



UNIwersYTET ŁÓDZKI
WYDZIAŁ NAUK O WYCHOWANIU
KIERUNEK: PSYCHOLOGIA

mgr Paulina Michalska

**Psychospołeczne uwarunkowania negatywnych i pozytywnych
skutków wtórnej traumy u profesjonalistów pracujących z osobami
po doświadczeniach traumatycznych**

Psychosocial Determinants of Negative and Positive Consequences of Secondary
Trauma in Professionals Working with Trauma Survivors

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Niny Ogińskiej-Bulik
w Instytucie Psychologii

Promotor pomocniczy:
dr hab. Magdalena Zadworna,
prof. UŁ

ŁÓDŹ 2026

Spis treści

Streszczenie	4
Abstract.....	5
Wstęp.....	6
ROZDZIAŁ I. Trauma i jej konsekwencje.....	8
1.1. Konceptualizacja pojęcia traumy i stresora traumatycznego.....	8
1.2. Psychologiczne skutki bezpośredniej ekspozycji na traumatyczne doświadczenia	14
1.2.1. Zespół stresu pourazowego.....	14
1.2.2. Wzrost potraumatyczny	16
1.2.3. Rozpowszechnienie negatywnych i pozytywnych konsekwencji bezpośredniej ekspozycji na traumę.....	18
1.3. Psychologiczne konsekwencje pośredniej ekspozycji na traumę	19
1.3.1. Negatywne skutki pośredniej ekspozycji na traumę – wtórny stres traumatyczny...	20
1.3.2. Wtórne pozytywne zmiany potraumatyczne – zjawisko wtórnego wzrostu po traumie	23
1.3.3. Rozpowszechnienie negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy wśród przedstawicieli różnych grup zawodowych	26
ROZDZIAŁ II. Trauma pośrednia w modelach teoretycznych.....	35
2.1. Modele wtórnego stresu traumatycznego	35
2.1.1. Poznawcze modele traumy	36
2.1.2. Model transmisji traumy	38
2.1.3. Ekologiczny model wtórnej traumy.....	41
2.1.4. Inne modele wtórnego stresu traumatycznego.....	43
2.2. Modele wtórnego wzrostu po traumie	44
2.2.1. Funkcjonalno-opisowy model wzrostu potraumatycznego.....	44
2.2.2. Inne modele wtórnego wzrostu po traumie.....	47

2.3. Związki między wtórnym stresem traumatycznym a wtórnym wzrostem potraumatycznym	49
ROZDZIAŁ III. Psychospołeczne uwarunkowania występowania negatywnych i pozytywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę	52
3.1. Charakterystyka wybranych psychospołecznych uwarunkowań negatywnych oraz pozytywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę	53
3.1.1. Znaczenie zmiennych biograficzno-zawodowych dla rozwoju wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie	53
3.1.2. Zasoby osobiste oraz społeczne a wtórny stres traumatyczny i wtórny wzrost po traumie	61
3.1.3. Poznawcze przetwarzanie traumy a negatywne i pozytywne zmiany potraumatyczne	72
3.2. Cel badania	78
3.3. Pytania i hipotezy badawcze.....	81
ROZDZIAŁ IV. Metoda badań	85
4.1. Procedura prowadzenia badań oraz charakterystyka osób badanych	85
4.2. Charakterystyka narzędzi badawczych.....	99
4.3. Metody statystyczne	103
ROZDZIAŁ V. Analiza wyników badań	107
Rozdział VI. Dyskusja wyników	164
Bibliografia.....	203
Załączniki	230
Spis tabel	286
Spis rycin	289
Spis wykresów.....	290

Streszczenie

Wprowadzenie:

Profesjonaliści pracujący z osobami po doświadczeniach traumatycznych są narażeni na psychologiczne konsekwencje pośredniej ekspozycji na traumę. Do najczęściej opisywanych negatywnych następstw należy wtórny stres traumatyczny (*secondary traumatic stress*, STS), jednak coraz częściej wskazuje się również na możliwość występowania pozytywnych zmian określanych jako wtórny wzrost po traumie (*secondary posttraumatic growth*, SPTG). Celem badań było określenie psychospołecznych uwarunkowań wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego wśród specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych.

Metoda:

W badaniu uczestniczyło 226 specjalistów, psychologów i psychoterapeutów, pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Wykorzystano następujące narzędzia: Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego, Inwentarz Wtórnego Wzrostu Potraumatycznego, Skalę Wrażliwości Empatycznej, Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25), Inwentarz Podstawowych Przekonań, Skalę Poznawczego Przetwarzania Traumatycznego oraz Skalę Wsparcia Społecznego. W ramach metod statystycznych wykorzystano m.in. analizę korelacji, regresji hierarchicznej oraz analizę mediacji.

Wyniki:

W badanej grupie profesjonaliści najczęściej uzyskiwali niski lub umiarkowany poziom wtórnego stresu traumatycznego, natomiast wtórny wzrost potraumatyczny osiągał zazwyczaj poziom umiarkowany lub wysoki. Wyższe nasilenie STS było powiązane z większymi zakłóceniami w podstawowych przekonaniach oraz częstszym stosowaniem nieadaptacyjnych strategii poznawczych, zwłaszcza żalu i zaprzeczania, przy jednoczesnej ochronnej roli wsparcia społecznego. Wtórny wzrost potraumatyczny wiązał się dodatnio z zasobami osobistymi, szczególnie z prężnością, oraz z konstruktywnymi strategiami poznawczego radzenia sobie, w tym z pozytywną restrukturyzacją poznawczą, a także częściej występował u osób korzystających z superwizji. Zakłócenia w podstawowych przekonaniach pozostawały dodatnio powiązane zarówno z STS, jak i SPTG. Analizy mediacji wskazały, że strategie poznawczego przetwarzania traumy pełnią funkcję mediatorów w relacji między zasobami a konsekwencjami wtórnej ekspozycji na traumę.

Wnioski:

Uzyskane wyniki wskazują na istotną rolę zasobów osobistych oraz sposobów poznawczego przetwarzania doświadczeń związanych z pracą pomocową w kształtowaniu zarówno negatywnych, jak i pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę. Uwzględnienie tych czynników może mieć znaczenie w projektowaniu działań profilaktycznych, szkoleniowych oraz superwizyjnych skierowanych do specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych.

Słowa kluczowe: empatia, poznawcze przetwarzanie traumy, prężność, wtórny wzrost potraumatyczny, wtórny stres traumatyczny, wsparcie społeczne.

Abstract

Introduction:

Professionals working with individuals who have experienced trauma are exposed to the psychological consequences of indirect trauma exposure. Among the most frequently described negative outcomes is secondary traumatic stress (STS); however, increasing attention is also being paid to the possibility of positive changes, referred to as secondary posttraumatic growth (SPTG). The aim of the study was to identify the psychosocial determinants of secondary traumatic stress and secondary posttraumatic growth among professionals working with trauma-exposed individuals.

Method:

The study involved 226 professionals - psychologists and psychotherapists - working with individuals who had experienced trauma. The following instruments were used: the Secondary Traumatic Stress Inventory, the Secondary Posttraumatic Growth Inventory, the Empathic Sensitivity Scale, the Resilience Assessment Scale (SPP-25), the Core Beliefs Inventory, the Cognitive Processing of Trauma Scale, and the Social Support Scale. Statistical analyses included, among others, correlation analysis, hierarchical regression analysis, and mediation analysis.

Results:

In the studied group, professionals most frequently reported low to moderate levels of secondary traumatic stress, whereas secondary posttraumatic growth was typically at a moderate or high level. Higher levels of STS were associated with greater disruption of core beliefs and more frequent use of maladaptive cognitive strategies, particularly regret and denial, alongside the protective role of social support. Secondary posttraumatic growth was positively associated with personal resources, especially resilience, as well as with constructive cognitive coping strategies, including positive cognitive restructuring. It was also more frequently observed among individuals receiving supervision. Disruptions in core beliefs were positively related to both STS and SPTG. Mediation analyses indicated that cognitive trauma processing strategies function as mediators in the relationship between resources and the consequences of secondary trauma exposure.

Conclusions:

The findings highlight the significant role of personal resources and cognitive processing of work-related experiences in shaping both negative and positive consequences of secondary trauma exposure. Taking these factors into account may be important in designing preventive, training, and supervision programs for professionals working with trauma-exposed individuals.

Keywords: empathy, cognitive trauma processing, resilience, secondary posttraumatic growth, secondary traumatic stress, social support.

Wstęp

Doświadczenia traumatyczne stanowią jedno z istotnych zagadnień podejmowanych we współczesnej psychologii. Wydarzenia o takim charakterze mogą prowadzić do głębokich zmian w funkcjonowaniu jednostki, obejmujących sferę emocjonalną, poznawczą oraz społeczną. W literaturze podkreśla się jednak, że konsekwencje traumy nie dotyczą wyłącznie osób, które były na nią bezpośrednio narażone. Coraz więcej uwagi poświęca się także skutkom pośredniej ekspozycji na traumę u osób pozostających w kontakcie z relacjami dotyczącymi traumatycznych doświadczeń innych ludzi.

Szczególną grupę narażoną na tego rodzaju obciążenia stanowią przedstawiciele zawodów pomocowych. Psychologowie, psychoterapeuci oraz inni specjaliści pracujący z osobami po doświadczeniach traumatycznych pozostają w swojej codziennej praktyce w stałym kontakcie z relacjami dotyczącymi cierpienia, zagrożenia życia czy utraty. Taki kontakt może wiązać się z pojawianiem różnorodnych reakcji emocjonalnych i poznawczych. Zjawisko to określane jest mianem traumy pośredniej lub wtórnej ekspozycji na traumę i stanowi przedmiot badań prowadzonych na gruncie psychotraumatologii, psychologii zdrowia oraz psychologii pracy.

Jedną z najczęściej opisywanych negatywnych konsekwencji tego rodzaju ekspozycji jest wtórny stres traumatyczny (*secondary traumatic stress*, STS). Jednocześnie podkreśla się, że kontakt z traumą innych osób nie musi prowadzić wyłącznie do negatywnych następstw. Może on również wiązać się z pojawianiem się pozytywnych zmian, określanych jako wtórny wzrost potraumatyczny (*secondary posttraumatic growth*, SPTG).

Dotychczasowe badania wskazują, że zarówno nasilenie STS, jak i poziom SPTG wiążą się z czynnikami indywidualnymi, społecznymi i zawodowymi. Wśród nich wymienia się m.in. zasoby osobiste, takie jak prężność czy empatia, wsparcie społeczne oraz aktywność poznawczą. Szczególną rolę przypisuje się zmiennym poznawczym, w tym zakłóceniom w podstawowych przekonaniach oraz strategiom poznawczego radzenia sobie z traumą. Analiza tych czynników jest istotna w kontekście funkcjonowania specjalistów pomagających osobom doświadczającym traumy. Z jednej strony mogą oni doznawać obciążeń zwiększających ryzyko rozwoju STS, z drugiej, kontakt z trudnymi historiami może sprzyjać refleksji i zmianom o charakterze wzrostowym. Zrozumienie mechanizmów

leżących u podstaw tych procesów ma znaczenie zarówno dla rozwoju wiedzy, jak i dla praktyki, w tym dla projektowania działań profilaktycznych i wspierających. Wciąż jednak liczba badań w tym obszarze pozostaje ograniczona.

Celem niniejszej pracy było określenie psychospołecznych uwarunkowań wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego wśród specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Szczególną uwagę poświęcono roli zasobów osobistych i społecznych oraz zmiennych poznawczych. Podjęto również próbę określenia mechanizmów pośredniczących w relacji między tymi czynnikami a nasileniem konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę.

Podjęta problematyka ma znaczenie zarówno teoretyczne, jak i praktyczne. Pozwala lepiej zrozumieć funkcjonowanie osób pomagających oraz może przyczynić się do rozwijania form wsparcia sprzyjających ich dobrostanowi i funkcjonowaniu zawodowemu.

W części teoretycznej przedstawiono zagadnienia związane z traumą oraz jej konsekwencjami, zarówno bezpośrednimi, jak i pośrednimi, w tym STS i SPTG. Następnie omówiono wybrane modele teoretyczne oraz psychospołeczne uwarunkowania tych zjawisk. W części empirycznej zaprezentowano założenia metodologiczne badań własnych, analizę wyników oraz ich interpretację w odniesieniu do dotychczasowych ustaleń teoretycznych i empirycznych.

ROZDZIAŁ I

Trauma i jej konsekwencje

Ludzie na przestrzeni całego swojego życia doświadczają szeregu sytuacji o różnym potencjale stresogenności. W zależności od nasilenia stresora wyróżnić możemy wydarzenia losowe składające się na stres codzienny, np. uszkodzony sprzęt w sali wykładowej, spóźniony autobus; stresory nabierające charakteru zmian życiowych, np. obrona rozprawy doktorskiej, ewaluacja działalności naukowej, zakończenie relacji interpersonalnej oraz stresory ekstremalne, inaczej traumatyczne, np. działania wojenne, klęski żywiołowe czy doświadczenie przemocy. Te ostatnie często powodują duże cierpienie, przekraczając niekiedy możliwości jednostki do efektywnego radzenia sobie. Dalsza część rozdziału koncentrować się będzie wokół próby zdefiniowania pojęcia traumy oraz stresora traumatycznego, przedstawienia najważniejszych konsekwencji traumatycznych wydarzeń życiowych oraz programów interwencyjnych mających na celu pomoc osobom po doświadczeniach traumatycznych.

1.1. Konceptualizacja pojęcia traumy i stresora traumatycznego

Konceptualizacja pojęcia traumy zdaje się nastroczać badaczom nie lada trudności ze względu na mnogość wskaźników definicyjnych, ujęć, klasyfikacji klinicznych, narzędzi diagnostycznych czy też zakresu reakcji jednostek na traumatyczne wydarzenia. Kontrowersje wokół pojęcia traumy odnoszą się przede wszystkim do odpowiedzi na pytanie, kiedy jednostka ma do czynienia z traumatycznym stresorem, a kiedy nie. W niniejszym podrozdziale podjęto próbę przeanalizowania oraz uporządkowania informacji dotyczących traumy w oparciu o dane dostępne w literaturze.

Rozważania warto rozpocząć od zwrócenia uwagi na etymologię słowa „trauma”. Termin ten wywodzi się z języka greckiego i oznacza uraz, skaleczenie, ranę. Określenia te mogą nasunąć skojarzenia związane z medycyną, gdyż w naukach medycznych mianem traumy określano uraz powstały w wyniku naruszenia integralności organizmu (tkanek, narządów) poprzez działanie czynników zewnętrznych. Mamy tu do czynienia z urazem fizycznym – zewnętrznymi bądź wewnętrznymi obrażeniami ciała. W medycynie termin

„trauma” został użyty po raz pierwszy w 1895 roku przez Freuda i Breuera w ich książce „Studia nad histerią”. Inne źródła podają, iż język psychologii i psychiatrii znał to określenie trochę wcześniej za sprawą neurologa, Hermana Oppenheima, który w 1889 roku jako traumę określał reakcję psychologiczną pojawiającą się u pacjentów doświadczających poważnych wypadków w pracy (Oppenheim, 1889, za: Bonanno, 2021). W ujęciu psychologicznym przedmiotem zmian nie było zatem ciało, a psychika.

Według Łosiaka (2008) trauma to: „uraz, zdarzenie będące źródłem silnego, negatywnego napięcia psychicznego, wywołujące silne, negatywne emocje i trwałe ślad w psychice jednostki, będący w niektórych przypadkach przyczyną zaburzeń zachowania, określanymi jako pourazowe (s. 292). Dudek (2004) jako traumę określa nagle pojawiające się wydarzenie, które wywołuje ekstremalne emocje, takie jak trwoga, poczucie paniki u osób zaangażowanych w to wydarzenie. Cytując Zawadzkiego i Strelaua (2008) trauma to „stan psychiczny lub fizyczny wywołany działaniem realnie zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych (przyroda, ludzie), prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych” (s. 47). Bessel van der Kolk (2015) definiuje traumę zarówno jako zdarzenie, które zagraża bezpieczeństwu, jak i bardzo specyficzny stan układu nerwowego, zwracając tym samym uwagę na szereg procesów neurobiologicznych zachodzących w mózgu w efekcie doznanego zdarzenia. Analizując powyższe definicje autorów, trauma może być ujmowana jako stresor, czyli traumatyczne wydarzenia lub jako psychofizyczna reakcja organizmu. Dostrzec można tu pewną analogię do konceptualizacji stresu.

Próba uporządkowania pewnych niejasności związanych z pojęciem traumy została podjęta w 1980 roku, kiedy w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM pojawiła się definicja stresora traumatycznego wraz z nową jednostką diagnostyczną PTSD (posttraumatic stress disorder; American Psychiatric Association, 1980). Stworzenie i wprowadzenie szczegółowego opisu warunków koniecznych do uznania, iż jednostka doświadczyła traumatycznego stresu pełniło rolę tzw. *gate keepera* i przyczyniło się do rozwoju badań nad traumą. Zgodnie z pierwszą definicją z DSM-III wydarzenie traumatyczne traktowane było jako dający się rozpoznać stresor, który spowodowałby istotne objawy stresu u niemalże każdego człowieka oraz wykraczał poza zakres normalnego

ludzkiego doświadczenia (APA, 1980). Definicja ta okazała się być jednak niedostateczna, gdyż nie określała wprost swoistości danego stresora. W wersji zrewidowanej doprecyzowano więc, że traumatyczny stresor musi „wykraczać poza zakres normalnego ludzkiego doświadczenia”, powodować cierpienie u prawie każdego oraz stanowić zagrożenie życia lub integralności fizycznej (American Psychiatric Association, 1987, s. 250). W czwartej edycji klasyfikacji, DSM-IV, oprócz zagrożenia życia (kryterium A1) pojawił się warunek mówiący o konieczności doświadczenia silnych reakcji emocjonalnych na wydarzenie (kryterium A2), tj. bezradność, przerażenie, intensywny strach, odraza (American Psychiatric Association, 1994). Poprzez wprowadzenie kryterium A2 próbowano nadać wydarzeniom traumatycznym bardziej subiektywnego wydźwięku, zakładając, że nie każde wydarzenie obiektywnie traumatyczne wywoła identyczne reakcje u każdego człowieka. DSM-IV rozszerzyło także kategorię ekspozycji na traumatyczne zdarzenia uznając osobę pośrednio doświadczającą sytuacji traumatycznej, np. poprzez otrzymanie wiadomości o śmierci bliskiej osoby, za odbiorcę traury (APA, 1994). Niektórzy autorzy zauważają, iż pojęcie traury zostało doprecyzowane dopiero w aktualnie obowiązującej klasyfikacji DSM-5 (Steuden i Janowski, 2016). Kryterium A1 i A2 pozwoliły uszczegółwić listę wydarzeń traumatycznych odróżniając tym samym wydarzenia o silnym potencjale traumatyzującym od tych, które pełnią rolę stresorów ekstremalnych. Z tej klasyfikacji usunięto także kryterium mówiące o konieczności wystąpienia silnych reakcji emocjonalnych na dane wydarzenie. Podjęto tym samym próbę ponownego zobiektywizowania pojęcia traury i nadania stresorom traumatycznym pewnej uniwersalności. Powodem usunięcia tego kryterium było także zakwestionowanie w badaniach empirycznych predykcyjnej roli uwzględnionych w DSM-IV reakcji emocjonalnych dla konsekwencji traury (Hathaway, Boals i Banks, 2010). Ponadto kryterium to nastroczało pewnych diagnostycznych trudności klinicytom pracującym z osobami, u których szczegóły wydarzenia traumatycznego, tym samym reakcje emocjonalne, zacierały się, np. w wyniku poważnego urazu w obrębie mózgowia. Bardzo istotną zmianą, jaka nastąpiła w klasyfikacji DSM-5, było ponowne rozszerzenie ekspozycji na traumatyczne wydarzenia, wprowadzając narażenie na awersyjne szczegóły zdarzeń, jako element ekspozycji zawodowej (American Psychiatric Association, 2013).

Drugim istotnym źródłem informacji na temat traumatycznego stresora jest klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia, ICD. W klasyfikacji ICD-6, opracowanej w 1948 roku i opublikowanej w 1949 roku, odnaleźć można pierwsze wzmianki o reakcjach na silny stres jako ostrym niedostosowaniem do sytuacji w wyniku trudnych doświadczeń (World Health Organization, 1949). Zgodnie z tym, co uważają Zawadzki i Popiel (2014), rozpoznanie to można uznać za prekursora zespołu stresu pourazowego. Wciąż jeszcze obowiązująca klasyfikacja ICD-10 definiuje zespół stresu pourazowego jako „opóźnioną lub przedłużającą się reakcję na stresujące wydarzenie lub sytuację (krótko- lub długotrwałą) o wyjątkowo zagrażającym lub katastroficznym charakterze, która może powodować wszechobecny niepokój i zagrożenie u prawie każdego” (World Health Organization, 1992, s. 147–148). Analiza powyższego opisu pozwala stwierdzić, że ICD w pewnym stopniu upraszcza definicję stresora traumatycznego, co daje klinicytom większe możliwości interpretacyjne w klasyfikowaniu tego zjawiska. W ICD-11 definicja stresora traumatycznego, czyli „wydarzenia lub sytuacji o wyjątkowo groźnym lub przerażającym charakterze” (World Health Organization, 2019), ma bardziej ogólny charakter.

Posługiwanie się przez klinicystów czy badaczy traumy daną klasyfikacją w definiowaniu stresorów traumatycznych będzie niosło za sobą pewne różnice w diagnozowaniu skutków traumy. Rozwinięcie tej tezy znajdzie się w dalszej części rozprawy doktorskiej.

Analizując definicje traumy skonstruowane przez różnych autorów, czy te zawarte w klasyfikacjach diagnostycznych, warto zwrócić uwagę na inne próby konceptualizacji pojęcia. Steuden i Janowski (2016) opisują dwa ujęcia w definiowaniu traumy, szerokie i wąskie. Trauma w szerokim ujęciu jest według autorów psychicznym urazem, który może wystąpić u jednostek na różnych etapach jej funkcjonowania w wyniku doświadczenia sytuacji stresowych wykraczających poza możliwości poradzenia sobie i powodujących załamanie w psychofizycznym funkcjonowaniu. Rozumienie to jest bliskie wielu specjalistom z dziedziny psychotraumatologii, którzy rozszerzają listę wydarzeń traumatycznych także do tych, które zagrażają nie tylko fizycznej, ale też i psychicznej integralności jednostki (Briere i Scott, 2015). Takie ujęcie traumy przyjęto w niniejszej rozprawie. Traumą w wąskim ujęciu Steuden i Janowski (2016) nazywają doświadczenie

stresora ciężkiego, nagłego, niekontrolowanego, zagrażającego życiu lub zdrowiu jednostki. Wąskie rozumienie jest więc tożsame z definicją stresora z ICD i DSM.

Ze względu na liczbę i czas trwania sytuacji traumatycznych Terr (1991) wyróżnia kilka typów traumy, które można sprowadzić do podziału na tzw. traumę prostą i złożoną. Traumą prostą określamy pojedyncze wydarzenie, zazwyczaj niespodziewane i gwałtowne. Trauma złożona, nazywana także relacyjną lub interpersonalną, jest natomiast wielokrotnie powtarzającym się i najczęściej intencjonalnym wydarzeniem stresowym, którego jednostka doświadcza w bliskiej relacji z drugim człowiekiem (Rothschild, 2000; van der Kolk, 2015; Widera-Wysoczańska i Kuczyńska, 2012). Traumę złożoną charakteryzuje także konkretna, raczej niezmienna dynamika związku między jednostkami, których sytuacja traumatyczna dotyczy. Złożone doświadczenie traumatyczne w przeciwieństwie do traumy prostej, niespodziewanej, zaskakującej, często cechuje się normalnością i przewidywalnością. Widera-Wysoczańska i Kuczyńska (2012) do złożonych wydarzeń urazowych zaliczają, m.in.: porzucenie, zaniedbanie, przemoc czy patologiczną nadopiekuńczość.

Kolejna konceptualizacja, niezwykle istotna dla niniejszej pracy, dzieli traumę ze względu na źródło lub też odbiorcę wydarzenia traumatycznego. Mowa tutaj o traumie doświadczanej w sposób bezpośredni oraz traumie doświadczanej pośrednio. Określenie to nasuwa słuszne skojarzenia związane z klasyfikacją DSM-5, w której jednym ze sposobów doświadczenia traumatycznego wydarzenia jest ekspozycja pośrednia poprzez uzyskanie informacji o urazowym incydencie z udziałem bliskiej osoby lub narażenie na awersyjne szczegóły zdarzeń w wykonywanej pracy (APA, 2013). Wydaje się jednak, że pośrednia czy wtórna trauma jest zjawiskiem szerszym i zdecydowanie wykraczającym poza ramy definicyjne i przykłady pośredniej ekspozycji ujęte w DSM-5. W niniejszym opracowaniu trauma pośrednia, inaczej wtórna, rozumiana jest jako zjawisko, którego jednostka doświadcza poprzez angażowanie się w przeżycia (słuchanie, pomaganie) osoby, która sama doznała zdarzenia traumatycznego (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Pojęcie to zostanie rozwinięte w kolejnym rozdziale niniejszego opracowania.

W zależności od rodzaju traumy, jednostki doświadczają odmiennych konsekwencji. Zanim jednak nastąpi przejście do opisu fragmentu dotyczącego negatywnych i pozytywnych skutków ekspozycji na traumatyczne doświadczenia, warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden ważny koncept. Chodzi tu o termin „zdarzenie potencjalnie traumatyczne”. Szereg

kontrowersji związanych z konceptualizacją pojęcia traumy oscyluje wokół bardzo ważnego pytania, które mimo klasyfikacji diagnostycznych, dalej pojawia się w myślach badaczy i praktyków, czyli „kiedy tak naprawdę możemy uznać wydarzenie za traumatyczne?”. Lis-Turlejska (1998) stoi na stanowisku, iż wydarzenie należy uznać za traumatyczne wówczas, kiedy u jednostki wystąpią negatywne potraumatyczne konsekwencje. W innym przypadku powinniśmy posługiwać się określeniem „stresor traumatyczny potencjalnie”. Sugerowałoby to, że nie występują stresory obiektywnie traumatyczne. Stwierdzenie to nie koresponduje z próbą obiektywizacji stresorów traumatycznych z DSM-5 (APA, 2013). Warto tutaj wspomnieć, że wielu terapeutów praktyków również kładzie nacisk na silne reakcje emocjonalne i zaburzenie integralności jednostki wychodząc poza katastrofizm i obiektywne zagrożenie. Pewną próbą połączenia stanowisk jest koncept dualnej struktury traumy Steuden i Janowskiego (2016). Autorzy uważają, że dualność w strukturze traumy zakłada pojawienie się zarówno wydarzenia traumatycznego, jak i silnych reakcji na nie - nie każda reakcja natomiast zamieni się u jednostki w stan patologiczny. Kontrowersji wokół pojęcia traumy jest jednak zdecydowanie więcej.

Powyżej został przedstawiony dość istotny problem i dotyczy on obiektywności oraz subiektywności w podejściu do urazowości stresora. Ważnymi aspektami mającymi wpływ na postrzeganie traumatyczności wydarzeń są system wartości, środowisko, w którym wzrasta jednostka, aspekty prawne czy normy kulturowe pełniące rolę bardzo istotnego drogowskazu wytyczającego sposób przeżywania i interpretowania otaczającej rzeczywistości (Merecz-Kot, 2021; Steuden i Janowski, 2016). Warto zwrócić uwagę na różnice w definicji traumy w obu podejściach klasyfikacyjnych. ICD kładzie większy nacisk na specyficzność diagnozy, co może ograniczać ryzyko fałszywie dodatnich rozpoznań negatywnych skutków traumy. W przypadku DSM, ze względu na bardziej czułe i szersze kryteria diagnostyczne, większy odsetek osób spełnia kryteria rozpoznania, co oznacza, że u większej liczby osób identyfikowane są negatywne konsekwencje doświadczeń traumatycznych (Merecz-Kot, 2021; Zawadzki i Popiel, 2014).

Nie ulega wątpliwości, iż trauma jest pojęciem wieloznacznym, niekiedy niezwykle trudnym do zdefiniowania. Być może jednak, niedogodności te nie są wrogiem lecz sprzymierzeńcem procesu diagnostyczno-terapeutycznego, gdyż zachęcają specjalistów

do holistycznego spojrzenia na cierpienie pacjenta/klienta i tym samym zwiększając efektywność procesu pomocowego.

1.2. Psychologiczne skutki bezpośredniej ekspozycji na traumatyczne doświadczenia

Doświadczenie traumatycznego wydarzenia może wiązać się z wystąpieniem szeregu negatywnych konsekwencji. Do negatywnych niespecyficznych skutków bezpośredniej ekspozycji na traumatyczne wydarzenie należy zaliczyć nieprzyjemne reakcje emocjonalne o dużym nasileniu, zespoły psychopatologiczne, takie jak np. zaburzenia depresyjne, lękowe, reakcje dysocjacyjne, zaburzenia przystosowania lub adaptacyjne, uzależnienia. Niespecyficzność w tym wypadku oznacza, że dane efekty mogą wystąpić w wyniku doświadczenia ekstremalnego stresu czy poważnej zmiany życiowej, niekoniecznie stresu traumatycznego. Ostra reakcja na stres, trwała zmiana osobowości po katastrofach, zespół stresu pourazowego to konsekwencje specyficzne traumy, czyli zespoły kliniczne, do których wystąpienia niezbędna jest ekspozycja na traumatyczne doświadczenia.

1.2.1. Zespół stresu pourazowego

Jedną z poważniejszych konsekwencji ekspozycji na wydarzenia traumatyczne jest zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD). Zespół stresu pourazowego definiowany jest jako przedłużona i/lub opóźniona reakcja na traumatyczne doświadczenia (WHO, 1992). Definicja ta zakłada znajomość przyczyny pojawienia się zaburzenia. Obraz kliniczny zespołu stresu pourazowego zasadniczo obejmuje trzy grupy objawów. Zgodnie z klasyfikacją zarówno DSM, jak i ICD, pierwszą grupę tworzą niekontrolowane, nawracające wspomnienia intruzywne, które mogą powracać do świadomości w postaci snów, przeżyć dysocjacyjnych, dystresu lub fizjologicznych reakcji w wyniku przeżycia bodźca związanego z traumą lub przypominającego uraz. Druga wiązka obejmuje unikanie rozmów, wspomnień, myśli, uczuć, sytuacji związanych z traumatycznym zdarzeniem. Trzecia kategoria objawów obejmuje zmiany w pobudzeniu i reaktywności, które przejawiają się drażliwością, wzmożoną czujnością, trudnościami w koncentracji uwagi, rozregulowanymi wzorcami snu, przesadną reakcją na zmiany w otoczeniu. Klasyfikacja DSM-5 do trzech grup objawów dodaje czwartą mówiącą o negatywnych zmianach poznawczych i emocjonalnych (APA, 2013). Pewne różnice

w kryteriach diagnostycznych między klasyfikacjami dotyczą liczbą objawów wchodzących w skład poszczególnych wiązek oraz czasu ich utrzymywania się. Zgodnie z klasyfikacją DSM, aby rozpoznać PTSD, objawy muszą utrzymywać się dłużej niż miesiąc (APA, 2013). W ICD-10 wskazuje się, że objawy zazwyczaj pojawiają się w ciągu sześciu miesięcy od ekspozycji na traumatyczne wydarzenie, choć nie stanowi to sztywnego kryterium diagnostycznego (WHO, 1992). W najnowszej klasyfikacji ICD-11 (WHO, 2019, 2022) również wyróżnia się trzy grupy objawów, które powinny utrzymywać się przez co najmniej kilka tygodni. Różnice między klasyfikacjami dotyczą więc nie tylko liczby i zakresu objawów, ale także sposobu określania czasu ich trwania.

W podrozdziale tym warto wspomnieć o innych, oprócz PTSD, konsekwencjach doświadczenia wydarzeń traumatycznych. Klasyfikacja ICD-10 wyróżnia m.in. ostrą reakcję na stres, zaburzenia adaptacyjne oraz trwałą zmianę osobowości po katastrofach (WHO, 1992). Ostra reakcja na stres opisywana jest jako zaburzenie przemijające o dużej intensywności, rozwijające się jako reakcja na ekstremalny stres i ustępująca w ciągu kilku godzin od wydarzenia. Zaburzenia adaptacyjne definiowane są jako stan subiektywnego dystresu i zaburzeń emocjonalnych powodujący zakłócenia w psychospołecznym funkcjonowaniu, i pojawiający się w okresie przystosowania do istotnych zmian życiowych lub w trakcie adaptacji do nowych warunków funkcjonowania (trauma ujmowana jest tutaj w sposób szeroki). Trwała zmiana osobowości po katastrofach to wystąpienie wyraźnych negatywnych zmian w zachowaniu i postrzeganiu rzeczywistości, które nie były obserwowane przed doświadczeniem wydarzenia traumatycznego. W DSM do zaburzeń związanych z traumą lub stresem wchodzi także: reaktywne zaburzenia przywiązania, rozhamowane nawiązywanie relacji społecznych, zaburzenia adaptacyjne oraz ostre zaburzenie stresowe (ASD) jako zespół objawów utrzymujących się w czasie od trzech dni do miesiąca od ekspozycji na stres ekstremalny i który w swoim obrazie klinicznym przypomina PTSD (zaburzenie to należy różnicować z ostrą reakcją na stres występującą w ICD). Klasyfikacja ICD-11 natomiast wyróżnia dodatkowo zespół przedłużającej się żałoby, zaburzenia adaptacyjne, złożone zaburzenia stresu pourazowego i inne zaburzenia związane ze stresem (WHO, 2019, 2022). Ostra reakcja na stres w ICD-11 nie jest uznawana już za zaburzenie a za naturalną reakcję człowieka w wyniku doświadczenia traumatycznego stresu i tym samym znalazła się w sekcji „Problemy związane z negatywnymi lub

traumatycznymi wydarzeniami” (WHO, 2019). Ciekawą jednostką diagnostyczną wprowadzoną do ICD-11 jest złożony zespół stresu pourazowego, C-PTSD (WHO, 2019, 2022). Zaburzenie to może rozwinąć się w wyniku narażenia na wydarzenie lub serię zdarzeń o wyjątkowo groźnym lub przerażającym charakterze, najczęściej długotrwałych lub powtarzających się. Istotnym czynnikiem w patogenezie C-PTSD jest doświadczenie traumy interpersonalnej czy relacyjnej. Złożony zespół stresu pourazowego zakłada spełnienie kryteriów charakterystycznych dla PTSD, a także wystąpienie trudności w regulacji afektu, zmian w procesach świadomości i uwagi, relacjach z innymi, percepcji siebie oraz sprawcy. Niektórzy badacze dostrzegają pewne podobieństwa C-PTSD do zaburzenia osobowości z pogranicza, dysocjacyjnego zaburzenia osobowości, czy ciężkiego epizodu depresji (Resick, 2012). Doświadczenia traumatyczne mogą także prowadzić do wystąpienia pozytywnych zmian w funkcjonowaniu jednostki, odzwierciedlanych w postaci wzrostu potraumatycznego.

1.2.2. Wzrost potraumatyczny

Podejście, które koncentruje się na stwierdzeniu, iż doświadczenie straty i cierpienia u niektórych ludzi może doprowadzić do pojawienia się zmian pozytywnych sięga dawnych czasów i jest dość rozpowszechnione. Natomiast usystematyzowane badania nad zjawiskiem pozytywnych konsekwencji doświadczeń traumatycznych obserwuje się od około 30 lat w obszarze, m.in. psychiatrii, psychologii czy innych nauk społecznych.

Do opisanía pozytywnych zmian psychologicznych po przeżyciu potencjalnie traumatycznego wydarzenia używano różnych terminów, na przykład pozytywne zmiany psychologiczne (Yalom i Lieberman, 1991), wzrost związany ze stresem (Park i in., 1996), rozkwit (O’Leary i Ickovics, 1995), wzrost osobowy (Ryff i Singer, 1998; Schaefer i Moos, 1998) lub wzrost wynikający z przeciwności (Joseph, 2009). Najczęściej cytowaną i najbardziej rozwiniętą koncepcją zmian pozytywnych jest teoria wzrostu potraumatycznego Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2018). Autorzy definiują „wzrost potraumatyczny” (*posttraumatic growth*, PTG) jako pozytywną zmianę w pewnych obszarach życia, będącą następstwem traumy. Przy czym rozumienie traumy w koncepcji autorów wykracza poza zakres definicyjny stresorów traumatycznych z klasyfikacji diagnostycznych. Wśród wydarzeń, w następstwie których pojawić się może wzrost po traumie znajdują się też krytyczne wydarzenia życiowe wymagające od jednostki przystosowania (Tedeschi

i Calhoun, 2004). Mamy tutaj do czynienia z rozumieniem traumy w szerokim ujęciu. Zięba i in. (2010) na określenie zdarzenia uruchamiającego proces potraumatycznych zmian posługują się dość trafnym terminem „wydarzeń wstrząsowych” oddającym istotę „*seismic event*”, o których pisali w swojej koncepcji Tedeschi i Calhoun (Tedeschi, Park i Calhoun, 1998).

Zjawisko potraumatycznego rozwoju wydaje się być podobne do kilku innych konstruktów, takich jak prężność, twardość, radzenie sobie oparte na znaczeniu, poczucie koherencji, duchowość (Ogińska-Bulik, 2013). Hobfoll i in. (2018) pośrednio utożsamiają rozwój potraumatyczny z odpornością lub postrzegają go jako nadrzędny konstrukt obejmujący rezultaty odporności. W odpowiedzi na tę sugestię Westphal i Bonanno (2007) argumentują, że znaczna część osób wykazuje odporność w obliczu traumy, a jej posiadanie zazwyczaj stwarza niewielką szansę na wzrost potraumatyczny. Badacze wzrostu po traumie podkreślają natomiast, że zjawisko to wydaje się wykraczać poza ramy zwykłego przystosowania, gdyż zakłada przeformułowanie dotychczasowego życia i znalezienie się na wyższym szczeblu funkcjonowania. Jest skutkiem procesu radzenia sobie z trudnościami oraz poznawczego przetwarzania krytycznego wydarzenia. Wzrost potraumatyczny wiąże się także z wystąpieniem nieprzyjemnych emocji oraz stresu, gdyż właśnie tego wymaga przepracowanie negatywnych doświadczeń (Tedeschi, Calhoun, 2004). Zjawisko to jest zatem długotrwałym procesem prowadzącym do lepszego funkcjonowania po traumie niż przed jej wystąpieniem.

W literaturze autorzy zamiennie stosują termin wzrost potraumatyczny i rozwój potraumatyczny. Być może jednak warto pojęcia te traktować rozdzielnie – rozwój odnosząc bardziej do naturalnych zmian zachodzących w życiu jednostki w wyniku doświadczania zmian rozwojowych; natomiast wzrost do wystąpienia zmian po doświadczeniu niespodziewanych, niekontrolowanych wydarzeń ekstremalnych. Nolen-Hoeksema (2004) natomiast wyróżnia dwa terminy na oznaczenie pozytywnych zmian potraumatycznych, takie jak wzrost osobowy i wzrost potraumatyczny. Podkreśla, iż równie często używany termin wzrost osobowy odnosi się do zmian potraumatycznych, które pojawiły się w wyniku wydarzenia długotrwałego wymagającego ciągłego przystosowania, wzrost potraumatyczny natomiast odnosi się do niespodziewanych i nagłych zdarzeń traumatycznych.

Zgodnie z oryginalną koncepcją Tedeschiego i Calhouna (1996) pozytywne zmiany psychologiczne mogą ujawnić się w co najmniej jednym z następujących obszarów: percepcja siebie, relacje interpersonalne, filozofia życiowa. Osoby doświadczające potraumatycznego wzrostu mogą postrzegać siebie jako osobę samodzielną, odważną w projektowaniu nowych celów życiowych, stawiającą czoła nowym wyzwaniom, zgłaszającą większą otwartość, wzajemność, szacunek i współczucie w relacjach interpersonalnych, bardziej refleksyjną, doceniającą życie oraz te jego aspekty, które wcześniej być może były pomijane, akceptującą zmienność życia. Jednostki są także bardziej skłonne do rekonfigurowania swojego systemu wierzeń. Częściej zadają sobie egzystencjalne pytania odnośnie swojego miejsca w świecie, na które odpowiadają z poczuciem sensu swojego istnienia.

1.2.3. Rozpowszechnienie negatywnych i pozytywnych konsekwencji bezpośrednio ekspozycji na traumę

Narażenie na traumatyczne doświadczenia jest globalne, nierównomiernie rozłożone i zróżnicowane między populacjami. Ta różnorodność czynników może wpływać na dokładność pomiaru zarówno zaburzeń po stresie traumatycznym, jak i zmian w obszarach wzrostowych.

Przed analizą głównych konstruktów niniejszej pracy, czyli wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego/zastępczego wzrostu potraumatycznego wśród poszczególnych grup specjalistów, warto przyjrzeć się rozpowszechnieniu negatywnych i pozytywnych skutków traumy wśród ich klientów/pacjentów.

Szacuje się, że ok. 70% populacji doświadcza wydarzeń potencjalnie traumatycznych w ciągu życia (Kessler i in., 2017). Międzynarodowe badania nad zdrowiem psychicznym przeprowadzone przez WHO ujawniły częstość występowania PTSD na poziomie 3,9%, biorąc pod uwagę ogół osób badanych (Koenen i in., 2017). Jak wskazywali respondenci, przemoc interpersonalna wiązała się z najwyższym ryzykiem wystąpienia objawów PTSD. Metaanaliza wyników na gruncie polskim wykazała dość wysoki ogólny odsetek PTSD, szacowany na 22–41% wśród osób narażonych na doświadczenia traumatyczne (Szumiał, 2021). Inne badania wskazały, iż 60,3% Polaków doświadczyło co najmniej jednego wydarzenia traumatycznego, a 31,1% osób narażonych na traumę ujawniło objawy PTSD (Rzeszutek i in., 2023). Traumatycznymi wydarzeniami o najwyższym

prawdopodobieństwie wystąpienia objawów PTSD były przemoc wobec dzieci i napaść na tle seksualnym. Warto tutaj wspomnieć, iż wskaźnik rozpowszechnienia PTSD będzie różny jeśli weźmie się pod uwagę kryterium normy psychopatologicznej lub oceny zdrowia i choroby w charakterystyce grupy osób badanych, ze wskazaniem na wyższe ryzyko rozwoju PTSD wśród grup klinicznych.

Dane pochodzące z przeglądu systematycznego nad uwarunkowaniami i rozpowszechnieniem PTG pokazały, iż prawie połowa badanych osób ujawniła PTG na poziomie od umiarkowanego do wysokiego. Poziom PTG w zależności od płci, wieku, zakresu wydarzeń urazowych (choroba ostra, przewlekła, przemoc, utrata bliskiej osoby, wypadki, urazy), czasu od wystąpienia wydarzenia urazowego wahał się od 10% do 77,3%, natomiast łączna częstość występowania wyniosła 52,58% (Wu i in., 2018). Badania na gruncie polskim prowadzone z udziałem osób po doświadczeniu śmierci osoby bliskiej, choroby przewlekłej, opiekujących się nieuleczalnie chorym członkiem rodziny oraz narażonych na traumę z powodu wykonywanej pracy również pokazują zróżnicowane nasilenie zmian wzrostowych (Ogińska-Bulik, 2013). Wskaźniki wysokiego nasilenia PTG wahały się od 25,6% do 46,2%.

1.3. Psychologiczne konsekwencje pośredniej ekspozycji na traumę

„Opieka ma swoją cenę” – dokładnie tymi słowami Figley (1995), twórca jednej z bardziej popularnych definicji oddających istotę wtórnej traumatyzacji, opisał doświadczenie wtórnej traumy przez profesjonalistów.

Profesjoniści, którzy słuchają historii klientów o strachu, bólu i cierpieniu, mogą odczuwać podobne do nich stany i emocje. Analogicznie profesjoniści pracujący na przykład z ofiarami przemocy seksualnej doświadczają nieprzyjemnych emocji w stosunku do sprawcy, które to emocje mogą być następnie generalizowane na osoby o cechach podobnych do właściwości sprawcy. Osoby, które pracowały z ofiarami innych rodzajów przestępstw, nierzadko odczuwają strach dotyczący własnego bezpieczeństwa. Powyższe przypadki stanowią przykład negatywnych konsekwencji, jakich jednostka może doświadczać w wyniku narażenia na wtórną traumę.

Fenomen traumy pośredniej, czy też doświadczonej w sposób wtórny, zasługuje na szczególną uwagę ze względu na prężnie rozwijające się badania w tym zakresie, stosunkowo nowy charakter zagadnienia oraz potrzeby interwencyjne związane z negatywnymi skutkami jej doświadczenia. Aktualnie badania coraz mocniej koncentrują się na analizowaniu konsekwencji, jakie pojawiają się u osób profesjonalnie zajmujących się pomaganiem jednostkom doświadczającym wydarzeń traumatycznych i ich uwarunkowań. Profesjonaliści ci mogą być bowiem narażeni na występowanie zarówno negatywnych, jak i pozytywnych skutków wtórnej czy pośredniej ekspozycji na traumatyczne zdarzenia.

1.3.1. Negatywne skutki pośredniej ekspozycji na traumę – wtórny stres traumatyczny

Jedną z istotnych negatywnych konsekwencji pośredniej ekspozycji na traumę jest wtórny stres traumatyczny (*secondary traumatic stress*, STS). Termin ten odnosi się do emocjonalnych i behawioralnych następstw wtórnego narażenia na traumę, które pojawiają się w wyniku bliskiej relacji lub zaangażowania w pomoc osobom doświadczającym traumatycznych przeżyć (Figley, 1995). Innymi słowy, jest to „stres związany z pomaganiem innym cierpiącym osobom lub ofiarom traumy” (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020, s. 36). Za punkt wyjścia dla rozwoju koncepcji wtórnego stresu traumatycznego (STS) uznaje się zmianę wprowadzoną do DSM-IV w 1994 roku (APA, 1994), gdzie pojęcie traumatycznego wydarzenia zostało rozszerzone tak, by obejmowało nie tylko bezpośrednie doświadczenie, lecz także bycie świadkiem lub usłyszenie o zagrożeniu życia bądź zdrowia innych osób. Wielu autorów opisuje, że STS, definiowany jako stres wynikający z pomagania lub chęci pomagania osobom doświadczającym traumy, może prowadzić do wtórnego zespołu stresu pourazowego (*secondary traumatic stress disorder*, STSD). Oznacza to, iż utrzymywanie się objawów STS pozwala na rozpoznanie STSD, określanego także jako wtórne PTSD.

Chcąc przedstawić objawy wtórnego stresu traumatycznego można sięgnąć do opisu Figley'a (1995), w którym autor wymienia trzy kategorie symptomów STS. Pierwsza kategoria dotyczy wspomnień, snów, intruzywnych myśli dotyczących traumatycznego wydarzenia doświadczonego przez odbiorcę traumy. Druga kategoria to unikanie i/lub odrętwienie w odpowiedzi na wspomnienia związane z traumą klienta/pacjenta (próby ucieczki od uczuć i sytuacji, które pozostają w związku z traumą, oderwanie od innych ludzi i rzeczywistości). Trzecią kategorię tworzy utrzymujące się pobudzenie, czyli problemy ze

snem, koncentracją, nagłe wybuchy złości, nadpobudliwość i nadmierna czujność. W odwołaniu do klasyfikacji DSM-5 wyróżnia się także czwartą kategorię, która dotyczy zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej w wyniku traumy doświadczanej przez klienta/pacjenta (APA, 2013). Nie ucieknie uwadze stwierdzenie, iż objawy STS przypominają objawy PTSD doświadczane przez osoby, które były bezpośrednio narażone na traumatyczne wydarzenia (Pearlman i Saakvitne, 1995). Figley (1995) uważa jednak, że istnieje zasadnicza różnica pomiędzy następstwami lub wzorcem reakcji w trakcie i po traumatycznym wydarzeniu między osobami narażonymi na stresory traumatyczne pierwotne a osobami, które były narażone na traumatyczne doświadczenie w sposób wtórny. Objawy STS zazwyczaj dotyczą myśli, emocji i zachowań, które wynikają z posiadania wiedzy o różnych traumatycznych wydarzeniach oraz angażowania się w pomoc osobom doświadczającym traumy (Baird i Jenkins, 2002; Bride i Kintzle, 2011; Figley, 1995). W związku z tym można uznać, że objawy PTSD są bezpośrednio powiązane z jednostką cierpiącą, czyli osobą doświadczającą pierwotnego traumatycznego stresu, objawy STS natomiast z osobą pomagającą.

W celu zachowania większej spójności terminologicznej warto wspomnieć o innych występujących w literaturze określeniach opisujących konsekwencje narażenia na wtórną traumę, m.in., zmęczenie współczuciem, wtórna traumatyzacja oraz wypalenie zawodowe.

Termin *zmęczenie współczuciem* (*compassion fatigue*, CF), wprowadzony przez Charlesa Figleya, pierwotnie służył do opisu psychologicznych konsekwencji zawodowego narażenia na cierpienie jednostek, identyfikowanych głównie wśród personelu pielęgniarskiego (Figley, 1995). W późniejszym okresie jego zakres semantyczny został poszerzony i zaczął obejmować również przedstawicieli innych zawodów pomocowych, w szczególności terapeutów oraz specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, pracujących z osobami dotkniętymi doświadczeniem traumy (Figley 1999, 2002). Zmęczenie współczuciem odnosi się do ogólnego wyczerpania i napięcia związanego z empatycznym zaangażowaniem, które wynika z pomagania ludziom w trudnej lub traumatycznej sytuacji (Figley, 1995). Coetzee i Laschinger (2018) uważają, iż nadmierna ekspozycja na cierpienie oraz nieodpowiednie zasoby organizacyjne przyczyniają się do zmniejszenia zdolności empatycznych osób pomagających, co stanowi istotny czynnik rozwoju zmęczenia współczuciem.

Zastępcza traumatyzacja (*vicarious traumatization*, VT) odnosi się do zmian w wewnętrznym doświadczeniu osoby udzielającej pomocy, prowadzących do głębokiej rekonstrukcji potrzeb psychologicznych, przekonań dotyczących świata (takich jak poczucie bezpieczeństwa, zdolność do tworzenia intymnych relacji, potrzeba kontroli) oraz indywidualnego systemu znaczeń. Po raz pierwszy zjawisko to zostało zauważone wśród grupy terapeutów pomagających klientom/pacjentom po doświadczeniu traumatycznych wydarzeń (McCann i Pearlman, 1990). Uważa się, iż zmiany w schematach poznawczych wynikają z długotrwałej ekspozycji na traumatyczny materiał prezentowany przez klientów/pacjentów, są względnie trwałe i mogą ujawniać się w zakresie tożsamości osobistej oraz zawodowej osoby pomagającej (Pearlman i Saakvitne, 1995).

Kolejnym konstruktom, który łączy się z przedstawionymi powyżej jest wypalenie zawodowe (*burnout*, BO). Pojawia się w odpowiedzi na chroniczne interpersonalne stresory obecne w środowisku pracy i charakteryzuje się poczuciem emocjonalnego wyczerpania, poczuciem braku osiągnięć i nieefektywnością w pracy oraz depersonalizacją przejawiającą się cynizmem oraz oderwaniem od środowiska pracy (Maslach i in., 2001). Zgodnie z nowszą koncepcją wypalenia zawodowego opisaną przez Demeroutiego i in. (2010), konstrukt ten zawiera dwa komponenty, z których pierwszym jest wyczerpanie, rozumiane jako uszczuplenie zasobów psychologicznych, drugim jest z kolei szeroko rozumiany brak zaangażowania w pracę.

Biorąc pod uwagę fakt, że do opisu doświadczeń profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym niekiedy zamiennie stosuje się pojęcia STS, zastępcza traumatyzacja i wypalenie zawodowe, warto w tym miejscu wskazać na charakterystyczne aspekty każdego z konstruktów (Cieslak i in., 2014; Sabin-Farrell i Turpin, 2003). Niektórzy autorzy uważają, iż zmęczenie współczuciem i STS są terminami pokrewnymi i można używać ich zamiennie (Deville et al., 2009; Greinacher et al., 2019), inni podkreślają podrzędność wtórnego stresu traumatycznego jako jednego z wymiarów zmęczenia współczuciem (Stamm, 2010). Są też badacze, którzy wskazują, że wtórny stres traumatyczny powinien być rozpatrywany jako skutek zmęczenia współczuciem (Newell i in., 2016). Newell i in. (2016) podkreślają również, że podczas gdy zmęczenie współczuciem pojawia się stopniowo w wyniku kumulacji cierpienia, wtórny stres traumatyczny ma tendencję do nagłego rozwoju. Zarówno STS, jak i VT powstają jako konsekwencje pracy z osobami po doświadczeniach

traumatycznych, wypalenie zawodowe natomiast jest efektem długotrwałego narażenia na stres występujący w miejscu pracy, gdzie praca z traumą może być w tym miejscu tylko jednym z wielu stresorów (Jenkins i Baird, 2002). Warto tu zaznaczyć, iż wypalenie zawodowe niekiedy bywa traktowane jako czynnik sprzyjający rozwojowi objawów wtórnego stresu traumatycznego (Ogińska-Bulik i Michalska, 2021; Shoji i in., 2015). STS i zmęczenie współczuciem koncentrują się na objawach emocjonalnych i behawioralnych, podczas gdy zastępcza traumatyzacja skupia się na zmianach schematów poznawczych, znaczeń i przekonań (Craig i Sprang, 2010). Konceptualizacja zastępczej traumatyzacji różni się od zmęczenia współczuciem czy wtórnego stresu traumatycznego, brakiem koncentracji na obserwowalnych objawach. Oznacza to, iż doświadczenie zastępczej traumatyzacji może, co prawda ujawnić się w postaci objawów podobnych do PTSD, nie musi jednak obejmować jawnej symptomatologii lub dysfunkcji (Pearlman i Saakvitne, 1995). Z tego powodu zastępcza traumatyzacja jest czasami opisywana jako normatywna reakcja na pracę z osobami, które doświadczyły traumy lub cierpienia, STS natomiast zazwyczaj uważany jest za stan, który może wymagać pomocy i zaopiekowania.

Pewne różnice w definiowaniu i pomiarze konstruktów mogą nastroczać wielu problemów w badaniu zjawiska traumy pośredniej. Mnogość ta świadczy o dużej złożoności i konieczności empirycznej weryfikacji. Na potrzeby niniejszego opracowania postanowiono skoncentrować się na zjawisku wtórnego stresu traumatycznego jako negatywnej konsekwencji traumy pośredniej. Ciekawym jest, iż sam Figley (1995, 2002) dostrzegał duże podobieństwo między chociażby zmęceniem współczuciem a wtórnym stresem traumatycznym, traktując te pojęcia jako tożsame. Termin zmęczenie współczuciem został uznany za bardziej przystępny i komunikatywny w odbiorze, co sprzyja jego szerszemu zastosowaniu w literaturze fachowej. Inni autorzy wskazują, że wszystkie te koncepcje można postrzegać jako elementy jednego kontinuum, różniące się nasileniem objawów, przy czym zmęczenie współczuciem i zastępcza traumatyzacja mogą z czasem prowadzić do rozwoju wtórnego stresu traumatycznego (STS) (Gusler i in., 2025; Mento i in., 2020).

1.3.2. Wtórne pozytywne zmiany potraumatyczne – zjawisko wtórnego wzrostu po traumie

Wraz z rozwojem badań nad traumą zaczęto zauważać, iż jednostki pracujące z osobami po doświadczeniach traumatycznych mogą czerpać pewne korzyści wynikające

z tego rodzaju pracy. Te pozytywne konsekwencje opisywane były jednak dość marginalnie, w kontekście bardziej kompleksowych badań nad negatywnymi następstwami pracy z traumą. W związku z tym wciąż niewiele wiadomo, szczególnie na gruncie polskiej literatury psychologicznej, o naturze i rozpowszechnieniu tych postrzeganych korzyści oraz o samym procesie psychologicznego rozwoju po doświadczeniu wtórnej traumy, który określany jest jako zastępczy wzrost po traumie (*vicarious posttraumatic growth*, VPTG) lub wtórny wzrost potraumatyczny (*secondary posttraumatic growth*, SPTG) (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020, 2023)¹.

Po raz pierwszy zjawisko zastępczego wzrostu po traumie zostało opisane wśród grupy terapeutów i odnosiło się do rozwoju tych pozytywnych zmian w wyniku pośredniej ekspozycji na traumę klienta/pacjenta (Arnold, Calhoun, Tedeschi i Cann, 2005). Badacze sugerują, iż VPTG rozwija się podobnie do PTG (Calhoun i in., 2010; Cohen i Collens, 2013), dlatego też tak jak w przypadku PTG, jednostki mogą doświadczyć pozytywnych zmian w obszarze relacji z innymi, postrzeganiu siebie oraz życiowej filozofii. Badani profesjonaliści w wyniku pracy z osobami po traumie żyją pełniej, traktują innych z większą życzliwością, regulują emocje w sposób bardziej adaptacyjny, nadają większe znaczenie pracy, są bardziej skuteczni w działaniach i mają adekwatne poczucie własnej wartości (Bartoskova, 2015; Cohen i Collens, 2013). Ponadto lepiej rozumieją swoich klientów/pacjentów, są bardziej empatyczni, współczujący i wrażliwi. Mają większą świadomość zagrożeń wynikających z obciążeń związanych z pracą, co przekłada się na wzrost poczucia przynależności do zawodowego środowiska i większą uważność w kontekście dbania o siebie (Arnold i in., 2005; Froman, 2014). Można wysnuć wniosek, iż badania różnych grup profesjonalistów wskazują na dość dużą spójność VPTG i PTG pod kątem pojawiających się zmian w obszarach wzrostowych. W literaturze obecne są też dane wskazujące na pewne różnice, a nawet elementy unikatowe dla VPTG. Różnice dotyczyły m.in., postrzegania i ujawniania ogólnej odporności przez osoby doświadczające VPTG. Podczas gdy, jednostki doświadczające traumy bezpośrednio często ujawniały zmiany w rozwoju duchowym, terapeuci zgłaszali rodzaj duchowego poszerzenia lub ruminowania, traktując akceptację duchowych przekonań jako pomocne narzędzie terapii po traumie bez

¹ W części teoretycznej pracy pojęcia zastępczego i wtórnego wzrostu potraumatycznego będą używane zamiennie, ze względu na odwołania do literatury zagranicznej. W części empirycznej używany będzie termin wtórny wzrost potraumatyczny, jako odpowiednik wtórnego stresu traumatycznego.

doświadczania zmiany przekonań (Arnold i in., 2005). Ponadto, jak wskazują Barrington i Shakespeare-Finch (2013), istnieją aspekty wzrostu charakterystyczne dla VPTG i w dużej mierze dotyczące tożsamości zawodowej. Według autorów profesjonalści przypisujący większą wartość swojej dotychczasowej pracy i postrzegający ją jako użyteczną dla klienta czy pacjenta, który chce dokonać zmiany w swoim życiu, mieli wyższe poczucie kompetencji zawodowych.

Konstruktem wykazującym pewne podobieństwa do zastępczego wzrostu po traumie jest zjawisko wtórnej prężności lub odporności (*vicarious resilience*, VR). Koncepcja zastępczej odporności została po raz pierwszy wprowadzona przez Hernandez, Gangsei i Engstroma (2007) jako termin określający rozwój osobowy terapeutów wynikający z ekspozycji na odporność klientów doświadczających traumy. Autorzy wskazują na kilka istotnych elementów, które wpływają na transformację w wewnętrznym doświadczeniu osób pomagających i tworzą konstrukt zastępczej odporności, obejmujący m.in., zdolność do powrotu do zdrowia, uznanie zdolności klientów/pacjentów do rozwoju, ponowną ocenę własnych problemów i trudności, większą tolerancję na frustrację, wzrost zaangażowania swoich zasobów w proces pomagania, potwierdzenie wartości terapii, wzrost nadziei, optymizmu oraz profesjonalnego poczucia własnej skuteczności (Hernández i in., 2007; Killian i in., 2017; Scott i in., 2023; Silveira i Boyer, 2015). Przewartościowanie pracy klinicznej zostało w tym przypadku uznane za najważniejszy element zmniejszający podatność na doświadczenie wypalenia zawodowego oraz skutków ekspozycji na wtórną traumę (Engstrom i in., 2008). Mimo pewnych podobieństw, konstrukty VPTG oraz zastępczej odporności nie są tożsame (Michalchuk i Martin, 2019; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Zastępcza odporność traktowana jest raczej jako „zdolność do dochodzenia do siebie” wynikająca z „empatycznego zaangażowania osób pomagających” (Pack, 2014, s. 18-19), VPTG natomiast to proces, w wyniku którego jednostka zaczyna funkcjonować lepiej niż przed narażeniem na wtórną traumę.

Kolejnym istotnym terminem, na który warto zwrócić uwagę jest satysfakcja ze współczucia. Satysfakcja ze współczucia (*compassion satisfaction*, CS) budzi zainteresowanie w literaturze ze względu na utożsamianie tego zjawiska z pozytywnymi konsekwencjami pomagania innym (Stamm, 2010). Satysfakcję ze współczucia zdefiniowano jako poczucie satysfakcji, jakie jednostka czerpie z możliwości niesienia

skutecznej pomocy (Stamm, 2002). Doświadczenie satysfakcji ze współczucia zapewnia motywację, wytrzymałość, zainteresowanie odbiorcą traury oraz poczucie spełnienia w relacji pomagania. Dane dotyczące częstości występowania satysfakcji ze współczucia prezentują się szczególnie interesująco, gdyż wskazują, że ten wymiar czerpania sensu i spełnienia z niesienia pomocy jest powszechnym i istotnym zjawiskiem wśród osób wykonujących zawody pomocowe (Baugerud i in., 2018; Sprang i in., 2024). W literaturze niekiedy satysfakcja ze współczucia jest traktowana jako konstrukt przeciwstawny do zmęczenia współczuciem. Badacze podkreślają jednak, że zjawiska te mogą istnieć niezależnie od siebie a satysfakcja ze współczucia bywa nawet interpretowana jako stan emocjonalny łagodzący negatywne skutki traury pośredniej (Stamm, 2010; Wagaman i in., 2015).

1.3.3. Rozpowszechnienie negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traury wśród przedstawicieli różnych grup zawodowych

Ocena rozpowszechnienia negatywnych i pozytywnych konsekwencji traury pośredniej ze względu na mnogość pojęć odnoszących się do tego zagadnienia nastrocza badaczom niekiedy dużych trudności. Jako że wtórny stres traumatyczny i zastępczy wzrost po traumie to zmiany w wewnętrznym doświadczeniu jednostki pojawiające się w wyniku pozostawania w bliskim kontakcie lub relacji pomagania z osobą po doznaniu traury lub cierpienia, grupą najczęściej narażoną na ujawnienie tych zmian będą profesjonaliści pracujący z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Bride i in. (2004) wskazują na pewne zawodowe niebezpieczeństwo wynikające z pracy z ludźmi po traumie określając je jako pośrednią zawodową traumatyzację.

Szczególne miejsce wśród profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych zajmują przedstawiciele personelu medycznego, którzy często jako pierwsi mają kontakt z ofiarami traury. Bycie świadkiem śmierci pacjentów oraz konieczność prowadzenia trudnych rozmów z chorymi i ich rodzinami wywołuje często stres i naraża na doświadczenie wtórnego cierpienia. Przegląd badań z udziałem personelu pielęgniarskiego pracującego na różnych oddziałach, m.in. pediatrii, neurologii, psychiatrii, ginekologii, onkologii, opieki paliatywnej i intensywnej terapii wykazał częstość występowania zmęczenia współczuciem na poziomie 53% (Zhang i in., 2018). W analizowanych badaniach odnotowano również zróżnicowanie poziomu zmęczenia

współczuciem w zależności od specyfiki oddziały, przy czym wyższe jego nasilenie obserwowano w niektórych obszarach opieki, takich jak oddziały intensywnej terapii, onkologii czy opieki paliatywnej. Z metaanalizy przeprowadzonej przez Beck (2011) wśród pielęgniarek różnych specjalności wynika, iż wysokie nasilenie wtórnego stresu traumatycznego wykazało 33% badanych. Ciekawe wyniki badań zaprezentowane zostały w przeglądzie Xie i in. (2021). Autorzy przeprowadzili metaanalizę 79 badań uwzględniających personel pielęgniarski z 11 krajów. Pielęgniarki z regionów azjatyckich ujawniły wyższe nasilenie negatywnych konsekwencji ekspozycji na wtórną traumę w porównaniu z personelem pielęgniarskim z obu Ameryk oraz Europy. Ponadto pielęgniarki pracujące na oddziałach intensywnej terapii prezentowały najwyższy poziom objawów wtórnego stresu traumatycznego. Ogólne nasilenie negatywnych konsekwencji traumy pośredniej oscylowało wokół wyników przeciętnych. Badania prowadzone z udziałem ratowników medycznych również wskazują na występowanie objawów wtórnego stresu traumatycznego w tej grupie zawodowej (Argentero i Setti, 2011; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). W badaniach Renkiewicz i Hubble (2022) 48% badanych ratowników medycznych ujawniło objawy wtórnego stresu traumatycznego. Z badań Ogińskiej Bulik i in. (2021a) wynika, iż zarówno ratownicy medyczni, jak pielęgniarki są narażeni na wysokie ryzyko pośredniej ekspozycji na traumę, a zatem mogą być bardziej podatni na rozwój objawów STS niż inne grupy zawodowe.

Zjawisko wtórnego stresu traumatycznego obserwowane jest także wśród innych służb ratowniczych, tj. policjantów (Acquardo Maran, Zito i Colombo, 2020; Ogińska-Bulik i Bąk, 2025; Ogińska-Bulik, Bąk i Michalska, 2022; Papazoglou i in., 2020; Turgoose i in., 2017) i strażaków (Beaton i in., 2004; Molnar i in., 2017; Stout i Shafer, 2023). Ciekawy wydaje się być przegląd badań Greinacher i in. (2019), w którym wykazano niski poziom wtórnej traumatyzacji u służb ratowniczych. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż zarówno personel medyczny, jak i służby ratownicze ze względu na charakter wykonywanej pracy mogą doświadczać podwójnej traumatyzacji – pierwotnej ze względu na awersyjne szczegóły zdarzeń w miejscu pracy i wtórnej w wyniku pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych. Wydaje się, że jest to istotny czynnik, który może utrudniać badanie zjawiska wtórnej traumatyzacji wśród tych grup profesjonalistów.

Zjawisko wtórnego stresu traumatycznego obserwowane jest także wśród pracowników socjalnych (Bride, 2007; Caringi i in., 2017; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2022; Rayner i in., 2020; Wagaman i in., 2015), kuratorów sądowych (Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2022; Page i Robertson, 2022), adwokatów pracujących z ofiarami przemocy (Benuto i in., 2018; Cummings i in., 2021; Maier, 2023), duchownych (Hotchkiss i Leshner, 2018; Juczyński, Ogińska-Bulik i Binnebesel, 2022), specjalistów zajmujących się pomocą humanitarną (Akinsulure-Smith i in., 2018), nauczycieli (Berger i Nott, 2024; Caringi i in., 2015; Castro i Schepers, 2023), w tym pracowników akademickich zajmujących się badaniem zjawiska traumy (AbiNader i in., 2023; Whitt-Woosley i Sprang, 2018; van der Merwe i Hunt, 2019). Specjaliści ci wykonują pracę, której celem jest opieka lub pomoc ludziom w sferze materialnej, psychicznej, emocjonalnej lub duchowej. Niektórzy z wymienionych profesjonalistów realizują określone prawem zadania wychowawcze, diagnostyczne, profilaktyczne i kontrolne współpracując z całym systemem, w którym jednostki dotknięte są sytuacją traumatyczną. Od wielu z nich oczekuje się realizacji celów bezpieczeństwa publicznego oraz resocjalizacji, gdzie będąc odbiorcami traumy klienta/pacjenta sami mogą doświadczyć jej negatywnych skutków. W badaniach Ogińskiej-Bulik, Juczyńskiego i Michalskiej (2023) przeprowadzonych wśród pięciu grup profesjonalistów 29% wszystkich badanych wykazało wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia STS. Stwierdzono różnice w nasileniu STS w zależności od grupy zawodowej, gdzie najwyższy poziom STS prezentowany był przez personel medyczny i pracowników socjalnych.

Autorzy badań nad wtórną traumą zwracają uwagę na jeszcze jedną grupę zawodową szczególnie narażoną na występowanie negatywnych skutków pośredniej ekspozycji na doświadczenie traumatyczne. Mowa tutaj o specjalistach zajmujących się zdrowiem psychicznym, przede wszystkim psychologach i psychoterapeutach. Zasadne wydaje się badanie konsekwencji wtórnej traumy wśród tej grupy zawodowej ze względu na silniejszą ekspozycję na traumatyczne doświadczenia klientów/pacjentów, wynikającą chociażby ze zwiększającego się zapotrzebowania na psychologiczną pomoc w dobie kryzysu zdrowia psychicznego w Polsce i na świecie.

W celu lepszego uzasadnienia doboru akurat tej grupy do badania zostanie pokrótce przedstawiona charakterystyka pracy terapeutycznej ze wskazaniem istotnych obszarów mogących mieć znaczenie dla wtórnej traumy.

Psychoterapia oraz pomoc psychologiczna udzielana w jej różnych formach jest interaktywnym oraz relacyjnym procesem wpływającym zarówno na klienta, jak i na osobę świadczącą profesjonalną pomoc (Cierpiałkowska i Sęk 2016; Czabała i Kluczyńska 2015). 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, 1999, 2002). 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 (McCann i Pearlman, 1990; Pearlman i Saakvitne 1995). Należy tu podkreślić, iż niektóre omówione zjawiska pojawiają się również jako nieodłączne i pożądane elementy procesu terapeutycznego.

W 1994 roku Wilson i Lindy opisali zjawisko wtórnej traumy wśród terapeutów jako formę zespołu stresu pourazowego, którego specjaliści doświadczali bez bezpośredniej ekspozycji na traumatyczne wydarzenie (Wilson i Lindy, 1994). Herman (1997) natomiast określił tę reakcję jako traumatyczne przeciwprzeniesienie, w wyniku którego terapeuta często doświadcza tego samego przerażenia, wściekłości, co klient/pacjent, choć w mniejszym stopniu.

Rivera-Kloeppe i Mendenhall (2023) w swoim przeglądzie badań obejmującym różnych specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, w tym psychologów klinicznych, psychologów pracujących w poradnictwie, doradców zawodowych, terapeutów par i rodzinnych wykazały, iż profesjonaliści świadczący usługi w zakresie zdrowia

psychicznego stanowią grupę istotnie narażoną na wystąpienie zmęczenia współczuciem. W badaniach jakościowych przeprowadzonych przez Merriman i Joseph (2018) badani psychologowie deklarowali, iż praca z osobami, które doświadczyły traumy stanowi dla nich duże wyzwanie przejawiające się w konieczności nadania sensu przerażającym doświadczeniom czy zarządzania dylematami etycznymi. Grupa psychologów klinicznych pracujących głównie z pacjentami z rozpoznaniem PTSD w badaniach Sui i Padmanabhanunni (2016) zgłaszała wysokie narażenie na doświadczenie wtórnej traumatyzacji oraz występowanie zakłóceń w schematach poznawczych, objawów somatycznych oraz symptomów podobnych do PTSD. Badania Elwood i in. (2011) wskazują, że klinicyści pracujący z osobami po doświadczeniu traumy mogą doświadczać objawów wtórnego stresu traumatycznego, choć dostępne wyniki badań w tym zakresie pozostają niejednoznaczne. Podobne wyniki ujawniono w badaniu terapeutów świadczących usługi w ośrodkach dla osób doświadczających różnego rodzaju przemocy (Century i in., 2007; Hernandez-Wolfe i in., 2015; O'Hara i Akinsulure-Smith, 2011). Na zwiększone ryzyko rozwoju STS w wyniku pracy terapeutycznej wskazują także badania Cieślaka i in. (2014).

Warto tutaj podkreślić, iż wyniki dostępne w literaturze dotyczące rozpowszechnienia negatywnych skutków traumy wśród grupy specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, w tym psychologów i psychoterapeutów, są niezwykle zróżnicowane. Widoczne jest to w badaniach wskazujących na niskie lub średnie nasilenie objawów STS, zmęczenia współczuciem, czy zastępczej traumatyzacji wśród terapeutów, którzy pracowali z osobami po doświadczeniach traumatycznych (Craig i Sprang, 2010; Diehm i in., 2019; Manning-Jones i in., 2016, 2017). Podobnie w badaniach na gruncie polskim ujawniono, iż niewielki odsetek badanych psychologów i psychoterapeutów prezentuje wysokie nasilenie objawów STS, podczas gdy u większości obserwuje się poziom niski lub umiarkowany (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2022; Kulik i in., 2023). Rzeszutek i in. (2016) ujawnili wyższe nasilenie negatywnych skutków wtórnej traumy u psychiatrów w porównaniu z psychoterapeutami. Wyniki metaanalizy przeprowadzonej przez Velasco i współpracowników (2023) wykazały, iż większość badanych psychologów/psychoterapeutów nie odczuwała istotnego stresu w związku z wykonywaną pracą, chociaż u niektórych z nich rozwinęły się klinicznie istotne objawy.

Jak można zauważyć określenie wskaźnika występowania objawów wtórnej traumy bywa trudne ze względu m.in. na pewne trudności metodologiczne występujące w tej dziedzinie badań (heterogeniczność grup, brak grup porównawczych i nakładanie się pojęć, a także stosowanie różnych narzędzi pomiaru). Psychologowie i psychoterapeuci stanowią niezwykle niejednorodną grupę, gdyż pracują w bardzo zróżnicowanych obszarach opieki, dodatkowo podzielonych przez podspecjalizacje wykorzystujące szeroki zakres różnych podejść psychologicznych (Wahass, 2005).

Badanie negatywnych skutków traumy wśród terapeutów jest ważne nie tylko z powodu wcześniej wspomnianych różnic we wskaźnikach rozpowszechnienia, ale także z powodu dużego wpływu objawów STS na osobiste i zawodowe funkcjonowanie terapeutów. Specjaliści dotknięci wtórnym stresem traumatycznym są z reguły mniej kompetentni w dokonywaniu adekwatnej oceny trudności klienta/pacjenta, co może wpływać na efektywność procesu terapeutycznego (Bride, Radey i Figley, 2007; Pearlman i Saakvitne, 1995). Dutton i Rubinstein (1995) oraz Neumann i Gamble (1995) twierdzą, iż mechanizmy obronne, takie jak dystans i empatyczna izolacja, stosowane przez terapeutów w celu poradzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami klienta, mogą prowadzić do emocjonalnego oddzielenia klienta/pacjenta od terapeuty. W pracy terapeutów, którzy doświadczyli zmęczenia współczuciem, STS lub zastępczej traumatyzacji ujawniono także tendencję do obwiniania pacjentów/klientów (Astin, 1997) i zakłócanie empatycznych zdolności, co w efekcie może skutkować impasem terapeutycznym lub nawet przerwaniem terapii (Pearlman i Saakvitne, 1995). Mało efektywna lub nawet nieskuteczna opieka może być bardzo szkodliwa dla klientów/pacjentów poszukujących kompetentnego leczenia lub poradnictwa.

Warto podkreślić, iż profesjonaliści pracujący z klientami/pacjentami po doświadczeniach traumatycznych, oprócz negatywnych skutków, doświadczają także wielu pozytywnych zmian wzrostowych. Warto tutaj zauważyć, iż badania nad zjawiskiem wtórnej ekspozycji na traumę koncentrują się głównie na badaniu objawów wtórnego stresu traumatycznego, czy zmęczenia współczuciem, a stosunkowo mało jest danych dotyczących pozytywnych konsekwencji pośredniego narażenia na traumę.

Występowanie wysokiego poziomu zastępczego wzrostu po traumie zostało potwierdzone w badaniach m.in., pielęgniarek zatrudnionych w opiece paliatywnej

(Ogińska-Bulik, 2018) i ratowników medycznych (Austin i in., 2018). Inne badania prowadzone z udziałem pielęgniarek, lekarzy, pracowników pogotowia ratunkowego ujawniły niskie lub umiarkowane nasilenie VPTG (Beck, 2020; Kang i in., 2018; Zerach i Shalev, 2015). Ogińska-Bulik i in. (2021b) wykazali, iż 40% osób spośród badanego personelu medycznego doświadczyło znacznego nasilenia pozytywnych wtórnych zmian wzrostowych w wyniku pracy z pacjentami po doświadczeniach traumatycznych. Występowanie wtórnego wzrostu potraumatycznego obserwuje się także wśród innych grup zawodowych tj. rzeczników ds. przemocy seksualnej i domowej (Frey i in., 2017), tłumaczy pracujących w ośrodkach dla uchodźców (Splevins i in., 2010), duchownych (Juczyński, Ogińska-Bulik i Binnebesel, 2021), pracowników socjalnych (Deaton i Ohrt, 2023; Hyatt-Burkhart, 2014; Ogińska-Bulik i Michalska, 2022), kuratorów sądowych (Ogińska-Bulik i Michalska, 2022). Z przeglądu badań przeprowadzonego przez Deaton i in. (2023) wynika, iż profesjonaliści z różnych grup zawodowych, tj. personel medyczny, pracownicy socjalni, psychologowie, psychoterapeuci deklaruowali pojawiającą się u nich zmianę światopoglądu w wyniku pracy z osobami doświadczonymi traumą. Transformacja ta obejmowała zmianę w filozofii życiowej, nabycie świadomości odnośnie tego, jak skonstruowany jest świat oraz większe docenienie życia w wyniku traumatycznych doświadczeń klientów/pacjentów.

