

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Психологічні чинники вторинної травматизації психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР**

*Кваліфікаційна робота*

Студентки 2 року ОР Магістр  
(спеціальність 053 «Психологія»,  
освітня програма «Психологія», заочна  
форма навчання)

**Бондар Вікторії Віталіївни**

Науковий керівник:

канд. психол. наук, доцент кафедри  
психодіагностики та клінічної  
психології

**Кудріна Тетяна Семенівна**

**Роботу рекомендовано до захисту на ЕК № \_\_\_\_\_**

**Протокол № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ року**

**Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології**

\_\_\_\_\_ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

**Київ – 2025**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	4
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПРОФЕСІЙНУ ДОПОМОГУ ОСОБАМ З ПТСР</b> .....	9
1.1. Феномен вторинної травматизації: сутність, диференційні ознаки, моделі .....	9
1.2. Сучасні концепції та клініко-психологічна характеристика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) .....	15
1.3. Аналіз психологічних чинників, що детермінують розвиток вторинної травматизації у психологів.....	22
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	30
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПРОФЕСІЙНУ ДОПОМОГУ ОСОБАМ З ПТСР</b> .....	32
2.1. Дизайн та гіпотези дослідження.....	32
2.2. Характеристика вибірки. Процедура дослідження .....	37
2.3. Обґрунтування та опис психодіагностичного інструментарію.....	45
2.4. Методи математико-статистичного аналізу даних.....	52
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	57
<b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПРОФЕСІЙНУ ДОПОМОГУ ОСОБАМ З ПТСР</b> .....	59

3.1. Рівень прояву вторинної травматизації та супутніх психологічних феноменів у вибірці психологів.....	59
3.2. Взаємозв'язок між вторинною травматизацією, особистісними рисами та професійними характеристиками психологів .....	70
3.3. Аналіз психологічних предикторів вторинної травматизації у психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР .....	79
3.4. Узагальнення результатів дослідження та практичні рекомендації щодо усунення причин вторинної травматизації.....	89
<b>Висновки до розділу 3</b> .....	94
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	96
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	98
<b>ДОДАТКИ</b> .....	110

## ВСТУП

### **Актуальність теми дослідження.**

В умовах сучасних соціально-політичних викликів та гуманітарних криз, суспільна потреба у кваліфікованій психологічній допомозі особам, що пережили травматичні події, стрімко зростає. Психологи та психотерапевти, які працюють із наслідками травми, зокрема з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), опиняються на передовій надання цієї допомоги. Однак така діяльність пов'язана з високими професійними ризиками, оскільки постійний емпатійний контакт із травматичним досвідом клієнтів створює небезпеку опосередкованої чи вторинної травматизації (ВТС) самих фахівців.

Феномен «ціни допомоги» (cost of caring) призводить до розвитку у психологів симптомів, аналогічних ПТСР, а також до професійного вигорання та втоми від співчуття. Це не лише загрожує особистісному добробуту та психічному здоров'ю фахівців, але й безпосередньо знижує якість надання психологічної допомоги вразливим категоріям населення. Таким чином, проблема вторинної травматизації перетворюється з індивідуальної на системну, що загрожує стійкості всієї інфраструктури психологічної підтримки.

У зв'язку з цим, надзвичайно актуальним є поглиблене вивчення психологічних чинників, які виступають предикторами вразливості або, навпаки, захисними ресурсами (протекторами) у розвитку ВТС. Розуміння того, як особистісні риси (зокрема нейротизм), рівень життєстійкості, соціальної підтримки та професійні характеристики (навантаження, стаж) взаємодіють у формуванні стійкості психолога, є критично важливим. Дослідження спрямоване на виявлення цих детермінант, що дозволить розробити науково обґрунтовані, цільові програми профілактики та підтримки фахівців допомагаючих професій.

### **Мета дослідження:**

дослідити психологічні чинники вторинної травматизації у психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР, та проаналізувати її зв'язок із супутніми феноменами (професійним вигоранням та задоволенням від співчуття).

#### **Завдання дослідження.**

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми вторинної травматизації та її проявів в роботі психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР; визначити ключові психологічні чинники, які обумовлюють вторинну травматизацію.

2. Встановити особливості впливу роботи з клієнтами з ПТСР на психоемоційний стан фахівців.

3. Виявити взаємозв'язок між рівнем вторинної травматизації та особистісними рисами, життестійкістю, соціальною підтримкою, а також професійними характеристиками (стаж, навантаження).

4. Запропонувати шляхи профілактики вторинної травматизації психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР.

#### **Об'єкт дослідження:**

вторинна травматизація у психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР.

#### **Предмет дослідження:**

психологічні чинники вторинної травматизації психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР.

#### **Методи дослідження.**

Для досягнення мети та перевірки гіпотез було використано комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних методів.

1. Теоретичні методи: аналіз, синтез та систематизація наукових джерел для визначення теоретико-методологічних засад дослідження вторинної травматизації, ПТСР та їхніх чинників.

2. Емпіричні методи: психодіагностичне опитування в онлайн форматі з використанням стандартизованих методик:

- шкала професійної якості життя (ProQOL-5) Б. Стамм (для вимірювання вторинного травматичного стресу, вигорання та задоволення від співчуття).

- великий п'ятифакторний опитувальник (BFI-44) О. П. Джона (для діагностики особистісних рис: нейротизм, екстраверсія, згідність, сумлінність, відкритість).

- шкала життєстійкості Коннора-Девідсона (CD-RISC-10) (для оцінки рівня психологічної стресостійкості).

- багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) Г. Зімета (для вимірювання підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших).

- авторська анкета (для збору соціально-демографічних та професійних характеристик, таких як вік, стать, стаж роботи з ПТСР, щотижневе навантаження, частота супервізії).

3. Методи математико-статистичного аналізу: описова статистика, перевірка розподілу на нормальність (критерій Колмогорова-Смірнова), кореляційний аналіз (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена), порівняльний аналіз (t-критерій Стьюдента), множинний лінійний регресійний аналіз (ієрархічний та покроковий методи).

#### **Дослідницька вибірка.**

Вибірку склали 86 практикуючих психологів та психотерапевтів, які мають досвід роботи з клієнтами з ПТСР не менше одного року. Середній вік респондентів – 36,8 років; середній досвід роботи безпосередньо з ПТСР – 3,6 роки. Більшість учасників мають магістерський рівень освіти та пройшли спеціалізовані тренінги з роботи з травмою.

**Наукова новизна одержаних результатів дослідження** полягає в тому, що

*вперше:*

- емпірично виявлено та статистично обґрунтовано надзвичайно високу силу зв'язку ( $R^2 = 0,98$ ) між рівнем вторинної травматизації та сукупністю

психологічних чинників (нейротизм, життєстійкість, соціальна підтримка) на вибірці українських психологів;

- встановлено, що ключовими предикторами вторинного травматичного стресу є низький рівень життєстійкості та низький рівень особистісної риси «згідність»;

- доведено наявність кумулятивного (накопичувального) ефекту вторинної травматизації, який статистично значуще посилюється зі збільшенням стажу роботи фахівця саме з тематикою ПТСР.

*набули подальшого розвитку положення про:*

- роль особистісних рис, як факторів ризику (нейротизм) та протективних ресурсів (згідність, екстраверсія, сумлінність) у контексті опосередкованої травматизації;

- значущість організаційних чинників. Зокрема доведено, що високе щотижневе навантаження клієнтами з ПТСР є потужним чинником, прямо пов'язаним зі зростанням ВТС;

- комплексну природу резилієнтності, яка виступає ключовим внутрішнім захисним механізмом, що обернено корелює з проявами ВТС

**Практичне значення роботи полягає у тому,** що отримані результати дозволяють розробити науково обґрунтовані рекомендації для профілактики вторинної травматизації у психологів. Виявлений низький рівень життєстійкості у 44,2% фахівців вказує на необхідність впровадження цільових тренінгових програм, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції, усвідомленості та самоспівчуття. Встановлений зв'язок ВТС із робочим навантаженням та стажем обґрунтовує важливість впровадження організаційних змін у медичних та соціальних установах, зокрема нормування кількості «травматичних» випадків на одного фахівця та забезпечення доступу до якісної травмо-інформованої супервізії. Матеріали та висновки дослідження можуть бути використані у процесі професійної підготовки та підвищення кваліфікації психологів, а також у створенні систем колегіальної підтримки (інтервізійних груп).

**Достовірність і обґрунтованість наукових результатів** забезпечено методологічною та теоретичною обґрунтованістю вихідних положень дослідження, зокрема ґрунтовним аналізом проблеми вторинної травматизації у науковій літературі; застосуванням комплексу надійних, валідних та апробованих психодіагностичних методик (ProQOL-5, BFI-44, CD-RISC-10, MSPSS), що є адекватними меті, об'єкту та предмету дослідження; релевантністю та достатнім обсягом вибірки (N=86) практикуючих психологів, які безпосередньо працюють з ПТСР; коректним застосуванням адекватних методів математико-статистичного аналізу даних (зокрема, непараметричного кореляційного аналізу Спірмена та множинного регресійного аналізу) з використанням пакету SPSS; а також узгодженістю отриманих емпіричних результатів із теоретичними положеннями роботи.

**Структура та обсяг роботи.** Робота складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел (93 джерела, 86 з яких іноземною мовою), додатків (8 додатків). Повний обсяг роботи складає 119 сторінок, основний текст роботи розміщено на 89 сторінках.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПРОФЕСІЙНУ ДОПОМОГУ ОСОБАМ З ПТСР

### 1.1. Феномен вторинної травматизації: сутність, диференційні ознаки, моделі

Вторинний травматичний стрес (ВТС) – це феномен, що виникає в працівників з психічного здоров'я (психологів, соціальних працівників, рятувальників тощо) після емоційного контакту з особами, які пережили травму. За визначенням С. R. Figley (у подальшому трактування науковця було процитовано у роботах А. Barbee та О. Tarasenko, D. Assonov) ВТС містить емоції та поведінкові реакції, які виникають внаслідок знання про психотравмуючу подію іншої людини або допомоги тим, хто зазнав травми (Figley, 1995; Barbee, 2023; Tarasenko & Assonov, 2024). Іншими словами, тривала робота з травматичними історіями пацієнтів змінює внутрішній світ фахівця й може провокувати симптоми, аналогічні посттравматичному стресу клієнта.

Огляд G. Огги та співавторів. (Огги та ін., 2021) визначає ВТС як гостру реакцію, що виникає, коли фахівець психологічно перевантажений своїм прагненням підтримати інших. Підхід науковців виділяє ВТС як стресовий стан (індекс стресу), а не повноцінний розлад, навіть якщо його прояви майже ідентичні симптомам ПТСР у потерпілих.

Головним механізмом ВТС вважають емпатію – здатність розділяти почуття іншої людини. Дослідження А. Henderson та інших авторів підтверджують, що терапевти з високим рівнем емпатії є особливо вразливими: співпереживання, яке терапевт відчуває до потерпілого, робить його сприйнятливим до болю клієнта (Henderson, 2024).

Згідно з С. Т. Beck (Beck, 2011), емпатійний зв'язок функціонує як канал передачі травматичного досвіду від клієнта до терапевта. ВТС часто

називають «професійною небезпекою» при роботі з травмованими: DSM-5 містить пункти про повторену експозицію травми інших у переліку критеріїв ПТСР, що фактично визнає ВТС «професійним гаком» (NCTSN, 2011). Тобто навіть неодноразове прослуховування історій потерпілих викликає у психолога повторні нав'язливі думки, кошмари чи інші прояви, властиві ПТСР.

У практиці допомагаючих професій ВТС проявляється наблизеними наборами симптомів. При цьому основні симптоми вторинної травми фактично дублюють симптоми первинного ПТСР: інтенсивні повторні спогади або сни про травму клієнта, уникання ситуацій чи думок, пов'язаних з травмою, негативні зміни у сприйнятті себе, інших і світу, а також підвищена збудливість (дратівливість, гіперпильність, порушення сну тощо) (Вознесенська, 2018; Ortu та ін., 2021). Той же огляд Ortu (Ortu та ін., 2021) зазначає, що у ВТС симптоми терапевта часто дзеркально повторюють симптоми його пацієнтів. На відміну від класичного ПТСР, при ВТС джерело стресу – опосередковане, тому сам фахівець часто не усвідомлює його появу, поки симптоми не досягнуть вираженого рівня.

Вторинну травму слід відрізнити від споріднених конструктів. Найважливіша відмінність – джерело травми. Якщо первинна травма виникає від безпосередньої загрози (саме людина була учасницею події), то при ВТС травма доходить до фахівця через чужі історії. Наприклад, O. Tarasenko та D. Assonov (Tarasenko & Assonov, 2024) пояснюють, якщо особа не є безпосереднім учасником, але чує про страх, біль чи жах іншого, виникає ризик вторинної травматизації (вікарної травми). NCTSN акцентує, що під ВТС слід розуміти наявність симптомів ПТСР, спричинених хоча б одним опосередкованим контактом з травматичним матеріалом» (NCTSN, 2011).

При цьому поняття вікарна травма відбиває специфіку накопичуваного впливу: зміни вікарної травми стосуються особистісних когнітивних схем (довіра, безпека, самоповага, близькі стосунки тощо), які поступово «спотворюються» у спеціаліста з часом (Pearlman & Saakvitne, 1995). Іншими

словами, ВТС часто розвивається вже після окремої важкої сесії, тоді як вікарна травма – це наслідок довготривалої роботи з численними історіями.

Втома від співчуття зазвичай описується як поєднання ВТС і синдрому емоційного вигорання при тривалому емоційному навантаженні (Robino, 2019; Figley, 1999). При аналізі взаємозв'язку цих понять корисною є «концепція емпатійного стресу», за якою всі три стани розглядаються як компоненти однієї складної реакції професіонала на чужу травму (Bride, 2007; Cieslak та ін., 2014). Водночас вигорання орієнтоване на професійні стресори загалом (перевантаження роботою, неорганізованість тощо) і відокремлене від специфіки травми (Nimmo & Huggard, 2013).

Для більшої наочності, ключові відмінності між цими станами, що були описані вище, можна узагальнити у вигляді таблиці.

*Таблиця 1.1*

Узагальнення відмінностей основних характеристик досліджуваних понять

Поняття	Основні характеристики (цитата)
Вторинний травматичний стрес (ВТС)	Раптові симптоми, подібні на ПТСР, після контакту з чужою травмою. Фокусується на страху, тривозі та травматичному досвіді (вторинна травма «викликає» у психолога реакції, подібні до первинної) (Resilientretreat, n.d.).
Емоційне вигорання	Поступовий розвиток емоційного, фізичного і ментального виснаження від хронічних робочих стресорів. Характеризується «емоційним виснаженням, деперсоналізацією та зниженим особистісним досягненням» (Maslach та ін., 2001). Виникає через перевантаження, недостатню підтримку і неухильне накопичення стресу

	(Deriglazov та ін., 2025).
Втома від співчуття (Compassion Fatigue)	Стан виснаження на стику ВТС і вигорання: поєднання елементів обох. Має ознаки емоційного і фізичного виснаження, що призводить до зниження емпатії (Lee та ін., 2021). За моделлю Figley, це – «ціна співчуття», коли тривалий емпатійний контакт без відновлення ресурсів призводить до втрати здатності співпереживати (Figley. 1995).

Водночас ряд авторів зауважують, що межі між цими станами перекриваються. Наприклад, Н. J. Lee зі співавторами відзначають, що втому від співчуття можна розглядати як суму вторинного травматичного стресу і вигорання (Lee та ін., 2021). Це означає, що на практиці деякі симптоми та причини можуть бути спільними, але за механізмом виникнення і розвитком ці явища різняться.

Згідно з J. A. Boscarino та співавторами (Boscarino та ін., 2004), вторинна травма проявляється як швидкий розвиток реакцій на вчинене з клієнтом, тоді як вигорання – це поступове накопичення втрати емоційних ресурсів. Аналіз дослідження вищезазначених авторів дозволив встановити наступне: якщо у психолога виникають саме гострі ПТСР-подібні симптоми (кошмари, флешбеки, надмірна настороженість) – слід шукати ВТС. Натомість хронічна втома, скочування в цинізм та байдужість говорять скоріше про професійне вигорання.

Отже, точна діагностика вимагає звернути увагу на темп і природу проявів. Вторинна травма зазвичай виникає відчутно швидше й безпосередньо пов'язана з однією (або кількома) травматичними історіями клієнтів, тоді як вигорання наростає повільно через систематичний тиск робочих навантажень. Втома від співчуття може розгорнутися і раптово, і

поступово – залежно від того, наскільки виснажливою є емпатійна взаємодія для фахівця. Наприклад, Figley акцентує: психологи з сильною емпатією, які багато працюють із травмованими клієнтами, особливо вразливі до втрати «ресурсів» через безперервне співпереживання (Figley, 1995).

Окрім розмежування зі схожими станами, існують також класифікації, що деталізують самі шляхи опосередкованої травматизації. Окремі дослідники пропонують класифікації різновидів опосередкованої травми. Наприклад, О. Т. Плетка виділяє три форми «медіатравм»: травму свідка, слухача і глядача (Плетка, 2022).

Травма свідка виникає у випадку, коли людина була присутня біля постраждалого або стала очевидцем наявної загрози, травма слухача – коли вона чує від інших опис травми (включно з фахівцем у контакті з пацієнтом), а травма глядача – коли споглядає подію через засоби масової інформації. Кожен із цих типів передбачає різні інтенсивність емоційного навантаження та категорії людей (родичі часто зазнають травми слухача, глядачі новин – травми глядача тощо). Такі моделі допомагають урахувати різні шляхи передачі травми й зрозуміти, чому деякі люди більш схильні до ВТС, ніж інші.

Щодо теоретичних моделей, у науці запропоновано кілька підходів до пояснення механізмів вторинної травми. Конструктивістська модель саморозвитку (CSDT), розроблена I. L. McCann і L. A. Pearlman (McCann & Pearlman, 1990), базується на ідеї, що повторна взаємодія з чужою травмою підриває основні когнітивні «каркаси» спеціаліста.

За цією концепцією, кожна людина будує свій світогляд і уявлення про безпеку, довіру, самоповагу тощо. Робота з клієнтом, що пережив психотравму, поступово руйнує ці уявлення. У результаті втрачається відчуття контролю і справедливості у світі, а самотність чи страх можуть посилюватися.

Як зазначають автори, травма формує наші уявлення про себе та інших у шести центральних потребах: безпека, довіра, самоповага, незалежність,

влада та близькість (McCann & Pearlman, 1990). На практиці терапевти можуть почати відчувати підвищену незахищеність (наприклад, боятися за свою безпеку) чи недовіру до інших. Зрушення світобачення фахівця пояснюють, чому вторинна травма відчувається як особисте руйнування базових уявлень. Вважаємо, що CSDT моделює саме цю трансформацію внутрішнього досвіду фахівця: смислова структура психіки змінюється так, що «вікарна травма» фактично еквівалентна первинній за сприйняттям самого психолога.

Інша відома модель – модель втоми від співчуття (Figley, 1995). Чарльз Фіглі описував цей феномен як «плату за турботу». Згідно з цим підходом, ключовий ризиковий чинник – емпатія. Коли спеціаліст занурюється у біль іншого, переборюючи власні кордони співпереживання, поступово відбувається емоційне виснаження. У J. A. Boscarino та інших авторів дослідження (Boscarino та ін., 2004) є визначення: «втома від співчуття» – це стан зниження здатності чи бажання бути емпатійним через знання про травмуючий випадок іншої людини.

Модель Figley показує, що якщо терапевт щодня слухає жахливі оповіді клієнтів без достатнього відновлення себе, то «запас» співчуття змінюється на стан стійкого емоційного і фізичного виснаження. Модель добре відображає щоденний досвід психологів-клініцистів: емоційна насиченість роботи часто ідентифікується не тільки з елементами травми клієнта, але й з особистим погіршенням психоемоційного стану фахівця через перенавантаження.

Окрім класичних концепцій, у новітній літературі з'являються й сучасні моделі. Так, до прикладу, J. Woodhams та F. Duran (Woodhams & Duran, 2024) запропонували нову модель, яка адаптує когнітивно-біхевіоральні механізми ПТСР до умов роботи з травматичними матеріалами. Автори виходять з того, що багато професій (наприклад, криміналісти чи контент-модератори) зазнають повторного впливу дуже інтенсивного травматичного контенту.

Нова модель поєднує класичні уявлення про румінацію та обробку травмуючої інформації з рисами вторинної травми, показуючи, як страх і перевантаження вторинною інформацією можуть спровокувати ПТСР-подібні реакції. Підхід сучасних авторів актуальний для сучасного медіа середовища, коли фахівці не завжди мають прямий контакт із постраждалими, але постійно «переглядають» їхні травми. Модель J. Woodhams та F. Duran додає необхідну перспективу, вказуючи, що вторинна травма є не лише проблемою традиційних терапевтів, а й будь-кого, хто регулярно споживає травматичні розповіді.

Отже, загалом у наукових концепціях вторинна травма розглядається через призму «колективних» ефектів: біполярно – з одного боку, це порушення світогляду спеціаліста (CSDT), з іншого – вигорання внаслідок емпатійного виснаження (модель Фіглі). Вважаємо, що обидві моделі взаємодоповнюють одна одну: конструктивістська версія акцентує, як травма змінює сприйняття, а емпатійна – чому ці зміни прискорюються через внутрішнє вигорання. Новішу модель J. Woodhams та F. Duran сприймаємо як розвиток цих ідей у цифрову добу: психоемоційне перенасичення також може виникати при суто зоровому чи інформаційному контакті з травмою (через документи, кадри відео тощо). У підсумку, теоретично вторинна травма постає як комплексне явище, що містить психокогнітивні зміни та якісне виснаження «ресурсів допомагати», з багатьма підтвердженнями цього підходу у сучасних дослідженнях.

## 1.2. Сучасні концепції та клініко-психологічна характеристика посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – психічний розлад, що може виникати у людей після переживання або свідкування психотравмуючих подій (війна, катастрофи, терор, насильство тощо) (VA, n. d.; UK Trauma Council, 2022). Основні симптоми зазвичай – це нав'язливе

повторне переживання події, уникнення спогадів чи тригерів, негативні зміни мислення й настрою та підвищена збудливість.

Ще в XIX ст. подібні реакції на бойові дії називали «ностальгією» або «солдатським серцем» – змінами пульсу, занепокоєнням і диханням (описав Da Costa у військових Громадянської війни США (Da Costa, 1871)). У роки Першої світової схожі симптоми об'єднували під терміном «снарядний шок» (shell shock) (Birnes та ін., 2003; Jones, 2003). Як зазначають дослідники, формальна назва «ПТСР» з'явилася лише у 1980 р. із DSM-III (Гунько, 2015; APA, 1980) хоча реакції на сильні травми описувалися задовго до того (про що свідчать, наприклад, описи у творах Гомера, Шекспіра та Діккенса).

Сучасне розуміння розладу ґрунтується на тому, що він не є суто «страховою» реакцією. Згідно з R. A. Lanius та співавторами (Lanius та ін., 2018), у DSM-5 ПТСР більше не відноситься до категорії тривожних розладів, адже його симптоми виходять за межі страху (VA, n.d.). R. A. Lanius та співавтори (Lanius та ін., 2018) підкреслюють, що ПТСР включає багато афективних і когнітивних компонентів, не зводяться до реакції жаху. При цьому DSM-5 створив окремий розділ «Розлади, спричинені травмою та стресором» і скасував попередню вимогу «інтенсивного страху» (критерій A2) на користь розширеного опису самої події. Одночасно з'явився дисоціативний підтип, що поєднує класичні симптоми ПТСР із деперсоналізацією або дереалізацією.

В історичному контексті важливі проміжні етапи класифікації стресових розладів. У DSM-I (1952) вводили діагноз «гросс-стрес реакція» для гострих реакцій на травму (APA, 1952), але в DSM-II (1968) цю категорію вже вилучили. Лише наприкінці XX ст., за результатами багаторічних досліджень ветеранів В'єтнаму та інших ветеранів війни, було прийнято включити ПТСР до DSM-III (1980) як окремий діагноз (APA, 1980). Подальші видання (DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR) поступово уточнювали критерії на основі нових даних.

У DSM-5 суттєво змінився акцент на класифікації ПТСР. Критерій А визначає вплив надзвичайної події: тут вимагається не лише безпосередня наявність загрози життю чи серйозного травмування, але й можливість бути свідком або дізнатися про травму близьких. Наприклад, трагічна загибель рідних унаслідок насильства тепер включається до травми (VA, n.d.).

Поза тим у DSM-5 скасовано попередню суб'єктивну реакцію (страх/гору/жах), внаслідок чого до спектру включено більше постраждалих від одних і тих самих обставин. Симптоми реорганізовано в чотири кластери: постійне повторне відтворення події (інтрузії), уникнення пов'язаних з нею спогадів чи тригерів, негативні когнітивно-афективні зміни і підвищена збудливість (APA, 2013).

Аналіз діагностичних класифікацій ПТСР показує поступову еволюцію критеріїв, спрямовану на підвищення їх точності та клінічної релевантності (Stein та ін., 2014). Так, у DSM-IV критерії травматичної події (A1) доповнювалися суб'єктивною реакцією (A2), що передбачала відчуття страху, безпорадності або жаху. Підхід критикувався за низьку специфічність. У DSM-5 критерій A2 було вилучено, а перелік травматичних подій розширено, включивши сексуальне насильство. Змінилися також вимоги до кількості симптомів у кластерах B, C і D.

Водночас у МКХ-10 наголос робився на впливі виключно загрожуючої чи катастрофічної події. МКХ-11 значно спростив критерії, оскільки відбулось їх згрупування у три основні кластери: повторне переживання, уникнення та постійна гіперзбудливість, які відображають сучасні уявлення про ключові симптоми ПТСР.

У порівнянні з попередньою версією DSM, у DSM-5 до списку симптомів додано три нових (наприклад, схильність до ризикової/агресивної поведінки), а негативні зміни у мисленні й настрої виокремлено в окремий кластер (Stein та ін., 2014). Природно, автор M. J. Friedman (Friedman, 2013) та науковець зі співавторами вже у іншому дослідженні (Friedman та ін., 2011) вважають, що широка симптоматика дозволяє врахувати різноманітні

клінічні прояви, але також збільшує ймовірність перекриття з іншими розладами.

Особливою відзнакою DSM-5 стало визнання дисоціативного підтипу ПТСР+DS, у якому до основних симптомів додаються епізоди деперсоналізації/дереалізації (Lanius та ін., 2018; Weathers та ін., 2014). Отже, сучасне бачення ПТСР за DSM-5 опирається на концепцію «стрес-розладу, спричиненого травмою», що об'єднує страх, злість, почуття вчиненої кривди та навіть марення як можливі прояви травми.

У новій Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11, чинна від 2022 р.) підхід до ПТСР відрізняється компактністю. У даному випадку пропонується лише три основні симптоматичні кластери: повторне нав'язливе переживання травми, уникнення тригерів та постійна «тривожність» (пильність). При цьому критерієм події є надзвичайно загрозливий або жахливий досвід (інакше кажучи, подія «є екстремальною загрозою чи жахом») (Spitzer та ін., 2007; Brewin та ін., 2009). Отже, ICD-11 відійшло від численних неспецифічних симптомів і сфокусувалося на ключових елементах, які однозначно відрізняють ПТСР від інших коморбідних розладів.

