

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
«КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ»  
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНИХ НАУК І СОЦІАЛЬНИХ  
ТЕХНОЛОГІЙ

Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
освітньо-кваліфікаційний рівень — магістр

на тему:

**«ВТОМА ВІД СПІВЧУТТЯ У ФАХІВЦІВ СФЕРИ  
ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ»**

Виконала: студентка 2-го року навчання,  
напряму підготовки 053 Психологія

Зоріна Ольга Олександрівна

Науковий керівник: Чернобровкін В. М.,  
доктор психол. наук, професор

Рецензент: Чорна Л. Г.

Кваліфікаційна робота захищена  
з оцінкою «\_\_\_\_\_»

Секретар ДЕК Музиченко Л. В.

«14» червня 2023 р.

Київ — 2023

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ВТОМИ ВІД СПІВЧУТТЯ....	6
1.1. Поняття, історія дослідження та фактори ризику виникнення втоми від співчуття .....	6
1.2. Особливості роботи фахівців психосоціальної підтримки в умовах військових конфліктів .....	19
1.3. Концептуалізація понять негативних емоційних станів фахівців психосоціальної підтримки.....	24
Висновки до розділу 1.....	32
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВТОМИ ВІД СПІВЧУТТЯ У ФАХІВЦІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	34
2.1. Загальна характеристика методів і методик дослідження.....	34
2.2. Результати діагностики та їх інтерпретація.....	37
Висновки до розділу 2.....	47
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПРИ ВТОМИ ВІД СПІВЧУТТЯ У ФАХІВЦІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ.....	49
3.1. Програма психологічного супроводу при втомі від співчуття у фахівців психосоціальної підтримки.....	49
3.2. Практичні психологічні рекомендації із запобігання та корекції втоми від співчуття.....	69
Висновки до розділу 3.....	75
ВИСНОВКИ .....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	80
ДОДАТКИ.....	86

## ВСТУП

**Актуальність.** Існує велика кількість публікацій на тему психологічної травми та роботи з нею. Проте, недостатня увага приділяється наслідкам цієї роботи для людей, що допомагають іншим пережити труднощі, та «ціну турботи», яку вони платять. Спеціалісти з психосоціальної підтримки часто зіштовхуються з високим рівнем травматичного досвіду, страждання та емоційної напруги під час надання допомоги людям. Це призводить до розвитку низки негативних емоційних станів, зокрема — втоми від співчуття.

Повномасштабна війна рф проти Україні створила унікальну ситуацію, коли помічники (психологи, психотерапевти, соціальні працівники, медичні працівники, волонтери тощо) переживають спільну травму з людьми, яким вони допомагають. Руйнування звичного способу життя та світосприйняття, значне збільшення об'єму роботи, велика кількість підопічних, що страждають, постійні свідчення жахів війни може стати додатковим ризиком розвитку втоми від співчуття фахівця, що в свою чергу призводить до погіршення фізичного, психоемоційного та ментального стану.

Розуміння та вирішення проблеми втоми від співчуття дозволяє виявити її ознаки та симптоми, фактори ризику та ефективні стратегії подолання, що врешті-решт сприятиме запобіганню вигорання та покращенню психологічного благополуччя фахівців; підвищить якість та ефективність надання ними послуг і забезпечить стійку та надійну систему підтримки для постраждалих від війни; надасть цінні відомості для організацій та установ, які займаються психосоціальною підтримкою, що допоможе впровадити ефективніші протоколи роботи та програми навчання, які враховують потенційний вплив втоми від співчуття на якість життя їхніх співробітників, зменшить плінність кадрів та покращить загальну результативність їх зусиль.

Вивчення та дослідження негативних емоційних станів помічників, та втоми від співчуття зокрема, порівняно нещодавно привернуло увагу науковців. Дослідниками, що сформулювали фундаментальні основи вивчення даного

явища були С. R. Figley, В. Н. Stamm, В. J. Bride, Р. Valent, S. K. Coetzee, Н.С. Klopper, S. R. Jenkins та S. Baird, L. A. Pearlman, К. W. Saakvitne та ін.

В україномовній академічній літературі цей феномен майже не досліджувався, проте слід відмітити роботи Лазос Г. П. та Кісарчук З. Г., Болотової О. М., а також Титаренко Т. М., Коробіциної М. Б., Вознесенської О. Л., Бевз Г. М., та Лазаренко О. В., які вивчали психологічне благополуччя фахівців допомагаючих професій.

Отже, актуальність та недостатня розробленість даної проблеми зумовили вибір теми магістерського дослідження «Втома від співчуття у фахівців сфери психосоціальної підтримки в умовах війни в Україні».

**Об'єкт дослідження** — феномен втоми від співчуття.

**Предмет дослідження** — психологічні особливості втоми від співчуття у фахівців сфери психосоціальної підтримки в умовах війни в Україні.

**Мета дослідження** — теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості втоми від співчуття у фахівців сфери психосоціальної підтримки в умовах війни в Україні, а також розробити програму психологічного супроводу даного явища.

**Завдання дослідження.**

1. Здійснити теоретичний аналіз психологічних особливостей феномену втоми від співчуття у фахівців психосоціальної підтримки; провести концептуалізацію ключових понять негативних емоційних станів фахівців психосоціальної підтримки.
2. Емпірично дослідити фактори, що впливають на розвиток втоми від співчуття у фахівців сфери психосоціальної підтримки в умовах війни в Україні.
3. Розробити програму психологічного супроводу, спрямовану на попередження втоми від співчуття у спеціалістів психосоціальної підтримки.

**Гіпотезу** дослідження склали пропущення про те, що робота в умовах повномасштабної війни, коли фахівці психосоціальної підтримки переживають

спільну травматичну ситуацію з тими, кому вони допомагають, може сприяти розвитку у них втоми від співчуття.

**Наукова новизна дослідження** полягає в розширенні та доповненні теоретичної бази досліджень щодо проблеми втоми від співчуття у спеціалістів допомагаючих професій, а також встановленні внутрішніх та зовнішніх факторів розвитку втоми від співчуття у фахівців психосоціальної підтримки в умовах повномасштабної війни.

**Практична значущість дослідження** полягає в тому, що теоретичні та емпіричні дані магістерської роботи можуть бути використаними спеціалістами психосоціальної підтримки з метою підвищення рівня їх психологічного благополуччя, а також у розробці програм психологічного супроводу та психологічних рекомендацій.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ВТОМИ ВІД СПІВЧУТТЯ

### 1.1. Поняття, історія дослідження та фактори ризику виникнення втоми від співчуття

Вперше діагноз ПТСР було виведено в DSM-III в 1980 році як опис шкідливого біопсихосоціального впливу емоційної травми. З тих пір він широко застосовується на практиці та в дослідженнях ментального здоров'я, а також впливає на законодавство та соціальну політику. Проте, Charles Figley помітив, що в дослідженнях психічної травми було мало концептуальної чіткості. Вони рідко розглядали контекстуальні та обставинні фактори такого досвіду. Тоді огляд літератури присвяченій травмі показав, що майже всі сотні доповідей про людей виключали тих, хто зазнав впливу опосередковано або вторинно, а зосереджувались переважно на безпосередніх жертвах. Фокус було спрямовано на тих, кому було заподіяно шкоду, і оминав тих, хто переживає та піклується про цих людей (Figley, 1995). Хоча, за описом ПТСР з DSM-V: Істотною рисою ПТСР є розвиток характерних симптомів після контакту з сильним травматичним стресором, що полягає в прямому особистому переживанні події, що загрожує смертю, наносить серйозне фізичне ушкодження чи містить загрозу фізичній людині; *або в спостережанні події, що спричиняє смерть, фізичне ушкодження або загрозу фізичній цілісності іншої людини; або ж в отриманні інформації (дізнаванні) про раптову чи жорстоку смерть, серйозні ушкодження або загрозу смерті чи травми пережиті членом родини або іншим близьким знайомим* (APA, 2013, с. 271). Однак лише в останні роки було докладено значних зусиль для того, щоб дослідити вплив на того, хто надає допомогу, очевидця переживань, завданих травматичним досвідом.

Одна з перших згадок у науковій літературі про ці наслідки турботи належить Карлу Г. Юнгу в роботі 1907 року *Psychology of Dementia Praecox*. У цьому тексті Юнг обговорює проблеми контрперенесення і особливі труднощі, з якими стикаються аналітики при роботі з психотичними пацієнтами. Особливо неофіти та/або терапевти, які не вирішили власні проблеми розвитку та травматичні питання. Вивчення контрперенесення призвело до появи перших

праць у галузі психотерапії, які систематично досліджували вплив психотерапії на терапевта (Haley, Danieli, Lindy, Wilson & Lindy, Karakashian, Pearlman & Saakvitne) (Gentry & Baranowsky, 2013)

Робота пов'язана зі зменшенням емоційного страждання людей передбачає вбирання у себе інформації про страждання. Часто вона також включає вбирання у себе і самого страждання. Figley помічав як багато його колег та друзів припиняли практику та дослідження бо були не в змозі справитись з болем іншої людини. Ті самі механізми, які роблять травму «заразною» для сім'ї постраждалого спрацьовують між психотерапевтом та клієнтом, що пережив травматичну ситуацію (Figley, 1995).

Поняття «втома від співчуття» було введено Joinson у 1992 році коли вона досліджувала природу вигорання у медсестер у відділенні невідкладної допомоги, які втратили свою «здатність піклуватися», стали відстороненими та ізолювалися, проте вона не формалізувала дане явище.

Будучи емпатичними людьми, які доглядають за пацієнтами, медсестри стверджували, що вони можуть інтерналізувати травматичні стреси людей, яким вони допомагають, і таким чином висловили концепцію «втоми від співчуття» як унікальної форми вигорання, що вражає тих, хто надає допомогу. Згідно з описом Joinson, втома від співчуття — це тип виснаження, який не пов'язаний з незадоволеністю роботою або з розчаруванням у системі (Pehlivan & Güner, 2017).

Пізніше Figley сформулював концепцію втоми від співчуття детально і формально пояснив її як: «Стан напруги та тривоги, пов'язаний з індивідуальними або кумулятивними наративами травми, включаючи наслідки кумулятивного стресу/вигорання, який проявляється в один або більше способів, такими як повторне переживання травматичних подій, уникнення нагадувань про травматичні події або стійке збудження» (Figley, 1995).

Він описав це поняття як природну послідовну поведінку та емоції, що виникають внаслідок знання про травматичну подію, пережиту близькою людиною; стрес в результаті допомоги або бажання допомогти травмованій або

страждаючій людині; стресову реакцію, що включає в себе почуття безпорадності, розгубленості та ізоляції, що виникає раптово і без симптомів. Figley зазначив, що процес втоми від співчуття є синонімом вторинного травматичного стресу і вживати їх можна взаємозамінно, хоча термін *втома від співчуття* є більш помірним і не призводить до такої стигматизації як ВТСП. При цьому, контакт людини з травмованими або страждаючими особами не є настільки травматичним, як ПТСП у випадку втоми від співчуття (Pehlivan, Güner, 2017).

Sorenson та співавтори вважають, що насправді досі незрозуміло, чи є поняття ВТС і ВВС синонімами. Остання є радше станом поступового зменшення співчуття з плином часу (Sorenson et al., 2016).

В. Stamm стверджує, що якість професійного життя помічника має два аспекти, позитивний (задоволення від співчуття) і негативний (втома від співчуття), а втома від співчуття поділяється на два компоненти. Перша частина, пов'язана з вигоранням, складається з таких симптомів таких як виснаження, фрустрація, гнів і депресія. ВТС, що становить другу частину, є негативним станом, який призводить до пов'язаних з роботою травм і страху. Задоволення від співчуття приходить від ситуацій, коли фахівці працюють з травмованими або страждаючими людьми і відчують, що вони успішні у своїй роботі (Stamm, 2002).

Adams та співавтори визначають ВВС як знижену здатність або зацікавленість формального опікуна бути емпатійним або розділяти страждання клієнтів, а також як природну поведінку та емоції, що виникають внаслідок дізнання про травматичну подію пережиту людиною. ВВС асоціюється в першу чергу з клінічним сетінгом та першими реагувальниками на травматичні події (Adams et al., 2006).

Автори також концептуалізують ВВС через структуру стресового епізоду. Згідно цієї структури, складні умови (стресори) зазвичай призводять до і фізіологічної (зміни в нейроендокринній та гормональній системах), і психологічної (зміни когнітивних функцій) реакції людини (Adams et al., 2006).

Професійні групи ризику виникнення втоми від співчуття — це професії, які допомагають людям, наприклад, психологи, психотерапевти, травматерапевти, психіатри, соціальні працівники, вчителі, працівників сфери захисту дітей, юристи, судді, поліцейські, працівники хоспісів, пожежники та бригади екстреної допомоги, медичні сестри, особливо ті, що працюють в декількох особливих сферах, таких як інтенсивна терапія, психічне здоров'я, педіатрія та онкологія (Lee et al., 2014). Для зручності далі в тексті роботи ми будемо називати їх *помічники*.

Втома від співчуття, яка не розпізнається і не регулюється ефективно, є проблематичною, оскільки вона може завдати серйозної психологічної шкоди помічнику, до погіршення догляду за підопічними, зниження задоволеності роботою та плинності кадрів в установі.

Здатність людини до емпатії та здатність налагоджувати терапевтичні стосунки або вступати в них вважається центральним фактором втоми від співчуття. Теоретики стверджують, що люди, які демонструють високий рівень емпатії та емпатійного реагування на біль, страждання чи травматичний досвід пацієнта, більш вразливі до переживання втоми від співчуття.

Зокрема, на цьому припущення базується модель С. Figley. Емпатія та емоційна енергія є рушійною силою в ефективній роботі зі стражданням загалом, створенні та підтримці ефективного терапевтичного альянсу та наданні ефективних послуг, включаючи емпатійну відповідь. Автор пропонує одинадцять змінних, що разом формують каузальну модель, що прогнозує втому від співчуття у психотерапевтів.

*Здатність до емпатії* — це можливість психотерапевта помічати біль інших. Модель припускає, що без емпатії стрес від співчуття буде незначним або взагалі відсутнім, а втоми від співчуття не буде. Однак, без цієї здатності емпатійна відповідь на страждання клієнтів буде слабкою або відсутньою. Таким чином, здатність співпереживати є наріжним каменем як допомоги іншим, так і вразливості перед ціною турботи.

*Емпатійна зацікавленість* — це мотивація відгукнутися на допомогу людям, які її потребують. Здатності до емпатії недостатньо якщо немає мотивації допомагати тим, хто потребує послуг небайдужого психотерапевта. Маючи достатню зацікавленість, емпатичний психотерапевт спирається на свій таланти, підготовку та знання, щоб надавати послуги найвищої якості тим, хто їх потребує.

*Взаємодія з клієнтом* — це переживання емоційної енергії страждань клієнта через безпосередній контакт з ним.

*Емпатійна відповідь* — це міра, до якої психотерапевт докладає зусиль, щоб зменшити страждання людини. Це розуміння почуттів, думок і поведінки клієнта досягається шляхом проектування власного «я» на перспективу клієнта. При цьому психотерапевт може відчувати біль, страх, гнів чи інші емоції, які переживає клієнт. У цьому полягають як переваги, так і затрати такої потужної терапевтичної реакції.

*Стрес від співчуття* — це залишок емоційної енергії від емпатійної реакції на клієнта і постійна потреба в діях, спрямованих на полегшення страждань клієнта. Як і будь-який стрес, при достатній інтенсивності він може негативно впливати на імунну систему людини і якість життя в цілому. Разом з іншими факторами він призводить до втоми від співчуття, якщо психотерапевт не буде контролювати його. Існує два основних способи подолання стресу від співчуття.

*Відчуття досягнення* є одним з факторів, який знижує або запобігає стресу від співчуття і показує, наскільки психотерапевт задоволений своїми зусиллями, спрямованими на допомогу клієнту. Психотерапевт з почуттям досягнення в наданні послуг клієнту вимагає від останнього свідомих, раціональних зусиль, щоб розпізнати, де закінчуються обов'язки психотерапевта і де починається відповідальність клієнта.

*Відстороненість* — ще один фактор, який знижує або запобігає стресу від співчуття. Це ступінь, до якого психотерапевт може дистанціюватися від постійних страждань клієнта між сесіями, на яких надаються послуги.

Здатність психотерапевта відмежуватися від клієнта також вимагає свідомих, раціональних зусиль, щоб визнати, що він або вона повинні «відпустити» думки, почуття і відчуття, пов'язані з сесіями з клієнтом, щоб жити своїм власним життям. Відстороненість — це визнання психотерапевтом важливості турботи про себе і виконання ним цілеспрямованої програми самопомоги.

Якщо дозволити стресу від співчуття накопичитися, не зважаючи на намагання психотерапевта відсторонитися і відчуття задоволення від роботи, останній перебуває в зоні ризику втоми від співчуття. Інші 3 фактори збільшують ризик втоми від співчуття.

*Тривала експозиція* — це постійне відчуття відповідальності по догляду за страждаючими протягом тривалого періоду часу. Ці перерви розглядаються саме як перепочинок від співчуття та емпатії до клієнтів, відпочинок від ролі професійного постачальника послуг.

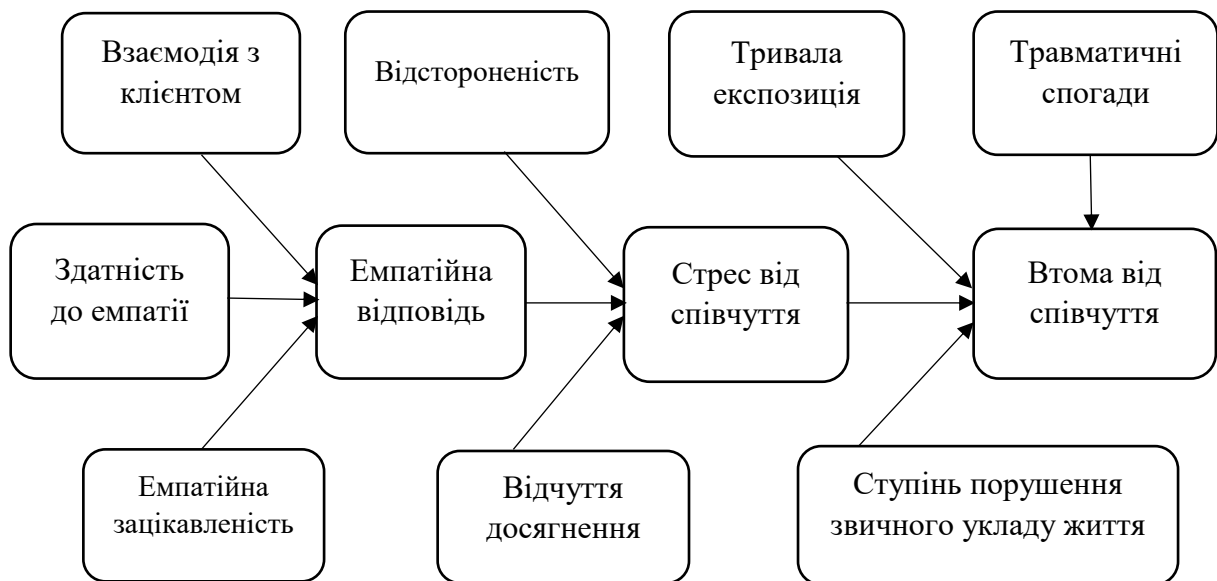


Рис. 1.1.1. Модель втоми від співчуття за С. Figley

*Травматичні спогади* викликають симптоми ПТСР і пов'язані з ним реакції, такі як депресія і тривога. Вони викликають емоційну реакцію, можуть бути спровоковані певними типами клієнтів (досить вимогливими чи небезпечними, або тими, що були особливо пригнічені чи страждали) і переживаннями клієнтів, які пов'язані з травматичними подіями, пережитими психотерапевтом.

*Порушення звичного укладу життя* — як-от хвороба, зміна способу життя, звичної рутини чи режиму, соціального статусу, професійних чи особистих обов'язків — що стаються несподівано і вимагають уваги. Зазвичай такі порушення викликають відчутний, але терпимий рівень дистресу. Однак у поєднанні з іншими сімома факторами, ці збої можуть підвищити ймовірність розвитку у терапевта втоми від співчуття (Figley, 2002).

Обмеження цієї моделі включають акцент на лінійному напрямку, а також бінарний вимір втоми від співчуття, тобто людина або має її, або ні. Цей бінарний вимір здається суперечить поведінковим реакціям людини, де індивіди можуть виражати різний ступінь реакції. Наприклад, людина може не мати втоми від співчуття, але може слабо, помірно або сильно страждати від певної взаємодії з клієнтом. Дослідження ролі особистісних характеристик, таких як життєстійкість і надія, а також характеру стосунків між сім'ями, пацієнтами і медсестрами, а також відповідність моделі втоми від співчуття можуть допомогти додати ясності і глибини одновимірній моделі (Sabo, 2011).

Окрім терапевтичного залучення виділяють чотири причини чому ті, хто працює з травмою, вразливі до втоми від співчуття.

1. Емпатія є значним ресурсом, який вони використовують для допомоги постраждалим. Емпатія важлива для оцінки проблеми та формулювання терапевтичного запиту, адже точку зору клієнта, а також членів його сім'ї, потрібно враховувати. Проте емпатія також являється ключовим фактором у передачі травматичного матеріалу від первинної жертви до другорядної. Процес співпереживання травмованій людині допомагає нам зрозуміти її досвід травмування, але в ході цього процесу помічник також може бути травмованим.

2. Більшість помічників пережили певний травматичний досвід в своєму житті. Часто він може збігатися з тим, чого зазнали ті, кому вони допомагають. Існує небезпека того, що помічник надмірно узагальнює свій досвід і методи подолання труднощів на постраждалого, а також надмірно пропагує ці методи. Не завжди ці засоби працюють для іншої людини.

3. Невирішена травма або внутрішній конфлікт помічника може бути активована розповідями про схожий досвід підопічного і вплинути на поточну поведінку.