Należy zaznaczyć, iż zawody pomocowe różnią się kontekstem wykonywanej pracy, jej częstotliwością oraz zaangażowaniem klinicznym i tym samym mogą prezentować zróżnicowany poziom i pewne unikalne cechy VPTG. Na szczególną uwagę zasługuje grupa psychologów/psychoterapeutów, których profesja wymaga empatycznego zaangażowania przez dłuższy okres leczenia i większą częstotliwość kontaktu z pacjentem/klientem. Ta grupa zawodowa prowadząc terapię rozmową często doświadcza zarówno procesów wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Procesy wewnętrzne scharakteryzować można jako zmiany w filozofii życiowej, duchowości, znaczenia, podczas gdy procesy zewnętrzne opisują zmiany w relacjach interpersonalnych, zewnętrznych granicach, obszarach wsparcia społecznego (Brockhouse i in., 2011; Cohen i Collens, 2013). Arnold i in. (2005) w badaniach jakościowych prowadzonych z udziałem psychoterapeutów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych wskazują, że profesjonaliści doświadczyli pozytywnych zmian potraumatycznych przejawiających się głównie we wzroście wrażliwości na problemy pacjentów, współczucia, empatii, tolerancji, duchowości oraz wglądu w siebie. Sui

i Padmanabhanunni (2016) u badanych psychologów zauważyli zmiany w postrzeganiu bezpieczeństwa i osobistej podatności na zagrożenia w oparciu o narracje dotyczące doświadczeń traumatycznych klientów/pacjentów. Specjaliści deklarowali także poprawę relacji interpersonalnych z innymi. Terapeuci badani przez Bartoszkową (2015) wskazywali na większe docenianie życia i lepsze rozumienie siebie w wyniku nadawania znaczenia traumie doświadczonej przez klienta/pacjenta.

Występowanie pozytywnych wtórnych zmian wzrostowych obserwowano także w innych badaniach terapeutów pracujących w różnych miejscach z osobami po różnych doświadczeniach traumatycznych (Cosden i in., 2016; Deaton i in., 2023; Melaki i Stavrou, 2023). Mimo pojawiających się pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy wśród tych profesjonalistów, uważa się, iż terapeuci są grupą zawodową doświadczającą VPTG raczej na niskim poziomie (Linley i in., 2007; Manning-Jones i in., 2017). Brockhouse i in. (2011) natomiast wskazują, iż badani terapeuci ujawnili umiarkowany poziom zastępczego wzrostu po traumie. Dość ciekawe wyniki płyną z badań Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2020), gdzie spośród pięciu grup profesjonalistów to właśnie terapeuci byli jedną z dwóch grup z najwyższymi wskaźnikami zmian wzrostowych. Podobnie w badaniach Ogińskiej-Bulik i Michalskiej (2022), terapeuci wykazali wyższy poziom VPTG w porównaniu z pracownikami socjalnymi i kuratorami sądowymi. Doświadczenie wtórnego wzrostu po traumie sprzyja lepszemu funkcjonowaniu zarówno zawodowemu, jak i osobistemu (Arnold i in., 2005).

Mocno zróżnicowane wskaźniki rozpowszechnienia objawów wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnych potraumatycznych zmian wzrostowych wśród profesjonalistów wynikają z wielu czynników i z pewnością wymagają dalszej eksploracji.

Podsumowanie

Ekspozycja na doświadczenia traumatyczne innych osób jest istotnym czynnikiem wpływającym na funkcjonowanie psychologiczne i zawodowe specjalistów pracujących w obszarze interwencji kryzysowej, psychoterapii, medycyny, ratownictwa czy pracy socjalnej. Kontakt z osobami, które doświadczyły zdarzeń o wysokim ładunku emocjonalnym, może prowadzić zarówno do negatywnych, jak i pozytywnych zmian psychologicznych u profesjonalistów. Literatura przedmiotu wskazuje, że konsekwencje te

obejmują przede wszystkim wtórny stres traumatyczny oraz zastępczy wzrost po traumie, który może stanowić element procesu adaptacyjnego.

W kolejnych rozdziałach niniejszego opracowania zostanie przybliżona charakterystyka poszczególnych modeli wtórnego stresu traumatycznego i zastępczego/wtórnego wzrostu po traumie oraz zmiennych mających istotne znaczenie dla rozwoju negatywnych oraz pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na stresory traumatyczne.

ROZDZIAŁ II

Trauma pośrednia w modelach teoretycznych

Koncepcja wtórnej traumy pojawiła się jako jeden z obszarów zainteresowań w badaniach nad traumą, zwracając uwagę na wpływ traumatycznych wydarzeń na funkcjonowanie psychologiczne jednostek. Jak wskazano w poprzednim rozdziale, zjawisko to jest szczególnie istotne wśród profesjonalistów, takich jak terapeuci, pracownicy służby zdrowia czy pracownicy socjalni. Zasadne wydaje się więc przedstawienie mechanizmów rozwoju konsekwencji pośredniej ekspozycji na traumę.

Opracowano wiele modeli teoretycznych próbujących wyjaśnić naturę wtórnego stresu traumatycznego i zastępczego/wtórnego wzrostu po traumie oraz stanowiących ramy interpretacyjne dla wyników badań empirycznych. W niniejszym rozdziale omówione zostaną wybrane modele wtórnej traumy, ze szczególnym uwzględnieniem ich założeń teoretycznych, wyników badań oraz implikacji praktycznych. Odwołując się do pojęć takich jak wtórna trauma, zmęczenie współczuciem i zastępczy/wtórny wzrost potraumatyczny, rozdział ten ma na celu wyjaśnienie mechanizmów oraz czynników kształtujących doświadczenie wtórnej traumy.

W niniejszym rozdziale uwaga skoncentrowana będzie głównie na modelu transmisji traumy Figleya (1995), ekologicznym modelu wtórnej traumy Dutton i Rubinsteina (1995), poznawczym modelu Ehlers i Clarka (2000) oraz funkcjonalno-opisowym modelu potraumatycznego wzrostu Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2012).

2.1. Modele wtórnego stresu traumatycznego

W odpowiedzi na rosnące zainteresowanie zagadnieniem wtórnego stresu traumatycznego powstało kilka ujęć teoretycznych próbujących wyjaśnić mechanizmy leżące u podstaw STS. Ich analiza pozwoli na lepsze zrozumienie procesów psychologicznych sprzyjających powstawaniu oraz utrzymywaniu się wtórnego stresu traumatycznego.

2.1.1. Poznawcze modele traumy

Poznawcze modele traumy stanowią jedno z najważniejszych podejść teoretycznych wyjaśniających mechanizmy powstawania oraz utrzymywania się zaburzeń potraumatycznych. Centralnym założeniem tych koncepcji jest przekonanie, że to nie samo traumatyczne wydarzenie warunkuje długofalowe skutki psychiczne, lecz sposób, w jaki jednostka interpretuje i poznawczo przetwarza to doświadczenie, a także integruje je z wcześniejszymi przekonaniem o sobie, innych ludziach i świecie. Jednym z pierwszych poznawczych ujęć traumy był model stresu traumatycznego zaproponowany przez Horowitz (1976, 1986). Do ujęć poznawczych należy również teoria przekonań Janoff-Bulman (1992) oraz teoria przetwarzania emocjonalnego Foa i Kozaka (1986). Jednym z ważniejszych modeli prezentujących współczesne podejścia poznawcze jest model PTSD Ehlers i Clarka (2000).

Model PTSD Ehlers i Clarka (2000) został opracowany w celu wyjaśnienia mechanizmu rozwoju zespołu stresu pourazowego oraz zidentyfikowania czynników podtrzymujących. Jest to model, którego poszczególne elementy zostały empirycznie zweryfikowane, posiadają silne ugruntowanie w literaturze przedmiotu i coraz częściej są używane również do wyjaśnienia mechanizmu powstawania wtórnych zmian potraumatycznych.

Model Ehlers i Clarka (2000) sugeruje, iż przewlekłe PTSD rozwija się wówczas, gdy jednostki, które doświadczyły traumy przetwarzają traumatyczne wydarzenie interpretując je w kategorii zagrożenia. Postrzegane zagrożenie posiada dwa źródła. Po pierwsze, osoby z przewlekłym PTSD wykazują nadmiernie negatywne oceny (osobiste znaczenia) traumy i/lub jej następstw. Oceny te są idiosynkratyczne i zwykle obejmują zarówno ocenę siebie (np. „Jestem nie dość dobry”), jak i oceny innych ludzi/świata, (np. „Ludziom nie należy ufać”). Ehlers i Clark (2000) wyjaśniają, że ponieważ jednostka nie ocenia zagrożenia jako ograniczonego w czasie (tj. występującego w przeszłości, w określonym czasie), jest ono doświadczane jako aktualne i trwające. Zjawisko to określają jako nadmierne uogólnienie zagrożenia. Na przykład osoba może postrzegać wszystkie sytuacje podobne do tej związanej z traumą jako niebezpieczne. Alternatywnie, jeśli zagrożenie jest wewnętrzne i związane z postrzeganymi osobistymi niedoskonałościami, można je ocenić jako długotrwałe i mogące prowadzić do podobnych zdarzeń w przyszłości.

Drugim źródłem postrzeganego aktualnego zagrożenia według Ehlersa i Clarka jest pamięć jednostki o traumie. Wspomnienia dotyczące wydarzenia traumatycznego są często chaotyczne i niekompletne, a pamięć traumy pozostaje słabo zintegrowana. W połączeniu z wysokim torowaniem percepcyjnym i silnym uczeniem się asocjacyjnym dla bodźców obecnych podczas traumy, prowadzi to do łatwego wyzwalania wspomnień. Z racji tego, iż wspomnienia te są słabo powiązane z innymi nadającymi strukturę informacjami w pamięci, przywoływane są bez kontekstu, tym samym zachowując pierwotne, wysoce zagrażające znaczenie. Zakłada się, że traumatyczne wspomnienia i negatywne oceny są ze sobą powiązane.

Model Ehlers i Clarka (2000) sugeruje ponadto, że poczucie aktualnego zagrożenia podtrzymywane jest przez szereg strategii behawioralnych i poznawczych. Strategie te obejmują zachowania związane z nadmierną ostrożnością (zachowania unikowe), nieadaptacyjne reakcje na natrętnie wspomnienia (tłumienie myśli, ruminacje, celowe odrętwienie) oraz uporczywą dysocjację. Autorzy twierdzą, iż niektóre strategie behawioralne i style oceny poznawczej przyjęte przez jednostkę mogą wywoływać symptomy PTSD w sposób bezpośredni, zapobiegając zmianom w pamięci traumy. Tak więc stwierdzenie, że objawy PTSD podtrzymywane są przez ocenę w kategorii zagrożenia, fragmentaryczne wspomnienia wydarzenia traumatycznego niemieszczące się w zakresie pamięci autobiograficznej oraz nieadaptacyjne strategie radzenia sobie z traumą, zarówno behawioralne, jak i poznawcze jest podstawową hipotezą modelu Ehlers i Clarka. Model ten zakłada ponadto, że przetwarzanie poznawcze traumy ma istotne znaczenie dla PTSD, gdyż wpływa na oceny i pamięć traumy.

Koncepcja Ehlers i Clarka (2000) pomaga w zrozumieniu, dlaczego profesjonaliści narażeni na traumatyczne zdarzenia w miejscu pracy rozwijają objawy PTSD. Warto zwrócić uwagę, iż od czasu publikacji tego modelu zaproponowano inne mechanizmy wyjaśniające występowanie objawów PTSD. Autorki Woodhams i Duran (2024) w swojej pracy przedstawiły, w jaki sposób mechanizmy te można włączyć do modelu Ehlers i Clarka, aby wyjaśnić, dlaczego niektóre osoby są bardziej narażone na rozwój PTSD, a inne mniej.

Jako czynniki zwiększające ryzyko pojawienia się negatywnych zmian pourazowych autorki wyróżniły zmienne indywidualne, tj. skłonność do używania wyobraźni oraz żywość wyobrażeń związanych z wydarzeniem traumatycznym, nieprzepracowaną traumę osobistą,

tendencję do ruminowania, przekonania na temat niesprawiedliwości świata, trudności ze snem (zredukowana faza snu REM), radzenie sobie poprzez emocjonalne tłumienie oraz zmienne związane z pracą, m.in. osobiste zaangażowanie w wydarzenie traumatyczne, intensywność i długi czas pracy z traumą, stres w pracy niezwiązany z sytuacją traumatyczną. Wśród indywidualnych czynników zmniejszających prawdopodobieństwo rozwoju zmian negatywnych znalazły się takie zmienne jak zdolność do mentalizacji, radzenie sobie poprzez akceptację i rozwiązywanie trudności, umiejętność dokonywania ponownej oceny poznawczej sytuacji trudnej oraz zdolność do hamowania reakcji. Wsparcie społeczne w miejscu pracy oraz w domu, kultura miejsca pracy oraz zdolność do przewidywania narażenia na traumatyczny materiał również znalazły się w grupie czynników związanych z pracą zmniejszających ryzyko rozwoju negatywnych zmian potraumatycznych.

Poznawczy model PTSD Ehlers i Clarka (2000) oraz jego rewizje ze względu na szczegółowe wyjaśnienie rozwoju i utrzymania objawów stresu pourazowego oraz empiryczne ugruntowanie w literaturze, jest najczęściej przyjmowany jako punkt wyjścia do wyjaśnienia, w jaki sposób pośrednia ekspozycja na doświadczenie traumatyczne może prowadzić do objawów wtórnego stresu traumatycznego (Woodhams i Duran, 2024).

2.1.2. Model transmisji traumy

Jedna z najbardziej popularnych koncepcji STS wyłoniła się z teorii systemów i została opisana przez Charlesa Figleya (1995). Pierwotna wersja modelu, czyli model transmisji traumy (*trauma transmission model*, 1995), podobnie jak jego zrewidowana w 2002 roku wersja zwana modelem stresu współczucia i zmęczenia współczuciem (*compassion stress and fatigue model*), opierają się na założeniu, iż empatia jest czynnikiem nie tylko niezbędnym w nawiązywaniu i utrzymywaniu skutecznej relacji terapeutycznej, ale także tym, który odgrywa główną rolę w transmisji traumy. Zaproponowane modele starają się opisać w jaki sposób dochodzi do przeniesienia traumy doświadczonej przez klienta/pacjenta na pomagającego mu profesjonalistę. W swoich dwóch początkowych modelach Figley opisał kilka istotnych elementów, które pomogą udzielić odpowiedzi na pytanie o istotę wtórnej traumatyzacji. Do tych składowych należą:

- **zdolności empatyczne**, które definiować można jako pewne umiejętności i skłonności danej osoby do rozpoznawania cierpienia u innych (Figley,

2002). Są to zdolności do przyjęcia i zrozumienia punktu widzenia innej osoby, jej emocji, potrzeb i cierpienia;

- **reakcje empatyczne** będące odpowiedzią pomagającego na potrzebę bycia empatycznym oraz wyrażające stopień, w jakim pomagający podejmuje wysiłek, aby zmniejszyć cierpienie klienta/pacjenta;
- **empatyczna troska** wyrażająca się w motywacji do reagowania na ludzi w potrzebie oraz odnosząca się do poziomu współczucia;
- **zarażenie emocjonalne** odnoszące się do stopnia, w jakim pracownik wchodzi w interakcję z cierpiącymi klientami/pacjentami. Odnosi się do zjawiska, w którym jednostki absorbują i odczuwają emocje innych;
- **dystansowanie** się wyrażające się w zdolności pomagającego do odłączenia się od doświadczeń klienta/pacjenta;
- **poczucie osiągnięć/satysfakcja** oznaczające stopień zadowolenia pomagającego z wysiłków poczynionych na rzecz klienta/pacjenta;
- **stres współczucia** będący efektem empatycznej reakcji na klienta i przejawiający się ciągłym dążeniem do złagodzenia cierpienia klienta;
- **długotrwałe narażenie na cierpienie klienta/pacjenta**;
- **traumatyczne wspomnienia** odnoszące się do własnej historii traumy oraz do wspomnień nagromadzonych w kontaktach z klientami, szczególnie tymi, którzy byli mocno strauumatyzowani;
- **stopień zakłócenia życia** będący nieoczekiwanymi zmianami, które dotyczą życiowych obowiązków.

Zdolności empatyczne w rozumieniu autora pozwalają na nawiązanie emocjonalnej więzi z cierpiącą jednostką oraz udzielenie empatycznej odpowiedzi. Z jednej strony ta emocjonalna więź niezbędna jest do utworzenia przymierza terapeutycznego oraz odnalezienia się w relacji pomocowej, z drugiej zaś strony naraża pomagającego na niebezpieczeństwo. Udzielając empatycznej odpowiedzi opartej na empatycznej trosce i zdolnościach empatycznych, osoba pomagająca angażuje się w sytuację klienta/pacjenta doświadczając często jego strachu lub cierpienia. Przy nieodpowiedniej umiejętności oddzielenia się od przeżyć pacjenta oraz niskiej satysfakcji z osiągnięć profesjonalista może doświadczyć stresu współczucia. Zmęczenie współczuciem pojawia się zatem jako efekt

przewlekłego stresu współczucia oraz długotrwałej ekspozycji na cierpienie klienta/pacjenta, gdzie część emocjonalnej energii z każdego pomocowego spotkania zostaje zinternalizowana i utrwalona.

Podsumowując główne założenia modelu, w którym empatia uznawana jest za czynnik odpowiedzialny za transmisję traumy, można stwierdzić, że wraz ze wzrostem intensywności i czasu ekspozycji na materiał traumatyczny oraz pod wpływem innych, wcześniej opisanych czynników, reakcje empatyczne pomagającego mogą przyjmować nadmierny i nieadaptacyjny charakter, co zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju STS.

Od 1995 roku Figley okresowo udoskonalał swój model, rozszerzając badania na wiele grup profesjonalistów, tj. terapeutów, strażaków, duchownych, pracowników katastrof, policjantów. Najnowsza wersja koncepcji została przedstawiona w 2016 roku, a model uzyskał nową nazwę: model odporności na zmęczenie współczuciem (*compassion fatigue resilience – CFR*). W zrewidowanej wersji modelu Ludick i Figley (2016) starają się wyjaśnić nie tylko w jaki sposób dochodzi do transmisji traumy, ale także dlaczego niektóre jednostki eksponowane na traumatyczne wydarzenia nie doświadczają zmęczenia współczuciem. Autorzy wskazują na szereg istotnych czynników pełniących rolę ochronną przed zmęczeniem współczuciem i sprzyjających budowaniu tzw. odporności na zmęczenie współczuciem. W stosunku do dwóch poprzednich modeli, autorzy wprowadzili kilka nowych elementów, do których należą:

- **troska o siebie** ujawniająca się w postaci praktyk i działań inicjowanych przez jednostki w celu utrzymania zdrowia i dobrostanu;
- **wsparcie społeczne** będące jednym z najistotniejszych potencjałów zdrowia.

Zgodnie z modelem, zmęczenie współczuciem spowodowane jest połączeniem słabej dbałości o siebie, obniżonej satysfakcji ze współczucia, wysokiego zapotrzebowania na empatię oraz niskiego empatycznego rozeznania (zdolność do rozróżnienia, czego potrzebuje klient, a czego osoba pomagająca) (Ludick i Figley, 2016). Na zmęczenie współczuciem wpływają również traumatyczne wspomnienia z przeszłości, fizyczne wyczerpanie pracą oraz dodatkowe wymagania życiowe. Stosowanie skutecznych strategii samoopieki oraz utrzymywanie bogatych sieci wsparcia społecznego wraz z dwoma elementami ujętymi we wcześniejszych modelach, tj. umiejętnością oddzielenia cierpienia pacjenta od własnych doświadczeń oraz poczuciem satysfakcji z pomagania jawią się jako istotne czynniki mogące

uchronić pomagającego przed wtórnym stresem traumatycznym oraz pozwalające zbudować odporność na zmęczenie współczuciem. Autorzy tej wersji modelu szczególną uwagę zwracają na wymienione wyżej pozytywne ścieżki modelu upatrując w nich implikacji praktycznych do pracy z osobami narażonymi na wtórną traumę (Ludick i Figley, 2016). Według autorów, powrót do równowagi po zmęczeniu współczuciem lub wtórnym stresem traumatycznym jest możliwy po rozpoznaniu problemu i wdrożeniu odpowiedniego wsparcia, a sam proces zdrowienia oznacza budowanie odporności na traumę. Zdaniem autorów odporność na zmęczenie współczuciem uzyskuje się wówczas, gdy jednostka wykorzysta empatyczne zdolności do zbudowania współczucia, które chroni i ożywia (Ludick i Figley, 2016).

2.1.3. Ekologiczny model wtórnej traumy

Ekologiczny model wtórnej traumy Dutton i Rubinsteina (1995) jest kolejną próbą wyjaśnienia mechanizmu rozwoju wtórnego stresu traumatycznego. Ekologiczna perspektywa jest holistycznym podejściem rozpatrującym doświadczenie traumy w kontekście środowiska. Model ten odzwierciedla uniwersalne zrozumienie tego, jak rozwija się wtórny stres traumatyczny, integrując elementy obecne w propozycji Figleya (1995) oraz włączając dodatkowo te aspekty, których nie uwzględniono w poprzednich modelach. Dutton i Rubinstein (1995) wyróżniają cztery główne elementy swojego modelu. Pierwszym z nich jest ekspozycja na traumatyczne doświadczenie. Autorzy podkreślają, że kontakt z materiałem traumatycznym może mieć różnorodny charakter, a jego sposób oddziaływania i przeżywania zależą od indywidualnych cech odbiorcy. Wynika to z pięciu głównych powodów, tj. różnego stopnia nasilenia traumy, zróżnicowanej intensywności emocji doświadczanych przez jednostki, z którymi pozostaje się w relacji pomagania, ryzyka ponownej wiktyimizacji pacjenta/klienta, własnej historii traumy.

Drugi komponent tego modelu obejmuje strategie radzenia sobie. Dutton i Rubinstein (1995) stwierdzają, iż strategie radzenia sobie mają bezpośredni wpływ na wtórne reakcje na stres traumatyczny. Autorzy wyróżniają dwa rodzaje strategii radzenia sobie: osobiste (np. zaspokajanie osobistych potrzeb, tworzenie wspierających relacji z bliskimi) i profesjonalne (np. pomoc ze strony pracodawcy).

Kolejny komponent odnosi się do potraumatycznych reakcji. Według autorów reakcje te są podzielone na trzy obszary. Pierwsza kategoria odnosi się do wskaźników cierpienia

psychicznego (np. wysiłki związane z unikaniem, natrętne wyobrażenia, zachowania uzależniające, trudności społeczne). Druga kategoria odnosi się do zmian w przekonaniach na temat świata, czyli zmian w schematach poznawczych. Obszar ten nawiązuje do konstruktywistycznej teorii samorozwoju McCann i Pearlmana (1992) oraz koncepcji Janoff-Bulman (1992) zakładających, iż psychospołeczne funkcjonowanie opiera się na założeniach, które pozwalają jednostkom wyznaczać cele, planować działania i kierować swoim zachowaniem. Zakłócenie podstawowych założeń przez wydarzenie traumatyczne może doprowadzić do zmiany w schematach poznawczych, co w efekcie skutkuje pojawieniem się objawów potraumatycznych (Janoff-Bulman, 1992; McCann i Pearlman, 1992). Ostatnią kategorią reakcji na wtórny stres traumatyczny są zaburzenia w relacjach interpersonalnych.

Czwarty i ostatni element modelu dotyczy wpływu czynników osobistych oraz środowiskowych na rozwój wtórnego stresu traumatycznego. Czynniki indywidualne obejmują zasoby osobiste (szczególnie poczucie własnej wartości), zasoby zawodowe (doświadczenie, wykształcenie), indywidualną podatność (własną historię traumy), satysfakcję z życia i zadowolenie z pracy. Wśród czynników środowiskowych autorzy wyróżnili wsparcie społeczne, zmienne dotyczące organizacji oraz czynniki społeczno-kulturowe. Autorzy szczególne znaczenie przypisywali czynnikom indywidualno-środowiskowym, upatrując w nich zmiennych pełniących rolę mediatorów dla relacji między różnymi konstruktami a zmęczeniem współczuciem, czy wtórnym stresem traumatycznym.

Przedstawiona koncepcja wydaje się być użyteczna w rozpoznaniu niektórych podstawowych determinantów oraz sposobu, w jaki dochodzi do rozwoju wtórnego stresu traumatycznego (Dutton & Rubinstein, 1995). Posiada jednak też swoje ograniczenia. Inni autorzy zauważają, iż model niedostatecznie opisuje naturę poszczególnych elementów oraz lokalizację komponentów względem siebie. Wskazują również na brak wystarczającej ilości badań testujących użyteczność modelu (Salston i Figley, 2003).

Porównując modele Figleya (1995) oraz Dutton i Rubinsteina (1995) można stwierdzić, iż model Figleya koncentruje się bardziej na podkreśleniu istotności poszczególnych elementów osobowości dla rozwoju zmęczenia współczuciem, podczas gdy Dutton i Rubinstein wskazują na znaczenie głównie czynników środowiskowych. Oba modele zostały skonstruowane w oparciu o badania i obserwację grupy terapeutów i sugerują,

iż czynniki indywidualne oraz środowiskowe a także poziom ekspozycji na traumatyczny materiał wpływają na reakcje jednostki na wtórną traumę. Reakcje te mogą następnie ujawnić się w postaci objawów wtórnego stresu traumatycznego.

2.1.4. Inne modele wtórnego stresu traumatycznego

Na uwagę zasługują także inne modele wtórnej traumy. Próbą rozszerzenia modelu zaproponowanego przez Figleya jest koncepcja Rauvola i in. (2019), gdzie nadrzędnym terminem jest stres oparty na empatii (*empathy-based stress*, EBS). EBS definiowany jest jako stres związany z ekspozycją na wtórną traumę, który w połączeniu z empatią i cierpieniem psychicznym może skutkować pojawieniem się objawów PTSD. Zgodnie z modelem doświadczenie stresu opartego na empatii jest zależne nie tylko od ekspozycji na wtórną traumę i zaangażowania empatycznego, ale także od czynników indywidualnych oraz kontekstowych zarówno organizacyjnych, jak i zawodowych. Stres oparty na empatii stanowi niejako połączenie zmęczenia współczuciem, wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnej traumatyzacji. Założeniem autorów modelu było stworzenie koncepcji, która stanowi szersze ujęcie zjawiska wtórnej traumy, gdzie doświadczenie konsekwencji ekspozycji na traumę pośrednią nie ogranicza się jedynie do specjalistów pracujących z jednostkami po doświadczeniu wydarzeń traumatycznych.

Jako model, który niewątpliwie przyczynił się do rozwoju myśli o mechanizmach odpowiadających za doświadczenie wtórnej traumy, uznaje się także Konstruktivistyczną teorię samorozwoju (*Constructivist Self-Development Theory*), opracowaną przez McCann i Pearlman (1992). Koncepcja ta łączy założenia psychologii konstruktywistycznej z teorią traumy podkreślając, że jednostki aktywnie konstruują własne rozumienie świata, które kształtuje ich reakcję na doświadczenia życiowe, w tym traumatyczne. Innymi słowy, koncepcja tworzy ramę teoretyczną umożliwiającą wgląd w to, jak jednostki przetwarzają, interpretują i adaptują się do traumatycznych doświadczeń. McCann i Pearlman (1992) zakładają, że ludzie rozwijają schematy poznawcze w oparciu o swoje doświadczenia życiowe, wartości i przekonania. Trauma może głęboko zmienić aktualne schematy, wpływając na podstawowe obszary funkcjonowania psychologicznego, w tym bezpieczeństwo, zaufanie, szacunek, kontrolę i intymność. Konstruktivistyczny aspekt teorii podkreśla, że ludzie aktywnie konstruują swoje rozumienie świata poprzez doświadczenia, które kształtują ich osobisty proces nadawania znaczenia i adaptacji do

traumy (Saakvitne i in., 1998). W ramach koncepcji, wtórny stres traumatyczny postrzegany jest jako zakłócenie schematów poznawczych spowodowane asymilowaniem innych emocji i doświadczeń związanych z traumą. Osoby posiadające sztywne lub nadmiernie pozytywne schematy mogą mieć trudności z włączeniem realiów traumy do swoich struktur poznawczych, co może prowadzić do zwiększonej podatności na STS (Pearlman i Saakvitne, 1995).

2.2. Modele wtórnego wzrostu po traumie

W porównaniu z wtórnym stresem traumatycznym, mechanizmy leżące u podstaw zastępczego/wtórnego wzrostu po traumie (VPTG/SPTG) doczekały się znacznie mniejszej liczby modeli teoretycznych. Istniejące ujęcia w dużej mierze bazują na koncepcjach opracowanych w kontekście pierwotnego wzrostu potraumatycznego (PTG), odnoszących się do osób bezpośrednio narażonych na doświadczenie traumatyczne. Wśród nich wyróżnić można m.in. model kryzysów życiowych i osobowego wzrostu Schaefer i Moosa (1998), teorię rozkwitu O’Leary’ego i Ickovics (1995), organizmiczno-wartościującą teorię Josepha i Linleya (2005), modele wzrostu po traumie Janoff-Bulman (2004), model wzrostu po traumie Maercker i Zoellner (2004), czy model potraumatycznego wzrostu Stanton i Low (2004). Jednym z najbardziej wpływowych i powszechnie cytowanych modeli w tym obszarze pozostaje funkcjonalno-opisowy model Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2012), który znalazł szerokie odzwierciedlenie również w polskim piśmiennictwie naukowym (Ogińska-Bulik, 2013). W dalszej części podrozdziału zostanie szczegółowo omówiona ta koncepcja.

2.2.1. Funkcjonalno-opisowy model wzrostu potraumatycznego

Model Tedeschiego i Calhouna był szeroko opisywany w polskiej literaturze (Ogińska-Bulik, 2013). W swoim modelu wzrostu potraumatycznego autorzy (Calhoun, Cann i Tedeschi, 2010; Calhoun i Tedeschi, 1998; Tedeschi i Calhoun, 1996) podkreślają, iż czynnikiem inicjującym wzrost potraumatyczny są wydarzenia charakteryzujące się niezwykle, niekontrolowanymi, potencjalnie nieodwracalnymi i zagrażającymi cechami. Wydarzenia te stanowią wyzwanie dla procesów poznawczych i zmuszają jednostkę do zrewidowania podstawowych założeń dotyczących siebie, świata i przyszłości.

Rekonstrukcja podstawowych przekonań nakłada na jednostkę konieczność poznawczego przetworzenia wydarzenia traumatycznego. Warto tutaj oczywiście pamiętać, że ludzie mierzący się z poważnymi czynnikami stresującymi, często doświadczają wysokiego poziomu napięcia emocjonalnego, często dekompensującego, utrudniającego funkcjonowanie. To napięcie towarzyszy także przetwarzaniu poznawczemu, które w pierwszym momencie po wystąpieniu traumatycznego wydarzenia może mieć charakter automatyczny i przyjmuje postać natrętnych myśli lub obrazów. Początkowo więc proces poznawczego zaangażowania skutkuje pojawieniem się ruminacji intruzywnych informujących jednostkę o braku dopasowania między tym, co się wydarzyło a tym, co zawarte jest w istniejących schematach poznawczych. W wyniku toczącego się procesu radzenia sobie jednostka zaczyna zauważać, iż pewne jej przekonania przestają być istotne, a cele życiowe osiągalne. W miarę kiedy jednostka zaczyna być bardziej skuteczna w radzeniu sobie z wysokim poziomem emocjonalnego stresu uruchamiany zostaje proces przetwarzania poznawczego, który skutkuje sformułowaniem nowych celów życiowych i zrewidowaniem podstawowych przekonań w sposób uwzględniający zmienioną przez doświadczenie traumatyczne rzeczywistość.

Według Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2012) przetwarzanie poznawcze jest centralnym konstruktem i jednym z najważniejszych procesów umożliwiających doświadczenie wzrostu potraumatycznego. Dla wielu osób, które stają w obliczu poważnych kryzysów i strat, okoliczności skłaniają do nadania sensu dwóm obszarom, tj. bezpośrednim okolicznościom związanym z traumatycznym wydarzeniem oraz bardziej fundamentalnym elementom otaczającej rzeczywistości. Pierwszy obszar odnosi się do próby zrozumienia konkretnej sekwencji aktualnych zdarzeń, np. co doprowadziło do śmierci bliskiej osoby lub komunikacyjnego wypadku. Drugi obszar odnosi się do bardziej złożonej struktury przekonań, egzystencjalnych czy duchowych dotyczących fundamentalnego znaczenia rzeczywistości po wydarzeniu traumatycznym, np. jak będzie wyglądało dalsze życie po traumie. Te dwa obszary nadawania znaczenia są w pewnym stopniu ze sobą powiązane, co oznacza, iż skuteczne poradzenie sobie z pierwszym prawdopodobnie pozwoli na bardziej adaptacyjne odniesienie się do drugiego. Ważnym czynnikiem mającym wpływ na efektywność procesu przetwarzania poznawczego jest środowisko społeczne. Tak więc stopień, w jakim jednostki postrzegają swoje otoczenie społeczne jako akceptujące czy też

sankcjonujące ujawnianie myśli i uczuć związanych z traumą, może odgrywać ważną rolę w procesie wzrostu potraumatycznego. Kiedy osoby dotknięte traumą postrzegają swoich bliskich jako niechętnych do słuchania o trudnościach, przetwarzanie poznawcze może zostać zahamowane (Cordova, Cunningham, Carlson i Andrykowski, 2001; Tedeschi i Calhoun, 1996). Calhoun i Tedeschi (2000) wspominali również, iż obecność przykładów narracji wzrostu w bezpośrednim otoczeniu społecznym w tym, jak inni zostali pozytywnie zmienieni przez traumę, może zwiększyć prawdopodobieństwo doświadczenia wzrostu potraumatycznego. Tak więc wzmianka dotycząca zjawiska wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych pojawiła się w pierwotnym modelu PTG.

Ostatnim opisywanym przez autorów elementem w modelu wzrostu potraumatycznego jest włączanie doświadczenia traumatycznego w strukturę narracji życiowych. Trauma może zostać włączona do historii życia jednostki jako „czas rozliczenia”, który przygotowuje grunt pod pewne fundamentalne zmiany w poglądach (Tedeschi i Calhoun, 1996). W pewnym momencie osoby, które przeżyły traumę mogą zacząć angażować się w tzw. metapoznanie lub refleksję nad własnym przetwarzaniem wydarzeń życiowych widząc siebie jako osoby dokonujące zasadniczej zmiany w rozumieniu siebie i swojego życia. Proces ten odgrywa także istotną rolę w utrzymywaniu zmian wzrostowych w czasie.

Autorzy na przestrzeni lat udoskonalali swój model w oparciu o nowe odkrycia oraz obserwacje (2004, 2006, 2010). Aktualna wersja koncepcji, opisana także w polskiej literaturze, w sposób bardziej wyraźny podkreśla, że to raczej zakłócenia posiadanych przekonań, a nie charakterystyka samego zdarzenia, inicjują procesy mogące ostatecznie doprowadzić do wzrostu potraumatycznego (Kobylarczyk-Kaczmarek i Ogińska-Bulik, 2023; Tedeschi i in., 2018). Ponadto, zrewidowany model wyraźniej uznaje różnorodne wpływy kulturowe za czynnik, który odgrywa znaczącą rolę w kształtowaniu przekonań określających sposób postrzegania traumatycznego zdarzenia. W bardziej przejrzysty sposób omówione zostały obszary dotyczące wsparcia społecznego, ujawniania siebie i autoanalizy. Innym aspektem procesu uwzględnionym w zmodyfikowanym modelu jest charakter związku między wzrostem potraumatycznym a wskaźnikami dobrostanu lub satysfakcji z życia. Chociaż u niektórych osób możliwe jest, że PTG sprzyja rozwojowi mądrości, co ostatecznie prowadzi do poprawy dobrostanu, taki związek nie zawsze występuje. Wzrost

wyduje się być silniej związany z poczuciem mądrości, która odzwierciedla rozumienie złożoności świata, niż z prostymi wskaźnikami ogólnego szczęścia. Zmodyfikowany model wyjaśnia także interakcję między ruminacjami a poziomem niepokoju. Ruminacje, które pojawiają się krótko po wydarzeniu w formie natrętnych myśli, mogą być pozytywnie związane zarówno z emocjonalnym niepokojem, jak i z zakłóceniem przekonań. W miarę jak ruminacje stają się mniej natrętne i bardziej refleksyjne, czyli ukierunkowane na nadanie sensu wydarzeniu i odbudowanie przekonań, poziom niepokoju może motywować osobę do zrozumienia traumatycznego doświadczenia, tym samym zwiększając prawdopodobieństwo rozwoju PTG. W ujęciu autorów istotną różnicą, w porównaniu z poprzednimi modelami, jest to, że proces wzrostu potraumatycznego (PTG) został przez nich skonceptualizowany jako zjawisko wykraczające poza zwykłe korzyści płynące z trudnych doświadczeń. Postrzegane korzyści to możliwe wtórne zyski z niekorzystnej sytuacji, które nie zawsze muszą powodować trwałą zmianę tożsamości lub osobowości. Wzrost potraumatyczny jest natomiast procesem głębokiej transformacji wewnętrznej przejawiającej się w wielu obszarach funkcjonowania.

Warto wspomnieć, iż Tedeschi i Calhoun byli jednymi z pierwszych, którzy zwrócili uwagę na takie pozytywne zmiany. Autorzy poświęcili wiele uwagi temu, w jaki sposób należy mierzyć wzrost pourazowy i opracowali skalę do oceny głównych jego obszarów (Tedeschi i Calhoun, 1996). Opracowali model wzrostu potraumatycznego, a tym samym podjęli próbę wyłonienia czynników mogących mieć znaczenie dla rozwoju pozytywnych zmian po traumie. Chociaż dowody dotyczące wielu aspektów modelu nadal pozostają spekulatywne, hipotezy autorów zachęcają do dalszych badań opartych na teorii. Dlatego też wielu badaczy skłania się do stwierdzenia, iż podobne procesy będą dotyczyły wtórnych pozytywnych zmian po traumie.

2.2.2. Inne modele wtórnego wzrostu po traumie

W literaturze opisanych jest też kilka innych koncepcji odnoszących się do pozytywnych wtórnych zmian potraumatycznych (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Cohen i Collens (2013) zaproponowały model SPTG, który podkreśla dualizm pracy nad traumą, uznając zarówno jej potencjał do wyrządzenia zastępczych szkód, jak i możliwość wzrostu. Ramy modelu integrują teoretyczne założenia koncepcji z badań nad traumą, modelu opartego na empatii i psychologii pozytywnej. Model zakłada, że zastępcze narażenie na

traumę skutkuje zarówno negatywnymi konsekwencjami (np. zastępczy uraz, wtórny stres pourazowy), jak i zmianami o charakterze pozytywnym (np. zwiększona odporność, empatia). Ta dualność odzwierciedla złożoność doświadczeń związanych z traumą, gdzie zjawiska wtórnego stresu i wtórnego wzrostu nie wykluczają się wzajemnie, ale często współistnieją. SPTG jest efektem dynamicznego procesu zaangażowania w pomoc osobom, które przeżyły traumę, obejmującym trzy kluczowe elementy: empatyczne zaangażowanie, nadawanie znaczenia i transformacyjne skutki. Autorki koncentrują się na wskazaniu, iż ta sama ekspozycja niezbędna do pojawienia się wtórnego stresu traumatycznego może prowadzić do głębokich pozytywnych transformacji wtedy, kiedy wspierana jest przez odpowiednie mechanizmy radzenia sobie i perspektywę zorientowaną na wzrost. W modelu badaczki identyfikują kilka czynników, które wpływają na SPTG, tj. cechy indywidualne, w tym własną odporność, poziom empatii, style przywiązania i strategie radzenia sobie, wsparcie organizacyjne rozumiane jako zorganizowany nadzór, zarządzanie obciążeniem pracą, wsparcie rówieśnicze, rodzaj traumy, czyli jej intensywność i charakter oraz możliwość autorefleksji w związku z pracą. Autorki uważają, iż aby wspierać rozwój SPTG, potrzebne jest wzajemne oddziaływanie wymienionych zasobów osobistych, relacyjnych i organizacyjnych, które sprzyjają refleksji, dbaniu o siebie i budowaniu więzi z innymi.

Warto tutaj wskazać pewne różnice między modelem Cohen i Collens (2013) a koncepcją Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2012). Model Tedeschiego i Calhoun koncentruje się bardziej na wewnętrznych zmianach poznawczych i emocjonalnych, które wynikają z przetwarzania traumy własnej. Z kolei koncepcja Cohen i Collens kładzie nacisk na rozwój poprzez empatyczne zaangażowanie w traumę doświadczoną przez innych, badając transformacyjny potencjał wynikający z bycia świadkiem odporności i powrotu do zdrowia przez klientów/pacjentów. Oba modele podkreślają możliwość rozwoju po traumie, różnią się natomiast podejściem do źródła traumy, mechanizmów zmian i ich praktycznych zastosowań.

2.3. Związki między wtórnym stresem traumatycznym a wtórnym wzrostem potraumatycznym

Teoretyczny model PTG zaproponowany przez Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2012) zakłada, że wzrost potraumatyczny i dystres współlistnieją, a doświadczenie PTG jest w dużej mierze zależne od tego, czy dana okoliczność jest oceniana jako stresująca (Tedeschi i Calhoun, 2004). W oparciu o to sformułowanie można oczekiwać, iż pozytywne i negatywne skutki wydarzeń traumatycznych są ze sobą powiązane. Uważa się, że gdy objawy stresu traumatycznego utrzymują się przez dłuższy czas, jednostki mogą podjąć pewne środki radzenia sobie po to, aby zrekonstruować to traumatyczne doświadczenie, uzyskując w ten sposób pozytywne efekty. Można zatem stwierdzić, iż traumatyczny stres jest katalizatorem wzrostu potraumatycznego. Badacze podobnych zależności upatrują także między konsekwencjami traumy doświadczonej pośrednio.

Pozytywne korelacje między wtórnym stresem traumatycznym a zastępczym wzrostem po traumie ujawniły się u różnych grup specjalistów, m.in. u personelu pielęgniarskiego (Melinte i Turliuc, 2023; Zerach i Shalev, 2015; Zeng i in., 2023), lekarzy (Melinte i Turliuc, 2023), pracowników socjalnych (Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2023; Rhee i in., 2013), policjantów, a także wśród psychologów i psychoterapeutów (Samios, Rodzik i Abel, 2012; Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2023; O'Sullivan i Whelan, 2011). Ostatnio przeprowadzona metaanaliza badań (Cleary i in., 2024) z udziałem dorosłych wtórnice narażonych na traumę potwierdziła dodatnie związki między STS i SPTG. Istnieją także badania, które wskazują na negatywne korelacje między tymi zmiennymi (Máirean, 2016; Ogińska-Bulik, 2018), a także brak powiązań (Grandi, Rizzo i Colombo, 2023; Hamama-Raz i in., 2021).

Przytoczone do tej pory badania przedstawiały liniowy charakter związku między STS i SPTG. W literaturze można odnaleźć dane wskazujące na innego rodzaju zależności. Niektórzy badacze sugerują, iż wraz ze wzrostem zmian negatywnych, wzrasta poziom zmian pozytywnych, który po pewnym okresie utrzymywania się na stałym poziomie zaczyna spadać. To właśnie umiarkowany poziom stresu traumatycznego daje największe możliwości ujawnienia się wzrostu po traumie, ponieważ w tym momencie jednostka jest w stanie adaptacyjnie radzić sobie oraz wystarczająco angażować zasoby w przetwarzanie

afektywno-poznawcze potrzebne do przepracowania traumy. Na taki związek, ujmowany jako krzywoliniowy, wskazują badania prowadzone z udziałem różnych grup specjalistów pracujących z traumą, m.in. lekarzy, pielęgniarek, psychologów/psychoterapeutów (Dar i Iqbal, 2020; Manning-Jones i in., 2017; Shiri i in., 2008).

Badania nad zależnością między zmiennymi nie są jednoznaczne. Możliwe, iż charakter związku między wtórnym stresem traumatycznym i zastępczym/wtórnym wzrostem po traumie zależy od badanej populacji, metod pomiaru, czy czasu, jaki upłynął od traumatycznego wydarzenia. Ze względu na występujące niejasności zagadnienie dotyczące relacji STS z SPTG wymaga dalszej eksploracji.

Podsumowanie

Badania nad wtórną traumą ewoluowały znacząco w ciągu ostatnich trzech dekad. Analiza koncepcji wtórnej traumy wskazuje na złożoność dynamiki psychologicznej i emocjonalnej związanej z pośrednią ekspozycją na traumatyczne doświadczenia. Progresja od ram teoretycznych skoncentrowanych raczej na deficycie, jak w przypadku chociażby koncepcji zmęczenia współczuciem Figleya (1995, 2002), do bardziej integracyjnych podejść, tj. potraumatycznego wzrostu Cohen i Collens (2013) podkreśla koncepcyjną ewolucję, gdzie badacze dążyli do uchwycenia charakteru interakcji między cierpieniem a wzrostem oraz wskazania czynników mających istotne znaczenie dla rozwoju wtórnych zmian potraumatycznych.

Analiza modeli pozwoliła wskazać te czynniki, które dość znacząco wpływają na doświadczenie wtórnej traumy, a należą do nich m.in. empatia, poziom ekspozycji na traumatyczne doświadczenie, intensywność afektu, przetwarzanie poznawcze czy dostęp do wspierających środowisk. Dalsze badania nad wtórną traumą powinny zatem koncentrować się na testowaniu tych kluczowych czynników osobistych i środowiskowych, które są ważne w etiologii zarówno wtórnego stresu traumatycznego, jak i zastępczego wzrostu po traumie.

Podsumowując, przedstawione w rozdziale modele ukazują wtórną traumę jako zjawisko o wieloczynnikowym podłożu, obejmujące zarówno cierpienie, jak i wzrost, a zarazem wymagające dalszej eksploracji. W niniejszej pracy model transmisji traumy Figleya (1995, 2002), model PTSD Ehlers i Clarka (2000), model wzrostu po traumie

Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2012) oraz ekologiczny model traumy opracowany przez Dutton i Rubinsteina (1995) były podstawą do stworzenia modelu badań własnych, który przedstawiony zostanie w rozdziale 3.

ROZDZIAŁ III

Psychospołeczne uwarunkowania występowania negatywnych i pozytywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę

Nie każda osoba eksponowana na wtórną traumę doświadczy jej negatywnych bądź pozytywnych skutków. Wpływ na to ma szereg czynników, zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych, charakterystycznych dla danej jednostki. Niniejszy rozdział koncentruje się wokół analizy wybranych zmiennych mogących mieć istotne znaczenie dla rozwoju objawów wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu po traumie.

Literatura identyfikuje wiele klasyfikacji psychospołecznych uwarunkowań negatywnych oraz pozytywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Podział, który dobrze sprawdza się w praktyce, uwzględnia zarówno czynniki środowiskowe, jak i indywidualne (podmiotowe). Wśród czynników środowiskowych mających istotne znaczenie dla wtórnego stresu traumatycznego i zastępczego wzrostu po traumie wyróżnia się zmienne związane z potencjalnym źródłem traumy, tj. rodzaj wtórnego wydarzenia traumatycznego, ekspozycję na wtórną traumę wyrażaną w postaci obciążenia pracą z osobami doświadczającymi wydarzeń traumatycznych, staż pracy w roli pomagającego, a także zmienne związane z funkcjonowaniem jednostki, takie jak zadowolenie z pracy czy posiadane lub postrzegane wsparcie społeczne (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020, 2023).

Do drugiej grupy, określanej jako czynniki podmiotowe, zaliczyć można względnie stałe zmienne, tj. płeć, wiek czy czynniki temperamentalno-osobowościowe, a także te poddające się zmianie, tj. zasoby osobiste, w tym prężność, empatię, poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji, optymizm, doświadczany afekt oraz szeroko rozumianą aktywność zaradczą (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020, 2023).

3.1. Charakterystyka wybranych psychospołecznych uwarunkowań negatywnych oraz pozytywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę

W niniejszej pracy skoncentrowano się na psychospołecznych uwarunkowaniach wyodrębnionych w modelach wtórnej traumy przedstawionych w poprzednim rozdziale. Mowa tutaj o modelu transmisji traumy (Figley, 1995, 1999; Ludick i Figley, 2016) podkreślającym rolę empatii w występowaniu negatywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na doświadczenia traumatyczne, modelu PTSD Ehlers i Clarka (2000) zakładającym, że aktywność poznawcza jednostki ma istotny wpływ na wystąpienie i utrzymywanie się negatywnych skutków traumy, także traumy wtórnej, ekologicznym modelu traumy Dutton i Rubinsteina (1995) podkreślającym rolę zmiennych biograficzno-zawodowych i zasobów osobistych oraz funkcjonalno-opisowym modelu wzrostu po traumie Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2012) przypisującym istotne znaczenie zasobom osobistym (prężność), społecznym (wsparcie społeczne) i aktywności poznawczej w postaci poznawczego przetwarzania traumy. Charakterystyka wybranych uwarunkowań STS i SPTG zostanie przybliżona w kolejnym podrozdziale.

3.1.1. Znaczenie zmiennych biograficzno-zawodowych dla rozwoju wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie

Zmienne socjodemograficzne

Płeć i wiek niewątpliwie należą do tych zmiennych podmiotowych, które mogą wpływać na intensywność doświadczanych objawów wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego. Analiza literatury dotyczącej znaczenia płci dla PTSD wskazuje, że kobiety, w porównaniu z mężczyznami, są bardziej narażone na rozwój objawów stresu pourazowego, a jednocześnie częściej doświadczają zmian o charakterze wzrostowym (Ogińska-Bulik, 2013, 2015). Można zatem spodziewać się podobnych rezultatów mając na uwadze doświadczenie STS i SPTG. I tak, systematyczny przegląd badań przeprowadzony przez Baum (2016) z udziałem specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym wskazuje na większą podatność klinicystów płci żeńskiej na rozwój STS. Podobnie, metaanaliza badań dotyczących pracy terapeutycznej Diehm i in. (2019)

ujawniła, iż kobiety częściej prezentowały objawy STS w porównaniu z mężczyznami. Creamer i Liddle (2005) wskazują, że terapeutki pracujące z osobami narażonymi na traumę w wyniku zamachu na World Trade Center częściej doświadczały STS niż terapeuci płci męskiej. Odmienne rezultaty zostały zaprezentowane w badaniach doradców zawodowych pracujących z osobami z niepełnosprawnością, gdzie większa intensywność objawów STS i wypalenia zawodowego zgłaszana była przez mężczyzn (Padmanabhanunni, 2020). Podobnie Way i in. (2007) ujawnili wyższe wskaźniki STS wśród mężczyzn klinicystów pracujących z osobami po doświadczeniu traumy przemocy.

W odniesieniu do SPTG badania Linleya i Josepha (2007) prowadzone z udziałem psychoterapeutów wskazały na istotne różnice w nasileniu pozytywnych wtórnych zmian między płciami. Kobiety zgłaszały więcej zmian wzrostowych w porównaniu z mężczyznami. Na podobne rezultaty wskazują Kalaitzaki i Rovithis (2021) oraz Barre i in. (2024) w badaniach prowadzonych z udziałem różnych grup specjalistów, w tym psychologów. W pracy Kalaitzaki i in. (2022) również stwierdzono występowanie różnic płciowych, gdzie kobiety uzyskały wyższe wyniki SPTG. Odmienne rezultaty uwidaczniają się natomiast w metaanalizie badań przeprowadzonej przez Cleary i in. (2024), gdzie wyższy poziom wtórnych zmian wzrostowych ujawnił się wśród terapeutów płci męskiej. W literaturze obecne są także dane, które wskazują na brak powiązania między płcią a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem po traumie (Kahil i Palabıyıkoglu, 2018; Manning-Jones i in., 2016; Rayner i in., 2020; Samios i in., 2012). Powyższa analiza literatury wskazuje, iż badania prowadzone w tym obszarze nie dają klarownego obrazu zależności.

Podobnie niejednoznaczne wyniki odnoszą się do wieku (Turgoose i in., 2017). Badania Ogińskiej-Bulik i in. (2022) wskazują, iż prawdopodobieństwo rozwoju STS wzrasta wraz z wiekiem. Odmienne rezultaty ujawniło badanie doradców pracujących z traumą przemocy seksualnej, gdzie to młodszy wiek był predyktorem wtórnego stresu traumatycznego (Ghahramanlou i Brodbeck, 2000). Mało znaczący, ale negatywny efekt wieku został wskazany przez Hensel i in. (2015) w metaanalizie czynników ryzyka pracy terapeutycznej dla STS. Podobne rezultaty ukazała metaanaliza przeprowadzona przez Sprang i in. (2007) wśród klinicystów. Istnieją także dane, które wskazują na brak związku między wiekiem a STS (Padmanabhanunni, 2020; Yazıcı i Özdemir, 2023).

Odnosząc się do pozytywnych zmian potraumatycznych, Brockhouse i in. (2011) wskazali, iż wraz z wiekiem wzrasta nasilenie SPTG u terapeutów. Odmienne zależności uwidoczono w badaniach Kalaitzaki i in. (2022) prowadzonych z udziałem kilku grup specjalistów, w tym psychologów. Wiek okazał się negatywnie korelować z wtórnymi pozytywnymi zmianami po traumie.

Niektóre badania wskazują także wykształcenie jako czynnik mogący mieć znaczenie dla rozwoju STS i SPTG. I tak, Baird i Jenkins (2003), czy Hong i in. (2024) wskazali na większe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów STS u terapeutów o niższym wykształceniu. W przypadku psychologów/psychoterapeutów dyskusja na temat zmiennej wykształcenie może nastroczać wiele trudności ze względu na mnogość ścieżek i możliwości kształcenia.

Zmienne związane z pracą

Kolejną grupą czynników mającą wpływ na rozwój STS i VPTG/SPTG są zmienne związane z pracą, które podzielić można na te dotyczące ekspozycji na traumę, tj. staż pracy, obciążenie pracą, miejsce zatrudnienia, charakterystyka pacjenta/klienta, rodzaj zdarzeń traumatycznych doświadczanych przez klientów/pacjentów oraz te, które związane są z rozwojem zawodowym, tj. specjalistyczne szkolenia, stosowane metody pracy, czy obecność superwizji.

Uważa się, iż obciążenie pracą, zwłaszcza w postaci dużej liczby pacjentów i długiego czasu pracy z nimi, jest głównym środowiskowym czynnikiem ryzyka wystąpienia wtórnego stresu traumatycznego (Steed i Bicknell, 2001). Istniejące badania w przeważającej mierze potwierdzają pozytywny związek między obciążeniem pracą w postaci dużego nakładu czasu poświęconego na pracę z klientami/pacjentami a negatywnymi skutkami wtórnej traumy wśród specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym (Cook i Fye, 2023; Killian, 2008; Ray i in., 2013; Tosone i in., 2010). Shalvi i in. (2011) wskazali, iż psychologowie kliniczni i pracownicy socjalni pomagający większej liczbie klientów/pacjentów z PTSD ujawniali wyższy poziom STS. Podobne rezultaty prezentują Craig i Sprang (2010) oraz Jenkins i in. (2011) w badaniach terapeutów. Ciekawa wydaje się być praca Hong i in. (2024), gdzie wskazano, iż podgrupa profesjonalistów z najniższą liczbą klientów/pacjentów (mniej niż 5) wykazywała znacznie wyższe wyniki

w zakresie zmęczenia współczuciem i wtórnego stresu traumatycznego w porównaniu z podgrupą z 6-10 przypadkami miesięcznie. Istnieją także badania, które nie potwierdzają związku między obciążeniem pracą a STS (MacRitchie i Leibowitz, 2010; Rayner i in., 2020).

Obciążenie pracą wydaje się być również istotne w rozwoju pozytywnych zmian potraumatycznych (Manning-Jones i in., 2015). W badaniach Linleya i Josepha (2007) oraz Brockhouse i in. (2011) klinicyści, w tym psychologowie/psychoterapeuci, pracujący z większą liczbą klientów/pacjentów ujawniali wyższy poziom SPTG w porównaniu do specjalistów z mniejszą liczbą klientów/pacjentów. Powtarzająca się ekspozycja na narracje o traumie potencjalnie wzmacnia zmieniające się z czasem schematy poznawcze terapeuty (Brockhouse i in., 2011). Doświadczeni klinicyści mogą być bardziej podatni na rozwój zarówno STS, jak i SPTG, ponieważ częstszy bezpośredni kontakt z klientami wiąże się ze zwiększoną ekspozycją na potencjalnie traumatyczny materiał (Ben-Porat, 2015; Kjellenberg i in., 2014). Podobnie w badaniach przeprowadzonych przez Cleary i in. (2024) wskazano, iż obciążenie pracą w postaci wysokiego odsetka czasu poświęconego na pracę z klientami narażonymi na traumę pozytywnie korelowało z wtórnymi zmianami wzrostowymi.

Dane dotyczące związków stażu pracy z negatywnymi skutkami wtórnej traumy wydają się dość rozbieżne. Niektórzy autorzy uważają, iż mniejsze doświadczenie w charakterze specjalisty zajmującego się zdrowiem psychicznym zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się objawów wtórnego stresu traumatycznego (Badger i in., 2008; Kadambi i Truscott, 2004; McLean, Wade i Encel, 2003; Sodeke-Gregson i in., 2013; Sprang i in., 2007). Badania Hong i in. (2024) wykazały, że uczestnicy z doświadczeniem od 0 do 5 lat prezentowali znacznie wyższy poziom zmęczenia współczuciem i wtórnego stresu traumatycznego w porównaniu z osobami z dłuższym stażem pracy. Badania Ogińskiej-Bulik i in. (2020) wykazały natomiast, iż staż pracy zwiększa ryzyko rozwoju STS wśród profesjonalistów.

Pewne rozbieżności dotyczą również relacji między stażem pracy a pozytywnymi skutkami wtórnej traumy. Metaanaliza badań przeprowadzona przez Cleary i in. (2024) wykazała, że specjaliści z niższym stażem pracy prezentowali wyższy poziom SPTG. Ciekawe rezultaty płyną z badania Ben-Porat (2015), gdzie kierunek zależności między stażem pracy a SPTG zależny był od miejsca pracy terapeuty oraz typu klienta. Stwierdzono

istotną dodatnią korelację między stażem pracy a SPTG wśród terapeutów pracujących w instytucjach pomocy społecznej, ujemną natomiast wśród terapeutów zajmujących się przemocą w rodzinie. Ostatni wynik sugerować może, iż wpływ stażu pracy na konsekwencje wtórnej traumy zależy może od wielu innych czynników.

Istotne znaczenie dla rozwoju STS i SPTG mają także typ klienta, rodzaj wydarzenia traumatycznego u odbiorcy pomocy oraz miejsce pracy (Levenson, 2017; Robinson-Keilig, 2014). Na przykład praca z osobą po doświadczeniu nieprzewidywalnym, wysoce destrukcyjnym o długim czasie oddziaływania (katastrofa, przemoc szczególnie seksualna) niesie ze sobą większe ryzyko rozwoju STS (Benuto i in., 2018; Creamer i Liddle, 2005). Metaanaliza przeprowadzona przez Velasco i in. (2023) wskazała, że najwyższy poziom zmęczenia współzuciem ujawnili profesjonaliści pracujący z ofiarami tortur oraz uchodźcami. Wielu autorów podkreśla, iż praca z dziećmi doświadczającymi traumy znacznie zwiększa prawdopodobieństwo rozwoju wtórnych negatywnych zmian potraumatycznych u pomagającego (Creamer i Liddle, 2005; Hiles Howard, 2015). Inne badania wskazują, że specjaliści pracujący w środowiskach lokalnych, państwowych mają tendencję do zgłaszania wyższego poziomu STS, niż ci pracujący w prywatnych gabinetach (Lawson, 2007; Lawson i Myers, 2011; Quinn i in., 2019). W metaanalizie przeprowadzonej przez Velasco i in. (2023) niższe poziomy zmęczenia współzuciem zaobserwowano u profesjonalistów pracujących w obszarze psychologii klinicznej w porównaniu ze specjalistami pracującymi w innych obszarach.

W przypadku zastępczego wzrostu po traumie, Brockhouse i in. (2011) wskazali, że praca w ramach instytucji państwowych była powiązana z wyższym poziomem SPTG w porównaniu z prywatną praktyką terapeutyczną. Wpływ miejsca pracy na poziom SPTG został ujawniony także w badaniach Ben-Porat (2015). Terapeuci pracujący w instytucjach pomocy społecznej prezentowali wyższe nasilenie zmian wzrostowych w porównaniu z terapeutami pracującymi z traumą przemocy domowej. Istnieją także badania, które nie potwierdzają wpływu miejsca pracy, czy rodzaju traumatycznego wydarzenia doświadczonego przez klienta/pacjenta na konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę (Kadambi i Truscott, 2004).

Zmienne związane z zaangażowaniem terapeutycznym i samorozwojem

Istotne znaczenie dla wtórnej traumy zdają się mieć szkolenia z pracy traumą. Badania pokazują, iż osoby szkolące się w pracy z traumą doświadczają mniej objawów wtórnego stresu traumatycznego w porównaniu ze specjalistami, którzy nie przeszli podobnego szkolenia (Adams i Riggs, 2008; Baird i Kracen, 2006; Hensel i in., 2015). Ciekawe wyniki płyną z badania, gdzie predyktorem objawów STS okazała się być jakość przebytego szkolenia (Makadia, Sabin-Farrell i Turpin, 2017). Psychologowie, którzy zgłaszali lepszą jakość kształcenia w zakresie pracy z traumą doświadczali mniej objawów wtórnego stresu traumatycznego. Analizując znaczenie wykształcenia zasadnym wydaje się być omówienie pokrótce innych czynników z zakresu rozwoju zawodowego psychologów i psychoterapeutów, które również mogą wpływać na poziom wtórnego stresu traumatycznego i zastępczego wzrostu po traumie. Mowa tutaj o orientacji terapeutycznej i posiadaniu certyfikatu psychoterapeutycznego. Badania Michalskiej (2024) prowadzone z udziałem psychologów i psychoterapeutów wykazały, iż osoby po lub w trakcie certyfikacji prezentowały niższe nasilenie objawów STS w porównaniu z osobami nieposiadającymi certyfikatu. Posiadanie uprawnień psychoterapeutycznych okazało się być również istotnie powiązane z wtórnym wzrostem po traumie. Mówiąc o podstawowej orientacji terapeutycznej, uważa się, że mniejsze ryzyko rozwoju zmęczenia współczuciem oraz wtórnego stresu traumatycznego związane jest ze stosowaniem praktyki opartej na dowodach, m.in., technik poznawczo-behawioralnych czy EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*) (Craig i Sprang, 2010). Podobne rezultaty płyną z badania Sodeke-Gregsona i in. (2013), gdzie większość uczestników stosowała interwencje z modeli terapeutycznych nieopartych na dowodach NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) i tym samym prezentowała wyższe nasilenie objawów STS. Nieco odmienne wyniki zaprezentowali Linley i Joseph (2007). Psychoterapeuci o orientacji poznawczo-behawioralnej znacznie częściej zgłaszali objawy zmęczenia współczuciem w wyniku swojej pracy terapeutycznej. Ci sami autorzy zauważyli także, iż terapeuci, których szkolenie było ukierunkowane głównie na transpersonalność, częściej zgłaszali wtórne pozytywne zmiany psychologiczne. Ten sam wzorzec ustaleń dotyczył również aktualnej orientacji terapeutów na praktykę terapeutyczną. Z rozwojem umiejętności zawodowych niewątpliwie wiąże się również korzystanie przez specjalistów z superwizji. Badania wskazują, iż superwizja może

działać jako ważny bufor w procesie przetwarzania złożonych doświadczeń terapeutycznych, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo SPTG i kompensując rozwój STS (Cann i Watson, 2019; Craig i Sprang, 2010; Hiebler-Ragger i in., 2021). W przeglądzie badań zaprezentowanym przez Tsirimokou i in. (2023) superwizja również jawi się jako istotny czynnik sprzyjający wtórnym pozytywnym zmianom po traumie. Badania Hong i in. (2024) wskazały, iż superwizowana grupa prezentowała znacznie niższy poziom zmęczenia współczuciem niż grupa, która nie praktykowała superwizji. Jednak badania w tym zakresie nie są jednoznaczne. Hensel i in. (2015) w metaanalizie predyktorów STS ujawnili niewielką lub zerową wielkość efektu zarówno jakości, jak i częstotliwości superwizji dla STS wśród badanych terapeutów. Zaskakujące mogą wydawać się badania Sodeke-Gregsona (2013), gdzie obecność superwizji jawiła się jako pozytywny predyktor wtórnego stresu traumatycznego.

Istotnym czynnikiem mogącym mieć wpływ na pojawienie się STS i SPTG jest doświadczenie terapii własnej, choć w literaturze dostępnych jest niewiele badań uwzględniających rolę tej zmiennej. Według Linleya i Josepha (2007) psychoterapeuci, którzy wcześniej korzystali z terapii indywidualnej lub korzystają z niej obecnie, prezentują wyższe nasilenie wtórnych zmian wzrostowych oraz mniejszą intensywność objawów wtórnego stresu traumatycznego. Odnaleźć można jednak badania, które wskazują, iż STS okazał się być pozytywnie powiązany z wcześniejszą terapią osobistą (Laverdière i in., 2019). Ten dość zaskakujący wynik zdecydowanie wymaga dalszej eksploracji.

Zmienne związane z własną ekspozycją na traumę

Analizując determinanty STS i SPTG, niewątpliwie warto zwrócić uwagę na historię osobistych doświadczeń traumatycznych. Leung i in. (2023) w przeglądzie badań nad traumą własną pomagających i STS wskazali, że osobista historia traumy wiązała się z gorszym zdrowiem psychicznym i negatywnymi zmianami w postrzeganiu siebie. Choi (2011) ujawniła silny pozytywny wpływ predykcyjny traumatycznych doświadczeń z przeszłości na objawy STS u profesjonalistów zajmujących się towarzyszeniem ofiarom przemocy. Inne badania prowadzone z udziałem psychologów, psychoterapeutów, doradców zawodowych i innych profesjonalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, również wykazały pozytywne związki między osobistą historią traumy a objawami STS (Choi, 2016; Cleary

i in., 2024; Hensel i in., 2015; Rayner i in., 2020; Yazıcı i Özdemir, 2023). Lee i in. (2017) zasugerowali, że osoby, które przeżyły traumę, mogą mieć tendencję do nadmiernego angażowania się w swoje sprawy i nadmiernej empatii wobec trudności klientów, co w konsekwencji zwiększa ryzyko wystąpienia wtórnej reakcji na traumę.

Ben-Porat (2015) w badaniach terapeutów świadczących usługi w różnych środowiskach pracy wskazała, iż doświadczenie traumy własnej istotnie wpływa na rozwój także pozytywnych wtórnych zmian potraumatycznych. Dodatkowo związki między osobistą historią traumy a SPTG ujawniono w badaniu Cosden i in. (2016) przeprowadzonym z udziałem terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi oraz w badaniach Kjellenberg i in. (2014), gdzie osobami badanymi byli terapeuci pracujący z uchodźcami. Również metaanaliza badań Cleary i in. (2024) dostarczyła danych mówiących o tym, że trauma własna sprzyja rozwojowi zastępczego wzrostu po traumie u psychologów, psychoterapeutów oraz innych specjalistów zajmujących się poradnictwem psychologicznym.

Warto zwrócić uwagę na to, iż związek między własnym doświadczeniem traumy a STS może różnić się w zależności od płci profesjonalisty, rodzaju traumatycznego wydarzenia, czy chociażby zakresu ekspozycji na traumatyczne zdarzenie. Wśród badań uwzględnionych w metaanalizie Hensel i in. (2015) odnotowano wysoką wielkość efektu dla osobistej historii traumy wśród terapeutów z doświadczeniem przemocy seksualnej lub domowej, którzy pracowali z ofiarami tejże przemocy (Jenkins i Baird, 2002; Salston i Figley, 2003) oraz terapeutów z historią traumy z dzieciństwa wspierających dzieci (Nelson-Gardell i Harris, 2003). Bardzo ciekawym wydaje się być badanie przeprowadzone przez La Mott i Martin (2019), gdzie ujawniono pozytywne korelacje między wczesnodziecięcym doświadczeniem zaniedbania i odrzucenia a wtórnym stresem traumatycznym. Wynik zasługuje na uwagę, gdyż jako czynnik sprzyjający rozwojowi wtórnej traumy wskazuje doświadczenie traumy złożonej, nieco odmiennie niż większość badań, w których koncentrowano się głównie na osobistym doświadczeniu traumy prostej. Należy tutaj wspomnieć, iż istnieją również badania ujawniające brak relacji między osobistą historią traumy a wtórnym stresem traumatycznym oraz wzrostem po traumie (Diehm i in., 2019; Creamer i Liddle, 2005; Makadia, Sabin-Farrell i Turpin, 2017; Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2022).

Przedstawione powyżej dane mogą skłaniać do refleksji nad zasadnością wyciągania wniosków i stawiania hipotez dotyczących zależności zmiennych biograficzno-zawodowych z pozytywnymi i negatywnymi skutkami wtórnej traumy. Podobna konkluzja płynie z metaanalizy badań Velasco i in. (2023) oraz Cleary i in. (2024), gdzie autorzy zalecają ostrożność w interpretacji wyników ze względu na niespójność przeanalizowanych i zaprezentowanych danych. Autorzy ci zwracają również uwagę, iż różnice w wynikach mogą być spowodowane wykorzystaniem różnorodnych metod pomiaru, czy prób badawczych. Większość badań dostępnych w literaturze wskazuje także na dość małe wielkości efektu. Sugerować to może, iż zmienne podmiotowe i środowiskowe ujawniające się w postaci zmiennych biograficzno-zawodowych nie wpływają znacząco na intensywność STS i SPTG. Istotnie większą rolę przypisuje się zasobom osobistym i środowiskowym, o których traktować będzie następny podrozdział.

3.1.2. Zasoby osobiste oraz społeczne a wtórny stres traumatyczny i wtórny wzrost po traumie

Tak jak wspomniano wcześniej, wybrane modele wtórnej traumy stanowią podstawę do wyróżnienia konkretnych psychospołecznych uwarunkowań wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego. W literaturze psychologicznej zasoby osobiste ujmowane są jako względnie trwałe właściwości jednostki, które sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem oraz adaptacji do wymagających doświadczeń życiowych. Obejmują one m.in. cechy osobowościowe, przekonania dotyczące własnych możliwości czy zdolność do podejmowania konstruktywnych strategii radzenia sobie. Wskazuje się, że mogą one pełnić funkcję czynnika ochronnego, ograniczając negatywne skutki oddziaływania stresorów (Poprawa, 2001, 2008).

W odniesieniu do zasobów osobistych w niniejszej pracy skoncentrowano się na znaczeniu prężności, która w literaturze oraz praktyce klinicznej opisywana jest jako swoisty meta-zasób, a także na empatii, traktowanej jako jeden z czynników sprzyjających transmisji doświadczeń traumatycznych. Wśród zasobów społecznych uwzględniono natomiast wsparcie społeczne, które w wielu ujęciach teoretycznych uznawane jest za jeden z kluczowych potencjałów zdrowia

Prężność

Prężność zazwyczaj bywa postrzegana jako zdolność do elastycznego radzenia sobie ze stresem, powrotu do normy po trudnych doświadczeniach, a także do wzrostu w obliczu niekorzystnych wydarzeń życiowych. Jednostki prężne charakteryzują się wytrwałością w działaniu, niezależnością, produktywnością, emocjonalną stabilnością, dużym wglądem, otwartością na doświadczenia (Block i Block, 1980; Tugade i Fredrickson, 2004). Są serdeczne, potrafią zjednać sobie ludzi i utrzymywać satysfakcjonujące relacje społeczne. Mają poczucie sprawczości i autonomii, charakteryzują się wysokim poczuciem wartości oraz skuteczności (Connor, 2006). Posiadają także poczucie humoru oraz w sposób optymistyczny interpretują rzeczywistość, a sytuacje trudne traktują jako wyzwanie (Semmer, 2006).

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne definiuje prężność jako „proces dobrego przystosowania się w obliczu przeciwności losu, traumy, tragedii, zagrożeń lub znaczących źródeł stresu” (APA, 2014). Chociaż definicja ta jest użyteczna, według niektórych badaczy i praktyków nie odzwierciedla złożonej natury prężności (Southwick i in., 2014). Według Richardson (2002) prężność to „proces radzenia sobie z trudnościami, zmianami lub wyzwaniem w sposób, który skutkuje identyfikacją, wzmocnieniem i wzbogaceniem prężnych cech lub czynników ochronnych” (s. 308). Inni autorzy opisują prężność jako proces implikujący zarówno istnienie zdarzenia awersyjnego, jak i możliwość adaptacji, poprzez konstruowanie pozytywnych aspektów, które pomagają jednostce funkcjonować na optymalnym poziomie (Turliuc i in., 2013).

Prężność bywa także uznawana za właściwość osobowości, gdzie funkcjonuje pod nazwą prężność osobowa (Block i Kremen, 1996; Uchnast, 1998) oraz jako zasób osobisty, który pomaga jednostkom odzyskać równowagę po doświadczeniu stresu (Fredrickson, 2004). Prężność jako zasób może zmieniać się w czasie w zależności od poziomu rozwoju jednostki oraz interakcji z czynnikami środowiskowymi (Kim-Cohen i Turkewitz, 2012). Niektórzy autorzy uznają prężność za konstrukt wieloaspektowy, metazasób zawierający w sobie istotne cechy innych potencjałów zdrowia (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Park i in., 2021). Southwick i in. (2014) uważają, że prężność należy rozpatrywać na kontinuum, które odnosi się do wielu obszarów życia. Tym samym, osoba, która dobrze przystosowuje

się do stresu w miejscu pracy, może źle adaptować się do stresu związanego z konfliktami interpersonalnymi czy osobistymi.

Prężność wydaje się być konstruktem szczególnie ważnym dla stresu traumatycznego (Connor, 2006). Szereg badań wykazało buforującą rolę prężności dla rozwoju PTSD (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2012). Wyższy poziom prężności jest istotny nie tylko w momencie narażenia na traumę, gdzie może odgrywać rolę w zapobieganiu występowania objawów specyficznych dla stresu traumatycznego, ale także w momencie rozpoznania negatywnych skutków traumy, gdzie interwencje opracowane w celu promowania prężności mogą pomóc odzyskać równowagę w poszczególnych obszarach zdrowia (Bonanno, 2005).

Prężność pełni istotną rolę także w badaniach nad wtórną traumą. Jak przedstawiono w modelu odporności na zmęczenie współczuciem (Ludick i Figley, 2016), wtórny stres traumatyczny bezpośrednio wiąże się z poziomem prężności, która jest postrzegana jako „salutogenne przeciwieństwo STS” (Ludick i Figley, 2016, s. 116). Ponadto prężność pomaga łagodzić negatywne skutki stresu w pracy oraz odnajdywać cel i sens w wykonywanym zawodzie (Lambert i Lawson, 2013).

Szereg badań przeprowadzonych z udziałem profesjonalistów z różnych obszarów m.in. pielęgniarek (Atay i in., 2021; Ogińska-Bulik i Michalska, 2021; Kalaitzaki i in. (2022), lekarzy (Platania, Gruttadauria i Morando, 2022; Warren i in., 2013), ratowników medycznych (Noureen i in., 2024), pracowników socjalnych (Harker i in., 2016; Lev i in., 2022; Xu i in., 2024), służb ratowniczych (Acquadro Maran, Zito i Colombo, 2020; Greinacher i in., 2019) wskazuje na negatywne związki prężności z wtórnym stresem traumatycznym. Na uwagę zasługują badania Kalaitzaki i Rovithis (2021) prowadzone z udziałem służb ratowniczych, w których prężność okazała się być istotnym ujemnym predyktorem wtórnego stresu traumatycznego. Istotna rola prężności dla zapobiegania rozwojowi objawów wtórnego stresu traumatycznego została ujawniona także wśród grupy psychologów i psychoterapeutów (Skovholt i Trotter-Mathison, 2016). Badania Kercher i Gossage (2024) wykazały ujemne związki między prężnością a negatywnymi skutkami wtórnej ekspozycji na traumę u zarejestrowanych psychologów z prawem do wykonywania zawodu (Nowa Zelandia). Prężność okazała się także pełnić rolę istotnego czynnika ochronnego przed zmęczeniem współczuciem. Podobne rezultaty uzyskano w badaniu specjalistów, w tym greckich psychologów, pracujących w ochronie zdrowia (Kalaitzaki

i Rovithis, 2021) oraz psychologów doradców o różnej tożsamości etnicznej pracujących w różnych obszarach pomocy psychologicznej (Litam, Ausloos i Harrichand, 2021). Prężność ujawniła się także jako istotny negatywny predyktor zmęczenia współczuciem wśród amerykańskich psychoterapeutów w trakcie certyfikacji (Can i Watson, 2019). W badaniach Harker i in. (2016) prowadzonych z udziałem specjalistów wykonujących zawód zaufania społecznego, m.in. psychologów, wyższy poziom prężności okazał się być istotnym predyktorem niższej intensywności objawów zarówno zmęczenia współczuciem, jak i wtórnego stresu traumatycznego.