Ще однією новацією стало офіційне введення окремого діагнозу «комплексного ПТСР» (Complex ПТСР). За ICD-11 він описується як поєднання стандартних ПТСР-симптомів із додатковими проблемами у саморегуляції: хронічною афектною дисрегуляцією, стійкими почуттями провини/приниження і труднощами підтримувати близькі стосунки (UIPНР, 2022; Health-UA, 2023). Поділ створює дві категорії: класичний ПТСР із обмеженим набором ознак та більш тяжкий комплексний розлад з порушеннями «самоорганізації».

На основі наведеного можна виділити найбільш суттєві зміни у сучасних концепціях ПТСР:

1. Розширення критерію А. У DSM-5 доповнено перелік травматичних впливів: травма може бути не лише особисто пережита, а й спостережена або

дізнана (зокрема, через роботу рятувальника чи повідомлення про трагедію близьких).

2. Чотири симптоматичні кластери. Згідно з DSM-5, діагноз вимагає щонайменше одного симптому в кожній з чотирьох груп – інтенсивне повторне переживання, уникнення, негативні порушення когніції/настрою і гіперактивність.

3. Дисоціативний підтип. Вперше введено ПТСР+DS – випадок, коли до класичних проявів додаються деперсоналізація чи дереалізація.

4. Комплексний ПТСР (ICD-11). Новий діагноз, що поєднує ПТСР-симптоматику та стійкі проблеми з регуляцією афекту, самооцінкою і стосунками.

Таким чином, сучасні підходи розглядають ПТСР як травмозалежний синдром зі строго визначеними критеріями і кількома підтипами. Запропоновані зміни відображають прагнення науки до більш точної диференціації. З одного боку, розширена система DSM-5 дає можливість врахувати нетипові або супутні прояви (що підтримує ідею Lanius і співавт. про мультидисциплінарний характер ПТСР).

З іншого боку, обмежені критерії ICD-11 підвищують специфічність діагнозу. За спостереженнями експертів, широка симптоматика в DSM-5 збільшує перекриття з іншими розладами, тоді як підхід ICD-11, акцентований на прототипових симптомах, спрощує оцінку. Диференціація виправдана, оскільки ширша DSM-система дозволяє не пропустити атипові випадки, а концентрований ICD-11-формат забезпечує чітку рамку для традиційного ПТСР.

Після розгляду сучасних діагностичних підходів логічно перейти до детального аналізу того, як саме ці критерії проявляються у клініко-психологічній картині розладу.

Основним проявом ПТСР є повторне травмуюче переживання події у вигляді нав'язливих спогадів, флешбеків та кошмарів, що часто супроводжуються сильними емоціями страху чи жаху (Maercker & Aberle,

2022; RCPSYCH, 2022). У психологів звертає на себе увагу, що ці спогади можуть виникати довільно, наче «травма повторюється знову і знову».

Одночасно формується ретроспективний пробіл: у багатьох пацієнтів розвивається дисоціативна амнезія, коли вони не можуть пригадати деякі важливі аспекти події. Згідно з описом З. Г. Кісарчука (Кісарчук, та ін., 2020), пацієнти не здатні пригадати важливі аспекти травматичної події саме через захисну амнезію.

Фрагментарність пам'яті пояснює і труднощі з концентрацією уваги: людина постійно повертається думками до травми і важко зосередитися на завданнях (Greenberg, 2021). Загалом, можна констатувати, що ПТСР викликає глибоке порушення обробки спогадів – інтенсивні, яскраві картини минулого переплітаються з провалами пам'яті, роблячи плин свідомості непослідовним.

Травматичні події радикально змінюють основні переконання особи про себе й світ. За теорією розбитих припущень, до травми люди схильні вірити, що «світ – доброзичливий», «світ – осмислений», «я – гідний життя» (Mann та ін., 2024). Після травми ці фундаментальні уявлення руйнуються: пацієнти формують стійкі помилкові судження, наприклад «я нікчемний», «ніхто не вартий довіри», «світ дуже небезпечний». З. Г. Кісарчук та співавтори монографії зафіксували саме такі негативні установки – «Нікому не можна довіряти», «Навколишній світ є дуже небезпечним» (Кісарчук та ін., 2020).

Відповідно, у них виникає постійне відчуття безпорадності, безнадії й розчарування. Відомо також, що хворі починають вважати, ніби «нікому не варто довіряти» і не очікують позитивного майбутнього. Паралельно зруйновується довіра до оточення: D. Spermon та інші науковці (Spermon та ін., 2010) повідомляють, що особам із ПТСР важко довіряти, що світ може бути безпечним. Можна погодитися, що після травми пацієнти сприймають себе та інших у вкрай негативному світлі. Зміна базових переконань є

визначальною, оскільки знецінення власної гідності і втрачена надія на справедливість світу поглиблюють симптоми тривоги і провини.

Емоційні реакції при ПТСР відзначаються крайнощами – від неконтрольованих спалахів до «емоційного оніміння». Пацієнти часто перебувають у стані постійної тривоги, провини чи сорому, іноді аж не можуть відчувати позитивних емоцій і радості (Кісарчук та ін., 2020). За спостереженнями клініцистів, люди з ПТСР відчувають інтенсивні негативні стани – постійний страх, гнів або жах, а частина з них переживає емоційну апатію.

Водночас Український центр контролю за хворобами зазначає, що хворі мають сильну тривожність, депресію або емоційне оніміння, до яких можуть додаватися раптові спалахи гніву чи страху без видимої причини (ЦКПХ, 2025). Опис центру дозволяє вважати, що ПТСР супроводжується вираженою емоційною лабільністю: від надмірного збудження (гіпервідчужуваність, постійна настороженість) до повного «відключення» почуттів. Припускаємо, що через такий емоційний дисбаланс змінюється мотивація та життєвий тонус людини: агресія часто проявляється спалахами, а радість стає недоступною.

Важливою особливістю ПТСР є дисоціативні реакції – захисне «від'єднання» психіки від болючого досвіду. Дослідження С. R. Brewin та інших авторів (Brewin, та ін., 2009) вказують, що у низки хворих розвивається спеціальний підтип ПТСР із яскравими симптомами дереалізації та деперсоналізації. Людина відривається від дійсності: з'являється відчуття начебто «ніби світ — ілюзія, а я сам — в іншій реальності».

У дослідженні S. K. Mann (Mann та ін., 2024) деперсоналізацію описують як стан, коли пацієнт ніби «перебуває поза власним тілом», а при дереалізації навколишнє сприймається нереальним. Псевдовідокремленість допомагає пережити важкі спогади, але розриває зв'язок з почуттями та тілом. Отже, вважаємо, що дисоціація у ПТСР – це крайня форма

психологічного захисту, яка дозволяє переносити нестерпний стрес, проте шкодить відчуттю особистої цілісності.

Після травми зазнає змін і здатність налагоджувати стосунки. Пацієнти з ПТСР часто відчувають себе відокремленими від людей, з якими раніше були близькі. Українські фахівці з ЦКПХ підкреслюють, що ПТСР ускладнює спілкування з близькими, викликає відчуття ізоляції та труднощі у вираженні емоцій (ЦКПХ, 2025).

З огляду на вищезазначені негативні переконання та постійну настороженість, потерпілі втрачають довіру навіть до рідних: їм складно ділитися переживаннями чи виявляти чутливість. Відповідно, вважаємо, що втрата емоційного контакту і страх повторення травми перетворюють соціальну підтримку на джерело тривоги. Таким чином, у пацієнта формується замкненість: він починає уникати спілкування, відчувається самотнім і відчуженим, що ще більше поглиблює симптоми ПТСР.

Отже, клініко-психологічний портрет ПТСР складається з повторюваних травматичних спогадів, руйнування віри в безпечний світ, гострі емоційні порушення, захисну дисоціацію та порушення стосунків. Розуміння проявів надзвичайно важливе для психолога, оскільки глибоке занурення у травматичний досвід клієнта створює ризики для вторинної травматизації фахівця. Тому аналіз згаданих симптомів не лише допомагає діагностувати ПТСР, а й підготовляє психолога до професійних викликів співпереживання травмі інших.

### 1.3. Аналіз психологічних чинників, що детермінують розвиток вторинної травматизації у психологів

У наукових публікаціях різних видань, автори вказують на низку факторів, що підвищують схильність до ВТС. NCTSN відзначає: серед тих, хто працює з травмованими, на ризик впливають стать (більша вразливість жінок) та психотип (особливо високий рівень емпатії або особистий історичний досвід травми) (NCTSN, 2011). До високоризикових належать

також фахівці з надмірними навантаженнями, зі слабкою професійною підтримкою (ізоляція, нестача супервізії) або недостатнім підготовкою (Pryce та ін., 2007; Craig & Sprang, 2010).

Психологи, що працюють із травмованими клієнтами, нерідко мають власний непрожитий травматичний досвід, що збільшує їх вразливість до ВТС. О. Tarasenko та D. Assonov (Tarasenko & Assonov, 2024) зазначають, що психотерапевти, які мають особистий досвід переживання психотравмуючої події, більш схильні до вторинної травматизації та ПТСР при роботі з постраждалими через особливості емпатії».

Іншими словами, власна травма фахівця може активувати давні спогади і реакції під час контакту з клієнтом, що підтверджують вітчизняні та закордонні дослідження. При цьому важливо пам'ятати, що персональні історії травм не обов'язково визначають негативний результат роботи – вони лише створюють додаткову психологічну напругу у терапевта.

Ще одним фактором ризику є висока емпатія. Глибоке співпереживання потенційно підсилює залучення терапевта у травматичні спогади клієнта. Як наголошують О. Tarasenko та D. Assonov (Tarasenko & Assonov, 2024), підвищена здатність терапевта до емпатії може сприяти підвищеній залученості в травматичні спогади клієнта, і, це і благословення, і прокляття – відчувати все так глибоко.

Отже, емпатія є подвійним ножем: з одного боку, вона сприяє щирому розумінню клієнта, але з іншого – занурює терапевта у чужі переживання настільки, що поглиблює його власні страждання. Фактично, надмірне емоційне занурення підвищує ризик емоційного вигорання та ВТС (Liakhovets & Nyzovets-Kropta, 2025).

Висока емпатія виділяється українськими авторами Л. О. Ляховець та О. А. Низовець-Кропта серед особистісних передумов виникнення втоми від співчуття. Власне, терапевт, демонструючи глибоке співчуття й емоційну включеність, іноді «оголює» власні уразливості – спрацьовують його

незвернені психотравми чи невирішені конфлікти. Тому високий рівень емпатії без навичок саморегуляції може стати прямим шляхом до ВТС.

Перфекціонізм і підвищена почуття відповідальності також обтяжують фахівця. Деякими науковцями було встановлено (D'Souza та ін., 2011; Fye та ін., 2018; Moate та ін., 2016), що самоорієнтований і соціально-орієнтований перфекціонізм сприяють вигоранню й ВТС. Іншими словами, прагнення «врятувати» всіх клієнтів і відповідальність за їх успіх психологічно вичерпують терапевта.

Надмірні вимоги до себе («успішний результат має бути у кожного») підвищують тривожність і відчуття безпорадності при зіткненні зі складними випадками. Практично це означає, що прагнення до ідеальної допомоги без огляду на обмеження реальності створює хронічний стрес для психолога, про що свідчать позитивні кореляції між перфекціонізмом і симптомами вторинного стресу.

Відзначається роль низької самоефективності – невпевненості в професійних навичках. Недостатній рівень довіри до власних сил посилює безпорадне сприйняття безвихідних ситуацій. Так, S. B. S. Ali та інші іноземні науковці знаходять (Ali та ін., 2023), що покращення самоефективності (через підвищення позитивних установок та навчання) знижує рівень ВТС у терапевтів. Якщо ж терапевт не вірить у свої можливості справитися з травматичним матеріалом, це відчуття невпевненості може і посилювати внутрішній дискомфорт. З практичної точки зору, відсутність упевненості призводить до виникнення відчуття «безсилля» перед історіями клієнтів, що сприяє стражданню спеціаліста.

Сприйняття психологом світу ґрунтується на когнітивних схемах – усталених уявленнях і переконаннях. При підвищених ідеалістичних очікуваннях («світ справедливий», «люди добрі» тощо) зустріч із жорстокою реальністю клієнтів має руйнівний потенціал. За конструктивістською теорією, вторинна травматизація пов'язана із зміною когнітивних схем терапевта (Pearlman & Saakvitne, 1995). Тобто історії клієнтів можуть

дестабілізувати базові уявлення фахівця про безпеку і справедливість. Цю ідею підтверджують дані, що ВТС здатна підірвати в почутті терапевта особисту безпеку та безпеку світу. Практично психолог може відчувати, що «світ несправедливий», що підриває його внутрішню опору.

Є свідчення, що внаслідок тривалого контакту зі страждаючими клієнтами виникає «розрив» колишніх світоглядних уявлень – втручаються так звані дисфункціональні схеми (наприклад, надмірне узагальнення або звинувачення себе чи інших без достатніх на те підстав) (Liakhovets & Nyzovets-Kropta, 2025). Іншими словами, трапився когнітивний дисонанс: терапевтові доводиться пристосовуватися до непрямих доказів того, що світ влаштований набагато складніше, ніж він вважав раніше.

Стиль мислення психолога також відіграє роль. Схильність до румінацій – безупинного «переживування» травматичних розповідей – посилює вплив ВТС. У дослідженні S. Moryosef (Moryosef та ін., 2025) було зафіксовано, що чим більше румінація обох типів (нав'язливих і усвідомлених роздумів), тим вищий рівень ВТС. Отже, часті думки про чужі травми (особливо неконструктивні, катастрофічні образи) підсилюють дискомфорт психолога.

Аналогічним чином відомо, що катастрофізація (похмурі прогнози й перебільшення негативних наслідків) погіршує психоемоційний стан фахівця: зосередженість на найгіршому сценарії завдає додаткового стресу. Хоча прямих цитат щодо катастрофізації у літературі мало, її роль як елемент когнітивного спотворення добре описана в контексті обробки травми. Отже, патологічні ірраціональні думки (румінації та катастрофізація) без відповідних технік рефреймінгу лише поглиблюють вторинне перенесення і тривогу психолога.

Зібрані дані свідчать, що вторинна травматизація психологів формується під впливом багатьох внутрішніх чинників. Персональні риси – наявність власної травми, високий ступінь емпатії, перфекціонізм і низька віра у власні сили – створюють ґрунт для накопичення стресу (Tarasenko &

Assonov, 2024). Бачимо, що схильність до емпатичного включення без належної саморегуляції посилює особисту вразливість: психолог відчуває біль клієнта наче свій.

Перфекціоністам же характерні власне внутрішні вимоги, що часто зводять нанівець успіх – адже, навіть якщо терапія йде добре, вони вважають, що завжди «можна більше». Натомість самоефективність виступає захисним ресурсом: упевненість у власних уміннях зменшує тривожність і допомагає витримувати важкий матеріал (Alі та ін., 2023).

Щодо когнітивних факторів, можна погодитися, що застарілі або надто ідеалістичні переконання про світ роблять терапевта вразливим. Коли реальний досвід клієнтів не вписується у світогляд, це спричинює внутрішню боротьбу та тривожні питання (наприклад, про справедливість, безпеку). Зіткнення з чужими травмами руйнує ілюзії захищеності і вимагає їх переоцінки. Водночас, усвідомлена рефлексія і здатність відокремлювати чужі емоції від власних дозволяють психологові залишатися стійким. І навпаки, хронічні румінації та катастрофічні думки «зацементовують» стрес у свідомості, перешкоджаючи професійному функціонуванню.

Особистісні та когнітивні характеристики фахівця формують контекст, у якому з'являються симптоми вторинної травми. Дослідники у вже проаналізованих вище працях наголошують, що саме поєднання високої емпатії з відсутністю навичок самозахисту та з відповідною особистою історією робить психолога найбільш уразливим. Тож вважаємо, що системна профілактика ВТС серед психологів має враховувати ці характеристики: розвиток самосвідомості, технік регуляції емоцій, реалістичних очікувань та здорового відсторонення допоможе вберегти спеціаліста від перенавантаження, навіть якщо ідея «зрілості світу» трішки похитнеться.

Однак, окрім внутрішніх особистісних та когнітивних особливостей, не менш вагому роль у розвитку вторинної травматизації відіграють зовнішні умови, в яких працює фахівець. Професійний контекст і робочі умови психолога суттєво впливають на ризик виникнення у нього вторинної травми.

Різні автори відзначають, що інтенсивна робота із травматизованими клієнтами збільшує ймовірність виникнення симптомів вторинного стресу (Elwood та ін., 2011).

Згідно з припущеннями прихильників концепції вторинної травми, терапевти, що проводять фокусоване лікування травми, можуть опинитися під особливо високим ризиком вторинних симптомів. Висновок підтверджує Г. П. Лазос (Лазос, 2017), який у дослідженні психологів-добровольців виокремлює серед чинників стресу специфіку клієнтів: зокрема роботу з постраждалими із ПТСР та із повторним травматичним досвідом.

Пацієнти з тяжкою травмою (катування, сексуальне насильство, бойові дії) створюють для психотерапевта значне емоційне навантаження. Отже, фахівці, котрі постійно опрацьовують «важкі» випадки, зазнають вищого ризику вторинної травми. Упередження психотерапевта щодо своєї невідповідності ситуації сприяє зростанню страху і безсилля – емоціям, що пом'якшують клієнтське повідомлення та підсилюють катастрофізацію у терапевта.

Низький рівень професійної підготовки посилює ризик травмування фахівця при роботі з тяжкою травмою. Практика показує: бракує саме спеціалізованих знань і навичок, необхідних для роботи з психотравмою. L. Sutton і співавтори (Sutton та ін., 2022), підкреслюють важливість відповідного навчання для фахівців: «збалансованість навантаження і спеціалізоване навчання з питань травми» називаються ключовими факторами захисту психолога.

Відсутність ґрунтовної підготовки може породжувати у психолога відчуття фахової некомпетентності та безпорадності. Вважаємо, що незнання методів психотравмоорієнтованої терапії призводить до вигорання через безперспективність у терапевтичній роботі. Навпаки, ґрунтовний тренінг дає змогу формувати почуття самовпевненості та опрацювання травми клієнта з меншою внутрішньою напругою.

Окремі автори вказують, що відсутність спілкування з колегами посилює небезпеку вторинної травми. Наприклад, консультанти R. L. Harrison та M. J. Westwood (Harrison & Westwood, 2009) рекомендують щотижневі клінічні конференції та групові розбори випадків, які здатні подолати професійну ізоляцію і надати емоційну підтримку терапевту. Групова робота сприяє нормалізації реакцій психолога на клієнтську травму.

Ізоляція на робочому місці є чинником ризику вікарної травми, тоді як збільшення соціальної підтримки є потужною протиотрутою. Практика також показує, що спеціалісти із розвинутими мережами підтримки серед колег мають менший психологічний стрес.

Таким чином, відчуття спільності та регулярне колегіальне консультування (інтервізія) створюють буфер проти вторинного навантаження психолога. Без належної підтримки фахівець опиняється на самоті з «важкими» історіями клієнтів, що посилює сприйняття цих історій як власних травм. Аналіз досліджень підтверджує: професійні взаємозв'язки і соціальна підтримка в колективі є важливими для зниження вразливості спеціаліста до ВТС.

Організаційне середовище здатне значно пом'якшити наслідки роботи з травмою. Багато досліджень наголошують на наступних превентивних заходах:

1. Супервізія і клінічні консультації. Регулярні супервізійні сесії вважаються критично важливими для профілактики вторинної травми. L. Sutton з колегами показали (Sutton та ін., 2022), що підтримуючі стосунки з керівником і постійна супервізія є одним із ключових захисних чинників.

Спеціалісти з досвіду рекомендують приділяти особливу увагу якісній супервізії (зворотному зв'язку), оскільки вона дає можливість «контейнувати» сильні емоції психолога і формувати нові стратегії взаємодії (Harrison & Westwood, 2009). За словами Філдських дослідників, доступ до травмо-інформованої супервізії і програми супутнього відпочинку прямо

впливають на зниження вторинного навантаження (Babin et al., 2012; Bemiller & Williams, 2011; Bell et al., 2003).

2. Підтримка колег (інтервізія). Мережа взаємопідтримки серед співробітників розглядається як потужний ресурс. Створення майданчиків для обговорення випадків та неформальних зустрічей сприяє зниженню професійного стресу. L. Sutton та колеги (Sutton та ін., 2022) виокремили міцні колегіальні зв'язки серед психологів як один з найважливіших факторів захисту.

Фахівці з більшою соціальною підтримкою від колег відчувають менше психологічного напруження та більше задоволення роботою. Інтервізія, тобто регулярні обміни досвідом з іншими терапевтами, створює своєрідний «буфер» проти емоційного виснаження. «Ефект опори» дозволяє психологу усвідомити, що його реакції нормальні, й поділитися почуттями з людьми, які зіштовхуються з подібними труднощами.

3. Баланс «робота–життя». Невтручання робочих стресорів у особистий простір є критичною умовою збереження стійкості спеціаліста. Забезпечення чіткого відмежування робочого і приватного часу, регулярний відпочинок, заняття спортом та хобі в комплексі зменшують ймовірність накопичення втоми.

Формування таких звичок укупі з професійним зростанням психолога сильно «убезпечує» його від станів, пов'язаних зі вторинним травматичним стресом (Tarasenko & Assonov, 2024). Отже, лімітування робочого часу, розвиток творчих інтересів, відпочинок виступають не менш важливими протективними механізмами. Подібні заходи сприяють відновленню ресурсів спеціаліста після складних сеансів і перешкоджають вигоранню.

Висновки сучасних досліджень свідчать, що вторинна травматизація психологів є комплексним явищем, на яке впливають численні внутрішні особистісні й зовнішні професійні чинники. З одного боку, це попередній психотравмуючий досвід фахівця, мотивація, стійкість та емпатія. З іншого – професійні умови (специфіка клієнтських випадків, навантаження) та

організаційна підтримка (супервізія, колегіальна взаємодія, культура визнання проблеми).

Поєднання обох детермінант формує остаточний рівень ризику. Виходячи з викладеного, програми превентивних заходів повинні включати як розвиток особистісних ресурсів психолога (резильєнтності, навичок самопідтримки), так і оптимізацію робочого середовища (регулярні супервізії, підтримку колег, управління навантаженням та відпочинком). Як підкреслюють дослідники, головними у профілактиці є усвідомлена робота з власними емоціями, регулярна професійна рефлексія та здатність до самозахисту, наприклад, через самокомпасію (самоспівчуття – з англ. *self-compassion*) (Pryce та ін., 2007; Craig & Sprang, 2010). Комплексний підхід створить у майбутньому умови, за яких травматичний досвід клієнтів менше передаватиметься на психолога, а ризик ВТС знизиться.

## **Висновки до розділу 1**

Вторинний травматичний стрес у фахівців, що працюють із травматизованими клієнтами, проявляється симптоматикою, близькою до ПТСР, але має опосередковане походження через емпатійний контакт, що провокує швидкі й інколи гострі реакції. Встановлено, що емпатія функціонує одночасно як фактор професійної ефективності та як механізм ризику, підвищуючи ймовірність внутрішнього перенесення чужих травматичних переживань. Теоретичні моделі (конструктивістська та модель втоми від співчуття) доповнюють одна одну, пояснюючи і когнітивні зрушення, і емоційне виснаження у спеціалістів. Сучасні підходи також вказують на розширення джерел впливу (включно з інформаційним/візуальним контактом із травмою), що підсилює ризик опосередкованої травматизації.

Огляд класифікацій показав, що сучасні діагностичні системи по-різному підходять до спектра травматичних реакцій: DSM-5 розширює

симптоматику й вводить дисоціативний підтип, тоді як ICD-11 упроваджує компактніший прототиповий підхід із акцентом на ключові кластери симптомів. У результаті диференціації підвищилась клінічна чутливість до атипових проявів, водночас зростає потреба в чіткішій диференціальній діагностиці через можливе перекриття з іншими розладами. Клініко-психологічний портрет ПТСР охоплює повторювані нав'язливі переживання, порушення когнітивно-афективної сфери, дисоціативні реакції та дезінтеграцію міжособистісних зв'язків, що має прямий зв'язок із ризиками вторинної травматизації у працівників допоміжних професій. Структуризація симптомів формує підґрунтя для вибору профілактичних і терапевтичних заходів у роботі з травмою.

Аналіз виявив сукупність внутрішніх і зовнішніх детермінантів ризику: власний травматичний досвід, високий рівень емпатії, перфекціонізм, схильність до румінацій та низька самоефективність підвищують вірогідність розвитку вторинного травматичного стресу. До зовнішніх факторів належать інтенсивність клієнтських випадків, перевантаження, відсутність супервізії та професійної підтримки, що посилюють ефект внутрішніх уразливостей. Водночас виявлено, що резилієнтність, системна супервізія, колегіальна інтервізія і сприйнята соціальна підтримка виконують роль потужних протективних ресурсів, які знижують рівень симптоматики. Отримані індикатори дозволяють виокремити цільові напрямки превентивних програм: розвиток регулятивних навичок, підвищення самоефективності й організаційне забезпечення супервізійних практик.

## РОЗДІЛ 2

# ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПРОФЕСІЙНУ ДОПОМОГУ ОСОБАМ З ПТСР

### 2.1. Дизайн та гіпотези дослідження

Метою емпіричного дослідження є виявлення взаємозв'язків між психологічними чинниками (особистісними рисами, рівнем життєстійкості та суб'єктивно сприйманою соціальною підтримкою) та рівнем вторинної травматизації у психологів, які працюють із клієнтами з посттравматичним стресовим розладом. Мета логічно випливає з висновків теоретичного розділу, де було узагальнено моделі вторинної травматизації та визначено чинники ризику і захисні механізми.

Зокрема, попередні дослідження показують, що нейротизм позитивно корелює з усіма симптомами травматичного стресу, тоді як екстраверсія, доброзичливість, відкритість і сумлінність асоціюються із зниженням таких симптомів (Seobanu & Mairean, 2015). Соціальна підтримка модерує вплив особистісних рис на прояви вторинної травми, а психологічна життєстійкість виявляється основним захисним ресурсом, оскільки нижча стійкість пов'язана з вищим рівнем симптомів вторинного травматичного стресу (Sisman та ін., 2025). Таким чином сформульовано мету дослідження – емпірично перевірити, яким чином згадані психологічні чинники пов'язані з рівнем вторинної травми у фахівців, які працюють з травмованими клієнтами.

Для дослідження зв'язків між зазначеними змінними обрано кореляційний (неекспериментальний) дизайн. Взятий за основу тип дизайну дозволяє виявляти статистичні взаємозв'язки між змінними без безпосереднього втручання в них (Rajiv та ін., 2022).

Важливо зауважити, що кореляційні дані потрібні лише для виявлення асоціацій і не дозволяють робити висновків про причинно-наслідкові зв'язки (Spielman, 2022). Однак кореляційний дизайн обґрунтований у разі, коли експериментально маніпулювати змінними неможливо або недоцільно з огляду на практичні чи етичні обмеження. Отже, в обраному дизайні дослідник спостерігає закономірності у природних умовах, а отримані результати інтерпретуються як асоціації між характеристиками психологів і симптомами вторинної травматизації.

Відповідно до поставлених цілей, дослідження має одновимірний (поперечний) характер: всі дані збираються одночасно, в єдиний часовий зріз. Поперечний дизайн передбачає, що вимірювання всіх показників (особистості, життєстійкості, соціальної підтримки та проявів вторинної травми) здійснюються у той самий момент (Setia, 2016).

