

Nina Ogińska-Bulik

Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego
Zakład Psychologii Zdrowia

Negatywne skutki pracy związanej z pomaganiem osobom po doświadczeniach traumatycznych – zjawisko wtórnej traumatyzacji

Negative effects of work related to helping people after traumatic experiences – the phenomenon of secondary traumatization

STRESZCZENIE

Pomaganie ofiarom traumy, zwłaszcza przez profesjonalistów, może prowadzić do wystąpienia wtórnej traumatyzacji, rozumianej także jako wtórny stres traumatyczny. Objawy wtórnego stresu traumatycznego są takie same jak w przypadku zaburzeń po stresie traumatycznym / urazowym (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD) i obejmują cztery kategorie, tj. intruzję, unikanie, negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz wzmożone pobudzenie i reaktywność. Wtórny stres traumatyczny występuje najczęściej u pracowników socjalnych, terapeutów, kuratorów sądowych oraz przedstawicieli służb medycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni). Zjawisko to obserwuje się również u nieprofesjonalistów, tj. u osób, które wspierają czy jedynie towarzyszą ofiarom traumy lub cierpiącym. Wśród czynników sprzyjających wystąpieniu wtórnej traumatyzacji wyróżnia się czynniki, które są związane z pracą / organizacją oraz czynniki podmiotowe, wśród których szczególną rolę przypisuje się empatii. Z występującymi objawami wtórnego stresu traumatycznego można sobie radzić poprzez stosowanie różnego rodzaju oddziaływań, w tym różnych form dbania o siebie.

Słowa kluczowe: wtórna traumatyzacja, wtórny stres traumatyczny, profesjonaliści, ofiary traumy

ABSTRACT

Helping trauma victims, especially by professionals, can lead to secondary traumatization, also understood as secondary traumatic stress. Symptoms of secondary traumatic stress are the same as those of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and include four categories, i.e. intrusion, avoidance, negative changes in cognition and mood, and increased arousal and reactivity. Secondary traumatic stress occurs most often in social workers, therapists, probation officers and representatives of medical services (doctors, nurses, paramedics). This phenomenon is also observed in non-professionals, i.e. people who support or only accompany trauma victims or sufferers. Among the factors favoring the onset of secondary traumatization, there are factors related to work/organization and subjective factors, among which a special role is attributed to empathy. Occurring symptoms of secondary traumatic stress can be managed through the use of various types of interactions, including various forms of self-care.

Key words: secondary traumatization, secondary traumatic stress, professionals, trauma victims

Wprowadzenie

Praca polegająca na pomaganiu innym, zwłaszcza osobom, które doznały traumy, wiąże się z dużym obciążeniem emocjonalnym. Tego rodzaju praca pociąga za sobą ryzyko wystąpienia wtórnej traumatyzacji. Jest to zjawisko dostrzegane od niedawna, zwłaszcza w Polsce. Celem artykułu jest przedstawienie zjawiska wtórnej traumatyzacji, wskazanie, kogo ono dotyczy, prezentacja wybranych modeli wyjaśniających, w jaki sposób dochodzi do jego rozwoju i czynników sprzyjających jego wystąpieniu, oraz wskazanie, jak sobie radzić z jego objawami.

Czym jest wtórna traumatyzacja?

Wtórna (zastępcza) trauma/traumatyzacja, określana także jako wtórny stres traumatyczny, odnosi się do zespołu objawów występujących u osób narażonych na obserwację i bliski kontakt z ludźmi, którzy bezpośrednio doświadczyli traumy lub cierpienia. Profesjonalista, koncentrując się na potrzebach swoich klientów, często zaniedbuje własne potrzeby, odkłada na bok swoje problemy i odczucia, bowiem najważniejszy jest klient i jego problem.