Warto zaznaczyć, iż kierunek zależności między prężnością a STS może być inny niż opisywany. W badaniach prowadzonych z udziałem pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii prężność okazała się być mediatorem związku między wtórnym stresem traumatycznym a wypaleniem zawodowym, co może wskazywać, iż doświadczenie objawów STS wpływa na poziom prężności jako zasobu (Jeong i Shin, 2023). Podobny rezultat uzyskano w badaniach doradców zawodowych, psychologów i psychoterapeutów, którzy świadczyli usługi pomocowe w trakcie pandemii COVID-19 (Panourgia i in., 2022). Analiza mediacji wykonana w przytoczonym badaniu wykazała, że zmęczenie współczuciem, wypalenie zawodowe i wtórny stres traumatyczny ujawniły się jako czynniki utrudniające rozwój prężności u osób z wysokim poziomem stresu. Ze względu na niejednoznaczność wyników zasadnym wydaje się być prowadzenie badań w tym obszarze.

Prężność jako zasób zdaje się pełnić ważną rolę także dla pozytywnych skutków traumy. Zmieniona wersja teoretycznego modelu wzrostu potraumatycznego (Tedeschi i in., 2018) podkreśla, że po ekspozycji na zdarzenie postrzegane jako wysoce wymagające i destrukcyjne, osoby mogą stać się bardziej prężne. Zjawisko to ma miejsce, gdy po ekspozycji na wydarzenie traumatyczne dotychczasowe przekonania dotyczące świata i własnej osoby nie ulegają dezintegracji, lecz zostają zachowane i wykorzystane jako ramy interpretacyjne do nadania znaczenia przeżytemu doświadczeniu

Jeśli jednak jednostka doświadczy negatywnych objawów potraumatycznych, prężność może być tym zasobem, który przyczyni się do rozwoju pozytywnych skutków traumy. I tak badania prowadzone z udziałem pracowników służby zdrowia wskazują na pozytywną predykcyjną rolę prężności dla wtórnego wzrostu potraumatycznego (Kalaitzaki i Rovithis, 2021; Kang i in., 2018). Prężność okazała się sprzyjać wtórnym zmianom

wzrostowym wśród psychologów pracujących w telefonie zaufania (Jiang i in., 2023). Badań nad związkami prężności z wtórnym potraumatycznym wzrostem jest jednak zdecydowanie mniej w porównaniu z literaturą poświęconą roli prężności dla zmian negatywnych. Obszar ten wart jest dalszej eksploracji.

Empatia

Empatia bywa traktowana jako cecha wrodzona, pewna trwała dyspozycja bądź zjawisko zależne od sytuacyjnego kontekstu mogące się rozwijać na przestrzeni lat. Empatię można zatem rozumieć jako właściwość osobowości lub zasób psychologiczny.

Termin „empatia” został wprowadzony ponad sto lat temu przez Titchenera i stanowił adaptację niemieckiego słowa *Einfühlung* (Wispié, 1986). Według badaczy tego zjawiska dyskusje na temat empatii mogą sięgać nawet „początków myśli filozoficznej”. Pomimo tak obszernej historii w literaturze, nadal nie ma zgodności, co do sposobu definiowania pojęcia, genezy oraz mechanizmów, dzięki którym dokonuje się ekspresja zachowań empatycznych. Mimo kontrowersji wokół pojęcia, badacze zgodni są, co do tego, iż empatia uważana jest za jeden z istotnych czynników wpływających na psychospołeczne funkcjonowanie jednostki. W celu lepszego zrozumienia zjawiska empatii, warto przyjrzeć się niektórym koncepcjom i definicjom.

Niektórzy autorzy zwracają uwagę na biologiczne podstawy empatii upatrując dopasowania pobudzenia autonomicznego u obydwu osób wchodzących w interakcję lub rezonowania systemów neuronalnych w trakcie doświadczania danej sytuacji (Losoya i Eisenberg, 2001; Zaki i Ochsner, 2012). Inni badacze skupiali się bardziej na empatii w odniesieniu do moralności i orientacji prospołecznej (Batson, 2009; Batson i in., 2002; Hogan, 1969; Rogers, 1975). Goleman (1999), czy Uchnast (2001) uznają empatię za bardzo ważną kompetencję emocjonalną ujawniającą się w otwartości na ludzi, poszanowaniu własnej oraz cudzej indywidualności a także umiejętności rozumienia znaczenia, jakie swoim doświadczeniom przypisują inni. Batson (2009) analizując różne definicje empatii zwraca uwagę na kilka zjawisk pomocnych w zrozumieniu zjawiska. Są to m.in.: wiedza i świadomość cudzych doświadczeń, odzwierciedlenie postury ciała i reakcji emocjonalnych obserwowanego, odczuwanie tego, co odczuwa inna osoba, wyobrażenie sobie siebie w cudzej sytuacji, wyobrażenie sobie myśli i uczuć innej osoby, troska wobec osoby

cierpiącej, doświadczenie dyskomfortu w odpowiedzi na cudzą trudną sytuację. Empatia jawi się zatem jako złożony i wielowymiarowy konstrukt, który obejmuje zdolność do prawidłowego interpretowania emocji innych osób, a także prawidłową reakcję emocjonalną w danej sytuacji.

Większa zgodność w literaturze panuje w odniesieniu do opisu elementów procesu empatii, gdzie wyróżnić można komponent poznawczy i emocjonalny. Empatia poznawcza została skonceptualizowana jako zjawisko obejmujące świadome przetwarzanie emocjonalne, takie jak zachowania mentalizacyjne, przyjmowanie perspektywy, wyobrażenia i rozpoznawanie emocji. Drugi komponent, czyli empatia emocjonalna/afektywna stanowi w dużej mierze nieświadome procesy obejmujące dzielenie się emocjami, swoiste zarażanie emocjonalne objawiające się „reakcją z jelit” na bodźce emocjonalne (Hooker i in., 2010).

Jedną z bardziej popularnych koncepcji empatii akcentującą te dwa obszary empatii jest koncepcja Davisa. Davis (1999) poznawczy aspekt empatii opisuje jako przyjmowanie perspektywy, czyli zdolność 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, czyli pewnej dyspozycji do odczuwania nieprzyjemnych emocji, bólu, cierpienia, dyskomfortu w odpowiedzi na trudności przeżywane przez drugą osobę. Niektórzy autorzy zwracają uwagę także na komponent behawioralny stanowiący formę czynną empatii i który zawiera wiele programów zachowań, niekiedy sprzecznych (Eisenberg i Eggum, 2009; Wilczek-Rużyczka, 2002). Osoby odczuwające empatię mogą angażować się w zachowania prospołeczne i być motywowane chęcią pomagania i łagodzenia cierpienia. I odwrotnie, jednostki dostrzegające ból innej osoby mogą doświadczyć przytłoczenia, który łagodzą stosując strategie unikowe.

Empatia jako cecha lub zasób pomagającego odgrywa niezwykle istotną rolę w pomocy psychologicznej. Mimo wielu definicyjnych niezgodności, autorzy podkreślają, iż empatia dotyczy zarówno wrażliwości osoby pomagającej na bieżące stany afektywne, jak i umiejętności komunikowania się w języku, który dostosowany jest do bieżącego doświadczenia i przeżyć wspomaganego (Wilczek-Rużyczka, 2002). Empatia może mieć zatem znaczący wpływ na wyniki terapeutyczne. W tym miejscu warto też wspomnieć o pewnych zagrożeniach związanych z empatycznym zaangażowaniem. I tu perspektywa

Davisa wydaje się być niezwykle istotna, gdyż wskazuje na pewne niebezpieczeństwa, których może doświadczyć jednostka z wysokim poziomem empatii, szczególnie emocjonalnej. Co więcej, wspomniany już wcześniej autor pojęcia wtórnego stresu traumatycznego, Figley (1995), zauważył, iż empatyczna reakcja skutkowałą niekiedy doświadczeniem dużego stresu u specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Wychodząc z założenia, że profesjonaliści mogą automatycznie absorbować emocjonalne cierpienie klientów, Figley twierdził, że ci profesjonaliści, którzy posiadają zdolność odczuwania i wyrażania empatii, są bardziej narażeni na stres związany ze współczuciem. Sam autor wskazywał zatem empatię jako ważny czynnik odpowiadający za transmisję traumy. Badania prowadzone z udziałem specjalistów z różnych profesji, m.in., personelu medycznego, pracowników socjalnych, czy służb ratowniczych wskazujące na pozytywne związki między poziomem empatii a wtórnym stresem traumatycznym lub zmęczeniem współczuciem stanowią niejako potwierdzenie koncepcji Figleya (Badger, Royse, i Craig, 2008; Duarte i Pinto-Gouveia, 2017; MacRitchie i Leibowitz, 2010; Moreno-Jiménez i in., 2023; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020).

Dane dostępne w literaturze wskazują, iż empatia jest uznawana za istotny czynnik biorący udział w transmisji traumy i zwiększający prawdopodobieństwo pojawienia się jej negatywnych skutków także u psychologów i psychoterapeutów pracujących z osobami po doświadczeniu wydarzeń traumatycznych (Figley, 2002; MacRitchie i Leibowitz 2010; Rayner i in., 2020). W badaniach Zhang i in. (2023) empatia okazała się pełnić rolę istotnego predyktora zmęczenia współczuciem. Dane dotyczące związków empatii z negatywnymi skutkami wtórnej traumy są jednak dość niejednoznaczne. Poparciem dla tego stwierdzenia są badania wskazujące na ujemne korelacje między poziomem empatii a wtórnym stresem traumatycznym czy zmęczeniem współczuciem (Ratrouf i Hamdan-Mansour, 2020). W badaniach Yu i in. (2016) empatia okazała się być istotnym czynnikiem chroniącym osoby badane, tj. pielęgniarki onkologiczne przed zmęczeniem współczuciem. Wagaman i in. (2015) podkreślają, że empatia może przyczynić się do rozwoju dobrostanu oraz pomóc w radzeniu sobie z objawami wypalenia zawodowego i wtórnego stresu traumatycznego u badanych pracowników socjalnych. W badaniach DeTosta, Ellis i McNamara (2019) ryzyko rozwoju objawów wtórnej traumatyzacji wzrastało wraz ze spadkiem empatycznych

umiejętności wśród terapeutów w trakcie certyfikacji. Rayner i in. (2020) także ujawnili negatywne korelacje między empatią a STS u badanych psychologów.

Rozbieżność wyników, co do związków empatii z STS może wynikać z odmiennych metod pomiaru, a także ze zróżnicowanego wpływu poszczególnych komponentów empatii na rozwój objawów wtórnego stresu traumatycznego. W badaniach prowadzonych z udziałem personelu medycznego emocjonalne komponenty empatii w postaci osobistej przykrości i empatycznej troski okazały się sprzyjać występowaniu objawów wtórnego stresu traumatycznego i zmęczenia współczuciem (Duarte, Pinto-Gouveia i Cruz, 2016; Gleichgerrcht i Decety, 2013; Hunt, Denieffe i Gooney, 2019; Kitano i in., 2023; Thomas, 2013; Yi i in., 2019). Podobne wyniki uzyskano w grupie osób zajmujących się zdrowiem psychicznym. Badania Laverdière i in. (2019) wskazały, iż psychologowie i psychoterapeuci odczuwający osobistą przykrość w związku z sytuacją klienta/pacjenta ujawniali wyższe nasilenie objawów wtórnego stresu traumatycznego. W badaniach prowadzonych z udziałem różnych grup specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, emocjonalne aspekty empatii okazały się być pozytywnie powiązane z objawami STS (Duarte i in., 2016; Gleichgerrcht i Decety, 2013; Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2020). Odmiennie wyniki dotyczą poznawczego aspektu empatii tj. przyjmowania perspektywy, który zdaje się pełnić rolę czynnika zmniejszającego prawdopodobieństwo pojawienia się STS. Negatywne związki między przyjmowaniem perspektywy a objawami wtórnego stresu traumatycznego ujawniono w badaniu profesjonalistów różnych profesji, w tym psychologów i psychoterapeutów pomagających jednostkom po doświadczeniu wydarzeń traumatycznych (Thomas i Otis 2010; Wagaman i in. 2015; Shi i in., 2022; Yu i in., 2016). Odmienny wynik dotyczący przyjmowania perspektywy uzyskali w swoich badaniach Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska (2020). Badani pracownicy socjalni, kuratorzy sądowi oraz psychologowie/psychoterapeuci z wyższym poziomem empatii poznawczej prezentowali więcej objawów wtórnego stresu traumatycznego.

Ciekawym wydaje się być wynikający z niektórych badań fakt braku relacji między empatią a STS. Can i Watson (2019) oraz O'Brien i Haaga (2015) ujawnili brak wpływu empatii na występowanie wtórnego stresu traumatycznego u badanych terapeutów. Podobny rezultat uzyskali Kounenou i in. (2023) badając psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów. Warto tutaj wspomnieć również o odwrotnym niż opisywany do tej pory

kierunku relacji między empatią a STS. W literaturze dostępne są badania, które pokazują, iż doświadczenie negatywnych skutków traumy w postaci wtórnego stresu traumatycznego, wtórnej traumatyzacji czy zmęczenia współczuciem może przyczynić się do spadku poziomu empatii u profesjonalistów pomagających pacjentom/klientom po traumie (Lanier i Carney, 2019; Merriman, 2015). Istniejące rozbieżności w danych dotyczących związków empatii z negatywnymi skutkami wtórnej traumy skłaniają do dalszych badań w tym obszarze.

Powyższa analiza literatury pokazuje pewną tendencję w badaniach nad empatią w relacji do zastępczej ekspozycji na traumę, gdzie empatia jawi się jako istotny czynnik sprzyjający występowaniu STS. Od jakiegoś czasu natomiast badacze coraz częściej zaczynają koncentrować się na roli, jaką empatia odgrywa dla wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych. Najwięcej badań w tym obszarze zostało przeprowadzonych z udziałem psychologów i psychoterapeutów. Empatia uznawana za klucz do relacji terapeutycznej wydaje się pomagać profesjonalistom odczuwać traumatyczne doświadczenie swojego klienta/pacjenta tak, jakby było własnym, co może ułatwiać występowanie SPTG (Hojat, 2007; Manning-Jones, de Terte i Stephens, 2015). W badaniach Linleya i Josepha (2007) stwierdzono, że empatia jest pozytywnie powiązana z rozwojem potraumatycznym wśród grupy terapeutów pracujących w nurcie klinicznym. W badaniach Brockhouse i in. (2011) psychoterapeuci z wyższym poziomem empatii ujawniali wyższy poziom pozytywnych wtórnych zmian potraumatycznych, zarówno ogólnie, jak i w poszczególnych obszarach wzrostowych. Pozytywne związki między empatią a SPTG zostały także wykazane w badaniach prowadzonych z udziałem różnych grup specjalistów (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Ogińska-Bulik i Michalska (2022) również ujawniły dodatnie korelacje między dwoma aspektami empatii, tj. empatyczną troską i przyjmowaniem perspektywy a wtórnym potraumatycznym wzrostem wśród specjalistów pracujących z traumą przemocy, również psychologów i psychoterapeutów. W literaturze można także odnaleźć dane, które pokazują brak związku między empatią a pozytywnymi zmianami wynikającymi z pośredniej ekspozycji na traumę (O'Sullivan i Whelan, 2011).

Wsparcie społeczne

Kolejnym istotnym zasobem, który może mieć znaczenie dla konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumatyczne doświadczenia jest wsparcie społeczne. Sęk i Cieślak (2004)

definiują wsparcie jako „obiektywne istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się tym, że przez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji” (str. 11). W obrębie sieci społecznych autorzy wyróżniają naturalne źródła wsparcia, gdzie w toku interakcji społecznej wymiana pomocy zachodzi między osobami pozostającymi w bliskich relacjach interpersonalnych oraz sformalizowane źródła wsparcia, gdzie wymiana dokonuje się między jednostką lub grupą a instytucjami. Analizując zmienną wsparcia społecznego należy wspomnieć też o innych podziałach, m.in. ze względu na rodzaj (otrzymywane, spostrzegane) czy formy (instrumentalne, informacyjne, emocjonalne). Według danych dostępnych w literaturze wsparcie otrzymywane od bliskich, czy od grup rówieśniczych a także wsparcie otrzymywane w miejscu pracy pozytywnie wpływa na zdrowie jednostki oraz jej dobrostan psychiczny. Zasób ten może być buforem dla ryzyka negatywnych skutków psychologicznych, m.in. zespołu stresu pourazowego, depresji, samookaleczeń oraz wpływać na proces leczenia zmniejszając objawy oraz częstotliwość nawrotów (Agaibi i Wilson, 2005; Fredette i in., 2016). W badaniach nad pośrednią traumą wsparcie społeczne jawi się jako czynnik chroniący przed rozwojem negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumatyczne doświadczenia (APA, 2013; Calhoun i in., 2022).

Metaanalizy badań nad związkami wsparcia społecznego z negatywnymi konsekwencjami wtórnej ekspozycji na traumę wskazują na ujemne związki między wsparciem społecznym a wtórnym stresem traumatycznym, zmęczeniem współczuciem, czy wtórną traumatyzacją wśród różnych grup specjalistów, m.in. pielęgniarek, ratowników medycznych, pracowników socjalnych, policjantów, strażaków (Baqeas, Davis i Copnell, 2021; Greinacher i in., 2019; Xie i in., 2021; Zeng i in., 2023). Analizując poszczególne źródła wsparcia społecznego okazuje się, że zarówno wsparcie rodziny czy przyjaciół, jak i wsparcie otrzymywane w miejscu pracy mogą być czynnikami zmniejszającymi prawdopodobieństwo pojawienia się negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na doświadczenia traumatyczne wśród pomagających profesjonalistów (Ariapooran, 2014; de Boer i in., 2014; Fu i in., 2018; Ogińska-Bulik i in., 2021a; Von Rueden i in., 2010).

Wsparcie społeczne ujawniło się także jako istotny zasób zapobiegający pojawieniu się lub łagodzący już istniejące objawy wtórnego stresu traumatycznego w grupie psychologów i psychoterapeutów (MacRitchie i Leibowitz, 2010; Manning-Jones i in. 2016;

Rzeszutek i in. 2015). Badania przeprowadzone wśród terapeutów pracujących z osobami, które przeżyły traumę, wykazały, że wsparcie społeczne - zwłaszcza wsparcie ze strony współpracowników - może zmniejszyć ryzyko doświadczenia wtórnej traumatyzacji (Adams i in., 2001; Ennis i Horne, 2003). Diehm i in. (2019) zaobserwowali u psychologów ujemne związki między wsparciem społecznym otrzymywanym od przyjaciół i rodziny a objawami wtórnego stresu traumatycznego. W badaniu Manning-Jones i in. (2016) wsparcie otrzymywane od najbliższych okazało się być negatywnym predyktorem STS, m.in. wśród doradców i psychologów. Ujemne związki między wsparciem od współpracowników a objawami wtórnego stresu traumatycznego wśród psychologów i psychoterapeutów ujawniono w badaniach Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2020). Adams, Matto i Harrington (2001) upatrują we wsparciu społecznym istotnego zasobu pomocnego w zapobieganiu STS u terapeutów.

W literaturze obecne są także badania, które wskazują na nikły lub brak związku między wsparciem społecznym a wtórnym stresem traumatycznym. Hensel i in. (2015) ujawnili małe wielkości efektów wsparcia społecznego dla objawów STS. Dagan, Itzhaky i Ben-Porat (2015) natomiast wskazali brak związków między wsparciem otrzymywanym od przyjaciół, rodziny i współpracowników a STS wśród terapeutów pracujących z jednostkami po doświadczeniu traumy. Rozbieżności te wynikają być może z różnych metod pomiaru oraz badania wsparcia społecznego biorąc pod uwagę różnorodność tego konstruktu. W literaturze poświęconej PTSD sugeruje się, że efekt wsparcia społecznego może kumulować się w czasie lub być najbardziej istotny w przypadku ciężkich reakcji na traumę (Ozer i in., 2003).

Wsparcie społeczne jawi się jako istotny zasób środowiskowy wspierający rozwój pozytywnych wtórnych zmian potraumatycznych. Shoji i in. (2015) badając m.in., psychologów, doradców, pielęgniarki i lekarzy, ujawnili pozytywne korelacje między wsparciem społecznym a SPTG. Kang i in. (2018) dostarczyli danych wskazujących na znaczący bezpośredni wpływ wsparcia społecznego na rozwój VPTG wśród ratowników medycznych. Wsparcie otrzymywane zarówno od bliskich, jak i ulokowane w środowisku pracy okazało się być dodatnio powiązane z wtórnym rozwojem po traumie w badaniach personelu medycznego (Gurowiec i in., 2022; Ogińska-Bulik i in., 2021b). Ponadto, wsparcie od współpracowników ujawniło się jako pozytywny predyktor SPTG. W badaniach

przeprowadzonych wśród profesjonalistów, w tym u personelu medycznego i osób zajmujących się zdrowiem psychicznym Manning-Jones i in. (2017) również wskazali na istotne znaczenie wsparcia społecznego od kolegów i współpracowników dla rozwoju VPTG.

Wsparcie społeczne jest ważnym czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo rozwoju SPTG także wśród psychologów i psychoterapeutów. Bartoskova (2015) w systematycznym przeglądzie badań wskazała na istnienie pozytywnych korelacji między wsparciem społecznym a SPTG. Również Linley i Joseph (2007) w swoich badaniach ujawnili wsparcie społeczne jako istotny czynnik mający wpływ na rozwój wtórnych zmian potraumatycznych wśród terapeutów. W badaniach Jiang i in. (2023) wsparcie społeczne okazało się pozytywnie wpływać na SPTG pośrednio poprzez prężność u terapeutów pracujących w telefonie zaufania.

Jednak inne dane nie potwierdzają związku między wsparciem społecznym a SPTG. Jednym z przykładów jest badanie przeprowadzone wśród terapeutów (Brockhouse i in., 2011), w którym wsparcie organizacyjne nie pozwoliło na przewidywanie wystąpienia SPTG. Podobnie, badania Weiss-Dagan, Ben-Porat i Itzhaky (2022) prowadzone z udziałem pracowników socjalnych pracujących z dziećmi po doświadczeniu nadużyć, czy badania Kunsta i in. (2017) z udziałem funkcjonariuszy policji wykazały brak związku między wsparciem społecznym a wtórnym wzrostem po traumie.

3.1.3. Poznawcze przetwarzanie traumy a negatywne i pozytywne zmiany potraumatyczne

Oprócz zasobów osobistych i społecznych, istotną rolę odgrywa przetwarzanie poznawcze, które jest uznawane za centralny konstrukt modeli wyjaśniających psychologiczne reakcje na traumę (Dalgleish, 2004). Warto tutaj wspomnieć, iż konstrukt ten często pełni rolę mediatora w relacji między zasobami a konsekwencjami traumy. Poznawcze teorie traumy wskazują, że jednostki posiadają podstawowe założenia dotyczące siebie, przyszłości i świata nadające konkretną strukturę zachowaniom, myślom i emocjom. Psychopatologia rozwija się i utrzymuje w wyniku niezgodności między istniejącymi wcześniej założeniami (schematami poznawczymi) a traumatycznymi doświadczeniami (Beck, 2005). Opisane w rozdziale II modele traumy wyjaśniają, że PTSD, czy STS wynikają

po części z niedopasowania między realiami traumy, a strukturami znaczeniowymi jednostki (np. wartości, schematy, przekonania). Celem poznawczego przetwarzania traumy jest natomiast nadanie znaczenia wydarzeniom traumatycznym poprzez uznanie i przeżywanie bolesnych emocji związanych z wydarzeniem, rewizję nieprzystosowawczych ocen na temat siebie, świata i innych, co pozwala na włączenie fragmentarycznych informacji dotyczących traumy do istniejących struktur poznawczych oraz dopasowanie systemu znaczeń do zmodyfikowanej przez traumę rzeczywistości. W literaturze wyróżniono wiele wskaźników poznawczego przetwarzania traumy. Warto przywołać tutaj zjawisko ruminowania o doświadczonym wydarzeniu traumatycznym, gdzie wyróżnia się ruminowanie destruktywne sprzyjające rozwojowi psychopatologii i konstruktywne, których celem jest analiza sytuacji i przepracowanie trudności. Przedmiotem niniejszej pracy będą natomiast dwa inne wskaźniki wyrażające się w poznawczych strategiach radzenia sobie z traumą oraz gotowości do rewizji systemu znaczeń.

Poznawcze strategie radzenia sobie z traumą

Na istotne znaczenie poznawczych strategii radzenia sobie zwrócili uwagę Williams, Davis i Millsap (2002), którzy zauważyli, iż poznawcze przetwarzanie traumy może być realizowane poprzez radzenie sobie w postaci pozytywnej restrukturyzacji poznawczej przejawiającej się w umiejętności dostrzegania pozytywnych aspektów doświadczonej sytuacji trudnej, porównywania w dół polegającego na ocenie swojego położenia, jako korzystniejszego w porównaniu z innymi ludźmi doświadczającymi traumy, rozwiązywania/akceptacji przejawiających w uznaniu sytuacji traumatycznej oraz próbie odzyskiwania kontroli nad emocjami i myślami, żalu przejawiającego się w doświadczeniu smutku, poczucia winy oraz wstydu w wyniku niepowodzenia w radzeniu sobie z traumatyczną sytuacją oraz zaprzeczania polegającego na unikaniu konfrontacji z informacjami związanymi z traumą. Autorzy jako wskaźniki skutecznego przetwarzania traumy wymienili kilka czynników, w tym obniżenie poziomu negatywnych emocji (zwłaszcza poczucia winy czy wstydu), przyswojenie informacji o traumatycznym wydarzeniu, akceptację zdarzenia, dostrzeżenie jego pozytywnych aspektów oraz desensytyzację, przejawiającą się stopniową redukcją odczuwanego stresu i negatywnych emocji związanych z ruminowaniem o zdarzeniu. Można zatem uznać, iż pozytywna

restrukturyzacja poznawcza, rozwiązanie/akceptacja oraz porównywanie w dół pełnią rolę strategii adaptacyjnych mających na celu zapobieganie lub redukcję objawów zarówno pierwotnego, jak i wtórnego stresu traumatycznego, a żal i zaprzeczanie strategii nieadaptacyjnych, których stosowanie może przyczynić się do rozwoju i podtrzymania objawów psychopatologii (Nalipay i in., 2015; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Williams, Davis i Millsap, 2002).

Większość badań obecnych w literaturze poświęcona jest roli poznawczych strategii zaradczych w rozwoju PTSD (Gangstad i in., 2009; Nightingale i in., 2010), stosunkowo niewiele traktuje o relacjach poznawczych strategii radzenia sobie z STS. Ogińska-Bulik i in. (2021) zaobserwowali istnienie pozytywnych relacji między strategiami żalu i zaprzeczania a objawami wtórnego stresu traumatycznego oraz negatywne związki między strategiami pozytywnej restrukturyzacji poznawczej oraz akceptacji a STS w badaniu personelu medycznego. Ponadto dwie strategie radzenia sobie okazały się pełnić rolę predykcyjną dla rozwoju objawów STS (żał, pozytywny związek; rozwiązanie/akceptacja, negatywny związek). W badaniu grup profesjonalistów pracujących z ofiarami traumy przeprowadzonym przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2020) potwierdzono istotną rolę poznawczego przetwarzania traumy w postaci strategii zaradczych w występowaniu objawów STS. Dodatkowo korelacje strategii żalu i zaprzeczania ujawniono w badaniu profesjonalistek z różnych grup zawodowych, w tym psycholożek i psychoterapeutek pracujących z osobami po doświadczeniu traumy przemocy (Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2022). Również badania Michalskiej (2024) prowadzone wśród zróżnicowanej grupy psychologów i psychoterapeutów wskazały na pozytywne związki między strategiami żalu i zaprzeczania a objawami STS. Ponadto strategia zaprzeczania okazała się być istotnym predyktorem wtórnego stresu traumatycznego.

Koncepcje PTG, podobnie jak te dotyczące PTSD, podkreślają rolę przetwarzania poznawczego w rozwoju pozytywnych zmian potraumatycznych (Dekel, Ein-Dor i Solomon, 2012; Joseph i Linley, 2005; Tedeschi i Calhoun, 2004; Zoellner i Maercker, 2006). Modele te sugerują, że narażenie na przeżytą traumę często prowadzi do zaburzenia podstawowych założeń na temat świata. Naruszenie tych kluczowych przekonań umożliwia ich rekonstrukcję, co z kolei może prowadzić do pojawienia się pozytywnych zmian potraumatycznych. Uważa się, że potraumatyczny wzrost obejmuje proces rewizji

i odbudowy struktur znaczeniowych, które zostały zakwestionowane lub zniszczone przez traumatyczne doświadczenie tak, aby podstawowe przekonania lepiej pasowały do sytuacyjnej oceny traury. Warto zwrócić uwagę na to, iż w przeciwieństwie do niepokojących, natrętnych myśli, które często charakteryzują PTSD i depresję, potraumatyczny wzrost wynika z bardziej refleksyjnych, celowych prób nadania znaczenia traumie w szerszym kontekście. Calhoun i Tedeschi (2013) uważają, iż sposób, w jaki osoby doświadczające traury poznawczo przetwarzają wydarzenie jest kluczowym czynnikiem wpływającym na prawdopodobieństwo rozwinięcia się u nich pozytywnych zmian potraumatycznych. Na poparcie tego twierdzenia, przeglądy literatury dotyczącej predyktorów PTG wykazały, że ponowna ocena poznawcza i przetwarzanie traury ujawniły się jako jedne z najistotniejszych korelatów u wielu populacjach osób po różnych wydarzeniach traumatycznych (Gangstad i in., 2009; Helgeson, Reynolds i Tomich, 2006; Linley i Joseph, 2007; Nightingale i in., 2010). Jak wskazano wcześniej, za rozwój wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych odpowiadają podobne procesy, jak w przypadku zmian pierwotnych (Calhoun, Cann i Tedeschi, 2010; Cohen i Collens, 2013; Hyatt-Burkhart, 2013). Odnosząc się do modelu PTG można założyć, że traumatyczne doświadczenia pacjentów/klientów stanowią istotne wyzwanie dla wzorców poznawczych pomagających im specjalistów. Również model zastępczego wzrostu po traumie Cohen i Collens (2013) podkreśla istotne znaczenie poznawczego przetwarzania traury dla rozwoju SPTG. Do tej pory tylko kilka badań zweryfikowało założenia prezentowanych modeli, zwłaszcza w odniesieniu do związków poznawczych strategii radzenia sobie z SPTG.

W badaniu Morse-Karzen (2016) prowadzonym z udziałem pracowników zatrudnionych w organizacjach zajmujących się przemocą w rodzinie stwierdzono istotne korelacje pomiędzy SPTG a pozytywnymi poznawczymi strategiami, tj. pozytywną restrukturyzacją poznawczą i rozwiązaniem/akceptacją. Ponadto w tych samych grupach ujawniono ujemne związki pomiędzy SPTG a strategią żalu. W badaniu personelu medycznego narażonego na pośrednią traumę pozytywna restrukturyzacja okazała się pełnić rolę istotnego predyktora zastępczego wzrostu po traumie (Ogińska-Bulik i in., 2021b). Inne badanie obejmujące 5 grup profesjonalistów (terapeuci, ratownicy medyczni, pielęgniarki pracujące na oddziałach powypadkowych i hospicjum, pracownicy socjalni i kuratorzy sądowi) wykazało, że pozytywne strategie poznawcze, tj. rozwiązanie/akceptacja,

pozytywna restrukturyzacja poznawcza i porównanie w dół są dodatnio skorelowane z SPTG (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Ponadto w badaniu tym stwierdzono, że strategia pozytywnej restrukturyzacji poznawczej oraz rozwiązania/akceptacji odgrywały rolę predykcijną dla SPTG. Ogińska-Bulik i Michalska (2022) w badaniu profesjonalistek pracujących z osobami po doświadczeniu traumy przemocy, w tym psycholożek i psychoterapeutek, wskazały na dodatnie związki między tymi samymi strategiami a wtórnymi pozytywnymi zmianami potraumatycznymi.

Zakłócenia w podstawowych przekonaniach

Kolejnym wskaźnikiem poznawczego przetwarzania traumy istotnym dla modelu testowanego w niniejszym opracowaniu są zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Podstawowe przekonania to dość sztywne i obejmujące całą jednostkę zbiory założeń dotyczących siebie, świata i innych (Beck, 2005). Doświadczenie traumy powoduje pewne zakłócenia w podstawowych przekonaniach jednostek kwestionując założenia dotyczące otaczającej rzeczywistości. Większość wcześniejszych badań empirycznych dotyczących naruszeń w podstawowych przekonaniach opierała się na ocenie treści przekonań a nie tendencji do ich zmiany czy zakłócenia. Cann i in. (2010) opracowali zatem metodę badawczą pozwalającą oceniać, czy traumatyczne wydarzenie zakłóca, narusza lub podważa podstawowe przekonania jednostki. Można zatem uznać, iż konstrukt zakłóceń w podstawowych przekonaniach odnosi się poniekąd do pewnej gotowości jednostki do zmiany podstawowych przekonań w wyniku doświadczonej traumy. Autorzy konstruktu uważali, że to zakłócenia skłaniają jednostkę do rozwoju oraz uruchamiają proces poznawczej restrukturyzacji przekonań pozwalający na zrozumienie traumy i jej konsekwencji. Innymi słowy, dzięki wystąpieniu zakłóceń możliwa jest konstruktywna przebudowa podstawowych założeń dotyczących świata, siebie i innych, która prowadzi do identyfikacji pozytywnych zmian po traumie. W literaturze zdecydowanie bardziej podkreśla się znaczenie tego konstrukt dla PTG, niż dla PTSD. Tedeschi i in. (2018) upatrują w zakłóceniach w podstawowych przekonaniach czynnika niezbędnego dla rozwoju PTG. Istnieje także hipoteza mówiąca o tym, iż zakwestionowanie podstawowych przekonań w wyniku doświadczonej traumy może doprowadzić do destruktywnej przebudowy systemu założeń, co niewątpliwie sprzyja zmianom negatywnym. Znajduje ona potwierdzenie

w badaniach mówiących o tym, iż zakłócenia w podstawowych przekonaniach prowadzą do rozwoju lub nasilają intensywność objawów PTSD, choć najczęściej jedynie w początkowym okresie po doświadczeniu wydarzenia traumatycznego (Barton i in., 2013; Cann i in., 2010; Zhou i in., 2015). Ze względu na pewne podobieństwa między PTSD i STS oraz PTG i SPTG, można przypuszczać, iż zakłócenia w podstawowych przekonaniach będą pełniły istotną rolę także w rozwoju wtórnych zmian potraumatycznych. Badania prowadzone przez Beck i in. (2016, 2020) z udziałem pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii oraz położnych wskazały na dodatnie korelacje między wtórnym wzrostem po traumie a zakłóceniami w podstawowych przekonaniach. Zakłócenia przekonań okazały się być także silnym pozytywnym predyktorem SPTG. Podobne rezultaty uzyskała Doherty (2020) w badaniu pielęgniarek pracujących w wojsku.

Na pozytywne związki między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a wtórnymi pozytywnymi zmianami potraumatycznymi, ale także z objawami wtórnego stresu traumatycznego wskazują badania kilku grup specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Zakłócenia w podstawowych przekonaniach okazały się być istotnym i najsilniejszym predyktorem STS również w grupie psychologów i psychoterapeutów (Michalska, 2024).

Występowanie pozytywnych związków zakłóceń w podstawowych przekonaniach zarówno z STS, jak i SPTG może sugerować, iż konstrukt pełni rolę mechanizmu wyjaśniającego współwystępowanie wtórnego stresu traumatycznego i zastępczego /wtórnego wzrostu po traumie.

Podsumowanie

Przegląd literatury wskazuje, że wtórny stres traumatyczny i wtórny potraumatyczny wzrost to zjawiska złożone, zależne od wielu czynników, zarówno indywidualnych, jak i środowiskowych. Szczególne znaczenie przypisuje się zasobom psychologicznym, takim jak prężność, empatia czy wsparcie społeczne, które mogą zmniejszać nasilenie STS i sprzyjać rozwojowi SPTG. Istotną rolę odgrywają także mechanizmy poznawcze, zwłaszcza sposób przetwarzania doświadczeń traumatycznych. Choć mniej jednoznacznie, wpływ na nasilenie obu zjawisk mogą mieć także czynniki socjodemograficzne, zawodowe,

związane z samorozwojem, czy osobistym doświadczeniem traumy, których znaczenie bywa zależne od kontekstu oraz indywidualnych uwarunkowań.

Z perspektywy całościowej analizy można dostrzec, że wtórny stres traumatyczny i wtórny wzrost po traumie nie stanowią dwóch wykluczających się biegunów, lecz mogą współwystępować jako efekty tego samego doświadczenia, zależne od interakcji pomiędzy obciążeniami, zasobami i sposobem ich interpretacji.

W dalszej części pracy omówiony zostanie model teoretyczny stanowiący podstawę planowanego badania empirycznego, ukierunkowanego na analizę mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój STS i SPTG.

3.2. Cel badania

Celem niniejszego badania było określenie czynników związanych z występowaniem negatywnych oraz pozytywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę u profesjonalistów świadczących pomoc wobec osób doznających zdarzeń traumatycznych.

Zmiennymi zależnymi (objaśnianymi) były negatywne oraz pozytywne konsekwencje wtórnego narażenia na traumę, przejawiające się w postaci wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu po traumie. W modelu badań własnych uwzględniono jako zmienne niezależne (objaśniające) zarówno zmienne osobowościowe w postaci zasobów osobistych (prężność i empatia), zmienną społeczną pełniącą funkcję zasobu środowiskowego (wsparcie społeczne), jak i zmienne poznawcze, obejmujące podstawowe przekonania oraz poznawcze strategie radzenia sobie z traumą. Dodatkowo wyróżniono zmienne kontrolujące: zmienne biograficzno-zawodowe, tj. płeć, wiek, wyuczony zawód, obszar funkcjonowania zawodowego, formę organizacyjną pracy, multizatrudnienie, liczbę grup wiekowych z jakimi pracowali specjaliści, orientację terapeutyczną, pracę z przemocą, posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego, posiadanie szkoleń w pracy z traumą, ogólny staż pracy w zawodzie, staż pracy z traumą, liczbę godzin pracy z traumą, nakład pracy, doświadczenie terapii własnej, uczestnictwo w superwizji, doświadczenie traumy własnej.

Podstawę doboru zmiennych stanowiły cztery modele wtórnej traumy opisane w poprzednim rozdziale. Wybór modeli podyktowany został ich dobrym ugruntowaniem w literaturze przedmiotu.

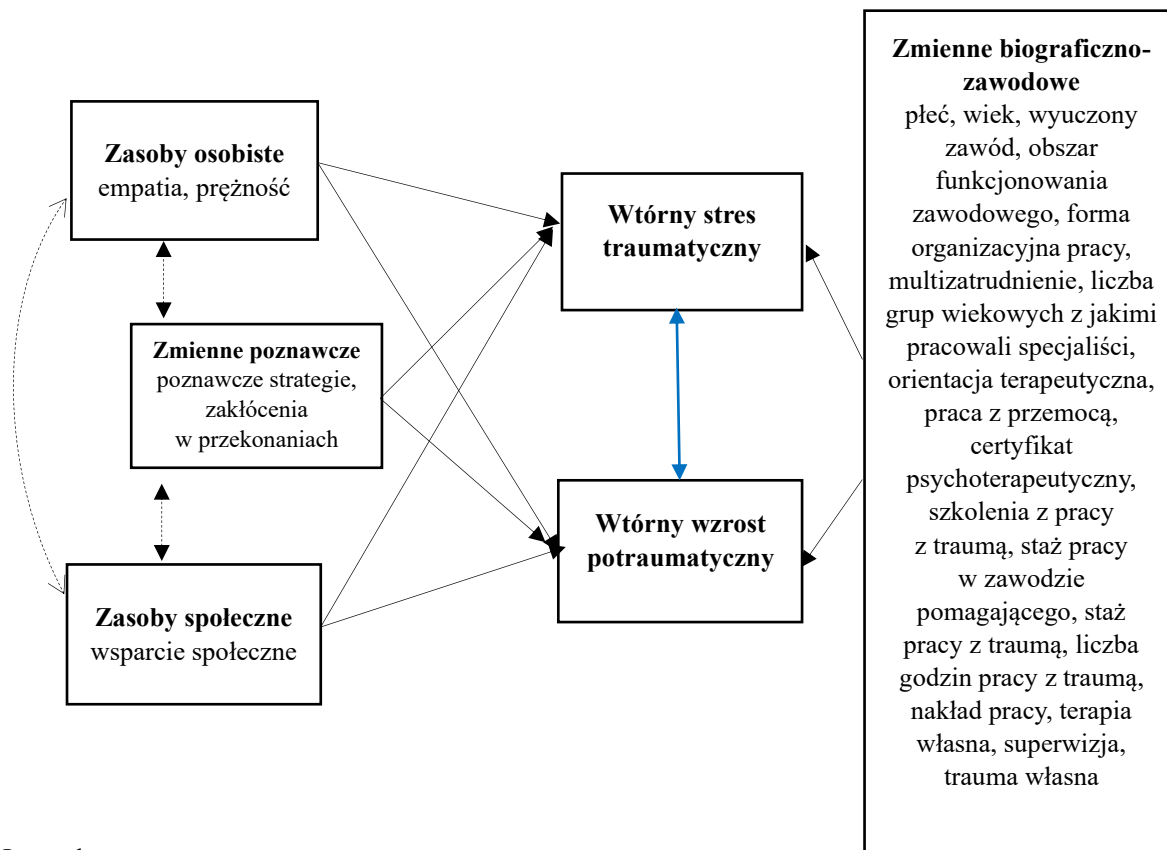
Przyjęty w niniejszej pracy model badawczy odnosi się zatem do teorii poznawczych dotyczących traumy, w szczególności modelu PTSD Ehlers i Clarka (2000) zakładającego, że indywidualna aktywność poznawcza ma istotny wpływ na występowanie i utrzymywanie się negatywnych skutków traumy, w tym także traumy pośredniej. Odwołuje się on również do modelu transmisji traumy i jego modyfikacji (Figley, 1995, 1999; Ludick & Figley, 2016), w którym empatia odgrywa kluczową rolę w procesie transmisji traumy, stanowiąc główny mechanizm, za pośrednictwem którego psychopatologia związana z traumą psychiczną może być przekazywana wtórnie w trakcie procesu pomocowego. Jednocześnie badanie opiera się na modelu wzrostu potraumatycznego Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004, 2012), który podkreśla kluczową rolę zarówno predyspozycji osobowościowych, jak i aktywności poznawczej w występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych. Model ten wskazuje też na znaczenie zasobów osobistych jako czynników sprzyjających występowaniu pozytywnych zmian. Projekt badawczy uwzględnia także założenia ekologicznego modelu traumy opracowanego przez Dutton i Rubinsteina (1995), który wyjaśnia doświadczenie traumy zastępczej/wtórnej w kontekście aktywności poznawczej podejmowanej przez osoby pomagające oraz czynników indywidualnych i środowiskowych, takich jak zasoby osobiste czy wsparcie społeczne.

Połączenie tych perspektyw pozwala na całościowe ujęcie mechanizmów związanych zarówno z negatywnymi skutkami traumy wtórnej, jak i z procesami prowadzącymi do adaptacji i wzrostu potraumatycznego.

Poniżej przedstawiono dwa modele badań własnych. Pierwszy z nich odnosi się do zależności występujących między analizowanymi zmiennymi, drugi ilustruje zmienne pełniące rolę mediatorów w relacji między zasobami psychicznymi a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym.

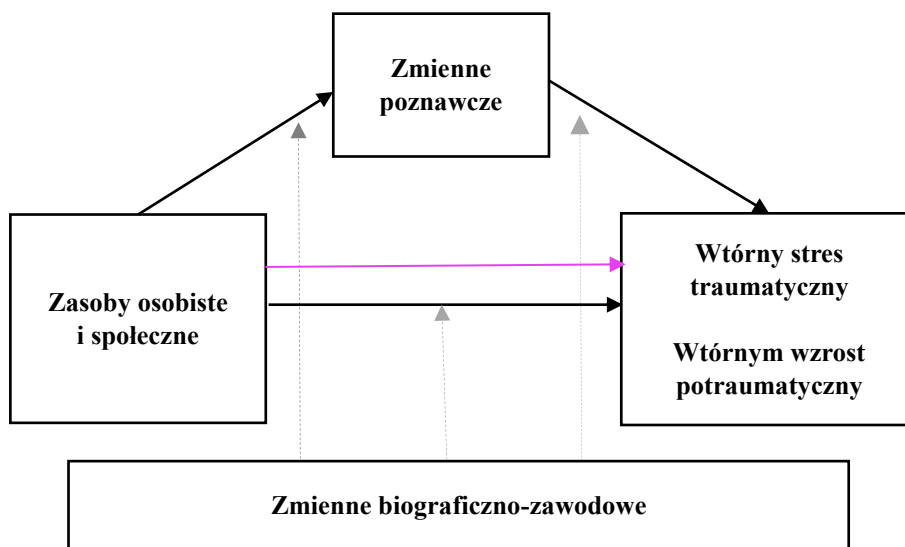
Rycina 1

Model zależności między zmiennymi biograficzno-zawodowymi, zasobami osobistymi, zmiennymi poznawczymi, zasobami społecznymi a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym



Rycina 2

Model mediacji zmiennych poznawczych w relacji między zasobami osobistymi i społecznymi a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym



Legenda:

—▶ - związki bezpośrednie między zmiennymi

—▶ - związki pośrednie między zmiennymi

.....▶ - związki kontrolne (kowiariaty)

3.3. Pytania i hipotezy badawcze

Stosownie do sformułowanego celu badań i zgodnie z zaprezentowanym modelem badań własnych postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest nasilenie wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie w grupie badanych profesjonalistów?
2. Czy zmienne biograficzno-zawodowe są powiązane z nasileniem negatywnych oraz pozytywnych skutków wtórnego narażenia na traumę?

3. Czy istnieje związek między zasobami osobistymi (prężność, empatia), społecznymi (wsparcie społeczne) i zmiennymi poznawczymi (poznawcze strategie radzenia sobie z traumą, zakłócenia w podstawowych przekonaniach), a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie?
4. Które ze zmiennych wyjaśniających (zasoby osobiste, społeczne, zmienne poznawcze) pełnią rolę predyktorów negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej traumy w grupie osób badanych?
5. Czy aktywność poznawcza pełni rolę mediatora w relacji między zasobami osobistymi i społecznymi a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego?
6. Czy istnieje związek między nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie jakie prezentują osoby pomagające?

Do postawionych pytań badawczych sformułowano następujące hipotezy badawcze ogólne i szczegółowe:

Hipoteza 1

Badana grupa profesjonalistów prezentuje niskie nasilenie zarówno wtórnego stresu traumatycznego, jak i wtórnego wzrostu po traumie.

Hipoteza 2.

Zmienne biograficzno-zawodowe są powiązane z nasileniem negatywnych oraz pozytywnych skutków wtórnego narażenia na traumę.

H2.1: Płeć różnicuje nasilenie zarówno negatywnych, jak i pozytywnych zmian potraumatycznych; kobiety w porównaniu z mężczyznami ujawniają więcej objawów STS oraz większe nasilenie SPTG.

H2.2: Obciążenie pracą w postaci stażu pracy oraz liczby godzin pracy z osobami narażonymi na traumę pozytywnie wiążą się zarówno z objawami wtórnego stresu traumatycznego, jak i wtórnym wzrostem po traumie.

H2.3: Posiadanie certyfikatu, orientacja terapeutyczna oraz korzystanie z superwizji różnicują nasilenie wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu po traumie;

osoby posiadające certyfikat oraz korzystające z superwizji ujawniają mniejsze nasilenie STS i większe SPTG; badani o orientacji humanistyczno-doświadczeniowej ujawniają wyższe nasilenie SPTG; orientacja strukturalno-behawioralna wiąże się z wyższym nasileniem STS.

H2.4: Doświadczenie traumy własnej oraz terapia własna różnicują nasilenie wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego; osoby badane, które doznały traumy własnej ujawniają wyższe nasilenie zarówno STS, jak i SPTG; osoby po lub w trakcie terapii własnej doświadczają mniejszej liczby objawów STS oraz większej intensywności SPTG.

Hipoteza 3.

Istnieje związek między zasobami osobistymi (prężność, empatia), społecznymi (wsparcie społeczne) i zmiennymi poznawczymi (poznawcze strategie radzenia sobie z traumą, zakłócenia w podstawowych przekonaniach) a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie.

H3.1: Prężność jest negatywnie powiązana z objawami wtórnego stresu traumatycznego oraz pozytywnie z wtórnym wzrostem potraumatycznym.

H3.2: Empatia jest pozytywnie skorelowana z objawami wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnym wzrostem potraumatycznym.

H3.3: Istnieje negatywny związek między wsparciem społecznym a objawami wtórnego stresu traumatycznego oraz pozytywny między wsparciem a wtórnym wzrostem po traumie.

H3.4: Pozytywne poznawcze strategie radzenia sobie są ujemnie powiązane z nasileniem wtórnego stresu traumatycznego oraz dodatnio z nasileniem wtórnego wzrostu potraumatycznego a negatywne strategie korelują dodatnio z STS i ujemnie z SPTG.

H3.5: Zakłócenia w podstawowych przekonaniach są pozytywnie powiązane zarówno z nasileniem STS jak i SPTG.

Hipoteza 4.

Predyktorami wtórnego stresu traumatycznego są przede wszystkim empatia, zakłócenia w przekonaniach oraz negatywne strategie poznawcze, natomiast predyktorami wtórnego

wzrostu po traumie są przede wszystkim prężność, pozytywne strategie poznawcze oraz zakłócenia w podstawowych przekonaniach.

Hipoteza 5.

Aktywność poznawcza w postaci poznawczych strategii radzenia sobie pełni rolę mediatora w relacji między zasobami osobistymi i społecznymi a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie.

Hipoteza 6.

Istnieje dodatni związek między objawami wtórnego stresu traumatycznego a nasileniem wtórnego wzrostu potraumatycznego jakie prezentują osoby pomagające.

W celu weryfikacji sformułowanych pytań badawczych oraz hipotez przeprowadzono stosowne analizy statystyczne, których wyniki przedstawiono w kolejnych rozdziałach niniejszej pracy.

ROZDZIAŁ IV

Metoda badań

W rozdziale IV przedstawiono metodologiczne założenia badań własnych. Omówiono charakterystykę badanej grupy, zastosowane narzędzia badawcze oraz procedurę badawczą i metody analizy statystycznej wykorzystane do opracowania zgromadzonych danych.

4.1. Procedura prowadzenia badań oraz charakterystyka osób badanych

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od czerwca 2022 roku do czerwca 2025 w miejscach zatrudniających specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego pracujących z osobami, które doświadczyły zdarzeń o charakterze traumatycznym². Uczestnicy byli poinformowani o dobrowolnym i anonimowym charakterze udziału w badaniu. Uczestnictwo w badaniu było uznawane za potwierdzone poprzez akceptację formularza świadomej zgody. Projekt badawczy został zatwierdzony przez Komisję Bioetyki Uniwersytetu Łódzkiego. Kryterium włączenia do grupy badawczej było posiadanie wykształcenia psychologicznego lub psychoterapeutycznego oraz deklaracja prowadzenia działań psychologiczno-psychoterapeutycznych dla osób doświadczających wydarzeń traumatycznych (praca z co najmniej jedną osobą, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego zgodnie z DSM-5 lub ICD-11).

W badaniu uczestniczyło 300 specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, psychologów i psychoterapeutów. Do analizy danych włączono wyniki 226 osób. Wyniki pozostałych 74 osób zostały wykluczone ze względu na niekompletność istotnych danych (z analizy wykluczono kwestionariusze zawierające ponad 20% brakujących odpowiedzi lub niekompletne dane w zakresie analizowanych skal) lub brak deklaracji dotyczącej pracy z osobami, które doświadczyły zdarzeń traumatycznych.

Poniższe tabele (Tabela od 1 do 12) prezentują charakterystykę grupy badawczej ze względu na zmienne biograficzno-zawodowe, wśród których wyróżniono zmienne

² Uczestnicy badania pracowali także z osobami nieprezentującymi w wywiadzie doświadczeń o charakterze traumatycznym.

socjodemograficzne, związane z pracą, rozwojem zawodowym oraz własną ekspozycją na traumatyczne doświadczenia.

Tabela 1

Charakterystyka próby ze względu na zmienne socjodemograficzne – płeć

Płeć	Osoby badane (N = 226)	
	n	%
Mężczyzna	31	13,7
Kobieta	195	86,3

N – liczebność próby. Źródło: opracowanie własne.

Uwzględniając podział na płeć można zaobserwować, iż zdecydowanie większą część grupy osób badanych stanowią kobiety (n = 195; 86,3%). Wynik ten jest odzwierciedleniem populacji generalnej, która reprezentowana jest w znakomitej większości przez psychologów i psychoterapeutki. Podobną tendencję zaobserwować można również w innych zawodach usług społecznych.

Tabela 2

Charakterystyka próby ze względu na zmienne socjodemograficzne – wiek

Wiek	Osoby badane (N = 226)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
	39,69	8,50	24	62

N- liczebność próby; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Min., maks. – wartość minimalna, maksymalna skali. Źródło: opracowanie własne.

Średni wiek osób badanych wynosił około 40 lat ($M = 39,69$, $SD = 8,50$). Najmłodsza osoba biorąca udział w badaniu miała 24 lata, natomiast najstarsza 62 lata.

Tabela 3

Charakterystyka próby ze względu na zmienne socjodemograficzne – wyuczony zawód

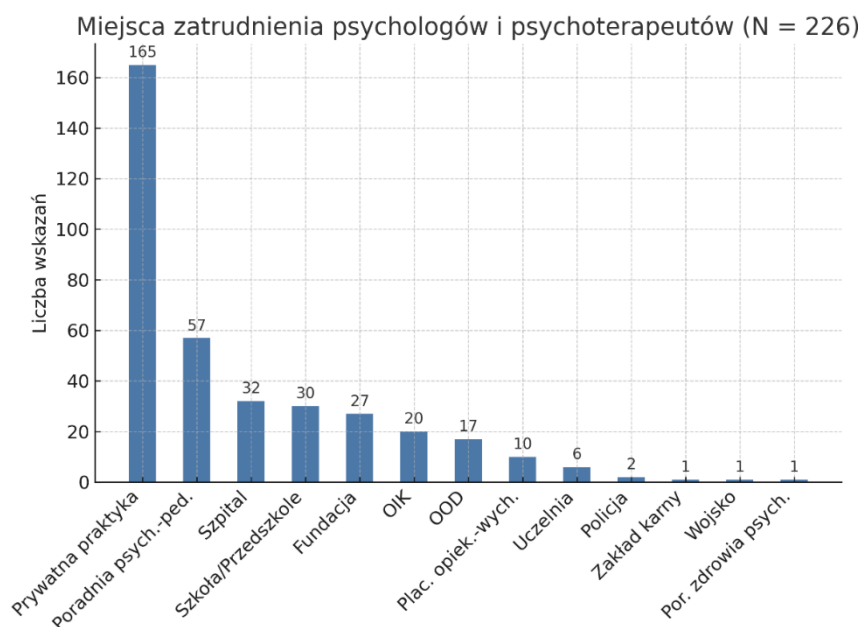
Wyuczony zawód	Osoby badane (N = 226)	
	N	%
Psycholog	174	77,0
Inny	52	23,0

Objaśnienia jak w Tabeli 1. Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowana większość osób badanych, tj. 77% (n = 174) jako wyuczony zawód wskazywała psychologa. 52 osoby zadeklarowały brak bazowego wykształcenia psychologicznego, co stanowiło 23% próby. Specjaliści nie będący psychologami jako inny wyuczony zawód wskazywali pedagoga (n = 43), socjologa (n = 5), biologa (n = 1), filozofa (n = 1), tłumacza języka angielskiego (n = 1) oraz lekarza (n = 1).

Wykres 1

Częstość wskazywanych miejsc zatrudnienia wśród badanych psychologów i psychoterapeutów



OIK - ośrodki interwencji kryzysowej; OOD - ośrodki opieki długoterminowej. Źródło: opracowanie własne.

Osoby badane wskazywały zróżnicowane miejsca zatrudnienia. Najwięcej osób badanych pracowało w ramach prywatnej praktyki (n = 165). Kolejną grupę stanowili specjaliści zatrudnieni w poradniach psychologiczno-pedagogicznych (n = 57) oraz w szpitalach klinicznych i psychiatrycznych (n = 32). Część psychologów i psychoterapeutów pracowała w placówkach oświatowych, takich jak szkoły i przedszkola (n = 26), a także w fundacjach o profilu pomocowym lub edukacyjnym (n = 27). Ośrodki interwencji kryzysowej (OIK) (n = 20) oraz ośrodki opieki długoterminowej (OOD) (n = 17) również były wskazywane jako miejsca zatrudnienia. Mniejszą liczebnie grupę stanowiły osoby zatrudnione w placówkach opiekuńczo-wychowawczych (n = 10), na uczelniach wyższych (n = 6), a także w strukturach służb mundurowych – policji (n = 2), wojsku (n = 1) oraz zakładzie karnym (n = 1). Pojedyncze osoby zadeklarowały pracę w poradni zdrowia psychicznego (n = 1).

Tabela 4

Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – obszar funkcjonowania zawodowego

Obszar funkcjonowania zawodowego	Osoby badane (N = 226)	
	n	%
Opieka zdrowotna i kliniczna	143	63,3
Edukacja i rozwój	50	22,1
System resocjalizacyjno-interwencyjny	12	5,3
Intersekcja obszarów (>1)	21	9,3

Objaśnienia jak w tab. 1. Źródło: opracowanie własne.

Z uwagi na fakt, iż część osób badanych wskazała więcej niż jedno miejsce zatrudnienia, na potrzeby analizy zrekodowano dane, wyodrębiając trzy główne obszary funkcjonowania zawodowego ze względu na charakter realizowanych zadań: opieka zdrowotna i kliniczna, edukacja i rozwój oraz system resocjalizacyjno-interwencyjny.

Zakres działalności związanej z opieką zdrowotną i kliniczną obejmował m.in. prywatne gabinety, szpitale, poradnie, ośrodki interwencji kryzysowej oraz opieki długoterminowej. W placówkach tych psychologowie i psychoterapeuci, niezależnie od formy zatrudnienia, realizowali działania z zakresu psychoterapii indywidualnej i rodzinnej,

diagnozy klinicznej oraz interwencji psychologicznej, w tym pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi, przewlekle chorymi oraz doświadczającymi różnego rodzaju kryzysów. Ten kierunek aktywności zawodowej wskazało 143 badanych, co stanowiło 63,3% całej próby badawczej (N = 226).

Obszar związany z edukacją i rozwojem uwzględniał placówki oświatowe, w tym szkoły i przedszkola, fundacje ukierunkowane na wspieranie rozwoju oraz uczelnie wyższe. Praca psychologiczna w tym kontekście skupiała się głównie na diagnozie trudności w uczeniu się, profilaktyce zaburzeń rozwojowych, treningach umiejętności społecznych oraz wsparciu w sytuacjach kryzysu edukacyjnego i adaptacyjnego. Zatrudnienie w tym nurcie zadeklarowało 50 osób badanych (22,1%).

Działalność w ramach systemu resocjalizacyjno-interwencyjnego obejmowała funkcjonowanie w strukturach instytucji związanych z szeroko rozumianym porządkiem publicznym i pomocą społeczną. Wśród miejsc zatrudnienia wskazywano m.in. zakłady karne, policję, wojsko, fundacje działające na rzecz uchodźców, a także placówki opiekuńczo-wychowawcze i resocjalizacyjne. Ten obszar specjalizacji reprezentowany był przez 12 profesjonalistów, co stanowiło 5,3% próby.

W analizie uwzględniono również intersekcję obszarów, czyli zjawisko współwystępowania ról zawodowych w więcej niż jednym z powyżej opisanych segmentów aktywności. Takie połączenia np. praktyki klinicznej z działalnością edukacyjną lub interwencyjno-resocjalizacyjną zadeklarowało 21 badanych (9,3%). Warto zauważyć, iż wyłaniająca się intersekcja obszarów może świadczyć o złożoności i wielowymiarowości współczesnych ról pełnionych przez specjalistów w obszarze pomocy psychologicznej.

Tabela 5

Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – forma organizacyjna pracy oraz multizatrudnienie

	Osoby badane (N =226)	
	n	%
Forma organizacyjna pracy		
Prywatna praktyka	75	33,2
Instytucja	59	26,1
Obie formy pracy	92	40,7

Multizatrudnienie(> 1 miejsce pracy)		
Tak	112	49,6
Nie	114	50,4

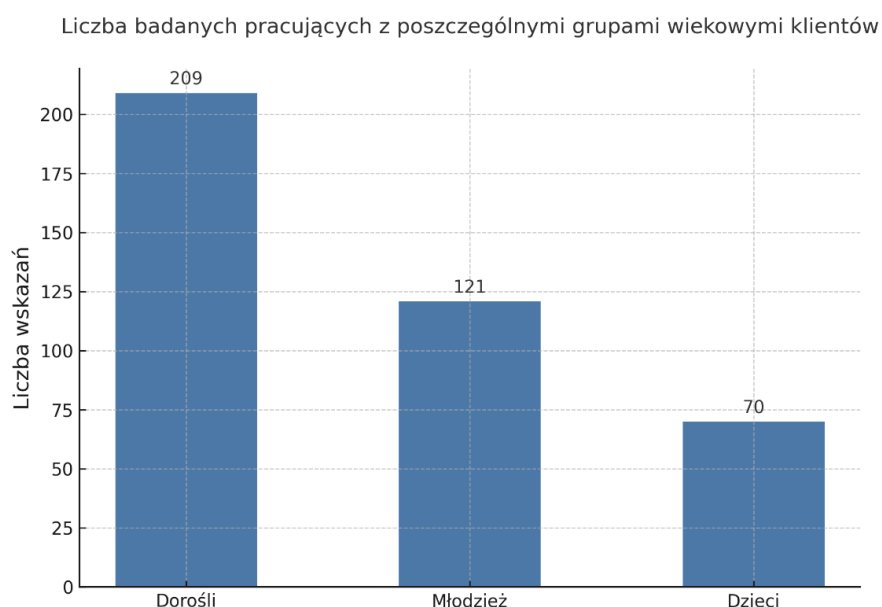
Objaśnienia jak w Tabeli 1. Źródło: opracowanie własne.

W analizowanej grupie osób badanych uwzględniono również charakter organizacyjny wykonywanej pracy. Respondenci zostali zaklasyfikowani do jednej z trzech kategorii w zależności od formy zatrudnienia. Pracę wyłącznie w ramach prywatnej praktyki zadeklarowało 75 osób (33,2%), natomiast 59 osób (26,1%) wskazało zatrudnienie wyłącznie w instytucji (np. poradni, szkole, szpitalu lub fundacji). Najliczniejszą grupę stanowili profesjonalści łączący oba modele pracy, tj. jednocześnie prowadzący prywatną praktykę i pracujący w instytucji, 92 osoby (40,7%).

Dodatkowo przeanalizowano zmienną odnoszącą się do liczby miejsc pracy. Blisko połowa badanych (n = 112; 49,6%) zadeklarowała aktywność zawodową w więcej niż jednym miejscu, natomiast 114 osób (50,4%) wskazało, że wykonuje pracę pomocową w jednej placówce lub pod jednym adresem działalności.

Wykres 2

Liczba osób badanych pracujących z poszczególnymi grupami wiekowymi klientów/pacjentów



W ramach prowadzonych analiz uwzględniono także charakterystykę grupy odbiorców działań pomocowych, z jaką pracowali badani specjaliści. Osoby biorące udział w badaniu miały możliwość wskazania więcej niż jednej grupy wiekowej klientów/pacjentów, z którymi na co dzień pracują. Dzięki temu możliwe było uchwycenie rzeczywistego zakresu ich praktyki zawodowej.

Największa część badanych deklarowała pracę głównie z osobami dorosłymi, gdzie ten typ klienta wskazało 209 osób. Z młodzieżą przede wszystkim, pracowało 121 psychologów i psychoterapeutów, natomiast z dziećmi 70 osób.

Tabela 6

Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – liczba grup wiekowych z jakimi pracowali badani specjaliści

Liczba grup wiekowych	Osoby badane (N = 226)	
	n	%
Tylko jedna grupa	100	44,2
Dwie grupy	74	32,7
Wszystkie grupy	52	23,0

Objaśnienia jak w Tabeli 1. Źródło: opracowanie własne.

Z racji tego, iż wielu profesjonalistów pracuje z przedstawicielami więcej niż jednej grupy wiekowej, zdecydowano się na utworzenie dodatkowej zmiennej porządkującej odpowiedzi określającej liczbę grup wiekowych, z którymi respondenci podejmowali działania pomocowe w ramach swojej praktyki zawodowej.

Jak pokazują dane, 44,2% osób badanych (n = 100) wskazało pracę wyłącznie z jedną grupą wiekową. Z kolei 32,7% (n = 74) zadeklarowało pracę z przedstawicielami dwóch grup wiekowych, natomiast pełne spektrum wiekowe, obejmujące dzieci, młodzież i dorosłych, deklaroowało 23% badanych (n = 52).

Tabela 7

Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – główne metody pracy z klientem/pacjentem (orientacja terapeutyczna)

Orientacja terapeutyczna	Osoby badane (N = 226)	
	n	%
Strukturalno-behawioralna	108	47,8
Wglądowo-humanistyczna	58	25,7
Systemowo-kontekstualna	22	9,7
Integracyjna	38	16,8

Objaśnienia jak w Tabeli 1. Źródło: opracowanie własne.

Badani psychologowie i psychoterapeuci wskazywali zróżnicowane podejścia oraz metody pracy z klientami i pacjentami. Ze względu na dużą różnorodność odpowiedzi, na potrzeby dalszej analizy zdecydowano się na rekategoryzację zmiennych i wyodrębnienie czterech ogólnych orientacji terapeutycznych: strukturalno-behawioralnej, wglądowo-humanistycznej, systemowo-kontekstualnej oraz integracyjnej.

Do orientacji strukturalno-behawioralnej zaliczono podejścia terapeutyczne takie jak terapia poznawczo-behawioralna (CBT), terapia dialektyczno-behawioralna (DBT) oraz terapia skoncentrowana na rozwiązaniach. Metody te łączyły takie elementy jak krótkoterminowość, wyraźna orientacja na cel, praca z myślami, emocjami i zachowaniem, a także wykorzystywanie uporządkowanych procedur terapeutycznych opartych na ustrukturyzowanych protokołach interwencji. Ten sposób pracy wskazało 108 osób badanych, co stanowiło 47,8% całej próby (N = 226).

W nurcie wglądowo-humanistycznym akcent kładziony był przede wszystkim na pracę z emocjami oraz pogłębione rozumienie wewnętrznych aspektów funkcjonowania psychicznego jednostki, w tym konstrukt „ja”, znaczenia relacji terapeutycznej czy symbolicznych wymiarów doświadczenia. Do tej kategorii włączono m.in. terapię psychodynamiczną, terapię humanistyczną, Gestalt oraz psychologię procesu. Podejścia te miały najczęściej charakter długoterminowy i ukierunkowane były na pogłębiony wgląd w doświadczenie wewnętrzne. Orientację tę reprezentowało 58 osób badanych (25,7%).

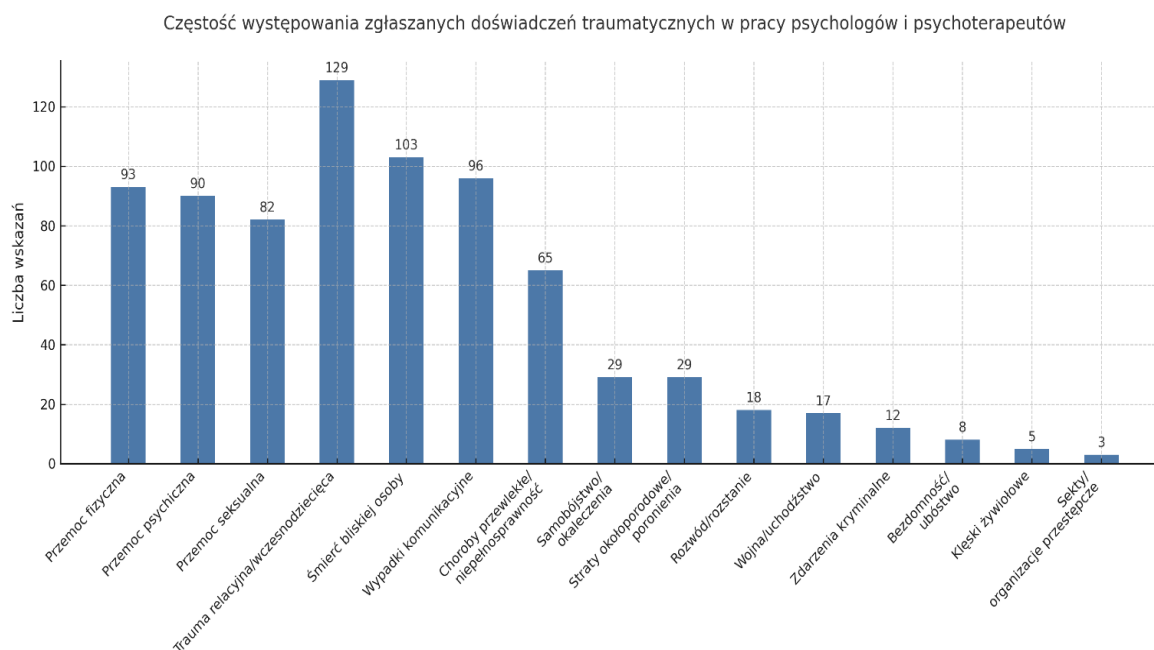
Podejścia systemowo-kontekstualne zakładały natomiast szczególne znaczenie relacji, kontekstu oraz systemów funkcjonowania jednostki, zarówno w wymiarze

intrapersonalnym, jak i społecznym czy rodzinnym. W tej grupie uwzględniono m.in. terapię systemową, terapię ericksonowską oraz podejścia wykorzystujące metaforę, język i narrację jako narzędzia pracy terapeutycznej. Tę formę pracy wskazało 22 respondentów, co stanowiło 9,7% próby.

Odrębną kategorię stanowiła orientacja integracyjna, obejmująca osoby korzystające z technik i strategii wywodzących się z różnych szkół terapeutycznych. Respondenci deklarujący taki model pracy nie ograniczali się do jednej koncepcji teoretycznej, lecz dobierali metody w sposób elastyczny, dostosowując je do potrzeb klienta lub pacjenta. Takie podejście zadeklarowało 38 osób badanych, co stanowiło 16,8% całej próby.

Wykres 3

Częstość występowania zgłaszanych doświadczeń traumatycznych w pracy osób badanych (N = 226)



Źródło: opracowanie własne.

Badani psychologowie i psychoterapeuci realizowali swoje zadania zawodowe w kontekście pracy z klientami/pacjentami, którzy ujawniali zróżnicowane doświadczenia o charakterze traumatycznym. Istotne jest podkreślenie, że osoby uczestniczące w badaniu mogły wskazać więcej niż jeden typ doświadczenia zgłaszanego przez osoby korzystające

z ich pomocy, co umożliwiło pełniejsze uchwycenie złożoności problematyki traumy psychicznej w pracy klinicznej.

Wśród doświadczeń najczęściej zgłaszanych przez klientów/pacjentów wyraźnie dominowały różne formy przemocy; zarówno fizyczna (n = 93), psychiczna (n = 90), jak i seksualna (n = 82). Łącznie aż 265 wskazań odnosiło się do pracy z osobami doświadczającymi przemocy, co czyni ten obszar najczęściej reprezentowaną kategorią wśród zgłoszonych wydarzeń traumatycznych. Kolejne miejsca zajmowały traumy relacyjne i wczesnodziecięce, obejmujące porzucenie, zaniedbanie oraz zaburzenia więzi (n = 129), a także doświadczenie śmierci bliskiej osoby (n = 103) i wypadki komunikacyjne (n = 96). Rzadziej wskazywano na choroby przewlekłe i ciężką niepełnosprawność (n = 65), samobójstwa, próby samobójcze i samookaleczenia (n = 29), a także straty okołoporodowe i poronienia (n = 29). Pozostałe doświadczenia obejmowały rozwód lub rozstanie (n = 18), doświadczenia wojenne, stres bojowy i uchodźstwo (n = 17), zdarzenia kryminalne takie jak napaść, porwanie czy zabójstwo (n = 12), bezdomność i skrajne ubóstwo (n = 8), klęski żywiołowe (n = 5) oraz przynależność do sekt lub grup przestępczych (n = 3).

Tabela 8

Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – praca z osobami doświadczającymi przemocy

Praca z przemocą	Osoby badane (N = 226)	
	n	%
Tak	176	77,9
Nie	50	22,1

Objaśnienia jak w Tabeli 1. Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na to, że badani specjaliści mogli wskazać więcej niż jedno wydarzenie traumatyczne, z którym mierzyli się ich klienci lub pacjenci, w dalszych analizach wyodrębniono podgrupy odnoszące się do jednego z najczęściej wskazywanych obszarów, czyli doświadczenia przemocy. Decyzję tę podjęto również ze względu na znaczenie, jakie w literaturze przypisuje się temu typowi zdarzeń w kontekście ryzyka wtórnej traumatyzacji u profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Zgromadzone dane pokazują, że zdecydowana większość osób biorących udział w badaniu

(n = 176; 77,9%) pracowała z klientami/pacjentami, którzy doświadczyli przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej. Jedynie 22,1% badanych (n = 50) nie deklarowało kontaktu z tego typu doświadczeniem w ramach swojej praktyki zawodowej.

Tabela 9

Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – certyfikat psychoterapeutyczny i szkolenia z pracy z traumą

	Osoby badane (N =226)	
	n	%
Certyfikat psychoterapeutyczny		
Tak/w trakcie	170	75,2
Nie	56	24,8
Szkolenia z pracy z traumą		
Tak	51	22,6
Nie	175	77,4

Objaśnienia jak w Tabeli 1. Źródło: opracowanie własne.

W badanej grupie (N = 226) zdecydowana większość specjalistów posiadała formalne przygotowanie psychoterapeutyczne. Certyfikat psychoterapeuty lub status osoby w trakcie procesu certyfikacyjnego posiadało 170 osób (75,2%), natomiast 56 respondentów (24,8%) nie posiadało takiego uprawnienia w momencie badania.

Dodatkowo analizowano uczestnictwo w szkoleniach specjalistycznych z zakresu pracy z traumą (EMDR, somatic experiencing, terapię przetwarzania poznawczego (CPT), brainspotting, terapię przywiązania i mentalizacji (MBT)). Udział w tego typu formach kształcenia zadeklarowało 51 osób (22,6%), podczas gdy 75 profesjonalistów (77,4%) nie brało udziału w tego typu szkoleniach.

Tabela 10*Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – obciążenie pracą*

	Osoby badane (N = 226)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Ogólny staż pracy w zawodzie (w latach)	10,77	7,10	1	40
Staż pracy z osobami doświadczonymi traumą (w latach)	8,71	6,15	1	28
Liczba godzin pracy (w tygodniu)	17,51	11,71	3	50
Nakład pracy (%)	55,04	30,26	6	100

Objaśnienia jak w tab. 2. Źródło: opracowanie własne.

Średni ogólny staż pracy w zawodzie wynosił 10,77 roku ($SD = 7,10$), przy wartościach mieszczących się w zakresie od 1 do 40 lat. Staż pracy z klientami/pacjentami po doświadczeniach traumatycznych był nieco krótszy i wynosił średnio 8,71 roku ($SD = 6,15$), z rozpiętością od 1 do 28 lat.

Badani deklarowali, że w ciągu tygodnia poświęcają średnio 17,51 godziny ($SD = 11,71$) na pracę z osobami doświadczającymi wydarzeń traumatycznych. Wartości indywidualne w tym zakresie wahały się od 3 do 50 godzin tygodniowo.

