

## **Rola poznawczego przetwarzania traumy w występowaniu objawów wtórnego stresu traumatycznego u profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych**

### **The role of cognitive trauma processing in the occurrence of secondary traumatic stress symptoms in professionals working with people after traumatic experiences**

Nina Ogińska-Bulik

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

#### **Summary**

**Aim.** The aim of the study was to establish the relationship between cognitive trauma processing and secondary traumatic stress (STS) in professionals working with people after traumatic experiences.

**Material and method.** The results obtained from 500 persons representing five professional groups (therapists, paramedics, nurses, social workers and probation officers) were analyzed. There were more women (76.4%) than men (23.6%). The average age of the respondents is 44.09 years ( $SD = 9.85$ ). The study used two standard measurement tools, i.e., the Secondary Traumatic Stress Inventory (STSI), and the Cognitive Processing of Trauma Scale (CPOTS), allowing assessment of five remedial strategies (positive cognitive restructuring, downward comparison, resolution/acceptance, denial, regret) and a survey developed for the use of the research.

**Results.** The obtained results indicated that medical personnel, including paramedics and nurses, revealed the highest intensity of STS, and therapists – the lowest. STS was associated mainly with negative coping strategies, such as regret and denial, which play the predictive role for STS.

**Conclusions.** There is a need to provide psychological assistance to professionals working with people after traumatic experiences, especially medical staff.

**Słowa kluczowe:** wtórna ekspozycja na traumę, wtórny stres traumatyczny, poznawcze przetwarzanie traumy

**Key words:** secondary exposure to trauma, secondary traumatic stress, cognitive trauma processing

## **Wprowadzenie. Wtórny stres traumatyczny u profesjonalistów pomagających osobom po doświadczeniach traumatycznych**

Osoby pomagające zawodowo ofiarom traumy same są narażone na jej doświadczenie w sposób pośredni. W efekcie długotrwałego kontaktu z osobami poszkodowanymi pomagający zaczynają patrzeć na świat oczami ofiary traumy, odczuwać podobne emocje, a także czasami przejawiać zbliżone zachowania. Konsekwencją takiej sytuacji może być występowanie objawów wtórnego stresu traumatycznego (*Secondary Traumatic Stress – STS*).

Pojęcie wtórnego stresu traumatycznego spopularyzował Charles Figley, który określił go jako „stres związany z pomaganiem innym osobom cierpiącym lub po traumie” [1, s. 110]. Przy czym Figley [2] traktuje ten rodzaj stresu jako normalny i naturalny efekt pracy z ofiarami traumy i podkreśla, że wtórny stres traumatyczny jest zaburzeniem wywołanym przede wszystkim negatywnymi reakcjami osoby bezpośrednio doświadczającej traumy. Wprowadzenie pojęcia wtórnego stresu traumatycznego poprzedzało określenie „zmęczenie współczuciem” (*Compassion Fatigue*). Termin ten został wprowadzony przez Figleya początkowo w odniesieniu do pielęgniarek, a następnie rozszerzony na terapeutów i innych przedstawicieli zawodów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Figley założył, że to właśnie ci profesjonalści jako pierwsi próbują ukoić ból i cierpienie osób, które doświadczyły traumy, jednak pomagając innym, sami stają się jej ofiarami [2].

Innym często stosowanym określeniem w odniesieniu do tego zjawiska jest „zastępcza/wtórna traumatyzacja” (*Vicarious/Secondary Traumatization*). Jak wskazują McCann i Pearlman [3], termin ten odnosi się do opisu zmian w postrzeganiu świata występujących w wyniku empatycznego angażowania się w pomaganie klientom, którzy doznali traumy. Pojęcie zastępczej traumatyzacji akcentuje zmiany w zakresie schematów poznawczych i procesu przystosowania się. Najczęściej jednak badacze posługują się terminem „wtórny stres traumatyczny”, a jego objawy, zgodnie z klasyfikacją DSM-5 [4], odzwierciedlają symptomy PTSD obejmujące intruzje, unikanie, negatywne zmiany w poznaniu i emocjach oraz zwiększone pobudzenie i reaktywność. Z tego też względu STS określany jest także jako wtórne PTSD.

Prowadzone na tym polu badania [5–7] wskazują, że wśród profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych wysokie nasilenie objawów wtórnego stresu traumatycznego ujawniają przede wszystkim przedstawiciele personelu medycznego.

### **Poznawcze przetwarzanie traumy a wtórny stres traumatyczny**

Wśród czynników, które mogą warunkować występowanie wtórnego stresu traumatycznego, szczególną rolę przypisuje się poznawczemu przetwarzaniu traumy. Proces poznawczego przetwarzania traumy odnosi się głównie do integrowania informacji o doświadczonym zdarzeniu z posiadanymi i ukształtowanymi wcześniej schematami poznawczymi i dopasowania się do nowej, zmienionej w wyniku doznanej traumy rzeczywistości i jest traktowany jako mechanizm wyjaśniający rozwój PTSD [8–11].