Pojęcie wtórnej (zastępczej) traumy (*vicarious/secondary trauma*) zostało wprowadzone przez McCann i Pearlman (1990) do

opisu zmian w światopoglądzie osoby pomagającej w wyniku empatycznego zaangażowania się w pomaganie klientom, którzy doznali traumy. Takie ujęcie akcentuje zmiany w zakresie znaczenia schematów poznawczych i procesu przystosowania się. Zauważono bowiem, że przekonania osób pomagających na temat świata i samego siebie mogą ulec zmianie czy zniekształceniu w wyniku powtarzającej się ekspozycji na traumatyczne zdarzenia klientów. Na ogół zmiany te są wynikiem wieloletniej pracy ze strauumatyzowanymi klientami i mają charakter względnie trwały. Termin *zastępcza traumatyzacja* odnosi się więc do poznawczych efektów wtórnej ekspozycji na zdarzenia traumatyczne.

Z powyższym konstruktem wiąże się pojęcie wtórnego stresu traumatycznego (*Secondary Traumatic Stress* – STS), określane także jako wtórne zaburzenie pourazowe (*Secondary Traumatic Stress Disorder* – STSD), spopularyzowane przez Figleya. Zdaniem autora wtórny stres traumatyczny jest traktowany jako *naturalne zachowanie i reakcje pomagających wynikające z traumatycznego zdarzenia doświadczonego przez innych* (Figley, 1999, s. 110).

Objawy wtórnego stresu traumatycznego są takie same jak symptomy zespołu po stresie traumatycznym/urazowym (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD) doświadczane przez osoby, które bezpośrednio były narażone na

zdarzenie traumatyczne. Obejmują one, zgodnie z klasyfikacją DSM-5 (APA, 2013), objawy wchodzące w zakres czterech kategorii, tj. intruzji, unikania, negatywnych zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz wzmożonego pobudzenia i reaktywności. Występującym objawom wtórnego stresu traumatycznego mogą towarzyszyć także inne negatywne skutki odnoszące się do sfery emocjonalnej, takie jak np. poczucie horroru, gniew, przygnębienie, poczucie bezradności, objawy depresji, drażliwość. Ponadto obserwuje się również występowanie trudności z koncentracją, pogorszenie relacji z innymi, obniżenie jakości wykonywanej pracy, obniżoną satysfakcję z życia i pracy, a także wypalenie zawodowe, które zdaje się poprzedzać występowanie wtórnej traumy (Ogińska-Bulik, 2018).

Pojęcie wtórnego stresu traumatycznego poprzedzał termin zmęczenie współczuciem (*Compassion Fatigue*). Określenie to zostało wprowadzone przez Figleya w 1992 roku w odniesieniu początkowo do pielęgniarek, a następnie rozszerzone na terapeutów i innych przedstawicieli zajmujących się zdrowiem psychicznym. Figley założył, że to właśnie te grupy profesjonalistów są pierwszymi, którzy próbują ukoić ból i cierpienie osób, które doznały traumy, jednakże pomagając innym sami mogą stać się jej ofiarami (Figley, 1995).

Zmęczenia współczuciem, przejawiane przez pomagających, obejmuje elementy poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Na elementy poznawcze składają się przede wszystkim: zaabsorbowanie traumą, brak koncentracji, apatia, depersonalizacja, negatywne podejście do życia, niskie poczucie własnej wartości. Emocjonalne aspekty zmęczenia współczuciem obejmują poczucie utraty sił, poczucie winy, anhedonię, smutek, wściekłość. Z kolei w zakres behawioralnych komponentów zmęczenia współczuciem wchodzi problemy ze snem, nadmierna pobudliwość, irytowanie się (Papazoglou i in., 2019).

Zmęczenie współczuciem jest często traktowane jako forma wypalenia zawodowego. Konstrukty te, pomimo pewnych wspólnych

elementów, takich jak wyczerpanie emocjonalne czy praca z osobami, które doświadczyły traumy, różnią się jednak między sobą. Wypalenie jest efektem kumulowania się stresu w pracy i zgodnie z koncepcją zaproponowaną przez Maslach – oznacza zespół objawów obejmujący wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację i obniżone poczucie dokonania osobistych, który może wystąpić u ludzi pracujących z innymi w pewien określony sposób (Maslach i in., 2001).