Dodatkowo, osoby badane oszacowały, jaki procent całkowitego czasu swojej pracy zawodowej przeznaczają na świadczenie pomocy osobom doświadczającym traumy. Średni udział tej aktywności w strukturze czasu pracy wynosił 55,04% ($SD = 30,26$), przy wartościach od 6% do 100%.

Tabela 11*Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – terapia własna i superwizja*

	Osoby badane (N = 226)	
	n	%
Terapia własna		
Tak/w trakcie	196	86,7
Nie	30	13,3

Superwizja		
Tak	203	89,8
Nie	23	10,2

Objaśnienia jak w Tabeli 1. Źródło: opracowanie własne

Większość badanych psychologów i psychoterapeutów deklaruowała korzystanie z profesjonalnego wsparcia w ramach superwizji oraz terapii własnej. Z danych wynika, że 89,8% specjalistów (n = 203) regularnie uczestniczyło w superwizji, a 86,7% (n = 196) było w terapii własnej lub kontynuowało ją w trakcie badania. Tylko nieliczna część badanych nie korzystała z tych form, gdzie 10,2% (n = 23) nie brało udziału w superwizji, a 13,3% (n = 30) nie uczestniczyło w terapii własnej.

Tabela 12

Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z traumą osobistą

	Osoby badane (N = 226)	
	n	%
Osobista trauma		
Tak	178	78,8
Nie	48	21,2

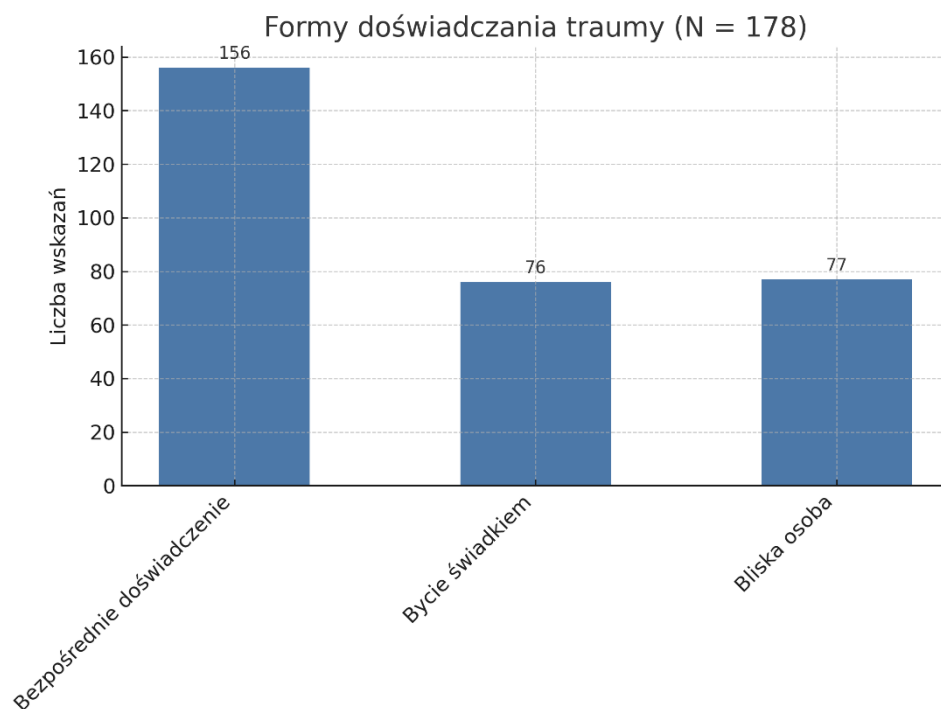
Objaśnienia jak w Tabeli 1. Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie uzyskanych danych można zauważyć, że znaczna część profesjonalistów (78,8%, n = 178) zadeklarowała, iż osobiście doświadczyła wydarzeń traumatycznych. Jedynie 21,2% (n = 48) badanych nie identyfikowało się z takim doświadczeniem.

Dodatkowo osoby deklaruujące doświadczenie własnej traumy wskazywały jej formę, przy czym możliwe było zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi (Wykres 4). W konsekwencji sumy liczebności nie odpowiadają całkowitej liczbie badanych. Najczęściej wskazywano bezpośrednie doświadczenie wydarzenia traumatycznego (n = 156; 87,6%). Rzadziej badani deklarowali bycie świadkiem zdarzenia traumatycznego (n = 76; 42,7%) oraz sytuację, w której trauma dotyczyła osoby bliskiej (n = 77; 43,3%).

Wykres 4

Formy doświadczania traumy wskazywane przez osoby badane (N = 178)



Źródło: opracowanie własne.

Dodatkowo osoby deklarujące doświadczenie własnej traumy wskazywały jej formę, przy czym możliwe było zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi. W konsekwencji sumy liczebności nie odpowiadają całkowitej liczbie badanych. Najczęściej wskazywano bezpośrednie doświadczenie wydarzenia traumatycznego (n = 156; 87,6%). Rzadziej badani deklarowali bycie świadkiem zdarzenia traumatycznego (n = 76; 42,7%) oraz sytuację, w której trauma dotyczyła osoby bliskiej (n = 77; 43,3%).

4.2. Charakterystyka narzędzi badawczych

Osoby badane proszone były o wypełnienie siedmiu kwestionariuszy oraz ankiety biograficzno-zawodowej.

- a) Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego** (Zmodyfikowana wersja PCL-5, Weathers i in., 2013; Opracowanie: Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020)

W celu oceny objawów wtórnego stresu traumatycznego wykorzystano Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego. Narzędzie to stanowi zmodyfikowaną wersję Listy Objawów PTSD (Weathers i in., 2013). IWST został zaprojektowany z myślą o osobach zawodowo zajmujących się pomocą osobom po doświadczeniach traumatycznych. Składa się z 20 twierdzeń (np. „Występowały powtarzające się, przykre i niechciane wspomnienia stresujących zdarzeń moich klientów”) opisujących objawy zgodne z czterema głównymi kryteriami PTSD: intruzją, unikaniem, negatywnymi zmianami w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz wzmożonym pobudzeniem i reaktywnością. Respondenci dokonują oceny nasilenia objawów na 5-stopniowej skali Likerta, gdzie 0 oznacza „wcale”, 1 - „nieznacznie”, 2 - „umiarkowanie”, 3 - „znacznie”, a 4 - „bardzo mocno”, określając, w jakim stopniu doświadczali tych reakcji w ciągu ostatniego miesiąca w wyniku wykonywanej pracy pomocowej. Wynik 33 punktów lub więcej w inwentarzu może wskazywać na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń wtórnego stresu traumatycznego. Współczynnik alfa Cronbacha dla całego narzędzia wyniósł 0,95.

- b) Inwentarz Wtórnego Wzrostu Potraumatycznego** (IWWP, Ogińska-Bulik i Juczyński, 2022)

Intensywność wtórnych zmian potraumatycznych badano za pomocą Inwentarza Wtórnego Wzrostu Potraumatycznego. Metoda ta służy do pomiaru pozytywnych zmian wynikających z wtórnego doświadczenia traumy. Składa się ono z 12 twierdzeń (np., „Mam większe zaufanie do ludzi”), które odnoszą się do czterech głównych wymiarów wtórnego wzrostu potraumatycznego obejmujących: rozwój zawodowy i podejmowanie nowych wyzwań, pogłębienie doświadczeń duchowych oraz poczucia odpowiedzialności za innych, wzrost samoświadomości i umiejętność doceniania życia, a także większą akceptację i zaangażowanie na rzecz innych osób. Osoby badane oceniają każde z twierdzeń przy użyciu

6-stopniowej skali, gdzie 0 oznacza „wcale nie doświadczyłem zmiany”, a 5 - „doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu”. Inwentarz posiada normy stenowe wspólne dla kobiet i mężczyzn. Im wyższy wynik, tym więcej zmian wzrostowych ujawniają osoby badane. Wynik równy 38 punktów lub wyższy wskazuje na wysoki poziom wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych. Analiza psychometryczna wykazała wysoką rzetelność narzędzia, określoną za pomocą współczynnika α Cronbacha, który dla całej skali wyniósł 0,90, a dla poszczególnych czynników mieścił się w przedziale 0,71-0,89.

c) Skala Pomiaru Prężności (SPP-25, Ogińska-Bulik i Juczyński, 2008)

Do pomiaru prężności użyto Skali Pomiaru Prężności. Skala jest narzędziem psychometrycznym przeznaczonym do oceny indywidualnych różnic w zakresie prężności psychicznej, umożliwiającym analizę zarówno globalnego poziomu prężności, jak i jej poszczególnych komponentów. SPP-25 składa się z 25 twierdzeń (np. „Podejmuję wysiłki poradzenia sobie bez względu na to, jak trudny jest problem”), ocenianych na 5-stopniowej skali Likerta (od 0 - „zdecydowanie nie” do 4 - „zdecydowanie tak”). Kwestionariusz pozwala na uzyskanie całkowitego wyniku prężności, a także wyników w ramach pięciu podskal, które odzwierciedlają różne aspekty prężności psychicznej tj. determinację i wytrwałość w działaniu, otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, kompetencje osobowe i tolerancję na negatywne emocje, tolerancję na niepewność i traktowanie życia jako wyzwania, optymistyczne nastawienie do życia i zdolność do nawiązywania relacji interpersonalnych. Im wyższy wynik ogólny kwestionariusza, tym wyższy poziom prężności. Całkowity wynik uzyskany w SPP-25 może być przedstawiony w skali stenowej. Współczynnik α Cronbacha dla całej skali wynosi 0,89.

d) Skala Wrażliwości Empatycznej (SWE, Kaźmierczak i in., 2007)

Empatię mierzono za pomocą Skali Wrażliwości Empatycznej. Kwestionariusz ten jest modyfikacją Indeksu Reaktywności Interpersonalnej (Davis, 1983, 2002) i służy do oceny indywidualnych różnic w zakresie empatii, rozumianej jako zdolność do rozpoznawania, interpretowania i reagowania na emocje oraz potrzeby innych osób. SWE bazuje na wielowymiarowej koncepcji empatii, która obejmuje zarówno komponenty emocjonalne, jak i poznawcze. Struktura skali odzwierciedla podział empatii na trzy główne wymiary (Davis, 1983) tj. empatyczną troskę (skłonność do współodczuwania i reagowania na potrzeby

innych), przyjmowanie perspektywy (zdolność do poznawczego wczucia się w sytuację drugiej osoby i przyjęcia jej punktu widzenia), osobistą przykrość (subiektywne doświadczenie napięcia emocjonalnego w odpowiedzi na cierpienie innych). SWE składa się z 28 pozycji (np. „Często zdarza mi się odczuwać czułość lub troskę w stosunku do ludzi, którym powiodło się gorzej ode mnie”), które oceniane są na 5-stopniowej skali Likerta (od 1 - „zdecydowanie się nie zgadzam” do 5 - „zdecydowanie się zgadzam”). Skala nie posiada wyniku ogólnego. Wyniki poszczególnych wymiarów mogą być przedstawione na skali stenowej. Rzetelność skali wykazuje stosunkowo wysokie wartości, w granicach 0,74-0,78, co świadczy o dobrej spójności wewnętrznej narzędzia.

e) Skala Wsparcia Społecznego (SWS-8, Cieślak i Widerszal-Bazyl, 2000)

Do pomiaru wsparcia społecznego wykorzystano Skalę Wsparcia Społecznego, która stanowi część kwestionariusza *Psychospołeczne Warunki Pracy* (Cieślak i Widerszal-Bazyl, 2000). Narzędzie to pozwala na ocenę wsparcia pochodzącego z dwóch głównych źródeł: środowiska zawodowego (ze strony przełożonych oraz współpracowników) oraz spoza pracy (od znajomych i rodziny). Ponadto, skala mierzy dwa kluczowe aspekty wsparcia społecznego: emocjonalne (np. możliwość uzyskania zrozumienia i akceptacji) oraz praktyczne (np. otrzymywanie pomocy w rozwiązywaniu problemów). Kwestionariusz składa się z 8 twierdzeń (np. W jakim stopniu możesz liczyć, że ktoś pomoże Ci w jakiś konkretny sposób”), które badani oceniają na 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza bardzo niski poziom wsparcia, a 5 bardzo wysoki poziom wsparcia. Im wyższe wyniki w poszczególnych podskalach, tym wyższy poziom otrzymywanego wsparcia. Skala wykazuje bardzo dobre właściwości psychometryczne, co potwierdzają współczynniki α Cronbacha, wynoszące: 0,89 dla wsparcia od rodziny, 0,89 dla znajomych spoza pracy, 0,92 dla współpracowników oraz 0,94 dla przełożonych.

f) Skala Poznawczego Przetwarzania Traumy (SPPT, zmodyfikowana wersja CPOT-S, Williams, Davis i Millsap, 2002; Opracowanie: Ogińska-Bulik i Juczyński, 2018)

Skala służy do oceny sposobów poznawczego przetwarzania traumatycznych doświadczeń poprzez analizę strategii radzenia sobie z nimi. Skala składa się z 17 pozycji (np. „Ostatecznie w tych wydarzeniach jest więcej dobrego, niż złego”) i wyróżnia dwa

główne typy przetwarzania traumy, tj. pozytywne (adaptacyjne) oraz negatywne (nieadaptacyjne). Strategie adaptacyjne obejmują porównywanie w dół (odniesienie własnego doświadczenia do trudniejszych sytuacji innych osób), pozytywną restrukturyzację poznawczą (dostrzeganie pozytywnych aspektów zdarzenia) oraz rozwiązanie/akceptację (identyfikowanie strategii radzenia sobie). Wśród strategii nieadaptacyjnych wyróżniono żal (koncentrowanie się na alternatywnych scenariuszach zdarzenia) oraz zaprzeczanie (negowanie rzeczywistości traumatycznego zdarzenia). Osoby badane dokonują oceny poszczególnych twierdzeń, wybierając odpowiedź na skali Likerta, od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”. Polska wersja narzędzia charakteryzuje się zadowalającą rzetelnością i trafnością, a wartości współczynnika α Cronbacha dla poszczególnych strategii mieszczą się w zakresie od 0,56 do 0,89.

g) Inwentarz Podstawowych Przekonań (IPP, Zmodyfikowana wersja CBI, Cann i in., 2010; Opracowanie: Juczyński i Ogińska-Bulik, 2018)

Aktywność poznawczą osób badanych mierzono także za pomocą Inwentarza Podstawowych Przekonań. Narzędzie to składa się z 9 twierdzeń (np. „Z powodu tych zdarzeń poważnie zastanawiałem/am się do jakiego stopnia to, co się przydarza ludziom jest sprawiedliwe”), które odnoszą się do zakłóceń w podstawowych przekonaniach jednostki. Każde stwierdzenie rozpoczyna się od stałego wprowadzenia: „Z powodu tego zdarzenia poważnie zastanawiałem/am się...”, a jego zakończenie odnosi się do różnych aspektów funkcjonowania, m.in.: przekonań odnoszących się do relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości (czynnik 1), przekonań dotyczących sprawiedliwości, kontrolowalności i przyczynowości zdarzeń (czynnik 2) oraz przekonań na temat znaczenia swojego życia, duchowości i wartości jako osoby (czynnik 3). Badani oceniają stopień, w jakim najbardziej stresujące wydarzenie z ostatnich kilku lat wpłynęło na ich przekonania, stosując 6-stopniową skalę Likerta, gdzie: 0 oznacza brak wpływu, 5 bardzo duży stopień zmiany przekonań. Łączna suma punktów uzyskanych w inwentarzu stanowi wskaźnik zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Im wyższy wynik, tym większa podatność jednostki na zmianę dotychczasowego systemu przekonań pod wpływem doświadczonego zdarzenia traumatycznego. Kwestionariusz posiada normy stenowe do wyniku ogólnego. Współczynnik α Cronbacha dla skali wynosi 0,90.

h) Ankieta biograficzno-zawodowa (opracowanie własne)

W badaniu wykorzystano również ankietę własnej konstrukcji, której celem było zebranie informacji dotyczących wybranych zmiennych socjodemograficznych, zawodowych i związanych z doświadczeniem traumy własnej badanych specjalistów. Kwestionariusz obejmował pytania dotyczące płci, wieku oraz wyuczonego zawodu, a także kontekstu funkcjonowania zawodowego, w tym obszaru pracy, formy organizacyjnej zatrudnienia, multizatrudnienia, liczby grup wiekowych klientów lub pacjentów, orientacji terapeutycznej oraz pracy z osobami doświadczającymi przemocy. Uwzględniono również pytania dotyczące posiadania certyfikatu psychoterapeutycznego, udziału w szkoleniach z zakresu pracy z traumą, stażu pracy w zawodzie jako osoba pomagająca, stażu pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych, liczby godzin pracy z traumą oraz ogólnego nakładu pracy. Zebrano także informacje na temat doświadczenia terapii własnej, uczestnictwa w superwizji oraz doświadczenia traumy własnej. Pytania miały zróżnicowaną formę. Część z nich miała charakter nominalny i wymagała odpowiedzi typu „tak” lub „nie”, inne opierały się na skali porządkowej i polegały na wyborze jednej z kilku możliwych odpowiedzi. W ankiecie znalazły się również pytania otwarte, w których osoby badane samodzielnie wpisywały odpowiedź. Uzyskane w ten sposób dane zostały wykorzystane jako zmienne kontrolne w dalszych analizach statystycznych.

W kolejnym podrozdziale przedstawiono procedury statystyczne wykorzystane do analizy zgromadzonych danych.

4.3. Metody statystyczne

Minimalną wymaganą liczebność próby oszacowano na podstawie analizy mocy statystycznej. Analiza została oparta na testach F dla regresji wielokrotnej. Przyjęto średnią wielkość efektu ($f^2 = 0,15$), poziom istotności $\alpha = 0,05$ oraz wymaganą moc testu równą 0,95. Dla modelu dotyczącego wtórnego stresu traumatycznego minimalna wymagana liczebność próby wynosiła 204 osoby, natomiast dla modelu odnoszącego się do wtórnego wzrostu potraumatycznego - 213 osób. Faktyczna liczebność próby ($N = 226$) przekraczała wartości minimalne w obu modelach, co wskazuje, że uzyskana moc statystyczna była wystarczająca do testowania przyjętych założeń badawczych.

Następnie sprawdzono założenia statystyczne oraz dobrano odpowiednie procedury. Analizy przeprowadzono przy użyciu programu IBM SPSS w wersji 29. Ze względu na dużą czułość testów normalności rozkładu na liczebność próby decyzję o zastosowaniu analiz parametrycznych oparto na wartościach skośności i kurtozy oraz liczebności próby. W większości przypadków mieściły się one w przyjętych granicach akceptowalności, co pozwoliło uznać, że rozkłady badanych zmiennych nie odbiegają istotnie od rozkładu normalnego. Większość analizowanych wskaźników mieściła się w rekomendowanych granicach, zarówno wartości skośności, jak i kurtozy nie przekraczały poziomu ± 2 . Jest to uznawane za dopuszczalne w kontekście stosowania testów parametrycznych (George i Mallery, 2010; Gravetter i Wallnau, 2014). Jedyne pojedyncze zmienne, takie jak strategia żalu, wykazały wyraźnie podwyższoną kurtozę, co może wskazywać na obecność rozkładu leptokurtycznego i wymagać ostrożniejszej interpretacji wyników (Załącznik 1).

Ze względu na liczebność próby ($N = 226$) uznano jednak, że możliwe jest zastosowanie analiz parametrycznych. Odwołano się przy tym do centralnego twierdzenia granicznego (*Central Limit Theorem*), zgodnie z którym przy dużych próbach rozkład średnich zbliża się do rozkładu normalnego, nawet jeśli rozkład zmiennej pierwotnej nie jest w pełni normalny (Field, 2018; Tabachnick i Fidell, 2013). Jak wskazuje Zięba (2013), umiarkowane odchylenia od normalności nie wpływają w istotny sposób na rzetelność oraz trafność stosowanych testów statystycznych przy większych próbach. Na tej podstawie w dalszych etapach analizy zastosowano testy parametryczne. Przy podejmowaniu tej decyzji uwzględniono również ogólny charakter rozkładu danych oraz zgodność z założeniami analizy wariancji i regresji. Ze względu na ogólną liczebność próby oraz rozkład danych możliwe było użycie testu t-Studenta dla prób niezależnych, jednoczynnikowej analizy wariancji oraz współczynników korelacji Pearsona.

Test t-Studenta oraz jednoczynnikową analizę wariancji wykorzystano do badania różnic między grupami wyznaczonymi przez zmienne kontrolne, natomiast związki pomiędzy zmiennymi oceniano przy użyciu współczynników korelacji Pearsona.

Do ustalenia predyktorów wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego zastosowano hierarchiczną regresję liniową z wprowadzaniem zmiennych blokami metodą *Enter* (wprowadzania). Wybór tej procedury wynikał z założenia wielowymiarowego charakteru analizowanych zjawisk oraz z potrzeby określenia

przyrostowego wkładu kolejnych grup predyktorów w wyjaśnianie zmiennych zależnych. Regresja hierarchiczna umożliwia ocenę, czy zmienne wprowadzane w kolejnych etapach wyjaśniają istotną dodatkową część wariacji ponad wpływ zmiennych uwzględnionych wcześniej. Ocenę tę przeprowadzano na podstawie zmiany współczynnika determinacji (ΔR^2) oraz testów istotności zmiany modelu (F zmiany). Predyktory wprowadzano blokami zgodnie z przyjętą logiką teoretyczną i funkcjonalną. W pierwszym etapie do modeli wprowadzano zmienne socjodemograficzne oraz zmienne opisujące kontekst funkcjonowania zawodowego. Następnie uwzględniano zasoby osobiste i społeczne. W kolejnych blokach wprowadzano zmienne poznawcze, obejmujące strategie radzenia sobie oraz zakłócenia w podstawowych przekonaniach. W ostatnim bloku wprowadzono zmienne interakcyjne. Zmienne interakcyjne konstruowano jako iloczyny wybranych strategii radzenia sobie i poziomu zakłóceń w podstawowych przekonaniach ($X \times Z$). Wszystkie zmienne ciągłe przed utworzeniem iloczynów zostały poddane centrowaniu w celu ograniczenia współliniowości oraz ułatwienia interpretacji współczynników regresji. Do ostatecznych modeli STS i SPTG włączano jedynie te interakcje, które były uzasadnione teoretycznie, osiągały istotność statystyczną i nie prowadziły do nadmiernej współliniowości pomiędzy predyktorami. W przypadku STS były to interakcje strategii żalu i zaprzeczania z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach. Dla SPTG interakcję tworzył iloczyn strategii pozytywnej restrukturyzacji poznawczej i zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

W prezentacji wyników uwzględniono współczynniki regresji nie- i standaryzowane (B i β), a także wartości tolerancji oraz współczynnika inflacji wariacji (VIF) w celu oceny współliniowości predyktorów. Dodatkowo przedstawiono współczynniki determinacji R^2 oraz ich przyrosty (ΔR^2) w kolejnych krokach analizy, co pozwala określić, w jakim stopniu kolejne grupy zmiennych przyczyniały się do wyjaśnienia wariacji zmiennej zależnej. We wszystkich analizach sprawdzano spełnienie podstawowych założeń modeli regresji.

Analizy mediacji przeprowadzono z wykorzystaniem narzędzia PROCESS macro w wersji 5 (Hayes, 2018). Zastosowanie 5000 replikacji bootstrappingu umożliwiło oszacowanie empirycznych przedziałów ufności dla efektów pośrednich. Istotność efektów pośrednich oraz warunkowych efektów pośrednich oceniano na podstawie 95% przedziałów ufności. W modelach odnoszących się do STS testowano moderowaną mediację, w której

strategie radzenia sobie (żał oraz zaprzeczanie) pełniły funkcję mediatorów, natomiast zakłócenia w podstawowych przekonaniach traktowano jako zmienną moderującą. Dzięki temu możliwe było sprawdzenie, czy pośredni wpływ zasobów osobistych i społecznych na poziom STS, realizowany poprzez strategie radzenia sobie, różni się w zależności od nasilenia zakłóceń poznawczych. W analizach dotyczących SPTG zastosowano mediacje równoległe, w których pozytywna restrukturyzacja poznawcza oraz zakłócenia w podstawowych przekonaniach pełniły rolę współwystępujących mediatorów. Umożliwiło to jednoczesne uwzględnienie kilku potencjalnych procesów poznawczych oraz ocenę ich względnego znaczenia w wyjaśnianiu zróżnicowania poziomu wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Zastosowanie złożonych modeli analiz wynikało z przyjętych założeń teoretycznych, jednak w interpretacji uwzględniono jedynie te efekty, które spełniały kryteria statystyczne i były uzasadnione merytorycznie.

ROZDZIAŁ V

Analiza wyników badań

W niniejszym rozdziale zaprezentowano wyniki analiz statystycznych przeprowadzonych w celu weryfikacji postawionych pytań badawczych oraz hipotez.

W pierwszym etapie analizy danych obliczono wartości średnich, odchyłeń standardowych oraz określono minimalne i maksymalne wyniki dla zmiennych zależnych czyli wtórnego stresu traumatycznego (STS) i wtórnego wzrostu potraumatycznego (SPTG), jak również dla zmiennych niezależnych, obejmujących zasoby osobiste (prężność, empatia), zasoby środowiskowe (wsparcie społeczne) oraz zmienne poznawcze (poznawcze strategie radzenia sobie z traumą, zakłócenia w podstawowych przekonaniach). Szczegółowe statystyki opisowe dla poszczególnych zmiennych objaśnianych przedstawiono w kolejnych tabelach (tabela 13, 14).

Tabela 13 prezentuje ogólne wyniki dotyczące nasilenia wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego w badanej grupie specjalistów pracujących z osobami doświadczającymi traumy.

Tabela 13

Statystyki opisowe dla wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego

	Osoby badane (N = 226)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Wtórny stres traumatyczny - ogółem	12,45	11,76	0	65
Intruzja	2,92	3,06	0	14
Unikanie	1,10	1,59	0	7
Pobudzenie	4,08	4,47	0	23
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,35	4,27	0	22
Wtórny wzrost potraumatyczny - ogółem	31,16	12,75	0	60
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	8,96	3,69	0	15

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,84	3,49	0	15
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,61	3,97	0	15
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,75	4,04	0	15

N- liczebność badanej grupy; *M* – średnia arytmetyczna; *SD* – odchylenie standardowe; *Min.*, *maks.* wartość minimalna, maksymalna skali. Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane dane wykazały, iż w badanej grupie specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych średni ogólny wynik wtórnego stresu traumatycznego wyniósł 12,45 (*SD* = 11,76), przy wartościach mieszczących się w zakresie od 0 do 65 punktów. W dalszej kolejności dokonano przeliczenia uzyskanych wyników zgodnie z przyjętym w literaturze przedmiotu punktem odcięcia, gdzie graniczną wartością jest wynik 33 punktów (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Wyniki niższe od tej wartości interpretowane są jako niski poziom STS, natomiast wartości równe lub wyższe wskazują na wysoki jego poziom. Jak pokazują dane, zdecydowana większość badanych specjalistów bo aż 92% (*n* = 208), uzyskała wyniki mieszczące się w zakresie niskiego poziomu wtórnego stresu traumatycznego. Wysoki poziom STS odnotowano jedynie w przypadku 8% badanych (*n* = 18).

W przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego średni ogólny wynik dla całej próby wyniósł 31,16 (*SD* = 12,75), przy wartościach od 0 do 60 punktów. W analizowanej grupie, uwzględniając opracowane normy dla IWWP, wyniki niskie w tym zakresie uzyskało 30,5% osób badanych (*n* = 69), przeciętne – 33,6% (*n* = 76), natomiast najwyższy poziom wtórnego wzrostu potraumatycznego ujawniono u 35,8% specjalistów (*n* = 81).

Średnie i odchylenia standardowe dla wszystkich zmiennych niezależnych zostały zaprezentowane w tabeli 14.

Tabela 14

Statystyki opisowe dla zasobów osobistych, środowiskowych oraz zmiennych poznawczych

	Osoby badane (N = 226)			
Prężność	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Prężność - ogółem	71,40	14,68	19	100
Wyrwałość i determinacja w działaniu	13,77	3,41	4	20
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	15,79	2,89	7	20
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	13,50	3,44	1	20
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	14,73	3,21	4	20
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowanie się w trudnych sytuacjach	11,57	2,54	6	20
Empatia	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Empatyczna troska	32,48	4,55	16	47
Osobista przykrość	19,92	4,82	10	34
Przyjmowanie perspektywy	29,25	3,99	13	41
Wsparcie społeczne	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Przełożeni	24,18	9,62	8	40
Współpracownicy	28,22	7,89	8	40
Rodzina	31,50	6,91	8	40
Znajomi spoza pracy	29,89	6,93	8	40
Emocjonalne wsparcie	57,52	11,54	26	80
Praktyczne wsparcie	56,28	12,70	23	80
Poznawcze strategie radzenia sobie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Porównywanie w dół	4,28	4,18	0	18
Żal	3,19	3,44	0	17
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	6,50	4,66	0	18
Zaprzeczanie	2,03	2,89	0	19
Rozwiązanie/akceptacja	14,09	4,99	0	24
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
Zakłócenia ogółem	16,48	10,82	0	45
Przekonania dotyczące relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości	5,60	3,99	0	15
Przekonania dotyczące sprawiedliwości, kontrolowalności i przyczynowości zdarzeń	6,36	3,80	0	15
Przekonania na temat znaczenia swojego życia, duchowości i wartości jako osoby	4,52	4,39	0	15

Objaśnienia jak w Tabeli 13. Źródło: opracowanie własne.

W badanej grupie psychologów i psychoterapeutów średnia ogólna wartość prężności wyniosła 71,40 ($SD = 14,68$), co odpowiada 5 stenowi zgodnie z interpretacją narzędzia SPP-25. Średnie wyniki poszczególnych kategorii empatii wahały się od 19,92 do 32,48 ($SD = 3,99-4,82$). W odniesieniu do źródeł wsparcia badani specjaliści najwyżej oceniali wsparcie ze strony rodziny ($M = 31,50$; $SD = 6,91$), najniżej ze strony przełożonych ($M = 24,18$; $SD = 9,62$). Oceny otrzymywanego wsparcia emocjonalnego i praktycznego były zbliżone ($M = 57,52$; $SD = 11,54$ oraz $M = 56,28$; $SD = 12,70$). W zakresie poznawczych strategii radzenia sobie średnie wartości zawierały się w przedziale od 2,03 do 14,09 ($SD = 2,89 - 4,99$). Średni poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach wyniósł 16,48 ($SD = 10,82$).

Kolejny krok analizy dotyczył sprawdzenia, czy zmienne socjodemograficzne i związane z pracą różnicują nasilenie wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Tabela 15 obrazuje wartości średnich i odchyłeń standardowych dla wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego w zależności od płci osób badanych.

Tabela 15

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na płeć ($N = 226$)

Płeć	Mężczyźni (n=31)		Kobiety (n=195)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	9,13	8,44	12,98	12,14	-1,700	224	0,045
Intruzja	2,13	2,31	3,05	3,15	-1,945	49,718	0,029
Unikanie	0,87	1,41	1,14	1,62	-0,870	224	0,193
Pobudzenie	2,84	3,29	4,27	4,72	-1,627	224	0,053
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	3,29	2,98	4,52	4,42	-1,982	53,673	0,026
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	28,28	13,69	31,62	12,58	-1,366	224	0,087
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	8,52	4,63	9,04	3,53	-0,599	35,774	0,277

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	2,90	3,00	3,98	3,55	-1,606	224	0,055
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,03	4,09	9,70	3,95	-0,867	224	0,193
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	7,81	4,22	8,90	4,01	-1,405	224	0,081

n – liczebność grupy; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – statystyka t-Studenta; *df* – liczba stopni swobody; *p* – poziom istotności różnic; Źródło: opracowanie własne.

Wyniki wskazują na niewielkie, lecz istotne statystycznie zróżnicowanie ogólnego poziomu wtórnego stresu traumatycznego ze względu na płeć. Kobiety uzyskały wyższe wyniki ($M = 12,98$; $SD = 12,14$) niż mężczyźni ($M = 9,13$; $SD = 8,44$), a różnica ta osiągnęła poziom istotności ($t(224) = -1,700$; $p < 0,05$), przy czym wartość *p* znajdowała się blisko progu istotności ($p = 0,045$). Istotne różnice odnotowano również w dwóch komponentach STS: intruzji oraz zmianach poznawczo-emocjonalnych w obu przypadkach z wyższymi wynikami w grupie kobiet.

W przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego nie stwierdzono istotnych różnic między kobietami a mężczyznami. Średni wynik SPTG w grupie kobiet wyniósł 31,62 ($SD = 12,58$), a w grupie mężczyzn 28,28 ($SD = 13,69$); różnica ta nie była istotna statystycznie ($t(224) = -1,366$; $p > 0,05$). Podobny kierunek zależności, wskazujący na niższe średnie w grupie mężczyzn, widoczny był również w poszczególnych wymiarach SPTG, jednak nie osiągnął poziomu istotności statystycznej.

W celu oceny związków pomiędzy wiekiem uczestników a STS i SPTG przeprowadzono analizę korelacji Pearsona. Wyniki przedstawiono w Tabeli 16.

Tabela 16

Związek między nasileniem wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego a wiekiem

Wiek	Osoby badane (N=226)
	<i>r</i>
Wtórny stres traumatyczny ogółem	-0,020
Intruzja	0,012

	<i>r</i>
Unikanie	-0,007
Pobudzenie	-0,008
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	-0,052
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	0,233***
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	0,278***
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	0,129
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	0,204**
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	0,170*

N – liczebność badanej grupy; *r* – wartość współczynnika korelacji Pearsona; *p* – poziom istotności. Poziomy istotności: *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; *** *p* < 0,001. Źródło: opracowanie własne.

Dane nie wykazały istotnych statystycznie związków między wiekiem a ogólnym poziomem wtórnego stresu traumatycznego ani jego komponentami.

Inaczej przedstawiały się zależności w odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego. Wiek był dodatnio powiązany z wynikiem ogólnym SPTG ($r = 0,233$; $p < 0,001$). Najsilniejszy związek dotyczył obszaru nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych ($r = 0,278$; $p < 0,001$). Istotne dodatnie korelacje pojawiły się także w wymiarach większego zaufania do siebie i doceniania życia ($r = 0,204$; $p < 0,01$) oraz wzrostu akceptacji działań na rzecz innych ($r = 0,170$; $p < 0,05$).

Tabela 17 prezentuje porównanie poziomu STS i SPTG między grupami różniącymi się wyuczonym zawodem.

Tabela 17

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na wyuczony zawód (N = 226)

Wyuczony zawód	Psycholog (n = 174)		Inny (n = 52)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	12,24	11,91	13,17	11,34	-0,503	224	0,308
Intruzja	2,83	3,18	3,21	2,62	-0,782	224	0,217
Unikanie	1,11	1,63	1,08	1,48	0,128	224	0,449
Pobudzenie	3,95	4,59	4,48	4,55	-0,728	224	0,234
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,34	4,25	4,40	4,38	-0,96	224	0,462
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	30,47	12,80	33,46	12,45	-1,487	224	0,069
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	8,86	3,80	9,33	3,32	-0,806	224	0,211
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,69	3,32	4,33	4,01	-1,155	224	0,125
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,40	4,04	10,29	3,79	-1,417	224	0,079
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,52	4,04	9,52	3,99	-1,564	224	0,060

Objaśnienia jak w tabeli 15. Źródło: opracowanie własne.

Nie stwierdzono istotnych różnic ani w zakresie wtórnego stresu traumatycznego, ani wtórnego wzrostu potraumatycznego w zależności od wyuczonego zawodu. W obu analizowanych obszarach uzyskano zbliżone wyniki w porównywanych grupach, zarówno dla wyników ogólnych, jak i poszczególnych komponentów.

Następnie przeanalizowano zależności między zmiennymi związanymi z pracą a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego (tabele 18-28).

W tabeli 18 przedstawiono zróżnicowanie STS i SPTG w zależności od obszaru funkcjonowania zawodowego.

Tabela 18

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na obszar funkcjonowania zawodowego ($N=226$)

Obszar funkcjonowania zawodowego	Opieka zdrowotna i kliniczna (n=143)		Edukacja i rozwój (n=50)		System resocjalizacyjno-interwencyjny (n=12)		Intersekcja obszarów (n=21)		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Wtórny stres traumatyczny ogółem	12,39	11,90	13,36	11,84	13,08	11,03	10,33	11,50	0,336	0,799
Intruzja	2,92	3,23	3,02	2,68	3,00	3,16	2,67	2,74	0,068	0,977
Unikanie	0,97	1,53	1,50	1,65	0,83	0,83	1,24	2,02	1,576	0,196
Pobudzenie	4,06	4,49	4,36	4,93	4,83	5,04	3,05	4,10	0,525	0,666
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,45	4,31	4,48	4,43	4,42	4,23	3,38	3,74	0,399	0,754
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	29,48	12,43	35,10	11,32	35,33	14,12	30,86	15,45	2,927	0,035
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	8,65	3,76	9,76	3,25	9,83	3,68	8,71	4,06	1,378	0,250
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,30	3,30	4,60	3,51	6,75	4,07	4,00	3,40	4,962	0,002
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,17	3,91	10,70	3,66	9,75	3,67	9,86	4,86	1,888	0,133
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,35	3,93	10,04	3,44	9,00	5,36	8,29	4,87	2,311	0,077

n – liczebność grupy; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – statystyka F Snedecora; *p* – poziom istotności różnic. Źródło: opracowanie własne.

W przypadku STS nie stwierdzono istotnych różnic między analizowanymi grupami w zakresie wyniku ogólnego ($F(3, 222) = 0,336$; $p > 0,05$). Również w komponentach STS nie odnotowano efektów istotnych statystycznie.

Inaczej przedstawiały się wyniki dla wtórnego wzrostu potraumatycznego. Obszar funkcjonowania zawodowego różnicował ogólne nasilenie SPTG ($F(3, 222) = 2,927$; $p < 0,05$). Wyższe wyniki obserwowano u osób pracujących w edukacji i rozwoju ($M = 35,10$; $SD = 11,32$) oraz w systemie resocjalizacyjno-interwencyjnym ($M = 35,33$; $SD = 14,12$), natomiast niższe w ochronie zdrowia i opiece klinicznej ($M = 29,48$; $SD = 12,43$). Osoby łączące działalność w kilku obszarach uzyskały wyniki pośrednie ($M = 30,86$; $SD = 15,45$). Test post hoc Gamesa-Howella wykazał istotną różnicę między

systemem resocjalizacyjno-interwencyjnym a ochroną zdrowia i opieką kliniczną, przy wyższych wynikach w tej pierwszej grupie ($p < 0,01$; 95% CI [0,80; 6,10]); pozostałe porównania nie były istotne (Załącznik 2).

Różnice między grupami pojawiły się również w wymiarze wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych ($F(3, 222) = 4,962$; $p < 0,01$). Najwyższe średnie odnotowano w systemie resocjalizacyjno-interwencyjnym ($M = 6,75$; $SD = 4,07$), w porównaniu z ochroną zdrowia ($M = 3,30$; $SD = 3,30$), edukacją ($M = 4,60$; $SD = 3,51$) oraz łączeniem obszarów ($M = 4,00$; $SD = 3,40$). W analizie post hoc Tukey'a istotna różnica dotyczyła porównania edukacji i rozwoju z ochroną zdrowia i opieką kliniczną; w pozostałych zestawieniach nie odnotowano istotnych efektów.

Następnie sprawdzono jakie znaczenie dla STS i SPTG ma forma organizacyjna pracy. Wyniki analizy zostały przedstawione w Tabeli 19.

Tabela 19

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na formę organizacyjną pracy (N=226)

Forma organizacyjna pracy	Prywatna praktyka (n=75)		Instytucja (n=59)		Obie formy pracy (n=92)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Wtórny stres traumatyczny ogółem	11,16	11,22	15,29	13,59	11,68	10,72	2,392	0,094
Intruzja	2,71	3,01	3,58	3,19	2,67	2,98	1,854	0,159
Unikanie	,85	1,61	1,36	1,43	1,14	1,62	1,709	0,183
Pobudzenie	3,72	4,21	5,14	5,45	3,68	4,85	2,170	0,117
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	3,88	4,04	5,22	5,10	4,18	3,39	1,761	0,174
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	30,23	13,03	33,17	12,87	30,63	12,44	1,012	0,365
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	9,05	3,82	8,61	3,49	9,12	3,73	0,372	0,365
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,45	3,58	4,97	3,68	3,42	3,16	4,298	0,015
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,28	4,08	10,07	3,91	9,58	3,91	0,654	0,521
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,44	4,06	9,53	4,20	8,51	3,89	1,473	0,232

Objaśnienia jak w tabeli 18. Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone badanie nie wykazało istotnych różnic w ogólnym poziomie wtórnego stresu traumatycznego w zależności od formy organizacyjnej pracy ($F(2, 223) = 2,392; p > 0,05$). Mimo braku istotności widoczna była tendencja do wyższych wartości STS wśród osób pracujących wyłącznie w instytucjach; podobny kierunek zaznaczał się także w komponentach STS.

Dla wyniku ogólnego SPTG również nie stwierdzono istotnych różnic ($F(2, 223) = 1,012; p > 0,05$). Zróznicowanie pojawiło się natomiast w wymiarze wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych ($F(2, 223) = 4,298; p < 0,05$). Najwyższe wartości ujawniono wśród osób pracujących w instytucjach ($M = 4,97; SD = 3,68$), niższe w praktyce prywatnej ($M = 3,45; SD = 3,58$) oraz w obu formach ($M = 3,42; SD = 3,16$). Analiza post hoc Tukey'a wskazała istotne różnice między pracą w instytucji a praktyką prywatną ($p < 0,05$; 95% CI [-2,93; -0,10]) oraz między instytucją a formą mieszaną ($p < 0,05$; 95% CI [-2,90; -0,19]). Nie stwierdzono różnic między praktyką prywatną a obiema formami ($p > 0,05$; Załącznik 3).

Tabela 20 prezentuje porównanie poziomu STS i SPTG w zależności od multizatrudnienia.

Tabela 20

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na multizatrudnienie (N = 226)

Multizatrudnienie	Tak (n = 112)		Nie (n = 114)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	12,07	11,20	12,86	12,33	-0,480	224	0,316
Intruzja	2,68	2,85	3,16	3,24	-1,180	224	0,120
Unikanie	1,16	1,56	1,04	1,62	0,520	224	0,291
Pobudzenie	3,84	4,50	4,31	4,66	-0,768	224	0,222
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,39	4,04	4,32	4,50	0,135	224	0,446
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	30,46	12,52	31,85	13,00	-0,822	224	0,206

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	8,85	3,62	9,08	3,74	-0,469	224	0,320
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,59	3,37	4,08	3,61	-1,054	224	0,147
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,60	3,90	9,61	4,05	-0,300	224	0,488
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,42	3,89	9,08	4,18	-1,227	224	0,111

Objaśnienia jak w tabeli 15. Źródło: opracowanie własne.

Między osobami pracującymi w wielu miejscach a osobami zatrudnionymi w jednym miejscu nie odnotowano istotnych różnic ani w poziomie wtórnego stresu traumatycznego, ani w jego poszczególnych komponentach. Podobnie w przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego, zarówno wynik ogólny, jak i jego wymiary nie różnicowały badanych grup.

Kolejna analiza dotyczyła porównania STS i SPTG między grupami wyodrębnionymi ze względu na liczbę grup wiekowych klientów (Tabela 21).

Tabela 21

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na liczbę grup wiekowych (dorośli, dzieci, młodzież) (N = 226)

Liczba grup wiekowych	Tylko jedna grupa (n=100)		Dwie grupy (n=74)		Wszystkie grupy (n=52)		<i>F</i>	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Wtórny stres traumatyczny ogółem	11,59	10,39	13,28	11,85	12,92	14,02	0,493	0,611
Intruzja	2,62	3,22	3,08	3,49	2,92	3,05	0,897	0,409
Unikanie	0,94	1,46	1,12	1,62	1,38	1,75	1,351	0,261
Pobudzenie	3,84	4,10	4,39	4,68	4,08	5,28	0,308	0,735
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,19	3,92	4,55	4,33	4,38	4,85	0,155	0,856
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	28,93	11,93	32,19	12,81	33,98	13,66	3,098	0,047
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	8,19	3,62	9,62	3,56	9,52	3,79	4,064	0,018
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,32	3,10	3,86	3,29	4,79	4,25	3,081	0,048

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	8,96	3,95	10,04	3,87	10,23	4,00	2,448	0,089
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,46	3,86	8,66	4,18	9,44	4,17	1,037	0,356

Objaśnienia jak w tabeli 18. Źródło: opracowanie własne.

Badanie nie wykazało istotnych różnic w zakresie poziomu STS w zależności od liczby grup wiekowych.

W przypadku SPTG odnotowano istotny efekt dla wyniku ogólnego ($F(2, 223) = 3,098$; $p = 0,047$). Najniższe wartości uzyskały osoby pracujące tylko z jedną grupą ($M = 28,93$; $SD = 11,93$), wyższe osoby pracujące z dwiema grupami ($M = 32,19$; $SD = 12,81$) oraz ze wszystkimi grupami ($M = 33,98$; $SD = 13,66$). Różnice pojawiły się także w wymiarach nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych ($F(2, 223) = 4,064$; $p < 0,05$) oraz wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych ($F(2, 223) = 3,081$; $p < 0,05$).

W analizach post hoc (Tukey'a; Załącznik 4) wynik ogólny SPTG nie pozwolił jednoznacznie wskazać par grup różniących się istotnie, choć widoczna była tendencja do wyższych wartości w grupie pracującej ze wszystkimi grupami w porównaniu z pracą wyłącznie z jedną ($p = 0,05$; 95% CI [-10,15; 0,05]). Istotna różnica pojawiła się natomiast w podskali nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych: osoby pracujące z dwiema grupami uzyskały wyższe wyniki niż badani pracujący tylko z jedną grupą ($p < 0,05$; 95% CI [-2,75; -0,11]).

Tabela 22 ukazuje rozkład wyników STS i SPTG w zależności od orientacji terapeutycznej. Ze względu na niewielką liczebność grupy terapeutów ericksonowskich, terapeuci ericksonowscy oraz systemowi zostali włączeni do kategorii orientacji wglądowo-humanistycznej.

Tabela 22

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na orientację terapeutyczną (N = 226)

Orientacja terapeutyczna	Strukturalno-behawioralna (n=108)		Wglądowo-humanistyczna i ericksonowska (n=80)		Integracyjna (n=38)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
Wtórny stres traumatyczny ogółem	11,56	11,58	12,64	11,85	14,61	12,09	0,960	0,384
Intruzja	2,61	3,08	3,28	3,09	3,05	2,88	1,128	0,326
Unikanie	,96	1,44	1,14	1,55	1,42	2,00	1,200	0,303
Pobudzenie	3,84	4,47	3,78	4,55	5,37	4,79	1,845	0,160
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,08	4,57	4,14	4,32	4,45	4,31	0,330	0,719
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	29,96	13,02	32,89	13,00	30,92	11,26	1,218	0,298
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	8,68	4,02	9,30	3,37	9,08	3,37	0,676	0,510
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,62	3,42	4,24	3,74	3,61	3,13	0,815	0,444
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,11	3,90	10,16	4,16	9,84	3,61	1,707	0,184
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,56	4,06	9,19	4,06	8,39	3,95	0,738	0,479

Objaśnienia jak w tabeli 18. Źródło: opracowanie własne.

Wyniki nie wskazywały na istotne różnice w ogólnym nasileniu STS pomiędzy analizowanymi grupami ($F(2, 223) = 0,960$; $p > 0,05$). Również w komponentach STS nie stwierdzono istotnego zróżnicowania, choć w grupie terapeutów integracyjnych zaznaczała się tendencja do nieco wyższych wartości STS.

Podobnie w przypadku SPTG: orientacja terapeutyczna nie różnicowała istotnie wyniku ogólnego ($F(2, 223) = 1,218$; $p > 0,05$), a także jego poszczególnych wymiarów. Jednocześnie w danych widoczna była tendencja do wyższych rezultatów w grupie wglądowo-humanistycznej i ericksonowskiej.

W tabeli 23 zaprezentowano wyniki porównania STS i SPTG w zależności od pracy z przemocą.

Tabela 23

Zróźnicowanie nasilenia wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na pracę z osobami doświadczającymi przemocy ($N = 226$)

Praca z przemocą	Tak (n = 176)		Nie (n = 50)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	12,05	11,133	13,88	13,784	-0,864	68,190	0,195
Intruzja	2,77	2,932	3,44	3,441	-1,365	224	0,087
Unikanie	0,98	1,498	1,52	1,832	-1,900	68,699	0,031
Pobudzenie	3,89	4,238	4,72	5,599	-0,970	65,760	0,130
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,40	4,171	4,20	4,642	0,288	224	0,387
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	31,11	12,541	31,32	13,612	-0,101	224	0,460
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	9,18	3,701	8,22	3,604	1,621	224	0,053
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,59	3,304	4,70	4,011	-1,994	224	0,024
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,65	3,913	9,46	4,181	0,295	224	0,384
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,70	3,991	8,94	4,259	-0,371	224	0,355

Objaśnienia jak w tabeli 15. Źródło: opracowanie własne.

Badania ujawniły, że praca z przemocą nie różnicowała ogólnego poziomu wtórnego stresu traumatycznego ($t(68,19) = -0,864$; $p > 0,05$), natomiast istotnie wyższe nasilenie unikania odnotowano w grupie osób niepracujących z przemocą ($t(68,70) = -1,900$; $p < 0,05$).

W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego nie stwierdzono różnic w wynikach ogólnych ($t(224) = -0,101$; $p > 0,05$). Różnice pojawiły się w wybranych wymiarach. Osoby niepracujące z przemocą uzyskały wyższe wyniki w zakresie wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych ($t(224) = -1,994$; $p < 0,05$).

Tabela 24 zawiera dane dotyczące różnic w STS i SPTG ze względu na posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego.

Tabela 24

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego (N = 226)

Certyfikat psychoterapeutyczny	Tak (n = 170)		Nie (n = 56)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	11,67	10,56	14,82	14,67	-1,485	74,664	0,071
Intruzja	2,90	2,90	2,98	3,51	-,174	224	0,431
Unikanie	0,99	1,54	1,45	1,69	-1,881	224	0,031
Pobudzenie	3,72	4,09	5,16	5,70	-1,751	87,021	0,042
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,06	3,83	5,23	5,32	-1,516	74,675	0,067
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	32,04	12,74	28,50	12,51	1,808	224	0,036
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	9,12	3,68	8,48	3,72	1,128	224	0,130
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	4,01	3,61	3,32	3,06	1,273	224	0,102
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,85	3,97	8,88	3,89	1,596	224	0,056
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	9,06	4,03	7,82	3,95	2,000	224	0,023

Objaśnienia jak w tabeli 15. Źródło: opracowanie własne.

Posiadanie certyfikatu nie wiązało się z istotnymi różnicami w ogólnym poziomie wtórnego stresu traumatycznego, choć średnie wartości były niższe w grupie osób certyfikowanych. Różnice pojawiły się natomiast w wybranych komponentach STS. W zakresie unikania oraz pobudzenia wyższe wyniki uzyskały osoby bez certyfikatu ($t(224) = -1,881$; $p < 0,05$; $t(87,02) = -1,751$; $p < 0,05$).

W przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego posiadanie certyfikatu różnicowało wynik ogólny. Wyższe wartości uzyskali specjaliści z certyfikatem ($M = 32,04$; $SD = 12,74$) w porównaniu z osobami bez certyfikatu ($M = 28,50$; $SD = 12,51$; $t(224) = 1,808$; $p < 0,05$). Istotne różnice ujawniły się także w zakresie akceptacji działań na rzecz innych ($t(224) = 2,000$; $p < 0,05$).

W tabeli 25 przedstawiono dane ilustrujące różnice w zakresie STS i SPTG związane z uczestnictwem w szkoleniach dotyczących pracy z traumą.

Tabela 25

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na obecność szkoleń w pracy z traumą (N = 226)

Szkolenia z pracy z traumą	Tak (n = 51)		Nie (n = 175)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	13,29	13,34	12,21	11,29	0,581	224	0,281
Intruzja	2,82	3,49	2,95	2,93	-0,257	224	0,399
Unikanie	1,06	1,56	1,11	1,60	-0,219	224	0,414
Pobudzenie	4,53	5,07	3,94	4,43	0,805	224	0,211
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,88	4,77	4,20	4,12	1,004	224	0,158
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	31,18	11,65	31,15	13,09	0,011	224	0,496
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	9,67	3,48	8,76	3,74	1,574	224	0,062
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,29	3,02	3,99	3,61	-1,261	224	0,104
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,33	3,72	9,69	4,04	-0,558	224	0,289
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,88	3,80	8,71	4,12	0,261	224	0,397

Objaśnienia jak w tabeli 15. Źródło: opracowanie własne.

W grupie osób uczestniczących w szkoleniach z zakresu pracy z traumą średni poziom STS był nieco wyższy niż w grupie bez takich szkoleń, jednak różnica nie była istotna statystycznie ($t(224) = 0,581$; $p > 0,05$). W komponentach STS również nie odnotowano istotnych różnic ($p > 0,05$).

Analogicznie, w zakresie SPTG wynik ogólny nie różnił się istotnie między grupami ($t(224) = 0,011$; $p > 0,05$), podobnie jak wyniki w wymiarach szczegółowych.

Tabela 26 obrazuje różnice w poziomie STS i SPTG w zależności od doświadczenia terapii własnej.

Tabela 26

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na doświadczenie terapii własnej ($N = 226$)

Terapia własna	Tak/w trakcie (n = 196)		Nie (n = 30)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	12,35	11,755	13,13	11,988	-0,340	224	0,367
Intruzja	2,88	3,059	3,20	3,078	-0,537	224	0,296
Unikanie	1,13	1,656	0,90	1,062	0,746	224	0,228
Pobudzenie	3,90	4,467	5,20	5,156	-1,450	224	0,074
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,43	4,274	3,83	4,276	0,716	224	0,237
Wtórny potraumatyczny wzrost ogółem	31,28	12,662	30,37	13,543	0,255	224	0,358
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	9,11	3,667	8,00	3,787	0,819	224	0,062
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,84	3,540	3,80	3,231	0,580	224	0,476
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,61	3,933	9,57	4,240	0,058	224	0,477
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,71	3,978	9,00	4,511	-0,360	224	0,360

Objaśnienia jak w tabeli 15. Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z tabeli terapia własna nie różnicowała istotnie ogólnego poziomu STS ani jego komponentów ($p > 0,05$). Jednocześnie średnie wartości STS były nieco wyższe w grupie osób nieuczestniczących w terapii własnej.

W odniesieniu do SPTG również nie uzyskano istotnych różnic ($t(224) = 0,255$; $p > 0,05$).

Kolejna tabela (Tabela 27) obrazuje różnice w poziomie STS i SPTG pomiędzy osobami objętymi superwizją a badanymi bez takiego wsparcia.

Tabela 27

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na korzystanie z superwizji ($N = 226$)

Superwizja	Tak (n = 203)		Nie (n = 23)		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	12,41	11,75	12,78	12,08	-,142	224	0,444
Intruzja	2,90	3,06	3,13	3,02	-,347	224	0,364
Unikanie	1,08	1,60	1,30	1,42	-,644	224	0,260
Pobudzenie	4,06	4,54	4,22	4,92	-,157	224	0,438
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,38	4,26	4,13	4,39	,264	224	0,396
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	31,83	12,41	25,26	14,45	2,364	224	0,009
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	9,28	3,57	6,17	3,66	3,945	224	0,001
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,85	3,56	3,74	2,84	,140	224	0,434
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,80	3,81	7,91	4,89	1,785	25,112	0,043
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	8,90	3,89	7,43	5,06	1,345	25,044	0,095

Objaśnienia jak w tabeli 15. Źródło: opracowanie własne.

Korzystanie z superwizji nie różnicowało poziomu wtórnego stresu traumatycznego ani w ujęciu ogólnym, ani w odniesieniu do jego komponentów ($p > 0,05$).

Odmienne obraz uzyskano dla wtórnego wzrostu potraumatycznego. Osoby korzystające z superwizji osiągały wyższy poziom SPTG ogółem ($M = 31,83$; $SD = 12,41$) niż osoby, które z niej nie korzystały ($M = 25,26$; $SD = 14,45$; $t(224) = 2,364$; $p < 0,01$). Różnice te były szczególnie wyraźne w obszarze nowych wyzwań i rozwoju kompetencji zawodowych ($M = 9,28$; $SD = 3,57$ vs $M = 6,17$; $SD = 3,66$; $t(224) = 3,945$; $p = 0,001$). Istotna różnica pojawiła się także w zakresie większego zaufania do siebie i doceniania życia ($t(25,11) = 1,785$; $p < 0,05$), natomiast w pozostałych wymiarach SPTG nie ujawniono istotnych zależności.

W Tabeli 28 zestawiono współczynniki korelacji Pearsona między wskaźnikami obciążenia zawodowego a wymiarami wtórnego stresu traumatycznego i potraumatycznego wzrostu.

Tabela 28

Związki między obciążeniem pracą a wtórnym stresem traumatycznym oraz wtórnym wzrostem potraumatycznym

	Osoby badane (N = 226)							
	Staż pracy w zawodzie		Staż pracy z traumą		Liczba godzin w tygodniu		Nakład pracy	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Wtórny stres traumatyczny ogółem	-0,03	0,737	0,06	0,348	0,09	0,163	0,12	0,064
Intruzja	0,02	0,906	0,09	0,193	0,10	0,102	0,10	0,124
Unikanie	-0,08	0,906	0,01	0,926	0,02	0,815	0,02	0,740
Pobudzenie	-0,02	0,978	0,06	0,406	0,07	0,270	0,12	0,115
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	-0,02	0,772	0,05	0,466	0,09	0,160	0,15	0,029
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	0,20	0,003	0,23	0,001	0,20	0,003	0,14	0,040
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	0,20	0,002	0,22	0,001	0,11	0,087	0,09	0,152
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	0,13	0,050	0,16	0,014	0,05	0,457	0,02	0,726
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	0,20	0,003	0,22	0,001	0,23	0,001	0,14	0,038
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	0,12	0,068	0,19	0,005	0,25	0,001	0,18	0,040

Objaśnienia jak w tabeli 16. Źródło: opracowanie własne.

Zestawienie danych nie wykazało istotnych związków między wskaźnikami obciążenia pracą a ogólnym nasileniem wtórnego stresu traumatycznego ani większością jego komponentów ($p > 0,05$). Wyjątek stanowił wymiar zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej, który był dodatnio powiązany z ogólnym nakładem pracy ($r = 0,15$; $p < 0,05$).

Inaczej wyglądały związki dotyczące wtórnego wzrostu potraumatycznego. Jego poziom ogólny dodatnio korelował ze stażem pracy jako osoba pomagająca ($r = 0,20$; $p < 0,01$), stażem pracy z traumą ($r = 0,23$; $p < 0,001$), liczbą godzin pracy z traumą tygodniowo ($r = 0,20$; $p < 0,01$) oraz ogólnym nakładem pracy ($r = 0,14$; $p < 0,05$). W analizie wymiarów SPTG obszar nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych wiązał się dodatnio ze stażem pracy ($r = 0,20$; $p < 0,01$) oraz stażem pracy z traumą ($r = 0,22$; $p < 0,001$). Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych był słabo, ale istotnie skorelowany z tymi samymi wskaźnikami ($r = 0,13$; $p = 0,05$; $r = 0,16$; $p < 0,05$). W obszarze większego zaufania do siebie i doceniania życia pojawiły się dodatnie związki dla wszystkich analizowanych wskaźników obciążenia ($r = 0,20 - 0,23$; $p < 0,05$).

Z kolei wzrost akceptacji działań na rzecz innych wiązał się ze stażem pracy z traumą ($r = 0,19$; $p < 0,01$), liczbą godzin pracy tygodniowo ($r = 0,25$; $p < 0,001$) oraz ogólnym nakładem pracy ($r = 0,18$; $p < 0,05$).

Następnie przeanalizowano wpływ doświadczenia traumy własnej na nasilenie wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego. Dane zostały przedstawione w Tabeli 29.

Tabela 29

Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na doświadczenie traumy własnej (N=226)

Trauma własna	Tak (n = 178)		Nie (n = 48)		t	df	p
	M	SD	M	SD			
Wtórny stres traumatyczny ogółem	12,71	11,822	11,48	11,609	0,644	224	0,260
Intruzja	2,98	3,128	2,71	2,798	0,541	224	0,295
Unikanie	1,07	1,573	1,21	1,663	-0,522	224	0,301
Pobudzenie	4,18	4,508	3,69	4,838	0,661	224	0,255
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	4,48	4,250	3,88	4,355	0,875	224	0,191
Wtórny wzrost potraumatyczny ogółem	32,18	12,581	27,38	12,812	2,339	224	0,010
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	9,24	3,667	7,96	3,655	2,144	224	0,017
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	3,94	3,455	3,44	3,643	0,891	224	0,187
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,97	3,866	8,25	4,076	2,707	224	0,004
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	9,03	4,039	7,73	3,934	1,988	224	0,024

Objaśnienia jak w tabeli 15. Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych różnic w ogólnym poziomie wtórnego stresu traumatycznego ani w jego komponentach ($p > 0,05$), choć średnie wartości STS były nieco wyższe w grupie osób z doświadczeniem traumy własnej.

Odmienne układy wyników pojawiły się w odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego. Osoby deklarujące doświadczenie traumy własnej osiągały wyższy poziom SPTG ogółem ($M = 32,18$; $SD = 12,58$) niż badani bez takiego doświadczenia ($M = 27,38$; $SD = 12,81$; $t(224) = 2,339$; $p = 0,01$). Różnice dotyczyły także wybranych wymiarów: nowych wyzwań i rozwoju kompetencji zawodowych ($M = 9,24$; $SD = 3,67$ vs $M = 7,96$; $SD = 3,66$; $t(224) = 2,144$; $p < 0,05$), większego zaufania do siebie i doceniania życia ($M = 9,97$; $SD = 3,87$ vs $M = 8,25$; $SD = 4,08$; $t(224) = 2,707$; $p < 0,01$) oraz akceptacji działań na rzecz innych ($M = 9,03$; $SD = 4,04$ vs $M = 7,73$; $SD = 3,93$; $t(224) = 1,988$; $p < 0,05$). W pozostałych wymiarach nie wykazano istotnych różnic.

W celu uzupełnienia interpretacji wyników uwzględniono także wielkość efektu dla analiz różnic między grupami. Uzyskane wartości pokazują, że obserwowane różnice miały raczej niewielkie znaczenie. W analizach opartych na teście t-Studenta współczynnik d Cohena najczęściej mieścił się w zakresie małych efektów (około $d = 0,00 - 0,35$). Podobnie było w analizach wariancji, gdzie wartości η^2 pozostawały na niskim poziomie (około $\eta^2 = 0,01 - 0,04$). Wyraźniej zaznaczały się zależności dotyczące wtórnego wzrostu potraumatycznego. Wtórny stres traumatyczny pozostawał pod tym względem słabiej i mniej konsekwentnie powiązany z analizowanymi zmiennymi.

Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują, że ogólny poziom wtórnego stresu traumatycznego różnicowała przede wszystkim płeć, gdzie wyższe wartości obserwowane były u kobiet. W przypadku wieku, wykształcenia bazowego, obszaru i formy pracy, multizatrudnienia, orientacji terapeutycznej, szkoleń, terapii własnej, superwizji oraz doświadczenia traumy własnej nie stwierdzono istotnych różnic w wyniku ogólnym STS. Na poziomie komponentów obraz był bardziej zróżnicowany. Intruzja oraz zmiany poznawczo-emocjonalne były wyższe u kobiet. Unikanie osiągało wyższe wartości u osób niepracujących z przemocą oraz u specjalistów bez certyfikatu, natomiast pobudzenie było wyższe w grupie specjalistów bez certyfikatu. Jednocześnie jedynie komponent zmian poznawczo-emocjonalnych był dodatnio powiązany z ogólnym nakładem pracy, podczas gdy pozostałe wskaźniki obciążenia nie wykazywały istotnych związków ze STS.

W przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego uzyskano bardziej złożony wzorzec wyników. Wyższy poziom SPTG ujawniono u osób starszych, posiadających certyfikat psychoterapeutyczny, korzystających z superwizji oraz u badanych

z doświadczeniem traumy własnej. Różnice pojawiły się także w zależności od obszaru funkcjonowania zawodowego; wyższe wartości obserwowano w systemie resocjalizacyjno-interwencyjnym oraz w obszarze edukacji i rozwoju niż w ochronie zdrowia (analiza post hoc wskazała istotny kontrast między resocjalizacją a ochroną zdrowia). Wyższe wyniki uzyskiwały również osoby pracujące z dwiema lub wszystkimi grupami wiekowymi klientów. Dodatkowo ogólny poziom SPTG był dodatnio związany ze stażem pracy jako osoba pomagająca, stażem pracy z traumą, liczbą godzin pracy z traumą w tygodniu oraz nakładem pracy. Na poziomie poszczególnych komponentów widoczne były bardziej specyficzne zależności. Obszar nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych osiągał wyższe wartości u osób korzystających z superwizji i z doświadczeniem traumy własnej oraz rósł wraz z wiekiem, stażem ogólnym i stażem pracy z traumą; były także wyższe przy pracy z większą liczbą grup wiekowych. Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych był wyższy u osób pracujących w instytucjach niż w praktyce prywatnej i formie mieszanej, a także u specjalistów niepracujących z przemocą; pozostawał ponadto dodatnio, choć słabiej, związany ze stażem pracy w zawodzie i z traumą. Większe zaufanie do siebie i docenianie życia było wyższe u osób korzystających z superwizji i z doświadczeniem traumy własnej oraz wiązało się dodatnio z wiekiem i wszystkimi wskaźnikami obciążenia pracą. Z kolei wzrost akceptacji działań na rzecz innych osiągał wyższe wartości u osób z certyfikatem i z doświadczeniem traumy własnej oraz pozostawał dodatnio związany ze stażem pracy z traumą, tygodniową liczbą godzin pracy i nakładem pracy.

Korelacje między zmiennymi

Po analizie wpływu zmiennych kontrolowanych na nasilenie wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego kolejnym etapem badań była ocena związków pomiędzy STS i SPTG a zasobami osobistymi w postaci prężności oraz empatii, zasobami środowiskowymi w formie wsparcia społecznego i zmiennymi poznawczymi w postaci poznawczych strategii radzenia sobie z traumą oraz zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Biorąc pod uwagę niewielką wielkość obserwowanych efektów oraz brak wyraźnych i systematycznych różnic między analizowanymi kategoriami

socjodemograficznymi i zawodowymi, dalsze analizy zależności między zmiennymi przeprowadzono na całej badanej próbie (N = 226).

Kolejne tabele (30-34) przedstawiają wartości współczynników Pearsona dla badanych zmiennych. Tabela 30 przedstawia korelacje między prężnością a STS i SPTG.

Tabela 30

Korelacje między prężnością a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

	Prężność					
	SPP.og	SPP.1	SPP.2	SPP.3	SPP.4	SPP.5
Wtórny stres traumatyczny - ogółem	-0,170*	-0,078	-0,185**	-0,109	-0,204**	0,247***
Intruzja	-0,041	-0,013	-0,050	-0,016	-0,072	0,128
Unikanie	-0,132*	-0,104	-0,115	-0,129	-0,144*	0,190**
Pobudzenie	-0,122	-0,035	-0,166*	-0,064	-0,159*	0,253***
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	-0,244***	-0,129	-0,254***	-0,173**	-0,285***	0,248***
Wtórny wzrost potraumatyczny - ogółem	0,488***	0,406***	0,410***	0,418***	0,441***	-0,147*
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	0,505***	0,421***	0,420***	0,433***	0,445***	-0,227**
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	0,176**	0,153*	0,160*	0,122	0,150*	0,065
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	0,508***	0,414***	0,415***	0,455***	0,470***	-0,144*
Wzrost akceptacji i działań na rzecz innych	0,429***	0,356***	0,364***	0,370***	0,393***	-0,170*

SPPog – prężność ogółem; SPP.1 - wytrwałość i determinacja w działaniu; SPP.2 - otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru; SPP.3 - kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji; SPP. 4 - tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania; SPP.5 - optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowanie się w trudnych sytuacjach; *istotność korelacji – $p < 0,05$; ** istotność korelacji – $p < 0,01$; *** istotność korelacji – $p < 0,001$. Źródło: opracowanie własne.

Prężność pozostawała w ujemnym związku z poziomem wtórnego stresu traumatycznego. Wynik ogólny prężności korelował z STS ogółem na poziomie $r = -0,170$ ($p < 0,05$), a wartości dla poszczególnych komponentów STS mieściły się w zakresie od $r = -0,132$ do $r = -0,244$. Wartości współczynników korelacji były najwyższe dla wymiaru zmian poznawczo-emocjonalnych.

W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego kierunek zależności był przeciwny. Prężność korelowała dodatnio z wynikiem ogólnym SPTG ($r = 0,488$; $p < 0,001$), a wartości dla poszczególnych wymiarów mieściły się w przedziale od $r = 0,176$ do $r = 0,508$, przy czym najwyższe korelacje dotyczyły obszaru nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych oraz większego zaufania do siebie i doceniania życia.

Tabela 31 obrazuje związki komponentów empatii z STS i SPTG.

Tabela 31

Korelacje między empatią a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

	Empatia		
	SWE.1	SWE.2	SWE.3
Wtórny stres traumatyczny - ogółem	0,310***	0,355***	0,190**
Intruzja	0,282***	0,227**	0,225**
Unikanie	0,187**	0,274***	0,159*
Pobudzenie	0,275***	0,303***	0,163*
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	0,287***	0,389***	0,129
Wtórny wzrost potraumatyczny - ogółem	0,146*	-0,124	0,247**
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	0,071	-0,196**	0,185**
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	0,249***	0,093	0,166*
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	0,102	-0,155*	0,237**
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	0,080	-0,141*	0,233**

SWE.1 – empatyczna troska; SWE.2 – osobista przykrość; SWE.3 – przyjmowanie perspektywy; *istotność korelacji – $p < 0,05$; ** istotność korelacji – $p < 0,01$; *** istotność korelacji – $p < 0,001$. Źródło: opracowanie własne.

W zakresie wtórnego stresu traumatycznego wszystkie trzy wymiary empatii pozostawały w dodatniej relacji z wynikiem ogólnym STS oraz jego komponentami. Najwyższe wartości dotyczyły osobistej przykrości, która korelowała z STS ogółem na poziomie $r = 0,355$ ($p < 0,001$), a najsilniej z komponentem zmian poznawczo-emocjonalnych ($r = 0,389$; $p < 0,001$). Empatyczna troska i przyjmowanie perspektywy również wiązały się z wyższym STS, przy czym siła tych związków była słabsza (r w przedziale 0,159 - 0,310).

Obraz zależności z SPTG okazał się bardziej zróżnicowany. Wynik ogólny SPTG korelował dodatnio z empatyczną troską ($r = 0,146$; $p < 0,05$) oraz przyjmowaniem perspektywy ($r = 0,247$; $p < 0,01$). Jednocześnie osobista przykrość pozostawała w ujemnej relacji z wybranymi wymiarami wzrostu (r od $-0,196$ do $-0,141$), m.in. z nowymi wyzwaniami i wzrostem kompetencji zawodowych ($r = -0,196$; $p < 0,01$) oraz większym zaufaniem do siebie i docenianiem życia ($r = -0,155$; $p < 0,05$). Wśród dodatnich zależności szczególnie wyraźne były te dotyczące przyjmowania perspektywy w odniesieniu do większego zaufania do siebie i doceniania życia ($r = 0,237$; $p < 0,01$) oraz wzrostu akceptacji działań na rzecz innych ($r = 0,233$; $p < 0,01$).

Kolejna tabela (32) przedstawia związki między wsparciem społecznym a konsekwencjami wtórnego narażenia na traumę.

Tabela 32

Korelacje między wsparciem społecznym a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym ($N = 226$)

	Wsparcie społeczne					
	SWS.1	SWS.2	SWS.3	SWS.4	SWS.em	SWS.pr
Wtórny stres traumatyczny - ogółem	-0,194**	-0,262***	-0,203**	-0,286***	-0,310***	-0,294***
Intruzja	-0,126	-0,186**	-0,109	-0,243***	-0,228**	-0,196**
Unikanie	-0,072	-0,171*	-0,133*	-0,151*	-0,179**	-0,153*
Pobudzenie	-0,196**	-0,245***	-0,169*	-0,276***	-0,289***	-0,281***
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	-0,208**	-0,262***	-0,249***	-0,263***	-0,316***	-0,312***
Wtórny wzrost potraumatyczny - ogółem	0,002	-0,008	0,150*	0,099	0,077	0,062
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	-0,023	-0,013	0,145*	0,108	0,064	0,054
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	0,061	-0,027	-0,023	-0,002	-0,006	0,022
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	-0,009	0,023	0,200**	0,158*	0,124	0,089
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	0,097	0,062	0,014	0,052	0,005	0,048

SWS.1 – wsparcie od przełożonych; SWS.2 – wsparcie od współpracowników; SWS.3 – wsparcie od rodziny; SWS.4 – wsparcie od znajomych spoza pracy; SWS.em – wsparcie emocjonalne; SWS.pr – wsparcie praktyczne; *istotność korelacji – $p < 0,05$; ** istotność korelacji – $p < 0,01$; *** istotność korelacji – $p < 0,001$.
Źródło: opracowanie własne

W przypadku wtórnego stresu traumatycznego wszystkie analizowane źródła i formy wsparcia pozostawały w ujemnej relacji z STS ogółem. Spośród źródeł wsparcia najsilniejszy związek dotyczył wsparcia od znajomych spoza pracy ($r = -0,286$; $p < 0,001$), natomiast wśród form wsparcia najsilniej wiązało się wsparcie emocjonalne ($r = -0,310$; $p < 0,001$). Na poziomie komponentów STS korelacje obejmowały wszystkie wymiary i mieściły się w przedziale od $r = -0,072$ do $r = -0,316$; ponownie najbardziej konsekwentny wzorec dotyczył zmian poznawczo-emocjonalnych.

W odniesieniu do SPTG istotne korelacje były nieliczne. Dodatnią relację z wynikiem ogólnym SPTG odnotowano jedynie dla wsparcia ze strony rodziny ($r = 0,150$; $p < 0,05$). Wsparcie rodzinne wiązało się również z obszarem nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych ($r = 0,145$; $p < 0,05$) oraz większego zaufania do siebie i doceniania życia ($r = 0,200$; $p < 0,01$). Dodatkowo, w tym ostatnim obszarze pojawiła się także korelacja ze wsparciem znajomych spoza pracy ($r = 0,158$; $p < 0,05$).

W tabeli 33 zaprezentowano współczynniki korelacji pomiędzy poznawczymi strategiami radzenia sobie z traumą a zmiennymi zależnymi.

Tabela 33

Korelacje między poznawczymi strategiami radzenia sobie z traumą a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym potraumatycznym wzrostem ($N = 226$)

	Poznawcze strategie radzenia sobie z traumą				
	SPPT.1	SPPT.2	SPPT.3	SPPT.4	SPPT.5
Wtórny stres traumatyczny - ogółem	0,187**	0,412***	0,048	0,231**	-0,088
Intruzja	0,125	0,304***	0,105	0,168*	-0,028
Unikanie	0,131*	0,188**	0,028	0,188**	-0,064
Pobudzenie	0,211**	0,373***	0,051	0,225**	-0,053
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	0,150*	0,448***	-0,008	0,204**	-0,142*
Wtórny wzrost potraumatyczny - ogółem	0,071	-0,033	0,433***	0,001	0,350***
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	0,051	-0,047	0,417***	-0,042	0,439***
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	0,122	0,090	0,274***	0,211**	0,101

	SPPT.1	SPPT.2	SPPT.3	SPPT.4	SPPT.5
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	0,034	-0,063	0,391***	-0,059	0,330***
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	0,039	-0,078	0,364***	-0,082	0,293***

SPPT.1 – porównywanie w dół; SPPT.2 – żal; SPPT.3 – pozytywna restrukturyzacja poznawcza; SPPT.4 – zaprzeczanie; SPPT.5 – rozwiązanie/akceptacja; *istotność korelacji – $p < 0,05$; ** istotność korelacji – $p < 0,01$ *** istotność korelacji – $p < 0,001$. Źródło: opracowanie własne

Trzy spośród pięciu strategii radzenia sobie tj. porównywanie w dół, żal i zaprzeczanie okazały się być istotnie i dodatnio powiązane z wtórnym stresem traumatycznym. Najsilniejsze dodatnie zależności dotyczyły strategii żalu, zarówno w odniesieniu do wyniku ogólnego ($r = 0,412$; $p < 0,001$), jak i poszczególnych komponentów STS (r w przedziale 0,304 - 0,448). Słabsze korelacje dodatnie odnotowano dla porównywania w dół oraz zaprzeczania (r w przedziale 0,125 - 0,231). W przypadku komponentu zmian w sferze poznawczo-emocjonalnej ujawniono ujemną korelację ze strategią rozwiązania/akceptacji ($r = -0,142$; $p < 0,05$).