Поперечний характер дослідження оптимальний для оцінки актуального стану досліджуваного явища в межах однієї вибірки. Завдяки збору даних в один момент можна оперативно охопити широку сукупність психологів і отримати «зріз» їх стану без потреби у тривалому моніторингу. Окрім того, ефективність поперечного дослідження підвищується за рахунок економії та швидкості виконання завдань.

Основні етапи дослідження:

1. Теоретико-методологічний етап, протягом якого здійснюється уточнення та систематизація основних понять і моделей вторинної травматизації, проаналізовано чинники ризику та захисні механізми, виділені в теоретичному розділі. На цьому етапі узагальнюються результати попередніх досліджень (наприклад, пов'язані із особистісними рисами і соціальними факторами) для обґрунтування подальших емпіричних перевірок.

2. Підготовчий етап складається з розробки програми емпіричного дослідження, розробки процедури відбору респондентів та складання анкети. Також проводиться добір валідних психодіагностичних методик для

вимірювання ключових змінних: шкала ProQOL для оцінки рівня вторинної травми фахівця, опитувальник BFI-44 для визначення п'яти основних рис особистості, коротка шкала CD-RISC-10 для вимірювання життєстійкості та опитувальник MSPSS для оцінки рівня сприйнятої соціальної підтримки.

3. Емпіричний етап передбачає безпосередній збір даних серед психологів, які працюють з клієнтами з ПТСР. Вибірку формується за критеріями залучення до роботи з травмованими клієнтами та згодою на участь. Відповідні анкети (включно із зазначеними психометричними методиками) розповсюджуються серед респондентів та збираються у єдиний часовий зріз.

4. Аналітичний етап, у процесі якого зібрані дані піддаються обробці за допомогою кількісних та якісних методів. Виконується описова статистика вибірки, кореляційний аналіз та лінійна регресія для визначення напряму і сили зв'язків між змінними. Окрім того, застосовуватиметься аналіз факторного навантаження та інші статистичні методи для уточнення моделі.

Обраний кореляційно-поперечний дизайн дослідження сприяє формуванню основних гіпотез щодо очікуваних результатів, які базуватимуться на теоретичних положеннях, викладених у попередньому розділі.

Основна гіпотеза дослідження – рівень вторинної травматизації психологів, які працюють з особами з ПТСР, статистично значимо пов'язаний із сукупністю психологічних чинників – передусім з їх особистісними рисами, рівнем життєстійкості та ступенем сприйняття соціальної підтримки. Іншими словами, цей показник не є випадковим, а корелює з комплексом вказаних змінних на основі моделі, розробленої в першому розділі.

Гіпотеза 1 (особистісні риси). Передбачається, що особистісні характеристики психолога відіграють роль факторів ризику або захисту. Зокрема вважається, що високий рівень нейротизму асоціюватиметься з вищими показниками вторинної травматизації (позитивний зв'язок), тоді як

високі значення екстраверсії, доброзичливості та сумлінності – з нижчим рівнем травматичного стресу (негативні зв'язки). Попередні припущення узгоджуються з уявленнями про те, що нейротизм пов'язаний із підвищеною тривожністю і вразливістю, а екстраверсія та інші позитивні риси створюють психологічний ресурс.

Гіпотеза 2 (життестійкість). Очікується, що життестійкість психолога виступає захисним фактором. Вища життестійкість корелюватиме зі зниженим рівнем вторинного травматичного стресу. Про це свідчить попередній емпіричний досвід: у вибірці консультантів значущий обернений кореляційний зв'язок між життестійкістю і симптомами вторинної травми був підтверджений (коефіцієнт кореляції  $-0,53$ ,  $p < 0,01$ ) (Temitore & Williams, 2015). Отже, можна припустити, що психологи з розвиненими стрес-адаптивними здібностями відчуватимуть менше негативних наслідків від роботи з травмованими клієнтами.

Гіпотеза 3 (соціальна підтримка). Передбачається, що сприйняття соціальної підтримки від колег, родини та друзів також пов'язане з меншою вторинною травматизацією. Іншими словами, існує значущий негативний кореляційний зв'язок між рівнем соціальної підтримки та показниками вторинного стресу. Негативний зв'язок підтверджується даними дослідження S. Manning-Jones (Manning-Jones, 2016), у якому було виявлено, що підтримка з боку друзів і сім'ї негативно передбачає симптоми вторинного травматичного стресу. Відповідно очікується, що психологи з більшим соціальним забезпеченням матимуть нижчі показники вторинної травми.

Гіпотеза 4 (прогностична). Згідно з регресійною моделлю, комбінація перелічених факторів може прогнозувати рівень травми. Зокрема припускається, що поєднання високого нейротизму, низької життестійкості і недостатньої соціальної підтримки є предиктором підвищеного ризику вторинної травматизації.

Припущення підкріплено вже згаданим дослідженням К. М. Temitore та М.В.М. Williams (Temitore & Williams, 2015) і їх емпіричним аналізом, де

низька життєстійкість виявилася одним із найсильніших предикторів високої вторинної травми (коефіцієнт  $B = -0,47$ ,  $OR = 0,63$ ,  $p < 0,01$ ). За очікуванням, при включенні у регресійну модель фактора нейротизму та змінних соціальної підтримки вони разом вироблятимуть спостережуваний рівень вторинного травматичного стресу.

На основі наведеного опису гіпотези резюмуються в табл. 2.1.

*Таблиця 2.1*

Узагальнення гіпотез дослідження

Гіпотеза	Чинники та очікувані зв'язки
Загальна	Рівень вторинної травми статистично пов'язаний з особистісними рисами, життєстійкістю та соціальною підтримкою
Часткова 1 (риси)	Нейротизм (вищий ВТС), екстраверсія, доброзичливість, сумлінність (вищий ВТС)
Часткова 2 (життєстійкість)	Висока життєстійкість – нижчий ВТС (обернений зв'язок)
Часткова 3 (підтримка)	Більша соціальна підтримка – нижчий ВТС (обернений зв'язок)
Часткова 4 (регресія)	Нейротизм + низька життєстійкість + низька підтримка = високий ВТС (прогноз)

Як видно з узагальненої таблиці, усі гіпотези передбачають наявність кореляційних зв'язків між вторинною травмою та названими психологічними чинниками. Особистісні риси сприймаються як фактори ризику (зокрема нейротизм із прямим зв'язком), натомість життєстійкість і підтримка розглядаються як захисні ресурси (обернені зв'язки). У наступних етапах

емпіричного дослідження статистично перевірятимуться ці припущення, як це і заплановано у дизайн-моделі дослідження.

## 2.2. Характеристика вибірки. Процедура дослідження

У дослідженні взяли участь 86 практикуючих психологів та психотерапевтів з досвідом роботи з клієнтами, яким діагностовано посттравматичний стресовий розлад. Основними критеріями включення були наявність вищої психологічної освіти (спеціаліст або магістр), стаж роботи з клієнтами з ПТСР не менше одного року та активна професійна діяльність на момент дослідження.

Виключено студентів-психологів без самостійної практики, фахівців, чий професійні обов'язки не передбачали безпосередньої роботи з травматичним досвідом, а також осіб, які на час опитування перебували у стані гострої особистісної кризи. Оскільки дослідження стосувалося вторинної травматизації фахівців, до вибірки цілеспрямовано залучалися ті психологи, що безпосередньо працюють із травмою, що забезпечило релевантність зібраних емпіричних даних.

Для організації дослідження було використано онлайн-анкету (див. Додаток А), створену у сервісі Google Forms. Використання інтернет-формату дозволило охопити фахівців з різних регіонів країни та гарантувало анонімність респондентів (Oleshko & Parazov, 2025). Платформа Google Forms автоматично зберігала відповіді та формувала файли для подальшої обробки, що значно спростило підготовку даних.

За даними інших джерел, онлайн-опитування можна проводити з мінімальними часовими й фінансовими затратами, а можливість заповнювати анкету у зручний час підвищує рівень залученості аудиторії (Nayak & Narayan, 2019). Учасникам було повідомлено, що анкета не містить запитань, які дозволяють їх ідентифікувати, завдяки чому підсилено відчуття безпеки. Єдина онлайн-анкета містила вступну частину з інструкцією та поясненнями,

блок інформованої згоди, соціально-демографічні питання та основний розділ із чотирьох психодіагностичних методик.

Рекрутинг респондентів здійснювався комбінованим методом. Завдяки поєднанню «снігового» відбору та цілеспрямованого запрошення у професійних спільнотах було отримано різноманітну та репрезентативну вибірку психологів. На початковому етапі використовувався «сніговий» метод: кілька учасників поширювали посилання анкети серед своїх колег та знайомих. Стратегія відбору ефективна для залучення осіб з важкодоступних груп через мережу особистих контактів, оскільки кожен респондент міг рекомендувати анкету іншим фахівцям (Ting та ін., 2025).

Паралельно розміщувалися запрошення на участь у закритих професійних спільнотах психологів у соціальних мережах (Facebook, Telegram), завдяки чому охоплено фахівців із різних регіонів та напрямків психотерапевтичної практики. За комбінованого підходу досягнуто більшого географічного та методологічного різноманіття серед учасників.

Після отримання посилання респонденти відкривали вступну сторінку анкети, де надавалася інформація про мету та завдання дослідження. Було підкреслено, що участь у ньому є добровільною, а надані відповіді залишаються повністю анонімними та конфіденційними (Salmons, 2024).

В інструкції також зазначався орієнтовний час заповнення анкети (35-40 хвилин) і порядок проставлення позначки інформованої згоди. Учасник міг відмовитися від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків. Далі респондент ставив позначку «Згоден/Згодна на участь», що підтверджувало ознайомлення з умовами дослідження та його добровільну згоду. Цим самим забезпечено процедуру отримання поінформованої згоди, як це вимагають етичні стандарти досліджень (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

Збір відповідей тривав з 1 по 14 вересня 2025 року. Упродовж цього періоду кожен респондент міг у будь-який момент повернутися до анкети для завершення заповнення. Після завершення збору всі отримані дані було

експортовано з Google Forms та зведено в єдину базу даних. Були проведені попередня перевірка на повноту заповнення анкет, пошук повторних або некоректних відповідей та уточнення можливих пропусків.

Отримані дані було закодовано і підготовлено до аналізу: відповіді трансформовано в числові показники та завантажено у статистичну програму (SPSS) для подальшого опрацювання (див. Додаток Б). На кожному етапі дотримано принципів добровільності, анонімності та конфіденційності: участь була цілком добровільною, а анонімний формат опитування сприяв більш відкритим відповідям і вищій якості даних.

Надалі презентовано результати описової статистики та подальший інтерпретативний аналіз, спрямований на перевірку гіпотез дослідження. Зокрема, проведено independent-samples t-test, one-way ANOVA та two-way ANOVA, що дозволяють оцінити вплив спеціалізованого навчання, типу робочого місця, наявності ліцензії та статі на навантаження та досвід роботи з ПТСП.

У табл. 2.2 наведено результати описової статистики за демографічною анкетною.

*Таблиця 2.2*

Описова статистика демографічних особливостей вибірки

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12
N	Valid	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86
	Missin g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		36,8 0	1,80	1,55	6,73	3,57	2,60	3,41	1,19	1,37	2,97	3,70	1,99
Median		36,0 0	2,00	1,00	6,00	3,00	2,50	3,00	1,00	1,00	3,00	4,00	2,00

Std. Deviation	7,790	,401	,890	2,610	2,304	1,559	1,704	,391	,486	1,011	1,873	,964	
Skewness	,278	-1,545	1,343	,264	,763	,516	,229	1,642	,539	-,209	,463	,346	
Std. Error of Skewness	,260	,260	,260	,260	,260	,260	,260	,260	,260	,260	,260	,260	
Kurtosis	-,683	,397	,935	-,699	-,048	-,943	-1,179	,713	-1,751	,224	-,273	-1,236	
Std. Error of Kurtosis	,514	,514	,514	,514	,514	,514	,514	,514	,514	,514	,514	,514	
Minimum	25	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
Maximum	54	2	4	13	10	6	6	2	2	5	9	4	
Percentiles	25	31,75	2,00	1,00	5,00	1,75	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00	1,00
	50	36,00	2,00	1,00	6,00	3,00	2,50	3,00	1,00	1,00	3,00	4,00	2,00
	75	42,00	2,00	2,00	8,25	5,00	4,00	5,00	1,00	2,00	3,00	5,00	3,00

У табл. 2.2 заковано питання, які позначено Q1-Q12. Нижче наведено короткий опис кожного питання для подальшого аналізу:

Q1 – вік; Q2 – стать; Q3 – освіта; Q4 – кількість років за професією психолога; Q5 – кількість років роботи з ПТСР; Q6 = місце основної професійної діяльності; Q7 – регіон практики; Q8 – наявність офіційної ліцензії або сертифікату; Q9 – участь у спеціалізованих тренінгах або курсах з роботи з психотравмою або ПТСР; Q10 – частота супервізії; Q11 – кількість клієнтів за тиждень з ПТСР або психотравмою; Q12 – тип працевлаштування та зайнятості.

У табл. 2.2 наведено описову статистику демографічних характеристик вибірки ( $N = 86$ ). Середній вік респондентів становить 36,8 років ( $SD = 7,79$ ), що вказує на переважання фахівців молодшого та середнього віку. Більшість учасників мають магістерський рівень освіти ( $Q3=1$ ), тоді як кандидатів/PhD у вибірці значно менше. Стаж роботи за професією у середньому склав 6,7 років ( $SD = 2,61$ ), а безпосередній досвід роботи з клієнтами, які мають ПТСР, – 3,6 років ( $SD = 2,30$ ). Отже, спостерігається помірний рівень професійного досвіду з концентрацією на роботі з травмою.

За місцем основної діяльності найбільша частка психологів працює у приватній практиці (код 1), тоді як менші групи представлені у клініках, НУО чи освітніх установах. За регіональним розподілом вибірка охоплює різні області, однак домінує Київ (код 3). Більшість респондентів мають офіційну ліцензію на практику (код 1) та пройшли спеціалізовані тренінги з роботи з ПТСР (код 1), отже вони мають високий рівень професійної підготовки.

Частота супервізії варіює: найчастіше це щомісячна супервізія (код 3), але частина фахівців звертається до неї лише за потреби. Середня кількість клієнтів із ПТСР на тиждень становить 3,7 особи (Меліана = 4), що говорить про середній рівень навантаження. За типом зайнятості переважає повна зайнятість (код 1), але присутні й респонденти з частковою, комбінованою чи приватною практикою.

Таким чином, вибірка відносно однорідна за основними демографічними характеристиками, із домінуванням жінок (код 2), магістрів, практикуючих у Києві та приватній сфері.

Для порівняння середніх значень числової змінної (кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою) у двох незалежних групах (психологи з/без спеціалізованого тренінгу) логічним і коректним був вибір *independent-samples t-test* (табл. 2.3). Тест дозволяє перевірити нульову гіпотезу про відсутність різниці між середніми двох незалежних груп.

Levene's test показав  $F = 1.243$ ,  $p = 0.268$  ( $> 0.05$ ), отже припущення гомогенності дисперсій не було порушено і результати інтерпретуються за рядком «Equal variances assumed».

Таблиця 2.3

Результати незалежного t-тесту (Independent-samples t-test)

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Кількість клієнтів за тиждень з	Equal variances assumed	1,243	,268	,632	84	,529	,265	,419	-,569	1,099
ПТСР/психотравмою	Equal variances not assumed			,665	75,362	,508	,265	,399	-,529	1,059

Значення  $t = 0.632$  ( $df = 84$ ) відповідає двобічному  $p = 0.529$ , а різниця середніх між групами становить 0.265 клієнта на тиждень ( $Std. Error = 0.419$ ). 95% довірний інтервал для різниці: від  $-0.569$  до  $1.099$ , тобто інтервал містить нуль. Отже, статистично значущої різниці в середній кількості клієнтів з ПТСР на тиждень між психологами, які пройшли спеціалізовані тренінги, та тими, хто їх не проходив, не виявлено ( $p > .05$ ). Практично це

означає, що наявність тренінгу в даній вибірці не була пов'язана з істотно зміненим щотижневим навантаженням у вигляді кількості клієнтів із ПТСР.

Для перевірки наявності статистично значущих відмінностей у середній кількості клієнтів із ПТСР на тиждень між групами за місцем основної професійної діяльності було застосовано one-way ANOVA (табл. 2.4). Тест коректний, коли залежна змінна є числовою (кількість клієнтів), а фактор має >2 незалежних категорій, і отже тест дозволяє одночасно порівняти всі групи та виявити загальні відмінності.

Таблиця 2.4

#### Результати ONE WAY ANOVA

Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6,734	5	1,347	,370	,868
Within Groups	291,406	80	3,643		
Total	298,140	85			

Результати ANOVA показують, що різниця між групами за місцем роботи не є статистично значущою:  $F(5, 80) = 0,370$ ,  $p = 0,868$ . Сума квадратів між групами складає 6,734, внутрішньогрупова сума – 291,406, а загальна — 298,140. Частка дисперсії оцінюється приблизно в 0,023, що є дуже малим ефектом. Отже, у вибірці немає підстав стверджувати, що тип робочого середовища спричиняє значущі відмінності у середній кількості клієнтів з ПТСР на тиждень. Варіативність навантаження значною мірою зумовлена індивідуальними відмінностями в межах груп.

Щоб оцінити одночасний вплив статі та наявності офіційної ліцензії на тривалість професійної роботи саме з ПТСР застосовано двофакторний дисперсійний аналіз (табл. 2.5). Модель тестування дозволяє визначити як окремі ефекти кожного фактора, так і їх взаємодію, тобто з'ясувати, чи

залежність років роботи від ліцензії відрізняється між чоловіками та жінками.

Таблиця 2.5

Результати двофакторного дисперсійного аналізу (Two-way ANOVA)

Dependent Variable: Кількість років роботи з ПТСР						
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Corrected Model	48,526 <sup>a</sup>	3	16,175	3,295	,025	,108
Intercept	241,611	1	241,611	49,216	,000	,375
Q2	29,395	1	29,395	5,988	,017	,068
Q8	,107	1	,107	,022	,883	,000
Q2 * Q8	9,258	1	9,258	1,886	,173	,022

Продовження табл. 2.5

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared
Error	402,556	82	4,909			
Total	1547,000	86				
Corrected Total	451,081	85				

a. R Squared = ,108 (Adjusted R Squared = ,075)

Модель в цілому виявилася статистично значущою ( $F(3,82) = 3,295$ ,  $p = 0,025$ ), пояснюючи близько 10,8% дисперсії залежної змінної ( $R^2 = 0,108$ ; Adjusted  $R^2 = 0,075$ ). Зокрема, головний ефект статі є значущим, що свідчить про те, що стать пояснює близько 6,8% варіації у кількості років роботи з ПТСР.

Наявність ліцензії не мала статистично значущого ефекту, а взаємодія статі та ліцензії також виявилася незначущою. Таким чином, основним предиктором тривалості роботи з ПТСР у моделі є гендер, тоді як ліцензійний статус та його взаємодія зі статтю не показали значущого впливу.

### 2.3. Обґрунтування та опис психодіагностичного інструментарію

Вибір психодіагностичного інструментарію у дослідженні здійснено відповідно до поставлених цілей і гіпотез. Основна мета роботи – дослідження феномену вторинної травматизації серед психологів, які працюють з клієнтами з ПТСР, та пошук зв'язків між рівнем травматизації і особистісними і соціально-психологічними чинниками. Тому до комплексу було включено методики, які разом забезпечують комплексне охоплення досліджуваних змінних.

До першого блоку віднесено інструмент для оцінки ключового показника – вторинної травматизації та пов'язаних явищ (виснаження, задоволення від співчуття); другий блок охоплює внутрішні особистісні характеристики (риси особистості Великої п'ятірки та резильєнтність), які можуть визначати схильність або стійкість до перенесення травматичного досвіду; третій блок складається з інструменту для вимірювання соціальної підтримки як важливого зовнішнього ресурсу.

Обрані методики взаємно доповнюють одна одну та забезпечують перевірку висунутих гіпотез. Наприклад, Комплексне опитування професійної якості життя (ProQOL) (див. Додаток В) дозволяє зафіксувати рівень вторинного травматичного стресу, вигорання і задоволення від допомоги, що є центральним феноменом дослідження (NovoPsych, 2021). У контексті роботи психолога ProQOL вимірює саме ті аспекти професійного життя, які пов'язані з емоційними наслідками роботи з травмованими людьми.

Відомо, що підшкали цієї методики мають достатню надійність. За повідомленнями автора, коефіцієнт Альфа Кронбаха для підшкали «задоволення від співчуття» становить 0,88, для «вигорання» – 0,75, для «вторинного травматичного стресу» – 0,81 (PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE, n.d.). Показники відповідають загальним вимогам до внутрішньої узгодженості тестових процедур.

Другий блок методик зорієнтований на виявлення внутрішніх особистісних чинників. Для оцінки рис особистості використано 44-пунктову версію Інвентарю Великої П'ятірки (BFI-44) (або Великий п'ятифакторний опитувальник) (див. Додаток Г). Інструмент, створений О. Р. John та співавторами у 1991 році, є одним із найпоширеніших засобів вимірювання п'яти базових рис (відкритості до досвіду, сумлінності, екстраверсії, приємності і нейротизму).

BFI-44 широко застосовується в дослідженнях, пов'язаних зі стресом і вигоранням: велика частина знань про особистісні ризики вигорання ґрунтується саме на цій теорії. Надійність BFI-44 доведена численними дослідженнями; за результатами мета-аналізу, коефіцієнти Альфа для кожного з п'яти факторів знаходяться приблизно в діапазоні .73–.80 (Husain та ін., 2025). Таким чином, BFI-44 дозволяє стабільно фіксувати індивідуально-відмінні риси, які в теоретичному плані можуть посилювати чи послаблювати реакцію спеціаліста на травматичний матеріал.

До внутрішніх ресурсів віднесено вимір життестійкості (резильєнтності). Обрана 10-пунктова шкала Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10) оцінює рівень стресостійкості респондента на стислому інструменті (див. Додаток Д). CD-RISC-10 є скороченим варіантом оригінальної 25-пунктової шкали, який пройшов верифікацію в багатьох дослідженнях і показав відмінну психометричну якість.

Зокрема, останній мета-аналіз підтвердив високу надійність CD-RISC-10 ( $\alpha \approx 0.87$ ) (Wojujutari та ін., 2024). Резильєнтність розглядається як захисний фактор щодо травматичних впливів: дослідники відзначають, що

стійкіші до труднощів спеціалісти рідше демонструють симптоми вторинного стресу (Manzano-García & Ayala-Calvo, 2012; Ying та ін., 2014). Використання CD-RISC-10 обґрунтовано метою виявити, наскільки особистісна здатність «відновлюватися» пом'якшує негативний вплив роботи з травмованими клієнтами.

До третього блоку віднесено зовнішні соціально-психологічні чинники, а саме сприйняту соціальну підтримку. Рівень соціальної підтримки вимірюється Шкалою MSPSS – коротким 12-пунктовим інструментом, що враховує підтримку з боку родини, друзів та значущої іншої особи (див. Додаток Е). Шкала перевірена у численних дослідженнях і показує гарну внутрішню узгодженість та стабільність факторної структури (Greenspace, 2020).

Підґрунтям для включення MSPSS стала концепція соціальної підтримки як головного ресурсу стійкості: у ряді емпіричних робіт виявлено, що вищий рівень сприйнятої підтримки асоціюється зі зниженим рівнем симптомів вторинного травматичного стресу (Butt та ін., 2025). Іншими словами, MSPSS робить можливим кількісно зафіксувати соціальні ресурси, які потенційно оберігають фахівця від негативних наслідків роботи з тяжко травмованими пацієнтами.

Таким чином, у структурі діагностичного комплексу поєднані чотири методики, які разом охоплюють «ядро» дослідження. ProQOL фокусується на показниках вторинної травматизації і споріднених явищ, BFI-44 відображає важливі особистісні риси, CD-RISC-10 вимірює резильєнтність як захисний ресурс, а MSPSS – соціальну підтримку як зовнішній ресурс стійкості. Завдяки обраним методикам забезпечено повноцінний та різносторонній огляд об'єкта дослідження. Відтак наступним кроком буде докладний опис кожного з обраних методів із обґрунтуванням їх відповідності поставленим завданням.

Психологічні інструменти обрано таким чином, щоб охопити як негативні наслідки професійної діяльності (вторинна травматизація,

вигорання), так і чинники захисту (резильєнтність, соціальна підтримка, особистісні ресурси). Охоплення негативу та позитиву професійної діяльності дозволяє перевірити висунуті гіпотези: наприклад, зв'язок негативних реакцій психолога з його резервами (гіпотеза про резильєнтність та соціальну підтримку) чи з властивостями особистості, що включені до моделі Великої п'ятірки.

Загалом, методики дають змогу отримати повну картину стану суб'єкта. Задоволеність професією та втома від співчуття вимірюються ProQOL-5, життєстійкість – CD-RISC-10, базові риси особистості – BFI-44, а рівень сприйнятої підтримки – MSPSS. Вибір методик відповідає завданням дослідження, адже поєднує оцінку внутрішніх (особистісних та емоційно-психологічних) і зовнішніх (соціально-психологічних) чинників, що можуть впливати на вторинну травматизацію психологів.

ProQOL-5 – стандартизований опитувальник (30 запитань, 5-бальна шкала Лайкерта), розроблений В. Hudnall Stamm (у 2009 році) для допоміжних професій. Він вимірює три субшкали:

1. Задоволення від співчуття (Compassion Satisfaction, позитивне сприйняття можливості ефективно допомагати іншим);
2. Вигорання (Burnout)
3. Вторинний травматичний стрес (Secondary Traumatic Stress).

Задоволення від співчуття відображає приємні емоції, пов'язані з відчуттям професійної компетентності та значущості роботи. Шкала вигорання фіксує поступове виснаження, розчарування та почуття безсилля у професійній діяльності. Вторинний травматичний стрес відображає симптоми, пов'язані з опосередкованим контактом із травмою клієнтів (страхи, безсоння, «флешбеки» тощо) (NovoPsych, 2021).

Методика одночасно оцінює і негативні (вигорання та стрес) і позитивні (професійне задоволення) наслідки роботи психолога. Завдяки двовимірній оцінці, методика ProQOL є «золотим стандартом» у дослідженнях допоміжних професій. Завдяки ширшому охопленню шкала

ProQOL-5 надає повнішу картину емоційного стану психолога, у порівнянні з вузько орієнтованими методиками (наприклад, опитувальником Маслач чи шкалою вторинного травматичного стресу).

В Україні доступний офіційний україномовний переклад ProQOL-5 (з сайту [proqol.org](http://proqol.org)), тому адаптацію проводити не доводилось. Зокрема, у вихідних матеріалах методики повідомляється про такі характеристики: середнє значення кожної шкали – 50 (SD=10), а наведені раніше значення Альфа-Кронбаха свідчать про достатню внутрішню узгодженість.

