć kwestionariuszy zostało wyeliminowanych z powodu brakujących danych. Większość grupy badanej stanowiły terapeutki (44,8%), następnie kuratorki sądowe (35,7%) oraz pracownice socjalne (19,5% wszystkich badanych). Wiek badanych wahał się od 26 do 67 lat ($M = 43,98$; $SD = 10,83$).

Narzędzia

W badaniu wykorzystano trzy standardowe narzędzia badawcze oraz zaprojektowaną na potrzeby badania ankietę zawierającą pytania o wiek, historię traumy własnej oraz wskaźniki ekspozycji na traumę: staż pracy z osobami po doświadczeniach przemocy, liczbę godzin pracy w tygodniu z osobami po doświadczeniach traumy przemocy, jak i w postaci procentowego wskaźnika czasu poświęcanego na bezpośrednią pomoc poszkodowanym w stosunku do całości wykonywanej pracy (nakład pracy).

Inwentarz wtórnego stresu traumatycznego

Inwentarz wtórnego stresu traumatycznego (IWST) jest zmodyfikowaną wersją listy kontrolnej PCL-5 (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist*) opracowanej przez Weathersa i wsp. [25]. Jest to narzędzie służące do samooceny przeznaczone dla osób pomagających ofiarom traumy [8]. Składa się z 20 stwierdzeń/reakcji dotyczących wydarzeń traumatycznych (np. „Powtarzające się, niepokojące i niechciane wspomnienia stresującego doświadczenia”), które zgrupowane są w cztery kategorie objawów, takie jak: intruzja, unikanie, negatywne zmiany w poznaniu i nastroju oraz zmiany

w pobudzeniu i reaktywności. Alfa Cronbacha wynosi 0,90 dla wskaźnika ogólnego (od 0,71 do 0,89 dla poszczególnych czynników).

Skala wrażliwości empatycznej

Skala wrażliwości empatycznej (SWE) jest modyfikacją *Indeksu reaktywności interpersonalnej* opartego na teorii empatii Davisa [15]. SWE zawiera 28 pozycji ocenianych na pięciopunktowej skali i mierzy trzy aspekty empatii: (1) empatyczną troskę, czyli uczucia „zorientowane na innych”, (2) osobistą przykrość lub uczucia „skoncentrowane na sobie” – co odnosi się do tendencji do przeżywania strachu, niepokoj, irytacji lub dyskomfortu w odpowiedzi na silne negatywne doświadczenia (tj. cierpienie) innych ludzi, (3) przyjmowanie perspektywy, czyli zdolność i gotowość do spontanicznego przyjmowania cudzego punktu widzenia w sytuacjach życia codziennego. Dwa pierwsze odnoszą się do empatii emocjonalnej, a trzeci do aspektu poznawczego [26]. Wartości alfa Cronbacha wynoszą 0,78 dla empatycznej troski, 0,78 dla osobistej przykrości i 0,74 dla przyjmowania perspektywy.

Skala poznawczego przetwarzania traumy

Skala poznawczego przetwarzania traumy (SPPT) jest polską wersją narzędzia Williamsa i wsp. [22], opracowaną przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [21] i dostosowaną do badania osób pośrednio narażonych na traumę. Narzędzie, składające się z 17 stwierdzeń (np. „Ogólnie rzecz biorąc, w tym doświadczeniu jest lepiej niż źle”), mierzy pięć aspektów przetwarzania poznawczego: (1) pozytywną restrukturyzację poznawczą, (2) porównywanie w dół, (3) rozwiązywanie/akceptację, (4) zaprzeczanie i (5) żal. Rzetelność narzędzia według współczynnika alfa Cronbacha jest zadowalająca: wartości specyficzne wynoszą 0,84 dla pozytywnej restrukturyzacji poznawczej, 0,89 dla porównania w dół, 0,82 dla rozwiązania/akceptacji, 0,56 dla zaprzeczenia i 0,72 dla żalu.

Analizy statystyczne

Do analizy danych użyto programu IBM SPSS. Badane zmienne charakteryzuje rozkład zbliżony do normalnego, do dalszej analizy wykorzystano zatem testy parametryczne. Zastosowano współczynniki korelacji Pearsona do testowania zależności między zmiennymi, jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA i test *post-hoc* Tukeya do badania różnic między trzema grupami zawodowymi w zakresie zmiennej zależnej oraz test *t*-Studenta do badania różnic między grupami pod względem zmiennej „doświadczenie traumy własnej”. Analizę mediacji przeprowadzono za pomocą programu PROCESS [27]. „Pośrednia ekspozycja na traumę” odgrywała rolę zmiennej niezależnej oraz predyktora, STS – zmiennej zależnej, z kolei „empatia” i „poznawcze strategie radzenia sobie” pełniły funkcję mediatorów.

