МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ПОЯВИ ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ В ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-з-3
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Любенко Юлія Андріївна
Керівник: к. психол. наук., доцент
кафедри психології Грандт В.В.
Рецензент: к. психол. н., доцент
кафедри психології Малина О.Г.

Запоріжжя – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

«____»_____2025 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Любенко Юлії Андріївні

1. Тема роботи Психологічні чинники появи вторинного травматичного стресу в практикуючих психологів

Керівник роботи Грандт В.В. кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології.

затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів; проаналізувати психологічні чинники, які впливають на появу вторинної травматизації; експериментально дослідити рівень травматичного стресу у психологів віком 22-45 років; виявити особливості взаємозв'язку емпатії та вторинного стресу; розробити профілактичну програму запобігання вторинного травматичного стресу.

5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиці, 4 рисунка.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Грандт В. В., доцент		
Розділ 1	Грандт В. В., доцент		
Розділ 2	Грандт В. В., доцент		
Розділ 3	Грандт В. В., доцент		
Висновки	Грандт В. В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Ю. А. Любенко

Керівник роботи _____ В. В. Грандт

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 70 сторінок, 3 рисунки, 4 таблиці, 72 джерела, 3 додатки.

Об'єкт дослідження – вторинний травматичний стрес особистості.

Предмет дослідження – психологічні чинники виникнення вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів.

Мета роботи – вивчити психологічні чинники появи вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів, емпірично дослідити його формування під впливом взаємодії з травмованими клієнтами.

Гіпотеза дослідження: рівень вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів пов’язаний із показниками емпатійної чутливості та параметрами професійного благополуччя.

Методи дослідження: теоретичні: теоретико-методологічний аналіз, класифікація й систематизація наукових джерел, порівняння й узагальнення даних досліджень; емпіричні: спостереження, опитування.

Наукова новизна полягає в визначенні та характеристиці психологічних чинників, що зумовлюють виникнення вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів, а також у встановленні особливостей їхнього впливу на прояв вторинної травматизації.

Галузь використання: психологічні центри, консультативні служби, реабілітаційні та кризові установи, волонтерські організації, заклади, де працюють психологи, що надають допомогу травмованим клієнтам.

ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС, ЕМПАТІЯ, ВИГОРАННЯ, ВІЙНА, ЕМОЦІЙНЕ НАВАНТАЖЕННЯ, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН, ПРОФЕСІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ.

SUMMARY

Lyubenko Y. A. Psychological factors of secondary traumatic stress in practicing psychologists.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (72 items), and 3 appendices on 5 pages. The total volume of the qualifying work is 80 pages, 70 of them being the main text. The thesis includes 4 tables and 3 illustrations.

The qualifying work gives a theoretical survey and describes the empirical research of secondary traumatic stress among practicing psychologists, as well as the psychological factors influencing its development. The master's thesis is composed of 3 chapters, each of them dealing with a different aspect of secondary traumatic stress, its determinants, and possibilities of prevention in the professional activity of psychologists.

The research object: secondary traumatic stress among practicing psychologists.

The research subject: psychological factors that influence the development of secondary traumatic stress among practicing psychologists.

The research goal: is to theoretically substantiate and empirically investigate the psychological factors influencing the development of secondary traumatic stress among practicing psychologists, and to design and validate a preventive program aimed at reducing secondary traumatic stress in their professional activity.

The research tasks are:

to analyze the essence of the phenomenon of secondary traumatic stress;

to study psychological factors that influence the emergence of secondary traumatic stress among practicing psychologists;

to investigate and analyze the level of secondary traumatic stress manifestations in practicing psychologists;

to study psychological factors influencing psychologists' secondary employment;

to formulate a practical program for prevention and overcoming of secondary traumatic stress in the professional activity of psychologists.

Chapter 1 presents a theoretical analysis of secondary traumatic stress, its essence, symptoms and consequences for specialists, as well as psychological factors that may increase vulnerability to STS.

Chapter 2 describes the organization and procedure of the empirical research, the characteristics of the sample and the applied psychodiagnostics methods, and analyzes the obtained data concerning the level of secondary traumatic stress and its psychological determinants in practicing psychologists.

Chapter 3 is devoted to the development and substantiation of a preventive and self-help program aimed at reducing secondary traumatic stress among psychologists, strengthening their personal and professional resources and improving their professional quality of life.

The practical significance of the thesis lies in the possibility of using the obtained results and the developed program in psychological centers, consulting and rehabilitation services, as well as in systems of professional training and support of psychologists.

Key words: secondary traumatic stress, practicing psychologists, psychol ogical factors, empathy, burnout, prevention, self-help, professional well-being.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ПСИХОЛОГІВ 12
1.1 Поняття та сутність вторинного травматичного стресу 12
1.2 Чинники появи вторинного травматичного стресу 19
1.3 Наслідки вторинного травматичного стресу для психологів 25
1.4 Підходи до профілактики та подолання вторинного травматичного стресу у психологів 29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ПСИХОЛОГІВ 36
2.1 Організація та етапи дослідження 36
2.2 Емпіричне дослідження психологічних чинників вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів 40
РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ 55
3.1 Програма професійного запобігання вторинного травматичного стресу 55
3.2 Програма самодопомоги практикуючих психологів 65
ВИСНОВКИ 69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 71
ДОДАТКИ 76

ВСТУП

Актуальність дослідження полягає в тому, що в умовах воєнного часу кількість психологів, які працюють із травмованими клієнтами, швидко зростає. Фахівці задіяні у кризових центрах, реабілітаційних установах, освітніх і волонтерських організаціях, щоденно стикаються з чужими історіями болю, втрати та насилля. Це приводить до ризику виникнення вторинного травматичного стресу – професійного стану, який може мати серйозні наслідки для емоційного благополуччя та ефективності в роботи спеціалістів суміжних професій, що допомагають людям. Вивчення психологічних чинників його розвитку дозволяє глибше зрозуміти, які індивідуальні та організаційні фактори підвищують або знижують цей ризик, а також визначити захисні механізми, що сприяють збереженню професійного та особистого здоров'я.

Проблематика вторинного травматичного стресу представлена у працях сучасних зарубіжних та українських дослідників. Значний внесок у вивчення природи вікарної травми, її клінічних проявів та механізмів формування у фахівців допомагаючих професій здійснили Б. Брайд, П. Фрезер, Р. Кемпбелл, І.-Т. Коласса та Б. Е. Брайд, а також Ч. Р. Фіглі, Л. А. Пірлман, К. Сааквітне, С. Бейрд, М. Кілліан, Е. Ернандес-Волфе, Дж. Бонанно, А. Мастен і Т. Шаубен. У вітчизняному науковому дискурсі питання вторинного травматичного стресу досліджували О. Власова, Н. Чепелєва, С. Глузман, О. Кочубейник, О. Карабаєва, Ю. Марценюк, Т. Тихоненко, О. Харчук; водночас у працях Л. Ставицької та О. Тімченко поглиблено аналізуються чинники професійної вразливості, особливості емоційного виснаження та психологічні наслідки тривалої роботи з травматичним досвідом клієнтів. Сукупність зазначених досліджень формує розгорнуте теоретичне підґрунтя для подальшого осмислення феномену вторинного травматичного стресу та окреслює перспективи його прикладного вивчення.

Завдяки роботам цих учених стало можливим сформувати сучасне розуміння вторинного травматичного стресу як окремого психологічного явища, розробити надійні інструменти його вимірювання та створити наукове підґрунтя для програм профілактики і психокорекції серед спеціалістів допомагаючих професій.

Незважаючи на наявні емпіричні та теоретичні дослідження, низка ключових аспектів феномену вторинного травматичного стресу досі не має достатнього наукового обґрунтування. Зокрема, потребують уточнення умови, за яких формується вторинна травматизація у фахівців психологічної сфери, а також чинники, що визначають індивідуальні варіації її проявів. Недостатньо окресленими залишаються внутрішньопсихологічні процеси, які модулюють сприйняття та переробку травматичного контенту в професійній взаємодії. Саме виявлені прогалини у науковому аналізі цієї проблематики визначили актуальність обраного дослідження та обумовили формування його теми: «Психологічні чинники виникнення вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів».

Об’єкт дослідження – вторинний травматичний стрес особистості.

Предмет дослідження – психологічні чинники виникнення вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів.

Мета дослідження – вивчити психологічні чинники появи вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів, емпірично дослідити його формування під впливом взаємодії з травмованими клієнтами.

Гіпотеза дослідження. Припускається, що рівень вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів пов’язаний із показниками емпатійної чутливості та параметрами професійного благополуччя. Очікується, що вищі значення емпатії та підвищена співчутлива втома впливає на прояв вторинної травматизації.

З огляду на сформульовану мету та тему дослідження, було окреслено такі завдання:

1. Проаналізувати сутність феномена вторинного травматичного стресу.

2. Вивчити психологічні чинники, що впливають на появу вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів.

3. Дослідити і проаналізувати рівень прояву вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів.

4. Дослідження психологічних чинників, що впливають на появу вторинного травматичного стресу у психологів.

5. Сформулювати практичну програму щодо профілактики та подолання вторинного травматичного стресу у діяльності психологів.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз літератури і досліджень, порівняння та узагальнення наукових джерел із проблематики вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів.

Емпіричні: психодіагностичні опитувальники: «Опитувальник професійної якості життя ProQOL» (B. Stamm), Шкала емпатії Меграбяна та Епштейна (Mehrabian & Epstein Emotional Empathy Scale – EES), Шкала вторинного травматичного стресу (Brian E. Bride).

Статистичні: кореляційний та порівняльний аналіз для обробки результатів дослідження з використанням діаграм та таблиці.

Наукова новизна дослідження полягає у визначенні та характеристиці психологічних чинників, що зумовлюють виникнення вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів, а також у встановленні особливостей їхнього впливу на прояв вторинної травматизації.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів для розроблення й удосконалення програм психологічної підтримки та профілактики вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів.

Надійність і достовірність отриманих результатів дослідження зумовлені чітким дотриманням методологічних вимог, використанням стандартизованих та обґрунтованих методик, а також достатнім обсягом вибірки. Застосування комплексного підходу до опрацювання даних, що

поєднує кількісний та якісний аналіз, забезпечує їх статистичну обґрунтованість та об’єктивність.

Апробація результатів дослідження. Теоретичні висновки і проміжні результати дослідження здійснювалися на науково-практичній конференції здобувачів «Молода наука-2025».

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження проводилося дистанційним шляхом за допомогою діагностичних методик з респондентами, які добровільно взяли участь у дослідженні та заповнили стандартизовані опитувальники. Вибірку склали 32 фахівці віком від 22 до 45 років.

Структура кваліфікаційної роботи магістра. Складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ПСИХОЛОГІВ

1.1 Поняття та сутність вторинного травматичного стресу

Початок повномасштабної збройної агресії проти України супроводжувався значним зростанням масштабів психічної травматизації населення. Велика кількість осіб стала свідками бойових дій, актів насильства, загибелі знайомих або незнайомих людей та руйнування інфраструктури, що призвело до суттєвого підвищення рівня психологічного дистресу. За даними Міністерства охорони здоров'я України, понад 90% громадян відзначали симптоматику, характерну для посттравматичного стресового розладу, 57% перебували у групі ризику щодо його розвитку. Водночас близько 70% опитаних ніколи не зверталися по фахову психологічну допомогу, 3% отримували відповідну підтримку, а 23% мали намір звернутися до спеціаліста, проте не зробили цього.

Посттравматичний стресовий розлад не є єдиним наслідком впливу психотравмувальних подій. У науковому дискурсі виокремлюють первинну та вторинну травматизацію, які можуть виникати як у безпосередніх учасників події, так і у тих, хто взаємодіє з чужим травматичним досвідом. Відповідно до класифікації DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), психотравмувальна подія супроводжується відчуттям безпорадності, загрози життю чи цілісності, та включає безпосереднє переживання травми, спостереження за тим, як подія відбувається з іншими, отримання інформації про раптові насильницькі випадки з близькими або систематичний контакт із деталями травмувального досвіду.

Первинна травматизація формується у випадку, коли особа є прямим свідком або учасником екстремальної події, що створює ризик подальшого

розвитку посттравматичного стресового розладу. Вторинна травматизація виникає тоді, коли людина не переживає подію особисто, але зазнає впливу емоційного змісту травматичних історій інших, зокрема через тривале занурення в почуття страху, болю чи безсилля, які переживають постраждалі. Такий тип впливу позначається як вікарна травма або травма свідка.

Симптоматичні прояви посттравматичного стресового розладу та вторинної травматизації мають значну подібність, що ускладнює їх диференціацію. До найбільш характерних проявів належать інтенсивні відтворення травматичного досвіду, переживання безпорадності та емоційного виснаження, порушення сну, тенденція до уникання стимулів, які асоціюються з травмувальною подією, а також зниження рівня соціальної взаємодії. У низці випадків спостерігаються психосоматичні прояви, зниження концентрації уваги, нав'язливі переживання та повторювані уявні реконструкції травматичних обставин, що відображають стійку фіксацію на змісті травмувального досвіду.

У сучасному науковому дискурсі, відповідно до підходів Т. Титаренко, М. Дворник та В. Климчука, вторинна травматизація розглядається як багатокомпонентний феномен, що включає кілька взаємопов'язаних аспектів. До них належать:

1. Вікарна травма, яка проявляється у трансформації внутрішнього досвіду фахівця внаслідок емпатійного залучення до переживань осіб, що зазнали травматичної події.

2. Вторинний травматичний стрес, що характеризується виникненням переживань страху та тривоги, пов'язаних із прослуховуванням або опрацюванням розповідей про травматичні події.

3. Втома від співчуття, що постає як емоційне виснаження, зниження емпатійної чутливості та відчуття неефективності професійної діяльності.

У межах класифікації вторинної травматизації виокремлюють три рівні її прояву. Травма свідка виникає у разі безпосереднього спостереження за травмувальною ситуацією без участі в ній та характеризується

фрагментарністю відтворення події. Травма слухача формується в осіб, які не були очевидцями події, проте отримують детальні описи та емоційні реакції від її учасників. Травма глядача пов’язана зі сприйняттям інформації про подію у вже структурованому вигляді, що містить готові інтерпретації та обмежений обсяг фактичних даних.

До груп підвищеної вразливості щодо вторинної травматизації належать особи, які взаємодіють із травматичним досвідом опосередковано. Умовно виділяють три категорії: (1) близьке оточення постраждалих, що стикається з наслідками їх емоційних і поведінкових реакцій; (2) споживачі медіаконтенту, у яких може формуватися медіаіндукована травматизація; (3) представники допомагаючих професій, які у межах виконання службових обов’язків систематично контактують із травматичними наративами та емоційним станом потерпілих.

У контексті воєнних подій проблема впливу психічної травматизації на життєстійкість особистості стала предметом активного наукового аналізу. На сьогодні встановлено, що інтенсивність психологічної травми має зворотний зв’язок із рівнем життєстійкості: чим виразнішим є травматичний вплив, тим більшою мірою порушуються адаптаційні ресурси індивіда. Переживання екстремальних або загрозливих ситуацій супроводжується активацією психологічних механізмів захисту, які можуть проявлятися у формі раціоналізації, пасивного прийняття обставин, уникальної поведінки, емоційного пригнічення або формування депресивних реакцій. У наукових джерелах також зазначається можливість виникнення самодеструктивних форм поведінки, що можуть включати завдання фізичної шкоди собі, самообмеження, тривалу соціальну ізоляцію, формування позиції жертви чи прояви суїцидальної схильності.

У дослідженні, проведеному Є. Денисенко, Н. Пеньковою та О. Медведєвою [6], запропоновано модель, що описує використання особистісних ресурсів у ситуаціях життєвої кризи. Підкреслюється, що початковим моментом є не сама подія, а усвідомлення людиною її складності

та власного ставлення до неї. На цьому етапі відбувається переоцінювання переживань та пошук внутрішніх опор, що допомагає зменшити інтенсивність первинних емоційних реакцій, таких як тривога чи напруження.

Після цього виникає потреба у зміні окремих установок та способів мислення. Людина поступово переходить до контролю над емоційними проявами, вчиться зосереджувати увагу на тих аспектах ситуації, які піддаються регуляції, більш свідомо аналізує власні дії. Зміни на цьому рівні часто супроводжуються зростанням здатності до рефлексії та формуванням більш стійких поведінкових стратегій.

