

# Posredna traumatizacija i sagorijevanje stručnjaka za psihičko zdravlje

**Danijela Šimić**

Odjel za psihologiju

Sveučilište u Zadru

ORCID: 0009-0003-4660-3798

## Sažetak

Stručnjaci za psihičko zdravlje zbog prirode svoga posla često su u riziku od smanjene psihološke dobrobiti. Psihološke posljedice stresa koji doživljavaju mogu se očitovati u posrednoj traumatizaciji te sagorijevanju. Saznanja o traumatičnim događajima koje su doživjeli njihovi klijenti stručnjake može dovesti do vlastite traumatizacije, koja se naziva posrednom. S obzirom na to da njihov posao uključuje blizak doticaj s ljudima, također su pod rizikom od razvoja sagorijevanja koje nastaje kao odgovor na kronične emocionalne i međuljudske stresore na poslu. Pregledom istraživanja pokazuje se da postoje određeni čimbenici koji imaju ulogu u zaštiti od razvoja sagorijevanja i posredne traumatizacije, kao i oni koji ga pospješuju. Neki od njih vezani su uz radne uvjete, podršku bliskih osoba ili osobne značajke odnosno karakteristike stručnjaka (kao što su povijest osobne traume ili samoefikasnost). Intervencije koje se predlažu usmjerene su na redizajniranje radnih uvjeta stručnjaka, poticanje autonomije na vlastitome radnom mjestu ili trening određenih vještina, kao što su asertivnost i upravljanje vremenom, kako bi se što učinkovitije promicala dobrobit i zaštita psihičkoga zdravlja stručnjaka za psihičko zdravlje.

**Ključne riječi:** posredna (sekundarna) traumatizacija, sagorijevanje, stres u radu, stručnjaci za psihičko zdravlje

## Uvod

Mahatma Gandhi svojevremeno je rekao da je najbolji način da osoba pronađe sebe taj da se izgubi u službi drugih (Hardy, 2017). Život stručnjaka za psihičko zdravlje, tj. onih koji se svakodnevno „gube“ u takvoj službi, često zahtijeva usklađenost u brizi za druge i sebe same (Skovholt i sur., 2001). Ciklus brige za druge ljude uključuje empatičnu privrženost, aktivnu uključenost i osjećaj odvajanja, te je jednosmjernan. Empatična privrženost uključuje usmjerenost na klijenta razlikovanjem svoje i klijentove perspektive te zauzimanjem njegove perspektive i uloge. Zatim, pri aktivnoj uključenosti postoji dosljedna i kontinuirana emocionalna briga stručnjaka za klijenta. Konačno, osjećaj odvajanja postiže se otpuštanjem aktivnoga emocionalnog

tereta profesionalnog odnosa (Skovholt, 2005), odnosno odvajanje označava emocionalni izlazak iz odnosa nakon uspješno završene interakcije stručnjaka s klijentom. S obzirom na svoju jednosmjernost, koja proizlazi iz pružanja klijentima usluga podrške ili tretmana psihičkoga zdravlja, takav ciklus često može biti izvor stalnog napora za stručnjake (Skovholt i sur., 2001). Konstantno uspostavljanje tog ciklusa može dovesti do sagorijevanja koje se očituje u stanju emocionalne iscrpljenosti i cinizma, odnosno psihološkoga distanciranja praćenoga negativnim stavovima prema vlastitom poslu (Maslach i Jackson, 1981). Iako se sagorijevanje može javiti u svakom zanimanju, pokazalo se da je najčešće u pomagačkih struka, odnosno socijalnih radnika, medicinskih sestara i tehničara, psihologa, liječnika i policajaca (Ljubotina i Družić, 1996). Važno je napomenuti kako stres, sagorijevanje i poteškoće u profesionalnom životu stručnjaka za psihičko zdravlje nisu rijetkost te da mogu negativno utjecati na njihov rad u struci (Posluns i Gall, 2020).

Stručnjaci za psihičko zdravlje svojim radom pružaju olakšanje i potporu mnogim ljudima koji imaju probleme psihičke prirode i traže pomoć u njihovu rješavanju. Međutim, osim zadovoljstva koje mogu iskusiti takvim radom i pomaganjem, stručnjaci ponekad dožive i neugodne emocije zbog izloženosti traumatičnim događajima iz života drugih (Figley, 1995). S obzirom na to da su često upoznati s detaljima događaja koje su proživljavali ili proživljavaju njihovi klijenti, stručnjaci spadaju u rizičnu skupinu za razvoj poteškoća zbog posredne traumatizacije. Takvo posredno, odnosno sekundarno izlaganje traumi može ih dovesti do povišenog profesionalnog stresa, koji im može otežati pomaganje ljudima koje tretiraju (Figley, 1995). Mnogi stručnjaci koji su posredno izloženi slikovitim detaljima tuđih traumatskih iskustava i simptomima posttraumatskoga stresa klijenata pod utjecajem su sekundarnoga traumatskog stresa (STS) (Sprang i sur., 2019), koji nastaje zbog pomaganja ili želje za pomoći klijentima koji trpe određenu patnju (Figley, 1995). Zbog svega navedenog potrebno je promicati brigu o sebi među stručnjacima za psihičko zdravlje kako bi se pomoglo očuvanju njihove dobrobiti (Posluns i Gall, 2020) i smanjio rizik od razvoja sindroma sagorijevanja te posredne traumatizacije. Da bi se spriječio sekundarni traumatski stres i sagorijevanje ili na najbolji način postupilo kada se dogode, valja istražiti o kakvim se pojavama radi, koga najčešće zahvaćaju te što pospješuje ili sprječava njihov razvoj. U skladu s time u nastavku će se prikazati istraživanja koja su se posvetila upravo tome i pokušati odgovoriti na pitanje kako pomoći stručnjacima.