Wyniki

Przyjmując 33 punkty jako kryterium graniczne dla ogólnego wyniku STS, czyli punkt odcięcia [8], ustalono, że 132 uczestników, tj. 85,7% badanych, ujawniło niskie nasilenie objawów STS. Na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia STSD wskazały wyniki 22 osób, tj. 14,3%, które prezentowały wysokie nasilenie objawów STS. Największe ryzyko rozwoju STSD dotyczyło grupy pracowników socjalnych (26,7%), następnie kuratorów sądowych (14,5%), a najniższe – terapeutów (8,7%). Historia osobistej traumy nie różnicowała w sposób istotny statystycznie natężenia objawów STS: $M = 18,59$; $SD = 13,18$ bez historii traumy i $M = 15,65$; $SD = 12,74$ z historią traumy ($t = -1,38$; $p > 0,05$).

Zależności występujące między badanymi zmiennymi

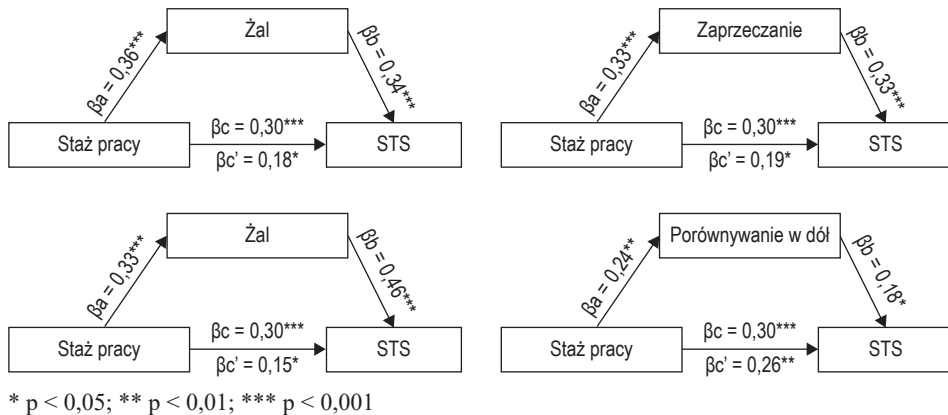
Wynik całkowity STS korelował dodatnio ze stażem pracy ($r = 0,30$; $p < 0,01$), liczbą godzin pracy w tygodniu ($r = 0,19$; $p < 0,05$) i nakładem pracy wyrażonym w procentach ($r = 0,19$; $p < 0,05$). Staż pracy był powiązany ze wszystkimi czterema kategoriami STS ($r =$ od 0,23 do 0,33). Liczba godzin pracy korelowała z dwoma objawami STS, tj. unikaniem ($r = 0,22$; $p < 0,01$) oraz negatywnymi zmianami w sferze poznawczej i emocjonalnej ($r = 0,18$; $p < 0,05$). Podobnie nakład pracy łączył się z unikaniem ($r = 0,22$; $p < 0,01$) oraz zmianami w pobudzeniu i reaktywności ($r = 0,16$; $p < 0,05$).

Objawy STS okazały się powiązane z empatią i poznawczymi strategiami radzenia sobie. Wszystkie trzy wymiary empatii korelowały pozytywnie z objawami STS (empatyczna troska $r = 0,21$; $p < 0,01$; osobista przykrość $r = 0,51$; $p < 0,001$; przyjmowanie perspektywy $r = 0,23$; $p < 0,01$), a najsilniejszy związek ujawniono między osobistą przykrością a STS. Obie negatywne strategie radzenia sobie były pozytywnie związane z STS ogółem (żał $r = 0,40$; $p < 0,001$; zaprzeczanie $r = 0,40$; $p < 0,001$) i wszystkimi objawami STS ($r =$ od 0,19 do 0,42). Jedna z trzech strategii pozytywnych, tj. porównywanie w dół, również okazała się pozytywnie związana z STS ($r = 0,24$; $p < 0,01$), wykazuje jednak znacznie słabszą korelację z STS niż strategie negatywne.