Завершальний етап моделі передбачає трансформацію несприятливих обставин у конструктивні форми адаптації, що проявляється у регуляції емоційного стану та зростанні здатності до самокерування у складних умовах. У підсумку, на думку авторів, особистість поступово опановує механізми подолання кризових ситуацій та відновлення психологічної рівноваги [8, 145]. Зазначена модель має практичну цінність і у професійній діяльності психологів, особливо тих, хто стикається з високим рівнем емоційного напруження та регулярною взаємодією з травматичним досвідом клієнтів.

Модель використання особистісних психологічних ресурсів, розроблена Є. Денисенко, Н. Пеньковою та О. Медведєвою [6], розглядається як концептуальна основа для пояснення механізмів подолання людиною кризових станів. У межах цього підходу криза трактується не лише як деструктивний вплив, а як ситуація, яка потребує глибшого усвідомлення власних переживань та переорієнтації ставлення до події. Зазначається, що процес виходу з кризових умов передбачає поступову перебудову внутрішніх установок, розвиток здатності до рефлексії та саморегуляції, а також формування готовності до ціннісного переосмислення отриманого досвіду. У підсумку негативні обставини можуть перетворюватися на ресурс

подальшого особистісного розвитку, що забезпечується активною позицією індивіда та його здатністю адаптуватися до змінених життєвих умов.

У контексті діяльності психологів ця модель набуває особливої значущості. Фахівці, які працюють із травмою, вразливими групами або постійно взаємодіють із людськими стражданнями, самі перебувають у зоні підвищеного ризику розвитку вторинного травматичного стресу. Структурні елементи запропонованої моделі дають змогу окреслити процес, у межах якого фахівець може своєчасно усвідомлювати власні емоційні зміни та фіксувати початкові ознаки професійного перенавантаження. Така модель передбачає поетапну переорієнтацію ставлення до складних ситуацій і поступове формування здатності керувати власними думками, емоціями та поведінковими реакціями. Зазначені процеси узгоджуються з основними механізмами професійної саморегуляції, що забезпечують підтримання психологічної та діяльнісної рівноваги у фахівців. Розвиток рефлексивних умінь, довільної уваги та навичок роботи з власними переживаннями сприяє зниженню професійної вразливості та підвищує стійкість психолога до впливу травматичного матеріалу, з яким він стикається у практичній діяльності.

Особливо цінним у цій моделі є наголос на завершальному етапі – трансформації негативного досвіду в конструктивний ресурс. У професійній діяльності психолога це може проявлятися у здатності переосмислювати складні робочі ситуації таким чином, щоб вони сприяли розширенню професійної компетентності та глибшому розумінню емоційних станів клієнтів. Така орієнтація дозволяє вибудовувати більш врівноважену взаємодію з випадками, що містять значне емоційне навантаження. Завдяки цьому зменшується імовірність розвитку вторинної травматизації, а водночас зберігаються показники професійної ефективності, емпатійного залучення та психологічної стійкості. Узагальнюючи викладене, можна зазначити, що модель, розроблена Є. Денисенко, Н. Пеньковою та О. Медведєвою [6], має як теоретичну, так і прикладну цінність у контексті аналізу використання

особистісних ресурсів у подоланні внутрішніх кризових станів. Її положення дозволяють пояснити, яким чином фахівці можуть підтримувати професійну рівновагу, знижувати вразливість до емоційного перенавантаження та підвищувати стійкість до впливу вторинного травматичного стресу. Застосування елементів цієї моделі в практиці психологічної підтримки та індивідуальної саморегуляції може розглядатися як один із ключових напрямів профілактики емоційного виснаження і підтримання тривалої професійної стійкості фахівців.

Варто підкреслити, що описана модель особистісних ресурсів узгоджується з сучасними підходами до розуміння професійної стійкості фахівців усіх допомагаючих професій. У психологічній літературі підкреслюється, що здатність фахівця адаптивно реагувати на емоційно напружені професійні ситуації зумовлюється не лише зовнішніми умовами діяльності, але й внутрішньою готовністю інтегрувати стресові впливи у власний досвід без порушення професійної ідентичності. У цьому контексті вторинний травматичний стрес варто розглядати не лише як результат надмірної емоційної залученості, а як явище, пов’язане з рівнем розвитку індивідуальних психологічних ресурсів, рефлексивних умінь та здатності до саморегуляції.

У професійній діяльності психологів, які систематично взаємодіють із розповідями про втрати, насильницькі події, бойові травми та інші форми екстремального досвіду, особистісні ресурси виступають важливою складовою професійної компетентності. Їх недостатній розвиток може призводити до поступового накопичення емоційного й фізичного виснаження, зниження концентрації, порушення професійної продуктивності та послаблення емпатійного залучення, що є важливим компонентом терапевтичної роботи. Натомість здатність до усвідомлення власних станів, прийняття та подальшого відновлення емоційної рівноваги, а також уміння трансформувати переживання у конструктивні форми реагування сприяють збереженню внутрішньої стійкості психолога навіть за умов інтенсивного емоційного навантаження.

У дослідженні вторинного травматичного стресу важливо враховувати поступовий характер професійного перенавантаження, оскільки емоційне виснаження у психологів зазвичай формується не через окремі випадки, а внаслідок тривалої та повторюваної взаємодії з емоційно напруженими історіями клієнтів. Така накопичувальна динаміка зумовлює потребу у теоретичних моделях, здатних описати довготривалий процес адаптації. Запропонований Є. Денисенко, Н. Пеньковою та О. Медведєвою [6] підхід дає можливість простежити, як початкове усвідомлення професійних ризиків поступово переходить у розвиток здатності трансформувати травматичний досвід на ресурс стабілізації та професійного зміцнення. У такому контексті професійне становлення психолога може розглядатися як процес, у межах якого складні емоційні ситуації не лише виснажують, але й сприяють формуванню більшої стійкості та адаптивності.

Треба враховувати, що сучасні дослідження підкреслюють взаємозв’язок між особистісними ресурсами і професійним середовищем: психологи, які працюють у зонах бойових дій, кризових центрах, військових госпіталях чи волонтерських організаціях, часто стикаються не лише з емоційним, а й із організаційним стресом. У таких умовах внутрішні ресурси, описані в моделі, частково компенсують недостатність зовнішніх механізмів підтримки, що нерідко спостерігається в умовах високої професійної напруги. Тому формування та цілеспрямований розвиток таких ресурсів розглядається як важливий елемент підготовки фахівців і як необхідна складова профілактики вторинного травматичного стресу. У ширшому сенсі ця модель підкреслює, що психологи не можуть ефективно працювати з травмою клієнтів без опрацювання власних емоційних процесів. Здатність до саморефлексії, регулювання емоцій, прийняття внутрішніх переживань та їх конструктивної трансформації стає підґрунтям якісної психологічної допомоги та умовою безпечної професійної практики.

1.2 Чинники появи вторинного травматичного стресу

Професійна діяльність психолога у сфері допомагаючих професій передбачає регулярний контакт із травматичними переживаннями клієнтів, що формує специфічні умови професійної взаємодії. У такому контексті поступово виникають фактори, пов’язані з підвищеним ризиком психоемоційного перенавантаження, оскільки зміст роботи психолога включає тривале залучення до емоційно насичених та потенційно травматичних історій. Одним із актуальних та досліджуваних проявів цього перенавантаження є вторинний травматичний стрес – феномен, що характеризується розвитком симптомів, подібних до посттравматичного стресового розладу. Подібні явища часто спостерігаються серед представників допомагаючих професій, діяльність яких передбачає постійний контакт і взаємодію з особами, що пережили травматичні події. У таких умовах вторинна травматизація може формуватися як результат опосередкованого впливу травматичного досвіду клієнта на фахівця, поступово змінюючи його психоемоційний стан та характер професійного реагування. Наукові дослідження підтверджують, що ВТС не просто наслідок високого навантаження або втоми; його розвиток зумовлюється сукупністю психологічних, соціальних і професійних чинників. Важливу роль відіграють такі аспекти, як рівень емпатії фахівця, професійна підготовка, наявність ресурсів соціальної та професійної підтримки та особистісні риси, що визначають здатність до психологічної і емоційної саморегуляції.

Сучасні теоретичні підходи розглядають вторинний травматичний стрес, як результат взаємодії емоційних, когнітивних та поведінкових процесів психолога у контакті з травматичним досвідом клієнта. До емоційних чинників зазвичай відносять рівень емпатійної чутливості, здатність підтримувати емоційне залучення без переходу до виснаження, а також уміння розмежовувати власні емоції та переживання клієнта. У сучасній психологічній літературі підкреслюється, що емпатія може мати як

зовнішнє спрямування – на іншу людину, так і внутрішнє, коли емоційна реакція стосується власного стану. У цьому випадку йдеться про переживання емоційного дискомфорту, що іноді розглядається як форма самоспрямованої емпатії. Такий тип емпатійного реагування формується у ситуаціях, коли сприйняття емоційного стану іншої людини спричинює напруження та фрустрацію власних міжособистісних потреб суб'єкта емпатії, що підвищує його емоційну вразливість. У цьому випадку індивід переживає стани, подібні до емоцій іншої особи, проте ці переживання спрямовані на власний внутрішній досвід. У контексті вторинної травматизації це означає, що психолог може переживати емоційні стани, подібні до тих, які висловлює клієнт, але спрямовані на власний внутрішній досвід, що посилює психоемоційне навантаження та може сприяти появі симптомів ВТС. У зв'язку з цим здатність підтримувати емпатійне залучення без переходу до емоційного виснаження, а також уміння розмежовувати власні почуття та переживання клієнта набувають вагомого значення для профілактики вторинної травматизації. Отже, особистісні механізми регуляції емпатії виступають чинником, який визначає не лише ефективність надання психологічної допомоги, а й рівень психологічної стійкості самого фахівця.

Когнітивні фактори включають сприйняття і оцінку травматичних деталей, особистісні переконання про компетентність та професійну роль, а також здатність до рефлексії. Вони посідають ключове місце у розвитку вторинного травматичного стресу, оскільки визначають спосіб, у який фахівець сприймає, обробляє й інтерпретує інформацію, що надходить під час контакту з травматичними історіями клієнтів. На відміну від емоційних реакцій, що часто мають автоматичний і малоконтрольований характер, когнітивні процеси становлять більш усвідомлений та глибинний рівень особистісного й професійного функціонування. Саме вони визначають те, як психолог інтерпретує події, з якими стикається клієнт, формують систему значень та внутрішніх пояснень, на основі яких вибудовується подальше професійне реагування. Таким чином, когнітивна сфера відіграє ключову

роль у визначенні того, чи буде взаємодія з травматичним досвідом клієнта сприяти професійному зростанню фахівця, чи, навпаки, підвищуватиме ризик розвитку вторинної травматизації. Особистісні переконання щодо власної компетентності, професійних можливостей та ролі у взаємодії з клієнтом виступають значущими чинниками не лише для ефективності професійної діяльності, але й для загального психологічного благополуччя самого психолога. Фахівці, яким властиві завищені вимоги до себе, перфекціоністські настанови або переконання щодо обов'язковості повного успіху у наданні допомоги чи «порятунку» клієнта, виявляються більш уразливими до розвитку вторинної травматизації. Подібні когнітивні установки підвищують рівень внутрішнього тиску та емоційної напруги, що знижує стійкість до впливу травматичного матеріалу. Зіткнення психолога з обмеженістю власних професійних можливостей, безпорадністю клієнта або ситуаціями, у яких допомога має частковий чи відтермінований ефект, може призводити до виникнення внутрішньої кризи професійної ідентичності. Подібні стани нерідко супроводжуються посиленням когнітивних викривлень, зокрема тенденцією перебільшувати власну відповідальність за результати роботи, драматизувати ситуацію або формувати переконання щодо власної неефективності. З боку когнітивно-поведінкової теорії, саме дисфункційні схеми й базові переконання виступають посередниками між травматичним контекстом і вторинною травматизацією. У процесі тривалої взаємодії з травматичними переживаннями клієнтів у психолога можуть поступово формуватися переконання на кшталт «світ є небезпечним» або «люди є вразливими», що зумовлено систематичним контактом із відповідними історіями. За таких умов поступово вибудовується когнітивний стиль, у межах якого фахівець інтерпретує навколишню реальність крізь призму травматичного досвіду, що підвищує ризик вторинної травматизації. Стійке погіршення когнітивних оцінок сприяє розвитку почуття тривоги, хронічного відчуття загрози та невпевненості у майбутньому, що є типовими ознаками вторинного травматичного стресу.

Вагомим чинником є здатність до здорової рефлексії – процес, який дозволяє фахівцю інтегрувати професійний досвід, структурувати власні почуття, думки, а також підтримувати внутрішній баланс. Рефлексія виконує функцію когнітивного засобу саморегуляції, який дає можливість усвідомити, що переживання клієнта належать клієнту, а не самому психологу. Коли рефлексивні навички недостатньо розвинені або втрачаються внаслідок втоми чи емоційного виснаження, психолог може почати несвідомо ідентифікувати себе з постраждалим, приймати травматичні переживання як власні або несвідомо переносити травматичні образи у власний життєвий контекст. Така зміна меж «Я–Інший» є також одним із основних механізмів розвитку вторинної травматизації. Однак сучасні дослідники підкреслюють, що саме здорова, структурована рефлексія може виступати не лише інструментом професійного саморегулювання, а й потужним захисним фактором. Рефлексія дозволяє психологу усвідомлювати власні емоційні реакції, відокремлювати їх від переживань клієнта, аналізувати свої інтерпретації та коригувати потенційно хибні когнітивні оцінки. Т. Мьослер та С. Поппек [18] провели дослідження «Рефлексивні навички, емпатія, благополуччя та резилієнтність у слухачів КБТ-підготовки», де звертають увагу на те, що здорова рефлексія виконує функцію «психічного фільтра». Вона допомагає зберігати стабільність під час роботи з травматичними історіями, забезпечує процес свідомого сприйняття вражень, замість їх несвідомого накопичення. Дослідники демонструють, що психологи з розвиненими навичками професійної рефлексії значно рідше відчувають симптоми вторинного травматичного стресу, адже їхня здатність до метапізнання – розпізнавання власних думок, емоційних реакцій та тілесних маркерів стресу – дозволяє їм вчасно відновлювати психологічні межі. Більше того, згідно з висновками Т. Мьослер та С. Поппек [18], рефлексія не є одноразовою дією, а формується як стабільна професійна компетентність. Вона залежить від організаційного середовища, рівня супервізійної підтримки, наявності

культури відкритого обговорення професійних труднощів і готовності самого спеціаліста здійснювати регулярний самоаналіз. Таким чином, рефлексія виступає центральним когнітивним фактором, який визначає, чи зможе фахівець перетворити контакти з травмою на досвід професійного зростання, чи вони накопичуватимуться у вигляді вторинної травматизації.

Поведінкові чинники займають ключове місце у формуванні вторинного травматичного стресу, вони визначають ті конкретні дії, стратегії та професійні практики, які фахівець застосовує у своїй діяльності. На відміну від емоційних чи когнітивних процесів, що є внутрішніми складовими, поведінкові чинники відображають практичну сторону реагування спеціаліста на контакт із травматичними історіями клієнтів.

Одним із найвагоміших поведінкових чинників є характер професійної взаємодії. Дослідники Ч. Фіглі та Л. Перлман, які стояли біля витоків вивчення феномену вторинного травматичного стресу та замісної травматизації, підкреслювали, що саме регулярність, інтенсивність і глибина включення психолога в історії клієнтів є критичними змінними, що впливають на рівень професійного виснаження. Ч. Фіглі зазначав, що фахівці, які проводять тривалі консультаційні сесії, працюють із великою кількістю постраждалих або не мають можливості регулювати інтенсивність контакту, виявляють значно вищу схильність до вторинного травматичного стресу. Також значущим є робоче навантаження. За даними досліджень Б. Стамм [73] (авторки моделі ProQOL), надмірний клієнтський потік, велика кількість випадків із високим рівнем травматизації та хаотична організація роботи сприяють виснаженню та зниженню професійної ефективності. Б. Стамм підкреслювала, що саме надмірне професійне навантаження та несприятливі умови роботи є ключовими чинниками, які виснажують ресурси психолога та сприяють розвитку втоми від співчуття та вторинного травматичного стресу. Як зазначає авторка «…дуже високе робоче навантаження або несприятливе робоче середовище» є прямими передумовами негативних наслідків професійної діяльності».

