



ВТОРИННА ТРАВМАТИЗАЦІЯ ПСИХОЛОГІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ ЗІ СВІДКАМИ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ПОДІЙ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

*Olga Tarasenko
Dmytro Assonov*

Стаття представляє огляд попередніх досліджень, що фокусуються на виявленні симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед психотерапевтів, зайнятих терапією індивідуумів, які зазнали психотравмуючого досвіду. Слід зазначити, що вплив психотравми на стан фахівців часто обумовлений не окремою терапевтичною сесією, а скоріше реакцією і сприйняттям спеціаліста на взаємодії з клієнтами. Особисте залучення фахівця в травматичний досвід пацієнтів може призвести до розвитку вторинної травматизації, та симптомів ПТСР. Важливо, що психотерапевти, які мають особистий досвід переживання психотравмуючої події, більш схильні до вторинної травматизації та ПТСР при роботі з постраждалими через особливості емпатії. Однак висока внутрішня мотивація, здатність до адаптації, професійний досвід, ресурсні взаємини з колегами, а також відчуття важливості своєї діяльності сприяють зниженню ризику травмування та успішному здійсненню роботи. Стаття підкреслює низку чинників, які як підвищують, так і знижують ймовірність вторинної травматизації і ПТСР, включаючи власний психотравматичний досвід, рівень мотивації, умови праці та соціальні ресурси.

Актуальність

З початком російсько-української війни в Україні відбулася психічна травматизація населення, яке на власні очі побачило бойові дії, насилля, смерті та руйнування цілих міст: більше 90% мали прояви симптомів ПТСР, а 57% - знаходяться у зоні розвитку ризику такого розладу згідно за даними МОЗ. [2] Згідно цих даних - 70% опитаних українців не зверталися за допомогою до спеціалістів у сфері ментального здоров'я і не відчували такої потреби, 3% отримали і 23% мали таке бажання.

Втім, ПТСР - не єдиний розлад, що загрожує очевидцям психотравмуючих ситуацій. Існують так звана первинна і вторинна травматизація психіки людини, що пережила таку подію. Важливо визначитись, що ми можемо називати психотравмуючою подією. Згідно до DSM-5 (Американська психіатрична асоціація, 2013) це відчуття безпорадності і вразливості перед реальною або загрозовою ситуацією смерті, серйозної травматизації, або сексуального насилля в один або більше з наступних спослів: безпосередній власний досвід травмівної події, бути безпосереднім свідком того, як травмівна подія сталася з іншими, бути очевидцем того, як загрозна подія сталася з близьким членом сім'ї або другом, при умові що ця подія була непередбаченою або насильницькою, а також - багаторазове повторення нестерних деталей травмівної події. [10]

Згідно до МКХ-11 поняття травмівної події розглядається як перебування особи протягом короткого або тривалого проміжку часу в екстремально загрозовій або катастрофічній



ситуації, що здатна викликати відчуття глибокого розпачу. [18]

Якщо людина є безпосереднім свідком такої травматичної ситуації – можна вважати це за первинну травматизацію психіки, що може спричинити посттравматичний стресовий розлад. Якщо особа не є безпосереднім учасником, але має емоційний залишок від впливу травматичних історій та досвіду інших, а також перебуває свідком страху, болю, жаху інших – вона має ризик виникнення вторинної травматизації, яку ще називають вікарною травмою, або травмою свідка. (Американська асоціація консультантів, 2016) [14]

Симптоми як ПТСР, так і вікарної травми дещо схожі: це тяжкі переживання травматичної ситуації, відчуття безсилля, депресії, проблеми зі сном, уникання всього, що може бути пов'язане з ситуацією, відчуження від соціуму, сім'ї та близьких. Також не рідкісні психосоматичні розлади, проблеми з увагою, психомоторне збудження, психогенні реакції та часте повторювання негативних думок, згадок про ситуацію і тд. [1]

Що ПТСР, що вікарна травма існують у суспільстві стільки ж, скільки існує і саме суспільство. Про це свідчать письмові згадки симптомів, належних ПТСР, що спостерігалися у воїнів стародавньої Ассирії, і датуються 1300-600 роками до нашої ери. «Ілліада», «Одіссея» Гомера, п'єса «Генріх IV» Шекспіра та багато інших творів за все існування людства згадували і описували симптоми розладу, який зараз сформовано як ПТСР. Сам термін розладу і відповідні діагностичні критерії були введені тільки в 1980 році Американською психіатричною асоціацією. [3]