Mediatory w związkach między pośrednią ekspozycją na traumę a wtórnym stresem traumatycznym

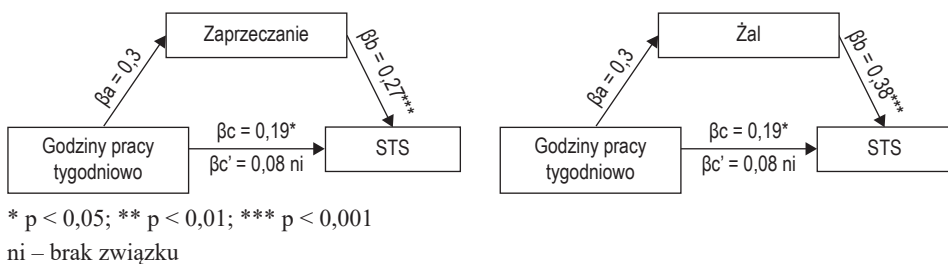
Istniejące związki między zmiennymi pozwalają na poszukiwanie bardziej złożonych zależności, które uwzględniają rolę empatii i poznawczych strategii radzenia sobie jako zmiennych pośredniczących.

Na rysunku 1 pokazano, że staż pracy jest pozytywnym predyktorem dla STS ogółem, dla jednego z aspektów empatii, tj. osobistej przykrości, oraz trzech poznawczych strategii radzenia sobie, tj. żalu, zaprzeczania i porównywania w dół. Wprowadzenie do modelu tych czterech zmiennych jako mediatorów (osobistej przykrości, żalu, zaprzeczenia i porównania w dół) osłabiło związek między doświadczeniem zawodowym a STS (mediacja częściowa).



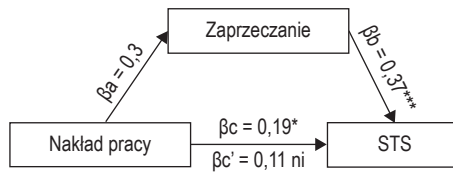
Rysunek 1. Model zależności między pośrednią ekspozycją na traumę, empatią, poznawczymi strategiami a wtórnym stresem traumatycznym

Kolejne modele (rys. 2) wskazują, że liczba godzin w tygodniu spędzonych na pracy z osobami po doświadczeniu przemocy jest pozytywnym predyktorem STS, a wprowadzenie strategii żalu i zaprzeczenia jako mediatorów tej relacji powoduje, że początkowy związek między liczbą godzin pracy w tygodniu a STS zanika, co wskazuje na pełną mediację.



Rysunek 2. Model zależności między pośrednią ekspozycją na traumę w postaci godzin pracy z klientami a poznawczym przetwarzaniem traumy w postaci strategii zaprzeczenia i żalu oraz wtórnym stresem traumatycznym

Najsłabsze zależności uzyskano dla obciążenia pracą, które było dodatkowo związane z objawami STS (rys. 3). W tym wypadku jedynie strategia żalu okazała się mediatorem w relacji między obciążeniem pracą a STS, czyniąc tę relację nieistotną statystycznie (tj. mediacja całkowita).



ni – brak związku

Rysunek 3. Model zależności między pośrednią ekspozycją na traumę w postaci nakładu pracy, poznawczym przetwarzaniem traumy w postaci strategii zaprzeczania a wtórnym stresem traumatycznym

Dyskusja

U profesjonalistek zaangażowanych w pomoc ofiarom traumy związanej z przeemocą stwierdzono stosunkowo niski poziom objawów wtórnego stresu traumatycznego. Zdecydowana większość osób badanych (prawie 86%) wykazuje niskie ryzyko wystąpienia wtórnych zaburzeń stresowych pourazowych, natomiast u nieco ponad 14% stwierdzono wysokie ryzyko ujawnienia tego zespołu. Analizując wyniki poszczególnych grup zawodowych, najwyższe nasilenie objawów STS zaobserwowano u pracowników socjalnych, a najniższe w grupie terapeutów. Możliwe, że terapeuci charakteryzują się wyższą odpornością na stres oraz posiadają większe kompetencje w zakresie radzenia sobie ze stresem i traumą niż pracownicy socjalni. Wynik ten sugeruje, że grupa pracowników socjalnych, jako tych bardziej narażonych na wystąpienie negatywnych skutków traumy, wymaga większego wsparcia oraz projektowania odpowiednich działań mających na celu poprawę zdolności do radzenia sobie ze stresem traumatycznym. Wyniki tych badań korespondują z rezultatami uzyskanymi przez Manning-Jones i wsp. [4] oraz Molnar i wsp. [28].

