

**Negatywne konsekwencje pośredniego narażenia
na traumę u profesjonalistów –
właściwości psychometryczne
*Inwentarza wtórnego stresu traumatycznego***

**The negative consequences of indirect trauma exposure
in professionals – the psychometric properties
of the *Secondary Traumatic Stress Inventory***

Nina Ogińska-Bulik¹, Zygryd Juczyński²

¹ Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, Polska

² Wydział Psychologii, Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego, Wrocław, Polska

Summary

Aim. The Secondary Traumatic Stress Inventory (STSI), which is a modified version of the PTSD Symptom List (PCL-5), is designed to assess the symptoms of secondary traumatic stress in professionals working with traumatized individuals. The aim of the study was to determine the psychometric properties of the STSI and establish diagnostic criteria allowing for the assessment of the severity of disorders following secondary traumatic stress.

Material and methods. The research was conducted among 900 people representing eight occupational groups exposed to secondary trauma. In total, data from 810 participants was analyzed, the majority of whom (64%) were women. The mean age of the subjects was 43.9 years ($SD = 9.60$). The STSI was performed in conjunction with several other measurement tools.

Results. STSI is characterized by a high reliability index (Cronbach's $\alpha = 0.94$). Four factors were found to correspond to the main criteria of post-traumatic stress disorders, viz. intrusions, avoidance, changes in cognition and emotions, and increased arousal and reactivity. The confirmatory analysis confirmed the validity of adopting the four-factor structure. A cut-off point of 33 was found to be predictive of possible disorders after secondary traumatic stress. The highest risk of disorders was noted among medical personnel, the lowest among therapists and police officers.

Conclusions. STSI is an accurate and reliable tool for assessing secondary traumatic stress and can be used both in research and clinical practice as a predictor of disorders after secondary traumatic stress.

Słowa kluczowe: właściwości psychometryczne, wtórny stres traumatyczny, *Inwentarz wtórnego stresu traumatycznego*

Key words: psychometric properties, secondary traumatic stress, Secondary Traumatic Stress Inventory

Wprowadzenie

Osoby, które doświadczyły traumatycznych wydarzeń i u których rozwinęły się objawy zespołu stresu pourazowego (Post-traumatic Stress Disorder – PTSD), często wymagają i poszukują pomocy. Dostarczają jej różni specjaliści, między innymi personel medyczny, psychoterapeuci, pracownicy socjalni czy kuratorzy sądowi. Kontakty ze strauumatyzowanymi osobami, udzielana im pomoc i wsparcie okazywane zwłaszcza przez osoby empatyczne i zaangażowane w swoją pracę powodują, że pomagający sami stają się w sposób pośredni ofiarami traumy i zaczynają ponosić jej negatywne skutki w postaci wtórnego stresu traumatycznego (WST). Innymi słowy, trauma innych staje się ich własną [1].

Wtórny stres traumatyczny, jak zauważa Figley [2, 3], to emocjonalne i behawioralne konsekwencje doświadczane przez osobę pomagającą po uzyskaniu wiedzy o stresującej sytuacji danej jednostki. WST jest więc naturalną reakcją profesjonalisty, jest to niejako „koszt opieki” nad innymi. Objawy WST są odzwierciedleniem symptomów PTSD występujących u osób, które same doznały traumy [2, 4]. W związku z tym WST jest także określany jako wtórne PTSD lub wtórne zaburzenie stresu pourazowego (*Secondary Traumatic Stress Disorder* – STSD). Używany jest ponadto termin „zastępcza traumatyzacja”, który opisuje zmiany w światopoglądzie osób pomagających zachodzące jako efekt ich empatycznego angażowania się w pomoc udzielaną podopiecznym [5]. WST przypomina również zjawisko zmęczenia współczuciem [2], które jest składnikiem wypalenia zawodowego.

Przeprowadzono wiele badań wskazujących na występowanie WST w różnych grupach profesjonalistów narażonych na pośrednią traumę, takich jak terapeuci, pracownicy socjalni, personel medyczny [1, 6], policjanci [7–10], duchowni sprawujący opiekę duszpasterską w szpitalach, hospicjach i więzieniach [11] czy siostry zakonne opiekujące się osobami z niepełnosprawnościami [12]. Z danych nowozelandzkich [6] wynika, że wśród pięciu grup zawodowych obejmujących lekarzy, pielęgniarki, psychologów, pracowników socjalnych i doradców najwyższe nasilenie WST wykazali pracownicy socjalni, a najniższe psychologowie. W badaniach polskich przeprowadzonych w pięciu grupach zawodowych [1] najwyższe nasilenie objawów wtórnego stresu uzyskali ratownicy medyczni i personel pielęgniarstwa, najniższe terapeuci.