W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego dwie strategie poznawcze tj. pozytywna restrukturyzacja poznawcza ($r = 0,433$; $p < 0,001$) oraz rozwiązanie/akceptacja ($r = 0,350$; $p < 0,001$) były istotnie i dodatnio powiązane z SPTG ogółem. Strategie te pozostawały również w dodatnich relacjach z większością wymiarów wzrostu. Najsilniejsze korelacje dotyczyły obszarów: nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych oraz większe zaufanie do siebie i docenianie życia (r w przedziale 0,330 - 0,439). Pozostałe wyniki mieściły się w zakresie od słabych do umiarkowanych dodatnich korelacji.

Tabela 34 prezentuje relacje zakłóceń w podstawowych przekonaniach z STS i SPTG.

Tabela 34

Korelacje między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach			
	IPP.og	IPP.1	IPP.2	IPP.3
Wtórny stres traumatyczny - ogółem	0,612***	0,569**	0,470***	0,586***
Intruzja	0,495**	0,482***	0,408***	0,431***
Unikanie	0,359***	0,310***	0,280**	0,362***

	IPP.og	IPP.1	IPP.2	IPP.3
Pobudzenie	0,538***	0,500***	0,392***	0,533***
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	0,622***	0,571***	0,480***	0,600***
Wtórny wzrost potraumatyczny - ogółem	0,301***	0,254**	0,235**	0,308***
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	0,201**	0,156*	0,149*	0,224**
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	0,341***	0,293**	0,240**	0,368***
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	0,266**	0,228**	0,221**	0,257**
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	0,210**	0,182**	0,180**	0,196**

IPP.og – zakłócenia w podstawowych przekonaniach ogółem; IPP.1 - przekonania dotyczące relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości; IPP.2 - przekonania dotyczące sprawiedliwości, kontrolowalności i przyczynowości zdarzeń; IPP.3 - przekonania na temat znaczenia swojego życia, duchowości i wartości jako osoby. *istotność korelacji – $p < 0,05$; ** istotność korelacji – $p < 0,01$; *** istotność korelacji – $p < 0,001$.

Źródło: opracowanie własne

Wyniki wykazały, że zakłócenia w podstawowych przekonaniach pozostają silnie i dodatnio związane z poziomem wtórnego stresu traumatycznego. Wynik ogólny IPP korelował z całkowitym wskaźnikiem STS na poziomie $r = 0,612$ ($p < 0,001$), natomiast wartości dla poszczególnych komponentów mieściły się w przedziale od $r = 0,359$ do $r = 0,622$. Najwyższe współczynniki zaobserwowano dla zmian o charakterze poznawczo-emocjonalnym.

W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego uzyskane zależności okazały się słabsze, lecz wciąż istotne statystycznie. Wynik ogólny IPP korelował z SPTG na poziomie $r = 0,301$ ($p < 0,001$), a związki dla poszczególnych wymiarów mieściły się w zakresie od $r = 0,149$ do $r = 0,341$. Najwyższe wartości dotyczyły obszarów związanych z rozwojem duchowym i pogłębionym poczuciem odpowiedzialności za innych oraz z większym zaufaniem do siebie i docenianiem życia.

Predyktory wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego

W kolejnym etapie przeprowadzono analizę regresji hierarchicznej, aby określić predyktory wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego. Pozwoliło to sprawdzić, które zmienne zachowują znaczenie po uwzględnieniu kolejnych grup predyktorów. Do modeli włączano wyłącznie te zmienne, które wcześniej wykazywały istotne związki w analizach korelacji.

W pierwszym kroku uwzględniono zmienne socjodemograficzne, tj. wiek i płeć. Następnie wprowadzono zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym oraz zakresem kontaktu z traumą, takie jak miejsce zatrudnienia, liczba grup klientów, ogólny staż pracy, staż pracy z traumą oraz liczba godzin pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych.

W kolejnym etapie do modeli włączono zasoby osobiste i społeczne: prężność, komponenty empatii oraz wsparcie społeczne. Następnie uwzględniono strategie poznawczego radzenia sobie z traumą, rozumiane jako reakcje poznawcze i emocjonalne pojawiające się w związku z pracą z osobami po doświadczeniach traumatycznych. W dalszym kroku wprowadzono zakłócenia w podstawowych przekonaniach jako wskaźnik zmian w sposobie rozumienia siebie i świata związanych z długotrwałym kontaktem z traumą. W analizach dotyczących wtórnego wzrostu potraumatycznego dodatkowo uwzględniono doświadczenie własnej traumy jako zmienną biograficzną.

Po przeprowadzeniu analiz regresji oraz ponownym przeglądzie wyników korelacji zdecydowano się rozszerzyć modele o wybrane efekty interakcyjne. Analizy te miały charakter eksploracyjny. Wcześniejsze wyniki wskazywały, że strategie radzenia sobie po uwzględnieniu innych zmiennych poznawczych często nie zachowują istotności jako efekty główne, natomiast zakłócenia w podstawowych przekonaniach pozostają stabilnie związane z poziomem STS i SPTG. Na tej podstawie sprawdzono, czy strategie radzenia sobie i zakłócenia w przekonaniach współdziałają w wyjaśnianiu poziomu analizowanych zmiennych.

Tabele od 35 do 44 przedstawiają wyniki regresji hierarchicznej dla końcowego modelu wtórnego stresu traumatycznego³. W analizowanych modelach wartości tolerancji mieściły się w przedziale od około 0,141 do 1, natomiast współczynnik VIF przyjmował wartości od 1 do około 7,12. Nie stwierdzono współliniowości przekraczającej przyjęte kryteria, choć w przypadku części interakcji wartości VIF były podwyższone. Wartości statystyki Durбина-Watsona mieściły się w przedziale od około 1,89 do 2,22 wskazując na brak istotnej autokorelacji reszt w analizowanych modelach.

³ W niniejszym rozdziale umieszczone zostały jedynie końcowe etapy analizy regresji. Tabele z poszczególnymi krokami, w tym tabelami opisującymi przyrost współczynników determinacji (ΔR^2) oraz wartości statystyk Durбина-Watsona, zawarte są w Załącznikach 5-9. Związki zmiennych interakcyjnych z STS znajdują się w załączniku 15.

Tabela 35 przedstawia dane dla ogólnego poziomu wtórnego stresu traumatycznego. W pierwszym kroku do modelu włączono płeć jako zmienną kontrolną. W drugim bloku dodano zasoby osobiste i środowiskowe, obejmujące ogólny poziom prężności, komponenty empatii tj. empatyczną troskę, osobistą przykrość, przyjmowanie perspektywy oraz wszystkie źródła wsparcia społecznego, czyli wsparcie otrzymywane od przełożonych, współpracowników, rodziny, znajomych spoza pracy. W trzecim etapie rozszerzono model o poznawcze strategie radzenia sobie w postaci porównywania w dół, żalu oraz zaprzeczania, natomiast w czwartym kroku uwzględniono ogólny poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach. W ostatnim, piątym bloku wprowadzono zmienne interakcyjne, odzwierciedlające współwystępowanie strategii radzenia sobie (żalu, zaprzeczania i porównywania w dół) z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach.

Tabela 35

Predyktory ogólnego wyniku wtórnego stresu traumatycznego (N = 226)

STS ogółem	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Płeć	0,652	1,643	0,019	0,397	0,692	0,911	1,097
Prężność	0,013	0,049	0,017	0,275	0,784	0,564	1,774
Empatyczna troska	0,117	0,160	0,045	0,730	0,466	0,553	1,807
Osobista przykrość	0,073	0,163	0,030	0,447	0,655	0,471	2,123
Przyjmowanie perspektywy	0,054	0,165	0,018	0,330	0,741	0,678	1,474
Wsparcie otrzymywane od przełożonych	0,038	0,076	0,031	0,496	0,620	0,551	1,815
Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,105	0,091	-0,071	-1,160	0,247	0,569	1,758
Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,026	0,098	0,015	0,260	0,795	0,639	1,566
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,312	0,092	-0,184	-3,377	<0,001	0,715	1,400
Strategia porównywań w dół	0,033	0,276	0,012	0,119	0,906	0,220	4,540
Strategia żalu	-0,396	0,373	-0,115	-1,060	0,290	0,178	5,611
Strategia zaprzeczania	-0,259	0,406	-0,064	-0,639	0,524	0,213	4,693
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,228	0,085	0,210	2,676	0,008	0,345	2,902

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Interakcja strategia porównywał w dół x zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,006	0,013	0,048	0,423	0,673	0,165	6,064
Interakcja strategia żalu x zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,055	0,017	0,426	3,346	<0,001	0,130	6,672
Interakcja strategii zaprzeczania x zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,045	0,019	0,241	2,407	0,017	0,211	4,748
<i>R</i> = 0,747; <i>R</i> ² = 0,558 ; Skorygowane <i>R</i> ² = 0,524; F(16, 209) = 16,493							

B – współczynnik regresji; *SE* – błąd standardowy oszacowania; *Beta* – standaryzowany współczynnik regresji; *R* – wartość współczynnika korelacji wielokrotnej; *R*² – współczynnik determinacji. Źródło: opracowanie własne.

W początkowych modelach istotnymi predyktorami poziomu wtórnego stresu traumatycznego były empatyczna troska ($\beta = 0,165$; $p < 0,05$), osobista przykrość ($\beta = 0,182$; $p < 0,05$) oraz wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy ($\beta = -0,211$; $p < 0,01$). Po włączeniu do analizy zmiennych poznawczych znaczenie komponentów empatii uległo jednak osłabieniu. Osobista przykrość przestała pełnić rolę istotnego predyktora, natomiast empatyczna troska utrzymywała się jedynie na granicy istotności statystycznej. Strategia żalu była istotnym dodatnim predyktorem STS w modelach pośrednich ($\beta = 0,268$; $p < 0,001$), jednak po uwzględnieniu zakłóceń w podstawowych przekonaniach jej efekt główny przestał być istotny. Podobny wzorzec dotyczył strategii zaprzeczania, która nie osiągała istotności jako predyktor samodzielny. W modelu końcowym istotnymi predyktorami poziomu wtórnego stresu traumatycznego były nadal zmienne: wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy ($\beta = -0,184$; $p < 0,001$) oraz ogólny poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,210$; $p < 0,01$). Kluczowe znaczenie uzyskały jednak efekty interakcyjne, czyli interakcja strategii żalu z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,426$; $p < 0,001$) oraz interakcja strategii zaprzeczania z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,241$; $p < 0,05$). Najwyższą wartość współczynnika β ujawniono dla interakcji żalu i zakłóceń w przekonaniach. Porównanie kolejnych modeli wskazuje na systematyczny wzrost wyjaśnianej wariancji, przy czym największy przyrost współczynnika determinacji nastąpił po wprowadzeniu zakłóceń w podstawowych przekonaniach oraz

zmiennych interakcyjnych. Model końcowy wyjaśniał 55,8% wariacji poziomu wtórnego stresu traumatycznego ($R^2 = 0,558$).

W kolejnym kroku poszukiwano predyktorów poszczególnych komponentów wtórnego stresu traumatycznego. Tabela 36 przedstawia wyniki dotyczące intruzji, gdzie w pierwszym etapie włączono zmienną kontrolną w postaci płci, w drugim etapie zasoby, tj. wszystkie wymiary empatii oraz wsparcie społeczne w formie wsparcia otrzymywanego od współpracowników i znajomych spoza pracy. W trzecim i czwartym etapie włączono zmienne poznawcze, czyli strategię żalu, zaprzeczania i zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Do modelu piątego włączono zmienne w postaci interakcji strategii żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach oraz interakcji strategii zaprzeczania z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach.

Tabela 36

Predyktory poszczególnych komponentów STS – intruzja (N = 226)

Intruzja	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Płeć	0,425	0,497	0,048	0,856	0,393	0,932	1,073
Empatyczna troska	0,063	0,047	0,094	1,353	0,177	0,610	1,638
Osobista przykrość	-0,055	0,043	-0,086	-1,262	0,208	0,625	1,601
Przyjmowanie perspektywy	0,068	0,047	0,088	1,439	0,152	0,775	1,290
Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,011	0,023	-0,029	-0,491	0,624	0,836	1,197
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,074	0,025	-0,168	-2,930	0,004	0,895	1,117
Strategia żalu	-0,106	0,110	-0,119	-0,962	0,337	0,191	5,236
Strategia zaprzeczania	-0,050	0,119	-0,047	-0,417	0,677	0,232	4,319
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,049	0,023	0,174	2,116	0,036	0,433	2,310
Interakcja strategii żalu z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,012	0,005	0,349	2,440	0,015	0,143	6,995
Interakcja strategii zaprzeczania z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,011	0,006	0,227	1,967	0,050	0,220	4,536
<i>R = 0,611; R² = 0,373; Skorygowane R² = 0,341; F(11, 214) = 11,570</i>							

Objaśnienia jak w tabeli 35.

W przypadku komponentu intruzji wyniki w dużej mierze odzwierciedlają prawidłowości obserwowane dla wyniku ogólnego STS. We wcześniejszych modelach istotnymi predyktorami były empatyczna troska ($\beta = 0,172$; $p < 0,05$), przyjmowanie perspektywy ($\beta = 0,143$; $p < 0,05$) oraz wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy ($\beta = -0,194$; $p < 0,01$). Po włączeniu strategii poznawczych istotny dodatni związek z intruzją uzyskała strategia żalu ($\beta = 0,195$; $p < 0,05$), jednak efekt ten przestał być istotny po uwzględnieniu zakłóceń w podstawowych przekonaniach. W modelu końcowym istotne statystycznie pozostały: wsparcie od znajomych spoza pracy ($\beta = -0,168$; $p < 0,01$), ogólny poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,174$; $p < 0,05$) oraz dwa efekty interakcyjne: strategia żalu i zakłócenia ($\beta = 0,349$; $p < 0,05$) oraz strategia zaprzeczania i zakłócenia ($\beta = 0,227$; $p = 0,05$; przy czym wynik ten pozostaje na granicy istotności). Model końcowy wyjaśniał 37,3% wariacji nasilenia intruzji ($R^2 = 0,373$), a kolejne kroki analizy wiązały się z istotnym przyrostem wyjaśnianej wariacji.

Następnie przeanalizowano predyktory dla komponentu unikania. W przypadku unikania do analizy regresji jako zmienne kontrolowane włączono pracę z przemocą oraz posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego. Zmiennymi objaśniającymi uwzględnionymi w kolejnych etapach analizy były: prężność, empatyczna troska, osobista przykrość, przyjmowanie perspektywy, wsparcie od współpracowników, wsparcie od rodziny, wsparcie od znajomych spoza pracy, porównywanie w dół, żal, zaprzeczanie, zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Zmienne interakcyjne włączone w ostatnim etapie pozostały niezmiennie.

Tabela 37

Predyktory poszczególnych komponentów STS – unikanie (N = 226)

Unikanie	B	SE	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
Praca z przemocą	-0,383	0,251	-0,100	-1,523	0,129	0,861	1,161
Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,101	0,239	-0,027	-0,420	0,675	0,878	1,139
Prężność	-0,002	0,009	-0,022	-0,266	0,790	0,546	1,833
Empatyczna troska	-0,004	0,029	-0,013	-0,156	0,876	0,560	1,787
Osobista przykrość	0,037	0,029	0,112	1,260	0,209	0,474	2,109

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Tolerancja</i>	<i>VIF</i>
Przyjmowanie perspektywy	0,026	0,030	0,064	0,848	0,397	0,647	1,546
Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,003	0,014	-0,016	-0,226	0,821	0,768	1,302
Wsparcie otrzymywane od rodziny	-0,003	0,018	-0,013	-0,175	0,862	0,640	1,562
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,016	0,016	-0,068	-0,951	0,343	0,738	1,355
Strategia porównywań w dół	0,015	0,026	0,040	0,579	0,563	0,796	1,256
Strategia żalu	-0,109	0,065	-0,235	-1,672	0,096	0,188	5,318
Strategia zaprzeczania	0,054	0,073	0,099	0,747	0,456	0,214	4,684
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,022	0,014	0,151	1,615	0,108	0,428	2,337
Interakcja strategii żalu z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,005	0,003	0,307	1,884	0,049	0,141	6,117
Interakcja strategii zaprzeczania z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,001	0,003	0,035	0,264	0,792	0,214	4,683
<i>R</i> = 0,466; <i>R</i>² = 0,218 ; Skorygowane <i>R</i> ² = 0,162; F(15, 210) = 3,893							

Objaśnienia jak w tabeli 35.

Na wstępnych etapach istotnym predyktorem unikania była jedynie osobista przykrość ($\beta = 0,195$; $p < 0,05$). Po włączeniu strategii poznawczych empatia utraciła istotność statystyczną, a żaden z rodzajów wsparcia społecznego nie okazał się istotnym predyktorem. W kolejnym modelu istotny wzrost wyjaśnianej wariancji zaobserwowano po wprowadzeniu zmiennej zakłóceń w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,280$; $p < 0,001$), która utraciła istotność w modelu końcowym. Najsilniejszym i jedynym predyktorem unikania okazała się interakcja strategii żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,307$; $p < 0,05$). Model końcowy wyjaśniał 21,8% wariancji unikania ($R^2 = 0,218$).

Wśród zmiennych objaśniających dla pobudzenia znalazły się: empatyczna troska, osobista przykrość, przyjmowanie perspektywy, wsparcie otrzymywane od przełożonych, wsparcie otrzymywane od współpracowników, wsparcie otrzymywane od rodziny, wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy, strategia porównywania w dół, żalu, zaprzeczania, zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz interakcja żalu i zaprzeczania

z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach. Zmienną kontrolowaną było posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego.

Tabela 38

Predyktory poszczególnych komponentów STS – pobudzenie (N = 226)

Pobudzenie	B	SE	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,518	0,556	-0,049	-0,933	0,352	0,910	1,099
Empatyczna troska	0,051	0,067	0,051	0,0762	0,447	0,570	1,755
Osobista przykrość	-0,012	0,060	-0,012	-0,194	0,846	0,621	1,611
Przyjmowanie perspektywy	0,009	0,066	0,008	0,133	0,894	0,759	1,317
Wsparcie otrzymywane od przełożonych	0,007	0,032	0,014	0,204	0,838	0,561	1,783
Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,038	0,039	-0,066	-0,994	0,321	0,569	1,757
Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,027	0,041	0,040	0,654	0,514	0,662	1,510
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,124	0,039	-0,188	-3,177	0,002	0,720	1,389
Strategia porównywać w dół	0,088	0,062	0,080	1,419	0,157	0,787	1,270
Strategia żalu	-0,170	0,154	-0,128	-1,107	0,270	0,188	5,312
Strategia zaprzeczania	-0,142	0,172	-0,090	-0,830	0,408	0,215	4,659
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,071	0,032	0,167	2,194	0,029	0,433	2,310
Interakcja strategii żalu zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,021	0,007	0,418	3,124	0,002	0,141	7,101
Interakcja strategii zaprzeczania z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,020	0,008	0,270	2,499	0,013	0,216	4,626
<i>R = 0,685; R² = 0,469; Skorygowane R² = 0,434; F(14, 211) = 13,306</i>							

Objaśnienia jak w tabeli 35.

W odniesieniu do pobudzenia na wczesnych etapach analizy widoczna była rola wybranych komponentów empatii. Istotne znaczenie uzyskały zarówno empatyczna troska ($\beta = 0,159$; $p < 0,05$), jak i osobista przykrość ($\beta = 0,155$; $p < 0,05$). Jednocześnie konsekwentnie ujawniał się ochronny charakter wsparcia otrzymywanego od znajomych

spoza środowiska pracy, które wiązało się z niższym nasileniem pobudzenia ($\beta = -0,216$; $p < 0,01$). Po uwzględnieniu strategii poznawczych zaznaczył się związek żalu z pobudzeniem ($\beta = 0,242$; $p < 0,001$), jednak efekt ten nie utrzymał samodzielnego znaczenia po wprowadzeniu do modelu zakłóceń w podstawowych przekonaniach. W modelu końcowym istotnymi predyktorami pozostały zarówno zakłócenia w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,167$; $p < 0,05$), jak i wsparcie społeczne od znajomych spoza pracy ($\beta = -0,188$; $p < 0,01$). Największą siłę wyjaśniającą miały jednak efekty interakcyjne strategii żalu ($\beta = 0,418$; $p < 0,01$) oraz zaprzeczania ($\beta = 0,270$; $p < 0,05$) z zakłóceniami w przekonaniach. Cały model wyjaśniał 46,9% wariacji pobudzenia ($R^2 = 0,469$).

Tabela 39 przedstawia model regresji dla ostatniego komponentu STS, czyli zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej. Zmiennymi objaśniającymi dla modelu były: prężność, empatyczna troska, osobista przykrość, wsparcie od przełożonych, wsparcie od współpracowników, wsparcie od rodziny, wsparcie od znajomych spoza pracy, porównywanie w dół, żal, zaprzeczanie, rozwiązanie/akceptacja oraz zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Zmienne interakcyjne pozostawały niezmiennie. Zmiennymi kontrolowanymi były: nakład pracy i płeć.

Tabela 39

Predyktory poszczególnych komponentów STS – zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej (N = 226)

Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Płeć	-0,286	0,593	-0,023	-0,483	0,630	0,901	1,110
Nakład pracy	0,011	0,007	0,077	1,616	0,108	0,920	1,087
Prężność	-0,006	0,018	-0,021	-0,346	0,730	0,560	1,785
Empatyczna troska	0,018	0,054	0,020	0,342	0,733	0,630	1,588
Osobista przykrość	0,071	0,058	0,080	1,207	0,229	0,475	2,104
Wsparcie otrzymywane od przełożonych	0,002	0,027	0,003	0,058	0,954	0,562	1,780
Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,027	0,033	-0,051	-0,833	0,406	0,561	1,781

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Wsparcie otrzymywane od rodziny	-0,020	0,035	-0,033	-0,582	0,562	0,653	1,531
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,072	0,033	-0,117	-2,178	0,030	0,718	1,392
Strategia żalu	-0,047	0,129	-0,038	-0,366	0,714	0,190	5,250
Strategia zaprzeczania	-0,146	0,141	-0,099	-1,037	0,301	0,227	4,411
Strategia rozwiązania/akceptacji	-0,041	0,043	-0,048	-0,941	0,348	0,806	1,240
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,103	0,027	0,262	3,782	<0,001	0,430	2,325
Interakcja strategii żalu z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,017	0,006	0,360	2,967	0,003	0,141	7,111
Interakcja strategii zaprzeczania z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,016	0,007	0,229	2,355	0,019	0,219	4,577
<i>R</i> = 0,752; <i>R</i> ² = 0,566 ; <i>Skorygowane R</i> ² = 0,535; <i>F</i> (15, 210) = 18,268							

Objaśnienia jak w tabeli 35. Źródło: opracowanie własne.

W przypadku zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej w pierwszych modelach istotne znaczenie miały empatyczna troska ($\beta = 0,172$; $p < 0,05$) oraz osobista przykrość ($\beta = 0,236$; $p < 0,01$), a także nakład pracy ($\beta = 0,183$; $p < 0,01$). Istotną zmienną okazało się być również wsparcie otrzymywane od znajomych spoza środowiska zawodowego. Po włączeniu zmiennych poznawczych wyraźnie zaznaczył się dodatni związek żalu z nasileniem zmian poznawczo-emocjonalnych ($\beta = 0,291$; $p < 0,001$), który jednak nie utrzymał samodzielnej istotności po uwzględnieniu zakłóceń w podstawowych przekonaniach. W modelu końcowym predyktorami okazały się zakłócenia w przekonaniach ($\beta = 0,262$; $p < 0,001$), wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy ($\beta = -0,117$; $p < 0,05$) oraz efekty interakcyjne, zarówno interakcja żalu ($\beta = 0,360$; $p < 0,01$), jak i zaprzeczania ($\beta = 0,229$; $p < 0,05$) z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach. Model końcowy wyjaśniał 56,6% wariacji tego komponentu STS ($R^2 = 0,566$).

Tabele 40-44 przedstawiają wyniki analiz regresji dla końcowego modelu wtórnego wzrostu potraumatycznego⁴. W modelach regresji dla SPTG oraz jego komponentów wartości tolerancji mieściły się w przedziale 0,23 - 1, natomiast wartości VIF w zakresie 1 - 4,45. Wartości statystyki Durбина-Watsona mieściły się w przedziale 1,91 - 2,21, pozostając w zakresie wskazującym na brak autokorelacji składnika losowego.

W analizie dotyczącej ogólnego wskaźnika wtórnego wzrostu potraumatycznego uwzględniono szeroki zestaw zmiennych objaśniających i kontrolowanych obejmujących: prężność, empatyczną troskę, przyjmowanie perspektywy, wsparcie od rodziny, pozytywną poznawczą restrukturyzację, rozwiązanie/akceptację, zakłócenia w podstawowych przekonaniach, wiek, obszar funkcjonowania zawodowego, liczbę grup klientów, posiadanie certyfikatu, korzystanie z superwizji, staż pracy jako osoby pomagającej, staż pracy z osobami po traumie, liczbę godzin pracy z traumą, nakład pracy oraz doświadczenie własnej traumy.

Do modelu włączono również zmienną interakcyjną: interakcję pozytywnej restrukturyzacji poznawczej i zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

Tabela 40

Predyktory wtórnego wzrostu potraumatycznego (N = 226)

SPTG ogółem	B	SE	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
Wiek	0,191	0,103	0,127	1,861	0,064	0,522	1,917
Obszar funkcjonowania zawodowego	0,438	0,707	0,033	0,619	0,537	0,875	1,143
Liczba grup klientów/pacjentów	0,933	0,897	0,058	1,041	0,299	0,782	1,278
Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	0,721	1,583	0,024	0,456	0,649	0,845	1,184
Superwizja	4,596	2,321	0,109	1,980	0,049	0,801	1,248
Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,264	0,187	-0,147	-1,411	0,160	0,224	4,460
Staż pracy z traumą	0,345	0,201	0,166	1,716	0,088	0,260	3,849

⁴ W niniejszym rozdziale umieszczone zostały jedynie końcowe etapy analizy regresji. Tabele z poszczególnymi krokami, w tym tabelami opisującymi przyrost współczynników determinacji (ΔR^2) oraz wartości statystyk Durбина-Watsona, zawarte są w Załącznikach 10-14. Związki zmiennych interakcyjnych z SPTG znajdują się w załączniku 15.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,123	0,078	0,113	1,583	0,115	0,475	2,106
Nakład pracy	-0,001	0,030	-0,001	-0,020	0,984	0,478	2,092
Trauma własna	1,209	1,611	0,039	0,751	0,454	0,909	1,100
Prężność	0,280	0,055	0,323	5,116	<0,001	0,613	1,631
Empatyczna troska	0,169	0,170	0,060	0,996	0,321	0,663	1,509
Przyjmowanie perspektywy	-0,045	0,194	-0,014	-0,230	0,818	0,661	1,514
Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,108	0,101	0,058	1,072	0,285	0,822	1,216
Strategia poznawczej pozytywnej restrukturyzacji	0,911	0,260	0,333	3,503	<0,001	0,270	3,699
Strategia rozwiązania/akceptacji	0,267	0,155	0,104	1,727	0,086	0,667	1,498
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,482	0,105	0,409	4,603	<0,001	0,309	3,240
Interakcja pozytywnej poznawczej restrukturyzacji z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	-0,020	0,012	-0,187	-1,629	0,105	0,186	5,385
<i>R</i> = 0,704; <i>R</i> ² = 0,496 Skorygowane <i>R</i> ² = 0,449; <i>F</i> (18, 207) = 11,298							

Objaśnienia jak w tabeli 35. Kodowanie: obszar funkcjonowania zawodowego 1 = opieka zdrowotna i kliniczna, 2 = edukacja i rozwój, 3 = system resocjalizacyjno-interwencyjny, 4 - mix powyższych; certyfikat 1 = tak, 0 = nie; superwizja 1 = tak, 0 = nie.

W początkowych modelach wtórny wzrost po traumie pozostawał istotnie związany z wiekiem ($\beta = 0,233$; $p < 0,001$) oraz wybranymi aspektami pracy z traumą, takimi jak liczba grup klientów lub pacjentów ($\beta = 0,165$; $p < 0,05$) i liczba godzin pracy z traumą w tygodniu ($\beta = 0,198$; $p < 0,05$). Zależności te nie utrzymały się jednak po wprowadzeniu kolejnych bloków zmiennych. Pozostałe wskaźniki zawodowe, w tym miejsce zatrudnienia, posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego, staż pracy, doświadczenie własnej traumy oraz względny udział pracy z traumą w czasie pracy, nie okazały się istotnymi predyktorami SPTG ogółem.

Po uwzględnieniu zasobów osobistych i społecznych wyraźnie zaznaczyła się rola prężności, która stała się najsilniejszym dodatnim predyktorem wtórnego wzrostu ($\beta = 0,384$; $p < 0,001$). Empatyczna troska osiągnęła istotność na tym etapie ($\beta = 0,182$; $p < 0,01$), jednak jej wpływ był umiarkowany i tracił znaczenie po uwzględnieniu kolejnych zmiennych.

Włączenie strategii poznawczego radzenia sobie z traumą ujawniło znaczenie pozytywnej poznawczej restrukturyzacji, która pozostała istotnym predyktorem SPTG ogółem także po kontroli innych zmiennych ($\beta = 0,333$; $p < 0,001$). Strategia rozwiązania/akceptacji nie osiągnęła istotności statystycznej.

Dodanie do modelu zakłóceń w podstawowych przekonaniach wyraźnie podniosło poziom wyjaśnianej wariancji modelu i ujawniło ich silny związek z poziomem SPTG. W modelu końcowym istotne pozostały zakłócenia w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,409$; $p < 0,001$), prężność ($\beta = 0,323$; $p < 0,001$) oraz pozytywna restrukturyzacja poznawcza ($\beta = 0,333$; $p < 0,001$). Dodatkowo pojawił się słabszy, lecz istotny efekt superwizji ($\beta = 0,109$; $p < 0,05$). Efekt interakcyjny między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a pozytywną restrukturyzacją poznawczą nie osiągnął poziomu istotności. Model końcowy charakteryzował się dobrym dopasowaniem do danych i wyjaśniał 49,6% wariancji SPTG ogółem ($R^2 = 0,496$).

Kolejna tabela (41) prezentuje dane dotyczące predyktorów pierwszego komponentu SPTG czyli nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych. Warto wspomnieć, iż w modelu tym kontrolowano wiek, liczbę grup klientów, korzystanie z superwizji, staż pracy w roli osoby pomagającej, doświadczenie w pracy z osobami po traumie oraz występowanie traumy własnej. Jako zmienne objaśniające włączono prężność, przyjmowanie perspektywy, wsparcie od rodziny, pozytywną poznawczą restrukturyzację, rozwiązanie/akceptację, osobistą przykrość, zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz interakcje pozytywnej poznawczej restrukturyzacji i zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

Tabela 41

Predyktory poszczególnych komponentów SPTG – nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych (N = 226)

Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Wiek	0,077	0,029	0,176	2,656	0,009	0,539	1,854
Liczba grup klientów	0,179	0,240	0,039	0,746	0,457	0,890	1,123
Superwizja	2,440	0,633	0,200	3,855	<0,001	0,880	1,136
Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,080	0,053	-0,155	-1,505	0,134	0,225	4,446

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Staż pracy z traumą	0,071	0,056	0,118	1,262	0,208	0,270	3,701
Trauma własna	0,349	0,457	0,039	0,763	0,447	0,922	1,085
Prężność	0,071	0,018	0,284	4,084	<0,001	0,491	2,038
Osobista przykrość	-0,050	0,049	-0,065	-1,018	0,310	0,586	1,705
Przyjmowanie perspektywy	-0,034	0,053	-0,036	-0,640	0,523	0,733	1,365
Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,015	0,028	0,028	0,532	0,595	0,842	1,187
Strategia poznawczej pozytywnej restrukturyzacji	0,276	0,073	0,348	3,755	<0,001	0,277	3,612
Strategia rozwiązania/akceptacji	0,174	0,044	0,234	3,950	<0,001	0,674	1,483
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,147	0,029	0,429	5,062	<0,001	0,330	3,030
Interakcja pozytywnej poznawczej restrukturyzacji z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	-0,008	0,004	-0,264	-2,359	0,019	0,189	5,287
<i>R</i> = 0,707; <i>R</i>² = 0,499 ; Skorygowane <i>R</i> ² = 0,466; F(14, 211) = 15,025							

Objaśnienia jak w tabeli 35. Kodowanie: superwizja 1 = tak, 0 = nie; trauma własna 1 = tak, 0 = nie.

Predyktorami poziomu nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych w początkowych modelach regresji hierarchicznej były wiek, superwizja oraz liczba grup klientów lub pacjentów, jednak znaczenie tych zmiennych słabło po uwzględnieniu zasobów osobistych i poznawczych. W dalszych analizach na pierwszy plan wysunęła się prężność ($\beta = 0,284$; $p < 0,001$). Istotne okazały się także strategie poznawcze, zwłaszcza pozytywna restrukturyzacja poznawcza ($\beta = 0,348$; $p < 0,001$) oraz rozwiązanie/akceptacja ($\beta = 0,234$; $p < 0,001$). Dodatkowo znaczenie zachowywał poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,429$; $p < 0,001$). W modelu końcowym ujawnił się również istotny efekt interakcyjny zakłóceń w przekonaniach z pozytywną restrukturyzacją poznawczą ($\beta = -0,264$; $p < 0,05$). Wiek ($\beta = 0,176$; $p < 0,01$) oraz superwizja ($\beta = 0,200$; $p < 0,001$) pozostały istotne w modelu końcowym. Ponadto, w ostatnim modelu ze zmiennych biograficzno-zawodowych istotny pozostał wiek. Model wyjaśniał 49,9% wariacji zmiennej ($R^2 = 0,499$).

Następnie przeanalizowano predyktory dla wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych. W analizie uwzględniono zmienne objaśniające tj. prężność, empatyczna troska, przyjmowanie perspektywy, pozytywna restrukturyzacja poznawcza, zaprzeczanie, zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz kontrolowane tj. obszar funkcjonowania zawodowego, formę organizacyjną pracy, liczbę grup klientów, pracę z przemocą, staż pracy jako osoba pomagająca, staż pracy z traumą. Do modelu włączono również interakcję zakłóceń w podstawowych przekonaniach i pozytywnej restrukturyzacji poznawczej.

Tabela 42

Predyktory poszczególnych komponentów SPTG - wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych (N = 226)

Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	B	SE	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
Obszar funkcjonowania zawodowego	0,460	0,241	0,125	1,913	0,057	0,745	1,341
Forma organizacyjna pracy	-0,518	0,270	-0,127	-1,923	0,056	0,731	1,367
Liczba grup klientów	0,727	0,276	0,165	2,628	0,009	0,813	1,230
Praca z przemocą	-1,481	0,505	-0,176	-2,936	0,004	0,889	1,125
Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,010	0,053	-0,020	-0,181	0,856	0,272	3,673
Staż pracy z traumą	0,110	0,062	0,193	1,763	0,079	0,267	3,747
Prężność	0,031	0,015	0,131	2,018	0,045	0,761	1,315
Empatyczna troska	0,160	0,053	0,208	3,044	0,003	0,685	1,460
Przyjmowanie perspektywy	-0,103	0,062	-0,118	-1,676	0,095	0,646	1,549
Strategia poznawczej pozytywnej restrukturyzacji	0,041	0,078	0,055	0,522	0,602	0,293	3,411
Strategia zaprzeczania	0,131	0,128	0,109	1,023	0,307	0,285	3,509
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,062	0,033	0,192	1,903	0,058	0,315	3,177
Interakcja pozytywnej poznawczej restrukturyzacji z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	0,004	0,004	0,142	1,097	0,274	0,191	5,238
<i>R = 0,569; R² = 0,323; Skorygowane R² = 0,279; F(14, 211) = 7,205</i>							

Objaśnienia jak w tabeli 35. Kodowanie: obszar funkcjonowania zawodowego 1 = opieka zdrowotna i kliniczna, 2 = edukacja i rozwój, 3 = system resocjalizacyjno-interwencyjny, 4 = mix powyższych; forma organizacyjna pracy 1 = prywatna praktyka, 2 = instytucja, 3 = obie formy; praca z przemocą 1 = tak, 0 = nie.

We wczesnych modelach dotyczących wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych istotną rolę odgrywały przede wszystkim niektóre zmienne zawodowe, takie jak liczba grup klientów, praca z przemocą oraz staż pracy z traumą. Po wprowadzeniu kolejnych bloków predyktorów ich znaczenie ulegało jednak osłabieniu. W modelu końcowym istotnymi predyktorami były przede wszystkim empatyczna troska ($\beta = 0,208$; $p < 0,01$) oraz prężność ($\beta = 0,131$; $p < 0,05$). Istotne pozostawały także liczba grup klientów ($\beta = 0,165$; $p < 0,01$) oraz praca z przemocą ($\beta = -0,176$; $p < 0,01$). Zakłócenia w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,192$; $p = 0,058$) były na granicy istotności. Pozostałe zmienne nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Model końcowy wyjaśniał 32,3% wariacji analizowanego komponentu SPTG ($R^2 = 0,323$).

Tabela 43 przedstawia wyniki dla komponentu większego zaufania do siebie i doceniania życia. Wiek, staż pracy jako osoba pomagająca, superwizję, staż pracy z traumą, liczbę godzin pracy z traumą w tygodniu, nakład pracy oraz doświadczenie traumy własnej uwzględniono jako zmienne kontrolowane. Zmiennymi objaśniającymi była prężność, osobista przykrość, przyjmowanie perspektywy, wsparcie otrzymywane od rodziny, znajomych spoza pracy, strategie poznawczej pozytywnej restrukturyzacji i rozwiązania/akceptacji, zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz interakcja pozytywnej poznawczej restrukturyzacji z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach.

Tabela 43

Predyktory poszczególnych komponentów SPTG - większe zaufanie do siebie i docenianie życia (N= 226)

Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Wiek	0,033	0,032	0,072	1,034	0,302	0,524	1,907
Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,021	0,059	-0,037	-0,353	0,725	0,227	4,397
Superwizja	1,501	0,715	0,115	2,099	0,037	0,842	1,187

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	Tolerancja	VIF
Staż pracy z traumą	0,042	0,062	0,065	0,678	0,499	0,270	3,704
Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,060	0,025	0,178	2,443	0,015	0,474	2,108
Nakład pracy	-0,006	0,009	-0,047	-0,659	0,511	0,493	2,027
Trauma własna	0,894	0,508	0,092	1,761	0,080	0,914	1,094
Prężność	0,097	0,020	0,360	4,981	<0,001	0,482	2,077
Osobista przykrość	0,007	0,054	0,009	0,132	0,895	0,576	1,736
Przyjmowanie perspektywy	0,008	0,059	0,008	0,143	0,886	0,725	1,379
Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,043	0,035	0,075	1,248	0,213	0,695	1,438
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	0,033	0,034	0,057	0,963	0,337	0,721	1,386
Strategia poznawczej pozytywnej restrukturyzacji	0,274	0,081	0,321	3,373	<0,001	0,277	3,609
Strategia rozwiązania/akceptacji	0,069	0,048	0,087	1,433	0,153	0,679	1,473
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,157	0,032	0,429	4,881	<0,001	0,326	3,071
Interakcja pozytywnej poznawczej restrukturyzacji z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	-0,008	0,004	-0,241	-2,091	0,038	0,189	5,282
<i>R</i> = 0,689; <i>R</i> ² = 0,474 ; Skorygowane <i>R</i> ² = 0,434; <i>F</i> (16, 209) = 11,780							

Objaśnienia jak w tabeli 35. Kodowanie: superwizja 1= tak, 0 = nie; trauma własna 1 = tak, 0 = nie.

W modelu końcowym istotnymi predyktorami większego zaufania do siebie i doceniania życia były: zakłócenia w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,429$; $p < 0,001$), prężność ($\beta = 0,360$; $p < 0,001$), pozytywna restrukturyzacja poznawcza ($\beta = 0,321$; $p < 0,001$), a także liczba godzin pracy z traumą w tygodniu ($\beta = 0,178$; $p < 0,05$) oraz superwizja ($\beta = 0,115$; $p < 0,05$). Istotny był również efekt interakcyjny między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a pozytywną poznawczą restrukturyzacją ($\beta = -0,241$; $p < 0,05$). Model końcowy wyjaśniał 47,4% wariacji zmiennej ($R^2 = 0,474$).

Ostatni model regresji dotyczący wzrostu akceptacji działań na rzecz innych, gdzie włączono również interakcję pozytywnej poznawczej restrukturyzacji z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach (zmiennie objaśniające: prężność, osobista przykrość, przyjmowanie perspektywy, pozytywna restrukturyzacja poznawcza, rozwiązanie/

akceptacja, zakłócenia w podstawowych przekonaniach, kontrolne: wiek, posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego, staż pracy z traumą, liczba godzin pracy z osobami po traumie w tygodniu, nakład pracy oraz doświadczenie traumy własnej) został opisany w tabeli 44.

Tabela 44

Predyktory poszczególnych komponentów SPTG - wzrost akceptacji działań na rzecz innych

Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	B	SE	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
Wiek	0,023	0,033	0,047	0,683	0,495	0,635	1,576
Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	0,661	0,556	0,071	1,188	0,236	0,860	1,163
Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,050	0,027	0,145	1,868	0,063	0,508	1,967
Nakład pracy	0,007	0,010	0,052	0,671	0,503	0,516	1,938
Staż pracy z traumą	0,029	0,045	0,044	0,639	0,523	0,642	1,559
Trauma własna	0,395	0,569	0,040	0,693	0,489	0,916	1,092
Prężność	0,080	0,021	0,289	3,729	<0,001	0,506	1,977
Osobista przykrość	0,009	0,061	0,010	0,143	0,886	0,585	1,711
Przyjmowanie perspektywy	0,059	0,065	0,058	0,901	0,369	0,731	1,367
Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,042	0,035	0,072	1,209	0,228	0,852	1,173
Strategia poznawczej pozytywnej restrukturyzacji	0,257	0,091	0,296	2,821	0,005	0,277	3,608
Strategia rozwiązania/akceptacji	0,057	0,054	0,070	1,057	0,292	0,688	1,454
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,115	0,036	0,309	3,200	0,002	0,327	3,060
Interakcja pozytywnej poznawczej restrukturyzacji z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach	-0,006	0,004	-0,187	-1,474	0,142	0,188	5,309
$R = 0,597$; $R^2 = 0,357$; Skorygowane $R^2 = 0,314$; $F(14, 211) = 8,366$							

Objaśnienia jak w tabeli 35. Kodowanie: certyfikat 1 = tak, 0 = nie, trauma własna 1 = tak, 0 = nie. N = 226.

W przypadku wymiaru wzrostu akceptacji działań na rzecz innych we wcześniejszych modelach pojawiały się związki z niektórymi zmiennymi biograficznymi i zawodowymi, jednak po wprowadzeniu kolejnych bloków predyktorów ich znaczenie przestawało być istotne statystycznie. W modelu końcowym istotnymi predyktorami tego komponentu wtórnego wzrostu potraumatycznego były przede wszystkim zakłócenia w podstawowych przekonaniach ($\beta = 0,309$; $p < 0,01$), prężność ($\beta = 0,289$; $p < 0,001$) oraz strategia pozytywnej poznawczej restrukturyzacji ($\beta = 0,296$; $p < 0,01$). Pozostałe zmienne, w tym rozwiązanie/akceptacja, wskaźniki doświadczenia zawodowego oraz wsparcie społeczne, nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Również interakcja między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a pozytywną restrukturyzacją poznawczą nie była istotna ($\beta = -0,187$; $p = 0,142$). Model końcowy wyjaśniał 35,7% wariacji wzrostu akceptacji działań na rzecz innych ($R^2 = 0,357$).

Mediacyjna rola poznawczego przetwarzania traumy w relacji między zasobami osobistymi i społecznymi a STS i SPTG

Wyniki analiz regresji były podstawą dalszych analiz ukierunkowanych na uchwycenie bardziej złożonych zależności między zmiennymi. Na ich podstawie przeprowadzono analizy mediacji: moderowanej mediacji dla STS oraz mediacji równoległych dla SPTG. Pozwoliły one określić rolę poznawczego przetwarzania traumy w relacji między zasobami osobistymi i społecznymi a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym.

W odniesieniu do wtórnego stresu traumatycznego jako zmiennej objaśnianej istotne były wyniki wskazujące na interakcyjny charakter zależności między strategiami radzenia sobie a zakłóceniami w podstawowych przekonaniach. Interakcje sugerowały, że znaczenie takich strategii, jak żal czy zaprzeczanie, dla nasilenia STS nie jest jednorodne, lecz zależy od poziomu zakłóceń w przekonaniach. W związku z tym zastosowano modele moderowanej mediacji, które pozwoliły jednocześnie uwzględnić pośredniczącą rolę strategii radzenia sobie oraz moderującą funkcję zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

W przypadku analiz dotyczących SPTG wcześniejsze wyniki regresji hierarchicznych wskazywały na znaczenie więcej niż jednego mechanizmu poznawczego. Zarówno pozytywna restrukturyzacja poznawcza, jak i zakłócenia w podstawowych przekonaniach

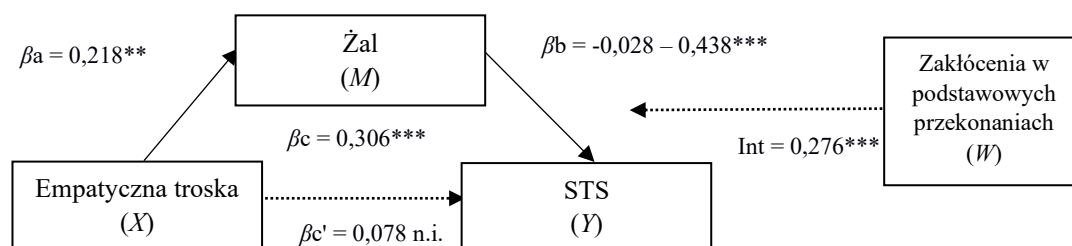
pozostawały w związku z poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego. Zastosowanie mediacji równoległych umożliwiło uchwycenie współwystępowania tych procesów oraz określenie ich względnego udziału w wyjaśnianiu SPTG. Warto wspomnieć, iż dla SPTG zmienne interakcyjne nie ujawniały istotnego znaczenia.

W toku analiz uzyskano cztery modele moderowanej mediacji dla STS oraz cztery modele mediacji równoległej dla SPTG. Modele mediacyjne zostały dobrane w oparciu o teorię oraz wcześniejsze wyniki analiz. Dzięki temu możliwe było skoncentrowanie się na najbardziej uzasadnionych zależnościach, bez testowania wszystkich możliwych kombinacji zmiennych. W modelach mediacji kontrolowano zmienne biograficzno-zawodowe wykazujące związek z poziomem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego, które zostały uwzględnione w analizach jako kowariancje. Wyniki analiz kolejno zostały przedstawione na rycinach 3-10.

Pierwszy model przedstawiony na Rycinie 3 dotyczył mediacyjnej roli żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między empatyczną troską a wtórnym stresem traumatycznym.

Rycina 3

Model mediacyjnej roli żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między empatyczną troską a wtórnym stresem traumatycznym



Index = 0,0111 (*BootSE* = 0,0044; 95% *CI* [0,0038 - 0,0218])

Efekty pośrednie ($a \times b$) = -0,011-0,085

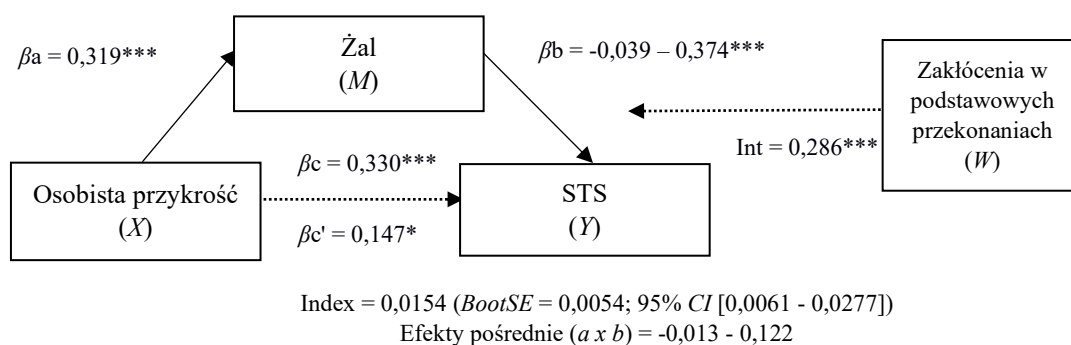
β_a – współczynnik regresji dla ścieżki między zmienną niezależną (X) a mediatorem (M); β_b – współczynnik regresji dla ścieżki między mediatorem (M) a zmienną zależną (Y); β_c – efekt całkowity zmiennej niezależnej na zmienną zależną; β_c' – efekt bezpośredni zmiennej niezależnej na zmienną zależną po uwzględnieniu mediatora; *Int* – efekt interakcyjny (M × W); *Index* – indeks moderowanej mediacji; *BootSE* – błąd standardowy oszacowany metodą bootstrap; *CI* – przedział ufności dla efektu pośredniego; $a \times b$ – efekt pośredni. Poziomy istotności: $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.i. – wynik nieistotny statystycznie.

Uzyskane wyniki wskazują, że strategia żalu pełni rolę mediatora w relacji między empatyczną troską a wtórnym stresem traumatycznym, przy czym siła efektu pośredniego zależy od poziomu zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Zakres wartości efektu pośredniego ($a \times b$) wskazuje, że przy niższym poziomie moderatora zależność ta pozostaje słaba lub nieobecna, natomiast wraz ze wzrostem jego nasilenia wyraźnie się nasila. Empatyczna troska wiązała się z częstszym stosowaniem strategii żalu. Z kolei znaczenie żalu dla STS zmieniało się wraz z poziomem zakłóceń (zgodnie z istotnym efektem interakcyjnym). Istotna interakcja żalu i zakłóceń wskazuje na moderację na ścieżce pośredniej. Bezpośredni efekt empatii na STS był nieistotny, co sugeruje pełną mediację. Otrzymany model ujawnia, że związek empatycznej troski z wtórnym stresem traumatycznym realizuje się poprzez strategię żalu, a jego nasilenie zależy od poziomu zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

Rycina 4 przedstawia drugi model obejmujący analizę relacji między osobistą przykrością a wtórnym stresem traumatycznym z uwzględnieniem mediacyjnej roli strategii żalu oraz moderującej roli zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

Rycina 4

Model mediacyjnej roli żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między osobistą przykrością a wtórnym stresem traumatycznym



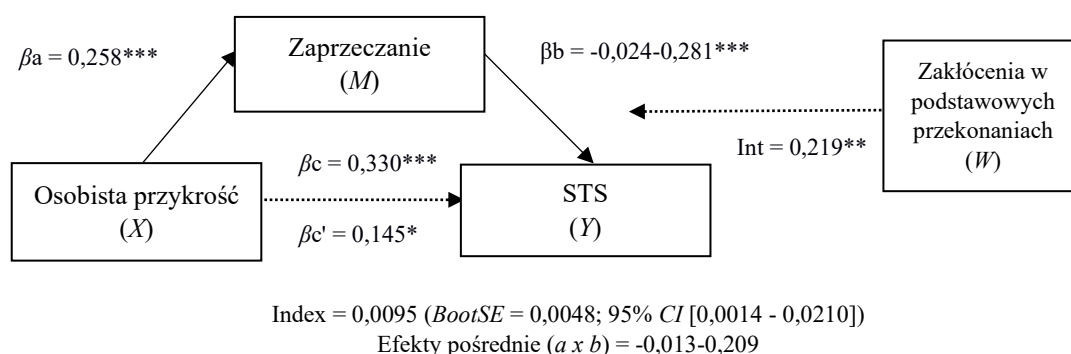
Objaśnienia jak na Rycinie 3.

W przypadku osobistej przykrości stwierdzono częściową mediację, gdzie efekt bezpośredni tej zmiennej na STS był słabszy, lecz nadal istotny. Wskazuje to, iż relacja między osobistą przykrością a wtórnym stresem traumatycznym jest częściowo wyjaśniana przez strategię żalu, a nasilenie tego efektu pośredniego wzrasta wraz z poziomem zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

Kolejny model (Rycina 5) dotyczył mediacyjnej roli strategii zaprzeczania w relacji między osobistą przykrością a wtórnym stresem traumatycznym przy jednoczesnym uwzględnieniu zakłóceń w podstawowych przekonaniach jako zmiennej moderującej.

Rycina 5

Model mediacyjnej roli zaprzeczania i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między osobistą przykrością a wtórnym stresem traumatycznym



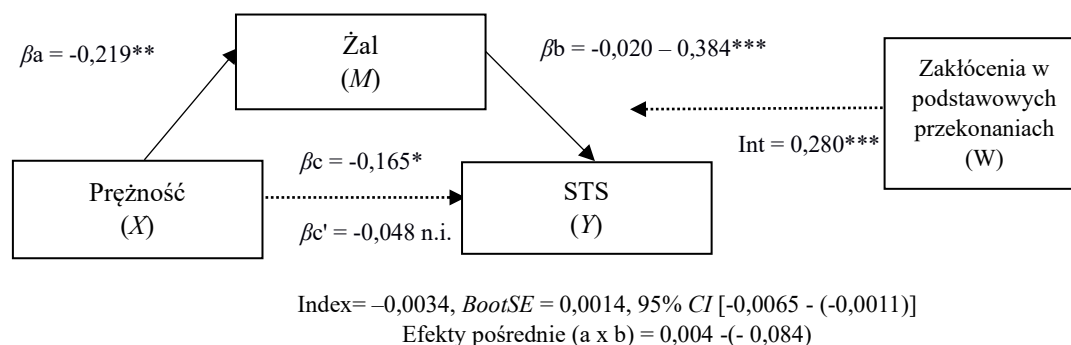
Objaśnienia jak na Rycinie 3.

Wyniki pokazują, że strategia zaprzeczania pośredniczy w relacji między osobistą przykrością a wtórnym stresem traumatycznym, a siła tego efektu zależy od nasilenia zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Podobnie jak w poprzednim modelu stwierdzono częściową mediację. Oznacza to, że zaprzeczanie częściowo wyjaśnia związek między osobistą przykrością a STS, a znaczenie tego mechanizmu rośnie wraz ze wzrostem zakłóceń w podstawowych przekonaniach.

W czwartym modelu (Rycina 6) testowano rolę żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między prężnością a wtórnym stresem traumatycznym.

Rycina 6

Model mediacyjnej roli żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między prężnością a wtórnym stresem traumatycznym



Objaśnienia jak na Rycinie 3.

Dane wskazują, że strategia żalu pośredniczy w relacji między prężnością a wtórnym stresem traumatycznym, przy czym siła tego efektu zależy od poziomu zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Oznacza to, że wpływ prężności na STS realizuje się częściowo pośrednio poprzez strategię żalu, a znaczenie tego mechanizmu zmienia się wraz z nasileniem zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Zakres wartości efektu pośredniego ($a \times b$) wskazuje, że wraz ze wzrostem poziomu moderatora jego siła ulega osłabieniu. Oznacza to, że przy wyższych wartościach zakłóceń rola strategii żalu w przekładaniu się prężności na poziom STS była mniej wyraźna, mimo że sam związek między żalem a STS ulegał wzmocnieniu.

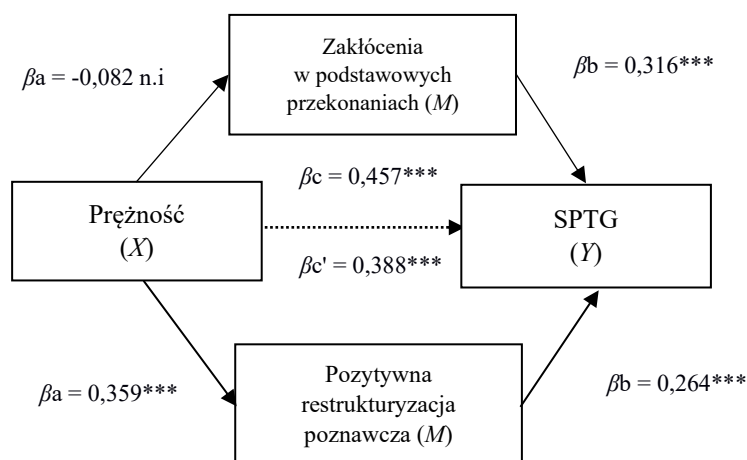
Uwzględnione w modelach mediacji dla wtórnego stresu traumatycznego zmienne kontrolne nie wykazały istotnych związków ze zmiennymi zależnymi.

W dalszej części analiz zidentyfikowano również cztery istotne modele mediacyjne dla wtórnego wzrostu potraumatycznego. Mediatorów poszukiwano wśród zmiennych poznawczych, z których dwie, pozytywna restrukturyzacja poznawcza oraz zakłócenia w podstawowych przekonaniach, okazały się pełnić istotną rolę. Pierwszy z modeli przedstawia mediację równoległą, w której obie te zmienne pośredniczą w relacji między prężnością a SPTG.

Pierwszy model (Rycina 7) mediacji równoległej dotyczył relacji między prężnością a SPTG.

Rycina 7

Model mediacyjnej roli zakłóceń w podstawowych przekonaniach i pozytywnej poznawczej restrukturyzacji w relacji między prężnością a wtórnym wzrostem potraumatycznym



Efekty pośrednie (bootstrap 5 000, BCa 95% CI): łącznie $\beta = 0,069$, $p < 0,05$; przez pozytywną poznawczą restrukturyzację $\beta = 0,095$, $p < 0,05$; przez zakłócenia w przekonaniach $\beta = -0,026$, n.i.

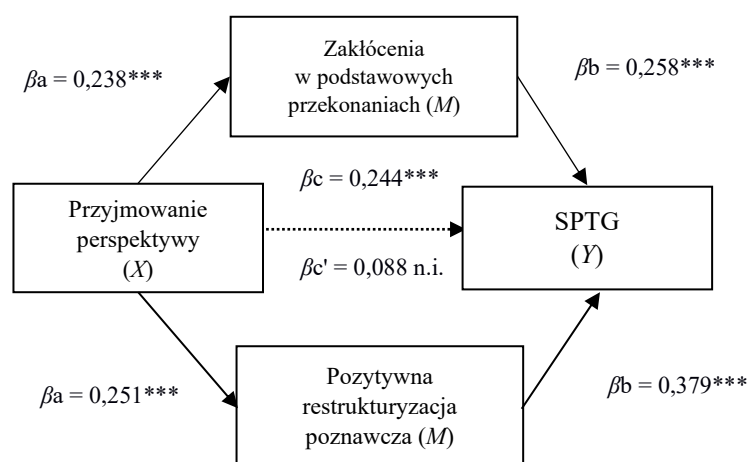
β – standaryzowany współczynnik regresji dla poszczególnych ścieżek modelu; β_a – efekt zmiennej niezależnej na mediator; β_b – efekt mediatora na zmienną zależną; β_c – efekt całkowity; β_c' – efekt bezpośredni po uwzględnieniu mediatorów. Efekty pośrednie ($a \times b$) oszacowano metodą bootstrap (5000 prób; przedziały ufności 95%). $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; n.i. – wynik nieistotny statystycznie.

Wyniki sugerują, że relacja między prężnością a wtórnym wzrostem potraumatycznym jest częściowo wyjaśniana przez strategie poznawcze. Prężność dodatnio wiązała się z pozytywną restrukturyzacją poznawczą, która z kolei przewidywała poziom SPTG. Efekt pośredni poprzez restrukturyzację poznawczą był istotny, natomiast ścieżka prowadząca przez zakłócenia w podstawowych przekonaniach okazała się nieistotna. Bezpośredni wpływ prężności na SPTG pozostał istotny, co wskazuje na częściową mediację. Otrzymane wyniki wskazują, że prężność sprzyja wzrostowi potraumatycznemu przede wszystkim poprzez uruchamianie procesów pozytywnej restrukturyzacji poznawczej.

Następny model zobrazowany na Rycinie 8 dotyczył mediacyjnej roli zakłóceń w podstawowych przekonaniach i pozytywnej poznawczej restrukturyzacji w relacji między przyjmowaniem perspektywy a wtórnym wzrostem potraumatycznym.

Rycina 8

Model mediacyjnej roli zakłóceń w podstawowych przekonaniach i pozytywnej poznawczej restrukturyzacji w relacji między przyjmowaniem perspektywy a wtórnym wzrostem potraumatycznym



Efekty pośrednie (bootstrap 5 000, BCa 95% CI): łącznie $\beta = 0,157$, $p < 0,01$; przez pozytywną poznawczą restrukturyzację $\beta = 0,095$, $p < 0,05$; przez zakłócenia w przekonaniach $\beta = 0,061$, $p < 0,05$

Objaśnienia jak na Rycinie 7.

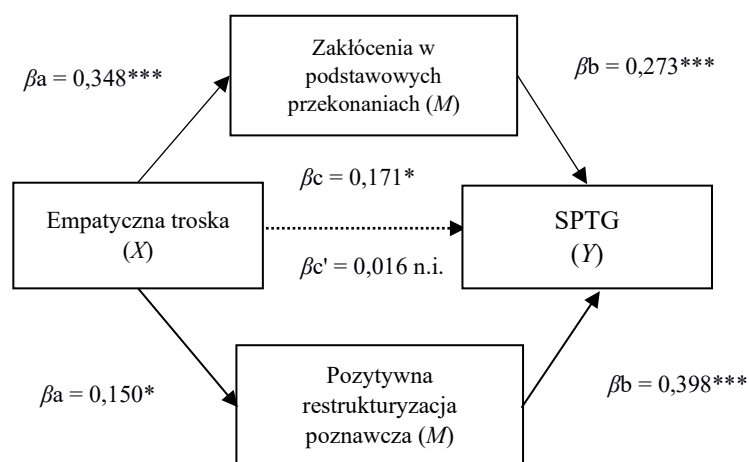
Przeprowadzona analiza mediacji równoległej wskazuje, że wpływ przyjmowania perspektywy na wtórny wzrost potraumatyczny realizuje się pośrednio poprzez dwa mechanizmy poznawcze: zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz pozytywną restrukturyzację poznawczą. Przyjmowanie perspektywy sprzyjało zarówno większemu nasileniu zakłóceń w przekonaniach, jak i, w większym stopniu, aktywizacji procesów pozytywnej restrukturyzacji poznawczej. Oba czynniki pozostawały w dodatnim związku z poziomem SPTG. Bezpośredni wpływ przyjmowania perspektywy na wtórny wzrost

potraumatyczny był nieistotny, co wskazuje na pełną mediację i tym samym pełne pośrednictwo zmiennych poznawczych.

Rycina 9 prezentuje mediacyjną rolę zakłóceń w podstawowych przekonaniach i pozytywnej poznawczej restrukturyzacji w relacji między empatyczną troską a SPTG.

Rycina 9

Model mediacyjnej roli zakłóceń w podstawowych przekonaniach i pozytywnej poznawczej restrukturyzacji w relacji między empatyczną troską a wtórnym wzrostem potraumatycznym



Efekty pośrednie (bootstrap 5 000, *BCa* 95% CI): łącznie $\beta = 0,154$, $p < 0,01$; przez pozytywną poznawczą restrukturyzację $\beta = 0,095$, $p < 0,05$; przez zakłócenia w przekonaniach $\beta = 0,060$, $p < 0,05$

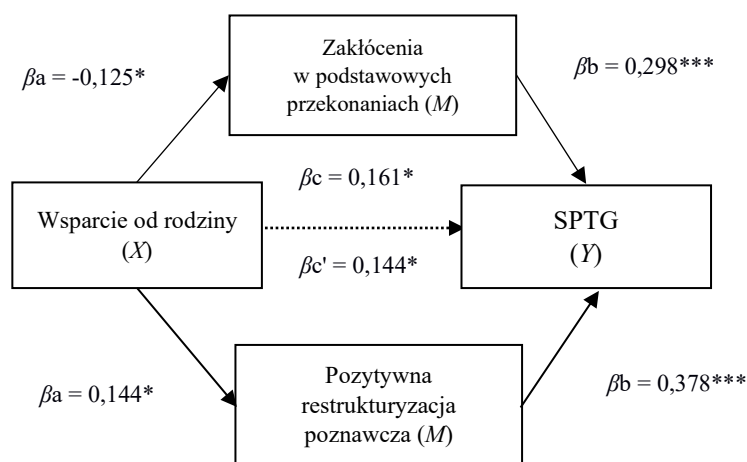
Objaśnienia jak na Rycinie 7.

Relacja między empatyczną troską a wtórnym wzrostem potraumatycznym okazała się w pełni pośredniczona przez zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz pozytywną restrukturyzację poznawczą. Wyższy poziom empatycznej troski wiązał się z większym nasileniem obu mediatorów, które z kolei przewidywały wyższy poziom SPTG. Po uwzględnieniu mediatorów bezpośredni wpływ empatii na wzrost przestał być istotny, wskazując na pełną mediację równoległą. Wynik sugeruje, iż znaczenie empatii dla wtórnego wzrostu potraumatycznego wiąże się z jej wpływem na sposób poznawczego przetwarzania doświadczeń.

Ostatni model zilustrowany na Rycinie 10 dotyczył mediacyjnej roli zakłóceń w podstawowych przekonaniach oraz pozytywnej restrukturyzacji poznawczej w relacji między wsparciem otrzymywanym od rodziny a wtórnym wzrostem potraumatycznym.

Rycina 10

Model mediacyjnej roli zakłóceń w podstawowych przekonaniach i pozytywnej poznawczej restrukturyzacji w relacji między wsparciem otrzymywanym od rodziny a wtórnym wzrostem potraumatycznym



Efekty pośrednie (bootstrap 5 000, *BCa* 95% CI): łącznie $\beta = 0,017, p < 0,05$; przez pozytywną poznawczą restrukturyzację $\beta = 0,054, p < 0,05$; przez zakłócenia w przekonaniach $\beta = -0,037, p < 0,05$

Objaśnienia jak na Rycinie 7.

W ostatnim modelu mediacji równoległej wsparcie otrzymywane od rodziny pozostawało związane z wtórnym wzrostem potraumatycznym zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio poprzez dwa odmienne mechanizmy poznawcze. Zaobserwowano dodatni efekt pośredni poprzez pozytywną restrukturyzację poznawczą oraz ujemny poprzez zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Pozytywna restrukturyzacja wiązała się z wyższym poziomem SPTG, natomiast zakłócenia w przekonaniach - z jego niższym nasileniem. Po uwzględnieniu mediatorów bezpośredni efekt wsparcia uległ osłabieniu, jednak pozostał istotny statystycznie, co wskazuje na częściową mediację o charakterze niezgodnym.

Oznacza to współwystępowanie dwóch przeciwstawnych mechanizmów pośredniczących, poprzez które wsparcie rodzinne może wiązać się z poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego.

W przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego zmienne wprowadzone do modeli jako kowariancje nie osiągnęły istotności statystycznej.

Związek między wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym

Ostatnim etapem analiz było sprawdzenie związku między poziomem wtórnego stresu traumatycznego a wtórnym potraumatycznym wzrostem. Wyniki przedstawiono w Tabeli 45.

Tabela 45

Korelacje między wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

	Wtórny wzrost potraumatyczny - ogółem	Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	Wzrost akceptacji działań na rzecz innych
Wtórny stres traumatyczny - ogółem	0,171**	0,120	0,202**	0,141*	0,118
Intruzja	0,231**	0,165*	0,216**	0,190**	0,205**
Unikanie	0,125	0,070	0,216**	0,095	0,052
Pobudzenie	0,175**	0,128	0,189**	0,147*	0,126
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	0,073	0,050	0,119	0,059	0,024

Objaśnienia jak w Tabeli 16.

Wynik ogólny STS dodatnio korelował z ogólnym poziomem SPTG ($r = 0,171$; $p < 0,01$). Spośród wymiarów wzrostu istotne zależności z STS ogółem dotyczyły przede wszystkim wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych ($r = 0,202$; $p < 0,01$) oraz większego zaufania do siebie i doceniania życia ($r = 0,141$;

$p < 0,05$). Najbardziej wyraźne związki ze wzrostem potraumatycznym dotyczyły intruzji, która pozostawała dodatnio związana zarówno z wynikiem ogólnym SPTG ($r = 0,231$; $p < 0,01$), jak i z wszystkimi jego komponentami ($r = 0,165-0,216$). W przypadku pobudzenia również ujawniono dodatnie, choć słabsze korelacje z wybranymi wymiarami wzrostu. Unikanie pozostawało natomiast powiązane jedynie z wymiarem wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych ($r = 0,216$; $p < 0,01$). Komponent zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej nie wykazywał istotnych związków ze wzrostem potraumatycznym.

Podsumowanie wyników analiz korelacji, regresji i mediacji

W przypadku wtórnego stresu traumatycznego jego nasilenie wiązało się dodatnio ze wszystkimi komponentami empatii, przy czym najsilniejsze związki dotyczyły osobistej przykrości. Dodatnie zależności dotyczyły także strategii poznawczego radzenia sobie, takich jak żal, zaprzeczanie i porównywanie w dół, oraz zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Jednocześnie wyższy poziom STS współwystępował z niższą prężnością oraz niższym poziomem wsparcia społecznego, szczególnie wsparcia emocjonalnego i wsparcia ze strony znajomych spoza środowiska pracy. W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego wyższe jego nasilenie wiązało się przede wszystkim z większą prężnością, szczególnie w obszarach związanych z podejmowaniem nowych wyzwań oraz zaufaniem do siebie i docenianiem życia. Dodatnie korelacje dotyczyły również empatycznej troski i przyjmowania perspektywy, natomiast osobista przykrość ujawniła zależności ujemne jedynie z wybranymi wymiarami wzrostu. Wśród strategii poznawczych szczególnie wyraźne były dodatnie związki z pozytywną restrukturyzacją poznawczą oraz rozwiązaniem/akceptacją. Zakłócenia w podstawowych przekonaniach również były dodatnio powiązane z poziomem wzrostu. W przypadku wsparcia społecznego jedynie wsparcie otrzymywane od rodziny okazało się być dodatnio związane z ogólnym nasileniem SPTG.

W analizach regresji dla wtórnego stresu traumatycznego szczególnie wyraźnie zaznaczyła się rola zakłóceń w podstawowych przekonaniach, które okazały się istotnym dodatnim predyktorem poziomu STS. Znaczenie miały także ich interakcje ze strategiami żalu i zaprzeczania. Same strategie poznawcze rzadko pełniły funkcję istotnych predyktorów

jako efekty główne, jednak ich udział ujawniał się w zależności od poziomu zakłóceń w przekonaniach. W części modeli wsparcie otrzymywane od znajomych spoza środowiska pracy wiązało się z niższym poziomem STS, pełniąc rolę ujemnego predyktora. Po wprowadzeniu zmiennych poznawczych zmienne socjodemograficzne, zawodowe oraz komponenty empatii zazwyczaj traciły istotność statystyczną. Zbliżony wzorzec relacji ujawniono również w analizach poszczególnych komponentów STS. W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego najbardziej konsekwentne wyniki dotyczyły prężności, pozytywnej restrukturyzacji poznawczej oraz zakłóceń w podstawowych przekonaniach, które pełniły funkcję dodatnich predyktorów poziomu SPTG. W części modeli, również dla wyniku ogólnego, dodatnim predyktorem okazała się być superwizja. Zmienne zawodowe i socjodemograficzne częściej przestawały być istotne po uwzględnieniu zmiennych poznawczych. Efekty interakcyjne pojawiały się sporadycznie i dotyczyły jedynie wybranych komponentów wzrostu

W modelach dotyczących wtórnego stresu traumatycznego strategię żalu i zaprzeczania pełniły funkcję mediatorów w relacji między komponentami empatii oraz prężnością a poziomem STS. W przypadku empatycznej troski związek ten był w pełni mediowany przez strategię żalu, natomiast dla osobistej przykrości zarówno żal, jak i zaprzeczanie pełniły rolę mediatorów częściowych. W modelu dotyczącym prężności efekt tej zmiennej na STS również przebiegał pośrednio przez strategię żalu. We wszystkich modelach siła efektów pośrednich zmieniała się w zależności od poziomu zakłóceń w podstawowych przekonaniach. W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego rolę mediatorów pełniły przede wszystkim pozytywna restrukturyzacja poznawcza oraz zakłócenia w podstawowych przekonaniach. W modelu dla prężności istotny był przede wszystkim efekt pośredni poprzez restrukturyzację poznawczą, przy jednoczesnym utrzymaniu efektu bezpośredniego. W przypadku przyjmowania perspektywy oraz empatycznej troski uzyskano mediację pełną, natomiast dla wsparcia otrzymywanego od rodziny, mediację częściową. W większości modeli po uwzględnieniu mediatorów efekty bezpośrednie ulegały osłabieniu lub traciły istotność. W jednym z modeli (dotyczącym wsparcia rodziny) wystąpiła mediacja niezgodna, w której efekty pośrednie miały przeciwne kierunki. Dodatkowo wtórny stres traumatyczny okazał się być dodatnio powiązany z wtórnym wzrostem potraumatycznym.

Rozdział VI

Dyskusja wyników

Przeprowadzone badanie ukierunkowane było na identyfikację czynników związanych zarówno z negatywnymi, jak i pozytywnymi skutkami wtórnej ekspozycji na traumę wśród osób udzielających pomocy osobom po doświadczeniach traumatycznych, a także na określenie mechanizmów pośredniczących oraz warunkujących te zależności. Uzyskane wyniki umożliwiły odniesienie się do postawionych pytań badawczych oraz weryfikację przyjętych hipotez, a także pozwoliły na osadzenie analizowanych zależności w ramach modeli wtórnej traumy zakładających współwystępowanie obciążeń i zmian o charakterze wzrostowym.

W dalszej części rozdziału rezultaty zostaną omówione w odniesieniu do celu badania, pytań badawczych, hipotez szczegółowych oraz aktualnych doniesień empirycznych.

Nasilenie wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego wśród profesjonalistów pomagających osobom doznającym zdarzeń traumatycznych

Wyniki dotyczące wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu po traumie w badanej grupie terapeutów wpisują się w dotychczasowe badania nad konsekwencjami pośredniej ekspozycji na traumę. W literaturze psychologowie i psychoterapeuci opisywani są jako grupa szczególnie narażona na koszty pracy z traumą, w związku z relacyjnym charakterem procesu terapeutycznego, wysokim poziomem empatycznego zaangażowania oraz częstym kontaktem z doświadczeniami cierpienia klientów (Figley, 1995, 2002; McCann i Pearlman, 1992; Pearlman i Saakvitne, 1995).

Na tym tle uzyskane wyniki pozwalają przyjrzeć się rzeczywistemu nasileniu tych zjawisk w badanej grupie.

Wtórny stres traumatyczny był obecny wśród profesjonalistów, jednak jego nasilenie w większości przypadków pozostawało na poziomie niskim lub umiarkowanym. U 92% psychologów i psychoterapeutów poziom wtórnego stresu traumatycznego mieścił się w zakresie niskim, natomiast wysoki poziom dotyczył 8% badanych. Taki rozkład wyników

pozostaje zgodny zarówno z doniesieniami międzynarodowymi (Craig i Sprang, 2010; Diehm i in., 2019; Velasco i in., 2023), jak i z wynikami badań prowadzonych w Polsce, w których odsetek specjalistów z wysokim nasileniem STS był stosunkowo niewielki (Kulik i in., 2023; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Ogińska-Bulik, Juczyński i Michalska, 2022). Otrzymane rezultaty sugerują, że wtórny stres traumatyczny nie przyjmuje w tej grupie charakteru powszechnego ani jednorodnego. Jego występowanie może zależeć od określonego układu czynników osobistych, zawodowych oraz organizacyjnych. Oznacza to, że mimo realnego ryzyka związanego z transmisją treści traumatycznych, większość badanych specjalistów nie doświadcza nasilonych objawów wtórnej traumatyzacji.

Inaczej przedstawiał się obraz wtórnego wzrostu po traumie. W badanej grupie poziom SPTG był zróżnicowany, jednak u blisko 70% specjalistów osiągał nasilenie umiarkowane do wysokiego. Wynik ten koresponduje z rosnącą liczbą badań wskazujących na możliwość pojawiania się pozytywnych zmian w następstwie pracy z traumą wśród profesjonalistów pomagających osobom po doświadczeniach traumatycznych (Arnold i in., 2005; Brockhouse i in., 2011; Deaton i in., 2023). Choć w części opracowań wskazuje się na raczej niskie nasilenie wtórnego wzrostu wśród różnych specjalistów, również w grupie psychologów i psychoterapeutów (Linley i in., 2005; Manning-Jones i in., 2017), coraz częściej raportowane są wyniki świadczące o jego umiarkowanym, a niekiedy wysokim poziomie, zwłaszcza w porównaniu z innymi zawodami pomocowymi (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Ogińska-Bulik i Michalska, 2022). Można przypuszczać, że długotrwały i refleksyjny kontakt z klientem sprzyja nie tylko ponoszeniu kosztów emocjonalnych, lecz także procesom nadawania znaczenia doświadczeniom, reorganizacji poznawczej oraz zmianom w obszarze wartości, relacji i postrzegania własnej roli zawodowej (Brockhouse i in., 2011; Cohen i Collens, 2013; Deaton i in., 2023).

