

**Актуальні дослідження  
в сучасній вітчизняній  
екстремальній та кризовій  
психології**



*Щиро вітаю Вас із виходом у світ першої у вітчизняній психологічній науці монографії, присвяченої сучасним дослідженням у галузі екстремальної та кризової психології.*

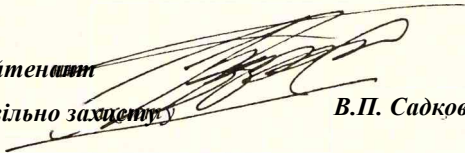
*Без Вас було б важко уявити цю наукову працю. Пройняті духом гуманізму й любові до рідної країни, Ваші дослідження стають моральними орієнтирами для всіх хто бере активну участь у психологічній підтримці, допомозі та реабілітації представників ризиконебезпечних професій.*

*Від імені особового складу Національного університету цивільного захисту України та від себе особисто бажаю Вам міцного здоров'я, творчої наснаги, якомога менше кризових ситуацій під час виконання службових обов'язків та в особистому житті.*

*З повагою*

*Ректор*

*генерал-лейтенант  
служби цивільного захисту*



*В.П. Садковий*

**Державна служба України з надзвичайних ситуацій  
Національний університет цивільного захисту України**

**АКТУАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В СУЧАСНІЙ ВІТЧИЗНЯНІЙ  
ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ ТА КРИЗОВІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

*Монографія*

За загальною редакцією  
В.П. Садкового, О.В. Тімченка

Харків - 2017

*Друкується за рішенням Вченої ради  
Національного університету цивільного захисту України  
(протокол № 13 від 29.08.2017 р.)*

*Редколегія може не поділяти поглядів авторів. Автори опублікованих матеріалів несуть персональну відповідальність за їх зміст.*

**Редакційна колегія:**

1. **Максименко С.Д.** - директор Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, доктор психологічних наук, професор, дійсний член НАПН України;
2. **Москалець В.П.** - завідувач кафедри загальної та клінічної психології Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника, доктор психологічних наук, професор;
3. **Осьодло В.І.** - начальник гуманітарного інституту Національного університету оборони імені Івана Черняхівського, доктор психологічних наук, професор;
4. **Приходько І.І.** - начальник науково-дослідного центру Національної академії Національної гвардії України, доктор психологічних наук, професор;
5. **Садковий В.П.** - ректор Національного університету цивільного захисту України, доктор наук з державного управління, професор;
6. **Тімченко О.В.** - головний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології Національного університету цивільного захисту України, доктор психологічних наук, професор.

**Рецензенти:**

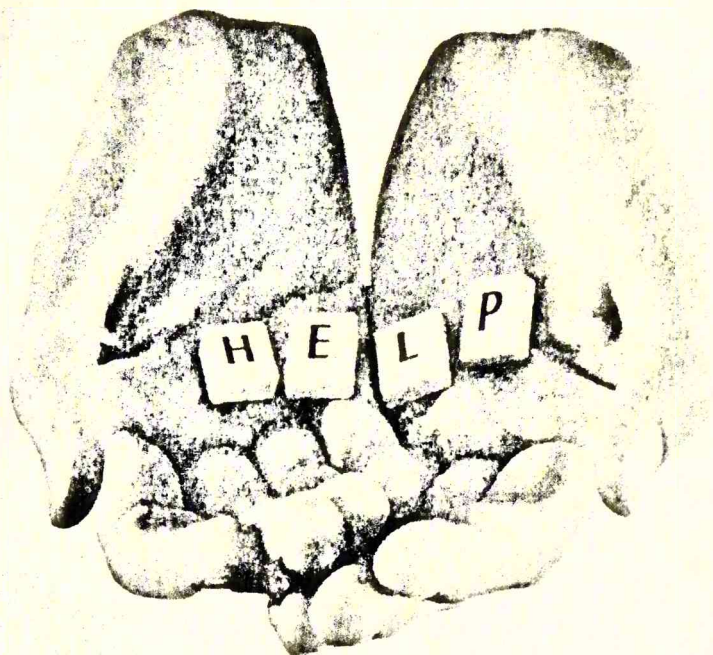
**Лефтеров В.О.** - начальник кафедри соціології та психології Національного університету «Одеська юридична академія», доктор психологічних наук, професор;

**Онщенко Н.В.** - провідний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології Національного університету цивільного захисту України, доктор психологічних наук, професор;

**Перелигіна Л.А.** - начальник кафедри психології діяльності в особливих умовах Національного університету цивільного захисту України, доктор біологічних наук, професор.

**A43 Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології** : монографія / за заг. ред. В.П. Садкового, О.В. Тімченка; НУЦЗУ. — Х.: ФОП Мезіна В.В., 2017. - 512<sup>512</sup> с.  
ISBN 978-617-7541-24-9

УДК 159.9.001.8



*Коллективна монографія присвячена сучасним проблемам екстремальної<sup>1</sup> та кризової<sup>2</sup> психології й адресується психологам Міністерства оборони України, Національної гвардії України, Національної поліції України, Державної прикордонної служби України, Служби безпеки України та Державної служби України з надзвичайних ситуацій. Монографія також буде корисною представникам громадських і волонтерських організацій — усім, хто зайнятий у сфері психологічного захисту населення в умовах надзвичайної ситуації техногенного, природного, соціального або воєнного походження.*

<sup>1</sup> Екстремальна психологія - науково-практичний розділ психології, який вивчає психологічні закономірності діяльності особистості при виникненні надзвичайних обставин та ситуацій, пов'язаних з підвищеним професійним ризиком, небезпекою для життя та здоров'я, та розробляє науково обгрунтовані заходи психологічного забезпечення професійної та функціональної надійності працівників екстремальних професій при виконанні задач в умовах, що потребують граничної мобілізації фізичних, психологічних та моральних якостей особистості.

Виділення екстремальної психології як окремого науково-практичного розділу психологічної науки пов'язано з особливими морально-правовими аспектами діяльності працівників екстремальних професій в ризиконебезпечних ситуаціях службової діяльності.

Екстремальна психологія здійснює синтез основ психологічних знань з питань діяльності особистості в особливих умовах, основ безпеки життєдіяльності та основних правових норм, які регулюють поведінку та взаємовідносини між індивідами, між особистістю та суспільством в умовах надзвичайної ситуації, що викликана подіями техногенного, природного, соціального або воєнного походження (Наводиться за: Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. — К. : ТОВ «Август трейд», 2007. - 502 с.).

<sup>2</sup> Кризова психологія - відносно нова, але така, що інтенсивно розвивається, сфера психологічної практики. Вона є однією з форм духовної практики, що спрямована на оптимізацію індивідуального розвитку людини та збереження її індивідуальності.

Кризова психологія — це галузь професійної діяльності, яка має на меті визначення психологічних особливостей життєвої ситуації та індивідуальності людини або групи, внесення позитивних змін у процес взаємодії між ними і профілактику небажаних форм поведінки для найбільш повного розкриття сутнісних сил людини.

Отже, якщо у випадку наукової (або академічної) психології мова йде про дослідження явищ психічного життя людини, то у випадку практичної психології (якою і є кризова психологія) — про діагностично-корекційну та профілактичну роботу з окремим індивідом або групою для збереження їхнього психічного здоров'я та запобігання небажаних явищ у поведінці й розвитку (Наводиться за: Кризова психологія: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. - Х. : НУЦЗУ, 2010. - 401 с.).

## ЗМІСТ

**Чи спроможна сучасна вітчизняна психологічна наука зрозуміти, допомогти та захистити наших воїнів?**  
*Садковий В. П., Тімченко О. В.*

8

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В СУЧАСНІЙ  
 ВІТЧИЗНЯНІЙ ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ ТА КРИЗОВІЙ ПСИХОЛОГІЇ**

**Духовна парадигма розвитку українського суспільства**  
*Савчин М. В.*

27

**Проблема ворожості в сучасній екстремальній психології**  
*Олексієнко С. Б.*

46

**Провина та почуття провини у структурі життєвих відносин  
 особистості**  
*Швалб Ю. М.*

63

**Психологічні особливості ведення бойових дій в умовах  
 гібридної війни**  
*Осьодло В. І.*

82

**ПСИХОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА ОСОБИСТОСТІ**

**Методологія психологічної безпеки особистості фахівців  
 екстремальних видів діяльності**  
*Приходько І. І.*

97

**Информационно-психологическая безопасность в условиях  
 гражданского противостояния**  
*Панченко О. А.*

124

**Віра в Бога, марновірство, обереги учасників бойових дій у  
 Донбасі**  
*Москалець В. П., Синяк І. В.*

140

**Структурно-функціональна модель запобігання та  
 нівелювання чуток в умовах надзвичайних ситуацій**  
*Потатчук Н. Д.*

152

**Маніпулювання свідомістю в умовах гібридної війни:  
 психологічний аспект**  
*Христенко В. Є.*

163

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ  
 ВИДІВ ДІЯЛЬНОСТІ**

**Психологічна робота в осередку лиха: десятирічний досвід  
 фахівців науково-дослідної лабораторії екстремальної та  
 кризової психології Національного університету цивільного  
 захисту України**  
*Лебедєва С. Ю.*