Warto zauważyć, że występowanie WST może prowadzić do wielu innych negatywnych konsekwencji w zakresie psychospołecznego funkcjonowania profesjonalistów pracujących z osobami po traumatycznych przeżyciach, w tym do zaburzeń w ich tożsamości osobistej i zawodowej, negatywnych odczuć, takich jak lęk, depresja, zaburzenia snu, oraz do obniżenia odporności [13]. WST może również obniżać efektywność wykonywanej pracy, pogarszać satysfakcję z pracy oraz ogólną jakość życia osób pracujących ze strauumatyzowanymi osobami [1]. Dlatego wczesne wykrywanie

objawów WST u profesjonalistów udzielających pomocy osobom po traumatycznych przeżyciach jest niezwykle istotne. Dzięki temu możliwe staje się zapobieganie ich dalszemu rozwojowi, a tym samym zmniejszenie ryzyka wystąpienia wtórnego stresu traumatycznego.

Do oceny objawów wtórnego stresu traumatycznego opracowano kilka narzędzi pomiaru. Większość z nich nie uwzględnia jednak wprowadzenia nowych kryteriów PTSD, zgodnych z obowiązującą od roku 2013 klasyfikacją DSM-5 [14]. Celem artykułu jest przedstawienie właściwości psychometrycznych narzędzia służącego do oceny objawów WST, tj. *Inwentarza wtórnego stresu traumatycznego* (IWST), opartego na znanej i powszechnie stosowanej *Liście objawów PTSD* (PCL-5) autorstwa Weathersa i wsp. [15], zaadaptowanej do warunków polskich [16, 17].

Material

Badane grupy

W badaniach zastosowano dobór celowy ukierunkowany na osoby, które z racji wykonywanej pracy są narażone na traumę pośrednią. Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy, a każdy z respondentów został poinformowany o ich celu oraz możliwości odstąpienia od udziału w projekcie. Ogółem badaniami objęto 900 osób reprezentujących osiem grup profesjonalistów, z czego do analizy zakwalifikowano wyniki uzyskane od 810 respondentów, którzy spełnili kryteria włączenia (praca z osobami po doświadczeniach traumatycznych od co najmniej jednego roku) i w sposób kompletny wypełnili kwestionariusze. Charakterystykę badanych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych

	Grupy	N	Płeć (w %)		Wiek		Staż pracy	
			Mężczyźni	Kobiety	M	SD	M	SD
1.	Terapeuci	80	13,75	86,25	37,81	7,49	9,66	6,29
2.	Ratownicy medyczni	120	61,67	38,33	41,28	9,05	16,57	9,38
3.	Personel pielęgniarstwa	65	9,23	90,77	44,48	8,36	13,42	9,87
4.	Pracownicy socjalni	95	4,21	95,79	44,32	10,94	16,89	11,70
5.	Kuratorzy sądowi	140	16,43	83,57	49,76	8,44	19,52	9,18
6.	Policjanci	140	74,29	25,71	40,96	4,31	12,96	4,66
7.	Siostry zakonne	100	0,00	100,00	45,37	12,78	12,01	8,95
8.	Duchowni	70	100,00	0,00	46,19	9,95	18,80	9,47
	Ogółem	810	36,05	63,95	43,95	9,60	15,19	9,30

Metody

Narzędzia pomiaru

W badaniach oprócz *Inwentarza wtórnego stresu traumatycznego* wypełnianego przez wszystkich respondentów wykorzystano kilka innych narzędzi służących do oceny trafności inwentarza. Zastosowano je w wybranych grupach profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Wszystkie użyte w badaniach narzędzia charakteryzują się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Poniżej przedstawiono ich krótki opis.

Skala poznawczego przetwarzania traumy

Jej autorami są Williams, Davis i Millsap, została zaadaptowana do warunków polskich [18], zawiera 17 stwierdzeń ocenianych w 7-stopniowej skali. W jej skład wchodzi trzy podskale poznawczego przetwarzania pozytywnego („Pozytywna re-strukturyzacja poznawcza”, „Rozwiązanie/akceptacja”, „Porównywanie w dół”) oraz dwie – negatywnego („Zaprzeczanie”, „Żal”).

Inwentarz ruminalacji o negatywnym zdarzeniu

Został opracowany przez Canna i wsp. i jest dostępny w polskiej adaptacji [19]. Narzędzie zawiera dwie podskale, każda złożona jest z 10 stwierdzeń ocenianych na 4-stopniowej skali typu Likerta, odnoszących się do ruminalacji natrętnych i refleksyjnych.

Skala wrażliwości empatycznej

Jest to polska modyfikacja *Interpersonal Reactivity Index* opracowanego przez Davisa [20]. Narzędzie zawiera 28 pozycji ocenianych w 5-stopniowej skali. Składa się z trzech podskal, z których dwie („Empatyczna troska” i „Osobista przykrość”) odnoszą się do emocjonalnego aspektu empatii, natomiast jedna („Przyjmowanie perspektywy”) związana jest z jej aspektem poznawczym.