Серед поведінкових чинників, що впливають на стійкість фахівця до вторинної травматизації, особливе значення має систематична участь у супервізійних зустрічах. М. Керролл підкреслює, що супервізія є одним із ключових механізмів професійного зростання та психологічного благополуччя фахівця, оскільки забезпечує простір для систематичної рефлексії та інтеграції досвіду. На думку автора, супервізор «…сприяє навчанню супервізованих, даючи їм змогу використовувати власний досвід як точку відліку для подальшого навчання, допомагаючи стати “рефлексивними практиками”, розвивати резилієнтність і самосвідомість» (Керролл, 2009). За даними досліджень британських авторів П. Гокінс і Р. Шохет (2012), регулярне проходження супервізії здатне знижувати ризик розвитку вторинного травматичного стресу на 30–40%, оскільки забезпечує фахівцю необхідну «зовнішню перспективу» та додатковий простір для рефлексії, що часто є обмеженим у повсякденній практиці.

Ще однією вагомою групою поведінкових чинників є стратегії самозбереження. Американська психологічна асоціація (APA) у своїх рекомендаціях наголошує, що самозбереження – це не особистий вибір, а професійний обов’язок психолога. Дослідниця Дж. Норкросс у численних роботах показала, що систематичне застосування практик самодопомоги таких як сон, фізична активність, розмежування роботи та особистого часу – значно знижує рівень емоційного виснаження та ризик розвитку вторинної травматизації.

У контексті роботи з травмою важливими є також такі поведінкові аспекти, як: своєчасні перерви між сесіями; здатність завершувати робочий день психологічно, а не лише формально; практика "закривання" теми", яку описує у своїх роботах про травму В. Колк: «Неможливо повністю відновитися, якщо людина не почувається в безпеці у власному тілі. Практики, що заспокоюють тіло – майндфулнес, дихальні техніки та рух – відновлюють відчуття безпеки та завершеності» (Ван Дер Колк, 2014, 95).

Крім того, сучасні дослідження у сфері професійної резилієнтності підкреслюють, що здатність спеціаліста повернутися до оптимального функціонування після стресового впливу також значною мірою залежить від поведінкових практик, таких як підтримка соціальних зв'язків, участь у спільнотах фахівців, отримання зворотного зв'язку та регулярне професійне навчання. Таким чином, поведінкові чинники – це не лише зовнішні дії, але й система професійних навичок, що визначають, як саме психолог справляється з травматичним контентом. Вони або посилюють вразливість до вторинної травматизації, або, навпаки, формують міцний ресурс професійної стійкості та захищеності.

У висновку, аналіз чинників появи вторинного травматичного стресу свідчить, що його розвиток є багатокомпонентним процесом, зумовленим взаємодією емоційних, когнітивних та поведінкових механізмів. Емоційні фактори визначають глибину емпатійного включення психолога та його здатність зберігати межі у контакті з травмованими клієнтами. Когнітивні фактори формують спосіб інтерпретації травматичної інформації, включно з переконаннями, рівнем професійної рефлексії та здатністю до метапізнання, що може як захищати, так і підвищувати вразливість фахівця. Поведінкові фактори відображають реальні професійні практики: характер взаємодії з клієнтами, робоче навантаження, участь у супервізіях та застосування стратегій самозбереження. Вони значною мірою визначають рівень стійкості психолога до вторинної травматизації. Узгоджена дія цих чинників окреслює індивідуальну траєкторію психологічної вразливості або, навпаки, професійної резилієнтності фахівця.

1.3 Наслідки вторинного травматичного стресу для психологів

Професійна діяльність психологів, зокрема тих, хто працює з травматичними подіями та переживаннями, пов'язаними із загрозою життю чи благополуччю людини, характеризується постійним емоційним

напруженням. На відміну від багатьох інших сфер, де взаємодія з людьми має переважно нейтральний або формальний характер, робота психолога передбачає глибоке емпатійне залучення, тривалий контакт із чужими стражданнями та необхідність утримувати складні емоційні стани, що виникають у процесі терапевтичної взаємодії. За таких умов вторинний травматичний стрес може здійснювати значний і багатовимірний вплив на особистість фахівця.

У наукових працях Ч. Фіглі, Л. Перлман, Б. Стамм та інших дослідників підкреслюється, що вторинний травматичний стрес є не лише професійним викликом, а й суттєвим психологічним ризиком. Його вплив може призводити до глибоких, тривалих змін у внутрішньому стані фахівця, зачіпаючи як емоційні, так і когнітивні та поведінкові аспекти професійного функціонування.

Одним із провідних наслідків вторинної травматизації є поступове порушення емоційної рівноваги фахівця. У психолога може виникати відчуття виснаження, наростаючої емоційної втоми, внутрішньої напруги та зниження здатності до емпатійного залучення. З часом ці прояви можуть перерости у стан, який Ч. Фіглі окреслює як *«cost of caring»* – своєрідну «плату» за професійну діяльність, що передбачає регулярне занурення у страждання та кризові переживання інших людей. За словами дослідника, «Втома від співчуття – це *плата за турботу* про інших, які переживають емоційний біль». (Фіглі, 1995)

Емоційні наслідки вторинної травматизації можуть мати різний характер: від підвищеної чутливості до болю та тривоги клієнтів до протилежної реакції – емоційного притуплення, коли фахівець несвідомо знижує інтенсивність власних переживань, намагаючись зберегти внутрішню стабільність. Таке зниження емоційної чутливості виконує захисну функцію, однак у довгостроковій перспективі може призводити до втрати гнучкості емоційного реагування та погіршення якості терапевтичної взаємодії.

Серед значущих наслідків вторинної травматизації виокремлюють також порушення когнітивних процесів. Взаємодія з травматичними історіями може зумовлювати появу нав’язливих уявних образів, надмірну фіксацію на деталях травми, труднощі з концентрацією уваги чи окремі порушення мислення. За таких умов фахівець схильний сприймати оточення як більш небезпечне, ніж воно є насправді, а також формувати переконання щодо власної безпорадності чи недостатньої професійної компетентності.

За описом Л. Перлман та К. Сааквітне [69], подібні зміни відображають трансформацію когнітивних схем, які впливають не лише на особливості професійної діяльності, але й на повсякденну поведінку, ставлення до інших, рівень довіри, відчуття безпеки та контролю над власним життям. Поступове зміщення таких схем у негативний бік формує стійкий дезадаптивний стиль мислення та послаблює здатність фахівця приймати зважені рішення або опиратися на власні потреби й внутрішні орієнтири.

ВТС також може впливати на поведінкові реакції психолога. Фахівець, який має наслідки вторинної травматизації, починає уникати певних категорій клієнтів, обмежує тривалість сесій. Деякі спеціалісти починають уникати соціальних контактів, зменшують участь у професійних подіях, втрачають інтерес до діяльності, яка раніше була ресурсною. А. Мастен та Дж. Бонанно [36, 62] підкреслюють, що подібні поведінкові зміни вказують на виснаження ключових адаптаційних механізмів особистості. На думку А. Мастен, «коли ключові адаптаційні системи порушуються, здатність до резилієнтності знижується» (Мастен, 2001, 235). Дж. Бонанно також зауважує, що «порушення систем саморегуляції може призвести до неадаптивних реакцій на стрес» (Бонанно, 2004, 27). До таких проявів можуть належати порушення звичного режиму праці та відпочинку, імпульсивні дії, надмірна активність або, навпаки, різке зниження життєвої енергії та мотивації.

Варто виділити професійні наслідки, оскільки вони безпосередньо впливають на ефективність терапевтичної роботи. Психолог, який переживає

вторинний травматичний стрес, може зіткнутися зі зниженням мотивації, труднощами у концентрації під час сесій, зниженням емпатійної чутливості чи втратою терапевтичної гнучкості. Б. Стамм у своїй моделі ProQOL наголошує, що ВТС знижує рівень професійного задоволення, підвищує ризик помилок, ускладнює дотримання меж та загалом підриває якість допомоги клієнтам. Погіршення професійного функціонування може проявлятися у зниження віри у власну ефективність, уникання складних випадків або, навпаки, ригідності у роботі, коли психолог прибігає до шаблонних методів замість індивідуального підходу.

Суттєве значення у структурі вторинної травматизації мають і соматичні наслідки, що супроводжують тривале психологічне перенавантаження. Хронічна втома, головний біль, порушення сну, м’язова напруга, розлади травлення та загальне погіршення фізичного стану є типовими проявами того, що травматичний матеріал починає фіксуватися на тілесному рівні. У своїх дослідженнях В. Колк демонструє, що тіло реагує на травматичні події незалежно від того, переживає їх людина безпосередньо чи опосередковано – у процесі взаємодії з клієнтами. Це підкреслює той факт, що тілесні прояви є важливою складовою вторинної травматизації та потребують особливої уваги в контексті профілактики й підтримки психологів.

У ширшому вимірі вторинний травматичний стрес може позначатися й на особистому житті психолога, впливаючи на особливості його мислення, здатність підтримувати соціальні зв’язки, будувати міжособистісні стосунки та отримувати задоволення від звичних видів діяльності. У деяких випадках формується емоційна ізоляція, з’являється відчуття втрати сенсу та знижується впевненість у майбутньому, що свідчить про глибше проникнення наслідків ВТС у повсякденне функціонування фахівця. Деякі фахівці, особливо ті, хто працює в умовах воєнного часу, гуманітарних криз або з великим обсягом травматичних випадків, відзначають стан глибокої внутрішньої виснаженості, що може супроводжуватися відчуттям втрати

внутрішньої опори. У більш тяжких ситуаціях спостерігаються прояви, подібні до симптомів посттравматичного стресового розладу: емоційне притуплення, нічні кошмари, уникання ситуацій чи стимулів, пов’язаних із травмою, нав’язливі спогади та підвищена фізіологічна реактивність.

Таким чином, наслідки вторинного травматичного стресу мають загальний характер і охоплюють емоційний, когнітивний, поведінковий, професійний і соматичний аспекти функціонування фахівця. ВТС формує вплив, який може змінювати якість життя та професійного становлення психолога.

Саме тому своєчасне виявлення симптомів, усвідомлення власного стану та створення умов для психологічної підтримки мають вирішальне значення для збереження здоров’я та професійної ефективності психологів, що працюють із травмою. З огляду на те, що наслідки вторинного травматичного стресу охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову та професійну сфери функціонування фахівця, потреба у комплексних стратегіях захисту й відновлення стає актуальною. Умови сучасної психологічної практики, а особливо підвищене навантаження, пов’язане з воєнними подіями, гуманітарними кризами та збільшенням кількості клієнтів із травматичним досвідом, вимагають від психологів не лише професійної компетентності, але й здатності зберігати власний ресурс.

1.4 Підходи до профілактики та подолання вторинного травматичного стресу у психологів

Аналіз профілактичних підходів та механізмів подолання вторинного травматичного стресу є важливим компонентом дослідження, оскільки дозволяє визначити умови та інструменти, що підтримують професійну стійкість психолога і сприяють збереженню його психологічного благополуччя.

Проблема вторинного травматичного стресу є однією з актуальних у сфері психологічної практики, оскільки фахівці, які працюють із травмою, кризовими станами та наслідками екстремальних подій, перебувають у постійній зоні ризику. Профілактика та подолання ВТС мають вплив комплексних дій і потребують поєднання індивідуальних, професійних та організаційних стратегій. Дослідження вказують на те, що ефективні підходи до збереження психологічної стійкості психологів включають розвиток навичок саморегуляції, супервізійну підтримку, формування професійних меж, налагодження робочого навантаження та розширення особистісних ресурсів. Варто підкреслити, що профілактичні заходи спрямовані не лише на зменшення проявів перевтоми, виснаження чи емоційної нестійкості. Їхньою основою є підходи, які зміцнюють внутрішню стійкість фахівця, сприяють його професійному розвитку та забезпечують підтримання емоційного балансу.

Одним із ключових профілактичних підходів є розвиток навичок емоційної саморегуляції. Ці навички дають змогу психологу витримувати інтенсивні емоційні переживання клієнтів і контролювати власні реакції, пов’язані з емоційним напруженням. Техніки дихання, методи заземлення, тілесної регуляції, а також практики усвідомленості (mindfulness) сьогодні належать до найбільш рекомендованих стратегій для фахівців, що працюють із травмою. Дослідження Дж. Кабат-Зінн [55] та його послідовників доводять, що майндфулнес знижує рівень стресу, покращує здатність до емоційної стабілізації, підвищує рівень усвідомленості та знижує ризик емоційного виснаження. Для психолога це означає можливість зберігати внутрішній баланс навіть тоді, коли зміст сесій є емоційно тяжким.

Ще одним важливим напрямом профілактики є підтримання чітко сформованих професійних меж у взаємодії з клієнтами. Порушення цих меж часто призводить до емоційного перенавантаження та надмірного ототожнення з переживаннями клієнта. Натомість належно вибудовані межі допомагають фахівцю уникати надмірної емоційної залученості, окреслюють

зону професійної відповідальності та створюють умови для збереження необхідної терапевтичної дистанції.

У сучасній психотерапевтичній практиці межі розуміють не як форму відсторонення чи байдужості, а як здоровий механізм емоційного захисту, що забезпечує ефективність і стійкість психолога. Їх дотримання дозволяє своєчасно завершувати сеанси, не продовжувати роботу за межами попередніх домовленостей та контролювати емоційне навантаження, яке фахівець може переносити у власне повсякденне життя.

Обов'язковою частиною системної профілактики є супервізія – професійна підтримка, яка надається іншими досвідченими фахівцями для аналізу труднощів, що виникають у процесі терапевтичної роботи.

Дослідження М. Керролла, а також П. Гокінс і Р. Шоєт та інших британських фахівців підкреслюють, що регулярна супервізія суттєво знижує ризик розвитку вторинної травматизації. Вона створює умови для професійної й особистісної рефлексії, сприяє усвідомленню власних емоційних реакцій та вчасному розпізнаванню ознак перевантаження. Супервізійна взаємодія також забезпечує безпечний простір для обговорення емоційно складних випадків, що допомагає фахівцю підтримувати психологічну гнучкість і запобігає формуванню емоційної ізоляції.

У цьому контексті супервізія має як профілактичний, так і корекційний потенціал, оскільки дає можливість переосмислювати складні професійні ситуації, отримувати підтримку й зберігати оптимальний рівень професійного функціонування.

Оптимізація робочого навантаження також є важливим елементом у профілактиці вторинного травматичного стресу для практикуючих психологів. У багатьох організаціях психологи працюють із високою кількістю клієнтів, нерідко без можливості відпочинку між сесіями. Це призводить до зростання ризику ВТС. Міжнародні рекомендації, зокрема Американської психологічної асоціації, наголошують на необхідності збалансованого графіка роботи, перерв між консультаціями та обмеження

кількості травматичних випадків, що припадають на одного спеціаліста. Раціональне планування роботи передбачає також періодичне чергування видів діяльності, ротацію напрямків та забезпечення відпусток, які дозволяють фахівцю відновити ресурси.

Значну роль у подоланні наслідків ВТС відіграють стратегії самодопомоги та самозбереження. Це – фізична активність, творчі практики, здорові хобі, відпочинок, соціальна взаємодія, регулярний сон, участь у групах підтримки. Дж. Норкросс та її колеги продемонстрували, що спеціалісти, які виконують практики самозбереження, мають нижчий рівень емоційного виснаження та краще справляються з професійними обов'язками. Самодопомога це не просто рекомендація, а важливий компонент професійної етики, психолог не може бути ефективним у роботі, якщо не піклується про власне психічне здоров'я.

Серед сучасних підходів важливе місце посідає розвиток рефлексивної компетентності. Дослідження Т. Мьослер і С. Поппек демонструють, що здорова, структурована рефлексія сприяє стабілізації внутрішнього стану, покращує стійкість до стресу та дозволяє фахівцю вчасно звернути увагу на ознаки емоційного виснаження. Рефлексія допомагає психологу усвідомити власні переживання, відокремити їх від переживань клієнтів і сприймати складний матеріал у конструктивній формі. Розвинена рефлексивність зменшує ризик когнітивних викривлень, спричинених роботою з травмою, та формує здатність бачити професійні ситуації об'єктивно.

