

УДК 159.923.2

**ЕТИЧНІ ДИЛЕМИ ТА МЕЖІ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПІД ЧАС  
ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ В УМОВАХ  
ВОЄННОГО СТАНУ**

**Кузікова Світлана Борисівна,**

доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психології  
Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка

ORCID ID: 0000 0003 2574 9985

Researcher ID: AAS-8918-2020

Scopus Author ID: 57207304002

**Лукомська Світлана Олексіївна,**

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник

лабораторії методології і теорії психології

Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України,

доцент кафедри практичної психології

Київського столичного університету імені Бориса Грінченка

ORCID ID: 0000-0002-0360-6484

ResearcherID: E-3114-2018

Scopus Author ID: 57459049900

Робота психолога в Україні сьогодні – це унікальний у світовому масштабі досвід, оскільки фахівці працюють у стані хронічної екстремальності, де межа між фронтом і тилом є дуже умовною через постійні ракетні загрози. Відповідно, психолог і клієнт взаємодіють в умовах спільної травматичної реальності. Результати емпіричного дослідження (PCL-5, опитувальник посттравматичного зростання) засвідчують статистично значущу різницю між групами: студенти демонструють вищу інтенсивність інтрузій та негативних когніцій у поєднанні з «незахищеною відкритістю», тоді як викладачі-практики виявляють «прагматичну стійкість» через опанування нових професійних можливостей, що свідчить про необхідність диференційованого підходу до етичної підготовки фахівців, де пріоритетом

для майбутніх психологів є засвоєння алгоритмів безпечного співчуття, а для досвідчених практиків – стратегій відновлення професійних сенсів у межах спільної травматичної реальності. Відповідно, актуальна необхідність переходу від етики стабільності до «польової етики» виживання, де принцип мінімізації шкоди та самозбереження терапевта стають фундаментальними імперативами. Особливу увагу приділено етичним дилемам ідентифікації, нейтралізації упереджень та переходу від глибинної трансформації особистості до стратегій стабілізації та свідчення. Наголошується, що в умовах війни професійна етика трансформується у систему життєзабезпечення, яка дозволяє фахівцю зберігати стійкість у межах спільного травматичного поля. Український досвід роботи в умовах мілітарної повсякденності створює підґрунтя для перегляду світових протоколів кризової допомоги. Традиційні моделі, що базуються на суворій дистанції та стабільності терапевтичних протоколів, виявляються недостатніми в ситуаціях хронічної екстремальності. Натомість українська практика пропонує перехід до моделі адаптивної стійкості, де легітимізація вразливості терапевта та етика самозбереження стають новими стандартами професійної життєздатності в зонах глобальних конфліктів. Перспективи подальших розвідок вбачаються у порівняльному аналізі вітчизняних адаптивних стратегій із міжнародним досвідом функціонування психологічної допомоги в зонах воєнних конфліктів.

**Ключові слова:** психокорекція, життєва криза, спільний травматичний досвід, ПТСР, психічне здоров'я, самозбереження, саморозвиток, студенти-психологи.

*Kuzikova Svitlana, Lukomska Svitlana. Ethical dilemmas and limits of responsibility when conducting psychological correction in wartime conditions.* The work of a psychologist in Ukraine today is a unique experience on a global scale, as specialists work in a state of chronic extremism, where the border between the front and the rear is very conditional due to constant missile threats. Accordingly, the psychologist and the client interact in conditions of a shared traumatic reality. The results of the empirical study (PCL-5, Post-Traumatic Growth Questionnaire)