Skala przekonania o własnej skuteczności w radzeniu sobie z wtórną traumą

Jej autorami są Cieślak i wsp. [21], składa się z 7 pozycji ocenianych w 7-stopniowej skali, pozwalających na ustalenie, w jaki sposób osoba badana radzi sobie z myślami lub uczuciami dotyczącymi kontroli emocji, niepokojących myśli czy zdolności do niesienia pomocy innym, pojawiającymi się w wyniku pracy z ludźmi, którzy doświadczyli ekstremalnych wydarzeń.

Test orientacji życiowej

Został skonstruowany przez Scheiera i Carvera i zaadaptowany do warunków polskich [22]. Składa się z dziesięciu pozycji ocenianych w 5-punktowej skali. Służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu.

Inwentarz wtórnego wzrostu potraumatycznego

Został skonstruowany przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [23]. Zawiera 12 stwierdzeń ocenianych w 6-stopniowej skali, które wchodzą w skład 4 czynników wtórnego wzrostu po traumie, takich jak: nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych, wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych, większe zaufanie do siebie i docenianie życia oraz wzrost akceptacji i działań na rzecz innych.

Wyniki

Strategia analizy danych

Obliczenia przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego SPSS (wersja 20). Rozkłady zmiennych sprawdzono pod kątem normalności na podstawie skośności i kurtozy. Ustalono statystyki opisowe, a rozmiary efektów dla danych parametrycznych oraz związki z innymi zmiennymi obliczono z użyciem współczynnika korelacji Pearsona. Zastosowano eksploracyjną i confirmacyjną analizę czynnikową.

Struktura czynnikowa IWST

Analiza wewnętrznej struktury testu jest sposobem weryfikacji trafności teoretycznej narzędzia pomiaru. Całą grupę liczącą 810 badanych podzielono na dwie połówki (liczby parzyste i nieparzyste). Pierwsza posłużyła do przeprowadzenia eksploracyjnej, druga – confirmacyjnej analizy czynnikowej. Najpierw zweryfikowano założenia rozkładu normalnego i siły korelacji między zmiennymi. Przeprowadzono testy Kaisera-Meyera-Olkina (KMO) oraz Bartletta. Otrzymane wskaźniki adekwatności próby uzasadniały przeprowadzenie analizy czynnikowej. Zastosowano analizę głównych składowych z rotacją ortogonalną. Do ustalenia liczby czynników wykorzystano kryterium Kaisera i przeanalizowano wykres osypiska. Przyjęte rozwiązanie czteroczynnikowe okazało się najlepsze z możliwych, a ponadto jest zgodne z oryginalną strukturą PTSD, opartą na kryteriach diagnostycznych DSM-5. Otrzymane ładunki czynnikowe IWST zawiera tabela 2.

Tabela 2. IWST: ładunki czynnikowe

Objawy wtórnej traumy	Czynniki			
	1	2	3	4
B1. Intruzje			0,67	
B2. Koszmary nocne			0,74	
B3. Reakcje dysocjacyjne			0,70	
B4. Reakcje emocjonalne			0,69	
B5. Reakcje fizjologiczne			0,64	
C1. Unikanie myśli		0,78		
C2. Unikanie bodźców przypominających wydarzenia		0,79		
D1. Amnezja traumatycznych wydarzeń				0,65
D2. Negatywne przekonania o sobie i innych				0,47
D3. Poczucie winy				0,74
D4. Negatywne emocje				0,44
D5. Utrata zainteresowań				0,63
D6. Poczucie oddalenia, wyobcowania	0,45			0,61
D7. Niezdolność do przeżywania pozytywnych emocji	0,54			0,60
E1. Drażliwość, wybuchy złości	0,56			0,50
E2. Zachowania ryzykanckie lub autodestrukcyjne	0,63			0,43
E3. Wzmószona czujność	0,62			
E4. Nadmiernie silna reakcja na niespodziewane bodźce	0,70			
E5. Trudności z koncentracją	0,72			
E6. Trudności z zasypianiem lub snem	0,69			

W tabeli pominięto ładunki poniżej 0,40.

Czynnik 1 reprezentuje objawy kryterium E („Pobudzenie i reaktywność”), czynnik 2 – kryterium C („Unikanie”), czynnik 3 – kryterium B („Intruzja”), a czynnik 4 – kryterium D („Negatywne zmiany poznawcze i emocjonalne”). Dwa objawy czynnika 4 (D6 i D7) korelują wysoko z czynnikiem 1, z kolei dwa objawy czynnika 1 (E1 i E2) korelują z czynnikiem 4¹. Wszystkie cztery czynniki wyjaśniają ponad 67% całkowitej wariancji, z tego najwięcej czynnik 1, obejmujący objawy z kryterium E (51%).