CD-RISC-10 – коротка версія оригінальної коннорово-девідсонівської шкали резильєнтності. Базовою є 25-пунктова версія К. М. Connor, J. R. T. Davidson (віл 2003) (Connor & Davidson, 2003), а CD-RISC-10 (L. Campbell-Sills, M. B. Stein, від 2007 (Campbell-Sills & Stein, 2007)) містить 10 тверджень про здатність долати стрес і відновлюватись після труднощів. Методика є логічною складовою дослідження, оскільки резильєнтність розглядається як протективний фактор. Теоретично високий рівень життєстійкості може бути «буфером» проти розвитку вторинного травматичного стресу і вигорання (див. підрозділ 1.3). Коротка версія CD-RISC-10 легка у застосуванні в онлайн-опитуваннях, вона показала достатню валідність у різних вибірках.

CD-RISC-10 складається з 10 пунктів, кожне оцінюється за 5-бальною шкалою Лайкерта («Зовсім не схоже» – «Абсолютно схоже»). Вищий сумарний бал свідчить про вищу життєстійкість особистості. Наприклад, пункт може звучати як «Мені легше знаходити вихід зі складної ситуації». Інтерпретація проста: чим більше балів, тим сильніше почуття резильєнтності. За даними опублікованих досліджень CD-RISC-10 має високу надійність. У мета-аналізі А. К. Wojujutari (Wojujutari та ін., 2024) оцінки Альфа-Кронбаха в середньому становили близько 0.87–0.89. І оцінка узгоджується з іншими повідомленнями про довірчу внутрішню узгодженість шкали на рівні приблизно 0.82–0.92.

Відомо про єдину адаптацію опитувальника CD-RISC-10 українською мовою, за авторська Н. В. Школіна, І. І. Шаповала, І. В. Орлова, І. О. Кедика та М. А. Станіславчука від 2020 року (Школіна, 2020). У дослідженні автори провели підрахунок коефіцієнта Альфа-Кронбаха та отримали два результати: перший тест показав 0,733, а ретест показав 0,755. Отже, можемо вважати, що адаптація має високу внутрішню узгодженість.

BFI-44 – класичний інструмент оцінки п'яти базових рис особистості за моделлю «Великої п'ятірки». Його впровадження обґрунтовано гіпотезою про те, що особистісні риси (зокрема нейротизм і екстраверсія) є предикторами вразливості до вторинної травматизації і вигорання. Модель «Великої п'ятірки» є найпоширенішою і найприйнятнішою в сучасній психології особистості, отже BFI-44 забезпечує ефективну оцінку необхідних конструктів. Попередні дослідження показують зв'язок нейротизму з високою вразливістю до стресу та більш низьким нейротизмом з резильєнтністю, що робить саме цю модель найбільш доцільною для перевірки відповідних припущень.

BFI-44 складається з 44 дескрипторів (тверджень-приписів), на які респондент дає відповіді за п'ятибальною шкалою (від «рішуче не погоджуюсь» до «рішуче погоджуюсь»). Опитувальник формує п'ять шкал: Нейротизм, Екстраверсія, Відкритість досвіду, Доброзичливість і Сумлінність. Наприклад, до шкали нейротизму можуть входити фрази про схильність до суму або тривожності. Для кожної шкали підсумовується бал (з урахуванням реверсивно оформлених пунктів). Більш високі бали з нейротизму, за гіпотезою, мають корелювати з вищою частотою симптомів вторинного стресу, тоді як високі бали з екстраверсії та доброзичливості можуть виявитися захисними.

В Україні є кілька адаптацій BFI-44. Наприклад, А. Морозенко від 2020 року (Morozenko, 2020) представила адаптований варіант для української вибірки/ Психометричні властивості BFI зазвичай вважаються добрими: за мета-аналізом по різних перекладах коефіцієнти Альфа-Кронбаха для п'яти

шкал BFI-44 становлять приблизно 0.77-0.80 (наприклад, 0.77 для Відкритості, 0.80 – для Сумлінності та Екстраверсії, 0.73 – для Доброзичливості, 0.80 – для Нейротизму). Відповідно BFI-44 задовольняє вимоги надійності для дослідження і дає змогу надійно оцінити основні риси, що можуть впливати на реакції психолога в професійному контексті.

MSPSS – короткий стандартизований тест соціальної підтримки від G. D. Zimet та співавторами у 1988 році (Zimetl та ін., 1988), що вимірює відчуття підтримки від різних соціальних джерел. Використання зазначеного конструкту обґрунтовано гіпотезою про те, що зовнішня підтримка (з боку родини, друзів, колег) є захисним фактором, «протиотрутою» проти професійного вигорання і травматизації. MSPSS дозволяє диференційовано оцінити рівень підтримки саме з цих сфер. Наприклад, у контексті роботи психолога «Значущі інші» можуть асоціюватися з колегами та керівництвом.

Шкала складається з 12 тверджень, оцінюваних за 7-бальною шкалою Лайкерта (від «дуже не погоджуюсь» до «дуже погоджуюсь»). Субшкали MSPSS: Підтримка від Сім'ї, Друзів та Значущих інших (по 4 пункти в кожній). Загальний бал – сума всіх пунктів (мінімум 12, максимум 84), де вищий результат відображає сильніше відчуття підтримки.

Відомо про декілька адаптацій українською методики MSPSS. У дослідженні використовуватиметься адаптація за авторства Ю. Б. Мельника та А. В. Стадніка (Мельник & Стаднік, 2023). За результатами дослідження авторів, було проведено математичну обробку опитування та доведено внутрішню узгодженість адаптованої українською методики.

Отже, обраний діагностичний комплекс методик (ProQOL-5, CD-RISC-10, BFI-44, MSPSS) є логічно обґрунтованим і релевантним до завдань дослідження: він відображає як ключові негативні прояви професійної допомоги (втома від співчуття, вигорання, вторинний стрес), так і вагомні чинники захисту (життєстійкість, особистісні ресурси, соціальна підтримка). Надійність кожної методики підтверджена науковими дослідженнями, а

українські адаптації присутні стосовно усіх методик, які використано у дослідженні.

#### 2.4. Методи математико-статистичного аналізу даних

У дослідженні з кореляційним дизайном основною метою аналізу є перевірка гіпотез про наявність зв'язків і впливу між змінними. Для цього статистичні процедури обрано так, щоб кожен метод відповідав поставленому завданню та гіпотезі. Статистичну обробку виконано за допомогою пакету IBM SPSS Statistics v.26. Аналіз побудовано у два етапи. Перший – підготовка даних до аналізу з описовим узагальненням. Другий – інтерпретація результатів на основі кореляційного й регресійного аналізу (який безпосередньо стосується перевірки гіпотез).

На першому етапі сформовано базу даних у SPSS на основі анкетування 86 респондентів. Для цього передусім проведено кодування вихідних даних, що є стандартною процедурою їх підготовки. Кодування полягало у перетворенні категоріальних відомостей та відповідей на питання в числовий формат, щоб результати можна було обробити в SPSS.

У таблицю даних занесено зведені бали за кожною використаною методикою: показники за ProQOL-5 («Задоволення від співчуття», «Вигорання», «Вторинний травматичний стрес»), БФІ-44 (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, доброзичливість, сумлінність), CD-RISC-10 (загальна життєстійкість) та MSPSS (загальний бал соціальної підтримки і три субшкали). Далі сумарні значення шкал і субшкал було обчислено за стандартними алгоритмами, а ці значення введено у SPSS як числові змінні.

Після підготовки даних проведено описовий (дескриптивний) аналіз. Описова статистика, як випливає з назви, дає можливість описувати, підсумовувати та відтворювати в таблицях або графіках характеристику розподілу даних – його розмах, дисперсію та центральні тенденції (Літнарівич, 2006). Тобто описовий аналіз забезпечує узагальнену

характеристику вибірки за обраними змінними й дозволяє оцінити загальні тенденції прояву вторинної травматизації та пов'язаних з нею факторів серед психологів.

На цьому етапі для кожної змінної (суми балів за шкалами) розраховано класичні описові статистики: середнє значення ( $M$ ), стандартне відхилення ( $SD$ ), мінімальне ( $Min$ ) та максимальне ( $Max$ ) значення. Останні дають уявлення про мінімальні та максимальні рівні ознак у вибірці, а  $M$  і  $SD$  – про центральну тенденцію та розсіювання. Показники дозволяють попередньо зрозуміти, яким чином змінні розподілені і чи спостерігаються виражені відмінності у їх розмах. Наприклад, отримані  $M$  і  $SD$  допоможуть оцінити типовий рівень вторинного травматичного стресу у групі й ступінь варіації цих оцінок. Збір описових показників дає можливість описувати, підсумовувати дані розподілу, його розмах і дисперсію. Без нього було б важко інтерпретувати будь-які подальші статистичні тести та встановити, які методи перевірки гіпотез застосовувати.

Наступним кроком первинної обробки стала перевірка розподілу даних на нормальність. Процедура є головною для обґрунтованого вибору подальших методів аналізу (параметричних чи непараметричних). Згідно з методичними рекомендаціями для таких обсягів вибірки ( $N=86$ ) зазвичай застосовують критерій Колмогорова–Смірнова з поправкою Ліллієфорса.

Тест дозволяє порівняти емпіричний розподіл даних з теоретичним нормальним. За формулою Колмогорова–Смірнова обчислюється найбільша різниця між кумулятивними розподілами, і перевіряється гіпотеза  $H_0$  про нормальний розподіл даних. В умовах достатньо великої вибірки (понад 50 спостережень) та з огляду на чутливість методу до відмінностей розподілів, використання критерію Колмогорова з Ліллієфорсом є обґрунтованим.

Крім формального тесту, для візуальної оцінки нормальності будують гістограми та криві розподілу. Додатково складено графіки квантиль-квантиль ( $Q-Q$ -plot), які показують, наскільки точки даних збігаються з прямою лінією нормального розподілу. Кожна точка  $Q-Q$ -діаграми

відповідає одному спостереженню: на горизонтальній осі відкладається теоретичний квантиль нормального розподілу, а на вертикальній – фактичне значення (або його квантиль).

Якщо набір даних йде за нормальним законом, точки лежатимуть майже на прямій. Отже, гістограма і Q–Q-плот служать для неформальної перевірки, оскільки наочно ілюструють, чи значно форма розподілу спостережень відрізняється від гаусового. Зазначимо, що SPSS містить інструменти для цих процедур (звіти за викликом Descriptives чи Explore містять тест К–С та діаграми).

Кроки попереднього аналізу необхідні для того, щоб упевнитися у придатності подальших статистичних методів до даних та сформуванню підґрунтя для інтерпретації результатів перевірки гіпотез.

Кореляційний аналіз застосовується для перевірки гіпотез 1-3, що передбачають існування статистично значущих зв'язків між рівнем вторинної травматизації та психологічними чинниками (особистісними рисами, життєстійкістю та соціальною підтримкою). Метод аналізу дозволяє встановити наявність і силу взаємозв'язків між змінними. Наприклад, він покаже, чи зростання показника сумлінності супроводжується зростанням чи зменшенням показника вторинної травматизації. При застосуванні кореляційного аналізу результатом є коефіцієнт кореляції ( $r$  або  $\rho$ ) та рівень його статистичної значущості.

Перед вибором конкретного коефіцієнта буде перевірено нормальність розподілу кожної змінної. У випадку нормального (або апроксимаційно нормального) розподілу для парних даних буде використано лінійний коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ). Якщо ж розподіл хоча б однієї змінної відрізняється від нормального (або дані порядкові), застосовуватиметься ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена ( $\rho$ ). Вибір критерію залежатиме від результатів тестів на нормальність (наприклад, за допомогою тесту Колмогорова–Смірнова чи Шапіро–Уїлка). Таким чином, залежно від характеру даних до кожної пари змінних буде застосовано  $r$  або  $\rho$ .

Для аналізу вибрано наступні пари змінних:

- показник «Вторинний травматичний стрес» та нейротизм;
- показник «Вторинний травматичний стрес» та екстраверсія;
- показник «Вторинний травматичний стрес» та доброзичливість;
- показник «Вторинний травматичний стрес» та сумлінність;
- показник «Вторинний травматичний стрес» та життєстійкість;
- показник «Вторинний травматичний стрес» та соціальна підтримка.

Змінні виокремлено з вихідних гіпотез теоретичного аналізу. Очікується, що рівні ВТС можуть корелювати з персональними рисами (нейротизмом тощо) і з протективними факторами (резилієнтністю, підтримкою). Кореляційний аналіз дасть змогу кількісно оцінити силу та напрям зв'язків між цими показниками. Якщо знайдено статистично значущі коефіцієнти, це підтвердить гіпотези про наявність взаємозв'язків.

Для перевірки прогностичної гіпотези 4 обґрунтовано застосування множинного лінійного регресійного аналізу. Гіпотеза стверджує, що сукупність психологічних чинників може прогнозувати рівень вторинної травматизації. Множинна регресія призначена для дослідження такого прогнозування, оскільки вона оцінює одночасний вплив декількох незалежних змінних на одну залежну. Регресійний аналіз дає змогу встановити, яку частку змін залежної змінної пояснюють обрані предиктори, та визначити силу впливу кожного з них.

Залежною (критеріальною) змінною в моделі буде показник «Вторинний травматичний стрес». Незалежні змінні (предиктори) будуть обрані серед тих психологічних чинників, які виявили значущі кореляції з ВТС на попередньому кроці (наприклад, нейротизм, життєстійкість, соціальна підтримка). Іншими словами, до моделі включатимуться ті фактори, для яких кореляція з ВТС була істотною ( $p < 0,05$ ).

Результатом регресійного аналізу будуть значення коефіцієнтів моделі та показники їх значущості (t-критерій). Центральне значення матиме коефіцієнт детермінації  $R^2$ , що характеризує частку варіативності залежної

змінної, пояснену всіма предикторами разом. Чим ближче  $R^2$  до 1, тим краще модель підбирає дані і тим більша частка варіації ВТС прогнозується факторами (за умови наявності значущих предикторів).

Окрім  $R^2$  буде оцінено вклад кожного предиктора за допомогою стандартизованих коефіцієнтів  $\beta$ . Зіставлення величин  $\beta$  для значущих предикторів дозволяє виявити, який з них має найсильніший відносний вплив на ВТС при контролі за іншими змінними. Отже, регресійний аналіз покаже не лише здатність усієї сукупності чинників прогнозувати вторинну травматизацію (через  $R^2$ ), а й індивідуальний внесок кожного фактора (через  $\beta$ ), що є необхідним для високого рівня кваліфікаційної роботи.

Для глибшого розуміння ролі захисних чинників може бути проведено порівняльний аналіз двох контрастних груп. Ідея полягає в тому, щоб розділити вибірку психологів на дві групи за рівнем одного з ключових показників захисних рис (наприклад, життєстійкості): до однієї групи увійдуть учасники з показниками нижче медіани (низька життєстійкість), до іншої – вище медіани (висока життєстійкість). У кожній групі розраховується середнє значення ВТС. Для статистичної перевірки різниці між цими середніми використовуватиметься t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок. Тест дозволяє встановити, чи спостережувана різниця між середніми двох незалежних груп є значущою за статистичними мірками.

Отже, алгоритм порівняльного аналізу такий:

1. Визначити медіану одного з протективних чинників (наприклад, життєстійкості) і розділити вибірку на «низький» та «високий» рівні прояву цього чинника.

2. Обчислити середні значення показника вторинної травматизації в обох групах.

3. Застосувати незалежний t-тест для перевірки різниці середніх між групами.

Загалом, візуально і статистично буде показано, чи існують значущі відмінності в рівні ВТС у психологів з різним ступенем протективних

ресурсів. Т-тест дозволяє «оцінити, чи значущо відрізняються середні значення двох незалежних груп». Якщо виявиться, що психологи з високою резилієнтністю мають статистично менші середні показники ВТС порівняно з тими, хто має низьку життестійкість, це буде свідчити про значущість захисного фактору.

## **Висновки до розділу 2**

Для емпіричної перевірки чинників вторинної травматизації було обрано кореляційний поперечний дизайн, що дозволяє вивчити зв'язки між змінними в їх природних умовах. Основна гіпотеза дослідження полягає в тому, що рівень вторинної травматизації статистично пов'язаний із сукупністю психологічних чинників. Зокрема, очікується, що нейротизм виступатиме фактором ризику, тоді як висока життестійкість та сприйнята соціальна підтримка виконуватимуть захисну (протективну) функцію.

У дослідженні взяли участь 86 практикуючих психологів, переважно жінок із магістерським рівнем освіти та середнім досвідом роботи з ПТСР у 3,6 роки. Вибірка характеризується високим рівнем спеціалізованої підготовки з роботи з травмою. Статистичний аналіз демографічних даних не виявив значущого впливу типу робочого місця чи наявності тренінгів на щотижневе навантаження клієнтами з ПТСР, однак стать виявилася значущим чинником, пов'язаним із тривалістю роботи з травмою.

Обраний комплекс психодіагностичних методик забезпечує валідне та комплексне вимірювання досліджуваних змінних. Центральний феномен вимірюється за допомогою шкали ProQOL-5, яка оцінює як негативні (вторинний стрес, вигорання), так і позитивні (задоволення від співчуття) аспекти професійної діяльності. Внутрішні особистісні чинники охоплені опитувальником BFI-44 (риса «Великої п'ятірки») та шкалою CD-RISC-10 (життестійкість), а зовнішні ресурси оцінюються за допомогою шкали MSPSS (соціальна підтримка).

Стратегія статистичного аналізу передбачає використання описової статистики для характеристики вибірки та перевірку розподілу даних на нормальність (за критерієм Колмогорова-Смірнова). На основі результатів перевірки нормальності, для тестування кореляційних гіпотез буде застосовано непараметричний критерій Спірмена ( $\rho$ ). Для перевірки прогностичної моделі (Гіпотеза 4) та визначення сукупного впливу чинників буде використано множинний лінійний регресійний аналіз.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВТОРИННОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІВ, ЩО НАДАЮТЬ ПРОФЕСІЙНУ ДОПОМОГУ ОСОБАМ З ПТСР

#### 3.1. Рівень прояву вторинної травматизації та супутніх психологічних феноменів у вибірці психологів

Перший етап емпіричного аналізу присвячений вирішенню двох ключових завдань: по-перше, встановленню загального рівня прояву досліджуваних феноменів у вибірці, по-друге, перевірці розподілу даних для обґрунтування вибору методів подальшого статистичного аналізу.

Відповідно до плану, викладеного у підрозділі 2.4, було проведено процедуру описової (дескриптивної) статистики для всіх 15 психологічних змінних, отриманих за результатами діагностики 86 респондентів. Розраховано базові показники центральної тенденції та варіативності (середнє, стандартне відхилення, медіана, мінімум, максимум та квартилі).

Результати описової статистики за шкалами методик «Комплексне опитування професійної якості життя» (ProQOL), «Big Five Inventory» (BFI-44), «Шкала стресостійкості Коннора – Девідсона-10» (CD-RISC-10) та «Шкала соціальної підтримки» (MSPSS) представлено у табл. 3.1-3.4.

Аналіз професійної якості життя (табл. 3.1) демонструє, що середній рівень основного досліджуваного показника (Вторинного травматичного стресу (ProQOL\_STS) у вибірці становить  $M=17.10$  ( $SD=3.413$ ). Показник, а також середній рівень Професійного вигорання (ProQOL\_BO) ( $M=16.53$ ,  $SD=2.505$ ), згідно з правилами інтерпретації методики (див. Додаток В), знаходяться у середньому діапазоні (13-23 бали). Спостерігається наявність помірного, але стабільного психоемоційного дискомфорту та виснаження у досліджуваних фахівців, хоча й не вказує на гостру патологізацію.

Таблиця 3.1

Описова статистика за шкалами методики ProQOL (N=86)

		ProQOL Задоволенні від співчуття	ProQOL Відчутна підтримка	ProQOL Професійне вигорання	ProQOL Вторинний травматичн ий стрес	ProQOL Моральні страждання
N	Valid	86	86	86	86	86
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		22,47	22,93	16,53	17,10	13,66
Std. Deviation		1,664	2,269	2,505	3,413	2,514
Minimum		19	18	12	11	9
Maximum		26	27	22	24	19
Percentiles	25	21,00	21,00	14,75	15,00	12,00
	50	23,00	23,50	16,00	16,50	13,50
	75	24,00	24,25	19,00	20,00	16,00

Водночас позитивні аспекти професійної діяльності, Задоволення від співчуття (ProQOL\_CS) ( $M=22.47$ ,  $SD=1.664$ ) та Відчутна підтримка (ProQOL\_PS) ( $M=22.93$ ,  $SD=2.269$ ), також знаходяться у середньому діапазоні, проте їх середні значення наближаються до верхньої межі (23 бали). Наближення вверх вказує на те, що, попри наявність стресогенних чинників, фахівці зберігають здатність отримувати задоволення від допомоги клієнтам та відчувають підтримку. Найнижчі середні бали спостерігаються за шкалою Моральних страждань (ProQOL\_MD) ( $M=13.66$ ), що також фіксує її у середньому діапазоні, але ближче до низького.

Таблиця 3.2

Описова статистика за шкалами методики BFI-44 (N=86)

	BFI-44 Екстравер	BFI-44 Згідність	BFI-44 Сумлінніс	BFI-44 Нейротиз	BFI-44 Відкритіс

		сія		ть	м	ть
N	Valid	86	86	86	86	86
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		25,64	36,62	33,77	25,20	39,13
Std. Deviation		2,807	2,728	2,491	5,419	3,105
Minimum		21	32	29	15	34
Maximum		32	42	39	34	46
Percentiles	25	23,00	34,00	32,00	22,00	37,00
	50	26,00	37,00	34,00	25,50	39,00

*Продовження табл. 3.2*

	75	28,00	39,00	36,00	30,00	41,00
--	----	-------	-------	-------	-------	-------

Результати за методикою BFI-44 дозволяють охарактеризувати особистісний профіль вибірки. Основний, згідно з гіпотезами, фактор ризику «Нейротизм» має середнє значення  $M=25.20$ . Діапазон шкали складає 8-40 балів, отже, середній показник вибірки знаходиться дещо вище теоретичного центру (24 бали), вказуючи на певну схильність до емоційної нестабільності та тривожності. Важливо відзначити високе стандартне відхилення ( $SD=5.419$ ) за цією шкалою, що свідчить про значну гетерогенність вибірки за рівнем нейротизму. Інші риси («Згідність», «Сумлінність», «Відкритість», «Екстраверсія») мають середні показники, зміщені до верхньої частини своїх діапазонів, що характеризує вибірку як загалом доброзичливу, організовану та відкриту до досвіду.

*Таблиця 3.3*

Описова статистика методики CDRISC10 (N=86)

CDRISC10 Загальний бал		
N	Valid	86
	Missing	0

Mean		27,21
Std. Deviation		4,167
Minimum		19
Maximum		36
Percentiles	25	24,00
	50	27,50
	75	29,00

Аналіз протективних чинників (табл. 3.3) показує наступну картину. Рівень Життєстійкості (CDRISC10\_Total) у вибірці складає  $M=27.21$  ( $SD=4.167$ ). Згідно з критеріями інтерпретації (Додаток Д), показник знаходиться на самій нижній межі помірною діапазону (27-32 бали). Результат відповідно вказує на відсутність високого рівня психологічної стресостійкості у вибірці в цілому.

Візуальне уявлення про варіативність балів за шкалою життєстійкості надає гістограма розподілу, представлена на рис. 3.1.

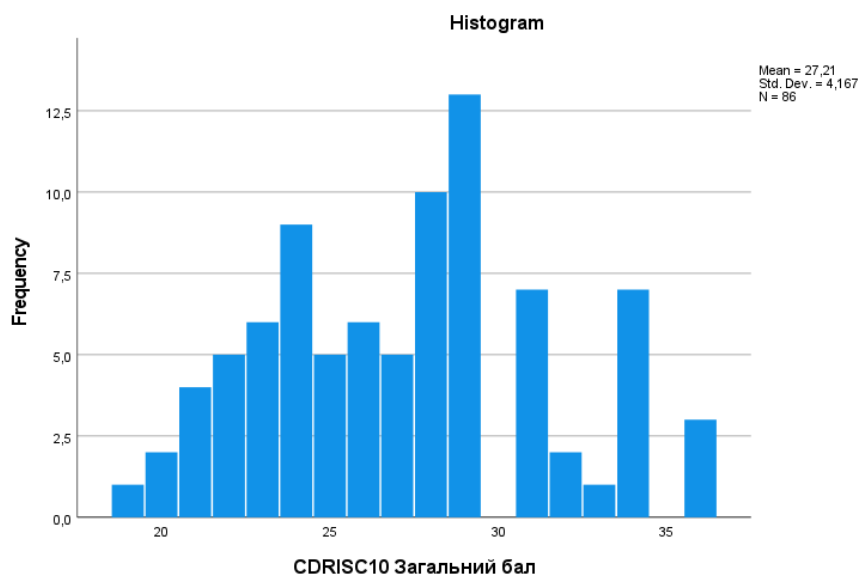


Рис. 3.1. Гістограма розподілу балів за шкалою життєстійкості (CDRSIC-10)

Гістограма підтверджує висновок про відсутність високого показника життєстійкості у вибірці. Розподіл помітно асиметричний, зі зміщенням у бік нижчих значень. Основна маса респондентів (найвищі стовпчики) групується в діапазоні від 23 до 30 балів, що відповідає низькому та помірному рівням. Водночас у зоні високої життєстійкості (33 бали і вище) знаходиться дуже незначна кількість учасників. Наявність кількох піків (зокрема, біля 24 та 29 балів) вказує на гетерогенність вибірки, що складається з підгруп із різним рівнем вираженості даного ресурсу.

Таблиця 3.4

Описова статистика за шкалами методики MSPSS (N=86)

		MSPSS Загальний бал	MSPSS Сім'я	MSPSS Друзі	MSPSS Значуща інша людина
N	Valid	86	86	86	86
	Missing	0	0	0	0
Mean		50,67	16,20	17,72	16,76
Std. Deviation		7,368	2,982	2,476	1,970

Продовження табл. 3.4

		MSPSS Загальний бал	MSPSS Сім'я	MSPSS Друзі	MSPSS Значуща інша людина
Minimum		37	10	13	14
Maximum		66	22	23	21
Percentiles	25	45,00	14,00	16,00	15,00
	50	50,50	16,00	17,50	17,00
	75	55,00	18,00	19,00	18,00

Рівень Сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS\_Total) становить  $M=50.67$  ( $SD=7.368$ ). Для інтерпретації, згідно з Додатком Е, сумарний бал було переведено у середній ( $50.67/12 = 4.22$ ). Отримане значення 4.22 потрапляє у діапазон помірної підтримки (3-5 балів). Аналіз субшкал показує, що найбільше фахівці спираються на підтримку друзів ( $M=17.72$ , середній бал 4.43) та значущих інших осіб ( $M=16.76$ , середній бал 4.19), тоді як підтримка сім'ї ( $M=16.20$ , середній бал 4.05) сприймається дещо нижче.

Загалом, первинний аналіз малює портрет вибірки, яка має помірний рівень професійного стресу (ВТС та вигорання) та помірний рівень протективних факторів (життєстійкості та соціальної підтримки).

Відповідно до плану статистичного аналізу, наступним кроком було проведено перевірку розподілу ключових змінних на нормальність. Дана процедура є обов'язковою для обґрунтування вибору між параметричними (напр., кореляція Пірсона) та непараметричними (напр., кореляція Спірмена) методами для перевірки гіпотез у підрозділі 3.2. Оскільки обсяг вибірки  $N=86$  (тобто  $> 50$ ), було застосовано критерій Колмогорова-Смірнова (з поправкою Ліллієфорса) (див. табл. 3.5).

