

Negatywne skutki pośredniego narażenia na traumę u terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi, które doświadczyły traumatycznych wydarzeń – rola empatii i przekonania o własnej skuteczności

The negative effects of indirect exposure to trauma in therapists working with individuals with addiction who have experienced traumatic events – the role of empathy and secondary self-efficacy

Nina Ogińska-Bulik¹, Zygfryd Juczyński²

¹ University of Łódź, Poland

² University WSB Merito in Łódź, Poland

Summary

Aim. Paradoxically, helping others exposes helpers to secondary traumatization. Its determinants include both work-related factors and individual characteristics. The purpose of this study was to determine the relationships between empathy, secondary self-efficacy, and secondary traumatic stress (STS).

Material and methods. The results obtained from 115 therapists (*M* age = 40.79; *SD* = 10.57) working with clients with addiction were analyzed. Three standardized measurement tools were used: the Secondary Traumatic Stress Inventory (STSI), the Empathic Sensitivity Scale (EES), and the Secondary Trauma Self-Efficacy (STSE) scale.

Results. Only 15.7% of respondents were found to be at high risk of STS. The main predictor of STS was empathic concern. Secondary self-efficacy partly mediated the relationship between empathic concern and STS. Although the rate of secondary traumatization in the group of therapists is not high compared to other professional groups, it is worth paying attention to factors that protect against STS.

Conclusions. To reduce the risk of disorders resulting from secondary exposure to trauma, personal resources, including self-efficacy, should be developed. It is also beneficial to develop the ability to cope with the trauma of others by applying self-care practices.

Słowa kluczowe: empatia, wtórny stres traumatyczny, terapeuci

Key words: empathy, secondary traumatic stress, therapists

Wprowadzenie

Wiele osób borykających się z problemami uzależnień doświadcza również traumy. Występujące u osób dorosłych uzależnienia, głównie od substancji, mogą być skutkiem traumatycznych wydarzeń, do jakich doszło przede wszystkim w dzieciństwie. Według Bride'a i wsp. [1] osoby nadużywające substancji psychoaktywnych są od czterech do dziesięciu razy bardziej narażone na wystąpienie zespołu stresu pourazowego (PTSD) niż osoby nieużywające narkotyków. Stwierdzono, że częstość występowania PTSD w ciągu całego życia wśród osób z zaburzeniami związanymi z używaniem narkotyków lub alkoholu mieści się w przedziale od 36% do 50% [1]. Według Missouridou [2] aż dwie trzecie osób uzależnionych zgłasza aktualne subkliniczne objawy PTSD, co wskazuje, że narażenie na traumę jest powszechne w populacji osób uzależnionych. Nie jest to zaskakujące, gdyż nadużywanie substancji psychoaktywnych jest często wykorzystywane jako sposób radzenia sobie z doświadczoną traumą, na co wskazuje model samoleczenia [3, 4]. Należy przy tym pamiętać, że uzależnienia mogą być nie tylko skutkiem traumatycznych przeżyć, ale też ich przyczyną, np. zwiększonego ryzyka wypadków.

Prawie wszyscy (97%) terapeuci uzależnień biorący udział w badaniu Bride'a i wsp. [1] wskazywali, że pracowali ze strauumatyzowanymi klientami. W związku z tym istnieje wyraźna potrzeba, aby terapeuci pracujący z uzależnionymi klientami brali pod uwagę traumatyczne wydarzenia, których doświadczyli ich podopieczni. Taka sytuacja, gdy osoba uzależniona ujawnia profesjonalistom swoje doświadczenia związane z traumą, naraża terapeutów na zwiększone ryzyko pośredniej traumy i jej negatywne skutki – trauma staje się doświadczeniem wspólnym. Na szczęście, jak podkreśla Missouridou [3], jest mało prawdopodobne, aby była ona dla opiekuna tak intensywna jak dla klienta.

Wtórna trauma jako ryzyko zawodowe

Negatywne konsekwencje traumy pośredniej objawiają się zwykle w postaci objawów wtórnego stresu traumatycznego (STS¹), a te mogą prowadzić do rozwoju zaburzeń po wtórnym stresie traumatycznym (*Secondary Traumatic Stress Disorder* – STSD), który jest odpowiednikiem PTSD doświadczanego przez osoby bezpośrednio narażone na traumę. STS opisuje się jako reakcję stresową doświadczaną przez ludzi mających bliski kontakt z osobą, która przeżyła traumę. Figley [5, s. 10] definiuje go jako „naturalne, konsekwentne zachowania i emocje wynikające z wiedzy o traumatycznym wydarzeniu doświadczonym przez bliską osobę – jest to stres wynikający z pomagania lub chęci pomocy osobie po traumie lub cierpiącej”. Dlatego też profesjonaliści mający stały i bliski kontakt z osobami, które przeżyły traumę, również mogą doświadczyć podobnych reakcji, stając się pośrednimi ofiarami traumy [6]. Reakcje te odzwierciedlają objawy PTSD występujące u osób, które doświadczyły traumy

¹ W tekście w języku polskim dla wtórnego stresu traumatycznego zachowaliśmy skrót ang. STS, analogicznie do używanego skrótu PTSD dla zaburzeń po stresie traumatycznym.

w sposób bezpośredni, takie jak: intruzje, unikanie, negatywne zmiany w funkcjonowaniu poznawczym lub nastroju oraz zwiększone pobudzenie i reaktywność [7]. Warto zauważyć, że objawy te przypominają także zmęczenie współczuciem, obserwowane u osób pracujących w służbie zdrowia, zwłaszcza w lecznictwie psychiatrycznym [8]. W odniesieniu do negatywnych skutków narażenia na traumę pośrednią McCann i Pearlman [9] zaproponowali termin „zastępcza traumatyzacja”, który jest rozumiany jako reakcja na negatywne informacje płynące od strauumatyzowanych klientów.