Poznawcze przetwarzanie traumy jest często wyrażane w postaci obieranych przez jednostkę poznawczych strategii radzenia sobie z doznanymi zdarzeniami traumatycznymi. Stosowane strategie radzenia sobie z traumą mogą mieć charakter zarówno negatywny (np. żal czy zaprzeczanie), jak i pozytywny (m.in. poznawcza restrukturyzacja czy rozwiązanie/akceptacja). Strategie negatywne sprzyjają rozwojowi i podtrzymywaniu objawów PTSD, z kolei strategie pozytywne zdają się chronić przed rozwojem PTSD lub zmniejszać nasilenie objawów tego zespołu [11]. Na istotne znaczenie negatywnych poznawczych strategii zaradczych w rozwoju i podtrzymywaniu negatywnych skutków traumy wskazują opracowane modele PTSD [8, 12].

Przeprowadzone – choć wciąż nieliczne – badania potwierdzają dodatni związek między negatywnymi strategiami radzenia sobie a wtórnym stresem traumatycznym u profesjonalistów narażonych na wtórną traumę. W grupie profesjonalistów pomagających uchodźcom [13] wykazano, że predykcyjną rolę dla objawów STS (głównie intruzji, negatywnych zmian w poznaniu i emocjach oraz zwiększonego pobudzenia i zwiększonej reaktywności) odgrywają strategie oparte na unikaniu. Wśród śledczych zajmujących się przestępstwami wobec dzieci [14] ujawniono pozytywny związek STS z zaprzeczaniem. Polskie badania personelu medycznego ekspozowanego na wtórną traumę, w których wykorzystano polską adaptację *Cognitive Processing of Trauma Scale* [7], dostarczyły danych potwierdzających predykcyjną rolę dla STS dwóch strategii, tj. żalu (związek dodatni) i rozwiązania/akceptacji (związek ujemny). Z innych polskich badań [15] wynika, że żal jest głównym dodatnim predyktorem STS w grupie księży, a żal i zaprzeczanie pełniły funkcję predyktorów STS w grupie terapeutów, choć należy dodać, że udział tych strategii w predykcji STS był niewielki. Badania przeprowadzone wśród terapeutów pracujących z ofiarami przemocy [16] ujawniły dodatnie związki STS z trzema (z pięciu) strategiami, którymi były zaprzeczanie, żal i porównywanie w dół. Ponadto strategie żalu i porównywania w dół okazały się mediatorami w relacji między jednym z aspektów empatii, tj. empatyczną troską, a STS.

Przy czym nie tylko poznawcze strategie, ale także inne rodzaje podejmowanej aktywności zaradczej mogą wiązać się z nasileniem STS. Badania przeprowadzone przez Manning-Jones i wsp. [5] wśród pięciu grup profesjonalistów zajmujących się zdrowiem osób po doświadczeniach traumatycznych dostarczyły danych wskazujących, że takie strategie, jak dbanie o siebie oraz otrzymywanie pomocy od przyjaciół i rodziny, były negatywnymi predyktorami STS. Autorzy ci podkreślają, że niezbędne są dalsze badania uwzględniające różne grupy profesjonalistów oraz, biorąc pod uwagę specyfikę ich pracy, dokonywanie porównań między nimi w zakresie ciężkości STS oraz czynników warunkujących jego nasilenie.

### Cel badań

Celem podjętych badań było ustalenie roli poznawczych strategii zaradczych, traktowanych jako wskaźniki poznawczego przetwarzania traumy, w występowaniu objawów wtórnego stresu traumatycznego u profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Założono, że przedstawiciele poszczególnych grup zawodowych ekspozowanych na wtórną traumę będą różnić się między sobą

zarówno w zakresie nasilenia STS, jak i stosowanych strategii zaradczych. Przyjęto także, że niezależnie od badanej grupy profesjonalistów to przede wszystkim strategię wchodzące w zakres negatywnego przetwarzania poznawczego będą dodatkowo powiązane z nasileniem wtórnego stresu traumatycznego.

### Material

W badaniach uczestniczyli profesjonalści pracujący z osobami po różnego rodzaju doświadczeniach traumatycznych, wśród których dominowały wypadki (głównie komunikacyjne), przemoc, zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną i nagła śmierć kogoś bliskiego. Badania były prowadzone w kilku ośrodkach w Polsce, w tym w ośrodkach interwencji kryzysowej, placówkach opieki społecznej, sądach i szpitalach. Udział w badaniach miał charakter dobrowolny i anonimowy. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę komisji bioetyki.