Wyniki potwierdziły założenia badaczy, że pośrednia ekspozycja na traumę, empatia i negatywne strategie radzenia sobie z traumą są pozytywnie związane z występowaniem STS, przy czym silniejsze związki ujawniono dla empatii i strategii radzenia sobie. Wyniki wskazują również, że empatia i poznawcze strategie radzenia sobie mogą odgrywać rolę mediatorów w relacji między pośrednią ekspozycją na traumę a objawami wtórnego stresu traumatycznego. Uzyskane wyniki są zgodne z większością danych prezentowanych przez innych badaczy: wskazują one na pozytywną korelację między pośrednią ekspozycją na traumę a jej negatywnymi skutkami [9, 10]. Należy jednak podkreślić, że uzyskane zależności są słabe, co może sugerować, że inne zmienne odgrywają ważniejszą rolę dla rozwoju objawów STS. Ponadto w niektórych badaniach nie udało się potwierdzić występowania zależności między obciążeniem pracą a objawami wtórnej traumatyzacji [29, 30]; w rzeczywistości stwierdzono, że być może dochodzi do przecenienia wpływu obciążenia pracą na konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę [31].

Badania dowodzą, że większe znaczenie przy przewidywaniu występowania objawów STS należy przypisać zmiennym podmiotowym (osobistym), takim jak empatia i trudności w poznawczym przetwarzaniu traumy w postaci negatywnych strategii

radzenia sobie. Zarówno negatywne strategie radzenia sobie, tj. żal i zaprzeczanie, jak i jedna pozytywna strategia – porównywanie w dół – były pozytywnie powiązane z objawami STS. Może to sugerować, że podłoża trudności należy poszukiwać w próbach poznawczego poradzenia sobie z traumą klienta przez porównywanie swojej pozycji z pozycją, w której aktualnie znajduje się klient/pacjent.

Wszystkie trzy aspekty empatii okazały się pozytywnie związane z nasileniem objawów STS, przy czym najwyższe współczynniki korelacji dotyczyły osobistej przykrości, jednego z czynników empatii emocjonalnej. Uważa się, że ten aspekt empatii odgrywa kluczową rolę w transmisji traumy. Strach, niepokój, poczucie dyskomfortu pojawiające się w odpowiedzi na cierpienie pacjenta/klienta i zawierające się w doświadczeniu osobistej przykrości mogą zwiększać prawdopodobieństwo pojawienia się objawów wtórnego stresu traumatycznego. Ustalenia te są zgodne z wcześniejszymi badaniami [20, 32]. Nasze wyniki potwierdzają znaczenie empatii dla rozwoju i utrzymywania się objawów STS, chociaż empatia wydaje się odgrywać tu mniejszą rolę, niż sugerował Figley [1]. Nie należy jednak zapominać, że empatia jest kluczowym zasobem pozwalającym na nawiązywanie relacji z klientem i tym samym skuteczne pomaganie. Badania innych autorów [8, 19] pokazują także, że empatia, szczególnie poznawcza opisywana jako umiejętność przyjęcia perspektywy innej osoby, może pełnić funkcję czynnika chroniącego przed negatywnymi skutkami traumy lub przyczynić się do wystąpienia pozytywnych zmian potraumatycznych.

Wyniki badania dowodzą, że poznawcze strategie radzenia sobie w formie żalu i zaprzeczania również mogą zwiększać ryzyko pojawienia się wtórnego stresu traumatycznego. Rola tych zmiennych w występowaniu objawów STS wydaje się istotnie większa niż rola, jaką odgrywa pośrednia ekspozycja na traumę wyrażona w postaci długości stażu zawodowego w pracy z traumą, liczby godzin tygodniowo przeznaczonych na pracę z osobami po doświadczeniu przemocy oraz procentowego obciążenia pracą przeznaczoną na pomoc ofiarom traumy.

Ograniczenia i mocne strony badania

Badanie ma pewne ograniczenia. Miało ono charakter przekrojowy, przez co nie daje możliwości wyciągania wniosków o związkach przyczynowych. Nie analizowano, z jakim typem klienta pracowali profesjonalści (np. dzieci, młodzież, dorośli), ani rodzajów przemocy, której doświadczali klienci. Poszczególne grupy nie były równoliczne, a ponadto ze względu na małą liczbę uczestników, szczególnie w grupie pracowników socjalnych, nie przeprowadzono odrębnych analiz dla każdej z trzech grup. Wreszcie badanie nie obejmowało profesjonalistów pomagających ofiarom z innymi doświadczeniami traumatycznymi niż przemoc jako grupy porównawczej, a w skład grupy badanej wchodziły jedynie kobiety. Ze względu na wymienione ograniczenia wyniki badań należy interpretować z ostrożnością.

