

СЕКЦІЯ 7 ПСИХОЛОГІЯ ПРАЦІ

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ВІКАРНОЇ ТРАВМИ ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПСИХОЛОГІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ

PECULIARITIES OF THE MANIFESTATION OF VICARIOUS TRAUMA AND POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN PSYCHOLOGISTS WORKING IN MILITARY CONFLICTS

У статті представлено результати теоретичного аналізу й експериментального дослідження проблеми вікарної травми та посттравматичного стресового розладу у психологів, які працюють в умовах військових конфліктів.

Професійна діяльність психологів завжди передбачає ризик через особливості контакту із клієнтами, які мають психічну травму. Цей ризик значно зростає в умовах військових конфліктів, коли кількість постраждалих людей, які потребують психологічної допомоги, суттєво збільшується. У сучасних умовах психологи говорять про виснажливе навантаження у професійній діяльності через те, що часто стикаються у своїй роботі з людськими стражданнями та втратами.

Метою статті є висвітлення результатів дослідження особливостей прояву вікарної травми та посттравматичного стресового розладу у психологів, які працюють в умовах військових конфліктів.

Дослідження проводилося серед психологів кризових служб і практичних психологів міст Дніпра, Кривого Рогу, Кам'янського, Києва, Ірпеня, які працюють в умовах військових конфліктів.

З метою діагностики наявності вікарної травми була використана авторська анкета ознак вікарної травми, методика PCL – 5 – шкала самооцінки проявів ПТСР, яка базується на критеріях DSM – V, опитувальник оцінки психічного здоров'я KMA – УДХ.

Психологи, які працюють в умовах військового конфлікту, у досліджуваній вибірці мають ознаки вікарної травми. Після консультації вони часто відчують почуття провини, сорому, невпевненості в собі після роботи із травматичними історіями клієнтів. Фахівці відзначають заклопотаність думками про травматичні історії окремих клієнтів поза робочою ситуацією, почуття вразливості або надмірне хвилювання про потенційну небезпеку у світі після роботи із клієнтами, які мали травматичний досвід. Вони відзначали труднощі в дотриманні професійних меж із клієнтом, відчуття спустошеності та безсилля.

Рівень посттравматичного стресового розладу у психологів, які працюють в умовах військових конфліктів і входять в число досліджуваних, низький, але фахівці мають високі показники рівнів когнітивних викривлень і живання психоактивних речовин.

Ключові слова: вікарна травма, вторинна травма, посттравматичний стресовий розлад, психотравма, психічне здоров'я, військовий конфлікт.

The article presents the results of a theoretical analysis and experimental study of the problem of vicarious trauma and post-traumatic stress disorder in psychologists working in military conflicts.

The professional activity of psychologists always involves risk due to the peculiarities of contact with clients who have mental trauma. This risk increases significantly in the context of military conflicts, when the number of affected people in need of psychological assistance increases significantly. In modern conditions, psychologists talk about the exhausting workload in their professional activities due to the fact that they often encounter human suffering and loss in their work. The purpose of the article is to present the results of the study of the peculiarities of vicarious trauma and post-traumatic stress disorder in psychologists working in military conflicts.

The study was conducted among psychologists of crisis services and practical psychologists in Dnipro city, Kryvyi Rih city, Kamianske city, Kyiv city, Irpin city, who work in the conditions of military conflicts.

In order to diagnose the presence of vicarious trauma, the author's questionnaire of signs of vicarious trauma, the PCL – 5 methodology – a scale for self-assessment of PTSD manifestations based on DSM – V criteria, and the mental health assessment instrument (MHA) were used.

Psychologists working in the context of military conflict in the study sample show signs of vicarious trauma. After consultations, they often experience feelings of guilt, shame and self-doubt after working with clients' traumatic stories. Professionals report preoccupation with thinking about certain clients' traumatic histories outside of the work situation, feelings of vulnerability, or excessive worry about potential danger in the world after working with clients who have had traumatic experiences. They noted difficulties in maintaining professional boundaries with clients, feelings of devastation and powerlessness.

