

## ПСИХОЛОГІЯ ДІЯЛЬНОСТІ В ОСОБЛИВИХ УМОВАХ

УДК 159.944.4:159.9-051:355.01

DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.3.16>

Лікарчук Є. В.  
*аспірант кафедри психології  
Державного вищого навчального закладу  
«Донбаський державний педагогічний університет»*

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ВІКАРНОЇ ТРАВМИ ПСИХОЛОГІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ

### THEORETICAL-METHODOLOGICAL APPROACHES TO STUDYING THE PROBLEM OF VICAROUS TRAUMA OF PSYCHOLOGISTS WORKING IN MILITARY CONFLICTS

У статті висвітлено та узагальнено внесок наукових психологічних шкіл у дослідження та розвиток концепції вікарної травми з подальшою систематизацією теоретико-методологічних підходів до вивчення цього психологічного феномену, а також запропоновано гіпотетичну схему механізму виникнення вікарної травми у стосунках «психолог – клієнт» в межах інтегративного теоретико-методологічного підходу для психологів, які працюють в умовах військових конфліктів. Схема механізму виникнення вікарної травми показала процес, як психічна травма клієнта імплементується у внутрішній світ психолога та стає вікарною травмою. Під час цього процесу важливе значення мають окремі психічні процеси, такі як емпатійне залучення психолога в професійному альянсі, травматичне контрперенесення, проєктивна ідентифікація через «вікна емпатії», що створює умови для емоційного зараження та «індукції травми» у внутрішньому світі психолога. Гіпотеза про те, що наявні теоретико-методологічні підходи щодо визначення механізму вікарної травми, а саме теорія вторинного травматичного стресу, конструктивістська теорія самопомоги та теорія травматичного контрперенесення з різних сторін описують один психічний феномен виникнення та розвитку вікарної травми через емпатійну залученість психолога під час професійної діяльності в межах альянсу «клієнт – психолог», знайшла своє підтвердження на теоретичному рівні, але вимагає подальших експериментальних досліджень. В той час, як теоретико-методологічний підхід вторинного травматичного стресу, який дає цілісне уявлення про симптоми вікарної травми, підхід конструктивістської теорії самопомоги визначає рівень порушень когнітивних схем у сферах безпеки, довіри, поваги, контролю та близькості, сприяючи комплексній діагностиці вікарної травми як психологічного феномену. В подальшому поточні теоретичні надбання використовуватимуться з метою розробки заходів, які б допомогли діагностувати вікарну травму у психологів якомога раніше, так і подолати її деструктивний вплив на фахівців.

**Ключові слова:** травма, стрес, посттравматичний стресовий розлад, вікарна травма, вторинна травма, травматичний стрес, травматичне контрперенесення, концепція.

The article highlights and summarizes the contribution of scientific psychological schools to the research and development of the concept of vicarious trauma with further systematization of theoretical and methodological approaches to the study of this psychological phenomenon, and also proposes a hypothetical scheme of the mechanism of occurrence of vicarious trauma in the relationship “psychologist – client” within the framework of integrative theoretical-methodological approach for psychologists who work in the conditions of military conflicts. The scheme of the mechanism of vicarious trauma occurrence showed the process of how the client's mental trauma is implemented into the psychologist's inner world and becomes a vicarious trauma. During this process, certain mental processes are important, such as: empathic involvement of the psychologist in the professional alliance, traumatic countertransference, projective identification through «windows of empathy», which creates conditions for emotional contagion and “trauma induction” in the psychologist's inner network. The hypothesis that the existing theoretical and methodological approaches to determining the mechanism of vicarious trauma, namely the theory of secondary traumatic stress, the constructivist theory of self-help and the theory of traumatic countertransference, describe one integral mental phenomenon of the emergence and development of vicarious trauma through the empathic involvement of a psychologist during professional activities within the holding «the client is a psychotherapist» due to the induction or infection of the client's mental trauma, has been confirmed at the theoretical level, but requires further experimental research. While the theoretical and methodological approach of secondary traumatic stress, which gives a holistic view of the symptoms of vicarious trauma, the approach of the constructivist theory of self-help determines the level of violations of cognitive schemes in the areas of safety, trust, respect, control and intimacy, contributing to the comprehensive diagnosis of vicarious trauma as a psychological phenomenon. In the future, the current theoretical assets will be used in order to develop measures that would help diagnose vicarious trauma in psychologists as early as possible, as well as overcome its destructive impact on specialists.

**Key words:** trauma, stress, post-traumatic stress disorder, vicarious trauma, secondary trauma, traumatic stress, traumatic countertransference, concept.