Результати перевірки на нормальність, наведені у табл. 3.5, свідчать, що розподіл усіх чотирьох ключових змінних статистично значуще відрізняється від нормального. У всіх випадках рівень значущості за критерієм Колмогорова-Смірнова  $\text{Sig.} < 0.05$  (ProQOL\_STS  $p=0.002$ ; BFI\_Neuroticism  $p=0.001$ ; CDRISC10  $p=0.030$ ; MSPSS\_Total  $p=0.003$ ).

*Таблиця 3.5*

Результати тестів на нормальність розподілу (Kolmogorov-Smirnov & Shapiro-Wilk)

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ProQOL Вторинний травматичний стрес	,127	86	,002	,959	86	,008

BFI-44 Нейротизм	,131	86	,001	,928	86	,000
CDRISC10	,101	86	,030	,971	86	,050
Загальний бал						
MSPSS Загальний бал	,121	86	,003	,957	86	,006
a. Lilliefors Significance Correction						

Для візуальної верифікації статистичного висновку про ненормальність розподілу (табл. 3.5), розглянемо гістограми ключових змінних. На рис. 3.2 представлено розподіл балів за ключовою залежною змінною – вторинним травматичним стресом.

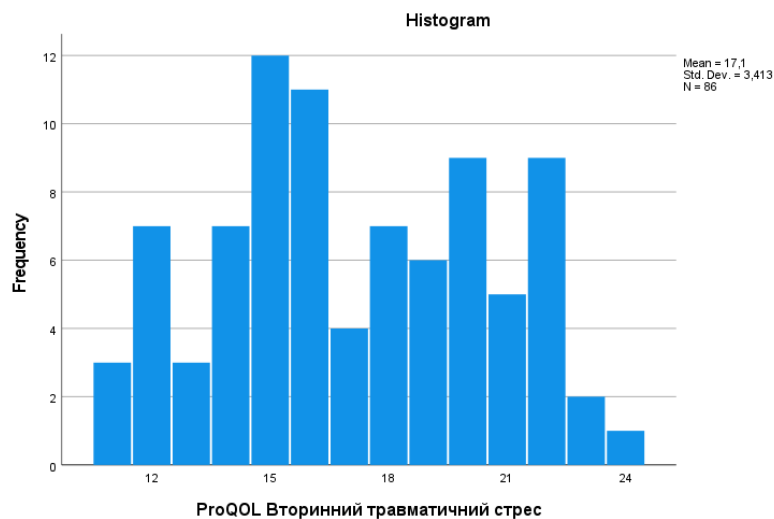


Рис. 3.2. Гістограма розподілу балів за шкалою «Вторинний травматичний стрес» (ProQOL\_STS)

Гістограма показує відхилення від гаусової кривої, що підтверджує висновок критерію Колмогорова-Смірнова ( $p=0.002$ ). Розподіл має виражену позитивну асиметрію: більшість респондентів (найвищі стовпчики) зосереджені у лівій частині діапазону (15-17 балів). Діапазон відповідає нижній межі середнього рівня за Додатком В. У зоні високого ВТС (24 бали і вище) присутній лише один респондент. Отже, середній бал ( $M=17.1$ ) є

помірним, але для абсолютної більшості вибірки проблема ВТС локалізована у нижній частині середнього діапазону.

На рис. 3.3 представлено розподіл балів за загальною шкалою сприйнятої соціальної підтримки.

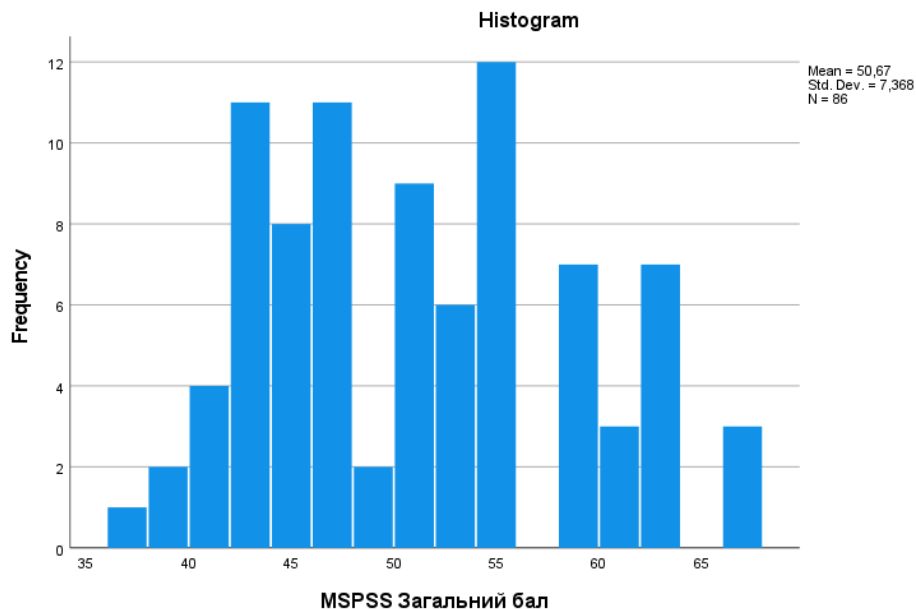


Рис. 3.3. Гістограма розподілу балів за шкалою «Сприйнята соціальна підтримка» (MSPSS\_Total)

Розподіл балів соціальної підтримки аналогічно візуально підтверджує відхилення від нормального ( $p=0.003$ ). Форма гістограми має ознаки багатомодальності (наявність кількох виражених піків, зокрема в районі 44, 47 та 55 балів). Відсутність єдиного чіткого центру вказує на те, що вибірка є неоднорідною за рівнем сприйняття підтримки. Існують окремі підгрупи фахівців, які відчувають різний рівень підтримки. Середнє значення ( $M=50.67$ ) є лише математичним усередненням кількох кластерів, а не репрезентативним центром.

Найбільш виражене відхилення від нормального розподілу спостерігається за шкалою «Нейротизм» (див. рис. 3.4).

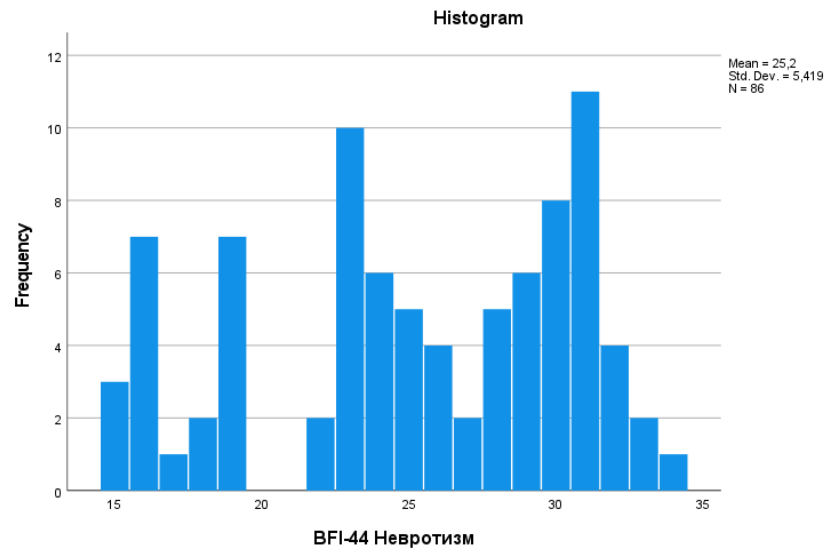


Рис. 3.4. Гістограма розподілу балів за шкалою «Невротизм» (BFI-44)

Дані, представлені на гістограмі, підтверджують статистичний висновок про ненормальність ( $p=0.001$ ) і поглиблюють аналіз табл. 3.2. Розподіл має чітко виражений двомодальний (бімодальний) характер. Подібний розподіл означає, що вибірка фактично поляризована і складається з двох різних підгруп:

1. Перша група (пік біля 15-17 балів) характеризується низьким рівнем невротизму (висока емоційна стабільність).
2. Друга, більша група (пік біля 28-31 балів) характеризується високим рівнем невротизму (емоційна лабільність).

Середнє значення ( $M=25.2$ ) потрапляє у «провалля» між цими двома піками і, отже, не є репрезентативним для вибірки в цілому. Бімодальність пояснює високе стандартне відхилення ( $SD=5.419$ ), зафіксоване в табл. 3.2, і є вкрай важливим фактом для подальшого кореляційного аналізу, оскільки вказує на виражену індивідуальну варіативність у факторі ризику.

Висновок загалом є важливим для подальшого аналізу. Оскільки припущення про нормальність розподілу порушено, це унеможливорює коректне застосування параметричних критеріїв. Таким чином, для перевірки гіпотез 1, 2, 3 у наступному підрозділі необхідно застосовувати непараметричні методи, а саме – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ).

Для глибшого розуміння профілю вибірки, окрім аналізу центральних тенденцій (середніх значень), було проведено частотний аналіз за якісними рівнями вираженості показників. На відміну від описової статистики (яка узагальнює дані до одного числа), цей аналіз дозволяє побачити, яка частка вибірки (у відсотках) знаходиться у зонах низького, середнього чи високого ризику.

Частотний аналіз було проведено лише для тих методик, які у психодіагностичному ключі мають чітко визначені, кількісні порогові значення для поділу сумарних балів на рівні.

Методики, які включені (ProQOL та CDRISC-10):

1. ProQOL (Додаток В) має чіткі діапазони: 12 балів або менше («Низький»), 13-23 бали («Середній») та 24 бали або більше («Високий»).

2. CDRISC-10 (Додаток Д) також має чіткі критерії: 26 балів або менше («Нижча»), 27-32 бали («Помірна») та 33 бали або більше («Висока»).

Методики, які не є об'єктом частотного аналізу (BFI-44 та MSPSS):

1. Для BFI-44 (Додаток Г) наведено лише ключ для підрахунку балів, але відсутні будь-які стандартизовані порогові значення для інтерпретації рівнів (наприклад, «високий нейротизм»).

2. Для MSPSS (Додаток Е) інтерпретаційні критерії (1-2.9; 3-5; 5.1-7) застосовуються не до сумарного балу, а до середнього арифметичного балу. Інтерпретація середнього значення за цією шкалою ( $M=4.22$  – «помірна підтримка») вже була проведена при аналізі Таблиці 3.4, тому повторне включення її у частотну таблицю було б надлишковим.

Таким чином, у табл. 3.6 представлено частотний аналіз саме для ProQOL та CDRISC-10 як методик, що дозволяють здійснити обґрунтоване перекодування. Процедура перекодування в SPSS полягала у створенні нових категоріальних змінних, де кожному респонденту присвоювався код (1, 2 або 3) відповідно до того, у який діапазон (згідно з Додатками В та Д) потрапляв його сумарний бал.

Таблиця 3.6

Частотний розподіл респондентів за рівнями вираженості показників (N=86)

Методика та шкала	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Частота, кіл-ть	Частота, %	Частота, кіл-ть	Частота, %	Частота, кіл-ть	Частота, %
ProQOL Задоволення від співчуття	0	0	64	74,4	22	25,6
ProQOL Відчутна підтримка	0	0	43	50	43	50
ProQOL Професійне вигорання	3	3,5	83	96,5	0	0
ProQOL Вторинний травматичний стрес	10	11,6	75	87,2	1	1,2
ProQOL Моральні страждання	33	38,4	53	61,6	0	0
CDRISC10 Загальний бал	38	44,2	37	43	11	12,8

Аналіз частот (табл. 3.6) представляє уточнення до описової статистики. Щодо Вторинного травматичного стресу, переважна більшість (87.2%) фахівців знаходяться у середньому діапазоні (13-23 бали). Лише 1.2% (1 особа) має високий рівень. Отже, проблема ВТС у вибірці носить не гострий, патологічний, а радше поширений, субклінічний характер.

Аналогічна картина спостерігається і для Професійного вигорання, де 96.5% респондентів потрапили у середню зону.

Найбільш показовими та тривожними є дані щодо Життестійкості (CDRISC10). Якщо середній бал ( $M=27.21$ ) знаходився на межі помірного рівня, то частотний аналіз виявляє, що 44.2% вибірки (38 осіб) мають низький рівень стресостійкості (26 балів або менше). Паралельно високий рівень життестійкості (33 бали і вище) притаманний лише 12.8% опитаних.

Таким чином, зафіксовано емпіричний профіль вибірки психологів, який характеризується переважно помірним рівнем вторинної травматизації та вигорання, що розвивається на тлі вираженого дефіциту особистісного протективного ресурсу – життестійкості. Встановлена ненормальність розподілу основних змінних диктує необхідність застосування непараметричної статистики для подальшої перевірки гіпотез.

### 3.2. Взаємозв'язок між вторинною травматизацією, особистісними рисами та професійними характеристиками психологів

Наступний етап емпіричного аналізу присвячений безпосередній перевірці гіпотез 1, 2 та 3, які стосуються наявності зв'язків між вторинною травматизацією та особистісними і соціально-психологічними чинниками. Як було обґрунтовано у підрозділі 3.1, статистичний аналіз ключових змінних (ВТС, Нейротизм, Життестійкість, Соціальна підтримка) виявив, що їх розподіл значуще відрізняється від нормального (табл. 3.5).

Встановлене порушення припущення про нормальність розподілу унеможливорює коректне застосування параметричного критерію Пірсона. З огляду на ненормальний характер розподілу даних, для перевірки кореляційних гіпотез було застосовано адекватний непараметричний метод – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ). Розрахунки проводилися між основною залежною змінною (ProQOL Вторинний травматичний стрес) та шістьма незалежними психологічними змінними.

Результати кореляційного аналізу, що відображають зв'язки між ВТС та особистісними рисами (BFI-44), життєстійкістю (CDRISC-10) і соціальною підтримкою (MSPSS), представлено у табл. 3.7.

Дані, наведені у табл. 3.7, демонструють наявність надзвичайно сильних та статистично високозначущих ( $p < ,001$ ) зв'язків між рівнем вторинної травматизації та всіма досліджуваними психологічними чинниками.

Гіпотеза 1, яка припускала зв'язок ВТС з особистісними рисами, знайшла повне підтвердження. Нейротизм (BFI-44) має сильний прямий (позитивний) зв'язок з вторинною травматизацією ( $\rho = ,996$ ;  $p < ,001$ ). Отриманий коефіцієнт вказує, що вищий рівень особистісної емоційної нестабільності, тривожності та вразливості у психологів прямо асоціюється з вищим рівнем вторинного травматичного стресу. Інші риси особистості виступають як протективні фактори. Екстраверсія ( $\rho = -,985$ ), Згідність ( $\rho = -,988$ ) та Сумлінність ( $\rho = -,959$ ) мають сильні зворотні (негативні) кореляції з ВТС ( $p < ,001$ ), що відповідає висунутим припущенням.

*Таблиця 3.7*

Кореляційні зв'язки між вторинною травматизацією та психологічними чинниками (N=86, критерій Спірмена)

			ProQOL Вторинний травматичний стрес
Spearman's rho	BFI-44 Нейротизм	Correlation Coefficient	,996**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	86
	BFI-44 Екстраверсія	Correlation Coefficient	-,985**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	86

BFI-44 Згідність	Correlation Coefficient	-,988**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	86
BFI-44 Сумлінність	Correlation Coefficient	-,959**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	86
CDRISC10 Загальний бал	Correlation Coefficient	-,997**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	86
MSPSS Загальний бал	Correlation Coefficient	-,998**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	86
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

Аналогічно, гіпотези 2 та 3 також повністю підтвердилися. Життестійкість (CDRISC10 Загальний бал) виявляє максимальний зворотний зв'язок ( $\rho = -,997$ ;  $p < ,001$ ), і підтверджує свою роль потужного захисного ресурсу. Загальна соціальна підтримка (MSPSS Загальний бал) має такий самий сильний негативний зв'язок ( $\rho = -,998$ ;  $p < ,001$ ). Обидва ресурси (внутрішня психологічна стійкість та зовнішня соціальна опора) обернено пов'язані зі зниженням рівня вторинної травматизації у фахівців.

Для візуалізації виявлених сильних зв'язків на рис. 3.5 та рис. 3.6 побудовано діаграми розсіювання для двох основних чинників – головного фактора ризику (Нейротизм) та головного фактора захисту (Життестійкість).

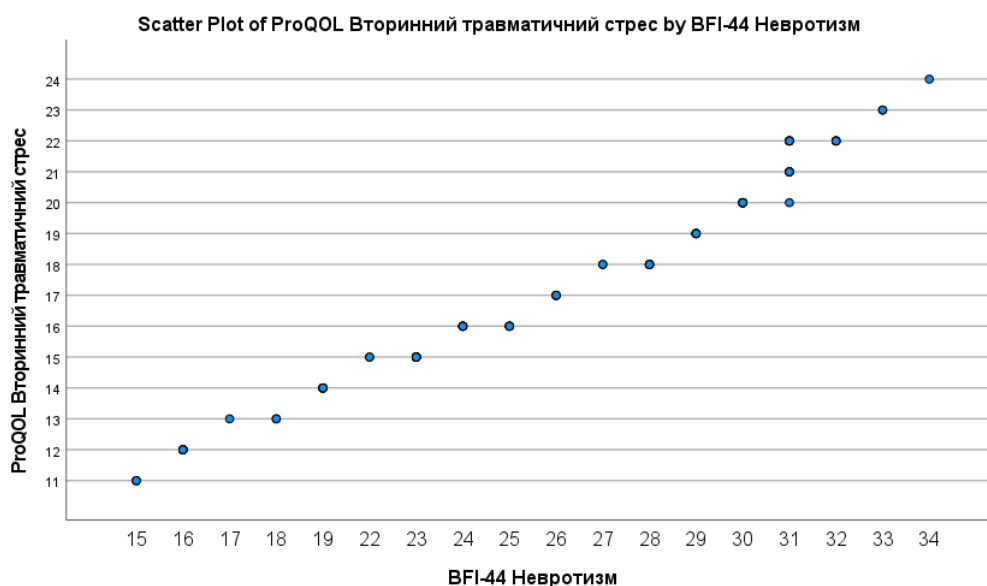


Рис. 3.5. Діаграма розсіювання між вторинним травматичним стресом (ProQOL) та невротизмом (BFI-44)

Графік на рис. 3.5 ілюструє сильну позитивну кореляцію. Розташування точок, кожна з яких представляє окремого респондента, демонструє чітку лінійну тенденцію, що йде вгору зліва направо. Зі зростанням балів за шкалою невротизму (вісь X) спостерігається практично синхронне зростання балів вторинного травматичного стресу (вісь Y).

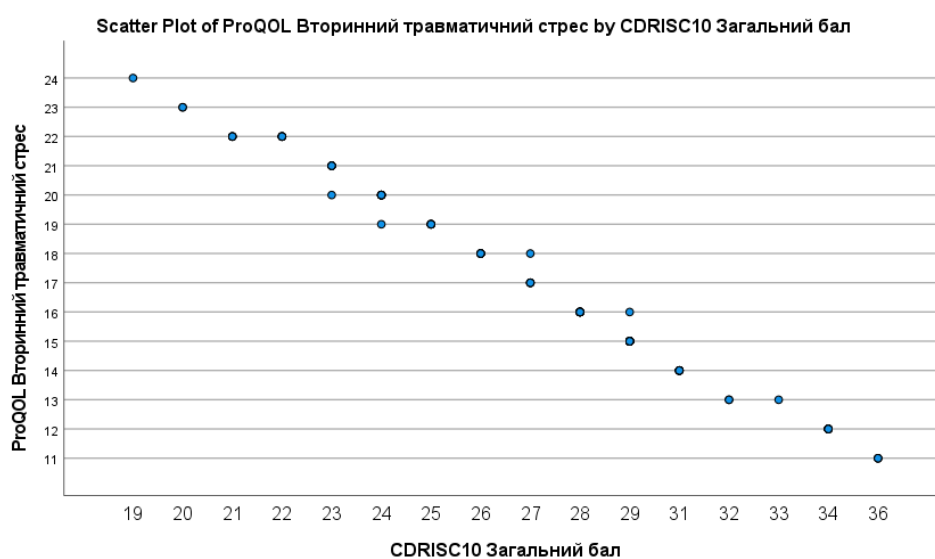


Рис. 3.6. Діаграма розсіювання зв'язку між вторинним травматичним стресом (ProQOL) та життєстійкістю (CDRISC-10)

Протилежна картина спостерігається на рис. 3.6, де візуалізовано зв'язок ВТС із життєстійкістю. Діаграма відображає виражений сильний негативний зв'язок. Хмара точок чітко спрямована вниз зліва направо. Респонденти з вищими балами життєстійкості (права частина осі X) стабільно групуються у зоні нижчих балів вторинного травматичного стресу (нижня частина осі Y). Графік візуально підтверджує протективну роль життєстійкості у протидії професійному стресу.

Для поглибленого аналізу захисної ролі життєстійкості, як було заплановано у підрозділі 2.4, було проведено порівняльний аналіз з використанням t-критерію для незалежних вибірок. Вся вибірка (N=86) була розділена на дві рівні групи за медіаною шкали CDRISC10 (Me = 27,5). Групу 1 склали респонденти з низькою життєстійкістю (бали 19-27; n=43), Групу 2 – респонденти з високою життєстійкістю (бали 28-36; n=43). Метою аналізу було порівняти середній рівень ВТС у двох контрастних групах.

Результати t-критерію представлено у табл. 3.8 та 3.9.

*Таблиця 3.8*

Описова статистика за шкалою ВТС (ProQOL) для груп з низьким та високим рівнем життєстійкості

<b>Group Statistics</b>					
	CDRISC10_level	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ProQOL	1	43	20,02	1,858	,283
Вторинний травматичний стрес	2	43	14,19	1,637	,250

Описова статистика показує суттєву різницю у середніх значеннях ВТС. Група психологів з низькою життєстійкістю (M=20,02; SD=1,858) має

набагато вищий показник вторинної травматизації порівняно з групою з високою життестійкістю (M=14,19; SD=1,637).

Таблиця 3.9

Результати t-критерію для незалежних вибірок (порівняння груп життестійкості)

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variance s		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ProQOL Вторинний травматичний	Equal variances assumed	,425	,516	15,459	84	,000	5,837	,378	5,086	6,588
	Equal variances not assumed			15,459	82,686	,000	5,837	,378	5,086	6,588

стрес										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Табл. 3.9 підтверджує статистичну значущість виявленої різниці. Тест Лівіна на рівність дисперсій є незначущим ( $F=,425$ ,  $p=,516$ ). Значення t-критерію ( $t(84) = 15,459$ ) є високим та статистично значущим ( $p < ,001$ ). Різниця середніх між групами складає 5,837 балів. Отримані дані дозволяють стверджувати, що психологи з високим рівнем життєстійкості мають статистично значущо нижчий рівень вторинного травматичного стресу, ніж їхні колеги з низькою життєстійкістю.

Друга частина аналізу присвячена дослідженню зв'язку ВТС з професійними характеристиками респондентів, отриманими з демографічної анкети (Додаток Б). Було перевірено зв'язки з досвідом роботи (Q5), частотою супервізії (Q10) та робочим навантаженням (Q11). Аналіз (див. табл. 3.10) виявив змішані результати.

Таблиця 3.10

Кореляційні зв'язки між ВТС та окремими професійними характеристиками  
( $N=86$ , критерій Спірмена)

<b>Correlations</b>			
			ProQOL Вторинний травматичний стрес
Spearman's rho	Кількість років роботи з ПТСР	Correlation Coefficient	,636**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	86

Частота супервізії/клінічної супервізії	Correlation Coefficient	-,092
	Sig. (2-tailed)	,398
	N	86
Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою	Correlation Coefficient	,788**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	86
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

Найсильніший зв'язок виявлено з робочим навантаженням – «Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР» ( $\rho = ,788$ ;  $p < ,001$ ). Збільшення щотижневого навантаження клієнтами з травмою прямо пов'язане зі зростанням рівня вторинної травматизації.

Також виявлено позитивний зв'язок з «Кількістю років роботи з ПТСР» ( $\rho = ,636$ ;  $p < ,001$ ). Даний результат свідчить про кумулятивний (накопичувальний) ефект: чим довше фахівець працює зі специфікою ПТСР, тим вищим є його показник ВТС. Досвід у даному випадку не виступає захисним фактором.

Водночас змінна «Частота супервізії» не показала жодного статистично значущого зв'язку з рівнем ВТС ( $\rho = -,092$ ;  $p = ,398$ ). У межах досліджуваної вибірки, частота звернення до супервізії (від щотижневої до повної відсутності) не корелює зі зниженням чи підвищенням вторинного травматичного стресу.

Зв'язок між робочим навантаженням та ВТС детально візуалізовано на рис. 3.7.

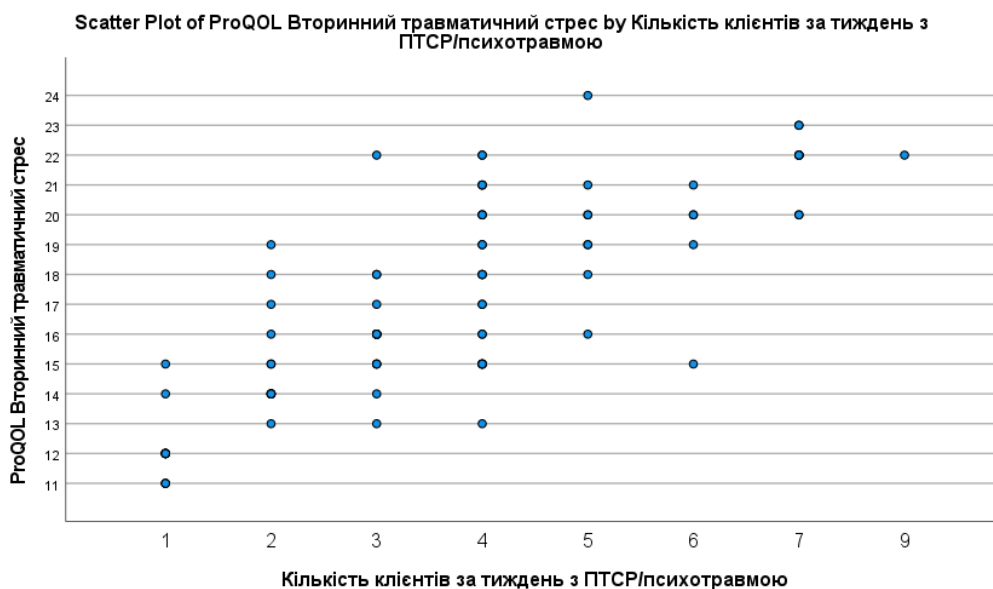


Рис. 3.7. Діаграма розсіювання зв'язку між ВТС та щотижневою кількістю клієнтів з ПТСР

Графік демонструє чітку позитивну тенденцію. Варіативність показників тут вища, ніж на попередніх діаграмах (рис. 3.5, 3.6), але загальний тренд вказує, що фахівці з мінімальним навантаженням (1-3 клієнти на тиждень) переважно мають нижчі бали ВТС (11-18). Тоді як психологи з високим навантаженням (7-9 клієнтів) стабільно показують найвищі у вибірці бали ВТС (20-24).

Аналіз взаємозв'язків повністю підтвердив гіпотези 1, 2 та 3. Особистісні риси (Нейротизм) та протективні ресурси (Життестійкість, Соціальна підтримка, Екстраверсія, Згідність, Сумлінність) виявилися надзвичайно сильними корелятами вторинної травматизації. Додатково виявлено, що професійні характеристики (робоче навантаження та загальний стаж роботи з травмою) також є вагомими факторами, позитивно пов'язаними з ВТС. Отримані значущі кореляти є основою для побудови прогностичної моделі у наступному підрозділі.