indicate a statistically significant difference between the groups: students demonstrate a higher intensity of intrusions and negative cognitions combined with “unprotected openness”, while practicing teachers demonstrate “pragmatic resilience” through mastering new professional opportunities, which indicates the need for a differentiated approach to ethical training of specialists, where the priority for future psychologists is the mastery of algorithms of safe compassion, and for experienced practitioners - strategies for restoring professional meanings within the framework of a shared traumatic reality. Accordingly, there is an urgent need to transition from the ethics of stability to the “field ethics” of survival, where the principle of harm minimization and the therapist’s self-preservation become fundamental imperatives. Special attention is paid to the ethical dilemmas of identification, neutralization of prejudices, and the transition from deep transformation of the personality to strategies of stabilization and testimony. It is emphasized that in war conditions, professional ethics is transformed into a life support system that allows a specialist to maintain stability within the framework of a common traumatic field. Ukrainian experience of working in military everyday life creates a basis for revising global crisis assistance protocols. Traditional models based on strict distance and stability of therapeutic protocols turn out to be insufficient in situations of chronic extremism. Instead, Ukrainian practice suggests a transition to a model of adaptive resilience, where the legitimization of the therapist’s vulnerability and the ethics of self-preservation become new standards of professional viability in global conflict zones. Prospects for further research are seen in a comparative analysis of domestic adaptive strategies with international experience in the functioning of psychological assistance in war zones.

**Keywords:** psychocorrection, life crisis, shared traumatic experience, PTSD, mental health, self-preservation, self-development, psychology students.

**Вступ.** Хронічна екстремальність воєнного часу провокує кризу фахової ідентичності. Перевантаження компетенцій психолога призводить до вимушеного розширення ролей, що створює етичну напругу між професійним обов’язком, етикою самозбереження та зобов’язаннями перед клієнтом у

ситуації тотальної невизначеності. Ключові виклики включають управління вигоранням представників підтримуючих професій, адаптацію до онлайн-допомоги, підтримку нейтральних кордонів та подолання множинних і масових психологічних травм під час роботи в небезпечних умовах. У контексті війни професійна етика перестає бути просто набором правил і стає інструментом виживання – як для клієнта, так і для самого терапевта, що зумовлено специфікою функціонування в умовах мілітарної повсякденності, хронічною екстремальністю війни і зумовленим ними спільним травматичним досвідом.

У мирний час до психолога клієнт звертався після травматичної події. В зручному спеціально обладнаному кабінеті, в безпечному просторі травма опрацьовувалася, натомість, коли вибухи чують і клієнт, і психолог, ієрархія «той, хто лікує – той, кого лікують» розмивається, бо небезпека загрожує їм обом і психолог не може ігнорувати свій страх, хоча як фахівець змушений бути опорою для клієнта. Це може як зміцнити альянс через «спільність долі», так і зруйнувати його, якщо клієнт відчує, що психолог так само беззахисний. Коли психолог з клієнтом перебувають в одному контексті (наприклад, обидва є ВПО або обидва під обстрілами), виникає ризик зникнення професійної дистанції є через те, що їхні життєві ситуації стають дзеркальними.

Психолог може несвідомо уникати певних тем, бо вони занадто болючі для нього самого (наприклад, тема втрати дому чи загибелі чоловіка). Звідси, професійна етика під час війни полягає не в дотриманні академічної дистанції, а в здатності зберігати професійну позицію всередині спільного хаосу. Втім, якщо українські психологи лише починають стикатися з етичними дилемами, то в світі є подібний досвід, який варто враховувати при адаптації вітчизняної психологічної практики до умов хронічної екстремальності війни.

Термін «спільна травма» був концептуалізований С. Tosone після терактів 11 вересня 2001 року в Сполучених Штатах [10]. Потім конструкт еволюціонував у «спільну травматичну реальність» та продовжував розвиватися (J. A. Boscarino, R. E. Adams, C. R. Figley) [2]; проте обидва

терміни використовувалися як взаємозамінні. N. Baum запропонувала сучасний конструкт спільної травматичної реальності у контексті того, що фахівці з психічної допомоги та їхні клієнти стикаються з подібними травматичними подіями [3].