**Вступ.** Протягом останнього часу психологи вимушені все частіше надавати психологічну допомогу клієнтами, які пережили травматичні події, зумовлені наслідками військових конфліктів. Через це зросли потреба та інтерес до впливу такої професійної діяльності на психологів. Протягом останніх 30 років в науковій літературі розглядається припущення про те, що психологи, які працюють з травмованими клієнтами, ризикують набути симптомів дистресу, подібного до того, який ці клієнти пережили. Цей дистрес проявляється у формі порушених переконань, пов'язаних із дією психічної травми, що відображають зміни в когнітивних схемах, та також мають специфічні симптоми. Процес отримання такого виду дистресу передбачає непрямий вплив психічної травми, яка є вторинною за своєю природою, а її несприятливі наслідки вважаються формою вторинної або вікарної травми. Такі несприятливі наслідки мають особисті та професійні наслідки для психологів, можуть потенційно вплинути на якість послуг, які отримують клієнти. Науковці, які досліджують психічний феномен вікарної травми, підкреслюють важливість розробки відповідних заходів для зменшення ризиків для психологів. Для опису негативного впливу роботи з травмованими клієнтами були запропоновані різні теоретико-методологічні підходи, що викликало багато труднощів з розуміння через дублювання термінів різних конструкцій або їхнє специфічне розуміння тими чи іншими науковцями.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Задля вирішення наукової проблеми визначення терміну «вікарна травма» та внесення ясності його розуміння варто розглянути феномен психічної травми як такої. Психічну травму часто описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності та втрати контролю, змінами у способах регуляції афектів, що спричиняє нерідко тривалі фізичні, психічні та особистісні розлади [5, с. 12]. Уявлення про психічну травму та травматичну подію як етіологічний фактор її виникнення лежить в основі сучасних підходів до розуміння феномену посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як такого, що формується внаслідок дії зовнішнього впливу, а не притаманних особі внутрішніх особливостей. ПТСР – це запізніла і/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть викликати загальний дистрес [4, с. 144]. Діагностичні критерії ПТСР за DSM – 5 наступні: А – наявність надзвичайної травматичної події, яка трапилася та означала смертельну небезпеку чи загрозу смерті, отримання чи загрозу каліцтва, наругу чи загрозу фізичній гідності; В – наявність одного чи більше симптомів інтрузій, пов'язаних із травматичною подією; С – стійке уникання стимулів, пов'язаних із травматичною подією після її завершення; D – погіршення когнітивного та емоційного функціонування,

яке пов'язане із травматичною подією; Е – помітні і значимі зміни фізіологічної збудливості та реактивності; G – розлад викликає суттєві обмеження у соціальній, професійній чи інших сферах функціонування, значний дистрес; H – розлад не є спричинений лікарськими препаратами, психоактивними речовинами або іншою хворобою [3, с. 193; 5, с. 13–15].

Науковці помітили, що симптоми вікарної травми у психологів у відповідь на перенесені страждання клієнтів нагадують симптоми ПТСР, але вони значно слабші за інтенсивністю та тривалістю впливу на психіку. Вікарна травма, яку дослідники називають вторинним травматичним стресом або вторинною травмою – це непряма травма, яку психолог, будучи емпатійно залученим, може отримати під впливом образів власної уяви, вислуховуючи історії клієнтів з травматичним досвідом. Фахівець безпосередньо не отримує травматичного досвіду, але переживає стресову реакцію від непрямого (вторинного) впливу. Дослідники використовували різну термінологію, коли говорили про явище вікарної травми, зокрема «вікарна/вторинна травма» (McCann, Pearlman), «вторинний травматичний стрес» та «втома від співчуття» (Figley). У використанні цих термінів концептуальна ясність та узгодженість були відсутні. Огляд наукової літератури дає змогу зробити припущення, що існує три основні теоретико-методологічні підходи, які розглядають феномен вікарної травми: «вікарна травма» в конструктивістській теорії саморозвитку (КТСР), «вторинний травматичний стрес» (ВТС) та «травматичне контрперенесення». Багато науковців погоджуються з цим розрізненням, оскільки всі три теоретико-методологічні підходи описують несприятливі наслідки роботи для психологів з травмованими клієнтами, але їхні теоретичні основи різні [14, с. 4].