Wypalenie, które jest konstruktem wielowymiarowym, jest traktowane jako konsekwencja długotrwałego stresu i napięcia występującego w środowisku pracy, a wtórny stres traumatyczny wiąże się raczej z nagłym wystąpieniem objawów i nie musi dotyczyć sytuacji pracy. Ponadto wypalenie, w przeciwieństwie do wtórnego stresu traumatycznego, nie wpływa bezpośrednio na wewnętrzne doświadczenia pomagających związane z poczuciem bezpieczeństwa czy intymności (Benson, Magraith, 2005). Prowadzone badania wskazują, że wypalenie może poprzedzać i w ten sposób sprzyjać występowaniu wtórnego stresu traumatycznego (Ogińska-Bulik, 2018; Shoji i in., 2015).

Podjęmowane są także próby rozróżnienia zmęczenia współczuciem od wtórnego stresu traumatycznego, choć najczęściej pojęcia te stosowane są zamiennie. Pojęcie zmęczenia współczuciem, jak podkreślają Adams i wsp. (2006), jest nieco szersze w stosunku do pojęcia wtórnego stresu traumatycznego, gdyż jego kluczowymi elementami są wtórna trauma i wypalenie zawodowe. Z kolei Newell i wsp. (2016) wskazują, że wtórny stres traumatyczny jest możliwą konsekwencją zmęczenia współczuciem. Dodają również, że zmęczenie współczuciem jest stopniowe i ma charakter kumulatywny, w przeciwieństwie do wtórnego stresu traumatycznego, który raczej pojawia się nagle.

Niezależnie od występujących różnic i podobieństw – pojęcia *wtórny stres traumatyczny*, *zmęczenie współczuciem* i *wtórna trauma* na ogół stosowane są zamiennie. Każde z nich w pewien sposób odnosi się do zaburzeń

w obszarze zdrowia psychicznego, relacjach interpersonalnych, objawów somatycznych, zakłóceń posiadanych schematów, obniżonej empatii, jak też innych oznak pogorszenia psychospołecznego funkcjonowania osoby pomagającej ofiarom traumy.

Kto jest narażony na wtórną traumę?

Wtórna traumatyzacja dotyczy szerokiego grona profesjonalistów pomagających ofiarom traumy lub osobom cierpiącym, a przede wszystkim terapeutów, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, przedstawicieli zespołów medycznych, w tym lekarzy, pielęgniarzek czy ratowników medycznych. Wtórna traumatyzacja jest więc traktowana jako czynnik zagrożenia zawodowego.

Wtórna traumatyzacja może także wystąpić u nieprofesjonalistów, na przykład u żon/partnerów, a także dzieci weteranów wojennych, opiekunów osób nieuleczalnie chorych czy zmagających się z niepełnosprawnością, a także u ich bliskich, członków rodziny, którzy towarzyszą ofiarom przestępstw, w tym przemocy.

Wśród profesjonalistów pomagających osobom po doświadczeniach traumatycznych szczególnie narażonych na wystąpienie wtórnej traumatyzacji wymienia się przede wszystkim pracowników socjalnych i terapeutów. Dane uzyskane z badań przeprowadzonych przez Manning-Jones i wsp. (2017) wśród przedstawicieli 5 grup zawodowych, obejmujących pielęgniarki, lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych i terapeutów, dostarczyły danych wskazujących, że najwyższe nasilenie wtórnego stresu traumatycznego występowało u pracowników socjalnych, najniższe zaś u psychologów. Z metaanalizy obejmującej 38 badań (Bride i in., 2007) wynika, że 34% profesjonalistów zajmujących się ochroną dzieci ujawniło objawy wtórnego stresu traumatycznego, w tym 15,2% licencjonowanych pracowników socjalnych, 55% wykazało zaś co najmniej jeden objaw wchodzący w zakres tego zespołu.