Спільна травматична реальність (Shared Traumatic Reality) – це ситуація, коли фахівці допоміжних професій (психологи, соціальні працівники, лікарі) та їхні клієнти переживають однакові травматичні події (війну, катастрофи, пандемії) [8]. Психологи, психотерапевти одночасно є постраждалими людьми та професіоналами, які надають допомогу, що створює унікальні психологічні виклики. Вперше спільний травматичний досвід окреслено, базуючись на досвіді життя в Ізраїлі (N. Baum [3]; O. Nuttman-Shwartz [9]). Фахівці з психічного здоров'я, які працюють в умовах хронічної екстремальності війни, стикаються з травмами на двох рівнях. По-перше, опосередкований вплив через взаємодію з клієнтами (наприклад, слухання травматичних історій клієнтів). Клінічна практика піддає їх професійним ризикам, таким як «вторинний травматичний стрес» (J. Foley, F. Jones [4]), «втома від співчуття» (T. Yilmaz, E. T. Bekaroglu [11]) та «опосередкована травматизація» (K. N. Annunziata, E. A. Curtis, C. M. Comiskey [1]). По-друге, вони одночасно безпосередньо стикаються з травмою через свою приналежність до постраждалої спільноти. N. Baum [3] також згадує «пастку конфлікту потреб», посилаючись на необхідність підтримувати емоційну дистанцію від травматичних подій, водночас демонструючи емпатичну участь у роботі з клієнтами.

Війна в Україні сприймається українцями як частина довгої травматичної історії між Україною та Росією (Голодомор, «розстріляне відродження», дисидентський рух та каральна психіатрія, Чорнобильська катастрофа), збереженої в українських національних наративах, на них постійно посилаються та передають з покоління в покоління. Міжпоколіннева передача спогадів, емоцій, культурних і духовних поглядів, пов'язаних з травмою, може функціонувати як фактор ризику, так і фактор стійкості (С. А.

Kidron [7]). Ті, хто пережив травму, можуть використовувати негативні моделі спілкування та відчувати проблеми з емоційним та психічним здоров'ям, нездатність подолати почуття провини, віктимізацію, пресертифікацію батьківської травми та лякаюче сприйняття світу (L. Zasiiekina, A. Griffin [12]). Сьогодні ми бачимо вторинну травматизацію через історію: коли сучасні обстріли накладаються на розповіді про Другу світову, створюючи ефект «нескінченної війни», що може призводити до фаталізму («нам судилося страждати») і навпаки, захистити нащадків тих, хто пережив травму, особливо третє покоління (L. Giladi, T. S. Bell [5]). Міжпоколіннева передача може сприяти розвитку моделей резильєнтності, таких як позитивні особисті наративи, колективна пам'ять, відкрите любляче спілкування, культурні ритуали, гумор, художня творчість, розширення знань про батьківські травми, прийняття універсальних цінностей, соціальний та політичний активізм, прийняття моделей батьківської стійкості, підтримка цінностей сім'ї, позитивний погляд на життя та усвідомлення расизму та упереджень (С. А. Kidron [7]). Так поради прабабусь сушити сухарі чи тримати «тривожну валізу», які здавалися параноєю в 2010-х, у 2022-му стали адаптивною стратегією виживання, що легітимізувало досвід предків і дало відчуття: «Вони вижили, і ми зможемо».

Теорія збереження ресурсів припускає, що ситуації, які загрожують життю, виснажують ресурси подолання, і що їх відновлення вимагає активних особистих та соціальних зусиль (S. E. Hobfoll [6]). На відміну від обмеженого в часі стресу, постійний вплив травматичної ситуації постійно виснажує ресурси подолання психологів, а їх відновлення вимагає активних дій. Найбільш помітними стратегіями, є активне подолання, відновлення відчуття контролю та турбота про себе. Психологи активно використовують ці три стратегії, втім, вони повинні бути обережними, щоб не нав'язувати клієнту роль «героїчного нащадка стійких предків», якщо клієнт зараз перебуває у стані гострої віктимізації та не має ресурсу на стійкість. Використання міжгенераційних наративів як ресурсу подолання в етичному плані вимагає від

психолога надзвичайної чутливості, щоб не перетворити «коріння, що живить» на «каміння, що тягне на дно» через надмірні очікування від клієнта.