W świetle uzyskanych wyników hipoteza 1 znalazła potwierdzenie częściowe. Niskie nasilenie STS było w badanej grupie wyraźnie zaznaczone, natomiast poziom SPTG częściej przyjmował wartości umiarkowane i wysokie.

Znaczenie zmiennych biograficzno-zawodowych dla negatywnych oraz pozytywnych skutków wtórnego narażenia na traumę

W kolejnej części rozprawy przedyskutowane zostaną związki zmiennych biograficzno-zawodowych z nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Płeć

Kobiety, w porównaniu z mężczyznami, uzyskały wyższe wyniki w zakresie ogólnego STS, a także w odniesieniu do intruzji oraz zmian poznawczo-emocjonalnych. Oznacza to, że obserwowane różnice międzypłciowe dotyczyły przede wszystkim intruzyjno-afektywnego wymiaru wtórnej traumy. Wynik ten można odnieść do badań wskazujących na większą wrażliwość emocjonalną i silniejszą empatię afektywną kobiet, co sprzyja intensywniejszemu angażowaniu się w przeżycia klientów, ale równocześnie może zwiększać podatność na obciążenia wynikające z kontaktu z cudzym cierpieniem (Cai i in., 2024; Laverdière i in., 2019). Podobne rezultaty ujawniają się w badaniach nad wtórnym stresem traumatycznym wśród klinicystów, gdzie kobiety częściej osiągały wyższe wskaźniki STS (Baum, 2016; Creamer i Liddle, 2005; Diehm i in., 2019). Jednocześnie należy zaznaczyć, że ustalenia w tym obszarze nie są jednoznaczne. W części opracowań nie potwierdzono istotnych różnic międzypłciowych (Padmanabhanunni, 2020; Rayner i in., 2020; Way i in., 2007). Może to sugerować, iż płeć nie stanowi czynnika samodzielnie wyjaśniającego podatność na wtórną traumę i powinna być rozpatrywana w szerszym kontekście innych uwarunkowań.

Odmienne obraz wyłonił się w odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego. W badanej grupie nie ujawniono istotnych różnic między kobietami i mężczyznami ani w wyniku ogólnym SPTG, ani w jego wymiarach. Wynik ten częściowo odbiega od doniesień, w których kobiety częściej deklarowały wyższe nasilenie pozytywnych zmian wzrostowych (Barre i in., 2024; Kalaitzaki i in., 2022; Linley i Joseph, 2007). Pozostaje jednak zgodny z badaniami wskazującymi na brak wyraźnych różnic międzypłciowych w tym zakresie (Cleary i in., 2024; Rayner i in., 2020; Samios i in., 2012).

W tej próbie płeć nie wiązała się z poziomem wtórnego wzrostu. W konsekwencji hipotezę 2.1 można uznać za potwierdzoną częściowo: płeć różnicowała nasilenie wtórnego

stresu traumatycznego, natomiast nie różnicowała istotnie wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Wiek

Kolejną zmienną rozpatrywaną jako możliwy czynnik różnicujący reakcje na wtórną ekspozycję na traumę był wiek. Wyniki badania nie wskazały na istotny związek między wiekiem a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego w badanej grupie. Jest to zgodne z częścią badań, w których nie potwierdzono jednoznacznych zależności między wiekiem a STS wśród profesjonalistów, a także z podejściami akcentującymi ograniczone znaczenie zmiennych socjodemograficznych dla wyjaśniania negatywnych konsekwencji pośredniej ekspozycji na traumę (Padmanabhanunni, 2020; Rayner i in., 2020; Yazıcı i Özdemir, 2023). Jednocześnie literatura w tym zakresie pozostaje niejednolita. W niektórych badaniach młodszy specjaliści wykazywali wyższe nasilenie STS (Hensel i in., 2015; Sprang i in., 2011), w innych natomiast wyższe wskaźniki obserwowano u osób starszych, co tłumaczono kumulacją sytuacji zawodowych i przewlekłym obciążeniem (Benuto i in., 2018). W świetle tych rozbieżności wiek trudno uznać za czynnik samodzielnie wyjaśniający podatność na rozwój negatywnych skutków wtórnej traumy. Wydaje się raczej, że jego znaczenie zależy od kontekstu pracy oraz innych współwystępujących zmiennych.

Inaczej przedstawiały się związki dotyczące wtórnego wzrostu potraumatycznego. Wiek był dodatnio powiązany z ogólnym poziomem SPTG, szczególnie w obszarze nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych. Można to rozumieć jako efekt narastającego doświadczenia, które sprzyja dostrzeganiu rozwojowego wymiaru pracy z traumą. Wynik ten pozostaje zgodny z doniesieniami podkreślającymi rolę doświadczenia życiowego i zawodowego w kształtowaniu u osób pomagających procesów wzrostowych (Brockhouse i in., 2011; Linley i Joseph, 2007). Warto tu nadmienić, iż w części badań zależności te były słabsze lub niejednoznaczne (Kalaitzaki i in., 2022; Samios i in., 2012). Dodatni związek wieku z SPTG można interpretować jako przejaw stopniowego porządkowania zawodowych doświadczeń oraz wypracowywania bardziej stabilnych sposobów rozumienia cierpienia i sensu pracy pomocowej. Taki proces sprzyja wzrostowi w zakresie kompetencji, doceniania życia oraz zaangażowania na rzecz innych (Brockhouse i in., 2011; Cleary i in., 2024; Tedeschi i Calhoun, 2004). Warto jednak podkreślić, że wpływ wieku na SPTG nie był

przedmiotem odrębnej hipotezy szczegółowej, dlatego uzyskany wynik należy traktować jako doprecyzowanie hipotezy 2, a nie jej bezpośrednie potwierdzenie.

Wyuczony zawód

W dalszej części analiz uwzględniono przygotowanie zawodowe. W literaturze podkreśla się, że wyuczony zawód nie zawsze przekłada się na odmienny sposób pracy z doświadczeniami traumy. W badanej grupie porównanie osób z wykształceniem psychologicznym oraz specjalistów wywodzących się z innych kierunków nie wykazało istotnych różnic ani w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego, ani w poziomie wtórnego wzrostu potraumatycznego. Może to wskazywać na to, że samo wykształcenie bazowe nie stanowiło czynnika różnicującego reakcje na wtórną ekspozycję na traumę w analizowanej grupie. Rezultat ten pozostaje częściowo rozbieżny z doniesieniami sugerującymi wyższe ryzyko STS wśród osób bez psychologicznego wykształcenia (Baird i Jenkins, 2003; Hong i in., 2024). Jednocześnie jest on zgodny z ujęciami, w których większe znaczenie przypisuje się nie tyle formalnym kwalifikacjom początkowym, co sposobowi funkcjonowania w roli zawodowej, dostępności wsparcia, możliwości refleksyjnego opracowywania doświadczeń oraz kompetencjom rozwijanym w toku praktyki. W świetle uzyskanych rezultatów zmienna zawodu bazowego nie różnicowała istotnie ani poziomu STS, ani SPTG, co oznacza, że hipoteza 2 nie została w tym zakresie potwierdzona.

Obszar funkcjonowania zawodowego

Analizując kontekst wykonywanej pracy, sprawdzono, czy środowisko zawodowe wiąże się nasileniem konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę. W badanej grupie obszar funkcjonowania zawodowego nie różnicował istotnie poziomu wtórnego stresu traumatycznego. Niezależnie od tego, czy badani pracowali w obszarze klinicznym, edukacyjnym, czy resocjalizacyjno-interwencyjnym, poziom STS był zbliżony. Wskazuje to, że o nasileniu wtórnego stresu traumatycznego może w większym stopniu decydować sposób przeżywania relacji pomocowej i poziom zaangażowania emocjonalnego niż sam typ instytucji. Taki kierunek interpretacji jest zgodny z ustaleniami Sabin-Farrell i Turpina (2003), którzy zwracali uwagę na znaczenie intensywności kontaktu z doświadczeniami klientów.

Odmienne przedstawiały się zależności dotyczące wtórnego wzrostu potraumatycznego. Wyższe poziomy SPTG obserwowano u osób pracujących w systemie resocjalizacyjno-interwencyjnym oraz w obszarze edukacji i rozwoju, natomiast niższe w sektorze ochrony zdrowia i opieki klinicznej, szczególnie w wymiarze doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych. Może to oznaczać, że środowiska silniej osadzone społecznie i ukierunkowane na długofalową zmianę sprzyjają refleksji nad sensem pracy i własną rolą zawodową. W literaturze podkreśla się, że poczucie misji, identyfikacja z rolą oraz społeczny wymiar wykonywanych zadań wiążą się z procesami wzrostowymi (Arnold i in., 2005; Ben-Porat, 2015; Brockhouse i in., 2011). Podobne tendencje opisywano wśród pracowników socjalnych, kuratorów sądowych i innych specjalistów systemów interwencyjnych, gdzie znaczenie przypisywano odpowiedzialności społecznej i aksjologicznemu wymiarowi pracy (Deaton i in., 2023; Hyatt-Burkhart, 2014; Ogińska-Bulik i Michalska, 2022). Jednocześnie wyniki badań nie są w tym zakresie jednoznaczne. W części analiz prowadzonych wśród klinicystów i personelu ochrony zdrowia nie potwierdzono niższego poziomu SPTG w porównaniu z innymi obszarami pracy (Beck i Casavant, 2020; Kang i in., 2018; Zerach i Shalev, 2015). Otrzymane rezultaty sugerują więc, że znaczenie środowiska zawodowego wyraźniej ujawnia się w odniesieniu do procesów wzrostowych niż do objawów wtórnego stresu traumatycznego.

W obszarze tej zmiennej hipoteza 2 została potwierdzona częściowo.

Forma organizacyjna pracy

Uzupełniając analizę kontekstu pracy, uwzględniono także formę organizacyjną zatrudnienia. Zmienna ta nie wykazała związku ani z ogólnym poziomem STS, ani z poziomem SPTG, chociaż w przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego zależność ujawniła się w wybranych wymiarach wzrostowych. Osoby zatrudnione jedynie w instytucjach osiągały wyższe wyniki w zakresie doświadczeń duchowych oraz poczucia odpowiedzialności za innych. Wynik ten można odnieść do badań wskazujących, że praca silnie osadzona w strukturach społecznych sprzyja refleksji nad wartościami, sensem podejmowanych działań oraz znaczeniem roli zawodowej (Brockhouse i in., 2011; Ben-Porat, 2015; Deaton i in., 2023; Hyatt-Burkhart, 2014; Ogińska-Bulik i Michalska, 2022).

Multizatrudnienie

W analizowanej próbie wykonywanie pracy w kilku miejscach jednocześnie nie wiązało się z istotnymi różnicami ani w poziomie wtórnego stresu traumatycznego, ani w nasileniu wtórnego wzrostu potraumatycznego. Sam fakt multizatrudnienia nie przekładał się więc jednoznacznie ani na większe koszty pracy z traumą, ani na wyższy poziom zmian o charakterze wzrostowym. Brak różnic może wynikać ze współwystępowania czynników działających w przeciwnych kierunkach. Z jednej strony praca w kilku miejscach może zwiększać zmęczenie i obciążenia organizacyjne. Z drugiej bywa także związana z większą autonomią zawodową, szerszym zakresem doświadczeń oraz częściowym rozproszeniem kontaktu z najbardziej obciążającymi treściami traumatycznymi. W takich warunkach czynniki obciążające i ochronne mogą się wzajemnie równoważyć, a to utrudnia uchwycenie wyraźnych różnic w zakresie konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumatyczne doświadczenia (Craig i Sprang, 2010; Deaton i in., 2023; Hensel i in., 2015; Quinn i in., 2019).

W odniesieniu do multizatrudnienia oraz formy organizacyjnej pracy hipoteza 2 nie została potwierdzona.

Liczba grup wiekowych pacjentów/klientów

Kolejnym wskaźnikiem profilu ekspozycji zawodowej była liczba grup wiekowych pacjentów lub klientów, z którymi pracowali badani specjaliści. W analizowanej grupie zmienna ta nie różnicowała poziomu wtórnego stresu traumatycznego. Wynik ten pozostaje częściowo rozbieżny z doniesieniami wskazującymi na podwyższone ryzyko STS w pracy z dziećmi. W literaturze zjawisko to wiąże się z większą intensywnością reakcji emocjonalnych oraz silniejszym oddziaływaniem treści traumatycznych związanych z doświadczeniami najmłodszych klientów (Creamer i Liddle, 2005; Hiles Howard, 2015).

W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego zależności miały odmienny charakter. Wyższe nasilenie pozytywnych zmian obserwowano u osób pracujących z dwiema lub wszystkimi grupami wiekowymi, zwłaszcza w zakresie rozwoju kompetencji zawodowych oraz doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych. Rezultat ten pozostaje zgodny z badaniami podkreślającymi, że zróżnicowanie pracy klinicznej sprzyja elastyczności poznawczej, poszerzeniu repertuaru interwencji oraz

uczeniu się poprzez refleksję nad własnym działaniem (Arnold i in., 2005; Barrington i Shakespeare-Finch, 2013; Cohen i Collens, 2013; Manning-Jones i in., 2016). Ponadto różnorodność grup wiekowych nie musi oznaczać większej intensywności traumy. Może natomiast wiązać się z większą złożonością sytuacji klinicznych i wymagać częstszego modyfikowania dotychczasowych schematów poznawczych. Taki proces sprzyja nadawaniu doświadczeniom zawodowym sensu i stanowi jeden z mechanizmów wtórnego wzrostu potraumatycznego (Brockhouse i in., 2011; Manning-Jones i in., 2015).

I w tym przypadku hipotezę 2 potwierdzono jedynie częściowo.

Praca z przemocą

Uwzględnienie charakteru problematyki klinicznej, w tym pracy z doświadczeniami przemocy, nie wiązało się z istotnymi różnicami w poziomie wtórnego stresu traumatycznego między specjalistami pracującymi z osobami po doświadczeniu przemocy a tymi, którzy w swojej praktyce nie mają kontaktu z tego rodzaju problematyką. Wynik ten można wiązać z procesami habituacji oraz adaptacji emocjonalnej, które przy częstej ekspozycji na trudne treści mogą sprzyjać rozwijaniu bardziej efektywnych strategii regulacji emocjonalnej (Bonanno, 2021; Endsjø i in., 2024). Nie można także wykluczyć znaczenia selekcji zawodowej, w ramach której do pracy z problematyką przemocy trafiają osoby lepiej do niej przygotowane. Z kolei wyższe nasilenie unikania obserwowane u specjalistów rzadziej stykających się z takimi treściami może odzwierciedlać większy lęk antycypacyjny oraz mniejsze doświadczenie zawodowe. Uzyskany wynik pozostaje przy tym rozbieżny z częścią doniesień wskazujących na podwyższone ryzyko STS w pracy z osobami dotkniętymi przemocą interpersonalną (Benuto i in., 2018; Creamer i Liddle, 2005).

W przypadku SPTG nie stwierdzono istotnych różnic w poziomie ogólnym. Różnice ujawniły się natomiast w zakresie wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych, gdzie wyższe nasilenie tego wymiaru obserwowano u osób, które w swojej pracy nie zajmują się problematyką przemocy. Wynik ten można wiązać z rzadszym kontaktem z najbardziej obciążającymi treściami oraz większą możliwością refleksji nad doświadczeniami. Jednocześnie w literaturze obecne są doniesienia wskazujące, że praca z osobami po doświadczeniu przemocy interpersonalnej może wiązać się z wyższym poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego, szczególnie przy odpowiednich zasobach

osobistych i wsparciu zawodowym, sprzyjających pogłębieniu sensu pracy (Arnold i in., 2005; Manning-Jones i in., 2015; Zerach i Shalev, 2015).

Obciążenie pracą

Po uwzględnieniu kontekstu i profilu pracy kolejnym krokiem była analiza obciążenia zawodowego, które w literaturze wskazywane jest jako istotne zarówno dla negatywnych, jak i pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę. Zmienna ta bezpośrednio odnosiła się do hipotezy 2.2. W analizowanej grupie wskaźniki obciążenia nie były istotnie związane z ogólnym poziomem wtórnego stresu traumatycznego ani z większością jego komponentów. Wyjątek stanowił dodatni związek nakładu pracy z komponentem zmian poznawczo-emocjonalnych. Oznacza to, że większe obciążenie wiązało się przede wszystkim z nasileniem kosztów w obszarze poznawczo-afektywnym, nie przekładając się na wzrost globalnego poziomu STS. Uzyskany wzorzec tylko częściowo pokrywa się z wynikami badań, w których obciążenie zawodowe wskazywane było jako wyraźny czynnik ryzyka wtórnej traumatyzacji (Jenkins i in., 2011; Shalvi i in., 2011; Steed i Bicknell, 2001). Jednocześnie jest on zgodny z doniesieniami podkreślającymi złożony i nieliniowy charakter relacji między obciążeniem a STS (Hensel i in., 2015; Rayner i in., 2020; Sabin-Farrell i Turpin, 2003). Wskazuje się przy tym, że znaczenie obciążenia zawodowego zależy od zasobów osobistych, sposobów regulacji emocji oraz warunków organizacyjnych pracy. W takich ujęciach jego wpływ ma charakter wybiórczy i może ujawniać się jedynie w wybranych komponentach STS (Bride, 2007; Craig i Sprang, 2010; Turgoose i in., 2017). Inne badania sugerują również, że konsekwencje wysokiego obciążenia częściej przejawiają się w postaci wypalenia zawodowego niż wzrostu ogólnego poziomu wtórnego stresu traumatycznego (Maslach i Leiter, 2016; Ulaş i Seçer, 2025). W takim ujęciu obciążenie wiąże się głównie z wyczerpaniem emocjonalnym i obniżeniem dobrostanu, niekoniecznie natomiast z nasileniem objawów STS.

Inny obraz wyłonił się w odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego. Zarówno wynik ogólny SPTG, jak i jego poszczególne wymiary były dodatnio powiązane ze stażem pracy ogółem, stażem pracy z traumą, liczbą godzin pracy tygodniowo oraz nakładem pracy. Wskazuje to, że większa intensywność i dłuższy czas ekspozycji zawodowej mogą sprzyjać wtórnemu wzrostowi potraumatycznemu. Rezultat ten pozostaje zgodny

z badaniami pokazującymi, że powtarzalny kontakt z doświadczeniami traumatycznymi, przy sprzyjających warunkach przetwarzania tych doświadczeń, może wspierać rozwój wtórnych zmian wzrostowych (Brockhouse i in., 2011; Cleary i in., 2024; Linley i Joseph, 2007; Tedeschi i Calhoun, 2004). Podobne zależności opisywano w badaniach terapeutów i innych profesjonalistów, w których większe doświadczenie zawodowe wiązało się z wyższym poziomem zmian w obszarze kompetencji i relacji (Arnold i in., 2005; Cohen i Collens, 2013; Deaton i in., 2023; Ogińska-Bulik i Michalska, 2022). Jednocześnie część badań nie potwierdza jednoznacznych związków między wskaźnikami obciążenia pracą a nasileniem SPTG. Wskazuje się tam na znaczenie zmiennych pośredniczących, takich jak styl radzenia sobie, jakość refleksyjnego opracowywania doświadczeń, wsparcie społeczne czy superwizja (Joseph i Linley, 2005; Manning-Jones i in., 2017; Samios i in., 2012). Pojawiają się również wyniki sugerujące, że nadmierne obciążenie może hamować zmiany wzrostowe, jeśli prowadzi do przeciążenia regulacyjnego i ogranicza zasoby poznawcze niezbędne do integracji doświadczeń (Kalaitzaki i in., 2022; Rayner i in., 2020). Zależność między obciążeniem zawodowym a SPTG może mieć zatem charakter warunkowy i zależeć od kontekstu oraz dostępnych zasobów.

Podsumowując, przedstawione wyniki pozwalają na częściowe potwierdzenie hipotezy 2.2. Wskaźniki obciążenia zawodowego wiązały się z nasileniem wtórnego wzrostu potraumatycznego, zarówno w ujęciu globalnym, jak i w wybranych jego wymiarach. Nie potwierdzono natomiast związku z ogólnym poziomem wtórnego stresu traumatycznego, a wpływ obciążenia ujawnił się jedynie w odniesieniu do komponentu zmian poznawczo-emocjonalnych.

Zaangażowanie terapeutyczne i samorozwój

W dalszej części analiz uwzględniono zmienne odnoszące się do zaangażowania terapeutycznego oraz samorozwoju. W badanej grupie przynależność do określonego nurtu terapeutycznego nie wiązała się z różnicami ani w poziomie wtórnego stresu traumatycznego, ani wtórnego wzrostu potraumatycznego. Brak takich różnic można rozpatrywać w kontekście postępującej integracji podejść terapeutycznych oraz rosnącego znaczenia czynników procesowych w pracy klinicznej, takich jak jakość relacji terapeutycznej czy sposób pracy z doświadczeniem klienta. Warto także uwzględnić

ograniczenia pomiaru opartego na samoopisie, który nie zawsze pozwala uchwycić bardziej subtelne różnice pojawiające się w praktyce (Craig i Sprang, 2010; Sodeke-Gregson i in., 2013; Woodhams i Duran, 2024). Uzyskany rezultat nie jest w pełni zgodny z częścią wcześniejszych badań wskazujących na związki między orientacją terapeutyczną a poziomem STS i SPTG, co może sugerować, że znaczenie nurtu ujawnia się raczej w bardziej złożonych układach zmiennych niż w prostych zależnościach bezpośrednich. Ponadto osoby posiadające szkolenia w pracy z traumą nie różniły się istotnie pod względem nasilenia STS i SPTG od tych, które takich szkoleń nie deklarowały.

Inaczej wyglądały wyniki dotyczące posiadania certyfikatu psychoterapeutycznego. Osoby posiadające certyfikat ujawniały niższe nasilenie komponentów unikania i pobudzenia oraz prezentowały wyższy poziom SPTG ogółem i w obszarze akceptacji działań na rzecz innych. Można przypuszczać, że proces profesjonalizacji sprzyja lepszej regulacji najbardziej obciążających aspektów wtórnego stresu traumatycznego, a jednocześnie wiąże się ze wzmacnianiem potencjału wzrostowego poprzez rozwój refleksyjności, poczucia sprawstwa i bardziej ugruntowanej tożsamości zawodowej (Michalska, 2024).

Istotnym elementem kontekstu zawodowego pozostaje również superwizja. W analizowanej próbie korzystanie z niej nie wiązało się z różnicami w poziomie STS ani jego komponentów, natomiast osoby korzystające z superwizji uzyskiwały wyższe wyniki w zakresie SPTG. Wynik ten jest spójny z ujęciami, w których superwizję traktuje się przede wszystkim jako przestrzeń sprzyjającą refleksji nad doświadczeniami klinicznymi, integracji trudnych przeżyć oraz porządkowaniu ich znaczenia, a nie jako narzędzie bezpośredniej redukcji objawów stresu (Cann i Watson, 2019; Deaton i in., 2023; Tsirimokou i in., 2023). W literaturze zwraca się również uwagę, że efekty superwizji zależą od jej jakości, regularności oraz charakteru relacji superwizyjnej (Whittenbury i in., 2025). Uzyskane wyniki wskazują, że superwizja w większym stopniu wiąże się z procesami wzrostowymi niż z obniżeniem poziomu STS, a jej znaczenie dla wtórnego stresu traumatycznego może mieć charakter pośredni lub ujawniać się w dłuższej perspektywie.

Hipoteza 2.3 została potwierdzona częściowo. Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego wiązało się z niższym nasileniem wybranych komponentów STS oraz z wyższym poziomem SPTG. Nie potwierdzono natomiast różnic związanych

z orientacją terapeutyczną. Korzystanie z superwizji nie różnicowało poziomu STS, lecz wiązało się z wyższym nasileniem wtórnego wzrostu potraumatycznego, dlatego hipotezę można uznać za potwierdzoną jedynie w odniesieniu do SPTG.

Trauma własna i terapia

W analizowanej grupie doświadczenie traumy własnej nie wiązało się z istotnymi różnicami w poziomie wtórnego stresu traumatycznego. Podobny brak jednoznacznych zależności pojawia się w części badań prowadzonych wśród profesjonalistów pracujących z osobami po traumie (Craig i Sprang, 2010; Manning-Jones i in., 2017; Rayner i in., 2020). Z drugiej strony są też doniesienia wskazujące na możliwość zwiększonego ryzyka wtórnej traumatyzacji u osób z takim doświadczeniem, zwłaszcza przy dużej intensywności ekspozycji zawodowej lub ograniczonym dostępie do wsparcia (Creamer i Liddle, 2005; Laverdière i in., 2019). Nowsze przeglądy pokazują, że znaczenie doświadczeń traumatycznych nie jest jednoznaczne i zależy m.in. od stopnia ich integracji, aktualnych zasobów regulacyjnych oraz warunków pracy (Henderson i in., 2024). W tym ujęciu brak wyraźnego efektu w analizie ogólnej może wynikać zarówno ze zróżnicowanego charakteru doświadczeń w badanej próbie, jak i z odmiennych sposobów ich rozumienia i opracowywania.

Nieco inaczej wyglądały wyniki w odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego. Osoby deklarujące doświadczenie traumy własnej uzyskiwały wyższe wyniki SPTG. Wynik ten jest zbieżny z badaniami wskazującymi, że wcześniejsza konfrontacja z traumą może sprzyjać procesom wzrostowym w pracy pomocowej (Ben-Porat, 2015; Cleary i in., 2024; Ogińska-Bulik, 2018). Podobne obserwacje pojawiają się w badaniach prowadzonych wśród terapeutów, pracowników socjalnych i personelu medycznego, gdzie osobiste doświadczenia cierpienia wiązało się z większą skłonnością do refleksji nad sensem pracy oraz nad wartościami i relacjami interpersonalnymi (Arnold i in., 2005; Deaton i in., 2023).

Jednocześnie podkreśla się, że znaczenie doświadczenia traumy własnej zależy od stopnia jej opracowania. Jeśli doświadczenie to zostało w dużym stopniu zintegrowane i nie stanowi aktualnego źródła silnego obciążenia, może sprzyjać procesom wzrostowym (Joseph i Linley, 2006; Tedeschi i McNally, 2011). W przeciwnym razie może zwiększać podatność

na przeciążenie i utrudniać radzenie sobie z trudnymi treściami pojawiającymi się w pracy. W praktyce oznacza to, że doświadczenie traumy własnej trudno traktować jednoznacznie jako czynnik ryzyka albo zasób. Jego znaczenie ujawnia się raczej w określonych warunkach, zwłaszcza przy sprzyjającym kontekście pracy i możliwości refleksji nad doświadczeniem.

Odrębnie sprawdzono znaczenie doświadczenia terapii własnej. Badani profesjonaliści, którzy byli w trakcie lub po terapii własnej, nie wykazywali niższego nasilenia objawów STS w porównaniu z osobami, które nie korzystały z tej formy wsparcia. Podobny, nieistotny statystycznie wzorzec pojawił się w odniesieniu do SPTG. Osoby z doświadczeniem terapii własnej uzyskiwały natomiast nieco wyższe wyniki w obszarze nowych wyzwań i wzrostu kompetencji zawodowych. Wynik ten częściowo pozostaje zgodny z ustaleniami Linleya i Josepha (2007), choć inne badania wskazują na dodatnie związki między STS a wcześniejszą terapią osobistą (Laverdière i in., 2019). W literaturze zwraca się uwagę, że znaczenie terapii własnej zależy od jej funkcji, momentu w przebiegu kariery zawodowej oraz stopnia integracji doświadczeń terapeutycznych z praktyką (Cleary i in., 2024; Deaton i in., 2023). W tym kontekście brak jednoznacznych efektów w niniejszym badaniu może wynikać zarówno z niejednorodnego charakteru tej zmiennej, jak i z uproszczonego sposobu jej pomiaru.

Hipoteza 2.4 została potwierdzona częściowo. Doświadczenie traumy własnej nie wiązało się z wyższym nasileniem STS, natomiast pozostawało związane z wyższym poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego. Doświadczenie terapii własnej również nie różnicowało STS i SPTG.

W odniesieniu do hipotezy 2 uzyskane wyniki pokazują, że zmienne biograficzno-zawodowe pozostają w relacji ze skutkami wtórnej ekspozycji na traumę, jednak zależności te mają charakter selektywny. Wyraźniej zaznaczają się one w obszarze wtórnego wzrostu potraumatycznego niż wtórnego stresu traumatycznego. Uzyskany obraz jest spójny z ujęciem, w którym czynniki biograficzno-zawodowe w większym stopniu wiążą się z wtórnym stwzrostem po traumie niż z nasileniem objawów wtórnego stresu traumatycznego. Jednocześnie brak pełnego potwierdzenia hipotez dotyczących związków tych zmiennych z STS i SPTG wskazuje, że ich znaczenie jest raczej ograniczone i zależne od szerszego kontekstu funkcjonowania zawodowego oraz indywidualnych zasobów. Nie

można też wykluczyć, że brak istotnych zależności w części analiz wynikał z niewielkiej wielkości efektów lub specyfiki badanej grupy.

Związki między zasobami osobistymi, społecznymi i zmiennymi poznawczymi a STS i SPTG

W kolejnej części rozprawy przedyskutowane zostaną związki zasobów osobistych i społecznych oraz zmiennych poznawczych z nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie.

Prężność

W badanej grupie profesjonalistów wyższy poziom prężności wiązał się z niższym nasileniem wtórnego stresu traumatycznego. Zależność ta była szczególnie widoczna w odniesieniu do komponentu zmian poznawczo-emocjonalnych STS. Oznacza to, że wyższa prężność współwystępowała z mniejszym nasileniem trudności w regulacji emocji, interpretowaniu doświadczeń i utrzymywaniu spójności poznawczej w warunkach pośredniej ekspozycji na traumę. Związki z komponentem intruzji były wyraźnie słabsze, co sugeruje, że prężność w mniejszym stopniu odnosi się do samego pojawiania się intruzyjnych treści, a raczej do sposobu radzenia sobie z nimi oraz ograniczania ich konsekwencji poznawczych i emocjonalnych. Kierunek tych zależności jest zgodny z ujęciami prężności jako zasobu wspierającego adaptację w sytuacjach wysokiego obciążenia emocjonalnego i poznawczego oraz jako czynnika ochronnego w obszarze wtórnej traumatyzacji (Block i Block, 1980; Connor, 2006; Ludick i Figley, 2017; Tugade i Fredrickson, 2004). Podobne wyniki uzyskiwano także w badaniach innych grup profesjonalistów (Harker i in., 2016; Greinacher i in., 2019; Kalaitzaki i Rovithis, 2021; Kercher i Gossage, 2024). Warto jednak zaznaczyć, że relacja ta może mieć charakter dwukierunkowy. Długotrwałe obciążenie oraz nasilone objawy STS mogą z czasem osłabiać prężność jako zasób adaptacyjny, dlatego interpretacja wyników badań przekrojowych wymaga ostrożności (Ulaş, 2025; Zacharias i Upendra, 2024). Co ciekawe, w literaturze opisywano także dodatnie związki między STS a prężnością, wskazujące, że u części specjalistów kontakt z traumą może wiązać się z mobilizacją zasobów adaptacyjnych (Tokatlıoğlu i in., 2025). Z tymi wynikami może korespondować dodatni związek komponentu prężności, jakim jest optymistyczne

nastawienie do życia i zdolność do mobilizacji, z ogólnym nasileniem STS uzyskany w niniejszym badaniu.

W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego wyższy poziom prężności wiązał się z wyższym wynikiem ogólnym SPTG oraz wszystkimi jego wymiarami. Najsilniej zaznaczało się to w obszarach rozwoju kompetencji zawodowych, wzrostu zaufania do siebie oraz doceniania życia. W badanej grupie może to oznaczać, że osoby o wyższej prężności częściej wykorzystują doświadczenia związane z pracą z traumą jako punkt odniesienia dla refleksji nad własną praktyką zawodową. W tym ujęciu opracowywanie doświadczeń polega na stopniowym nadawaniu im znaczenia oraz włączaniu ich w sposób myślenia o własnym rozwoju zawodowym i osobistym. Taki obraz pozostaje zgodny z modelami wzrostu potraumatycznego, które podkreślają rolę zasobów osobistych w procesie nadawania znaczenia trudnym doświadczeniom i integrowania ich w spójną narrację rozwoju (Tedeschi i Calhoun, 2004; Tedeschi i in., 2018). Zbieżne wyniki opisywano również w badaniach prowadzonych wśród profesjonalistów pracujących z traumą, w których wyższy poziom prężności wiązano z większym nasileniem wtórnych zmian wzrostowych (Jiang i in., 2023; Kang i in., 2018; Kalaitzaki i Rovithis, 2021). Ciekawym wynikiem wydaje się być ujemny związek komponentu: optymistyczne nastawienie i zdolność mobilizacji z SPTG. Wynik ten może sugerować, że optymistyczne nastawienie i zdolność mobilizacji wiążą się raczej z utrzymywaniem aktywności i radzeniem sobie „tu i teraz” niż z pogłębionym przetwarzaniem doświadczeń. W takim ujęciu komponent ten może sprzyjać większej ekspozycji na obciążające treści, a jednocześnie nie wspierać procesów prowadzących do wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Uzyskany układ zależności potwierdza hipotezę 3.1.

Empatia

W badanej grupie empatia była w złożony sposób powiązana z konsekwencjami wtórnej ekspozycji na traumę. Wszystkie jej komponenty pozostawały dodatnio związane z nasileniem wtórnego stresu traumatycznego, przy czym najsilniejsze zależności dotyczyły osobistej przykrości oraz zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej. Oznacza to, że skłonność do intensywnego współodczuwania oraz przeżywania własnego dyskomfortu w kontakcie z cierpieniem innych wiąże się z większym nasileniem trudności w regulacji

emocji oraz utrzymaniu równowagi poznawczej w warunkach długotrwałego obciążenia. W literaturze podobny wzorec opisywany jest w kontekście zmęczenia współczuciem, gdzie empatyczne zaangażowanie traktowane jest jako jeden z głównych mechanizmów przenoszenia obciążenia w pracy pomocowej (Figley, 1995, 2002). W wielu badaniach komponent emocjonalny empatii, zwłaszcza osobista przykrość, wiązano z wyższym nasileniem STS oraz innych form kosztu psychologicznego wśród pracowników ochrony zdrowia i specjalistów zdrowia psychicznego (Duarte i in., 2016; Gleichgerrcht i Decety, 2013; Hunt i in., 2019; Laverdière i in., 2019; Moreno-Jiménez i in., 2023; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020). Wysoki poziom osobistej przykrości można rozumieć jako przejaw przeciążenia emocjonalnego. W takich sytuacjach trudniej zachować dystans wobec trudnych treści, uporządkować własne reakcje i oddzielić doświadczenia klienta od własnych przeżyć. Empatia przestaje wtedy pełnić funkcję regulującą, a zaczyna nasilać napięcie towarzyszące pracy z traumą.

Na uwagę zasługują również dodatnie korelacje przyjmowania perspektywy - komponentu, który zgodnie z danymi dostępnymi w literaturze pełni rolę ochronną, z nasileniem STS. Mimo ochronnej roli znaczenie przyjmowania perspektywy może zależeć od kontekstu pracy. Pogłębione poznawcze wchodzenie w narrację osoby po doświadczeniu traumy sprzyja lepszemu rozumieniu jej przeżyć, ale jednocześnie zwiększa kontakt z treściami o dużym ładunku emocjonalnym i egzystencjalnym. Przy długotrwałej i intensywnej pracy z traumą może to sprzyjać nasileniu objawów STS, zwłaszcza przy ograniczonej możliwości refleksji czy korzystania z superwizji (Dong i in., 2025; Rayner i in., 2020; Shi i in., 2022; Thomas i Otis, 2010). Możliwy jest też kierunek odwrotny, gdzie nasilone objawy wtórnego stresu mogą wiązać się ze zwiększonym wysiłkiem poznawczym ukierunkowanym na zrozumienie doświadczeń klientów, co dodatkowo pogłębia zaangażowanie w ich narracje.

W przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego obraz zależności był inny. Empatyczna troska oraz przyjmowanie perspektywy wiązały się z wyższym poziomem SPTG, natomiast osobista przykrość pozostawała w ujemnej relacji jedynie z wybranymi jego wymiarami. Wskazuje to, że znaczenie mają przede wszystkim te aspekty empatii, które umożliwiają rozumienie doświadczeń klientów przy jednoczesnym zachowaniu pewnego dystansu emocjonalnego. Komponenty empatii o charakterze poznawczym i prospołecznym

sprzyjają przetwarzaniu doświadczeń związanych z pracą obejmującemu refleksję nad trudnymi sytuacjami terapeutycznymi, analizę własnych reakcji oraz próbę nadania tym doświadczeniom znaczenia. W praktyce oznacza to powracanie do sytuacji z pracy z klientem, analizowanie przebiegu interakcji, własnych reakcji i decyzji oraz stopniowe włączanie tych doświadczeń w sposób rozumienia własnej roli zawodowej. Proces ten może zachodzić zarówno w toku indywidualnej refleksji, jak i podczas superwizji czy rozmów z innymi specjalistami. Taki sposób ujęcia jest zgodny z wynikami badań prowadzonych wśród profesjonalistów pracujących z traumą, gdzie wskazuje się, że empatyczna troska oraz zdolność przyjmowania perspektywy klienta sprzyjają refleksyjnemu opracowywaniu tego, czego doświadczają w pracy pomocowej i nadawaniu temu znaczenia (Cohen i Collens, 2013; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2025; Tedeschi i Calhoun, 2004). Jednocześnie część badań pokazuje, że empatia afektywna, zwłaszcza w postaci osobistej przykrości, może sprzyjać przeciążeniu emocjonalnemu i utrudniać procesy wzrostowe (Duarte i in., 2016; Gleichgerrcht i Decety, 2013).

Hipoteza 3.2 została potwierdzona. Empatia pozostawała w dodatniej relacji z nasileniem objawów wtórnego stresu traumatycznego. Jednocześnie była powiązana z wtórnym wzrostem potraumatycznym, jednak zależność ta dotyczyła przede wszystkim empatycznej troski i przyjmowania perspektywy, a nie osobistej przykrości.

Wsparcie społeczne

W badanej grupie profesjonalistów zaobserwowano, że wszystkie uwzględnione źródła i formy wsparcia społecznego wiązały się z niższym poziomem wtórnego stresu traumatycznego. Najwyraźniejsze związki pojawiły się w przypadku wsparcia emocjonalnego oraz wsparcia pozazawodowego, zwłaszcza wsparcia otrzymywanego od znajomych spoza pracy. Zbliżone wyniki uzyskiwano w metaanalizach i badaniach wskazujących na ochronną rolę wsparcia społecznego w warunkach pośredniej ekspozycji na traumę (Baqeas i in., 2021; Greinacher i in., 2019; Xie i in., 2021; Zeng i in., 2023). Wyraźnie widoczne było znaczenie relacji funkcjonujących poza kontekstem zawodowym. Kontakt z osobami spoza środowiska pracy ułatwia czasowe zdystansowanie się od trudnych treści pojawiających się w pracy z traumą oraz pozwala utrzymać aktywności i role niezwiązane bezpośrednio z pracą pomocową. W literaturze podkreśla się, że wsparcie

pozazawodowe sprzyja zachowaniu równowagi między życiem zawodowym i prywatnym, a także ogranicza przeciążenie poznawcze wynikające z ciągłego kontaktu z traumatycznymi doświadczeniami klientów (Killian, 2008; Dekel i in., 2012).

W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego związku układały się odmiennie. Miały one słabszy charakter i obejmowały węższy zakres analizowanych zmiennych. W pewnym stopniu pozostaje to rozbieżne z doniesieniami literaturowymi, w których wskazuje się, że wysoki poziom wsparcia społecznego, zwłaszcza o charakterze emocjonalnym, sprzyja wyższemu nasileniu wtórnego wzrostu po traumie (Cleary i in., 2024; Linley i Joseph, 2007; Ogińska-Bulik, 2018; Prati i Pietrantonio, 2009; Tedeschi i Calhoun, 2004). W badanej grupie dodatnie korelacje pojawiały się głównie w odniesieniu do wsparcia otrzymywanego od rodziny oraz wybranych wymiarów SPTG. Może to sugerować, że wsparcie społeczne nie zawsze przekłada się bezpośrednio na wtórne zmiany wzrostowe. Często pełni raczej funkcję pośrednią, gdzie może stabilizować stan emocjonalny i tym samym sprzyjać odbudowie zasobów potrzebnych do refleksji nad doświadczeniami związanymi z pracą z traumą (Brockhouse i in., 2011; Xu i in., 2025; Weiss-Dagan i in., 2022).

Całościowy obraz związków pozwala na częściowe potwierdzenie hipotezy 3.3. Wsparcie społeczne pozostawało w istotnym, ujemnym związku z poziomem wtórnego stresu traumatycznego. Z kolei związki pomiędzy wsparciem społecznym a wtórnym wzrostem potraumatycznym miały charakter wybiórczy i odnosiły się przede wszystkim do wsparcia otrzymywanego od rodziny.

Poznawcze strategie radzenia sobie i zakłócenia w podstawowych przekonaniach

Otrzymane wyniki w dużym stopniu wspierają hipotezę 3.4 i pokazują odmienne związki między poznawczymi strategiami radzenia sobie z traumą a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego. W badanej grupie strategie uznawane za mniej adaptacyjne, szczególnie żal, zaprzeczanie, ale też porównywanie w dół, współwystępowały z wyższym nasileniem STS. Najsilniejsze zależności dotyczyły strategii żalu oraz komponentu zmian poznawczo-emocjonalnych. Wynik ten można wiązać z trudnościami w poznawczym domykaniu treści pojawiających się w pracy z traumą. Tak więc, skupianie się na utraconych możliwościach oraz krytyczna ocena własnych działań

utrudniają uznanie trudnych sytuacji za zakończone i sprzyjają powracaniu do nich w myślach. W takich warunkach napięcie emocjonalne związane z pracą z traumą może się utrzymywać, a koszt psychologiczny wtórnej ekspozycji rośnie (Michalska, 2024; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Williams, Davis i Millsap, 2002).

Strategie określane w literaturze jako bardziej adaptacyjne lub refleksyjne częściej współwystępowały z wyższym poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego. Pozytywna restrukturyzacja poznawcza oraz rozwiązanie/akceptacja wiązały się z próbami zrozumienia trudnych doświadczeń pojawiających się w pracy z osobami po traumie oraz zmianą sposobu ich interpretowania. Sprzyja to stopniowemu włączaniu tych doświadczeń w szersze rozumienie własnej praktyki zawodowej i rozwoju kompetencji. Podobny kierunek wyników opisywano w licznych badaniach nad wtórnym wzrostem potraumatycznym. Wskazują one, że strategie refleksyjne, zwłaszcza pozytywna restrukturyzacja poznawcza i rozwiązanie/akceptacja, sprzyjają nadawaniu znaczenia trudnym doświadczeniom oraz ich integrowaniu z doświadczeniem osobistym i zawodowym (Cann i in., 2011; Linley i Joseph, 2007; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Tedeschi i Calhoun, 2004). Jednocześnie część badań nie potwierdza jednoznacznego związku tych strategii z obniżeniem objawów wtórnego stresu traumatycznego. W literaturze podkreśla się, że ich funkcja ochronna wobec STS ujawnia się raczej w określonych warunkach, takich jak umiarkowane obciążenie zawodowe, dostępność zasobów regulacyjnych czy możliwość refleksyjnego dystansowania się od traumatycznych treści (Kalaitzaki i in., 2022; Manning-Jones i in., 2017; Rayner i in., 2020). Warto również zwrócić uwagę na interesujący wynik dotyczący dodatnich związków strategii uznawanej za mniej adaptacyjną, czyli zaprzeczania, z obszarem wzrostu doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych. Można go rozumieć jako przejaw złożonego procesu regulacyjnego, w którym okresowe dystansowanie się od trudnych doświadczeń współwystępuje z poszukiwaniem sensu i reorganizacją znaczeń, sprzyjając wzrostowi w obszarze wartości, odpowiedzialności oraz wymiaru duchowego pracy pomocowej (Park, 2010; Tedeschi i Calhoun, 2004). Jednocześnie nie można wykluczyć, że w części przypadków ma on charakter raczej defensywnej reinterpretacji niż trwałej zmiany, a podkreślanie wartości i odpowiedzialności pełni funkcję regulacyjną, ograniczając kontakt z najbardziej obciążającymi treściami (Zoellner i Maercker, 2006; Jayawickreme i Blackie, 2014).

Istotne okazały się także wyniki dotyczące zakłóceń w podstawowych przekonaniach. W analizowanej grupie psychologów i psychoterapeutów zmienna ta była dodatkowo powiązana zarówno z nasileniem wtórnego stresu traumatycznego, jak i wtórnego wzrostu potraumatycznego. Wynik ten jest zgodny z koncepcjami wzrostu potraumatycznego, w których naruszenie dotychczasowego systemu przekonań traktowane jest jako mechanizm uruchamiający zarówno reakcje stresowe, jak i procesy rozwojowe (Janoff-Bulman, 1992; Park, 2010; Park, 2022; Tedeschi i Calhoun, 2004). Badania prowadzone wśród profesjonalistów pracujących z osobami po traumie pokazują, że naruszenie systemu znaczeń wiąże się z nasileniem objawów wtórnej traumatyzacji, a jednocześnie sprzyja refleksji nad własnymi doświadczeniami zawodowymi. W sprzyjających warunkach proces ten może prowadzić do wtórnego wzrostu potraumatycznego (Cleary i in., 2024). Nie wszystkie wyniki są jednak w tym zakresie spójne. W części opracowań podkreśla się, że sama destabilizacja poznawcza wiąże się przede wszystkim ze wzrostem dystresu, zwłaszcza gdy nie towarzyszą jej odpowiednie zasoby regulacyjne oraz bardziej konstruktywne strategie radzenia sobie (Rayner i in., 2020; Shakespeare-Finch i Lurie-Beck, 2014; Zoellner i Maercker, 2006). Rozbieżności te sugerują, że zakłócenia w podstawowych przekonaniach mogą uruchamiać procesy prowadzące do wzrostu potraumatycznego, ale same nie przesądzają o jego wystąpieniu. Ich znaczenie zależy od dostępnych zasobów oraz sposobu nadawania znaczenia doświadczeniom.

Otrzymane wyniki potwierdzają hipotezę 3.5 mówiącą o pozytywnych związkach zakłóceń w podstawowych przekonaniach z wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem po traumie.

Całościowy obraz związków pokazuje, że wtórny stres traumatyczny i wtórny wzrost potraumatyczny rozwijają się w oparciu o odmienne konfiguracje zasobów i procesów poznawczych. Kluczowe znaczenie ma nie tyle sama ekspozycja na traumę, ile sposób jej interpretowania i włączania w rozumienie własnych doświadczeń zawodowych.

Predyktory negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumatyczne doświadczenia

Wyniki analiz regresji hierarchicznej uzupełniają wnioski płynące z analiz korelacji oraz wcześniejszych rozważań dotyczących zmiennych biograficzno-zawodowych i pozwalają lepiej uchwycić mechanizmy związane z wtórną ekspozycją na traumę. Analizy pokazują, że dla nasilenia zarówno wtórnego stresu traumatycznego, jak i wtórnego wzrostu potraumatycznego większe znaczenie mają układy zasobów osobistych i procesów poznawczych niż pojedyncze cechy socjodemograficzne czy wskaźniki obciążenia pracą.

Taki wzorzec jest zgodny z podejściem procesualnym coraz częściej akcentowanym w literaturze, w którym STS i SPTG ujmuje się jako efekt dynamicznych procesów poznawczo-emocjonalnych uruchamianych w kontakcie z doświadczeniami traumatycznymi, a nie jedynie jako konsekwencję samej ekspozycji na traumę (Cleary i in., 2024; Park, 2010; Tedeschi i in., 2018). Jednocześnie stosunkowo wysokie wartości współczynników determinacji uzyskane w analizowanych modelach wskazują, że uwzględnione zestawy predyktorów dobrze opisują mechanizmy adaptacji do wtórnej ekspozycji na traumę.

Predyktory wtórnego stresu traumatycznego

W odniesieniu do wtórnego stresu traumatycznego szczególnie istotna okazała się interakcja między strategią żalu a zakłóceniami w podstawowych przekonaniach. Sama skłonność do żalu nie wiązała się bezpośrednio z poziomem STS, jednak przy nasilonych zakłóceniach jej znaczenie wyraźnie rosło. W takiej konfiguracji koncentrowanie się na negatywnej ocenie przeszłych doświadczeń staje się bardziej obciążające. Naruszenie podstawowych schematów dotyczących siebie i świata sprzyja sytuacji, w której żal łączy się z częstym powracaniem do trudnych treści pojawiających się w pracy z traumą. Utrudnia to ich uporządkowanie i włączenie w bardziej spójne rozumienie własnych doświadczeń wynikających z pracy z klientami/pacjentami. Taki obraz jest zgodny z poznawczymi modelami PTSD, podkreślającymi znaczenie interpretacji zdarzenia oraz trudności w reorganizacji znaczeń jako mechanizmów podtrzymujących objawy pourazowe (Ehlers i Clark, 2000; Park, 2010).

Podobny, choć słabszy efekt dotyczył zaprzeczania. Strategia ta nie była istotna jako samodzielny predyktor STS, natomiast przy wysokim poziomie zakłóceń w podstawowych przekonaniach wiązała się z wyższym nasileniem objawów. W warunkach poznawczej dezorganizacji unikanie konfrontacji z trudnymi treściami nie prowadzi do ich opracowania, raczej opóźnia ich integrację. W dłuższej perspektywie sprzyja to utrzymywaniu się napięcia i poczucia przeciążenia (Horowitz, 2001; Taku i in., 2009). Ujęcie to pozostaje spójne z koncepcjami przetwarzania emocjonalnego, zgodnie z którymi trwała redukcja objawów wymaga modyfikacji nieadaptacyjnych struktur poznawczych, a nie ich omijania (Foa i Kozak, 1986).

Poza efektami interakcyjnymi istotnym dodatnim predyktorem STS był ogólny poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Naruszenie kluczowych założeń dotyczących bezpieczeństwa, przewidywalności świata czy własnej skuteczności wiązało się z wyższym nasileniem objawów wtórnego stresu traumatycznego (Janoff-Bulman, 1992; Park, 2010). Jednocześnie ochronne znaczenie miało wsparcie otrzymywane od znajomych spoza środowiska pracy. Relacje funkcjonujące poza kontekstem zawodowym mogą pomagać w utrzymaniu równowagi między rolą pomocową a innymi obszarami funkcjonowania, co sprzyja lepszej regulacji emocjonalnej i ogranicza ryzyko nadmiernej identyfikacji z traumatycznymi doświadczeniami klientów/pacjentów (Dekel i in., 2012; Killian, 2008).

Analiza poszczególnych komponentów STS pokazała, że znaczenie mają nie tylko pojedyncze strategie poznawcze, lecz także ich współwystępowanie z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach. W przypadku intruzji i pobudzenia kluczowe były interakcje żalu, a w mniejszym stopniu także zaprzeczania, z nasileniem zakłóceń. Natrętne myśli i podwyższone napięcie pojawiały się częściej wtedy, gdy trudności w odbudowie poczucia sensu łączyły się z utrwalonym powracaniem do negatywnych ocen przeszłych doświadczeń (Ehlers i Clark, 2000; Zerach i Shalev, 2015). W odniesieniu do unikania istotna była wyłącznie interakcja żalu z zakłóceniami w przekonaniach, co wskazuje na wycofanie jako sposób regulowania napięcia w warunkach przeciążenia poznawczego (Horowitz, 2001). Najbardziej stabilny związek z zakłóceniami dotyczył zmian poznawczo-emocjonalnych, wskazując na znaczenie trudności w reorganizacji znaczeń po wtórnej ekspozycji na traumę (Ehlers i Clark, 2000; Janoff-Bulman, 1992; Park, 2010). W części

modeli widoczna była także ochronna rola wsparcia od znajomych spoza pracy, co pozostaje zgodne z badaniami dostępnymi w literaturze (Killian, 2008; Dekel i in., 2012).

Dobre dopasowanie modeli STS oraz istotność efektów interakcyjnych sugerują, że wtórny stres traumatyczny wiąże się z nakładaniem i wzajemnym wzmocnianiem procesów poznawczych i regulacyjnych.

Predyktory wtórnego wzrostu potraumatycznego

W modelu dotyczącym wtórnego wzrostu potraumatycznego najsilniejszym predyktorem okazały się zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Oznacza to, że osoby w większym stopniu podważające dotychczasowe założenia dotyczące bezpieczeństwa, sprawiedliwości świata oraz własnej skuteczności uzyskiwały wyższe wyniki w zakresie deklarowanego wzrostu. Może to wskazywać, że naruszenie utrwalonych sposobów rozumienia świata nie prowadzi wyłącznie do wzrostu dystresu, lecz może także uruchamiać procesy ponownego porządkowania doświadczeń. W takim ujęciu trudne doświadczenia związane z pracą z traumą mogą stawać się impulsem do zmiany sposobu myślenia o własnej pracy i jej znaczeniu. Wyniki te są spójne z koncepcjami wzrostu potraumatycznego, które zakładają, że kwestionowanie podstawowych przekonań może stanowić punkt wyjścia do refleksji nad doświadczeniem i stopniowej reorganizacji sposobu jego rozumienia (Park, 2010; Tedeschi i Calhoun, 2004).

Istotne znaczenie miały również prężność oraz strategia pozytywnej restrukturyzacji poznawczej. Osoby o wyższym poziomie prężności osiągały wyższe wyniki SPTG. Może to sugerować, że większa zdolność adaptacyjna sprzyja pozostawaniu w kontakcie z trudnymi doświadczeniami zawodowymi zamiast ich unikania. Z kolei pozytywna restrukturyzacja poznawcza wiązała się z tendencją do nadawania nowego znaczenia sytuacjom pojawiającym się w pracy z traumą oraz do dostrzegania w nich elementów rozwojowych. Może to prowadzić do stopniowej zmiany sposobu postrzegania własnej roli zawodowej - od koncentrowania się na obciążeniu do większego dostrzegania kompetencji, doświadczenia czy znaczenia relacji z klientami (Joseph i Linley, 2006; Tedeschi i in., 2018). W tym sensie wtórny wzrost nie jest prostą konsekwencją kontaktu z traumą wtórną, lecz raczej rezultatem sposobu, w jaki doświadczenia te są interpretowane i włączane w rozumienie własnej pracy.

Dodatkowo, choć słabszy, istotny związek z poziomem SPTG wykazywała superwizja. Może to sugerować, że możliwość regularnego omawiania doświadczeń zawodowych sprzyja ich porządkowaniu i lepszemu rozumieniu. W toku superwizji trudne sytuacje są analizowane nie tylko pod kątem merytorycznym, lecz także w odniesieniu do własnych reakcji i sposobu funkcjonowania w relacji terapeutycznej. Może to sprzyjać stopniowemu włączaniu tych doświadczeń w rozwój zawodowy oraz w szersze rozumienie własnej roli pomocowej (Tsirimokou i in., 2023).

Analiza poszczególnych komponentów wtórnego wzrostu potraumatycznego wskazuje, że znaczenie poszczególnych czynników nie jest jednakowe w każdym obszarze wzrostu. W przypadku nowych wyzwań i rozwoju kompetencji zawodowych szczególnie istotne okazały się zakłócenia w podstawowych przekonaniach, prężność oraz strategie poznawcze, takie jak pozytywna restrukturyzacja czy rozwiązanie/akceptacja. Znaczenie miała także superwizja oraz, w mniejszym stopniu, wiek. Może to wskazywać, że rozwój zawodowy pojawia się zwłaszcza wtedy, gdy trudne doświadczenia spotykają się z gotowością do refleksji nad własną praktyką i uczenia się na podstawie przeżytych sytuacji (Tedeschi i Calhoun, 2004; Park, 2010; Joseph i Linley, 2006). Jednocześnie ujemny efekt interakcyjny między zakłóceniami w przekonaniach a restrukturyzacją poznawczą może sugerować, że przy bardzo silnej dezorganizacji poznawczej sama próba pozytywnego reinterpretowania doświadczeń nie zawsze jest wystarczająca. Wzrost w obszarze doświadczeń duchowych oraz odpowiedzialności za innych był natomiast silniej powiązany z empatyczną troską, prężnością oraz zmiennymi związanymi z pracą, w tym liczbą grup klientów i brakiem pracy z przemocą. Może to sugerować, że w tych wymiarach większe znaczenie mają relacyjne aspekty pracy pomocowej. Z kolei większe zaufanie do siebie, docenianie życia oraz akceptacja działań na rzecz innych wiązały się przede wszystkim z prężnością, pozytywną restrukturyzacją poznawczą oraz zakłóceniami w podstawowych przekonaniach, a częściowo także z intensywnością pracy z traumą w formie liczby godzin pracy z traumą i korzystaniem z superwizji. Może to odzwierciedlać stopniowe odbudowywanie poczucia sprawczości oraz sensu pracy zawodowej (Calhoun i Tedeschi, 2006; Cleary i in., 2024).

Brak lub niewielka liczba efektów interakcyjnych w modelu SPTG, przy jednocześnie wysokim dopasowaniu modelu, może sugerować, że procesy wzrostowe

w większym stopniu wynikają z łącznego oddziaływania różnych zasobów niż z pojedynczych zależności między zmiennymi. Wtórny wzrost potraumatyczny można więc rozumieć raczej jako rezultat stopniowego gromadzenia zasobów osobistych i poznawczych, które pomagają nadawać znaczenie doświadczeniom zawodowym związanym z pracą z traumą.

W odniesieniu do wtórnego stresu traumatycznego hipoteza 4 została potwierdzona częściowo. Empatia nie ujawniła się jako istotny predyktor STS, jak pierwotnie zakładano, natomiast pojawiły się istotne efekty interakcyjne. W przypadku wtórnego wzrostu potraumatycznego hipoteza znalazła potwierdzenie, przy czym ujawnił się dodatkowy czynnik nieuwzględniony w hipotezach, tj. superwizja.

Porównanie predyktorów STS i SPTG

Na tym etapie warto spojrzeć łącznie na wyniki dotyczące STS i SPTG. Zakłócenia w podstawowych przekonaniach okazały się elementem wspólnym dla obu procesów, jednak ich konsekwencje zależały od sposobu dalszego opracowania doświadczeń związanych z pracą z doświadczeniem traumatycznym. W tym sensie hipoteza 4 została w dużej mierze potwierdzona, choć uzyskany układ zależności był bardziej złożony, niż zakładano.

W przypadku STS kluczowe znaczenie miały strategie poznawcze utrudniające opracowanie doświadczenia, przede wszystkim żal i zaprzeczanie. Ich rola była najbardziej widoczna przy wysokim poziomie zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Warto też zaznaczyć, że empatia nie była bezpośrednim predyktorem STS w modelach regresji, co może wskazywać na jej pośrednią rolę poprzez sposób interpretowania i poznawczego przetwarzania treści pojawiających się w pracy z traumą.

W modelach dotyczących SPTG zakłócenia w podstawowych przekonaniach również były dodatnio związane z poziomem wzrostu. Różnica polegała na tym, że w przypadku STS ich znaczenie nasilało się przy współwystępowaniu z żalem i zaprzeczaniem, natomiast w przypadku SPTG większą rolę odgrywały zasoby osobiste i strategie sprzyjające refleksji, takie jak prężność oraz pozytywna restrukturyzacja poznawcza.

W tym ujęciu naruszenie podstawowych przekonań nie jest ani jednoznacznym czynnikiem ryzyka, ani prostym mechanizmem prowadzącym do rozwoju. Można je raczej traktować jako moment zwiększonej podatności na zmianę, którego kierunek zależy od

dostępnych zasobów oraz sposobu poznawczego odnoszenia się do trudnych doświadczeń związanych z pracą z traumą.

Aktywność poznawcza jako mediator związku między zasobami osobistymi i społecznymi a konsekwencjami pośredniej ekspozycji na traumatyczne doświadczenia

Analizy mediacji pozwoliły pogłębić interpretację uzyskanych zależności, wskazując, że relacje pomiędzy zasobami osobistymi i społecznymi a wtórnym stresem traumatycznym oraz wtórnym wzrostem potraumatycznym mają w dużej mierze charakter pośredni i procesualny.

Modele mediacji dla STS

W analizach dotyczących wtórnego stresu traumatycznego uwzględniono rolę strategii poznawczych jako mechanizmów pośredniczących między zasobami jednostki a nasileniem objawów STS. Skoncentrowano się przede wszystkim na dwóch strategiach poznawczego radzenia sobie, czyli żalu oraz zaprzeczaniu analizowanych w kontekście zasobów osobistych badanych specjalistów. Do zasobów tych należały dwa komponenty empatii, tj. empatyczna troska i osobista przykrość, a także prężność. Takie ujęcie pozwalało sprawdzić, czy związek między zasobami a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego ma charakter bezpośredni, czy raczej przebiega poprzez sposób poznawczego odnoszenia się do trudnych doświadczeń pojawiających się w pracy z osobami po traumie.

W pierwszym modelu uzyskano pełną mediację, w której związek empatycznej troski z wtórnym stresem traumatycznym realizował się wyłącznie poprzez strategię żalu, przy jednoczesnym moderującym udziale zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Brak istotnego efektu bezpośredniego empatycznej troski na STS może sugerować, że sama skłonność do współodczuwania i reagowania troską na cierpienie innych nie stanowi samodzielnego czynnika ryzyka wtórnego stresu traumatycznego. Wyniki wskazują raczej, że znaczenie empatycznej troski ujawnia się w określonym kontekście poznawczym. Jest to zgodne z rozróżnieniem pomiędzy empatią o charakterze prospołecznym a taką, która w sprzyjających warunkach może prowadzić do przeciążenia emocjonalnego (Decety i Lamm, 2006; Klimecki i Singer, 2012). W analizowanym modelu empatyczna troska wiązała się z wyższym nasileniem STS przede wszystkim wtedy, gdy towarzyszyło jej częste

powracanie myślami do trudnych sytuacji zawodowych związanych z traumą oraz krytyczne ocenianie własnych reakcji. Wysoki poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach dodatkowo wzmacniał wpływ strategii żalu na nasilenie objawów. Może to wskazywać, że naruszenie dotychczasowych schematów dotyczących świata i siebie utrudnia porządkowanie treści traumatycznych i sprzyja utrzymywaniu się napięcia emocjonalnego (Ehlers i Clark, 2000; Janoff-Bulman, 1992; Park i George, 2013). Podobne mechanizmy opisywano w badaniach nad wtórną traumą u terapeutów i personelu medycznego, gdzie empatyczne zaangażowanie prowadziło do przeciążenia głównie wtedy, gdy towarzyszyły mu nieadaptacyjne sposoby przetwarzania doświadczeń (Rayner i in., 2020; Shi i in., 2022). Podsumowując, w badanej grupie specjalistów osoby przejawiające większą empatyczną troskę doświadczały wyższego poziomu wtórnego stresu traumatycznego przede wszystkim wtedy, gdy towarzyszyły temu nasilone zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz tendencja do reagowania żalem przejawiająca się w doświadczaniu nieprzyjemnych emocji i ruminacyjnemu powracaniu do trudnych doświadczeń.

Nieco odmienny obraz pojawił się w modelach dotyczących osobistej przykrości. Zarówno w przypadku mediacji przez strategię żalu, jak i zaprzeczania, uzyskano mediację częściową. Wskazuje to, że osobista przykrość zachowywała bezpośredni związek z poziomem wtórnego stresu traumatycznego, choć jego siła zmniejszała się po uwzględnieniu strategii poznawczych. Wynik ten wpisuje się w ujęcia, w których osobista przykrość traktowana jest jako komponent empatii szczególnie podatny na przeciążenie regulacyjne. Odnosi się to do sytuacji, w której intensywność własnych reakcji emocjonalnych przewyższa możliwości ich pomieszczenia i wyregulowania oraz włączenia w struktury poznawcze (Batson, 2011; Gleichgerrcht i Decety, 2013). Jednocześnie istotność ścieżek pośrednich wskazuje, że również w tym przypadku sposób poznawczego odnoszenia się do zdarzeń związanych z pracą pomocową ma znaczenie dla poziomu STS. Zarówno żal, jak i zaprzeczanie częściowo wyjaśniały związek osobistej przykrości z nasileniem wtórnego stresu traumatycznego, a ich znaczenie rosło wraz z poziomem zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Otrzymane wyniki są spójne z badaniami sugerującymi, że afektywna empatia w warunkach naruszenia systemu znaczeń może sprzyjać sposobom regulacji emocjonalnej utrudniającym uporządkowanie doświadczeń i podtrzymującym obciążenie psychiczne (Horowitz, 2001; Taku i in., 2009; Weiss-Dagan i Ben-Porat, 2022).

Podsumowując, osoby silniej doświadczające osobistej przykrości mogą być bardziej narażone na utrzymywanie się obciążenia emocjonalnego, zwłaszcza gdy towarzyszy temu ruminacyjne i unikowe przetwarzanie traumatycznych doświadczeń oraz trudności w odbudowie podstawowych przekonań na temat świata.

Kolejny model pokazał, że związek między prężnością a wtórnym stresem traumatycznym również miał charakter pośredni i zależał od zmiennych poznawczych. Strategia żalu pośredniczyła w relacji między prężnością a STS, a siła tego efektu była różnicowana przez poziom zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Niższa prężność wiązała się z częstszym korzystaniem ze strategii żalu, co przy wysokim poziomie zakłóceń w przekonaniach przekładało się na wyższe nasilenie wtórnego stresu traumatycznego. Takie ujęcie jest zgodne z koncepcjami, w których prężność traktowana jest jako zasób ułatwiający radzenie sobie z niepewnością oraz utrzymanie bardziej refleksyjnego podejścia do trudnych doświadczeń zawodowych (Connor, 2006; Kalaitzaki i Rovithis, 2021; Tugade i Fredrickson, 2004). Badania prowadzone wśród profesjonalistów pracujących z traumą wskazują również, że niższy poziom prężności może sprzyjać utrwalaniu krytycznych narracji dotyczących własnej pracy, a to może zwiększać podatność na nieadaptacyjne strategie radzenia sobie i w konsekwencji nasila skutki wtórnej ekspozycji na traumę (Jiang i in., 2023).

Modele mediacji dla SPTG

W analizach dotyczących wtórnego wzrostu potraumatycznego uwzględniono rolę strategii poznawczych jako mediatorów w relacji między zasobami osobistymi a poziomem SPTG. Skoncentrowano się przede wszystkim na pozytywnej restrukturyzacji poznawczej oraz zakłóceniach w podstawowych przekonaniach, analizowanych w kontekście empatycznej troski, przyjmowania perspektywy, prężności oraz wsparcia otrzymywanego od rodziny. Takie ujęcie pozwalało sprawdzić, czy znaczenie tych zasobów dla wtórnego wzrostu potraumatycznego ma charakter bezpośredni, czy realizuje się poprzez aktywność poznawczą.

W pierwszym modelu związek prężności z wtórnym wzrostem potraumatycznym był częściowo pośredniczony przez pozytywną restrukturyzację poznawczą. Wskazuje to, że prężność wiąże się z wyższym poziomem SPTG nie tylko bezpośrednio, lecz także poprzez sprzyjanie reinterpretowaniu traumatycznych zdarzeń wynikających z pracy

z klientami/pacjentami w kategoriach sensu, rozwoju i nabywanych kompetencji. Jednocześnie brak istotnego efektu pośredniego poprzez zakłócenia w podstawowych przekonaniach sugeruje, że prężność nie zwiększa samego poziomu poznawczej destabilizacji, lecz odnosi się raczej do sposobu opracowywania doświadczeń, które już wcześniej naruszyły dotychczasowe schematy rozumienia świata i własnej pracy. Interpretacja ta pozostaje zgodna z badaniami podkreślającymi regulacyjną funkcję prężności w procesach nadawania znaczenia trudnym doświadczeniom (Kalaitzaki i Rovithis, 2021; Tugade i Fredrickson, 2004). Tak więc osoby bardziej prężne być może częściej wykorzystują trudne doświadczenia zawodowe jako punkt wyjścia do nadawania im znaczenia i włączania ich w rozwój osobisty i zawodowy, a jednocześnie bardziej konstruktywnie opracowują już naruszone schematy poznawcze, bez pogłębiania ich destabilizacji, co sprzyja wtórnemu wzrostowi potraumatycznemu.

W modelu obejmującym przyjmowanie perspektywy uzyskano pełną mediację równoległą poprzez zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz pozytywną restrukturyzację poznawczą. Brak bezpośredniego związku tej formy empatii z poziomem SPTG wskazuje, że jej znaczenie ujawnia się poprzez aktywność poznawczą. Przyjmowanie perspektywy może wiązać się zarówno z większym podważaniem dotychczasowych sposobów interpretowania traumatycznych treści, jak i z poszukiwaniem nowych znaczeń, co wpisuje się w modele wzrostu potraumatycznego akcentujące rolę przetwarzania poznawczego i rekonstruowania znaczeń (Park, 2010; Tedeschi i Calhoun, 2004). W takim ujęciu poznawcze zaangażowanie w doświadczenia klientów tworzy warunki sprzyjające procesom wzrostowym, ale samo w sobie nie przesądza o ich wystąpieniu (Decety i Lamm, 2006; Weiss-Dagan i Ben-Porat, 2022). Reasumując, w badanej grupie osoby częściej przyjmujące perspektywę klientów w większym stopniu angażowały się poznawczo w ich doświadczenia, co sprzyjało zarówno podważaniu dotychczasowych schematów rozumienia (zakłóceniom w podstawowych przekonaniach), jak i ich ponownemu porządkowaniu poprzez pozytywną restrukturyzację, tworząc warunki sprzyjające wtórnemu wzrostowi potraumatycznemu.

Podobny obra pojawił się w przypadku empatycznej troski. Jej związek z wtórnym wzrostem potraumatycznym był w całości pośredniczony przez zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz pozytywną restrukturyzację poznawczą. Oznacza to, że empatyczne

zaangażowanie nie pełni roli bezpośredniego predyktora wzrostu, lecz nabiera znaczenia dopiero wtedy, gdy wiąże się z określonym sposobem odnoszenia się do doświadczeń zawodowych. W takich warunkach kontakt z cierpieniem klientów może prowadzić zarówno do naruszenia dotychczasowych schematów poznawczych, jak i do ich stopniowej reorganizacji, co pozostaje zgodne z ujęciami podkreślającymi rolę przetwarzania poznawczego w rozwoju potraumatycznym (Cleary i in., 2024; Klimecki i Singer, 2012; Tedeschi i in., 2018).

W modelu obejmującym wsparcie otrzymywane od rodziny stwierdzono częściową mediację o charakterze niezgodnym. Oznacza to współwystępowanie efektów bezpośrednich i pośrednich o przeciwnych kierunkach. Wsparcie rodzinne wiązało się z poziomem SPTG zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio poprzez wzmacnianie pozytywnej restrukturyzacji poznawczej oraz ograniczanie zakłóceń w podstawowych przekonaniach. Wskazuje to, że relacje rodzinne mogą oddziaływać na poziom wzrostu nie tylko jako ogólne źródło wsparcia emocjonalnego, lecz także poprzez wpływ na sposób interpretowania doświadczeń związanych z pracą z traumą; znajduje to potwierdzenie w badaniach nad rolą wsparcia społecznego w procesach wzrostowych (Linley i Joseph, 2007; Manning-Jones i in., 2017; Cleary i in., 2024). Wynik sugeruje, iż wsparcie otrzymywane od rodziny mogło zarówno wzmacniać procesy sprzyjające wtórnemu wzrostowi potraumatycznemu, jak i ograniczać poznawczą destabilizację, a jego wpływ na SPTG wydaje się złożony i zależny od sposobu, w jaki badani interpretują doświadczenia zawodowe.

Integracja modeli mediacyjnych dla STS i SPTG

Modele mediacyjne wskazują na spójny mechanizm, w którym zarówno wtórny stres traumatyczny, jak i wtórny wzrost potraumatyczny kształtują się w wyniku współdziałania zasobów jednostki i zmiennych poznawczych.

W przypadku STS istotną rolę odgrywają nieadaptacyjne strategie poznawcze, których znaczenie nasila się w warunkach zakłócenia przekonań. Z kolei procesy wtórnego wzrostu potraumatycznego rozwijają się przy podtrzymywaniu bardziej konstruktywnych sposobów ujmowania doświadczeń, w których pozytywna restrukturyzacja poznawcza pełni centralną rolę, a zakłócenia w podstawowych przekonaniach mogą pełnić funkcję inicjującą. Takie ujęcie pozostaje zgodne z nieliniowymi modelami adaptacji do traumy, zakładającymi,

że te same procesy poznawcze, w zależności od konfiguracji dostępnych zasobów, mogą prowadzić zarówno do utrzymywania się obciążenia, jak i do pojawiania się pozytywnych wtórnych zmian potraumatycznych (Bonanno, 2021; Joseph i Linley, 2006; Kim i in., 2024; Park, 2010; Tedeschi i in., 2018).

Uzyskane wyniki pozwalają uznać, że hipoteza 5, odnosząca się do mediacyjnej roli aktywności poznawczej w relacji między zasobami osobistymi i społecznymi a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie, znalazła potwierdzenie w przeprowadzonych analizach.

Związek między STS i SPTG

Wśród badanych profesjonalistów ujawniono dodatni związek między wtórnym stresem traumatycznym a wtórnym wzrostem potraumatycznym. Wynik ten może sugerować, iż wyższy poziom STS nie musi oznaczać wyłącznie większych kosztów psychologicznych. Wyższe nasilenie objawów STS może odzwierciedlać stopień, w jakim doświadczenia pojawiające się w pracy z osobami po traumie podważają dotychczasowy sposób rozumienia siebie, innych oraz własnej roli zawodowej, a także to, jak intensywnie jest emocjonalne i poznawcze mierzenie się z tymi doświadczeniami. Jeżeli jednak takie doświadczenia zostaną choć częściowo przemyślane i uporządkowane, mogą sprzyjać pojawianiu się pozytywnych zmian. Dotyczy to między innymi przewartościowania priorytetów, pogłębionej refleksji nad znaczeniem wykonywanej pracy czy wzrostu poczucia kompetencji osobistych i zawodowych. W rezultacie wtórny stres traumatyczny i wtórny wzrost potraumatyczny mogą współwystępować jako różne przejawy adaptacji do długotrwałego kontaktu z doświadczeniami traumatycznymi innych osób, a nie jako zjawiska wzajemnie się wykluczające.

Na możliwość takiego współwystępowania wskazują również wyniki badań ilościowych. Metaanalizy pokazują, że między wtórnym obciążeniem a wzrostem pojawia się niewielki, lecz istotny dodatni związek (Cleary i in., 2024; Wu i in., 2021). Jednocześnie część autorów zwraca uwagę, że relacja ta nie musi mieć charakteru liniowego. W niektórych badaniach obserwowano, że przy umiarkowanym nasileniu obciążenia wzrost bywa bardziej widoczny, natomiast przy bardzo wysokim poziomie STS jego nasilenie może ulegać osłabieniu (Manning-Jones i in., 2017; Shakespeare-Finch i Lurie-Beck, 2014).

W świetle tych ustaleń dodatnią zależność uzyskaną w niniejszym badaniu można interpretować jako przejaw współwystępowania kosztów i potencjalnych zysków związanych z pracą z traumą. Taki obraz pozostaje zgodny z dynamicznymi ujęciami adaptacji do doświadczeń traumatycznych, które zakładają, że reakcje stresowe i zmiany rozwojowe mogą pojawiać się równolegle oraz wzajemnie się przenikać (Bonanno, 2021; Tedeschi i in., 2018).

Przedstawione wyniki pozwalają zatem uznać hipotezę 6 za potwierdzoną i wskazują na istnienie istotnego dodatniego związku pomiędzy nasileniem objawów wtórnego stresu traumatycznego a poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego u osób pomagających.

Przedstawione rezultaty pozwalają lepiej uchwycić złożony, wielowymiarowy charakter funkcjonowania profesjonalistów pracujących z osobami doświadczającymi wydarzeń traumatycznych. Wskazują przy tym na istotną rolę procesów poznawczych oraz dostępnych zasobów w kształtowaniu zarówno negatywnych, jak i pozytywnych następstw wtórnej ekspozycji na traumę. Interpretując te zależności, warto jednak uwzględnić ograniczenia o charakterze metodologicznym i kontekstowym, które mogą wpływać na zakres uogólniania wniosków oraz sposób rozumienia uzyskanych efektów.