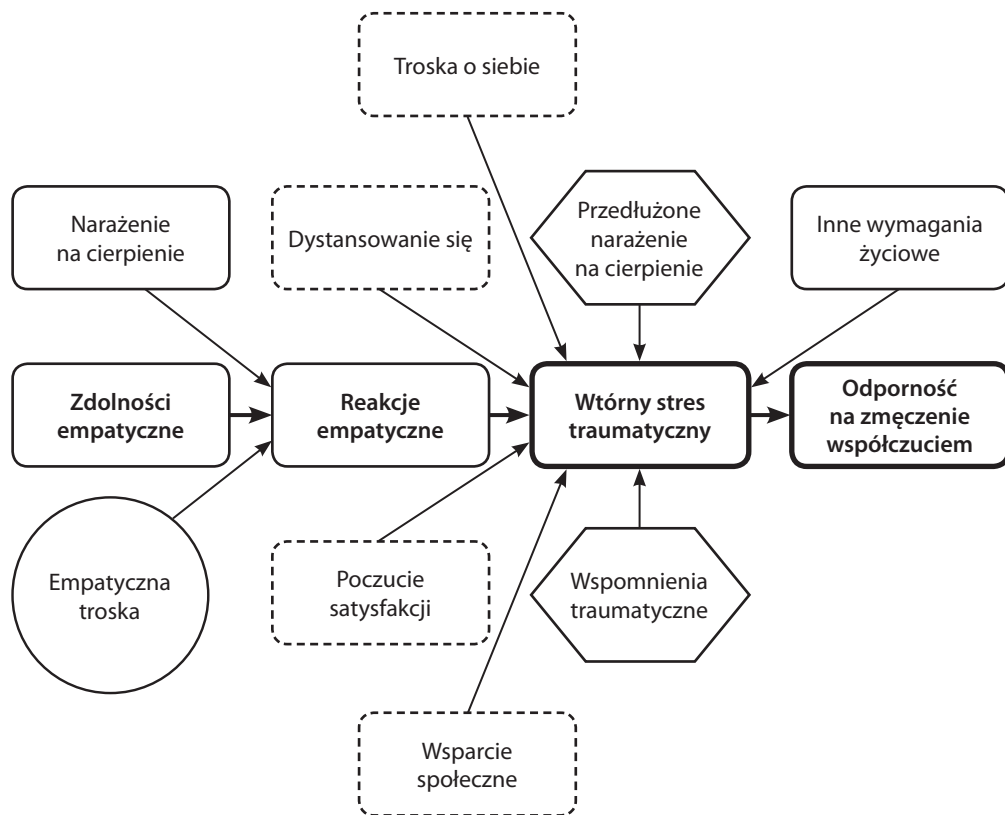
Przegląd badań przeprowadzony przez Molnar i wsp. (2017) potwierdza wysokie

ryzyko wystąpienia wtórnego stresu traumatycznego wśród pracowników socjalnych. W jednym z nich wykazano, że 40,9% spośród badanych spełniało kryteria wskazujące na jego wystąpienie. Jeszcze inne badanie (Choi, 2011) dostarczyło danych wskazujących, że w próbie 154 pracowników socjalnych zajmujących się pomaganiem ofiarom traumy związanej z przemocą wtórny stres traumatyczny wystąpił u 21%, 65% ujawniło zaś co najmniej jeden objaw wchodzący w zakres wtórnego stresu traumatycznego.

Inną grupą profesjonalistów w znaczącym stopniu narażonych na wtórną traumatyzację są terapeuci, choć dane w tym zakresie nie są jednoznaczne. Z danych ujawnionych przez Pearlman i Mac Ian (1995) wynika, że aż 62% badanych terapeutów ujawniło znaczący poziom symptomów wtórnego stresu traumatycznego. Według Bride'a i wsp. (2009) 1 na 5 terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi od substancji wykazuje wtórny stres traumatyczny. Skalę zjawiska potwierdzają wyniki najnowszych badań przeprowadzonych w tym zakresie w Norwegii (Johansen i in., 2019), które wskazują, że wtórny stres traumatyczny wystąpił u 22% respondentów.