Analiza konfirmacyjna (GLS) przeprowadzona na wynikach drugiej próbki ($N = 405$) potwierdza najlepsze dopasowanie danych do modelu 4-czynnikowego, bio-

¹ Wymienione objawy reprezentują różne czynniki w innych modelach. W modelu 6-czynnikowym objawy pobudzenia dzielą się na dwie podkategorie: pobudzenie lękowe i pobudzenie dysforyczne. Z kolei w modelu hybrydowym wyróżnia się czynnik zwany „zachowaniami eksternalizacyjnymi”. Obejmuje on objawy drażliwości/gniewu i zachowań autodestrukcyjnych/lekkomyślnych, które występują w modelach pobudzenia dysforycznego i anhedonii [17].

rac pod uwagę takie wskaźniki opisowe, jak indeks dobroci dopasowania $GFI = 0,86$, skorygowany wskaźnik $AGFI = 0,83$, test Steigera-Linda $RMSEA = 0,05$. Duża liczebność próby wpływa na istotność statystyki chi-kwadrat ($533,22; p < 0,001$), jednakże jej stosunek skorygowany przez stopnie swobody nie przekracza dopuszczalnej wartości 3.

Rzetelność IWST

Wewnętrzna spójność, ustalona na całej próbie badanych dla ogólnego wyniku IWST, jest wysoka (alfa Cronbacha = 0,94), dla poszczególnych kryteriów zaś wynosi odpowiednio: dla „Intruzji” (B) = 0,88, dla „Unikania” (C) = 0,77, dla „Zmian w poznaniu i emocjach” (D) = 0,87 oraz dla „Pobudzenia i reaktywności” (E) = 0,87. Stałość wyników ustalono w badaniu test-retest przeprowadzonym w odstępie 3 tygodni w 25-osobowej grupie pracowników socjalnych. Współczynnik stabilności całego inwentarza jest wysoki (0,84), podobnie jak jego kryteriów B–E (kolejno: 0,88; 0,79; 0,86; 0,82).

Trafność IWST

Dokonano oceny kilku różnych rodzajów trafności. Przedstawiona powyżej eksploracyjna i confirmacyjna analiza czynnikowa potwierdza trafność teoretyczną IWST. Model 4-czynnikowy, zawierający 4 kryteria analogiczne jak dla PTSD według PCL-5, spełnia większość wymaganych kryteriów dopasowania.

Występowanie WST wiąże się przede wszystkim z poznawczym przetworzeniem traumy, które najczęściej jest wyrażane w postaci podejmowanych poznawczych strategii radzenia sobie, a także ruminowania o doświadczonych przez klientów zdarzeniach traumatycznych. Przyjęto więc, że WST będzie korelować ujemnie z pozytywnymi, a dodatnio z negatywnymi strategiami radzenia sobie w *Skali poznawczego przetwarzania traumy*. Będzie też dodatnio korelować z ruminowaniem, zarówno intruzywnym, jak i refleksyjnym, mierzonymi za pomocą *Inwentarza ruminacji o negatywnym zdarzeniu*. Można także oczekiwać ujemnych powiązań WST z posiadanymi zasobami osobistymi, m.in. optymizmem życiowym i poczuciem własnej skuteczności, oraz dodatnich z empatią, która zgodnie z założeniami Figleya [2] zwiększa podatność osób pracujących ze strauumatyzowanymi klientami na zmęczenie współczuciem. Ponadto zgodnie z modelem PTG [24] oraz metaanalizą 20 badań przeprowadzoną przez Cohen i Collens [25], wskazującą na jednoczesne występowanie negatywnych i pozytywnych konsekwencji pośredniej ekspozycji na traumę, można się spodziewać dodatnich związków WST z wtórnym wzrostem potraumatycznym.

Związki WST z poznawczymi strategiami radzenia sobie sprawdzono wśród 5 badanych grup profesjonalistów pracujących z osobami po traumie. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji wtórnego stresu potraumatycznego z poznawczymi strategiami radzenia sobie i wtórnym wzrostem traumatycznym

Wyszczególnienie	Cała grupa (N = 500)	Terapeuci (N = 80)	Ratownicy medyczni (N = 120)	Zespół pielęgniarstwa (N = 65)	Pracownicy socjalni (N = 95)	Kuratorzy sądowi (N = 140)
Zaprzeczanie	0,49***	0,30**	0,52***	0,22	0,22*	0,36***
Restrukturyzacja poznawcza	0,15***	0,06	0,11	0,13	0,32***	-0,14
Rozwiązanie/akceptacja	-0,05	0,06	-0,12	-0,12	0,04	-0,06
Żal	0,47***	0,44***	0,52***	0,35**	0,24*	0,35***
Porównywanie w dół	0,27***	0,22	0,25**	0,00	0,26*	0,10
Wtórny wzrost potraumatyczny	0,22***	0,12	0,34***	0,47***	0,33***	0,11

