

Paulina Michalska

Uniwersytet Łódzki, Zakład Psychologii Zdrowia

<https://orcid.org/0000-0003-2179-0307>

WYZNACZNIKI WTÓRNEGO STRESU TRAUMATYCZNEGO WŚRÓD TERAPEUTÓW

Streszczenie

Wprowadzenie: U profesjonalistów pracujących z osobami, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych, mogą pojawić się negatywne konsekwencje prowadzonych terapii w postaci wtórnego stresu traumatycznego (STS). Celem badań było ustalenie wyznaczników negatywnych skutków pośredniej ekspozycji na traumę wśród terapeutów.

Materiał i metody: Analizie poddano wyniki badań 76 terapeutów w wieku 26–58 lat ($M = 37,87$; $SD = 7,36$). W badaniach wykorzystano Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego, Skalę Wrażliwości Empatycznej, Skalę Pomiaru Prężności, Inwentarz Podstawowych Przekonań, Skalę Poznawczego Przetwarzania Traumatycznego oraz Skalę Wsparcia Społecznego.

Wyniki: Uzyskane rezultaty wykazały pozytywne związki między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach, strategią żalu i zaprzeczania oraz wszystkimi wymiarami empatii a STS. Prężność oraz wsparcie otrzymywane od współpracowników i znajomych korelowało negatywnie z STS. Głównym predyktorem objawów STS w badanej grupie terapeutów są zakłócenia w podstawowych przekonaniach. W przewidywaniu wystąpienia objawów STS ma również udział jedna z negatywnych strategii radzenia sobie z traumą, tj. zaprzeczanie (związek dodatni), oraz jeden ze wskaźników empatii, tj. osobista przykrość (związek dodatni).

Wnioski: Istotne wydaje się uwzględnianie zasobów osobistych oraz zmiennych poznawczych w projektowaniu szkoleń podnoszących kwalifikacje osób pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, działań

samopomocowych czy superwizyjnych w celu zapobiegania pojawianiu się objawów STS.

Słowa kluczowe: wtórny stres traumatyczny, terapeuci, empatia, wsparcie społeczne, poznawcze przetwarzanie

Determinants of negative effects of indirect exposure to trauma among therapists

Abstract

Introduction: Professionals working with trauma victims may experience negative consequences of ongoing therapies in the form of secondary traumatic stress (STS). The aim of this study was to determine the predictors of secondary traumatic stress among therapists.

Material and methods: Results from 76 therapists aged 26–58 years ($M = 37.87$; $SD = 7.36$) were analysed. The Secondary Traumatic Stress Inventory, the Empathic Sensitivity Scale, the Resiliency Measurement Scale, the Core Beliefs Inventory, the Cognitive Processing of Trauma Scale and the Social Support Scale were used in the study.

Results: Results showed positive associations between disruptions of core beliefs, regret and denial strategies, all empathy dimensions and STS. Resiliency and support received from colleagues and friends correlated negatively with STS. The main predictor of STS symptoms in the study group of therapists was disruptions of core beliefs. One of the negative trauma coping strategies, i.e. denial (positive association), and one of empathy indicators, i.e. personal distress (positive association), are also involved in predicting the occurrence of STS symptoms.

Conclusions: It seems important to take into account personal resources and cognitive variables in the design of upskilling trainings for professionals working with people after traumatic experiences, self-help activities, or supervisions in order to prevent the appearance of STS symptoms.

Key words: secondary traumatic stress, therapists, empathy, social support, cognitive processing

Wprowadzenie

W ostatnich latach rozpoczęto prowadzenie badań nad konsekwencjami, jakie dla zdrowia psychospołecznego profesjonalistów niesie praca z klientami/pacjentami. Wydaje się, iż grupą szczególnie narażoną na zakłócenia funkcjonowania są profesjonaliści zajmujący się pracą z klientami/pacjentami po doświadczeniach traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Oprócz ryzyka szeroko opisanego

w literaturze wypalenia zawodowego, jako konsekwencji stresu w pracy specjaliści pracujący z traumą mogą być także narażeni na wystąpienie zjawiska wtórnego stresu traumatycznego (*secondary traumatic stress*, STS) (Figley 1999; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020).

Wtórny stres traumatyczny charakteryzowany jest jako pewien zespół objawów pojawiający się u osób narażonych na obserwację ludzi, którzy bezpośrednio doświadczyli traumy lub cierpienia oraz na bliski kontakt z nimi (Arnold i in. 2005; Manning-Jones, de Terte, Stephens 2015; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Samo pojęcie STS zostało spopularyzowane przez Charlesa Figleya (1995, 1999), który określał to zjawisko jako „stres związany z pomaganiem”. Objawy STS podobne są do tych, które tworzą kliniczny obraz zespołu stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD), czyli do intruzji, unikania, pobudzenia oraz negatywnych zmian w sferze emocjonalnej i poznawczej (American Psychiatric Association 2013).

Na występowanie STS jako konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę narażonych jest wiele grup profesjonalistów, w tym personel medyczny, pracownicy socjalni czy kuratorzy sądowi, a także psychologowie i psychoterapeuci (Manning-Jones, de Terte, Stephens 2016, 2017; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020; Rayner i in. 2020; Zhang i in. 2023). Ostatnia grupa zawodowa, ze względu na zwiększające się zapotrzebowanie na psychologiczną pomoc w dobie kryzysu zdrowia psychicznego i tym samym większe obciążenie pracą, zasługuje na szczególną uwagę.