Підхід ВТС зосереджується в основному на симптоматичних змінах (Bride, Figley), а підхід КТСР зосереджується на змінах у когнітивних схемах та системах переконань фахівців, хоча й визнає наявність симптоматичних змін (McCann, Pearlman) [14, с. 7–8]. Науковці Bride, Radey, Figley вважали, що поняття ВТС та втоми від співчуття є синонімами [14, с. 4]. Варто зазначити, що науковиця Stamm стверджувала, що вони є різними конструктами: втома від співчуття є терміном, який описує загальний емоційний та психологічний стан втоми, яка виникла в результаті постійної емпатійної залученості до клієнтів, які страждають, але не обов'язково мають травматичний досвід та не обов'язково передбачає зміну світогляду психолога. До того ж втома від співчуття є ширшим визначенням, ніж ВТС, тому включає симптоми як ВТС, так і професійного вигорання [12, с. 15–16].

Висвітлюючи теоретико-методологічний підхід ВТС, важливо зрозуміти, що він має безпосередній зв'язок з підходом визначення ПТСР. Figley визначив ВТС як природну наслідкову поведінку та емоції, що є результатом знання про травмуючу подію, яку пережив значущий інший, стрес, та є наслідком

допомоги або бажання допомоги травмованій особі. ВТС не підкріплювався психологічною теорією, але випливав зі спостережень за моделями симптомів, які з'являлися внаслідок вторинного впливу психічної травми інших під час надання психологічної допомоги. Дослідники Bride, Figley, Wilson, Thomas стверджували, що ВТС включає три симптоматичні сфери, подібні до симптомів ПТСР за DSM – 4, включаючи критерії В – інтрузії (повторне переживання), С – уникнення (поведінкове, когнітивне або дисоціативне), D – надмірне збудження. Підхід ВТС визначав, що початок виникнення вікарної травми може бути раптовим та швидким, розвиватися в результаті одноразового впливу психічної травми клієнта [14, с. 5–6].

Психологи Pearlman, McCann, Saakvitne представили теоретико-методологічний підхід до розуміння вікарної травми як до процесу негативної трансформації психолога, який виникає в результаті емпатійної взаємодії з клієнтами, які пережили травму, з їхніми історіями травми та способами будувати стосунки у комбінації з зобов'язанням або відповідальністю допомагати їм [14, с. 7]. Мова йде про поступовий, прогресуючий, всеосяжний та тривалий процес руйнування когнітивних схем, негативно впливаючи на самопочуття психолога, на його спосіб сприйняття себе, інших та світу.

Даний теоретико-методологічний підхід отримав назву конструктивістської теорії саморозвитку (КТСР). Травмуюча інформація від клієнтів може не відповідати когнітивним схемам психологів, що призводить до руйнування власних схем фахівців. Компоненти «самості» (систему цінностей, власні здібності, ресурси Его, психологічні потреби та пов'язані з ними когнітивні схеми, пам'ять і сприйняття) зазнають порушень переконань. Вони охоплюють п'ять основних сфер потреб: безпеки, довіри, поваги, контролю та близькості, які є вразливими до порушення та можуть впливати на духовність, викликати цинізм, емоційне заціпеніння, відсторонення, дистанціювання, заперечення та дисоціацію. Психологи можуть також відчувати сенсорні збої в системах пам'яті, нав'язливі спогади або думки, образи про травматичну подію клієнта, гіперзбудження, уникання [14, с. 8].

Всі описані вище симптоми науковці цього підходу назвали формуванням «патогномонічних» реакцій, які означають відповідь на зміни в: 1) системі цінностей індивіда або звичному способі розуміння себе чи світу, включаючи духовність; 2) здатності модулювати афекти та підтримувати доброзичливі внутрішні зв'язки; 3) здатності зустрічатися зі своїми психологічними потребами в зрілий спосіб; 4) способах задоволення головних психологічних потреб, що відображається в порушених когнітивних схемах; 5) у системі пам'яті, включаючи сенсорний досвід [6, с. 103]. Pearlman, McCann стверджували, що ані клієнти, ані психологи не відповідальні за формування вікарної травми. Munroe зазначав, що це професійний ризик, плата за проведення роботи, яка виникає, коли психолог постає перед токсичністю

травми. Психологи мають реагувати на вікарну травму шляхом її визнання та легітимізації, замість того, щоб стигматизувати та ігнорувати її появу [18].

Отже, підхід ВТС підкреслює клінічно спостережувані симптоми ПТСР, які виникають відносно раптово, а підхід КТСР як теоретична конструкція вікарної травми наголошує на більш поступових, прихованих та постійних змінах в когнітивних схемах психологів [12, с. 16–17].