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Dwie strategie zaradcze negatywne, tj. zaprzeczanie i żal, oraz jedna pozytywna w postaci porównywania w dół korelują dodatnio z WST, przy czym ten ostatni związek jest słabszy. Dodatkowo związki WST ze strategią żalu dotyczą wszystkich 5 analizowanych grup, natomiast najsilniejsza zależność odnosi się do ratowników medycznych, a najsłabsza do pracowników socjalnych. W wypadku zaprzeczania dodatnio związki z WST dotyczą wszystkich badanych grup poza pielęgniarkami. Z kolei porównywanie w dół dodatnio koreluje z WST w grupach ratowników medycznych i pracowników socjalnych. Nie zanotowano istotnych związków WST z pozostałymi pozytywnymi strategiami poznawczymi, tj. restrukturyzacją poznawczą oraz rozwiązaniem/akceptacją.

Związek ruminacji z WST sprawdzono w grupie kuratorów sądowych ($N = 55$). Uzyskano dodatnie korelacje WST zarówno z ruminacjami intruzywnymi ($r = 0,68$; $p < 0,001$), jak i refleksyjnymi ($r = 0,69$; $p < 0,001$). Z kolei związek empatii z WST sprawdzono w grupach terapeutów ($N = 80$) oraz duchownych ($N = 70$). Otrzymane współczynniki korelacji wskazują na dodatnie związki WST z empatyczną troską zarówno w grupie terapeutów ($r = 0,38$; $p < 0,001$), jak i księży ($r = 0,33$; $p < 0,01$). Natomiast osobista przykrość oraz przyjmowanie perspektywy korelowały istotnie z WST tylko w grupie terapeutów (odpowiednio $r = 0,46$; $p < 0,05$ i $r = 0,33$; $p < 0,01$).

Powiązania dyspozycyjnego optymizmu z WST zostały ustalone w badaniach sióstr zakonnych opiekujących się osobami z niepełnosprawnościami ($N = 100$). Uzyskany współczynnik korelacji ($r = -0,40$; $p < 0,001$) wskazuje, że wyższy optymizm życiowy wiąże się z mniejszym nasileniem WST. Korelacja WST z przekonaniem o własnej

skuteczności w radzeniu sobie z traumą innych została sprawdzona w grupie funkcjonariuszy policji ($N = 140$). Uzyskane dane potwierdziły ujemny związek przekonania o własnej skuteczności z nasileniem STS ($r = -0,33$; $p < 0,001$).

Potwierdzono także dodatnie powiązania WST z wtórnym wzrostem po traumie wśród 5 grup profesjonalistów ($N = 500$). Im wyższe nasilenie WST, tym większy wtórny wzrost po traumie. Najsilniejsze związki wystąpiły w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych oraz pracowników socjalnych.

Diagnoza wtórnego stresu traumatycznego

IWST jest przeznaczony do pomiaru negatywnych konsekwencji pomagania osobom czy opiekowania się osobami, które bezpośrednio doświadczyły zdarzenia traumatycznego. Stosowany w badaniach przesiewowych może pozwolić na wstępną diagnozę zaburzeń wtórnego stresu traumatycznego. W tabeli 4 przedstawiono średnie wyniki uzyskane przez reprezentantów ośmiu różnych grup zawodowych.

Tabela 4. Porównanie wyników IWST w badanych grupach

Grupy	N	WST		Czynniki							
				B		C		D		E	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1. Terapeuci	80	11,55	11,44	3,19	3,01	0,94	1,23	3,64	4,01	3,79	4,67
2. Ratownicy medyczni	120	31,92	18,28	7,77	4,71	3,09	2,07	10,76	6,80	10,30	5,97
3. Personel pielęgniarstwa	65	28,22	15,44	7,68	4,43	3,43	2,18	8,66	5,60	8,45	5,49
4. Pracownicy socjalni	95	25,31	13,64	6,88	4,18	2,92	1,93	7,66	5,28	7,84	5,06
5. Kuratorzy sądowi	140	22,00	13,38	6,25	3,76	3,15	2,07	5,76	4,67	6,84	5,34
6. Policjanci	140	13,11	12,67	3,51	3,35	1,60	2,00	3,73	4,11	4,27	4,89
7. Siostry zakonne	100	21,26	14,14	5,32	4,34	2,30	2,04	6,70	5,44	6,94	4,75
8. Duchowni	70	22,43	13,98	5,89	4,63	3,09	2,65	6,91	5,70	6,49	5,78
Ogółem	810	21,73	15,66	5,57	4,33	2,47	2,11	6,55	5,71	6,80	5,62
Płeć											
Mężczyźni	292	21,09	16,36	4,98	4,31	2,28	2,13	6,41	5,96	6,46	5,87
Kobiety	518	22,10	15,26	5,90	4,31	2,57	2,10	6,63	5,56	6,99	5,47
Test t i p		-0,88; ni.		-2,92; < 0,005		-1,88; < 0,05		0,59; ni.		0,19; ni.	
Wiek											
Młodszy (do 43 lat)	399	19,29	15,54	4,95	4,28	2,05	2,02	5,84	5,55	6,12	5,50
Starszy (powyżej 43 lat)	411	24,11	15,43	6,17	4,30	2,88	2,13	7,24	5,78	7,46	5,66
Test t i p		-4,32; < 0,001		-4,05; < 0,001		-5,70; < 0,001		-3,50; < 0,001		-3,44; < 0,001	
Staż pracy											