Psychoterapia oraz pomoc psychologiczna udzielana w różnej formie są interaktywnym oraz relacyjnym procesem wpływającym zarówno na klienta, jak i na osobę świadczącą profesjonalną pomoc (Cierpiałkowska, Sęk 2016; Czabała, Kluczyńska 2015). Proces ten wymaga od osoby udzielającej pomocy dużego zaangażowania, uważności oraz inwestowania zasobów psychologicznych. Badacze wskazują na pewne aspekty pracy terapeutycznej, które wydają się pełnić rolę istotnych czynników ryzyka transmisji traumy. Mowa tu o przeciwprzeniesieniu, które szczególnie w pracy z jednostką po doświadczeniu traumy ujawnia się jako zjawisko niezwykle złożone i niekiedy utrudniające obiektywny terapeutyczny kontakt, oraz o empatycznym uwikłaniu, które może skutkować nadmierną identyfikacją lub idealizacją klienta/pacjenta i tym samym wpływać

negatywnie na bezpieczną dla terapeuty reakcję empatyczną (Arnold i in. 2005; Figley 1995). Ponadto angażowanie się w pomoc osobom bezpośrednio doświadczającym wydarzenia traumatycznego może skutkować konfrontacją z bezradnością i bezsilnością oraz przyczynić się do wykształcenia zakłóceń w istniejących poznawczych schematach na temat siebie, świata i innych ludzi, wspierając tym samym proces przenoszenia reakcji traumatycznych z klienta/pacjenta na terapeutę (Kezić i in. 2006; McCann, Pearlman 1990; Pearlman, Sakvitne 1995). Należy tu podkreślić, iż niektóre omówione zjawiska pojawiają się również jako nieodłączne i pożądane elementy procesu terapeutycznego. Zasadne zatem wydaje się poszukiwanie innych czynników, które pozostając w relacji z wyżej wymienionymi, wpłynąć mogą na doświadczenie STS. Modele STS wskazują, iż czynników tych można szukać wśród zasobów psychologicznych, takich jak: prężność, empatia, wsparcie społeczne oraz zmienne poznawcze (Figley 1995; Dutton, Rubinstein 1995; Ehlers, Clark 2000; Rauvola, Vega, Lavigne 2019)

Zasoby psychologiczne a wtórny stres traumatyczny

Prężność traktowana w kategorii zasobu osobistego może być opisana jako pewna zdolność jednostki do elastycznej adaptacji do ciągle zmieniających się wymagań życiowych. Bywa uznawana jako istotny zasób sprzyjający zdrowiu, a także czynnik chroniący przed rozwojem negatywnych skutków traumy (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020; Ogińska-Bulik, Michalska 2021). Badania Stacey Diane Arañez Litam, Clarka D. Ausloosa i Johna J.S. Harrichanda (2021) prowadzone z udziałem specjalistów zdrowia psychicznego, w tym certyfikowanych psychoterapeutów, wykazały negatywne związki między prężnością a objawami STS. W literaturze dostępnych jest niewiele badań analizujących związki STS z prężnością. Wydaje się, iż prężność odgrywa istotniejszą rolę w przewidywaniu pozytywnych skutków wtórnej traumy aniżeli jej negatywnych następstw (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020).

Empatia rozumiana jest jako właściwość osobowości lub zasób psychologiczny, który umożliwia człowiekowi reagowanie na doświadczenie innej osoby i tym samym sprzyja pomaganiu (Davis 1999; Kaźmierczak, Płopa, Retowski 2007). Mark H. Davis (1999)

wyróżnił dwa aspekty empatii: emocjonalny oraz poznawczy. Poznawczy aspekt wyraża się w przyjmowaniu perspektywy, czyli zdolności do rozumienia punktu widzenia drugiej osoby. Emocjonalny aspekt ujawnia się w postaci empatycznej troski, czyli umiejętności współodczuwania w stosunku do jednostek dotkniętych cierpieniem, oraz w osobistej przykrości, a więc w pewnej dyspozycji do odczuwania nieprzyjemnych emocji, bólu, cierpienia, dyskomfortu w odpowiedzi na trudności przeżywane przez drugą osobę. Podążając za tym, można stwierdzić, iż empatyczna reakcja skutkuje niekiedy doświadczeniem dużego stresu. Empatia bywa zatem uznawana za istotny czynnik biorący udział w transmisji traumy, zwiększający prawdopodobieństwo pojawienia się jej negatywnych skutków, także u specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, w tym psychologów i psychoterapeutów (Figley 2002; MacRitchie, Leibowitz 2010; Rayner i in. 2020; Zhang i in. 2023). Dane dostępne w literaturze wskazują na zróżnicowany wpływ poszczególnych aspektów empatii na rozwój STS. Badania Oliviera Laverdière'a, Johna S. Ogródniczuka i Davida Kealy'ego (2019) wskazały, iż psychologowie i psychoterapeuci odczuwający osobistą przykrość w związku z sytuacją klienta/pacjenta ujawniali wyższe nasilenie objawów STS. Podobnie w badaniach prowadzonych z udziałem różnych grup specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym emocjonalne aspekty empatii okazały się pozytywnie powiązane z objawami STS (Duarte, Pinto-Gouveia, Cruz 2016; Gleichgerrcht, Decety 2013; Ogińska-Bulik, Juczyński, Michalska 2020). Rolę czynnika ochronnego lub zmniejszającego prawdopodobieństwo pojawienia się STS zdaje się pełnić aspekt poznawczy (Thomas, Otis 2010; Wagaman i in. 2015).