183

**Антистресова підготовка рятувальників до дій в зоні  
 локального збройного конфлікту**  
*Балабанова Л. М.*

191

**Психологічна готовність до ризику військовослужбовців  
Національної гвардії України: структура, діагностика,  
формування**

*Мацегора Я. В.*

206

**Психологічні особливості роботи з тілами загиблих під час  
проведення антитерористичної операції**

*Кравченко К. О.*

231

## ОСОБИСТІТЬ ЯК СУБ'ЄКТ ПОДОЛАННЯ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

**Між життям та смертю: психологія військового полону**

*Широбоков Ю. М.*

248

**Особливості негативних психічних станів  
військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях**

*Коқун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О.*

267

**Психологічна травматизація військовослужбовців  
Національної гвардії України**

*Колесніченко О. С.*

287

**Діагностика негативних емоційних станів психологів, що  
працюють з травмованими військовослужбовцями**

*Кісарчук З. Г., Лазос Г. П.*

312

**Діти та війна**

*Похілько Д. С.*

334

## ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ І ТЕХНОЛОГІЇ ДОПОМОГИ ЛЮДИНІ У ПОДОЛАННІ ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ТА КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ

**Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам**

*Максименко С. Д., Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П.*

351

**Основні підходи до функціонування системи психологічної  
реабілітації учасників антитерористичної операції**

*Сафін О.Д.*

369

**Особливості психологічної реабілітації учасників  
антитерористичної операції**

*Мась Н. М.*

383

**Сім'я учасника бойових дій як суб'єкт відновлення його  
психічного здоров'я**

*Потанчук Є. М.*

403

**Технології психологічної допомоги подолання негативних  
наслідків професійного стресу**

*Корольчук В. М., Корольчук М. С.*

414

**Особливості дистантного консультування представників  
постраждалих спільнот**

*Афанасьєва Н. Є.*

430

**Психологічне забезпечення діяльності міжнародних  
гуманітарних місій в умовах надзвичайних ситуацій та  
воєнних конфліктів**

*Миронець С. М.*

445

<b>Міжнародний досвід використання методу експозиційної терапії у віртуальній реальності в умовах відновлювального періоду учасників локальних військових конфліктів</b> <i>Цокота В. Р</i>	463
<b>Особливості роботи психолога з цивільним населенням, яке пережило жахіття окупації</b> <i>Побідаш А. Ю.</i>	477
<b>Післятравматичне зростання рятувальників-учасників АТО засобами психотренінгових технологій</b> <i>Овсяннікова Я. О.</i>	488

## Table of content

<i>Sadkovi V.P., Timchenko O.V.</i> <b>Is modern native psychology capable to understand, help and protect our soldiers?</b>	25
<i>Savchyn M.V.</i> <b>The spiritual paradigm of the Ukrainian society development.</b>	45
<i>Oleksiienko S. B.</i> <b>The problem of hostility in modern extreme psychology.</b>	62
<i>Shvalb Y.M.</i> <b>Guilt and guilt feelings in the life relationships structure of a person.</b>	81
<i>Os'odlo V.I.</i> <b>Psychological features warfare under hybrid warfare.</b>	95
<i>Prykhodko I.I.</i> <b>Methodology of safety of extreme activity specialist's personality.</b>	123
<i>Panchenko O.A.</i> <b>Information-psychological security of personality in terms of civil conflict.</b>	139
<i>Moskalets V.P., Synyak I.V.</i> <b>Faith in God, myths, superstition, mascots of combatants in Donbass.</b>	151
<i>Potapchuk N. D.</i> <b>Structural and functional model for the prevention and elimination of rumors in emergency situations.</b>	162
<i>Khrystenko V.E.</i> <b>Manipulation of consciousness in connection with hybrid war: psychological aspects.</b>	181
<i>Liebiedieva S. Yu.</i> <b>Psychological relief at an emergency's epicenter: a decade of experience of experts of Research Laboratory of Extreme and Crisis psychology of the National University of Civil Protection of Ukraine.</b>	189
<i>Balabanova L. M.</i> <b>Anti-stress training rescuers to act in the area of local armed conflict.</b>	205



## Діагностика негативних емоційних станів психологів, що працюють з травмованими військовослужбовцями

Кісарчук З. Г., Лазос Г. П.

**Постановка наукової проблеми.** За визначенням, наведеним в DSM-IV, критичний травматичний стресор, що призводить до виникнення психотравми, може включати в себе: прямий особистий досвід події, яка викликає загрозу смерті, фактичну загрозу серйозного травмування або загрозу власній фізичній цілісності; перебування свідком події, яка включає в себе смерть, травму або загрозу фізичної цілісності іншої особи; інформацію про несподівану або насильницьку смерть, серйозне травмування або загрозу смерті чи травмування близького члена сім'ї або близьких партнерів [5]. Для нас важливим у цьому визначенні є підкреслення того факту, що *ефекти і наслідки травми стосуються не лише тих, хто постраждав, але впливають і на тих, хто належить до близького оточення постраждалих (рідні, сім'я), а також тих, хто їм допомагає (лікарі, фахівці в галузі охорони психічного здоров'я, психологи, психотерапевти, соціальні працівники).*

Професійна діяльність психологів і представників інших «допоміжних» професій завжди передбачає ризики через особливості контакту з травмованими клієнтами. Емпатійне залучення у стосунок із людиною, яка переживає наслідки травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта у вигляді різних емоційних реакцій (станів). Фахівець не може запобігти виникненню власних негативних переживань у такому контексті спілкування, адже для того, щоб допомогти клієнтові, він має співпереживати його стражданням, а це, у свою чергу, стає підґрунтям відповідних емоційних реакцій та станів. В науковій літературі вони загалом позначаються термінами: *опосередковане (вторинне, вікарне) травмування; вторинний травматичний стрес; втома від співпереживання, емоційне вигорання.*

Ризик виникнення таких емоційних станів значно зростає у кризові періоди життя суспільства, коли кількість постраждалих людей, що потребують психологічної допомоги, суттєво збільшується, а психологічна допомога надається на волонтерських засадах і в інтенсивному режимі. У складних, кризових умовах, що склалися в Україні впродовж останніх років, навіть досвідчені психотерапевти, які часто мали справу в роботі з людськими стражданнями і втратами, говорять про достатньо серйозне і виснажливе навантаження в актуальній професійній діяльності. Це підтверджується і дослідженнями науковців, які свідчать про поширення опосередкованих наслідків у фахівців «допоміжних» професій. У зв'язку з цим актуальним є подальше проведення досліджень з вивчення професійної якості життя вітчизняних волонтерів-психологів/психотерапевтів, діагностики їхніх емоційних станів та визначення факторів, що призводять до ризику виникнення вторинної травматизації та інших негативних станів. Результати цих досліджень мають стати основою для створення спеціальних програм профілактики та психологічної підтримки фахівців.

**Аналіз останніх досліджень та публікацій.** Проблема діагностики негативних емоційних станів психологів/психотерапевтів та пов'язаних з цими станами можливих наслідків досить широко представлена в публікаціях західних

науковців. Відмітимо також, що дослідження з цієї проблематики актуалізуються у тих країнах, у сучасній історії яких відбулися кризові, воєнні події (Грузія, Хорватія, Ізраїль) [2; 10].

Аналіз численних досліджень показує, що у фахівців, які працюють із травмованими людьми, діагностуються реакції, схожі на травматичний матеріал їхніх клієнтів (Alexander J.G., de Chasney M., Marshall C.A., Campbell A.R., Johnson S., Wright R., 1992; Farrenkopf T., 1992; Martin C. A., McKean H.E., Veltkamp L.J., 1986; McCann L., Pearlman L.A., 1990; Mac Ian P.S., 1995; Remer R., Ferguson R., 1995).

Доведено, що симптоми ПТСР характерні для різних категорій фахівців (рятувальників, медичних працівників, травматерапевтів), якщо вони працюють із постраждалими після серйозних аварій і катастроф (N. Breslau, G. Davis; J. Briere, D. Elliot, 2000; R.A. Bryant, A. G. Harvey, 1996; D. Dackworth, 1986; C. R. Figley, 1999, 2002).

J.E. Gentry, A. Baranowsky зазначають, що фахівці всіх категорій «допоміжних» професій рано чи пізно стикаються з таким періодом у своєму професійному житті, коли вимушені протистояти симптомам вторинного травматичного стресу та емоційного вигорання [7].

Згідно з дослідженнями Y. Danieli, психотерапевти, що працюють із жертвами Голокосту, демонструють такі травми, що схожі на почуття контрперенесення у відповідь на симптоматику постраждалих [10].

Соціальні працівники та інші фахівці в галузі ментального здоров'я так само демонструють травматичну симптоматику після перебування в тісному контакті з жертвами термінальних невиліковних захворювань (M. Cunningham, 1996) або клієнтами з ВІЛ / СНІДом (M. A. Gabriel, 1994) [9].

Ще одним напрямом наукових досліджень, представлених у західній літературі, можна назвати спроби концептуалізації окремих станів психологів/психотерапевтів при роботі з травмою з поступовим уточненням термінології та специфічних ознак і характеристик даних станів.