The level of PTSD among psychologists working in the context of military conflicts, who were included in the study, is low, but the specialists have high levels of cognitive distortions and substance use.

Key words: vicarious trauma, secondary trauma, post-traumatic stress disorder, psychotraum, mental health, military conflict.

УДК 159.944:159-051:355.01
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.47.25>

Мелоян А.Е.

к.психол.н.,
професор кафедри психології
ДВНЗ «Донбаський державний
педагогічний університет»

Лікарчук Є.В.

аспірант кафедри психології
ДВНЗ «Донбаський державний
педагогічний університет»

У сучасному світі професійна діяльність психологів часто проходить на тлі військових конфліктів. Ефективність такої діяльності визначається не тільки професійними знаннями та навичками, а й професійно важливими властивостями, у числі яких стійкість до стресів. Тому актуальним є дослідження явищ, пов'язаних із професійним ризиком психологів, їхніх психічних станів, створення спеціальних програм із метою профілактики та психологічної підтримки фахівців.

Уявлення про психотравму та травматичну подію як етіологічний чинник її виникнення лежить в основі сучасних підходів до розуміння феномену посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) як такого, що формується внаслідок дії зовнішнього впливу (травматичної події), а не притаманних особі внутрішніх особливостей [1].

ПТСР – це запізніла та/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну, тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть викликати загальний дистрес. Основні симптоми ПТСР (F43.1) за МКХ-11: труднощі в регуляції емоцій, відчуття себе приниженою, переможеною особистістю, труднощі в підтримці міжособистісних стосунків [2].

Вікарну травму в науковій літературі часто називають вторинною травмою або втомою від співчуття. У разі роботи із клієнтами, які пережили травматичний досвід, психологічні наслідки для психологів визначаються в науковій літературі такими термінами: «травматизація», «вікарна травматизація», «делегована травматизація», «індукована травматизація» тощо. Деякі науковці визначають цей феномен як «вторинний травматичний стрес», «втома від співчуття» [3].

Огляд основних тенденцій у дослідженнях сучасних науковців із цієї проблематики дає змогу виділити такі напрями, як: дослідження травматичного контрперенесення психолога під час роботи із травмою, проблема вікарної травматизації психологів під час роботи із травмою; емоційне вигорання та психогігієна психологів [4].

Особливості вікарної травми та ПТСР досліджували такі вчені: З. Фройд, Ж.М. Шарко, Ж. Брейєр, І.М. Кучманич, Р.А. Мороз, О. Феніхель, П. Левін, Ч. Фіглі, Г.П. Лазос, Л. Комас-Діас, А.М. Паділла, С. Ватсон тощо.

Метою статті є висвітлення результатів дослідження особливостей прояву вікарної травми та посттравматичного стресового розладу у психологів, які працюють в умовах військових конфліктів.

Аналіз досліджень, що стосуються переживання людиною досвіду участі у воєнних конфліктах, особливостей психотравми та її наслідків, профілактики та психотерапії пост-

травматичного стресового розладу, показує, що натеper не існує єдиної теорії, яка б вичерпно пояснювала етіологію та механізми виникнення та розвитку ПТСР. У результаті багаторічних досліджень феномену ПТСР розроблено низку його теоретичних моделей – психологічних (психодинамічні, когнітивні, психосоціальні) та біологічно зорієнтованих, у яких під різними кутами зору розглядається природа та механізми психотравми [1].

ПТСР виникає як відстрочена або тривала відповідь (після латентного періоду, але не більше 6-ти місяців) на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити глибокий стрес майже в кожного. ПТСР має дві особливості: психогенну природу розладу та нестерпну для пересічної людини тяжкість психогенії.

Такі сприятливі чинники, як особистісні особливості або нервові захворювання в анамнезі, можуть знизити поріг для розвитку синдрому або посилити його перебіг, але вони ніколи не стають необхідними або достатніми для пояснення його виникнення. Типові ознаки включають епізоди повторюваних переживань травмувальної події в нав'язливих спогадах, думках або жахах, що з'являються на стійкому тлі почуття заціпеніння, емоційної загальмованості, відчуженості від інших людей, безмовної реакції на навколишнє й уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай мають місце перезбудження та виражена надмірна пильність, підвищена реакція на переляк, безсоння. З вищезазначеними симптомами часто пов'язані тривожність і депресія, нерідко – ідеї самогубства.