4. Дитячі переживання особливо можуть бути тригером для психотерапевтів. Поліціанти, пожежники, фахівці з екстреної медичної допомоги та інші представники екстрених служб повідомляють, що вони найбільш схильні до втоми від співчуття при роботі з болем дітей (Figley, 1995).

Згідно з Coetzee та Klopper, втома від співчуття — це кінцевий результат прогресуючого і кумулятивного процесу, який викликаний тривалим безперервним та інтенсивним контактом з пацієнтами, використанням своєї особистості («use of self») та стресом. Він розвивається зі стану дискомфорту від співчуття, який, якщо його не усунути за допомогою належного відпочинку, призводить до стресу від співчуття, який перевищує рівень витривалості помічників і, зрештою, призводить до втоми від співчуття. Втома від співчуття — це стан, коли енергія співчуття, яка витрачається помічниками, перевищує їхні відновлювальні процеси, і здатність до відновлення втрачається. Всі ці стани проявляються вираженими фізичними, соціальними, емоційними, духовними та інтелектуальними змінами, інтенсивність яких зростає з кожним прогресуючим станом (Coetzee, Klopper, 2010).

Денотативне визначення описує референтне або операційне значення концепту або «сукупність явищ, подій, характеристик, процесів, які існують в реальності і які включаються, коли ми використовуємо це поняття». Денотативне визначення втоми від співчуття було синтезовано на основі емпіричних показників і визначається наступним чином. Втома від співчуття — це кінцевий результат прогресуючого і кумулятивного процесу, який розвивається зі стресу від співчуття після періоду дискомфорту, викликаного тривалим, безперервним та інтенсивним контактом з пацієнтами, використанням власної особистості і впливом стресу. Прояви посилюються з кожним наступним станом, але показовими ознаками втоми від співчуття є фізичні ознаки вигорання, відсутність енергії та схильність до нещасних випадків, емоційні ознаки

нервового зриву, та бажання піти з роботи, апатії та байдужості до пацієнтів, недалекоглядність і незацікавленості в самоаналізі, а також дезорганізованість (Coetzee & Klopper, 2010).

Фізичні симптоми включають втому, занепад сил, зниження працездатності, зниження продуктивності, втрату витривалості та збільшення фізичних скарг. Емоційні наслідки включають зниження ентузіазму, десенсибілізацію, зниження активності, дратівливість та емоційну перенапругу.

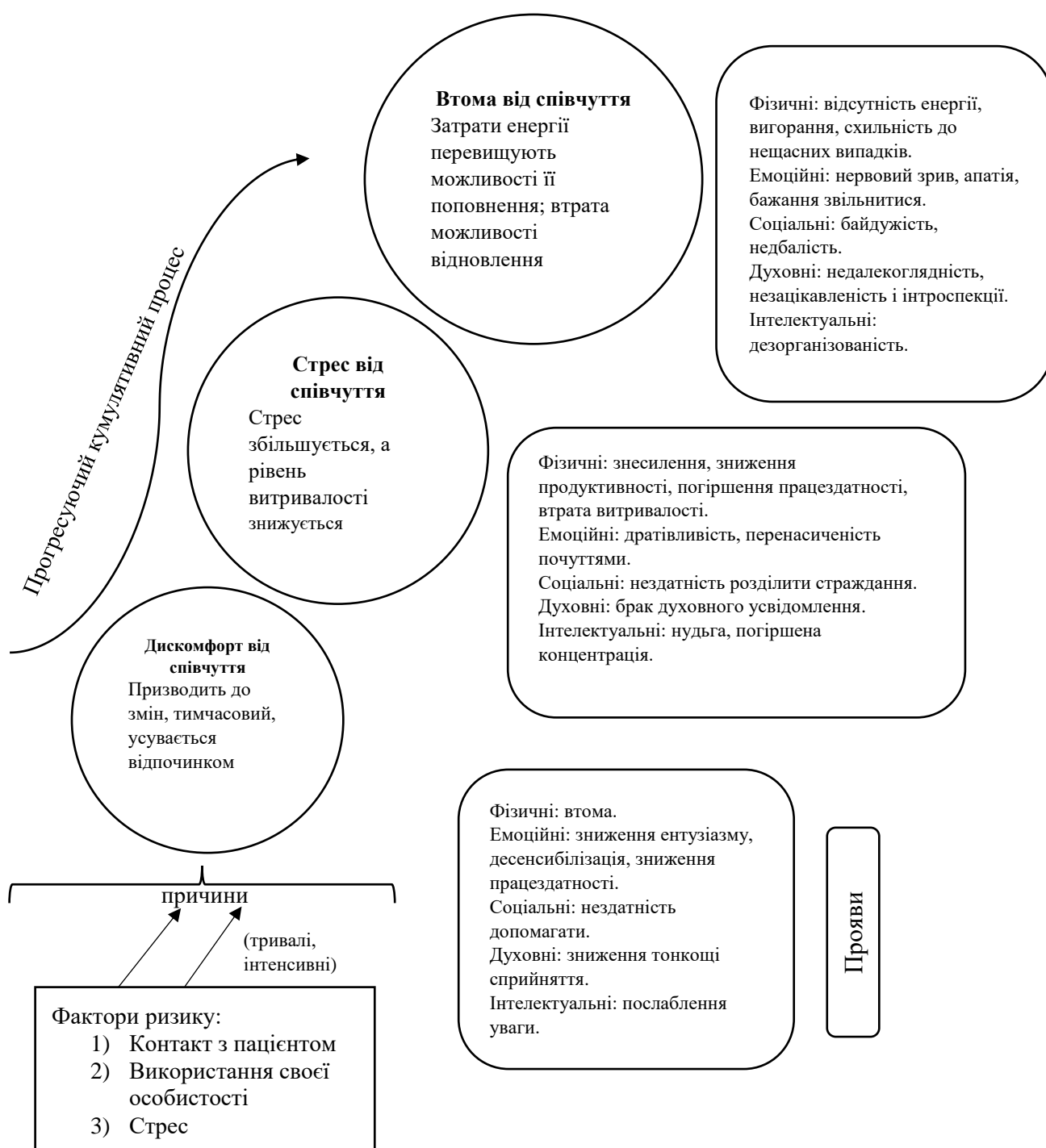
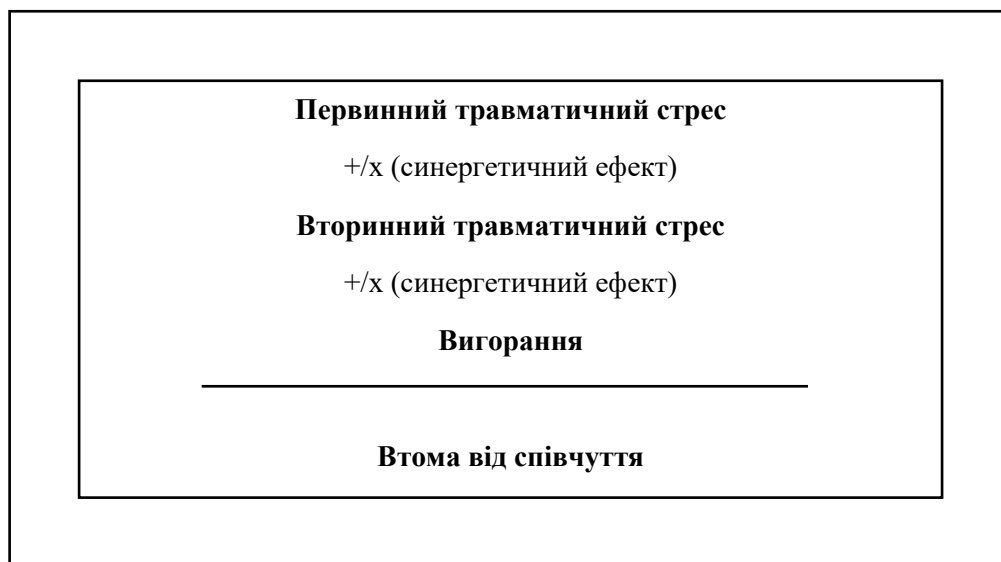


Рис. 1.1.2. Модель втоми від співчуття за Coetzee та Klopper

Соціальні наслідки включають нездатність допомогти і розділити страждання пацієнтів. Духовні наслідки включають зниження проникливості і брак духовного усвідомлення. Інтелектуальні наслідки включають ослаблення уваги, нудьгу і погіршення здатності до концентрації. Наявність цих проявів дозволяє поставити позитивний діагноз «втома від співчуття» (Coetzee & Klopper, 2010).

Gentry та Baranowsky доповнили визначення Figley, включивши до нього попередній та/або супутній первинний посттравматичний стрес та його симптоми.

Автори дійшли висновку, що часто необхідно успішно подолати первинний травматичний стрес, перш ніж вирішувати проблеми вторинного травматичного стресу та/або вигорання. Крім того, вони виявили інтерактивний, або синергетичний, ефект між первинним травматичним стресом, вторинним травматичним стресом і симптомами вигорання в житті постраждалого піклувальника. Переживання симптомів з будь-якого з цих трьох джерел, як видається, зменшує резильєнтність і знижує пороги для негативного впливу двох інших.



*Рис. 1.1.3. Модель втоми від співчуття за Gentry/Baranowsky*

Gentry та Baranowsky також виділили наступні симптоми втоми від співчуття.

Інтрузії:

- Думки та образи, пов'язані з травматичним досвідом клієнта

- Нав'язливе та компульсивне бажання допомогти певним клієнтам
- Клієнтські/робочі питання забирають особистий час
- Нездатність «відпустити» питання, пов'язані з роботою
- Сприйняття людей, які пережили насильство, як вразливих і таких, що потребують допомоги опікуна («рятівника»)
- Думки та почуття непридатності як помічника
- Почуття власної значущості або винятковості
- Сприйняття світу в термінах жертв і кривдників
- Особиста діяльність переривається через проблеми, пов'язані з роботою

#### Уникання:

- Реакція замовчування (уникнення слухання/споглядання травматичного матеріалу клієнта)
- Втрата задоволення від діяльності/припинення турботи про себе
- Втрата енергії
- Втрата надії/почуття страху при роботі з певними клієнтами
- Втрата відчуття компетентності/здатності до дій
- Ізоляція
- Приховане самолікування/адиктивна поведінка (алкоголь, наркотики, робота, секс, їжа, витрати грошей тощо)
- Дисфункція стосунків

#### Надмірне збудження нервової системи:

- Підвищена тривожність
- Імпульсивність/реактивність
- Підвищена чутливість до вимог/загроз (як на роботі, так і в навколишньому середовищі)
- Підвищена фрустрованість/злість
- Порушення сну
- Труднощі з концентрацією уваги
- Зміна ваги/апетиту
- Соматичні симптоми

F. McHolm запропонувала що втома від співчуття розвивається як два процеси: по-перше, коли помічник близько знайомий з постраждалим та інтерналізує його біль чи травму. Окрім того, велика завантаженість роботою сприяють цьому процесу. По-друге, ВВС виникає коли помічники переживають травматичні події, які описували підопічні, у спосіб схожий з флешбеками. Це схоже на ПТСР і називається ВТСР або вторинна віктимізація. Спільними наслідками обох випадків є депресія і безперервне вегетативне збудження (Pehlivan & Güner, 2017).

P. Valent (2002) припустив, що втома від співчуття може виникнути в результаті невдалої або дезадаптивної стратегії виживання. Зокрема, він пов'язував розвиток втоми від співчуття з «невдалими, дезадаптивними психологічними і соціальними реакціями на стрес від порятунку-турботи. Такими реакціями є відчуття тягара, виснаження та невпевненості в собі; образа, байдужість і відчуження. Це дещо перегукується з «синдромом спасителя», яким намагалися описати мотивацію медсестер (помічників) надавати допомогу іншим і таким чином задовольняти власні потреби, а не виходити з справжнього, безкорисливого мотиву. При чому, сама лише експозиція до травматичних стресорів не гарантує, що у людини розвинеться втома від співчуття.

В дослідженні Abendroth and Flannery 216 медсестер хоспісу показало, що 170 учасників з помірним та високим ризиком розвитку втоми від співчуття мали тенденцію до самопожертвеної поведінки, що було фактором ризику. Ця група медичних працівників схильна була турбуватися про пацієнтів більше ніж про самих себе. Проте, індивідуальні характеристики (наприклад, життєстійкість) та організаційні фактори (наприклад, підтримка керівництва, робоче навантаження, цінності та переконання) не бралися до уваги. Для встановлення ролі самопожертвеної поведінки, особистісних якостей та робочого середовища на розвиток втоми від співчуття необхідні подальші дослідження. Також ще потрібно встановити чи емпатія та залученість грають роль в розвитку чи, навпаки, захисті помічника від втоми від співчуття чи вікарної травматизації. А

також такі фактори як тривалість стосунків, рівень досвіду, особистісні якості помічника та підопічного тощо (Sabo, 2011).

Injeuan зі співавторами в 2011 досліджували взаємозв'язки між окремими рисами особистості (диспозиційним оптимізмом і локусом контролю) та ризиком втоми від співчуття. Диспозиційний оптимізм визначається як загальна тенденція очікувати, що трапиться щось хороше, а не погане. Локус контролю визначається як ступінь, до якого люди вважають, що результати є наслідками таких факторів, як їхні здібності та зусилля (інтернальний локус контролю) або таких факторів, як випадковість (екстернальний локус контролю). Дослідники виявили, що консультанти з низьким диспозиційним оптимізмом та екстернальним локусом контролю мають вищий ризик втоми від співчуття (Lee et al., 2014).

В. Sabo (2011) виділяє такі основні тригери ВВС:

- Особистісні якості помічника
- Попередній травматичний досвід
- Емпатія та емоційна енергія
- Тривалий контакт з травматичний матеріалом підопічних
- Характерні реакції на стресори (наприклад, уникання)
- Робоче середовище
- Ставлення до роботи

Joel Kanter (2007) вважає, що наступні 5 факторів визначають яким чином вплив травми клієнта відобразиться на помічникові:

- 1) Професійна компетентність.
- 2) Відсутність реалістичних професійних очікувань (бажання «врятувати всіх»).

3) Кумулятивні реакції контрперенесення, отримані від великої кількості клієнтів зі схожими труднощами. Здатність помічника справитися з цими афектами визначається його темпераментом і попереднім життєвим досвідом.

4) Деякі клієнти викликають повсюдні реакції контрперенесення, які, як правило, впливають на більшість соціальних працівників подібним чином. Це, наприклад, хронічно суїцидальні чи особливо неохайні люди.

5) Нарешті, деякі клієнти викликають специфічні реакції контрперенесення, які мають унікальний вплив на конкретних працівників. Це можуть бути особливо маніпулятивні клієнти, що можуть дуже влучно «натискати на болючі місця».

В одному з досліджень медсестер, включаючи працівників психіатрії, було виявлено, що втома від співчуття пов'язана з такими факторами, як вік, рівень освіти, тривалість робочого дня, стрес, вигорання та організаційна підтримка (Turgoose & Maddox, 2017).

Г. Лазос (2016) виокремила три групи основних стрес-факторів, що впливають на виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів, зокрема втоми від співчуття. Їх дослідження показало, що є три групи таких факторів: пов'язані з характеристиками (1) клієнтів, (2) роботи та (3) особисто фахівця. Найбільш значимою є друга група, що визначає умови роботи, а саме наявність чи відсутність супервізій та інтервізій, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність, відсутність грошової компенсації за роботу. Значимими критеріями особистості самого помічника виявилися власний стресовий досвід і непропрацьованість психічних травм.

Tuğba Pehlivan та Perihan Güner (Рис. 1.1.4) на основі свого метадослідження різних підходів до тлумачення природи втоми від співчуття побудували власну модель, що враховувала б актуальні моделі.

## 1.2. Особливості роботи фахівців психосоціальної підтримки в умовах військових конфліктів

Поняття «психосоціальна підтримка» застосовують у соціальній сфері для позначення роботи, яку здійснюють фахівці та волонтери в підтримці населення у подоланні складних життєвих обставин. ПСП забезпечує створення сприятливого соціально-психологічного середовища та заходів з психоедукації.

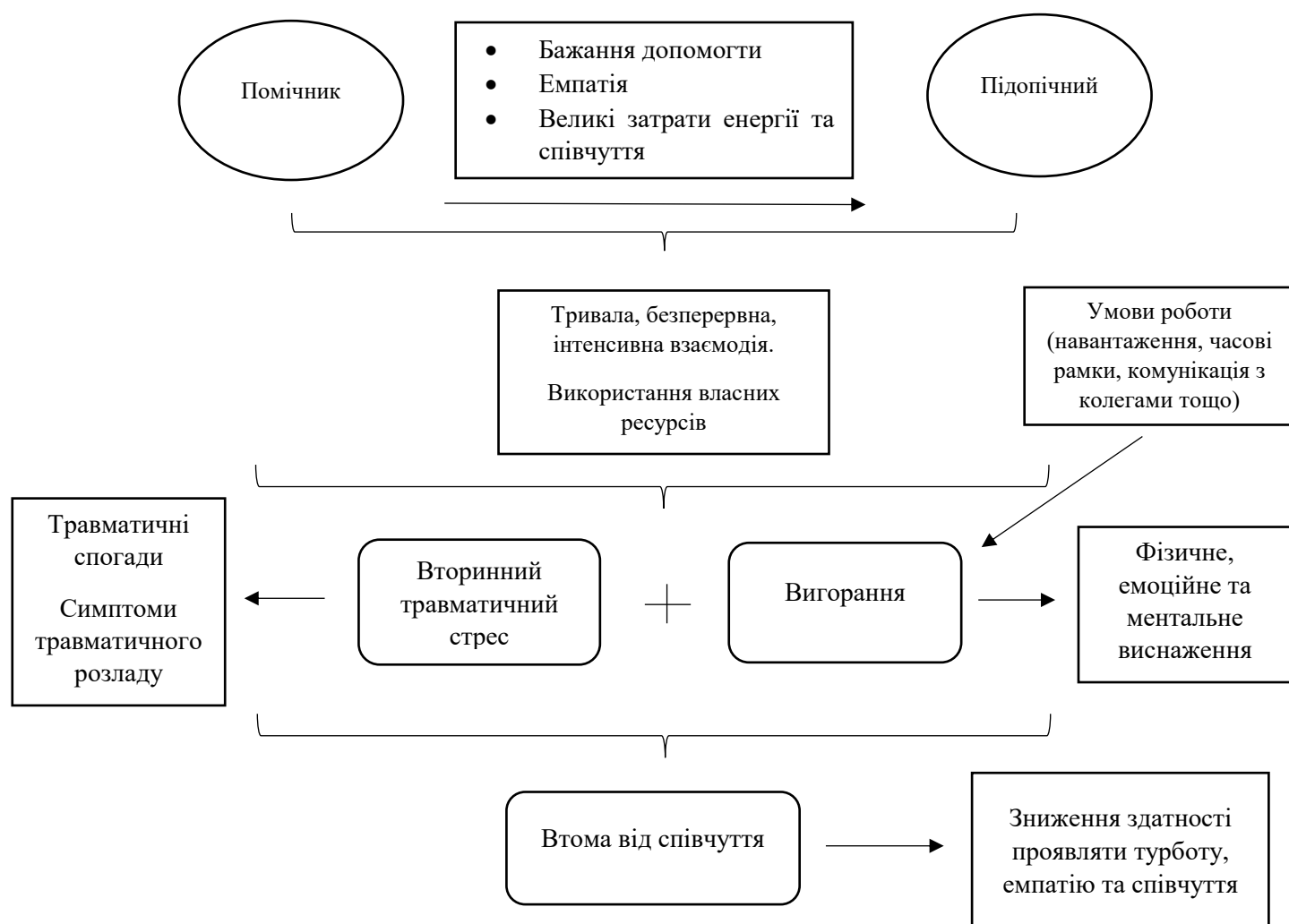


Рис. 1.1.4. Модель втоми від співчуття за Tuğba Pehlivan та Perihan Güner

Психологічні аспекти психосоціальної підтримки в умовах воєнного конфлікту полягають у подоланні травми, емоційного потрясіння, горя, тривоги, підвищенні життєстійкості, сприянні соціальній підтримці. Її мета — допомогти окремим особам і спільнотам зцілитися, відновитися і налагодити своє життя.

Сфера психосоціальної підтримки охоплює професіоналів з різних галузей, які мають необхідні знання, навички та підготовку для надання емоційної, психологічної та соціальної підтримки окремим особам та цілим громадам, що стикаються з відповідними проблемами. Таким фахівцями можуть бути психологи та психотерапевти, соціальні працівники, психіатри, рятувальники, священники та капелани, медичні працівники та медичні сестри, а також волонтери благодійних організацій. Сьогодні в Україні ці спеціалісти зіткнулися з непростим завданням надання допомоги людям на тлі колективної спільної травми війни, що триває, і загальної атмосфери масової жорстокості та насилля.

Професійна діяльність цих людей представників допомагаючих професій несе за собою певні ризики, адже вони вступають у контакт з травмованими клієнтами. Співпереживання та емпатія до людей, які переживають наслідки травми, призводять до змін у внутрішньому досвіді помічника у вигляді різних емоційних реакцій та станів. У такому контексті спілкування спеціаліст не може уникнути власних негативних емоцій, оскільки, щоб допомогти клієнтові, він повинен розділити його страждання (Лазос, 2017).

Спеціалісти, які слухають розповіді клієнтів про біль, страх та страждання, можуть відчувати схожі біль, страх і страждання через свою небайдужість. У терапевтів, що працюють з жертвами зґвалтувань, наприклад, може розвинутися почуття відрази до насильників, що може поширитися на всіх чоловіків. Ті, хто працював з жертвами (прим. *Figley використовує словосполучення жертва травми, тоді як зараз прийнято називати таких людей trauma survivors – ті, хто пережив травму*) інших злочинів, часто переживають параноїдально непокоються власною безпекою. Найбільш ефективні психотерапевти найбільш вразливі до такого віддзеркалення чи ефекту зараження. Такий вплив на самовідчуття («sense of self») може бути настільки сильним, що всупереч усім їхнім намаганням помічники починають відтворювати риси їхніх клієнтів: вони змінюють своє ставлення до навколишнього світу, самих себе, взаємодію з оточуючими. У них можуть з'явитися нав'язливі думки, нічні кошмари та генералізована тривога. До тієї міри, що їм самим потрібна буде допомога з подолання травми (Figley, 1995).