Науковці Perlman, Saakvitne травматичне контрперенесення визначали як: 1) форму афективної, ментальної та фізичної реакції психологів на травмуючий матеріал клієнтів; 2) захист психолога від впливу матеріалу клієнта, що викликає інтрапсихічні конфлікти та асоціації, які спричиняють психічне збудження [19, с. 23]. Дослідники Wilson, Lindy трактували травматичне контрперенесення як захисну реакцію психолога у відповідь на травму клієнта, яка може приймати форму як уникнення, так і надмірної (проективної) ідентифікації на основі особистого життя психолога або його неопрацьованих травм. Відповідно до досліджень Danieli психологи повідомляли про такі реакції травматичного контрперенесення, як заціпеніння, заперечення, уникнення та надмірна ідентифікація у відповідь на розповіді тих, хто вижив [12, с. 9]. Benedek визначила наступні типові реакції психологів на роботу з травмованими клієнтами: плач, лють, сором, провинна, страх з пропозицією передчасних інтерпретацій або надання нереалістичних рекомендацій, активація власних психічних травм [12, с. 10]. Науковиця Lazos зазначила, погоджуючись з Herman, що травматичне контрперенесення – це широкий континуум емоційних реакцій психолога, які виникають у нього в результаті спілкування з жертвами насильства та ознайомлення з обставинами травматичних подій, в який входять: емоційна ідентифікація психолога з почуттям горя клієнта, ідентифікація з жертвою чи насильником, ідентифікація з нетравмованим спостерігачем [2, с. 59].

Дослідники розрізняли вікарну травму та травматичне контрперенесення: 1) вікарна травма – це довготривала негативна реакція на травматичний матеріал клієнта, а травматичне контрперенесення – короткострокова відповідь; вікарна травма є кумулятивною на основі численних консультацій та виникає через травматичне контрперенесення; 2) вікарна травма може виникнути у будь-кого, хто бере участь у стосунках з травмованою людиною, а травматичне контрперенесення виникає тільки у відносинах «клієнт – психолог»; 3) травматичне контрперенесення, яке виникає в результаті роботи з травмованими клієнтами, не обов'язково призводить до вікарної травми психологів [12, с. 18–19]. Baird визначила, що травматичне контрперенесення стосується перенесення негативних наслідків минулих переживань психолога на клієнта, тоді як вікарна травма стосується тих негативних наслідків для психолога, які безпосередньо пов'язані з впливом досвіду клієнта [2, с. 58].

Виходячи з результатів аналізу наукової літератури щодо наявних теоретико-методологічних підхо-

дів до вивчення проблеми вікарної травми, виникла нагальна необхідність розкрити їх прикладний характер для психологів, які працюють в умовах військових конфліктів. **Мета статті** полягає у висвітленні внеску наукових психологічних шкіл у дослідження та розвиток концепції вікарної травми з подальшою систематизацією теоретико – методологічних підходів до вивчення цього психологічного феномену, а також у створенні схеми механізму виникнення вікарної травми у стосунках «психолог – клієнт» в межах інтегративного теоретико-методологічного підходу для психологів, які працюють в умовах військових конфліктів. Під час дослідження застосовано системний підхід та методи аналізу, синтезу, семантичного аналізу, історичного аналізу, аналогій, узагальнення, пояснення. Інформаційну базу дослідження склали наукові праці засновників теоретико-методологічних підходів до вивчення проблеми вікарної травми, сучасні публікації науковців теоретичного та прикладного характеру. Автор висуває *гіпотезу*, що наявні теоретико-методологічні підходи щодо визначення механізму вікарної травми, а саме теорія вторинного травматичного стресу (ВТС) (за Bride, Radey, Figley), конструктивістська теорія самодопомоги (КТСД) (за Pearlman, McCann, Saakvitne) та теорія травматичного контрперенесення (за Danieli, Benedek, Lazos) з різних сторін описують один складний психічний феномен вікарної травми, який виникає через емпатійну залученість психолога під час професійної діяльності в межах холдингу «клієнт – психолог» внаслідок зараження психічною травмою клієнта.

**Виклад основного матеріалу.** Розвиток теоретико-методологічних підходів до вивчення проблеми

вікарної травми зумовив необхідність узагальнення та класифікації вивченого масиву даних, які були зазначені у таблиці 1.