### 3.3. Аналіз психологічних предикторів вторинної травматизації у психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР

Завершальний етап статистичного аналізу спрямований на побудову прогностичної моделі вторинної травматизації, що відповідає Гіпотезі 4. Попередньо виявлені у підрозділі 3.2 сильні кореляційні зв'язки (табл. 3.7) створюють необхідне підґрунтя для регресійного аналізу. Водночас, надвисокі коефіцієнти кореляції ( $\rho > |0.95|$ ) між самими предикторами (наприклад, Нейротизм та Життестійкість) вказують на серйозну статистичну проблему – мультиколінеарність.

Проста регресійна модель, що одночасно містить всі психологічні предиктори, буде статистично нестабільною, оскільки незалежні змінні пояснюють практично одну й ту саму дисперсію. З огляду на наявність мультиколінеарності, для коректної перевірки прогностичної гіпотези було проведено три послідовні регресійні аналізи з різними методами введення змінних:

1. Базова модель (метод «Enter») – для прямої перевірки Гіпотези 4 з трьома основними психологічними конструктами.

2. Ієрархічна модель – для оцінки доданого внеску окремих блоків чинників (професійних, особистісних, захисних).

3. Покрокова модель (метод «Stepwise») – для ідентифікації найбільш ощадливої та математично обґрунтованої прогностичної моделі.

Перший регресійний аналіз (метод «Enter») безпосередньо перевіряє Гіпотезу 4. Модель тестує сукупний вплив трьох основних психологічних конструктів: BFI-44 Нейротизм, CDRISC10 Загальний бал та MSPSS Загальний бал. Результати моделювання представлено у табл. 3.11-3.13.

Підсумкова модель (табл. 3.11) відображає надзвичайно високу прогностичну силу. Коефіцієнт множинної детермінації (R Square) дорівнює ,982.

Таблиця 3.11

Підсумкова модель регресії для психологічних предикторів

Model Summary <sup>b</sup>									
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,991 <sup>a</sup>	,982	,981	,468	,982	1479,649	3	82	,000
a. Predictors: (Constant), MSPSS Загальний бал, CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Нейротизм									
b. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес									

Таблиця 3.12

Дисперсійний аналіз (ANOVA) для регресійної моделі 1

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	972,101	3	324,034	1479,649	,000 <sup>b</sup>
	Residual	17,957	82	,219		
	Total	990,058	85			
a. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес						
b. Predictors: (Constant), MSPSS Загальний бал, CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Нейротизм						

Отже, 98,2% усієї варіативності вторинного травматичного стресу у вибірці пояснюється комбінованим впливом лише трьох психологічних змінних. Скоригований R Square (,981) підтверджує надійність моделі.

Дисперсійний аналіз (табл. 3.12) фіксує високу загальну статистичну значущість моделі ( $F(3, 82) = 1479,649; p < ,001$ ).

Таблиця 3.13

Коефіцієнти регресійної моделі 1

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	35,106	7,507		4,676	,000		
	BFI-44 Нейротизм	,066	,119	,104	,551	,583	,006	161,445

Продовження табл. 3.13

	CDRISC10 Загальний бал	-,813	,136	-,993	-5,993	,000	,008	124,006
	MSPSS Загальний бал	,049	,140	,105	,349	,728	,002	410,397

a. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес

Таблиця коефіцієнтів (табл. 3.13) виявляє очікувану проблему мультиколінеарності. Показники VIF є екстремально високими (напр., 410,397 для MSPSS), що значно перевищує критичне значення (10). Внаслідок колінеарності предиктори «поглинають» прогностичну силу один одного. Унікальний статистично значущий внесок ( $\beta = -,993; p < ,001$ ) показує лише CDRISC10 Загальний бал. Внесок Нейротизму ( $p = ,583$ ) та

MSPSS ( $p = ,728$ ) виявляється незначущим у моделі, оскільки їх дисперсія вже пояснена життєстійкістю.

Важливою умовою валідності регресії, особливо при ненормальному розподілі вихідних даних, є нормальність розподілу залишків. На рис. 3.8 представлено P-P графік стандартизованих залишків для першої моделі.

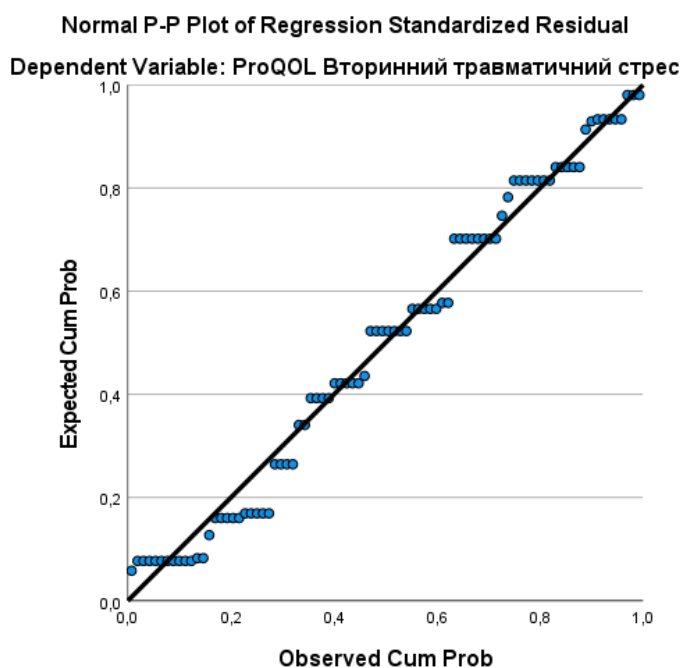


Рис. 3.8. Графік нормальної ймовірності (P-P) стандартизованих залишків (Модель 1)

Точки на графіку щільно групуються навколо діагональної лінії. Візуальний аналіз не виявляє систематичних відхилень. Отже, припущення про нормальність розподілу залишків моделі дотримується, що підтверджує валідність отриманих результатів.

Для диференціації внеску різних груп чинників було проведено ієрархічний множинний регресійний аналіз (аналіз 2). Предиктори вводилися у модель трьома послідовними блоками, що відповідає теоретичній моделі дослідження (див. табл. 3.14-3.15):

1. Блок 1 (Модель 1) – професійні фактори (Кількість років роботи з ПТСП, Кількість клієнтів за тиждень).
2. Блок 2 (Модель 2) – додавання фактора ризику (BFI-44 Нейротизм).

3. Блок 3 (Модель 3) – додавання захисних факторів (CDRISC10 Загальний бал, MSPSS Загальний бал)

Таблиця 3.14

Підсумок ієрархічної регресійної моделі (Аналіз 2)

Model Summary <sup>d</sup>									
Mode	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F	df 1	df 2	Sig. F Change
1	,879 <sup>a</sup>	,773	,767	1,646	,773	141,109	2	83	,000
2	,985 <sup>b</sup>	,970	,969	,598	,198	547,408	1	82	,000
3	,993 <sup>c</sup>	,985	,984	,426	,015	40,675	2	80	,000
a. Predictors: (Constant), Кількість клієнтів за тиждень з ПТСП/психотравмою, Кількість років роботи з ПТСП									
b. Predictors: (Constant), Кількість клієнтів за тиждень з ПТСП/психотравмою, Кількість років роботи з ПТСП, BFI-44 Нейротизм									
c. Predictors: (Constant), Кількість клієнтів за тиждень з ПТСП/психотравмою, Кількість років роботи з ПТСП, BFI-44 Нейротизм, CDRISC10 Загальний бал, MSPSS Загальний бал									
d. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес									

Результати ієрархічної регресії (табл. 3.14) показують, що Модель 1 (лише професійні фактори) пояснює 77,3% дисперсії ВТС. Додавання Нейротизму у Моделі 2 спричиняє суттєвий приріст поясненої дисперсії (R Square Change = ,198;  $p < ,001$ ), і збільшує загальний R Square до 97,0%.

## Дисперсійний аналіз (ANOVA) для ієрархічної регресії (Аналіз 2)

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	765,056	2	382,528	141,109	,000 <sup>b</sup>
	Residual	225,002	83	2,711		
	Total	990,058	85			
2	Regression	960,745	3	320,248	895,846	,000 <sup>c</sup>
	Residual	29,313	82	,357		
	Total	990,058	85			
3	Regression	975,524	5	195,105	1073,914	,000 <sup>d</sup>
	Residual	14,534	80	,182		
	Total	990,058	85			
a. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес						
b. Predictors: (Constant), Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою, Кількість років роботи з ПТСР						
c. Predictors: (Constant), Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою, Кількість років роботи з ПТСР, BFI-44 Нейротизм						
d. Predictors: (Constant), Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою, Кількість років роботи з ПТСР, BFI-44 Нейротизм, CDRISC10 Загальний бал, MSPSS Загальний бал						

Введення захисних факторів (CDRISC10 та MSPSS) у Моделі 3 дає мінімальний, хоча й статистично значущий ( $p < ,001$ ), приріст (R Square Change = ,015).

Детальний аналіз коефіцієнтів (див. Додаток И, табл. И.1) підтверджує висновки першої моделі. У фінальній, третій моделі, через екстремально високу мультиколінеарність ( $VIF > 400$ ), значущий внесок зберігають лише

CDRISC10 Загальний бал ( $p < ,001$ ) та Кількість років роботи з ПТСР ( $p < ,001$ ).

На рис. 3.9 наведено графік нормальної ймовірності стандартизованих залишків за другим аналізом.

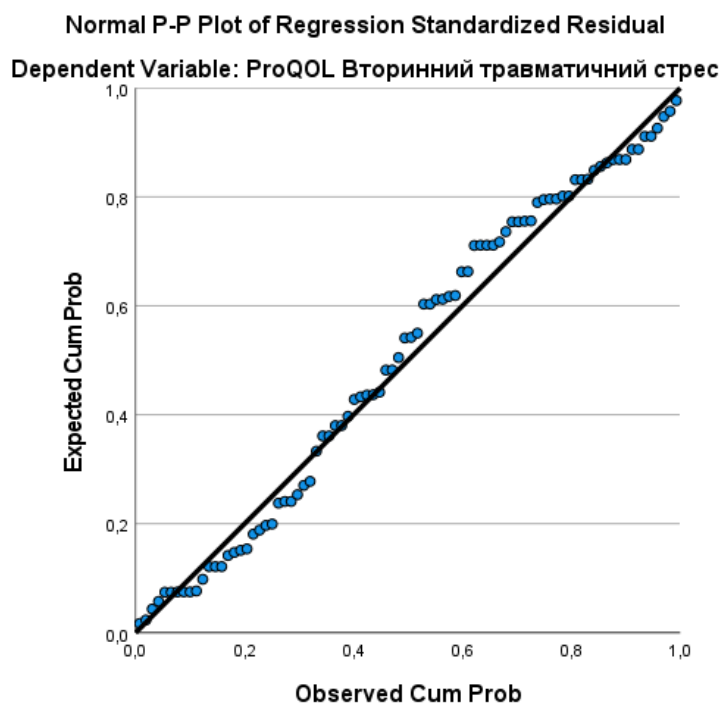


Рис. 3.9. Графік нормальної ймовірності (P-P) стандартизованих залишків (Модель 2)

Графік P-P Plot для фінальної ієрархічної моделі (рис. 3.9) також показує щільне прилягання точок до діагоналі. Припущення про нормальність розподілу залишків дотримано.

Для ідентифікації найбільш ошадливої та водночас найпотужнішої прогностичної моделі було проведено покроковий регресійний аналіз (Аналіз 3) (метод «Stepwise»). До аналізу було включено всі 8 предикторів, що показали значущі кореляції у підрозділі 3.2 (див. табл. 3.16-3.17).

Таблиця 3.16

## Підсумок покрокової регресійної моделі (Аналіз 3)

Model Summary <sup>f</sup>									
Mode	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df 1	df 2	Sig. F Change
1	,991 <sup>a</sup>	,982	,982	,463	,982	4526,128	1	84	,000
2	,993 <sup>b</sup>	,986	,985	,416	,004	21,482	1	83	,000

Продовження табл. 3.16

3	,994 <sup>c</sup>	,988	,988	,375	,003	19,825	1	82	,000
4	,995 <sup>d</sup>	,990	,990	,349	,002	13,843	1	81	,000
5	,995 <sup>e</sup>	,991	,990	,334	,001	8,592	1	80	,004
a. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал									
b. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Згідність									
c. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Згідність, BFI-44 Екстраверсія									
d. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Згідність, BFI-44 Екстраверсія, Кількість років роботи з ПТСП									
e. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Згідність, BFI-44 Екстраверсія, Кількість років роботи з ПТСП, MSPSS Загальний бал									
f. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес									

Таблиця 3.17

## Дисперсійний аналіз (ANOVA) для покрокової регресії (Аналіз 3)

ANOVA <sup>a</sup>
--------------------

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	972,019	1	972,019	4526,128	,000 <sup>b</sup>
	Residual	18,040	84	,215		
	Total	990,058	85			
2	Regression	975,728	2	487,864	2825,623	,000 <sup>c</sup>
	Residual	14,331	83	,173		
	Total	990,058	85			
3	Regression	978,518	3	326,173	2317,603	,000 <sup>d</sup>
	Residual	11,540	82	,141		
	Total	990,058	85			
4	Regression	980,202	4	245,051	2013,913	,000 <sup>e</sup>
	Residual	9,856	81	,122		
	Total	990,058	85			
5	Regression	981,158	5	196,232	1763,859	,000 <sup>f</sup>
	Residual	8,900	80	,111		
	Total	990,058	85			
a. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес						
b. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал						
c. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Згідність						
d. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Згідність, BFI-44 Екстраверсія						
e. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Згідність, BFI-44 Екстраверсія, Кількість років роботи з ПТСР						
f. Predictors: (Constant), CDRISC10 Загальний бал, BFI-44 Згідність, BFI-44 Екстраверсія, Кількість років роботи з ПТСР, MSPSS Загальний бал						

Результати покрокового аналізу (табл. 3.16) показують, що SPSS автоматично побудував п'ять послідовних моделей. Фінальна, п'ята модель,

виявилася найбільш прогностично потужною (Adjusted R Square = ,990) і статистично значущою ( $p < ,001$ ).

Аналіз коефіцієнтів фінальної моделі (деталізовано у Додатку И, табл. И.2) демонструє, що до неї увійшли п'ять предикторів, кожен з яких робить унікальний статистично значущий внесок ( $p \leq ,004$ ):

1. CDRISC10 Загальний бал ( $\beta = -,923$ ).
2. BFI-44 Згідність ( $\beta = -1,050$ ).
3. BFI-44 Екстраверсія ( $\beta = ,617$ ).
4. Кількість років роботи з ПТСР ( $\beta = ,047$ ).
5. MSPSS Загальний бал ( $\beta = ,390$ ).

Показово, що BFI-44 Нейротизм не був включений до фінальної моделі. Алгоритм визначив, що його прогностична сила була повністю пояснена іншими, сильнішими предикторами (зокрема CDRISC10 та MSPSS), що знову підтверджує виражену мультиколінеарність.

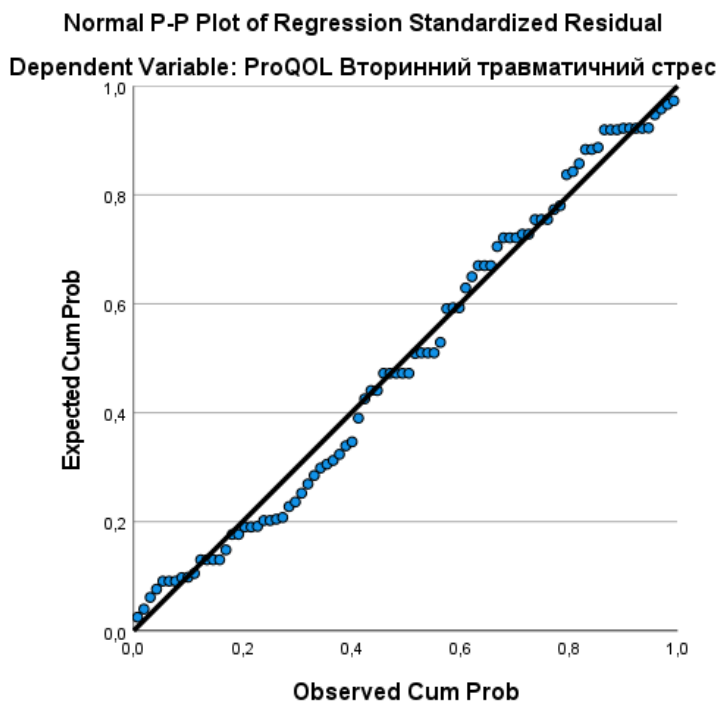


Рис. 3.10. Графік нормальної ймовірності (P-P) стандартизованих залишків (Модель 3)

Перевірка залишків для фінальної покрокової моделі (рис. 3.10) також підтверджує дотримання припущення про нормальність розподілу помилок.

Отже, регресійне моделювання підтвердило Гіпотезу 4. Психологічні та професійні чинники пояснюють надзвичайно високий відсоток (98-99%) дисперсії вторинної травматизації. Проблема мультиколінеарності, виявлена у табл. 3.13, вказує на сильну концептуальну близькість шкал Нейротизм, Життестійкість та Соціальна підтримка у даній вибірці. Покроковий аналіз виділив найбільш ефективну прогностичну модель, яка містить 5 предикторів, де найвагомішу роль відіграють BFI-44 Згідність та CDRISC10 Загальний бал.

#### 3.4. Узагальнення результатів дослідження та практичні рекомендації щодо усунення причин вторинної травматизації

Проведене емпіричне дослідження дозволило виявити головні детермінанти, що формують ризик розвитку вторинної травматизації у психологів, які працюють з клієнтами з посттравматичним стресовим розладом. Статистичний аналіз продемонстрував, що вразливість фахівця до ВТС є багатофакторним феноменом, зумовленим поєднанням професійних, особистісних та ресурсних чинників.

Найбільш вагомими предикторами виявилися організаційні аспекти роботи, зокрема інтенсивність навантаження. Кореляційний аналіз зафіксував сильний прямий зв'язок між рівнем ВТС та кількістю клієнтів з ПТСР на тиждень ( $\rho = .788$ ;  $p < .001$ ). Додатково, тривалість роботи у сфері психотравми ( $\rho = .636$ ;  $p < .001$ ) також позитивно корелювала з проявами ВТС, що вказує на кумулятивний ефект професійного стресу, де досвід не стільки захищає, скільки виснажує ресурси фахівця з часом.

На особистісному рівні підтверджено критичну роль нейротизму як фактора вразливості ( $\rho = .996$ ;  $p < .001$ ). Водночас доведено протективну функцію внутрішніх та зовнішніх ресурсів: високий рівень життестійкості та

сприйнятої соціальної підтримки продемонстрували сильні обернені зв'язки з показниками вторинної травматизації. Отримані дані свідчать про те, що ефективна профілактика ВТС не може обмежуватися лише індивідуальними зусиллями психолога. Необхідний комплексний, багаторівневий підхід, що охоплює індивідуальний, міжособистісний (професійний) та організаційний рівні. Надалі буде запропоновано інтегровану модель профілактики, яка систематизує практичні рекомендації відповідно до виявлених чинників ризику та захисту.

Інтегрована модель профілактики вторинної травматизації складається з трьох рівнів:

1. Індивідуальний рівень (розвиток внутрішніх ресурсів та навичок саморегуляції). На індивідуальному рівні профілактика спрямована на посилення особистісних захисних механізмів та зниження впливу диспозиційних факторів ризику, як-от нейротизм. Ефективною основою для самопомоги може слугувати модель ABC (Awareness, Balance, Connection), що означає Усвідомленість, Баланс та Зв'язок (Memotext, n. d.).

Усвідомленість (Awareness) передбачає розвиток здатності до моніторингу власного психоемоційного стану. Одним з найбільш досліджених інструментів для розвитку усвідомленості є програма зниження стресу на основі усвідомленості (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR). Стандартизований восьмижневий курс поєднує медитативні практики, сканування тіла та йогу, що тренують навичку момент за моментом, без оціночної усвідомленості. Регулярна практика, яка містить щоденні 45-хвилинні домашні завдання, допомагає фахівцям розпізнавати ранні ознаки стресу та емоційного виснаження, не занурюючись у руйнівні реакції.

Значущим для протидії нейротизму є розвиток самоспівчуття (self-compassion). Самоспівчуття складається з трьох компонентів: доброзичливості до себе, відчуття загальнолюдської природи страждань та усвідомленості (Christopher & Neff, 2014). На відміну від самокритики, притаманної нейротизму, самоспівчуття пропонує ставитися до власних

помилки і труднощі з турботою та розумінням. Дослідження А. Rushforth та співавторів підтверджує, що самоспівчуття є важливим фактором стійкості для осіб, які пережили травму, і може бути розвинене через спеціальні вправи та медитації (Rushforth та ін., 2023).

Баланс стосується гармонізації професійного та особистого життя. Враховуючи кумулятивний ефект роботи з травмою, фахівцям необхідно свідомо встановлювати межі: чітко регламентувати робочий час, уникати перевантажень та диверсифікувати професійну діяльність. Змішування клієнтських випадків, де робота з ПТСР чергується з іншими запитами, є доведеним захисним фактором (Shakespeare & Lafrenière, 2012).

Зв'язок (Connection) наголошує на важливості підтримки стосунків поза професійним контекстом, що допомагає зберегти цілісність особистості та уникнути професійної ізоляції.

У табл. 3.18 наведено практичні інструменти самодопомоги на основі моделі ABC.

*Таблиця 3.18*

Практичні інструменти самодопомоги на основі моделі ABC

<b>Компонент моделі</b>	<b>Ключова мета</b>	<b>Практичні інструменти та техніки</b>
Усвідомленість (Awareness)	Розвиток здатності розпізнавати власні емоційні реакції та стресові стани без осуду.	Формальні практики MBSR: медитація сидячи, сканування тіла. Вправи на розвиток самоспівчуття (наприклад, написання листа підтримки собі). Ведення щоденника для рефлексії емоцій після робочого дня.
Баланс (Balance)	Встановлення та підтримка здорових	Техніка «5-4-3-2-1» для заземлення після важких сесій

	меж між роботою та особистим життям для запобігання виснаженню.	(Nami, 2020). Свідоме планування дозвілля та хобі, не пов'язаних з психологією. Встановлення чітких часових рамок для роботи та перевірки робочої пошти.
Зв'язок (Connection)	Протидія ізоляції та зміцнення соціальної підтримки поза професійним середовищем.	Регулярне спілкування з друзями та родиною. Участь у спільнотах за інтересами. Практика вдячності для фокусування на позитивних аспектах життя.

2. Міжособистісний рівень (супервізія та колегіальна підтримка).  
Результати дослідження підтвердили значущість соціальної підтримки як буфера проти ВТС. У професійному контексті вона реалізується через два ключові механізми: супервізію та інтервізію (колегіальну підтримку).

Травмо-інформована супервізія (ТІС) є спеціалізованою моделлю, яка виходить за рамки традиційного аналізу клієнтських випадків. Вона визнає, що робота з травмою неминуче впливає на самого фахівця, і нормалізує вторинну травматизацію як «системну проблему, а не індивідуальну патологію працівника» (Masnamara, 2020). Супервізор, який працює у підході ТІС, створює безпечний простір для обговорення не лише клінічних дилем, але й особистих емоційних реакцій психолога.

Основні принципи, на яких будується ТІС: безпека, довіра та прозорість, колегіальна підтримка, співпраця та взаємність, розширення прав і можливостей, а також врахування культурних, історичних та гендерних аспектів (PCAR, 2020). Супервізія, побудована на довірі, дозволяє фахівцю

відкрито ділитися своїми переживаннями, не боячись осуду, що є критично важливим для опрацювання травматичного матеріалу.

Інтервізійні (пір-супервізійні) групи є другим важливим елементом професійної підтримки. Вони надають унікальну можливість для обміну досвідом з колегами на рівних. Участь у групах допомагає подолати професійну ізоляцію, яка є одним з провідних факторів, що призводять до дистресу та вигорання. Як зазначають дослідники, «пір-супервізія важлива для нашого власного психічного здоров'я, особливо для фахівців, які працюють повний робочий день» (APA, 2005). Обговорення складних випадків у колі довіри дозволяє отримати нові перспективи, розділити емоційне навантаження та відчутти себе частиною спільноти.

Попри те, що у дослідженні не було виявлено статистично значущого зв'язку між частотою супервізії та рівнем ВТС, це вказує на те, що не сама частота, а якість та травмо-інформований фокус супервізії є вирішальними. Тому рекомендації наголошують на необхідності впровадження саме травмо-інформованої моделі.

3. Організаційний рівень (створення підтримуючого робочого середовища). Дані дослідження недвозначно вказують, що найпотужнішим фактором ризику ВТС є надмірне робоче навантаження. З огляду на це, відповідальність за профілактику вторинної травматизації лежить не лише на самому психологові, але й на організаціях та установах, де він працює. Без системних змін на організаційному рівні індивідуальні та міжособистісні стратегії можуть виявитися недостатніми.

До основних організаційних рекомендацій відносяться наступні:

1. Управління навантаженням та різноманітність завдань. Організації повинні впроваджувати політики, спрямовані на обмеження кількості клієнтів з важкою травмою на одного фахівця. Важливо забезпечувати різноманітність у caseload, щоб робота з травмою чергувалася з іншими видами діяльності, як-от консультування, діагностика, викладання або дослідницька робота (ISCR, 2023).

2. Сприяння балансу між роботою та особистим життям. Конкретні практики можуть включати заохочення співробітників «залишати робочі мобільні телефони в офісі на ніч» та впровадження гнучкого графіка або «flex time» для компенсації понаднормових годин (Menschner & Maul, 2016). П'ятниці без нарад також можуть надати час для завершення завдань та емоційного розвантаження.

3. Побудова культури підтримки. Керівництво має відкрито говорити про ризики вторинної травматизації та створювати атмосферу, де звернення по допомогу є нормою, а не ознакою слабкості. Практики, як-от щоденні короткі командні зустрічі («хадли»), можуть сприяти згуртуванню колективу та ранньому виявленню ознак вигорання у колег (Menschner & Maul, 2016).

4. Забезпечення доступу до ресурсів. Організації повинні надавати співробітникам доступ до якісної травмо-інформованої супервізії, оплачувати участь у професійних тренінгах та забезпечувати медичне страхування, що покриває послуги з охорони психічного здоров'я.

Отже, запобігання вторинній травматизації є спільним етичним обов'язком, що вимагає проактивних дій на всіх рівнях. Лише інтегрований підхід, який поєднує розвиток індивідуальних навичок саморегуляції, зміцнення професійних зв'язків та створення здорового організаційного клімату, може забезпечити стійкість та довгострокову ефективність психологів, які працюють у надскладній сфері допомоги травмованим особам.

### **Висновки до розділу 3**

Аналіз вибірки виявив переважання помірного рівня вторинної травматизації та професійного вигорання: 87,2% фахівців демонструють середній рівень ВТС. Стан супроводжується вираженим дефіцитом захисних ресурсів, оскільки 44,2% психологів мають низький рівень особистісної життєстійкості. Перевірка даних на нормальність показала статистично значущі відхилення для всіх ключових змінних (ВТС, нейротизм,

життєстійкість), що обґрунтовує необхідність застосування непараметричних методів аналізу.