Важливо зазначити, що створення організаційного середовища, яке підтримує психологів відіграє значну роль. Налагодження системи колегіальної підтримки, психологічна безпека в колективі, адекватне керівництво, можливість звернутися по консультативну допомогу, забезпечення регулярних командних зустрічей. Установи, де існує атмосфера підтримки, а навантаження розподіляється рівномірно, мають значно нижчі показники професійного вигорання й вторинної травматизації серед співробітників. Міжнародні рекомендації також акцентують увагу на

важливості кризових протоколів для психологів, які працюють у складних умовах – наприклад, у воєнний період або в системі екстреної допомоги.

Окремим напрямом профілактики виступає підвищення професійної компетентності. Освітні програми, навчання кризовому втручанню та методам стабілізації клієнтів, тренінги з роботи з травмою не лише підвищують ефективність допомоги, а й формують у фахівця почуття впевненості. Досвід, знання та володіння спеціалізованими техніками знижують рівень тривоги, що виникає через контакти з травматичним матеріалом, та створюють основу для професійного зростання.

Створення культури психологічної безпеки у професійному середовищі, у колективах, де обговорення складних випадків не викликає сорому та страху осуду, де фахівці можуть відкрито ділитися власними переживаннями, рівень вторинної травматизації значно нижчий. Командна взаємодія, груповий аналіз, підтримуючі зустрічі та можливість отримати колегіальну допомогу створюють умови для зниження впливу травматичного матеріалу, адже психолог не залишається наодинці зі складними емоційними враженнями. Подібні механізми групової підтримки активно застосовуються у європейських та американських центрах роботи з травмою.

Окреме місце серед підходів до подолання ВТС посідає розвиток навичок усвідомленої комунікації, яка дозволяє психологу ефективно працювати з клієнтами та взаємодіяти з колегами і близькими без перенесення робочого стресу на особисту сферу. Навички конструктивного висловлювання, обговорення власних потреб, встановлення здорових меж у спілкуванні та здатність говорити про труднощі без самозвинувачення сприяють зниженню емоційного напруження.

Підсумовуючи, підходи до профілактики та подолання вторинного травматичного стресу мають бути багатовимірними, інтегрованими та спрямованими на підтримку психологів як на індивідуальному рівні, так і в межах професійного середовища. Ефективна профілактика поєднує роботу над емоційною стабільністю, здорові робочі умови, активну турботу про

власне благополуччя, розвиток рефлексивних умінь, структуровану супервізію. Такий комплексний підхід дозволяє не лише зменшити негативний вплив вторинної травматизації, а й підтримати професійну стійкість, життєздатність та здатність психолога до ефективної допомоги клієнтам у складних життєвих ситуаціях.

Висновки до розділу 1.

Узагальнюючи результати теоретичного аналізу, можна стверджувати, що вторинний травматичний стрес є складним психоемоційним явищем, яке формується на перетині професійної діяльності психолога та глибоко емоційних переживань клієнтів. Вивчення його сутності дає змогу зрозуміти, що ВТС не є ізольованою реакцією або тимчасовим станом. Навпаки, він формується як багатовимірний процес, що охоплює різні рівні функціонування особистості фахівця – емоційний, когнітивний, поведінковий та професійний. Розгляд феномену крізь призму сучасних концептуальних підходів підтверджує, що вторинна травматизація функціонує як внутрішній механізм, який активується у разі тривалої та інтенсивної взаємодії з травматичним досвідом іншої людини.

Важливо наголосити, що чинники, які зумовлюють виникнення вторинного травматичного стресу, не вичерпуються професійним навантаженням. Вони охоплюють також стиль емоційного реагування, індивідуально-психологічні характеристики фахівця, рівень його емоційної чутливісті, здатність до рефлексії, систему переконань та рівень професійної підготовленості. Саме взаємодія цих внутрішніх характеристик з зовнішніми умовами формує підґрунтя, на якому може розвинутися вторинний травматичний стрес. У цьому контексті стає зрозуміло, що ВТС не є прямим наслідком контакту з травматичним матеріалом, а постає як результат взаємодії між професійним навантаженням і особистісними ресурсами фахівця, які можуть компенсувати, або посилювати вплив стресогенних чинників.

Наслідки вторинної травматизації для фахівців-психологів проявляються у значно ширшому спектрі, ніж може видаватися на перший погляд. Вони не лише позначаються на емоційному самопочутті, але й поступово впливають на мислення, професійну поведінку, здатність до емпатії, підтримання меж і здійснення терапевтичної роботи. Окрім того, ВТС здатен змінювати загальне ставлення спеціаліста до світу, інших людей і самого себе, що підкреслює про його потенційно трансформаційний, іноді й деструктивний характер. Таким чином, вторинна травматизація – це не лише професійний виклик, але й психологічний фактор, здатний порушити цілісність особистості фахівця та знизити ефективність його діяльності.

Значної уваги потребує питання профілактики та подолання ВТС. Огляд існуючих підходів показав, що ефективні стратегії мають бути багатовекторними, об’єднуючи індивідуальні техніки саморегуляції, професійну підтримку, організаційні зміни та розвиток компетентностей, які допомагають психологу зберігати стійкість. Особливу роль відіграють навички рефлексії, супервізійні процеси, здорові професійні межі та культура підтримки в професійних спільнотах. Ці елементи утворюють систему, що не лише знижує ризик вторинної травматизації, але й сприяє професійному зростанню, збереженню внутрішньої рівноваги та стабільності у довготривалій перспективі.

У цілому, аналіз теоретичного матеріалу в першому розділі дозволяє образно окреслити вторинний травматичний стрес як складне, багатогранне явище, що потребує не поверхневого, а глибокого осмислення. Його виникнення, прояви та подолання залежать як від індивідуальних психологічних особливостей фахівця, так і від умов, у яких він здійснює свою діяльність. Отже, подальші дослідження та практичні інтервенції у цій сфері мають бути спрямовані на пошук ефективних моделей психологічної підтримки психологів, що працюють у травматичних контекстах, та розробку механізмів зміцнення їхньої професійної стійкості.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ПСИХОЛОГІВ

2.1 Організація та етапи дослідження

Наше дослідження було спрямоване на комплексне вивчення психологічних чинників, що зумовлюють виникнення вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів. Усі респонденти надали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні. Було забезпечено повну анонімність, не збиралися жодні персональні дані, які дозволяли б ідентифікувати конкретну особу. Матеріали використовувалися виключно для виконання кваліфікаційної роботи.

Дослідження проводилось протягом травня 2025 року та складалося з трьох основних етапів:

Підготовчий етап. Сформовано вибірку практикуючих фахівців, які мають досвід роботи з клієнтами у травматичних ситуаціях. Емпіричне дослідження проводилося серед практикуючих психологів, які здійснюють консультативну, психотерапевтичну та кризову роботу в державних закладах, приватній практиці та волонтерських програмах. Загальна вибірка становила 32 особи, серед яких 25 жінок (78%) та 7 чоловіків (22%). Віковий діапазон учасників – від 22 до 45 років. Також підготовлено електронні форми опитувальників та стандартизовані інструкції. Учасників ознайомлено з метою, завданнями, процедурою та етичними принципами.

Основний етап. Опитування здійснювалося індивідуально у дистанційному форматі. Усі учасники отримали інструкцію щодо правил заповнення тестових матеріалів та рекомендації відповідати чесно, орієнтуючись на власний стан протягом останніх днів. Для вивчення рівня вторинного травматичного стресу та його взаємозв’язків із психологічними чинниками застосовувалися три психодіагностичні інструменти.

Шкала професійної якості життя ProQOL-5 (Professional Quality of Life Scale, B. Stamm). Ця методика є одним із найбільш поширених інструментів для оцінки професійної якості життя фахівців допомагаючих професій та комплексного вивчення психологічних наслідків роботи з травмою. Її мета полягає у виявленні рівня позитивних і негативних емоційно-психологічних станів, пов’язаних із професійною діяльністю, зокрема задоволення від співчуття та проявів професійного стресу, що виникає внаслідок тривалого контакту з переживаннями і стражданнями інших людей. Методика дозволяє оцінити, якою мірою професійні навантаження сприяють розвитку ресурсності фахівця або, навпаки, виснажують його адаптаційні системи та збільшують ризики емоційної дестабілізації. Структурно опитувальник складається з 30 тверджень, що охоплюють три ключові компоненти професійного функціонування: задоволення від співчуття (Compassion Satisfaction), вигорання (Burnout) та вторинний травматичний стрес (Secondary Traumatic Stress). Перша субшкала відображає рівень особистісної реалізованості, відчуття значущості професійної діяльності та задоволення від допомоги іншим. Друга субшкала оцінює прояви емоційного виснаження, втрати енергії, професійної демотивації та переживання неефективності, що поступово формується в умовах надмірного навантаження або нестачі підтримки. Третя субшкала вимірює симптоматику вторинного травматичного стресу, пов’язану з повторним переживанням травматичних історій клієнтів, емоційним перенавантаженням і порушеннями у сферах емоційної регуляції та безпеки. Цей підхід дозволяє розглядати стан спеціаліста не лише з позиції ризиків, але й у системі ресурсів, які сприяють збереженню професійної ефективності та психічної стабільності в умовах підвищеного емоційного навантаження. Завдяки цьому методика є цінним інструментом як для наукових досліджень, так і для практичної оцінки ризиків вигорання, профілактики ВТС та формування стратегій професійного самозбереження.

Для дослідження емоційної емпатійності та тенденції до емоційного залучення у взаємодії з іншими людьми використовували «Опитувальник емпатії Меграбяна–Епштейна» (A. Mehrabian & N. Epstein). Методика призначена для дослідження емоційної складової емпатії – одного з ключових компонентів міжособистісної взаємодії, що визначає здатність фахівця емоційно резонувати з переживаннями інших людей. Її метою є оцінка індивідуальних відмінностей у емоційній чутливості, зокрема схильності до співпереживання, емоційного відгуку та здатності розпізнавати й відображати емоційні стани партнерів по взаємодії. Дозволяє виявити, наскільки інтенсивно людина реагує на емоційні сигнали інших, чи здатна вона утримувати баланс між емоційним включенням та саморегуляцією, що є особливо важливим у професійній діяльності психологів, психотерапевтів та інших представників допомагаючих професій. Опитувальник складається з 25 тверджень, які відображають типові форми емоційного реагування в різних соціальних ситуаціях. Респондент оцінює ступінь своєї згоди з кожним твердженням за шкалою Лайкерта, що забезпечує градацію інтенсивності емоційних реакцій. Такий формат дозволяє досить точно диференціювати рівень емоційної емпатії, зокрема визначати, наскільки людина схильна до емоційного злиття з переживаннями інших, чи навпаки – тримає надмірну дистанцію. Висока емоційна чутливість, за відсутності навичок саморегуляції, може сприяти більшому емоційному залученню у переживання клієнтів, тоді як оптимальний рівень емпатії забезпечує здатність до співпереживання без надмірного внутрішнього виснаження.

Опитувальник вторинного травматичного стресу STSS – Secondary Traumatic Stress Scale (C. Bride). Опитувальник STSS (Secondary Traumatic Stress Scale), розроблений Ч. Брайдом (C. Bride), є одним із ключових інструментів для кількісної оцінки симптомів вторинної травматизації у фахівців допомагаючих професій. Метою методики є вимірювання вираженості симптомокомплексу вторинного травматичного стресу, який виникає внаслідок регулярного контакту з травматичними історіями,

стражданнями та кризовими переживаннями інших людей. STSS базується на діагностичних критеріях посттравматичного стресового розладу, адаптованих для випадку непрямого (вікарного) впливу травматичного досвіду. Складається з 17 тверджень, спрямованих на оцінку трьох основних груп симптомів: інтрузій, уникання та фізіологічного й емоційного збудження, характерного для перевантаження нервової системи. Респондент оцінює частоту виникнення кожного прояву за певний період часу, що дозволяє отримати кількісний показник рівня вторинного травматичного стресу. Методика дає змогу ідентифікувати не лише наявність окремих симптомів, а й загальну структуру вторинного травматичного стресу, визначити ступінь емоційного перевантаження та фахові ризики. В умовах роботи психологів із травмованими клієнтами результати STSS є важливим індикатором того, наскільки інтенсивно професійна діяльність впливає на емоційний стан спеціаліста, і чи потребує він додаткових ресурсів, супервізійної підтримки або програм самозбереження. STSS виступає надійним та інформативним інструментом для вивчення вторинної травматизації й оцінки професійного благополуччя фахівців допомагаючих професій.

Респондентам було підкреслено, що методики не містять «правильних» або «неправильних» відповідей, а важливим є відображення власного досвіду.

Завершальний етап. Було проведено аналіз емпіричних даних внаслідок опитування. На основі результатів обробки були визначені індивідуальні та групові рівні вторинного травматичного стресу, показники професійного благополуччя та рівень емпатійної чутливості практикуючих психологів. Окремо було проаналізовано результати, отримані за «Шкалою професійної якості життя ProQOL-5», "Опитувальником вторинного травматичного стресу STSS» (Secondary Traumatic Stress Scale) та «Опитувальником емпатії Меграбяна–Епштейна». Далі проведено порівняльний аналіз значень і встановлено особливості взаємозв’язків між

досліджуваними параметрами. Узагальнені результати стали підґрунтям для формулювання висновків щодо психологічних чинників виникнення вторинного травматичного стресу у фахівців та окреслення можливих напрямів профілактичної роботи.

Отримані дані у нашому емпіричному дослідженні дозволили комплексно оцінити характер емоційного навантаження практикуючих психологів, виокремити чинники, що підсилюють або послаблюють прояви вторинного травматичного стресу, та визначити ступінь впливу емпатійної чутливості й професійної якості життя на рівень уразливості до ВТС. Такий підхід дав змогу перейти від кількісного опису показників до їх теоретичного осмислення, забезпечивши можливість подальшого формулювання висновків та інтерпретацій у контексті цілей дослідження. Результати також створюють основу для подальшого визначення найбільш значущих предикторів розвитку вторинного травматичного стресу та дозволяють уточнити специфіку взаємозв’язків між емоційною емпатією, професійним виснаженням і рівнем ресурсності фахівців. Це відкриває нам можливість побудови цілісної моделі факторів ризику й захисних механізмів, що визначають стійкість психологів до впливу травматичного матеріалу, а також формує практичні орієнтири для розроблення превентивних програм і заходів професійного самозбереження.

2.2 Емпіричне дослідження психологічних чинників появи вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів

Емпіричне дослідження було проведене серед 32 практикуючих психологів, які працюють у сферах кризової, консультативної, військової або волонтерської психологічної допомоги. Така вибірка відповідає рекомендаціям щодо мінімальної кількості учасників для психометричних і кореляційних досліджень, де оптимальним вважається показник від 30 респондентів, що забезпечує базову статистичну стійкість оцінок. Учасники представляли різні форми професійної практики: державні психологічні

служби, приватні консультативні практики, громадські організації та волонтерські проєкти. Віковий діапазон вибірки становив 22–45 років, що узгоджується з даними про найбільш активний професійний період у психологів. Для опрацювання та аналізу даних було сформовано узагальнену матрицю результатів, що містила 32 індивідуальних профілі за кожною з використаних психодіагностичних методик. Усі значення перевірялися на коректність введення, відсутність пропусків, а також відповідність діапазонам шкал. Це забезпечило валідність подальшого розрахунку середніх значень, відсоткових розподілів та побудови діаграм. У результаті проведеного емпіричного дослідження було отримано сукупність кількісних показників, що характеризують психологічні, емоційні та професійні параметри функціонування практикуючих психологів.

Після первинної статистичної обробки даних показників емпатії д ми дослідили загальну структуру психологічних характеристик вибірки та виявили основні тенденції у рівнях емпатії, професійної якості життя та вторинного травматичного стресу. Емпатія є одним із ключових чинників, що визначає вразливість фахівця до вторинної травматизації, оскільки саме через механізми емоційного резонансу професіонал «вбирає» в себе травматичні переживання клієнта (Figley, 1995). У цьому контексті важливим завданням є первинне визначення загального рівня емпатії у вибірці.

За результатами опитувальника А. Меграбяна і Н. Епштейна середній показник емпатії становить M=63,5 бала, що відповідає високому рівню згідно з інтерпретацією шкали Меграбяна і Епштейна. Значення варіюються в діапазоні від 59 до 70 балів, що свідчить про відносно згуртований розподіл без різких відхилень. Найчастіші значення припадають на інтервали 62–64 та 66-67 балів, що характерно для професійних психологів, які проходили тривалу гуманітарну підготовку та мають розвинені навички співпереживання. Діаграма розподілу (гістограма) демонструє, що дані мають форму, наближену до нормальної, з невеликим зсувом у бік високих значень. Це означає, що у вибірці практично відсутні фахівці з низьким рівнем емоційного резонансу.