В своїй ранній роботі з ветеранами В'єтнамської війни Figley помітив, який глибокий вплив перенесення та контрперенесення можуть мати на клініцистів, що емпатійно пов'язані з ветеранами бойових дій. Він стверджував, що фахівець, який працює з людиною, що пережила війну, стикається з власною вразливістю до катастрофи, і це також кидає виклик її моральним установкам щодо агресії та вбивств.

Дослідження Мунгоє свідчать про те, що терапевти, які мають справу з клієнтами з ПТСР пов'язаним з бойовими, мають значно вищі показники по

інтрузіях від вигорання. У цьому ж дослідженні було відзначено, що вік, досвід та соціальна підтримка не є захистом від розвитку симптоматики, хоча відповідна освіта мала деякий захисний ефект. Воно також показало, що лікарі, які стикаються з розповідями людей, які пережили військову травму, піддаються підвищеному ризику розвитку втоми від співчуття (Munroe, 1999).

Концепція «спільної травми», що існує в літературі додатково інкапсулює глибокі наслідки, які виникають, коли клініцист переживає ту саму травматичну подію, що й його клієнт (Tyson, 2007).

Значення втоми від співчуття для помічників має першорядне значення для того, щоб терміново задовольнити перспективні потреби перенапружених і перевантажених фахівців, які надають допомогу жертвам війни, та учасникам бойових дій зокрема.

Психотерапевти, що не свідомі власної втоми від співчуття ризикують перервати власний емпатійний зв'язок з клієнтом. Що в свою чергу може мати згубний ефект на здатність останнього горювати, а також отримати «спокуту» в терапевтичних відносинах за почуття відповідальності за поведінку, необхідну для виживання в зоні бойових дій. На додачу до гострого ПТСР військові страждають від провини вижившого, ізоляції, гніву, горя, підозрливості до всесвіту, безцільності існування, тривою знищення. До цього також додається недосконалість реабілітації в соціум та визнання цивільними жертв, на які пішли військові. Ці люди змушені були відмовитися від своїх попередніх моральних та психологічних устоїв аби здійснювати санкціоновані державою вбивства від імені її громадян. Це залишає переживших бойові дії підвішеними між світом військової моралі та соціальної моралі, де вони не в змозі інтегруватися та надати сенсу своєму досвіду. В результаті ветерани опиняються в соціальній ізоляції та турбуються екзистенційними питаннями щодо втрати агентності та руйнування фундаментальних припущень про природу світу. Цей фактор також може підвищити ризик втоми від співчуття у лікарів, які лікують травми, пов'язані з бойовими діями, оскільки вони постійно занурені в екзистенційні кризи своїх клієнтів (Tyson, 2007).

Задоволення від співчуття описане Stamm є можливістю помічника отримувати сильне відчуття значимості та мети своєї роботи. Це може допомогти йому або їй в полегшенні екзистенціального жаху, який є ендемічним для людського стану, коли суспільство перебуває у стані війни. Вона припускає, що це може бути важливим буфером в управлінні та подоланні змін у системах переконань, а також фізіологічних та емоційних реакцій, що спостерігаються при втомі від співчуття. Робота з учасниками бойових дій, які повертаються, та їхніми сім'ями, має важливе значення, оскільки вона може допомогти зменшити негативний вплив війни на особистість, сім'ю та громаду. Таким чином, терапевт забезпечує міст у вигляді терапевтичних відносин, щоб учасник бойових дій, який повертається, міг безпечно повернутися від жахів війни до реінтегрованого погляду на свою самоідентичність і світ.

В ситуації, що склалася в нашій країні, помічники переживають ті самі травматичні події, що і їх клієнти. Це чинить тривалий вплив на їх професійне та особисте життя. Концепт «спільної травми» охоплює симптоми втоми від співчуття, вторинного травматичного стресу та вікарної травматизації, але також розглядає наслідки первинної травматизації терапевта, що виникає в результаті колективної спільної травми. Saakvitne стверджує, що спільна травма та культурно спільне значення, яке приписується події (подіям), підвищує вразливість психотерапевтів до розвитку змін когнітивних схем. Вона стверджує, що спільна травма зміщує рамки терапевтичної роботи, і помічники постійно усвідомлюють власну індивідуальну вразливість в екзистенційній зустрічі, яка відбувається в травматерапії. Nesse зазначає, що тривале емпатійне занурення в травматичний контекст клієнта може перешкоджати здатності клініциста «бути повністю свідомим і залученим у власний життєвий досвід, спричиняючи дисоціацію від себе і створюючи дистанцію з іншими» (Tyson, 2007).

Tosone зі співавторами (2004) зазначають, що спільна травма може призвести до того, що терапевт відчувається десенсибілізованим, відчуває брак емпатії, має меншу толерантність та проявляє більше гніву на клієнтів, які виражають страх і тривогу. Tosone та Bialkin відмічають, що спільна травма

ускладнюється тим, що клієнт і терапевт перебувають в процесі оплакування реальних і неоднозначних втрат.

Lifton стверджує, що в жорстокій колективній травмі терактів 11 вересня в США та їх війн в Афганістані та Іраку є безпосередні жертви (постраждали від або учасники бойових дій) і віддалені жертви (ті, хто став свідком). Ці групи вцілілих розробляють «місії вцілілих», щоб знайти сенс зі свого травматичного досвіду. Взаємодія між двома групами постраждалих (наприклад, учасниками бойових дій та психотерапевтами) матиме глибокий вплив на здатність людини і суспільства до зцілення, знаходженні сенсу у відтвореній, а іноді й зруйнованій картині світу. Позитивна мета взаємодії цих груп полягала б у тому, що безнадія і безпорадність, які спочатку виникають через колективну травму, перемістяться з місця, де вона стискає або паралізує, і перетворюється на «потенційне джерело світла» для тих, хто вижив (Tyson, 2007).

Через спільну природу травми стає складно балансувати задоволення від співчуття та постійними приголомшливими травматичними стимулами. Помічник може почуватися безпорадним споглядальником, страждати від відчуття некомпетентності та непрофесійності. Вони можуть свідомо чи несвідомо переривати своє емпатійне залучення через вибіркове слухання чи уникання, яке Baranowsky називає «реакцією замовчування». Втома від співчуття може також виходити за рамки віддзеркалення симптомів ПТСР клієнта і виражатися в змінах у самоідентифікації помічника, когнітивних схемах, міжособистісних стосунках, фізичному здоров'ї, моральному стані, світогляді та духовності (Tyson, 2007).

1.3. Концептуалізація понять негативних емоційних станів фахівців психосоціальної підтримки

Дослідження втоми від співчуття ускладнюється її концептуальною схожістю з іншими феноменами. Серед них синдром вигорання, вторинний травматичний стрес, вікарна травма та контрперенесення.

Згідно з Pines та Aronson, вигорання (термін впроваджено Freudenberg в 1974 році) — це стан фізичного, емоційного та ментального виснаження, спричинений довготривалим залученням в емоційно затратні ситуації.

C. Maslach визначає вигорання як «синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистісних досягнень, що виникає серед людей, які працюють з людьми у будь-якому вигляді». Пізніше синдром вигорання розширився для включення негативних симптомів решти професій (Lee et al., 2014).

Рання концептуалізація та дослідження цього явища були зосереджені на взаємовідносинах між піклувальником і підопічним як необхідному елементі розвитку вигорання. Зокрема, вважалося, що ці стосунки сприяють емоційному виснаженню, яке вважалося першопричиною вигорання. У міру того, як дослідження переходили від описових до інференційних, результати переконливо свідчили про те, що цей взаємозв'язок не першопричиною вигорання. Наразі досліджено шість аспектів, пов'язаних з роботою та особистим життям, що включають невідповідність між людиною та роботою як найбільш вірогідне пояснення вигорання. Ці аспекти включають: перевантаження на роботі, відсутність контролю, відсутність винагороди, відсутність спільноти, відсутність справедливості та конфлікт цінностей (Sabo, 2011).

Вигорання може наступити і за відсутності допомагаючих стосунків. Воно не є специфічним впливом травми та страждань конкретної людини. Радше воно є додатковою умовою інших типів робочого стресу (Sabo, 2011).

Figley також зазначає, що розвиток вигорання є поступовим і прогресуючим, тоді як настання втоми від співчуття часто є миттєвим та інтенсивним і може бути викликане однією травматичною подією. Втома від співчуття включає в себе ерозію/зниження емпатії того, хто надає допомогу, в той час як вигорання безпосередньо не впливає на емпатію. Вигорання може вимагати зміни роботи або кар'єри. Однак втома від співчуття добре піддається корекції, якщо працівники її визнають і діятимуть відповідно (Figley 2002).

Втома від співчуття і вигорання мають дві схожі риси і є тісно пов'язаними поняттями, які призводять до психічного, фізичного і психологічного виснаження. Однак від вигорання втому від співчуття відрізняє раптовий початок і унікальна симптоматика, яка є прямим наслідком впливу травми іншої людини. Втома від співчуття схожа на ПТСР, оскільки більшість її симптомів пов'язані з травматичними спогадами, гіперстимуляцією, уникненням подібних ситуацій. Вигорання виникає через слабкість і низьку задоволеність роботою і призводить до звільнення. Втома від співчуття виникає, коли людина, яка надає допомогу, не захищена від болю або страждань, що призводить до почуття провини або дистресу; вигорання виникає, коли цілі не можуть бути досягнуті, що призводить до розчарування і втрати контролю (Pehlivan, Güner, 2017).

Вторинний травматичний стресовий розлад визначається як стан біологічного, психологічного та соціального вигорання та дисфункції, що спричиняється пригадуванням пов'язаних з пацієнтом травматичних спогадів, таких як депресія, генералізована тривога, травматичні події або уникнення нагадувань і постійне збудження. ВТСР є результатом тривалого впливу вторинного стресу, спричиненого нездатністю помічників врятувати людей від болю і страждань та нездатністю зменшити вплив стресу співчуття на вираженням вторинного стресу (Coetzee, Klopper, 2010).

Вторинний травматичний стрес описує раптові негативні реакції, які можуть виникати у людей на осіб, що пережили травму, яким вони допомагають або хочуть допомогти. Figley вперше визначив вторинну травму як емоційну напругу, яку відчувають люди, що перебувають у тісному контакті з людиною, яка пережила травму, особливо стурбовані члени сім'ї; природну реакцію на травматичний матеріал, з яким люди, що допомагають, можуть ідентифікувати себе і співпереживати. Симптоми вторинної травми майже ідентичні симптомам ПТСР; основна відмінність полягає в тому, що у травмованої особи може розвинутися ПТСР, тоді як у того, хто дізнався про травму, може розвинутися ВТСР (Jenkins & Baird, 2002).

Визначення ВТС Figley незважаючи на свою простоту, має деякі неявні недоліки. По-перше, багато, якщо не більшість, взаємодій у, наприклад, соціальній роботі не є відповіддю на «травматичну подію». Найчастіше труднощі клієнтів мають хронічний характер: алкоголізм і наркоманія, важкі психічні розлади, бідність, расизм, безпритульність, хронічні психічні захворювання, старіння тощо. Зведення всього стресу до травматичного походження надто спрощує більшість людських страждань.

По-друге, хоча страждання клієнта (або будь-яке людське страждання) за своєю суттю є стресом, від того, як помічник переживає і реагує на це страждання, залежить, чи буде цей стрес стерпним і навіть сприятливим для зростання, чи він буде згубним і навіть руйнівним (Kanter, 2007).

Втома від співчуття відрізняється від вторинного травматичного стресу тим, що характеризується виснаженням і зниженням емпатії — ефектами, які накопичуються з часом, тоді як вторинний травматичний стрес — це радше тривожна, схожа на ПТСР реакція на почуте про травматичні події (Turgoose, Maddox, 2017).

Поняття «вікарна травматизація» у значенні «переживання травми інших» було вперше розроблено McCann та Pearlman. Вони визначили вікарну травматизацію як негативну постійну трансформацію у внутрішньому переживанні терапевта, яка відбувається в результаті емпатійної взаємодії з травматичним матеріалом клієнта; накопичення спогадів про травму клієнтів, що впливає на та зазнає впливу поглядів на світ психотерапевта.

Основними симптомами ВТ є порушення в когнітивній системі координат терапевта, ідентичності, світогляді та духовності. ВТ впливає на толерантність, фундаментальні психологічні потреби (довіра, безпека, контроль, самооцінка та близькість), глибокі переконання про себе, інших людей та світ навколо, міжособистісні стосунки, внутрішні образи і власну фізичну присутність у світі.

Окрім власне емпатії, вікарній травматизації сприяє особистий досвід помічника, зокрема наявність у нього власної історії насильства, наявність життєвих стресорів, власних очікувань, потреба задовольнити всі потреби

підопічного, та невідповідна професійна підготовка. А також інвазивність втручання, наявність чи відсутність загрози життю підопічного, довготривалі ефекти та контекст (політичні, соціальні та культурні умови в яких протікає терапія або сталася травма). Наприклад, медсестри, що доглядають за пацієнтом, що довгий час знаходиться на штучній підтримці життя без надії на одужання, можуть отримати вікарну травматизацію (Sabo, 2011).

Хоча обидва пов'язані з травмою конструкти виникають внаслідок контакту з людьми, які пережили травму, і обидва включають схожий компонент залишкових симптомів, подібних до ПТСР, що свідчить про помірну або високу кореляцію між ними, ВТ і вторинний травматичний стрес також відрізняються за чотирма основними параметрами: (1) фокус на симптоматиці проти теорії, (2) характер симптомів (видимі реакції проти більш прихованих змін в мисленні), (3) відповідні категорії населення та (4) критичний рівень контакту з особами, які пережили травму.

Figley стверджував, що лише один серйозний контакт з травматичним матеріалом однієї людини може призвести до появи симптомів, але на думку McCann і Pearlman, ВТ є результатом кумулятивного впливу травмованих клієнтів протягом тривалого часу (Jenkins, Baird, 2002).

Варто також зазначити, що чітка відмінність між втомою від співчуття і вікарною травматизацією полягає в незворотності змін, що відбуваються з людиною. У людей, які переживають вікарну травматизацію, їхня когнітивна схема назавжди змінюється. На відміну від цього, втома від співчуття піддається лікувальному втручання, і люди можуть продовжувати успішно працювати в обраній ними сфері. З огляду на це, здається правдоподібним припустити, що втома від співчуття передуює вікарній травматизації, якщо уявити собі континуум стресу.

Втома від співчуття, вигорання, вікарна травматизація та ВТС мають багато спільного. Наприклад, втома від співчуття, ВТС і вікарна травматизація можуть виникати через те, що опікуни інтерналізують травматичні історії пацієнтів, і, таким чином, можуть піддаватися негативному впливу під час

догляду за хворими. Вони також мають спільні фактори ризику, такі як здатність до емпатії і призводить до психосоціального дистресу (Pehlivan & Güner, 2017).

Хоча кожна форма стресу може створювати передумови для наступної, поведінка та переживання не є лінійними. Так само як і континуум, на якому можуть існувати вигорання, втома від співчуття та вікарна травматизація. Скоріше, люди можуть рухатися туди-сюди, часом відчуваючи симптоми всіх трьох. Наразі ми немає доказів, які б підтверджували континуум професійного стресу, починаючи від вигорання і втоми від співчуття до вікарної травматизації. Також не можна стверджувати, що одну людину в певний час можна описати як таку, що перебуває лише в одній точці континууму (Sabo, 2011).

Ще одним поняттям, що концептуально перетинається з втомою від співчуття є контрперенесення. Згідно з Figley (2002), контрперенесення — це емоційна реакція терапевта на клієнта, незалежна від емпатії, травми чи страждання. Воно визначається як процес бачення себе в клієнті, надмірна ідентифікація з клієнтом або задоволення власних потреб через клієнта. На відміну від втоми від співчуття, контрперенесення — це хронічна прив'язаність, пов'язана з родинними стосунками і має набагато менше спільного з емпатією до клієнта, яка спричиняє травму.

Singer і Luborsky припустили, що контрперенесення виходить і за межі контексту (ситуації) психотерапії і включає всі свідомі та несвідомі почуття і ставлення психотерапевта до клієнта, які можуть бути корисними в процесі лікування (Kanter, 2007).

Проте, вважається, що Figley використовує застаріле і обмежене визначення контрперенесення. яке припускає, що минулий життєвий досвід соціального працівника викликає емоційну реакцію на поточний робочий досвід (Kanter, 2007).

Brandell визначає контрперенесення як широкий спектр суб'єктивних реакцій, свідомих чи несвідомих, терапевта в контексті та під впливом поточної терапевтичної взаємодії з клієнтом. Ці реакції можуть складатися з фантазій, думок, установок, афектів, контрреакцій, опорів, поведінки та поведінкових

актів. Не всі реакції контрперенесення пов'язані з тим, що емоції чи думки терапевта переносяться з минулих стосунків. Це не є універсальною характеристикою або необхідною вимогою в будь-якому випадку (Kanter, 2007).

Нещодавні публікації свідчать про те, що терапевти іноді відчують реакції контрперенесення, які імітують симптоми своїх клієнтів. Наприклад, під час роботи з людьми, які пережили травматичний досвід, автори повідомляють про явища контрперенесення які імітують симптоми посттравматичного стресового розладу (Gentry, Varanowsky, 2002)

Дехто може назвати втому від співчуття проявом контрперенесення. Останнє є емоційною реакцією психотерапевта на клієнта безвідносно емпатії, травми чи страждання. Воно є процесом бачення себе в клієнті чи надмірній ідентифікації себе з ним або ж задоволення власних потреб через нього і має набагато менше спільного з емпатією до клієнта, яка спричиняє травму (Figley, 2002).

Кісарчук і Лазос серед негативних емоційних станів представників «допомагаючих» професій виділяють також *вторинну алекситимію*, що відзначається станом «глобального гальмування афектів внаслідок важкою психологічного травмування». За вторинною алекситимією, як за механізмом психологічного захисту від сильних афектів, може бути приховане горе або депресія. Уражені спеціалісти «реагують емоційним онімінням, дистанціюванням як від клієнтів, так і від родини, друзів» (Лазос, 2017).

Т. М. Титаренко (1998) у своїй науковій роботі концептуалізувала вищезазначені поняття таким чином:

1. *Вікарні травми* — це істотні зміни у емоційно-чуттєвому внутрішньому досвіді, як елементі життєвого соціального досвіду психолога, що виникає у результаті емпатії до людей, що пережили травмуючі події.

2. *Вторинний травматичний стрес* — це процес виникнення стійкого почуття страху, жаху, роздратування або занепокоєння в результаті прослуховування розповідей про травматичні ситуації, які були пережиті оточуючими людьми.

3. *Втома співчуття* — це певний різновид психологічного виснаження, що виникає через переживання неефективності та безрезультативності власної професійної діяльності, що зменшує прояви емпатії та співчуття.

4. *Вигорання* — це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження організму людини, що має властивості прояву у зниженні професійної продуктивності, стані хронічної втоми, порушеннях сну, виникненні психосоматичних захворювань і стресового стану.

Існує достатньо доказів того, що жодне з цих понять не зводиться до іншого, вони відрізняються концептуально за відносним акцентом на емоційній/соціальній та когнітивній симптоматиці, а також відрізняються емпірично. Втома від співчуття, вигорання, вторинний травматичний стрес, вікарна травма, реакція контрперенесення є спорідненими, але різними станами за своєю природою, факторами, проявами і наслідками.

Серед багатьох інших концептів, що значно рідше зустрічаються серед англomовних публікацій: *вторинна віктимізація, ковіктимізація, вторинний уцілілий, емоційне зараження, сімейна криза пов'язана зі згвалтуванням, ефект близькості партнерок ветеранів війни, поколіннєвий ефект травми; потреба сім'ї в «детоксикації» після воєнного травматичного стресу та синдром спасителя.*

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Було здійснено теоретичне дослідження феномену втоми від співчуття, концепцій і чинників його виникнення та психологічних особливостей; досліджено аспекти роботи представників допомагаючих професій в умовах війни; розглянуто явища, концептуально подібні до втоми від співчуття.

Термін використовується для опису негативного впливу роботи в психологічно несприятливому середовищі на здатність людини відчувати співчуття до інших.

Вона виникає як природний наслідок роботи з постраждалими від травми чи надзвичайно стресових подій, залежно від рівня емпатії помічника. Згідно з іншим поглядом, вона виникає через тривалі періоди віддачі енергії, використання власних ресурсів та співчуття страждаючим, що не призводять до видимого результату.

Серед чинників, що впливають на розвиток втоми від співчуття дослідники виділяють емпатичність людини, наявність у неї власного травматичного досвіду, тривалий контакт з травматичним матеріалом підопічного, професійний досвід, умови роботи (організаційні та суспільно-політичні загалом), особистісні характеристики (як-от локус контролю, життєстійкість, способи реагування на стресори), здатністю відмежуватися від, чи, навпаки, інтерналізувати переживання підопічного, наявність чи відсутність очікувань і результатів своєї роботи, характер взаємодії з підопічним і його особисті якості, та ін.

Втома від співчуття багато в чому перетинається з вигоранням, вторинним травматичним стресом, вікарною травмою та контрперенесенням. Проте вона не є синонімом до жодного з цих понять. Всі ці явища виникають за різних передумов, проявляються інакше, та несуть за собою різні наслідки для психологічного благополуччя помічника.

Особливості роботи фахівців психосоціальної підтримки полягає в тому, що ризик втоми від співчуття у помічників особливо зростає в кризові періоди, тим паче, в умовах повномасштабної війни, коли є велика кількість постраждалих людей потребуючих допомоги. Інтенсивний режим роботи в

ситуації, коли фахівці ПСП мають справлятися з власними стресорами, втратами та бути емоційно залученими до страждань інших людей справляє згубний ефект на їх психологічне благополуччя, та, в свою чергу, якість підтримки, яку потребують окремі особи і українське суспільство в цілому.

Саме тому, важливим є подальше дослідження, спрямоване на вивчення якості професійного життя українських фахівців психосоціальної підтримки, а також на діагностику їх емоційних станів і визначення факторів, зовнішніх та внутрішніх, які можуть призвести до ризику виникнення втоми від співчуття.

## РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВТОМИ ВІД СПІВЧУТТЯ У ФАХІВЦІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

### 2.1. Загальна характеристика методів і методик дослідження

Дослідження проводилося в онлайн форматі шляхом заповнення Google Form. Для досягнення мети і задач дослідження було обрано наступні психодіагностичні методики:

1. Авторська анкета, що включала поінформовану згоду. [Додаток А]
2. Опитувальник якості професійного життя для діагностики втоми від співчуття за В. Н. Stamm (Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)). [Додатки Б, В]
3. Шкала резилієнс Коннора – Девідсона (CD-RISC-10). [Додаток Г]
4. Шкала вторинного травматичного стресу за Brian E. Bride (Secondary Traumatic Stress Scale). [Додатки Д, Е]
5. Торонтська алекситимічна шкала. [Додаток Є]
6. Шкала нейротизму за Г. Айзенком. [Додаток Ж]

Для математичного обрахунку даних застосовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена в програмі Microsoft Excel.

#### ***Авторська анкета***

Дана частина опитувальника була сформульована нами і мала на меті збір відомостей про респондента (вік, стать, рід занять, стаж, наявність супервізій, підтримки оточення, особистої терапії, підготовки для роботи з травмою, практик самодопомоги, контакту з травматичним матеріалом підопічних та досвіду свідчення чи участі в бойових діях в Україні).

#### ***Опитувальник якості професійного життя для діагностики втоми від співчуття за В. Н. Stamm (ProQOL)***

Тест (Stamm, 2009) містить 30 питань (25 прямих і 5 обернених) і діагностує три елементи, що вважаються компонентами втоми від співчуття:

Задоволення від співчуття (Compassion Satisfaction), Вигорання (Burnout) та Втоми від співчуття / Вторинний травматичний стрес (Compassion Fatigue / Secondary Traumatic Stress, кожен з яких оцінюється окремо. В попередній, четвертій, версії тесту остання шкала називалась Втома від співчуття, в останній її замінили на вторинну травматизацію. На кожне питання-твердження респондент мав обрати число, яке найбільш правдиво відображає частоту, з якою він перебували у зазначених станах впродовж останніх 30 днів: 1 = ніколи, 2 = рідко, 3 = інколи, 4 = часто, 5 = дуже часто.

Відповідно до мануалу (Stamm, 2010), початкові сирі бали після підрахунку було переведено у стандартні  $z$ -показники, а потім у нормалізовані  $t$ -показники із середнім значенням =50 та стандартним відхиленням сирих балів =10 для визначення результатів. [Додаток 3]

Показник по кожній зі шкал 43 і нижче вважається «низьким», близький до 50 «помірним» і 57 або вище «високим». Статистично, близько 25% людей набирають більше 57 балів і близько 25% людей набирають менше 43 балів.

Переклад методики українською мовою було здійснено авторами самостійно.

### ***Шкала резилієнс Коннора – Девідсона (CD-RISC-10)***

У нашому дослідженні була використана адаптація CD-RISC-10 з 10 питань українською мовою. Переклад, адаптацію та апробацію було проведено Н. В. Школіною та співавторами (Школіна, 2020). Респондентам було запропоновано зазначити, наскільки вони погоджуються з твердженнями: 0 = зовсім невірно, 1 = дуже рідко вірно, 2 = іноді вірно, 3 = часто вірно, 4 = майже завжди вірно. Таким чином, максимальний результат за шкалою складає 40 балів. Низьким резилієнс вважається показник CD-RISC-10  $\leq 26$ , помірній —  $>26$  CD-RISC-10  $\leq 32$  та високий — CD-RISC-10  $>32$ .

### ***Шкала вторинного травматичного стресу***

Методика розроблена в 1999 році Brian E. Bride включає 17 пунктів. Наведені твердження, потрібно було оцінити з позиції того, наскільки часто воно

було правдивим для респондента протягом останніх 7 днів: 1 = ніколи, 2 = рідко, 3 = іноді, 4 = часто, 5 = дуже часто.

Загальний бал <28 означає низький рівень або відсутність вторинного травматичного стресу, результат від 28 до 37 означає легкий ВТС, 38–43 — помірний, показник в діапазоні 44–48 відповідно є високим, а  $\geq 49$  дає підстави говорити про важкий вторинний травматичний стрес (Bride, 2007).

Переклад методики українською мовою було здійснено авторами самостійно.

### ***Торонтська алекситимічна шкала***

Створена G.J.Taylor зі співавторами у 1985 році. Містить 26 тверджень, 16 прямих і 10 зворотніх які потрібно оцінити таким чином: 1 = абсолютно не згоден/-а, 2 = скоріше не згоден/-а, 3 = ні те, ні інше, 4 = скоріше згоден/-а, 5 = абсолютно згоден/-а. Результат  $\leq 62$  свідчить про відсутність алекситимії; в межах 63-73 означає зону ризику; а від 74 і більше вказує на наявність алекситимії.

### ***Шкала нейротизму за Г. Айзенком***

Для зручності опитування в дослідженні було використано лише частину методики Г. Айзенка, що стосується нейротизму. Було виокремлено 24 питання, на які потрібно було дати відповідь «так» або «ні». Для отримання результату обчислюється кількість відповідей «так». Результат, який дорівнює 0-10, свідчить про емоційну стійкість; 11-16 — емоційну вразливість; при 17-22 з'являються окремі ознаки розхитаності нервової системи, а 23-24 означає нейротизм, що межує з патологією, можливий зрив, невроз.

Отже, дослідження було побудоване на основі використання зазначених вище методик і спрямоване на виявлення взаємозв'язків між втомою від співчуття та внутрішніми (як-от особистісні психологічні характеристики помічника) та зовнішніми факторами роботи помічників.

## 2.2. Результати діагностики та їх інтерпретація

В дослідженні взяли участь 38 (n=38) респондентів віком від 20 до 58 років. Серед них психологи, психотерапевти, медики ЗСУ, соціальні працівники, волонтери, та лікарі (швидка допомога та реабілітація). Серед них 30 жінок та 8 чоловіків. Такий нерівномірний розподіл можна пояснити більшою залученістю жінок у допомагаючих професіях в цілому, а також тенденцією чоловіків рідше брати участь в опитуваннях.

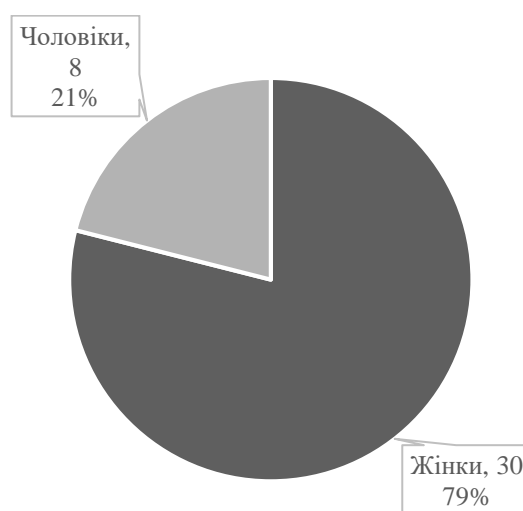


Рис. 2.2.2. Розподіл респондентів за статтю

Вік респондентів склав від 20 до 58 років, середнє значення для вибірки — 36,4 роки. Найбільша частка (39%) опитаних знаходиться в діапазоні 30-39 років. Мінімальний стаж роботи в якості помічника — 4 місяці, максимальний — 30 років; середнє значення — прибіл. 7 років та 5 місяців.

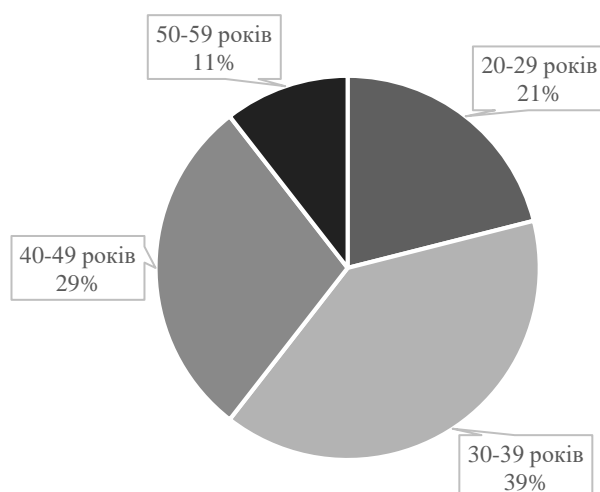


Рис. 2.2.1. Розподіл респондентів за віком

Більшість учасників (Рис. 2.2.3) опитування (57%) були свідками бойових дій на території України, 18% були їх безпосередніми учасниками.

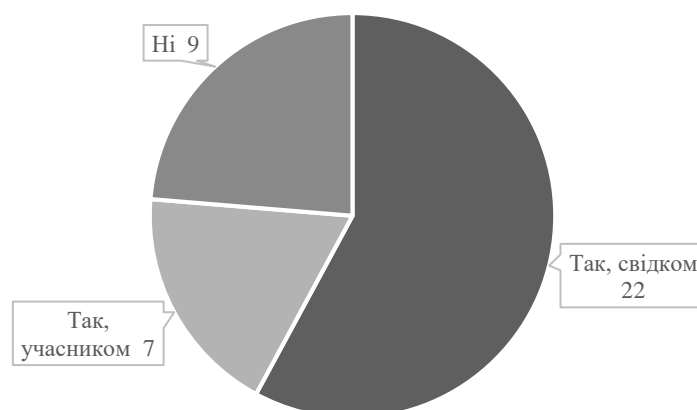


Рис. 2.2.3. Кількість свідків та учасників бойових дій

В Таблиці 2.1.1 видно, що:

- більшість (73,6%) опитаних помічників проходять супервізії та/або інтервізії;
- 89% характеризують своє оточення як підтримуюче;
- 63% користуються практиками self-care для боротьби зі стресом;
- 65,7% пройшли спеціальну підготовку для роботи з травмою;
- 73,6% та перебувають в терапії.
- 33 (86,8%) респонденти зазначили, що надавали допомогу тим, хто постраждав від воєнних дій, враховуючи тих, хто пережив окупацію, вимушене переселення, полон, тортури, зґвалтування військовими тощо;
- ще 33 людини допомагали тим, хто мав травматичний та/або стресовий досвід не пов'язаний з воєнними подіями. Слід зауважити, що результати по останніх показниках не накладаються одне на одного.

Це може свідчити про те, що учасники опитування турбуються про свою робочу психоемоційну гігієну,

Таблиця 2.2.1

## Описова статистика результатів анкетування

n=38

	Проходять супервізії / інтервізії	Мають підтримку оточення	Допомога постраждалим від в/д	Допомога іншим травмованим*	Self-care практики	Спец. підготовка для роботи з травмою	Особиста терапія
Так	28	34	33	33	24	25	28
Ні	10	4	5	5	14	13	10
прим.:*травматичний та/або стресовий досвід не пов'язаний з воєнними подіями							

Дані отримані шляхом застосування кількісних методик описані в Табл. 2.2.2. 42% опитаних показали високий рівень резилієнс, 26% — помірний і 32% — низький.

Таблиця 2.2.2

## Описова статистика результатів задіяних у дослідженні методик

n=38

	Вік	Стаж	Резилієнс	ВТС	Алекситимія	Нейротизм
Мода	30, 32, 25, 37, 42	5 років	35	28	50	11
Медіана	36,5	5 років	30	34,5	50,5	11
Мінімальне значення	20	4 місяці	19	21	40	1
Максимальне значення	58	30 років	39	77	79	22
Середнє	36,4	7,41 роки	30,34	38,02	55	11,31
			<b>Результат n=</b>			
Дуже високий				9		
Високий			16	3	4	7
Помірний			10	4	7	15
Незначний				13		
Низький			12	9	27	16

32% респондентів продемонстрували дуже високий та високий рівні вторинного травматичного стресу, 10% — помірний та 58% — незначний або низький.

У 71% вибірки відсутня алекситимія, 18% ймовірно мають ознаки відхилення і 11% демонструють ознаки алекситимії.

Також 42%-м характерна емоційна стійкість, 40% є емоційно вразливими та 18%-м властивий нейротизм.

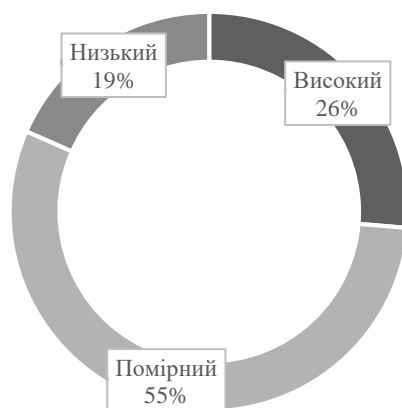
Таблиця 2.2.3

### Результати ProQOL (t-показники)

n=38

	ЗВС <sup>1</sup>	Вигорання	ВВС <sup>2</sup>
Мода	52	43	43; 50
Медіана	52	48	49
Найменше значення	14	35	35
Найбільше значення	62	76	78
Середнє значення	50	50	50
	<b>Рівень n=</b>		
Високий	10	9	10
Помірний	21	15	15
Низький	7	14	13
1. Задоволення від співчуття.			
2. Втома від співчуття / Вторинний травматичний стрес.			

Щодо, результатів основної шкали ProQOL, то показники задоволення від співчуття (Рис. 2.2.4) відповідають нормальному розподілу для даного явища (по 25-му та 75-му процентилях). Високі результати вигорання та втоми від співчуття відповідають нормальному розподілу для даного явища (75-йи процентиль).



*Рис. 2.2.4. Рівні Задоволення від співчуття*

Втім, кількість респондентів з низькимим рівнями по цим шкалам, 37% та 34% відповідно, дещо перевищує статистичні дані по 25 процентілю та суперечить гіпотезі дослідження. Такий результат можна пояснити тим, що більшість респондентів перебуває в особистій терапії та проходить супервізії та/або інтервізії, має підтримку оточення, а також усвідомлюють мету та важливість своєї роботи, що значно знижує ризики розвитку вигорання та втоми від співчуття.



*Рис. 2.2.5. Показники вигорання*

Варто зазначити, що серед десяти респондентів, які показали високий рівень втоми від співчуття (57 і вище), четверо осіб були учасниками бойових дій на посаді бойового медика, два соціальних працівника, психолог, психотерапевт, волонтер та лікарка швидкої допомоги. Відповідні респонденти

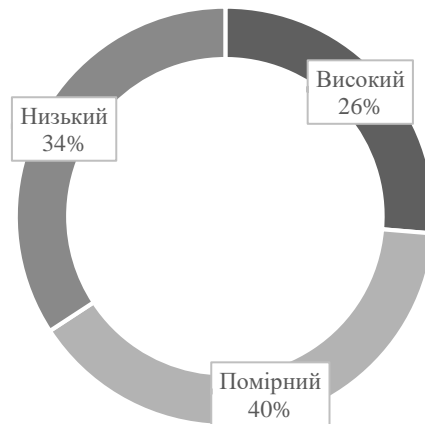


Рис. 2.2.6. Показники Втоми від співчуття / ВТС

також показали дуже високі результати за шкалою Вторинного травматичного стресу за В. Е. Bride (Табл. 2.2.2). Отже, можна зробити висновок, що участь у бойових діях та безпосередній контакт з людиною, що отримала фізичні ушкодження збільшує ризик вторинного травматичного стресу та втоми від співчуття.

Наступним кроком після підрахунку результатів було встановлення залежностей між шкалами та перевірка їх статистичної валідності. Для цього отриманим рядам даних було присвоєно ранги [Додаток І, К] та визначено коефіцієнти рангової кореляції Спірмена  $r$  між значеннями компонентів втоми від співчуття та показниками резилієнс, вторинного травматичного стресу за В. Е. Bride, алекситимією та нейротизмом (Табл. 2.2.4); а також даними, отриманими з анкети (Табл. 2.2.5 та Табл. 2.2.6).

Таблиця 2.2.4

#### Матриця коефіцієнтів кореляції (за Спірменом $r$ )

$n=38$

	Вигорання	ВВС/ВТС	Резилієнс	ВТС (Bride)	Алекситимія	Нейротизм
ЗВС	<b>-0.68</b>	<b>-0.49</b>	<b>0.60</b>	<b>-0.41</b>	<b>-0.59</b>	-0.26
Вигорання		<b>0.49</b>	<b>-0.44</b>	<b>0.62</b>	<b>0.52</b>	<b>0.49</b>
ВВС/ВТС			<b>-0.33</b>	<b>0.73</b>	<b>0.70</b>	<b>0.59</b>

Для вибірки  $n=38$  критичне значення коефіцієнту Спірмена становить 0.315, а, отже, коефіцієнт кореляції  $r>0.315$  можна вважати статистично значимим.

Згідно з Таблицею 2.2.4, задоволення від співчуття перебуває у значній зворотній кореляції з вигоранням та втомою від співчуття. Отже, чим більше задоволення помічник одержує від можливості допомагати людям, тим нижче ступені вигорання та ВВС / вторинного травматичного стресу, або навпаки. Наявний також зв'язок між ЗВС та тим, наскільки резильєнтною є людина. Окрім того, відсутність ознак алекситимії, а, отже, можливість рефлексувати свій емоційний стан, сприяє більшому задоволенню від співпереживання. В даному випадку, зв'язок ЗВС—нейротизм не є статистично значимим.

Вигорання перебуває в негативному кореляційному зв'язку з резилієнс. Таким чином, чим більшою є психологічна пружність помічника, тим ефективніше він може протистояти несприятливим робочим умовам та фізичному і емоційному виснаженню.

Вторинна травматизація / втома від співчуття, а також наявність алекситимії та нестійкої нервової системи є додатковим ризиком вигорання, відповідно до результатів дослідження за вибіркою.

Присутня негативна кореляція втоми від співчуття з резилієнс, хоча цей зв'язок не такий сильний, як з іншими шкалами і перебуває на межі валідності.

Наявна сильна відповідність вторинного травматичного стресу за шкалам Stamm та Bride. На основі цього можна зробити висновок, що переклад та адаптацію методик українською мовою було проведено коректно.

Алекситимію також можна вважати фактором ( $r=0.70$ ), що сприяє розвитку втоми від співчуття. Люди з алекситимією можуть мати обмежену здатність розрізняти та виражати свої почуття, а також розуміти емоції інших людей. Помічник, що може розуміти, пояснювати власні та чужі емоції, здатний краще управляти динамікою стосунків з підопічним, відрізняти його потреби від власних та попереджати надмірну самоідентифікацію з ним, що значно знижує ризик втоми від співчуття.

Кореляція ( $r=0.59$ ) між нейротизмом і втомою від співчуття свідчить про помірний прямий зв'язок між цими показниками. Нейротизм — це риса особистості, що характеризується схильністю до негативних емоцій, таких як тривога, занепокоєння і нестабільність настрою. Позитивна кореляція свідчить про те, що люди з вищим рівнем нейротизму можуть бути більш схильні до втоми від співчуття. Це може бути пов'язано з їхньою підвищеною емоційною реактивністю, підвищеною чутливістю до стресу і труднощами в управлінні власним емоційним благополуччям перед обличчям страждань інших людей.

Результати дослідження зв'язку втоми від співчуття з даними, що респонденти надали в анкеті наведені в Таблиці 2.2.5 та Таблиці 2.2.6. Згідно з ними, є слабкий зв'язок між віком, стажем роботи та задоволенням від співчуття. Отже, чим старше та досвідченіше спеціаліст, тим більше задоволення від співчуття він або вона відчуває. Такий результат відповідає загальній статистиці досліджень даного явища, згідно з якою, більший досвід є фактором захисту від втоми від співчуття. Однак, значення  $r=0.22$  не є статистично значимим.

Таблиця 2.2.5

### Матриця коефіцієнтів кореляції (за Спірменом $r$ )

n=38

	Вік	Стать	Стаж	Супервізії / інтервізії	Підтримка оточення	Self-care практики	Особиста терапія
ЗВС	0.25	-0.10	0.22	0.07	0.03	0.01	0.06
Вигорання	0.15	0.01	0.14	<b>-0.33</b>	-0.07	-0.10	-0.10
ВВС	0.12	0.09	0.08	-0.03	0.15	0.15	0.23

Наявний помірний негативний зв'язок ступеню вигорання та відвідуванням супервізій. Таким чином, відсутність підтримки колег та менторів, можливості відрефлексувати певні елементи роботи у такий спосіб, може бути фактором розвитку синдрому вигорання.

Обчислення також показало слабкий зв'язок між ВВС/ВТС та перебуванням в терапії. Можливо, це можна пояснити таким чином, що

помічники відчуваючи негативні симптоми втоми від співчуття звертаються за допомогою до спеціаліста.

Наявність спеціальної підготовки для роботи з психічної травмою з невеликою ймовірністю попереджає розвиток вигорання. Знання потенційних реакцій та поведінки постраждалих внаслідок травматичних подій, а також власних напрацьованих копінг-стратегій, протоколи дій в різних ситуаціях можуть пом'якшити ефект від стресу, з яким представники допомагаючих професій стикаються в роботі.

Таблиця 2.2.6

**Матриця коефіцієнтів кореляції (за Спірменом r)**

	Допомога постраждалим від війни	Допомога іншим травмованим *	Спец. підготовка для роботи з травмою	Участь в бойових діях	Свідок/учасник б/д
ЗВС	—	0.12	0.11	-0.02	0.02
Вигорання	-0.04	0.11	-0.27	0.26	-0.03
ВВС	0.06	0.09	0.11	0.29	0.17
*травматичний або стресовий досвід не пов'язаний з воєнними подіями					

Участь у бойових діях також є фактором ризику втоми від співчуття, проте дані цих респонденти не є достатньо репрезентативними, адже у цьому випадку йдеться про безпосередню первинну травматизацію. Проте ці кореляції не можна вважати статистично значимими.

Кореляційних зв'язків між статтю, підтримкою оточення, практиками турботи про себе, допомогою постраждалим від війни та інших травматичних або стресових подій, свідченням бойових дій встановлено не було.