Choć w ciągu ostatnich trzydziestu lat przeprowadzono wiele badań dotyczących wpływu traumy doświadczonej przez klientów na profesjonalistów udzielających im pomocy, dane na temat częstości występowania negatywnych skutków pośredniego narażenia na traumę wśród terapeutów pozostają niejednoznaczne. Froman [10] szacuje zakres występowania STS na 8–62%. Przegląd badań przeprowadzonych wśród klinicystów pracujących z osobami, które doświadczyły przemocy seksualnej [11], wykazał, że częstość występowania objawów STS waha się od 8% wśród stażystów terapeutów do 50% wśród osób pracujących na co dzień z ofiarami przemocy. Badanie przeprowadzone wśród psychoterapeutów, pracowników socjalnych i tłumaczy pracujących z kobietami i dziećmi po traumie w Iraku ujawniło, że wtórna traumatyzacja wystąpiła u 22,9% uczestników badania, przy czym 8,6% przejawiało wysoki jej poziom [12]. Wymienione różnice w natężeniu STS doświadczanego przez terapeutów mogą wynikać m.in. z różnic w metodach pomiaru, doświadczeniu zawodowym, intensywności kontaktów z klientami, miejscu terapii, kategorii klientów (dorośli, dzieci), a także z tego, że badaniami objęte były jednocześnie różne grupy profesjonalistów pracujących z osobami po traumatycznych doświadczeniach.

Z polskich badań [13] wynika, że 14,3% kobiet reprezentujących trzy grupy profesjonalistów pracujących z osobami doświadczającymi przemocy (terapeuci, pracownicy socjalni i kuratorzy) charakteryzowało wysokie nasilenie STS. Największe nasilenie tych objawów ujawnili pracownicy socjalni, najmniejsze terapeuci. Inne polskie badanie [14] wykazało, że spośród pięciu grup profesjonalistów pracujących z osobami po traumatycznych doświadczeniach (terapeuci, ratownicy medyczni, zespół pielęgniarzki, pracownicy socjalni i kuratorzy sądowi) terapeuci mieli najniższe nasilenie STS; w tej grupie jedynie 7,5% wykazało wysokie ryzyko PTSD w porównaniu z 45,8% ratowników medycznych. Kulik i wsp. [15] stwierdzili, że 9,8% ankietowanych psychoterapeutów pracujących w czasie pandemii COVID-19 doświadczyło wysokiego lub bardzo wysokiego nasilenia objawów STS. Z kolei Rzeszutek i wsp. [16] wykazali występowanie wyższego poziomu objawów STS wśród psychiatrów w porównaniu z psychoterapeutami.

W niewielu badaniach analizowano częstość występowania STS wśród terapeutów pracujących z uzależnionymi klientami, którzy doświadczyli traumatycznych wydarzeń. Badanie Bride'a i wsp. [1] przeprowadzone wśród doradców do spraw uzależnień wykazało, że 75% respondentów doświadczyło w poprzednim tygodniu przed badaniem co najmniej jednego objawu STS, 56% ujawniło co najmniej jeden z objawów każdego z trzech kryteriów (intruzja, pobudzenie, unikanie), a 19% spełniło podstawowe kryteria diagnozy zespołu stresu pourazowego. Doświadczenie STS wpłynęło też na jakość i skuteczność usług: ponad jedna trzecia doradców biorących

udział w badaniu zgłaszała chęć uniknięcia pracy z niektórymi klientami, a ponad jedna czwarta wykazywała dystans, odrętwienie emocjonalne lub drażliwość. Warto zauważyć, że tego typu doświadczenia mogą zakłócać zdolność doradców do angażowania klientów w odzyskiwanie zdrowia i do budowania relacji terapeutycznej.

Rola empatii i przekonania o własnej skuteczności w rozwoju wtórnego stresu traumatycznego

Empatię można postrzegać jako reakcję jednej osoby na obserwowane doświadczenia innej osoby [17]. Omdahl i O'Donnell [18] zdefiniowali empatię jako empatyczną troskę, chęć komunikacji z klientem i skłonność do emocjonalnego zarażenia. Związek empatii z STS został wskazany w modelach Figleya [19], tj. w teorii zmęczenia współczuciem (*Compassion Fatigue Theory*), modelu transmisji traumy (*Trauma Transmission Model*) oraz modelu stresu i zmęczenia współczuciem (*Compassion Stress and Fatigue Model*). Został on również uwzględniony w niedawno opracowanym modelu odporności na zmęczenie (*Compassion Fatigue Resilience Model*) [20]. Znaczenie empatii w rozwoju STS podkreśla także model stresu oparty na empatii (*Empathy-based Stress Model*) autorstwa Rauvoli i wsp. [21]. Autorzy zakładają, że efekt pośredniego narażenia na traumę i empatycznego zaangażowania w pomoc klientom po traumie objawia się stresem wynikającym z empatii i wyraża się w postaci zmęczenia współczuciem lub STS.

Z jednej strony empatia, wyrażająca się głównie w formie empatycznej troski, traktowana jest jako czynnik ryzyka wtórnej traumy [19]. Z drugiej strony wiadomo, że empatia jest niezbędna do zapewnienia skutecznej pomocy klientom. W ten sposób pojawia się paradoks empatii: empatia jest potrzebna, aby zwiększyć efektywność pracy, ale jednocześnie może sprzyjać pojawianiu się negatywnych skutków pośredniego narażenia na traumę. W licznych badaniach zidentyfikowano pozytywny związek między empatią a STS [14, 22–25]. Aczkolwiek w badaniach przeprowadzonych przez O'Brien i Haagę [26] wśród stażystów terapeutów nie wykazano związku między empatią a negatywnymi konsekwencjami traumy pośredniej. Z kolei w badaniach dotyczących pracowników socjalnych wykazano negatywny związek między empatią a STS, co sugeruje, że empatia może odgrywać rolę ochronną [27]. W badaniach przeprowadzonych wśród australijskich pracowników socjalnych i psychologów wyższy poziom empatii powiązano z niższym ryzykiem rozwoju STS [28]. Daje to niejasny obraz związku między zmiennymi i wskazuje na potrzebę dalszych badań w tym zakresie.

