

Marcin Rzeszutek

Wyższa Szkoła Finansów  
i Zarządzania w Warszawie

Małgorzata Partyka

Instytut Terapii Gestalt

Andrzej Gołąb

Wyższa Szkoła Finansów  
i Zarządzania w Warszawie

## OBJAWY WTÓRNEGO ZABURZENIA PO STRESIE TRAUMATYCZNYM W GRUPIE PSYCHOTERAPEUTÓW I PSYCHIATRÓW PRACUJĄCYCH Z OSOBAMI PO ZDARZENIACH TRAUMATYCZNYCH

**Cel.** Porównanie nasilenia objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym, charakterystyk demograficznych (wiek), zmiennych związanych z uprawianiem zawodu (długość stażu zawodowego, średnia liczba pacjentów po doświadczeniach traumatycznych w ciągu ostatnich 12 miesięcy, korzystanie z superwizji klinicznej) oraz właściwości wsparcia społecznego kierowanych do osób badanych wśród psychoterapeutów i psychiatrów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych.

**Metoda.** W badaniu wzięła udział grupa 160 osób: 80 psychoterapeutów oraz 80 psychiatrów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych. W celu pomiaru nasilenia objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym użyto Kwestionariusza PTSD – Wersja Czynnikowa. Właściwości wsparcia społecznego kierowanego do osób badanych zmierzono za pomocą Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego. Badani wypełniali też ankietę, w której zawarto pytania dotyczące niektórych zmiennych demograficznych, jak również zapytano o wybrane szczegóły dotyczące ich pracy zawodowej.

**Wyniki:** Wyniki niniejszych badań wykazały wyższy poziom objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym wśród psychiatrów w porównaniu do psychoterapeutów. Jednocześnie zaobserwowano, że psychiatrzy byli istotnie starsi, mieli dłuższy staż zawodowy oraz otrzymywali więcej wsparcia społecznego w porównaniu do zbadanych psychoterapeutów.

**Konkluzje:** Rezultaty niniejszej pracy wskazują na konieczność szerszego uświadomienia osobom zajmującym się terapią osób po doświadczeniach traumatycznych ryzyka wtórnej traumatyzacji.

**Słowa kluczowe:** wtórne zaburzenie po stresie traumatycznym, psychoterapeuta, psychiatra

### WSTĘP

Wzrasta liczba badań wskazujących na potencjalnie traumatyzujący wpływ pracy z osobami po zdarzeniach traumatycznych, czego konsekwencją może być doświadczenie wtórnego stresu traumatycznego (ang. *secondary traumatic stress*, *STS*) (Adams, Riggs, 2008; Sodeke-Greg-

son i in., 2013). Figley (1995, 2002) zdefiniował STS jako stres wynikający z udzielenia lub chęci udzielenia pomocy osobie po doświadczeniu traumatycznym, który jest znaczącym obciążeniem psychologicznym dla osoby niosącej taką pomoc i mogącym skutkować wykształceniem się u niej wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym (ang. *secondary traumatic stress dis-*

*order, STSD*). STSD składa się z takich samych objawów co zaburzenie po stresie traumatycznym (ang. *posttraumatic stress disorder, PTSD*; zob. utrzymujące się odtwarzanie traumy, uporczywe unikanie bodźców związanych z traumą, nadmierne pobudzenie psychofizjologiczne; American Psychiatric Association, 1994), ale podczas gdy PTSD powstaje jako konsekwencja bezpośredniego doświadczenia traumatycznego stresora, tak STSD wykształca się w wyniku pośredniej ekspozycji na traumę, polegającej na bliskim kontakcie z jej ofiarą lub ofiarami (Pearlman, MacIain, 1995). Podobnie jak PTSD, STSD nie tylko upośledza funkcjonowanie społeczne oraz zawodowe, ale również pociąga za sobą wiele problemów ze zdrowiem psychicznym i somatycznym, takich jak depresja, lęk, bezsenność, nadużywanie substancji psychoaktywnych, choroby serca, choroby układu nerwowego i problemy z układem pokarmowym (Pearlman, Saakvitne, 1995).