Wsparcie społeczne można zdefiniować jako pewien rodzaj interakcji społecznej podejmowanej przez jedną lub dwie strony w sytuacji problemowej, w której następuje wymiana pomocy (Sęk 2004). Analizując zmienną wsparcia społecznego, należy wspomnieć o wielu jego podziałach, m.in. ze względu na rodzaj (otrzymywane, spostrzegane), formy (instrumentalne, informacyjne, emocjonalne) oraz źródła (przełożeni, współpracownicy, rodzina, znajomi spoza pracy). Dane dostępne w literaturze pokazują, iż pracownicy zajmujący się zdrowiem, w tym psychologowie i psychoterapeuci, posiadający wsparcie społeczne, doświadczają mniej objawów STS

(Manning-Jones i in. 2016; Rzeszutek, Partyka, Gołąb 2015). Podobne dane płyną z badania australijskich psychologów, gdzie zaobserwowano negatywny związek między wsparciem społecznym otrzymywanym od przyjaciół i rodziny a negatywnymi skutkami wtórnej traumy (Diehm, Mankowitz, King 2019).

Poznawcze przetwarzanie traumy znajduje odzwierciedlenie w podejmowanych poznawczych działaniach zaradczych. Ich celem jest nadanie znaczenia doświadczanym przeżyciom i dostosowanie się do nowej rzeczywistości zmienionej w wyniku traumy (Janoff-Bulman 2004). Rhonda M. Williams, Mary C. Davis i Roger E. Millsap (2002) jako wskaźniki skutecznego przetwarzania traumy wymieniają pięć poznawczych strategii radzenia sobie z traumą, tj. pozytywną restrukturyzację poznawczą, porównywanie w dół, rozwiązanie/akceptację, zaprzeczanie i żal. Badania prowadzone z udziałem różnych grup specjalistów, w tym personelu medycznego, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, a także psychologów i psychoterapeutów wskazują na pozytywne związki między negatywnymi strategiami radzenia sobie z traumą, tj. zaprzeczaniem i żalem, a objawami STS (Ogińska-Bulik i in. 2021; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020; Ogińska-Bulik, Juczyński, Michalska 2020). Pozytywne strategie zaradcze zdają się mieć większe znaczenie dla pozytywnych skutków wtórnej traumy (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020).

Innym wskaźnikiem poznawczego przetwarzania traumy jest gotowość do zmiany istniejących przekonań (Juczyński, Ogińska-Bulik 2018). Mówimy tutaj o wystąpieniu pewnych zakłóceń w przekonaniach w wyniku doświadczenia wydarzenia traumatycznego, które mogą pełnić rolę mechanizmu leżącego u podłoża procesu przetwarzania informacji związanych z traumatycznym doświadczeniem (Cann i in. 2010). Na pozytywne związki między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a objawami STS wskazują badania kilku grup specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020).

Cel badania

Celem badania było ustalenie związków między czynnikami podmiotowymi (empatia i prężnością), zmiennymi poznawczymi (poznawczymi strategiami radzenia sobie z traumą i zakłóceniami

w podstawowych przekonaniach), czynnikami środowiskowymi (wsparciem społecznym otrzymywanym od przełożonych, współpracowników, rodziny i przyjaciół) a objawami STS. Ponadto w badaniu poszukiwano wyznaczników negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę. Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1: W grupie badanych terapeutów występuje zjawisko STS.

H2: Istnieje negatywny związek między prężnością, poznawczym aspektem empatii (przyjmowanie perspektywy), pozytywnymi strategiami radzenia sobie z traumą (pozytywna restrukturyzacja poznawcza, rozwiązanie/akceptacja), źródłami wsparcia społecznego a STS.

H3: Istnieje pozytywny związek między emocjonalnymi aspektami empatii (emocjonalna troska, osobista przykrość), negatywnymi strategiami radzenia sobie z traumą (zaprzeczanie, żal) oraz zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a STS.

H4: Zasoby psychologiczne (empatia) oraz zmienne poznawcze (zakłócenia w podstawowych przekonaniach, negatywne strategie poznawcze) pełnią rolę predyktorów dla STS.

Materiał i metody

Osoby badane i procedura

Badaniami objęto 76 psychologów i psychoterapeutów pracujących z klientami/pacjentami po doświadczeniach traumatycznych¹. Zakres traumatycznych stresorów był niezwykle szeroki i obejmował doświadczenie przemocy, choroby przewlekłej, śmierci bliskich osób, wypadków, niepełnosprawności, zaniedbań, działań wojennych. Badanie prowadzone było w poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach interwencji kryzysowej, ośrodkach opieki długoterminowej, placówkach oświatowych, a także w prywatnych gabinetach. Jego uczestnicy zostali poinformowani o anonimowości i dobrowolności udziału w badaniach, a po wyrażeniu zgody dostarczono im kwestionariusze. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetyki Uniwersytetu Łódzkiego. Wśród ankietowanych zdecydowaną większość stanowiły kobiety (85%) oraz psychologowie, którzy uzyskali certyfikat psychoterapeuty lub byli w trakcie certyfikacji (84%).

¹ Osoby badane pracowały także z klientami, którzy nie doświadczyli traumy.

Ponad 3/4 badanych korzystało z superwizji (84%). Wiek badanych wynosił od 26 do 58 lat ($M = 37,87$; $SD = 7,36$), staż pracy ogółem od roku do 25 lat ($M = 9,70$; $SD = 6,10$), staż pracy z osobami po doświadczeniu traumy od 2 do 22 lat ($M = 7,87$; $SD = 5,24$). Zdecydowana większość doświadczyła traumy własnej (78%).

Narzędzia

W badaniu wykorzystano ankietę własną, która zawierała dane dotyczące płci, wieku, stażu pracy ogółem, stażu pracy z traumą, doświadczenia traumy własnej, posiadanych certyfikatów oraz korzystania z superwizji, a także sześć kwestionariuszy.

1. Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego (IWST) jest polską adaptacją kwestionariusza PCL-5 zmodyfikowaną na potrzeby badania osób pomagających jednostkom po doświadczeniach traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Kwestionariusz zawiera 20 itemów odnoszących się do objawów wchodzących w skład czterech kryteriów PTSD: intruzji, zwiększonego pobudzenia i reaktywności, negatywnych zmian w zakresie poznania i/lub nastroju, unikania. Wskaźnik *alfa* Cronbacha dla IWST wyniósł 0,90 z następującymi wartościami dla poszczególnych kryteriów: 0,71; 0,85; 0,89; 0,87.
2. Skala Pomiaru Prężności (SPP-25) autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik i Zygryda Juczyńskiego (2008) służy do pomiaru prężności jako właściwości osobowości. Narzędzie zawiera 25 stwierdzeń. Oprócz wyniku ogólnego skala mierzy pięć czynników prężności: Wytrwałość i determinację w działaniu, Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancję negatywnych emocji, Tolerancję na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania, Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla skali wyniósł 0,89.
3. Skala Wrażliwości Empatycznej (SWE) jest modyfikacją Indeksu Reaktywności Interpersonalnej, opartą na teorii empatii Davisa w polskiej adaptacji Marii Kaźmierczak, Mieczysława Płopa i Sylwiusza Retowskiego (2007). SWE składa się z 28 pozycji i służy do mierzenia trzech kategorii empatii: empatycznej troski, osobistej przykrości, przyjmowania perspektywy. Pierwsze dwie kategorie

opisują empatię emocjonalną, trzecia natomiast empatię poznawczą. Badany udziela odpowiedzi na skali 5-stopniowej. Wartości *alfa* Cronbacha wynoszą: 0,78 dla empatycznej troski, 0,78 dla osobistej przykrości i 0,74 dla przyjmowania perspektywy.

4. Skala Wsparcia Społecznego stanowi część Kwestionariusza Psychospołecznych Warunków Pracy autorstwa Romana Cieślaka i Marii Widerszal-Bazyl (2000) i pozwala na ocenę wsparcia społecznego otrzymywanego w środowisku pracy od przełożonych i współpracowników oraz wsparcia poza środowiskiem pracy od rodziny i przyjaciół. Psychometryczne właściwości dla wsparcia społecznego wynoszą: przełożeni $\alpha = 0,94$; współpracownicy $\alpha = 0,92$; przyjaciele spoza pracy $\alpha = 0,89$; rodzina $\alpha = 0,89$.
5. Skala Poznawczego Przetwarzania Traumatycznej Traumatycznej (SPPT) autorstwa Williama Williamsa, Davisa i Millsapa (2002) w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2018) to kwestionariusz, który zawiera 17 pozycji i bada pięć aspektów poznawczego przetwarzania: pozytywną restrukturyzację poznawczą, porównanie w dół, rozwiązanie/akceptację, zaprzeczanie i żal. Współczynniki *alfa* Cronbacha dla poszczególnych skal wynoszą od 0,89 do 0,56. W badaniu zastosowano wersję dostosowaną do badania osób pośrednio narażonych na traumę.
6. Inwentarz Podstawowych Przekonań (IPP) autorstwa zespołu Arniego Canna (2010) zaadaptowany do warunków polskich przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2018) służy do badania zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Osoba badana określa, na ile wydarzenie naruszyło istniejące schematy poznawcze oraz przekonania i doprowadziło do ich transformacji. Skala składa się z dziewięciu stwierdzeń i pozwala na mierzenie wyniku ogólnego oraz wyników w poszczególnych czynnikach, które dotyczą przekonań na temat relacji z innymi ludźmi, własnych możliwości i przyszłości, kontrolowalności zdarzeń w świecie oraz znaczenia i wartości własnego życia. Badany udziela odpowiedzi na 6-stopniowej skali. Współczynnik *alfa* Cronbacha dla skali wynosi 0,90.

Analiza statystyczna

Badanie przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS. Do badania różnic między grupami wyznaczonymi przez zmienne

kontrolujące w zakresie zmiennej zależnej wykorzystano test t Studenta; do badania związków między zmiennymi użyto współczynników korelacji Pearsona. Predyktorów zmiennej zależnej poszukiwano, wykorzystując analizę regresji, gdzie zbudowano model wielozmiennowy, uwzględniając wszystkie zmienne objaśniające.

Wyniki

Ogólny wynik nasilenia objawów wtórnego stresu traumatycznego wśród badanych psychologów i psychoterapeutów mieści się w zakresie wyników niskich ($M = 11,01$; $SD = 11,22$; tabela 1). Płeć (mężczyźni $M = 9,00$, $SD = 5,97$; kobiety $M = 11,35$, $SD = 11,88$; $t = -0,641$, $p > 0,05$), korzystanie z superwizji (tak = $10,31$, $SD = 10,95$; nie = $14,75$, $SD = 12,40$; $t = 1,262$, $p > 0,05$) oraz doświadczenie zdarzeń traumatycznych osobiście (tak = $10,63$, $SD = 10,63$; nie = $12,35$, $SD = 13,34$; $t = -0,556$, $p > 0,05$) nie różnicują w sposób statystycznie istotny natężenia objawów STS. Pewne różnice ukazały się u specjalistów posiadających certyfikat: osoby po lub w trakcie certyfikacji ($M = 9,91$, $SD = 10,88$) ujawniają niższe nasilenie objawów STS w porównaniu z osobami nieposiadającymi certyfikatu ($M = 16,92$, $SD = 11,64$, $t = -1,931$, $p > 0,05$). Wiek ($r = -0,04$, $p > 0,05$), staż pracy ogółem ($r = 0,05$, $p > 0,05$) oraz staż pracy z traumą ($r = 0,11$, $p > 0,05$) okazały się nieistotne dla STS.