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Krótszy (do 13 lat)	394	19,19	15,24	4,92	4,24	1,99	1,95	5,85	5,50	6,08	5,39
Starsi (powyżej 13 lat)	416	24,14	15,70	6,18	4,33	2,92	2,17	7,22	5,82	7,48	5,75
Test <i>t</i> i <i>p</i>		-4,55; < 0,001	-4,19; < 0,001	-6,36; < 0,001	-3,43; < 0,001	-3,56; < 0,001					

Ogólny wynik WST wskazuje na statystycznie istotne zróżnicowanie między badanymi grupami ($F = 24,66; p < 0,001$). Najniższe nasilenie WST ujawniają terapeuci i policjanci, różniący się istotnie ($p < 0,01$) od wszystkich pozostałych grup. Z kolei najwyższe nasilenie WST występuje wśród ratowników medycznych i personelu pielęgniarskiego. Wpływ płci na nasilenie negatywnych konsekwencji pośredniej ekspozycji na traumę okazał się nieistotny; jedyne różnice zanotowano dla czynnika intruzji oraz zmian w poznaniu i emocjach – kobiety w porównaniu z mężczyznami uzyskały nieco wyższe nasilenie tych objawów. Wiek i staż pracy różnicują nasilenie WST². Starsi badani prezentują wyższe nasilenie tej zmiennej w porównaniu z młodszymi. Dotyczy to zarówno ogólnego wyniku, jak i objawów wchodzących w skład wszystkich czterech kryteriów. Podobnie staż pracy wiązał się z nasileniem WST. Pracownicy z niższym stażem pracy zdradzają niższe nasilenie objawów WST. Dotyczy to wszystkich uwzględnionych czterech kryteriów.

W diagnozie różnicowej duże znaczenie przypisuje się trafności kryterialnej. Ważne jest zatem ustalenie optymalnego punktu odcięcia uwzględniającego dwie miary jakości reguł decyzyjnych, tj. czułość i specyficzność. W wyznaczeniu punktu odcięcia dla IWST posłużono się wynikami ustalonymi dla diagnozy PTSD, opartej na badaniach 60 osób, które przeżyły wypadki komunikacyjne i przeszły badania psychiatryczno-psychologiczne [17]. Maksymalną wartość swoistości i czułości (odpowiednio 0,90 i 0,82) uzyskano dla progu 33 punktów. Jednocześnie zastosowano alternatywną dla punktu odcięcia procedurę polegającą na ocenie nasilenia objawów w każdym z czterech kryteriów PTSD. Aby można było zaklasyfikować otrzymany wynik jako prawdopodobny dla PTSD, to – zgodnie z podanymi zasadami [15] – wyniki o wartości ≥ 2 muszą dotyczyć przynajmniej jednego z objawów intruzji (kryterium B) i unikania (C) oraz co najmniej dwóch objawów wyrażających zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej (D) oraz w pobudzeniu i reaktywności (E).

W tabeli 5 przedstawiono wyniki klasyfikacji dokonanej na podstawie zarówno punktu odcięcia, jak i wartości punktowej poszczególnych kryteriów WST dla badanych grup. Ogółem u 25% badanych profesjonalistów pracujących ze strauumatyzowanymi klientami można postawić diagnozę zaburzeń wtórnego stresu traumatycznego. Odsetek rozpoznań w obydwu procedurach diagnostycznych jest prawie identyczny, przy wskaźniku zgodności sięgającym 90%. Największy odsetek prawdopodobnych rozpoznań WST dotyczy ratowników medycznych i personelu pielęgniarskiego, najniższy zaś terapeutów i policjantów.

² Podziału dokonano, opierając się na medianie.