Ograniczenia badania

Mimo zastosowania narzędzi pomiarowych o wysokiej rzetelności oraz szerokiego zakresu analiz statystycznych, pewne cechy projektu badawczego wymagają uwzględnienia przy interpretacji uzyskanych wyników. Ich omówienie pozwala lepiej określić zakres formułowanych wniosków oraz wskazać możliwe kierunki dalszych badań.

Przede wszystkim badanie miało charakter przekrojowy. Taki schemat nie pozwala na jednoznaczne określenie kierunku zależności między analizowanymi zmiennymi. Zastosowane analizy korelacyjne, regresyjne i mediacyjne umożliwiły uchwycenie istotnych powiązań statystycznych, nie stanowią jednak podstawy do wnioskowania o zależnościach przyczynowo-skutkowych. Trzeba także uwzględnić możliwość relacji zwrotnych. Przykładowo wysoki poziom wtórnego stresu traumatycznego może z czasem osłabiać prężność i modyfikować dominujące strategie poznawcze. Z kolei doświadczenie wzrostu potraumatycznego może sprzyjać większej prężności oraz większej elastyczności poznawczej (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2020; Tedeschi i Calhoun, 2012). W tym kontekście

zasadne wydają się badania podłużne, które pozwalają uchwycić dynamikę tych procesów w czasie.

Kolejne ograniczenie odnosi się do zastosowania metod samoopisowych. Pomimo wysokiej rzetelności kwestionariuszy uzyskane dane odnoszą się do deklaracji uczestników, a nie do bezpośredniej obserwacji zachowań czy procesów psychicznych. W przypadku takich konstruktów jak empatia, prężność czy strategie poznawcze oznacza to ograniczoną możliwość uchwycenia ich złożoności oraz zależności od kontekstu sytuacyjnego. Na udzielane odpowiedzi mogły wpływać normy zawodowe, potrzeba utrzymania profesjonalnego wizerunku oraz dążenie do autonomii w roli zawodowej. W przyszłych badaniach warto łączyć metody ilościowe i jakościowe, na przykład poprzez wywiady pogłębione lub analizę narracji zawodowych (Joseph i Linley, 2006; Park, 2010).

Istotne ograniczenie dotyczy struktury próby badawczej. Choć jej liczebność była stosunkowo duża jak na populację specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych, uczestnicy różnili się pod wieloma względami biograficznymi i zawodowymi. Dominacja kobiet, zgodna ze strukturą zawodów pomocowych, mogła mieć znaczenie dla poziomu empatii i emocjonalnego zaangażowania, które w części badań okazują się wyższe u kobiet (Cai i in., 2024; Laverdière i in., 2019). Badani różnili się także wykształceniem, orientacją terapeutyczną, posiadaniem certyfikatu, formą zatrudnienia oraz liczbą miejsc pracy. Zróżnicowanie to zwiększa trafność ekologiczną badania, jednocześnie wprowadza dodatkową zmienność w analizowanych wskaźnikach. W kolejnych badaniach warto rozważyć pracę na bardziej jednorodnych grupach albo konsekwentne uwzględnianie tych zmiennych jako kontrolnych.

Ograniczeniem pozostaje również brak szczegółowych danych dotyczących charakterystyki pacjentów, z którymi pracowali badani. W analizach nie uwzględniono ani rodzaju, ani nasilenia traum, ani spełniania kryteriów diagnostycznych PTSD. Pośrednia ekspozycja obejmowała bardzo różne doświadczenia, od przemocy i utraty po wypadki czy zaniedbanie, jednak czynniki te nie zostały uwzględnione w modelach statystycznych. Tymczasem literatura wskazuje, że charakter treści traumatycznych, z którymi styka się terapeuta, różnicuje poziom obciążenia. W przyszłych badaniach warto uwzględnić bardziej szczegółową charakterystykę pracy klinicznej, na przykład poprzez kategoryzację rodzaju traumy lub analizę studiów przypadków.

Badanie nie obejmowało klinicznego pomiaru PTSD ani wzrostu potraumatycznego wynikającego z własnych doświadczeń traumatycznych uczestników. Uwzględniono jedynie zmienną dotyczącą doświadczenia traumy osobistej, bez oceny jej aktualnego znaczenia klinicznego. Wcześniejsze badania wskazują, że osobista trauma może zarówno zwiększać wrażliwość na cierpienie innych, jak i sprzyjać refleksyjnej integracji treści pojawiających się w pracy z traumą (Bonanno, 2021).

Nie wszystkie potencjalnie istotne czynniki kontekstowe zostały włączone do analiz jako zmienne kontrolne. Różnice w kulturze organizacyjnej, poziomie wsparcia zespołowego, autonomii zawodowej czy obciążeniu administracyjnym mogą wpływać zarówno na nasilenie wtórnego stresu traumatycznego, jak i pozytywnych zmian potraumatycznych (Sprang i in., 2007; Whittenbury i in., 2025). Ograniczeniem w uogólnianiu wyników pozostaje także osadzenie badania w określonym kontekście kulturowym, związanym z systemem kształcenia i superwizji charakterystycznym dla danego kraju.

Interpretując wyniki dotyczące wtórnego wzrostu potraumatycznego, warto uwzględnić szerszą dyskusję metodologiczną dotyczącą tego konstruktu. W literaturze wskazuje się, że część deklarowanych pozytywnych zmian może mieć charakter adaptacyjnej reinterpretacji, a nie trwałej zmiany funkcjonowania. Podkreśla się również częściowe nakładanie się PTG na inne zasoby, w tym prężność, oraz możliwy wpływ tendencji autoprezentacyjnych (Jayawickreme i Blackie, 2014; Ogińska-Bulik, 2013).

Nie można także wykluczyć, że brak istotnych zależności w części analiz wynikał z niewielkich wielkości efektów, a nie z ich faktycznego braku.

W procesie adaptacji do wtórnej ekspozycji na traumę znaczenie mogą mieć także inne zasoby podmiotowe, takie jak poczucie własnej skuteczności, system wartości, dyspozycyjny optymizm czy duchowość. Ich rola w radzeniu sobie z obciążeniem wynikającym z pracy z traumą znajduje potwierdzenie w badaniach Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2020).

Pomimo wskazanych ograniczeń badanie wnosi istotny wkład w rozumienie mechanizmów związanych z wtórnym stresem traumatycznym oraz wtórnym wzrostem potraumatycznym. Ograniczenia te wynikają w dużej mierze ze złożoności analizowanego zjawiska oraz specyfiki badanej grupy zawodowej, w której prowadzenie badań wymaga

szczególnej dbałości o standardy etyczne. Na wartość uzyskanych wyników wskazuje także fakt przeprowadzenia badania w stosunkowo rzadko analizowanej grupie profesjonalistów narażonych na wtórną traumę. Praca z osobami po doświadczeniach traumatycznych wiąże się z długotrwałym kontaktem z relacjami dotyczącymi trudnych wydarzeń oraz z koniecznością angażowania się w proces pomocy psychologicznej. Pozwala to lepiej uchwycić specyfikę funkcjonowania tej grupy. Istotnym walorem badania pozostaje także uwzględnienie wielu zmiennych psychospołecznych oraz zastosowanie zróżnicowanych metod analizy statystycznej, co umożliwiło uchwycenie bardziej złożonego układu zależności. Na uwagę zasługuje również wykorzystanie stosunkowo nowych narzędzi pomiaru, zwłaszcza w zakresie STS i SPTG.

W przyszłych badaniach warto uwzględnić także behawioralne formy radzenia sobie oraz inne zasoby osobiste. Interesującym kierunkiem pozostaje rozszerzenie analiz na grupy nieprofesjonalistów pełniących długotrwałe role opiekuńcze, u których ekspozycja na cudze cierpienie ma odmienny charakter i przebiega w innym kontekście zasobów.

W szerszej perspektywie uzyskane wyniki pozwalają spojrzeć na pracę z traumą nie tylko jako źródło obciążenia, lecz jako proces o charakterze dynamicznym, w którym negatywne i pozytywne konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę mogą współwystępować i wzajemnie się warunkować. W badanej grupie wyraźnie zaznaczyło się znaczenie sposobu przetwarzania doświadczeń oraz dostępnych zasobów, które wpływają na kierunek adaptacji do wtórnej traumy. Taki sposób ujęcia podkreśla, że sama ekspozycja na treści traumatyczne nie przesądza o konsekwencjach psychologicznych, a kluczowe znaczenie ma to, w jaki sposób doświadczenia te są interpretowane i włączane w rozumienie własnej pracy zawodowej.

Implikacje praktyczne

Wyniki badania sugerują, że skutki wtórnej ekspozycji na traumę nie zależą wyłącznie od intensywności kontaktu z wydarzeniem traumatycznym. Istotne znaczenie ma także sposób, w jaki specjaliści poznawczo i emocjonalnie odnoszą się do tych doświadczeń. Zarówno wtórny stres traumatyczny, jak i wtórny wzrost potraumatyczny pozostawały powiązane z określonymi przekonaniami dotyczącymi siebie i świata, strategiami radzenia sobie oraz zasobami osobistymi. W praktyce oznacza to, że działania profilaktyczne nie

powinny ograniczać się jedynie do regulowania obciążenia pracą. Równie istotne jest wspieranie sposobów interpretowania i porządkowania przeżyć zawodowych pojawiających się w pracy z osobami, które doświadczają traumy.

W przypadku wtórnego stresu traumatycznego szczególne znaczenie miały zakłócenia w podstawowych przekonaniach oraz strategie żalu i zaprzeczania, zwłaszcza gdy współwystępowały. Naruszenie przekonań dotyczących bezpieczeństwa, przewidywalności świata czy własnej skuteczności sprzyjało utrwalaniu mniej konstruktywnych sposobów analizowania trudnych sytuacji zawodowych. Żal, rozumiany jako powracające koncentrowanie się na negatywnej ocenie własnych decyzji, w połączeniu z unikaniem konfrontacji z najbardziej obciążającymi treściami pracy, wiązał się z wyraźniejszym nasileniem objawów. W praktyce może to przyjmować dość znajomą formę wielokrotnego wracania do myśli typu „czy zrobiłem wystarczająco dużo”, przy jednoczesnym odsuwaniu od siebie najbardziej trudnych elementów doświadczenia. Z tego względu działania profilaktyczne powinny obejmować pracę nad sposobem interpretowania trudnych doświadczeń wynikających z pracy z klientami/pacjentami oraz nad odbudową stabilności podstawowych przekonań, które w warunkach długotrwałej ekspozycji na cudze cierpienie mogą się stopniowo osłabiać (Ehlers i Clark, 2000; Horowitz, 2001).

Analizy mediacji pozwoliły na lepsze uchwycenie roli empatii. Nie była ona bezpośrednim predyktorem wtórnego stresu traumatycznego, natomiast jej znaczenie ujawniało się poprzez strategie poznawcze. Empatyczna troska wiązała się z nasileniem objawów w sytuacjach, gdy towarzyszyło jej uruchamianie żalu, natomiast osobista przykrość oddziaływała częściowo bezpośrednio, a częściowo poprzez żal i zaprzeczanie. Wskazuje to, że źródłem przeciążenia nie jest sama empatia, lecz sposób jej regulowania. Specjalista może doświadczać silnego napięcia emocjonalnego jeszcze długo po zakończeniu sesji, bez wyraźnego poczucia, że doświadczenie zostało poznawczo uporządkowane. W praktyce oznacza to potrzebę rozwijania takich form zaangażowania emocjonalnego, które pozwalają zachować wrażliwość na cierpienie innych, a jednocześnie nie prowadzą do nadmiernego przeciążenia. W tym kontekście coraz częściej podkreśla się znaczenie współczucia jako postawy bardziej stabilnej niż empatia afektywna oparta na intensywnym współodczuwaniu (Klimecki i Singer, 2012). Istotne może być także rozwijanie

samowspółczucia, które ogranicza tendencję do nadmiernie krytycznego oceniania własnych działań.

Wyraźną funkcję ochronną pełniła prężność. Wiązała się ona z mniejszą skłonnością do żalu oraz niższym nasileniem objawów wtórnego stresu traumatycznego. W pracy z traumą prężność nie oznacza obojętności wobec cierpienia ani emocjonalnego dystansu wobec klientów. Odnosi się raczej do zdolności utrzymania względnej spójności poznawczej mimo okresowych momentów destabilizacji. Obejmuje tolerowanie niepewności, elastyczne modyfikowanie interpretacji doświadczeń oraz podtrzymywanie poczucia sensu działania (Connor, 2006; Tugade i Fredrickson, 2004). W praktyce oznacza to możliwość powrotu do równowagi po szczególnie obciążającej interwencji, nie zawsze od razu, ale bez trwałego podważenia własnych kompetencji. W tym kontekście wsparcie instytucjonalne powinno sprzyjać rozwijaniu elastyczności poznawczej i umiejętności regulacji emocji, a nie wzmacniać wyłącznie narrację o odporności rozumianej jako konieczność funkcjonowania bez oznak obciążenia.

W odniesieniu do wtórnego wzrostu potraumatycznego najsilniejszym predyktorem okazały się zakłócenia w podstawowych przekonaniach. Im większe było ich nasilenie, tym wyższy poziom deklarowanego wzrostu. Wynik ten potwierdza, że zachwianie systemu znaczeń może stanowić punkt wyjścia do jego przebudowy, o ile towarzyszą temu zasoby umożliwiające konstruktywne poznawcze opracowanie doświadczenia (Tedeschi i Calhoun, 2004; Park, 2010). Wzrost nie jest więc prostą konsekwencją wtórnej ekspozycji na traumę, lecz raczej efektem pracy nad znaczeniem tych doświadczeń.

Istotną rolę odgrywała także pozytywna restrukturyzacja poznawcza. Osoby zdolne do reinterpretowania doświadczeń traumatycznych w kategoriach sensu, rozwoju czy zdobywanych kompetencji uzyskiwały wyższe wyniki wtórnego wzrostu potraumatycznego. Wskazuje to na potrzebę tworzenia w ramach superwizji i szkoleń przestrzeni do refleksji nad znaczeniem pracy z traumą, granicami odpowiedzialności oraz sposobami rozumienia własnych doświadczeń zawodowych (Joseph i Linley, 2006).

Związek superwizji z poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego podkreśla jej rolę jako stałego elementu systemu wsparcia. Regularna i jakościowa superwizja sprzyja porządkowaniu doświadczeń oraz ich integracji, zmniejszając ryzyko utrwalania się nieprzetworzonych poznawczo treści. W jej trakcie trudne sytuacje mogą zostać nazwane,

zrozumiane i osadzone w szerszym kontekście zawodowym, zamiast pozostawać w formie obciążających, nieuporządkowanych doświadczeń (Tsirimokou i in., 2023). Z perspektywy organizacji pracy oznacza to potrzebę zapewnienia realnego dostępu do superwizji, adekwatnego obciążenia pracą oraz warunków umożliwiających regenerację.

Ochronna rola wsparcia otrzymywanego od znajomych spoza pracy wobec wtórnego stresu traumatycznego pokazuje, że relacje funkcjonujące poza środowiskiem pracy pomagają utrzymać równowagę między rolą zawodową a innymi obszarami życia. Kontakty te stabilizują tożsamość i ograniczają nadmierną identyfikację z doświadczeniami klientów (Killian, 2008; Dekel i in., 2012).

Całościowy obraz wyników wskazuje, że skuteczna profilaktyka przeciążenia oraz wspieranie zmian o charakterze wzrostowym wymagają działań na kilku poziomach jednocześnie: poznawczym, emocjonalnym i organizacyjnym. Nie sama ekspozycja na traumę, lecz sposób jej przetwarzania przy określonym układzie zasobów decyduje o kierunku adaptacji. Wyniki te mogą stanowić podstawę do rozwijania programów wsparcia dla specjalistów pracujących osobami doświadczającymi traumy, które uwzględniają zarówno warunki organizacyjne pracy, jak i rozwijanie umiejętności refleksyjnego sposobu interpretowania doświadczeń z pracy pomocowej.

Wnioski

1. Konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę u profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych nie mają wyłącznie negatywnego charakteru. Obok objawów wtórnego stresu traumatycznego mogą pojawiać się także pozytywne zmiany w postaci wtórnego wzrostu potraumatycznego. Wyniki badań wskazują więc na złożony charakter adaptacji do długotrwałego kontaktu z cudzym cierpieniem.
2. Wtórny stres traumatyczny pozostaje silniej związany z zakłóceniami w podstawowych przekonaniach oraz z nieadaptacyjnymi strategiami poznawczego radzenia sobie, takimi jak żal i zaprzeczanie. Wtórny wzrost potraumatyczny wiąże się natomiast w większym stopniu z zasobami osobistymi, zwłaszcza z prężnością, a także z konstruktywnymi strategiami, w szczególności z pozytywną restrukturyzacją poznawczą.
3. Zakłócenia w podstawowych przekonaniach mogą stanowić ważny element procesu adaptacji do wtórnej ekspozycji na traumę. Pozostają one związane zarówno

z nasileniem wtórnego stresu traumatycznego, jak i z poziomem wtórnego wzrostu potraumatycznego.

4. Stwierdzony dodatni związek między wtórnym stresem traumatycznym a wtórnym wzrostem potraumatycznym wskazuje, że większe nasilenie objawów STS może wiązać się z głębszym zaangażowaniem w poznawcze i emocjonalne przetwarzanie treści związanych z pracą pomocową. W takim ujęciu stres i wzrost nie stanowią przeciwstawnych kategorii, lecz współwystępujące wymiary adaptacji do pracy z traumą.
5. Wyniki badań wskazują również na znaczenie wsparcia dla specjalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Wsparcie to nie powinno ograniczać się wyłącznie do działań zmniejszających ryzyko wtórnego stresu traumatycznego, lecz obejmować także rozwiązania sprzyjające wzmocnieniu zasobów osobistych oraz warunki ułatwiające pojawianie się wtórnego wzrostu potraumatycznego, w tym dostęp do wsparcia społecznego i superwizji.
6. Uzyskane wyniki poszerzają dotychczasową wiedzę dotyczącą psychospołecznych uwarunkowań wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego. Wskazują również na znaczenie wzajemnych powiązań między zasobami osobistymi, wsparciem społecznym oraz sposobem poznawczego przetwarzania treści pojawiających się w pracy z traumą w procesie adaptacji do pracy z osobami po doświadczeniach traumatycznych.

Zakończenie

Celem niniejszego badania było pogłębienie rozumienia mechanizmów związanych z wtórną ekspozycją na traumę w grupie profesjonalistów, psychologów i psychoterapeutów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. Uzyskane wyniki wskazują, że wtórny stres traumatyczny i wtórny wzrost potraumatyczny mogą współwystępować, a ich nasilenie wiąże się przede wszystkim ze sposobem poznawczo-emocjonalnego przetwarzania doświadczeń związanych z pracą pomocową.

Większe znaczenie niż zmienne biograficzno-zawodowe miały zakłócenia w przekonaniach, strategii poznawczego radzenia sobie oraz zasoby osobiste i społeczne. Zakłócenia w podstawowych przekonaniach stanowiły wspólny element obu procesów, jednak o kierunku adaptacji nie decydowały same w sobie, lecz towarzyszące im mechanizmy regulacyjne. Współwystępowanie zakłóceń z żalem i zaprzeczaniem sprzyjało nasileniu wtórnego stresu traumatycznego, natomiast prężność i bardziej konstruktywna reorganizacja znaczeń wiązały się z wyższym poziomem wzrostu.

Konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę nie mają jednoznacznego charakteru. W obrębie tej samej aktywności zawodowej mogą pojawiać się zarówno koszty psychologiczne, jak i zmiany pozytywne. Ich zakres zależy w dużej mierze od dostępnych zasobów oraz sposobu interpretowania doświadczeń związanych z pracą z traumą. Wyniki niniejszego badania wskazują na potrzebę dalszego rozwijania badań nad wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym oraz ich uwarunkowaniami.

Reakcje profesjonalistów na traumę doznaną przez innych mają znaczenie nie tylko dla skuteczności udzielanej pomocy, lecz także dla ich funkcjonowania zawodowego i jakości życia, a także poziomu zaangażowania i satysfakcji z pracy. Przedstawione wyniki mają również wymiar praktyczny - wskazują na potrzebę uwzględniania w działaniach szkoleniowych i superwizyjnych nie tylko czynników ograniczających ryzyko wtórnego stresu traumatycznego, lecz także zasobów i procesów sprzyjających pojawianiu się wtórnego wzrostu potraumatycznego.

Lepsze rozpoznanie psychospołecznych uwarunkowań tych zjawisk może sprzyjać pełniejszemu rozumieniu adaptacji do pracy z traumą oraz rozwijaniu form wsparcia korzystnych zarówno dla dobrostanu specjalistów, jak i jakości udzielanej przez nich pomocy.

Bibliografia

- AbiNader, M. A., Messing, J. T., Pizarro, J., Mazzio, A. K., Turner, B. G., & Tomlinson, L. (2023). Attending to our own trauma: Promoting vicarious resilience and preventing vicarious traumatization among researchers. *Social Work Research*, 47(4), 237–249. <https://doi.org/10.1093/swr/svad016>
- Acquadro Maran, D., Zito, M., & Colombo, L. (2020). Secondary traumatic stress in Italian police officers: The role of job demands and job resources. *Frontiers in Psychology*, 11, 1435. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01435>
- Adams, K. B., Matto, H. C., & Harrington, D. (2001). The Traumatic Stress Institute Belief Scale as a measure of vicarious trauma in national sample of clinical social workers. *Families in Society*, 82, 363–371. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.178>
- Adams, S. A., & Riggs, S. A. (2008). An exploratory study of vicarious trauma among therapist trainees. *Training and Education in Professional Psychology*, 2(1), 26–34. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.2.1.26>
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(3), 195–216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Akinsulure-Smith, A. M., Espinosa, A., Chu, T., & Hallock, R. (2018). Secondary traumatic stress and burnout among refugee resettlement workers: The role of coping and emotional intelligence. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 202–212. <https://doi.org/10.1002/jts.22279>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2014). *The road to resilience*. <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Argentero, P., & Setti, I. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(1), 67–75. <https://doi.org/10.1007/s00420-010-0609-0>
- Ariapooran, S. (2014). Compassion fatigue and burnout in Iranian nurses: The role of perceived social support. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19, 279–284.
- Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious Posttraumatic Growth in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239–263. <https://doi.org/10.1177/0022167805274729>
- Astin, M. C. (1997). Traumatic therapy: How helping rape victims affects me as a therapist. *Women & Therapy*, 20, 101–109. https://doi.org/10.1300/J015v20n01_17

- Atay, N., Sahin, G., & Buzlu, S. (2021). The relationship between psychological resilience and professional quality of life in nurses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 59(6), 31–36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210218-01>
- Austin, C. L., Pathak, M., & Thompson, S. (2018). Secondary traumatic stress and resilience among EMS. *Journal of Paramedic Practice*, 10(6), 240–247. <https://doi.org/10.12968/jpar.2018.10.6.240>
- Badger, K., Royse, D., & Craig, C. (2008). Hospital social workers and indirect trauma exposure: An exploratory study of contributing factors. *Health & Social Work*, 33(1), 63–71. <https://doi.org/10.1093/hsw/33.1.63>
- Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and victims*, 18(1), 71–86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181–188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Baqeas, M. H., Davis, J., & Copnell, B. (2021). Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: A scoping review. *BMC Palliative Care*, 20(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00784-5>
- Barre, K., De Boer, S., & Guarnaccia, C. (2024). Vicarious trauma and posttraumatic growth among victim support professionals. *Current Psychology*, 43, 3056–3069. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04523-2>
- Barrington, A. J., & Shakespeare-Finch, J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma: An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 89–105. <https://doi.org/10.1080/09515070.2012.727553>
- Barton, S., Boals, A., & Knowles, L. (2013). Thinking about trauma: The unique contributions of event centrality and posttraumatic cognitions in predicting PTSD and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 718–726. <https://doi.org/10.1002/jts.21863>
- Bartoskova, L. (2015). Research into post-traumatic growth in therapists: A critical literature review. *Counselling Psychology Review*, 30(3), 57–68. <https://doi.org/10.53841/bpscpr.2015.30.3.57>
- Batson, C. D. (2009). *These things called empathy: Eight related but distinct phenomena*. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *Social neuroscience: The social neuroscience of empathy* (pp. 3–15). MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>
- Batson, C. D. (2011). *Altruism in humans*. Oxford University Press.
- Batson, C. D., Ahmad, N., Lishner, D. A., & Tsang, J. (2002). *Empathy and altruism*. In K. W. Brown & M. R. Leary (Eds.), *The Oxford handbook of hypo-egoic phenomena* (pp. 161–174). Oxford University Press.
- Baugerud, G. A., Vangbæk, S., & Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among Norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *The British Journal of Social Work*, 48(1), 215–235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx002>
- Baugerud, G. A., Vangbæk, S., & Melinder, A. (2018). Secondary traumatic stress, burnout and compassion satisfaction among Norwegian child protection workers: Protective and risk factors. *British Journal of Social Work*, 48(1), 215–235.

- Baum, N. (2016). Secondary traumatization in mental health professionals: A systematic review of gender findings. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(2), 221–235. <https://doi.org/10.1177/1524838015584357>
- Beaton, R., Murphy, S., Pike, K., & Jarrett, M. (1995). *Stress-symptom factors in firefighters and paramedics*. In S. L. Sauter & L. R. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress* (pp. 227–245). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10173-014>
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery, 34*, 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry, 62*, 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.953>
- Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>
- Beck, C. T., & Casavant, S. (2020). Vicarious posttraumatic growth in NICU nurses. *Advances in Neonatal Care, 20*(4), 324–332. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000689>
- Beck, C. T., Eaton, C. M., & Gable, R. K. (2016). Vicarious posttraumatic growth in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 45*(6), 801–812. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.07.008>
- Ben-Porat, A. (2015). Vicarious post-traumatic growth: Domestic violence therapists versus social service department therapists in Israel. *Journal of Family Violence, 30*(7), 923–933. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9714-x>
- Benuto, L. T., Newlands, R., Ruork, A., Hooft, S., & Ahrendt, A. (2018). Secondary traumatic stress among victim advocates: Prevalence and correlates. *Journal of Evidence-Informed Social Work, 15*(5), 494–509. <https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1474825>
- Bercier, M. L., & Maynard, B. R. (2015). Interventions for secondary traumatic stress with mental health workers: A systematic review. *Research on Social Work Practice, 25*(1), 81–89. <https://doi.org/10.1177/1049731513517142>
- Berger, E., & Nott, D. (2024). Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction among Australian teachers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 16*(8), 1309–1318. <https://doi.org/10.1037/tra0001573>
- Bhardwaj, P., Pathania, M., Bahurupi, Y., Kanchibhotla, D., Harsora, P., & Rathaur, V. K. (2023). Efficacy of mHealth aided 12-week meditation and breath intervention on change in burnout and professional quality of life among health care providers of a tertiary care hospital in North India: A randomized waitlist-controlled trial. *Frontiers in Public Health, 11*, 1258330. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1258330>
- Block, J. H., & Block, J. (1980). *The role of ego-control and ego-resiliency in the origination of behavior*. In W. A. Collings (Ed.), *The Minnesota symposia on child psychology* (pp. 39–101). Erlbaum.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 349–361. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.349>
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*(3), 135–138. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x>

- Bonanno, G. A. (2021). *The end of trauma: How the new science of resilience is changing how we think about PTSD*. Basic Books.
- Bride, B. E. (2004). The impact of providing psychosocial services to traumatized populations. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7(1), 29–46. <https://doi.org/10.1080/15434610490281101>
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.63>
- Bride, B. E., & Kintzle, S. (2011). Secondary traumatic stress, job satisfaction, and occupational commitment in substance abuse counselors. *Traumatology*, 17(1), 22–28. <https://doi.org/10.1177/1534765610395617>
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>
- Briere, J., & Scott, C. (2015). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (2nd ed.)*. Sage.
- 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*, 24(6), 735–742. <https://doi.org/10.1002/jts.20704>
- Cai, Y., Liu, M., Li, Y., Li, J., Geng, J., Liu, X., & Zhang, J. (2024). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in oncology nurses: the mediating role of empathy. *Frontiers in public health*, 12, 1454998. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1454998>
- Calhoun, C. D., Stone, K. J., Cobb, A. R., Patterson, M. W., Danielson, C. K., & Bendezú, J. J. (2022). The role of social support in coping with psychological trauma: An integrated biopsychosocial model for posttraumatic stress recovery. *Psychiatric Quarterly*, 93(4), 949–970. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-10003-w>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1998). *Posttraumatic growth: Future directions*. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 215–238). Lawrence Erlbaum.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2000). *Early posttraumatic interventions: Facilitating possibilities for growth*. In J. M. Violanti, D. Paton, & C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 135–152). Charles C Thomas.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The Foundations of Posttraumatic Growth: An Expanded Framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 3–23). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). *Posttraumatic growth in clinical practice*. Brunner-Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203629048>
- Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2010). *The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations*. In T. Weiss & R. Berger (Eds.), *Posttraumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (pp. 1–14). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118270028.ch1>

- Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Cann, A., & Hanks, E. A. (2010). Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 125–143. <https://doi.org/10.5334/pb-50-1-2-125>
- Can, N., & Watson, J. C. (2019). Individual and relational predictors of compassion fatigue among counselors-in-training. *The Professional Counselor*, 9(4), 285–297. <https://doi.org/10.15241/nc.9.4.285>
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81–101. https://doi.org/10.1300/J497v75n02_06
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Kilmer, R. P., 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*, 23(1), 19–34. <https://doi.org/10.1080/10615800802573013>
- Caringi, J. C., Hardiman, E. R., Weldon, P., Fletcher, S., Devlin, M., & Stanick, C. (2017). Secondary traumatic stress and licensed clinical social workers. *Traumatology*, 23(2), 186–195. <https://doi.org/10.1037/trm0000061>
- Caringi, J. C., Stanick, C., Trautman, A., Crosby, L., Devlin, M., & Adams, S. (2015). Secondary traumatic stress in public school teachers: Contributing and mitigating factors. *Advances in School Mental Health Promotion*, 8(4), 244–256. <https://doi.org/10.1080/1754730X.2015.1080123>
- Castro Schepers, O. (2023). Exploring the demographics of teachers who experience secondary traumatic stress. *BMC Psychology*, 11, 181. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01217-z>
- Century, G., Leavey, G., & Payne, H. (2007). The experience of working with refugees: Counsellors in primary care. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35(1), 23–40. <https://doi.org/10.1080/03069880601106765>
- Choi, G. Y. (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work*, 35(3), 225–242. <https://doi.org/10.1080/03643107.2011.575333>
- Choi, G. Y. (2016). Secondary traumatic stress and empowerment among social workers working with family violence or sexual assault survivors. *Journal of Social Work*, 17(3), 1–21. <https://doi.org/10.1177/1468017316640194>
- Christopher, J. C., Christopher, S. E., Dunnagan, T., & Schure, M. B. (2016). *Teaching mindfulness to create effective counselors*. In R. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches* (2nd ed., pp. 243–259). Academic Press.
- Cierpiałkowska, L., & Sęk, H. (2016). *Psychoterapia*. In H. Sęk & L. Cierpiałkowska (Eds.), *Psychologia kliniczna* (Vol. 2, pp. 305–343). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services*, 11(1), 75–86. <https://doi.org/10.1037/a0033798>
- Cieślak, R., & Sęk, H. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cieślak, R., & Widerszal-Bazyl, M. (2000). *Psychospołeczne warunki pracy: Podręcznik do kwestionariusza*. Warszawa: Centralny Instytut Ochrony Pracy.

- Cieślak, R., Shoji, K., Luszczynska, A., Taylor, S., Rogala, A., & Benight, C. C. (2013). Secondary trauma self-efficacy: Concept and its measurement. *Psychological Assessment, 25*(3), 917–928. <https://doi.org/10.1037/a0032687>
- Cleary, E., Curran, D., Dyer, K., Simms, J., & Hanna, D. (2024). Contributing factors to secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in therapists. *Journal of Traumatic Stress, 37*(1), 103–112. <https://doi.org/10.1002/jts.22995>
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences, 12*(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
- Coetzee, S. K., & Laschinger, H. K. S. (2018). Toward a comprehensive, theoretical model of compassion fatigue: An integrative literature review. *Nursing & health sciences, 20*(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/nhs.12387>
- Cohen, K., & Collens, P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(6), 570–580. <https://doi.org/10.1037/a0030388>
- Connor, K. M. (2006). *Assessment of resilience in the aftermath of trauma*. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 221–235). Guilford Press.
- Cook, J. M., Newman, E., & Simiola, V. (2019). Trauma training: Competencies, initiatives, and resources. *Psychotherapy, 56*(3), 409–421. <https://doi.org/10.1037/pst0000233>
- Cook, R. M., & Fye, H. J. (2023). Trauma-informed supervision and related predictors of burnout and secondary traumatic stress among prelicensed counsellors during the COVID-19 pandemic. *International Journal for the Advancement of Counselling, 45*(2), 310–329. <https://doi.org/10.1007/s10447-022-09493-x>
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20*(3), 176–185.
- Cosden, M., Sanford, A., Koch, L. M., & Lepore, C. E. (2016). Vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth among substance abuse treatment providers. *Substance Abuse, 37*(4), 619–624. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1181695>
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress & Coping, 23*(3), 319–339. <https://doi.org/10.1080/10615800903085818>
- Creamer, T. L., & Liddle, B. J. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 89–96. <https://doi.org/10.1002/jts.20008>
- Cummings, C., Singer, J., Hisaka, R., & Benuto, L. T. (2021). Compassion satisfaction to combat work-related burnout, vicarious trauma, and secondary traumatic stress. *Journal of Interpersonal Violence, 36*(9–10), NP5304–NP5319. <https://doi.org/10.1177/0886260518799502>
- Czabała, J. C. i Kluczyńska, S. (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dagan, K., Itzhaky, H., & Ben-Porat, A. (2015). Therapists working with trauma victims: The contribution of personal, environmental, and professional-organizational resources to secondary traumatization. *Journal of Trauma & Dissociation, 16*(5), 592–606. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1037038>

- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228–260. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.228>
- Dar, I. A., & Iqbal, N. (2020). Beyond linear evidence: The curvilinear relationship between secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth among healthcare professionals. *Stress and Health*, 36(2), 203–212. <https://doi.org/10.1002/smi.2932>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Davis, M. H. (1999). *Empatia: O umiejętności współodczuwania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Davis, M. H. (2002). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- de Boer, J., van Rikxoort, S., Bakker, A. B., & Smit, B. J. (2014). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: Explorative interviews. *Nursing in Critical Care*, 19(4), 166–174. <https://doi.org/10.1111/nicc.12020>
- Deaton, J. D., & Ohrt, J. H. (2023). A preliminary validation of the vicarious Posttraumatic Growth Inventory across helping professions and investigation of construct validity. *Traumatology*, 30(3), 356–365. <https://doi.org/10.1037/trm0000434>
- Deaton, J. D., Ohrt, J. H., Linich, K., McCartney, E., & Glascoe, G. (2023). Vicarious posttraumatic growth: A systematic review and thematic synthesis across helping professions. *Traumatology*, 29(1), 17–26. <https://doi.org/10.1037/trm0000375>
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146–1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2012). Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 94–101. <https://doi.org/10.1037/a0021865>
- DelTosta, J. E., Ellis, M. V., & McNamara, M. L. (2019). Trainee vicarious traumatization: Examining supervisory working alliance and trainee empathy. *Training and Education in Professional Psychology*, 13(4), 300–306. <https://doi.org/10.1037/tep0000232>
- Demerouti, E., Mostert, K., & Bakker, A. B. (2010). Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 209–222. <https://doi.org/10.1037/a0019408>
- Devilley, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 373–385. <https://doi.org/10.1080/00048670902721079>
- Diehm, R., Mankowitz, N., & King, R. (2019). Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. *Traumatology*, 25(3), 196–202. <https://doi.org/10.1037/trm0000181>
- Doherty, M. E., Scannell-Desch, E., & Bready, J. (2020). A Positive Side of Deployment: Vicarious Posttraumatic Growth in U.S. Military Nurses Who Served in the Iraq and Afghanistan Wars. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(3), 233–241. <https://doi.org/10.1111/jnu.12547>
- Dong, A., Pan, Y., & He, F. (2025). A model for predicting secondary traumatic stress in emergency nurses: The roles of occupational stress, empathy, and psychological

- resilience. *Frontiers in Medicine*, 12, 1712821. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1712821>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>
- 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*, 60, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.015>
- Dudek, B. (2004). Zaburzenie po stresie traumatycznym. *Przegląd Psychologiczny*, 47(1), 121–123.
- Dutton, M. A., & Rubinstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 8(2), 209–222. <https://doi.org/10.1002/jts.2490080205>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Eisenberg, N., & Eggum, N. D. (2009). *Empathic responding: Sympathy and personal distress*. In J. Decety & W. Ickes (Eds.), *The social neuroscience of empathy* (pp. 71–83). MIT Press. <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0007>
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J., & Galovski, T. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Endsjø, M., Vang, M. L., Jensen, T. K., & Skar, A. S. (2024). Predictors of burnout, secondary traumatic stress, and compassion satisfaction among practitioners in Norwegian child advocacy centers. *Child abuse & neglect*, 154, 106924. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106924>
- Engstrom, D., Hernandez-Wolfe, P., & Gangsei, D. (2008). Vicarious resilience: A qualitative investigation into its description. *Traumatology*, 14(3), 13–21. <https://doi.org/10.1177/1534765608319323>
- Ennis, L., & Horne, S. (2003). Predicting psychological distress in sex offender therapists. *Sexual Abuse*, 15(2), 149–157. <https://doi.org/10.1177/107906320301500205>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics (5th ed.)*. Sage.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1999). *Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring*. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 3–28). The Sidran Press.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>

- Fredette, C., El-Baalbaki, G., Palardy, V., Rizkallah, E., & Guay, S. (2016). Social support and cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Traumatology*, 22(2), 131–144. <https://doi.org/10.1037/trm0000070>
- Freud, S., & Breuer, J. (2008). *Studia nad histerią* (R. Reszke, Tłum.). Wydawnictwo KR. (Praca oryginalna opublikowana w 1895)
- Frey, L. L., Beesley, D., Abbott, D., & Kendrick, E. (2017). Vicarious resilience in sexual assault and domestic violence advocates. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 44–51. <https://doi.org/10.1037/tra0000159>
- Froman, M. S. (2014). *A mixed methods study of the impact of providing therapy to traumatized clients: Vicarious trauma, compassion fatigue, and vicarious posttraumatic growth in mental health therapists* (Doctoral dissertation, University of Minnesota). University Digital Conservancy. <https://hdl.handle.net/11299/165355>
- Fu, C. Y., Yang, M. S., Leung, W., Liu, Y. Y., Huang, H. W., & Wang, R. H. (2018). Associations of professional quality of life and social support with health in clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(2), 172–179. <https://doi.org/10.1111/jonm.12530>
- Gangstad, B., Norman, P., & Barton, J. (2009). Cognitive processing and posttraumatic growth after stroke. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 69–75. <https://doi.org/10.1037/a0014639>
- Geiling, A., Knaevelsrud, C., Böttche, M., & Stammel, N. (2022). Psychological distress, exhaustion, and work-related correlates among interpreters working in refugee care: Results of a nationwide online survey in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), Article 2046954. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2046954>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference (10th ed.)*. Pearson.
- Ghahramanlou, M., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(4), 229–240.
- Gibbons, S., Murphy, D., & Joseph, S. (2011). Countertransference and positive growth in social workers. *Journal of Social Work Practice*, 25(1), 17–30. <https://doi.org/10.1080/02650530903579246>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
- 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*, 8(4), e61526. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>
- Goleman, D. (1999). *Inteligencja emocjonalna w praktyce*. Media Rodzina.
- Grandi, A., Rizzo, M., & Colombo, L. (2023). Secondary traumatic stress and work ability in death care workers: The moderating role of vicarious posttraumatic growth. *PLoS ONE*, 18(7), e0289180. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289180>
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2014). *Statistics for the behavioral sciences (9th ed.)*. Wadsworth.
- Greinacher, A., Derezza-Greeven, C., Herzog, W., & Nikendei, C. (2019). Secondary traumatization in first responders: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562840. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562840>

- Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., & Kędra, E. (2022). The relationship between social support and secondary posttraumatic growth among health care providers working with trauma victims: The mediating role of cognitive processing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4985. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094985>
- Gusler, S., Sprang, G., Hood, C., Eslinger, J., Whitt-Woosley, A., Kinnish, K., & Wozniak, J. (2025). *Untangling secondary traumatic stress and vicarious traumatization: One construct or two? Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 17(3), 621–630. <https://doi.org/10.1037/tra0001604>
- Hamama-Raz, Y., Hamama, L., Pat-Horenczyk, R., Stokar, Y. N., Zilberstein, T., & Bron-Harlev, E. (2021). Posttraumatic growth and burnout in pediatric nurses: The mediating role of secondary traumatization and the moderating role of meaning in work. *Stress and Health*, 37(3), 442–453. <https://doi.org/10.1002/smi.3007>
- Harker, R., Pidgeon, A. M., Klaassen, F., & King, S. (2016). Exploring resilience and mindfulness as preventative factors for psychological distress burnout and secondary traumatic stress among human service professionals. *Work*, 54, 631–637. <https://doi.org/10.3233/WOR-162311>
- Hathaway, L. M., Boals, A., & Banks, J. B. (2010). PTSD symptoms and dominant emotional response to a traumatic event: An examination of DSM-IV criterion A2. *Anxiety, Stress & Coping*, 23(1), 119–126. <https://doi.org/10.1080/10615800902818771>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 797–816. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
- Henderson, A., Jewell, T., Huang, X., & Simpson, A. (2025). Personal trauma history and secondary traumatic stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(1), 13–30. <https://doi.org/10.1111/jpm.13082>
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., & Dewa, C. S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83–91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
- Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. Basic Books.
- Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: a new concept in work with those who survive trauma. *Family process*, 46(2), 229–241. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00206.x>
- Hernandez -Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. *Journal of Humanistic Psychology*, 55(2), 153–172. <https://doi.org/10.1177/0022167814534322>
- Hiebler-Ragger, M., Nausner, L., Blaha, A., Grimmer, K., Korlath, S., Mernyi, M., & Unterrainer, H. F. (2021). The supervisory relationship from an attachment perspective: Connections to burnout and sense of coherence in health professionals. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 124–136. <https://doi.org/10.1002/cpp.2494>
- Hiles Howard, A. R., Parris, S., Hall, J. S., Call, C. D., Razuri, E. B., Purvis, K. B., & Cross, D. R. (2015). An examination of the relationships between professional quality of life, adverse childhood experiences, resilience, and work environment in a sample of human

- service providers. *Children and Youth Services Review*, 57, 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2015.08.003>
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5, 103–128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307–316. <https://doi.org/10.1037/h0027580>
- Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement, and outcomes*. Springer.
- Hong, S., Hanafi, Z., & Wang, Z. (2024). Unveiling compassion fatigue: A profiling study among mental health counselors in private practice settings. *Current Psychology*, 43, 14348–14357. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05461-9>
- Hooker, C. I., Verosky, S. C., Germine, L. T., Knight, R. T., & D'Esposito, M. (2010). Neural activity during social signal perception correlates with self-reported empathy. *Brain Research*, 1308, 100–113. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2009.10.006>
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. Jason Aronson.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes (2nd ed.)*. Jason Aronson.
- Horowitz, M. J. (2001). *Stress response syndromes (3rd ed.)*. Jason Aronson.
- Hotchkiss, J. T., & Leshner, R. (2018). Factors Predicting Burnout Among Chaplains: Compassion Satisfaction, Organizational Factors, and the Mediators of Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress. *The journal of pastoral care & counseling : JPCC*, 72(2), 86–98. <https://doi.org/10.1177/1542305018780655>
- Hunt, P., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy: Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(5), e13124. <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>
- Hyatt-Burkhart, D. (2013). The experience of vicarious posttraumatic growth in mental health workers. *Journal of Loss and Trauma*, 19, 452–461. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.797268>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30–34.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. E. R. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions. *European Journal of Personality*, 28(4), 312–331. <https://doi.org/10.1002/per.1963>
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423–432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Jenkins, S. R., Mitchell, J. L., Baird, S., Whitfield, S. R., & Meyer, H. L. (2011). The counselor's trauma as counseling motivation: Vulnerability or stress inoculation? *Journal of Interpersonal Violence*, 26(12), 2392–2412. <https://doi.org/10.1177/0886260510383020>
- Jeong, Y. J., & Shin, S. (2023). The relationship between secondary traumatic stress and burnout in critical care nurses: The mediating effect of resilience. *Intensive & Critical Care Nursing*, 74, 103327. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103327>

- Jiang, Y., Qiao, T., Zhang, Y., Wu, Y., & Gong, Y. (2023). Social support and vicarious posttraumatic growth among psychological hotline counselors during COVID-19: The role of resilience and cognitive reappraisal. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/21642850.2023.2274550>
- Joseph, S. (2009). Growth following adversity: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress. *Psihologijske Teme*, 18(2), 335–344.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262–280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006>
- 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. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 27(2), 102–119. <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.77211>
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2025). The negative effects of indirect exposure to trauma in therapists working with people with addiction who have experienced traumatic events - the role of empathy and secondary self-efficacy. *Negatywne skutki pośredniego narażenia na traumę u terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi, które doświadczyły traumatycznych wydarzeń – rola empatii i przekonania o własnej skuteczności. Psychiatria Polska*, 59(2), 251–266. <https://doi.org/10.12740/PP/189761>
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N., & Binnebesel, J. (2022). Empathy and cognitive processing as factors determining the consequences of secondary exposure to trauma among Roman Catholic clergymen. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1226–1241. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01443-y>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kadambi, M. A., & Truscott, D. (2004). Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer, and general practice. *Canadian Journal of Counselling*, 38(4), 260–276.
- Kahil, A., & Palabıyıköğlü, R. (2018). Secondary traumatic stress in Turkish aid workers: Adaptation of a measure and investigation of secondary traumatic stress. *Journal of Clinical Psychology Research*, 2(3), 107–116. <https://doi.org/10.31828/kpd2602443806092018m000001>
- Kalaitzaki, A., & Rovithis, M. (2021). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in healthcare workers during the first COVID-19 lockdown in Greece: The role of resilience and coping strategies. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 32(1), 19–25. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.001>
- Kalaitzaki, A., Rovithis, M., Tamiolaki, A., & Tsouvelas, G. (2022). Secondary traumatic stress and dissociative coping strategies in nurses during the COVID-19 pandemic: The protective role of resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 264–270. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.08.010>
- Kalaitzaki, A., Tamiolaki, A., & Tsouvelas, G. (2022). From secondary traumatic stress to vicarious posttraumatic growth amid COVID-19 lockdown in Greece: The role of health

- care workers' coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(2), 273–280. <https://doi.org/10.1037/tra0001078>
- Kang, X., Fang, Y., Li, S., Liu, Y., Zhao, D., Feng, X., Wang, Y., & Li, P. (2018). The benefits of indirect exposure to trauma: The relationships among vicarious posttraumatic growth, social support, and resilience in ambulance personnel in China. *Psychiatry Investigation*, 15(5), 452–459. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.11.08.1>
- Kaźmierczak, M., Plopa, M., & Retowski, S. (2007). Skala Wrażliwości Empatycznej – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 50(1), 9–24.
- Kercher, A., & Gossage, L. (2024). Identifying risk factors for compassion fatigue in psychologists in Aotearoa, New Zealand, during the COVID-19 pandemic. *Professional Psychology: Research and Practice*, 55(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/pro0000538>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32–44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Killian, K., Hernandez-Wolfe, P., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2017). Development of the Vicarious Resilience Scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(1), 23–31. <https://doi.org/10.1037/tra0000199>
- Kim, B.-N., Kang, H. S., & Park, J. (2024). Meaning-making while staying connected matters in psychological adaptation during pandemic: A longitudinal moderated mediation study. *Frontiers in Psychology*, 15, 1364903. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1364903>
- Kim-Cohen, J., & Turkewitz, R. (2012). Resilience and measured gene-environment interactions. *Development and Psychopathology*, 24, 1297–1306. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000715>
- Kitano, M., Shoji, K., Nakaita, I., Sano, S., Tachibana, S., Shigemura, J., Tachimori, H., Noguchi, N., Waki, F., Edo, N., Koga, M., Toda, H., Yoshino, A., & Nagamine, M. (2023). Japanese public health nurses classified based on empathy and secondary traumatic stress: Variable-centered and person-centered approaches. *BMC Psychiatry*, 23, 710. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05198-6>
- Kjellenberg, E., Nilsson, F., Daukantaitė, D., & Cardena, E. (2014). Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 120–128. <https://doi.org/10.1037/a0031966>
- Klimecki, O., & Singer, T. (2012). *Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience*. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Eds.), *Pathological altruism* (pp. 368–383). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199738571.003.0253>
- Knight, C. (2013). Indirect trauma: Implications for self-care, supervision, the organization, and the academic institution. *The Clinical Supervisor*, 32(2), 224–243. <https://doi.org/10.1080/07325223.2013.850139>

- Kobylarczyk-Kaczmarek, M., & Ogińska-Bulik, N. (2023). *Vicarious posttraumatic growth*. In N. Ogińska-Bulik & Z. Juczyński (Eds.), *The Routledge international handbook of posttraumatic growth*. Routledge.
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., Karam, E. G., Ruscio, A. M., Benjet, C., Scott, K., Atwoli, L., Petukhova, M., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bunting, B., Ciutan, M., de Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260–2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>
- Kounenou, K., Kalamatianos, A., Nikoltsiou, P., & Kourmoussi, N. (2023). The interplay among empathy, vicarious trauma, and burnout in Greek mental health practitioners. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3503. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043503>
- Kulik, A., Kajka, N., Banakiewicz, A., & Frańczyk, E. (2023). Risk factors of Secondary Traumatic Stress in psychotherapists studied during the COVID-19. *Current Problems of Psychiatry*, 24, 125-133. <https://doi.org/10.12923/2353-8627/2023-0012>
- Kunst, M. J. J., Saan, M. C., Bollen, L. J. A., & Kuijpers, K. F. (2017). Secondary traumatic stress and secondary posttraumatic growth in a sample of Dutch police family liaison officers. *Stress and Health*, 33(5), 570–577. <https://doi.org/10.1002/smi.2741>
- La Mott, J., & Martin, L. A. (2019). Adverse childhood experiences, self-care, and compassion outcomes in mental health providers working with trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 1066–1083. <https://doi.org/10.1002/jclp.22752>
- Lambert, S., & Lawson, G. (2013). Resilience of professional counselors following hurricanes Katrina and Rita. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 261–268. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00094.x>
- Lanier, B. A., & Carney, J. S. (2019). Practicing counselors, vicarious trauma, and subthreshold PTSD: Implications for counselor educators. *The Professional Counselor*, 9, 334–339. <https://doi.org/10.15241/bal.9.4.334>
- Laverdière, O., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Chamberland, S., & Descôteaux, J. (2019). Psychotherapists' professional quality of life. *Traumatology*, 25(3), 208–215. <https://doi.org/10.1037/trm0000177>
- Lawson, G. (2007). Counselor wellness and impairment: A national survey of American Counseling Association members. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 46(1), 20–34. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2007.tb00023.x>
- Lawson, G., & Myers, J. E. (2011). *Wellness, professional quality of life, and career-sustaining behaviors: What keeps us well?* *Journal of Counseling & Development*, 89(2), 163–171. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2011.tb00074.x>
- Lee, K., Pang, Y. C., Lee, J. A. L., & Melby, J. N. (2017). A study of adverse childhood experiences, coping strategies, work stress, and self-care in the child welfare profession. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 41(4), 389–402. <https://doi.org/10.1080/23303131.2017.1302898>
- Leung, T., Schmidt, F., & Mushquash, C. (2023). A personal history of trauma and experience of secondary traumatic stress, vicarious trauma, and burnout in mental health workers: A systematic literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl. 2), S213–S221. <https://doi.org/10.1037/tra0001277>
- Lev, S., Zychlinski, E., & Kagan, M. (2022). Secondary traumatic stress among social workers: The contribution of resilience, social support, and exposure to violence and

- ethical conflicts. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 13(1), 31–50. <https://doi.org/10.1086/718661>
- Levenson, J. S. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work*, 62(2), 105–113. <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385–403. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.385>
- Lis-Turlejska, M. (1998). *Traumatyczny stres: Koncepcje i badania*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- 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*, 99(4), 384–395. <https://doi.org/10.1002/jcad.12391>
- Losoya, S. H., & Eisenberg, N. (2001). *Affective empathy*. In J. A. Hall & F. J. Bernieri (Eds.), *Interpersonal sensitivity: Theory and measurement* (pp. 21–43). Lawrence Erlbaum Associates.
- Ludick, M., & Figley, C. R. (2016). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112–123. <https://doi.org/10.1037/trm0000096>
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- MacRitchie, V., & Leibowitz, S. (2010). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African Journal of Psychology*, 40(2), 149–158. <https://doi.org/10.1177/008124631004000204>
- Maercker, A., & Zoellner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 41–48.
- Maier, S. L. (2023). Rape victim advocates' perceptions of the #MeToo movement: Opportunities, challenges, and sustainability. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1-2), 336–365. <https://doi.org/10.1177/08862605221081929>
- Mairean, C. (2015). Secondary traumatic stress and posttraumatic growth: Social support as a moderator. *The Social Science Journal*, 53(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.soscij.2015.11.007>
- Makadia, R., Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2017). Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: Secondary traumatic stress or vicarious traumatization? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(5), 1059–1068. <https://doi.org/10.1002/cpp.2068>
- Malkina-Pykh, I. G. (2017). Associations of burnout, secondary traumatic stress and individual differences among correctional psychologists. *Journal of Forensic Science Research*, 1, 18–34. <https://doi.org/10.29328/journal.jfsr.1001003>
- Manning-Jones, S., de Terte, I., & Stephens, C. (2015). Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review. *International Journal of Wellbeing*, 5(2), 125–139. <https://doi.org/10.5502/ijw.v5i2.8>
- 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*, 45(1), 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*, 22(3), 256270. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1284516>

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout*. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (pp. 351–357). Elsevier Academic Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1992). Constructivist self-development theory: A theoretical framework for assessing and treating traumatized individuals. *Journal of Traumatic Stress*, 5(1), 149–165.
- Melaki, E., & Stavrou, P. D. (2023). Re-exploring the vicarious posttraumatic growth and trauma: A comparison study between private therapists and therapists in nonprofit organizations treating trauma survivors. *Traumatology*, 29(1), 27–35. <https://doi.org/10.1037/trm0000378>
- Melinte, B. M., Turliuc, M. N., & Măirean, C. (2023). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in healthcare professionals: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(3), 337–351. <https://doi.org/10.1037/cps0000159>
- Mento, C., Silvestri, M. C., Bruno, A., Muscatello, M. R. A., Cedro, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
- Merecz-Kot D. (2021), Diagnoza zaburzeń w stanie zdrowia po doświadczeniach traumatycznych – perspektywa historyczno-naukowa, [w:] Dragan M., Rzeszutek M. (red.), *Z badań nad traumą psychiczną w Polsce*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2021, s. 17-39.
- Merriman, J. (2015). Prevention-based training for licensed professional counselor interns. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research*, 42, 40–53. <https://doi.org/10.1080/15566382.2015.12033943>
- Merriman, O., & Joseph, S. (2018). Therapeutic implications of counselling psychologists' responses to client trauma: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 31(1), 117–136. <https://doi.org/10.1080/09515070.2016.1266601>
- Michalchuk, S., & Martin, S. L. (2019). Vicarious resilience and growth in psychologists who work with trauma survivors: An interpretive phenomenological analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(3), 145–154. <https://doi.org/10.1037/pro0000212>
- Michalska, P. (2024). Wyznaczniki wtórnego wzrostu potraumatycznego u psychologów pracujących z traumą. W: E. Wilczek-Rużyczka (red.), *Zdrowie psychiczne i zasoby osobiste a odporność. Część 1: Potencjał odporności psychospołecznych z perspektywy zasobów człowieka* (s. 165–185). Oficyna Wydawnicza AFM.
- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129–142. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>
- Moreno-Jiménez, J. E., Demerouti, E., Blanco Donoso, L. M., Chico Fernández, M., Iglesias Bouzas, M. I., & Garrosa, E. (2023). Passionate healthcare workers in demanding intensive care units: Its relationship with daily exhaustion, secondary traumatic stress, empathy, and self-compassion. *Current Psychology*, 42, 29387–29402. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03986-z>

- Morse-Karzen, B. (2016). *Pathways of cognitive integration and their effect on vicarious posttraumatic growth* (Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology). *ProQuest Dissertations & Theses Global*. (UMI No. 10134168)
- Nalipay, M., Mordeno, I., & Saavedra, L. (2015). Cognitive processing, PTSD symptoms, and the mediating role of posttraumatic cognitions. *Philippine Journal of Psychology*, 48(2), 3–26.
- Nelson-Gardell, D., & Harris, D. (2003). Childhood Abuse History, Secondary Traumatic Stress, and Child Welfare Workers. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 82(1), 5–26.
- Neumann, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 341–347. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.2.341>
- Newell, J. M., Nelson-Gardell, D., & MacNeil, G. (2016). Clinician responses to client traumas: A chronological review of constructs and terminology. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(3), 306–313. <https://doi.org/10.1177/1524838015584365>
- Nightingale, V. R., Sher, T. G., & Hansen, N. B. (2010). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 452–460. <https://doi.org/10.1002/jts.20554>
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 60–64. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_15
- Noureen, N., Gul, S., Maqsood, A., Hakim, H., & Yaswi, A. (2024). Navigating the shadows of others' traumas: An in-depth examination of secondary traumatic stress and psychological distress among rescue professionals. *Behavioral Sciences*, 14(1), 21. <https://doi.org/10.3390/bs14010021>
- O'Brien, J. L., & Haaga, D. A. F. (2015). Empathic accuracy and compassion fatigue among therapist trainees. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46, 414–420. <https://doi.org/10.1037/pro0000037>
- O'Hara M, Akinsulure-Smith AM (2011), Working with interpreters: tools for clinicians conducting psychotherapy with forced immigrants. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol. 7 No. 1 pp. 33–43, doi: <https://doi.org/10.1108/17479891111176287>
- O'Leary, V. E., & Ickovics, J. R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health. *Women's Health*, 1(2), 121–142.
- O'Sullivan, J., & Whelan, T. A. (2011). Adversarial growth in telephone counsellors: Psychological and environmental influences. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39(4), 307–323. <https://doi.org/10.1080/03069885.2011.567326>
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy lzy zamieniają się w perły*. Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). *Dwa oblicza traumy: Negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych*. Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2018). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care: The role of psychological resilience. *Advances in Psychiatry and Neurology / Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 27(3), 196–210. <https://doi.org/10.5114/ppn.2018.78713>

- Ogińska-Bulik, N. & Bąk, G. (2025). Negative consequences of secondary exposure to trauma in Police Officers – the role of empathy and job satisfaction. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 27(3), 79–88. <https://doi.org/10.12740/APP/207835>
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2008). Skala pomiaru prężności (SPP-25). *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39–56.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2012). Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczonej sytuacji traumatycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2), 395–410.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2018). Poznawcze przetwarzanie traumy: Polska adaptacja *Cognitive Processing of Trauma Scale*. *Przegląd Psychologiczny*, 61(2), 153–187.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2020). *Kiedy trauma innych staje się własną: Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2022). Assessing positive posttraumatic changes among professionals working with trauma victims: The Secondary Posttraumatic Growth Inventory. *Roczniki Psychologiczne*, 25, 99–120. <https://doi.org/10.18290/rpsych2022.0006>
- Ogińska-Bulik, N., & Juczyński, Z. (2023). *Vicarious posttraumatic growth: The benefits of indirect exposure to trauma*. In R. Berger (Ed.), *The Routledge international handbook of posttraumatic growth* (pp. 445–457). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781032208688-48>
- 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*, 18(3), 398–405. <https://doi.org/10.1037/ser0000421>
- Ogińska-Bulik, N., & Michalska, P. (2022). The role of empathy and cognitive trauma processing in the occurrence of professional posttraumatic growth among women working with victims of violence. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 35(6), 679–692. <https://doi.org/10.13075/ijom.1896.01945>
- Ogińska-Bulik, N., Bąk, G., & Michalska, P. (2022). Secondary traumatic stress among police officers: The relationship with personality and ruminations. *Current Issues in Personality Psychology*, 11(4), 259–268. <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.112335>
- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021a). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(2), e0247596. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>
- Ogińska-Bulik, N., Gurowiec, P. J., Michalska, P., & Kędra, E. (2021b). Prevalence and determinants of secondary posttraumatic growth following trauma work among medical personnel: A cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1876382. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1876382>
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, 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*, 37(3-4), NP1197–NP1225. <https://doi.org/10.1177/0886260520976211>

- Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., & Juczyński, Z. (2023). From negative to positive effects of secondary exposure to trauma: The mediating role of cognitive coping strategies. *Medycyna Pracy*, 74(6), 449–460. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01432>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Pack, M. (2014). Vicarious Resilience: A Multilayered Model of Stress and Trauma: A Multilayered Model of Stress and Trauma. *Affilia*, 29(1), 18-29.
- Padmanabhanunni, A. (2020). The cost of caring: Secondary traumatic stress and burnout among lay trauma counsellors in the Western Cape Province. *South African Journal of Psychology*, 50(3), 385–394. <https://doi.org/10.1177/0081246319892898>
- Page, J., & Robertson, N. (2022). Extent and predictors of work-related distress in community correction officers: A systematic review. *Psychiatry, Psychology and Law*, 29(2), 155–182. <https://doi.org/10.1080/13218719.2021.1894259>
- Panourgia, C., Wezyk, A., Ventouris, A., Comoretto, A., Taylor, Z., & Yankouskaya, A. (2022). Individual factors in the relationship between stress and resilience in mental health psychology practitioners during the COVID-19 pandemic. *Journal of Health Psychology*, 27(11), 2613–2631. <https://doi.org/10.1177/13591053211059393>
- Papazoglou, K., Blumberg, D. M., Chiongbian, V. B., Tuttle, B. M., Kamkar, K., Chopko, B., Milliard, B., Aukhojee, P., & Koskelainen, M. (2020). The Role of Moral Injury in PTSD Among Law Enforcement Officers: A Brief Report. *Frontiers in psychology*, 11, 310. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00310>
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- Park, C. L. (2022). Meaning making following trauma. *Frontiers in Psychology*, 13, 844891. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.844891>
- Park, C. L., & George, L. S. (2013). Assessing meaning and meaning making in the context of stressful life events: Measurement tools and approaches. *The Journal of Positive Psychology*, 8(6), 483–504. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.830762>
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71–105. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x>
- Park, E. R., Luberto, C. M., Chad-Friedman, E., Traeger, L., Hall, D. L., Perez, G. K., Goshe, B., Vranceanu, A. M., Baim, M., Denninger, J. W., Fricchione, G., Benson, H., & Lechner, S. C. (2021). A comprehensive resiliency framework: Theoretical model, treatment, and evaluation. *Global Advances in Health and Medicine*, 10, 21649561211000306. <https://doi.org/10.1177/21649561211000306>
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton.
- Platania, S., Gruttadauria, S. V., & Morando, M. (2022). Dispositional resilience as mediator in psychological stress on healthcare workers: A multi-group analysis of frontline and non-frontline workers. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 12(9), 1285–1299. <https://doi.org/10.3390/ejihpe12090089>
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2009). Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14(5), 364–388. <https://doi.org/10.1080/15325020902724271>

- Quinn, A., Ji, P., & Nackerud, L. (2019). Predictors of secondary traumatic stress among social workers: Supervision, income, and caseload size. *Journal of Social Work, 19*(4), 504–528. <https://doi.org/10.1177/1468017318762450>
- Ratrout, H. F., & Hamdan-Mansour, A. M. (2020). Secondary traumatic stress among emergency nurses: Prevalence, predictors, and consequences. *International Journal of Nursing Practice, 26*(1), e12767. <https://doi.org/10.1111/ijn.12767>
- 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, 3*(3), 297–336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>
- Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology, 19*(4), 255–267. <https://doi.org/10.1177/1534765612471144>
- Rayner, S., Davis, C., Moore, M., & Cadet, T. (2020). Secondary traumatic stress and related factors in Australian social workers and psychologists. *Health & Social Work, 45*(2), 122–130. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlaa001>
- Renkiewicz, G. K., & Hubble, M. W. (2022). Secondary Traumatic Stress in Emergency Services Systems (STRESS) Project: Quantifying and Predicting Compassion Fatigue in Emergency Medical Services Personnel. *Prehospital emergency care, 26*(5), 652–663. <https://doi.org/10.1080/10903127.2021.1943578>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Wiltsey Stirman, S., & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 241–251. <https://doi.org/10.1002/jts.21699>
- Rhee, Y. S., Ko, Y. B., & Han, I. Y. (2013). Posttraumatic growth and related factors of child protective service workers. *Annals of Occupational and Environmental Medicine, 25*(1), 6. <https://doi.org/10.1186/2052-4374-25-6>
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*(3), 307–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
- Rivera-Kloppel, B., & Mendenhall, T. (2023). Examining the relationship between self-care and compassion fatigue in mental health professionals: A critical review. *Traumatology, 29*(2), 163–173. <https://doi.org/10.1037/trm0000362>
- Robinson-Keilig, R. A. (2014). Secondary traumatic stress and disruptions to interpersonal functioning among mental health therapists. *Journal of Interpersonal Violence, 29*, 1477–1496. <https://doi.org/10.1177/0886260513507135>
- Rogers, C. R. (1975). Empathy: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist, 5*(2), 2–10. <https://doi.org/10.1177/001100007500500202>
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. W. W. Norton.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry, 9*(1), 1–28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Rzesutek, M. (2016). Secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of therapists and psychiatrists working with trauma victims. *Studia Psychologiczne, 54*(1), 34–40.
- Rzesutek, M., Dragan, M., Lis-Turlejska, M., Schier, K., Holas, P., Drabarek, K., Van Hoy, A., Pięta, M., Poncyliusz, C., Michałowska, M., Wdowczyk, G., Borowska, N., &

- Szumiał, S. (2023). *Exposure to self-reported traumatic events and probable PTSD in a national sample of Poles: Why does Poland's PTSD prevalence differ from other national estimates?* *PLOS ONE*, 18(7), e0287854. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287854>
- 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*, 46(4), 213–220. <https://doi.org/10.1037/pro0000024>
- Saakvitne, K. W., Tennen, H., & Affleck, G. (1998). Exploring thriving in the context of clinical trauma theory: Constructivist self-development theory. *Journal of Social Issues*, 54(2), 279–299. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01219.x>
- Sabin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?. *Clinical psychology review*, 23(3), 449–480. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(03\)00030-8](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(03)00030-8)
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 167–174. <https://doi.org/10.1023/A:1022899207206>
- Samios, C., Rodzik, A. K., & Abel, L. M. (2012). Secondary traumatic stress and adjustment in therapists who work with sexual violence survivors: The moderating role of posttraumatic growth. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(4), 341–356. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.691463>
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). *The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping*. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99–125). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Scott, H., Killian, K., Roebuck, B. S., McGlinchey, D., Ferns, A., Sakauye, P., Ahmad, A., McCoy, A., & Prashad, N. A. (2023). Self-care and vicarious resilience in victim advocates: A national study. *Traumatology*, 29(3), 368–374. <https://doi.org/10.1037/trm0000481>
- Semmer, N. (2006). *Personality, stress, and coping*. In M. E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (pp. 73–113). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470713860.ch4>
- Shakespeare-Finch, J., & Lurie-Beck, J. (2014). A meta-analytic clarification of the relationship between posttraumatic growth and symptoms of posttraumatic distress disorder. *Journal of anxiety disorders*, 28(2), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.10.005>
- Shalvi, S., Shenkman, G., Handgraaf, M. J. J., & De Dreu, C. K. W. (2011). The danger of unrealistic optimism: Linking caregivers' perceived ability to help victims of terror with their own secondary traumatic stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 41, 2656–2672. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2011.00844.x>
- Shi, H., Shan, B., Zheng, J., Zhang, Y., Zhang, J., & Hu, X. (2022). Grief as a mediator of the relationship between empathy and compassion fatigue. *Psycho-Oncology*, 31(5), 840–847. <https://doi.org/10.1002/pon.5875>
- Shiri, S., Wexler, I. D., Alkalay, Y., Meiner, Z., & Kreitler, S. (2008). Positive psychological impact of treating victims of politically motivated violence among hospital-based health care providers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 315–318. <https://doi.org/10.1159/000142524>

- Shoji, K., Lesnierowska, M., Smoktunowicz, E., Bock, J., Luszczynska, A., Benight, C. C., & Cieslak, R. (2015). What comes first, job burnout or secondary traumatic stress? Findings from two longitudinal studies from the U.S. and Poland. *PLoS ONE*, 10(8), e0136730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136730>
- Silveira, F. S., & Boyer, W. (2015). Vicarious resilience in counselors of child and youth victims of interpersonal trauma. *Qualitative health research*, 25(4), 513–526. <https://doi.org/10.1177/1049732314552284>
- Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout and compassion fatigue prevention and self-care strategies for the helping professions (3rd ed.)*. Routledge.
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 21869. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Splevins, K. A., Cohen, K., Joseph, S., Murray, C., & Bowley, J. (2010). Vicarious posttraumatic growth among interpreters. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1705–1716. <https://doi.org/10.1177/1049732310377457>
- Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259–280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: a comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child welfare*, 90(6), 149–168.
- Sprang, G., Gusler, S., Eslinger, J., & Gottfried, R. (2024). The Relationship Between Secondary Traumatic Stress and Compassion Satisfaction: A Systematic Literature Review. *Trauma, violence & abuse*, 25(3), 2282–2296. <https://doi.org/10.1177/15248380231209438>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual (2nd ed.)*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Stanton, A. L., & Low, C. A. (2004). *Posttraumatic growth after cancer*. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 138–152). Wiley.
- Steed, L., & Bicknell, J. (2001). Trauma and the therapist: The experience of therapists working with the perpetrators of sexual abuse. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, 527–540.
- Studen, S., & Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3). <https://doi.org/10.18290/rpsych.2016.19.3-5pl>
- Stout, R. A., & Shafer, K. L. (2023). Resiliency in firefighters: Using photovoice to identify protective factors. *Medical Research Archives*, 11(4). <https://doi.org/10.18103/mra.v11i4.3722>
- Sui, X. C., & Padmanabhanunni, A. (2016). Vicarious trauma: The psychological impact of working with survivors of trauma for South African psychologists. *Journal of Psychology in Africa*, 26(2), 127–133. <https://doi.org/10.1080/14330237.2016.1163894>
- Szumiał, S. (2021). *Metaanaliza wyników dotyczących rozpowszechnienia PTSD w Polsce otrzymanych w badaniach empirycznych*. W: M. Dragan & M. Rzeszutek (red.), *Z badań*

- nad traumą psychiczną w Polsce (ss. 41–52). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics (6th ed.)*. Pearson.
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, stress, and coping*, 22(2), 129–136. <https://doi.org/10.1080/10615800802317841>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2012). *Posttraumatic growth in clinical practice*. Routledge.
- Tedeschi, R. G., & McNally, R. J. (2011). *Can we facilitate posttraumatic growth in combat veterans? American Psychologist*, 66(1), 19–24. <https://doi.org/10.1037/a0021896>
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315527451>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10–20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Thomas, J. (2013). Association of personal distress with burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among clinical social workers. *Journal of Social Service Research*, 39(3), 365–379. <https://doi.org/10.1080/01488376.2013.771596>
- Thomas, J. T., & Otis, M. D. (2010). Intrapyschic correlates of professional quality of life: Mindfulness, empathy, and emotional separation. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 1(2), 83–98. <https://doi.org/10.5243/jsswr.2010.7>
- Tokatlıoğlu, T. Ş., Dikeç, G., & Yaşar, S. (2025). Relationship between resilience, secondary traumatic stress and work-related factors among mental health professionals. *Journal of Psychiatric Nursing*, 16(3), 214–221. <https://doi.org/10.14744/phd.2025.22058>
- Tosone, C., Minami, T., Bettmann, J. E., & Jaspersen, R. A. (2010). New York City social workers after 9/11: Their attachment, resiliency, and compassion fatigue. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12, 103–116.
- Tsirimokou, A., Kloess, J. A., & Dhinse, S. K. (2023). Vicarious post-traumatic growth in professionals exposed to traumatogenic material: A systematic literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1848–1866. <https://doi.org/10.1177/15248380221082079>
- Tugade, M., & Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
- Turgoose, D., Glover, N., Barker, C., & Maddox, L. (2017). Empathy, compassion fatigue, and burnout in police officers working with rape victims. *Traumatology*, 23(2), 205–213. <https://doi.org/10.1037/trm0000118>
- Turliuc, M. N., Măirean, C., & Dănilă, O. (2013). *A multifaceted theory: Individual, family, and community resilience*. A research review. In I. Rogobete & A. Neagoe (Eds.), *Contemporary issues facing families: An interdisciplinary dialogue* (pp. 33–53). Verlag für Kultur und Wissenschaft.