Варто також зазначити, що вимір даних параметрів не був стандартизованим (учасників просили оцінити себе за одним пунктом, напр. «Чи можна охарактеризувати ваше оточення загалом як підтримуюче?») а ранжування було проведено шляхом присвоєння відповідям «так» або «ні» значень «1» та «0» відповідно.



*Рис. 2.2.5. Частота проявів втоми від співчуття*

Серед проявів втоми від співчуття, респонденти найчастіше відзначали підвищену дратівливість (52,6%), проблеми зі сном (44,7%) та фізичне і емоційне виснаження (42,1%). Перше можна пояснити загальним звуженням вікна толерантності на фоні війни, коли здатність ефективно справлятися зі стресом і зберігати рівновагу стає обмеженою, а невеликі тригери, які зазвичай піддаються контролю, можуть призвести до емоційної або стресової реакції. Жоден з респондентів не обрав варіант «нічого з переліченого». Це може свідчити про загальний негативний фізичний та психоемоційний стан фахівців психосоціальної підтримки в умовах робочої ситуації, що склалася на даний момент для спеціалістів в Україні.

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Нами було здійснено емпіричне дослідження втоми від співчуття та факторів, що можуть на неї впливати шляхом застосування методик Якості професійного життя, шкали резилієнс, вторинного травматичного стресу, алекситимії та нейротизму; також було з'ясовано зовнішні фактори роботи фахівців шляхом анкетування. Вибірка була репрезентативна за статево-віковими, а також професійними характеристиками. До неї увійшли психологи, психотерапевти, соціальні працівники, бойові медики, лікарі та волонтери.

Переважна більшість респондентів вказали, що були свідками або учасниками бойових дій, надавали допомогу пережившим травматичний досвід, проходять супервізії і перебувають в терапії, мають підтримку оточення, а також пройшли підготовку для роботи з травмованими людьми і користуються методиками по зниженню стресової напруги.

Учасники опитування продемонстрували достатній рівень резилієнс та емоційної стабільності, у більшості немає ознак алекситимії; показники вторинної травматизації нерівномірні, проте значна частина демонструє результат від низького до помірного.

Загалом, показники задоволення від співчуття, вигорання та втоми від співчуття / вторинної травматизації перебувають в межах нормального розподілу, так, що низький та високий результати продемонстрували 25-й та 75-й процентилі відповідно, тоді як у більшості вони помірні.

Результати отримані завдяки стандартизованим методикам показали значні рівні кореляції з досліджуваним явищем, тоді як питання анкети, дали низький, статистично незначимий кореляційний результат.

Дослідження не виявило (низький або статистично незначимий коефіцієнт кореляції за Спірменом) зв'язку між ризиком втоми від співчуття та віком, статтю, практиками турботи про себе, підтримкою оточення, наявністю супервізій чи особистої терапії. Відповідно до отриманих нами даних, допомога постраждалим від війни або іншим травмованим, спеціальна підготовка, участь у чи свідчення бойових дій також не впливають на ризик втоми від співчуття.

Водночас, результати свідчать про сильний, статистично значимий зв'язок між ризиком розвитку втоми від співчуття та особистісними характеристиками самого помічника. Алекситимія та нестабільна нервова система підвищують цей ризик, тоді як психологічна пружність, навпаки, знижує його.

На основі отриманих результатів теоретичного та емпіричного досліджень можна створити програму психологічного супроводу та практичні психологічні рекомендації для попередження та корекції втоми від співчуття у фахівців психосоціальної підтримки.

## РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПРИ ВТОМІ ВІД СПІВЧУТТЯ У ФАХІВЦІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ В УМОВАХ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

3.1. Програма психологічного супроводу при втомі від співчуття у фахівців психосоціальної підтримки

За основу програми було взято Accelerated Recovery Program for Compassion Fatigue розроблену Gentry, Baranowsky та Dunning, поради The Center for Victims of Torture, який надає діагностичну методичку оцінки якості професійного життя ProQOL, а також рекомендації, отримані шляхом теоретичного дослідження літератури.

Метою програми є нівелювання негативного біопсихосоціального впливу вторинної травми, яку зазнав фахівець будучи свідком чужого страждання, та посилення його загальної життєстійкості та стресостійкості.

Вона ставить такі завдання:

- Визначення симптомів та діагностику.
- Розпізнавання тригера втоми від співчуття.
- Визначення та використання власних ресурсів.
- Перегляд особистої та професійної історії до поточного моменту.
- Десенсибілізацію до стресорів, пропрацювання вторинного травматичного стресу.
- Оволодіння методами зниження емоційного збудження.
- Опанування навичок усвідомленості та заземлення та стримування.
- Збільшення рівня резилієнсу.
- Впровадження плану підтримки після виходу з-під опіки з використанням власної програми самопомоги.

Програма передбачає індивідуальну роботу і складається з 7 сесій.

## *Сесія 1. Формування терапевтичного альянсу, психоедукація та діагностика.*

Терапевтичний альянс — це особливо важливо в програмі, яка пропонує допомогу фахівцям, які зазвичай вважають себе надавачами допомоги і тому не бажають звертатися за допомогою самостійно. Основним принципом програми має бути те, що до кожної людини, яка звернулась з такою проблемою будуть ставитися з великою повагою і розумінням унікального виклику, з яким стикається професіонал, який сам має просити по допомогу.

Психоедукація полягає в нормалізації стану помічника, поясненні того, що з ним відбувається, ознайомленні з симптомами втоми від співчуття та компонентами програми і подальшої роботи.

Проводиться діагностика стану помічника. Для кількісної оцінки використовується пакет методик, який дозволяє розглянути багато аспектів втоми від співчуття, замовчування, впливу первинної травми, емоційних розладів і стресів, які можуть впливати на життєдіяльність професіонала. Серед них — опитувальник Оцінки якості професійного життя ProQOL за В. Н. Stamm, шкала Перелік життєвих подій та інші.

Якісна оцінка відбувається шляхом клінічної бесіди з учасником, в ході якої оцінюються травматичні впливи: чи працює помічник з тими, хто зазнав травми, чи стикається зі свідченнями жорстокості та насильства в будь-якому форматі, якщо так, то скільки таких історій він зустрічає. Також оцінюється ставлення помічника до роботи та підопічних, характер стосунків з ними; переглядається особиста та професійна історія до поточного періоду; визначаються симптоми втоми від співчуття; розпізнається її потенційний тригер. Складається список всього, що вимагає часу та енергії, призводить до перенавантаження.

**Домашнє завдання:** скласти список речей, що, згідно особистого досвіду, допомагають справитися зі стресом та напругою, є актами турботи про себе та просто приносять задоволення.

## *Сесія 2. Навички саморегуляції, усвідомленості та турботи про себе.*

Саморегуляція — це мікро-релаксація під час повного занурення в буденні справи, як розслаблення м'язів під час зустрічі з безліччю надуманих чи реальних загроз, які виникають протягом кожного робочого дня.

### *Дихання*

Якщо в момент тривожності або дискомфорту спробувати врегулювати і вирівняти прискорене, поверхнєве дихання, можна переконати мозок, ми знаходимося у безпеці і заспокоїти організм.

Для цього можна застосувати глибоке повільне діафрагмальне дихання, яке ще називають диханням животом.

Крок 1. Необхідно зайняти комфортне положення, так щоб була можливість вільно розправити грудну клітку. Це можна зробити стоячи, розставивши ноги на ширині плечей, з розслабленими руками витягнутими вздовж тіла. Або сидячи, спиною опираючись на крісло, а стопами в підлогу. Або лежачи на твердій поверхні, зігнувши ноги в колінах. Прислухатись до свого тіла, зосередитись на відчуттях того, як воно торкається інших поверхонь.

Крок 2. Покласти одну руку на живіт, другу на грудну клітку. Відчуті як рука що на ГК піднімається з кожним вдихом, як рука на животі рухається вгору-вниз. Якщо рука на грудях піднімається вище за іншу – дихання занадто швидке.

Крок 3. Спробувати дихати животом, а не грудною клітиною. Зробити максимально плавний глибокий вдих через ніс, відчуті як живіт, ніби повітряна кулька наповнюється повітрям і підіймається. Рука, що лежить на животі рухається разом з ним. Під час повільного і розміреного видиху відчуті як живіт опадає і втягується. Зробити невелику паузу і вдихнути знову, відчуваючи як по мірі наповнення легень повітрям підіймається живіт. При правильному виконанні рука, що лежить на животі піднімається вище за руку на грудях. Дихання має уповільнитись і стати глибшим.

Крок 4. Продовжити дихати животом. Зробити ще як мінімум 5 глибоких вдихів.

Під час вдиху можна рахувати до 4. Затримати повітря і порахувати до 2. На видиху знову рахувати до 4. Можна уявляти, що вдихається легке, прохолодне, сяюче повітря, а видихається гаряче, темне і важке. Практикувати діафрагмальне дихання щодня, по три підходи в день.

Навмисна відстороненість і зосередженість — це цілеспрямовані вольові зусилля направлені на те, щоб не приділяти увагу несуттєвим речам, які тільки погіршують стрес, і незадоволеність; і, натомість, перемикають увагу на позитивні аспекти свого життя. Таким чином можна підвищити задоволення від співчуття та знизити ризик вигорання і вторинного травматичного стресу.

Для того, аби «вимкнути» свої емоції та вразливість перед стражданнями інших людей і дистресом від перебування в напруженому середовищі або виконання важких обов'язків можна перед початком роботи застосувати наступні прийоми:

- 1) Думки: прокручувати в голові якусь фразу, думку, рядок із пісні.
- 2) Образи: уявити і утримувати уявним поглядом певний візуальний образ.
- 3) Дії: підібрати і здійснювати певні рухи, щоб налаштуватися на нелегку роботу. Можна вдягнути елемент робочої уніформи, поплескати себе по стегнах, пострибати, зробити нахили тулуба.

Після виконання неприємного завдання треба виконати схожий ритуал з іншими діями аби «увімкнути назад» свої емоції.

Задля відокремлення суттєвих подразників середовища від неважливих, яким не потрібно приділяти свідому увагу можна застосувати такі кроки:

- 1) Скласти список неприємних відчуттів, що посилюють дискомфорт на робочому місці.
- 2) Усунути несуттєві стресори з цього списку.
- 3) Виділити ті подразники, які привертають увагу, підвищують рівень стресу, але від людини не залежать.

4) Поспостерігати за тим, що відбудеться, якщо цілеспрямованим зусиллям волі переключити увагу з неприємних відчуттів на більш позитивні аспекти реальності.

5) З часом помітити, що стає набагато легше абстрагуватися від неприємних стресогенних аспектів в робочому середовищі.

*Заземлення* є набором технік, що можна використовувати у разі сильного потрясіння або дистресу. Вони допомагають переорієнтувати тіло і мозок в момент «тут і зараз» і нагадати, що в цей момент організм перебуває у безпеці.

Нав'язливі думки та флешбеки іноді виникають як реакція на почуті людиною травматичні історії. Ці неприємні думки, образи та спогади накочуються несподівано і застають людину зненацька, змушуючи організм реагувати на них так, ніби ці події відбувалися насправді. Інструменти заземлення допомагають повернути своє тіло і розум назад у сьогодення. Заземлення допомагає заспокоїтись, відновити контроль над ситуацією, і легше переносити неприємні емоції. Воно працює через фізіологічне заспокоєння нервової системи.

Ключовим моментом є фокусування уваги на стопах і тому, як міцно вони стоять на підлозі, а решта частин тіла торкається опори.

1) Для практики заземлення необхідно знайти тихе місце, де можна сісти, зробити кілька вдихів з концентрацією на диханні.

2) Далі слід зупинити свій погляд на одному об'єкті, детально роздивитися його, зафіксувати його деталі: форму, колір, текстуру, спробувати зафіксувати його у пам'яті. Переключитися на наступний цікавий об'єкт. Повторити це для 5 різних речей.

3) Зробити глибокий вдих і повільний видих.

4) Зосередитись на звуках, які можна почути: їх джерелі, тоні, гучності, виразності, ритму. Приділити 3 хвилини аналізуючи таким чином звуки в приміщенні.

5) Зробити глибокий вдих і повільний видих.

6) Після цього зосередитися на тактильних відчуттях. Звернути увагу на те, як одяг торкається тіла, текстуру тканини, текстуру поверхні, на якій ви сидите. Чого торкаються різні частини тіла. Яка температура в приміщенні? До чого можна доторкнутися? Як цей предмет відчувається: його текстура, температура? Виконувати цю вправу не менше 3 хвилин з обраним або іншими предметами в приміщенні.

7) Зробити глибокий вдих і повільний видих.

8) Врешті, перемістити свою увагу на смаки та запахи. Чи присутні навколо якісь запахи? Можливо це запах власного тіла? Чи можливо відчути якісь смаки у роті? Якщо є жувальна гумка чи цукерка, можна спершу піднести її до носа, описати запах, потім покласти до рота, не жувати, оцінити смак, текстуру. Лише після цього почати повільно жувати, прислухаючись до найменших змін у відчуттях. Якщо це був льодяник — дати йому самостійно розтанути у роті.

9) Зробити ще один глибокий вдих і повільний видих. Прислухатися до власних відчуттів після вправи. Поступово розім'яти тіло, повільно порухатись, зняти м'язову напругу.

Дану вправу можна виконувати навіть під час іншої активності.

Ще одна вправа на заземлення, яка триває приблизно 20 хвилин, полягає у тому аби «повернутися» у власне тіло, відновивши зв'язок між фізичним тілом і розумом шляхом дихання. Її можна виконувати зручно сидячи або стоячи.

1) Потрібно сісти (або встати) так, щоб дві стопи повністю міцно стояли на підлозі. Треба уявити як вони пускають коріння, що йде у підлогу, чіпляються за неї і міцно тримають вас. Сісти прямо і зручно. Відчути як ваше тіло торкається сидіння. Обпертися на спинку і прислухатись до відчуттів у спині і ногах.

2) Розфокусувати погляд. Дивитися в одну точку на підлозі перед вами.

3) Вдихнути носом і повільно видихніть ротом. Повторити кілька разів.

4) Прислухатися до своїх відчуттів під час кожного вдиху і видиху. Глибоко вдихніть п'ять разів, на кожному вдиху з силою натискаючи п'ятою на підлогу і уявляючи, як ваша стопа пускає міцне коріння.

5) Розслабитись протягом кількох хвилин, концентруючись на тому, як тіло торкається крісла або стільця.

6) Відрефлексувати вправу: що ви відчували? чи надійно стояли ногами на землі? Чи відбулися в тілі якісь зміни? Чи відчули спокій? Чи змінилися за час виконання думки?

Для кращого ефекту, заземлення слід практикувати регулярно, приділяючи приблизно 20 хвилин на вправу. Можна обирати серед декількох технік ту, що підійде найкраще. Їх слід починати одразу ж, як тільки відчули неприємні чи болісні емоції.

### *Вправи на mindfulness.*

Практика Особистий «звіт погоди» дасть можливість зосередити увагу на внутрішніх почуттях і відчуттях, але описувати їх тими словами, які зазвичай використовуються для опису погоди.

1. Сісти в крісло зручно відкинувшись на спинку. Заплющити очі, проте за бажання можна залишити розплющеними і дивитись в одну точку на підлозі.

2. Зробити 3 глибоких вдихи.

3. Прислухатися до себе і своїх відчуттів. Як можна описати вашу внутрішню погоду? Чи там зараз ясно чи похмуро? Сонячно, гроза чи сильний вітер? Можливо «погода» в різних частинах тіла різна? Уважно проскануйте своє тіло і спробуйте описати поготу в кожній окремій зоні: у голові та обличчі, в області грудей та живота тощо.

4. Виділити одну ділянку де «погода» трохи краще, ніж в інших частинах. І на кілька хвилин зосередитись на ній.

По завершенню вправи, за готовності, можна розплющити очі та повернутися до реальності навколо.

### *Усвідомлено їсти*

1. Сісти зручно та відкинутися на спинку стільця.
2. Покласти перед собою маленький шматочок їжі «на один укус». Уважно розглянути їжу. Якого вона кольору, текстури, запаху. Які відчуття виникають у тілі, коли ви дивитеся на їжу?
3. Взяти шматочок їжі зі столу, потримати якийсь час в пальцях, якщо її можна їсти руками а якщо не можна - акуратно підчепити столовим прибором. Що ви відчуваєте, коли тримаєте шматочок їжі в руках? Яка його температура? Він легкий чи важкий? Який він на дотик? Гладкий чи шорсткий? М'який чи твердий? Вологий чи сухий? Гарячий чи холодний? Тепер повільно піднести шматочок їжі до губ і покладіть його в рот. Не починати жувати, пару секунд обмацти цей шматочок їжі язиком. Відчутти його температуру, текстуру, смак.
4. А тепер починати повільно пережовувати, але поки що не ковтайте. Що змінилося у відчуттях? Яким чином змінився смак? А текстура? Зосередити увагу на тому, які зміни відбуваються з їжею під час того, як її жують. А тепер ковтнути. Прислухатися до відчуття того, як їжа рухається вниз стравоходом.
5. Можна повторити вправу знову для ще одного шматочка їжі, а можна обмежитися одним разом, але починати з одного «усвідомленого першого шматочка» кожен свій прийом їжі.

*Домашнє завдання.* Практикувати усвідомленість та заземлення. Запитувати себе декілька разів на день: «Чи дійсно я зараз у небезпеці?» Якщо відповідь ні, то розслабляти тіло. Сканувати тіло і розслабляти м'язи 200-500х в день через прогресивну м'язову релаксацію чи вправи на розтяжку.

### ***Сесія 3. Складання наративу.***

Сила історії та відновлювальна якість особистого самоусвідомлення явно допомагає у відновленні професійної та особистої якості життя. Як для тих, хто пережив травму, так і для тих, хто має втому від співчуття або вторинну травму, історія стає складовою шляху повернення до душевного здоров'я.

Багато дослідників і письменників визначили створення хронологічного вербального та/або графічного наративу як важливий компонент у лікуванні травматичного стресу, особливо нав'язливих симптомів

Створення хронологічної розповіді про кар'єру помічника, яка ідентифікує досвід і підопічних, від яких у помічника розвинувся вторинний травматичний стрес має неоціненне значення для подолання симптомів втоми від співчуття. Фахівця ПСП просять розповісти свою історію з самого початку — з першого досвіду у житті, який привів вас до надання допомоги — до теперішнього часу. Для цього використовується камера, щоб записати цю розповідь і попросити помічника переглянути її пізніше того ж дня, намагаючись виявити досвід, який призвів до вторинного травматичного стресу (нав'язливих симптомів) шляхом побудови графічної часової лінії.

Складання наративу допомагає інтегрувати пережитий досвід в нашу особистість, «перехитрити» мозок, який вважає травматичну подію такою, що відбувається в теперішньому моменті і, відповідно, реагує стресом, переконати його, що подія вже залишилася в минулому, та зараз жодної загрози не становить.

***Домашнє завдання.*** Перечитування чернетки та рефлексія.

Страхувальна сітка: запросити 1-2 людини, які вас дуже добре знають, турбуються про вас, та в разі чого здатні протистояти вашим ухилянням (адже заперечення ситуації стають дедалі сильнішими, з погіршенням стану), які скажуть вам прямо, коли у вас проявляться симптоми або ви будете постійно відхилятися від звичної поведінки. Повідомити колег про особливі персональні тригери, які мають на вас найсильніший вплив (наприклад, робота з жертвами зґвалтування або старими людьми); а також про характерні прояви дистресу (наприклад, трясіння ногою чи заїкання), які вони могли б помітити і дати вам змогу взяти паузу при виконанні завдання.

***Сесія 4. Десенсибілізація до травматичних стресорів.***

Важливо десенсибілізувати помічника до травматичних стресорів. Зробивши це, він або вона матиме можливість зустрітися з різними труднощами,

пов'язаними з спричиненням і утриманням травматичних стресових реакцій, і працювати з ними. Методи десенсибілізації помічників нічим не відрізняються від тих, що застосовуються до інших травмованих клієнтів. Метод повинен мінімізувати ступінь дискомфорту і повинен максимізувати контакт з подразниками, що викликають дистрес. Результатом таких методів, безумовно, має бути суттєве зменшення або усунення небажаної емоційної чутливості, пов'язаної з травматичним стресором(ами).

Існує чимало доказів того, що основним активним компонентом ефективної десенсибілізації є саме експозиція. Використання правильного терапевтичного дозування експозиції є складним завданням. Одним з ефективних методів є поєднання контакту з релаксацією, тим самим активуючи відповідний гальмівний рефлекс.

EMDR, запропонований Shapiro є одним з таких методів. Процедури EMDR передбачають вибір клієнтом «цільового спогаду», який представляє найгірший і найбільш стресовий аспект травми.

Сесія починається зі встановлення довірливого контакту. Терапевт пояснює процес EMDR, обговорює мету та збирає інформацію про цільовий спогад або проблему, яку потрібно вирішити. Визначити конкретні спогади, образи, емоції та негативні переконання, пов'язані з цільовою проблемою. А також будь-які пов'язані спогади або переживання, які можуть сприяти поглибленню дистресу.

Клієнта просять викликати в пам'яті цільовий спогад або образ, одночасно проводячи двосторонню стимуляцію. Двостороння стимуляція може бути досягнута за допомогою рухів очей, постукувань рукою (в техніці «метелик», чергуючи ліву і праву сторони) або білатеральних звуків чи вібрацій, за якими клієнт стежить або слухає, зберігаючи фокус на цільовому спогаді. Метод білатеральної стимуляції може відрізнитися залежно від уподобань клієнта, його комфорту та досвіду терапевта. Мета — задіяти обидві півкулі мозку, сприяючи обробці та інтеграції тривожних спогадів або переживань. Вибір методу повинен бути обговорений і визначений спільно між терапевтом і клієнтом.

Коли клієнт бере участь у двосторонній стимуляції, його увага зміщується між травматичним спогадом і теперішнім моментом. Це допомагає полегшити обробку та інтеграцію тривожного спогаду, дозволяючи клієнту отримати нові уявлення, зняти емоційну напругу та переосмислити негативні переконання.