Tabela 5. Diagnostyka psychometryczna WST

Grupy badane		Wynik ogólny WST ≥ 33 pkt	Kryteria B, C, D, E ocena ≥ 2
	N	%	%
1. Terapeuci	80	7,50	5,00
2. Ratownicy medyczni	120	45,83	49,17
3. Personel pielęgniarstwa	65	40,00	47,69
4. Pracownicy socjalni	95	27,37	34,74
5. Kuratorzy sądowi	140	22,86	22,14
6. Policjanci	140	9,29	10,71
7. Siostry zakonne	100	25,00	21,00
8. Duchowni	70	22,86	17,14
Ogółem	810	24,57	25,43

Dyskusja wyników

Przedstawione właściwości psychometryczne *Inwentarza wtórnego stresu traumatycznego* można uznać za w pełni satysfakcjonujące. Rzetelność narzędzia, oceniona za pomocą wskaźnika alfa Cronbacha, jest wysoka (0,94), podobnie jak jego stabilność mierzona za pomocą testu-retestu ($r = 0,84$). Eksploracyjna analiza czynnikowa wskazała na 4-czynnikową strukturę narzędzia, co jest zgodne z oryginalną wersją PCL-5 służącą do oceny objawów PTSD opartych na kryteriach diagnostycznych zawartych w DSM-5. Wszystkie cztery czynniki („Intruzja”, „Unikanie”, „Zmiany w poznaniu i emocjach” oraz „Pobudzenie i reaktywność”) wyjaśniają ponad 67% całkowitej wariancji, z tego najwięcej „Pobudzenie i reaktywność”. Analiza confirmacyjna potwierdziła rozwiązanie 4-czynnikowe.

Przeprowadzone badania potwierdziły trafność IWST, wskazując na dodatnie związki WST z negatywnymi strategiami radzenia sobie z traumą, jakimi są żal i zaprzeczanie, z ruminowaniem o doznanych przez podopiecznych zdarzeniach traumatycznych, a także z empatią i wtórnym wzrostem potraumatycznym, oraz ujemne z optymizmem i przekonaniem o własnej skuteczności w radzeniu sobie z traumą doznaną przez innych.

Wśród objętych badaniami ośmiu grup profesjonalistów narażonych na traumę pośrednią najwyższe nasilenie WST zaobserwowano wśród personelu medycznego, tj. ratowników medycznych i zespołu pielęgniarstwa, a najniższe wśród terapeutów i funkcjonariuszy policji. Płeć nie różnicuje w sposób istotny statystycznie wyników IWST. Wiek i staż pracy natomiast istotnie różnicują nasilenie WST – osoby starsze wiekiem, jak i stażem pracy ujawniają jego wyższe nasilenie.

Na użytek diagnozy psychometrycznej przyjęto punkt odcięcia równy 33, co oznacza, że osoby, które uzyskały w IWST wynik równy lub niższy od 33, kwalifikowane są do grupy osób o niskim nasileniu WST, z kolei osoby, których wyniki są wyższe

niż 33 punkty, uznawane są za jednostki z wysokim nasileniem WST i prawdopodobną diagnozą zaburzeń.

Diagnoza psychometryczna WST może być oparta na wyznaczonym punkcie odcięcia lub na ocenie wartości objawów. Obydwie procedury okazały się zbieżne, niemniej jednak diagnoza oparta na punkcie odcięcia jest prostsza w obliczeniach, a ponadto pozwala na ocenę stopnia nasilenia negatywnych konsekwencji pośredniego narażenia na traumę. Ogółem u 25% badanych profesjonalistów narażonych na traumę pośrednią można było postawić diagnozę zaburzeń wtórnego stresu traumatycznego.

Należy pamiętać o tym, że wynik testu nie przesądza o diagnozie klinicznej, którą stawia lekarz czy psycholog, lecz daje przesłanki do jej postawienia. Należy podkreślić całkowitą zbieżność ocenianych objawów WST w badaniu klinicznym i testowym w odniesieniu do kryteriów B–E. Dwa inne kryteria, tj. A (potwierdzenie pośredniego narażenia na stresor) oraz F (czas występowania objawów z kryteriów B–E dłuższy niż miesiąc), stanowią warunek wstępny wykonania badania testowego. Zasadnicza różnica sprowadza się więc do oceny dwóch ostatnich kryteriów, tj. G – występowania zakłóceń powodujących znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych ważnych obszarach, oraz H – potwierdzenia, że zakłócenia nie są wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużywaniem leków lub alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym. Te dwa kryteria wymagają oceny dokonanej przez niezależnego specjalistę i wchodzą w zakres diagnozy klinicznej.

Ograniczenia

Nasze badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Przeprowadzono je wśród ośmiu wybranych grup profesjonalistów narażonych na traumę pośrednią, co nie pozwala na uogólnianie wyników na wszystkich pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Poszczególne grupy różniły się liczebnością i pod względem rozkładu płci, co mogło mieć znaczenie dla uzyskanych wyników. W badaniach poza stażem pracy nie uwzględniono innych zmiennych związanych z wykonywanym zawodem, takich jak np. obciążenie pracą, zaangażowanie w pracę czy możliwość pozyskiwania wsparcia w środowisku pracy. Nie analizowano także osobistych doświadczeń traumatycznych badanych profesjonalistów.