Tabela 1. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych ($N = 76$)

	M (SD)
STS	11,01 (11,22)
Prężność	74,43 (16,07)
Empatia	
Empatyczna troska	31,30 (4,66)
Osobista przykrość	18,71 (4,73)
Przyjmowanie perspektywy	28,71 (4,42)
Wsparcie społeczne	
Przełożeni	26,61 (9,05)
Współpracownicy	29,76 (6,55)
Znajomi spoza pracy	29,75 (7,01)
Rodzina	32,57 (5,80)
Zakłócenia w przekonaniach	15,43 (10,50)

	M (SD)
Poznawcze strategie radzenia sobie	
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	5,88 (4,30)
Porównywanie w dół	3,51 (3,94)
Rozwiązanie/akceptacja	12,70 (4,97)
Zaprzeczanie	2,72 (3,10)
Żal	1,97 (2,60)

STS – wtórny stres traumatyczny; M – średnia; SD - odchylenie standardowe

Źródło: opracowanie własne.

Prężność okazała się negatywnie powiązana z objawami STS ($r = -0,23$, $p < 0,05$). Podobnie negatywne korelacje ujawniły się między STS a dwoma źródłami wsparcia społecznego, tj. wsparciem od współpracowników ($r = -0,43$, $p < 0,001$) oraz wsparciem od znajomych spoza pracy ($r = -0,25$, $p < 0,01$). Wszystkie aspekty empatii, zarówno emocjonalnej (empatyczna troska, $r = 0,34$; osobista przykrość $r = 0,43$ $p < 0,001$), jak i poznawczej (przyjmowanie perspektywy, $r = 0,33$, $p < 0,001$) wykazały pozytywne związki z nasileniem negatywnych skutków wtórnej traumy. Analizując natomiast strategie wchodzące w skład poznawczego przetwarzania traumy zaobserwowano, iż dwie negatywne poznawcze strategie radzenia sobie z traumą – zaprzeczanie i żal, pozytywnie korelowały z STS, podobnie jak zakłócenia w podstawowych przekonaniach (wynik ogólny, $r = 0,62$, $p < 0,001$) (tabela 2).

Tabela 2. Współczynniki korelacji między zasobami psychologicznymi i zmienny poznawczymi a wtórnym stresem traumatycznym (N = 76)

	STS
Prężność	-0,23*
Empatia	
Empatyczna troska	0,34***
Osobista przykrość	0,43***
Przyjmowanie perspektywy	0,33***
Wsparcie społeczne	
Przełożeni	-0,16
Współpracownicy	-0,43***
Znajomi spoza pracy	-0,25**
Rodzina	-0,17
Zakłócenia w przekonaniach	0,62***

	STS
Poznawcze strategie radzenia sobie	
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,06
Porównywanie w dół	0,20
Rozwiązanie/akceptacja	0,03
Zaprzeczanie	0,35***
Żal	0,45***

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

STS – wtórny stres traumatyczny

Źródło: opracowanie własne.

Ostatni krok analizy danych wiązał się z poszukiwaniem predyktorów STS. W tym celu zbudowano model wielozmiennowy, uwzględniając w analizie regresji wszystkie zmienne objaśniające.

Wyniki przeprowadzonych badań wykazały, iż spośród wszystkich analizowanych zmiennych trzy z nich, tj. zakłócenia w podstawowych przekonaniach ($Beta = 0,51$), jedna z negatywnych strategii radzenia sobie z traumą w formie zaprzeczania ($Beta = 0,21$) oraz jeden aspekt empatii emocjonalnej, czyli osobista przykrość ($Beta = 0,21$), są predyktorami negatywnych skutków wtórnej traumy (tabela 3). Wyjaśniają one łącznie około 49% zmienności objaśnianej zmiennej. Wszystkie spośród zmiennych istotnych w modelu okazały się pełnić pozytywną rolę predykcyjną, co oznacza, iż wraz ze wzrostem wartości tych zmiennych zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia objawów STS. Najsilniejszym predyktorem negatywnych skutków wtórnej traumy okazały się zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Prężność oraz wsparcie społeczne ujawniły się jako nieistotne dla modelu.

Tabela 3. Wyznaczniki wtórnego stresu traumatycznego wśród badanej grupy terapeutów (N = 76)

	B	Błąd stand.	Beta	t	p
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,55	0,09	0,51	5,76	0,000
Zaprzeczanie	0,95	0,37	0,21	2,56	0,012
Osobista przykrość	0,52	0,21	0,21	2,46	0,016

R = 0,702; $R^2 = 0,493$; skorygowane $R^2 = 0,472$; F = 23,356; p < 0,001

B – współczynnik regresji; Błąd stand. – błąd standardowy oszacowania; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; R – wartość współczynnika korelacji wielokrotnej; R^2 – współczynnik determinacji.

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Wyniki badań własnych potwierdzają hipotezę pierwszą, zakładającą występowanie objawów STS wśród grupy terapeutów. Warto zaznaczyć, iż nasilenie STS wśród badanych psychologów i psychoterapeutów jest niskie. Jest to zdecydowanie lepszy wynik w porównaniu z rezultatem uzyskanym przez specjalistów innych profesji, m.in. przez personel medyczny (Ogińska-Bulik i in. 2021), kuratorów sądowych czy pracowników socjalnych (Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Rezultat ten koresponduje z innymi badaniami wskazującymi na niskie wskaźniki STS wśród terapeutów, którzy pracowali z osobami po doświadczeniach traumatycznych (Craig, Sprang 2010). Podobnie Marcin Rzesutek, Małgorzata Partyka i Andrzej Gołąb (2016) ujawnili wyższe nasilenie negatywnych skutków wtórnej traumy u psychiatrów w porównaniu z psychoterapeutami. Badani psychologowie i psychoterapeuci charakteryzują się dość wysokim poziomem prężności, zbliżającym się do górnej granicy przedziału wyników wysokich, na poziomie umiarkowanym umiejscawiają posiadane wsparcie społeczne oraz z większą tendencją korzystają z bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z traumą, szczególnie ze strategii rozwiązania/akceptacji, która osiągnęła najwyższy wynik (tabela 1). Wyniki te mogą sugerować, iż badani terapeuci posiadają zasoby psychologiczne, odpowiednie kompetencje i umiejętności, aby radzić sobie z traumą doświadczaną przez klienta/pacjenta. Zdecydowana większość badanej grupy posiada certyfikat oraz korzysta z superwizji. Zgodnie z danymi obecnymi w literaturze są to istotne zmienne, mogące pełnić rolę czynników chroniących terapeutów przed objawami STS (Bober, Regehr 2006; Hesse 2002; Ondrejková, Halamová 2022).