Czynnikiem, który także wiąże się z wtórnym stresem traumatycznym, jest przekonanie o własnej skuteczności. Termin „poczucie własnej skuteczności” jest używany do opisu postrzegania przez ludzi własnej zdolności do przezwyciężania problemów i realizowania pewnych działań wymaganych do osiągnięcia sukcesu w życiu [29]. Przekonania danej osoby o własnej skuteczności mogą wpływać na jej podatność na stres, motywację do wytrwania w trudnych sytuacjach, odporność na przeciwności losu, a ostatecznie na decyzje i działania, jakie podejmuje [30]. Przekonanie o własnej skuteczności wydaje się podstawowym czynnikiem w procesie adaptacji do traumy.

W kilku badaniach postawiono hipotezę, że osoby o wysokim poczuciu własnej skuteczności mogą być lepiej przygotowane do radzenia sobie z trudnymi, stresującymi sytuacjami i doświadczać mniej ich negatywnych skutków. Podobnie może to wyglądać w wypadku pośredniego narażenia na traumę. Ortlepp i Friedman [31] wykazali, że przekonanie o własnej skuteczności jest powiązane z niższym poziomem zmęczenia współczuciem. W badaniu przeprowadzonym przez Bonacha i Heckerta [32] przekonanie o własnej skuteczności w pracy wiązało się z niższym poziomem wtórnego stresu traumatycznego. Wykazano także, że osoby z niskim STS przypisują pracy wysokie wartości i mają wysokie poczucie kompetencji zawodowych, które można utożsamiać z poczuciem własnej skuteczności w pracy [33].

U profesjonalistów narażonych na traumę pośrednią szczególnie ważną rolę wydaje się odgrywać przekonanie o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą (*Secondary Trauma Self-efficacy* – STSE). STSE definiuje się jako „postrzeganą zdolność radzenia sobie z wymaganiami wynikającymi z pracy ze strauumatyzowanymi klientami oraz postrzeganą zdolność do radzenia sobie z objawami wtórnego stresu traumatycznego” [34, s. 918].

Stwierdzono, że STSE koreluje ujemnie z STS wśród pielęgniarek, ratowników medycznych i pracowników socjalnych świadczących usługi ludności cywilnej, która bezpośrednio doświadczyła traumatycznego wydarzenia [34]. W innych badaniach wykazano mediacyjną rolę przekonania o własnej skuteczności w relacji między oceną stresu a satysfakcją ze współczucia u ratowników [35]. Z kolei Shoji i wsp. [36] przeprowadzili dwa badania podłużne uwzględniające pośredniczącą rolę wsparcia społecznego i STSE w związku między STS a wtórnym wzrostem potraumatycznym w grupie świadczeniodawców narażonych na wtórną traumę. Stwierdzono, że w związku między STS a wtórnym traumatycznym wzrostem STSE ułatwia postrzeganie wsparcia społecznego, co sugeruje, że zwiększenie poczucia własnej skuteczności pomaga profesjonalistom w procesie adaptacji po pośredniej ekspozycji na traumę.

Cel badań

Celem podjętych badań była ocena poziomu wtórnego stresu traumatycznego w grupie terapeutów pracujących z uzależnionymi klientami, którzy doświadczyli traumatycznych wydarzeń, oraz ustalenie powiązań STS z empatią i przekonaniem o własnej skuteczności w radzeniu sobie z traumą, uwzględniając mediacyjną rolę STS w relacji między empatią a STS. Ustalono także predyktory wtórnego stresu traumatycznego. Przyjęto, że empatia będzie powiązana z STS dodatnio, a przekonanie o własnej skuteczności w radzeniu sobie z traumą innych ujemnie oraz że przekonanie o własnej skuteczności będzie mediatorem w relacji między empatią a STS.

Material i metody

Osoby badane

Rekrutacja uczestników badania odbywała się on-line lub za pośrednictwem poczty elektronicznej wysyłanej do kilku stacjonarnych i ambulatoryjnych oddziałów leczenia uzależnień w Polsce. Narzędzia badawcze zostały przesłane i odebrane przez autora lub osoby przeszkolone przez autora po uprzedniej wstępnej akceptacji badania w okresie od stycznia do czerwca 2023 roku. W badaniu wzięło udział łącznie 130 terapeutów, którzy pracowali z uzależnionymi klientami. Kryterium włączenia do badania stanowiło co najmniej roczne doświadczenie w pracy z osobami uzależnionymi (zarówno od substancji, jak i od czynności), które doświadczyły w swoim życiu traumatycznych wydarzeń. Wszyscy respondenci zostali poinformowani o celu badania i jego anonimowości, a także o dobrowolności udziału.

Do analiz zakwalifikowano 115 terapeutów, tj. 71 kobiet (61,7%) i 44 mężczyzn (38,6%), którzy wypełnili dostarczone narzędzia pomiarowe i spełnili kryteria włączenia. Ich wiek wahał się od 22 lat do 69 lat ($M = 40,79$ lat; $SD = 10,57$ lat), a staż pracy od roku do 40 lat ($M = 12,27$ lat; $SD = 9,75$ lat). Większość terapeutów (95%) pracowała z klientami zmagającymi się z różnymi formami uzależnień, takimi jak uzależnienie od alkoholu (większość), narkotyków, hazardu i zakupów; jedynie 5% specjalizowało się w określonych pojedynczych formach uzależnień, takich jak uzależnienie od alkoholu czy narkotyków.