Wielu autorów poszukiwało czynników zwiększających lub zmniejszających podatność na wtórne zaburzenie po stresie traumatycznym wśród psychoterapeutów pracujących z ofiarami traumy. Wśród tych pierwszych wymienia się zbyt intensywne, empatyczne zaangażowanie terapeuty w pracę z materiałem traumatycznym pacjenta oraz nadmierną liczbę przyjmowanych osób po doświadczeniach traumatycznych w stosunku do całkowitej ilości wszystkich pacjentów (Schauben, Frazier, 1995), jak również brak wystarczającego doświadczenia w terapii traumy (Neumann, Gamble, 1995) oraz własne, nieprzepracowane doświadczenia traumatyczne z przeszłości (Chrestman, 1995). Z drugiej strony, wśród ewentualnych czynników chroniących terapeutów przed ryzykiem wtórnej traumatyzacji wymienia się regularne korzystanie z superwizji (Chrestman, 1995), trening i edukację w dziedzinie wtórnego stresu traumatycznego oraz doświadczanie psychoterapii własnej (Harrison, Westwood, 2009). Również wsparcie społeczne, szczególnie pochodzące od współpracowników, okazało się być czynnikiem przeciwdziałającym negatywnym

konsekwencjom pracy z ofiarami traumy (Harrison, Westwood, 2009).

Natomiast bardzo mało badań przeprowadzono nad zjawiskiem wtórnego stresu traumatycznego wśród psychiatrów pracujących z osobami po traumie. Boscarino (2010) zauważył, że wielu psychiatrów, szczególnie prowadzących prywatną praktykę kliniczną, doświadcza silnego obciążenia psychologicznego w pracy z pacjentami po zdarzeniach traumatycznych, mogącego skutkować w pojawieniu się objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym. W szczególności, Schnyder i in. (1996) odnotowali obecność objawów STSD wśród ponad 50% zbadanych psychiatrów mających styczność z osobami cierpiącymi na PTSD. Z kolei Gold (2004) zwrócił uwagę na korzyści płynące z korzystania z superwizji przez psychiatrów, jako czynnika chroniącego ich przed negatywnymi konsekwencjami pracy z osobami po traumie. Inne badania, prowadzone tym razem wśród pielęgniarek psychiatrycznych opiekujących się pacjentami po doświadczeniach traumatycznych również podkreślają istotne ryzyko wtórnej traumatyzacji wśród takich pielęgniarek (Pearson, 2012). Na przykład, Finke (2006) zauważył odroczone w czasie konsekwencje opiekowania się żołnierzami wojny w Wietnamie wśród pielęgniarek psychiatrycznych w postaci bardzo nasilonych objawów wtórnego stresu traumatycznego, które wiele lat po wojnie skłoniły je do rezygnacji z uprawianego zawodu.

### **Cel badań**

Podstawowym celem naszych badań było porównanie nasilenia objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym wśród grupy psychoterapeutów i psychiatrów pracujących z ofiarami zdarzeń traumatycznych, bazując na definicji traumy z DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). W pracy tej dokonano również porównania niektórych charakterystyk demograficznych (wiek), wybranych zmiennych związanych z uprawianiem zawodu (długość stażu zawodowego, średnia liczba pacjentów po doświadczeniach traumatycznych w ciągu ostat-

nich 12 miesięcy, korzystanie z superwizji klinicznej) oraz właściwości wsparcia społecznego kierowanych do osób badanych, jako czynników mogących wyjaśnić ewentualne różnice w poziomie objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym wśród dwóch grup badanych. Z uwagi na eksploracyjny charakter badań na gruncie polskim i światowym, tj. brak danych w literaturze przedmiotu na temat istnienia różnic w nasileniu objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym wśród grupy psychoterapeutów i psychiatrów, w pracy tej nie postawiono hipotez badawczych.

## METODA

### Osoby badane

W badaniu wzięła udział grupa 160 osób: 80 psychoterapeutów oraz 80 psychiatrów pracujących z ofiarami traumy. Wśród zbadanych psychoterapeutów było 21 mężczyzn oraz 59 kobiet w wieku od 27 do 65 lat ( $M = 39.48$ ;  $SD = 9.02$ ). Wśród zbadanych psychiatrów było 23 mężczyzn oraz 57 kobiet w wieku od 25 do 75 lat ( $M = 45.59$ ;  $SD = 12.08$ ). Kryterium selekcji do badania w przypadku psychoterapeutów stanowiło posiadanie certyfikatu psychoterapeuty określonej modalności bądź bycie w trakcie procesu szkolenia oraz deklarowanie faktu pracy z pacjentami po doświadczeniach traumatycznych przez co najmniej rok. W przypadku psychiatrów kryterium uczestnictwa było posiadanie dyplomu lekarza medycyny o specjalności psychiatria (bądź bycie w trakcie studiów), jak również deklarowany fakt pracy z pacjentami po zdarzeniach traumatycznych przez co najmniej rok. Część zbadanych psychiatrów ( $n = 21$ ), oprócz leczenia farmakologicznego, miała również uprawnienia do prowadzenia również psychoterapii pacjentów po traumie. Długość stażu zawodowego wśród psychoterapeutów wynosiła od 1 roku do 38 lat ( $M = 9.45$ ;  $SD = 8.02$ ), a wśród psychiatrów od 1 roku do 45 lat ( $M = 17.15$ ;  $SD = 11.80$ ). Średnia, deklarowana liczba pacjentów po doświadcze-