Перебіг розладу відбувається по-різному, але здебільшого можна очікувати на одужання. У деяких випадках стан може набути хронічного перебігу на багато років із можливим переходом у стійку зміну особистості [1].

Учені Т.М. Титаренко, М.С. Дворник, В.О. Климчук виділяють такі аспекти вторинної травматизації [5], як:

1) вікарна травма – зміни у внутрішньому досвіді надавача послуг як результат емпатії до осіб, що пережили травму;

2) вторинний травматичний стрес – виникнення почуття страху внаслідок прослуховування історій про травматичні події, пережиті іншими людьми;

3) втома від співчуття – виснаження через переживання безнадії та відчуття безрезультатності роботи, що зменшує емпатію та співчуття.

За ступенем інтенсивності вторинну травматизацію розділяють на 3 типи:

1) травма свідка, коли людина безпосередньо спостерігає за подією, але не є її учас-

ником, має чіткі, але мозаїчні спогади про її деталі;

2) травма слухача, коли людина не причетна до події, але близька до її учасників та має змогу слухати від них подробиці та бачити емоційні реакції;

3) травма глядача, коли людина має в наявності лише вивірений відрізок події з готовими інтерпретаціями.

До вторинної травматизації схильні люди, дотичні до події опосередковано, крізь призму чужого досвіду, яких умовно розділяють на 3 групи [6]:

1) родичі, друзі, близьке оточення людини, безпосередньо потерпілої, які спостерігають за проявами симптомів, страждають від їхніх проявів;

2) глядачі та читачі ЗМІ, схильні до так званої медіатравми;

3) фахівці допомагаючих професій, які через свою компетенцію надають постраждалим безпосередню допомогу

Доктор Чарльз Фіглі, професор і директор Інституту травматології Державного університету Флориди, має думку, що існують чотири концептуальні чинники, які можуть призвести до виникнення вікарної травми: контрперенесення, вигорання, ПТСР, вторинна віктимізація.

Контрперенесення визначається як проєкція ситуації клієнта на особисту ситуацію психолога. Коли поведінка клієнта викликає у психолога конфлікти, пов'язані з невирішеними ситуаціями в житті, змушує реагувати на клієнта необ'єктивно, психолог зазнає форми контрперенесення.

Під час контакту із внутрішнім світом травмованої людини відбувається так зване зараження психолога, тобто якоюсь мірою він може перейняти психічні стани свого клієнта. У таких випадках емоційне навантаження, що спричиняє «індукцію травми», або «психологічне зараження», багато в чому пов'язане з необхідністю стикатись із темою смерті [8].

Інші автори акцентують увагу на небезпечності процесу психотерапії, яку проводить травмований психолог, з огляду на те, що опрацювання власних проблем через клієнта може неусвідомлено переважати над процесами його зцілення. Американські науковці Л. Комас-Діас, А.М. Паділла, С. Ватсон наголошують на високому ризику віктимізації психологів травмованими клієнтами. Такі психологи можуть відчувати спустошення, безпорадність, мати сумніви щодо своєї компетентності внаслідок вторинної травматизації [4].

Вікарна травма впливає на зміну ідей, переконань і адаптації у психолога та може призводити до виникнення нав'язливих спогадів чи образів, інколи сенсорних реакцій. Вона

постійно перетворює самовідчуття та сприйняття світу у психологів, так само, як і активно впливає на реакції контрперенесення.

Отже, вторинна травматизація включає симптоми, схожі з ПТСР, як-от пригнічення, втома, нав'язливі хвилюючі думки, труднощі з концентрацією уваги, нічні кошмари та відчуження від інших [6].