Згодом майже без змін термін було внесено в DSM-5 – Довідник діагностичних критеріїв, а також у МКХ-11, якими ми користуємося в наші дні.[10, 18]

Важливим аспектом лікування розладу є не тільки засоби допомоги, а і фахівець, який допомагає потерпілому. Спеціаліст, що працює з постраждалими після психотравмуючих подій, завжди має підвищені ризики власного ментального здоров'я. 50% психологів мають ознаки вікарної травми вище середнього рівня, в той час як ознаки ПТСР виявила мала кількість спеціалістів. Відповідно, прояви ПТСР у спеціалістів, що працюють в умовах бойових дій, не мав впливу на їхню вторинну травматизацію. [5]

Цей огляд направлений на те, щоб проаналізувати вже досліджену інформацію і визначити, чи вплине негативно на психіку психотерапевта робота з особами, що пережили психотравмуючий досвід, і, якщо це так, чи є чинники, які можуть захистити психіку спеціаліста від деструктивного впливу. Також ми проводимо даний огляд літератури щоб проаналізувати уже виявлені реакції, впливи та стани психіки спеціалістів, що мають досвід роботи з психічною травмою під час війни, тероризму, бойових дій.

Метою дослідження ми ставимо дослідити та систематизувати попередні дослідження щоб визначити, чи виникатимуть симптоми ПТСР та/або травма свідка у терапевтів, які працюють з очевидцями психотравмуючих ситуацій. Також хочемо визначити, які саме чинники і як впливають на психологічний стан терапевта, і чи можна зменшити негативний вплив у такому разі, забезпечивши психологічну стійкість спеціаліста.

З досліджених англомовних джерел можна визначити, що робота з психотравмою у бойових умовах впливає на особистість психотерапевта неоднозначно: за умови переживання схожої травматизації в анамнезі, зростає вигогідність отримання терапевтом серйозної вторинної травматизації на робочому місці: розлади адаптації, симптоматику ПТСР чи вікарної травми. Якщо ж такої травми в анамнезі немає, вигогідність вторинної травматизації нижча.

Низька кількість стресу на робочому місці, гарна якість і кількість міцних стосунків з оточенням, здатність до емпатії та резилієнсу а також мотивація допомагати людям і отримання підтримки від населення і держави позитивно впливають на адаптацію терапевта

до бойового стресу. Проведений огляд може дати змогу спрогнозувати, що у майбутніх спеціалістів, які проживають на території бойових дій зараз є підвищена схильність до вторинної травматизації під час роботи зі схожими психічними травмами їх клієнтів у майбутньому. Завдяки цим знанням можна буде надати максимальну обізнаність щодо свого стану фахівцям уже під час їх професійної підготовки.

Матеріали і методи.

Щоб досягти поставленої мети, було проведено літературний огляд. Для цього ми користувалися критеріями пошуку, які відповідають наступним вимогам: робота має бути написана після 2018 року і досліджувати психіку сертифікованого спеціаліста у сфері психотерапії, що працює з психотравмою. Аналізувалися англійські та українські джерела. Пошук відбувався за ключовими словами «PTSD, psychotherapists, witness, war, witness trauma in psychotherapists, secondary trauma in psychotherapists, secondary PTSD in psychotherapists, traumatised psychotherapists, ПТСР, вторинна травма у психотерапевтів» Для пошуку використовували Google Scholar. Критеріями включення статті в огляд були огляди або дослідження за період: 2018 -2023 рр. Країни: увесь світ. Критеріями невключення ми встановили дослідження, що мають об'єктом дослідження симптоми ПТСР не у психотерапевтів.

Згідно до наших критеріїв було знайдено 11 робіт, які ми взяли у роботу, так як вони задовільнили наші критерії.

Результати

Наслідки впливу роботи з психотравмою на терапевтів

Перш за все, вважаємо за необхідне визначитися з тим, кого ми називаємо психотерапевтом чи психологом у даній роботі. Оскільки через поширеність психотравми і екстремальність ситуацій психологічну допомогу і підтримку могли надавати і звичайні люди, що ніколи не мали психологічного, медичного чи психотерапевтичного досвіду або навчання. В одному з джерел таких людей назвали «босоногий терапевт», що означає відсутність базових професійних знань та навичок. Це людина, яка опинилася в такій же ситуації як і потерпілий, і перебуває «тут і поруч», проявляє емпатію та намагається допомогти поліпшити стан потерпілого. [17]

І хоча така допомога, попри те що не професійна, а скоріше інтуїтивна, дійсно може покращити стан людини, що пережила екстремальну ситуацію, ми не включаємо дослідження вторинної травматизації в цих людей. В нашому розумінні психолог або психотерапевт - це людина з психологічною, медичною або медико-психологічною освітою, що має ступінь принаймні бакалавра та здійснює легальну професійну психологічну допомогу у межах своєї спеціалізації.