Spośród objętych badaniami 580 osób narażonych na wtórną traumatyzację do analiz zakwalifikowano wyniki 500 respondentów, którzy kompletnie wypełnili przekazane im kwestionariusze. Byli to przedstawiciele pięciu grup zawodowych, czyli: terapeuci świadczący pomoc psychologiczną ( $n = 80$ ; 13,8% – mężczyźni, 86,2% – kobiety), ratownicy medyczni ( $n = 120$ ; 61,7% – mężczyźni, 38,3% – kobiety), personel pielęgniarski zatrudniony na oddziałach powypadkowych i pracujący w opiece paliatywnej ( $n = 65$ ; 9,2% – mężczyźni, 90,8% – kobiety), pracownicy socjalni ( $n = 95$ ; 4,2% – mężczyźni, 95,8% – kobiety) oraz kuratorzy sądowi ( $n = 140$ ; 16,4% – mężczyźni, 83,6% – kobiety). Kryterium włączenia do badań była stała praca polegająca na pomaganiu osobom po doświadczeniach traumatycznych.

Większość w grupie badanej stanowiły kobiety (76,4%). Średnia wieku, która dla całej grupy badanych wynosiła 44,09 roku ( $SD = 9,85$ ), oraz (liczony w latach) średni staż pracy ( $M = 15,94$ ;  $SD = 10,0$ ) okazały się najwyższe w grupie kuratorów sądowych, najniższe zaś wśród terapeutów. Liczba godzin przeznaczonych w tygodniu na pracę z osobami po doświadczeniach traumatycznych ( $M = 32,95$ ;  $SD = 22,22$ ) była największa wśród ratowników medycznych, a najniższa w grupie terapeutów.

### Metoda

W badaniach zastosowano ankietę zawierającą pytania o płeć, wiek, staż pracy w zawodzie oraz liczbę godzin przeznaczonych w tygodniu na pracę z osobami po doświadczeniach traumatycznych, a także dwa standardowe narzędzia pomiaru, tj. *Inwentarz wtórnego stresu traumatycznego* oraz *Skalę poznawczego przetwarzania traumy*.

*Inwentarz wtórnego stresu traumatycznego* (IWST) jest zmodyfikowaną wersją polskiej adaptacji [17] *Listy objawów PTSD (PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5)*, której autorami są Weathers i wsp. [18]. Inwentarz jest narzędziem samooceny przeznaczonym do badania osób, które udzielają pomocy ludziom po doświadczeniach traumatycznych. Podobnie jak PCL-5 składa się z 20 stwierdzeń („W jakim stopniu występowały u Pana/Pani powtarzające się, przykre i niechciane wspomnienia stresujących zdarzeń klientów”), opisujących podstawowe objawy zaliczane do 4 kryteriów

PTSD, czyli: B. „Intruzja”, C. „Uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą”, D. „Negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej” oraz E. „Wzmoczone pobudzenie i reaktywność”. Zgodnie z instrukcją badany wskazuje, w jakim stopniu wymienione reakcje wystąpiły u niego w ciągu ostatniego miesiąca w związku z udzieloną pomocą osobom po doświadczeniach traumatycznych, oceniając je na 5-stopniowej skali (od 0 – „wcale”, poprzez 1 – „nieznacznie”, 2 – „umiarkowanie”, 3 – „znacznie”, do 4 – „bardzo mocno”). Wynik równy 33 punkty i powyżej wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo psychometrycznej diagnozy wystąpienia wtórnego stresu traumatycznego. Narzędzie ma bardzo dobre właściwości psychometryczne; współczynnik  $\alpha$  Cronbacha jest bardzo wysoki i wynosi 0,95.

*Skala poznawczego przetwarzania traumy (Cognitive Processing of Trauma Scale – CPOTS)*, której autorami są Williams, Davis i Millsap [11], została zaadaptowana do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [19]. Narzędzie składa się z 17 stwierdzeń („Ostatecznie w tym doświadczeniu jest więcej dobrego niż złego”) i mierzy pięć aspektów przetwarzania poznawczego: (1) „Porównywanie w dół”, (2) „Pozytywną restrukturyzację poznawczą”, (3) „Rozwiązanie/akceptację”, (4) „Żal” i (5) „Zaprzeczanie”. Trzy pierwsze składają się na tzw. pozytywne przetwarzanie poznawcze, z kolei dwa ostatnie stanowią negatywne przetwarzanie poznawcze. Osoby badane ustosunkowują się do każdego stwierdzenia na 7-stopniowej skali (od -3 – „zdecydowanie się nie zgadzam” do 3 – „zdecydowanie się zgadzam”). Wynik dla każdej ze skal liczony jest oddzielnie. Rzetelność polskiej wersji CPOTS, oceniona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, jest zadowalająca. Uzyskane współczynniki wynoszą od 0,89 do 0,56. W badaniach wykorzystano wersję dostosowaną do badania osób pośrednio narażonych na traumę.

## Wyniki

W kolejnych krokach analizy danych ustalono średnie analizowanych zmiennych, tj. stosowanych strategii radzenia sobie z traumą i wtórnego stresu traumatycznego, współczynniki korelacji między zmiennymi, a następnie sprawdzono, które strategie zaradcze pełnią funkcję predyktorów wtórnego stresu traumatycznego w poszczególnych grupach profesjonalistów.