Wyniki badań własnych częściowo potwierdziły założenia przedstawione w hipotezie drugiej i trzeciej. Prężność okazała się czynnikiem zmniejszającym prawdopodobieństwo rozwoju objawów STS wśród badanej grupy terapeutów. Wyniki te są zgodne z przytoczonymi wcześniej badaniami (Litam, Ausloos, Harrichand 2021). Podobne rezultaty dotyczą wsparcia społecznego – z uwzględnionych źródeł dwa z nich, czyli wsparcie otrzymywane od współpracowników i znajomych spoza pracy, okazały się obniżyć ryzyko rozwoju

negatywnych skutków wtórnej traumy. Dane te są zbieżne z wynikami prezentowanymi w literaturze (Diehm, Mankowitz, King 2019; Manning-Jones, de Terte, Stephens 2016; Rzeszutek, Partyka, Gołąb 2015). Wszystkie aspekty empatii, dwie spośród pięciu strategii poznawczego radzenia sobie z traumą – zaprzeczanie i żal, oraz zakłócenia w podstawowych przekonaniach okazały się pozytywnie powiązane z STS. Oznacza to, iż zmienne te pełnią rolę czynników sprzyjających pojawianiu się i utrzymywaniu negatywnych konsekwencji ekspozycji na wtórną traumę. Przedstawione wyniki w większości korespondują z danymi dostępnymi w literaturze (Duarte, Pinto-Gouveia, Cruz 2016; Gleichgerrcht, Decety 2013; Laverdière, Ogrodniczuk, Kealy 2019; Ogińska-Bulik i in. 2021; Ogińska-Bulik, Juczyński, Michalska 2020) oraz w znacznym stopniu potwierdzają hipotezę trzecią. Nieco zaskakujące wydaje się występowanie pozytywnych związków między objawami STS a przyjmowaniem perspektywy. Kierunek zależności nie jest zgodny z postawioną wcześniej hipotezą drugą o istnieniu negatywnego związku między tym aspektem empatii a STS. Być może przyjmowanie perspektywy w pewien sposób sprzyja natrętnym myślom o traumatycznych wydarzeniach doświadczanych przez klientów, prowadząc tym samym do rozwoju lub utrwalenia negatywnych przekonań na temat świata i siebie, oraz zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju STS (Ogińska-Bulik, Juczyński, Michalska 2020). Badania własne nie potwierdziły założeń zaprezentowanych w hipotezie drugiej dotyczących negatywnego związku wtórnego stresu traumatycznego z pozytywnymi poznawczymi strategiami radzenia sobie. Pozytywne strategie zdają się pełnić ważniejszą rolę dla wtórnego wzrostu po traumie.

Hipoteza ostatnia, zakładająca predykcyjną rolę zasobów psychologicznych i zmiennych poznawczych dla STS, została potwierdzona. Wśród zmiennych poznawczych najsilniejszym predyktorem okazały się zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Oznacza to, że im większa podatność schematów poznawczych na zakłócenia spowodowane ekspozycją na traumatyczne wydarzenia, tym większe prawdopodobieństwo rozwoju STS. Na predykcyjną rolę zakłóceń w podstawowych przekonaniach wskazują badania Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2020), w których gotowość do zmiany przekonań w wyniku doświadczenia traumy okazała się również

wyznacznikiem pozytywnych zmian wzrostowych. Wynik ten może wskazywać, iż zakłócenia w podstawowych przekonaniach pełnią rolę mechanizmu leżącego u podłoża występowania skutków wtórnej traumy. Negatywna strategia poznawczego przetwarzania traumy w postaci zaprzeczania ujawniła się jako kolejny pozytywny predyktor STS. Unikanie informacji związanych z traumą może skutkować pewnymi trudnościami w poznawczym przetworzeniu sytuacji traumatycznej, zwiększając tym samym ryzyko rozwoju negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę. Na rolę predyktora STS wskazują badania Ogińskiej-Bulik i in. (2021) prowadzone z udziałem personelu medycznego. Ostatnim, również pozytywnym, wyznacznikiem STS okazał się aspekt empatii emocjonalnej w formie osobistej przykrości. Sytuacje traumatyczne doświadczane przez klientów/pacjentów być może stanowią duże wyzwanie dla procesów poznawczych u tych terapeutów, którzy reagują osobistą przykrością, czyli wyrażają cierpienie, smutek, dyskomfort w odpowiedzi na traumatyczną sytuację klienta/pacjenta. Taka nadmierna reakcja empatyczna może aktywować mechanizmy zaradcze w postaci zaprzeczania bądź unikania informacji związanych z traumą, co utrudnia jej przepracowanie i sprzyja transmisji objawów stresu traumatycznego z klienta/pacjenta na terapeutę. Na predykcyjną rolę empatii dla negatywnych konsekwencji wtórnej traumy wśród profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym wskazują badania Davida Turgoose i Lucy Maddox (2017).

Prężność oraz wsparcie społeczne okazały się nieistotne dla przewidywania objawów STS. Warto też zaznaczyć, iż zmienne poznawcze ujawniły się jako silniejsze predyktory STS w porównaniu ze zmiennymi podmiotowymi, co może sugerować ich ważniejszą rolę w pojawianiu się i utrzymywaniu negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę.