Pomimo tych ograniczeń uzyskane przez nas rezultaty dostarczają nowych informacji w zakresie rozpowszechnienia wtórnego stresu traumatycznego wśród badanych grup profesjonalistów i prezentują nowe spojrzenie na zjawisko rozwoju wtórnych zaburzeń pourazowych, gdzie istotną rolę przypisać można przede wszystkim empatii

i poznawczemu przetwarzaniu traумы. Badane zagadnienie zaś wydaje się obecnie szczególnie ważne, gdyż po wybuchu wojny w Ukrainie stale wzrasta zapotrzebowanie na profesjonalną pomoc dla osób doświadczających traумы związanej z wojną, torturami czy gwałtem. Wyniki niniejszych badań mogą pomóc w opracowaniu pewnych strategii interwencyjnych w zakresie radzenia sobie ze skutkami pośredniej ekspozycji na traumę. Interwencje te powinny być stosowane w celu poprawy i uelastycznienia poznawczych strategii radzenia sobie z traumą, strategii behawioralnych czy praktyk samoopieki.

Wnioski

Specjaliści zaangażowani w pomoc osobom, które doświadczyły traумы związanej z przemocą, wykazują stosunkowo niski poziom objawów wtórnego stresu traumaycznego. Po pośredniej ekspozycji na traumę empatia i negatywne strategie radzenia sobie z traumą są pozytywnie skorelowane z występowaniem STS. Związek między pośrednią ekspozycją na traumę a STS jest mediowany przez empatię i poznawcze strategie radzenia sobie. W celu zmniejszenia objawów STS wskazane może być częstsze stosowanie praktyk samoopieki oraz raczej pozytywnych niż negatywnych strategii poznawczego radzenia sobie.

Piśmiennictwo

1. Figley C. *Compassion fatigue: Coping with secondary stress disorder in those who treat the traumatized*. Bristol, UK: Brunner/Mazel; 1995. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview in CR Figley.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington: DC; 2013.
3. Caringi JC, Hardiman ER, Weldon P, Fletcher S, Devlin M, Stanick C. *Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers*. *Traumatology* 2017; 23(2): 186–195. doi.org/10.1037/trm0000061.
4. Manning-Jones S, Terte de I, Stephens C. *The relationship between vicarious posttraumatic growth and secondary traumatic stress among health professionals*. *J. Loss Trauma* 2017; 22(3): 256–270. doi.org/10.1080/15325024.2017.1284516.
5. Lee R. *The impact of engaging with clients' trauma stories. Personal and organizational strategies to manage probation practitioners' risk of developing vicarious traumatization*. *Criminol. Criminal Justice* 2017; 64(3): 026455051772878. doi.org/10.1177/0264550517728783.
6. Merhav I, Lawental M, Peled-Avram M. *Vicarious traumatization: Working with clients of probation services*. *Br. J. Soc. Work.* 2018; 48(8): 2215–2234. doi.org/10.1093/bjsw/bcx162.
7. Beckerman NL, Wozniak D. *Domestic violence counselors and secondary traumatic stress (STS): A brief qualitative report and strategies for support*. *Soc. Work. Ment. Health* 2018; 16(4): 470–490. Doi: 10.1080/15332985.2018.1425795.
8. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *When the trauma of others becomes one's own. Negative and positive consequence of helping people after traumatic experiences*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.