Проаналізувавши наукову літературу, можна окреслити основні характеристики спільної травматичної реальності, які стосуються подвійної ролі психологів, які одночасно відчують власну травму та опрацьовують травму клієнтів; якщо раніше кабінет психолога був безумовним безпечним простором, то тепер психолог і клієнт можуть зустрітися в бомбосховищі, де від психолога вимагається бути «надлюдиною» хоча в цей момент він переживає за життя дітей, які знаходяться в іншому районі міста і з ними немає зв'язку, значною мірою це зумовлює стому від співчуття та моральну втому. Водночас спільний травматичний досвід може сприяти розвитку стійкості (резильєнтності) через спільний досвід подолання травматичної події.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю розробки нових етичних орієнтирів та адаптивних стратегій саморозвитку для фахівців допоміжних професій, зокрема, психологів. Визнання обмежень ресурсів довгострокової психологічної допомоги в умовах хронічної екстремальності війни та наголос на ситуативній психокорекції (технік, що підтримують функціональність «тут і зараз») дозволить трансформувати спільну травму у досвід її подолання, а отже сприятиме запобіганню масового професійного вигорання і втомі від співчуття та якісній психологічній допомозі українцям у довгостроковій перспективі.

**Матеріали та методи.** Дослідження охопило дві цільові групи. Майбутні фахівці: 80 студентів 1–4 курсів спеціальності «Психологія», які формують свою професійну ідентичність в умовах війни. Експертна група: 26 викладачів психологічних дисциплін, більшість з яких мають понад 5 років практичного досвіду, тобто працювали як до 24 лютого 2022 року, так і продовжують працювати в умовах війни.

Було проведено три фокус групи на тему «Етичні виклики практичних психологів в умовах війни», а також використано методики PCL-5 та посттравматичного зростання. Крім того, нами проаналізовано діючі в Україні

етичні кодекси психологів і психотерапевтів, результати опрацювання яких обговорено зі студентами та викладачами на згаданих вище фокус-групах. Аналіз діючих етичних кодексів у межах фокус-груп став «стимульним матеріалом» для виявлення розриву між писаними нормами та вимогами мілітарної повсякденності.

Опитувальник PCL-5 (F. W. Weathers, B. T. Litz, T. M. Keane) складається із 20-пунктів, які досліджуваний оцінює за 5-бальною шкалою, де 0 – ніколи, 4 – дуже часто. Оцінюється вираженість симптомів протягом останнього місяця. Визначається як загальний показник ПТСР, так і вираженість симптомів за кожним із кластерів (за DSM-5). Опитувальник посттравматичного зростання (Р. Тадеші і Л. Калхаун) містить 21 тверджень з шістьма можливими варіантами відповідей, що формують п'ять шкал: ставлення до інших, нові можливості, сила особистості, духовні зміни, підвищення цінності життя, а також загальний індекс посттравматичного зростання. Досліджувані з високим індексом посттравматичного зростання характеризуються відкритістю у спілкуванні з іншими, позитивним ставленням до життя, емпатійністю, вони легко адаптуються до змін, відчувають впевненість у власних можливостях вирішувати свої життєві проблеми.

**Результати дослідження.** Насамперед, ми вивчили вираженість симптомів ПТСР та посттравматичного зростання викладачів і студентів (табл. 1).