Ograniczenia i implikacje praktyczne

Badanie wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Grupa osób badanych była stosunkowo niewielka. Ponadto w analizach nie uwzględniono niektórych istotnych zmiennych zakłócających, tj. orientacji terapeutycznej, rodzaju zdarzenia, na które narażeni byli klienci/pacjenci, miejsca zatrudnienia. Zdecydowanie większą część grupy

stanowiły kobiety. Badanie miało charakter przekrojowy, co nie pozwala na przewidywanie związków przyczynowo-skutkowych między zmiennymi. Większość ograniczeń wiąże się z tym, iż badanie jest częścią większego projektu – analizowane wyniki miały zatem charakter wstępnych przewidywań.

Pomimo ograniczeń badanie dostarcza wielu informacji poszerzających wiedzę na temat negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę. Mając na uwadze implikacje praktyczne, badanie ujawniło ciekawą rolę empatii jako czynnika, który zdaje się sprzyjać rozwojowi STS. Należy też pamiętać, iż mimo ponoszonych kosztów pomagania, na jakie narażeni są empatyczni terapeuci, empatia jest ważnym zasobem niezbędnym do nawiązania i utrzymania więzi z klientem/pacjentem. Dane wskazały także na istotne znaczenie poznawczego przetwarzania traumy. Ponadto analiza wyznaczników STS ujawniła, iż zmienne poznawcze odgrywają istotniejszą rolę w powstawaniu i rozwoju objawów STS niż czynniki podmiotowe, czy środowiskowe.

Informacje na temat roli empatii i poznawczego przetwarzania traumy mogą być przydatne w projektowaniu szkoleń podnoszących kwalifikacje profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, działań samopomocowych czy superwizyjnych, które pomogą w tworzeniu bezpiecznej przestrzeni zarówno dla terapeuty, jak i klienta/pacjenta. Warto zaznaczyć, iż empatia i poznawcze przetwarzanie traumy mogą pełnić istotną rolę także dla zmian wzrostowych, które oprócz negatywnych skutków również pojawiają się jako efekt wtórnej ekspozycji na traumę (Arnold i in. 2005; Brockhouse i in. 2011; Ogińska-Bulik, Juczyński 2020). Zasadne wydaje się prowadzenie dalszych badań w tym zakresie.

Wnioski

Badani terapeuci doświadczają negatywnych skutków wtórnego narażenia na traumatyczne wydarzenia w życiu ich klientów/pacjentów, choć dzieje się to w niewielkim stopniu. Zasoby osobiste w postaci empatii emocjonalnej oraz zmienne poznawcze w formie zakłóceń w podstawowych przekonaniach i strategii zaprzeczania pełnią istotną rolę w przewidywaniu negatywnych konsekwencji wtórnej

ekspozycji na traumę. Istotne wydaje się uwzględnianie zasobów osobistych oraz zmiennych poznawczych w projektowaniu szkoleń podnoszących kwalifikacje profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, działań samopomocowych, czy superwizyjnych w celu zapobiegania pojawianiu się objawów STS.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th ed., Washington–London.
- Arnold D., Calhoun L.G., Tedeschi R., Cann A. (2005), *Vicarious post-traumatic growth in psychotherapy*, „Journal of Humanistic Psychology”, vol. 45, issue 2, s. 239–263.
- Bober T., Regehr C. (2006), *Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work?*, „Brief Treatment and Crisis Intervention”, vol. 6, issue 1, s. 1–9.
- Brockhouse R., Msetfi R.M., Cohen K., Joseph S. (2011), *Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy*, „Journal of Traumatic Stress”, vol. 24, issue 6, s. 735–742.
- Cann A., Calhoun L.G., Tedeschi R.G., Kilmer R., Gil-Rivas V., Vishnevsky T., Danhauer S.C. (2010), *The Core Beliefs Inventory: A brief measure of disruption in the assumptive world*, „Anxiety Stress & Coping”, vol. 23, issue 1, s. 19–34.
- Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.) (2016), *Psychologia kliniczna*, Warszawa.
- Cieślak R., Widerszal-Bazyl M. (2000), *Psychospołeczne warunki pracy. Podręcznik do kwestionariusza*, Warszawa.
- Craig C.D., Sprang G. (2010), *Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists*, „Anxiety, Stress & Coping”, vol. 23, issue 3, s. 319–339.
- Czabała Cz., Kluczyńska S. (red.) (2015), *Poradnictwo psychologiczne*, Warszawa.
- Davis M.H. (1999), *Empatia. O umiejętności współodczuwania*, tłum. J. Kubiak, Gdańsk.
- Diehm R.M., Mankowitz N.N., King R.M. (2019), *Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors*, „Traumatology”, vol. 25, no. 3, s. 196–202.
- Duarte J., Pinto-Gouveia J., Cruz B. (2016), *Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality*