Z kolei z badań Daniels (2006) wynika, że jedynie 9% terapeutów specjalizujących się w terapii traumy wykazywało wysokie nasilenie tych objawów, a 71% nie cierpiało z powodu wtórnej traumatyzacji. Badania przeprowadzone przez Froman (2014) dostarczyły danych potwierdzających, że zaledwie 8% spośród badanych amerykańskich terapeutów ujawniło wysokie lub bardzo wysokie nasilenie wtórnej traumy. Z polskich badań przeprowadzonych w tym zakresie (Rzesutek i in. 2016) wynika, że wyższe nasilenie wtórnego stresu traumatycznego w porównaniu z terapeutami występuje u psychiatrów.

Duże zróżnicowanie nasilenia wtórnego stresu traumatycznego wśród terapeutów może m.in. wynikać z miejsca, a także czasu prowadzonej terapii. Pomaganie ofiarom traumy w zaciszu własnego gabinetu z reguły wiąże się ze słabszymi konsekwencjami niż w przypadku udzielania pomocy na miejscu



Ryc. 1. Model odporności na zmęczenie współczuciem (Ludick, Figley, 2016)

zdarzenia, np. w obszarze działań wojennych czy na terenie gdzie miał miejsce kataklizm. Z drugiej strony zakłada się, że na ogół terapeuci utrzymują dłuższe kontakty z ofiarami traury (terapia z reguły trwa kilka tygodni lub miesięcy), co może stanowić dodatkowe obciążenie i zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia wtórnej traumatyzacji.

W jaki sposób dochodzi do wtórnej traumatyzacji?

Wtórna trauma jest wynikiem empatycznego angażowania się w pomoc cierpiącym. Osoby pracujące z ofiarami traury są narażone na ich nieustanne relacje o cierpieniu, bólu czy strachu i dzięki temu same przeżywają podobne emocje. Wielogodzinne kontakty

z ofiarami traury, ciągle wysłuchiwanie opowiadań o doświadczeniach przemocy czy innych zdarzeniach traumatycznych powodują, że pomagający zaczyna patrzeć na świat z perspektywy klienta i przejmując jego reakcje. Innymi słowy, czuje jakby sam doświadczył zdarzeń relacjonowanych przez innych. Dla osób, które są w jakiś sposób blisko ofiary, angażowanie się w pomaganie może okazać się bolesną konfrontacją z bezsilnością i zakłóceniami w zakresie posiadanych przekonań na temat świata i własnej osoby.

Głównym mechanizmem prowadzącym do wystąpienia wtórnego stresu traumatycznego jest empatia. Zgodnie z modelem transmisji traury (*Trauma Transmission Model*), opracowanym przez Figleya (1995), empatia – wyrażana przede wszystkim w postaci empatycznej

troski i empatycznej reakcji, obejmującej próby zrozumienia problemu klienta i złagodzenia jego cierpienia, prowadzi do stresu wynikającego ze współczucia, który następnie przetradza się w zmęczenie współczuciem. Mamy więc tu do czynienia z transmisją traumy i przeniesieniem doświadczeń i reakcji klienta na pomagającego. Transmisja traumy odpowiada zjawisku przeciwprzeniesienia (*countertransference*), uruchamiającego tendencje terapeuty do utożsamiania się z klientem.

Kolejna, zmodyfikowana wersja modelu (Figley, 2002), nazwana modelem stresu współczucia i zmęczenia współczuciem (*Compassion Stress and Fatigue model*), także akcentuje kluczową rolę empatii (por. ryc. 1). Empatia stanowi, wraz z energią emocjonalną, siłę napędową efektywnej pracy z cierpiącymi. Oznacza to, że bez empatii nie byłoby stresu współczucia ani zmęczenia współczuciem. W roku 2016 został opublikowany kolejny model (Ludick, Figley, 2016), który został nazwany modelem odporności na zmęczenie współczuciem (*Compassion Fatigue Resilience – CRF*). W porównaniu z wcześniejszymi – model ten silniej uwzględnia podejście salutogenetyczne, wskazując na czynniki, które służą budowaniu odporności jednostki.