## Posredna (sekundarna) traumatizacija

Profesionalni stres nastaje kada postoji niz okolnosti na radnome mjestu koji dovodi do pojave štetnih fizioloških, psiholoških i bihevioralnih reakcija radnika, gdje sposobnosti samoga radnika nisu usklađene s potrebama posla (Juras i sur., 2009). Drugim riječima, kada su zaposlenici izloženi visokim zahtjevima posla, a nemaju dovoljno osobnih i/ili situacijskih resursa za njegovo obavljanje, to njihovo radno okruženje čini vrlo stresnim (Demerouti i Bakker, 2008). Da bi se stres zaposlenika prepoznao, nije dovoljno uključiti samo individualne čimbenike koji utječu na samoga zaposlenika, već i one koji zahvaćaju cijelu radnu organizaciju. Jedna od psiholoških posljedica stresa na poslu s kojom se susreću stručnjaci za psihičko zdravlje jest posredna (sekundarna) traumatizacija. Posredna traumatizacija reakcija je koja proizlazi iz saznanja o traumatičnome događaju koji je doživjela važna druga osoba (Bhagwagar, 2022). To je traumatski stres koji proizlazi iz pružanja pomoći traumatiziranoj osobi ili osobi koja pati, te se zbog toga naziva sekundarnim ili posrednim. U užem smislu sekundarnu traumatizaciju karakterizira prijenos simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja (PTSP) na osobe koje nisu primarno proživjele traumu, ali su u bliskom kontaktu s osobama koje su preživjele traumu. Nadalje, sekundarna traumatizacija u širem smislu odnosi se na bilo koji prijenos opće psihičke uznemirenosti s osobe koja je doživjela traumu na osobu koja se nalazi u njezinoj blizini (Knežević i Hinek, 2023). Figley (1995) definira sekundarni traumatski stres kao prirodnu emocionalnu reakciju, odnosno ponašanje ili emocije koje proizlaze iz znanja o traumatskoj izloženosti druge osobe, gdje stres nastaje zbog pomaganja ili želje za pomoći toj osobi kako bi se ublažila njezina patnja. Simptomi sekundarnoga traumatskog stresa slični su dijagnostičkim kriterijima posttraumatskoga stresnog poremećaja (Janczewski i Mersky, 2022). Kao jedan od dijagnostičkih kriterija PTSP-a u petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-5) navodi se „izloženost stvarnoj ili prijetećoj smrti, ozbiljnom ozljeđivanju, ili seksualnom nasilju kroz višekratno ili ekstremno izlaganje izrazito neugodnim detaljima traumatskog(ih) događaja“ (Američka Psihijatrijska Udruga, 2014, str. 271). Skupina stručnjaka sastala se 5. listopada 2017. godine radi razmatranja stanja znanosti u smislu intervencija i plana za napredovanje u vezi sa sekundarnim traumatskim stresom. Prema njima sekundarni traumatski stres označava konstrukt koji je izravno povezan sa strukturom simptoma posttraumatskoga stresnog poremećaja opisanom u DSM-5 (Sprang i sur., 2019). Opisani simptomi uključuju ponavljajuća nametljiva i uznemirujuća sjećanja na traumatske događaje, izbjegavanje podražaja povezanih s traumatskim događajem, promjene u pobuđenosti i reaktivnosti, promjene kognicije i raspoloženja te disocijativne simptome (Sprang i sur.,

2019). Uz to, ukazivalo se i na mogućnost širenja nekih reakcija na posrednu traumatizaciju izvan simptomatologije PTSP-a. Neke su od takvih reakcija moralna uznemirenost, smanjena empatija, smanjena profesionalna učinkovitost i osjećaj stigmatizacije (Sprang i sur., 2019). Bridger i suradnici (2020) navode da se neke osobe mogu osjećati stigmatizirano zbog etiketiranja koje povezuju sa sekundarnim traumatskim stresom.

U istraživanju Ivicic i i Motte (2017) za mjeru posredne traumatizacije rabila se modificirana verzija Stroopova zadatka. U njoj su sudionici, umjesto imenovanja boje kojom je napisana druga ili ista boja, imenovali boju kojom je napisana emocionalno značajna riječ (na primjer „strah” za anksioznoga ispitanika). Očekivalo se da će sudionicima biti potrebno više vremena za imenovanje boje kojom je napisana emocionalno značajna nego neutralna riječ, jer emocionalno značajne riječi zaokupe pažnju ispitanika i teže ih je potisnuti pri imenovanju boje. U skladu s time u svome istraživanju autori su pretpostavili da će sudionicima koji su bili izloženi traumi biti potrebno više vremena da imenuju boje riječi koje su povezane s tim traumatskim iskustvima od ispitanika koji im nisu bili izloženi (Ivicic i Motta, 2017). Rezultati istraživanja zaista su pokazali ono što su autori pretpostavili – stručnjacima za psihičko zdravlje trebalo je duže da imenuju boju kojom je bila napisana riječ vezana uz traumatsko iskustvo nego boju neutralnih riječi.

Sekundarni traumatski stres može se mjeriti i Ljestvicom sekundarnog traumatskog stresa (engl. *Secondary Traumatic Stress Scale*, Bride i sur., 2004), koja je razvijena zbog nedostatka instrumenata koji mjere simptome sekundarne traume u socijalnih radnika i pripadnika drugih pomagačkih zanimanja. Ljestvica se sastoji od 17 čestica i tri subskale koje mjere simptome nametljivosti (npr. „*Uzrujavaju me podsjećanja na moj rad s klijentima*“), izbjegavanja (npr. „*Imao/la sam malo zanimanja za društvo drugih*“) i uzbuđenja (npr. „*Imao/la sam problema s koncentracijom*“). Ispitanici odgovaraju na Likertovoj skali od pet stupnjeva (1 - nikad, 5 - jako često). Pouzdanost čitavoga instrumenta na populaciji od 287 socijalnih radnika iznosi .93, a subskala: za Nametljivost .80, za Izbjegavanje .87 te za Uzbuđenje .83 (Bride i sur., 2004). Zanimljivo je vidjeti raznolike mogućnosti mjerenja sekundarnoga traumatskog stresa jer se time dobiva prilika za mjerenje toga konstrukta u sudionika i izravno i neizravno.

Sodeke-Gregson i suradnici (2013) istraživali su prevalenciju i prediktore sindroma sagorijevanja i sekundarnoga traumatskog stresa u skupini terapeuta koji su radili s odraslim klijentima. Istraživači su na temelju *online* upitnika procjenjivali zadovoljstvo suosjećanjem, sagorijevanje i sekundarni traumatski

stres. Njihovi rezultati pokazali su da su terapeuti pod visokim rizikom od sekundarnoga traumatskog stresa. U daljnjem pregledu istraživanja može se uočiti da postoje različiti postotci ljudi koji imaju klinički značajan sekundarni traumatski stres, a neke od ispitivanih populacija pokazuju sljedeće razine STS-a: u kućnih posjetitelja (medicinske sestre, socijalni radnici ili drugi stručnjaci) iznosi 10.30% (Janczewski i Mersky, 2022), socijalnih radnika 15.20% (Bride, 2007), stručnjaka za psihičko zdravlje 23 - 27% (Ivicic i Motta, 2017), stručnjaka koji rade u zaštiti djece 34% (Bride i sur., 2007) i stručnjaka koji rade u području obiteljskoga nasilja 47.30% (Slattery i Goodman, 2009). Kako bi došli do tih podataka, većina istraživača koristila se Ljestvicom sekundarnog traumatskog stresa (Bride, 2007; Bride i sur., 2007; Ivicic i Motta, 2017; Janczewski i Mersky, 2022; Slattery i Goodman, 2009), a neki su se koristili i modificiranim Stroopovim zadatkom (Ivicic i Motta, 2017).