Терапевт проводить клієнта через серії двосторонньої стимуляції, періодично роблячи паузи, щоб перевірити, як почувається клієнт, і полегшити йому обробку будь-яких думок, емоцій або відчуттів, що виникають. Він може ставити запитання, щоб допомогти клієнту дослідити і переробити спогад з різних точок зору.

Після того, як дистрес, пов'язаний з цільовим спогадом, значно зменшиться, терапевт допомагає клієнту зміцнити позитивні переконання або ресурси, пов'язані з цією проблемою. Це допомагає розвинути відчуття сили та стійкості.

Наприкінці сесії терапевт переконується, що клієнт перебуває в стабільному і заземленому стані, перш ніж завершити сесію. Він може запропонувати техніки релаксації або стратегії самодопомоги, щоб допомогти клієнту вийти з сесії.

Після успішної десенсибілізації та переробки втоми від співчуття, первинний і вторинний травматичний стрес помічника, а також припинення нав'язливих симптомів, часто приходять супутнє відчуття відродження, радості та трансформації. Цей важливий крок і компонент терапії втоми від співчуття не можна применшувати або ігнорувати.

**Домашнє завдання:** прописати власну місію в своїй роботі за наступною схемою. Моя місія:

Жити \_\_\_\_\_.

Працювати \_\_\_\_\_.

Продовжувати \_\_\_\_\_.

Любити \_\_\_\_\_.

Бути \_\_\_\_\_.

Стати \_\_\_\_\_.

Вірити \_\_\_\_\_.

Просувати \_\_\_\_\_.

Прагнути \_\_\_\_\_.

Шукати \_\_\_\_\_.

А також сформулювати принципи, що формують «кодекс честі» вашої роботи. Наприклад, *Я сповнений надії в будь-яких ситуаціях. Я намагаюся бути максимально чесним з собою та іншими.*

### ***Сесія 5. Робота з непродуктивними думками. Когнітивна реструктуризація.***

Те, що людина говорить собі, створює внутрішнє середовище, в якому вона може процвітати або борсатися. Якщо ми пережили важкий досвід, ми можемо вірити з того моменту, що «ми живемо в небезпечному світі». Це переконання може зберігатися навіть тоді, коли ми перебуваємо з людьми, яких любимо, у безпечному фізичному середовищі. У цьому випадку ми відчуваємо, що ми «не в безпеці», навіть якщо це не так. Те, що ми говоримо собі, може мати вирішальне значення для руйнування негативних переконань. Перевірка реальності допомагає, але, що ще краще, виклик внутрішньому діалогу може допомогти змінити наші автоматичні думки і переконання на більш чесний і гармонійний внутрішній світ.

Викривлене мислення може існувати до початку роботи в психосоціальній підтримці, або ж розвинутих у відповідь на первинний і вторинний травматичний стрес, що стався в ході цієї роботи. Якою б не була причина, що як тільки помічник відчуває негативні симптоми втоми від співчуття, ці симптоми не зникнуть повністю доти, доки викривлені переконання про себе і світ не будуть виправлені.

Для подолання симптомів втоми від співчуття особам, які надають допомогу, необхідно пом'якшити свої критичні та примусові наративи про себе і змінити мотиваційний стиль на лояльну до себе і життєствердну мову і більш дружлюбний тон.

Для цього можна застосувати техніку під назвою «відео-діалог», яка значно прискорює цей процес. Ця техніка, закликає клієнта написати листа самому собі з точки зору «Великого Супервізора», щедро обдаровуючи себе всіма похвалами, підтримкою і схваленням, які він бажає отримати від інших. Потім його просять прочитати цей лист в об'єktiv камери. Переглядаючи відеозапис цього листа, помічника просять звертати увагу на будь-які негативні або критичні думки, які заважають вам прийняти цю похвалу. Потім він або вона отримує інструкцію озвучити ці критичні та негативні думки у відеокамеру, спрямовану на нього. Ця суперечка між «Я» і «критичним голосом» клієнта триває під запис доти, доки обидві «сторони» не почнуть бачити користь в обох точках зору. Після цього полярності розслабляються, самокритика пом'якшується, а інтеграція полегшується.

Для цього завдання також добре підійде техніка когнітивної терапії з виявлення певних когнітивних викривлень клієнта і переписування цих непродуктивних думок на більш адаптивні і задовільні.

### 1) Вибір чи вимога?

Помічайте як часто на роботі ви кажете про себе чи в голос *«Я повинна/-ен»*. Якщо змінити сприйняття вимог на розуміння, що у вас є вибір, і ви обираєте зробіте роботу за день чи завдання, це зменшує рівень стресу від цієї роботи. Які робочі завдання зараз вимагають від вас зробити?

Проведіть оцінку вигод та подумайте як би ви змінили це формулювання з вимоги до прийняття вибору зробити це завдання?

Нова продуктивна когніція:

*Я обираю зробити \_\_\_\_\_, тому що \_\_\_\_\_.*

### 2) Контролювати те що можеш.

Записати 3 способи якими ви робите себе відповідальним за результати поза вашим контролем:

напр. *Я врятую цю людину.*

Переформулювати ці тези так, щоб виразити намір в межах ваших можливостей.

Нова продуктивна когніція:

*Я дам цій людині кращу підтримку, яку тільки зможу.*

3) Самооцінка та оцінка інших — внутрішній локус контролю.

Визначити одну ситуацію, в якій ви намагаєтесь отримати прихильність інших (пацієнтів, колег, керівників, членів сім'ї).

напр. *Я хочу, щоб цей пацієнт сприймав мене як компетентного*

Потренуватися переписати цю ситуацію на щось, що знаходиться в межах вашого контролю і є практичним втіленням вашої місії

Нова продуктивна когніція:

*Я буду компетентним і співчутливим практиком з цим пацієнтом і дозволю йому думати про мене все, що він захоче.*

4) Неупереджений спостерігач.

Звернути увагу на свої думки, коли відчуваєте тривогу. Які мимовільні та шаблонні думки виникають у вас у цей час?

*Цей стрес призвів до того, що я переїла.*

*Я такий дурень, що дозволив собі набрати таку вагу.*

Як ці негативні думки намагаються допомогти вам (підказка: боротися або тікати)?

*Гаразд, я знаю, що мені слід краще харчуватися.*

*У мене є вагомні причини не займатися фізичними вправами.*

*Я занадто зайнятий!*

Дозволити їм бути. Потренуватися дозволяти цим думкам проходити повз вас або крізь вас, не вступаючи з ними в не вступаючи з ними у взаємодію.

Визнайте, що це старі нейронні патерни, які намагаються допомогти вам через досвід, який сприймається як загроза.

*Зупинка нав'язливих думок.*

Вправи рекомендується в міру можливості робити в певний час доби, коли ви зазвичай відчуваєте найбільш розслаблено. Для початку слід зробити

розминку у вигляді дихання чи заземлення. Якщо нав'язливі думки й образи знову повернуться й відволікатимуть вас упродовж дня, нагадайте собі, що ви вже над цим працюєте, дбаєте про свій стан і щодня відводите спеціальний час на те, щоб займатися розв'язанням цієї проблеми. Дуже важливо практикувати інструменти регулярно і не пропускати час, виділений на вправу.

1) Перший крок – це визнати факт появи нав'язливих думок, а не намагатися не думати їх і викинути з голови зусиллям волі.

Щоразу, коли виникає неприємна нав'язлива думка, потрібно тричі повторити про себе: «Зараз я думаю про те, що \_\_\_\_\_ ». Далі прислухатися до відчуттів у своєму тілі і тричі повторити про себе: «Зараз я відчуваю \_\_\_\_\_ ».

Якщо звернути увагу на ту чи іншу думку, розум опрацює її і зможе перейти до наступної — наприклад, зосередитися на відчуттях у тілі або навіть переключитися на інші, незв'язані думки. Щоразу повторюйте неприємну думку тричі, а потім спробувати відпустити її. Важливо щоразу після відповідної думки переключатися на своє тіло, прислухатися до почуттів і відчуттів у ньому. У міру практики нав'язливі думки турбуватимуть дедалі рідше й рідше, а увага дедалі більше й більше переключатиметься на те, що відбувається ззовні й усередині. Паралельно можна практикувати заземлення.

2) Деякі уявні образи, які створює помічник аби краще зрозуміти про що розповідає клієнт можуть набувати нав'язливого характеру і мимовільно виникати в свідомості як реакція на тригер. Оскільки цей образ є цілком продуктом розуму, його можна і треба контролювати.

Робити це можна за допомогою наступних інтервенцій.

Розпочати також краще із заземлення і дихання аби повернутися в момент «тут і зараз».

Потрібно уявити, що ви сидите в кімнаті з телевізором, пульт від якого знаходиться прямо під рукою. Уявити цю кімнату з телевізором у найбільших подробицях. Далі слід «увімкнути» телевізор і уявити, що дивитесь нейтральну чи приємну передачу. Пультом в руках можна в будь-яку мить змінити зображення на екрані, його яскравість і швидкість.

Коли з'являється флешбек або виникає нав'язливий образ потрібно роздивитися зображення, що виникає та дистанціюватися від нього. За допомогою уявного пульта слід відредагувати образ: зробити менш чітким, розмитим, віддаленим, а по можливості і зовсім переключити канал.

### *Експресивні арт-техніки.*

Виразити неприємні думки і образи через творчість під керівництвом психолога. Це може вірш або розповідь, малюнок (навіть абстрактна картина). Такий прийом може викликати дуже болючі переживання і виконується лише під керівництвом терапевта.

Можна створити *образ особливого безпечного місця*, де завжди можна сховатися і відчувати себе в безпеці. Цей образ можна викликати щоразу, коли стикаєтесь з тригером. Його можна намалювати або написати про нього.

1. Уявити якесь місце (реальне або вигадане), де ви почуваетесь в цілковитій безпеці.
2. Що ви бачите навколо?
3. До чого ви можете доторкнутися?
4. Що ви відчуваєте, коли уявляєте себе в цьому місці?
5. Які відчуття виникають у вашому тілі?
6. Яку назву ви б дали своєму безпечному місцю?
7. Уявити, що ви опинилися в цьому місці просто зараз, глибоко дихайте, дозвольте собі відчувати мир і спокій.

### *Домашнє завдання:* Практикувати нові продуктивні когніції.

Тренувати свій мозок бути позитивним так само, як і своє тіло. Вибрати одну з п'яти звичок, перелічених нижче, і виконувати її, щоб сформувати позитивну звичку.

1. Щодня записувати три нові речі, за які ви вдячні, на чистому аркуші паперу або в додаток на телефоні.
2. Писати протягом 2 хвилин на день, описуючи один позитивний досвід, який стався за останні 24 години. Ця стратегія допоможе перетворитися з

мислителя, орієнтованого на завдання, на мислителя, який сканує світ у пошуках сенсу, а не нескінченних справ.

3. Медитувати протягом 2 хвилин, зосереджуючись на своєму диханні, вдихаючи і видихаючи.

4. Зранку писати одного короткого електронного листа, в якому дякуєте або хвалите когось із членів вашої команди / колегу. Це значно підвищує відчуття соціальної підтримки.

### ***Сесія 6. Робота з особистими кордонами та формування своєї місії.***

Людям, робота яких пов'язана з допомогою іншим, особливо у медичній сфері, може бути складно встановити кордони між роботою та особистим життям. Адже деякі підопічні можуть потребувати уваги весь день, а не до певної години. Тому багато фахівців психосоціальної підтримки вважають нормальним і природним бути доступним 24 години на добу. Проте, відсутність чітких меж між робочим та приватним, можливості для відновлення і відпочинку тіла то розуму, регулярне перепрацювання та безперервну емоційну залученість можуть чинити вкрай негативний вплив на фізичне та психічне та соціальне благополуччя.

Кордони необхідні для підтримки балансу між професійними обов'язками, власними потребами та зобов'язаннями перед сім'єю, друзями. Спілкування з останніми, турботливе ставлення до себе дає можливості для відновлення ресурсу та, в свою чергу, більш якісного професійного перфомансу. Важливо зрозуміти, які фактори порушують баланс між робочим та особистим, аби після особливого кризового епізоду поновити здорові кордони.

На роботі: іноді доведеться сказати Ні коли доручають надмірну завдання або просять взяти на себе додаткові обов'язки; не перевіряти робочий e-mail чи не відповідати на дзвінки після певної години або у вихідні дні, використовувати офіційну відпустку, під час якої за можливості максимально дистанціюватися від робочих питань.

Вдома: за потреби донести до близьких складність робочої ситуації та попередити, що якийсь час ви будете не настільки залученим у сімейне життя, повідомити, про допомогу яка буде потрібна вам з домашніми задачами на цей період, а також час, коли ви знову зможете приділяти їм достатньо уваги. Важливо також залишати час для себе (для повноцінного сну, збалансованого харчування, занять спортом, духовних практик чи творчості).

Кордони між домом та роботою необхідні аби тіло та розум переключилися з «робочого режиму» на «особистий режим». Для цього необхідна певна символічна межа, особливий ритуал перед і після закінчення робочого дня, між робочим середовищем та домашнім, перетин або проходження якого посиляє мозку сигнал про потребу переключитися. Важливо відтворювати одні і ті самі ритуали регулярно аби посилити асоціативні зв'язки.

Варто задіювати при цьому органи чуття за допомогою звуків, дотиків, рухів або запахів.

Найкращі стратегії передбачають певний ритуал переходу, наприклад:

- Слухати певну пісню під час дороги на роботу і додому.
- Прийняти ванну або душ із гелем, запах якого стане тригером.
- Їздити з роботи одним і тим самим маршрутом. Вибрати позначку по дорозі (вулицю чи білборд), яка стане умовною межею, за якою перейматися робочими питаннями не слід.
- Випивати певний напій по поверненню додому.
- Одягати зручний одяг, коли повертаєтесь додому, і відкладати робочий одяг «подалі», так само, як і робочий день.
- Зробити 10-хвилинну перерву, щоб переключитись.
- Вийти на пробіжку.
- Повертаючись додому з роботи, замість того, щоб одразу заходити в дім, побути на вулиці ще 10 хвилин, щоб насолодитися природним оточенням

Робити цей ритуал усвідомлено та уявляти, як робоче залишається «позаду».

Якщо людина працює з дому, то краще робити це в конкретному спеціально відведеному місці, яке можна полишити в кінці дня, в робочому одязі, з фіксованим розпорядком, та правилами для співмешканців щодо цього розпорядку.

Одним із наслідків «стресового стану» є реактивність — компульсивна та/або імпульсивна поведінка. Коли енергія в організмі, спричинена тривалим домінуванням симпатичної нервової системи, переважає здатність неокортексу керувати цією енергією, то людина часто починає «діяти», порушуючи власну цілісність. Таку реактивну поведінку можна розуміти як регресивне вираження спроби нейтралізувати сприйняту загрозу (наприклад, боротьба) або втекти від сприйнятої загрози (наприклад, втеча). Чим більша інтенсивність стресу, тим імовірніше і частіше людина вдається до реактивного мислення і поведінки.

Протилежністю реактивному є інтенціональний (навмисний) підхід. Причина, по якій потрібно пропрацювати реактивність, полягає в тому, щоб розрядитися і знайти полегшення від величезної кількості тривожної або дискомфортної енергії, якою вторинний травматичний стрес заряджає тіло і рухатися до того, щоб дозволити парасимпатичній нервовій системі (ПНС) домінувати над функціонуванням нашої автономної нервової системи. У цьому стані людина відчувається комфортно всередині свого тіла, має максимальне функціонування неокортексу і здатна вирішувати, як вона хоче впоратися з будь-якою ситуацією, з якою стикається.

Частина цієї навички полягає в тому, щоб спочатку усвідомити свій намір або ж заявити про особисту місію і особисті принципи, якими професіонал керується в своїй поведінці (сформульовані в одному з попередніх домашніх завдань). Таким чином він перетворюється на людину, яка збирається працювати з певною метою. Його успіх і цінність починають менше визначатися оцінками інших (тобто підопічних, менеджерів, колег або близьких людей) і поступово вимірюється їхньою здатністю зберігати вірність власній меті та принципам, перебуваючи на своєму робочому місці.

Отже, якщо між певним тригером та реактивною відповіддю на нього слід навчитися робити паузу, проводити м'язову релаксацію чи глибоке дихання та згадувати про власні принципи, можна опанувати цю ситуацію та зреагувати на тригер свідомо та інтенційно, діяти за власним наміром.

**Домашнє завдання.** Практикуватись казати «Ні» в ситуаціях, коли це не є прямим робочим обов'язком, приносить дискомфорт або є зайвим навантаженням. Наприклад, відмовитись від додаткового чергування, безоплатної роботи, чи просто від продуктів неналежної якості, які вам пропонують купити.

Оскільки рівень втоми від співчуття сильно залежить від здатності чи не здатності описати власні емоції, корекція цієї риси може мати терапевтичний ефект. Отже, необхідно впровадити щоденний контроль емоцій: щодня виділяти кілька хвилин, щоб перевірити себе і визначити, які емоції ви відчуваєте. Використовувати щоденник або додаток для відстеження настрою, щоб записувати свої емоції та будь-які пов'язані з ними думки чи переживання. Ця практика підвищує самосвідомість і чутливість до власного емоційного фону.

Розпізнавання емоцій в інших: Спостерігати за людьми в громадських місцях, таких як кафе чи парки. Спостерігайте за невербальними сигналами, мімікою, мовою тіла і тоном голосу людей, щоб зробити обґрунтовані припущення про їхній емоційний стан.

### ***Сесія 7. Завершення та aftercare.***

На завершальній сесії робиться огляд та підбиття підсумків: аналізується та підсумовується прогрес, досягнутий у процесі роботи, цілі, яких було досягнуто, набуті навички та отримані знання. Це може допомогти закріпити позитивні зміни та забезпечити завершення.

Проговорюються про стратегії і техніки, які помічник може використовувати для підтримки прогресу, досягнутого в ході програми. Це може включати визначення тригерів або викликів, з якими вони можна зіткнутися в майбутньому, і розробку конкретних механізмів для їх подолання.

Надаються відповідні ресурси, такі як статті, онлайн-матеріали або групи підтримки, які можуть сприяти подальшому зростанню та розвитку клієнта. Ці ресурси можуть слугувати довідником і надавати додаткові інструменти для самопомоги та подальшої особистої роботи. Дається настанова регулярно проходити самодіагностику на наявність втоми від співчуття.

Створюється план запобігання рецидивам. Цей план повинен містити конкретні дії та стратегії, які можна застосувати, якщо є погіршення самопочуття або повернення попередніх труднощів. Обговорюються тривожні ознаки, здорові механізми подолання труднощів і важливість звернення за підтримкою, коли це необхідно.

Заохочується самопомога. Це може включати практику релаксаційних технік, хобі, ведення здорового способу життя та пошук соціальної підтримки від друзів і близьких.

Нормалізуються труднощі перехідного періоду: Обговорюються звичайні проблеми, які можуть виникнути під час переходу від терапії. Зазвичай це змішані емоції або тимчасові невдачі, коли клієнти пристосовуються до застосування своїх нових навичок і знань у повсякденному житті. Нормалізація цих переживань може допомогти зменшити будь-який потенційний дистрес або пониження самооцінки.

Висловлюється завершеність і вдячність: виражається подяка клієнту за його довіру, прихильність і готовність брати участь у процесі. Визнається його прогрес і сильні сторони, а також дайте йому зрозуміти, що вірять в його здатність продовжувати рости і процвітати.

### 3.2. Практичні психологічні рекомендації із запобігання та корекції втоми від співчуття

На основі проведеного нами теоретичного та емпіричного досліджень явища втоми від співчуття, можна сформулювати наступні практичні психологічні рекомендації.

1. Перш за все, існує потреба в підвищенні рівня обізнаності про тригери втоми від співчуття, симптоми та стратегії подолання, а також сприяння

підтримці на робочому місці (наприклад, супервізія/консультації з боку колег). Люди, які надають допомогу іншим, не схильні самі просити про неї, тому важливо нормалізувати даний стан, дестигматизувати вразливість помічників перед негативними емоційними станами.

2. Профілактика або пом'якшення втоми від співчуття передбачає усунення першопричин, а не лише надання паліативної допомоги при явних симптомах. Серед них: неадекватна професійна підготовка, нереалістичні очікування та низка контрпереносних реакцій (Kanter, 2007). Спеціальне навчання для роботи з травмованими людьми підготує помічників до різноманітних сценаріїв розвитку подій, дасть змогу розпізнавати власні реакції, тригери та ліміти, патерни поведінки людей у складних ситуаціях

Участь у заходах з професійного розвитку, таких як семінари, тренінги або курси, які спеціально присвячені питанням психічної травми, постійне розширення власної експертизи у цих сферах може підвищити здатність долати потенційні проблеми втоми від співчуття. Це дасть можливість вдосконалювати свої навички та знання щодо роботи з постраждалими, краще розуміти теорію травми, знайомитись з новими підходами та інтервенціями, різноманітними практичними стратегіями.

3. Наявність супервізальної підтримки є запорукою попередження втоми від співчуття. Вона дозволяє розглядати свою роботу з травмованими людьми на глибокому рівні, що сприяє свідомості щодо власних реакцій, емоцій та пристосувань чи захисних механізмів, що виникають в процесі роботи помічника. Супервізор може допомогти отримати перспективу, запропонувати альтернативні точки зору та надати рекомендації щодо дотримання професійних кордонів. Супервізія надає помічникам необхідну підтримку та ресурси для роботи з травмованими клієнтами. Це може включати в себе обговорення труднощів, викликів і стресу, пов'язаного з психосоціальною підтримкою, а також отримання порад та допомоги з боку більш досвідчених колег. Супервізор також має помітити реакції контрперенесення, надмірної ідентифікації з

підопічним та прояви інших негативних емоційних станів чи дезадаптивної поведінки фахівця.