Таблиця 1

Симптоми ПТСР і посттравматичного зростання викладачів і студентів

Шкали методик	Студенти	Викладачі
критерій ПТСР інтрузії (B)	2,21±1,87	1,43±1,19
критерій ПТСР уникнення (C)	1,29±0,66	1,37±0,31
критерій ПТСР негативні зміни в емоціях і переконаннях (D)	2,01±1,29	1,34±1,55
критерій ПТСР збудження (E)	1,16±1,74	1,23±1,41
ставлення до інших	14,61±1,44	13,74±1,61

нові можливості	14,78±1,61	16±1,94
сила особистості	13,09±1,63	13,26±2,18
духовні зміни	6,55±0,12	4,87±1,35
підвищення цінності життя	12,15±0,66	13,08±1,04

У студентів показник інтрузій значно вищий (2,21 проти 1,43 у викладачів), що свідчить про те, що молодь частіше стикається з мимовільними спогадами, флешбеками та нічними жахами (відмінності статистично значущі при  $p=0,001$ ). Їхня психіка ще не має напрацьованих механізмів контейнування інтенсивних воєнних вражень. Статистично значущі відмінності спостерігаються і за критерієм D (2,01 у студентів проти 1,34 у викладачів, при  $p=0,02$ ), студенти більш схильні до песимізму, втрати довіри до світу та негативних переконань про себе («я безпорадний», «світ небезпечний»). Однак низькі показники в обох вибірках за критерієм уникнення, свідчать, що обидві групи не уникають обговорення травми. Для психологів це професійно обумовлено – вони змушені залишатися в контексті подій. Помірні показники критерію збудження є наслідком «фонові тривоги» та гіперпильності, що є нормою для життя в умовах постійних обстрілів.

Якщо PCL-5 фіксував «ціну війни» (симптоми), то дані посттравматичного зростання показують «результат переробки» травми. У викладачів-практиків показники за шкалами «Нові можливості» (16,0) та «Підвищення цінності життя» (13,08) вищі, ніж у студентів. Досвідчені психологи, попри втому, краще інтегрують травму в професійне та особисте життя. Для них війна стала поштовхом до опанування нових методів роботи (ситуативна психокорекція, робота з ПТСР), що підкріплює їхню професійну ідентичність. Отримані дані підтверджують нашу гіпотезу, що професійна етика стає інструментом виживання. Викладачі бачать сенс у своїй діяльності, що є головним антидотом до вигорання. У студентів показник «Духовні зміни» (3,55) вищий, ніж у викладачів (2,87), і має дуже низьке відхилення ( $\pm 0,12$ ). Молодь гостріше переживає екзистенційну кризу. Для них війна — це момент перегляду базових цінностей та пошуку метафізичних опор. Низьке відхилення свідчить про те, що це спільний, майже універсальний процес для

всього покоління студентів. Саме тут «включаються» національні наративи, коли раціональний світ руйнується, студенти звертаються до духовних та колективних опор. Студенти мають вищий бал за шкалою «Ставлення до інших» (14,61). У поєднанні з високими показниками інтрузій (з PCL-5), це може вказувати на надмірну емоційну відкритість, яка межує з недостатністю професійних кордонів. Вони хочуть допомагати, вони емпатійні, але вони ще не вміють тримати дистанцію. Для студента «бути доброю людиною» (емпатія) може стати важливішим, ніж «бути професійним психологом» (нейтральність), що в умовах війни лише прискорює їхнє виснаження.

За результатами роботи фокус груп, було виділено наступні етичні дилеми в роботі психолога під час війни.

Таблиця 2

Етичні дилеми психолога під час війни

Категорія дилеми	Суть проблеми	Напрямок вирішення / рекомендації
<b>Компетентність</b>	Брак специфічної підготовки для роботи з травмами війни	Спеціалізоване навчання (КПТ, EMDR), постійна супервізія та перенаправлення до вузьких фахівців
<b>Конфіденційність</b>	Ризик фізичного захоплення записів або кібератак на цифрові дані в зоні конфлікту	Мінімізація записів, шифрування даних, використання захищених месенджерів (Signal)
<b>Межі та об'єктивність</b>	Ризик контрпереносу через спільний травматичний досвід	Регулярна особиста терапія, інтервізія, чітке розмежування ролей поза сесією
<b>Ресурсний колапс</b>	Потроєння попиту на фоні вигорання самих фахівців, які теж є постраждалими від війни	Впровадження протоколів самодопомоги, обмеження навантаження, розвиток мережі взаємопідтримки
<b>Безпека vs Обов'язок</b>	Дилема між професійною етикою («допомогти») та фізичним виживанням під час обстрілів	Пріоритет правила «безпека терапевта – запорука допомоги клієнту»; розробка безпекових протоколів сесій