Model uwzględnia ogółem 12 czynników, które są powiązane z odpornością na zmęczenie współczuciem. Na rozwój zmęczenia współczuciem, oprócz długotrwałego narażenia na kontakt ze strauumatyzowanym klientem, wpływają także traumatyczne wspomnienia i stopień zakłóceń życia u pomagającego, rozumianych jako nieoczekiwane zmiany, jak np. choroba, zmiana statusu czy odpowiedzialności. Istotne znaczenie mają także dystansowanie się wobec klienta, satysfakcja z wykonywanej pracy, związana z poczuciem osiągnięć, wsparcie społeczne oraz troska o siebie. Te cztery czynniki pełnią rolę ochronną. Mają one równoważyć niekorzystny wpływ empatycznej reakcji, powiązanej z empatycznymi zdolnościami i innymi czynnikami, na występowanie wtórnego stresu traumatycznego i w ten sposób kształtować odporność na zmęczenie współczuciem.

Model odporności na zmęczenie współczuciem wydaje się być bardzo przydatny w pracy profesjonalistów, gdyż wskazuje, w jaki sposób tę odporność kształtować. Ta z kolei może zwiększyć efektywność ich pracy. Warto jednak zauważyć, że wspomniany model nie uwzględnia aktywności zaradczej, związanej z poznawczym przetwarzaniem traumy, której przypisuje się istotną rolę w redukowaniu negatywnych konsekwencji traumy, doświadczonej zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio.

Czynniki sprzyjające wtórnej traumatyzacji

Czynniki te można podzielić na dwie podstawowe grupy. Z jednej strony są to czynniki związane z wykonywaną pracą (określane także jako środowiskowe/organizacyjne), z drugiej – właściwości podmiotowe pomagających. W pierwszej z wyróżnionych grup podstawową rolę przypisuje się obciążeniu pracą. Oznacza to, że duża liczba klientów, długi czas pracy z nimi, a także drastyczność omawianych przypadków zwiększają ryzyko wtórnej traumatyzacji. Ponadto znaczenie może mieć rodzaj doświadczonych przez klientów zdarzeń traumatycznych. Praca z ofiarami przemocy, napaści czy torturowania oraz praca z dziećmi mogą stanowić silniejsze źródło wtórnej traumy dla pomagających niż inne sytuacje.

Wtórnej traumatyzacji sprzyja także brak wsparcia społecznego, przede wszystkim profesjonalnego. Michalopoulos i Aparicio (2012) wykazali, że im więcej profesjonalnej pomocy otrzymywali pracownicy socjalni, tym mniej objawów wtórnej traumy ujawniali. Podobne rezultaty, wskazujące na ujemne powiązanie profesjonalnego wsparcia społecznego z negatywnymi konsekwencjami wtórnej traumy, uzyskano w innych badaniach tej grupy zawodowej (Finklestein i in., 2015).

O wystąpieniu wtórnej traumy decydują nie tylko doświadczone przez klientów zdarzenia traumatyczne i wskazane czynniki środowiskowe. Istotny wpływ mają również indywidualne właściwości osoby pomagającej,

a szczególnie płęć, własna historia traumy, a także posiadane zasoby osobiste. Uznaje się, że kobiety są bardziej podatne na wtórną traumę, co wydaje się być efektem ich dużej wrażliwości emocjonalnej, większej w porównaniu z mężczyznami, a także dużej podatności na zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego oraz tendencji do stosowania mniej skutecznych strategii zaradczych. Ryzyko wtórnej traumatyzacji może również zwiększać młody wiek pomagających. Wiązałoby się to z mniejszym doświadczeniem tych osób w zakresie radzenia sobie z traumatycznymi wydarzeniami, zarówno własnymi, jak i innych. Wskazuje się także na możliwe powiązania ryzyka wtórnej traumatyzacji z poziomem wykształcenia. Niższe wykształcenie zdaje się sprzyjać występowaniu objawów wtórnego stresu traumatycznego, wyższe – może zaś pełnić rolę chroniącą.