## Sagorijevanje

Osim sekundarnoga traumatskog stresa, stručnjaci se susreću i sa sagorijevanjem na radnom mjestu. Sagorijevanje nastaje kao odgovor na kronične emocionalne i međuljudske stresore na poslu te se njime individualno iskustvo stresa smješta unutar širega organizacijskog konteksta odnosa ljudi prema njihovu poslu (Maslach i Leiter, 2016a). Konstrukt sagorijevanja (engl. *burnout*) prvi je u literaturu uveo H. J. Freudenberger (1974). On je sagorijevanje promatrao pomoću fizičkih i ponašajnih pokazatelja, primarno uradnika koji pružaju određene usluge ljudima, primjerice terapeuta, stručnjaka koji su zaduženi za krizne intervencije, savjetnika na telefonskim linijama za pomoć i sl. Također, u sklopu svoga rada Freudenberger (1974) je definirao skup simptoma sagorijevanja, rizične skupine, kao i neke mjere prevencije i intervencije sagorijevanja. Prema Maslach i Jackson (1981) sindrom je sagorijevanja stanje emocionalne iscrpljenosti i cinizma koje se često javlja u pojedinaca koji rade u bliskom doticaju s ljudima. Postoje tri različita aspekta sindroma sagorijevanja: pojačani osjećaj emocionalne iscrpljenosti, razvoj negativnih, ciničnih stavova i osjećaja prema klijentima te sklonost negativnom vrednovanju sebe, osobito u radu s klijentima (Maslach i Jackson, 1981). Dimenzija emocionalne iscrpljenosti također je opisana kao istrošenost, gubitak energije, iscrpljenost i umor. Dimenzija cinizma, izvorno nazvana depersonalizacijom, opisana je negativnim ili neprikladnim stavovima prema klijentima, razdražljivošću, gubitkom idealizma i povlačenjem (Maslach i Leiter, 2016b). Na kraju, dimenzija negativnoga vrednovanja sebe ili smanjenoga osobnog postignuća opisana je još i kao smanjena produktivnost ili sposobnost, nizak moral i nesposobnost

suočavanja (Maslach i Leiter, 2016b). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (engl. *World Health Organization*) sindrom sagorijevanja uvršten je u 11. reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (ICD-11) kao profesionalni fenomen koji nije klasificirano medicinsko stanje (World Health Organization, 2019). U ICD-11 sagorijevanje se definira kao sindrom koji je posljedica kroničnoga stresa na radnom mjestu, s kojim se nije uspješno upravljalo. Sagorijevanje se sastoji od triju dimenzija: osjećaja iscrpljenosti, povećane psihičke udaljenosti od posla ili osjećaja negativizma vezanoga uz posao i smanjene profesionalne učinkovitosti (World Health Organization, 2019).

S obzirom na pretpostavljenu važnost sindroma sagorijevanja i njegovih negativnih učinaka na zaposlenike, važno je da se konstrukt dodatno definira pomoću mjera koje ga predstavljaju. Postoji nekoliko najčešćih mjera sindroma sagorijevanja koje se rabe: inventar sagorijevanja Christine Maslach (engl. *Maslach Burnout Inventory*, Maslach i sur., 1997), Mjera sagorijevanja (engl. *The Burnout Measure*, Pines i Aronson, 1988; prema Malach-Pines, 2005), Oldenburški upitnik sagorijevanja (engl. *Oldenburg Burnout Inventory*, Demerouti i Nachreineru, 1998; prema Demerouti i sur., 2003) i Alat za procjenu sagorijevanja (engl. *Burnout assessment tool*, prema Schaufeli i sur., 2020). Inventar sagorijevanja Maslacha sastoji se od triju subskala koje mjere različite aspekte sagorijevanja (emocionalnu iscrpljenost, depersonalizaciju i smanjeno osobno postignuće). Mjera sagorijevanja jednodimenzionalna je mjera gdje ispitanici procjenjuju učestalost razine fizičke, emocionalne i psihičke iscrpljenosti. *Oldenburški* upitnik sagorijevanja uključuje dvije dimenzije: iscrpljenost i neangažiranost na poslu. Alat za procjenu sagorijevanja sastoji se od šest skala kojima se mjere temeljni (23 čestice) i sekundarni (11 čestica) simptomi sagorijevanja.

U istraživanju Petrellija i suradnika (2019), provedenom među bolničkim radnicima, analizirale su se razine sagorijevanja radnika i povezanost tih razina s nekim njihovim ponašanjima. Rezultati istraživanja pokazali su da 36.10% radnika pokazuje visoke razine emocionalne iscrpljenosti, njih 26.80% visoke razine depersonalizacije te njih 14.50% visoke razine smanjenoga osobnog postignuća (Petrelli i sur., 2019). Također, istraživanje je pokazalo da zdravstveni radnici koji rade na istom radnom mjestu duže vrijeme (15 i više godina) pokazuju najviše razine emocionalne iscrpljenosti i depersonalizacije. Uz to, osobe koje pokazuju visoke razine depersonalizacije pokazuju i pretjerano konzumiranje alkohola, a osobe s visokom razinom emocionalne iscrpljenosti pokazuju sklonost konzumaciji i duhana i alkohola (Petrelli i sur., 2019). Navedeno istraživanje korisno je u procjeni povezanosti sagorijevanja sa

zdravstveno štetnim ponašanjima. Nadalje, u istraživanju O'Connor i suradnika (2018) pokazalo se da prosječni stručnjak za psihičko zdravlje pokazuje visoke razine emocionalne iscrpljenosti, umjerene razine depersonalizacije, ali i da zadržava razumne razine osobnoga postignuća, što je u skladu s prethodnim istraživanjima provedenim na bolničkim radnicima. Autori impliciraju da se stručnjaci unatoč osjećajima iscrpljenosti mogu i dalje osjećati kompetentnima radeći svoj posao. Ono što se uočava nakon pregleda istraživanja jest da bi valjalo održavati već postojeći osjećaj kompetencije u stručnjaka za psihičko zdravlje, ali i raditi na emocionalnoj iscrpljenosti koju većina doživljava na visokoj razini. U skladu s time važno je usmjeriti se na strategije oporavka od posla stručnjaka, odnosno naglašavati stručnjacima da preopterećenost radnim obvezama i emocionalna iscrpljenost mogu negativno utjecati na njihovu psihičku dobrobit, time potičući ih da kvalitetno upravljaju vlastitim vremenom koje ulažu u posao. Važno je također osnažiti resurse stručnjaka omogućujući im dane odmora kako bi se emocionalno rasteretili od radnih obaveza i odnosa s klijentima onda kada im je to potrebno. Osim toga, trebalo bi stručnjacima u radnoj okolini pružati odgovarajuće povratne informacije kako bi se poticao njihov osjećaj kompetentnosti. Konačno, velik značaj ima istovremeno osvješćivanje važnosti odmora, podrške bliskih ljudi i brige za svoje psihičko zdravlje.

## **Čimbenici rizika i zaštitni čimbenici**

Prvo će se razmotriti istraživanja koja su prikazala moguće čimbenike rizika i zaštitne čimbenika pri razvoju sekundarnoga traumatskog stresa. Hensel i suradnici (2015) proveli su metaanalizu 38 studija koje ispituju čimbenike rizika za sekundarni traumatski stres među stručnjacima koji su bili neizravno izloženi traumati u svome terapijskom radu. Rezultati su pokazali da demografski čimbenici vrlo malo sudjeluju u objašnjenju rizika pojave STS-a. Međutim, profesionalna izloženost mjerena brojem slučajeva i vlastita povijest traume pokazali su se kao čimbenici rizika. S obzirom na to da bi udio vremena provedenoga u radu s traumatiziranim klijentima mogao biti važniji od stvarnoga broja klijenata s kojima stručnjaci rade, autori sugeriraju da veći rad s klijentima koji nisu žrtve traume može pomoći u suzbijanju STS-a. Međutim, pitanje je može li se takva kontrola provesti u praksi stručnjaka koji svakodnevno rade s raznim profilima klijenata i možda nemaju pravo autonomije biranja rasporeda klijenata u svome radu. U suprotnosti s tim nalazima, u istraživanju Choi (2011) na uzorku socijalnih radnika pokazalo se da nema povezanosti između STS-a i broja sati provedenih u pružanju usluga traumatiziranim osobama. Moguće je da sami sati provedeni u pružanju usluga traumatiziranim klijentima nisu presudni

za razvoj STS-a, već da su bitni i neki čimbenici vezani uz samoga stručnjaka koji te usluge pruža.