Narzędzia pomiaru

W niniejszym badaniu wykorzystano ankietę zawierającą pytania dotyczące płci, wieku, stażu pracy terapeuty z osobami uzależnionymi oraz pytanie, czy respondent pracował z klientami, którzy doświadczyli traumatycznych wydarzeń, oraz trzy standardowe narzędzia pomiaru, takie jak:

- (1) *Inwentarz wtórnego stresu traumatycznego* (IWST). Jest to zmodyfikowana wersja *Listy objawów PTSD* zgodnej z DSM-5 (PCL-5), opracowana przez Weathersa i wsp. [37], a zaadaptowana do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [38]. Inwentarz przeznaczony jest do badania profesjonalistów udzielających pomocy osobom po traumatycznych doświadczeniach. IWST składa się z 20 stwierdzeń (np.: „W jakim stopniu występowały u Ciebie powtarzające się, nieprzyjemne i niechciane wspomnienia traumatycznych wydarzeń doświadczonych przez klienta”), opisujących podstawowe objawy zawarte w czterech kryteriach PTSD, takich jak: B. Intruzja; C. Unikanie bodźców związanych z traumą; D. Negatywne zmiany poznawcze i emocjonalne oraz E. Zwiększone pobudzenie i reaktywność. Zgodnie z instrukcją respondenci wskazują, w jakim stopniu doświadczyli wspomnianej reakcji w ciągu ostatniego miesiąca w związku z udzielaniem pomocy osobom po traumatycznych przeżyciach. Stopień reakcji jest wskazywany przez zaznaczenie na 5-punktowej skali jednej z podanych odpowiedzi: od „wcale” (0), przez

„nieznacznie” (1), „umiarkowanie” (2), „znacznie” (3) do „bardzo mocno” (4). Wynik 33 lub wyższy wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo rozpoznania zaburzeń wtórnego stresu pourazowego. Narzędzie ma dobre właściwości psychometryczne. Współczynnik α Cronbacha jest bardzo wysoki (0,95).

- (2) *Skala wrażliwości empatycznej* (ESS). Jest to modyfikacja *Indeksu reaktywności interpersonalnej* oparta na teorii empatii Davisa [17], opracowana przez Kaźmierczak i wsp. [39]. Skala zawiera 28 pozycji (np.: „Często zdarza mi się odczuwać czułość lub troskę w stosunku do ludzi, którym powiodło się gorzej ode mnie”) ocenianych w 5-stopniowej skali (od 1 – „całkowicie się nie zgadzam” do 5 – „całkowicie się zgadzam”) i mierzy trzy komponenty empatii, tj. (1) empatyczną troskę, czyli skłonność do współczucia wobec osób, które poniosły porażkę, (2) osobistą przykrość, tj. skłonność do odczuwania niepokoju, dys stresu lub dyskomfortu w reakcji na silne negatywne doświadczenia ludzi, oraz (3) przyjmowanie perspektywy, czyli umiejętność „wychodzenia poza własną osobę” w komunikowaniu się z innymi ludźmi. Empatyczna troska i osobista przykrość odnoszą się do empatii emocjonalnej, z kolei przyjmowanie perspektywy jest poznawczym aspektem empatii. Wewnętrzna spójność skali jest dobra, a wskaźniki α Cronbacha wynoszą od 0,74 do 0,78.
- (3) *Skala przekonania o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą* (*Secondary Trauma Self-efficacy* – STSE). Narzędzie to zostało opracowane przez Cieślaka i wsp. [34] w celu oceny postrzeganej zdolności do radzenia sobie z trudnymi wymaganiami wynikającymi z pracy z klientami po traumie i radzenia sobie z objawami wtórnego stresu traumatycznego. STSE składa się z siedmiu pozycji (np.: „W jakim stopniu jestem w stanie radzić sobie z własnymi uczuciami [gniewem, smutkiem, przygnębieniem, niepokojem], będącymi efektem pracy z tymi osobami”). Badani wskazują swoje odpowiedzi na skali 7-stopniowej (od 1 – „zdecydowanie nie jestem w stanie”, do 7 – „zdecydowanie jestem w stanie”). STSE jest rzetelną skalą jednoczynnikową. Wskaźnik alfa Cronbacha wynosi 0,87 [34].

Analiza statystyczna

Dane analizowano z użyciem programu IBM SPSS wersja 25. Rozkłady danych spełniały wymagania normalności. W pierwszym etapie analizy obliczono średnie i odchylenia standardowe, a do ustalenia zależności między zmiennymi wykorzystano współczynniki korelacji Pearsona. Następnie zastosowano analizę regresji krokowej w celu ustalenia predyktorów STS. Wreszcie za pomocą procedury PROCESS ustalono mediacyjną rolę poczucia własnej skuteczności w związku empatii z wtórnym stresem traumatycznym.

Wyniki

Średnie, odchylenia standardowe STS, empatii, poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą oraz współczynniki korelacji między zmiennymi przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Średnie, odchylenia standardowe oraz współczynniki korelacji między zmiennymi

Zmienne	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
<i>M</i>	19,96	5,02	1,87	6,54	6,52	34,94	19,61	32,67	39,00
<i>SD</i>	12,48	3,18	1,40	4,59	4,63	6,16	4,77	4,39	4,79
1. STS – ogółem	–								
2. Intruzja	0,88***	–							
3. Unikanie	0,74***	0,65***	–						
4. Negatywne zmiany poznawcze i emocjonalne	0,95***	0,79***	0,63***	–					
5. Zwiększone pobudzenie i reaktywność	0,93***	0,70***	0,61***	0,84***	–				
6. Empatyczna troska	0,60***	0,58***	0,42***	0,59***	0,51***	–			
7. Osobista przykrość	0,09	0,08	0,07	0,00	0,05	0,29**	–		
8. Przyjmowanie perspektywy	0,47***	0,50***	0,39***	0,44***	0,39***	0,58***	–0,03	–	
9. Przekonanie o własnej skuteczności skuteczn	0,31***	–0,26**	–0,25**	–0,33***	–0,26**	–0,22*	–0,43***	–0,01	–