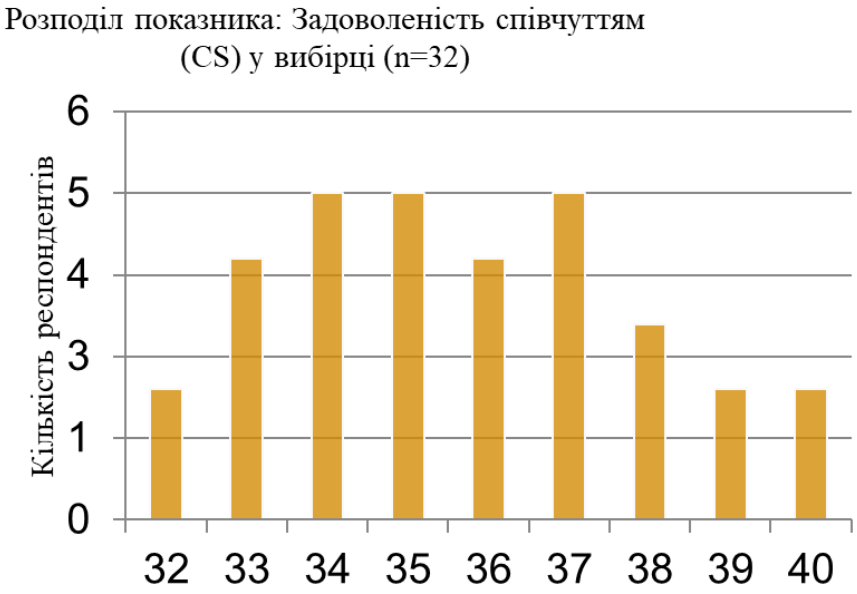


Рисунок 2.1 – Показник емпатії

Візуальний аналіз діаграми свідчить про те, що найвища концентрація значень зосереджена у діапазоні 63–67 балів, де розташовано близько 40% вибірки. Відсутність низьких показників підтверджує, що до роботи з травмою зазвичай залучаються психологи, які вже володіють достатнім рівнем емоційних ресурсів. Розмах варіацій також відносно невеликий, що вказує на певну однорідність вибірки за параметром емпатійної чутливості.

Для детальнішого аналізу було проведено розподіл рівнів емпатії за трирівневою системою:

Таблиця 2.1 – Рівні емпатії

Рівень емпатії	Діапазон балів	Кількість осіб	Відсоток
Низький	0 —49	0	0%
Середній	50 – 62	7	21,9%
Високий	63 —75	25	78,1%

Аналіз отриманих даних засвідчує, що понад 78,1% респондентів демонструють високий рівень емпатії, що є типовим показником для фахівців допомагаючих професій (Davis, 1996; Hoffman, 2000). Така структура вибірки

водночас може становити певний ризик підвищеної емоційної вразливості, оскільки високий рівень емпатійної включеності потенційно сприяє інтенсивнішому переживанню інтрузивних реакцій та емоційного виснаження під час роботи з травматичним матеріалом. Виявлена однорідність розподілу емпатійної чутливості свідчить про відносну стабільність психологічної підготовки та емоційної залученості практикуючих психологів, що узгоджується з характеристиками професійної групи. Разом із тим висока емпатія може мати подвійний вплив: з одного боку, вона підсилює ефективність допомоги, а з іншого – підвищує ризик розвитку вторинної травматизації, на що вказував Ч. Фіглі (1995).

Для оцінки професійного функціонування психологів, які працюють із травматичними випадками, нами було використано методику ProQOL-5 (Stamm, 2010), яка включає три ключові субшкали: задоволеність співчуттям (Compassion Satisfaction, CS); професійне вигорання (Burnout, BO); вторинний травматичний стрес (Secondary Traumatic Stress, STS).

Ці показники дозволяють визначити баланс між ресурсами і навантаженнями у професійній діяльності, а також оцінити ризики формування емоційного виснаження та вторинної травматизації.

Аналіз нам показує, що переважна більшість 71,9% має середній рівень задоволеності співчуттям, узагальнюючи, що це є типовим для спеціалістів, які працюють у складних умовах. Високий рівень CS наявний лише у 18,7% фахівців, що може свідчити про обмеженість професійних ресурсів, особливо в умовах воєнного часу.

Таблиця 2.2 – Розподіл CS

Рівень CS	**Діапазон**	**Кількість осіб**	**Відсоток**
Низький	0 – 32	3	9,4%
Середній	33 – 38	23	71,9
Високий	39 —50	6	18,7%



Рисунок 2.2 – Рівень задоволеності співчуттям

Показники за шкалами професійної якості життя (ProQOL-5) продемонстрували відносну збалансованість трьох ключових компонентів. Середнє значення задоволеності співчуттям становило 36,2 бала, що є типовим для вибірок фахівців, які мають стабільне професійне залучення та відчувають позитивне підкріплення від своєї діяльності. Показник вигорання становив 25,8 бала, що відповідає помірному рівню емоційного виснаження, без суттєвих ознак критичного напруження. Середнє значення вторинного травматичного стресу за ProQOL дорівнювало 28,1 бала, що відображає наявність у нашій вибірці окремих реакцій, пов’язаних із роботою з травматичним досвідом клієнтів, але не вказує на домінування патологічних проявів.

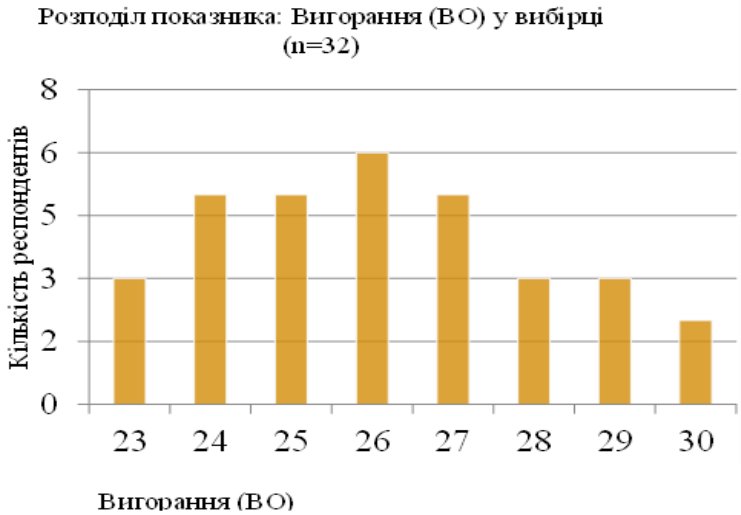


Рисунок 2.3 – Рівень вигорання

Діаграма ілюструє рівномірний розподіл у межах середнього рівня та поодинокі значення на межі високого рівня. Це свідчить про тенденцію до накопичення емоційного стресу, але без проявів гострої вторинної травматизації. Графічний профіль вказує на те, що психологи найчастіше переживають постійне помірне емоційне напруження, яке може трансформуватися у високу інтенсивність за умов подальшого перевантаження.

Середній бал ВО становить M = 25,8, що відповідає середньому рівню вигорання. Діапазон значень від 23 до 30 балів демонструє помірні варіації, типові для психологів із високим емоційним навантаженням. Отже, жоден респондент не продемонстрував низького рівня вигорання, що можна вважати показником системного перевантаження. Переважна більшість 84,4% має середній рівень, проте наявність 15,6% фахівців з високим рівнем вигорання вказує на групу ризику, якій необхідна супервізійна та організаційна підтримка.

Графічний аналіз нам демонструє, що розподіл має невеликий зсув у бік підвищених значень. Особливістю даної вибірки є відсутність низьких значень, що свідчить про те, що психологи перебувають у стані постійної емоційної мобілізації, яка не дає можливості відновити ресурси у повному обсязі.

Таблиця 2.3 – Відсотковий розподіл STS

Рівень STS	Діапазон	Кількість осіб	Відсоток
Низький	0 – 22	0	0%
Середній	23 – 30	27	84,4%
Високий	31 – 50	5	15,6%

Структура даних виявляє, що більшість психологів перебуває у зоні середнього ризику, що узгоджується з українськими та міжнародними дослідженнями фахівців, які працюють у кризових умовах (Cieslak et al., 2014; Poppek & Мьослер, 2022)

Методику STSS (Bride, 2004) ми використовували, щоб комплексно оцінити прояви вторинної травматизації у респондентів шляхом аналізу трьох основних груп симптомів: інтрузій, уникання та фізіологічної збудливості. На відміну від ProQOL, STSS фокусується саме на структурі симптомів, що дозволяє глибше зрозуміти, які аспекти вторинного травматичного реагування є найбільш вираженими у вибірці.

Інтрузії відображають неконтрольовані образи, спогади або емоційні відгуки, пов’язані з травматичними історіями клієнтів. Середнє значення інтрузій становить M = 15,7, що відповідає середньому рівню. Значення варіюються від 13 до 18 балів, що вказує на помірну інтенсивність симптомів. Можна зробити висновок, що жоден психолог у нашому дослідженні не проявляє низького рівня інтрузій, що свідчить про наявність емоційного перенавантаження у всіх респондентів. 5 осіб 15,6% з високим рівнем інтрузій вказує на підвищену чутливість до травматичних переживань клієнтів, що корелює з високою емпатійністю вибірки. Уникання є ключовим проявом вторинної травматизації і включає емоційне дистанціювання, намагання уникати нагадувань про травматичний досвід клієнта та підсвідому блокаду емоцій. Середній рівень уникання становить M = 21,4, що відповідає більшому рівню. Значення варіюються між 20 і 25 балами.

Далі показник фізіологічної збудливості. Цей компонент включає соматичні прояви стресу: порушення сну, напруження, возбудження, дратівливість, труднощі концентрації. Середній бал становить M = 13,2, що відповідає нижній межі середнього рівня. Таким чином, 78,1% респондентів мають середній рівень фізіологічного напруження, що є типовим для психологів, які працюють у режимі багатозадачності та обмежених ресурсів.

Дані, отримані за шкалою Secondary Traumatic Stress Scale (STSS), демонструють структуровану картину вираженості симптомів вторинної травматизації. Загальний сумарний бал STSS становив 50,3 бала, що дозволяє охарактеризувати вибірку як таку, що має переважно помірний рівень вторинного травматичного стресу.

Таблиця 2.4 – Середні показники за методиками

Показник	Середнє значення
Емпатія (сумарний бал)	63,5
ProQOL: Задоволеність співчуттям	36,2
ProQOL: Вигорання	25,8
ProQOL: Вторинний травматичний стрес	28,1
STSS: Інтрузії	15,7
STSS: Уникання	21,4
STSS: Фізіологічна збудливість	13,2
STSS: Загальний бал	50,3

Проведений кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена виявив, що емпатія має статистично значущі позитивні зв’язки з компонентами вторинного травматичного стресу, включаючи інтрузії ($p = 0,40$; $p < 0,05$), уникання ($p = 0,37$; $p < 0,05$), фізіологічну збудливість ($p = 0,34$; $p < 0,05$) та загальний бал STSS ($p = 0,41$; $p < 0,05$). Це демонструє те, що вищий рівень емоційної чутливості супроводжується підвищеною схильністю до вторинної травматизації. Також встановлено, що професійне вигорання має сильні позитивні кореляції з STS ($p = 0,50–0,54$; $p < 0,01$), що підтверджує його значущу роль як предиктора вторинного травматичного стресу. У свою чергу, задоволеність співчуттям демонструє слабкі негативні зв’язки зі STS ($p = -0,27$), що вказує на її обмежений вплив.

Загалом коефіцієнти у нашому досліджені вказують на те, що підвищена емпатійна чутливість та вираженість симптомів професійного виснаження виступають значущими факторами ризику розвитку вторинного травматичного стресу у психологів. Натомість задоволеність співчуттям, хоча й має певний захисний потенціал, проявляє відносно слабкий вплив і не здатна повною мірою компенсувати негативні наслідки емоційного

перевантаження та інтенсивної взаємодії з травматичним досвідом клієнтів. Такий профіль кореляцій підтверджує багатофакторну природу вторинної травматизації та свідчить про необхідність комплексного підходу до профілактики, який має охоплювати як підтримку емоційної регуляції та зниження вигорання, так і розвиток стратегій ефективного професійного самозбереження.

Отримані результати дозволяють ґрунтовно оцінити характер чинників, що зумовлюють формування вторинного травматичного стресу у сучасних практикуючих психологів, які працюють в умовах воєнного стану. У контексті сьогодення психологи виступають не лише фахівцями, які супроводжують клієнтів із травматичним досвідом, але й самі є учасниками соціальної реальності, що постійно відтворює стресогенні події, пов’язані з небезпекою, невизначеністю та інформаційним тиском. Тому чинники вторинної травматизації мають комплексний характер і виявляються як у професійній, так і в особистісно-ресурсній площині.

Одним із ключових психологічних чинників є рівень емоційної чутливості та емпатійності спеціаліста. За результатами «Шкали емоційного відгуку» Меграбяна та Епштейна було встановлено, що значна частина досліджуваних демонструє високий ступінь емоційного відгуку, що є професійно цінною характеристикою, але в умовах роботи з травматичними випадками набуває подвійного значення. Підвищена здатність до емоційного резонування з клієнтами полегшує встановлення довірливого контакту та глибше розуміння їхнього внутрішнього стану, проте водночас створює передумови до надмірного залучення та переживання чужого болю як власного. У результаті фахівці з високою емпатійністю, згідно з отриманими даними, частіше повідомляють про яскраві уявні образи ситуацій клієнтів, складнощі із завершенням емоційної взаємодії після сесій та відчуття внутрішньої напруги, що відповідає механізмам вторинної травматизації, описаним у наукових дослідженнях.

Значну роль у формуванні вторинного травматичного стресу відіграє інтенсивність та зміст професійних контактів із травмою. Застосування «Шкали вторинного травматичного стресу» Мікелі–Фіглі, що містить 17 тверджень і дозволяє оцінити нав'язливі переживання, уникання та емоційно-фізіологічне напруження, показало, що у частини психологів проявляються характерні для ВТС реакції. Зокрема, спостерігаються епізоди повторного переживання почутого від клієнтів матеріалу, підвищена пильність, тривожна настороженість, труднощі із засинанням та емоційна нестійкість. Найчастіше такі прояви фіксувалися у фахівців, які працювали з особливо травматичними категоріями клієнтів: людьми, що пережили втрати, військовими, внутрішньо переміщеними особами або очевидцями надзвичайних подій. Це дає підстави стверджувати, що зміст клієнтських випадків і рівень їх травматичності є важливим чинником підвищення ризику вторинної травматизації.

Результати «Шкали професійної якості життя» підтверджують взаємозв'язок між рівнем вторинного травматичного стресу та показниками професійного благополуччя. Психологи, у яких зафіксовано підвищені показники вторинного травматичного стресу, частіше повідомляли про емоційне виснаження, зниження задоволеності професійною діяльністю та відчуття надмірного психологічного навантаження. Водночас ті фахівці, у кого рівень вторинної травматизації був нижчим, демонстрували кращі показники внутрішньої стійкості, здатності до відновлення та відчуття професійного сенсу.

Важливим чинником є соціально-організаційні умови, у яких працюють психологи. Недостатність супервізійної підтримки, нерегулярність професійних інтервізій, високе робоче навантаження, а також обмежені можливості для відпочинку та відновлення створюють додаткове тло для накопичення емоційного виснаження. Особливо це стосується фахівців, залучених до волонтерських проєктів, де інтенсивність та емоційна насиченість роботи значно вища, а структури професійної підтримки часто

відсутні або мають нерегулярний характер. Результати дослідження свідчать про багатофакторну природу появи вторинного травматичного стресу у психологів. Центральну роль відіграють емоційна чутливість та здатність до співпереживання, інтенсивність контакту з травматичним досвідом клієнтів, рівень професійної підтримки та індивідуальні ресурси саморегуляції. Усі ці чинники взаємодіють між собою, формуючи як ризики, так і потенційні захисні механізми, що визначають стійкість або вразливість фахівця до вторинної травматизації.