Do analiz wykorzystano testy parametryczne, w tym jednoczynnikową analizę wariancji (oraz test *post-hoc* Tukeya do ustalenia istotności różnic między średnimi), korelacje Pearsona i analizę regresji (wersja krokowa, postępująca). Średnie wartości analizowanych zmiennych przedstawiono w tabelach 1 i 2.

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe stosowanych strategii zaradczych w poszczególnych grupach profesjonalistów

Grupy	Strategie zaradcze									
	1		2		3		4		5	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1.	16,55	2,86	5,96	4,37	12,87	4,91	5,96	4,37	1,90	2,55

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

2.	19,70	2,76	8,47	3,66	12,66	4,99	8,47	3,66	9,63	4,47
3.	19,89	2,99	9,26	3,51	13,17	4,43	9,26	3,51	8,60	4,55
4.	18,89	3,08	7,67	3,95	12,60	4,73	7,67	3,95	7,43	4,32
5.	18,91	3,41	7,03	4,35	13,38	5,22	7,03	4,37	3,92	3,48
	F(4,495) = 9,36 p < 0,001 1 < 2-5		F(4,495) = 8,17 p < 0,01 1 < 2,3,4 2,3 > 5		F(4,495) = 0,52, ni		F(4,495) = 8,17 p < 0,001 1 < 2,3,4 2,3 > 5		F(4,495) = 66,62 p < 0,001 1 < 2-5 2 > 4,5 3,4 > 5	

Grupy: 1. Terapeuci; 2. Ratownicy medyczni; 3. Personel pielęgniariski; 4. Pracownicy socjalni; 5. Kuratorzy sądowi.

Strategie zaradcze: 1. Porównywanie w dół; 2. Pozytywna restrukturyzacja poznawcza; 3. Rozwiązanie/akceptacja; 4. Żal; 5. Zaprzeczanie.

Z danych zawartych w tabeli 1 wynika, że terapeuci przejawiają nieco niższą skłonność do poznawczego przetwarzania traumy w porównaniu z pozostałymi grupami profesjonalistów. Przejawia się to rzadszym stosowaniem takich strategii zaradczych, jak porównywanie w dół, pozytywna restrukturyzacja poznawcza, żal i zaprzeczanie.

Tabela 2. Średnie i odchylenia standardowe objawów wtórnego stresu traumatycznego w poszczególnych grupach profesjonalistów

Grupy	STS – ogółem		Cz. 1		Cz. 2		Cz. 3		Cz. 4	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
1.	11,55	11,43	3,19	3,01	0,94	1,23	3,64	4,01	3,79	4,67
2.	31,92	18,28	7,77	4,71	3,09	2,07	10,7	6,80	10,3	5,97
3.	28,21	15,43	7,68	4,43	3,43	2,18	8,66	5,60	8,45	5,49
4.	25,31	13,64	6,88	4,18	2,92	1,93	7,66	5,28	7,84	5,06
5.	22,0	13,38	6,25	3,76	3,15	2,07	5,76	4,67	6,84	5,34
	F(4,495) = 25,3; p < 0,001 1 < 2-5 2,3 > 4,5		F(4,495) = 17,77; p < 0,001 1 < 2-5 2 > 5		F(4,495) = 21,86; p < 0,001 1 < 2-5		F(4,495) = 25,48; p < 0,001 1 < 2-4 2 > 4,5 3 > 5		F(4,495) = 18,84; p < 0,001 1 < 2-5 2 > 4,5	

Grupy: 1. Terapeuci; 2. Ratownicy medyczni; 3. Personel pielęgniariski; 4. Pracownicy socjalni; 5. Kuratorzy sądowi.

Czynniki: 1. Intruzje; 2. Unikanie; 3. Negatywne zmiany w poznaniu i emocjach; 4. Zwiększone pobudzenie i reaktywność.

Ogólny wynik wtórnego stresu traumatycznego dla całej badanej grupy wyniósł 24,14 ( $SD = 16,11$ ). Jednocześnie należy zaznaczyć, że poszczególne grupy profesjonalistów różnią się istotnie statystycznie w zakresie nasilenia STS. Najniższe zanotowano u terapeutów, najwyższe zaś u personelu medycznego. Biorąc pod uwagę ustalony dla IWST punkt odcięcia (33 punkty), ustalono, że 29% ogółu badanych profesjonalistów ujawnia wysokie nasilenie objawów wtórnego stresu traumatycznego. Z kolei w odniesieniu do poszczególnych grup profesjonalistów nasilenie STS równe lub wyższe niż 33 punkty, wskazujące na wysokie prawdopodobieństwo diagnozy wtórnego PTSD, wykazano u 7,5% terapeutów, 45,8% ratowników medycznych, 40% personelu pielęgniarskiego, 27,4% pracowników socjalnych i 22,9% kuratorów sądowych.