M – średnia arytmetyczna; *SD* – odchylenie standardowe; *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Badani terapeuci pracujący z uzależnionymi klientami ujawniają niskie nasilenie objawów STS. Przyjmując, że punkt odcięcia dla IWST wynosi 33, jak wskazują Ogińska-Bulik i Juczyński [14], jedynie 18 uczestników (15,7%) ujawniło wysokie nasilenie STS, czyli wysokie ryzyko STSD, a 97 terapeutów (84,3%) zgłosiło niski poziom STS, wskazujący na niskie ryzyko STSD. Nie stwierdzono istotnej różnicy w nasileniu STS między mężczyznami ($M = 21,63$; $SD = 13,61$) a kobietami ($M = 17,68$; $SD = 10,15$; $t = -1,54$). STS okazał się ujemnie powiązany z stażem pracy ($r = -0,23$; $p < 0,01$), natomiast nie był powiązany z wiekiem ($r = -0,04$).

Badana grupa terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi wykazała nieco wyższe nasilenie wszystkich trzech aspektów empatii niż terapeuci zaangażowani w pomoc innym grupom klientów [14]. Nasilenie przekonania o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą badanych terapeutów było nieco niższe niż u osób świadczących opiekę psychiatryczną nad powracającymi żołnierzami w USA [34] i u polskich policjantów pracujących z osobami po traumatycznych wydarzeniach [40].

Dwa z trzech uwzględnionych w badaniu aspektów empatii, tj. empatyczna troska i przyjmowanie perspektywy, okazały się pozytywnie powiązane z objawami wtórnego stresu traumatycznego i wszystkimi jego objawami, co wskazuje, że sprzyjają one występowaniu STS. Z kolei osobista przykrość nie wiązała się z STS. Przekonanie o własnej skuteczności negatywnie korelowało z STS i wszystkimi jego objawami, co wskazuje, że wiara w możliwość poradzenia sobie z traumą doświadczaną przez klientów może chronić przed rozwojem negatywnych skutków pośredniego narażenia na traumę.

W kolejnym etapie analiz wyznaczono predyktory STS. W tym celu zbudowano model regresji wielorakiej według procedury krokowej postępującej. Do modelu włączono jedynie zmienne korelujące istotnie z STS, tj. dwa aspekty empatii (empatyczna troska i przyjmowanie perspektywy), przekonanie o własnej skuteczności oraz doświadczenie zawodowe. Sprawdzono wskaźniki tolerancji oraz parametr VIF, gdyż przy silnym związku między zmiennymi może wystąpić współliniowość. Podstawowe założenie dotyczące zastosowania wielokrotnej regresji liniowej zostało więc spełnione. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

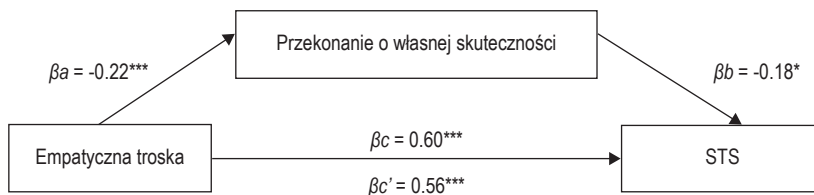
Tabela 2. Predyktory wtórnego stresu traumatycznego

Wyszczególnienie	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p <
Empatyczna troska	0,43	0,09	0,86	0,18	4,65	0,001
Przekonanie o własnej skuteczności	-0,21	0,07	-0,54	0,19	-2,79	0,01
Przyjmowanie perspektywy	0,20	0,09	0,56	0,26	2,15	0,05
Doświadczenie zawodowe	0,10	0,07	-0,12	0,09	-1,29	ns
$R = 0,66$; $R^2 = 0,44$; $F(4,110) = 2251$; $p < 0,001$						

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; B – niestandaryzowany współczynnik regresji

Predyktorami STS okazały się dwa aspekty empatii i przekonanie o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą. Łącznie z doświadczeniem zawodowym zmienne te wyjaśniają 44% wariancji zmiennej zależnej. Większy udział ma troska empatyczna, wyjaśniająca 36% wariancji, podczas gdy przekonanie o własnej skuteczności i przyjmowanie perspektywy wyjaśniają jedynie po 4%. Dane te wskazują, że wysoki poziom STS może być przewidywany głównie poprzez wysokie nasilenie empatycznej troski.

W kolejnym etapie analizy zbadano, czy przekonanie o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą odgrywa rolę mediatora w związku empatii z STS u terapeutów narażonych na wtórną traumę. Wykorzystano procedurę bootstrappingu zaproponowaną przez Preachera i Hayesesa [41]. Mediacja zachodzi, gdy zmienna pośrednicząca obniża wartość predykcyjną zmiennej niezależnej w odniesieniu do zmiennej zależnej. Do analizy przyjęto 95% przedział ufności. Dla każdej ścieżki w modelach mediacji obliczono standaryzowane współczynniki β . Przeprowadzona analiza mediacji ujawniła tylko jeden istotny model, który odwołuje się do troski empatycznej (rys.).



Rysunek. Pośrednicząca rola przekonania o własnej skuteczności w relacji między empatyczną troską a wtórnym stresem traumatycznym

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

Empatyczna troska okazała się pozytywnym predyktorem STS i negatywnym predyktorem przekonania o własnej skuteczności, które z kolei było negatywnym predyktorem STS. Wpływ empatycznej troski na STS uległ zmniejszeniu, gdy jako mediator wykorzystano przekonanie o własnej skuteczności, chociaż nadal związek pozostawał statystycznie istotny. Wynik wskazuje więc na częściową mediację.