Виокремлюють п'ять категорій симптомів означеного стану:

1) емоційні симптоми можуть включати: тривале почуття горя, неспокою, тривоги, смутку, розгубленості, пригніченості;

2) поведінкові симптоми, як-от: ізоляція, збільшення споживання алкоголю або психоактивних речовин, зміна звичок харчування та проблеми зі сном;

3) фізіологічні симптоми можуть проявлятися у вигляді головного болю, болю у спині, алергічних проявів, шлунково-кишкових проблем тощо;

4) когнітивні симптоми можуть набувати форм цинізму та негативу, призводити до труднощів у концентрації, запам'ятовуванні й ухваленні рішень у повсякденному житті, нав'язливих спогадів про травму клієнта;

5) духовні симптоми можуть включати втрату надії, життєвих цілей і перспективи, почуття ізоляваності від інших і від світу загалом.

Фахівці розрізняють процеси первинної та вторинної травматизації психолога. У разі, якщо психолог має у своєму досвіді психологічне травмування, а розповідь клієнта нагадує йому про ті події, фахівець зазнає «вторинної травматизації». Ризик для психолога, який постійно працює із травмованими клієнтами, полягає в тому, що в такому разі можуть актуалізуватись його власні психічні травми [8].

Дослідження проводилося серед психологів кризових служб і практичних психологів міст Дніпра, Кривого Рогу, Кам'янського, Києва, Ірпеня, які працюють в умовах військових конфліктів.

З метою діагностики наявності вікарної травми була використана авторська анкета ознак вікарної травми. Вона складається із 30 прямих питань, які стосуються різних аспектів професійної діяльності психологів і потребують відповіді «так» чи «ні». Обробка результатів полягала в підрахунку загальної кількості відповідей, які збігаються із «ключем», і оцінці ступеня схильності до професійних стресів за сумою балів: 0–10 – низький рівень; 11–20 – середній рівень; 21–30 – високий рівень. За підсумками результатів опитування за допомогою авторської анкети з визначення ознак вікарної травми варто зазначити, що 20% психологів мають високий рівень ознак вікарної травми, 30% – середній рівень, 50% – низький рівень.

Це означає, що половина психологів, які працюють в умовах військового конфлікту, у досліджуваній вибірці мають ознаки вікарної травми. Найбільшу питому вагу серед відповідей кожного питання анкети набрали питання щодо впливу від прослуховування травматичних подій від їхніх учасників, включаючи подробиці цих подій (90%), почуття провини, сорому, невпевненості в собі після роботи із травматичними історіями клієнтів (80%), заклопотаність думками про окремих клієнтів, щодо їхньої травматичної історії поза робочою ситуацією (70%), почуття вразливості або надмірне хвилювання про потенційну небезпеку у світі та безпеку близьких після роботи із клієнтами, які мали травматичний досвід (60%), труднощів у підтримці професійних меж із клієнтом, наприклад, намагання зробити більше, ніж треба, щоб допомогти пацієнту (60%), відчуття спустошеності та безсилля після перегляду в ЗМІ новин про травматичної події (60%).

У процесі дослідження використана методика PCL – 5 – шкала самооцінки проявів ПТСР, базується на критеріях DSM-V та містить 20 пунктів – ознак ПТСР.

Аналіз показників досліджуваної вибірки показав діапазон від 4 до 30 балів. Беручи до уваги те, що за даною шкалою діапазон показників від 0 до 35 балів означає, що ПТСР у 100% психологів вибірки мало ймовірний. Проте найбільш часті відповіді стосувалися труднощів зі сном та засинанням (37,5% стверджувальних відповідей за питою вагою кожного питання опитувальника) та відчуття постійної напруги (відповідно 35%).

Зазначимо, що під час аналізу трималися у фокусі симптоми ПТСР, а саме: наявність факту психотравми, одночасна наявність симптомів: викривлення думок, уникнення, негативні наслідки для когнітивних здібностей, змінений рівень свідомості та реактивності, тривалість понад 1 місяць, значне страждання людини або порушення її функціонування, відсутність іншої причини розлади.