- Uchnast, Z. (1998). Prężność osobowa a egzystencjalne wymiary wartościowania. *Roczniki Psychologiczne*, 1, 7–27.
- Uchnast, Z. (2001). *Empatia: Studium psychologiczne*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Ulaş, S., Seçer, İ. Secondary traumatic stress and burnout in healthcare professional: systematic review and a meta-analysis based on correlation coefficient. *Sci Rep* 15, 34680 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-06950-6>
- van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- van der Merwe, A., & Hunt, X. (2019). Secondary trauma among trauma researchers: Lessons from the field. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 10–18. <https://doi.org/10.1037/tra0000414>
- Velasco, J., Sanmartín, F. J., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., & Moriana, J. A. (2023). Psychological effects of professional exposure to trauma and human suffering: Systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1656–1676. <https://doi.org/10.1177/15248380221074314>
- Von Rueden, K. T., Hinderer, K. A., McQuillan, K. A., Murray, M., Logan, T., Kramer, B., Gilmore, R., & Friedmann, E. (2010). Secondary traumatic stress in trauma nurses: Prevalence and exposure, coping, and personal/environmental characteristics. *Journal of Trauma Nursing*, 17(4), 191–200. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e3181ff2607>
- 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*, 60(3), 201–209. <https://doi.org/10.1093/sw/swv014>
- Wahass, S. H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family & Community Medicine*, 12(2), 63–70.
- Warren, A. M., Jones, A. L., Shafi, S., Roden-Foreman, K., Bennett, M. M., & Foreman, M. L. (2013). Does caring for trauma patients lead to psychological stress in surgeons? *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 75(1), 179–184. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3182984a7d>
- Way, I., VanDeusen, K., & Cottrell, T. (2007). Vicarious trauma: Predictors of clinicians' disrupted cognitions about self-esteem and self-intimacy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(4), 81–98. https://doi.org/10.1300/J070v16n04_05
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. National Center for PTSD.
- Weiss-Dagan, S., Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2022). Secondary traumatic stress and vicarious post-traumatic growth among social workers who have worked with abused children. *Journal of Social Work*, 22(1), 170–187. <https://doi.org/10.1177/1468017320981363>
- Westphal, M., & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 417–427. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>
- Whitt-Woosley, A., & Sprang, G. (2018). Secondary Traumatic Stress in Social Science Researchers of Trauma-Exposed Populations. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(5), 475–486. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1342109>
- Whittenbury, K., Clark, S. L., Brooks, M., Murphy, T., Turner, M. J., & Fawcett, H. (2025). Strengths for Helping Professionals Exposed to Secondary Trauma: A Scoping

- Review. *Trauma, violence & abuse*, 26(2), 251–264.
<https://doi.org/10.1177/15248380241309371>
- Widera-Wysoczańska, A., & Kuczyńska, A. (2012). *Interpersonalna trauma: Mechanizmy i konsekwencje*. Difin.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2002). *Empatia i jej rozwój u osób pomagających*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Williams, R. M., Davis, M. C., & Millsap, R. E. (2002). Development of the cognitive processing of trauma scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 349–360.
<https://doi.org/10.1002/cpp.343>
- Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (Eds.). (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. Guilford Press.
- Wispé, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 314–321.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
- Woodhams, J., & Duran, F. (2024). A model for secondary traumatic stress following workplace exposure to traumatic material in analytical staff. *Communications Psychology*, 2(1), 13. <https://doi.org/10.1038/s44271-024-00060-1>
- World Health Organization. (1949). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death* (6th rev., Vol. 1). World Health Organization.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases (11th rev.)*. World Health Organization.
- Wu, X., Kaminga, A. C., Dai, W., Deng, J., Wang, Z., Pan, X., & Liu, A. (2019). The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 243, 408–415.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.023>
- Xie, W., Wang, J., Zhang, Y., Zuo, M., Kang, H., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Ni, W., & Ma, C. (2021). The levels, prevalence and related factors of compassion fatigue among oncology nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5–6), 615–632. <https://doi.org/10.1111/jocn.15565>
- Xu, J., Chen, D., Jongo Fouelefack, B. L., & Zhou, Y. (2025). Vicarious post-traumatic growth in Chinese oncology nurses: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 20(6), e0326185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0326185>
- Xu, Y., He, N., Lu, W., & Jedwab, M. (2024). Secondary traumatic stress and burnout among child welfare social workers in Southern China: Focusing on resilience and social support. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 48(1), 43–57. <https://doi.org/10.1080/23303131.2023.2231057>
- Yalom, I. D., & Lieberman, M. A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 54(4), 334–345.
<https://doi.org/10.1080/00332747.1991.11024563>
- Yazıcı, H., & Özdemir, M. (2023). Predictors of secondary traumatic stress in mental health professionals: Trauma history, self-compassion, emotional intelligence. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 41, 162–175.
<https://doi.org/10.1007/s10942-022-00458-y>

- Yi, J., Kim, M. A., Choi, K., Droubay, B. A., & Kim, S. (2019). Compassion satisfaction and compassion fatigue among medical social workers in Korea: The role of empathy. *Social Work in Health Care*, 58(10), 970–987. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1686678>
- Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>
- Zacharias, B. S., & Upendra, S. (2024). Healing the healers: A systematic review on the burden of secondary traumatic stress among healthcare providers. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 466. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_218_24
- Zaki, J., & Ochsner, K. N. (2012). The neuroscience of empathy: Progress, pitfalls, and promise. *Nature Neuroscience*, 15(5), 675–680. <https://doi.org/10.1038/nn.3085>
- Zawadzki, B., & Popiel, A. (2014). Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11. *Nauka*, (4), 69–86.
- Zawadzki, B., & Strelau, J. (2008). Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka*, (2), 47–55.
- Zeng, L., Zhang, X., Liu, G., Liu, D., Li, L., Jin, M., Li, X., & Wang, J. (2023). Secondary traumatic stress and posttraumatic growth in newly graduated nurses: The mediating role of compassion satisfaction. *BMC Nursing*, 22, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01456-w>
- Zerach, G., & Shalev, A. Y. (2015). The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious posttraumatic growth, and illness attribution among psychiatric nurses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(7), 546–552.
- Zhang, L., Zhang, T., Ren, Z., & Jiang, G. (2023). Predicting compassion fatigue among psychological hotline counselors using machine learning techniques. *Current Psychology*, 42(5), 4169–4180. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01776-7>
- Zhang, Y.-Y., Han, W.-L., Qin, W., Yin, H.-X., Zhang, C.-F., Kong, C., & Wang, Y.-L. (2018). Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 810–819. <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>
- Zhou, X., Wu, X., Fu, F., & An, Y. (2015). Core belief challenge and rumination as predictors of PTSD and posttraumatic growth among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7, 391–397. <https://doi.org/10.1037/tra0000031>
- Zięba, A. (2013). *Analiza danych w naukach ścisłych i technice*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zięba, M., Wawrzyniak, M., & Czarnecka-van Luijken, J. (2010). Nadzieja podstawowa i wzrost potraumatyczny. *Studia Psychologiczne*, 49(1), 109–121.
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology: A critical review and introduction of a two-component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

Załączniki

Załącznik 1

Wyniki testów normalności rozkładu dla analizowanych zmiennych

	Skośność	Kurtoza
Intruzja	1,242	1,064
Unikanie	1,774	2,900
Pobudzenie	1,604	2,675
Zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	1,386	1,741
STS og.	1,548	2,643
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	-0,423	-0,577
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	0,914	0,122
Większe zaufanie do siebie i docenianie życia	-0,623	-0,372
Wzrost akceptacji działań na rzecz innych	-0,534	-0,569
SPTG og.	-0,367	-0,533
Wytrwałość i determinacja w działaniu	-0,321	-0,258
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	-0,884	0,701
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	-0,768	1,185
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	-0,738	0,609
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowanie się w trudnych sytuacjach	0,329	0,376
Prężność - ogółem	-0,704	0,898
Empatyczna troska	-0,292	0,664
Osobista przykrość	0,373	-0,205
Przyjmowanie perspektywy	-0,603	1,138
Przełożeni	-0,171	-1,031
Współpracownicy	-0,708	0,256
Rodzina	-1,053	1,120
Znajomi spoza pracy	-0,555	-0,032
Emocjonalne wsparcie	-0,268	-0,376
Praktyczne wsparcie	-0,275	-0,491
Porównywanie w dół	0,736	-0,334
Żal	1,426	2,036
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,383	-0,613

Zaprzeczanie	2,320	8,008
Rozwiązanie/akceptacja	-0,230	-0,196
Przekonania dotyczące relacji z innymi, własnych możliwości i przyszłości	0,499	-0,570
Przekonania dotyczące sprawiedliwości, kontrolowalności i przyczynowości zdarzeń	0,151	-0,738
Przekonania na temat znaczenia swojego życia, duchowości i wartości jako osoby	0,774	-0,558
Zakłócenia ogółem	0,523	-0,601

p – poziom istotności statystycznej; CI – przedział ufności. Wartości $p < .05$ wskazują na istotne statystycznie różnice między porównywanymi grupami.

Załącznik 2

Wyniki testów post hoc Gamesa-Howella dla zmiennej: obszar funkcjonowania zawodowego

	Obszar funkcjonowania zawodowego (1 - opieka zdrowotna i kliniczna, 2 - edukacja i rozwój, 3 - system resocjalizacyjno-interwencyjny, 4 – intersekcja obszarów)	Obszar funkcjonowania zawodowego (1 - opieka zdrowotna i kliniczna, 2 - edukacja i rozwój, 3 - system resocjalizacyjno-interwencyjny, 4 – intersekcja obszarów)	p	95% przedział ufności	
				Dolna granica	Górna granica
SPTG ogółem	1	2	0,096	-2,75	0,15
		3	0,005	-6,10	-0,80
		4	0,816	-2,76	1,36
	2	1	0,096	-0,15	2,75
		3	0,205	-4,98	0,68
		4	0,906	-1,69	2,89
	3	1	0,005	0,80	6,10
		2	0,205	-0,68	4,98
		4	,0118	-0,44	5,94
	4	1	0,816	-1,36	2,76
		2	0,906	-2,89	1,69
		3	0,118	-5,94	,44
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia	1	2	0,035	-10,98	-0,27
		3	0,411	-15,66	3,94

odpowiedzialności za innych	2	4	0,966	-9,00	6,24
		1	0,035	0,27	10,98
		3	1,000	-10,71	10,25
		4	0,567	-4,23	12,72
	3	1	0,411	-3,94	15,66
		2	1,000	-10,25	10,71
		4	0,760	-7,32	16,27
	4	1	0,966	-6,24	9,00
		2	0,567	-12,72	4,23
		3	0,760	-16,27	7,32

p – poziom istotności statystycznej; CI – 95% przedział ufności dla różnicy średnich. Wartości $p < .05$ wskazują na istotne statystycznie różnice między analizowanymi grupami.

Załącznik 3

Wyniki testów post hoc Tukey'a dla zmiennej: forma organizacji pracy

	Forma organizacji pracy (1 – prywatna praktyka, 2- instytucja, 3 – obie formy pracy)	Forma organizacji pracy (1 – prywatna praktyka, 2- instytucja, 3 – obie formy pracy)	p	95% przedział ufności	
				Dolna granica	Górna granica
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	1	2	0,033	-2,93	-0,10
		3	0,998	-1,23	1,29
	2	1	0,033	0,10	2,93
		3	0,021	0,19	2,90
	3	1	0,998	-1,29	1,23
		2	0,021	-2,90	-0,19

p – poziom istotności statystycznej; CI – 95% przedział ufności dla różnicy średnich. Wartości $p < .05$ wskazują na istotne statystycznie różnice między analizowanymi grupami.

Załącznik 4

Wyniki testów *post hoc* Tukey'a dla zmiennej: liczba grup wiekowych

	Liczba grup wiekowych (1 - tylko jedna grupa, 2- dwie grupy, 3 - wszystkie grupy)	Liczba grup wiekowych (1 - tylko jedna grupa, 2- dwie grupy, 3 - wszystkie grupy)	p	95% przedział ufności	
				Dolna granica	Górna granica
SPTG ogółem	1	2	0,214	-7,83	1,31
		3	0,053	-10,15	0,05
	2	1	0,214	-1,31	7,83
		3	0,714	-7,19	3,60
	3	1	0,053	-0,05	10,15
		2	0,714	-3,60	7,19
Nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	1	2	0,030	-2,75	-0,11
		3	0,085	-2,80	0,14
	2	1	0,030	0,11	2,75
		3	0,987	-1,45	1,66
	3	1	0,085	-0,14	2,80
		2	0,987	-1,66	1,45
Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	1	2	0,513	-1,71	0,62
		3	0,077	-3,06	0,12
	2	1	0,513	-0,62	1,71
		3	0,392	-2,60	0,75
	3	1	0,077	-0,12	3,06
		2	0,392	-0,75	2,60

p – poziom istotności statystycznej; CI – 95% przedział ufności dla różnicy średnich. Wartości $p < .05$ wskazują na istotne statystycznie różnice

Załącznik 5a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla wyniku ogólnego STS

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	5,279	4,290		1,230	0,220		
	Płeć	3,850	2,265	0,113	1,700	0,090	1,000	1,000
2	(Stała)	-6,699	8,871		-0,755	0,451		
	Płeć	2,696	2,087	0,079	1,292	0,198	0,942	1,061
	Prężność	-0,014	0,062	-0,017	-0,224	0,823	0,596	1,678
	Empatyczna troska	0,426	0,196	0,165	2,173	0,031	0,614	1,630
	Osobista przykrość	0,444	0,201	0,182	2,209	0,028	0,519	1,927
	Przyjmowanie perspektywy	0,261	0,209	0,089	1,252	0,212	0,704	1,421
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	-0,036	0,096	-0,029	-0,373	0,710	0,568	1,759
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,203	0,117	-0,136	-1,737	0,084	0,576	1,737
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,067	0,123	0,039	0,541	0,589	0,672	1,487
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,359	0,119	-0,211	-3,027	0,003	0,723	1,383
3	(Stała)	-6,793	8,423		-0,806	0,421		
	Płeć	2,996	1,984	0,088	1,510	0,132	0,930	1,075

	Prężność	-4,346E-5	0,059	0,000	-0,001	0,999	0,571	1,752
	Empatyczna troska	0,381	0,192	0,147	1,988	0,048	0,572	1,749
	Osobista przykrość	0,218	0,198	0,089	1,100	0,273	0,478	2,092
	Przyjmowanie perspektywy	0,238	0,199	0,081	1,199	0,232	0,690	1,448
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	-0,040	0,092	-0,033	-,439	0,661	0,557	1,794
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,190	0,110	-0,127	-1,723	0,086	0,575	1,738
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,093	0,119	0,054	0,777	0,438	0,644	1,553
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,357	0,112	-0,210	-3,181	0,002	0,718	1,392
	Strategia porównywań w dół	0,078	0,178	0,028	0,436	0,663	0,786	1,272
	Strategia żalu	0,919	0,218	0,268	4,217	<0,001	0,777	1,287
	Strategia zaprzeczania	0,404	0,270	0,099	1,497	0,136	0,716	1,397
4	(Stała)	1,498	7,380		0,203	0,839		
	Płeć	1,336	1,734	0,039	0,770	0,442	0,918	1,090
	Prężność	-0,008	0,052	-0,010	-0,153	0,879	0,571	1,753
	Empatyczna troska	0,154	0,169	0,059	0,911	0,363	0,557	1,795
	Osobista przykrość	0,092	0,173	0,038	0,533	0,595	0,474	2,108
	Przyjmowanie perspektywy	0,076	0,174	0,026	0,437	0,663	0,682	1,467

	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	0,003	0,080	0,002	0,036	0,971	0,555	1,802
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,129	0,096	-0,086	-1,340	0,182	0,572	1,748
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,069	0,103	0,041	0,668	0,505	0,643	1,554
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,335	0,098	-0,198	-3,437	<0,001	0,718	1,393
	Strategia porównywań w dół	0,087	0,155	0,031	0,563	0,574	0,786	1,272
	Strategia żalu	0,576	0,194	0,168	2,978	0,003	0,743	1,347
	Strategia zaprzeczania	0,400	0,235	0,098	1,706	0,089	0,716	1,397
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,509	0,061	0,468	8,398	<0,001	0,763	1,310
5	(Stała)	6,303	7,057		0,893	0,373		
	Płeć	0,652	1,643	0,019	0,397	0,692	0,911	1,097
	Prężność	0,013	0,049	0,017	0,275	0,784	0,564	1,774
	Empatyczna troska	0,117	0,160	0,045	0,730	0,466	0,553	1,807
	Osobista przykrość	0,073	0,163	0,030	0,447	0,655	0,471	2,123
	Przyjmowanie perspektywy	0,054	0,165	0,018	0,330	0,741	0,678	1,474
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	0,038	0,076	0,031	0,496	0,620	0,551	1,815

Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,105	0,091	-0,071	-1,160	0,247	0,569	1,758
Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,026	0,098	0,015	0,260	0,795	0,639	1,566
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,312	0,092	-0,184	-3,377	<0,001	0,715	1,400
Strategia porównywań w dół	0,033	0,276	0,012	0,119	0,906	0,220	4,540
Strategia żalu	-0,396	0,373	-0,115	-1,060	0,290	0,178	5,611
Strategia zaprzeczania	-0,259	0,406	-0,064	-0,639	0,524	0,213	4,693
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,228	0,085	0,210	2,676	0,008	0,345	2,902
żal x zakłocenia prz n	0,055	0,017	0,426	3,346	<0,001	0,130	6,672
zaprz_x_zakłocenia_prz n	0,045	0,019	0,241	2,407	0,017	0,211	4,748
porównywaniewdół_x_zakłocenia	0,006	0,013	0,048	0,423	0,673	0,165	6,064

B – współczynnik regresji.; Błąd stand. – błąd standardowy oszacowania; *Beta* – standaryzowany współczynnik regresji. Źródło: opracowanie własne.

Załącznik 5b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: STS ogółem

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	p
1	0,113 ^a	0,013	0,008	11,713	0,013	2,890	1	224	0,090
2	0,488 ^b	0,238	0,206	10,478	0,225	7,989	8	216	<0,001
3	0,575 ^c	0,330	0,293	9,894	0,092	9,763	3	213	<0,001
4	0,705 ^d	0,497	0,467	8,590	0,167	70,524	1	212	<0,001
5	0,747 ^e	0,558	0,524	8,114	0,061	9,552	3	209	<0,001

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.18.

Załącznik 6a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla poszczególnych komponentów STS: intruzja

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	1,212	1,116		1,086	0,279		
	Płeć	0,917	0,589	0,103	1,557	0,121	1,000	1,000
2	(Stała)	-2,480	2,161		-1,148	0,252		
	Płeć	0,826	0,559	0,093	1,478	0,141	0,957	1,045
	Empatyczna troska	0,116	0,052	0,172	2,227	0,027	0,636	1,572
	Osobista przykrość	0,031	0,047	0,048	0,656	0,512	0,698	1,432
	Przyjmowanie perspektywy	0,109	0,053	0,143	2,063	0,040	0,796	1,257
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,041	0,026	-0,105	-1,579	0,116	0,865	1,156
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,085	0,029	-0,194	-2,979	0,003	0,899	1,112
3	(Stała)	-2,302	2,115		-1,088	0,278		
	Płeć	0,880	0,546	0,099	1,613	0,108	0,948	1,055
	Empatyczna troska	0,111	0,051	0,166	2,192	0,029	0,627	1,595
	Osobista przykrość	-0,022	0,048	-0,034	-0,452	0,652	0,635	1,575
	Przyjmowanie perspektywy	0,109	0,052	0,142	2,110	0,036	0,792	1,262

	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,038	0,025	-0,098	-1,517	0,131	0,863	1,159
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,083	0,028	-0,188	-2,976	0,003	0,898	1,114
	Strategia żalu	0,173	0,060	0,195	2,910	0,004	0,802	1,247
	Strategia zaprzeczania	0,104	0,069	0,098	1,494	0,137	0,835	1,198
4	(Stała)	-0,825	1,982		-0,416	0,678		
	Płeć	0,558	0,510	0,063	1,094	0,275	0,937	1,067
	Empatyczna troska	0,065	0,048	0,097	1,360	0,175	0,610	1,638
	Osobista przykrość	-0,044	0,044	-0,069	-0,982	0,327	0,630	1,586
	Przyjmowanie perspektywy	0,071	0,048	0,092	1,462	0,145	0,778	1,285
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,020	0,023	-0,051	-0,848	0,398	0,848	1,179
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,078	0,026	-0,177	-3,017	0,003	0,897	1,115
	Strategia żalu	0,102	0,057	0,115	1,801	0,073	0,766	1,306
	Strategia zaprzeczania	0,106	0,065	0,100	1,636	0,103	0,835	1,198
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,107	0,018	0,377	5,930	<0,001	0,767	1,303
5	(Stała)	0,189	1,952		0,097	0,923		
	Płeć	0,425	0,497	0,048	0,856	0,393	0,932	1,073

Empatyczna troska	0,063	0,047	0,094	1,353	0,177	0,610	1,638
Osobista przykrość	-0,055	0,043	-0,086	-1,262	0,208	0,625	1,601
Przyjmowanie perspektywy	0,068	0,047	0,088	1,439	0,152	0,775	1,290
Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,011	0,023	-0,029	-0,491	0,624	0,836	1,197
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,074	0,025	-0,168	-2,930	0,004	0,895	1,117
Strategia żalu	-0,106	0,110	-0,119	-0,962	0,337	0,191	5,236
Strategia zaprzeczania	-0,050	0,119	-0,047	-0,417	0,677	0,232	4,319
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,049	0,023	0,174	2,116	0,036	0,433	2,310
zal_x_zaklocenia_prz_n	0,012	0,005	0,349	2,440	0,015	0,143	6,995
zaprz_x_zaklocenia_prz_n	0,011	0,006	0,227	1,967	0,050	0,220	4,536

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 6b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: intruzja

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	p
1	0,103 ^a	0,011	0,006	3,047	0,011	2,423	1	224	0,121
2	0,410 ^b	0,168	0,145	2,827	0,157	8,266	5	219	<0,001
3	0,470 ^c	0,221	0,192	2,748	0,053	7,401	2	217	<0,001
4	0,574 ^d	0,330	0,302	2,554	0,109	35,164	1	216	<0,001
5	0,611 ^e	0,373	0,341	2,482	0,043	7,331	2	214	<0,001

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.16.

Załącznik 7a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla poszczególnych komponentów STS: unikanie

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	1,787	0,274		6,515	<0,001		
	Praca z przemocą	-0,489	0,253	-0,128	-1,930	0,055	0,987	1,013
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,405	0,244	-0,110	-1,661	0,098	0,987	1,013
2	(Stała)	-0,069	1,201		-0,058	0,954		
	Praca z przemocą	-0,447	0,255	-0,117	-1,754	0,081	0,910	1,099
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,170	0,244	-0,046	-0,696	0,487	0,920	1,087
	Prężność	-0,002	0,009	-0,015	-0,175	0,862	0,581	1,721
	Empatyczna troska	0,015	0,028	0,044	0,544	0,587	0,613	1,632
	Osobista przykrość	0,064	0,029	0,195	2,230	0,027	0,529	1,892
	Przyjmowanie perspektywy	0,034	0,031	0,085	1,101	0,272	0,677	1,476
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,013	0,014	-0,065	-0,915	0,361	0,801	1,249
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	-0,002	0,018	-0,007	-0,093	0,926	0,672	1,488
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,020	0,017	-0,087	-1,179	0,240	0,750	1,333

3	(Stała)	-0,190	1,206		-0,157	0,875		
	Praca z przemocą	-0,347	0,260	-0,091	-1,338	0,182	0,874	1,144
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,105	0,246	-0,029	-0,428	0,669	0,901	1,110
	Prężność	-0,004	0,009	-0,034	-,397	0,692	0,550	1,818
	Empatyczna troska	0,015	0,029	0,044	0,520	0,604	0,573	1,744
	Osobista przykrość	0,048	0,030	0,145	1,584	0,115	0,484	2,066
	Przyjmowanie perspektywy	0,041	0,031	0,102	1,300	0,195	0,658	1,520
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,014	0,014	-0,070	-0,987	0,325	0,795	1,258
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,001	0,018	0,006	0,070	0,944	0,644	1,553
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,020	0,017	-0,087	-1,176	0,241	0,742	1,349
	Strategia porównywań w dół	0,012	0,027	0,031	0,438	0,662	0,798	1,252
	Strategia żalu	0,020	0,033	0,044	0,613	0,541	0,778	1,285
	Strategia zaprzeczania	0,056	0,042	0,101	1,325	0,187	0,698	1,433
4	(Stała)	0,263	1,171		0,225	0,822		
	Praca z przemocą	-0,401	0,251	-0,105	-1,597	0,112	0,872	1,147
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,106	0,238	-0,029	-0,446	0,656	0,901	1,110
	Prężność	-0,004	0,009	-0,037	-0,453	0,651	0,550	1,818

	Empatyczna troska	-0,002	0,029	-0,005	-0,066	0,947	0,561	1,783
	Osobista przykrość	0,037	0,029	0,111	1,256	0,210	0,480	2,084
	Przyjmowanie perspektywy	0,026	0,030	0,065	0,852	0,395	0,648	1,542
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,007	0,014	-0,033	-0,470	0,639	0,780	1,282
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,000	0,018	-0,002	-0,024	0,981	0,644	1,554
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,018	0,016	-0,076	-1,069	0,286	0,741	1,350
	Strategia porównywań w dół	0,012	0,026	0,033	0,474	0,636	0,798	1,252
	Strategia żalu	-0,008	0,033	-0,018	-0,251	0,802	0,741	1,349
	Strategia zaprzeczania	0,056	0,040	0,102	1,385	0,168	0,698	1,433
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,041	0,010	0,280	4,006	<0,001	0,773	1,293
5	(Stała)	0,386	1,175		0,328	0,743		
	Praca z przemocą	-0,383	0,251	-0,100	-1,523	0,129	0,861	1,161
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,101	0,239	-0,027	-0,420	0,675	0,878	1,139
	Prężność	-0,002	0,009	-0,022	-0,266	0,790	0,546	1,833
	Empatyczna troska	-0,004	0,029	-0,013	-0,156	0,876	0,560	1,787
	Osobista przykrość	0,037	0,029	0,112	1,260	0,209	0,474	2,109

Przyjmowanie perspektywy	0,026	0,030	0,064	0,848	0,397	0,647	1,546
Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,003	0,014	-0,016	-0,226	0,821	0,768	1,302
Wsparcie otrzymywane od rodziny	-0,003	0,018	-0,013	-0,175	0,862	0,640	1,562
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,016	0,016	-0,068	-0,951	0,343	0,738	1,355
Strategia porównywań w dół	0,015	0,026	0,040	0,579	0,563	0,796	1,256
Strategia żalu	-0,109	0,065	-0,235	-1,672	0,096	0,188	5,318
Strategia zaprzeczania	0,054	0,073	0,099	0,747	0,456	0,214	4,684
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,022	0,014	0,151	1,615	0,108	0,428	2,337
zal x zaklocenia prz n	0,005	0,003	0,307	1,884	0,049	0,141	6,117
zaprz x zaklocenia prz n	0,001	0,003	0,035	0,264	0,792	0,214	4,683

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 7b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: unikanie

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	p
1	0,178 ^a	0,032	0,023	1,571	0,032	3,653	2	223	0,027
2	0,353 ^b	0,125	0,088	1,518	0,093	3,271	7	216	0,003
3	0,375 ^c	0,140	0,092	1,515	0,016	1,313	3	213	0,271
4	0,448 ^d	0,201	0,152	1,464	0,060	16,048	1	212	0,101
5	0,466 ^e	0,218	0,162	1,456	0,017	2,233	2	210	0,050

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.12.

Załącznik 8a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla poszczególnych komponentów STS: pobudzenie

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	5,161	0,607		8,506	<0,001		
	Certyfikat psychoterapeutyczny	-1,443	0,700	-0,137	-2,063	0,040	1,000	1,000
2	(Stała)	0,111	3,162		0,035	0,972		
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,704	0,660	-0,067	-1,068	0,287	0,951	1,052
	Empatyczna troska	0,160	0,077	0,159	2,065	0,040	0,626	1,597
	Osobista przykrość	0,147	0,070	0,155	2,113	0,036	0,688	1,453
	Przyjmowanie perspektywy	0,064	0,079	0,056	0,809	0,420	0,780	1,282
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	-0,018	0,038	-0,038	-0,470	0,639	0,577	1,733
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,073	0,046	-0,126	-1,570	0,118	0,576	1,735
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,040	0,048	0,061	0,838	0,403	0,696	1,437
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,143	0,047	-0,216	-3,031	0,003	0,727	1,376	
3	(Stała)	0,166	3,052		0,054	0,957		

	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,389	0,636	-0,037	-0,612	0,541	0,932	1,073
	Empatyczna troska	0,137	0,076	0,136	1,796	0,074	0,585	1,709
	Osobista przykrość	0,064	0,069	0,068	0,936	0,350	0,640	1,563
	Przyjmowanie perspektywy	0,066	0,076	0,058	0,873	0,383	0,775	1,290
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	-0,017	0,037	-0,036	-0,470	0,639	0,566	1,768
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,069	0,044	-0,119	-1,557	0,121	0,576	1,737
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,048	0,047	0,072	1,011	0,313	0,666	1,502
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,140	0,045	-0,212	-3,104	0,002	0,722	1,384
	Strategia porównywań w dół	0,063	0,071	0,057	0,878	0,381	0,791	1,265
	Strategia żalu	0,322	0,087	0,242	3,721	<0,001	0,799	1,252
	Strategia zaprzeczania	0,144	0,108	0,091	1,332	0,184	0,725	1,380
4	(Stała)	1,943	2,782		0,698	0,486		
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,423	0,577	-0,040	-0,734	0,464	0,932	1,073
	Empatyczna troska	0,061	0,070	0,061	0,868	0,386	0,570	1,753
	Osobista przykrość	0,016	0,063	0,017	0,254	0,800	0,632	1,583
	Przyjmowanie perspektywy	0,009	0,069	0,008	0,132	0,895	0,764	1,309

	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	-0,006	0,033	-0,012	-0,172	0,863	0,564	1,772
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,047	0,040	-0,081	-1,169	0,244	0,572	1,748
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,040	0,043	0,060	0,925	0,356	0,665	1,503
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,133	0,041	-0,202	-3,253	0,001	0,722	1,385
	Strategia porównywań w dół	0,068	0,065	0,062	1,048	0,296	0,791	1,265
	Strategia żalu	0,204	0,080	0,153	2,535	0,012	0,762	1,313
	Strategia zaprzeczania	0,147	0,098	0,093	1,494	0,137	0,725	1,380
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,173	0,025	0,410	6,844	<0,001	0,774	1,292
5	(Stała)	3,800	2,690		1,413	0,159		
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	-0,518	0,556	-0,049	-0,933	0,352	0,910	1,099
	Empatyczna troska	0,051	0,067	0,051	0,762	0,447	0,570	1,755
	Osobista przykrość	-0,012	0,060	-0,012	-0,194	0,846	0,621	1,611
	Przyjmowanie perspektywy	0,009	0,066	0,008	0,133	0,894	0,759	1,317
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	0,007	0,032	0,014	0,204	0,838	0,561	1,783

Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,038	0,039	-0,066	-0,994	0,321	0,569	1,757
Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,027	0,041	0,040	0,654	0,514	0,662	1,510
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,124	0,039	-0,188	-3,177	0,002	0,720	1,389
Strategia porównywań w dół	0,088	0,062	0,080	1,419	0,157	0,787	1,270
Strategia żalu	-0,170	0,154	-0,128	-1,107	0,270	0,188	5,312
Strategia zaprzeczania	-0,142	0,172	-0,090	-0,830	0,408	0,215	4,659
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,071	0,032	0,167	2,194	0,029	0,433	2,310
zal x zaklocenia prz n	0,021	0,007	0,418	3,124	0,002	0,141	7,101
zaprz_x_zaklocenia_prz n	0,020	0,008	0,270	2,499	0,013	0,216	4,626

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 8b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: pobudzenie

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	p
1	0,137 ^a	0,019	0,014	4,540	0,019	4,255	1	224	0,040
2	0,443 ^b	0,197	0,167	4,174	0,178	6,862	7	217	<0,001
3	0,527 ^c	0,278	0,241	3,984	0,082	8,063	3	214	<0,001
4	0,639 ^d	0,408	0,375	3,616	0,130	46,840	1	213	<0,001
5	0,685 ^e	0,469	0,434	3,442	0,061	12,049	2	211	<0,001

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.10.

Załącznik 9a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla poszczególnych komponentów STS: zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	2,058	1,560		1,319	0,188		
	Płeć	1,233	0,823	0,100	1,497	0,136	1,000	1,000
2	(Stała)	1,243	1,596		0,778	0,437		
	Płeć	1,094	0,820	0,088	1,334	0,183	0,993	1,007
	Nakład pracy	0,019	0,009	0,138	2,087	0,038	0,993	1,007
3	(Stała)	-1,041	3,147		-0,331	0,741		
	Płeć	0,416	0,748	0,034	0,557	0,578	0,933	1,072
	Nakład pracy	0,026	0,008	0,183	3,076	0,002	0,967	1,034
	Prężność	-0,017	0,021	-0,059	-0,819	0,414	0,663	1,508
	Empatyczna troska	0,161	0,065	0,172	2,466	0,014	0,699	1,431
	Osobista przykrość	0,209	0,071	0,236	2,945	0,004	0,528	1,893
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	-0,024	0,034	-0,055	-0,708	0,480	0,573	1,746
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,063	0,042	-0,117	-1,519	0,130	0,573	1,745
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	-0,001	0,044	-0,002	-0,030	0,976	0,669	1,494
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,086	0,042	-0,140	-2,040	0,043	0,723	1,383

4	(Stała)	-0,525	2,978		-0,176	0,860		
	Płeć	0,412	0,712	0,033	0,578	0,564	0,915	1,093
	Nakład pracy	0,020	0,008	0,145	2,551	0,011	0,940	1,064
	Prężność	-0,001	0,021	-0,004	-0,056	0,955	0,569	1,758
	Empatyczna troska	0,140	0,063	0,149	2,205	0,029	0,665	1,505
	Osobista przykrość	0,141	0,070	0,159	2,012	0,045	0,486	2,059
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	-0,025	0,032	-0,057	-0,778	0,437	0,568	1,760
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,060	0,039	-0,112	-1,533	0,127	0,569	1,756
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	0,004	0,042	0,007	0,102	0,919	0,659	1,518
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,084	0,040	-0,136	-2,101	0,037	0,720	1,389
	Strategia żalu	0,362	0,078	0,291	4,628	<0,001	0,765	1,308
	Strategia zaprzeczania	0,078	0,091	0,053	0,863	0,389	0,801	1,248
	Strategia rozwiązania/akceptacji	-0,062	0,052	-0,073	-1,198	0,232	0,817	1,224
5	(Stała)	2,317	2,593		0,894	0,372		
	Płeć	-0,081	0,617	-0,007	-0,132	0,895	0,907	1,102
	Nakład pracy	0,014	0,007	0,096	1,956	0,052	0,928	1,078
	Prężność	-0,013	0,018	-0,046	-0,731	0,466	0,565	1,769
	Empatyczna troska	0,032	0,056	0,035	0,579	0,563	0,632	1,583
	Osobista przykrość	0,079	0,061	0,090	1,307	0,193	0,479	2,088

	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	-0,008	0,028	-0,019	-0,297	0,766	0,566	1,768
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,035	0,034	-0,064	-1,019	0,309	0,565	1,770
	Wsparcie otrzymywane od rodziny	-0,007	0,036	-0,012	-0,201	0,841	0,658	1,520
	Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,078	0,034	-0,127	-2,263	0,025	0,719	1,390
	Strategia żalu	0,245	0,069	0,197	3,557	<0,001	0,735	1,361
	Strategia zaprzeczania	0,082	0,078	0,056	1,049	0,295	0,801	1,248
	Strategia rozwiązania/akceptacji	-0,034	0,045	-0,040	-0,756	0,450	0,812	1,231
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,185	0,021	0,468	8,586	<0,001	0,760	1,317
6	(Stała)	3,916	2,515		1,557	0,121		
	Płeć	-0,286	0,593	-0,023	-0,483	0,630	0,901	1,110
	Nakład pracy	0,011	0,007	0,077	1,616	0,108	0,920	1,087
	Prężność	-0,006	0,018	-0,021	-0,346	0,730	0,560	1,785
	Empatyczna troska	0,018	0,054	0,020	0,342	0,733	0,630	1,588
	Osobista przykrość	0,071	0,058	0,080	1,207	0,229	0,475	2,104
	Wsparcie otrzymywane od przełożonych	0,002	0,027	0,003	0,058	0,954	0,562	1,780
	Wsparcie otrzymywane od współpracowników	-0,027	0,033	-0,051	-0,833	0,406	0,561	1,781

Wsparcie otrzymywane od rodziny	-0,020	0,035	-0,033	-0,582	0,562	0,653	1,531
Wsparcie otrzymywane od znajomych spoza pracy	-0,072	0,033	-0,117	-2,178	0,030	0,718	1,392
Strategia żalu	-0,047	0,129	-0,038	-0,366	0,714	0,190	5,250
Strategia zaprzeczania	-0,146	0,141	-0,099	-1,037	0,301	0,227	4,411
Strategia rozwiązania/akceptacji	-0,041	0,043	-0,048	-0,941	0,348	0,806	1,240
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,103	0,027	0,262	3,782	<0,001	0,430	2,325
zal_x_zaklocenia_prz_n	0,017	0,006	0,360	2,967	0,003	0,141	7,111
zaprz_x_zaklocenia_prz_n	0,016	0,007	0,229	2,355	0,019	0,219	4,577

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 9b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	p
1	0,100 ^a	0,010	0,005	4,258	0,010	2,242	1	224	0,136
2	0,170 ^b	0,029	0,020	4,226	0,019	4,357	1	223	0,038
3	0,515 ^c	0,265	0,234	3,736	0,236	9,904	7	216	<0,001
4	0,597 ^d	0,356	0,320	3,521	0,092	10,096	3	213	<0,001
5	0,723 ^e	0,522	0,493	3,040	0,166	73,723	1	212	<0,001
6	0,752 ^f	0,566	0,535	2,911	0,044	10,573	2	210	<0,001

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.22.

Załącznik10a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla wyniku ogólnego SPTG

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	17,264	3,960		4,360	<0,001		
	Wiek	0,350	0,098	0,233	3,588	<0,001	1,000	1,000
2	(Stała)	4,874	5,167		0,943	0,347		
	Wiek	0,272	0,124	0,181	2,190	0,030	0,573	1,747
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,988	0,886	0,074	1,114	0,266	0,895	1,117
	Liczba grup klientów/pacjentów	2,657	1,096	0,165	2,425	0,016	0,843	1,186
	Certyfikat psychoterapeutyczny	1,193	1,950	0,040	0,612	0,541	0,896	1,116
	Superwizja	4,731	2,859	0,112	1,655	0,099	0,849	1,177
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,301	0,234	-0,168	-1,288	0,199	0,231	4,327
	Staż pracy z traumą	0,455	0,251	0,219	1,811	0,071	0,268	3,737
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,215	0,097	0,198	2,213	0,028	0,492	2,034
	Nakład pracy	-0,009	0,038	-0,021	-0,232	0,817	0,495	2,021
3	(Stała)	4,284	5,189		0,826	0,410		
	Wiek	0,252	0,125	0,168	2,010	0,046	0,561	1,782
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,992	0,886	0,074	1,120	0,264	0,895	1,117

	Liczba grup klientów/pacjentów	2,524	1,101	0,157	2,292	0,023	0,833	1,200
	Certyfikat psychoterapeutyczny	1,125	1,949	0,038	0,577	0,564	0,895	1,117
	Superwizja	4,819	2,858	0,114	1,686	0,093	0,849	1,178
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,282	0,235	-0,157	-1,201	0,231	0,230	4,350
	Staż pracy z traumą	0,428	0,252	0,206	1,699	0,091	0,265	3,770
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,216	0,097	0,199	2,229	0,027	0,492	2,034
	Nakład pracy	-0,013	0,038	-0,030	-0,341	0,734	0,490	2,040
	Trauma własna	2,301	2,018	0,074	1,140	0,256	0,930	1,075
4	(Stała)	-38,520	8,986		-4,287	<0,001		
	Wiek	0,192	0,113	0,128	1,702	0,090	0,532	1,880
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,595	0,781	0,044	0,762	0,447	0,888	1,126
	Liczba grup klientów/pacjentów	1,763	0,981	0,110	1,797	0,074	0,809	1,237
	Certyfikat psychoterapeutyczny	-0,140	1,748	-0,005	-0,080	0,936	0,858	1,165
	Superwizja	2,636	2,555	0,063	1,032	0,303	0,819	1,221
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,262	0,207	-0,146	-1,265	0,207	0,227	4,397
	Staż pracy z traumą	0,444	0,222	0,214	1,999	0,047	0,264	3,792
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,157	0,086	0,144	1,814	0,071	0,479	2,088

	Nakład pracy	0,015	0,033	0,035	0,439	0,661	0,485	2,063
	Trauma własna	1,852	1,783	0,060	1,039	0,300	0,918	1,089
	Prężność	0,334	0,057	0,384	5,882	<0,001	0,707	1,414
	Empatyczna troska	0,509	0,181	0,182	2,814	0,005	0,724	1,381
	Przyjmowanie perspektywy)	0,196	0,213	0,061	0,919	0,359	0,681	1,468
	Wsparcie rodzina	0,112	0,112	0,061	1,002	0,317	0,827	1,209
5	(Stała)	-31,734	8,819		-3,598	<0,001		
	Wiek	0,183	0,109	0,122	1,683	0,094	0,530	1,886
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,388	0,754	0,029	0,515	0,607	0,876	1,142
	Liczba grup klientów/pacjentów	1,545	0,947	0,096	1,631	0,104	0,799	1,252
	Certyfikat psychoterapeutyczny	0,178	1,679	0,006	0,106	0,916	0,856	1,168
	Superwizja	3,355	2,457	0,080	1,366	0,174	0,815	1,227
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,296	0,200	-0,165	-1,483	0,140	0,225	4,444
	Staż pracy z traumą	0,467	0,213	0,225	2,193	0,029	0,263	3,798
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,149	0,083	0,137	1,791	0,075	0,477	2,096
	Nakład pracy	0,014	0,032	0,032	0,425	0,672	0,484	2,067
	Trauma własna	1,150	1,718	0,037	0,669	0,504	0,911	1,098
	Prężność	0,254	0,058	0,292	4,361	<0,001	0,618	1,618
	Empatyczna troska	0,423	0,175	0,151	2,423	0,016	0,715	1,398

	Przyjmowanie perspektywy)	0,100	0,205	0,031	0,486	0,627	0,674	1,484
	Wsparcie rodzina	0,088	0,107	0,048	0,820	0,413	0,823	1,214
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,635	0,173	,232	3,665	<,001	0,693	1,443
	Rozwiązanie/akceptacja	0,161	0,164	0,063	0,982	0,327	0,678	1,474
6	(Stała)	-27,014	8,342		-3,238	0,001		
	Wiek	0,170	0,102	0,113	1,665	0,097	0,530	1,887
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,405	0,709	0,030	0,571	0,569	0,876	1,142
	Liczba grup klientów/pacjentów	1,090	0,895	0,068	1,218	0,225	0,792	1,263
	Certyfikat psychoterapeutyczny	0,431	1,579	0,015	0,273	0,785	0,856	1,169
	Superwizja	4,174	2,316	0,099	1,803	0,073	0,812	1,232
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,252	0,188	-0,140	-1,339	0,182	0,225	4,452
	Staż pracy z traumą	0,366	0,201	0,177	1,821	0,070	0,261	3,832
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,121	0,078	0,112	1,551	0,122	0,475	2,106
	Nakład pracy	0,004	0,030	0,009	0,124	0,902	0,482	2,075
	Trauma własna	1,105	1,616	0,036	0,684	0,495	0,911	1,098
	Prężność	0,280	0,055	0,322	5,090	<0,001	0,613	1,631
	Empatyczna troska	0,179	0,171	0,064	1,051	0,294	0,664	1,507

	Przyjmowanie perspektywy)	-0,045	0,195	-0,014	-0,230	0,818	0,661	1,514
	Wsparcie rodzina	0,105	0,101	0,057	1,038	0,301	0,823	1,216
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,580	0,163	0,212	3,554	<,001	0,690	1,449
	Rozwiązanie/akceptacja	0,266	0,155	0,104	1,710	0,089	0,667	1,498
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,349	0,066	0,296	5,319	<0,001	0,794	1,260
7	(Stała)	-29,687	8,469		-3,505	<0,001		
	Wiek	0,191	0,103	0,127	1,861	0,064	0,522	1,917
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,438	0,707	0,033	0,619	0,537	0,875	1,143
	Liczba grup klientów/pacjentów	0,933	0,897	0,058	1,041	0,299	0,782	1,278
	Certyfikat psychoterapeutyczny	0,721	1,583	0,024	0,456	0,649	0,845	1,184
	Superwizja	4,596	2,321	0,109	1,980	0,049	0,801	1,248
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,264	0,187	-0,147	-1,411	0,160	0,224	4,460
	Staż pracy z traumą	0,345	0,201	0,166	1,716	0,088	0,260	3,849
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,123	0,078	0,113	1,583	0,115	0,475	2,106
	Nakład pracy	-0,001	0,030	-0,001	-0,020	0,984	0,478	2,092
	Trauma własna	1,209	1,611	0,039	0,751	0,454	0,909	1,100

	Prężność	0,280	0,055	0,323	5,116	<0,001	0,613	1,631
	Empatyczna troska	0,169	0,170	0,060	0,996	0,321	0,663	1,509
	Przyjmowanie perspektywy)	-0,045	0,194	-0,014	-0,230	0,818	0,661	1,514
	Wsparcie rodzina	0,108	0,101	0,058	1,072	0,285	0,822	1,216
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,911	0,260	0,333	3,503	<0,001	0,270	3,699
	Rozwiązanie/akceptacja	0,267	0,155	0,104	1,727	0,086	0,667	1,498
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,482	0,105	0,409	4,603	<0,001	0,309	3,240
	zaklocenia_w_przekona niach_x_pozytyw_pozn _restr	-0,020	0,012	-0,187	-1,629	0,105	0,186	5,385

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 10b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: SPTG ogółem

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	p
1	0,233 ^a	0,054	0,050	12,431	0,054	12,876	1	224	<0,001
2	0,392 ^b	0,153	0,118	11,977	0,099	3,161	8	216	0,002
3	0,398 ^c	0,159	0,119	11,969	0,005	1,299	1	215	0,256
4	0,603 ^d	0,363	0,321	10,508	0,205	16,977	4	211	<0,001
5	0,648 ^e	0,420	0,375	10,082	0,056	10,114	2	209	<0,001
6	0,699 ^f	0,489	0,447	9,482	0,070	28,296	1	208	<0,001
7	0,704 ^g	0,496	0,452	9,444	0,006	2,652	1	207	0,105

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.16.

Załącznik 11a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla poszczególnych komponentów SPTG: nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	4,165	1,133		3,677	<0,001		
	Wiek	0,121	0,028	0,278	4,333	<0,001	1,000	1,000
2	(Stała)	1,224	1,401		,874	0,383		
	Wiek	0,103	0,035	0,238	2,940	0,004	0,590	1,696
	Liczba grup klientów	0,813	0,296	0,175	2,746	0,007	0,952	1,050
	Superwizja	2,298	0,781	0,189	2,942	0,004	0,939	1,064
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,083	0,067	-0,160	-1,245	0,214	0,235	4,264
	Staż pracy z traumą	0,116	0,071	0,194	1,650	0,100	0,280	3,573
3	(Stała)	1,022	1,413		0,723	0,470		
	Wiek	0,097	0,036	0,224	2,731	0,007	0,575	1,740
	Liczba grup klientów	0,783	0,297	0,168	2,636	0,009	0,944	1,059
	Superwizja	2,308	0,781	0,189	2,957	0,003	0,939	1,065
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,077	0,067	-0,147	-1,146	0,253	0,233	4,296
	Staż pracy z traumą	0,108	0,071	0,180	1,522	0,129	0,277	3,616
	Trauma własna	0,630	0,575	0,070	1,094	0,275	0,945	1,058
4	(Stała)	-6,882	2,493		-2,761	0,006		
	Wiek	0,064	0,033	0,147	1,959	0,051	0,549	1,822
	Liczba grup klientów	0,446	0,271	0,096	1,646	0,101	0,910	1,098
	Superwizja	1,722	0,712	0,141	2,418	0,016	0,903	1,107

	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,060	0,061	-0,116	-0,994	0,321	0,228	4,391
	Staż pracy z traumą	0,099	0,064	0,164	1,552	0,122	0,275	3,634
	Trauma własna	0,583	0,519	0,065	1,124	0,262	0,929	1,076
	Prężność	0,109	0,019	0,434	5,869	<0,001	0,564	1,774
	Osobista przykrość	0,033	0,053	0,043	0,624	0,533	0,638	1,566
	Przyjmowanie perspektywy	0,055	0,059	0,059	0,934	0,351	0,767	1,303
	Wsparcie rodzina	0,007	0,032	0,014	0,226	0,822	0,850	1,177
5	(Stała)	-5,246	2,384		-2,201	0,029		
	Wiek	0,066	0,031	0,153	2,172	0,031	0,548	1,826
	Liczba grup klientów	0,318	0,255	0,068	1,248	0,213	0,902	1,109
	Superwizja	2,021	0,669	0,166	3,020	0,003	0,897	1,115
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,086	0,057	-0,165	-1,504	0,134	0,225	4,439
	Staż pracy z traumą	0,111	0,060	0,185	1,863	0,064	0,275	3,642
	Trauma własna	0,342	0,488	0,038	0,701	0,484	0,922	1,084
	Prężność	0,072	0,019	0,286	3,861	<0,001	0,493	2,027
	Osobista przykrość	0,003	0,050	0,004	0,056	0,956	0,629	1,589
	Przyjmowanie perspektywy	0,017	0,055	0,018	0,307	0,759	0,756	1,323
	Wsparcie rodzina	0,004	0,030	0,007	0,118	0,906	0,847	1,181
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,157	0,049	0,198	3,185	0,002	0,702	1,425

6	Rozwiązanie/akceptacja	0,146	0,047	0,197	3,142	0,002	0,685	1,459
	(Stała)	-4,531	2,262		-2,003	0,046		
	Wiek	0,068	0,029	0,157	2,360	0,019	0,547	1,827
	Liczba grup klientów	0,228	0,242	0,049	0,941	0,348	0,897	1,115
	Superwizja	2,274	0,636	0,187	3,577	<0,001	0,891	1,122
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,077	0,054	-0,148	-1,430	0,154	0,225	4,443
	Staż pracy z traumą	0,079	0,057	0,132	1,396	0,164	0,271	3,687
	Trauma własna	0,322	0,462	0,036	0,697	0,487	0,922	1,084
	Prężność	0,069	0,018	0,274	3,902	<0,001	0,493	2,030
	Osobista przykrość	-0,059	0,049	-0,077	-1,201	0,231	0,590	1,694
	Przyjmowanie perspektywy	-0,029	0,053	-0,031	-0,546	0,586	0,734	1,363
	Wsparcie rodzina	0,013	0,029	0,024	0,449	0,654	0,843	1,186
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,141	0,047	0,178	3,022	0,003	0,699	1,431
	Rozwiązanie/akceptacja	0,175	0,044	0,235	3,927	<0,001	0,674	1,483
Zakłócenia podstawowych przekonań	0,094	0,019	0,275	5,046	<0,001	0,818	1,223	
7	(Stała)	-5,955	2,318		-2,569	0,011		
	Wiek	0,077	0,029	0,176	2,656	0,009	0,539	1,854
	Liczba grup klientów	0,179	0,240	0,039	0,746	0,457	0,890	1,123
	Superwizja	2,440	0,633	0,200	3,855	<0,001	0,880	1,136

Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,080	0,053	-0,155	-1,505	0,134	0,225	4,446
Staż pracy z traumą	0,071	0,056	0,118	1,262	0,208	0,270	3,701
Trauma własna	0,349	0,457	0,039	0,763	0,447	0,922	1,085
Prężność	0,071	0,018	0,284	4,084	<0,001	0,491	2,038
Osobista przykrość	-0,050	0,049	-0,065	-1,018	0,310	0,586	1,705
Przyjmowanie perspektywy	-0,034	0,053	-0,036	-0,640	0,523	0,733	1,365
Wsparcie rodzina	0,015	0,028	0,028	0,532	0,595	0,842	1,187
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,276	0,073	0,348	3,755	<0,001	0,277	3,612
Rozwiązanie/akceptacja	0,174	0,044	0,234	3,950	<0,001	0,674	1,483
Zakłócenia podstawowych przekonaniach	0,147	0,029	0,429	5,062	<0,001	0,330	3,030
zaklocenia_w_przekonaniach_x_pozytyw_pozn_res	-0,008	0,004	-0,264	-2,359	0,019	0,189	5,287

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 11b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	F zmiany	df1	df2	Istotność F zmiany
1	0,278 ^a	0,077	0,073	3,556	0,077	18,779	1	224	<0,001
2	0,389 ^b	0,152	0,132	3,441	0,074	4,810	4	220	<0,001
3	0,395 ^c	0,156	0,133	3,439	0,005	1,197	1	219	0,275
4	0,580 ^d	0,337	0,306	3,077	0,181	14,646	4	215	<0,001
5	0,651 ^e	0,424	0,392	2,880	0,087	16,171	2	213	<0,001
6	0,697 ^f	0,486	0,454	2,728	0,062	25,465	1	212	<0,001
7	0,707 ^g	0,499	0,466	2,699	0,013	5,565	1	211	0,019

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.10.

Załącznik 12a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla wyniku poszczególnych komponentów SPTG: wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	2,875	0,859		3,348	<0,001		
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,581	0,264	0,158	2,203	0,029	0,788	1,269
	Forma organizacyjna pracy	-0,488	0,295	-0,120	-1,656	0,099	0,775	1,291
	Liczba grup klientów	0,771	0,303	0,175	2,541	0,012	0,857	1,166
	Praca z przemocą	-1,483	0,545	-0,177	-2,720	0,007	0,967	1,035
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,037	0,060	-0,076	-0,626	0,532	0,278	3,601
	Staż pracy z traumą	0,140	0,069	0,247	2,033	0,043	0,276	3,620
2	(Stała)	-5,575	2,140		-2,605	0,010		
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,539	0,253	0,147	2,133	0,034	0,777	1,287
	Forma organizacyjna pracy	-0,362	0,285	-0,089	-1,270	0,205	0,751	1,331
	Liczba grup klientów	0,759	0,294	0,172	2,581	0,011	0,827	1,209
	Praca z przemocą	-1,675	0,533	-0,199	-3,145	0,002	0,918	1,089
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,033	0,057	-0,066	-0,572	0,568	0,277	3,612
	Staż pracy z traumą	0,146	0,066	0,257	2,219	0,028	0,275	3,633

	Prężność	0,033	0,016	0,139	2,124	0,035	0,865	1,157
	Empatyczna troska	0,241	0,054	0,314	4,450	<0,001	0,743	1,345
	Przyjmowanie perspektywy	-0,064	0,065	-0,073	-0,979	0,329	0,671	1,490
3	(Stała)	-5,267	2,152		-2,447	0,015		
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,377	0,250	0,103	1,507	0,133	0,752	1,330
	Forma organizacyjna pracy	-0,325	0,278	-0,080	-1,170	0,243	0,750	1,333
	Liczba grup klientów	0,744	0,286	0,169	2,601	0,010	0,826	1,211
	Praca z przymocą	-1,457	0,525	-0,173	-2,777	0,006	0,895	1,118
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,026	0,055	-0,052	-0,460	0,646	0,275	3,635
	Staż pracy z traumą	0,143	0,064	0,251	2,232	0,027	0,275	3,638
	Prężność	0,024	0,016	0,103	1,538	0,125	0,781	1,281
	Empatyczna troska	0,221	0,053	0,288	4,175	<0,001	0,735	1,360
	Przyjmowanie perspektywy	-0,070	0,064	-0,080	-1,093	0,276	0,658	1,520
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,113	0,050	0,150	2,270	0,024	0,799	1,252
	Zaprzeczanie	0,193	0,076	0,159	2,549	0,012	0,894	1,119
4	(Stała)	-3,755	2,087		-1,799	0,073		
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,453	0,240	0,123	1,889	0,060	0,748	1,337

	Forma organizacyjna pracy	-0,495	0,268	-0,121	-1,843	0,067	0,736	1,359
	Liczba grup klientów	0,692	0,274	0,157	2,524	0,012	0,824	1,214
	Praca z przemocą	-1,479	0,502	-0,176	-2,945	0,004	0,894	1,118
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,007	0,053	-0,015	-0,139	0,890	0,274	3,655
	Staż pracy z traumą	0,105	0,062	0,184	1,693	0,092	0,270	3,706
	Prężność	0,032	0,015	0,136	2,113	0,036	0,771	1,298
	Empatyczna troska	0,159	0,052	0,207	3,032	0,003	0,686	1,458
	Przyjmowanie perspektywy	-0,105	0,062	-0,119	-1,701	0,090	0,648	1,544
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,110	0,047	0,146	2,316	0,022	0,799	1,252
	Zaprzeczanie	0,160	0,073	0,132	2,194	0,029	0,885	1,130
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,092	0,020	0,285	4,536	<0,001	0,811	1,233
5	(Stała)	-3,306	2,125		-1,556	0,121		
	Obszar funkcjonowania zawodowego	0,460	0,241	0,125	1,913	0,057	0,745	1,341
	Forma organizacyjna pracy	-0,518	0,270	-0,127	-1,923	0,056	0,731	1,367
	Liczba grup klientów	0,727	0,276	0,165	2,628	0,009	0,813	1,230
	Praca z przemocą	-1,481	0,505	-0,176	-2,936	0,004	0,889	1,125

Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,010	0,053	-0,020	-0,181	0,856	0,272	3,673
Staż pracy z traumą	0,110	0,062	0,193	1,763	0,079	0,267	3,747
Prężność	0,031	0,015	0,131	2,018	0,045	0,761	1,315
Empatyczna troska	0,160	0,053	0,208	3,044	0,003	0,685	1,460
Przyjmowanie perspektywy	-0,103	0,062	-0,118	-1,676	0,095	0,646	1,549
Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,041	0,078	0,055	0,522	0,602	0,293	3,411
Zaprzeczanie	0,131	0,128	0,109	1,023	0,307	0,285	3,509
Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,062	0,033	0,192	1,903	0,058	0,315	3,177
zaklocenia_w_przekonaniach_x_pozytyw_pozn_restr	0,004	0,004	0,142	1,097	0,274	0,191	5,238

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 12b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	F zmiany	df1	df2	Istotność F zmiany
1	0,330 ^a	0,109	0,084	3,343	0,109	4,455	6	219	<0,001
2	0,450 ^b	0,203	0,169	3,185	0,094	8,466	3	216	<0,001
3	0,503 ^c	0,253	0,215	3,096	0,051	7,256	2	214	<0,001
4	0,565 ^d	0,319	0,281	2,964	0,066	20,574	1	213	<0,001
5	0,569 ^e	0,323	0,279	2,968	0,004	,694	2	211	0,500

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 1.91.

Załącznik 13a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla poszczególnych komponentów SPTG: większe zaufanie do siebie i docenianie życia

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	5,825	1,239		4,700	<0,001		
	Wiek	0,095	0,031	0,204	3,120	0,002	1,000	1,000
2	(Stała)	4,238	1,460		2,903	0,004		
	Wiek	0,059	0,039	0,126	1,508	0,133	0,580	1,723
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,002	0,073	-0,003	-0,022	0,983	0,240	4,164
	Superwizja	1,706	0,876	0,130	1,948	0,053	0,903	1,107
	Staż pracy z traumą	0,059	0,078	0,091	0,753	0,452	0,277	3,607
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,092	0,030	0,272	3,036	0,003	0,506	1,976
	Nakład pracy	-0,011	0,012	-0,083	-0,940	0,348	0,514	1,945
3	(Stała)	3,785	1,470		2,575	0,011		
	Wiek	0,048	0,039	0,104	1,240	0,216	0,570	1,755
	Staż pracy jako osoba pomagająca	0,006	0,072	0,011	0,083	0,934	0,239	4,177
	Superwizja	1,725	0,871	0,132	1,981	0,049	0,903	1,107
	Staż pracy z traumą	0,047	0,078	0,073	0,606	0,545	0,276	3,628
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,092	0,030	0,271	3,053	0,003	0,506	1,976
	Nakład pracy	-0,013	0,012	-0,097	-1,095	0,275	0,511	1,957

4	Trauma własna	1,223	0,630	0,126	1,941	0,054	0,942	1,061
	(Stała)	-10,024	2,758		-30,635	<0,001		
	Wiek	0,019	0,035	0,040	0,534	0,594	0,537	1,861
	Staż pracy jako osoba pomagająca	0,002	0,064	0,004	0,036	0,971	0,231	4,320
	Superwizja	0,909	0,773	0,069	1,176	0,241	0,861	1,162
	Staż pracy z traumą	0,060	0,068	0,093	0,885	0,377	0,273	3,664
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,071	0,027	0,210	2,650	0,009	0,478	2,093
	Nakład pracy	-0,002	0,010	-0,019	-0,242	0,809	0,497	2,012
	Trauma własna	1,028	0,552	0,106	1,864	0,064	0,923	1,084
	Prężność .	0,123	0,020	0,454	6,153	<0,001	0,551	1,814
	Osobista przykrość	0,095	0,057	0,116	1,680	0,094	0,632	1,582
	Przyjmowanie perspektywy	0,099	0,062	0,100	1,599	0,111	0,767	1,304
	Wsparcie rodzina	0,043	0,038	0,074	1,133	0,258	0,698	1,432
	Znajomi spoza pracy	0,023	0,037	0,041	0,635	0,526	0,725	1,380
5	(Stała)	-8,387	2,747		-3,053	0,003		
	Wiek	0,019	0,034	0,041	0,556	0,579	0,536	1,867
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,012	0,063	-0,022	-0,200	0,842	0,228	4,384
	Superwizja	1,110	0,756	0,085	1,468	0,144	0,856	1,168
	Staż pracy z traumą	0,070	0,066	0,109	1,064	0,288	0,272	3,679
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,069	0,026	0,203	2,618	0,009	0,477	2,097

	Nakład pracy	-0,002	0,010	-0,018	-0,238	0,812	0,497	2,014
	Trauma własna	0,854	0,541	0,088	1,580	0,116	0,915	1,093
	Prężność .	0,099	0,021	0,366	4,763	<0,001	0,484	2,068
	Osobista przykrość	0,072	0,056	0,087	1,291	0,198	0,623	1,605
	Przyjmowanie perspektywy	0,071	0,061	0,071	1,160	0,247	0,754	1,327
	Wsparcie rodzina	0,038	0,037	0,066	1,038	0,301	0,696	1,437
	Znajomi spoza pracy	0,021	0,036	0,037	0,590	0,556	0,724	1,381
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,158	0,054	0,186	2,909	0,004	0,700	1,428
	Rozwiązanie/akceptacja	0,042	0,051	0,052	0,811	0,418	0,689	1,452
6	(Stała)	-7,338	2,606		-2,816	0,005		
	Wiek	0,024	0,032	0,051	0,741	0,460	0,535	1,869
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,014	0,059	-0,025	-0,241	0,810	0,228	4,384
	Superwizja	1,338	0,717	0,102	1,867	0,063	0,852	1,173
	Staż pracy z traumą	0,047	0,063	0,074	0,756	0,450	0,270	3,698
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,060	0,025	0,176	2,399	0,017	0,474	2,108
	Nakład pracy	-0,005	0,009	-0,038	-0,525	0,600	0,495	2,019
	Trauma własna	0,865	0,511	0,089	1,691	0,092	0,915	1,093
	Prężność .	0,095	0,020	0,352	4,837	<0,001	0,483	2,071
	Osobista przykrość	-0,002	0,055	-0,002	-0,030	0,976	0,579	1,726

	Przyjmowanie perspektywy	0,014	0,059	0,015	0,245	0,807	0,727	1,376
	Wsparcie rodzina	0,042	0,035	0,074	1,215	0,226	0,696	1,438
	Znajomi spoza pracy	0,031	0,034	0,053	0,896	0,371	0,722	1,385
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,142	0,052	0,167	2,755	0,006	0,698	1,433
	Rozwiązanie/akceptacja	0,071	0,049	0,089	1,453	0,148	0,679	1,473
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,105	0,021	0,288	5,084	<0,001	0,799	1,252
7	(Stała)	-8,743	2,672		-3,273	0,001		
	Wiek	0,033	0,032	0,072	1,034	0,302	0,524	1,907
	Staż pracy jako osoba pomagająca	-0,021	0,059	-0,037	-0,353	0,725	0,227	4,397
	Superwizja	1,501	0,715	0,115	2,099	0,037	0,842	1,187
	Staż pracy z traumą	0,042	0,062	0,065	0,678	0,499	0,270	3,704
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,060	0,025	0,178	2,443	0,015	0,474	2,108
	Nakład pracy	-0,006	0,009	-0,047	-0,659	0,511	0,493	2,027
	Trauma własna	0,894	0,508	0,092	1,761	0,080	0,914	1,094
	Prężność .	0,097	0,020	0,360	4,981	<0,001	0,482	2,077
	Osobista przykrość	0,007	0,054	0,009	0,132	0,895	0,576	1,736
	Przyjmowanie perspektywy	0,008	0,059	0,008	0,143	0,886	0,725	1,379

	Wsparcie rodzina	0,043	0,035	0,075	1,248	0,213	0,695	1,438
	Znajomi spoza pracy	0,033	0,034	0,057	0,963	0,337	0,721	1,386
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,274	0,081	0,321	3,373	<0,001	0,277	3,609
	Rozwiązanie/akceptacja	0,069	0,048	0,087	1,433	0,153	0,679	1,473
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,157	0,032	0,429	4,881	<0,001	0,326	3,071
	zaklocenia_w_przekonania ch_x_pozytyw_pozn_restr	-0,008	0,004	-0,241	-2,091	0,038	0,189	5,282

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 13b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: większe zaufanie do siebie i docenianie życia

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	p
1	0,204 ^a	0,042	0,037	3,891	0,042	9,735	1	224	0,002
2	0,337 ^b	0,113	0,089	3,785	0,072	3,545	5	219	0,004
3	0,358 ^c	0,128	0,100	3,761	0,015	3,767	1	218	0,054
4	0,600 ^d	0,360	0,324	3,259	0,232	15,454	5	213	<0,001
5	0,630 ^e	0,397	0,357	3,179	0,037	6,416	2	211	0,002
6	0,681 ^f	0,463	0,425	3,007	0,066	25,846	1	210	<0,001
7	0,204 ^a	0,042	0,037	3,891	0,042	9,735	1	224	0,002

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR^2 – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.21.

Załącznik 14a

Wyniki hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla poszczególnych komponentów SPTG: wzrost akceptacji działań na rzecz innych

Model	Zmienne	B	Błąd standardowy	Beta	t	p	Tolerancja	VIF
1	(Stała)	5,548	1,272		4,361	<0,001		
	Wiek	0,081	0,031	0,170	2,576	0,011	1,000	1,000
2	(Stała)	4,465	1,358		3,287	0,001		
	Wiek	0,047	0,037	0,099	1,278	0,202	0,684	1,463
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	0,796	0,618	0,085	1,287	0,199	0,935	1,070
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,078	0,030	0,227	2,571	0,011	0,527	1,898
	Nakład pracy	0,000	0,012	0,003	0,037	0,971	0,530	1,888
	Staż pracy z traumą	0,049	0,051	0,074	0,959	0,338	0,679	1,472
3	(Stała)	4,185	1,379		3,034	0,003		
	Wiek	0,042	0,037	0,088	1,132	0,259	0,674	1,484
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	0,780	0,618	0,083	1,262	0,208	0,934	1,070
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,078	0,030	0,226	2,566	0,011	0,527	1,898
	Nakład pracy	-0,001	0,012	-0,005	-0,055	0,957	0,526	1,900
	Staż pracy z traumą	0,046	0,051	0,070	0,900	0,369	0,677	1,476
	Trauma własna	0,741	0,649	0,075	1,142	0,255	0,945	1,059
4	(Stała)	-8,693	2,859		-3,041	0,003		

	Wiek	0,016	0,034	0,034	0,466	0,642	0,646	1,547
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	0,402	0,576	0,043	0,698	0,486	0,880	1,136
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,062	0,028	0,179	2,219	0,028	0,515	1,943
	Nakład pracy	0,008	0,011	0,063	0,785	0,433	0,518	1,929
	Staż pracy z traumą	0,053	0,047	0,081	1,138	0,256	0,660	1,514
	Trauma własna	0,552	0,593	0,056	0,930	0,353	0,924	1,083
	Prężność	0,102	0,021	0,372	4,888	<0,001	0,577	1,733
	Osobista przykrość	0,071	0,061	0,085	1,176	0,241	0,641	1,561
	Przyjmowanie perspektywy	0,136	0,066	0,134	2,051	0,041	0,778	1,285
	Wsparcie rodzina	0,043	0,037	0,073	1,172	0,242	0,858	1,166
5	(Stała)	-6,889	2,866		-2,404	0,017		
	Wiek	0,013	0,034	0,028	0,396	0,693	0,646	1,548
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	0,497	0,564	0,053	0,880	0,380	0,878	1,139
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,058	0,027	0,169	2,138	0,034	0,513	1,949
	Nakład pracy	0,009	0,011	0,067	0,854	0,394	0,518	1,930
	Staż pracy z traumą	0,052	0,046	0,079	1,135	0,258	0,658	1,520
	Trauma własna	0,376	0,583	0,038	0,644	0,520	0,916	1,092
	Prężność	0,079	0,022	0,288	3,631	<0,001	0,508	1,967
	Osobista przykrość	0,050	0,060	0,060	0,841	0,401	0,633	1,580

	Przyjmowanie perspektywy	0,105	0,066	0,104	1,605	0,110	0,763	1,311
	Wsparcie rodzina	0,036	0,036	0,062	1,006	0,315	0,854	1,170
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,165	0,059	0,190	2,809	0,005	0,702	1,424
	Rozwiązanie/akceptacja	0,037	0,055	0,046	0,680	0,497	0,698	1,433
6	(Stała)	-5,978	2,819		-2,121	0,035		
	Wiek	0,016	0,033	0,034	0,497	0,620	0,645	1,550
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	0,547	0,552	0,059	0,990	0,323	0,877	1,140
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,050	0,027	0,145	1,870	0,063	0,509	1,967
	Nakład pracy	0,008	0,010	0,057	0,742	0,459	0,517	1,933
	Staż pracy z traumą	0,037	0,045	0,056	0,821	0,412	0,651	1,536
	Trauma własna	0,377	0,571	0,038	0,660	0,510	0,916	1,092
	Prężność	0,078	0,021	0,282	3,629	<0,001	0,508	1,968
	Osobista przykrość	0,000	0,060	0,000	-0,006	0,995	0,591	1,693
	Przyjmowanie perspektywy	0,064	0,065	0,063	0,976	0,330	0,733	1,364
	Wsparcie rodzina	0,041	0,035	0,071	1,181	0,239	0,852	1,173
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,152	0,057	0,176	2,655	0,009	0,699	1,430
	Rozwiązanie/akceptacja	0,058	0,054	0,072	1,079	0,282	0,688	1,454

	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,075	0,023	0,199	3,229	0,001	0,804	1,244
7	(Stała)	-7,042	2,902		-2,427	0,016		
	Wiek	0,023	0,033	0,047	0,683	0,495	0,635	1,576
	Posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego	0,661	0,556	0,071	1,188	0,236	0,860	1,163
	Liczba godzin pracy z traumą w tygodniu	0,050	0,027	0,145	1,868	0,063	0,508	1,967
	Nakład pracy	0,007	0,010	0,052	0,671	0,503	0,516	1,938
	Staż pracy z traumą	0,029	0,045	0,044	0,639	0,523	0,642	1,559
	Trauma własna	0,395	0,569	0,040	0,693	0,489	0,916	1,092
	Prężność	0,080	0,021	0,289	3,729	<0,001	0,506	1,977
	Osobista przykrość	0,009	0,061	0,010	0,143	0,886	0,585	1,711
	Przyjmowanie perspektywy	0,059	0,065	0,058	0,901	0,369	0,731	1,367
	Wsparcie rodzina	0,042	0,035	0,072	1,209	0,228	0,852	1,173
	Pozytywna restrukturyzacja poznawcza	0,257	0,091	0,296	2,821	0,005	0,277	3,608
	Rozwiązanie/akceptacja	0,057	0,054	0,070	1,057	0,292	0,688	1,454
	Zakłócenia w podstawowych przekonaniach	0,115	0,036	0,309	3,200	0,002	0,327	3,060
	zaklocenia_w_przekonaniach_x_pozytyw_pozn_restr	-0,006	0,004	-0,187	-1,474	0,142	0,188	5,309

Objaśnienia jak w Załączniku 5a.

Załącznik 14b

Podsumowanie modeli hierarchicznej analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej zależnej: wzrost akceptacji działań na rzecz innych

Model	R	R ²	skorygowane R ²	SE	Statystyki zmiany				
					ΔR ²	ΔF	df1	df2	p
1	0,170 ^a	0,029	0,024	3,993	0,029	6,636	1	224	0,011
2	0,315 ^b	0,099	0,079	3,881	0,070	4,302	4	220	0,002
3	0,323 ^c	0,105	0,080	3,878	0,005	1,305	1	219	0,255
4	0,530 ^d	0,281	0,248	3,506	0,177	13,224	4	215	<0,001
5	0,564 ^e	0,318	0,280	3,431	0,037	5,780	2	213	0,004
6	0,592 ^f	0,350	0,310	3,357	0,032	10,428	1	212	0,001
7	0,597 ^g	0,357	0,314	3,348	0,007	2,173	1	211	0,142

SE – błąd standardowy oszacowania; ΔR² – zmiana współczynnika determinacji; ΔF – zmiana statystyki F. Statystyka Durbina–Watsona = 2.12

Załącznik 15

Związki między interakcjami strategii poznawczego przetwarzania traumy i zakłóceń w podstawowych przekonaniach a nasileniem STS i SPTG

		Żal x zakłócenia	Zaprzeczanie x zakłócenia
STS og.	<i>r</i>	0,624**	0,464**
	<i>p</i>	<0,001	<0,001
STS.1 intruzja	<i>r</i>	0,485**	0,369**
	<i>p</i>	<0,001	<0,001
STS.2 unikanie	<i>r</i>	0,326**	0,303**
	<i>p</i>	<0,001	<0,001
STS.3 pobudzenie	<i>r</i>	0,564**	0,435**
	<i>p</i>	<0,001	<0,001
STS.4 zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej	<i>r</i>	0,645**	0,436**
	<i>p</i>	<0,001	<0,001

		Pozytywna restrukturyzacja poznawcza x zakłócenia
SPTG og.	<i>r</i>	0,430**
	<i>p</i>	<0,001
SPTG.1 nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	<i>r</i>	0,355**
	<i>p</i>	<0,001
SPTG.2 wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	<i>r</i>	0,394**
	<i>p</i>	<0,001
SPTG.3 większe zaufanie do siebie i docenianie życia	<i>r</i>	0,373**
	<i>p</i>	<0,001
SPTG.4 wzrost akceptacji działań na rzecz innych	<i>r</i>	0,326**
	<i>p</i>	<0,001

Spis tabel

Tabela 1. Charakterystyka próby ze względu na zmienne socjodemograficzne – płeć (N = 226)

Tabela 2. Charakterystyka próby ze względu na zmienne socjodemograficzne – wiek (N = 226)

Tabela 3. Charakterystyka próby ze względu na zmienne socjodemograficzne – wyuczony zawód (N = 226)

Tabela 4. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – obszar funkcjonowania zawodowego (N = 226)

Tabela 5. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – forma organizacyjna pracy oraz multizatrudnienie (N = 226)

Tabela 6. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – liczba grup wiekowych (N = 226)

Tabela 7. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – orientacja terapeutyczna (N = 226)

Tabela 8. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – praca z osobami doświadczającymi przemocy (N = 226)

Tabela 9. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – certyfikat psychoterapeutyczny i szkolenia z pracy z traumą (N = 226)

Tabela 10. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – obciążenie pracą (N = 226)

Tabela 11. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z pracą – terapia własna i superwizja (N = 226)

Tabela 12. Charakterystyka próby ze względu na zmienne związane z traumą osobistą (N = 226)

Tabela 13. Statystyki opisowe dla wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu potraumatycznego (N = 226)

Tabela 14. Statystyki opisowe dla zasobów osobistych, środowiskowych oraz zmiennych poznawczych (N = 226)

Tabela 15. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na płeć (N = 226)

Tabela 16. Związek między nasileniem wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego a wiekiem (N = 226)

Tabela 17. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na wyuczony zawód (N = 226)

Tabela 18. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na obszar funkcjonowania zawodowego (N = 226)

Tabela 19. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na formę organizacyjną pracy (N = 226)

Tabela 20. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na multizatrudnienie (N = 226)

Tabela 21. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na liczbę grup wiekowych (N = 226)

Tabela 22. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na orientację terapeutyczną (N = 226)

Tabela 23. Zróznicowanie nasilenia wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na pracę z osobami doświadczającymi przemocy (N = 226)

Tabela 24. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na posiadanie certyfikatu psychoterapeutycznego (N = 226)

Tabela 25. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na szkolenia z pracy z traumą (N = 226)

Tabela 26. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na doświadczenie terapii własnej (N = 226)

Tabela 27. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na korzystanie z superwizji (N = 226)

Tabela 28. Związki między obciążeniem pracą a wtórnym stresem traumatycznym oraz wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226) Tabela 29. Różnice w nasileniu wtórnego stresu traumatycznego oraz wtórnego wzrostu potraumatycznego ze względu na doświadczenie traumy własnej (N = 226)

Tabela 30. Korelacje między prężnością a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

Tabela 31. Korelacje między empatią a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

Tabela 32. Korelacje między wsparciem społecznym a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

Tabela 33. Korelacje między strategiami poznawczymi a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

Tabela 34. Korelacje między zakłóceniami w podstawowych przekonaniach a wtórnym stresem traumatycznym i wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226)

Tabela 35. Predyktory ogólnego wyniku wtórnego stresu traumatycznego (N = 226)

Tabela 36. Predyktory komponentu STS – intruzja (N = 226)

Tabela 37. Predyktory komponentu STS – unikanie (N = 226)

Tabela 38. Predyktory komponentu STS – pobudzenie (N = 226)

Tabela 39. Predyktory komponentu STS – zmiany poznawcze i emocjonalne (N = 226)

Tabela 40. Predyktory wtórnego wzrostu potraumatycznego (N = 226)

Tabela 41. Predyktory komponentu SPTG – nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych (N = 226)

Tabela 42. Predyktory komponentu SPTG – wzrost doświadczeń duchowych i odpowiedzialności za innych (N = 226)

Tabela 43. Predyktory komponentu SPTG – większe zaufanie do siebie i docenianie życia (N = 226)

Tabela 44. Predyktory komponentu SPTG – wzrost akceptacji działań na rzecz innych (N = 226)

Tabela 45. Związki między wtórnym stresem traumatycznym a wtórnym wzrostem potraumatycznym (N = 226).

Spis rycin

Rycina 1. Model zależności między zmiennymi biograficzno-zawodowymi, zasobami osobistymi, poznawczymi i społecznymi a STS i SPTG

Rycina 2. Model mediacji zmiennych poznawczych w relacji między zasobami a STS i SPTG

Rycina 3. Model mediacyjnej roli żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między empatyczną troską a STS

Rycina 4. Model mediacyjnej roli żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między osobistą przykrością a STS

Rycina 5. Model mediacyjnej roli zaprzeczania i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między osobistą przykrością a STS

Rycina 6. Model mediacyjnej roli żalu i zakłóceń w podstawowych przekonaniach w relacji między prężnością a STS

Rycina 7. Model mediacyjnej roli zakłóceń w przekonaniach i pozytywnej restrukturyzacji w relacji między prężnością a SPTG

Rycina 8. Model mediacyjnej roli zakłóceń w przekonaniach i pozytywnej restrukturyzacji w relacji między przyjmowaniem perspektywy a SPTG

Rycina 9. Model mediacyjnej roli zakłóceń w przekonaniach i pozytywnej restrukturyzacji w relacji między empatyczną troską a SPTG

Rycina 10. Model mediacyjnej roli zakłóceń w przekonaniach i pozytywnej restrukturyzacji w relacji między wsparciem rodziny a SPTG

Spis wykresów

Wykres 1. Częstość wskazywanych miejsc zatrudnienia wśród badanych

Wykres 2. Liczba osób pracujących z poszczególnymi grupami wiekowymi klientów/pacjentów

Wykres 3. Częstość występowania doświadczeń traumatycznych w pracy badanych

Wykres 4. Formy doświadczania traury wskazywane przez osoby badane