Узагальнююче вищенаведене, варто зазначити, що у цій статті автор використовуватиме термін «вікарна травма» як інтегруючий термін теоретико-методологічних підходів ВТС та КТСП із зазначенням особливої ролі травматичного контрперенесення, так як сам психологічний феномен вікарної травми охоплює весь визначений об’єм за всіма трьома підходами та має як симптоматичні наслідки, так і призводить до стійких деструктивних змін у когнітивних схемах фахівців. Pearlman, McCann, Saakvitne вказували на те, що присутність факторів ризику не формують вікарну травму, тому існує її активуючий механізм. Коли психологи відкривають себе болю клієнта, вони можуть переживати персональний дистрес та емпатію. Дистрес виникає, коли психолог уявляє, що він особисто пережив травматичну подію, що може призвести до негативних відчуттів у нього. Емпатія без ідентифікації з клієнтом призводить до співчуття по відношенню до нього. Moosman зробив висновок, що психологи, які реагували «занадто емоційно» через проєктивну ідентифікацію з клієнтом, мали більш високу вірогідність набути ознак вікарної травми на відміну від тих, хто лише емпатійно залучався [18].

Отже, під час контакту з внутрішнім світом травмованого клієнта відбувається так зване «зараження» психолога, тобто якоюсь мірою він може перейняти психічні стани свого клієнта. У таких випадках емоційне навантаження, яке спричиняє «індукцію травми», багато в чому пов’язане з необхідністю зустрічатись із темою смерті, що зазвичай є табу-

Таблиця 1

**Узагальнення теоретико-методологічних підходів до вивчення проблеми вікарної травми**

Підхід	Представники	Основні положення
Вторинний травматичний стрес (ВТС)	Bride, Radey, Figley	сукупність симптомів, які можуть виникати паралельно симптомам ПТСР, включаючи симптоми: 1) інтрузії (повторні переживання); 2) уникнення (думок, образів, місць, згадок тощо); 3) надмірне збудження або емоційне оніміння. Фізичні симптоми: порушення сну, головні болі, розлади ШКТ, прискорене серцебиття тощо;
Конструктивістська теорія саморозвитку (КТСП)	Pearlman, McCann, Saakvitne	порушені переконання в сферах психологічної потреби щодо себе та інших охоплюють п’ять основних сфер потреб: безпеку, довіру, повагу, контроль та близькість. «Патогномонічні» реакції – це відповідь психолога на зміни в: 1) системі цінностей або звичному способі розуміння себе чи світу, включаючи духовність; 2) здатності модулювати афекти і підтримувати доброзичливі внутрішні зв’язки; 3) здатності зустрічатися зі своїми психологічними потребами в зрілий спосіб; 4) головних психологічних потребах, які відображаються в порушених когнітивних схемах; 5) системі функціонування пам’яті, включаючи сенсорний досвід.
Травматичне контрперенесення	Danieli, Benedek, Lazos	1) широкий континуум емоційних реакцій психолога, які виникають у нього внаслідок спілкування з постраждалими та ознайомленням з обставинами травматичних подій під впливом його власних невіршених життєвих конфліктів; 2) захист психолога від впливу матеріалу клієнта, який викликає інтрапсихічні конфлікти, що є чинниками психічного збудження; 3) має короткотривалу дію та може не призвести до вікарної травми, але є передумовою її формування.

йованою в повсякденному житті сучасної людини. У зв'язку з цим розглянемо гіпотетичну схему механізму виникнення вікарної травми у стосунках «психолог-клієнт» в межах інтегративного теоретико-методологічного підходу, представлену на рис. 1.

Умови військового конфлікту впливають як на клієнта, так і на психолога, що посилює вразливість до набуття ознак вікарної травми останнім, а також створює перманентні умови для виникнення все нових психічних травм населення, яке страждає від наслідків військових дій.

Наявна психічна травма клієнта як носія травматичного досвіду може бути ідентифікована через відповідні симптоми ПТСР, який має чіткі критерії (за DSM – 5, МКХ – 11). Хоча сучасні підходи щодо визначення ПТСР не фокусуються на змінах когнітивних схем постраждалих, все ж варто зазначити, що такі порушення когнітивних схем (віри в себе, інших людей, світ) є неодмінним супутником психічної травми. На цьому етапі опису зазначеної гіпо-

тетичної схеми автором буде ведено поняття «вікно емпатії», яке відкривається як з боку клієнта, який розкриває історію травматичних спогадів, а також емоційно відкривається психологові під час створення холдингу «клієнт – психолог», так і з боку психолога. Саме емоційний канал та емпатійний зв'язок між обома учасниками холдингу дає клієнтові можливість переосмислення досвіду та подальшого посттравматичного зростання, а психологові – контейнувати травматичний матеріал, опрацювати його разом з клієнтом, але в цей момент заявляється ризик «індукції травми» або «зараження травмою» у психолога. Емпатійний зв'язок на думку Rogers є одним із найголовніших аспектів психотерапевтичного лікування. Вікарна травма виникає через емпатійну взаємодію з травматичним матеріалом клієнтів за чотирма аспектами емпатії, які взаємодіють один з одним: часові рамки минулого, часові рамки сьогодення, когнітивна емпатія та афективна емпатія, де остання – особливе місце вразливості психолога. До