9. Amin AA, Vankar JR, Nimbalkar SM, Phatak AG. *Perceived stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses in Gujarat, India*. Indian J. Pediatr. 2015; 82(11): 1001–1005. doi.org/10.1007/s12098-015-1794-3.
10. Dagan K, Itzhaky H, Ben-Porat A. *Therapists working with trauma victims: The contribution of personal, environmental, and professional-organizational resources to secondary traumatization*. J. Trauma. Dissociatio. 2015; 16(5): 592–606.
11. Steed L, Bicknell J. *Trauma and the therapist: The experience of therapists working with the perpetrators of sexual abuse*. Australas. J. Disaster Trauma Stud. 2001; 1: 1–14.
12. Hensel JM, Ruiz C, Finney C, Dewa CS. *Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims*. J. Trauma. Stress 2015; 28(2): 83–91.
13. Ludick M, Figley CR. *Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress*. Traumatology 2017; 23(1): 112–123. doi.org/10.1037/trm0000096.
14. Rauvola RS, Vega DM, Lavigne KN. *Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda*. Occup. Health Sci. 2019; 3: 297–336. doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1.
15. Davis MH. *Empathy*. W: Stets J, Turner J. red. *Handbook of the sociology of emotions. Handbooks of sociology and social research*. Boston, MA: Springer; 2006. doi.org/10.1007/978-0-387-30715-2_20.
16. Lakioti A, Stalikas A, Pezirkianidis C. *The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience*. Prof. Psychol. Res. Pract. 2020; 51(6): 560–570. doi.org/10.1037/pro0000306.
17. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, Binnebesel J. *Empathy and cognitive processing as factors determining the consequences of secondary exposure to trauma among Roman Catholic clergymen*. J. Relig. Health 2022; 61(2): 1226–1241.
18. Turgoose D, Glover N, Barker C, Maddox L. *Empathy, compassion fatigue, and burnout in police officers working with rape victims*. Traumatology 2017; 23(2): 205–213.
19. Thomas JT, Otis MD. *Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation*. J. Soc. Soc. Work Res. 2010; 1(2): 83–98. doi.org/10.5243/jsswr.2010.7.
20. Yi J, Kim MA, Choi K, Droubay BA, Kim S. *Compassion satisfaction and compassion fatigue among medical social workers in Korea: The role of empathy*. Soc. Work Health Care 2019; 58(10): 970–987.
21. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Cognitive processing of trauma – Polish adaptation of the Cognitive Processing of Trauma Scale*. Rev. Psychol. 2018; 61(2): 153–187.
22. Williams RM, Davis MC, Millsap RE. *Development of the Cognitive Processing of Trauma Scale*. Clin. Psychol. Psychother. 2002; 9(5): 349–360.
23. Nalipay M, Mordeno I, Saavedra L. *Cognitive processing, PTSD symptoms, and the mediating role of posttraumatic cognitions*. Philipp. J. Psychol. 2015; 48(2): 3–26. <https://www.pap.ph/assets/files/journals/cognitive-processing- PTSD-symptoms-and-the-mediating-role-of-posttraumatic-cognitions.pdf>.
24. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Michalska P. *The mediating role of cognitive trauma processing in the relationship between empathy and secondary traumatic stress symptoms among female professionals working with victims of violence*. J. Interpers. Violence 2022; 37(3–4): NP1197–NP1225. Doi: 10.1177/0886260520976211.
25. Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri P, Marx B, Schnurr P. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) 2013*. PTSD: National Center for PTSD. <https://www.ptsd.va.gov>.

26. Kaźmierczak M, Plopa M, Retowski S. *The Empathic Sensitiveness Scale*. Rev. Psychol. 2007; 50(1): 9–24.
27. Preacher KJ, Hayes AF. *Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models*. Behav. Res. Methods 2008; 40(3): 879–891.
28. Molnar B, Sprang G, Killian K, Gottfried R, Emery V, Bride B. *Advancing science and practice for vicarious/secondary traumatic stress: A research agenda*. Traumatology 23(2): 120–142.
29. Fedele KM. *An investigation of factors impacting vicarious traumatization and vicarious post-traumatic growth in crisis workers: Vicarious exposure to trauma, feminist beliefs, and feminist self-labeling*. A Dissertation Presented to the Graduate Faculty at the University of Akron; 2018.
30. MacRitchie V, Leibowitz S. *Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers*. South Afr. J. Psychol. 2010; 40(2): 149–158. doi.org/10.1177/008124631004000204.
31. Jenkins SR, Baird S. *Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study*. J. Trauma. Stress 2002; 15(5): 423–432.
32. Splevins KA, Cohen K, Joseph S, Murray C, Bowley J. *Vicarious posttraumatic growth among interpreters*. Qual. Health Res. 2010; 20(12): 1705–1716.

Adres: Paulina Michalska
Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia
Uniwersytet Łódzki
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12
e-mail: paulina.michalska@now.uni.lodz.pl

Otrzymano: 14.12.2022
Zrecenzowano: 10.02.2023
Otrzymano po poprawie: 28.02.2023
Przyjęto do druku: 1.04.2023