Sprawdzono także, czy takie zmienne, jak płeć, wiek, staż pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych oraz liczba godzin przeznaczana w ciągu tygodnia na bezpośrednią pomoc ofiarom traumy są powiązane z nasileniem ogólnego wyniku IWST w całej badanej grupie profesjonalistów. Te dwie ostatnie zmienne były traktowane jako wskaźniki wtórnej ekspozycji na traumę. Płeć nie różnicowała nasilenia STS (mężczyźni:  $M = 26,69$ ;  $SD = 17,89$ ; kobiety:  $M = 23,63$ ;  $SD = 15,46$ ;  $t = 1,95$ ). Wiek badanych również nie wiązał się istotnie statystycznie z nasileniem STS ( $r = 0,09$ ). Natomiast staż pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych był istotnie skorelowany z nasileniem STS ( $r = 0,29$ ;  $p < 0,001$ ), podobnie jak liczba godzin pracy w tygodniu ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,001$ ).

W następnym kroku, wykorzystując współczynniki korelacji Pearsona, ustalono związek między poznawczymi strategiami radzenia sobie a nasileniem objawów wtórnego stresu traumatycznego w poszczególnych grupach profesjonalistów. Wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji między poznawczymi strategiami radzenia sobie a wtórnym stresem w poszczególnych grupach profesjonalistów

Grupy	Strategie zaradcze				
	1	2	3	4	5
Terapeuci (n = 80)					
STS – ogółem	0,22*	0,06	0,06	0,44***	0,30**
intruzje	0,32**	0,17	0,17	0,35***	0,30**
unikanie	0,17	0,20*	0,22*	0,16	0,14
negatywne zmiany w poznaniu i emocjach	0,10	-0,06	-0,06	0,46***	0,26*
zwiększone pobudzenie i reaktywność	0,20*	0,04	0,04	0,42***	0,29**
Ratownicy medyczni (n = 120)					
STS – ogółem	0,25**	0,11	-0,12	0,52***	0,52***
intruzje	0,27**	0,09	-0,08	0,44***	0,47***
unikanie	0,15	0,16	-0,09	0,43***	0,45***
negatywne zmiany w poznaniu i emocjach	0,28**	0,10	-0,11	0,55***	0,54***
zwiększone pobudzenie i reaktywność	0,16	0,10	-0,13	0,47***	0,45***

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zespół pielęgniariski (n = 65)					
STS – ogółem	0,01	0,13	-0,12	0,35**	0,22
intruzje	-0,18	0,07	-0,20	0,21	0,22
unikanie	-0,08	0,15	-0,06	0,07	-0,03
negatywne zmiany w poznaniu i emocjach	0,08	0,05	-0,11	0,38**	0,30*
zwiększone pobudzenie i reaktywność	0,09	0,19	-0,03	0,39**	0,30*
Pracownicy socjalni (n = 95)					
STS – ogółem	0,26*	0,32**	0,04	0,24*	0,22*
intruzje	0,11	0,15	0,01	0,18	0,06
unikanie	0,16	0,27**	0,17	0,12	0,21*
negatywne zmiany w poznaniu i emocjach	0,30**	0,30**	-0,01	0,23*	0,29**
zwiększone pobudzenie i reaktywność	0,22*	0,32**	0,05	0,21*	0,16
Kuratorzy sądowi (n = 140)					
STS – ogółem	0,10	-0,14	-0,06	0,35***	0,36***
intruzje	-0,01	-0,12	-0,10	0,29***	0,25**
unikanie	0,02	-0,25**	0,01	0,07	0,17*
negatywne zmiany w poznaniu i emocjach	0,07	-0,14	-0,10	0,40***	0,39***
zwiększone pobudzenie i reaktywność	0,19*	0,05	0,01	0,30***	0,31***

1. Porównywanie w dół; 2. Pozytywna restrukturyzacja poznawcza; 3. Rozwiązanie/akceptacja; 4. Żal; 5. Zaprzeczanie.

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

Z danych zamieszczonych w tabeli 3 wynika, że to przede wszystkim negatywne strategie zaradcze, takie jak żal i zaprzeczanie, istotnie wiążą się z nasileniem STS wyrażanym w postaci ogólnego wyniku IWST. Najwyższe wartości współczynników korelacji między tymi strategiami a STS zanotowano wśród ratowników medycznych, nieco niższe u terapeutów, kuratorów sądowych i pracowników socjalnych. Najślabsze powiązania dotyczyły personelu pielęgniarzkiego, gdzie tylko strategia żalu wiązała się istotnie statystycznie z STS.

Warto także zwrócić uwagę na znaczenie dwóch strategii zaliczanych do pozytywnych, tj. na porównywanie w dół i pozytywną restrukturyzację poznawczą. Porównywanie w dół wiązało się dodatkowo z STS w grupie terapeutów, ratowników medycznych i pracowników socjalnych, jednakże wartości uzyskanych współczynników korelacji są niskie. Z kolei pozytywna restrukturyzacja poznawcza okazała się dodatkowo skorelowana z nasileniem STS wśród pracowników socjalnych. Jediną strategią, która nie wykazała żadnych powiązań z ogólnym wynikiem IWST, jest rozwiązywanie/akceptacja.