niach traumatycznych w ciągu ostatnich 12 miesięcy w przypadku psychoterapeutów wynosiła 31.33 ( $SD = 4.78$ ), a w przypadku psychiatrów 34.93 ( $SD = 4.18$ ). Badani psychoterapeuci oraz psychiatrzy przyjmowali pacjentów po różnych zdarzeniach traumatycznych, jednak najbardziej powszechne doświadczenia traumatyczne dotyczyły przemocy w rodzinie, wykorzystywania seksualnego oraz wypadków komunikacyjnych. Spośród psychoterapeutów 66 (82%) superwizowało swoją pracę terapeutyczną, natomiast w przypadku psychiatrów nikt nie korzystał z superwizji klinicznej.

### Procedura badawcza

Badanie to zostało przeprowadzone na psychoterapeutach pracujących we własnych gabinetach prywatnych i/lub w centrach oraz ośrodkach interwencji kryzysowych w Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Tarnowie i Katowicach. Z kolei psychiatrzy również zbadani zostali w swoich miejscach pracy, tj. w szpitalach psychiatrycznych oraz w gabinetach prywatnych w Warszawie, Krakowie, Gdańsku, Wrocławiu, Lublinie i Zielonej Górze. Arkusze badawcze były przygotowane jedynie w formie papierowej. Zostały one wysłane pocztą (z kopertą zwrotną) do prywatnych gabinetów psychoterapeutów i psychiatrów lub przekazane osobiście przez autorów badania do ośrodków interwencji kryzysowych oraz szpitali psychiatrycznych. Uczestnicy badania zostali poinformowani o celu badań oraz o anonimowości i poufności indywidualnych rezultatów badania. Wskaźnik odpowiedzi w badaniu wyniósł 56% dla psychoterapeutów oraz 34% dla psychiatrów. Projekt niniejszych badań został skierowany do Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych na Wyższej Szkole Finansów i Zarządzania w Warszawie i otrzymał opinię pozytywną na jego temat.

### Narzędzia badawcze

Pierwsza część arkusza badawczego składała się z ankiety, w której zawarto pytania dotyczące niektórych zmiennych demograficznych osób badanych (płeć, wiek, zawód), jak również zapy-

tano o wybrane szczegóły dotyczące ich pracy zawodowej, takie jak przeciętna liczba lat pracy w zawodzie, przeciętna liczba pacjentów po traumie w ciągu ostatnich 12 miesięcy, rodzaje wydarzeń traumatycznych pacjentów oraz to, czy terapeuta lub psychiatra superwizuje swoją pracę kliniczną czy nie.

W celu zbadania poziomu objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym u osób badanych posłużono się Kwestionariuszem PTSD – Wersja Czynnikowa (PTSD-C; Strelau, Zawadzki, Oniszczenko, Sobolewski (2002). Inwentarz ten zawiera trzydzieści pozycji i składa się z trzech skal: Intruzja/Pobudzenie (15 pozycji), Unikanie/Odrętwienie (15 pozycji) oraz Globalny Poziom Traumatyzacji (suma wszystkich pozycji), wyłonionych w wyniku eksploracyjnej analizy czynnikowej. Skala Intruzja/Pobudzenia odnosi się do symptomów uporczywego odtwarzania zdarzenia traumatycznego, wywołującego objawy silnego psychofizjologicznego pobudzenia, nie obecnego przed doświadczeniem traumy. Skala Unikanie/Odrętwienie zawiera listę objawów związanych z uporczywym unikaniem bodźców przypominających traumatyczny stresor, powodujących wyraźne zmniejszenie zainteresowania wykonywaniem istotnych dotychczas czynności, jak i znaczące zubożenie afektu. Narzędzie to ma charakter samoopisowy – badani mają za zadanie odnieść się na 4-stopniowej skali Likerta do stwierdzeń w nim zawartych dotyczących tego, jak często w ciągu ostatnich miesięcy doświadczali określonej myśli, zachowania czy emocji związanych z traumatycznym zdarzeniem. Za każdym razem istnieją cztery warianty odpowiedzi: (1) „nigdy”, (2) „rzadko”, (3) „często” i (4) „zawsze”. Kwestionariusz PTSD-C posiada satysfakcjonującą charakterystykę psychometryczną – współczynniki rzetelności, mierzone na podstawie zgodności wewnętrznej  $\alpha$  – Cronbacha, dla skali Intruzji/Pobudzenia, Unikania/Odrętwienia oraz skali Ogólnej wynoszą, odpowiednio, 0,96, 0,92, 0,93.