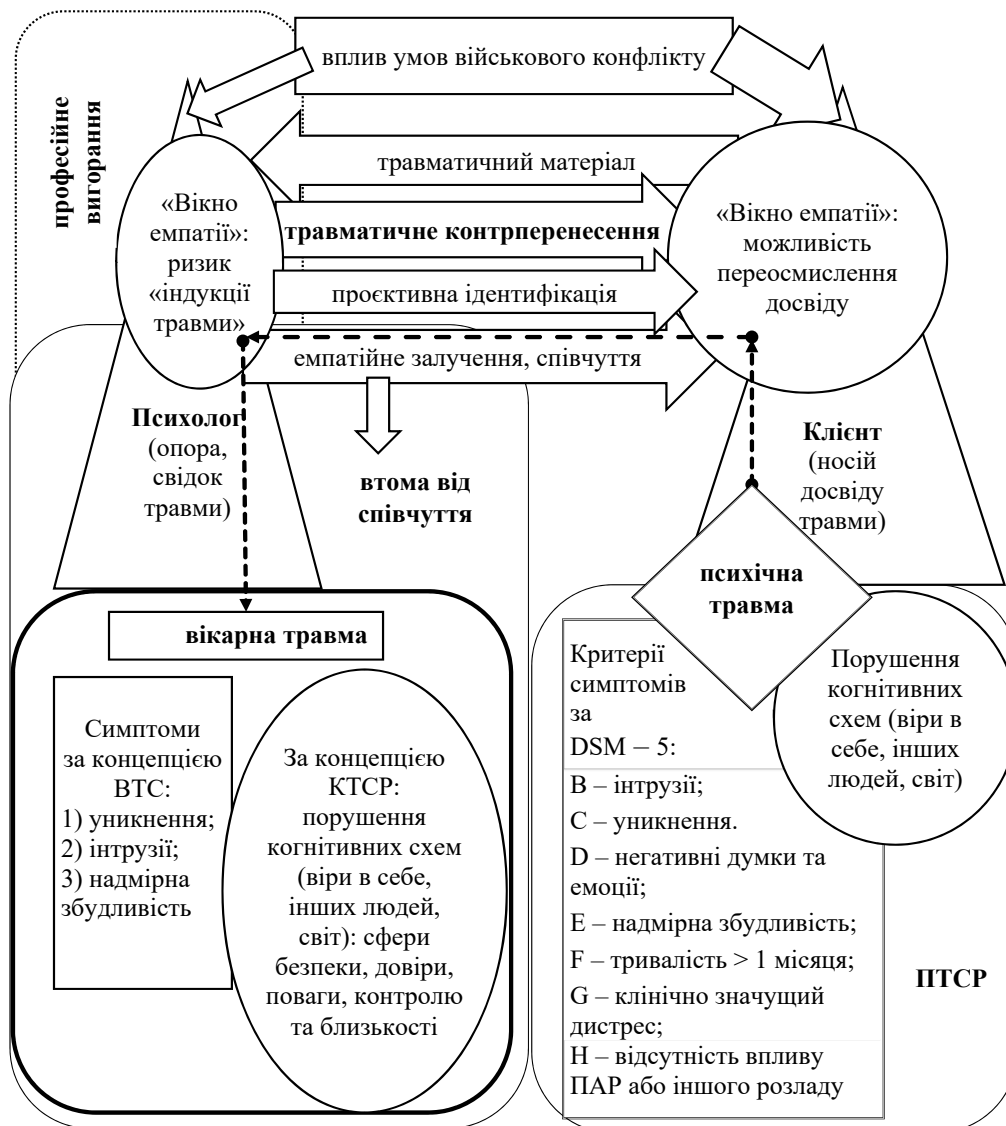


Рис. 1. Схема механізму виникнення вікарної травми у стосунках «психолог – клієнт» в межах інтегративного теоретико-методологічного підходу

того ж професійна необхідність до постійного емпатійного залучення призводить до накопичення втоми від співчуття, яка в себе включає такий компонент, як професійне вигорання. Ut dang зазначав, що вигорання та перевтома часто лежать в основі втоми від співчуття і її «двоюрідної сестри» – вікарної травми.