Так, S. Baird аналізує вивчення та концептуалізацію таких ефектів від опосередкованого травмування психологів, як: вторинний травматичний стрес, вікарна травматизація та емоційне вигорання. Розгляд цих ефектів (їх концепцій) включає такі теми, як визначення, симптоматологія, поширеність та характеристики вибірки [6]. Окрема частина досліджень західних науковців присвячена дослідженню травматичного контрперенесення (Дж. Вінер, Р. Хіншелвуд, М. Stone, J. Herman, L. Comas-Dias, A.M. Padilla).

Кризова ситуація у країні (Революція Гідності, війна на Сході), що триває понад три роки, сприяла активізації досліджень вітчизняних науковців стосовно надання психологічної допомоги різним категоріям постраждалих, у тому числі з вивчення негативних емоційних станів волонтерів, фахівців допоміжних професій. Науковці досліджують як сам феномен волонтерства (І. Грига, О. Брижовата, 2014), так і шляхи психосоціальної реабілітації та підтримки волонтерів та інших категорій постраждалих (О.О. Хаустова, 2016; С.Г. Уварова, 2016); вивчається явище емоційного вигорання (Л.М. Карамушка). М.Б. Коробчиною здійснено психологічний аналіз типів реагування на опосередковане травмування. Спираючись на результати власного дослідження, автор виділяє стан алекситимічної психалгії (переживання душевного болю), що входить до структури синдрому професійного вигорання [1].

У своєму дослідженні ми поставили за мету визначити особливості негативних станів вітчизняних психологів/психотерапевтів, які тривалий час працюють

із постраждалими військовослужбовцями, та встановити чинники, що пов'язані з рівнями проявів цих станів та їх перебігом.

Виклад основного матеріалу дослідження з обґрунтуванням отриманих результатів. Концепція «професійної якості життя» (В.Н. Stamm) [21; 22], на яку ми спиралась у своєму дослідженні, дає можливість всебічно охарактеризувати рівень і ступінь соціального та духовного розвитку фахівця через його діяльність, а також дозволяє дослідити його самопочуття, зокрема в ситуаціях психологічної допомоги постраждалим внаслідок травматичних подій. Негативні емоційні стани, які визнано основним ризиком для роботи фахівців всіх допоміжних професій, розглядаються в рамках цієї концепції як «втома від співпереживання» і включають у себе вторинний травматичний стрес та синдром вигорання.

У межах викладу матеріалу дослідження зупинимося спочатку на характеристичності важливих для нас теоретичних понять.

Вторинний травматичний стрес (ВТС) визначається як зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта, що виникають внаслідок його емпатійного ставлення до клієнта, який пережив травматичні події.

Вперше поняття «вторинний травматичний стрес» увів С.Р. Figley (1983 р.) та визначив його як важке емоційне переживання, що вимушено відчувається тими, хто мав/має тісний контакт із постраждалими. Пізніше, досліджуючи всі ефекти роботи з постраждалими, С.Р. Figley стверджував, що людина, яка є близькою до постраждалого, може потім стати опосередкованою жертвою травми, так званим «вторинним постраждалим» [12]. Первісний розвиток цієї концепції був отриманий в результаті дослідження членів сімей постраждалих внаслідок стихійних лих та воєнних дій.

С.Р. Figley пояснює процес ВТС як наслідок «тісного контакту з людиною, що зазнала страждань і яка змушує ідентифікуватися з нею, з її стражданнями і бути емпатійним» [12, с.95]. З часом це співчуття «стає тягарем», що призводить до виснаження. «Це виснаження і характеризує вторинний травматичний стрес у помічників, зокрема, через втрату їх здатності до співпереживання, а також зростаючу неможливість знайти полегшення від своїх реакцій через почуття задоволення в наданні допомоги» [12, с.95].

Важливо зазначити, що ВТС вважається природним побічним результатом роботи з травмованими людьми. Залишений «без нагляду», ВТС може призвести до синдрому вторинного стресового розладу (ВТСР) [13, с. 573], симптоми якого майже ідентичні симптомам післятравматичного стресового розладу (ПТСР). Основна відмінність між ними полягає в тому, що людина, яка постраждала від травмування, може отримати ПТСР безпосередньо в той час, як у людини, близької до потерпілої, може розвинути синдром ВТСР як наслідок знання про цю травму та події, що до неї призвели [13, с. 571].

Згідно С.Р. Figley, є три основні категорії психологічних симптомів ВТС, що можуть проявлятися у фахівців допоміжних професій, які працюють з постраждалими [12; 13] (див. табл. 1).

Додаткові види симптомів включають у себе: (1) фізичні скарги (тобто такі соматичні скарги, як головний біль, проблеми зі сном, підвищення тиску тощо); (2) залежність або компульсивна поведінка; (3) поступове погіршення функціонування у соціальних та персональних ролях (тобто запізнення, відміна зустрічі тощо) [11, с. 85].

Інший тип проблем ВТС проявляється в реляційних порушеннях, що можуть виникнути як в особистій, так і у професійній сферах. Показники психологічного дистресу або дисфункції включають у себе спектр депресивних емоцій, таких як печаль, туга тощо [11].

Табл. 1. Загальні симптоми ВТС

Симптом	Зміст симптому	Прояв симптому
Інрузивність	Повторне переживання травматичної події постраждалого	спогади про подію або травмовану людину; сни про подію/травмовану людину; раптове репереживання події/травмованої людини; тривожні нагадування про подію/травмовану людину
Ескапізм / оніміння	Ухилення від спогадів і / або оніміння у відповідь на нагадування	зусилля, щоб уникнути думок/почуттів; зусилля, щоб уникнути діяльності / ситуації; психогенна амнезія; зниження інтересу до діяльності; відсторонення \ віддалення від інших; афекти відчуження; почуття скороченості майбутнього
Стієке збудження	Психологічне і фізичне напруження	труднощі засинання / підтримки сну; дратівливість або вибухи гніву; труднощі з концентрацією уваги; надпильність щодо травмованої людини; перебільшений переляк у відповідь; фізіологічна реактивність стосовно реплік, надмірна чутливість

Як зазначають дослідники, специфічними для психологів / психотерапевтів, які працюють із постраждалими, є такі реакції на травмивний матеріал клієнтів, як надмірна ідентифікація або відчуження. Йдеться про те, що фахівці, працюючи із постраждалими, можуть надмірно ідентифікуватись із клієнтом і в тому сенсі «бути паралізованими своїми реакціями на травматичний досвід клієнта», або, як альтернатива, приймати «надмірну відповідальність за його життя» [11, с. 88]. Вони можуть також надмірно ідентифікуватись зі злочинцем і тому шукати «провину у поведінці жертви» або мати труднощі у контейнеруванні гніву жертви стосовно фактичного кривдника.

Синдром вигорання (СВ) має багато спільних ірис із вторинним травматичним стресом. Обидва явища є результатом безпосереднього контактування із травмованими клієнтами і можуть створювати для працівників сфери психічного здоров'я перешкоди у наданні допомоги. Через цю подібність важливо перевіряти реакції фахівців «допоміжних» професій на наявність ознак ВТС, так і СВ.

Розглянемо поняття "синдром вигорання". Після багаторічного дослідження стресу, пов'язаного з роботою, С. Maslach сформулювала наступне визначен-

ня «вигорання»: «синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистісних досягнень, що виникає серед людей, які працюють з людьми у будь-якому вигляді» [17, с. 98], і це є наразі найбільш поширене визначення синдрому вигорання. СВ також визначають як «психологічне усунення від роботи у відповідь на надмірний стрес або незадоволення» [18, с. 16].

Н.І. Freudenberger вперше ідентифікував та застосовував концепт синдрому вигорання до тих, хто працював у системі безкоштовних клінік, досліджуючи, як даний синдром впливав на персонал інституцій самопомогі або волонтерів. Науковець визначив наступні ознаки СВ: фізичні (втома, затяжна хвороба, головні болі, безсоння, болі у шлунку); поведінкові (сильна злість та фрустрація, неможливість контролювати почуття, підозрілість, параноя, ризикована поведінка, зловживання хімічними речовинами, ригідне мислення, негативність, депресія, ізоляція); а також - характеристики (тип) особистості, яка є найбільш схильною до тих чи інших реакцій [14]. Згодом С. Maslach з колегами виокремили низку симптомів СВ, які лягли у подальшому в основу різних діагностичних методик [18] (див. табл. 2).

Табл. 2. Загальні симптоми СВ

Симптом	Зміст симптому	Прояв симптому
Емоційне виснаження	Відчуття безсилля та емоційного виснаження через свою роботу	втрата інтересу до клієнтів; втрата позитивного ставлення до співробітників та організації; емоційне усунення від роботи.
Розвиток негативного ставлення до клієнтів	Нечуттєва та байдужа реакція на клієнтів	1) негативні, зневажливі думки про своїх клієнтів; звинувачення клієнтів за існування їхніх проблем; ідеї, що клієнти заслужили свої проблеми; навішування ярликів на клієнтів; 2) створення дистанції (між роботою та особистим життям; між собою і клієнтом); мінімізація фізичного контакту, контакту "очі в очі"; застосування формул та стереотипів; застоювання інтелектуальної, наукової термінології, відсутність особистісного спілкування.
Розвиток негативного ставлення до себе	Відчуття некомпетентності у своїй роботі з людьми	відчуття відчаю та власної неадекватності в роботі; брак терапевтичного успіху або прогресу; сумніви щодо психотерапії, її ефективності.