Właściwości wsparcia społecznego kierowanego do osób badanych zmierzono za pomocą

Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego (*Berlin Social Support Scales*, BSSS) w polskiej adaptacji Łuszczyńskiej, Kowalskiej, Mazurkiewicz i Schwarzera (Łuszczyńska i in., 2006). BSSS są zbiorem sześciu skal do pomiaru poznawczych i behawioralnych wymiarów wsparcia społecznego, takich jak spostrzegane dostępne wsparcie (ocena dostępności pomocy ze strony innych osób), zapotrzebowanie na wsparcie (stopień, w jakim ważne dla jednostki jest wsparcie społeczne w sytuacjach stresowych), poszukiwanie wsparcia (częstość lub zakres szukania oparcia u innych ludzi), aktualnie otrzymywane wsparcie (rzeczywista ilość wsparcia otrzymywana od innych osób), aktualnie udzielane wsparcie (skala wypełniana przez osoby udzielające wsparcie) oraz wsparcie buforujące – ochronne (ta skala wypełniana jest zarówno przez osobę otrzymującą, jak i udzielającą wsparcie). Biorąc pod uwagę fakt, że dwie ostatnie skale powinna wypełnić również osoba udzielająca wsparcia, co byłoby praktycznie niemożliwe do zrealizowania w tych badaniach ze względów czasowych i organizacyjnych, w projekcie tym użyto tylko czterech pierwszych skal. Narzędzie to również ma charakter samoopisowy – badani mają za zadanie odnieść się do trzynastu dwóch stwierdzeń z opcjami odpowiedzi: (1) całkowicie nieprawdziwe, (2) w małym stopniu prawdziwe, (3) w umiarkowanym stopniu prawdziwe, (4) całkowicie prawdziwe. Narzędzie to posiada satysfakcjonujące parametry psychometryczne: współczynniki rzetelności  $\alpha$  – Cronbacha dla wszystkich skal, wahają się między 0,74–0,90.

## WYNIKI

Analiza statystyczna wyników została przeprowadzona przy użyciu pakietu statystycznego IBM SPSS 21 (SPSS, 2009). Dokonano porównania średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych dla wybranych charakterystyk demograficznych (wiek), zmiennych związanych

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe dla charakterystyk demograficznych, zmiennych związanych z wykonywaniem zawodu, właściwości wsparcia społecznego oraz objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym wśród psychoterapeutów ( $n = 80$ ) i psychiatrów ( $n = 80$ ) pracujących z ofiarami traumy.

	Psychoterapeuci ( $n = 80$ ) $M (SD)$	Psychiatrzy ( $n = 80$ ) $M (SD)$	Psychoterapeuci vs. Psychiatry $t$ test	d Cohena
Wiek	39.48(9.02)	45.59(12.08)	-3.18(a)**	-.57
<i>Zmienne związane z wykonywaniem zawodu</i>				
Długość stażu zawodowego (lata)	9.45(8.02)	17.15(11.80)	-4.29(a)***	-.76
Średnia liczba pacjentów po traumie w ciągu ostatnich 12 miesięcy	31.33(4.78)	34.93(4.18)	-.51	-.08
<i>Wsparcie społeczne</i>				
Wsparcie spostrzegane	26.13(4.71)	26.30(4.43)	-.24	-.03
Zapotrzebowanie na wsparcie	10.70(2.06)	10.66(2.66)	.10	.02
Poszukiwanie wsparcia	13.95(2.92)	13.62(3.10)	.68	.10
Wsparcie aktualnie otrzymywane	43.04(7.59)	49.52(8.39)	-4.92(a)***	-.81
<i>Objawy wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym</i>				
Intruzja/Pobudzenie	15.28(10.49)	19.92(7.31)	-3.17(a)**	.51
Unikanie/Odrętwienie	13.16(10.76)	16.74(7.97)	-2.67(a)**	-.39
Główny Poziom Traumatyzacji	28.45(20.56)	36.65(14.29)	-3.09(a)**	-.46