Попри спеціалізовану підготовку, досвід, особисту психотерапію та супервізію - те, що почує, побачить і сприйме терапевт - лишається з ним надалі. Вплив на психічний стан чинить не конкретно сесія з клієнтом чи пацієнтом, а думки психотерапевта, з якими він лишається після зустрічі. Таким чином, основний вплив на внутрішній стан чинять думки психотерапевта про його отриманий досвід, який, втім, може бути не обов'язково руйнівним і травмуючим, а також - надихаючим і стимулюючим. Спеціаліст не може не проявляти співпереживання до травмованих пацієнтів, а тому його власні негативні емоційні реакції - неминучі. Реакції, пов'язані із вторинною травматизацією - взагалі слід нормалізувати і вважати за неминучі для всіх, хто працює зі складними групами населення. [11]

Однак, необхідно відрізнити, що є проявом впливу самої травми, отриманої терапевтом, а що є проявом реакцій, які виникають через роботу з очевидцями. Із негативних впливів у терапевта

можуть виникати травма свідка, симптоми ПТСР, розлади дезадаптації та вторинна травматизація з різною інтенсивністю.

Постійна робота терапевта передбачає постійний контакт з травматичними спогадами пацієнтів, що може призвести до передачі типових симптомів травми: підвищене збудження, уникання та підозрілість, навіть якщо сам терапевт ніколи не стикався з травматичними подіями. [12]

Для прикладу, за даними дослідження [16] 33% з тих терапевтів, що надавали допомогу жертвам сексуальних злочинів, показали високі рівні вторинного травматичного стресу, особливо – гіперболізовану пильність, підозрілість та страх за близьких.

Основною проблемою є довгострокові наслідки вторинного травматичного стресу, що включають: постійне відчуття пригнічення, виснаження та виснаження під час роботи з клієнтами (Catherall, 1995; Figley, 2002), постійну заклопотаність терапевта думками про клієнтів поза роботою та надмірну ідентифікацію з матеріалами клієнтів (Бітон і Мерфі, 1995; Міллер, 1998), дистанціювання, заціпеніння, відчуження та ігнорування клієнтів (Figley, 1995a, 2002; Pearlman and MacIan, 1995), зокрема, терапевт може зіштовхнутися з проблемами у стосунках з сім'єю, родиною, близькими. Деякі терапевти можуть почати зловживати психоактивними речовинами (Бітон і Мерфі, 1995). [16]

Тому дуже важлива психоедукація ще за час навчання спеціаліста: вирішального значення набуває ставлення психотерапевта до почутого досвіду. Оскільки терапевт буде підготованим до того, що відчуватиме негативний вплив психотравми, для нього це не буде несподіванкою, і, таким чином, дасть інструменти врегулювання свого психоемоційного стану.

Вплив проявлення емпатії психотерапевта під час роботи з психотравмою

Психотерапевт стає свого роду заложником своєї професії, адже коли він виказує переживання, співчуття та емпатію, що є основою психотерапевтичної роботи, він стає більш сприйнятливий до досвіду, яким ділиться розповідач. Емпатія, співчуття та участь є базовими, і одними з найважливіших вмінь психотерапевта, як спеціаліста, однак одночасно з цим збільшують ризики психологічного травмування його самого, однак і не гарантують цього. [11]

Через емпатійне залучення психотерапевта в травматичний досвід постраждалих може виникати вторинна травма, також відома як вікарна травма або вторинний травматичний стрес. В джерелах це розглядається як свого роду контрперенесення, і є внутрішньою трансформацією досвіду, що був отриманий терапевтом. Така трансформація може підірвати відчуття терапевта в особистій безпеці та безпеці світу, натомість відчуття болю та втрати зростає. [16] Однак, разом із вторинною травматизацією терапевт може і особистісно зростати – тобто відчувати посттравматичний зріст, оскільки бачить, як зростає і зміцнює свою стійкість клієнт. [13]

Також у терапевта можуть простежуватися посилення відчуття міжособистісних зв'язків з оточуючими та позитивні зміни у їхній філософії життя та самосприйнятті. [11]