<b>Інформована згода</b>	Складність отримання усвідомленої згоди від клієнтів у стані шоку або гострого стресу	Спрощення процедури згоди до усної в гострій фазі з подальшим переглядом після стабілізації стану
<b>Технологічна етика</b>	Складність надання екстреної допомоги онлайн та вразливість каналів зв'язку	Складання «плану Б» (контакти служб за місцем перебування клієнта), використання VPN та захищених платформ

Коли психолог перебуває в тому ж соціополітичному та безпековому контексті, що й клієнт, виникає феномен спільної травми, а отже й дилема «Чи маю я право консультувати, якщо мої власні ресурси обмежені?» Наша професійна відповідальність – це моніторинг власної віктивізації, якщо психолог переживає гостру фазу горя, він стає «нересурсним» для клієнта. Межа відповідальності полягає у тому, що психолог відповідальний за нейтралізацію власних упереджень: якщо він відчуває, що не може щиро співпереживати клієнту через його вибір (наприклад, переїзд у певну країну), етичним кроком буде перенаправлення до колеги.

Наше дослідження виявило прямий зв'язок між рівнем травматизації та стратегіями професійної поведінки. Високі показники інтрузій та когнітивних змін у студентів (PCL-5) на тлі їхнього активного духовного пошуку (опитувальника посттравматичного зростання) свідчать про «незахищену відкритість». Натомість викладачі-практики демонструють модель «прагматичної стійкості», де самозбереження реалізується через розширення нових можливостей та фокус на цінності життя.

Етичні кодекси мирного часу (APA, BPS або кодекс НПА) побудовані на ідеї стабільності. Війна ж вносить форс-мажор у кожен пункт. Тут варто згадати праці К. Ясперса, який стверджував, що війна – це гранична ситуація, де старі правила не діють, звідси, етично зрілим стає не той психолог, який іде під обстріли, а той, хто чесно визнає межі своїх ресурсів (O. Nuttman-Shwartz [9]). В країнах, що пройшли через тривалі військові конфлікти, часто створюють «Додатки до етичного кодексу для особливих умов». Наприклад,

ізраїльські колеги акцентують на тому, що в момент обстрілу психолог – це насамперед людина, яка забезпечує безпеку, а вже потім терапевт, формується так звана «польова етика». Україна зараз проходить шлях, який до цього в «цивілізованому» світі (у розумінні країн із розвиненою психологічною інституцією) найдовше проходив Ізраїль. Порівняння з Сирією також коректне щодо масштабів руйнувань, але етичні кодекси там часто замінюються протоколами виживання «Червоного Хреста» чи «Лікарів без кордонів», оскільки державна система психологічної допомоги там була фактично зруйнована. Фахівці Israel Psychological Association розробили концепцію «терапевта в зоні вогню», де ключовою є так звана «радикальна прозорість», коли етично вважається нормальним, якщо психолог відкрито каже клієнту: «Я зараз не маю ресурсу працювати, бо мій син на фронті/я в укритті» (так звана «радикальна прозорість»). На Балканах (Боснія і Герцеговина) психологи вперше зіткнулися з етикою роботи з жертвами масового сексуального насильства як зброї війни, що змінило кодекси щодо «свідчення» - психолог став тим, хто допомагає клієнту відновити голос у суді. Тобто, у ситуації з колабораціонізмом або військовими таємницями етика зміщується від абсолютного захисту приватності клієнта до етики національної безпеки та запобігання колективній шкоді. Концепція «радикальної прозорості» легітимізує психолога людину та є етичною відповіддю на «спільну травму»: визнання обмежень фахівця стає вищим проявом чесності перед клієнтом.