Wnioski

1. Opracowany *Inwentarz wtórnego stresu traumatycznego* jest trafnym i rzetelnym narzędziem oceny nasilenia objawów wtórnego stresu traumatycznego wśród profesjonalistów narażonych na traumę pośrednią. Narzędzie może być wykorzystywane do badań przesiewowych i umożliwić postawienie wstępnego rozpoznania zaburzeń wtórnego stresu pourazowego.
2. Inwentarz może być stosowany zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej. Po niewielkiej modyfikacji dotyczącej instrukcji narzędzie można także wykorzystać w badaniach nieprofesjonalistów, tj. osób opiekujących się niezawodowo jednostkami po doświadczeniach traumatycznych, np. z niepełno-

sprawnościami, po doznanej przemocy, wypadkach czy zmagających się z poważną chorobą somatyczną.

3. Niezwykle ważna staje się możliwość samodzielnego wykonania badania pozwalającego na wczesne wykrywanie wtórnego stresu traumatycznego i wdrożenie praktyk zmierzających do ograniczania jego wpływu, a tym samym na poprawianie jakości i skuteczności usług dla osób, które doświadczyły traumy.

Piśmiennictwo

1. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Kiedy trauma innych staje się własną. Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
2. Figley CR. *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. W: Figley CT. red. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers; 1995. S. 1–20.
3. Figley CR. *Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care*. J. Clin. Psychol. 2002; 58(11): 1433–1441.
4. Baird K, Kracen AC. *Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis*. Couns. Psych. Quart. 2006; 19(2): 181–188.
5. McCann IL, Pearlman LA. *Vicarious traumatization: A framework to understanding the psychological effects of working with victims*. J. Trauma. Stress 1990; 3(1): 131–149.
6. Manning-Jones S, Terte de I, Stephens C. *Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth and coping among health professionals; A comparison study*. N. Z. J. Psychol. 2016; 45(1): 20–29.
7. Bąk G, Ogińska-Bulik N. *Wtórna traumatyzacja wśród funkcjonariuszy policji – konsekwencje i uwarunkowania*. Warszawa: Difin; 2024.
8. Bourke ML, Craun SW. *Secondary traumatic stress among internet crimes against children task force personnel: Impact, risk factors, and coping strategies*. Sex Abuse 2014; 26(6): 586–609.
9. Greinacher A, Derezza-Greeven C, Herzog W, Nikendei C. *Secondary traumatization in first responders: A systematic review*. Eur. J. Psychotraumatol. 2019; 10(1): 1562840. doi.org/10.1080/20008198.2018.1562840.
10. Ogińska-Bulik N, Gurowiec P, Michalska P, Kędra E. *Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: Cross-sectional study*. PLoS ONE 2021; 16(2): e0247596. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>.
11. 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.
12. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Determinants of negative and positive consequences of indirect exposure to trauma in Polish nuns caring for disabled people: The role of spirituality and optimistic life attitude*. J. Relig. Health 2024; 63(6): 4173–4190. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02031-6>.
13. Maran DA, Zito M, Colombo L. *Secondary traumatic stress in Italian Police officers: The role of job demands and job resources*. Front. Psychol. 2020; 11: 1435. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.01435.

14. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
15. Weathers F, Blake D, Schnurr P, Kaloupek D, Marx B, Keane T. *The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Boston: National Center for PTSD; 2013.
16. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Lis-Turlejska M, Merecz-Kot D. *Polska adaptacja PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne*. Przegl. Psychol. 61(2): 281–291.
17. 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.
18. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Poznawcze przetwarzanie traumy – polska adaptacja the Cognitive Processing of Trauma Scale*. Przegl. Psych. 2018; 61(2): 153–169. [*Cognitive processing of trauma – Polish adaptation of the Cognitive Processing of Trauma Scale*. Rev Psychol 2018; 61(2): 171–187].
19. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Inwentarz Ruminaacji o Negatywnym Zdarzeniu – polska adaptacja the Event Related Rumination Inventory*. Przegl. Psychol. 2015; 58(3): 383–400.
20. Kaźmierczak M, Płopa M, Retowski S. *Skala Wrażliwości Empatycznej*. Przegl Psychol 2007; 50(1): 9–24.
21. Cieślak R, Shoji K, Łuszczynska A, Taylor S, Rogala A, Benight CC. *Secondary trauma self-efficacy: Concept and its measurement*. Psychol. Assess. 2013; 25(3): 917–928.
22. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, wyd. 2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2009.
23. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Assessing positive posttraumatic changes among professionals working with trauma victims: The Secondary Posttraumatic Growth Inventory*. Rocz. Psychol. 2022; 25: 99–120.
24. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi RG. *The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations*. W: Weiss T, Berger R. red. *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010. S. 1–14.
25. Cohen K, Collens P. *The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth*. Psychol. Trauma 2013; 5(6): 570–580.

Autor do korespondencji: Zygfryd Juczyński
e-mail: zjucz77zj@gmail.com