Багато авторів вважають, що підвищена здатність терапевта до емпатії може сприяти підвищеній залученості в травматичні спогади клієнта, і, як говорить прислів'я, на яке посилається автор, «Це і благословення, і прокляття відчувати все так глибоко». [16]

За іншими дослідженнями простежується залежність посттравматичного зросту після травми свідка: він відчувався гірше, якщо когерентність терапевта висока, а емпатія, навпаки, прогнозувала кращий посттравматичний ріст. [15]

Виникає непорозуміння у розбіжності результатів, однак, на нашу думку, цьому може бути

логічне пояснення. На нашу думку, ключовим аспектом є розуміння терміну «емпатія», як явища професійного і явища особистісного. Якщо терапевт буде емоційно залучатися в травматичний спогад людини, переживаючи отриманий досвід гостро і пропускаючи через себе, тобто «відчувати все глибоко» – вірогідність травматизації зростає. Однак, якщо мова йде про здатність спеціаліста під час сесії розділити почуття свого клієнта, але не перекладати цього на себе, він зміцнює стосунки з клієнтом, отримує професійний досвід, і підвищує комплаєнс. А з тим, повертаючись до сказаного вище про посттравматичне зростання та ріст клієнта, забезпечує особистісне зростання і собі.

До того ж, важливо приділили увагу іншим факторам, які можуть впливати на травматизацію спеціаліста. Оскільки емпатія в якійсь мірі відкриває вразливість терапевта, дуже важливо розуміти його вразливості. Наприклад, наявність у терапевта попереднього травматичного досвіду посилює вірогідність виникнення вторинного травматичного стресу. Ті терапевти, що пережили травму в дитинстві, що схожа на травму, яку переживає їх клієнт зараз, показують вищу схильність до отримання ПТСР, ніж ті, хто не мав схожого з їх клієнтом досвіду. [16]

В першому випадку емпатія погіршить психічний стан терапевта, в другому – покращить і результати клієнта, і власні результати терапевта за рахунок оговореного вище.

Даний факт дає можливість спрогнозувати певні ризики для майбутніх українських психотерапевтів. Зараз, під час воєнних злочинів і подій, загроза психотравми для українських дітей висока, як ніколи. Це необхідно враховувати, оскільки набуття психотравматичної події, пов'язаної з насиллям, війною, вбивствами і смертю може спровокувати виникнення вторинної травматизації у особистостей, які вирішать у майбутньому стати психотерапевтами і працювати з психотравмами. Закладам, які готуватимуть спеціалістів, які розповсюджено могли набути травми, потрібно врахувати це у підготовці спеціалістів та проводити освітню роботу.

Роль мотивації психотерапевта до власної роботи допомогати людям з психотравмою

Хоча багато працівників, що йдуть у сферу психічного здоров'я, мають за мотивацію соціальні зміни, отримання роботи, що матиме значення, отримання нових викликів та можливостей, далеко не всі усвідомлюють, що їх життя зміниться навечно після такого досвіду. (Ludick & Alexander & Carmichael, 2007).

Наявність мотивації до виконання своїх обов'язків, праці на своєму робочому місці та бажання допомогати є важливим джерелом ресурсу для терапевта. Спеціаліст із сильною глибинною внутрішньою мотивацією набагато більш захищений, ніж спеціаліст з відсутністю такої.

Коли мотивацією людини до праці як психотерапевта є «вища ціль», як-от: вистояти проти ворога, захистити країну, служіння вищій цілі, в тому числі – і з релігійної точки зору – допомогати один одному, тоді ризики виникнення вікарної травми зменшуються. [11]

Чим більше психотерапевт залучений в свою професію, і бачить свою важливість, як спеціаліст, бачить користь своєї роботи для суспільства – тим менше від підтверджених розладам, пов'язаним з вторинною травматизацією.

Важливим джерелом ресурсів є ідентифікація психотерапевта зі своєю професійною діяльністю, відносини з колегами, приналежність до команди, здатність допомогти людям завдяки своїй роботі. Такі чинники підкріплюють мотивацію і покращують психологічний стан працівника.