Osobni čimbenici pokazali su se povezanima s razinom posredne traumatizacije i u istraživanju koje su proveli Ivicic i Motta (2017). Naime, pokazalo se da je povijest osobne traume u stručnjaka za psihičko zdravlje bila povezana s posrednom traumatizacijom te da su žene prijavile više razine posredne traumatizacije od muškaraca unatoč sličnim traumatskim iskustvima (Ivicic i Motta, 2017). Moguće je da je viša posredna traumatizacija prijavljena zbog većega suosjećanja s klijentima, koje je neizostavan čimbenik u poslu stručnjaka za psihičko zdravlje. Kao što je ranije navedeno u metaanalizi Hensela i suradnika (2015), moguće je da su žene, zbog više stope traume seksualnoga zlostavljanja u njihova spola, podložnije reaktivaciji vlastite traume u radu s klijentima koji ju također imaju.

Nadalje, pokazalo se da povijest osobne traume može poboljšavati stručnjakovu terapijsku vještinu, ali istovremeno poticati ranjivost zbog reaktivacije nerazriješene traume (Hensel i sur., 2015). Choi (2011) u svome istraživanju izvještava kako su socijalni radnici koji su imali veću povijest osobne traume pokazivali više razine STS-a. U skladu s time važno je naglasiti da se ne bi trebala podcjenjivati važnost osobne traume kao motivacije za ulazak u terapijski rad stručnjaka, ali i da je važno da terapeuti razriješe vlastite traume prije rada s klijentima. Također, u radu Hensel i suradnika (2015) pokazalo se da podrška na poslu i socijalna podrška koju stručnjaci dobivaju ublažava STS. Dakle, važno je poticati pozitivne radne uvjete i naglašavati važnost međusobne podrške u zaposlenika, kao i poticati praksu supervizije u samih stručnjaka.

U istraživanju Bridea i suradnika (2007) pokazalo se da postoji povezanost između više razine sekundarnoga traumatskog stresa i želje da se napusti polje rada, osobne povijesti traume te broja slučajeva u radnika u području zaštite djece. Pokazalo se i da su više razine podrške kolega povezane s nižim razinama sekundarnoga traumatskog stresa u sudionika. Navedeno istraživanje pomaže u shvaćanju povezanosti STS-a i nekih ponašajnih implikacija radnika, kao što je napuštanje radnoga mjesta. Također, ukazuje na to da podrška kolega može pomoći osobama da se bolje suočavaju s posrednom traumatizacijom na svome radnom mjestu.

Finklestein i suradnici (2015) istraživali su posttraumatski stresni poremećaj i simptome vikarijske traume među stručnjacima za psihičko zdravlje. Vikarijska traumatizacija označava dugotrajniju promjenu u unutarnjem iskustvu



njegovatelja koja proizlazi iz disfunkcionalnih uvjerenja o sebi, odnosima i svijetu (Rauvola i sur., 2019). Do takve vrste traumatizacije također dolazi zbog izlaganja traumama klijenata (Jenkins i Baird, 2002). Pokazalo se da je jedan od prediktora PTSP-a i vikarijske traume profesionalna samoefikasnost, odnosno pouzdanje stručnjaka u vlastite profesionalne sposobnosti za pomoć žrtvama s kojima su radili, s time da je viša samoefikasnost predviđala nižu traumatizaciju (Finklestein i sur., 2015). Takvi rezultati u skladu su s istraživanjem Pratija i suradnika (2009) u kojem se pokazalo da samoefikasnost ublažava učinak percipiranih stresnih događaja na profesionalnu kvalitetu života. S obzirom na važnost samoefikasnosti kao moderatora u percepciji stresa, bilo bi korisno uključiti njezinu izgradnju u intervencijske mjere za sprječavanje traumatizacije stručnjaka.

Ortlepp i Friedman (2002) istraživali su reakcije savjetnika neprofesionalaca za traume. Neprofesionalni savjetnici za traume bile su osobe obučene za intervencije upravljanja traumom kojima je cilj bio pomoći svojim kolegama u suočavanju s nasilnim incidentima na poslu u financijskim institucijama (kao što su pljačke banaka). Pokazalo se da su za niže razine STS-a bile važne socijalna podrška i samoefikasnost savjetnika. Uz to, pokazalo se i da je osjećaj koherentnosti snažno povezan s reakcijama savjetnika na njihova iskustva savjetovanja, odnosno veći osjećaj koherentnosti bio je povezan s nižim razinama STS-a i višim razinama zadovoljstva radnom ulogom. Osjećaj koherentnosti predstavlja dispozicijsku orijentaciju koja je u podlozi otpornosti osobe na svakodnevne stresore (Galletta i sur., 2019). Osjećaj koherentnosti pokazuje kako ljudi gledaju na život i kako se u stresnim situacijama koriste svojim općim izvorom otpornosti (na primjer novcem, inteligencijom, samopoštovanjem i dr.) radi održavanja svoga zdravlja (Eriksson i Lindstrom, 2007). Važno je napomenuti da se u tome istraživanju kao mjera STS-a koristio Test zadovoljstva/umora suosjećanjem (engl. *Compassion Satisfaction/Fatigue Test*, Stamm i Figley, 1998; prema Ortlepp i Friedman, 2002) i bilo bi ga potrebno usporediti s mjerama STS-a koje se koriste danas kako bi se potvrdila valjanost testa, kao što je ranije spomenuta Ljestvica sekundarnog traumatskog stresa. U skladu s time i prethodnim istraživanjem otpornost i samoefikasnost pokazale su se kao varijable koje bi se mogle uključiti u preventivski trening i pripremu stručnjaka na suočavanje s traumatskim situacijama.

U istraživanju provedenom na norveškim radnicima za zaštitu djece pokazalo se da su sukob radne i obiteljske uloge, radno opterećenje i visoka anksiozna privrženost predviđali simptome sekundarnoga traumatskog stresa radnika (Baugerud i sur., 2018). S obzirom na to da je privrženost osobni resurs

pojedince, postavlja se pitanje može li se ona kontrolirati kao čimbenik rizika za razvoj sekundarnoga traumatskog stresa. Autori istraživanja navode kako anksiozni radnici mogu doživjeti veće probleme s regulacijom stresa kada se suočavaju s emocionalno zahtjevnim situacijama, a to posredno može negativno utjecati na interakciju radnika sa zlostavljanom djecom i njihovim obiteljima (Baugerud i sur., 2018). Potreban je oprez u zaključivanju jer, kao što povijest osobne traume može biti čimbenik vezan uz ranjivost stručnjaka, ali uz to može i pozitivno utjecati na terapijski rad, tako i anksiozna privrženost može imati svoje prednosti u radu s tako osjetljivim temama. S obzirom na to da su osobe koje su anksiozno privržene sklonije tomu da više ustraju u održavanju odnosa i povezuju se s osobama s kojima se susreću, nije neobično da takva povezanost s klijentima može negativno utjecati na njihovu dobrobit (Mikulincer i Shaver, 2003). Međutim, ne smije se zanemariti ni to da sama ta bliskost i ustrajanje u očuvanju odnosa klijentima može pružiti veću sigurnost da se oni otvore te im pomoći u prihvaćanju vlastitih problema.