Внаслідок дії травматичного матеріалу, який оповідає травмований клієнт, відбувається емоційне зараження – це відображення та переживання цього страждання на несвідомому рівні психолога. Знання про те, що емоції заразні, може бути цінними, коли існує невідповідність між тим, як клієнт повідомляє про свої почуття, і тим, про що говорять його поза та зовнішній вигляд. Тоді низька самосвідомість психолога щодо власних почуттів та почуттів клієнта під час роботи з травмованими клієнтами вважається фактором, який сприяє виникненню вікарної травми. Логічно витікає висновок, що процесі психологічного консультування може виникнути ризик появи невизнаного травматичного контрперенесення під час кожної консультації. Воно також може зробити психолога вразливим до вікарної травми та, в свою чергу, до більш виражених реакцій контрпереносу. Тобто перманентний вплив травматичного контрперенесення сприяє зниженню самосвідомості психолога, посиленню дії психічних захистів, провокують зміну власної ідентичності, руйнує переконання та світогляд фахівця. Важливу роль в процесі набуття вікарної травми психологом є процес проєктивної ідентифікації з клієнтом, на формування якого у може впливати травматичне контрперенесення, що заважає психологові займати позицію фахівця, який відповідно ризикує втратити роль емоційної опори для клієнта, потрапляючи у злиття з його складними почуттями в професійному альянсі.

Подібно до того, як погляди та переконання травмованих клієнтів щодо себе та світу можуть змінитися в результаті травми, то і погляди та переконання психологів можуть бути змінені через вплив травм клієнтів. Переконання психолога можуть бути змінені, щоб пристосуватись до нової інформації. Три основні припущення або переконання, на які може особливо впливати вікарна травма: віра в те, що людина невразлива або уявлення про себе як про позитивну людину, віра в осмислений і справедливий світ та в інших людей. Робота з постраждалими наражає психологів на емоційні реакції від зловживання довірою, відчуття відсутності безпеки та безсилля, які відчували травмовані клієнти. В той час, коли так нова інформація засвоюється в досвіді психолога, можуть виникнути порушення в схемах психолога про себе, людей та світ [16, с. 456–457].

Вікарна травма означається тим, що психолог зазнає в тій чи іншій мірі таких симптомів, як уникнення, інтрузії, надмірна збудливість. На емоційному рівні симптоми можуть включати тривале почуття горя, неспокою, тривоги, смутку, розгубленості, пригніченості, роздратування, злість, перепади настрою. На поведінковому рівні виникають ізоляція, вживання психоактивних речовин, зміна звичок харчування, проблеми зі сном, невіправда-

ний ризик або надмірна нерішучість, ігнорування важливих життєвих завдань, труднощі у визначенні пріоритетів. Фізіологічні симптоми можуть проявлятися у вигляді головного болю, болю в спині, алергічних проявів, шлунково-кишкових проблем тощо. На когнітивному рівні виникають нав'язливі спогади про травму клієнта, спроба уникнути нагадувань про неї (думок, образів, місць тощо).

Таким чином, схема механізму виникнення вікарної травми у стосунках «психолог – клієнт» в межах інтегративного теоретико-методологічного підходу демонструє, як психічна травма клієнта імплементується у внутрішній світ психолога та стає вікарною травмою. Під час цього процесу важливе значення мають окремі психічні процеси, такі як: емпатійне залучення психолога в професійному альянсі, травматичне контрперенесення, проєктивна ідентифікація через «вікна емпатії», що створює умови для емоційного зараження та «індукції травми» у внутрішньому світі психолога. В той час, як теоретико-методологічний підхід ВТС, який дає уявлення про симптоми вікарної травми, в цей час підхід КТСР визначає рівень порушень когнітивних схем у сферах безпеки, довіри, поваги, контролю та близькості, сприяючи комплексній діагностиці вікарної травми як психологічного феномену. Діагностика та відстеження травматичного контрпереносу дозволить виявляти ознаки вікарної травми на ранніх етапах.

**Висновки.** Емпатійне залучення у стосунки із клієнтом, який переживає наслідки травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога у вигляді різних емоційних реакцій. Психолог не може запобігти виникненню власних негативних переживань у такому контексті спілкування, адже для того, щоб допомогти клієнтові, він має співпереживати його стражданням, а це, у свою чергу, стає підґрунтям відповідних емоційних реакцій та станів, в тому числі вікарної травми, яку зараховують до професійних ризиків психологів [1, с. 78]. Вікарна травма впливає на зміну ідей, переконань та адаптації у психолога, може призводити до виникнення нав'язливих спогадів чи образів, інколи сенсорних реакцій. Вона постійно деструктивно впливає на самопочуття та сприйняття світу у психологів та активно впливає на реакції контрперенесення.