Uwaga: (a)  $Z$  = wartości dla testu U-Manna-Whitneya. \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

z uprawianiem zawodu, właściwości wsparcia społecznego oraz poziomu objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym pomiędzy dwoma grupami badanych. Użyliśmy testu  $t$  dla prób niezależnych oraz testu U-Manna-Whitneya (zob. wartości  $Z$ ), gdy założenie o rozkładzie normalnym nie było spełnione.

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy psychoterapeutami i psychiatrami w zakresie takich zmiennych, jak: wiek ( $Z = -3.18$ ;  $p < .01$ ), długość stażu zawodowego ( $Z = -4.29$ ;  $p < .001$ ), wsparcie aktualnie otrzymywane ( $Z = -4.92$ ;  $p < .001$ ) oraz w obrębie wszystkich kategorii objawów wtórnej traumy, jak intruzja/pobudzenie ( $Z = -3.17$ ;  $p < .01$ ), unikanie/odrętwienie ( $Z = -2.67$ ;  $p < .01$ ) oraz globalny poziom traumy ( $Z = -3.09$ ;  $p < .01$ ).

## DYSKUSJA

Wyniki niniejszych badań wykazały wyższy poziom objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym wśród psychiatrów w porównaniu do psychoterapeutów. Jednocześnie psychiatrzy byli istotnie starsi, mieli dłuższy staż zawodowy oraz otrzymywali więcej wsparcia społecznego w porównaniu do zbadanych psychoterapeutów. Tym samym byliśmy zaskoczeni wyższymi wskaźnikami symptomów wtórnej traumy wśród psychiatrów w stosunku do psychoterapeutów, bowiem wyniki wcześniejszych badań dowiodły, że młodszy wiek (Adams, Riggs, 2009), mniejsze doświadczenie w zawodzie (Figley, 2002) oraz niższy poziom wsparcia społecznego (Harrison, Westwood, 2009) stanowią predyktory większego

nasilenia objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym.

Jednakże naszym zdaniem istnieje jeden czynnik, który może wyjaśnić wyższe nasilenie objawów wtórnej traumy wśród psychiatrów na tle psychoterapeutów zaobserwowane w naszych badaniach, tj. kwestia korzystania z superwizji klinicznej. Warto przypomnieć, że, podczas gdy spośród zbadanych psychoterapeutów 66 (82%) superwizowało swoją pracę terapeutyczną, tak wśród psychiatrów nikt nie korzystał z superwizji. Wiele prac wykazało, że jednym z ważnych predyktorów zwiększających ryzyko wtórnej traumatyzacji wśród osób pracujących z ofiarami traumy jest brak profesjonalnego wsparcia zawodowego w postaci superwizji klinicznej (Schauben, Frazier, 1995; Chrestman, 1999; Trippany i in., 2004).

Badania zaprezentowane w tej pracy nie są wolne od ograniczeń. Po pierwsze, poprzeczny schemat badawczy uniemożliwił nam wnioskowanie przyczynowo-skutkowe. W szczególności, możemy jedynie przypuszczać, bazując na wynikach wcześniejszych badań, czy brak korzystania z superwizji klinicznej przez psychiatrów był związany z wyższymi wskaźnikami objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym wśród nich na tle psychoterapeutów. Po drugie, w naszych badaniach nie kontrolowaliśmy innych, potencjalnie istotnych czynników ryzyka wtórnej traumatyzacji, jak wcześniejsze doświadczenia traumatyczne czy ewentualna psychopatologia wśród zbadanych psychoterapeutów i psychiatrów. W końcu, do pomiaru objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym wśród osób badanych użyliśmy kwestionariuszem PTSD-C. Chcemy jednak zwrócić uwagę na dwa powody takiej decyzji. Z jednej strony, jak wskazuje wielu autorów, wtórne zaburzenie po stresie traumatycznym składa się z takich samych objawów, co zaburzenie po stresie traumatycznym (PTSD; Figley, 1995; Schauben, Frazier, 1995). Z drugiej strony, użycie kwestionariusza PTSD-C było motywowane względami praktycznymi, tj. w czasie przeprowadzania niniejszych badań nie było

żadnego polskiego narzędzia, w tym nawet adaptowanego, stricte przeznaczonego do pomiaru wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym.