Osim privrženosti, važno je obratiti pozornost i na sukob radne i obiteljske uloge, kao i na radno opterećenje, koji predviđaju simptome STS-a. Sukob radne i obiteljske uloge nastaje kada postoji percepcija velikoga pritiska obveza jedne domene (obitelji ili posla) koji sprječava obavljanje obveza iz druge domene (Janković i sur., 2012). Sukob radne i obiteljske uloge promjenjiv je: ovisi o trenutnim preferencijama i vrijednostima individue koje se mijenjaju s promjenom njezina obiteljskoga i radnoga statusa (Čudina Obradović i Obradović, 2001). S obzirom na povezanost bračnoga zadovoljstva osoba te sukoba radne i obiteljske uloge, osim na radne uvjete, važno je obratiti pozornost i na poboljšanje bračnih interakcija (Carroll i sur., 2013).

U nastavku će se obraditi rizični i zaštitni čimbenici sindroma sagorijevanja. U istraživanju u kojemu su sudjelovala 213 stručnjaka za psihičko zdravlje, maladaptivno suočavanje bilo je značajan prediktor sindroma sagorijevanja. Korištenje strategija suočavanja koje su uključivale uporabu supstanci, poricanje, distrakciju i samooptuživanje, činilo je stručnjake ranjivijim na sagorijevanje (Thompson i sur., 2014). Daljnja preporuka bila bi osvještavanje učinkovitih strategija suočavanja sa stresnim situacijama u radu, primjerice treningom potpune svjesnosti (engl. *mindfulness*), traženje emocionalne podrške od kolega na poslu ili supervizora i bliskih osoba (obitelji, prijatelja) te usklađivanje radne i osobne/obiteljske uloge (Yang i Hayes, 2020). Upravo se u istraživanju koje su proveli Thompson i suradnici (2014) *mindfulness* pokazao kao snažan prediktor za sindrom sagorijevanja, odnosno njegove više razine vodile su nižem sagorijevanju. Autori impliciraju kako *mindfulness*

može ublažiti depersonalizaciju povezanu sa sagorijevanjem tako što se vježba usredotočivanje na jedinstvenost osobe u sadašnjem trenutku. Također, može se ublažiti i emocionalna iscrpljenost prihvaćanjem trenutnih emocija i njihovim oslobađanjem. Uz to, za *mindfulness* su karakteristični neosuđujući stavovi koji mogu smanjiti osjećaj smanjenoga osobnog postignuća (Thompson i sur., 2014).

Udipi i suradnici (2008) istraživali su koncept zamora suosjećanja, koji označava osjećaj preopterećenosti iskustvom patnje pacijenta (Figley, 2002). Zamor suosjećanja prema Figleyu (2002) se konceptualizira kao sagorijevanje njegovatelja. Iako sagorijevanje i zamor suosjećanja dijele zajedničke simptome, uzrok im nije isti. Vjerojatnije je da je zamor suosjećanja više povezan s izlaganjem traumama pacijenata s kojima stručnjaci za psihičko zdravlje rade, a sagorijevanje je konstrukt više povezan s radnim uvjetima u kojima se oni nalaze. U istraživanju Udipi i suradnika (2008) pokazalo se da su sudionici s većim rizikom od zamora suosjećanja vjerojatnije podložni sindromu sagorijevanja, kao i da su samokritičniji te skloniji odustajanju pri upravljanju stresnim situacijama. Pokazalo se i da su to osobe s većim brojem pacijenata. Iako se u tome kontekstu zamor suosjećanja spominje pri sagorijevanju, neki ga autori svrstavaju u konstrukt stresa, temeljen na empatiji zajedno sa sekundarnim traumatskim stresom i vikarijskom traumom (Rauvola i sur., 2019). S obzirom na to da su se pokazali pozitivni učinci samoefikasnosti stručnjaka na vikarijsku traumatizaciju, možda bi bilo korisno promicati samoefikasnost i u slučaju zamora suosjećanja (Finklestein i sur., 2015). U istraživanju koje su provodili Thompson i suradnici (2014) pokazalo se da su stručnjaci koji izvješćuju o zadovoljstvu zbog suosjećanja (pomaganja) možda zaštićeni od sindroma sagorijevanja zbog osjećaja osobnoga postignuća (Thompson i sur., 2014), što je u skladu s prethodnim implikacijama vezanima uz osjećaj samoefikasnosti i zamorom suosjećanja.

U metaanalizi O'Connor i suradnika (2018) kao ključne determinante sagorijevanja stručnjaka za psihičko zdravlje pokazali su se čimbenici povezani s poslom. Njihovo istraživanje, provedeno na 33 studije, pokazalo je prevalenciju emocionalne iscrpljenosti stručnjaka od 40%, za depersonalizaciju 22% te za niske razine osobnoga postignuća 19%. Nadalje, pokazalo se da su više razine sagorijevanja predviđene povećanim radnim opterećenjem i narušenim odnosima s kolegama na poslu, a da jasnoća uloge, osjećaj profesionalne autonomije, kao i osjećaj da se prema stručnjacima pravedno postupa te supervizija štite stručnjake od sindroma sagorijevanja (O'Connor i sur., 2018). Međutim, uvijek bi pri generaliziranju takvih rezultata trebalo uzeti u obzir

ograničenja istraživanja metaanaliza. U ovome slučaju bilo bi korisno promotriti razlike u radu stručnjaka psihičkoga zdravlja u različitim zemljama u kojima se oni nalaze. Nadalje, ono što je važno za smanjenje učinaka sindroma sagorijevanja jest obratiti pozornost na radne uvjete, jer se percepcija radnih uvjeta, kao što je lošija podrška suradnika i radna atmosfera, pokazala kao značajan prediktor sindroma sagorijevanja (Thompson i sur., 2014). U istraživanju Moreira i de Luce (2020) pokazalo se da je niska kontrola na poslu glavni psihosocijalni čimbenik povezan sa sindromom sagorijevanja u stručnjaka za psihičko zdravlje. U skladu s time valjalo bi poticati autonomiju stručnjaka na radnome mjestu (Moreira i de Lucca, 2020). Nadalje, pokazalo se da preopterećenost poslom, stres povezan s poslom, duži radni staž, muški spol, samački život i agresija na poslu doprinose razvoju sindroma sagorijevanja (Lopez-Lopez i sur., 2019).