4. Особиста терапія для фахівців психосоціальної підтримки також може стати важливою складовою для підтримки їхнього психологічного благополуччя. Вона допоможе фахівцям глибше розуміти себе, свої емоції, мотивації та реакції на стресові ситуації; сприяє особистому зростанню та самоусвідомленню. В особистій терапії, як і під час супервізій, є можливість проаналізувати професійні виклики, проблеми та ситуації з точки зору зовнішнього спостерігача. Це сприяє розвитку професійних навичок, підвищує ефективність роботи та допомагає впоратися з етичними дилемами, більшій ефективності в роботі з іншими людьми. В терапії помічник має безпечний простір для висловлення власних емоцій, труднощів та переживань, пов'язаних з роботою. Вона допомагає професіоналам знайти підтримку, засоби самозахисту та стратегії попередження втоми від співчуття.

5. Коли ми думаємо про щось, що нас засмучує, лякає або викликає в нас стрес, тіло реагує на це відповідним чином: у м'язах наростає напруга, травлення ускладнюється, з'являються проблеми зі сном. Коли тіло перебуває в напрузі, мозок зчитує цей сигнал, і в підсумку виникає замкнуте коло, коли рівень фізіологічної напруги підвищує психологічний стрес і навпаки. Із цього замкненого кола можна вирватися, розірвавши цикл стресу або у своєму тілі за допомогою дихальних вправ, вправ на розтяжку або прогресивної м'язової релаксації (ПМР), або подумки за допомогою технік усвідомленості, візуалізації та заземлення. Фізіологічно складно активувати і підтримувати домінування симпатичної нервової системи, тобто стрес, коли м'язи розслаблені, а дихання глибоке і повільне. Практика усвідомленості, або ж *mindfulness* є невід'ємним компонентом життєстійкості, а отже і захистом проти втоми від співчуття.

Бути усвідомленим — означає цілеспрямовано звертати увагу на те, що відбувається тут і зараз. Концентруватися можна як на своєму оточенні, тобто на різних зовнішніх предметах і явищах, так і на своєму внутрішньому стані, тобто на тому, що наразі відбувається з вами на уявному, емоційному та фізичному

рівні. За допомогою технік усвідомленості можна абстрагуватися від спогадів про події з минулого або від надмірного занепокоєння і уявного моделювання потенційних сценаріїв майбутнього. Ця методика дає можливість зробити паузу й усвідомити себе в безпеці в сьогоденні, даючи змогу тілу й розуму вирватися з нескінченного циклу стресу (Lomas & Medina, 2018).

Усвідомленість також звертає увагу на власні реакції контрперенесення, які є емоційними реакціями, викликаними у вас досвідом або динамікою клієнта. Усвідомлений помічник розпізнає, коли може проектувати власні невирішені проблеми або переживання на підопічного. Визнавати і опрацьовувати ці реакції під час супервізії або особистої терапії, щоб запобігти їхньому втручання в процес надання допомоги.

6. Досягнення технічної нейтральності є ще однією рекомендацією щодо роботи з людьми, які пережили травму. Тобто, водночас необхідно забезпечувати емпатичну і співчутливу позицію, виражати моральне співпереживання з історією підопічного. І в той же час дотримуватись нейтральності, раціональності і системності, не дозволяти собі віддатися надмірній ідентифікації з ним та уникати ролі «рятівника», «жертви» чи «кривдника», дотримуватись рамок і протоколів, сетингу (Лазаренко, 2021).

7. Проведення оцінки та посилення соціальної підтримки. Часто помічник має досить обмежену систему соціальної підтримки, що складається з колег і лише кількох інтимних стосунків. Життєво важливо розширити систему підтримки помічника як за кількістю, так і за різноманітністю стосунків, щоб його або її розглядали окремо від професійної ролі. Більше того, деякі стосунки можуть бути джерелом напруження та стресу. Ці токсичні стосунки є додатковою викликом, і на них слід звертати увагу (Figley, 2002).

Одним з ефективних методів лікування вторинного травматичного стресу є обмін розповідями про болісний і важкий робочий досвід з іншою людиною - в ідеалі з колегою, а НЕ з членом сім'ї (щоб не травмувати його) - при цьому зберігаючи розслаблене тіло. Оскільки ми можемо поділитися цим досвідом, це дозволяє нам залишити його позаду і пом'якшити наслідки стресу. Ніщо інше не

продемонструвало такої ефективності для зменшення цих наслідків, окрім розмови про це з іншою людиною в розслабленому стані (Baranowsky & Gentry, 2011).

Коли професіонали відчують, що їх підтримують колеги, друзі та громада, вони менше страждають від симптомів, пов'язаних з роботою. Свідома побудова спільноти навколо себе, з якої ми можемо черпати підтримку і силу, є важливим елементом життєстійкості.

8. Якщо йдеться про організацію, що надає психосоціальну підтримку і колектив помічників, як-то бригада рятівників, то групи підтримки співробітників можуть стати форумом для розрядки напруженості між працівниками та продуктивного вирішення проблем. Хоча деякі фахівці вважають за краще проводити дебрифінг між собою, цілком ймовірно, що іноді керівництво повинно заохочувати співробітників ділитися своїм стресом. Якщо працівники починають замикатися в собі, виявляти менший інтерес до своєї роботи це може свідчити про необхідність проведення дебрифінгу.

Стресовий дебрифінг після критичних інцидентів може бути корисною інтервенцією, коли співробітник страждає від особливо важкої втрати. Хоча СД був розроблений для працівників служб реагування на надзвичайні ситуації, він був адаптований для інших медичних і соціальних працівників.

Він включає сім етапів («знайомство», «збір фактів», «емоційна рефлексія», «опис своєї реакції», «опис симптомів», «навчання управлінню» та «повернення до роботи»), в яких невелику (5-7 осіб) групу очолює підготовлений фахівець з психічного здоров'я. Така інтервенція має відбутися через 24-72 години після інциденту, щоб переконатися, що люди готові до детального обговорення інциденту. Деякі дослідження щодо СД дають обнадійливі результати: ті, хто пройшов через нього мають менше проблем із психічним здоров'ям і менше проблем із залежністю, а на робочих місцях, де застосовують СД, спостерігається нижча плинність кадрів і менша кількість лікарняних (Hill et al., 2015).

9. Визначення пріоритетом власну турботу про себе запобігає вигоранню та емоційному виснаженню.

Ось деякі речі, які добре працюють для більшості людей і є важливими компонентами належної турботи про себе:

Регулярні (декілька разів на тиждень) тренування.

Здорове харчування.

Хороша гігієна сну.

Регулярна соціальна активність.

Творча діяльність або хобі.

Духовні практики.

Професійне зростання.

Практики релаксації.

Регулярні перерви в роботі для відпочинку та відновлення.

На додачу до цих пропозицій, кожен фахівець психосоціальної підтримки несе відповідальність за те, щоб знайти і впровадити програму самопомоги і відновлення, яка працює саме для нього.

10. Підвищення резилієнс помічника, як здатності психіки до відновлення після дії сильних стресорів, також грає ключову роль в профілактиці втоми від співчуття. Через:

- Саморегуляцію та усвідомленість;
- Зрілість сприйняття;
- Корекцію непродуктивних думок;
- Формулювання адекватних реалістичних очіуквань;
- Інтерналізацію локусу контролю;
- Турботу про себе;
- Розстановку особистих кордонів;
- Зв'язок з оточуючими;
- Спрямованість: інтенціональність дій та слідування власній місії / кодексу.

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

На основі проведеного теоретичного та емпіричного досліджень нами було створено програму психологічного супроводу та психологічні рекомендації задля превенції та корекції втоми від співчуття у представників допомагаючих професій.

Розроблена нами програма психологічного супроводу фахівців психосоціальної підтримки, які зазнали негативного впливу втоми від співчуття в результаті своєї допомоги людям, що страждають, зменшує шкідливий ефект вторинного травматичного стресу та сприяє підвищенню резилієнсу та загального психологічного благополуччя учасників.

Вона складається із семи сесій, в ході яких клієнт (фахівець психосоціальної підтримки) під керівництвом психотерапевта або консультанта матиме змогу пропрацювати основні негативні аспекти втоми від співчуття та сформулювати власну батарею методів і практик для самовідновлення та попередження такого стану в майбутньому. Окрім очної частини в ній також є завдання для самостійної роботи для закріплення навичок та формування продуктивних звичок.

Програма містить наступні компоненти:

- Діагностика та оцінка нинішньої робочої ситуації помічника.
- Психоедукаційний аспект.
- Складання наративу травми.
- Десенсибілізацію до стресорів шляхом EMDR-інтервенції.
- Практики саморегуляції, зокрема вправи на діафрагмальне дихання, розслаблення м'язів, навмисну відстороненість, заземлення, усвідомленість.
- Забезпечення соціальної підтримки.
- Формулювання власної місії та кодексу принципів роботи задля цілісного та целеспрямованого реагування на зовнішні тригери.
- Робота з непродуктивними, нав'язливими думками, когнітивна реструктуризація, яка, зокрема, дозволяє інтерналізувати локус

контролю та діяти з позиції того, що знаходиться в межах здатностей клієнта.

- Пропрацювання власних кордонів, що забезпечують психоемоційну гігієну шляхом розмежуванням робочого та особистого життя.
- Практики емоційної рефлексії та позитивного мислення, що сприяють загальній життєстійкості.
- А також складання власного набору прийомів, що є актами турботи про себе для людини, що зазвичай піклується про інших.

Практичні психологічні рекомендації складають орієнтовний вектор дій, до якого можуть звернутися фахівці психосоціальної підтримки, що відчують симптоми втоми від співчуття, або установи, які організують їх роботу.

## ВИСНОВКИ

1. В результаті теоретичного аналізу психологічної літератури щодо феномену втоми від співчуття, та факторів його розвитку було встановлено особливості роботи фахівців сфери психосоціальної підтримки в умовах воєнного конфлікту загалом, та війни в Україні зокрема; а також розглянуто явища концептуально близькі до втоми від співчуття.

Втома від співчуття являє собою негативну природну поведінкову та емоційну реакцію, стан напруги та тривоги, пов'язані з наслідками систематичного емпатійного залучення в страждання інших, яке поступово виснажує психологічні ресурси людини.

Серед причин розвитку ВВС ми виділили зовнішні (кумулятивний вплив стресорів, умови роботи, характеристики підопічних та спосіб взаємодії з ними, видимість результату) та внутрішні (здатність до емпатії, рівень резилієнсу, локус контролю, стабільність нервової системи, спосіб реагування на зовнішні тригери, власний травматичний досвід тощо) фактори.

Втома від співчуття певною мірою співвідноситься та є симптоматично подібною з поняттями вторинного травматичного стресу, вигорання, вікарної травми, контрперенесення. Проте це концептуально різні поняття, що мають різні механізми виникнення, впливу, а також різні наслідки для фахівця.

В умовах повномасштабної війни в Україні фахівці психосоціальної підтримки стикнулись з надзвичайно складною ситуацією, що збільшує ризики розвитку у них втоми від співчуття. Робота в умовах, коли допомагати доводиться великій кількості травмованих людей, долаючи при цьому власні стресори, втрати та страждання, пов'язані з війною, має згубні наслідки для психічного здоров'я помічника.

2. Здійснене нами емпіричне дослідження втоми від співчуття та чинників, що впливають на ризики її розвитку частково спростувало гіпотезу, висунуту на початку роботи. Нами не встановлено кореляційних зв'язків між ВВС та тим, чи був помічник свідком чи учасником бойових дій, чи допомагав він або вона тим, хто постраждав від війни. Показники по шкалах компонентів ВВС також

відповідають нормальному розподілу, тобто відсоток тих, хто показав «високий результат» за шкалами Вигорання та ВВС/ВТС зараз в Україні статистично не є вищим, ніж в решті країн. Таким чином, робота в умовах повномасштабної війни, коли фахівці психосоціальної підтримки переживають спільну травматичну ситуацію з тими, кому вони допомагають, вирішальним чином не впливає на розвиток у них втоми від співчуття.

Натомість, отримані результати свідчать про сильний зв'язок між ризиком розвитку втоми від співчуття та особистісними характеристиками самого помічника. Алекситимія та нестабільна нервова система підвищують цей ризик, тоді як психологічна пружність, наявність підготовки для роботи з травмою та супервізійний супровід, навпаки, знижують цей ризик.

3. На основі теоретичного аналізу літератури та проведеного нами емпіричного дослідження було розроблено програму психологічного супроводу та практичні психологічні рекомендації при втомі від співчуття для фахівців психосоціальної підтримки.

Програма має на меті нівелювання негативного біопсихосоціального впливу вторинної травми та стресу, які супроводжують роботу в сфері психосоціальної підтримки, та посилення загальної життєстійкості та стресостійкості учасників. В ході семи сесій під супроводом спеціаліста проводяться інтервенції з діагностики, психоедукації, усвідомленості, десенсибілізації до стресорів, підвищення резилієнсу, та складання особистого плану самодопомоги для помічника.

Практичні психологічні рекомендації можуть використовуватися окремими людьми або організаціями, що надають послуги з психосоціальної підтримки задля попередження або покращення стану при втомі від співчуття

Проведення дослідження не вичерпує всіх аспектів означеної проблеми. **Перспективи** подальших досліджень проблеми втоми від співчуття у спеціалістів допомагаючих професій в умовах воєнного конфлікту ми вбачаємо в: проведенні лонгтюдних досліджень для моніторингу динаміки явища втоми

від співчуття, а також проведенні якісних досліджень, з метою встановлення каузальних зв'язків між явищами.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А., Богданов С., Бойко О.; за заг. ред. Н. Гусак. (2017). *Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс*. Київ : НаУКМА.
2. Журавльова, Н.Ю. (2017). Особливості формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів. У З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос (Ред.), *Особливості стосунків "психотерапевт - клієнт" у сучасному соціокультурному середовищі: монографія* (с. 129-154). Київ: Видавничий Дім "Слово". Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>
3. Кісарчук, З. Г. (2015). Психологічна допомога постраждалим унаслідок травматичних подій: досвід, узагальнення, висновки. У С.Д. Максименка (Ред.), *Актуальні проблеми психології [Т.3: Консультативна психологія і психотерапія]*: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (с. 7-20). Київ: Логос.
4. Кісарчук, З. Г. (2016). Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим. У С.Д. Максименка (Ред.), *Актуальні проблеми психології [Т.3: Консультативна психологія і психотерапія]*: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України (с. 7-22). Вінниця: ФОП Рогальська І.О.
5. Коробіцина, М. Б. (2009). Дослідження особливостей переживання душевного болю в структурі синдрому професійного вигорання представників "допоміжних" професій. *Вісник Одеського національного університету. Психологія*, 14(6), 53-58.
6. Корольчук, М.С. (2003). Особистісний опитувальник Айзенка. В *Психофізіологія діяльності: Підручник для студентів вищих навчальних закладів*. Київ: Ельга, Ніка-Центр. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://studentam.net.ua/content/view/10951/86/>
7. Лазаренко, О. В. (2021, 4-6 листопада). Психологічні особливості контрперенесення як чинника вторинного травматичного стресу

- психотерапевтів. У С. Д. Максименка & В. В. Турбан (Ред.), *Психологія кризових станів: наука і практика: Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції* (с. 97-99). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
8. Лазос, Г.П. (2017). Особливості емоційних станів волонтерів-психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими внаслідок травматичних подій. У З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос (Та ін.), *Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія* (с. 146-182). Київ: Слово. Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>.
9. Лазос, Г. П. (2017). Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів та шляхи їх попередження. У С. Д. Максименка (Ред.), *Актуальні проблеми психології [Т.3: Консультативна психологія і психотерапія]: зб. наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України 13*, 46-63. Київ: Логос.
10. Лазос, Г.П., & Литвиненко, Л.І. (2021). Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими. У З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко (Ред.), *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник* (с. 121-144). Київ: Логос.
11. Лазос, Г. П. (2016). Діагностика та профілактика негативних емоційних реакцій волонтерів-психологів / психотерапевтів у роботі з постраждалими дітьми. *Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи та техніки*, 186–232.
12. Титаренко, Т. М. (1998). *Психологія життєвої кризи*. Київ: Агропромвидав України.
13. Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О. & Станіславчук М. А, (2020). Адаптація та валідизація україномовної версії Шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація

- у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 2, 66-72. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Urj\\_2020\\_2\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Urj_2020_2_11).
14. Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
  15. Ali, A., Diab, M., Figley, C.R., Tedeschi, R., Galarneau, D., & Amara, S. (2021). Shared trauma, resilience, and growth: A roadmap toward transcultural conceptualization. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15. <https://doi.org/10.1037/tra0001044>
  16. American Psychiatric Association. (2013). Trauma- and Stressor-Related Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
  17. Berzoff, J., & Kita, E. (2010). Compassion Fatigue and Countertransference: Two Different Concepts. *Clinical Social Work Journal*, 38, 341-349. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0271-8>.
  18. Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27-35. doi: 10.1177/1049731503254106.
  19. Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
  20. Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. *Compassion Fatigue*, 1.
  21. Figley, C.R. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
  22. Gentry, J. (2002). Compassion Fatigue. *Journal of Trauma Practice*, 1, 37-61. [https://doi.org/10.1300/J189v01n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J189v01n03_03)

23. Gentry, J., Baranowsky, A.B., Dunning, K., & Figley, C.R. (2002). ARP: The accelerated recovery program for compassion fatigue. In C.R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 123-137). New York: Brunner-Routledge.
24. Hill, R, Vaccarino, O., and Daly, K.J. (2015). *Understanding Compassion Fatigue*. Guelph, ON: Community Engaged Scholarship Institute. <https://atrium.lib.uoguelph.ca/xmlui/handle/10214/8902>
25. Jenkins, S., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress, 15*(5), 423-432. doi: 10.1023/A:1020193526843.
26. Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*(1), 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1.
27. Baird, S., & Jenkins, S. (2003). Vicarious Traumatization, Secondary Traumatic Stress, and Burnout in Sexual Assault and Domestic Violence Agency Staff. *Violence and Victims, 18*, 71-86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>.
28. Kabat-Zinn, J. (2009). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life.
29. Kanter, J. (2007). Compassion fatigue and secondary traumatization: A second look. *Clinical Social Work Journal, 35*, 289-293. doi:10.1007/s10615-007-0125-1.
30. Lee, W., Veach, P., Macfarlane, I., & Leroy, B. (2014). Who is at Risk for Compassion Fatigue? An Investigation of Genetic Counselor Demographics, Anxiety, Compassion Satisfaction, and Burnout. *Journal of Genetic Counseling, 24*. <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9716-5>.
31. Lomas T, Medina JC, Ivtzan I, Rupprecht S, Eiroa-Orosa FJ (2018). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal of Clinical Psychology 74*(3), 319–355.
32. Munroe, J. (1999). Ethical issues associated with secondary trauma in therapists. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Selfcare for*

- clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 211–229). Baltimore, MD: Sidran
33. Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton and Company.
  34. Pehlivan, T., & Güner, P. (2018). Compassion fatigue: The known and unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3), 129-134.
  35. Sabo, B. (2010). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1). doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01.
  36. Saakvitne, K. W. (2002). Shared trauma: The therapist's increased vulnerability. *Psychoanalytic dialogues*, 12, 443–449.
  37. Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48, 456-465.
  38. Stamm, B. H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). Retrieved from [www.isu.edu/~bhstamm](http://www.isu.edu/~bhstamm) or [www.proqol.org](http://www.proqol.org).
  39. Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
  40. Thomas, R., & Wilson, J. (2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization, and secondary traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 81-92.
  41. Tosone, C., & Bialkin, L. (2004). Mass violence and secondary trauma: Issues for the clinician, In L. S. Aschenberg-Straussner & N. Kolko-Phillips (Eds.), *Understanding mass violence: A social work perspective*, Chapter 11 (pp. 157–165). New York: Allyn & Bacon
  42. Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: a narrative review. *Traumatology*, 23. <https://doi.org/10.1037/trm0000116>

43. Tyson, J. (2007). Compassion fatigue in the treatment of combat-related trauma during wartime. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 183-192. doi: 10.1007/s10615-007-0095-3.
44. Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 17-37). Psychosocial stress series, no. 24. Brunner-Routledge.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Анкета

1. Існує невелика ймовірність того, що деякі з питань змусять вас почуватися некомфортно або засмутитися. На жаль, їх не можна буде пропустити. Якщо це станеться, ви можете закрити опитувальник. Ваші відповіді будуть використані лише в дослідницьких цілях та будуть анонімними. Ваше ім'я, електронна пошта, вік, та будь-яка інша особиста інформація не буде використовуватись та розголошуватись. Натискаючи "Так, погоджуюсь", ви даєте згоду на участь у дослідженні.
2. Ваш вік.
3. Ваша стать.
4. Ваш рід занять.
5. Ваш стаж роботи як помічника.
6. Чи проходите ви супервізії / інтервізії?
7. Чи можна охарактеризувати ваше оточення загалом як підтримуюче?
8. Чи були ви свідком / учасником бойових дій на території України?
9. Чи надавали ви допомогу тим, хто постраждав від воєнних дій на території України (в т.ч. тим, хто пережив окупацію, вимушене переселення, тортури, полон, зґвалтування тощо)?
10. Чи надавали ви допомогу тим, хто пережив травматичний та/або стресовий досвід не пов'язаний з воєнними діями на території України?
11. Чи практикуєте ви self-care методики для боротьби зі стресом (в т.ч. вторинним травматичним стресом)?
12. Чи проходили ви спеціальну підготовку для роботи з травмою?
13. Чи проходите ви особисту терапію?
14. Контакт для зворотного зв'язку.

## PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)

### Compassion Satisfaction and Fatigue (ProQOL) Version 5 (2009)

When you [help] people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you [help] can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a [helper]. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the *last 30 days*.

1=Never

2=Rarely

3=Sometimes

4=Often

5=Very Often

1. I am happy.
2. I am preoccupied with more than one person I [help].
3. I get satisfaction from being able to [help] people.
4. I feel connected to others.
5. I jump or am startled by unexpected sounds.
6. I feel invigorated after working with those I [help].
7. I find it difficult to separate my personal life from my life as a [helper].
8. I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I [help].
9. I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I [help].
10. I feel trapped by my job as a [helper].
11. Because of my [helping], I have felt "on edge" about various things.
12. I like my work as a [helper].
13. I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I [help].
14. I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have [helped].
15. I have beliefs that sustain me.
16. I am pleased with how I am able to keep up with [helping] techniques and protocols.
17. I am the person I always wanted to be.
18. My work makes me feel satisfied.
19. I feel worn out because of my work as a [helper].
20. I have happy thoughts and feelings about those I [help] and how I could help them.
21. I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
22. I believe I can make a difference through my work.
23. I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [help].
24. I am proud of what I can do to [help].
25. As a result of my [helping], I have intrusive, frightening thoughts.
26. I feel "bogged down" by the system.
27. I have thoughts that I am a "success" as a [helper].
28. I can't recall important parts of my work with trauma victims.
29. I am a very caring person.
30. I am happy that I chose to do this work.