Американський науковець С. Cherniss виділив три етапи у прогресуванні синдрому вигорання: (1) стрес, (2) перевтома та (3) захисне подолання (копінг).

Перший етап — стрес - характеризується дисбалансом між ресурсами та потребами [8, с. 17]. Фактори, що призводять до стресу, складаються з інтерперсональ-

них (взаємодія між клієнтами та фахівцями) та організаційних стресорів (кількість, проблематика клієнтів) [8, с. 17].

Другий етап - перевтома - характеризується миттєвою короткотерміновою емоційною реакцією на дисбаланс і супроводжується відчуттями роздратування, тривоги, напруження, втоми та виснаження. Маніфестація перевтоми містить психологічні аспекти (наприклад, низька самооцінка), соматичні (наприклад, головні болі) та поведінкові (наприклад, алкоголізм) [8, с. 17]. Захисне подолання, третій етап синдрому вигорання, той, що безпосередньо впливає на взаємодію фахівця з клієнтом, призводить до багатьох змін у ставленні до останнього, таких, зокрема, як «звинувачення жертви у тому, що вона стала жертвою» (Carper et al., 1993). На цьому етапі з'являється «тенденція поводження з клієнтами у відсторонений та механічний спосіб або цинічне заглиблення у задоволення власних потреб» [8, с. 18].

Отже, "синдром вигорання - це процес, який починається з надмірних та тривалих ситуацій робочого стресу, що створює перевтому у фахівця. Процес завершується, коли він захисним чином долає робочий стрес, психологічно відсторонюючись від роботи і стаючи апатичним, цинічним або ригідним» [17, с. 21].

Підсумовуючи вищенаведене щодо вторинного травматичного стресу та емоційного вигорання, зазначимо, що хоча певні риси обох явищ є схожими (виникають в результаті безпосереднього контакту із постраждалими; психологічні ознаки - відсторонення, оніміння; фізичні скарги - безсоння, напруження тощо), вони різняться між собою.

На основі аналізу сучасних досліджень подамо детальне розрізнення ВТС та СВ у таблиці 3 [12; 13; 14; 17; 18; 23].

**Табл. 3. Характеристики розрізнення ВТС та СВ**

Змінна	ВТС	СВ
Етіологія	Реляційна: виникає внаслідок роботи з постраждалими (інформація про травму, співпереживання)	Реакційна: виникає як реакція на роботу або організаційні стресори (штатний розпис, обсяг роботи, нестача ресурсів)
Хронологія	Раптовість виникнення, гострий початок	Поступове виникнення, протягом довгого часу
Результат	Дисбаланс емпатії й об'єктивності; застосування копінг-стратегій уникання або надмірної ідентифікації з клієнтом => інтрузивність, ескапізм/оніміння, стійке збудження => погіршення функціонування (психологічне, фізичне, соціальне), розвиток ВТСР.	Емоційне виснаження, погіршення ставлення до себе, до клієнтів => дистрес, відсторонення /оніміння, погіршення якості допомоги, припинення роботи за фахом.

Як видно з наведеної таблиці, за усіма змінними простежуються відмінності між ВТС та СВ. Оскільки наявні наукові дані свідчать, що синдром вигорання

може бути фактором ризику для виникнення вторинного травматичного стресу (J. M. Rudolph, B.M. Stamm, N. E. Stamm) важливо диференціювати ці явища з метою як адекватної психологічної підтримки фахівців з ознаками СВ та ВТС, так і профілактики розвитку у них вторинного травматичного стресового розладу.

З поданого матеріалу видно також, що відсторонення (ескапізм) / оніміння є ознакою як ВТС, так і СВ. Зазначимо, що науковці у своїх дослідженнях все частіше називають цю групу симптомів як алекситимічні. Відомо, що така симптоматика є характерною для різних груп постраждалих, зокрема волонтерів, тому в нашому дослідженні додатково буде розглядатися така характеристика емоційного стану фахівця, як алекситимія. Нагадаємо, що алекситимія - це нездатність людини (у нашому випадку психолога, психотерапевта) визначати як власні емоції, так емоції інших (клієнтів), тобто переводити їх у вербальну площину. У даному випадку йдеться про так звану «вторинну алекситимію», до якої відносять стани глобального гальмування афектів внаслідок важкою психологічного травмування.

Вторинна алекситимія може відобразити горе або приховану депресію у такий патологічний спосіб і тому може розглядатися як психологічний захист (хоча це не є класичне його розуміння). При цьому слід враховувати, що для алекситимічних особистостей цей різновид захистів є особливо важливим під час надсильних та нестерпних для них афектів. Зазвичай психологи / психотерапевти, стикнувшись із вторинним травмуванням або маючи ознаки синдрому вигорання, реагують емоційним онімінням, дистанціюванням як від клієнтів, так і від родини, друзів. Так, наприклад К. W. Saakvitne говорить про недостатність емоційних проявів і «пригніченість почуттів» як реакцію психотерапевтів на травмивний матеріал клієнта [20].

Як зазначають американські науковці J. P. Wilson, J. D. Lindy, *трагічні розповіді клієнтів викликають у психотерапевтів такі імпульси, які неможливо легко інтегрувати та проти яких фахівець застосовує низьку власних психологічних захистів (витискання, проєкція, заперечення), в тому числі й алекситимічне відсторонення. Ці захисти призводять до порушення функціонування психолога під час сеансів, у стосунках із колегами, можуть впливати на виникнення психосоматичних розладів [24].*

Описавши найважливіші для проведеного нами дослідження теоретичні поняття, перейдемо до аналізу отриманих у ньому експериментальних даних, які стосуються виявлення характерних емоційних станів вітчизняних волонтерів - психологів / психотерапевтів, які працюють із різними категоріями постраждалих, та зв'язку наявності та проявів цих станів із особистою травматичною історією фахівців, власним досвідом її опрацювання, супервізійною підтримкою та іншими факторами.

Дослідження негативних станів вітчизняних психологів/психотерапевтів проходило впродовж 2015 - 2017 років і мало два етапи. Перший з них являв собою пошуковий експеримент, під час якого уточнювалися попередні гіпотези щодо особливостей негативних станів вітчизняних психологів / психотерапевтів внаслідок роботи з військовими, які постраждали, вивірявся діагностичний інструментарій (розроблялись і добирались відповідні методики, здійснювалась їх адаптація) і проєктувався другий (основний) етап дослідження (детальніше пошуковий експеримент описаний у наших попередніх публікаціях [3]). В результаті до комплексу методик основного етапу увійшли як стандартизовані методики, так і розроблений за допомогою пілотажних розвідок авторський питальник. Зокрема було застосовано:

- (1) Питальник «Професійна якість життя: задоволення і втома від співпереживання» (ProQOL) Версія 5 (Stamm, 2009) [22]. Питальник розроблено з

метою виявлення та оцінки специфічних емоційних станів травматерапев-

тів у роботі з постраждалими, а саме: задоволення від співпереживання, емоційне вигорання та наявність вторинного травматичного стресу.

- (2) Питальник травматичних ситуацій LEQ (Life Experience Questionnaire) [4]. Питальник, що базується на самозвітах опитуваних, створений з метою оцінки впливу психічних травм, що мали місце в житті фахівця, на його особистість. Охоплюється життєвий шлях з раннього дитинства до теперішнього часу. Методика дає можливість виявити ступінь впливу травмивної події на актуальний стан людини — так званий індекс травмування (у нашому випадку мова йде про волонтера-психолога/психотерапевта).
- (3) Питальник «Шкала алекситимії» (А. Varanowsky 1998; 2011) [7]. Шкалу було розроблено з метою виявлення рівня алекситимічних станів психологів/психотерапевтів, які працюють із травмою, а також допомоги самим фахівцям визначити специфічні комунікативні складнощі, що трапляються в їх роботі з постраждалими.
- (4) Питальник «Особливості моєї роботи з постраждалими» (Г. П. Лазос, 2016) було розроблено з метою збору загальної інформації про фахівців (вік, стаж, спеціалізація, відвідання супервізійних груп, проходження власного психотерапевтичного досвіду тощо); виявлення специфічних стрес-факторів, які впливають на виникнення у них симптомів ВТС та СВ.

Математична обробка даних здійснювались за допомогою комп'ютерного пакета статистичних програм SPSS (версія 22). Для статистичної обробки та аналізу даних використовувались методи описової статистики, спряжених таблиць, кореляційний аналіз.

У дослідженні брали участь 56 волонтерів-психологів/психотерапевтів різної статі, віку та досвіду роботи (n=56).

В таблиці 4 представлена загальна інформація щодо досліджуваних.