Емпірична перевірка повністю підтвердила висунуті гіпотези, виявивши надзвичайно сильні кореляції між вторинною травматизацією та психологічними чинниками. Нейротизм виступає ключовим фактором ризику, маючи потужний прямий зв'язок із ВТС ( $\rho = .996$ ). Водночас життєстійкість ( $\rho = -.997$ ) та соціальна підтримка ( $\rho = -.998$ ) підтвердили свою роль потужних протективних факторів через сильні зворотні зв'язки. Окрім цього, виявлено, що вище робоче навантаження (кількість клієнтів з ПТСР) та довший стаж роботи з травмою також прямо корелюють із вищим рівнем ВТС.

Побудована регресійна модель підтвердила Гіпотезу 4, продемонструвавши надзвичайно високу прогностичну силу: комбінація трьох основних психологічних чинників (нейротизм, життєстійкість, соц. підтримка) пояснює 98,2% дисперсії вторинної травматизації. Через виражену мультиколінеарність змінних, покроковий аналіз виділив найбільш ефективну модель, яка пояснює 99% ВТС. До цієї фінальної моделі увійшли життєстійкість, особистісні риси (згідність, екстраверсія), стаж роботи з ПТСР та соціальна підтримка, причому життєстійкість та згідність мали найвагоміший внесок.

Результати дослідження свідчать, що вторинна травматизація є багатофакторним феноменом, який визначається як особистісними рисами (нейротизм) та ресурсами (життєстійкість), так і потужними організаційними чинниками (робоче навантаження). Ефективна профілактика вимагає комплексного підходу, що виходить за межі індивідуальної відповідальності фахівця. Запропонована інтегрована модель профілактики включає індивідуальний рівень (розвиток усвідомленості та самоспівчуття), міжособистісний (травмо-інформована супервізія та колегіальна підтримка) та організаційний (управління навантаженням та створення підтримуючої культури).

## ВИСНОВКИ

За результатами досягнення поставленої мети та виконання завдань дослідження можемо зробити наступні висновки:

1. На основі теоретичного аналізу вторинний травматичний стрес (ВТС) визначено як опосередковану реакцію на травму клієнта, що проявляється ПТСР-подібними симптомами та відрізняється від вигорання своїм раптовим розвитком. Теоретичні моделі пояснюють цей феномен через механізми емпатійного виснаження (модель Фіглі) та порушення когнітивних схем фахівця (CSDT). Встановлено, що розвиток ВТС детермінується сукупністю внутрішніх чинників ризику (власний травматичний досвід, висока емпатія без належної саморегуляції, перфекціонізм) і зовнішніх (інтенсивне робоче навантаження, недостатня організаційна підтримка). Головними протективними ресурсами, виокремленими в літературі, є резилієнтність, системна супервізія та колегіальна підтримка.

2. Встановлено особливості психоемоційного стану фахівців: у вибірці практикуючих психологів домінує помірний рівень вторинної травматизації (87,2% респондентів) та професійного вигорання. Даний поширений субклінічний стан розвивається на тлі вираженого дефіциту протективних ресурсів, оскільки 44,2% фахівців продемонстрували низький рівень особистісної життєстійкості. Статистичний аналіз також виявив ненормальний розподіл ключових змінних, зокрема, бімодальний розподіл за шкалою нейротизму, що вказує на поляризацію вибірки за цим фактором ризику.

3. Емпірично виявлено та підтверджено гіпотези про надзвичайно сильні кореляції між рівнем вторинної травматизації та психологічними чинниками. Нейротизм виступає ключовим фактором ризику, маючи потужний прямиий зв'язок ( $\rho = .996$ ). Одночасно життєстійкість ( $\rho = -.997$ ) та

соціальна підтримка ( $\rho = -.998$ ) підтвердили свою роль потужних протективних факторів. Окрім особистісних, підтверджено і вплив організаційних чинників: вище робоче навантаження (кількість клієнтів) та довший стаж роботи безпосередньо з травмою прямо корелюють із вищим рівнем ВТС.

4. Побудована регресійна модель підтвердила високу прогностичну силу досліджуваних чинників. Сукупність трьох основних психологічних змінних (нейротизм, життєстійкість, соц. підтримка) пояснює 98,2% дисперсії вторинної травматизації. Через виявлену високу мультиколінеарність предикторів, був проведений покроковий аналіз, який визначив найбільш ощадливу та потужну модель. Фінальна модель пояснює 99% дисперсії ВТС та включає п'ять значущих предикторів: життєстійкість, особистісні риси (згідність, екстраверсія), стаж роботи з ПТСР та соціальну підтримку.

5. На основі виявлених детермінант (де ВТС є багатофакторним феноменом, зумовленим як особистісними ресурсами, так і організаційними чинниками) запропоновано інтегровану модель превенції. Ефективна профілактика вимагає комплексного підходу, що виходить за межі індивідуальної відповідальності фахівця. Модель поєднує індивідуальний рівень (розвиток усвідомленості, самоспівчуття та життєстійкості), міжособистісний (впровадження травмо-інформованої супервізії та колегіальної підтримки) та організаційний (обов'язкове управління робочим навантаженням та створення підтримуючої культури в організації).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гунько Б. А. (2015). Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. *Вісник ВНМУ*, 1 (19), 216-219.
2. Кісарчук, З. Г. та ін. (2020). Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу. Київ: Видавничий Дім «Слово».
3. Літнарівич, Р. М. (2006). Основи математичної статистики у психології. Рівне: МЕГУ.
4. Мельник, Ю. Б., Стаднік, А. В. (2023). Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки: методичний посібник. Харків: «ХОГОКЗ».
5. Плетка, О. І. (2022). Вторинна травматизація: класифікація медіатравм. <https://mediaosvita.org.ua/wp-content/uploads/2017/06/Pletka-medyatravma.pdf>
6. ЦКПХ (2025). Що таке ПТСР? Симптоми та наслідки. <https://dn.cdc.gov.ua/article/shho-take-ptsr-symptomu-ta-naslidky/>
7. Школіна, Н. В., Шаповал, І. І., Орлова, І. В., Кедик, І. О., Станіславчук, М. А. (2020). Адаптація та валідація україномовної версії шкали стресостійкості коннора — Девідсона-10 (CD-rRISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. *Український ревматологічний журнал*, 2(80). <https://doi.org/10.32471/rheumatology.2707-6970.80.15236>
8. Ajele Kenni Wojujutari, Erhabor Sunday Idemudia, & Ugwu, L. E. (2024). Evaluation of reliability generalization of Conner-Davison Resilience Scale (CD-RISC-10 and CD-RISC-25): A Meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297913>
9. ALI, Maizatul Mardiana Harun, Norhayati, W., & Engku Mardiah Engku Kamarudin. (2023). The Relationship between Vicarious Trauma and Self-

Efficacy among Trainee Counsellors At A Public University. *International Journal of Academic Research in Business & Social Sciences*, 13(8). <https://doi.org/10.6007/ijarbss/v13-i8/17651>

10. American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.). Washington, DC: Author.

11. American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author

12. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Publishing, Inc.; Arlington, VA.

13. APA (2005). Not Going It Alone: Peer Consultation Groups. <https://www.apaservices.org>. <https://www.apaservices.org/practice/ce/self-care/peer-consult>

14. Barbee, A. (2023). Secondary Traumatic Stress: Definitions, Measures, Predictors, and Interventions. *Quality Improvement Center for Workforce Development*. <https://qic-wd.org/blog/secondary-traumatic-stress-definitions-measures-predictors-and-interventions>

15. Beck, C. T. (2011). Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10

16. Birmes P., Hatton L., Brunet A., Schmitt L.(2003). Early historical literature for post-traumatic symptomatology. *Stress and Health*, 19(1), 17-26.

17. Boscarino, J. A. , Figley C. R., and Adams R. E. (2004). Compassion Fatigue Following the September 11 Terrorist Attacks: A Study of Secondary Trauma Among New York City Social Workers. *PubMed*, №6 (2), 57-66.

18. Brewin, C.R, Lanius, R.A, Novac, A, Schnyder, U, Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: life after Criterion A. *J Trauma Stress*, 22(5), 366–373. doi: 10.1002/jts.20443.

19. Bride, B. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work, 52*(1), 63-70.
20. Butt, M. K., Neringa Grigutyte, & Eimontas, J. (2025). Protective and risk factors for STS among mental health professionals serving war refugees in Lithuania and Pakistan. *European Journal of Psychotraumatology, 16*(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2543205>
21. Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*(6), 1019–1028. <https://doi.org/10.1002/jts.20271>
22. Ceobanu, C., Mairean, C. (2015). The Relation between Personality Traits, Social Support and Traumatic Stress. *Revista de cercetare si interventie sociala, 48*, 17-31.
23. Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological Services, 11*(1), 75-86.
24. Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
25. Craig, C.D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping, 23*(3), 319-339.
26. Da Costa, J. M. (1871). On Irritable Heart: A Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and Its Consequences. *American Journal of the Medical Sciences, 61*(121), 17–52.

27. Deriglazov, D., Halamová, J., & Kernová, L. (2025). Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction Interventions via Mobile Applications: A Systematic Review and a Meta- Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 22(3). <https://doi.org/10.1111/wvn.70033>
28. D'Souza, F, Egan, S.J, Rees, C.S. (2011). The relationship between perfectionism, stress and burnout in clinical psychologists. *Behaviour Change*, 28(1), 17–28. doi: 10.1375/bech.28.1.17.
29. Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
30. Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the cost of caring. In Stamm B. H. (Ed.), *Secondary traumatic stress* (pp. 3–28). Sidran Institute
31. Friedman, M.J, Resick, P.A, Bryant, R.A, Brewin, C.R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety*, 28(9), 750–769. doi: 10.1002/da.20767.
32. Friedman, M.J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next. *J Trauma Stress*, 26(5), 548–556. doi: 10.1002/jts.21840.
33. Fye, H.J, Gnilka, P.B, McLaulin, S.E. (2018). Perfectionism and school counselors: Difference in stress, coping, and burnout. *Journal of Counseling & Development*, 96, 349–360. doi: 10.1002/jcad.12218.
34. Germer, C., & Neff, K. (2014). Cultivating Self-Compassion in Trauma Survivors. [https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2015/08/Germer.Neff\\_.Trauma.pdf](https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2015/08/Germer.Neff_.Trauma.pdf)
35. Greenspace. (2020, November 16). Perceived social support | MSPSS | greenspace (US). Greenspace. <https://greenspacehealth.com/en-us/perceived-social-support-mspss/>

36. Hallman, L., Shakespeare, J., & Lafrenière, M. (2012). *SOCIAL INNOVATION RESEARCH GROUP (SIRG) Contexts of Best Practices for Addressing Vicarious Trauma in VAW Work A Review of the Literature*. [https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os\\_best\\_practices\\_for\\_vt-508.pdf](https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_best_practices_for_vt-508.pdf)
37. Havering MIND. (2023). Understanding post-traumatic stress disorder (PTSD) Havering MIND. [https://www.haveringmind.org.uk/wp-content/uploads/2023/01/understanding\\_post\\_traumatic\\_stress\\_disorder\\_ptsd\\_en-gb.pdf](https://www.haveringmind.org.uk/wp-content/uploads/2023/01/understanding_post_traumatic_stress_disorder_ptsd_en-gb.pdf)
38. Health UA (2023). Комплексний ПТСР, аналіз психотравмувальних факторів та їхні наслідки для військовослужбовців. <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/72060-kompleksnij-ptsr--analz-psihotravmuvalnih--faktorv-ta-hn-naslDKi--dlya-vjsk>
39. Henderson, A., Jewell, T., Huang, X., & Simpson, A. (2024). Personal trauma history and secondary traumatic stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 32(1). <https://doi.org/10.1111/jpm.13082>
40. Husain, W., Haddad, A. J., Husain, M. A., Ghazzawi, H., Trabelsi, K., Ammar, A., Saif, Z., Pakpour, A., & Jahrami, H. (2025). Reliability generalization meta-analysis of the internal consistency of the Big Five Inventory (BFI) by comparing BFI (44 items) and BFI-2 (60 items) versions controlling for age, sex, language factors. *BMC Psychology*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02271-x>
41. ISCR (2023). Vicarious trauma in the workplace Prevention and intervention strategies An updated Evidence Review of effective interventions and preventive strategies to address vicarious trauma in the workplace E [https://research.iscr.com.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/3411064/342\\_ER\\_Vicarious-trauma-prevention-FINAL-15.06.2023.pdf](https://research.iscr.com.au/__data/assets/pdf_file/0019/3411064/342_ER_Vicarious-trauma-prevention-FINAL-15.06.2023.pdf)

42. John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory — Versions 4a and 5a* [Technical report]. Institute of Personality and Social Research, University of California, Berkeley.
43. Jones E. (2003). Historical approaches to post-combat disorders. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 361(1468), 533–542
44. Lee, H. J., Lee, M., & Jang, S. J. (2021). Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress, and Burnout among Nurses Working in Trauma Centers: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7228. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147228>
45. Liakhovets, L. O., & Nyzovets-Kropta, O. A. (2025). Compassion fatigue in the context of the work of helping professionals activities: theoretical analysis. *Scientific Notes of Taurida National V.I. Vernadsky University, Series Psychology*, 1, 53–59. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.1/10>
46. Macnamara, C. (2020, June 21). The role of supervision in the trauma-informed journey - Learn. Learn. <https://learn.childhood.org.au/the-role-of-supervision-in-the-trauma-informed-journey/>
47. Maercker, A., & Eberle, D. J. (2022). Disorders specifically associated with stress in ICD-11. *Clinical Psychology in Europe*, 4(Special Issue). <https://doi.org/10.32872/cpe.9711>
48. Mann, S. K., Marwaha, R., & Torrico, T. J. (2024, February 25). Posttraumatic stress disorder (PTSD). *PubMed; StatPearls Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559129/>
49. Manning-Jones, S. (2016). Secondary traumatic stress, vicarious posttraumatic growth, and coping among health professionals; A comparison study. *New Zealand Journal of Psychology*, 20(1). <https://www.psychology.org.nz/journal-archive/Secondary-Traumatic-Stress.pdf>

50. Manzano-García, G., & Ayala-Calvo, J. C. (2012). Emotional exhaustion of nursing staff: Influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review*, 59(1), 101–107. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00927.x>
51. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
52. McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/bf00975140>
53. Memotext (n. d.) ABC model. <https://www.memotext.com/wp-content/uploads/2023/04/ABC-Self-Care.pdf>
54. Menschner, C., & Maul, A. (2016). Strategies for Encouraging Staff Wellness in Trauma-Informed Organizations IN BRIEF. <https://www.chcs.org/media/Brief-Trauma-Informed-Care-Staff-Wellness-1.pdf>
55. Moate, R. M, Gnilka, P. B, West, E. M, Burns, K.L. (2016). Stress and burnout among counselor educators: Differences between adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists, and nonperfectionists. *Journal of Counseling & Development*, 94, 161–171. doi: 10.1002/jcad.12073.
56. Morozenko, A. (2020). Адаптація опитувальника Big Five Inventory для української вибірки. *Психологія і особистість*, №1, 45–52.
57. Moryosef, S., & Taubman – Ben- Ari, O. (2025). Secondary Traumatization Among Mental Health Officers Who Treat Patients With Non-Suicidal Self- Injury and Suicidal Behaviour. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(3). <https://doi.org/10.1002/cpp.70084>

58. NAMI. (2020, October 28). 7 Tools for Managing Traumatic Stress. NAMI. <https://www.nami.org/recovery/7-tools-for-managing-traumatic-stress/>
59. Nayak, M. S. D. P., & Narayan, K. A. (2019). Strengths and Weakness of Online Surveys. *ResearchGate*. <https://doi.org/10.9790/0837-2405053138>
60. NCTSN (2011), Secondary Traumatic Stress A Fact Sheet for Child-Serving Professionals. [https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/secondary\\_traumatic\\_stress\\_child\\_serving\\_professionals.pdf](https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/fact-sheet/secondary_traumatic_stress_child_serving_professionals.pdf)
61. Nimmo, A., & Huggard, P. (2013). A systematic review of the measurement of compassion fatigue, vicarious trauma, and secondary traumatic stress in physicians. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, 37-44.
62. NovoPsych (2021). The Professional Quality of Life Scale – 5 (ProQOL). <https://novopsych.com/assessments/clinician-self-assessment/the-professional-quality-of-life-scale-5-proqol/>
63. Oleshko, I. V., Papzov, K. O. (2025). Ensuring user anonymity in online surveys. *Radiotekhnika*, [https://www.researchgate.net/publication/392209840\\_Ensuring\\_user\\_anonymity\\_in\\_online\\_surveys](https://www.researchgate.net/publication/392209840_Ensuring_user_anonymity_in_online_surveys)
64. Orru, G., Marzetti, F., Conversano, C., Vaghegini, G., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A. (2021). Secondary traumatic stress and burnout in healthcare workers during COVID- 19 outbreak. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 337.
65. PCAR (2020). Trauma-Informed Supervision. [https://pcar.org/sites/default/files/resource-pdfs/trauma\\_informed\\_supervision\\_guide\\_508.pdf](https://pcar.org/sites/default/files/resource-pdfs/trauma_informed_supervision_guide_508.pdf)

66. Pearlman, L. A., & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York, NY: Brunner/Mazel.
67. Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995b). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150–177). Bristol, PA: Brunner/Mazel.
68. PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL). (n.d.). <https://socialwork.buffalo.edu/content/dam/socialwork/home/self-care-kit/compassion-satisfaction-and-fatigue-stamm-2009.pdf>
69. Pryce, J.G., Shackelford, K.K., Price, D.H. (2007). *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*. Chicago: Lyceum Books, Inc.
70. Rajiv, S. J., I-Chant, A. C., Cuttler, C., Leighton, D. C (2022). Неекпериментальні дослідження. <https://surl.li/gnmpsg>
71. RCPSYCH (2022). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) Post-traumatic stress disorder (PTSD). <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/translations/ukrainian/post-traumatic-stress-disorder-PTSD>
72. Resilientretreat (n. d.). Burnout Vs. Compassion Fatigue. [https://semo.edu/faculty-senate/\\_pdfs/burnout-vs-compassion-fatigue-handout.pdf](https://semo.edu/faculty-senate/_pdfs/burnout-vs-compassion-fatigue-handout.pdf)
73. Robino, A. E. (2019). Global compassion fatigue: A new perspective in counselor wellness. *Professional Counselor*, 9(4), 272–284.
74. Rushforth, A., Durk, M., Rothwell-Blake, G., Kirkman, A., Ng, F., & Kotera, Y. (2023). Self-Compassion Interventions to Target Secondary Traumatic Stress in Healthcare Workers: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(12), 6109–6109. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126109>

75. Salmons, J. (2024, June 24). Sage Research Methods Community. Sage Research Methods Community. <https://researchmethodscommunity.sagepub.com/blog/informed-consent-online-participants>

76. Setia, M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261–264. NCBI. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>

77. Sisman, E., Cerit, C., & Polat, A. (2025). Hidden cracks from the largest earthquake of Türkiye: secondary traumatic stress among psychosocial support teams. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2510155. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2510155>

78. Spermon D, Darlington Y, Gibney P. (2010). Psychodynamic psychotherapy for complex trauma: targets, focus, applications, and outcomes. *Psychol Res Behav Manag*, 3, 119-127

79. Spielman, R. M., Jenkins, W. J., Lovett M. D. (2022). Підходи до дослідження. <https://surl.li/icfmtr>

80. Spitzer, R.L, First, M.B, Wakefield, J.C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anxiety Disord [Internet]* 2007, 21(2), 233–241. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.09.006

81. Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., Maercker, A., Petukhova, M., Shahly, V., van Ommeren, M., Alonso, J., Borges, G., de Girolamo, G., de Jonge, P., Demyttenaere, K., Florescu, S., Karam, E. G., Kawakami, N., Matschinger, H., & Okoliyski, M. (2014). DSM-5 AND ICD-11 DEFINITIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: INVESTIGATING “NARROW” AND “BROAD” APPROACHES. *Depression and Anxiety*, 31(6), 494–505. <https://doi.org/10.1002/da.22279>

82. Tarasenko, O., & Dmytro Assonov. (2024). Вторинна травматизація психологів, які працюють зі свідками психотравмуючих подій: огляд

літератури. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 9(2).  
<https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i2.501>

83. Temitope, K. M., & Williams, M. W. M. (2015). Secondary traumatic stress, burnout and the role of resilience in New Zealand counsellors. *New Zealand Journal of Counselling*, 35(1), 1–21. <https://doi.org/10.24135/nzjc.v35i1.189>

84. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979, April 18). The Belmont Report. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

85. Ting, H., Memon, M. A., Thurasamy, R., & Cheah, J.-H. (2025). Snowball Sampling: a Review and Guidelines for Survey Research. *Asian Journal of Business Research*, 15(1), 1–15. <https://doi.org/10.14707/ajbr.250186>

86. UIPHP (2022). MKX-11: що нового?. <https://Uiphp.org.ua>.  
<https://www.uiphp.org.ua/uk/hromadske-zdorovia/podii-ta-anonsy/item/363-mkx11-shcho-novoho>

87. UK Trauma Council (2022). <https://uktraumacouncil.org/trauma/>

88. VA (n. d.) PTSD: National Center for PTSD. [https://www.PTSD.va.gov/understand/what/history\\_PTSD.asp](https://www.PTSD.va.gov/understand/what/history_PTSD.asp)

89. VA (n.d). Dissociative Subtype of PTSD - PTSD: National Center for PTSD.  
[https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dissociative\\_subtype.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/dissociative_subtype.asp)

90. Weathers, F. W., Marx, B. P., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: New Criteria, New Measures, and Implications for Assessment. *Psychological Injury and Law*, 7(2), 93–107. <https://doi.org/10.1007/s12207-014-9191-1>

91. Woodhams, J., & Duran, F. (2024). A model for secondary traumatic stress following workplace exposure to traumatic material in analytical

staff. *Communications Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.1038/s44271-024-00060-1>

92. Ying, L., Wu, X., Lin, C., & Jiang, L. (2014). Traumatic severity and trait resilience as predictors of posttraumatic stress disorder and depressive symptoms among adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *PLoS ONE*, 9(2), e89401. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089401>

93. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)

## ДОДАТКИ

### Додаток А

#### АНКЕТА ДЛЯ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

*(вхідне демографічне опитування психологів)*

**Мета опитування:** збір узагальнених соціально-демографічних та професійних даних для статистичного опису вибірки дослідження «Психологічні чинники вторинної травматизації психологів, що надають професійну допомогу особам з ПТСР».

Отримана інформація є конфіденційною, обробляється у знеособленому вигляді та використовується виключно в наукових цілях.

#### Анкета

1. Вік:

\_\_\_ років

2. Стать:

Чоловіча

Жіноча

3. Освіта (останній отриманий рівень):

Магістр

Спеціаліст

Бакалавр

PhD / кандидат наук

4. Кількість років професійної діяльності у сфері психології:

\_\_\_ років

5. Кількість років роботи безпосередньо з клієнтами, які мають ПТСР або психотравматичний досвід:

\_\_\_ років

6. Місце основної професійної діяльності:

Приватна практика

НУО / благодійна організація

- Поліклініка / лікарня / клініка
- Університет / наукова установа
- Шкільний / реабілітаційний центр
- Інше (вказати) \_\_\_\_\_

7. Регіон практики:

- Харків
- Дніпро
- Київ
- Одеса
- Львів
- Інший регіон (вказати) \_\_\_\_\_

8. Наявність офіційної ліцензії або сертифіката для здійснення психологічної практики:

- Так
- Ні

9. Проходження спеціалізованих тренінгів або курсів із роботи з травмою / ПТСР:

- Так
- Ні

10. Частота проходження супервізії або клінічної супервізії:

- Не проходжу супервізію
- Раз на квартал
- Раз на місяць
- Щотижня
- За потреби

11. Орієнтовна кількість клієнтів із симптомами ПТСР / психотравми на тиждень:

\_\_\_\_\_ клієнтів

12. Тип працевлаштування / зайнятості:

- Повна зайнятість

- Часткова зайнятість
- Фріланс / приватна практика
- Комбінований тип

13. Додаткові коментарі (за бажанням):

Дякуємо за участь у дослідженні!