W kolejnym kroku analizy danych ustalono, które strategie zaradcze odgrywają rolę predyktorów w poszczególnych grupach profesjonalistów. Wyniki przedstawia tabela 4.



Tabela 4. Predyktory wtórnego stresu traumatycznego w poszczególnych grupach profesjonalistów

Grupy	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p <
Terapeuci (n = 80)						
Żal	0,41	0,09	1,43	0,34	4,15	0,001
Zaprzeczanie	0,20	0,10	0,63	0,40	1,92	0,05
Ratownicy medyczni (n = 120)						
Zaprzeczanie	0,31	0,10	1,27	0,42	2,99	0,01
Żal	0,31	0,10	1,34	0,45	2,96	0,01
Zespół pielęgniarstwa (n = 65)						
Żal	0,35	0,11	1,23	0,42	2,93	0,01
Pracownicy socjalni (n = 95)						
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,29	0,09	0,98	0,34	2,88	0,01
Kuratorzy sądowi (n = 140)						
Zaprzeczanie	0,26	0,08	0,99	0,32	3,07	0,01
Żal	0,25	0,08	0,91	0,30	3,01	0,01

Beta – standaryzowany współczynnik regresji; B – niestandaryzowany współczynnik regresji.

W grupie terapeutów predyktorami wtórnego stresu traumatycznego okazały się dwie strategie negatywne, tj. żal i zaprzeczanie. Jednakże ich udział w predykcji STS jest zróżnicowany. Większy udział ma strategia żalu, która wyjaśnia 19% wariacji zmiennej zależnej, podczas gdy zaprzeczanie jedynie 6%. Obydwie strategie dodatnio korelują z STS, co oznacza, że im większa skłonność do ich stosowania, tym większe nasilenie objawów STS. Obydwie wymienione strategie zaradcze pełnią także funkcję predyktorów STS w grupie ratowników medycznych, z tym że w tym wypadku udział zaprzeczania jest znacząco większy (27%) w porównaniu ze strategią żalu, która wyjaśnia zaledwie 5% wariacji zmiennej zależnej. Podobną rolę odgrywają te strategie w grupie kuratorów sądowych – zaprzeczanie wyjaśnia 12%, a żal 10% wariacji zmiennej zależnej. Żal okazał się jedynym predyktorem STS wśród zespołu pielęgniarstwa, wyjaśniając 12% wariacji zmiennej zależnej. Z kolei w grupie pracowników socjalnych predykcyjną rolę dla STS odgrywa pozytywna restrukturyzacja poznawcza, wyjaśniająca 10% wariacji zmiennej zależnej.

## Dyskusja

Praca ze strauatyzowanymi klientami u wielu profesjonalistów wywołuje objawy wtórnego stresu traumatycznego, choć jak wykazały wyniki przeprowadzonych badań, w różnym stopniu. Najsilniejsze konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę zdaje się ponosić personel medyczny, tj. zarówno ratownicy medyczni, jak i zespół pielęgniarstwa, najsłabsze zaś terapeuci. Ci ostatni ujawnili znacząco niższe nasilenie

wtórnego stresu traumatycznego w porównaniu z pozostałymi czterema uwzględnionymi w badaniu grupami profesjonalistów. Nie jest to wynik zaskakujący. Terapeuci, wśród których jest wielu psychologów, na ogół posiadają nie tylko wiedzę na temat negatywnych konsekwencji wtórnej traumy, ale też kompetencje w zakresie radzenia sobie z nią. Podobne wyniki wskazujące na niskie nasilenie STS wśród psychologów pracujących z ofiarami traumy ujawniono także w badaniach nowozelandzkich [5]. O wysokich kompetencjach terapeutów w zakresie radzenia sobie z traumą doznaną przez klientów świadczą również wyniki badań wskazujące, że ci profesjonalści, w zestawieniu z przedstawicielami innych grup zawodowych pracujących z ofiarami traumy, ujawniają istotnie większe skłonności do dostrzegania wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych, ujawnianych w postaci wtórnego wzrostu po traumie [6]. Z uzyskanych danych wynika, że takich kompetencji brakuje personelowi medycznemu. Można sądzić, że wysokie nasilenie STS wśród personelu medycznego jest efektem specyfiki wykonywanej pracy, różniącej się od pracy innych profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, a szczególnie terapeutów. Dla ratowników medycznych i zespołu pielęgniarskiego ta ekspozycja jest znacznie silniejsza, co przejawia się nie tylko większą liczbą godzin pracy, ale też codziennym obcowaniem z osobami poszkodowanymi, zbołałymi i cierpiącymi, co wyraźnie różni tę grupę profesjonalistów od terapeutów. Można przyjąć, że wysokie nasilenie STS jest efektem wyczerpywania się wykorzystywanych w procesie radzenia sobie ze stresem zasobów osobistych czy uszczuplania zasobów pracy, na co wskazują Hobfoll i wsp. [20]. Pewne znaczenie mogą tu mieć raczej niska satysfakcja z pracy oraz zwiększone ryzyko wypalenia zawodowego [21]. Należy także podkreślić, że w wypadku personelu medycznego trudno jest rozgraniczyć traumę pośrednią od bezpośredniej.