Dyskusja wyników

Wciąż potrzebne są badania nad skutkami pośredniej ekspozycji na traumę wśród terapeutów, gdyż stan ich zdrowia może determinować skuteczność terapii i powrót do zdrowia ich klientów. Należy też pamiętać o kosztach pomagania, które nie dotyczą tylko samych pomagających. Obecność STS u terapeutów może wpływać na ich klientów, członków rodziny, przyjaciół, znajomych i innych bliskich im osób [19]. Uzyskane wyniki badań wskazały na występowanie stosunkowo niskiego nasilenia STS u terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi, które były narażone na traumę. Potwierdza to rezultaty wcześniejszych badań, wedle których terapeuci są mniej podatni na wtórny stres traumatyczny w porównaniu z innymi profesjonalistami [14].

Wtórny stres traumatyczny okazał się pozytywnie powiązany z dwoma aspektami empatii: z empatyczną troską i przyjmowaniem perspektywy, a negatywnie z przekonaniem o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą. Wszystkie trzy wymienione zmienne odgrywały rolę predyktorów STS. Wyniki pokazują, że empatia, wyrażająca się jako skłonność do współczucia wobec osób, które poniosły porażkę, oraz umiejętność „wychodzenia poza własną osobę” w komunikacji z innymi ludźmi zwiększają ryzyko wystąpienia negatywnych skutków w wyniku pośredniego narażenia na traumę. Zarówno emocjonalne, jak i poznawcze formy empatii mogą sprzyjać rozwojowi STS, jednak większą rolę należy przypisać empatycznej trosce. Uzyskane wyniki są zgodne z twierdzeniem Figleya [19], który wskazuje, że empatia, wyrażana głównie w formie empatycznej troski, jest głównym czynnikiem ryzyka wtórnej traumy. Potwierdziły to także wyniki niniejszej analizy mediacyjnej, które dowiodły, że wprowadzenie przekonania o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą jako mediatora w rzeczywistości nie wpłynęło na dość silny związek między empatyczną troską a STS.

Nasze ustalenia są również spójne z innymi danymi. Stwierdzono m.in. pozytywny związek między empatią a negatywnymi skutkami pośredniego narażenia na traumę wśród osób pracujących z osobami doświadczonymi traumą w Republice Południowej Afryki [23] oraz wśród specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym [25]. STS był pozytywnie powiązany z wszystkimi trzema aspektami empatii w grupie terapeutów oraz z empatyczną troską w grupie polskich duchownych wspierających osoby, które doświadczyły sytuacji traumatycznych, lub towarzyszących takim osobom [22].

Wyniki naszych badań potwierdzają, że empatia pełni u terapeutów paradoksalną funkcję. Praca terapeuty wymaga empatii związanej z troską o drugiego człowieka, zrozumienia jego uczuć, współczucia i współodczuwania emocji. Innymi słowy, bez empatii nie ma rezonansu emocjonalnego ani skutecznej pomocy. Jednak choć empatia zwiększa efektywność pracy, może również zwiększać ryzyko wystąpienia STS. Może to oznaczać, że aby zadbać o własne zdrowie psychiczne, terapeuci powinni przynajmniej w pewnym stopniu obniżyć poziom empatii w stosunku do osób po traumatycznych doświadczeniach, ale w takim stopniu, aby nie obniżyć skuteczności swojej pracy.

Należy także zaznaczyć, że możliwa jest odwrotna zależność między zmiennymi, tj. utrzymujące się objawy STS mogą prowadzić do istotnego obniżenia się poziomu empatii i rozwoju wypalenia zawodowego, co z kolei będzie skutkowało negatywnymi konsekwencjami dla pacjentów. Jak wskazuje Robinson-Keilig [42], terapeuci, którzy doświadczyli wtórnego stresu traumatycznego, są narażeni na ryzyko szkodenia swoim klientom przez brak empatycznego dystansowania się, obwinianie ofiary, zły osąd zawodowy lub stosowanie nieskutecznej terapii.

Mimo że przekonanie o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą okazało się słabym predyktorem STS i jedynie częściowym mediatorem w relacji między empatią a STS, to jednak wydaje się odgrywać rolę ochronną przed negatywnymi skutkami pośredniego narażenia na traumę, co jest zgodne z oczekiwaniami oraz wynikami innych badań [31, 33, 34, 36]. Źródłem jego ochronnej roli może być powiązanie z innymi przekonaniami, które pozwalają na przewidywanie różnych skutków zdrowotnych, w tym przekonaniami na temat świata i własnej osoby, czy z poczuciem kontroli nad otoczeniem [30]. Ta ochronna rola poczucia własnej skuteczności może również wynikać z jego powiązań z innymi zasobami osobistymi, którymi mogą dysponować terapeuci, takimi jak odporność psychiczna, poczucie własnej wartości czy optymizm. Warto wspomnieć, że przekonanie o własnej skuteczności jest poznawczą strategią zaradczą, którą można modyfikować w celu wzmocnienia jej ochronnej roli przed negatywnymi skutkami pośredniego narażenia na traumę.

Należy jednak zauważyć, że przekonanie o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą wydaje się mieć ograniczoną rolę ochronną. Możliwe, że ankietowani terapeuci pracujący z uzależnionymi klientami wykazują nieco niższą wiarę we własną skuteczność w radzeniu sobie z traumą doznaną przez innych niż inni profesjonalści pomagający osobom po doświadczeniach traumatycznych. Jak wskazano wcześniej, badani terapeuci charakteryzowali się nieco niższym przekonaniem o własnej sku-

teczności w porównaniu ze świadczeniodawcami opieki psychiatrycznej pracującymi z powracającymi żołnierzami w USA [34] oraz polskimi policjantami pracującymi z osobami po traumatycznych zdarzeniach [40]. Należy również wziąć pod uwagę, że istnieje wiele innych czynników, które mogą determinować nasilenie STS u profesjonalistów narażonych na traumę o charakterze pośrednim, w tym słabe zaangażowanie w pracę czy niska satysfakcja z pracy.