Втім, варто зазначити, що етичний кодекс Національної психологічної асоціації (НПА) на сьогодні є найбільш прогресивним і «живим» документом в українському професійному просторі. Він був розроблений на основі метакодексу EFPA (Європейської федерації психологічних асоціацій), що вже робить його більш адаптивним до криз, ніж старі радянські чи пострадянські нормативи. Кодекс НПА (розділ про компетентність) прямо говорить про те, що психолог має дбати про свій стан. Однією з найбільших переваг НПА є наявність активного Етичного комітету. Під час війни вони розбирають кейси, які раніше здавалися гіпотетичними: наприклад, як працювати з полоненими,

як поводитися, коли клієнт зізнається у мародерстві або насильстві, і як зберігати нейтральність, коли твій дім зруйновано тією ж ракетою, що й дім клієнта.

**Висновки.** В умовах війни формується «етика воєнного часу», де професійні стандарти інтегруються з інстинктом самозбереження та національним контекстом. Високі інтрузії у студентів у поєднанні з духовним пошуком створюють портрет покоління, яке формується через кризу та характеризується «незахищеною відкритістю», яка пояснює, чому молоді фахівці схильні замінювати професійну нейтральність «добротою» та емпатією. Нижчі інтрузії та вищі бали за «Новими можливостями» у викладачів доводять, що професійна ідентичність є потужним захисним механізмом, робота часто стає для них способом подолання безпорадності.

Постає необхідність у переході від «статистичної етики стабільності» до «динамічної етики виживання», де професійна ідентичність психолога не зникає, а набуває нових, більш людських і адаптивних ознак. У цьому контексті Україна напрацьовує власну «польову етику», де принцип мінімізації шкоди домінує над дотриманням протоколів, актуальних для мирного часу. Завершальним елементом цієї реконфігурації є розуміння самозбереження як етичного імперативу. Дані нашого дослідження (PCL-5 та PTGI) підтверджують: досвідчені фахівці виробили модель «прагматичної стійкості», де визнання меж власного ресурсу є запобіжником від ретравматизації клієнта. Сучасна українська психологія формує унікальний прецедент: етика під час війни перестає бути зводом заборон і стає системою життєзабезпечення. Вона дозволяє психологу залишатися людиною у спільному болю, зберігаючи при цьому стійкість фахівця, здатного тримати професійну дистанцію навіть у межах одного бомбосховища.

Перспективи подальших досліджень полягають у порівняльному аналізі адаптивних стратегій українських психологів із досвідом колег з інших зон воєнних конфліктів (зокрема Ізраїлю та Балкан), а також у розробці

пропозицій до міжнародних етичних метакодексів щодо роботи в умовах спільної травматичної реальності.

### **Література:**

1. Annunziata K. N., Curtis E. A., Comiskey C. M. A literature review and narrative synthesis of vicarious trauma findings among nurses working in addiction services. *Journal of Addictions Nursing*. 2025. Vol. 36(1). P. 53-60.

2. Boscarino J. A., Adams R. E., Figley C. R., Galea S., Foa E. B. Fear of terrorism and preparedness in New York City 2 years after the attacks: implications for disaster planning and research. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2006. Vol. 12(6). P. 505-513.

3. Dekel R., Baum N. Intervention in a shared traumatic reality: A new challenge for social workers. *British Journal of Social Work*. 2010. Vol. 40(6). P. 1927-1944.

4. Foley J., Jones F., Hassett A., Williams E. 'Holding onto trauma?' The prevalence and predictors of PTSD, anxiety and depression in police officers working with child abuse, rape and sexual exploitation victims. *The Police Journal*. 2024. Vol. 97(2). P. 370-393.

5. Giladi L., Bell T. S. Protective factors for intergenerational transmission of trauma among second and third generation Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2013. Vol. 5(4). P. 384-391.