Основними компонентами опитувальника оцінки психічного здоров'я КМА – УДХ були обрані такі компоненти, як: обговорення важких спогадів (ПТСР), депресія, рівень напруги, здатність думати по-іншому (когнітивні викривлення), уживання ПАР. За результатами дослідження 10% психологів мають показник ПТСР нижче середнього рівня (4 із 12 максимальних балів), 90% опитаних психологів мають значення цього показника від 0 до 3 балів, який є низьким.

Зазначимо, що рівень депресії у 20% психологів становить 4 бали із 6, що є вищим за середній рівень, 80% опитаних психологів мають значення цього показника від 0 до 2 балів, який є низьким. Це також може свідчити про низький рівень ПТСР у психологів дослі-

джуваної вибірки, окрім групи осіб, що становлять 10% психологів. Виявлено, що 20% психологів із досліджуваної вибірки мають показники напруги в діапазоні 4–5 балів із 9 можливих, що свідчить про середній рівень напруги, а 80% мають показники низького рівня. Викривлення думок на рівні вище середнього (6 балів із 9 максимальних) має лише 10% психологів, а 20% психологів досліджуваної вибірки мають високі показники вживання ПАР (7 балів із можливих 9).

Отже, можна зробити висновок, що психологи, які працюють в умовах військових конфліктів, мають низький рівень ПТСР, але незначна їхня частка має незначні рівні показників депресії, напруги, значні рівні показників когнітивних викривлень і вживання ПАР.

Отже, психотравмою є переживання невідповідності між загрозливими чинниками ситуації й індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади. Вікарну травму, або вторинний травматичний стрес, розглядаємо з позицій ПТСР як зміни у внутрішньому досвіді психолога, виникнення почуття страху внаслідок прослуховування історій про травматичні події.

Під час роботи в умовах військового конфлікту психологи зазнавали великих емоційних навантажень, опрацьовуючи ПТСР, важке горювання, депресію, панічні розлади клієнтів. За результатами дослідження було з'ясовано, що половина психологів мають ознаки вікарної травми, вони зазначали, що відчувають провину, сором, невпевненість у собі після роботи із травматичними історіями клієнтів, заклопотаність думками про окремих клієнтів.

Дослідження виявило, що ПТСР у всіх психологів вибірки на низькому рівні. Це означає, що первинне травмування у психологів досліджуваної вибірки мінімальне, але значний рівень ознак вікарної травми вказує саме на значний рівень вторинної травматизації. Водночас більш вираженими виявилися показники вживання ПАР, викривлення переконань, напруги та депресії. Виходячи із цього, цій категорії психологів рекомендовано опрацювання власного травматичного досвіду та психокорекції переконань, профілактики вживання ПАР, використання супервізійної й інтервізійної підтримки, перерв на відпустки, проходження реабілітаційних програм, ретритів.

У подальших дослідженнях планується розглядати особливості взаємозв'язку професійного вигорання, вікарної травми та резильєнтності у психологів, які працюють під час військових конфліктів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога : методичний посібник / О.М. Кокун та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
2. Лукомська С.О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід ; Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України. Київ. 26 с.
3. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія «Психологічні науки»*. Львів. 15 с.
4. Лазос Г.П. Травматичне контрперенесення психолога / психотерапевта в роботі з постраждалими. *Міжнародний журнал загальної та медичної психології*. 2018. № 1. С. 57–67.
5. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник / Т.М. Титаренко та ін. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-Лтд., 2019. 220 с.
6. Методичні матеріали для студентів 3 курсу медико-психологічного факультету до практичного заняття з дисципліни «Медична психологія надзвичайних станів, екстрена та кризова психологія». *Вторинна травма*. Вінниця, 2020. 12 с.
7. Підготовка тренерів з упровадження сервісів для вразливих категорій користувачів суду : навчально-методичний посібник. Ініціатива «Модельні суди». Ч. II. Для учасників курсу. *Право – Justice*. 51 с.
8. Лазос Г.П., Литвиненко Л.І. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : методичний посібник / за ред. З.Г. Кісарчук. Київ : ТОВ «Видавництво «Логос»», 2015. 207 с.