Встановлені у дослідженні показники підтверджують припущення про те, що рівень вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів пов’язаний із вираженістю емпатійної чутливості та станом їхнього професійного благополуччя. Аналіз даних засвідчив, що учасники з вищими значеннями емоційного відгуку частіше демонстрували прояви вторинної травматизації, зокрема нав’язливі переживання матеріалу клієнтів, емоційне виснаження та напруження. Ця думка узгоджується з тим, що підвищена емпатійність, будучи важливою професійною якістю, водночас збільшує вразливість до співчутливої втоми та емоційного перенавантаження.

Зниження показників професійного благополуччя сприяла посиленням симптомів вторинного травматичного стресу, що свідчить про тісний взаємозв’язок між станом фахівця та його стійкістю до психологічного впливу травматичних подій. Таким чином, отримані результати підтверджують припущення про те, що емпатійна чутливість та співчутлива втома є важливими чинниками, які впливають на формування та інтенсивність вторинної травматизації у психологів.

Отримані результати дослідження дозволяють комплексно оцінити рівень вторинного травматичного стресу серед практикуючих психологів, які працюють з психотравматичними випадками. Загальний середній бал за шкалою STSS у вибірці становить 50,3 бала, що відповідає середньому рівню вторинного травматичного стресу. Це узгоджується з даними міжнародних досліджень, у яких середній рівень травматичного стресу найчастіше

фіксується у фахівців допомагаючих професій, що систематично контактують із травматичними наративами.

Аналіз структурних компонентів STSS показав, що найбільш вираженими у респондентів виявились симптоми уникання, що є способом психологічного захисту при тривалому емоційному навантаженні. Нижчі середні значення спостерігалися для субшкали інтрузій, які проявляються через нав'язливі спогади, емоційні флешбеки та підвищену чутливість до тригерних стимулів. Найменш вираженим компонентом виступила фізіологічна збудливість, що включає труднощі концентрації, дратівливість та соматичні реакції. Подібні диспропорції між когнітивно-емоційними та соматичними симптомами описані у роботах МакКанн Дж. І. та Перлман Л. А., які вказують, що психологи рідше демонструють інтенсивні фізіологічні реакції, тоді як емоційне виснаження та когнітивні порушення є більш типовими.

Для уточнення загального рівня професійного впливу травматичного матеріалу було також враховано показник ProQOL Secondary Traumatic Stress, середнє значення якого у нашій вибірці становить 28,1 бала, що відповідає середньому рівню згідно з класифікацією B. Stamm (2010). Таким чином, обидві шкали демонструють узгоджені результати, підтверджуючи стабільність отриманих даних і відсутність статистичних розбіжностей між різними інструментами діагностики. У контексті теоретичних моделей ВТС, розроблених Ч. Фіглі та Л. Пірлман, середній рівень вторинної травматизації, виявлений у нашій вибірці, може бути інтерпретований як показник помірної професійної вразливості. Фахівці, які мають регулярний контакт із травматичним матеріалом, демонструють ознаки емоційного виснаження, уникання та когнітивного перевантаження навіть за умов високої професійної компетентності.

Слід зазначити, що встановлений рівень ВТС узгоджується з сучасними українськими дослідженнями психологів та волонтерів, які працюють у воєнний період. Зокрема, за даними Денисенко, Пенькової та

Медведєвої [6], значна частина фахівців демонструє саме середній рівень вторинної травматизації, що свідчить про поступове накопичення стресу у процесі тривалої взаємодії з людьми, які пережили травму війни.

Таким чином, аналіз наших отриманих даних дозволяє стверджувати, що рівень вторинного травматичного стресу у досліджуваних психологів перебуває на середньому, але потенційно небезпечному рівні. Домінування симптомів уникання та інтрузій вказує на наявність тенденції до емоційного перевантаження та професійного виснаження, що підтверджує необхідність системної профілактики ВТС у професійному середовищі.

Висновки до розділу 2.

Отримані в дослідженні показники вторинного травматичного стресу дозволяють комплексно оцінити емоційний стан і професійну вразливість практикуючих психологів, які працюють в умовах інтенсивного травматичного навантаження. Інтегральний середній бал за шкалою STSS становить 50,3, що відповідає середньому рівню вторинної травматизації. Такий рівень свідчить про наявність накопичувальних проявів емоційного перенавантаження, характерних для фахівців, які протягом тривалого часу взаємодіють із травматичним досвідом клієнтів. Він не вказує на гострий стресовий стан, проте означає перехід у зону підвищеного ризику за умов відсутності належних професійних і організаційних ресурсів підтримки. У структурі отриманих показників найбільш вираженим компонентом є симптоми уникання. Середнє значення за цією субшкалою свідчить, що значна частина фахівців схильна застосовувати стратегії дистанціювання від травматичного матеріалу. Таке уникання може проявлятися у зниженні емоційної включеності в роботу, бажанні обмежити контакт з найбільш емоційно насиченими темами, прагненні відмежувати робочі переживання від особистого життя. У контексті твоєї вибірки цей показник виступає маркером того, що психологи відчувають потребу у зниженні емоційного тиску та використовують уникання як один зі способів саморегуляції.

Другим за вираженістю компонентом є інтрузії, що проявляються у вигляді нав’язливих думок, образів чи емоційних спогадів, пов’язаних із досвідом клієнтів. Підвищення інтрузивної симптоматики у частини вибірки вказує на те, що психологи можуть несвідомо відтворювати фрагменти чужої травми, переживати емоційний відголос подій, які безпосередньо не належать до їхнього власного життєвого досвіду. Це є свідченням того, що межа між професійними та особистими емоціями може розмиватися, що, у свою чергу, сприяє накопиченню внутрішньої напруги.

Показники фізіологічної збудливості виявилися найнижчими серед усіх компонентів ВТС, що свідчить про переважання емоційних та когнітивних реакцій над тілесними. Для психологів характерним є переживання напруження на рівні емоцій та думок, тоді як соматичні симптоми проявляються менш інтенсивно. Це може бути пов’язано з професійною здатністю фахівців контролювати фізіологічні реакції або з тим, що фізичні прояви часто усвідомлюються значно пізніше, ніж емоційні. Додатковим індикатором емоційної вразливості є показники професійного виснаження та високий рівень емпатійної залученості, зафіксований у вибірці. Середні значення вигорання свідчать про те, що фахівці вже перебувають у стані емоційного перевантаження, а високі рівні емпатії підсилюють сприйнятливість до травматичного матеріалу. У поєднанні ці два чинники створюють умови, за яких емоційна чутливість стає потенційним ризиком, оскільки психолог не лише глибоко співпереживає клієнтам, але й недостатньо відновлює власні ресурси.

Загалом отримані дані демонструють, що вторинна травматизація у психологів має переважно накопичувальний характер і проявляється через емоційне виснаження, когнітивно-емоційне перевантаження, інтрузивні переживання та стратегії уникання. Менша вираженість фізіологічних симптомів свідчить про те, що внутрішнє напруження частіше проявляється на рівні переживань, а не у соматичних реакціях.

Особливий контекст роботи психологів у сучасних українських умовах – висока інтенсивність травматичного матеріалу, нестабільність зовнішнього середовища та збільшення кількості клієнтів з тяжкими стресовими переживаннями – підсилює навантаження, що відображається у результатах вибірки. Таким чином, вторинний травматичний стрес, зафіксований у дослідженні, відображає не окремі випадкові реакції, а системний вплив професійної взаємодії з травмою, що потребує подальшої профілактики, супервізійної підтримки та розвитку ефективних механізмів саморегуляції.

РОЗДІЛ 3
ПРОГРАМА ПРОФІЛАКТИКИ ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ У ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ

3.1 Програма професійного запобігання вторинного травматичного стресу.

Професійна діяльність психологів, які працюють із кризовими, травматичними та емоційно насиченими випадками, характеризується підвищеним рівнем психоемоційного навантаження. Такий характер роботи створює передумови для формування вторинного травматичного стресу, який у науковій літературі розглядається як один із найбільш поширених професійних ризиків серед фахівців допомагаючих професій. З огляду на це, питання профілактики ВТС набуває особливої актуальності. Ефективні превентивні заходи повинні враховувати не лише індивідуально-психологічні характеристики спеціаліста, а й особливості професійного середовища, оскільки саме організаційні умови визначають рівень робочого навантаження, доступність ресурсів підтримки та можливості для своєчасного відновлення. Таким чином, організаційні стратегії профілактики постають як ключовий структурний компонент системи захисту психологів від хронічного стресового впливу та професійного виснаження.

Одним із базових інструментів профілактики є супервізійна підтримка. Як зазначають Бернард Дж. М. та Гуд’яр Р. К. (Bernard & Goodyear, 2014), супервізія є не лише інструментом підвищення професійної компетентності, але й одним із ключових механізмів профілактики емоційного виснаження та вторинної травматизації. Дослідники підкреслюють, що регулярна супервізійна підтримка забезпечує фахівцеві можливість опрацювання складних випадків, зниження рівня емоційного перенавантаження та відновлення професійної рефлексії. Супервізія є одним із ключових

професійних інструментів, що забезпечують психологічну безпеку спеціалістів, які працюють із травматичними переживаннями клієнтів. У світовій практиці вона розглядається не як допоміжний компонент діяльності, а як необхідний елемент професійної гігієни, що запобігає накопиченню емоційного навантаження та розвитку вторинного травматичного стресу. У сучасних емпіричних дослідженнях відзначається захисний ефект супервізії для фахівців, які працюють із травмою. Наприклад, Стовер К. (Stover, 2019) доводить, що регулярна супервізія суттєво знижує ризик розвитку вторинного травматичного стресу та сприяє формуванню здорових професійних меж.

Супервізія – це структурований процес професійної підтримки та розвитку, у якому психолог отримує можливість: аналізувати складні випадки разом із досвідченішим фахівцем; отримувати зворотний зв’язок і корекцію професійних рішень; осмислювати власні емоційні реакції; формувати здатність до професійного дистанціювання; підтримувати баланс між емпатією та психологічною безпекою. У контексті профілактики вторинної травматизації супервізія виконує захисну функцію, допомагаючи фахівцю не переносити переживання клієнта у власне життя. Профілактична функція супервізії в контексті ВТС.

Роль супервізії у профілактиці вторинного травматичного стресу є багаторівневою: знижує інтенсивність емоційного навантаження, даючи можливість своєчасно «вивантажувати» переживання, пов’язані з історіями клієнтів; запобігає ідентифікації з клієнтом, яка є одним із ключових механізмів формування ВТС; допомагає зберігати професійні межі, що особливо важливо при роботі з травмою; підтримує когнітивну стабільність, не даючи психологу зміщувати власні уявлення про світ у бік травматичного сприйняття; сприяє розвитку рефлексії, яка є захисним фактором стійкості; мінімізує ризик неправильних професійних рішень, що можуть бути наслідком втоми чи перенавантаження.

Підсумовуючи наведене, можна зазначити, що супервізія виконує комплексну захисну функцію, впливаючи як на емоційний, так і на когнітивний та професійний рівні діяльності психолога. Щоб більш чітко продемонструвати структуру супервізійного процесу та механізми його профілактичного впливу, доцільно представити узагальнену модель, яка відображає основні етапи супервізії та їхній внесок у запобігання вторинному травматичному стресу. Процес супервізії традиційно включає кілька послідовних етапів, кожен із яких виконує окреме функціональне завдання та має значуще профілактичне значення для запобігання вторинному травматичному стресу у психологів. На першому етапі здійснюється попереднє обговорення запиту й уточнення труднощів, з якими фахівець стикається у своїй практиці. Цей початковий компонент супервізії спрямований на формування безпечного простору, де психолог може відкрито проговорити переживання, пов’язані з роботою, описати випадки, що викликають емоційну напругу, або висловити побоювання щодо впливу клієнтського матеріалу на власний стан. Саме на цьому етапі відбувається первинне зниження внутрішньої тривоги, нормалізація емоційних реакцій та усвідомлення того, що труднощі, які переживає психолог, є типовими для роботи з травматичним досвідом. Це зменшує ризик емоційного перевантаження та сприяє профілактиці інтрузій.

Наступним етапом є аналітичний розгляд випадку, що включає детальне вивчення змісту травматичного матеріалу, динаміки роботи з клієнтом та професійних реакцій психолога. У цьому процесі викристалізовуються механізми, які спричиняють емоційну втому чи сприяють униканню, а також виявляються потенційно вразливі моменти у терапевтичній взаємодії. Аналітичний етап дозволяє психологу отримати зовнішній професійний погляд, уникнути надмірної ідентифікації з клієнтом та побачити ситуацію ширше. Це, у свою чергу, знижує ризик формування вторинного травматичного стресу через надмірну емпатійну включеність.

Третій етап супервізії передбачає рефлексію внутрішніх реакцій самого фахівця у контексті опрацьованого випадку. Він має особливе значення, оскільки дозволяє психологу усвідомити власні емоції, тілесні реакції, думки та переживання, що виникають під час роботи з травматичним матеріалом. Усвідомлення власних меж, виявлення напруження, визначення емоційних тригерів та відстеження моментів перевантаження є важливою умовою збереження емоційної стійкості. Цей етап суттєво зменшує ймовірність появи уникання та емоційного виснаження, адже формує у психолога здатність розмежовувати власні почуття і переживання клієнта.

На четвертому етапі відбувається пошук альтернативних професійних рішень та вироблення стратегії подальшої роботи. Супервізор допомагає фахівцеві знайти нові терапевтичні підходи, переглянути тактичні кроки, переосмислити обрану стратегію взаємодії або зміцнити вже наявні навички. Це розширює професійний інструментарій психолога, знижує невизначеність і напруження, сприяє відновленню почуття компетентності та зменшує ризик виникнення відчуття безпорадності, яке часто лежить в основі вторинної травматизації.

Завершальним етапом супервізійного процесу є підбиття підсумків і інтеграція пережитого досвіду. На цьому етапі психолог набуває чіткого розуміння того, які важливі висновки він зробив, які навички застосував, які професійні межі вдалося укріпити та які ресурси були активовані. Підсумкова інтеграція сприяє закріпленню почуття професійної стабільності, допомагає знизити рівень емоційної напруги та створює відчуття завершеності процесу, що є критично важливим для профілактики накопичувальної втоми та вторинного травматичного стресу.

У сукупності ці етапи супервізії утворюють цілісний механізм професійної підтримки, який дозволяє психологам системно опрацьовувати травматичний матеріал, зберігати емоційний баланс та запобігати виснаженню. Регулярне проходження супервізії забезпечує фахівцеві можливість підтримувати власний психоемоційний стан, уникати хронічного

накопичення стресу та ефективно протидіяти розвитку вторинної травматизації в умовах постійної взаємодії з клієнтським травматичним досвідом. Супервізія розглядається як необхідний елемент роботи з травмою, оскільки забезпечує психологу можливість обговорити складні випадки, зняти емоційне напруження, отримати зовнішню професійну перспективу та запобігти емоційному злиттю з переживаннями клієнта. Регулярність супервізій доведено знижує рівень вторинної травматизації, допомагаючи фахівцю відновлювати почуття контролю, визначеності та професійної компетентності. Оптимальною вважається участь у супервізії не рідше одного разу на два тижні, а при роботі з високо травматичними кейсами – раз на тиждень.

Важливою формою професійної підтримки є інтервізійні групи, у яких фахівці обговорюють складні робочі ситуації, діляться досвідом та отримують колегіальну підтримку. Інтервізія сприяє нормалізації переживань, зменшує відчуття ізольованості та сприяє формуванню відчуття професійної спільноти. Вона дає можливість фахівцям обговорювати і розглядати складні випадки у безпечному середовищі та підтримувати один одного шляхом консультацій, обміном тактики роботи, а також взаємного зняття емоційної напруги. Інтервізійні зустрічі рекомендується проводити регулярно, у середньому один–два рази на місяць.

Одним із ключових організаційних факторів профілактики ВТС є раціональне планування робочого навантаження. Надмірна кількість клієнтів, відсутність перерв між сесіями, робочі дні без можливості відновлення та хаотичний графік призводять до зростання емоційного виснаження та підвищують ризик вторинної травматизації. Доцільно обмежувати кількість годин терапевтичної роботи на день, передбачати перерви між консультаціями та враховувати різноманітність клієнтських випадків. Організації, які впроваджують політику регулювання навантаження, демонструють значно нижчі показники професійного вигорання та ВТС серед співробітників.

Ефективним методом профілактики є ротація складних і травматичних випадків. Регулярна робота з тяжкими клієнтами підвищує ризик перенасичення травматичними історіями та знижує психологічну стійкість фахівця. Установи, що забезпечують чергування різних типів випадків між працівниками, зменшують ризик формування хронічного емоційного виснаження. Ротація дозволяє психологам поєднувати інтенсивну роботу з травмою зі стандартною консультативною практикою, що сприяє рівномірнішому розподілу навантаження.