Ograniczenia i implikacje dla praktyki

Prezentowane badanie ma pewne ograniczenia. Przede wszystkim było to badanie przekrojowe, które nie pozwala na wyciąganie wniosków na temat przyczynowości zidentyfikowanych zależności. Ponadto badana grupa terapeutów nie była zbyt liczna, a większość respondentów stanowiły kobiety. W związku z tym naszych ustaleń nie można uogólniać na wszystkich terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi. Wreszcie nie analizowano, jakich traumatycznych wydarzeń doświadczyli klienci ani czasu ich wystąpienia, jak również nie uwzględniono znaczenia traumatycznych wydarzeń, których mogli bezpośrednio doświadczyć badani terapeuci, a które mogły mieć wpływ na uzyskane wyniki.

Pomimo wskazanych ograniczeń nasze ustalenia wnoszą nowe treści dotyczące zakresu uwarunkowań negatywnych konsekwencji pośredniego narażenia na traumę u terapeutów pracujących z uzależnionymi klientami, którzy doświadczyli traumatycznych wydarzeń, a kluczowym odkryciem jest tu znaczenie empatii. Zaletą jest także to, że badanie pozwoliło uzyskać wgląd w rzadko poddawaną analizom grupę profesjonalistów. Wykorzystano też nowe narzędzie pomiarowe – *Inwentarz wtórnego stresu traumatycznego*, oparte na kryteriach DSM-5.

Uzyskane wyniki mogą stanowić inspirację do dalszych badań nad innymi poznawczymi wskaźnikami, które mogą być powiązane z negatywnymi skutkami pośredniej ekspozycji na traumę, takimi jak kwestionowanie podstawowych przekonań lub ruminowanie o doświadczanych przez klientów zdarzeniach. Ważne wydają się także czynniki organizacyjne, takie jak obciążenie pracą, zaangażowanie w pracę i satysfakcja z pracy oraz ich relacje z STS, a ponadto, cechy osobowości terapeutów. Dodatkowe pomysły na dalsze badania obejmują badania podłużne, które umożliwiłyby uchwycenie zmian w nasileniu STS w czasie.

Praktyczną implikacją tych badań jest to, że uzyskane wyniki mogą zostać wykorzystane do rozwoju programów profilaktycznych mających na celu ograniczenie STS u profesjonalistów pracujących z osobami uzależnionymi po traumatycznych zdarzeniach. Sugeruje się korzystanie z superwizji, która jest obiecującą strategią, pomagającą terapeutom w uzyskaniu głębszego zrozumienia klienta i w poprawie komunikacji klient–terapeuta [3]. Korzystne byłoby także poszerzenie kompetencji terapeutów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych i zwiększenie przekonań o własnej skuteczności. Choć ważna jest umiejętność zachowania dystansu pomiędzy pomagającym a klientem, konieczne jest też wdrożenie praktyk mających na celu samoopiekę. Samoopieka jest ważnym czynnikiem zwiększającym zdolności

profesjonalistów pracujących z osobami, które przeżyły traumę, do skutecznego pomagania i poprawy jakości ich pracy i życia osobistego [43, 44].

Wnioski

Objawy wtórnego stresu traumatycznego występujące u terapeutów narażonych na traumę pośrednią mogą być efektem występowania wysokiego stopnia empatycznej troski. Z kolei silne przekonanie o własnej skuteczności w radzeniu sobie z traumą wydaje się chronić przed rozwojem STS. Chociaż terapeuci pracujący z uzależnionymi klientami są mniej podatni na negatywne skutki wtórnej traumy w porównaniu z innymi specjalistami, powinni jednak starać się chronić własne zdrowie psychiczne. Powinni więc dbać o rozwój kompetencji w zakresie radzenia sobie z wtórną traumą. Ponadto należy ich zachęcać do korzystania z wszystkich możliwych form wsparcia społecznego. Mogą one nie tylko zmniejszyć nasilenie STS, ale też zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych, wyrażających się w postaci zastępczego wzrostu po traumie.

Piśmiennictwo

1. Bride BE, Hatcher SS, Humble MN. *Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors*. Traumatology 2009; 15(2): 96–105. <https://doi.org/10.1177/1534765609336362>.
2. Missouridou E. *Trauma and addiction: Implications for practice*. Rostrum Asclepius 2016; 15(3): 207–222. <https://doi.org/10.5281/zenodo.56816>.
3. Cierpiałkowska L, Chodkiewicz J. *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Warszawa: Difin; 2020.
4. Khantzian EJ. *The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent application*. Harv. Rev. Psychiatry 1997; 142(11): 1259–1264. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>.
5. Figley CR. *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring*. W: Stamm BH. red. *Secondary traumatic stress*. Towson, MD: Sidran Institute; 1999. S. 3–28.
6. Figley CR. *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. W: Figley CR. red. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers; 1995. S. 1–20.
7. APA – American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed.* American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Franza F, Basta R, Pellegrino F, Solomita B, Fasano V. *The role of fatigue of compassion, burn-out and hopelessness in healthcare: Experience in the time of COVID-19 outbreak*. Psychiatr. Danub. 2020; 32(Suppl 1): 10–14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32890354/>.
9. McCann L, Pearlman LA. *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*. J. Traumatic Stress 1990; 3(1): 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>.