Czynnikami powiązanim z wystąpieniem wtórnej traumy są także osobiste doświadczenia traumatyczne osób pomagających, zwłaszcza te, które wiązały się z przemocą i które nie zostały „przepracowane”. Własna historia traumy profesjonalistów z jednej strony może zwiększyć ich zdolności rozumienia klienta i możliwości radzenia sobie z traumą doznaną przez innych, z drugiej jednak strony jest istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia wtórnych zaburzeń potraumatycznych.

W zakresie posiadanych zasobów osobistych zwraca się uwagę na nadmiar empatii jako czynnika sprzyjającego wtórnej traumatyzacji. Empatia, określana także jako posiadane kompetencje empatyczne, odnosi się do współbrzmienia emocjonalnego, współczucia, troski o drugiego człowieka, rozumienia jego uczuć i punktu widzenia. Przejawem empatii jest aktywne zainteresowanie problemami innych, co zwykle prowadzi do podejmowania działań służących rozwiązaniu problemów i poprawie dobrostanu ludzi, którzy się z nimi borykają. Z drugiej jednak strony ci, którzy posiadają duże zdolności odczuwania i wyrażania empatii, ponoszą „koszty” opieki, wykazując większe ryzyko wyczerpania współczuciem (Figley, 1995).

Istotną rolę w procesie wtórnej traumatyzacji może także odgrywać niski poziom takich zasobów osobistych, jak poczucie własnej wartości, skuteczności, optymizm życiowy, prężność psychiczna, a także deficyty w zakresie radzenia sobie ze stresem, w tym trudności w zakresie poznawczego przetwarzania traumy.

Jak sobie radzić z wtórną traumą?

Proponowane formy oddziaływań szerzej zaprezentowano w przygotowywanej przez N. Ogińską-Bulik i Z. Juczyńskiego monografii. Obejmują one m. in.

- wsparcie społeczne/superwizję
- szkolenia (treningi) rozwijające kompetencje zawodowe i interpersonalne
- terapię własną (zwłaszcza, jeśli pomagający sam doświadczył zdarzeń traumatycznych)
- równowagę między pracą a życiem prywatnym
- zmniejszenie obciążenia pracą (na tyle, na ile jest to możliwe)
- redukcję stresu (głównie poprzez różne formy relaksacji, trening uważności (*mindfulness*), uwalnianie się od negatywnych myśli i obrazów związanych z traumą)
- wartościowanie pracy (poprzez odpowiedź na pytanie: po co to robię, co jest dla mnie ważne)
- różne formy dbania o siebie: przede wszystkim poprzez podejmowanie aktywności fizycznej, umysłowej, która nie jest związana z pracą, hobby, sen, wakacje.

Podsumowanie i wnioski

Nie ulega wątpliwości, że profesjonalści pracujący z ofiarami traumy są narażeni na wystąpienie negatywnych skutków wtórnej ekspozycji na traumę. Występujące objawy wtórnego stresu traumatycznego mogą prowadzić do wyczerpywania się zasobów osobistych, takich jak poczucie własnej wartości czy skuteczności. Zgodnie z modelem zachowania zasobów Hobfolla (1989, 2006),

możliwe jest wystąpienie spirali strat, co oznacza, że wystąpienie objawów wtórnego stresu traumatycznego, w wyniku utraty zasobów niezbędnych do radzenia sobie, może pociągnąć za sobą kolejne straty, jak na przykład pogorszenie jakości pracy i życia, trudności w relacjach interpersonalnych czy zaburzenia w stanie zdrowia.

Ograniczona liczba polskich badań w tym zakresie wskazuje na konieczność eksploracji tego zjawiska. Prowadzone badania mogą przyczynić się nie tylko do jego poznania, ale także opracowania skutecznych metod pomocy profesjonalistom narażonym na wtórną traumę. Oddziaływania kierowane na zwiększenie świadomości oraz na profilaktykę zjawiska wtórnej traumatyzacji wśród profesjonalistów pozwolą im nie tylko z większym zaangażowaniem nieść pomoc potrzebującym, ale także zmniejszyć ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji doświadczanego stresu.