На основі отриманих статистичних даних можна охарактеризувати вибірку психологів/психотерапевтів наступним чином.

**Табл. 4. Загальна характеристика вибірки психологів/психотерапевтів, які брали участь у дослідженні**

Персональні дані	Частота	Процент
Стать		
жінки	48	(86)
чоловіки	8	(14)
Вік		
від 25 до 39 років	14	(25)
від 40 до 55 років	26	(46)
більше 55 років	16	(29)
Стаж роботи за спеціальністю		
від 0 до 5 років	8	(14)
від 6 до 15 років	26	(46)
від 16 до 30 років	20	(46)



Персональні дані	Частота	Процент
більше 30 років	2	(4)
Наявність спец. підготовки для роботи з травмою		
не мають	18	(32)
мають	38	(68)
Стаж роботи з постраждалими		
від 0 до 1 років	5	(9)
до 2 років	9	(16)
до 4 років	32	(57)
більше 4 років	10	(18)
Категорії постраждалих, з якими працюють		
ветерани АТО	24	(43)
військові	14	(25)
тимчасово переселені особи	4	(7)
всі категорії	14	(25)
Отримання власного психотерапевтичного досвіду		
так	13	(23)
ні	43	(77)
Отримання постійної супервізійної підтримки		
так	38	(68)
ні	18	(32)
Відвідання групи взаємопідтримки / балінтовської групи		
так	42	(75)
ні	14	(25)

По-перше, більшість фахівців, які працюють із наслідками травмування у постраждалих, є жінками середнього віку зі стажем роботи за спеціальністю «психолог» понад шість років і більше. Переважна більшість психологів отримали додаткову освіту по роботі з травмою (68%), в той же час 32% фахівців такої освіти не мають. Переважна більшість респондентів почали працювати з постраждалими з 2014 року, з моменту перших трагічних подій на Майдані та в зоні АТО. Зазначимо, що певна кількість волонтерів-психологів не потрапила до нашої вибірки у зв'язку з тим, що вони, активно розпочавши у 2014 році працювати з постраждалими на волонтерських засадах, не витримали фізичного і психологічного навантаження і поступово залишили цю роботу. За нашими даними, відсоток таких фахівців не перевищує 20.

Більшість психологів/психотерапевтів з нашої вибірки працюють з військово-вослужбовцями (ветерани АТО, військові), і меншість - з тимчасово переселеними особами.

Цікавими є дані щодо отримання фахівцями власного досвіду та постійної супервізійної підтримки: більшість опитаних психологів / психотерапевтів не мають

досвіду опрацювання власних переживань шляхом проходження власної психотерапії (77%), такий досвід мають лише 23%; в той же час переважна більшість фахівців (68%) постійно відвідують групи супервізійної підтримки; лише 25% психологів/психотерапевтів відвідують групи взаємопідтримки або балінтовські групи (цей факт може свідчити про недостатню поширеність такого виду професійної підтримки у вітчизняному психотерапевтичному просторі, відсутність певної кількості сертифікованих фахівців, які б могли вести ці групи та широко їх пропагувати як ефективний захід психогігієни при роботі з травмою).

Перейдемо до розгляду питання щодо негативних станів фахівців у роботі з постраждалими військовими. Зазначимо, що оскільки в дослідженні ми застосували діагностичний інструментарій Н. Stamm [22], то в подальшому тексті негативні стани ми будемо позначати як характеристики професійної якості життя фахівців - ВТС та СВ. За нашими даними (див. табл. 5), більшість психологів/психотерапевтів, які брали участь у дослідженні, мають симптоматику ВТС та СВ, одночасно більшість із них відчувають задоволення від співпереживання (ЗВС).

**Табл. 5. Порівняння показників ЗВС, ВТС та СВ у 2015 та 2017 роках**

Змінні	2015 рік		2017 рік	
	Середнє значення (загалом по вибірці)	(%) (загалом по вибірці)	Середнє значення (загалом по вибірці)	(%) (загалом по вибірці)
Задоволення від співпереживання (ЗВС)	22,6	(36)	38,4	(60)
Вторинний травматичний стрес (ВТС)	36,2	(72)	24,56	(61)
Синдром вигорання (СВ)	30	(47)	27,5	(69)

Отримані результати можна інтерпретувати наступним чином. Частина респондентів, як ми вже згадували вище, зіткнувшись із власними станами вторинної травматизації, зупинили своє волонтерство, інша частина (більшість), як свідчать дані анкетування, почали відвідувати групи взаємопідтримки, супервізійні сесії, за порадою колег або супервізорів — проходити власну психотерапію. На цю більшість вплинуло також постійне підвищення кваліфікації за допомогою семінарів, лекцій, конференцій; опанування ефективними методиками роботи, набутий досвід. Що стосується емоційного вигорання, то підвищення його рівня пов'язане, у першу чергу, із факторами організації праці. За визначенням фахівців, організаційна неупорядкованість, яка триває понад три роки, виявляється у складнощах організаційної та юридичної взаємодії медичних закладів і психологів/психотерапевтів, які працюють на волонтерських засадах; у недостатній координації дій медичних закладів та благодійних організацій/фондів тощо. Дуже важливим залишається фактор браку фінансування, безоплатна праця фахівців.

Розглянемо детальніше визначені характеристики ЗВС, СТС та СВ психологів / психотерапевтів, фокусуючись на рівні їх прояву за останніми даними (2017 рік) (див. табл. 6).

Табл. 6. Рівні прояву характеристик професійної якості життя (2017 р.)

Змінні	Процент (%)
Задоволення від співпереживання (ЗВС)	
високий	(36)
середній	(59)
низький	(5)
Вторинний травматичний стрес (ВТС)	
високий	(4)
середній	(60)
низький	(36)
Синдром вигорання (СВ)	
високий	(4)
середній	(68)
низький	(28)

Як бачимо з наведеної таблиці, найбільша кількість фахівців має середній ступінь прояву ВТС та СВ і найменший ступінь прояву їх високого рівня. Важливі дані показала характеристика ЗВС: переважна більшість фахівців відчують задоволення від співпереживання на середньому і високому рівнях. Вважаємо, що саме відчуття задоволення від можливості і здатності допомогти постраждалому, радість, що долучений до спільної боротьби, захоплення мужністю бійців, вдячність їм за витривалість, стійкість, почуття виконаного громадянського обов'язку допомагають волонтерам утримувати ВТС та СВ на середньому рівні, уникати небезпечного їх розвитку (ПСТР, ВТСР тощо), а також - утримує в цій складній, найчастіше безоплатній, праці і професії. Однак, порівнюючи отримані дані з даними класичних досліджень (наприклад, С. Maslach), зазначимо, що відсоток СВ серед вітчизняних фахівців є значно вищим, і це ми пояснюємо, окрім організаційної невпорядкованості, ще й тією обставиною, що психологи / психотерапевти працюють у кризовій ситуації, в яку самі включені, тобто вони ще й емоційно залучені до трагічної ситуації, в якій опинилась країна, від якої страждають люди і травмується (фізично і психологічно) військові.

Щодо змісту симптомів ВТС, то виявилось, що більшість психологів відчували при його розвитку насамперед інтрузивні реакції, відзначаючи наявність нав'язливих думок після роботи з особливо складними клієнтами, досвід важких сновидінь, дотичних до сновидінь або історій клієнтів, мимовільні пригадування жахливих переживань під час роботи з клієнтами.

На другому місці за інтенсивністю виявились симптоми реакції уникнення: су-суцільна апатія та страхи зустрічі з особливо травмованими клієнтами, мимовільне забуття важливих ~~ситуацій~~ роботи з клієнтами, соціальна відчуженість.

На останньому, третьому за інтенсивністю, місці опинились симптоми збудження. Респонденти відзначали загальний тривожний стан, поганий сон з важким засинанням, підвищену роздратованість.

Щодо змісту СВ, то головними його ознаками виявились: зниження ефективності роботи через занурення у проблеми клієнтів, поганий сон, зниження загальної активності, відчуття марності своїх зусиль та стагнації [3].

Розглянемо виявлені кореляційні зв'язки між рівнями прояву характеристик професійної якості життя та чинниками, які тією чи іншою мірою на них впливають (табл. 7).

Обговорювати представлені дані почнемо з такого чинника, як «отримання постійної супервізійної підтримки», який виявився найбільш значимим для наявності ВТС та СВ.

Виявилось, що існує негативний кореляційний зв'язок між ВТС та чинником «отримання постійної супервізійної підтримки».

Оскільки  $r = -0,574$ ,  $p < 0,01$ , це означає, що вторинний травматичний стрес зменшується при постійному відвідуванні супервізійної групи. Для більшої специфікації цього показника ми застосували метод спряжених таблиць (див. табл. 8).

**Табл. 7. Зв'язок між ЗВС, ВТС, СВ та власним психотерапевтичним досвідом, досвідом отримання постійної супервізійної підтримки, загальним стажем роботи та наявністю спеціалізованої підготовки для роботи з травмою**

	ЗВС	ВТС	СВ
Наявність власного психотерапевтичного досвіду			
немає досвіду	-	-	-
до 100 годин	-	-	-
від 100 годин і більше	-	-,282*	-
Отримання постійної супервізійної підтримки	-	-,574**	-,348*
Відвідання групи взаємопідтримки / балінтовської	-	-	-
Стаж роботи за спеціальністю	-	-	-
Наявність спец, підготовки для роботи з травмою	-	-	-

Примітка:

\*\* кореляція є значущою на рівні 0,01; \* кореляція є значущою на рівні 0,05.