10. Froman M. *A mixed methods study of the impact of providing therapy to traumatized clients: Vicarious trauma, compassion fatigue, and vicarious posttraumatic growth in mental health therapists*. Dissertation, University of Minnesota; 2014.
11. Elwood LS, Mott J, Lohr JM, Galovski T. *Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment*. Clin. Psychol. Rev. 2011; 31(1): 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>.
12. Denkinger JK, Windthorst P, Rometsch-Ogioun C, Sount E, Blume M, Sedik H i wsp. *Secondary traumatization in caregivers working with women and children who suffered extreme violence by the “Islamic State”*. Front. Psychiatry 2018; 9: 234. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00234>.
13. 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. <https://doi.org/10.1177/0886260520976211>.
14. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Kiedy trauma innych staje się własną. Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych*. Warszawa: Difin; 2020.
15. Kulik A, Kajka N, Banakiewicz A, Frańczyk E. *Risk factors of secondary traumatic stress in psychotherapists studied during the COVID-19*. Curr. Probl. Psychiatry 2023; 24: 125–133. <https://doi.org/10.12923/2353-8627/2023-00012>.
16. Rzeszutek M, Partyka M, Gołąb A. *Secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of therapists and psychiatrists working with people after traumatic events*. Psychol. Stud. 2016; 54(2): 35–41. <https://doi.org/10.2478/V1067-010-0155>.
17. Davis MH. *Empathy. The ability to feel compassion*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
18. Omdahl BL, O'Donnell C. *Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment*. J. Adv. Nurs. 1999; 29(6): 1351–1359. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01021.x>.
19. Figley CR. *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care*. J. Clin. Psychol. 2002; 58(1): 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>.
20. 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. <https://doi.org/10.1037/trm0000096>.
21. 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(3): 297–336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>.
22. 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. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01443-y>.
23. MacRitchie V, Leibowitz S. *Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers*. S. Afr. J. Psychol. 2010; 40(2): 149–158. <https://doi.org/10.1177/008124631004000204>.
24. Thomas JT, Otis MD. *Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation*. J. Soc. Work Res. 2010; 1(2): 83–98. <http://dx.doi.org/10.5243/jsswr.2010.7>.
25. Turgoose D, Maddox L. *Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review*. Traumatology 2017; 23(2): 172–185. <https://doi.org/10.1037/trm0000116>.

26. O'Brien JL, Haaga DA. *Empathic accuracy and compassion fatigue among therapist trainees*. Prof. Psychol. Res. Pract. 2015; 46(6): 414–420. <https://doi.org/10.1037/pro0000037>.
27. Wagaman MA, Geiger JM, Shockley C, Segal E. *The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers*. Soc. Work 2015; 60(3): 201–209. <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>.
28. Rayner S, Davis C, Moore M, Cadet T. *Secondary traumatic stress and related factors in Australian social workers and psychologists*. Health Soc. Work 2020; 45(2): 122–130. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlaa001>.
29. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
30. Benight CC, Bandura A. *Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy*. Behav. Res. Ther. 2004; 42(10): 1129–1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>.
31. Ortlepp K, Friedman M. *Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors*. J. Trauma. Stress 2002; 15(3): 213. <https://doi.org/10.1023/A:1015203327767>.
32. Bonach K, Heckert A. *Predictors of secondary traumatic stress among children's advocacy center forensic interviewers*. J. Child Sex. Abuse 2012; 21(3): 295–314. <https://doi.org/10.1080/10538712.2012.647263>.
33. Taubman-Ben-Ari O, Weintraub A. *Meaning in life and personal growth among pediatric physicians and nurses*. Death Stud. 2008; 32(7): 621–645. <https://doi.org/10.1080/07481180802215627>.
34. Cieślak R, Shoji K, Luszczynska A, Taylor S, Rogala A, Benight CC. *Secondary trauma self-efficacy: Concept and its measurement*. Psychol. Assess. 2013; 25(3): 917–928. <https://doi.org/10.1037/a0032687>.
35. Prati G, Pietrantonio L, Cicognani E. *Coping strategies and collective efficacy as mediators between stress appraisal and quality of life among rescue workers*. Int. J. Stress Manag. 2011; 18(2): 181–195. <https://doi.org/10.1037/a0021298>.
36. Shoji K, Bock J, Cieślak R, Zukowska K, Luszczynska A, Benight CC. *Cultivating secondary traumatic growth among healthcare workers: The role of social support and self-efficacy*. J. Clin. Psychol. 2014; 70(9): 831–846. <https://doi.org/10.1002/jclp.22070>.
37. Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri P, Marx B, Schnurr P. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. The National Center for PTSD; 2013. www.ptsd.va.gov.
38. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Właściwości psychometryczne polskiej wersji Listy Zaburzeń po Stresie Traumatycznym według DSM-5 – PCL-5*. Psychiatr. Pol. 2023; 57(3): 607–619. <https://doi.org/10.12740/PP/149460>.
39. Kaźmierczak M, Plopa M, Retowski S. *The Empathic Sensitiveness Scale*. Rev. Psychol. 2007; 50(1): 9–24. https://www.kul.pl/files/714/nowy_folder/1.50.2007_art.1.pdf.
40. Ogińska-Bulik N, Bąk G. *Predictors of secondary traumatic stress symptoms in police officers exposed to secondary trauma*. Int. Secur. 2022; 14(1): 205–223. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0016.0390>.
41. Preacher K, Hayes AF. *Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models*. Behav. Res. Ther. 2008; 40(3): 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>.
42. Robinson-Keilig MA. *An investigation of interpersonal disruptions and secondary traumatic stress among mental health therapists*. Dissertation, University of Nebraska; 2010.

43. Hricová M. *The mediating role of self-care activities in the stress-burnout relationship*. Health Psychol. Rep. 2020; 8(1): 1–9. <https://doi.org/10.5114/hpr.2019.89988>.
44. 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 2017; 23(2): 120–142. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>.

Adres: Zygfryd Juczyński
e-mail: zjucz77zj@gmail.com

Otrzymano: 17.04.2024
Zrecenzowano: 2.06.2024
Otrzymano po poprawie: 5.06.2024
Przyjęto do druku: 6.06.2024