Важливою частиною професійної гігієни роботи є практики завершення робочого дня. Вони допомагають психологу відмежовувати власний емоційний стан від переживань клієнтів. Серед них – короткі ритуали завершення сеансу, нотування професійних думок у щоденнику, переорієнтація уваги на тілесні відчуття, дихальні вправи, а також свідоме перемикання на діяльність, яка приносить задоволення або сприяє релаксації. Організації можуть рекомендувати спеціальні алгоритми завершення робочого дня, які допомагають зменшити ймовірність перенесення травматичного матеріалу в особисте життя.

Ще одним суттєвим компонентом профілактики є створення в установі культури психологічної безпеки. Це середовище, у якому працівники можуть відкрито говорити про власні труднощі, звертатися по допомогу та отримувати емоційну підтримку. Психологи, які працюють у таких умовах, демонструють вищу стресостійкість, краще адаптуються до складних випадків та рідше переживають симптоми вторинної травматизації. Важливо, щоб керівництво підтримувало такі практики, не схвалювало перевантаження та заохочувало здорове ставлення до відпочинку та самодопомоги.

Постійний професійний розвиток також є ефективним методом профілактики ВТС. Регулярні тренінги, семінари та навчальні програми з роботи з травмою, кризовими станами та емоційною саморегуляцією дозволяють психологам покращити професійні навички, почуватися більш впевнено у взаємодії з клієнтами та краще справлятися з емоційно

напруженими ситуаціями. Освітні заходи підвищують рівень професійної компетентності та сприяють формуванню внутрішньої стійкості, що знижує ризик вторинної травматизації.

Організаційні методи профілактики також включають розроблення внутрішніх протоколів підтримки фахівців. Це можуть бути правила реагування на кризові ситуації, алгоритми підтримки у разі вигорання, програми психологічного супроводу співробітників або консультаційні служби. Вони створюють структуровану систему, яка дозволяє психологам отримати допомогу у разі високого емоційного навантаження або тривалого контакту з травмою. Професійні та організаційні методи профілактики вторинного травматичного стресу є ключовими чинниками збереження психологічного здоров'я фахівців і забезпечення ефективності їхньої роботи. Вони формують захисне середовище, яке допомагає мінімізувати вплив травматичних матеріалів, регулювати навантаження, забезпечувати підтримку та сприяти професійному розвитку. Застосування таких методів у практиці психологічних служб сприяє стабільності, стійкості та довготривалій професійній діяльності спеціалістів, які працюють у сфері допомагаючих професій.

Нижче буде подано приклад програми на 10 зустрічей, яка може допомогти запобігти появу вторинного травматичного стресу.

Профілактична програма складається з десяти послідовних зустрічей, спрямованих на підвищення психологічної стійкості фахівців, формування навичок емоційної саморегуляції, розвиток професійних ресурсів та запобігання накопиченню вторинного травматичного стресу. Програма побудована з урахуванням отриманих емпіричних результатів, які засвідчили наявність середнього рівня вторинної травматизації у більшості респондентів, а також підвищену вираженість симптомів уникання, інтрузій і емоційного виснаження. Метою програми є підвищення рівня професійної стійкості та формування навичок ефективної психогігієни у психологів, які працюють з травматичним досвідом клієнтів, шляхом розвитку навичок

саморегуляції, емоційного усвідомлення, професійного балансування та оптимізації робочих механізмів подолання вторинного травматичного стресу. Ці зустрічі передбачають формування розуміння природи ВТС; розвиток навичок розпізнавання та корекції власних емоційних реакцій; зниження ризику уникання та інтрузивних переживань; формування стабільних професійних меж; оптимізацію взаємодії з травматичним матеріалом.

Перша зустріч. Метою є формування базового розуміння вторинного травматичного стресу та його ключових проявів, а також усвідомлення психологами власної вразливості до вторинної травматизації у професійній діяльності. Учасники мають зрозуміти механізми виникнення ВТС, його відмінність від вигорання та емоційного виснаження, а також значення емоційного резонування з клієнтським досвідом. Для проведення зустрічі використовуються психоедукаційні матеріали: коротка презентація з визначеннями та симптомами ВТС, інфографіка про механізм його формування та рефлексивна техніка «емоційного термометра», яка допомагає учасникам оцінити власний рівень емоційного напруження. Додатково застосовується метод групового обговорення, що дозволяє учасникам співставити поданий матеріал із власним досвідом роботи з травмою та нормалізувати індивідуальні реакції. Інструкція для учасників передбачає уважне ознайомлення з інформацією, рефлексію власних емоційних реакцій та готовність поділитися спостереженнями щодо впливу роботи з травматичними історіями на їхній стан. Наголошується на добровільності участі, конфіденційності та нейтрального обговорення. Завершується зустріч коротким підведенням підсумків та формуванням учасниками особистих очікувань від подальших занять програми.

Мета *другої зустрічі* – ознайомлення психологів із базовими техніками емоційної саморегуляції, які можуть знижувати рівень напруги після роботи з травматичними випадками. Учасники мають навчитися розпізнавати ранні ознаки емоційного перенавантаження та використовувати прості вправи для стабілізації стану. Для цього застосовуються техніки майндфулнес, дихальні

вправи та тілесні практики, спрямовані на зняття м’язової напруги. Тренер демонструє короткі вправи на усвідомлене дихання, розслаблення плечового пояса та фокусування уваги. Інструкція передбачає виконання вправ у комфортному темпі, з орієнтацією на власні відчуття, а також рефлексію того, які техніки є найбільш ефективними для кожного учасника. Наприкінці відбувається коротке обговорення можливостей застосування цих методів у щоденній професійній практиці.

Третя зустріч. Формування в учасників навички підтримання професійної дистанції під час взаємодії з клієнтами, що пережили травму. Учасники досліджують власні труднощі у встановленні меж та розуміють, як надмірна емпатійність може підсилювати ризик ВТС. Використовуються інструменти рефлексивного аналізу, вправа на визначення «особистісного простору», а також метод аналізу типових ситуацій, у яких психолог може втрачати професійну дистанцію. Інструкція передбачає обговорення власного досвіду, усвідомлення індивідуальних тригерів та розробку більш здорової моделі комунікації з клієнтами. Зустріч завершується формуванням рекомендацій щодо підтримання чітких меж у професійній діяльності.

Четверта зустріч – сформувати розуміння природи професійного вигорання та його взаємозв’язку з вторинним травматичним стресом. Учасники аналізують власний рівень виснаження та ідентифікують фактори, що призводять до хронічної перевтоми. Для цього застосовуються методи самооцінки, міні-тест на вигорання та короткі вправи на планування оптимального робочого навантаження. Інструкція включає аналіз щоденного графіка, виявлення перевантажених зон та формування індивідуальних стратегій відновлення. Учасники отримують рекомендації щодо балансу між роботою та особистим життям.

П’ята зустріч. Метою цієї зустрічі є усвідомлення ролі тілесних реакцій у розвитку вторинного травматичного стресу та освоєння простих соматичних технік для саморегуляції. Використовуються вправи на «заземлення», техніки тілесної усвідомленості, м’які рухові практики для

зниження напруги. Учасники навчаються помічати тілесні сигнали перевантаження та адекватно реагувати на них. Інструкція передбачає поступове виконання вправ, уважне ставлення до власного фізичного стану та коротке обговорення того, які техніки викликають найбільше відчуття стабільності.

Шоста зустріч спрямована на розвиток навички усвідомленої присутності в роботі та здатності не втягуватися у травматичні переживання клієнта. Для цього використовуються короткі медитативні практики, вправи на фокусування уваги та спостереження за власними думками без оцінювання. Інструкція передбачає виконання вправ у спокійній атмосфері, з концентрацією на диханні або сенсорних відчуттях. Учасникам пропонується відрефлексувати, як майндфулнес може допомогти зберігати внутрішню стійкість у складних професійних ситуаціях.

Сьома зустріч. Метою зустрічі є підкреслення важливості супервізії та інтервізії як інструментів профілактики вторинного травматичного стресу. Учасники знайомляться з моделями супервізійної підтримки та аналізують власний досвід отримання професійної допомоги. Використовується формат міні-інтервізії: обговорення складних випадків у безпечному середовищі та отримання зворотного зв’язку. Інструкція полягає у дотриманні конфіденційності, фокусуванні на професійних труднощах та пошуку конструктивних рішень. Зустріч допомагає учасникам усвідомити важливість регулярної супервізії.

На *восьмій зустрічі* увага учасників спрямована на зміцнення особистісних ресурсів психолога та підвищення здатності відновлюватися після стресових професійних ситуацій. Для цього застосовуються техніки виявлення сильних сторін, вправи на формування позитивних установок та методи розвитку самоспівчуття. Інструкція орієнтує учасників на рефлексію власного досвіду подолання труднощів і формування нових стратегій психологічної стійкості. Обговорення сприяє усвідомленню індивідуальних ресурсів і способів їх відновлення.

Дев'ята зустріч спрямована на навчання учасників будувати власну систему регулярного відновлення після роботи з травмою. Використовуються інструменти планування, техніки відстеження емоційного стану та створення особистого плану самодопомоги. Інструкція передбачає складання індивідуального графіка відпочинку, включення ресурсних активностей і визначення маркерів, які сигналізують про потребу в паузі. Учасники формують власні правила професійної гігієни.

Десята та завершальна зустріч присвячена інтеграції набутих навичок. Психологи узагальнюють власні зміни, формують індивідуальні плани профілактики вторинного травматичного стресу та визначають особисті маркери емоційного стану. Відбувається підсумкове осмислення роботи, зміцнення мотивації до подальшої професійної саморегуляції.

3.2 Програма самодопомоги практикуючих психологів

Професійна діяльність психологів, які працюють із травматичними подіями, передбачає високий рівень емоційного навантаження, що зумовлює необхідність застосування ефективних індивідуальних стратегій саморегуляції. Перлман Л. А. та Сааквітне К. В. [69] (1995) підкреслюють – саме здатність фахівця підтримувати внутрішню рівновагу, здійснювати емоційне "ресурсування" та зберігати професійні межі виступає ключовим захисним чинником від вторинної травматизації. Ураховуючи виявлені тенденції – передусім домінування середніх і підвищених рівнів інтрузій, уникання та вигорання – виникає потреба у створенні технік, здатних знизити емоційне перенавантаження та попередити прогресування вторинної травматизації.

На основі узагальнення теоретичних підходів та практичних рекомендацій, а також з урахуванням специфіки роботи українських психологів у кризових умовах, у межах даного дослідження було запропоновано кілька технік саморегуляції.

Однією з базових технік, що демонструє високу ефективність у зниженні рівня фізіологічної збудливості, є комплекс «Grounding-практик». У межах підходу, описаного Б. Ротшильд, заземлення розглядається як спосіб стабілізації нервової системи за допомогою сенсорних опор. Його застосування дозволяє фахівцеві швидко повернутися у відчуття «тут-і-тепер», переключити увагу із внутрішнього напруження на зовнішню реальність та відновити контроль над тілесними реакціями. Як правило, техніка містить фокусування на відчуттях опори ступнями, усвідомлення контакту тіла з поверхнями, коротку орієнтацію на три зовнішні об’єкти або спостереження за рухом власного дихання. Стандартною інструкцією є м’яке, але уважне занурення у тілесний досвід із фокусом на стабільності та опорі. Регулярне практикування заземлення зменшує гіперзбудливість, тривожність і соматичні прояви стресу, що особливо актуально для психологів із середнім або підвищеним рівнем фізіологічної активації, зафіксованої в емпіричній частині дослідження.

Для зменшення інтенсивності інтрузивних переживань одним із найбільш ефективних інструментів є техніка «Контейнер» (Ogden, Minton & Pain (2006) Trauma and the Body.), відома у соматично орієнтованій терапії. Її застосування дозволяє фахівцеві ментально «відкласти» частину травматичного матеріалу, який залишився після сесії та продовжує емоційно зачіпати. Інструкція до техніки передбачає уявне створення міцної, надійної ємності – коробки, сейфа чи скрині – у яку психолог певним чином «переміщує» важкі образи чи емоції після роботи. Процес супроводжується внутрішнім висловлюванням наміру тимчасового збереження цього досвіду до моменту, коли фахівець матиме достатньо ресурсу для подальшого опрацювання. Така ментальна структура виконує функцію психологічного бар’єра, що знижує частоту нав’язливих думок і покращує емоційне завершення робочого дня.

Окремим напрямом підтримки емоційної регуляції є прогресивна м’язова релаксація Е. Джекобсона, яка тривалий час використовується у

психофізіології стресу. Її суть полягає у циклічному напруженні та послідовному розслабленні окремих груп м’язів, що сприяє зниженню загального фізичного напруження та відновленню балансу нервової системи. Інструкція до техніки передбачає повільне, свідоме напруження м’язів протягом кількох секунд із подальшим глибоким відпусканням. Для психологів, які працюють у контексті війни та перебувають у стані хронічної тривоги чи порушень сну, ця техніка може стати стабілізувальним засобом відновлення.

Додатковим інструментом роботи зі стресом виступає практика ведення емоційного щоденника. Дослідження свідчать, що вербалізація переживань зменшує інтенсивність активності мозкових центрів, відповідальних за обробку емоційних реакцій. Запис коротких нотаток після складних сесій – наприклад, описання того, що викликало напруження, які емоції виникли, які потреби постали на перший план – дозволяє структурувати досвід і знижує потребу у психологічному униканні. Інструкція ґрунтується на принципі щирої, але короткої фіксації емоційних станів без їх детального аналізу, що дозволяє запобігати накопиченню емоційного матеріалу.

Додатковим інструментом роботи зі стресом виступає практика ведення емоційного щоденника. Дослідження свідчать, що вербалізація переживань зменшує інтенсивність активності мозкових центрів, відповідальних за обробку емоційних реакцій. Запис коротких нотаток після складних сесій – наприклад, описання того, що викликало напруження, які емоції виникли, які потреби постали на перший план – дозволяє структурувати досвід і знижує потребу у психологічному униканні. Інструкція ґрунтується на принципі щирої, але короткої фіксації емоційних станів без їх детального аналізу, що дозволяє запобігати накопиченню емоційного матеріалу.

Висновки до розділу 3.

У третьому розділі магістерської роботи було узагальнено теоретичні підходи та практичні рекомендації щодо профілактики вторинного травматичного стресу у психологів, а також запропоновано комплекс індивідуальних та організаційних стратегій самозбереження. Зіставлення цих рекомендацій з отриманими у дослідженні емпіричними даними засвідчило, що профілактичні заходи повинні бути спрямовані передусім на роботу з тими компонентами вторинної травматизації, які виявилися найбільш вираженими у вибірці: уникання, інтрузії та емоційне виснаження, підтверджене середніми показниками вигорання. Проаналізовані організаційні стратегії продемонстрували свою високу релевантність у контексті виявлених у вибірці тенденцій. Супервізія, визначають як ключовий захисний механізм для фахівців допомагаючих професій, є особливо важливою для психологів з вираженими симптомами уникання та інтрузій. Також було зіставлено повноцінну програму для професійного запобігання технік саморегуляції, які безпосередньо відповідають структурі виявлених симптомів.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що ефективна профілактика вторинного травматичного стресу повинна включати дві взаємопов’язані складові: організаційну підтримку, яка забезпечує професійний простір для опрацювання складних випадків, та індивідуальні техніки саморегуляції, що дозволяють психологу оперативно знижувати рівень емоційного напруження. Запропонований у роботі комплекс методів має практичне значення та може бути впроваджений у діяльність фахівців, що працюють із травмою, сприяючи зниженню ризиків вторинної травматизації і зміцненню професійної стійкості.

ВИСНОВКИ

У виконаній кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретичне та емпіричне дослідження психологічних чинників вторинного травматичного стресу у практикуючих психологів, що дало змогу всебічно охарактеризувати походження цього явища, визначити його структурні компоненти та виявити особливості впливу емоційних, професійних і особистісних факторів на його розвиток. Теоретичний аналіз літератури засвідчив, що вторинний травматичний стрес є психоемоційним станом, який формується унаслідок систематичного контакту фахівця з травматичними історіями клієнтів та визначається механізмами емпатійної включеності, професійного та емоційного виснаження. Узагальнення наукових моделей, а також сучасних емпіричних досліджень дозволило уточнити, що найбільш вразливими компонентами ВТС є інтрузії, уникання та фізіологічна збудливість, які у різний спосіб відображають процеси внутрішнього засвоєння травматичного досвіду.