Pomimo powyższych ograniczeń uważamy, że niniejsza praca wnosi nowe treści do literatury przedmiotu, jako że było to pierwsze badanie porównujące nasilenie objawów wtórnego zaburzenia po stresie traumatycznym, jak również charakterystyk demograficznych, zmiennych związanych z uprawianiem zawodu oraz właściwości wsparcia społecznego wśród psychoterapeutów i psychiatrów pracujących z ofiarami traumy. Wyniki niniejszych badań wskazują na konieczność szerszego uświadomienia osobom zajmującym się terapią osób po doświadczeniach traumatycznych ryzyka wtórnej traumatyzacji.

## LITERATURA CYTOWANA

- 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.
- APA, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Boscarino, J. (2010). Secondary trauma issues for psychiatrists. *Psychiatric Times, 27*, 24–26.
- Chrestman, K. R. (1995). Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists. W: B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 29–36). Lutherville, MD: Sidran Pres.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (2002). *Treating compassion fatigue*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Finke, L. (2006). The bond and burden of caring. *Journal of Child Adolescent Psychiatric Nursing, 19*, 1–2.
- Gold, J. (2004). Reflections on psychodynamic psychotherapy supervision for psychiatrists in clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice, 10*, 162–169.
- Harrison, R. L. & Westwood, M. J. (2009). Preventing vicarious traumatization of mental health therapi-

- sts: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 46(2), 203–219.
- Łuszczczyńska, A., Kowalska, M., Mazurkiewicz, M., & Schwarzer, R. (2006). Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS). Wyniki wstępnych badań nad rzetelnością i trafnością. *Studia Psychologiczne*, 44, 17–27.
- 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, 341–347.
- Pearlman, L. & MacIain, P. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study on the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology, Research and Practice*, 26, 558–565.
- Pearlman, L. & Saakvitne, K. (1995). *Trauma and the therapist*. New York, NY: WW Norton.
- Pearson, G. (2012). Psychiatric Nurses and Secondary Trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 123–124.
- Schauben, L., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49–64.
- Schnyder, U., Valach, L. (1996). Trauma-related disorders in psychiatrists' and general practitioners' private practice in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 631–641.
- Sodeke-Gregson, E., Holtum, S., Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psycho-traumatology*, 4, 218–269.
- SPSS Inc. (2009). *PASW statistics 18 core system user's guide*. Chicago, IL: Author.
- Strelau, J., Zawadzki, B., Oniszczenko, W., & Sobolewski, A. (2002). Kwestionariusz PTSD – wersja czynnikowa (PTSDC). Konstrukcja narzędzia do diagnozy głównych wymiarów zespołu stresu pourazowego. *Przeгляд Psychologiczny*, 45, 149–176.
- Trippany, R., White, V., Wilcoxon, S. (2004). Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *Journal of Counseling and Development*, 82, 31–37.

Marcin Rzeszutek

Faculty of Management and Finance,  
University of Finance  
and Management

Małgorzata Partyka

The Institute of Gestalt Therapy

Andrzej Gołąb

Faculty of Management and Finance,  
University of Finance  
and Management

## SECONDARY TRAUMATIC STRESS DISORDER SYMPTOMS IN A SAMPLE OF THERAPISTS AND PSYCHIATRISTS WORKING WITH PEOPLE AFTER TRAUMATIC EVENTS

### ABSTRACT

**Objectives.** To compare the level of secondary traumatic stress disorder symptoms, demographic (age) and work-related variables (years of experience, average number of trauma patients over the past 12 months, and clinical supervision) in a sample of trauma therapists and psychiatrists working with trauma victims.

**Method.** The study included 160 participants, 80 therapists and 80 psychiatrists, who worked with trauma victims. Participants filled out the PTSD Questionnaire: Factorial Version to assess the level of secondary traumatic stress disorder symptoms and the Berlin Social Support Scales to measure social support. They also provided demographic and work-related information.

**Results:** The results of our study revealed higher rates of secondary traumatic stress disorder (STSD) symptoms among psychiatrists compared to therapists. We also noticed significant differences with respect to age, years of experience and actually received support between therapists and psychiatrists.

**Conclusions:** Mental health specialists should be aware of the potentially negative impact of working with trauma victims in the form of secondary traumatic stress disorder symptoms.

**Keywords:** Secondary traumatic stress disorder (STSD), psychotherapist, psychiatrist