Należy także pamiętać, że wtórna ekspozycja na traumę może być również źródłem pozytywnych zmian potraumatycznych, obserwowanych u pomagających, wyrażanych w postaci zastępczego/wtórnego wzrostu po traumie, czyli zespołu pozytywnych zmian dotyczących percepcji siebie, relacji z innymi czy filozofii życia.

Piśmiennictwo

- Adams R.E., Boscarino J.A., Figley C.R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 103–108.
- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington: DC.
- Benson J., Magraith K. (2005). Compassion fatigue and burnout. The role of Balint groups. *Australian Family Physician*, 34(6), 497–498.
- Bride B.E., Jones J.L., Macmaster S.A. (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective service workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4, 69–80.
- Bride B.E., Hatcher S.S., Humble M.N. (2009). Trauma training, trauma practices and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology*, 15(2), 96–105.
- Choi G. (2011). Organizational impacts on the secondary traumatic stress of social workers assisting family violence or sexual assault survivors. *Administration in Social Work*, 35, 225–242.
- Daniels J. (2006). *Sekundäre Traumatisierung. Kritische Prüfung eines Konstruktes* (Dissertation). Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Figley C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. Ch.R. Figley (ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1–20.
- Figley C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. B.H. Stamm (ed.), *Secondary traumatic stress*. Towson, MD: Sidran Institute, 3–28.
- Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Psychotherapy in Practice*, 58(11), 1433–1441.
- Finklestein M., Stein E., Greene T., Bronstein I., Solomon Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work* 40(2); doi: 10.1093/hsw/hlv026.
- Froman M. (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*. A Dissertation submitted to the Faculty of the University of Minnesota.
- Hobfoll S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt of conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524.
- Hobfoll S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: GWP.
- Johansen A., Krystiansen E., Bjelland I., Tavakoli S. (2019). Secondary traumatic stress in Norwegian SUDtherapists: symptoms and related factors. *Nordic Studies in Alcohol and Drugs*, 1–10; doi: 10.1177/1455072519847014.
- Ludick M., Figley C. R. (2016). Toward a Mechanism for Secondary Trauma Induction and Reduction: Reimagining a Theory of Secondary Traumatic Stress. *Traumatology*, 7; doi: 10.1037/trm0000096.
- Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2017). The relationship between vicarious post-traumatic growth and secondary traumatic stress among health professionals. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 256–270; <http://www.tandfonline.com/loi/upil20>

- Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- McCann I.L., Pearlman L.A. (1990). Vicarious traumatization: A framework to understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149.
- Michalopoulos L., Aparicio E. (2012). Vicarious trauma in social workers: The role of trauma history, social support, and years of experience. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21, 646–664.
- Molnar B., Sprang G., Killian K., Gottfried R., Emery V., Bride B. (2017). Advancing science and practice for vicarious/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 120–142.
- Ogińska-Bulik N. (2018). Związek między wypaleniem zawodowym i wtórnym stresem traumatycznym wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej. *Psychiatria* 15(2), 26–32.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (w przygotowaniu) *Wtórna traumatyzacja. Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych*. Warszawa: PWN.
- Papazoglou K., Koskelainen M., Stuewe N. (2019). Examining the relationship between personality traits, compassion satisfaction, and compassion fatigue among police officers. *Sage Open* <https://doi.org/10.1177/2158244018825190>.
- Pearlman L.A., Mac Ian P.S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study on the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology Research and Practice*, 26, 558–565.
- Rzeszutek M., Partyka M., Gołąb A. (2016). Secondary traumatic stress disorder symptoms in a sample of therapists and psychiatrists working with trauma victims. *Studia Psychologiczne*, 54, 34–40.
- Shoji K., Lesnierowska M., Smoktunowicz E., Bock J., Luszczynska A., Benight Ch., 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*; doi:10.1371/journal.pone.0136730.