У ході емпіричної частини роботи було досліджено показники ВТС у вибірці з практикуючих психологів за допомогою шкали емпатії. Отримані результати засвідчили, що у професійній групі переважають середні рівні вторинного травматичного стресу, а саме 81,3%, тоді як 18,7% продемонстрували високі показники, що вказує на наявність реальної групи ризику серед психологів. Найбільш вираженим симптомом виявилося уникання, високі значення якого спостерігалися у 40,6% респондентів. Показники інтрузій також виявилися підвищеними у частини вибірки, а фізіологічна збудливість у більшості психологів перебувала на середньому рівні. Водночас було встановлено, що рівень емпатії у вибірці є дуже високим, що є важливим предиктором вторинної травматизації та підтверджує теоретичні положення про двоспрямований характер емпатії як ресурсу й чинника вразливості.

Результати аналізу якості професійного життя засвідчили, що психологи характеризуються середнім рівнем задоволеності співчуттям, але водночас демонструють помітні ознаки професійного виснаження, яке, згідно з отриманими кореляційними зв’язками, тісно пов’язане з тенденцією до уникання та зниження емоційної регуляції. Виявлені у дослідженні зв’язки між емпатією, вигоранням та компонентами ВТС підтверджують концептуальні моделі і свідчать про взаємозумовленість емоційної включеності, виснаження та вторинної травматизації.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання їх для створення програм профілактики вторинного травматичного стресу, організації супервізійної підтримки та оптимізації професійного середовища психологів, які працюють із травмою.

Співвіднесення емпіричних даних із сучасними підходами до профілактики дозволило визначити конкретні напрями психогігієнічної і психопрофілактичної роботи, що враховують вираженість симптомів у вибірці: інтеграцію технік заземлення, контейнеризації емоційних образів, майндфулнес-процедур, практик самоспівчуття та ритуалів підтримання професійних меж. Запропоновані рекомендації можуть використовуватися в діяльності психологічних служб, у волонтерських та кризових командах, а також у підготовці майбутніх фахівців.

Отримані результати можуть бути початком для подальших досліджень у галузі вивчення вторинної травматизації, зокрема шляхом розширення вибірки до різних професійних груп, здійснення аналізу динаміки вторинної травматизації, вивчення ролі професійних та особистісних ресурсів стійкості, оцінювання ефективності конкретних інтервенцій та розробки стандартизованих програм профілактики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адлер А. Практика і теорія індивідуальної психології. Київ : Основи, 1997. 284 с.

2. Американська психологічна асоціація. Діагностика та лікування ПТСР: Клінічні рекомендації. Київ : Укр. центр, 2020. 112 с.

3. Василенко Т. С. Психологічні наслідки травматичного досвіду: сучасні підходи. *Науковий вісник ХДУ*. 2021. № 32. С. 112–119.

4. Вайскопф М. Робота психолога в умовах воєнної травми. Львів : Світ, 2023. 214 с.

5. Гресь О. М. Психотерапевтична робота з травмою війни: методичні рекомендації. Київ : Ніка-Центр, 2022. 98 с.

6. Денисенко Є. А., Пенькова Н. В., Медведєва О. М. Психологічні чинники стресостійкості фахівців допомагаючих професій. *Психологія особистості*. 2020. № 2. С. 45–58.

7. ДСТУ 8302:2015. Бібліографічне посилання. Загальні положення. Київ : Мінекономрозвитку, 2016.

8. Емоційна підтримка фахівців, що працюють з травмою: методичний посібник / ред. О. Герасименко. Київ : УНІК, 2023. 140 с.

9. Журавльов А. Л. Травматичний стрес: сучасні моделі та інтервенції. Харків : Право, 2021. 256 с.

10. Іллюк О. М. Психологічна стійкість фахівців у роботі з жертвами війни. *Проблеми сучасної психології*. 2022. № 57. С. 130–142.

11. Ковальчук О. Л. Вторинна травматизація психологів у роботі з ВПО. *Український психологічний журнал*. 2023. № 2. С. 50–61.

12. Кокун О. М. Психологічна підготовка фахівців екстрених служб. Київ : НДІПП, 2019. 180 с.

13. Крайнюк Н. Е. Психологія професійного вигорання. Київ : Академвидав, 2016. 280 с.

14. Матвієнко С. М. Супервізія у діяльності практичного психолога. *Вісник ХНПУ*. 2022. Вип. 72. С. 130–138.

15. Медведєва О. М. Психологічні наслідки професійної діяльності фахівців кризових служб. *Проблеми сучасної психології*. 2019. № 44. С. 215–224.

16. Молода наука 2025: Збірник тез конференції. Запоріжжя : ЗНУ, 2025. 156 с.

17. Мусієнко О. Психологічна підтримка цивільних під час війни. Київ : Логос, 2023. 128 с.

18. Мьослер Т., Поппек С., Леонгард К., Коллет В. Reflective Skills, Empathy, Wellbeing, and Resilience in Cognitive-Behavior Therapy Trainees Participating in Mindfulness-Based Self-Practice/Self-Reflection. *Psychological Reports*. 2022. Т. 126, № 6. С. 2648–2668.

19. Нещерет Л. Вторинний травматичний стрес у практичних психологів. *Психологія і суспільство*. 2022. № 3. С. 101–109.

20. Охредько Н. Психологічні інтервенції у роботі з травмою війни. Київ : Дух і Літера, 2023. 176 с.

21. Пенькова Н. В. Стресостійкість фахівців соціальної сфери. *Соціальна психологія*. 2021. № 2. С. 55–63.

22. Пирогов В. Основи кризової інтервенції. Дніпро : Університет ДФС, 2020. 204 с.

23. Психологічна допомога в умовах війни: міжнародні стандарти. Київ : ООН Жінки, 2023. 92 с.

24. Романова Л. Варіабельність симптомів вторинної травми у психологів. *Практична психологія і соціальна робота*. 2021. № 6. С. 27–33.

25. Степанова І. Вторинна травматизація фахівців у роботі з військовими. *Вісник ОНУ*. 2023. № 28. С. 88–96.

26. Супервізія в психологічній практиці: український стандарт. Київ : Українська психологічна асоціація, 2023. 63 с.

27. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості в умовах криз. Київ : Либідь, 2017. 240 с.

28. Українська асоціація фахівців з подолання наслідків травматичних подій. Методичні рекомендації з роботи з постраждалими. Київ, 2022.

29. Юрченко І. Психологічна допомога військовим: практичні підходи. Київ : КНЕУ, 2023. 144 с.

30. Яворська В. Психічні стани фахівців допомагаючих професій у період війни. *Актуальні проблеми психології.* 2023. № 17. С. 44–53.

31. Яценко Т. С. Психодинамічне консультування. Київ : Либідь, 2015. 368 с.

32. Adams S. A. Compassion fatigue in nurses: A systematic review. *Applied Nursing Research*. 2006.

33. Aldad T., Barkai A. Trauma overload. *Frontiers in Psychology*. 2021.

34. Batson C. D. The altruism question. Hillsdale : Erlbaum, 1991.

35. Bernard J. M., Goodyear R. K. Fundamentals of Clinical Supervision. Boston : Pearson, 2014.

36. Bonanno G. A. Loss, trauma and resilience. *American Psychologist*. 2004.

37. Bowlby J. Attachment and Loss. New York : Basic Books, 1969.

38. Bride B. E. Secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*. 2007.

39. Bride B. E. The Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*. 2004.

40. Burnett H. Emotional labour and therapist wellbeing. *Counselling Psychology Quarterly*. 2019.

41. Cieslak R. Secondary traumatic stress: Meta-analysis. *Traumatology*. 2014.

42. Cloitre M. Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation. *Journal of Traumatic Stress*. 2010.

43. Courtois C. Healing the Incest Wound. New York : Norton, 1999.

44. Davis M. H. Empathy: A Social Psychological Approach. Boulder : Westview Press, 1996.

45. Decety J. The Neurodevelopment of Empathy. Cambridge : MIT Press, 2011.

46. Figley C. R. Compassion Fatigue. New York : Brunner/Mazel, 1995.

47. Figley C. R. Compassion fatigue theory. *Stress, Trauma & Crisis*. 2002.

48. Foa E. B., Kozak M. J. Emotional processing theory. *Journal of Abnormal Psychology*. 1986.

49. Freud S. Beyond the Pleasure Principle. *Standard Edition*. 1920.

50. Gilbert P. Compassion Focused Therapy. London : Routledge, 2010.

51. Hawkins P., Shohet R. Supervision in the Helping Professions. Berkshire : Open University Press, 2012.

52. Herman J. Trauma and Recovery. New York : Basic Books, 1992.

53. Hoffman M. L. Empathy and Moral Development. Cambridge : Cambridge University Press, 2000.

54. Jacobson E. Progressive Relaxation. Chicago : University of Chicago Press, 1938.

55. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions. *Clinical Psychology*. 2003.

56. Killian K. Helping profession stress and coping. *Clinical Social Work Journal*. 2008.

57. Knight C. Trauma-informed supervision. *The Clinical Supervisor*. 2013.

58. Lanius R. Neurobiology of trauma. *Biological Psychiatry*. 2015.

59. Levine P. A. Waking the Tiger. Berkeley : North Atlantic Books, 1997.

60. Lieberman M. D. Affect labeling reduces amygdala activation. *Psychological Science*. 2007.

61. Linehan M. M. DBT Skills Training Manual. New York : Guilford Press, 2015.

62. Masten A. S. Ordinary magic. Development and Psychopathology. 2001.

63. McCann I. L., Pearlman L. A. Vicarious traumatization. *Journal of Traumatic Stress*. 1990.

64. Meichenbaum D. Roadmap to Resilience. Clearwater : Meichenbaum Institute, 2012.

65. Miller L. Countertransference in trauma treatment. *American Journal of Psychotherapy*. 2012.

66. Neff K. Self-Compassion. New York : HarperCollins, 2011.

67. Newman E. Stress and trauma in crisis workers. *Journal of Trauma*. 2010.

68. Ogden P., Minton K., Pain C. Trauma and the Body. New York : Norton, 2006.

69. Pearlman L. A., Saakvitne K. W. Trauma and the Therapist. New York : Norton, 1995.

70. Perry B. The Boy Who Was Raised as a Dog. New York : Basic Books, 2006.

71. Porges S. W. The Polyvagal Theory. New York : Norton, 2011.

72. Stamm B. H. *The Concise ProQOL Manual*. 2-е вид. Pocatello, ID: ProQOL.org, 2010.

ДОДАТКИ

Додаток А

«Бланк опитувальника «Шкала емоційного відгуку» (А. Меграбян, Н. Епштейн)

Інструкція: Оцініть кожне твердження за шкалою від 1 до 5, де:

1 – зовсім не згоден(на), 2 – швидше не згоден(на), 3 – важко відповісти / частково згоден(на), 4 – переважно згоден(на), 5 – повністю згоден(на).

Будь ласка, відзначте одну відповідь у кожному пункті.

Твердження:

1. Я легко відчуваю емоційний стан інших людей.
2. Мені складно залишатися байдужим до переживань оточуючих.
3. Я інтенсивно реагую на емоційний настрій групи.
4. Мені важко стримувати сльози, коли бачу, що хтось плаче.
5. Я часто переймаюся проблемами інших.
6. Я співпереживаю героям фільмів чи книг.
7. Емоції інших людей впливають на мій власний настрій.
8. Я здатний(на) відчувати біль іншої людини.
9. Перебуваючи поруч із засмученою людиною, я теж засмучуюсь.
10. Мені важко залишатися спокійним(ою) поряд із людиною, яка нервує.
11. Я легко відчуваю емоційний дискомфорт у співрозмовника.
12. Я гостро реагую на несправедливість щодо інших.
13. Я емоційно відгукуюся на переживання навіть незнайомих людей.
14. Я вразливий(а) до емоційних переживань інших.
15. Я часто переймаюсь проблемами друзів більше, ніж своїми.
16. Складно залишатися нейтральним(ою) у конфліктних ситуаціях.

17. Я відчуваю емоційний зв’язок із людьми в стресових ситуаціях.
18. Я переживаю сильний дискомфорт, коли бачу чужі страждання.
19. Я легко вловлюю настрій інших людей без слів.
20. Я дуже чутливий(а) до емоційної атмосфери в колективі.
21. Я не можу залишитися осторонь, коли хтось потребує допомоги.
22. Мені складно розслабитися після емоційних бесід.
23. Я відчуваю втому після тривалих розмов про проблеми інших.
24. Я часто емоційно занурююсь у ситуацію співрозмовника.
25. Мені легко уявити, що відчуває інша людина.

Додаток Б

Опитувальник професійної якості життя ProQOL-5

(B. Stamm, 2010)

Інструкція: Оберіть варіант відповіді, що найбільше відповідає частоті вашого стану за останні 30 днів.

0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – інколи, 3 – часто, 4 – дуже часто.

Твердження:

1. Я отримую задоволення від своєї роботи.
2. Я відчуваю, що моя робота має позитивний вплив на інших.
3. Я відчуваю себе виснаженим(ою) через роботу.
4. Я відчуваю стрес, працюючи з людьми, які пережили травму.
5. Я допомагаю людям справлятися з їхніми труднощами.
6. Я засмучуюсь через переживання моїх клієнтів.
7. Моє життя збіднюється через мою роботу.
8. Я пишаюся тим, що роблю.
9. Я часто думаю про складні випадки поза роботою.
10. Я відчуваю співчуття до клієнтів.
11. Я відчуваю роздратування через роботу.
12. Я відчуваю, що хочу уникати певних клієнтів.
13. Я відчуваю себе морально виснаженим(ою).
14. Я відчуваю себе емоційно виснаженим(ою).
15. Я відчуваю страх через те, що пережили мої клієнти.
16. Я відчуваю задоволення від допомоги іншим.
17. Я уникаю думок про роботу.
18. Я починаю втрачати енергію.
19. Я відчуваю, що мої клієнти завдають мені емоційної шкоди.
20. Я важко засинаю, думаючи про роботу.
21. Я глибоко співпереживаю своїм клієнтам.
22. Я відчуваю, що досягнув(ла) значущих результатів.

23. Я відчуваю, що мої клієнти пригнічують мене.
24. Я уникаю певних тем через роботу.
25. Мене “накривають” емоції після складної сесії.
26. Я уникаю ситуацій, що нагадують мені про клієнтів.
27. Я відчуваю потребу взяти паузу від роботи.
28. Я відчуваю тривогу через роботу.
29. Моє емоційне життя впливає на мою професійну діяльність.
30. Я відчуваю співчуття до інших людей навіть поза роботою.

(Субшкали: Задоволеність співчуттям, Вигорання, Вторинний травматичний стрес)

Додаток В

Шкала вторинного травматичного стресу STSS (Bride, 2004)

Інструкція. Оцініть, як часто протягом останнього тижня ви відчували наведені стани.

0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – інколи, 3 – часто, 4 – дуже часто.

Твердження:

1. Я мав(ла) нав’язливі спогади про досвід моїх клієнтів.
2. Мені снилися події, пов’язані з історіями клієнтів.
3. Я уникав(ла) те, що нагадувало про переживання клієнтів.
4. Я уникав(ла) взаємодії, яка могла повернути думки про травматичний досвід інших.
5. Я відчував(ла) сильну емоційну реакцію, думаючи про досвід клієнтів.
6. Я відчував(ла) фізичну напругу через згадування складних випадків.
7. Я відчував(ла) труднощі з концентрацією уваги.
8. Я був(ла) надмірно пильним(ою).
9. Я відчував(ла) підвищене серцебиття чи напруження, коли згадував(ла) робочі випадки.
10. Я почував(лась) виснаженим(ою), думаючи про клієнтів.
11. Я уникав(ла) професійних ситуацій, що викликали спогади.
12. Я відчував(ла) емоційне оніміння.
13. Я відчував(ла) труднощі зі сном через думки про клієнтів.
14. Я злився(лась) через історії клієнтів.
15. Я був(ла) надзвичайно чутливим(ою) до нагадувань про їхній досвід.
16. Я відчував(ла) втручання нав’язливих образів у повсякденне життя.
17. Мої стосунки з іншими погіршилися через робоче навантаження.

(Субшкали: Інтрузії, Уникання, Фізіологічна збудливість)