- of life: A cross-sectional study*, „International Journal of Nursing Studies”, vol. 60, s. 1–11.
- Dutton M.A., Rubinstein F.L. (1995), *Working with people with PTSD: Research implications*. [w:] *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, ed. C.R. Figley, s. 82–100, New York.
- Ehlers A., Clark D.M. (2000), *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*, „Behavioral Research and Therapy”, vol. 38, issue 4, s. 319–345.
- Figley C.R. (1995), *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*, [w:] *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, ed. C.R. Figley, New York, s. 1–20.
- Figley C.R. (1999), *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring*, [w:] *Secondary traumatic stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*, ed. B.H. Stamm, Towson, MD, s. 3–28.
- Figley C.R. (2002), *Treating compassion fatigue*, New York.
- Gleichgerrcht E., Decety J. (2013), *Empathy in clinical practice: How individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians*, „PloS One”, vol. 8, issue 4, e61526.
- Hesse A.R. (2002), *Secondary Trauma: How Working with Trauma Survivors Affects Therapists*, „Clinical Social Work Journal”, vol. 30, issue 3, s. 293–309.
- Janoff-Bulman R. (2004), *Posttraumatic growth: Three Explanatory Models*, „Psychological Inquiry”, vol. 15, no. 1, s. 30–34.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2018), *The Importance Of Core Beliefs in The Process of Posttraumatic Adaptation – the Polish Adaptation of the Core Beliefs Inventory / Znaczenie podstawowych przekonań w adaptacji potraumatycznej. Polska adaptacja the Core Beliefs Inventory*, „Advances in Psychiatry and Neurology / Postępy Psychiatrii i Neurologii”, vol. 27, no. 2, s. 102–119.
- Kaźmierczak M., Płopa M., Retowski S. (2007), *Skala Wrażliwości Empatycznej*, „Przegląd Psychologiczny” t. 50, nr 1, s. 9–24.
- Kezić S., Mihanović M., Molnar S., Sain I. (2006), *Psihološke teskoće psihoterapeuta u radu s oboljelima od posttraumatskog stresnog poremećaja [Therapists' psychological problems when treating posttraumatic stress disorder]*, „Acta Medica Croatica”, vol. 60, nr 4, s. 385–388.

- Laverdière O., Ogrodniczuk J.S., Kealy D. (2019), *Clinicians' empathy and professional quality of life*, „The Journal of Nervous and Mental Disease”, vol. 207, issue 2, s. 49–52.
- Litam S.D.A., Ausloos C.D., Harrichand J.J.S. (2021), *Stress and Resilience Among Professional Counselors During the COVID-19 Pandemic*, „Journal of Counseling & Development”, vol. 99, issue 4, s. 384–395.
- MacRitchie V., Leibowitz S. (2010), *Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers*, „South African Journal of Psychology”, vol. 40, issue 2, s. 149–158.
- Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2015), *Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review*, „International Journal of Wellbeing”, vol. 5, issue 2, s. 125–139.
- Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2016), *Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study*, „New Zealand Journal of Psychology”, vol. 45, no. 1, s. 20–29.
- Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2017), *The relationship between vicarious posttraumatic growth and secondary traumatic stress among health professionals*, „Journal of Loss and Trauma”, vol. 22, issue 3, s. 256–270.
- McCann I.L., Pearlman L.A. (1990), *Vicarious traumatization: A framework to understanding the psychological effects of working with victims*, „Journal of Traumatic Stress”, vol. 3, no. 1, s. 131–149.
- Rzeszutek M., Partyka M., Gołąb A. (2015), *Temperament traits, social support and secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of trauma therapists*, „Professional Psychology: Research and Practice”, vol. 46, no. 4, s. 213–220.
- Rzeszutek M., Partyka M., Gołąb A. (2016), *Secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of therapists and psychiatrists working with trauma victims*, „Studia Psychologiczne”, t. 54, z. 2, s. 34–40.
- Ogińska-Bulik N., Gurowiec P.J., Michalska P., Kędra E. (2021), *Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study*, „PloS ONE”, vol. 16, issue 2, e0247596.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008), *Skala Pomiaru Prężności (SPP-25)*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 3, s. 39–56.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2018), *Cognitive Processing of Trauma: Polish adaptation of the Cognitive Processing of Trauma Scale / Poznawcze przetwarzanie traumy – polska adaptacja The Cognitive Processing of Trauma Scale*, „Przegląd Psychologiczny”, t. 61, nr 2, s. 153–170.

- Oginska-Bulik N., Juczynski Z. (2020), *Kiedy trauma innych staje się własną. Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych*, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczynski Z., Michalska P. (2022), *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*, „Journal of Interpersonal Violence”, vol. 37, issue 3–4, NP1197–NP1225.
- Ogińska-Bulik N., Michalska P. (2021), *Psychological resilience and secondary traumatic stress in nurses working with terminally ill patients – The mediating role of job burnout*, „Psychological Services”, vol. 18, issue 3, s. 398–405.
- Ondrejková N., Halamová J. (2022), *Prevalence of compassion fatigue among helping professions and relationship to compassion for others, self-compassion and self-criticism*, „Health & Social Care in the Community”, vol. 30, issue 5, s. 1680–1694.
- Pearlman L.A., Saakvitne K. (1995), *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*, New York.
- Rauvola R.S., Vega D.M., Lavigne K.N. (2019), *Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda*, „Occupational Health Science”, vol. 3, s. 297–336.
- Rayner S., Davis C., Moore M., Cadet T. (2020), *Secondary Traumatic Stress and Related Factors in Australian Social Workers and Psychologists*, „Health & Social Work”, vol. 45, issue 2, s. 122–130.
- Sęk H. (2004), *Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych*, [w:] H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Warszawa, s. 7–11.
- Thomas J.T., Otis M.D. (2010), *Intrapsychic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation*, „Journal of the Society for Social Work and Research”, vol. 1, no. 2, s. 83–98.
- Turgoose D., Maddox L. (2017), *Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review*, „Traumatology”, vol. 23, issue 2, s. 172–185.
- Wagaman M.A., Geiger J.M., Shockley C., Segal E.A. (2015), *The role of empathy in burnout, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress among social workers*, „Social Work”, vol. 60, issue 3, s. 201–209.

- Williams R.M., Davis M.C., Millsap R.E. (2002), *Development of the cognitive processing of trauma scale*, „Clinical Psychology and Psychotherapy”, vol. 9, s. 349–360.
- Zhang L., Zhang T., Ren Z., Jiang G. (2023), *Predicting compassion fatigue among psychological hotline counselors using machine learning techniques*, „Current Psychology”, vol. 42, issue 5, s. 4169–4180.