U pregledu zaštitnih i rizičnih čimbenika razmotrila su se različita istraživanja koja su se bavila prediktorima STS-a, kao i sindroma sagorijevanja. Kao rizični čimbenici vezani uz STS navodile su se neke osobne značajke: ženski spol, anksiozna privrženost, povijest osobne traume te čimbenici vezani uz posao – broj slučajeva, želja da se napusti polje rada, sukob radne i obiteljske uloge te radno opterećenje. Kao zaštitni čimbenici za sprječavanje razvoja STS-a pokazali su se podrška na poslu (kolege i nadređeni), kao i socijalna podrška (obitelj i prijatelji), osjećaj koherentnosti i profesionalna samoefikasnost. Nadalje, rizik za razvoj sagorijevanja povećavaju također neki osobni čimbenici: maladaptivno suočavanje (uporaba supstanci, poricanje, distrakcija, samooptuživanje), muški spol, neoženjenost i agresija na poslu te čimbenici povezani s poslom – povećano radno opterećenje, narušen odnos s kolegama, loša radna atmosfera te niska kontrola na poslu. Čimbenici koji štite od sagorijevanja također su neki osobni čimbenici: mindfulness i samoefikasnost, kao i oni više povezani s poslom – jasnoća uloge, osjećaj profesionalne autonomije i supervizija. Budući da se spol pokazao kao prediktor, ali ne u istom smjeru, i u slučaju STS-a i sagorijevanja, bilo bi dobro dodatno istražiti kakvu ulogu on ima u razvoju istih u stručnjaka za psihičko zdravlje. Nadalje, s obzirom na to da se i bračni status pokazao prediktorom, preporuča se istražiti i kvalitetu brakova te njihovu povezanost s navedenim posljedicama stresa na poslu. Uz to, bilo bi zanimljivo dalje istražiti i funkciju stilova privrženosti stručnjaka u suočavanju sa stresnim situacijama na radnome mjestu. Svakako je jasno da se u intervencije poboljšanja radnih uvjeta primarno treba obratiti pažnju na podršku i povezanost radnika, kao i na individualnu radnu opterećenost stručnjaka.

## Kliničke implikacije

S obzirom na učinke posredne traumatizacije i sagorijevanja na privatni i poslovni život stručnjaka za psihičko zdravlje, bilo bi korisno predložiti smjernice za njihovu prevenciju i intervenciju ako se dogode. Prije svega, potrebno je ohrabriti stručnjake da ne zanemaruju prve simptome, bilo sagorijevanja ili traumatizacije, te da što ranije postupaju u slučaju njihova pojavljivanja (Yang i Hayes, 2020). Kako bi im se pomoglo da uspješno rade svoj posao i budu zadovoljni sa svojim radom, može ih se savjetodavnim radom potaknuti na razvoj samouvida u vlastitu vulnerabilnost i osnažiti njihove kapacitete nošenja sa specifičnim izvorima stresa koji se pojavljuju u radu s klijentima (Figley, 1995). U tome slučaju središte je interesa individualna razina, gdje bi se također mogle poticati i određene tehnike opuštanja, meditacije, kognitivno-bihevioralne terapije, savjetovanja stručnjaka te treninga određenih vještina (Giga i sur., 2003). U istraživanju koje su proveli Deblinger i suradnici (2020) cilj je bio ispitati učinkovitost programa obuke kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na traumu (TF-CBT) uz sustavni fokus na brigu o sebi pod nazivom „practiciraj ono što propovijedaš“. Sustavni fokus na brigu o sebi potiče polaznike da se osobno koriste vještinama suočavanja kojima bi podučavali svoje klijente. U istraživanju je sudjelovalo 115 stručnjaka za psihičko zdravlje koji rade s mladima, koji su prije i poslije programa obuke ispunili relevantne mjere samoprocjene. Mjere samoprocjene bile su: Ljestvica profesionalne kvalitete života, COPE (procjenjuje odgovore na suočavanje s teškim ili stresnim događajima), *The TF-CBT PRACTICE Fidelity Checklist* (procjenjuje vjernost komponentama kognitivno bihevioralne terapije usmjerene na traumu), *The TF-CBT Competency Self-report Survey* (procjenjuje kompetenciju u primjeni TF-CBT vještina i povezanih aktivnosti) i *The PRACTICE What You Preach Behaviors and Activities questions* (procjenjuje ponašanja i aktivnosti brige o sebi koje su se poticale tijekom programa obuke). Nakon obuke pokazala su se povećanja u upotrebi sljedećih strategija suočavanja: instrumentalne socijalne podrške, aktivnoga suočavanja, upotrebe humora i suzdržanosti. Uz to, pokazalo se značajno smanjenje sekundarnoga traumatskog stresa u stručnjaka (Deblinger i sur., 2020). U metaanalizi (Dreison i sur., 2018) na 27 studija od 1982. do 2014. godine ispitala se učinkovitost određenih interferencija vezanih uz sagorijevanje za osobe koje pružaju usluge vezane uz psihičko zdravlje. Pokazalo se da su intervencije značajno smanjile ukupne razine sagorijevanja, međutim s prosječno malim učinkom (Hedgeov  $g=.13$ ,  $p=.006$ ). Autori sugeriraju kako je moguće da je u stručnjaka za psihičko zdravlje teže smanjiti sagorijevanje zbog vrlo stresnoga okruženja u kojemu rade. Također, pokazalo se da su vrste intervencija usmjerenih prema osobi

(npr. strategije suočavanja, tehnike opuštanja, povećanje socijalne podrške) učinkovitije od onih usmjerenih prema organizaciji u smanjenju emocionalne iscrpljenosti. Nadalje, intervencije usmjerene na osposobljavanje za posao bile su učinkovitije pri smanjenom osjećaju osobnoga postignuća.

U socijalnom i organizacijskom smislu valjalo bi vježbati asertivnost u stručnjaka za psihičko zdravlje, kao i učiti ih vještom upravljanju vremenom prilikom obavljanja radnih zadataka kako bi im se poboljšali izgledi u čuvanju vlastitoga psihičkog zdravlja (Ljubotina i Družić, 1996; Ramirez i sur., 1996). Uz to, stručnjaci bi trebali obratiti pažnju na strategije suočavanja koje rabe tijekom nošenja s trenutnim životnim stresorima te bi im trebalo ukazati na adaptivne načine suočavanja, kao što su: traženje emocionalne podrške od kolega na poslu ili supervizora, kao i njihovih bližnjih (obitelji, prijatelja), usklađivanje radnih zadataka i osobnoga slobodnog vremena (Yang i Hayes, 2020). Uz to je važno naglasiti kako i potpuna svjesnost ili mindfulness može pomoći tako što poboljšava načine suočavanja kojim se osobe koriste (Zandi i sur., 2021). Neki od čimbenika vezanih uz sagorijevanje stručnjaka jesu organizacijski problemi te sukob radne i obiteljske uloge. Uzimajući to u obzir, bilo bi korisno izmijeniti uvjete rada radnika kako bi se povećala ravnoteža njihove radne i obiteljske uloge te doprinijelo emocionalnoj stabilnosti radnika čije je zanimanje prožeto izrazitom emocionalnom involviranošću (Petrelli i sur., 2019). Jedan od načina na koji bi se to moglo učiniti jest i redizajniranje radnih zadataka stručnjaka za psihičko zdravlje (Giga i sur., 2003). Također, trebalo bi obratiti pozornost na sam broj klijenata koji su žrtve određenoga traumatskog događaja kako bi se manje emocionalno opteretilo stručnjake tijekom jednoga radnog dana (Hensel i sur., 2015).