У статті на підставі семантичного аналізу обґрунтовано зміст вікарної травми як психологічного феномену та здійснено узагальнення теоретико-методологічних підходів до проблеми вікарної травми, їх структурування та дослідження змісту кожного підходу. Сформульовано схему інтегративного концептуального теоретико-методологічного підходу до погляду на процеси виникнення та розвитку вікарної травми, який поєднує її структурні та динамічні властивості. Вона дає можливість побачити, які паралельні процеси відбуваються в альянсі «клієнт – психолог» під час її виникнення та розгортання, а важливість поєднання погляду різних теоретико-методологічних підходів узагальнює на вносить ясність в клінічну картину вікарної травми як цілісного явища. Гіпотеза про те, що наявні підходи

щодо визначення механізму вікарної травми, а саме теорія вторинного травматичного стресу (ВТС), кон-структивістська теорія саморозвитку (КТСР) та теорія травматичного контрперенесення з різних сторін описують один психічний феномен вікарної травми, яка виникає через емпатійну залученість психолога під професійної діяльності в межах холдингу «клієнт – психолог» внаслідок зараження психічною травмою клієнта, знайшла своє підтвердження на

теоретичному рівні, але вимагає подальших експе-риментальних досліджень. Планується дослідження, яке б визначило вплив професійного вигорання на рівень вікарної травми психологів, які працюють в умовах військових конфліктів. Призначенням подальших досліджень має стати розробка, проєктування та здійснення заходів, які дозволять покращити якість життя психологів, покращити умови їх праці та якості надання психологічної допомоги.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Лазос Г. Особиста терапія як важливий аспект професійної підготовки психолога і психотерапевта. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. № 2-3 (23). 2021. С. 77–90.
2. Лазос Г. Травматичне контрперенесення психолога / психотерапевта в роботі з постраждалими. *Міжнародний журнал загальної та медичної психології*. №1. 2018. С. 57–67.
3. Лукомська С.О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Том 14, випуск №1. 2018. Київ. С. 187–198.
4. Мелоян А.Е., Лікарчук Є.В. Особливості прояву вікарної травми та посттравматичного стресового розладу у психологів, які працюють в умовах військових конфліктів. *Habitus*. Випуск 47. 2023. С. 143–147. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.47.25>
5. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія. З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос [та ін.]; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ, 2020. 178 с.
6. Brend D.M. A dialogue between theories: understanding trauma in helping professionals. *Intervention*. № 140. 2014. P. 95–113.
7. Budeva S. Secondary traumatization: an occupational risk for the helping professionals. St.Cyril and St.Methodius University of Veliko Tarnovo, Bulgaria. 2018. 11 p.
8. Cox K., Steiner S. Preserving commitment to social work service through the prevention of vicarious trauma. *Journal of Social Work Values and Ethics*. Volume 10, № 1. 2013. P. 53–60.
9. Cunningham M. Impact of trauma work on social work clinicians: empirical findings. *Social Work*. Volume 48, № 4. 2003. P. 451–459.
10. Iqbal A. The ethical considerations of counselling psychologists working with trauma: Is there a risk of vicarious traumatization? *The British Psychological Society. Counselling Psychology Review*. Vol. 30, No.1. 2015. P. 44–51.
11. Kadambi M.A., Truscott D. Vicarious trauma among therapists working with sexual violence, cancer, and general practice. *Canadian Journal of Counselling*. 38(4). 2007. P. 260–276.
12. Kanno H., Giddings M.M. Hidden trauma victims: understanding and preventing traumatic stress in mental health professionals. *Social Work in Mental Health*. 15(3). 2017. P. 331–353. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1220442>
13. Lerias D., Byrne M.K. Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health*. № 19. 2003. P. 129–138.
14. Makadia R. Indirect exposure to client trauma and the impact on trainee clinical psychologists: secondary traumatic stress or vicarious traumatization? A thesis submitted for the degree of Doctorate of Clinical Psychology. *Clinical Psychology Unit Department of Psychology*. University of Sheffield. 2011. 125 p.
15. Molnar B.E., Sprang G., Killian K.D., Gottfried R., Emery V., Bride B.E. Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: a research agenda. *Traumatology. American Psychological Association*. Vol. 23, No. 2. 2017. P. 129–142.
16. Sabin – Farrell R., Turpin G. Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*. №23. 2003. P. 449–480.
17. Stamm, B. H. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. *Psychosocial Stress Series*. №24. 2002. P. 107–119.
18. Pearlman, L. A., Saakvitne K. W. Trauma and the therapist: countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York. W. W. Norton & Company. 1995. 451 p.
19. Ray S.L., Wong C., White D., Heaslip K. Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*. 19(4). 2013. P. 255–267.