### What is my score and what does it mean?

In this section, you will score your test and then you can compare your score to the interpretation below.

#### Scoring

1. Be certain you respond to all items.
2. Go to items 1, 4, 15, 17 and 29 and reverse your score. For example, if you scored the item 1, write a 5 beside it. We ask you to reverse these scores because we have learned that the test works better if you reverse these scores.

You Wrote	Change to
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

To find your score on **Compassion Satisfaction**, add your scores on questions 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30.

The sum of my <b>Compassion Satisfaction</b> questions was	So My Score Equals	My Level of <b>Compassion Satisfaction</b>
22 or less	43 or less	Low
Between 23 and 41	Around 50	Average
42 or more	57 or more	High

To find your score on **Burnout**, add your scores questions 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 and 29. Find your score on the table below.

The sum of my <b>Burnout</b> questions	So My Score Equals	My Level of <b>Burnout</b>
22 or less	43 or less	Low
Between 23 and 41	Around 50	Average
42 or more	57 or more	High

To find your score on **Secondary Traumatic Stress**, add your scores on questions 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28. Find your score on the table below.

The sum of my <b>Secondary Traumatic Stress</b> questions	So My Score Equals	My Level of <b>Secondary Traumatic Stress</b>
22 or less	43 or less	Low
Between 23 and 41	Around 50	Average
42 or more	57 or more	High

## YOUR SCORES ON THE PROQOL: PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCREENING

Based on your responses, your personal scores are below. If you have any concerns, you should discuss them with a physical or mental health care professional.

### Compassion Satisfaction

Compassion satisfaction is about the pleasure you derive from being able to do your work well. For example, you may feel like it is a pleasure to help others through your work. You may feel positively about your colleagues or your ability to contribute to the work setting or even the greater good of society. Higher scores on this scale represent a greater satisfaction related to your ability to be an effective caregiver in your job.

The average score is 50 (SD 10; alpha scale reliability .88). About 25% of people score higher than 57 and about 25% of people score below 43. If you are in the higher range, you probably derive a good deal of professional satisfaction from your position. If your scores are below 40, you may either find problems with your job, or there may be some other reason—for example, you might derive your satisfaction from activities other than your job.

### Burnout

Most people have an intuitive idea of what burnout is. From the research perspective, burnout is one of the elements of compassion fatigue. It is associated with feelings of hopelessness and difficulties in dealing with work or in doing your job effectively. These negative feelings usually have a gradual onset. They can reflect the feeling that your efforts make no difference, or they can be associated with a very high workload or a non-supportive work environment. Higher scores on this scale mean that you are at higher risk for burnout.

The average score on the burnout scale is 50 (SD 10; alpha scale reliability .75). About 25% of people score above 57 and about 25% of people score below 43. If your score is below 18, this probably reflects positive feelings about your ability to be effective in your work. If you score above 57 you may wish to think about what at work makes you feel like you are not effective in your position. Your score may reflect your mood; perhaps you were having a “bad day” or are in need of some time off. If the high score persists or if it is reflective of other worries, it may be a cause for concern.

### Secondary Traumatic Stress

The second component of Compassion Fatigue (CF) is secondary traumatic stress (STS). It is about your work-related, secondary exposure to extremely or traumatically stressful events. Developing problems due to exposure to other’s trauma is somewhat rare but does happen to many people who care for those who have experienced extremely or traumatically stressful events. For example, you may repeatedly hear stories about the traumatic things that happen to other people, commonly called Vicarious Traumatization. You may see or provide treatment to people who have experienced horrific events. If your work puts you directly in the path of danger, due to your work as a soldier or civilian working in military medicine personnel, this is not secondary exposure; your exposure is primary. However, if you are exposed to others’ traumatic events as a result of your work, such as providing care to casualties or for those in a military medical rehabilitation facility, this is secondary exposure. The symptoms of STS are usually rapid in onset and associated with a particular event. They may include being afraid, having difficulty sleeping, having images of the upsetting event pop into your mind, or avoiding things that remind you of the event.

The average score on this scale is 50 (SD 10; alpha scale reliability .81). About 25% of people score below 43 and about 25% of people score above 57. If your score is above 57, you may want to take some time to think about what at work may be frightening to you or if there is some other reason for the elevated score. While higher scores do not mean that you do have a problem, they are an indication that you may want to examine how you feel about your work and your work environment. You may wish to discuss this with your supervisor, a colleague, or a health care professional.

## Переклад ProQOL українською

Коли ви допомагаєте іншим людям ви перебуваєте у прямому контакті з їхнім життям. Як ви могли помітити, ваше співпереживання цим людям може впливати на вас і позитивним, і негативним чином. Нижче наведені запитання про ваш особистий досвід як помічника. Будь ласка, обдумайте їх та дайте відповіді стосовно вас та вашої теперішньої робочої ситуації. Оберіть число, яке найбільш правдиво відображає частоту, з якою ви перебували у зазначених станах впродовж останніх 30 днів

**1 = ніколи, 2 = рідко, 3 = інколи, 4 = часто, 5 = дуже часто**

1. Я щаслива/-ий.
2. Я допомагаю двом та більше людям.
3. Я отримую задоволення від можливості допомагати людям.
4. Я відчуваю зв'язок з оточуючими.
5. Я підстрибую від або лякаюсь раптових звуків.
6. Мене підбадьорює робота з тими, кому я допомагаю.
7. Мені складно відмежувати особисте життя від роботи (помічника).
8. Я не настільки продуктивна/-ий в роботі бо погано сплю через травматичний досвід людини, якій я надавала/-в допомогу.
9. Я думаю, що на мене міг повпливати травматичний стрес тих людей, яким я надавала/-в допомогу.
10. Я почуваюся у пастці своєї роботи (помічника).
11. Через те, що я допомагаю, я нервую з приводу різних речей.
12. Мені подобається моя робота (помічника).
13. Я почуваюся пригнічено через травматичний досвід людей, яким я допомагаю.
14. Я відчуваю ніби я сам/-а переживаю травму людини, якій я надавав/-ла допомогу.
15. У мене є переконання, які підтримують мене.
16. Я задоволена/-ий тим, як я дотримуюсь методик та протоколів своєї роботи (помічника).

17. Я є тою/-им, ким завжди прагнула/-в стати.
18. Моя робота приносить мені задоволення.
19. Я почуваюся втомленою/-им через роботу (помічника).
20. У мене радісні думки та почуття щодо тих, кому я допомагаю, а також щодо того як я можу їм допомогти.
21. Я перевантажена/-ий тому що об'єм роботи здається нескінченним.
22. Я вірю, що можу щось змінити своєю роботою.
23. Я уникаю певних занять та ситуацій, які нагадують мені про жахливий досвід людей, яким я надавав/-ла допомогаю.
24. Я пишаюся тим, що можу робити для допомоги іншим.
25. У мене з'являються нав'язливі та лякаючі думки через допомогу, яку я надавав/-ла іншим.
26. Я відчуваю, що загруз/-ла у системі.
27. Я думаю, що я успішна/-ий в своїй роботі (помічника).
28. Я не можу пригадати важливі частини моєї роботи з пережившими травму.
29. Я дуже турботлива людина.
30. Я щаслива/-ий, що обрала/-в цю роботу.

## Шкала резилієнс Коннора – Девідсона (CD-RISC-10)

за адаптацією Н.В. Школіної

1. Я можу адаптуватися до змін.
2. Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху.
3. Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають.
4. Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим.
5. Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів.
6. Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди.
7. У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити.
8. Я не з тих, кого зупиняють невдачі.
9. Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя.
10. Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.

## Secondary Traumatic Stress Scale

**Table 3. Secondary Traumatic Stress Scale**

The following is a list of statements made by persons who have been affected by their work with traumatized clients. Read each statement, then indicate how frequently the statement was true for you in the past *seven days*.

	Never	Rarely	Occasionally	Often	Very Often
	1	2	3	4	5
1. I felt emotionally numb.					
2. My heart started pounding when I thought about my work with clients.					
3. It seemed as if I was reliving the trauma experienced by my client.					
4. I had trouble sleeping.					
5. I felt discouraged about the future.					
6. Reminders of my work with clients upset me.					
7. I had little interest in being around others.					
8. I felt jumpy.					
9. I was less active than usual.					
10. I thought about my work with clients when I didn't intend to.					
11. I had trouble concentrating.					
12. I avoided people, places or things that reminded me of my work with clients.					
13. I had disturbing dreams about my work with clients.					
14. I wanted to avoid working with some clients.					
15. I was easily annoyed.					
16. I expected something bad to happen.					
17. I noticed gaps in my memory about client sessions.					

Copyright 1999, Brian E. Bride.

**NOTE:** "Client" is used to indicate persons with whom you have been engaged in a helping relationship. You may substitute another noun that better represents your work, such as consumer, patient, recipient and so forth.



Переклад STSS українською  
Вторинний травматичний стрес

1. Я відчувала/-в емоційне оніміння
2. У мене посилювалося серцебиття коли я думала/-в про роботу з клієнтами.
3. Здавалося ніби я сам/-а переживав/-ла травму мого клієнта
4. У мене були проблеми зі сном
5. Я відчувала/-в зневіру щодо майбутнього
6. Мене засмучували нагадування про роботу з клієнтами
7. Мене мало цікавило спілкування з іншими
8. Я почувалася/-вся похливно
9. Я була/-в менш активна/-ий ніж зазвичай
10. Я думала/-в про роботу з клієнтами коли не мала/-в намір цього робити
11. У мене були проблеми з концентрацією
12. Я уникала/-в людей, місць та речей, що нагадують мені про роботу з клієнтами
13. У мене були тривожні сни про мою роботу з клієнтами
14. Мені хотілося уникнути роботи з деякими клієнтами
15. Мене було легко роздратувати
16. Я була/-в у передчутті чогось поганого
17. Я помічала/-в провали в пам'яті, що стосувались роботи з клієнтами.

## Торонтська алекситимічна шкала

1. Коли я плачу, я завжди знаю, чому
2. Мрії — це втрата часу
3. Я хотів би бути не таким сором'язливим
4. Мені часто важко визначити, які почуття я переживаю
5. Я часто мрію про майбутнє
6. Мені здається, що я здатний заводити друзів так само легко, як і інші
7. Знати, як вирішувати проблеми, більш важливо, ніж розуміти причини цих рішень
8. Мені важко знаходити правильні слова для моїх почуттів
9. Мені подобається доводити до відома інших людей свою позицію з тих чи інших питань
10. У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі навіть лікарям
11. Мені недостатньо знати, що щось привело до такого результату, мені необхідно знати, чому і як це відбувається
12. Я здатний з легкістю описати свої почуття
13. Я вважаю за краще аналізувати проблеми, а не просто їх описувати
14. Коли я засмучений, я не знаю, точно, чи я засмучений, переляканий чи злий
15. Я часто даю волю уяві
16. Я проводжу багато часу в мріях, коли не зайнятий нічим іншим
17. Мене часто спантеличують відчуття, що з'являються в моєму тілі
18. Я рідко мрію
19. Я вважаю за краще, щоб все йшло само собою, чим розуміти, чому відбулося саме так
20. У мене бувають почуття, яким я не можу дати цілком точне визначення
21. Дуже важливо уміти розбиратися в емоціях
22. Мені важко описувати свої почуття стосовно інших людей
23. Люди мені говорять, щоб я більше виражав свої почуття
24. Слід шукати більш глибокі пояснення тому, що відбувається

25. Я не знаю, що відбувається у мене всередині

26. Я часто не знаю, чому я серджуся

### Оцінка результатів

За відповіді нараховуються наступні бали:

- Абсолютно не згоден – **1 бал**
- Скоріше не згоден – **2 бали**
- Ні те, ні інше – **3 бали**
- Скоріше згоден – **4 бали**
- Абсолютно згоден – **5 балів**

З тим же цифровим значенням, але з негативним знаком, оцінюються наступні питання: **1,5,6,9, 11, 12, 13, 15, 16,21,24.**

Оцінка рівня алекситимії проводиться шляхом додавання балів, отриманих за відповіді на питання.

### Рівень алекситимії:

у здорових людей — до **62 балів**,

**63—73 бали** — зона ризику,

**понад 74 бали** — наявність алекситимії.

## Шкала нейротизму за Г. Айзенком

1. Чи часто ви відчуваєте, що маєте потребу в друзях, які можуть зрозуміти вас, підбадьорити, поспівчувати?
2. Чи дуже вам важко відмовитися від своїх намірів?
3. Чи часто у вас бувають спади та підйоми настрою?
4. Чи виникало у вас коли-небудь відчуття, що ви нещасні, хоча жодної серйозної причини для цього не було?
5. Чи бентежитесь ви, коли хочете познайомитися з людиною протилежної статі, яка вам симпатична?
6. Вас часто турбує думка про те, що вам не слід було щось робити або говорити?
7. Чи правильно, що вас легко образити?
8. Чи правильно, що іноді ви настільки сповнені енергії, що все горить у руках, а іноді відчуваєте втому?
9. Чи багато ви мрієте?
10. Чи вважаєте ви всі свої звички хорошими?
11. Чи можна сказати, що нерви у вас часто натягнуті до межі?
12. Після того як справу зроблено, чи часто ви подумки повертаєтеся до неї й думаєте, що могли б зробити краще?
13. Чи буває, що вам не спиться через те, що в голові вирують різні думки?
14. Чи буває у вас сильне серцебиття?
15. Чи бувають у вас дрижаки?
16. Чи дратівливі ви?
17. Чи правильно, що вам часто не дають спокою думки про різні неприємності й жахи, які могли б статися, хоча все скінчилося благополучно?
18. Чи часто вам сняться кошмари?
19. Чи турбують вас які-небудь болі?
20. Чи нервова ви людина?
21. Вас легко зачіпає критика ваших недоліків чи вашої роботи?
22. Чи турбує вас відчуття, що ви чимось гірші за інших?
23. Чи піклуєтеся ви про своє здоров'я?
24. Чи страждаєте ви від безсоння?



## Ранжування показників

ранг ЗВС	ЗВС	ранг Виг	Вигорання	ганк ВВС	ВВС/ВТС	ранг резил	Резилієнс	ранг ВТС	ВТС	ранг Алекс	Алекситимія	ранги нейротизм	Нейротизм
12	55	19,5	48	33	40	7,5	36	13,5	42	18	52	26,5	9
2	62	33	40	22	47	1	39	35	24	32	45	23,5	10
9	58	27	43	38	35	15,5	34	37,5	21	26,5	47	31	6
4,5	61	36,5	36	22	47	7,5	36	18,5	35	24	48	29	7
25	49	11,5	55	5,5	61	28,5	26	9	49	13	60	6	17
6,5	59	27	43	12	54	12	35	12	44	21,5	50	8	16
22	50	4	64	12	54	7,5	36	20	34	26,5	47	38	1
27,5	47	16,5	52	5,5	61	7,5	36	8	50	26,5	47	12,5	14
18	52	14,5	54	16,5	50	15,5	34	13,5	42	21,5	50	6	17
35	42	4	64	14	52	35,5	22	18,5	35	11	63	12,5	14
14,5	53	30,5	42	9	57	17,5	32	27,5	28	15	56	15	13
2	62	11,5	55	35,5	38	2,5	38	23,5	30	35	43	20,5	11
38	14	1	76	12	54	31,5	25	2	70	6	72	10	15
29	46	6	62	2	70	20,5	29	11	46	9	65	4	18
37	21	2	69	1	78	20,5	29	1	77	3	74	1	22
33	43	18	50	22	47	25,5	27	35	24	21,5	50	20,5	11
4,5	61	36,5	36	27,5	43	17,5	32	23,5	30	37	42	37	2
9	58	38	35	19,5	49	12	35	30,5	26	26,5	47	31	6
33	43	4	64	4	66	33,5	24	4	54	1	79	20,5	11
25	49	27	43	27,5	43	4,5	37	27,5	28	33	44	26,5	9
2	62	35	38	30,5	42	4,5	37	30,5	26	21,5	50	15	13
18	52	27	43	19,5	49	31,5	25	32,5	25	15	56	23,5	10
25	49	7	61	9	57	23	28	5	53	12	61	3	19
30,5	44	14,5	54	16,5	50	28,5	26	10	48	3	74	26,5	9
12	55	8,5	57	30,5	42	38	19	15	40	35	43	10	15
14,5	53	23	45	35,5	38	12	35	35	24	35	43	26,5	9
22	50	23	45	27,5	43	23	28	32,5	25	19	51	36	4
18	52	8,5	57	3	68	19	31	6,5	52	5	73	2	21
9	58	27	43	37	36	2,5	38	27,5	28	38	40	34	5
33	43	11,5	55	16,5	50	33,5	24	21	33	17	53	34	5
18	52	11,5	55	27,5	43	25,5	27	22	32	9	65	10	15
36	39	19,5	48	24,5	45	37	21	17	36	7	67	17,5	12
12	55	33	40	33	40	12	35	37,5	21	30	46	31	6
6,5	59	30,5	42	7	59	23	28	3	66	9	65	15	13
27,5	47	16,5	52	9	57	35,5	22	6,5	52	3	74	6	17
30,5	44	23	45	24,5	45	12	35	27,5	28	30	46	34	5
22	50	21	47	16,5	50	28,5	26	16	38	15	56	17,5	12
18	52	33	40	33	40	28,5	26	25	29	30	46	20,5	11

## Додаток К

Вік	ранг вік	Стать	Стать 1/0	Стаж	ранг Стаж	Супервізія	ранг супервізія	Підтримка оточення	ранг підтр. оточення	Допомога постраждлим від воєнних дій	ранг допом. постр.	Допомога іншим травмованим	Ранг
22	37	Жіноча	1	3	25	Так	0	Так	0	Так	1	Ні	0
28	31	Жіноча	1	5	19,5	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
40	14,5	Жіноча	1	15	6,5	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
42	10	Жіноча	1	2	29,5	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
34	21	Жіноча	1	5	19,5	Так	0	Так	0	Ні	0	Так	1
27	32	Жіноча	1	4	23	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
33	22,5	Чоловіча	0	6	15,5	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
45	6,5	Жіноча	1	3	25	Ні	1	Так	0	Так	1	Ні	0
45	6,5	Жіноча	1	25	2	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
37	18	Чоловіча	0	2,5	27	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
20	38	Жіноча	1	0,67	34	Так	0	Так	0	Ні	0	Так	1
25	34	Жіноча	1	1,5	32	Ні	1	Так	0	Так	1	Ні	0
36	20	Жіноча	1	7	13	Ні	1	Так	0	Так	1	Так	1
54	2	Жіноча	1	14	8	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
31	27	Жіноча	1	9	10	Ні	1	Ні	1	Так	1	Так	1
33	22,5	Жіноча	1	0,33	38	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
42	10	Жіноча	1	9	10	Ні	1	Так	0	Так	1	Так	1
41	12,5	Жіноча	1	19	4	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
37	18	Жіноча	1	9	10	Ні	1	Так	0	Так	1	Ні	0
53	3	Чоловіча	0	15	6,5	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
37	18	Жіноча	1	5	19,5	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
25	34	Чоловіча	0	0,5	36	Так	0	Так	0	Ні	0	Так	1
52	4	Жіноча	1	30	1	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
46	5	Жіноча	1	6	15,5	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
32	25	Жіноча	1	2	29,5	Ні	1	Так	0	Так	1	Так	1
43	8	Жіноча	1	5	19,5	Так	0	Ні	1	Так	1	Так	1
30	29	Жіноча	1	7	13	Так	0	Так	0	Ні	0	Так	1
38	16	Чоловіча	0	1	33	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
40	14,5	Жіноча	1	5	19,5	Ні	1	Так	0	Так	1	Так	1
58	1	Жіноча	1	24	3	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
32	25	Жіноча	1	2	29,5	Ні	1	Ні	1	Ні	0	Так	1
41	12,5	Чоловіча	0	16	5	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
32	25	Чоловіча	0	5	19,5	Так	0	Ні	1	Так	1	Так	1
30	29	Чоловіча	0	2	29,5	Так	0	Так	0	Так	1	Ні	0
25	34	Жіноча	1	0,5	36	Ні	1	Так	0	Так	1	Так	1
30	29	Жіноча	1	3	25	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
42	10	Жіноча	1	7	13	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1
24	36	Жіноча	1	0,5	36	Так	0	Так	0	Так	1	Так	1

Self-care практики	Ранг	Підготовка	Ранг	Особиста терапія	Ранг	Учасник бойових дій	Ранг	Свідок / учасник б/д	ранг свідк/уч
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Ні	0	Ні	0	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Ні	1
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Ні	0	Ні	0	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Ні	0	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Так	1	Так	1	Так	0	Так, учасником	0
Ні	1	Так	1	Так	1	Так	0	Так, учасником	0
Так	0	Ні	0	Ні	0	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Ні	0	Ні	0	Так	0	Так, учасником	0
Так	0	Ні	0	Ні	0	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Ні	0	Ні	0	Так	0	Так, учасником	0
Так	0	Так	1	Ні	0	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Ні	0	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Ні	0	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Ні	0	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Так	1	Так	1	Ні	1	Ні	1
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Ні	1
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Ні	1
Так	0	Так	1	Так	1	Так	0	Так, учасником	0
Ні	1	Так	1	Так	1	Ні	1	Ні	1
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Ні	1	Ні	0	Так	1	Ні	1	Ні	1
Ні	1	Ні	0	Так	1	Ні	1	Ні	1
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Ні	0	Ні	0	Так	0	Так, учасником	0
Ні	1	Ні	0	Ні	0	Ні	1	Ні	1
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Так	1	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0
Так	0	Ні	0	Так	1	Ні	1	Так, свідком	0