Osim redizajniranja radnih zadataka, poticanjem zaposlenih da upravljaju sa što više važnih aspekata svoje svakodnevne radne okoline može se promicati smanjenje stresa u njihovoj radnoj ulozi (Moreira i de Lucca, 2020). Na primjer, može se poticati radnike da sudjeluju u izradi rasporeda svojih dnevnih aktivnosti te da određuju kako će ih odraditi i uklopiti u ostatak svoga rasporeda. Nadalje, važno je osigurati zdrav i povoljan odnos zaposlenika i organizacije čiji je on član kako bi on sam mogao učinkovitije obavljati svoj posao i time biti zadovoljniji njime (Giga i sur., 2003). Takav odnos mogao bi se graditi jasnijom definicijom uloge u poslu stručnjaka, uspostavom fleksibilnijega rasporeda rada, sudjelovanjem stručnjaka u upravljanju organizacijom u kojoj rade, davanjem povratne informacije o radu te promicanjem i poticanjem socijalne podrške u kolektivu koja je zbog prirode toga zanimanja vrlo važna (Giga i sur., 2003). Ako se jave simptomi posredne traumatizacije i/ili sagorijevanja u stručnjaka

za psihičko zdravlje, važno je ponuditi im odgovarajuću psihološku pomoć i podršku, i od organizacije u kojoj rade i od drugih stručnjaka za psihičko zdravlje.

## **Zaključak**

Unatoč svjesnosti o izazovima s kojima se svakodnevno susreću, čini se da je i dalje velik broj stručnjaka za psihičko zdravlje pod rizikom od negativnih ishoda stresa koji doživljavaju. Neke su od njegovih psiholoških posljedica posredna (sekundarna) traumatizacija i sagorijevanje. Posredna traumatizacija označava traumatski stres, odnosno reakciju koja proizlazi iz saznanja o traumatičnom događaju koji je doživjela važna druga osoba. Sagorijevanje označava sindrom koji je posljedica kroničnoga stresa na radnome mjestu s kojim se nije uspješno upravljalo, a karakterizira ga pojačan osjećaj emocionalne iscrpljenosti, razvoj negativnih, ciničnih stavova i osjećaja prema klijentima, kao i sklonost negativnom vrednovanju sebe.

Čimbenicima rizika pri razvoju sekundarnoga traumatskog stresa pokazali su se ženski spol, anksiozna privrženost, povijest osobne traume, broj slučajeva, želja da se napusti polje rada, sukob radne i obiteljske uloge te radno opterećenje. Zaštitne čimbenike čine podrška na poslu (kolege i nadređeni), kao i socijalna podrška (obitelj i prijatelji), osjećaj koherentnosti i profesionalna samoefikasnost. Nadalje, čimbenici su rizika pri razvoju sagorijevanja maladaptivno suočavanje (uporaba supstanci, poricanje, distrakcija, samooptuživanje), muški spol, neoženjenost i agresija na poslu, povećano radno opterećenje, narušen odnos s kolegama, loša radna atmosfera te niska kontrola na poslu, a zaštitni su čimbenici mindfulness, samoefikasnost, jasnoća uloge, osjećaj profesionalne autonomije i supervizija.

Kako bi se stručnjacima pomoglo u nošenju s vlastitim stresom na poslu, važno je obratiti pozornost na strategije i metode kojima bi se to moglo postići. Na individualnoj se razini onda može govoriti o tehnikama opuštanja, meditacije, kognitivno-bihevioralne terapije, savjetovanju stručnjaka, treningu asertivnosti i upravljanja vremenom. Nadalje, strategije na razini organizacije jesu redizajniranje radnih zadataka (kontrola broja klijenata koji su žrtve određenoga traumatskog događaja), povećanje kontrole na radnom mjestu, jasnija definicija uloge u poslu stručnjaka, uspostava fleksibilnijega rasporeda rada, sudjelovanje stručnjaka u upravljanju organizacijom u kojoj rade, davanje povratne informacije o radu te promicanje i poticanje socijalne podrške u kolektivu.

Konačno, važno je reći da, iako su stručnjaci za psihičko zdravlje u riziku od snižene psihičke dobrobiti, postoje mnogi načini kojima se može djelovati na njihovu zaštitu. Važno je prepoznati uzroke budućih poteškoća stručnjaka kako bi se spriječili njihovi negativni ishodi, pružiti im podršku i alate tijekom suočavanja s već postojećim izazovima i pružiti im odgovarajuću pomoć ako razviju problem psihološke dobrobiti.

## Literatura

- Američka Psihijatrijska Udruga** (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Naklada Slap.
- Baugerud, G. A., Vangbæk, S. i 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. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcx002>
- Bhagwagar, H.** (2022). Secondary trauma, burnout and resilience among mental health professionals from India: A review of research. *Asian Journal of Psychiatry*, 76. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103227>
- 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., Jones, J. L. i MacMaster, S. A.** (2007). Correlates of secondary traumatic stress in child protective services workers. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 4(3–4), 69–80. [https://doi.org/10.1300/J394v04n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J394v04n03_05)
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. i 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>
- Bridger, K. M., Binder, J. F. i Kellezi, B.** (2020). Secondary traumatic stress in foster carers: Risk factors and implications for intervention. *Journal of child and family studies*, 29, 482-492. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01668-2>
- Carroll, S. J., Hill, E. J., Yorgason, J. B., Larson, J. H. i Sandberg, J. G.** (2013). Couple Communication as a Mediator Between Work–Family Conflict and Marital Satisfaction. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 530–545. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9237-7>
- 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>
- Deblinger, E., Pollio, E., Cooper, B. i Steer, R. A.** (2020). Disseminating trauma-focused cognitive behavioral therapy with a systematic self-care approach to addressing secondary traumatic stress: PRACTICE what you preach. *Community Mental Health Journal*, 56, 1531-1543. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00602-x>



- Demerouti, E. i Bakker, A. B.** (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. U. J. Halbesleben (ur.), *Stress and burnout in health care* (str. 65-78). NovaSciences, Hauppauge.
- Dreison, K. C., Luther, L., Bonfils, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H. i Salyers, M. P.** (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention research. *Journal of Occupational Health Psychology, 23*(1), 18–30. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/ocp0000047>
- Čudina Obradović, M. i Obradović J.** (2001). Sukob obiteljskih i radnih uloga: uzroci, posljedice i neriješeni istraživački problemi. *Društvena istraživanja, 10*(4-5), 791-819. <https://hrcak.srce.hr/20004>
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., i Kantas, A.** (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment, 19*(1), 12–23. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1027/1015-5759.19.1.12>
- Eriksson, M. i Lindstrom, B.** (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health, 61*(11), 938–944. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.056028>
- Figley, C. R.** (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. U B. H. Stamm (ur.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (str. 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>
- Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I. i Solomon, Z.** (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health and Social Work, 40*(2), 25-31. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv026>
- Freudenberger, H. J.** (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues, 30*(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galletta, M., Cherchi, M., Cocco, A., Lai, G., Manca, V., Pau, M., Tatti, F., Zambon, G., Deidda, S., Origa, P., Massa, E., Cossu, E., Boi, F. i Contu, P.** (2019). Sense of coherence and physical health-related quality of life in Italian chronic patients: the mediating role of the mental component. *BMJ Open, 9*(9), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030001>
- Giga, S. I., Cooper, C. L. i Faragher, B.** (2003). The development of a framework for a comprehensive approach to stress management interventions at work. *International Journal of Stress Management, 10*(4), 280–296. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.10.4.280>
- Hardy, A.** (2017). *Losing yourself in the service of others*. Preuzeto s: <https://www.greenwoodcollege.org/news-detail?pk=1102265>
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C. i 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>