6. Hobfoll S. E. Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*. 2002. Vol. 6(4). P. 307-324.

7. Kidron C. A. Enlisting Lived Memory: From Traumatic Silence to Authentic Witnessing. In *Interpreting Contentious Memory*. 2023. 197-216 pp. Bristol University Press.

8. Leshem B., Zasiékina L., Guterman N. B., Pat-Horenczyk R. Shared traumatic reality during the continuous war in Ukraine and the protective role of transgenerational transfer: Voices of mental health professionals. *Journal of Community Psychology*. 2025. Vol. 53(1). P. e23161.

9. Nuttman-Shwartz O. Shared Traumatic Reality of Social Workers and the People They Support in War-Torn Contexts. In *Social Work in War-Torn Contexts: "From that Moment There Was No Peace"*. 2025. 61-76 pp.

10. Tosone C., Lee M., Bialkin L., Martinez A., Campbell M., Martinez M. M., Stefan A. Shared trauma: Group reflections on the September 11th disaster. *Psychoanalytic Social Work*. 2003. Vol. 10(1). P. 57-77.

11. Yılmaz T., Bekaroğlu E. T. Secondary traumatic stress in mental health professionals. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2025. Vol. 17(1). P. 140-146.

12. Zasiékina L., Griffin A., Blakemore S. J., Hlova I., Bignardi G. Prevalence of war-related posttraumatic stress disorder in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*. 2025. Vol. 16(1). P. 2497167.

#### **References:**

1. Annunziata, K. N., Curtis, E. A., & Comiskey, C. M. (2025). A literature review and narrative synthesis of vicarious trauma findings among nurses working in addiction services. *Journal of addictions nursing*, 36(1), 53-60.

2. Boscarino, J. A., Adams, R. E., Figley, C. R., Galea, S., & Foa, E. B. (2006). Fear of terrorism and preparedness in New York City 2 years after the attacks: implications for disaster planning and research. *Journal of Public Health Management and Practice*, 12(6), 505-513.

3. Dekel, R., & Baum, N. (2010). Intervention in a shared traumatic reality: A new challenge for social workers. *British Journal of Social Work*, 40(6), 1927-1944.

4. Foley, J., Jones, F., Hassett, A., & Williams, E. (2024). 'Holding onto trauma?' The prevalence and predictors of PTSD, anxiety and depression in police officers working with child abuse, rape and sexual exploitation victims. *The Police Journal*, 97(2), 370-393.

5. Giladi, L., & Bell, T. S. (2013). Protective factors for intergenerational transmission of trauma among second and third generation Holocaust survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 384-391.

6. Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of general psychology*, 6(4), 307-324.
7. Kidron, C. A. (2023). Enlisting Lived Memory: From Traumatic Silence to Authentic Witnessing. In *Interpreting Contentious Memory* (pp. 197-216). Bristol University Press.
8. Leshem, B., Zasiiekina, L., Guterman, N. B., & Pat-Horenczyk, R. (2025). Shared traumatic reality during the continuous war in Ukraine and the protective role of transgenerational transfer: Voices of mental health professionals. *Journal of Community Psychology*, 53(1), e23161.
9. Nuttman-Shwartz, O. (2025). Shared Traumatic Reality of Social Workers and the People They Support in War-Torn Contexts. In *Social Work in War-Torn Contexts: "From that Moment There Was No Peace"* (pp. 61-76). Cham: Springer Nature Switzerland.
10. Tosone, C., Lee, M., Bialkin, L., Martinez, A., Campbell, M., Martinez, M. M., ... & Stefan, A. (2003). Shared trauma: Group reflections on the September 11th disaster. *Psychoanalytic Social Work*, 10(1), 57-77.
11. Yılmaz, T., & Bekaroğlu, E. T. (2025). Secondary traumatic stress in mental health professionals. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 17(1), 140-146.
12. Zasiiekina, L., Griffin, A., Blakemore, S. J., Hlova, I., & Bignardi, G. (2025). Prevalence of war-related posttraumatic stress disorder in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 16(1), 2497167.