Негативно впливають стресори, такі як робота з сильнотравмованими особистостями, конфлікти з колегами, безсилля, особливо коли терапевти не можуть допомогти з

харчуванням, безпекою, політичними перспективами людей або країни, несправедливістю, правами людини. Також сильними стресорами, що знижували мотивацію виявилися низька винагорода праці, невизнання і відсутність підтримки з боку влади, роботодавця та населення. Ці фактори суттєво посилюють підверженість травмуванню терапевта [12]

Зокрема під час бойових дій в Іраку для терапевтів було тяжким випробуванням стикатися з недостатньою гуманітарною та медичною допомогою у лагерьх біженців. [17]

Втім, терапевти мають досить високу (71%) мотивацію допомагати своїм співвітчизникам, а свою терапевтичну роботу, незважаючи на стрес, вважають важливим ресурсом, що покращує стійкість до стресу, який вони переносять. Ще одним із сприятливих факторів для зміцнення стійкості є присутність колег, які підсилюють їх професійно та морально. [12]

Наслідки впливу навколишніх умов на стан психотерапевта, що працює з психотравмою

Основною визначальною деталлю стану спеціаліста є місце і обставини його роботи, адже це визначає, з ким він, скоріш за все працюватиме, і яку специфіку матиме його робота.

Відповідно, важливим фактором було визначено місце і обставини, за яких спеціаліст надає допомогу постраждалим: чи це безпека, чи це польові умови. Чи, можливо, це взагалі онлайн-допомога. Чи йде війна на територіях, чи відбувся теракт або стихійне лихо. Чи задіяні близькі терапевта у бойових діях, чи не задіяні, чи далеко вони від нього, чи ні. Близькі, сім'я і родина – досить важливий і сильний ресурс для терапевта, з яким треба рахуватися, коли мова йде про умови праці.

Робота в безпеці може бути з біженцями, шукачами міжнародного притулку або внутрішньо переміщеними особами. Крім того, середовище переміщених груп формується демографічними та соціально-економічними факторами, і дуже впливає на психічний стан потерпілого. Невирішені конфлікти, погані умови проживання, фінансова та матеріальна незахищеність, відчуття безперспективності негативно впливають на психічне здоров'я біженців, тільки погіршуючи їх стан та роблять роботу психотерапевта ще складнішою, що відображається на його власному психічному здоров'ї.[12]

Такі пацієнти відчувають тяжкість життя у таборах для біженців, відторгнення себе з боку рідної країни. Також вони можуть бути очевидцями або і жертвами сексуального або фізичного насилля та смерті і відривання від своєї культури. Такі події можуть супроводжуватися безсиллям, занепокоєнням, тривогою, страхами, невпевненістю і безнадією. Під час аналізу 21 країни виявили ПТСР у 3-88% таких людей, депресію у 5-80%, а різноманітних форм тривожних розладів від 1 до 81%. Травми, що були спричинені діями людини (катування, фізичне та сексуальне насилля) передують виникненню ПТСР і коморбідної депресії та є одними із найбільш впливаючих чинників на травматизацію спеціаліста.[12]

Таким чином, психотерапевти мають ризики розвитку ПТСР, працюючи з біженцями, а також – і просто спостерігаючи за їх життям у таборах.

Скарги пацієнтів, такі як підвищена емоційність, фізичні скарги, часті дисоціативні напади, сильне бажання приймати ліки та бажання покинути місце перебування, є негативно впливаючим чинником на психіку психотерапевтів, провокуючи їх стрес. [12]

Місце роботи психотерапевта може бути не тільки у безпечному місці. Зокрема в Україні терапевти, як і їх пацієнти, опинилися якщо не у зоні бойових дій, то під загрозою ракетних ударів, і, відповідно, тут неможливо говорити про безпеку ні спеціаліста, ні його клієнтів. З проведених досліджень відомо, що місце перебування спеціаліста відіграє важливу роль, але ще важливішу – фон його життя.



Населення України перебуває в постійній травмі, оскільки йдуть бойові дії. Це робить досвід українців схожим з людьми, що проживали і надавали допомогу під час війни в Іраку. Цікаво, що психотерапевтам, які проживали в постійній травмуючій обстановці, краще вдавалося адаптуватися до роботи, яка їм і вдавалася краще. Це пояснюється тим, що терапевту, який має схожий життєвий досвід (до якого він уже адаптувався) з тим, про який йому говорить пацієнт, простіше сприйняти. Адже це - і його умови життя, і що немало важливо - і життя його друзів, сім'ї, родини.

Фактично, травмивним є той досвід, який виходить за рамки когнітивного сприйняття людини. Оскільки досвід психотравми для терапевта звичний, він його не вражає, навпаки. [11] Йому легше розділити переживання пацієнта, і, можливо, відчуті і особистісне зростання.