- Ivicic, R. i Motta, R.** (2017). Variables associated with secondary traumatic stress among mental health professionals. *Traumatology*, 23(2), 196-204. <https://doi.org/10.1037/trm0000065>
- Janczewski, C. i Mersky, J. P.** (2022) Secondary traumatic stress among home visiting professionals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(2), 222-230. <https://doi.org/10.1037/tra0001296>
- Janković, J., Laklija, M. i Berc, G.** (2012). Percepcija sukoba radne i obiteljske uloge u kontekstu nekih obilježja obitelji i posla. *Kriminologija & Socijalna Integracija*, 20(1), 23-34. <https://hrcak.srce.hr/85000>
- Jenkins, S. R. i Baird, S.** (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Juras, K., Knežević, B., Golubić, R., Milošević, M. i Mujstabegović, J.** (2009): Stres na radu: mjere prepoznavanja, rješenja i prevencija. *Sigurnost*, 51(2), 121-126.
- Knežević, M. i Hinek, M.** (2023). Sekundarna traumatizacija: razvoj konstrukta, mjerni instrumenti i dostupni tretmani. *Psihologijske teme*, 32(2), 303-323. <https://doi.org/10.31820/pt.32.2.4>
- Lopez-Lopez, I. M., Gomez-Urquiza, J. L., Canadas, G. R., De la Fuente, E. I., Albendin-Garcia, L. i Canadas-De la Fuente G. A.** (2019). Prevalence of burnout in mental health nurses and related factors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(5), 1035-1044. <https://doi.org/10.1111/inm.12606>
- Ljubotina, D. i Družić, O.** (1996). Sindrom izgaranja na poslu kod pomagača i čimbenici koji utječu na stupanj izgaranja. *Ljetopis socijalnog rada*, 3(1), 51-64. <https://hrcak.srce.hr/198151>
- Malach-Pines, A.** (2005). The Burnout Measure, Short Version. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 78-88. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.78>
- Maslach, C. i Jackson, S. E.** (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2(2), 99-113. <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C. i Leiter, M. P.** (2016a). Burnout. U G. Fink (ur.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3>
- Maslach, C. i Leiter, M. P.** (2016b). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Maslach, C., Jackson, S. E. i Leiter, M. P.** (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. U C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Ur.), *Evaluating stress: A book of resources* (str. 191–218). Scarecrow Education.
- Mikulincer, M. i Shaver, P. R.** (2003). The Attachment Behavioral System In Adulthood: Activation, Psychodynamics, And Interpersonal Processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 53–152. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01002-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01002-5)
- Moreira, A. S. i de Lucca S. R.** (2020). Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>

- O'Connor, K., Muller Neff, D. i Pitman, S.** (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry*, 53, 74-99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Ortlepp, K. i Friedman, M.** (2002). Prevalence and correlates of secondary traumatic stress in workplace lay trauma counselors. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 213-222. <https://doi.org/10.1023/a:1015203327767>
- Petrelli, F., Scuri, S., Tanzi, E., Thu, C. N. T. i Grappasonni, I.** (2019). Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 90(1), 24-30. <https://doi.org/10.23750%2Fabm.v90i1.7626>
- Posluns, K. i Gall, T. L.** (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 1-20. <https://doi.org/10.1007/s10447-019-09382-w>
- Prati, G., Pietrantonio, L. i Cicognani, E.** (2009). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(4), 463-470. <https://doi.org/10.1080/10615800903431699>
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A. i Gregory, W. M.** (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347, 724-728. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(96\)90077-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(96)90077-x)
- Rauvola, R. S., Vega, D. M. i Lavigne, K. N.** (2019). Compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization: A qualitative review and research agenda. *Occupational Health Science*, 3, 297-336. <https://doi.org/10.1007/s41542-019-00045-1>
- Schaufeli, W. B., De Witte, H. i Desart, S.** (2020). *Manual Burnout Assessment Tool (BAT) – verzija 2.0*. KU. Leuven, Belgija: Neobjavljeno interno izvješće.
- Skovholt, T. M.** (2005). The Cycle of Caring: A Model of Expertise in the Helping Professions. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 82–93. <https://doi.org/10.17744/mehc.27.1.mj5rcvy6c713tafw>
- Skovholt, T. M., Grier, T. L. i Hanson, M. R.** (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counselor resilience. *Journal of Career Development*, 27, 167-176. <https://doi.org/10.1023/A:1007830908587>
- Slattery, S. M. i Goodman, L. A.** (2009). Secondary traumatic stress among domestic violence advocates: *Workplace risk and protective factors*. *Violence against Women*, 15(11), 1358–1379. <https://doi.org/10.1177/1077801209347469>
- Sodeke-Gregson, E. A., Holtum, S. i Billings, J.** (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Sprang, G., Ford, J., Kerig, P. i Bride, B.** (2019). Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: *Lessons learned from research and leading experts*. *Traumatology* 25(2), 72-81. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/trm0000180>

- Thompson, I., Amatea, E. i Thompson, E.** (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36, 58–77. <https://doi.org/10.17744/MEHC.36.1.P61M73373M4617R3>
- Udipi, S., McCarthy Veach, P., Kao, J. i LeRoy B. S.** (2008). The Psychic Costs of Empathic Engagement: Personal and Demographic Predictors of Genetic Counselor Compassion Fatigue. *Journal of Genetic Counseling*, 17(5), 459-471. <https://doi.org/10.1007/s10897-008-9162-3>
- World Health Organization**, (2019, 28. svibnja). *Burn-out an “occupational phenomenon”*: *International Classification of Diseases*. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Yang, Y. i Hayes, J. A.** (2020). Causes and consequences of burnout among mental health professionals: A practice-oriented review of recent empirical literature. *Psychotherapy*, 57(3), 426–436. <https://doi.org/10.1037/pst0000317>
- Zandi, H., Amirinejad, A., Azizifar, A., Aibod, S., Veisani, Y. i Mohamadian, F.** (2021). The effectiveness of mindfulness training on coping with stress, exam anxiety, and happiness to promote health. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1), 177. [https://doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp\\_616\\_20](https://doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp_616_20)

## **Abstract**

Mental health professionals are often at risk of reduced psychological well-being due to the nature of their work. The psychological consequences of the stress they encounter can be reflected in secondary traumatization and burnout. Exposure of professionals to knowledge of traumatizing events experienced by their clients can lead to their traumatization, which is called secondary. In addition, given that their work involves close contact with people, they are also at risk of developing burnout that occurs in response to chronic emotional and interpersonal stressors at work. A review of the research showed that there are certain factors that play a role in protection or risk for the development of burnout and secondary traumatization. Some of them are related to working conditions, support from close people or personal factors in professionals (such as history of personal trauma or self-efficacy). Interventions aimed at redesigning the working conditions of professionals, encouraging autonomy in their own workplace, as well as training some skills, such as assertiveness and time management, are proposed in order to promote the well-being and protection of mental health of mental health professionals as efficiently as possible.

**Keywords:** burnout, mental health experts, secondary traumatization, stress at work