**Табл. 8. Комбінаційна таблиця показників рівня вторинного травматичного стресу та отримання постійної супервізійної підтримки**

		Отримання постійної супервізійної підтримки		Всього
		ні	так	
Рівень вторинного травматичного стресу (ВТС)	низький	14,3%	85,7%	100,0%
	середній	29,4%	70,6%	100,0%
	високий	100,0%		100,0%
% в рівень вторинного травматичного стресу				

Як бачимо з таблиці, у 100% фахівців, які не отримують супервізійної підтримки, спостерігається високий рівень ВТС.

Схожим, але з меншою мірою кореляційної значущості, виявився зв'язок між «отриманням постійної супервізійної підтримки» та наявністю СВ. Оскільки  $r = -,348$ ,  $p < 0,05$ , то ця негативна кореляція означає: при постійному відвідуванні супервізійної групи рівень СВ знижується. Так само наведемо результати методу спряжених таблиць для цього показника (див. табл. 9).

**Табл. 9. Комбінаційна таблиця показників рівня синдрому вигорання та отримання постійної супервізійної підтримки**

		Отримання постійної супервізійної підтримки		Всього
		ні	так	
Рівень синдрому вигорання (СВ)	низький	15,6%	84,4%	100,0%
	середній	32,8 %	67,2%	100,0%
	високий	100,0%		100,0%
% в рівень синдрому вигорання				

Дані, представлені у таблиці, показують, що, як і у випадку з ВТС, 100% фахівців, які не отримують супервізійної підтримки, мають високий рівень СВ.

Коментуючи дані з таблиць 7-9, підкреслимо, що супервізія - це не лише один із методів підготовки та підвищення кваліфікації психотерапевтів, але й важливий метод для профілактики ВТС та СВ психотерапевтів. Адже завдяки супервізійному супроводу є можливість обговорення в умовах колегіальної підтримки складних або «невдалих» випадків роботи; здійснити аналіз своїх професійних дій та «сліпих плям», що блокують професійні стосунки з клієнтом; з'ясувати почуття контрперенесення; усвідомити та опрацювати вплив ВТС та СВ на діяльність психотерапевта. Саме підтримка та допомога у віднайденні ефективних стратегій подальшої роботи з клієнтом є, на наш погляд, головними «лікувальними» моментами під час супервізування психотерапевтом складних власних випадків із травмованими клієнтами. Отримані дані не тільки підтверджують «лікувальну» та профілактичну дію супервізійної підтримки, але й визначають акценти для подальшого створення лікувально-профілактичних програм допомоги психологам / психотерапевтам, які працюють із травмою постраждалих (військових).

«Наявність власного психотерапевтичного досвіду» наступний суттєвий чинник, який має зв'язок із такою характеристикою якості професійного життя психолога/психотерапевта, як ВТС (див. табл. 7). Зазначимо, що показники названих характеристик корелюють лише у випадку, якщо фахівець має 100 і більше годин власного досвіду ( $r = -,282$ ;  $p < 0,05$ ), і це означає, що в такому випадку рівень ВТС знижується. У фахівців, власний досвід яких є меншим - кореляційних зв'язків не виявлено.

На наш погляд, гіпотетичним у даному випадку може бути наступне пояснення. Не маючи досвіду опанування власних кризових станів та досвіду їх опрацювання у психотерапевтичному процесі, доволі складно побудувати ефективну стратегію

і технологію подолання наслідків травмування, особливо якщо фахівець щодня інтенсивно працює з травмованими людьми. Ще складнішим є процес набування постраждалими самостійно давати раду наслідкам психотравми та опрацьовувати їх у психотерапевтичному контексті. Зазначимо, що це гіпотетичне припущення має бути перевірене у подальших дослідженнях за умови більшої за кількістю та більш диференційованої за своїми характеристиками вибірки.

Отже, такі характеристики професійного життя психологів / психотерапевтів, які працюють із постраждалими військовими, як СВ та ВТС з усіх, зазначених у таблиці 7, чинників, найбільше залежать від постійного отримання супервізійної підтримки та наявності власного психотерапевтичного досвіду (від 100 годин).

Перейдемо до розгляду наступного важливого аспекту нашого дослідження - теми первинної травматизації психологів/психотерапевтів та її впливу на професійну якість їх життя. Розглянемо спочатку загальну картину наявності травмівних ситуацій у житті досліджуваних фахівців (див. табл.10).

**Табл. 10. Показники різних категорій травмівних ситуацій в житті психологів/ психотерапевтів та рівень їх впливу на актуальне життя (індекс травматизації)**

Категорії травмівних ситуацій	Частота	Процент	Рівень впливу (індекс травмування)
1. Кримінальні події			
події не вплинули	19		
події вплинули	29	(33,9)	3,1
події суттєво вплинули	8	(51,9 (14,2)	
2. Природні катастрофи та загальні травми			
події не вплинули	26	(46,4)	
події вплинули	20	(35,7)	2,6
події суттєво вплинули	10	(17,9)	
3. Інші події			
події не вплинули	34	(60,7)	
події вплинули	18	(32,2)	1,9
події суттєво вплинули	4	(7,1)	
4. Ситуації фізичного та сексуального насилля			
події не вплинули	18	(32,2)	
події вплинули	30	(53,6)	3,2
події суттєво вплинули	8	(14,2)	
5. Травматичні події в цілому			
події не вплинули	24	(42,9)	
події вплинули	24	(42,9)	2,8
події суттєво вплинули	8	(14,2)	

Зазначимо, що висновки про наявність первинного травмування та його значення для актуального життя людини ми робили на основі індексу травмування, який є усередненим показником впливу первинного психічного травмування і відображає вразливість людини до стресогенної дії травмівних життєвих подій та інтенсивність їх переживання [4].

У випадку рівня травматизації від трьох і вище балів - він розглядається як показник з вираженими ознаками післятравматичного стресу і такий, що суттєво впливає на актуальне життя людини.

Індекс травмування нижче 2 балів говорить про відсутність відповідних ознак.

Як бачимо з наведеної таблиці, загалом травмівні події, що мали місце в життєвому досвіді досліджуваних фахівців, помірно вплинули на їхнє подальше (актуальне) життя (загальний індекс травмування 2,8).

У той же час, такі категорії ситуацій, як «кримінальні події», «ситуації фізичного та сексуального насильства» отримали відповідно 3,1 та 3,2 бали, що розглядається як наявність травмівного стресу, який суттєво впливає на актуальне життя фахівця.

Розглянемо детальніше виявлені зв'язки.

**Табл. 11.** Зв'язок між індексом травмування та іншими характеристиками фахівців

Інші характеристики	Індекс травмування			
	Кримінальні події	Природні катастрофи та загальні травми	Інші події	Ситуації фізичного та сексуального насильства
Наявність власного психотерапевтичного досвіду				
немає досвіду	-	-	-	,482**
до 100 годин	-	-	=	-
від 100 годин і більше	-	-	=	-
Отримання постійної супервізійної підтримки	-,309*	-,458**	-	-
Відвідання групи взаємопідтримки / балінтовської групи	-	-	-	-
Стаж роботи з постраждалими	,488**	,504*	-	,373**
Наявність спец. підготовки для роботи з травмою	-	-,428**	-	-
Вік	-	-	-	-
Стать	-	-	-	-

Примітка:

\*\* кореляція є значущою на рівні 0,01; \* кореляція є значущою на рівні 0,05.

Як бачимо з поданої таблиці, характеристика «наявність власного психотерапевтичного досвіду» має єдиний кореляційний зв'язок із індексом травмування, а

само: відсутність такого досвіду корелює із ситуаціями фізичного та сексуального насильства в історії фахівця. Можемо думати в даному випадку про те, що ситуації насилля є найбільш травмівними і потребують обов'язкового опрацювання, у протилежному випадку, особливо при додатковому навантаженні у вигляді вторинної травматизації (при роботі з постраждалими), травмування в анамнезі може актуалізуватись і впливати ще більше на повсякденне життя фахівця.

Найбільш значущою для індексу травмування виявилась характеристика «стаж роботи з постраждалими». З'ясувалось, що чим довше фахівець працює з постраждалими, тим більше він відчуває на собі вплив минулих травм, залишених такими ситуаціями, як «кримінальні події», «природні катастрофи та загальні травми», «ситуації фізичного та сексуального насильства». В даному випадку можемо припустити накопичувальний ефект травми. В той же час, така характеристика, як «отримання постійної супервізійної підтримки» негативно корелює з індексом травмування за такими категоріями ситуацій, як «кримінальні події» та «природні катастрофи і загальні травми», що свідчить про те, що постійна супервізійна підтримка допомагає зменшувати індекс травмування та вплив травмування в анамнезі на актуальне життя фахівців.