## Результати авторського анкетування

№	Вік	Стать	Освіта	кількість років за професією психолога	кількість років роботи з ПТСР	місце основної професійної діяльності	Регіон практики	наявність офіційної ліцензії/сертифікату	тренінгами/курсами з	супервізії/клінічної	тиждень з	тип працевлаштування/зайнятості
1	42	1	3	6	2	1	1	2	1	3	3	1
2	36	2	1	6	3	5	2	1	2	2	2	1
3	43	2	1	8	5	3	3	1	1	1	4	3
4	51	1	1	5	3	3	2	1	2	3	4	1
5	35	2	1	10	8	2	1	1	1	3	4	3
6	35	2	3	8	2	1	6	1	1	2	2	1
7	52	1	1	2	1	1	5	1	2	3	4	3
8	44	2	1	8	7	1	4	1	1	5	7	1
9	33	2	1	8	4	1	6	1	2	1	5	2
10	42	1	1	6	1	3	3	1	2	3	4	2
11	33	2	1	9	4	1	6	2	1	3	4	3
12	33	2	1	3	1	1	2	1	1	4	2	1
13	40	2	1	5	1	6	3	1	1	2	1	2
14	25	2	1	3	1	5	5	1	2	3	4	2
15	25	2	1	3	2	5	2	1	1	4	4	2
16	32	1	1	10	1	6	3	1	2	5	5	3
17	28	2	2	6	5	1	4	2	2	3	3	3
18	40	2	1	6	2	1	5	1	2	3	1	3
19	29	2	1	5	4	3	4	1	1	3	3	1
20	25	2	2	3	2	3	3	1	2	4	1	3

21	51	2	1	6	2	1	6	1	2	3	2	2
22	35	2	2	4	3	4	6	1	1	1	5	1
23	38	1	1	8	3	1	6	1	1	5	7	1
24	25	2	1	3	2	1	2	1	2	3	4	1
25	33	2	1	10	2	2	3	1	1	3	2	3
26	38	2	1	8	6	2	2	1	2	2	6	3
27	27	2	1	5	3	2	3	1	1	3	6	3
28	41	1	1	6	5	1	3	1	1	3	2	2
29	32	1	4	10	2	5	5	1	2	3	3	2
30	35	2	1	8	8	1	1	1	1	1	3	1
31	32	2	3	10	3	1	2	1	1	3	5	1
32	54	2	1	5	3	5	2	1	1	5	7	2
33	37	2	2	12	7	5	1	1	1	1	7	1
34	28	2	1	6	6	5	5	2	1	5	5	1
35	45	2	1	4	4	4	6	1	1	3	6	2
36	27	2	1	5	5	3	1	1	2	4	3	3
37	39	2	1	4	2	2	1	1	1	4	1	4
38	25	2	2	3	1	1	3	1	2	3	1	4
39	26	1	1	4	1	1	2	1	1	3	4	3
40	39	2	1	7	6	1	2	1	2	4	3	2
41	44	2	1	8	5	1	3	2	1	3	4	3
42	39	2	1	4	4	3	3	1	2	3	2	3
43	36	1	3	8	1	2	2	1	1	3	2	1
44	35	2	3	8	8	1	4	1	1	4	4	1
45	25	2	3	3	3	1	5	2	1	4	2	3
46	31	2	1	6	1	3	6	1	1	4	1	1
47	33	2	1	11	10	1	3	2	1	3	7	2
48	47	2	3	7	6	4	1	1	1	4	4	2
49	41	2	1	6	1	2	6	2	2	2	3	1

50	25	2	4	3	3	2	1	1	1	3	2	1
51	40	2	4	12	7	2	4	2	1	1	4	1
52	34	2	2	7	4	4	5	1	1	3	1	1
53	31	2	1	9	5	1	5	2	2	3	5	1
54	43	1	1	11	1	3	6	1	1	3	3	3
55	47	2	2	8	6	2	1	1	1	3	4	1
56	46	2	1	7	1	1	6	1	1	3	6	2
57	30	2	1	8	3	5	3	1	2	3	3	1
58	35	2	1	9	8	4	3	1	2	2	4	4
59	40	2	3	10	2	3	3	1	1	3	4	1
60	46	2	1	13	4	4	4	1	2	2	4	2
61	33	2	1	5	2	5	5	1	2	1	1	3
62	36	2	1	9	5	3	6	2	1	3	2	3
63	28	2	1	6	1	4	1	1	2	3	1	1
64	27	2	4	5	1	3	6	2	1	3	4	3
65	45	2	1	6	5	3	3	1	1	3	3	2
66	50	2	1	5	1	3	6	1	1	3	3	2
67	37	1	2	9	1	3	2	2	1	4	1	1
68	47	2	2	6	1	1	2	1	1	3	2	1
69	41	2	1	4	4	5	6	1	2	3	4	3
70	32	2	2	7	4	5	2	1	1	1	4	2
71	41	1	1	6	4	1	4	1	1	3	9	2
72	51	1	1	3	3	4	3	1	1	3	3	3
73	37	2	2	10	10	1	3	2	2	3	5	3
74	52	2	2	11	5	1	6	2	1	3	7	1
75	25	2	2	3	1	3	4	1	1	3	6	3
76	45	2	3	4	1	1	2	1	1	3	4	1
77	38	2	1	5	3	4	1	1	1	4	1	3
78	35	2	1	11	6	4	3	1	2	4	7	3

79	38	2	2	6	6	2	3	1	2	3	7	4
80	25	1	1	3	3	1	2	1	1	5	1	1
81	36	1	2	7	6	1	1	1	2	1	4	1
82	41	2	2	9	2	3	3	2	2	2	5	1
83	51	2	3	7	1	6	1	1	2	1	3	1
84	33	2	1	11	7	3	3	1	1	3	3	1
85	30	2	1	8	4	1	4	1	1	4	3	3
86	33	1	1	7	4	3	5	1	1	2	7	1

Кодування значень:

1. Вік – не має кодування.
2. Стать: 1- Чоловіча; 2 – Жіноча.
3. Освіта: 1 – Магістр; 2 – Спеціаліст; 3 – Бакалавр; 4 – Кандидат/PhD.
4. Кількість років за професією психолога – не має кодування.
5. Кількість років роботи з ПТСР – не має кодування
6. Місце основної професійної діяльності: 1 – Приватна практика; 2 – НУО/благодійна організація; 3 – Поліклініка/лікарня/клініка; 4 – Університет/наукова установа; 5 – Шкільний/реабілітаційний центр; 6 – Інше.
7. Регіон практики: 1 – Харків; 2 – Дніпро; 3 – Київ; 4 – Одеса; 5 – Львів; 6 – Інше.
8. Наявність офіційної ліцензії: 1 - Так; 2 – Ні;
9. Робота зі спеціалізованими тренінгами/курсами з роботи з травмою/ПТСР: 1 - Так; 2 – Ні;
10. Частота супервізії/клінічної супервізії: 1 – Немає супервізії; 2 – Квартально; 3 – Щомісячно; 4 – Щотижня; 5 – За потреби;
11. Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою – не має кодування;
12. Тип працевлаштування/зайнятості: 1 – Повна зайнятість; 2 – Часткова зайнятість; 3 – Фріланс/Приватна практика; 4 – Комбінований тип.

## Комплексне опитування професійної якості життя (ProQOL)

## ШКАЛА (ОПИТУВАЛЬНИК) ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНИХ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Нижче наведено кілька тверджень про ваш досвід медичного працівника, як позитивний, так і негативний. Подумайте, чи стосується кожне твердження вашої поточної робочої ситуації. Обведіть цифру, яка найточніше відображає, як часто Ви стикалися з цими речами за останні 30 днів.

	ніколи	рідко	іноді	часто	дуже часто
1. Я щасливий, що обрав роботу в сфері охорони здоров'я.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Іноді мені доводилося робити те, що суперечить моїм особистим цінностям.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Через мою роботу у мене виникають небажані, тривожні думки.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Я бачив на роботі речі, які, на мою думку, є морально неправильними.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Я відчуваю підтримку з боку моїх колег.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Я відчуваю енергію, працюючи з пацієнтами.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Я часто думаю про своїх пацієнтів, коли перебуваю в колі сім'ї.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Адміністративні процедури та правила роблять мою роботу занадто важкою.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

9. Іноді я не в змозі надати допомогу, яка, на мою думку, повинна була бути надана.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Я думаю, що на мене впливають страждання, які я бачу на роботі.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Моя сім'я підтримує мене в моїй роботі в сфері охорони здоров'я.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Через мою роботу я відчуваю занепокоєння з приводу багатьох речей.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Люди, які приймають рішення, що впливають на мою роботу, піклуються про мій добробут.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Іноді мені було соромно за рішення, які я приймав на роботі.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Я відчуваю себе нещасливим на роботі.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Я відчуваю депресію через страждання, які бачу на роботі.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Я нещасний, тому що бачу, як медичні працівники роблять речі, які, на мою думку, є неетичними.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Мій керівник піклується про моє особисте благополуччя.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Моє робоче навантаження здається нескінченним.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. На моєму робочому місці надзвичайно суворі умови праці.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Я відчуваю задоволення від своєї	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

роботи в охороні здоров'я.					
22. Через роботу у мене дуже мало часу на особисте життя.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. У мене є люди, з якими я можу поговорити про мої проблеми на роботі.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Я вірю, що можу змінити щось на краще завдяки своїй роботі в охороні здоров'я.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. У мене є близькі друзі, які підтримують мене в моїй роботі.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Я уникаю діяльності або ситуацій, які нагадують мені про страждання пацієнтів.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Я пишаюся тим, що можу допомогти.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Я відчуваю відповідальність за те, що не завжди міг допомогти людям.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Моя робота виснажує мене.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Я відчуваю, що моя робота в охороні здоров'я робить світ кращим.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### ЗАДОВОЛЕННЯ ВІД СПІВЧУТТЯ

<p>Перенесіть кількість балів ваших відповідей ("Ніколи" = 1, "Рідко" = 2 і т.д.) на ці шість запитань у цю таблицю, а потім складіть їх. Запишіть загальну суму внизу. Потім знайдіть свій результат у</p>	<p>Сума відповідей на запитання щодо задоволеності співчуттям:</p> <p>12 або менше</p> <p>від 13 до 23</p> <p>24 або більше</p>
---	---

таблиці праворуч, щоб дізнатися, чи є у вас низький, середній або високий рівень задоволення від співчуття.	
	Питання: 1,6,21,24,27,30

### ВІДЧУТНА ПІДТРИМКА

Перенесіть кількість балів ваших відповідей ("Ніколи" = 1, "Рідко" = 2 і т.д.) на ці шість запитань у цю таблицю, а потім додайте їх. Запишіть загальну суму внизу. Потім знайдіть свій результат у таблиці праворуч, щоб дізнатися, чи маєте ви низький, середній або високий рівень сприйняття підтримки.	5. 11. 13. 18. 23. 25.	Сума балів відповідей на запитання щодо підтримки, що відчувається:  12 або менше  від 13 до 23  24 або більше
---	---------------------------	--

### ПРОФЕСІЙНЕ ВИГОРЯННЯ

Перенесіть кількість балів ваших відповідей ("Ніколи" =1 "Рідко" = 2 і т.д.) на ці шість запитань у цю таблицю, а потім складіть їх. Запишіть загальну суму внизу. Потім знайдіть свій результат у таблиці праворуч, щоб дізнатися, чи маєте ви низький, середній або високий рівень вигорання.	8, 15,19, 20, 22, 29	Сума балів відповідей на запитання щодо підтримки, що відчувається:  12 або менше  від 13 до 23  24 або більше
---	-------------------------	--

### ВТОРИННИЙ ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС

<p>Перенесіть кількість відповідей ("Ніколи" 1, "Рідко" = 2 і т.д.) на ці шість запитань у цю таблицю, а потім складіть їх. Запишіть загальну суму внизу. Знайдіть свій результат у таблиці праворуч, щоб дізнатися, чи є у вас низький, середній або високий рівень вторинного травматичного стресу.</p>	<p>3, 7, 10, 12, 16, 26</p>	<p>Сума балів відповідей на запитання щодо підтримки, що відчувається:</p> <p>12 або менше</p> <p>від 13 до 23</p> <p>24 або більше</p>
---	---------------------------------	---

### МОРАЛЬНІ СТРАЖДАННЯ

<p>Перенесіть кількість відповідей ("Ніколи" 1, "Рідко" = 2 і т.д.) на ці шість запитань у цю таблицю, а потім складіть їх. Запишіть загальну суму внизу. Знайдіть свій результат у таблиці праворуч, щоб дізнатися, чи є у вас низький, середній або високий рівень вторинного травматичного стресу.</p>	<p>2, 4, 9, 14, 17, 28</p>	<p>Сума балів відповідей на запитання щодо підтримки, що відчувається:</p> <p>12 або менше</p> <p>від 13 до 23</p> <p>24 або більше</p>
---	--------------------------------	---

Big Five Inventory (BFI-44)

Методика Big Five Inventory (BFI-44)

Інструкція: Оцініть, наскільки кожне з наведених тверджень стосується Вас.

Виберіть один варіант відповіді:

- 1 – зовсім не погоджуюсь,
- 2 – не зовсім погоджуюсь,
- 3 – важко сказати,
- 4 – погоджуюсь,
- 5 – повністю погоджуюсь.

- 1. Я відкритий(а) до нових вражень.
- 2. Я завжди знаходжу правильні слова у спілкуванні.
- 3. Я маю схильність до безладу.
- 4. Я здатен(на) до співпереживання.
- 5. Я схильний(а) нервуватись.
- 6. Я активний(а) і енергійний(а).
- 7. Я прагну нових ідей.
- 8. Я дотримуюся правил.
- 9. Я легко дратуюсь.
- 10. Я товариський(а).
- 11. Я маю багату уяву.
- 12. Я старанний(а) у роботі.
- 13. Я чутливий(а) до почуттів інших.
- 14. Я часто тривожусь.
- 15. Я схильний(а) до нових вражень.
- 16. Я люблю допомагати іншим.
- 17. Я маю почуття відповідальності.

18. Я легко збуджуюсь.
19. Я схильний(а) до лідерства.
20. Я дисциплінований(а).
21. Я часто почуваюся спокійним(ою) і врівноваженим(ою).
22. Я люблю аналізувати речі з різних боків.
23. Я стриманий(а) у прояві емоцій.
24. Я легко зосереджуюсь.
25. Я не тривожний(а).
26. Я люблю спілкуватися з іншими.
27. Я здатний(а) на компроміс.
28. Я віддаю перевагу чітким структурам.
29. Я легко втрачаю самовладання.
30. Я ініціативний(а).
31. Я маю живу фантазію.
32. Я схильний(а) до самодисципліни.
33. Я ввічливий(а) у спілкуванні.
34. Я схильний(а) хвилюватися через дрібниці.
35. Я завжди відкритий(а) до спілкування.
36. Я люблю мислити нестандартно.
37. Я вмію працювати систематично.
38. Я дбайливий(а) у стосунках з іншими.
39. Я маю врівноважений характер.
40. Я товариський(а) та відкритий(а).
41. Я здатен(на) до креативного мислення.
42. Я завжди доводжу справи до кінця.
43. Я щирий(а) і чесний(а).
44. Я здатен(на) контролювати емоції

Розрахунок балів факторів для шкали «Великий п'ять» (BFI) передбачає систематичний процес для забезпечення точності та змістовної

інтерпретації результатів. Цей процес підкреслює нюансований внесок індивідуальних відповідей у кожен із п'яти вимірів особистості.

Призначення балів: відповідям за шкалою Лайкерта (1-5) призначаються відповідні бали.

Зворотне оцінювання/факто-елементи: Деякі елементи з негативним формулюванням оцінюються у зворотному порядку («R» означає елементи зі зворотним оцінюванням).

1. Екстраверсія: пункти 1, 6R, 11, 16, 21R, 26, 31R, 36

2. Згідність: пункти 2R, 7, 12R, 17, 22, 27R, 32, 37R, 42

3. Сумлінність: пункти 3, 8R, 13, 18R, 23R, 28, 33, 38, 43R

4. Нейротизм: пункти 4, 9R, 14, 19, 24R, 29, 34R, 39

5. Відкритість: пункти 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35R, 40, 41R, 44

Підсумовування: бали за кожен фактор підсумовуються для отримання загального балу.

## Додаток Д

### ШКАЛА СТРЕСОСТІЙКОСТІ КОННОРА — ДЕВІДСОНА-10 (CD-RISC-10)

Будь ласка, вкажіть, наскільки Ви погоджуєтеся з такими твердженнями, оцінюючи свій досвід за минулий місяць. Якщо та чи інша ситуація не мала місця останнім часом, як би Ви, на Вашу думку, почувалися за таких обставин?

	Зовсім невірно (0)	Дуже рідко вірно (1)	Іноді вірно (2)	Часто вірно (3)	Майже завжди вірно (4)
Я можу адаптуватися до змін.					
Я можу впоратися з будь-якими перепонами на своєму шляху.					
Я намагаюся підходити з гумором до проблем, що виникають.					
Необхідність протистояти стресу робить мене сильнішим					
Я швидко приходжу до норми після хвороб, травм чи інших негараздів.					
Я вважаю, що можу досягти своєї мети, навіть якщо є перешкоди					
У стресовій ситуації я не втрачаю здатності зосереджуватись і ясно мислити					
Я не з тих, кого зупиняють невдачі					
Я вважаю себе сильною особистістю, коли йдеться про виклики і труднощі життя.					

Я можу справлятися з неприємними чи болісними відчуттями, такими як сум, страх та гнів.					
---	--	--	--	--	--

Інтерпретація Шкали стресостійкості Коннора — Девідсона-10 (CD-RISC-10) залежить від суми балів, отриманих за 10 запитань, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від 0 до 4). Чим вища сума балів (максимум 40), тим вищий рівень стресостійкості. Хоча немає єдиної загальноприйнятої класифікації, існують рекомендації щодо інтерпретації результатів, які базуються на таких порогових значеннях:

- Нижча стресостійкість: менше або дорівнює 26 балам.
- Помірна стресостійкість від 27 до 32 балів.
- Висока стресостійкість: більше 32 балів.

Рівень соціальної підтримки вимірюється Шкалою MSPSS

Опитування проводиться з метою дослідження особистого самопочуття. Опитування є добровільним і анонімним. Ми зацікавлені в тому, що ви думаєте щодо кожного з наступних тверджень. Уважно прочитайте кожне твердження і виберіть цифру відповідно до того, як ви оцінюєте твердження щодо себе, якщо:

- 0 - ви дуже не згодні,
- 1 - ви не згодні,
- 2 - ви трохи не згодні,
- 3 - якщо ви нейтральні,
- 4 - ви злегка згодні,
- 5 - ви згодні,
- 6 - ви дуже згодні.

Відповіді мають бути на всі питання. Дякуємо за Ваш час та відповіді!

1. Є хтось, хто поряд, коли я в біді.
2. Є хтось, з ким я можу розділити свої біди і радощі.
3. Моя сім'я насправді хоче мені допомогти.
4. Я отримую емоційну підтримку, в якій маю потребу, від моєї сім'ї.
5. У мене є хтось, з ким я відчуваю себе добре.
6. Мої друзі насправді намагаються мені допомогти.
7. Я можу розраховувати на моїх друзів, коли мені погано
8. Я можу говорити про мої проблеми з моєю сім'єю.
9. У мене є друзі, з якими я можу розділити свої біди і радощі.
10. Є хтось особливий в моєму житті, кого турбують мої почуття.
11. Моя сім'я хоче допомогти мені в прийнятті рішень.
12. Я можу говорити про мої проблеми з моїми друзями.

Опис вираженості рівня сприйняття соціальної підтримки представлений на основі середнього значення від суми сирих балів. Для MSPSS не існує встановлених норм для певних виборок. Крім того, норми можуть значно відрізнятися залежно від культури та національності, а також віку та статі.

При підрахунку результатів на платформі використовуються норми з оригінального дослідження. Для поділу респондентів на групи на основі балів за шкалою MSPSS можна використовувати дескриптори відповідей. При такому підході будь-який середній бал за шкалою від 1 до 2,9 можна вважати низькою підтримкою; бал від 3 до 5 – помірною підтримкою; а бал від 5,1 до 7 — значною підтримкою.

Окрім загальної шкали, в опитувальнику виділяють три субшкали, які можуть слугувати для додаткового аналізу джерел підтримки: Субшкала «Важлива інша людина», Субшкала «Сім'я» та Субшкала «Друзі».

Хоча чітких нормативів для субшкал MSPSS немає, загальноприйнято використовувати ті самі порогові значення, що й для загального балу:

- 1,0 – 2,9: низький рівень підтримки
- 3,0 – 5,0: помірний (середній) рівень підтримки
- 5,1 – 7,0: високий (значний) рівень підтримки

Ці порогові значення застосовуються до кожної субшкали окремо.

## ЗАКОДОВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ

Resp onde nt_ID	Pro QO L_C S	Pro QO L_P S	Pro QOL _BO	ProQ OL_ STS	ProQ OL_ MD	BFI_E xtrave rsion	BFI_A greeabl eness	BFI_Co nscientio usness	BFI_ Neuro ticism	BFI_ Open ness	CDRI SC10_ Total	MSP SS_T otal	MSP SS_F amily	MSPS S_Fri ends	MS PSS _SO
1	22	23	14	16	11	24	36	32	24	36	29	52	17	18	17
2	23	23	18	19	16	25	36	29	29	39	24	46	14	16	16
3	25	24	14	13	12	29	40	37	17	43	33	61	20	21	20
4	22	23	16	17	14	25	36	33	26	37	27	50	16	17	17
5	20	19	20	22	16	22	33	32	31	36	22	42	13	15	14
6	24	25	14	14	11	28	39	36	19	42	31	58	19	20	19
7	21	22	17	18	14	24	35	33	27	37	26	48	15	17	16
8	20	20	21	22	17	22	33	31	32	35	21	41	12	15	14
9	22	22	18	19	15	24	35	32	29	38	25	46	14	16	16
10	22	23	16	17	14	25	36	33	26	37	27	50	16	17	17
11	22	23	17	18	15	24	35	32	28	38	26	47	15	16	16
12	24	25	14	14	11	28	39	36	19	42	31	58	19	20	19

13	26	27	12	11	9	32	42	39	15	46	36	66	22	23	21
14	23	23	16	16	13	26	37	34	25	39	28	51	16	18	17
15	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
16	21	21	19	20	16	23	34	31	31	36	23	43	13	15	15
17	23	24	16	16	13	27	38	34	24	39	28	52	17	18	17
18	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
19	24	25	14	13	11	29	40	37	18	43	32	60	20	21	19
20	24	26	13	12	10	30	41	38	16	45	34	63	21	22	20
21	24	25	15	15	12	28	39	36	22	41	29	55	18	19	18
22	22	22	18	20	16	24	35	32	30	38	24	45	14	16	15
23	20	20	21	23	18	22	33	30	33	35	20	39	11	14	14
24	23	24	16	16	13	26	37	34	25	39	28	51	16	18	17
25	23	24	16	17	14	26	37	34	26	39	27	50	16	17	17
26	21	20	19	21	17	23	34	31	31	36	23	43	13	15	15
27	21	21	19	20	16	23	34	32	30	37	24	45	14	16	15
28	23	24	16	16	13	26	37	34	25	39	28	51	16	18	17
29	23	24	16	17	14	26	37	34	26	39	27	50	16	17	17
30	20	19	20	22	16	22	33	32	31	36	22	42	13	15	14
31	23	24	16	16	13	26	37	34	25	39	28	51	16	18	17

32	21	21	19	20	16	23	34	32	30	37	24	45	14	16	15
33	20	19	20	22	17	22	33	31	32	35	21	41	12	15	14
34	21	21	19	21	17	23	34	31	31	36	23	43	13	15	15
35	21	21	19	20	16	23	34	32	30	37	24	45	14	16	15
36	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
37	26	27	12	11	9	32	42	39	15	46	36	66	22	23	21
38	25	26	13	12	10	30	41	38	16	45	34	63	21	22	20
39	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
40	22	23	17	18	15	24	35	32	28	38	26	47	15	16	16
41	22	23	17	18	14	25	36	33	27	37	27	49	16	17	16
42	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
43	24	25	14	14	11	28	39	36	19	42	31	58	19	20	19
44	20	19	20	22	16	22	33	32	31	36	22	42	13	15	14
45	24	25	14	14	11	28	39	36	19	42	31	58	19	20	19
46	25	26	13	12	10	30	41	38	16	45	34	63	21	22	20
47	19	18	21	23	18	21	32	30	33	34	20	39	11	14	14
48	21	21	19	20	16	23	34	32	30	37	24	45	14	16	15
49	24	25	15	15	12	28	39	36	22	41	29	55	18	19	18
50	24	25	14	13	11	29	40	37	18	43	32	60	20	21	19

51	21	20	19	21	17	23	34	31	31	36	23	43	13	15	15
52	25	26	13	12	10	30	41	38	16	45	34	63	21	22	20
53	22	22	18	19	15	24	35	32	29	38	25	46	14	16	16
54	23	24	16	16	13	27	38	34	24	39	28	52	17	18	17
55	21	20	19	21	17	23	34	31	31	36	23	43	13	15	15
56	22	22	18	19	15	24	35	32	29	38	25	46	14	16	16
57	23	24	16	16	13	26	37	34	25	39	28	51	16	18	17
58	21	21	19	20	16	23	34	32	30	37	24	45	14	16	15
59	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
60	22	22	18	19	15	24	35	32	29	38	25	46	14	16	16
61	25	26	13	12	10	30	41	38	16	45	34	63	21	22	20
62	22	23	17	18	15	24	35	32	28	38	26	47	15	16	16
63	25	26	13	12	10	30	41	38	16	45	34	63	21	22	20
64	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
65	23	24	16	16	13	27	38	34	24	39	28	52	17	18	17
66	23	24	16	16	13	27	38	34	24	39	28	52	17	18	17
67	24	25	14	14	11	28	39	36	19	42	31	58	19	20	19
68	24	25	14	14	11	28	39	36	19	42	31	58	19	20	19
69	22	22	18	19	15	24	35	32	29	38	25	46	14	16	16

70	21	21	19	20	16	23	34	32	30	37	24	45	14	16	15
71	20	19	20	22	16	22	33	32	31	36	22	42	13	15	14
72	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
73	19	18	22	24	19	21	32	29	34	34	19	37	10	13	14
74	20	20	20	22	17	22	33	31	32	35	21	41	12	15	14
75	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
76	23	24	15	15	12	27	38	35	23	40	29	54	18	19	17
77	26	27	12	11	9	32	42	39	15	46	36	66	22	23	21
78	20	19	20	22	16	22	33	32	31	36	22	42	13	15	14
79	20	20	20	22	17	22	33	31	32	35	21	41	12	15	14
80	25	26	13	12	10	30	41	38	16	45	34	63	21	22	20
81	21	20	19	21	17	23	34	31	31	36	23	43	13	15	15
82	22	23	17	18	15	24	35	32	28	38	26	47	15	16	16
83	24	25	14	14	11	28	39	36	19	42	31	58	19	20	19
84	23	24	16	16	13	27	38	34	24	39	28	52	17	18	17
85	22	23	17	18	15	24	35	32	28	38	26	47	15	16	16
86	21	21	19	20	16	23	34	32	30	37	24	45	14	16	15



## РЕГРЕСІЙНИЙ АНАЛІЗ

Таблиця И.1

Коефіцієнти ієрархічної регресійної моделі (Аналіз 2)

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized		Standardized	t	Sig.	Collinearity	
		Coefficients		Coefficients			Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	10,644	,424		25,103	,000		
	Кількість років роботи з ПТСР	,632	,084	,427	7,544	,000	,857	1,167
	Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою	1,137	,103	,624	11,037	,000	,857	1,167
2	(Constant)	2,596	,377		6,887	,000		
	Кількість років роботи з ПТСР	,191	,036	,129	5,327	,000	,619	1,616
	Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою	,157	,056	,086	2,802	,006	,380	2,630
	BFI-44	,526	,022	,835	23,39	,000	,284	3,525

	Нейротизм				7	0		
3	(Constant)	30,87 6	6,927		4,458	,00 0		
	Кількість років роботи з ПТСР	,116	,027	,078	4,326	,00 0	,560	1,787
	Кількість клієнтів за тиждень з ПТСР/психотравмою	,058	,042	,032	1,385	,17 0	,346	2,887
	BFI-44 Нейротизм	,098	,110	,156	,892	,37 5	,006	165,79 1
	CDRISC10 Загальний бал	-,707	,129	-,864	- 5,474	,00 0	,007	135,63 7
	MSPSS Загальний бал	,047	,129	,101	,364	,71 7	,002	421,24 4
a. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес								

Таблиця И.2

Коефіцієнти покрокової регресійної моделі (Аналіз 3)

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	39,18 4	,332		118,03 5	,00 0		
	CDRISC10	-,811	,012	-,991	-	,00	1,000	1,000

	Загальний бал				67,277	0		
2	(Constant)	46,76 1	1,662		28,139	,00 0		
	CDRISC10 Загальний бал	-,557	,056	-,680	-9,971	,00 0	,037	26,710
	BFI-44 Згідність	-,396	,085	-,316	-4,635	,00 0	,037	26,710
3	(Constant)	57,67 1	2,873		20,073	,00 0		
	CDRISC10 Загальний бал	-,548	,051	-,670	- 10,858	,00 0	,037	26,752
	BFI-44 Згідність	-1,325	,223	-1,059	-5,955	,00 0	,004	222,51 3
	BFI-44 Екстраверсія	,892	,200	,734	4,453	,00 0	,005	191,19 7
4	(Constant)	54,76 2	2,784		19,673	,00 0		
	CDRISC10 Загальний бал	-,533	,047	-,650	- 11,296	,00 0	,037	26,969
	BFI-44 Згідність	-1,176	,211	-,940	-5,581	,00 0	,004	230,84 8
	BFI-44 Екстраверсія	,765	,189	,629	4,039	,00 0	,005	197,62 6

	Кількість років роботи з ПТСР	,080	,021	,054	3,721	,000	,586	1,708
5	(Constant)	57,134	2,782		20,537	,000		
	CDRISC10 Загальний бал	-,756	,088	-,923	-8,543	,000	,010	103,848
	ВФІ-44 Згідність	-1,314	,207	-1,050	-6,350	,000	,004	243,413
	ВФІ-44 Екстраверсія	,751	,181	,617	4,142	,000	,005	197,774
	Кількість років роботи з ПТСР	,070	,021	,047	3,363	,001	,570	1,754
	MSPSS Загальний бал	,181	,062	,390	2,931	,004	,006	157,542

a. Dependent Variable: ProQOL Вторинний травматичний стрес