Profesjoniści pracujący z osobami po doświadczeniach traumatycznych różnią się w zakresie poznawczego przetwarzania traumy doświadczonej przez ich pacjentów/klientów, choć to zróżnicowanie jest mniejsze niż w wypadku wtórnego stresu. Terapeuci przejawiają nieco niższą skłonność do poznawczego przetwarzania traumy doznanej przez klientów w porównaniu z pozostałymi grupami profesjonalistów. Wyraża się to w rzadszym stosowaniu takich strategii zaradczych, jak porównywanie w dół, pozytywna restrukturyzacja poznawcza, żal i zaprzeczanie. I tutaj znaczenie może mieć specyfika wykonywanej pracy. Być może dla terapeutów trauma doznana przez klientów nie stanowi znaczącego wyzwania i dlatego proces poznawczego przetwarzania jest u nich słabszy. Nie można też wykluczyć, że mniejsza skłonność terapeutów do poznawczego angażowania się w przetwarzanie traumy, w tym do odczuwania żalu i zaprzeczania, może stanowić pewnego rodzaju formę obrony przed stresem. Podobną funkcję może pełnić umiejętność dystansowania się od problemów klientów, co może chronić terapeutów przed objawami wtórnego stresu traumatycznego. Ponadto terapeuci pomagają osobom, które doświadczyły różnorodnych zdarzeń traumatycznych, co może utrudniać proces poznawczego angażowania się w przetwarzanie traumy, zwłaszcza przy dużej liczbie klientów. Trzeba przy tym pamiętać, że pomagający ogólnie słabiej angażują się poznawczo w przetwarzanie traumy w porównaniu z osobami, które bezpośrednio doświadczyły zdarzeń traumatycznych [6].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazały na dodatnie związki głównie strategii negatywnych w postaci żalu i zaprzeczania z STS. Dotyczy to wszystkich analizowanych grup, co sugeruje uniwersalny charakter związku tego typu aktywności zaradczej z negatywnymi konsekwencjami wtórnej ekspozycji na traumę. Im częstsze stosowanie tych strategii, tym większe nasilenie STS. Strategie te okazały się także predyktorami STS w czterech z pięciu analizowanych grup profesjonalistów (terapeuci, ratownicy medyczni, kuratorzy sądowi i częściowo zespół pielęgniarski), choć ich udział jest zróżnicowany. Żal wyjaśniał najwięcej wariancji STS (19%) wśród terapeutów, natomiast zaprzeczanie (27%) w grupie ratowników medycznych.

Warto przy tym zwrócić uwagę na znaczenie pozytywnych strategii zaradczych w kontekście STS. U pracowników socjalnych jedynym predyktorem okazała się strategia pozytywnej restrukturyzacji poznawczej, wyjaśniająca 10% wariancji zmiennej zależnej. Porównywanie w dół było dodatnio – choć słabo – powiązane z STS w trzech grupach profesjonalistów (terapeuci, ratownicy medyczni i pracownicy socjalni), choć nie odgrywało roli predyktora. Sugeruje to wszakże, że porównywanie pozycji własnej z osobami, które są w gorszej sytuacji, może sprzyjać występowaniu negatywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę, co podważa znaczenie tej strategii jako formy pozytywnego przetwarzania poznawczego traumy. Lecz akurat ta strategia w wersji oryginalnej narzędzia [11] wykazuje najniższą rzetelność. Jediną strategią, która nie wiąże się z nasileniem STS, jest rozwiązanie/akceptacja, a ona z kolei, podobnie jak pozytywna restrukturyzacja poznawcza, co wynika z innych badań, sprzyja występowaniu wtórnego wzrostu po traumie [6].

Ogólnie uzyskane wyniki w znacznym stopniu potwierdzają modele opracowane zarówno dla PTSD [8], jak i STS [12]. Są także zgodne z założeniami Williams i wsp. [11], wedle których strategie wchodzące w zakres negatywnego przetwarzania poznawczego sprzyjają występowaniu PTSD.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Miały one charakter przekrojowy, co nie pozwala na wnioskowanie o zależnościach przyczynowo-skutkowych. W badaniach nie analizowano typów doświadczonych przez pacjentów/klientów zdarzeń. Nie uwzględniono także własnych doświadczeń traumatycznych, które mogły wystąpić u badanych profesjonalistów. W analizie wyników nie wzięto pod uwagę innych zmiennych, w tym socjodemograficznych i wskaźników pośredniej ekspozycji na traumę, takich jak staż pracy czy liczba godzin pracy w tygodniu przeznaczana na bezpośrednią pomoc osobom poszkodowanym.