Цікавими виявились дані щодо такої характеристики, як «наявність спеціальної підготовки для роботи з травмою», адже вона виявилась значущою лише для категорії ситуацій «природні катастрофи та загальні травми» - наявність цієї підготовки зменшує індекс травмування, пов'язаний із такими ситуаціями. В даному випадку можемо припустити, що цей результат пояснюється більшою представленістю у підручниках та посібниках, а також на лекціях і семінарах матеріалу, пов'язаного з природними катастрофами. Цей матеріал достатньо формалізований, на його основі створено чимало ефективних технологій психологічної допомоги, в той же час ситуації, пов'язані із будь-яким насиллям, більш емоційно «заряджені» більш індивідуалізовані й часто потребують нестандартизованих підходів у психологічній / психотерапевтичній допомозі.

За такими характеристиками фахівців, як вік і стать, жодних кореляційних зв'язків нами не виявлено, в той же час дослідження, проведені іншими науковцями, доводять значущість цих характеристик (наприклад, дослідження С. Maslach, L. Rruiger, H. Botman, C. Goodenow та ін.).

Дослідження С. А. Martin, Н. Е. McKean, L. J. Veltkamp показує, що рівень впливу травмівних подій в особистому житті людини (вибірка складалась із співробітників поліції) залежить від гендерної приналежності. Так, було доведено, що жінки-офіцери з попереднім досвідом травмування легше долають наслідки травмування та менш уразливі до травмівних подій, з якими стикаються під час роботи, ніж чоловіки. Автори припустили, що це пов'язано із природньою властивістю жінок, які апріорі стикаються з більшою кількістю травмування у житті і мають/вміють долати його задля необхідності вирощувати потомство [16].

С. Maslach з колегами виявили, що чим молодший за віком фахівець і чим менший його професійний і власний досвід, тим більше він піддається впливу вторинного травмування і тим більше він є уразливим до СВ [17].

Вважаємо, що наведені у вказаних дослідженнях зв'язки є цікавими і потребують більш детального вивчення на вітчизняних вибірках у наступних дослідженнях.

Отже, показники індексу травмування психологів/психотерапевтів, що працюють із постраждалими військовими, є помірними за загальним рівнем впливу на їхнє актуальне життя, і лише життєві події, пов'язані із крими-



нальними ситуаціями та ситуаціями фізичного і сексуального насильства, виявились вельми впливовими і дорівнюють рівню травматичного стресу, який відчувається фахівцями і зараз.

Дослідження зв'язку між індексом травмування (рівнем його впливу) та іншими характеристиками фахівців дає можливість стверджувати, що отримання постійної супервізійної підтримки допомагає знизити індекс травматизації; за наявності в життєвому анамнезі фахівця подій з фізичним та сексуальним насиллям відсутність проходження власної психотерапії підвищує його індекс травмування в актуальному житті; чим більшим є стаж роботи фахівців із постраждалими, тим більше відчувається ними вплив попереднього досвіду травмування, а наявність спеціальної підготовки для роботи з травмованими людьми допомагає лише за наявності травмування з категорії «природні катастрофи та загальні травми».

Перейдемо до розгляду наступного важливого для нашого дослідження питання - впливу індексу травмування на такі характеристики професійної якості життя, як ЗВС, ВТС та СВ (див. табл. 12).

Табл. 12. Зв'язок між індексом травмування та характеристиками професійної якості життя

Характеристики професійної якості життя	Індекс травмування				
	Криминальні події	Природні катастрофи та загальні травми	Інші події	Ситуації фізичного та сексуального насильства	Травматичні ситуації в цілому
ЗВС	—	-	=	-	-
ВТС	—	-	=	,504**	,294*
СВ	-	-	=	-	,349*

Примітка:

\*\* кореляція є значущою на рівні 0,01; \* кореляція є значущою на рівні 0,05.

Як бачимо з таблиці 12, загалом травматичні ситуації в житті фахівців впливають на підвищення ВТС та СВ. При цьому досвід подій насильства у житті психологів/психотерапевтів підвищує їхній рівень ВТС. У зв'язку з цим, можна припустити, що військові з ознаками ПТСР внаслідок бойових дій, фізичного пошкодження і травмування, з досвідом смерті побратимів, емоційного приниження та фізичного насильства в полоні своїми розповідями можуть опосередковано нагадувати і підіймати власний неопрацьований травматичний досвід волонтерів-психологів/психотерапевтів, тим самим підсилюючи у них рівень вторинної травматизації.

Схожі дані отримано в дисертаційному дослідженні S. Good з виявлення симптомів ВТС у арт-терапевтів: хоча не було виявлено ніякої суттєвої кореляції між ВТС та роботою з травмованими пацієнтами, проте учасники з високим рівнем ВТС мали високий індекс травмування та історію ПТСР в анамнезі. Це дослідження також виявило наявність суттєвих зв'язків між ВТС та жіночою статтю, а також кількістю годин проходження психотерапії (власного досвіду) — та меншою кількістю симптомів і зменшенням рівня ВТС [15].

Дослідження L.A. Pearlman, P.S. Mac Ian виявило, що психологи / психотерапевти з особистою історією травми демонструють більш негативні наслідки роботи з постраждалими, ніж ті фахівці, які такої історії не мають [19]. В той же час M. Cunningham, досліджуючи травматерапевтів та соціальних працівників, виявив, що ті фахівці, які мають власну історію травмування, частіше працюють із травмованими [9]. Підтверджуючи ці дані S. Baird вказує, що за її результатами, досліджувані психотерапевти з травматичною історією в анамнезі проводять впродовж тижня загалом більше годин консультування постраждалих, ніж ті, хто такої історії не має. Цей факт дозволив їй припустити, що фахівці, які зазнали насилля і які отримали психотерапевтичну допомогу, мають більше мотивації та наснаги для «нестерпної» роботи з іншими постраждалими [6]. Фахівці, які не отримали відповідної допомоги, можуть якимось чином, свідомо чи несвідомо, обмежити кількість пацієнтів через свої власні невирішені проблеми. Або, як зазначає S. Baird, можливо, ці фахівці не володіють такою кількістю навичок консультування, в порівнянні з фахівцями, які отримали власний досвід опрацювання своїх проблем та травм [6].

Як зазначалося вище, однією з загальних реакцій на стрес (як на первинне, так і вторинне травмування) є реакції алекситимії - відсторонення, ескапізм, емоційне оніміння тощо. В дослідженні ми перевіряли, наскільки характерна така реакція на стрес для фахівців і як вона пов'язана з іншими, досліджуваними нами їхніми характеристиками.

Більшість фахівців, які брали участь у дослідженні, мають середній і низький рівні алекситимії. Лише 6% показали високий її рівень.

Розглянемо, як показники алекситимії впливають на стани фахівців, пов'язані із індексом травмування та різними характеристиками професійної якості життя (див. табл. 13).

**Табл. 13. Зв'язок алекситимії з індексом травмування та характеристиками професійної якості життя**

	Індекс травмування (в цілому за ситуаціями)	ЗВС	ВТС	СВ
Алекситимія	,364**	-	,602**	,683**

Примітка:

\*\* кореляція є значущою на рівні 0,01; \* кореляція є значущою на рівні 0,05.

Як можна побачити з наведеної таблиці, існує позитивний зв'язок між показниками алекситимії та ВТС, СВ, наявністю травматичних ситуацій у досвіді психолога / психотерапевта - чим вищий рівень ВТС, СВ та індекс травмування, тим вищий рівень алекситимії у фахівців. Отримані дані є підтвердженням даних відомих досліджень, однак вважаємо, що вони вказують також на ще один дуже важливий аспект роботи фахівців із постраждалими - процес руйнування контакту між психологом / психотерапевтом та травмованою людиною за умови наявності у фахівця середнього або високого рівня алекситимії. У такому випадку надання психотерапевтичної допомоги не може бути ефективним, оскільки дистанціювання як від власних емоцій внаслідок травмування, так і від емоцій постраждалого клієнта, з одного боку, допомагає фахівцю, виконуючи захисну для нього функцію, з іншого

— залишає постраждалого на самоті із травмивним матеріалом, перешкоджає створенню простору для можливості стикнутись і пережити його почуття, виключає можливість їх контейнерування та подальшого трансформування і опрацювання.

Тут буде варто згадати результати дослідження М. А. Dutton та F. L. Rubinstein, які виявили, що алекситимічне дистанціювання може бути результатом фізичного насильства і ситуацій порушення кордонів у досвіді фахівця, особливо серед «психотерапевтів, які відщеплюють свої власні емпатичні реакції на травматичний матеріал клієнтів» [11, с. 87-88]. Ці науковці показали також, що дистанціювання фахівця може набувати форми відчуження від родини, друзів або колег, у зв'язку з тим, що у нього виникає переконання «ніхто не може зрозуміти мою дистресивну реакцію на роботу» [11, с. 88].

В цілому наведені щодо алекситимії дані підтверджують вже висловлені вище міркування щодо необхідності для фахівців опрацювання власних травм і проблем, а також постійної супервізійної підтримки у разі інтенсивної роботи з постраждалими.

**Висновки і перспективи подальшого дослідження.** В результаті проведеного експериментального дослідження встановлено:

- (1) Більшість вітчизняних психологів/психотерапевтів, які працюють з військовими - постраждалими внаслідок воєнного конфлікту на сході України, це жінки середнього віку, які отримали додаткову освіту по роботі з травмою і у своїй переважній більшості мають досвід роботи з постраждалими з 2014 року. При цьому вони не мають або мають незначний досвід опрацювання власних життєвих труднощів, але у своїй більшості отримують супервізійну підтримку на постійній основі.
- (2) Більшість фахівців отримують задоволення від своєї роботи, при цьому одночасно вони мають ознаки вторинного травматичного стресу (середній рівень), а також прояви синдрому вигорання (середній рівень). Оскільки, порівняно з 2015 роком, у 2017 році відсоток та рівень інтенсивності ВТС та СВ у фахівців зменшився, а рівень ЗВС збільшився, можна припустити, що постійний професійний розвиток колег, профілактичні і терапевтичні дії (психотерапія, супервізія, групи взаємодітримки) допомагають утримувати на середньому рівні прояви ВТС та СВ. Достатньо високий рівень СВ пов'язаний насамперед із фактором організаційної невпорядкованості роботи та відсутності фінансової компенсації за неї.
- (3) Виявлено, що постійна супервізійна підтримка фахівців є найефективнішим фактором зменшення рівня ВТС та ВС. Отримання власного психотерапевтичного досвіду (більш ніж 100 годин) також допомагає знизити рівень ВТС.
- (4) Травматичні події, які мали місце у власному досвіді психологів / психотерапевтів, помірно вплинули на їхнє актуальне життя і впливають на підвищення показників ВТС та СВ в цілому. В той же час результати дослідження показують, що особиста історія насильства («кримінальні події» та «ситуації фізичного і сексуального насильства») підвищує сприйнятливість до розвитку ВТС та СВ, а при додатковому навантаженні, зокрема роботі з травмами клієнтів, потребує обов'язкового психотерапевтичного опрацювання. Підвищує таку сприйнятливість і тривалість роботи з постраждалими, тобто має місце кумулятивний ефект. Виявилось, що отримання постійної супервізійної підтримки допомагає зменшувати індекс травмування, а отже, і вплив попереднього і актуального травматичного досвіду фахівця.
- (5) Встановлено, що більшість фахівців мають середній і низький рівень алекситимії. Показано, що існує прямий зв'язок між алекситимією та ВТС, СВ

і наявністю травматичних ситуацій у досвіді психолога / психотерапевта - чим вищий рівень останніх, тим серйознішими є прояви алекситимії у фахівців. Підвищення рівня алекситимії впливає на ефективність роботи з постраждалими.

- (6) Ефективність подолання психотравми постраждалими великою мірою залежить від їх професійного супроводу психологами / психотерапевтами, які можуть адекватно справлятися із труднощами такої роботи і витримувати інтенсивний травматичний матеріал клієнтів. Отже, відповідна діагностика емоційних станів фахівців, виявлення як загальних, так і індивідуальних їхніх емоційних проблем, чинників, що впливають на їх виникнення, рівні прояву та перебіг повинні лягти в основу розроблення спеціальних психо-профілактичних програм і рекомендацій, технологій надання психологічної допомоги фахівцям, які мають психоемоційні труднощі в роботі з постраждалими, що є перспективою подальших наших досліджень.

## Література

1. Коробіцина, М. Б. Дослідження особливостей переживання душевного болю в структурі синдрому професійного вигорання представників «допоміжних» професій / М. Б. Коробіцина // Вісник ОНУ. - Том 14, вип. № 6, 2006. - С. 53-58.
2. Лазос, Г. П. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими / Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. - К.: ТОВ Видавництво «Логос». - С. 121 -141.
3. Лазос, Г. П. Особливості емоційних станів вітчизняних волонтерів-психологів / психотерапевтів у стосунках з постраждалими / Г.П. Лазос // Актуальні проблеми психології. - Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Косоока НАПН України / За ред. Максименка С. Д. - Інституту психології імені Г. С. Косоока НАПН України; - Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2016. - Вип. 12. Консультативна психологія і психотерапія. - С. 58-77.
4. Тарабрина, Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Бланки методик / Н. В. Тарабрина. - М. : Изд-во «Когито - Центр», 2007. - 77 с. (Психологический инструментарий).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (1994). - IV ed. - P. 427-429.
6. Baird, S. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff and volunteers / Stephany Baird. - Thesis Prepared for the Degree of master of science university of North Texas - August 1999. - 129 p. Режим доступу: <http://www.google.com/search?q=Baird%2C+Stephanie+B.S.+VICARIOUS+TRAUMATIZATION%2C+SECONDARY+TRAUMATIC+STRESS%2C+AND&rls=com.microsoft.ru:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=II7GGLR>. (Дата звернення 23.03.2017).
7. Baranowsky, A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry. - NY, 2011. — 548 p.
8. Cherniss, C. Staff burnout / C. Cherniss. — Sage Publications: Beverly Hills, CA, 1980. — 234 p.
9. Cunningham, M. Vicarious traumatization: Impact of trauma work on the clinician / M.

- Cunningham. - Unpublished master's thesis, Adelphi University School of Social Work. - Garden City, New York, 1996. - 429 p.
10. Danieli, Y. Countertransference in the treatment and study of Nazi Holocaust survivors and their children / Y. Danieli // *Victimology : An International Journal*, 1980. - №5 (24). - P. 355-367.
  11. Dutton, M. A. Working with people with PTSD : Research implications / M.A. Dutton, F.L. Rubinstein // *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. - New York: Brunner / Mazel, 1995. - P. 82-100.
  12. Figley, C.R. Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists / C.R. Figley // *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. - New York: Brunner / Mazel, 1995. - P. 1-20.
  13. Figley, C.R. Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists / C.R. Figley // *Integrating family therapy : Handbook of family psychology and systems theory*. - Washington, D.C.: American Psychological Association. 1995. -P. 571-581.
  14. Freudenberg, H. J. Staff burnout / H. J. Freudenberg // *Journal of Social Issues*. -1974 — 30 (1). - R 159-165.
  15. Good, D. A. Secondary traumatic stress in art therapists and related mental health professionals / D. A. Good.—*Dissertation Abstracts International*, 1996. - P. 57.
  16. Martin, C. A. Post-traumatic stress disorder in police and working with victims: A pilot study / C.A. Martin, H.E. McKean, L.J. Veltkamp // *Journal of Police Science and Administration*. - Vol. 14.-1986.-P. 98-101.
  17. Maslach, C. Burnout research in the social services: A critique / C. Maslach // *Burnout among social workers*. - New York: Halworth Press, 1987. - P. 95-105.
  18. Maslach, C. The measurement of experienced burnout / C. Maslach, S.E. Jackson // *Journal of Occupational Behaviour*, 1981.- Vol. 2. - P. 99-113. 13.
  19. Pearlman, L. A. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists / L.A. Pearlman, P.S. Mac Ian // *Professional Psychology: Research and Practice*. - Vol. 26.- 1995. - P. 558-565.
  20. Saakvitne, K. W. Transforming the pain : A workbook on vicarious traumatization / K. W. Saakvitne, L. A. Pearlman. - London: W.W. Norton, 1996. - 564 p.
  21. Stamm, B. H. Work-related secondary traumatic stress / B. H. Stamm // *PTSD Research Quarterly*. - 1997. - Vol. 8. - P. 1-3.
  22. Stamm, B. H. Professional quality of life: Compassion satisfaction and fatigue. Versions (ProQOL). - [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf). (Дата звернення 12.02.2017).
  23. The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) : Confirmatory Factor Analyses with a National Sample of Mental Health Social Workers / Laura Ting, Jodi M. Jacobson, Sara Sanders, Brian E. Bride, Donna Harrington. — [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://www.haworthpress.com/web/JHBSE>. (Дата звернення 22.02.2017).
  24. Wilson, J. P. Empathic strain and countertransference / J.P. Wilson // *Countertransference in the Treatment of PTSD* / Ed. by J.P. Wilson, J.D. Lindy. — NY: Guilford, 1994. - 342 p.

\*\*\*\*

**Kissarchuk Z. G., Lazos G. P.**

**Diagnosis of negative emotional states of psychologists who work with traumatized servicemen.**

This chapter analyzes the research results that relate to the characteristics of the negative states of psychologists / psychotherapists who work with traumatized servicemen, and the factors that aggravate these states and their progress. The theoretical part of the chapter discusses the basic concepts of the study that include secondary traumatic stress, burnout and alexithymia as well as the existing approaches to these phenomena. The experimental part analyzes the results concerning the specific characteristics of Ukrainian psychologists' / psychotherapists' emotional states that may develop when they work with traumatized servicemen, and the relationship between these states with psychologists' / psychotherapists' personal traumatic history, personal experience of trauma coping and supervisory support, etc.

Keywords: volunteer psychologists / therapists, negative emotional states, traumatized soldiers, secondary traumatic stress, burnout), alexithymia, primary trauma, supervisory support, psychotherapeutic experience.