Pomimo wskazanych ograniczeń wyniki przeprowadzonych badań wnoszą nowe treści w zakres powiązań między poznawczym przetwarzaniem traumy a negatywnymi konsekwencjami wtórnej ekspozycji na traumę. Ich niewątpliwym walorem jest uwzględnienie kilku grup profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych (i co za tym idzie – duża liczba badanych) oraz wykorzystanie stosunkowo nowych narzędzi pomiaru, w tym *Inwentarza wtórnego stresu traumatycznego* opartego na klasyfikacji PTSD według DSM-5. Opisane badania mogą stanowić inspirację do dalszych badań, w których należałoby uwzględnić również inne wskaźniki poznawczego przetwarzania traumy, takie jak ruminowanie o doświadczonych przez klientów zdarzeniach czy zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Zasadne

wydają się też badania o charakterze podłużnym pozwalające na uchwycenie zmian w zakresie objawów STS.

Niniejsze badania mogą ponadto zostać wykorzystane w praktyce do opracowania programów profilaktycznych mających na celu zapobieganie STS lub programów interwencyjnych przeznaczonych dla osób, u których takie objawy już wystąpiły, co szczególnie dotyczy personelu medycznego, ale i pracowników socjalnych czy kuratorów sądowych. Wypadałoby w nich uwzględnić rozszerzenie kompetencji w zakresie radzenia sobie z traumą, przede wszystkim przez rzadsze korzystanie z negatywnych strategii zaradczych, ale też przez zachęcanie do korzystania ze wsparcia społecznego oraz praktyk dbania o siebie, na co zwraca uwagę wielu badaczy [6, 21, 22]. Rozszerzenie kompetencji zaradczych u profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych mogłoby nie tylko zmniejszyć nasilenie negatywnych, ale także zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę.

### Wnioski

Na podstawie wyników przeprowadzonych badań można sformułować następujące wnioski:

1. Profesjonaliści pracujący z osobami po doświadczeniach traumatycznych ponoszą koszty tej pracy w postaci objawów wtórnego stresu traumatycznego. W największym stopniu dotyczy to personelu medycznego, w najmniejszym terapeutów.
2. Badani profesjonaliści reprezentujący pięć grup zawodowych różnią się w zakresie tendencji do poznawczego przetwarzania traumy; terapeutyci w porównaniu z pozostałymi grupami (ratownicy medyczni, zespół pielęgniarstwa, pracownicy socjalni, kuratorzy sądowi) w mniejszym stopniu stosują takie strategie, jak żal i zaprzeczanie.
3. Z wtórnym stresem są powiązane dodatkowo przede wszystkim strategie negatywne, tj. żal i zaprzeczanie, ale także – choć w mniejszym stopniu – porównywanie w dół i pozytywna restrukturyzacja poznawcza.
4. Predykcijną rolę dla STS, niezależnie od badanej grupy profesjonalistów (poza grupą pracowników socjalnych), odgrywają strategie żalu i zaprzeczania.
5. Istnieje potrzeba objęcia pomocą psychologiczną profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, zwłaszcza personelu medycznego.

### Piśmiennictwo

1. 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.
2. 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.

3. 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.
4. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>th</sup> ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
5. 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.
6. 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.
7. 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>
8. Ehlers A, Clark DM. *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. Behav. Res. Ther. 2000; 38(4): 319–345.
9. Horowitz MJ. *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson Inc; 1976.
10. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: The Free Press; 1992.
11. Williams RM, Davis MC, Millsap RE. *Development of the cognitive processing of trauma scale*. Clin. Psychol. Psychother. 2002; 9(5): 349–360. <https://doi.org/10.1002/cp>
12. Dutton MA, Rubinstein FL. *Working with people with PTSD: Research implications*. W: Figley C. red. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers; 1995. S. 82–100.
13. Vukčević-Marković M, Živanović M. *Coping with secondary traumatic stress*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022; 19(19): 12881. doi: 10.3390/ijerph191912881
14. 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.
15. 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. doi: 10.1007/s10943-021-01443-y
16. 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>
17. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z, Lis-Turlejska M, Merecz-Kot D. *Polska adaptacja PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne*. Przegląd Psychologiczny 2018; 61(2): 281–285.
18. Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri P, Marx B, Schnurr P. *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. 2013. The National Center for PTSD. [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov) (dostęp: 1.07.2023).
19. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Poznawcze przetwarzanie traumy – polska adaptacja the Cognitive Processing of Trauma Scale*. Rev. Psychol. 2018; 61(2): 153–187.
20. Hobfoll SE, Halbesleben J, Neveu JP, Westman M. *Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences*. Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav. 2018; 5(1): 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
21. Hricova 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>

22. Molnar BE, Sprang G, Killian KD, Gottfied R, Emery V, Bride BE. *Advancing science and practice for vicarious/secondary traumatic stress: A research agenda*. *Traumatology* 2017; 23(2): 120–142.

Adres: Nina Ogińska-Bulik  
Uniwersytet Łódzki  
Instytut Psychologii  
e-mail: janina.oginska@uni.lodz.pl

Otrzymano: 20.01.2023  
Zrecenzowano: 24.02.2023  
Otrzymano po poprawie: 27.02.2023  
Przyjęto do druku: 12.03.2023