Однак, на нашу думку, це працює виключно за умови, якщо терапевт адаптований до життя в психотравмуючому середовищі і не є вже страждаючим від власної психотравми, отриманої напередодні.

Також має сенс, чи є психотерапевт місцевим, чи приїхав. Місцеві спеціалісти мають переваги: вони розділяють ту ж мову, культуру, і переважно реалігію, що і місцеві пацієнти. Однак, інша сторона медалі - оскільки вони це все розділяють, їм може бути важче дистанціюватися, що, в свою чергу негативно впливає на психічний стан. Важливою складовою успішної адаптації та стійкості психотерапевта до роботи з психотравмою є професійна підготовка, яка може вирішити проблему дистанціювання. Втім, з дослідження в Іраку це простежити важко, адже місцеві терапевти не мали ґрунтовної психологічної підготовки, адже сама професія психотерапевта в Іраку нерозвинена, і більшість отримували недостатню підготовку, отримуючи знання, навички та вміння через курси підвищення кваліфікації, семінари та власний набутий досвід. Інші дослідження підтверджують дану тезу: відсутність необхідної дистанції може привести до вторинної травматизації, оскільки психотерапевт має схожу з пацієнтом травму. Залежно від обстановки в країні, має величезне значення, чи залучені близькі психотерапевта у бойові дії. Якщо так, це чинить додатковий стрес негативно впливає на здатності до адаптації спеціаліста. Хвилювання за родину - один з найсильніших стресорів для терапевта, в той час як міцні зв'язки з родиною - один із найсильніших підсилювачів його ментального здоров'я. [12]

Якщо ж спеціаліст приїхав допомагати людям з-за кордону, він може страждати від ряду інших стресорів, які неупинно впливають на його морально-психічний стан, як-от: часова обмеженість робочого контракту, підвищення кваліфікації, навчань, можлива відсутність додаткової підготовки, щоб стати травматерапевтами, адаптація до подій, в яких він опинився.

Необхідно зазначити, що терапевт, що не є місцевим - має сім'ю та оточення, з якими він наразі розлучений. А це є сильним фактором впливу. Хоча сім'я може бути в безпеці - зв'язки з родиною у терапевта на відстані слабші, що є стресовим фактором для його психіки. Умови праці, гуманітарна допомога та визнання їх як спеціалістів теж є негативним стресором для роботи. До того ж, через різницю менталітету, традиційні поняття та мову психотерапевт може мати недорозуміння з пацієнтами, що теж негативно впливає на їх стан. Наслідком дезадаптації таких терапевтів може бути дезадаптивні механізми втечі: зловживання психоактивними речовинами, алкоголь, секс. Місцеві терапевти відзначали переїдання, відсутність фізичної активності та перегляд телевізору в надмірних кількостях. [12]

Фахівці, які працюють з психотравмою, працюють у стресових умовах: як ті, хто в безпеці, так і ті, хто в бойових умовах. Стрес негативно впливає на психічне благополуччя самого спеціаліста і знижує його адаптаційні можливості і відповідно - резилієнс.

Результати впливу стресорів під час роботи терапевта з психотравмою та його здатність до резилієнсу.

Резилієнс фахівця відіграє дуже важливу роль, адже стресові фактори можуть провокувати не тільки травми, а і вигорання, тривожність, стресові розлади, депресію.

Оскільки резилієнс – мультикомпонентний, прямий зв'язок із кожним окремим розладом визначити складно. Однак, що визначено точно – резилієнс визначає здатність людини до успішного витримування стресу на робочому місці. [11] Психолог, що може толерувати стрес, може більш успішно і менш травматично працювати на робочому місці. Для цього, як ми вже згадували, також потрібно вибудовувати, розвивати і підтримувати соціальні навички, а також займатися саморозвитком, в тому числі і фізичним, мати любов і повагу до своєї роботи, а також отримувати задоволення від своєї роботи.

Люди, що мають гарну здатність до адаптації та стійкість, більш готові діяти в умовах невизначеності, тривоги та труднощів. Такі люди позитивно ставляться до нового досвіду і вважають його цінним, оскільки вони формують відповідний кругозір. Такі данні підтверджують, що життєва стійкість розвивається впродовж всього життя, і також може бути пов'язана зі сферою професійних інтересів, які починають формуватися ще при навчанні. [6]

До того ж, досвід роботи спеціаліста – достатньо сильний фактор, що дає змогу продовжувати працю і зміцнювати свою психологічну стійкість до травматизації. Фактори, такі як достатність часу на відновлення і відпочинок, здатність до адаптації теж грають важливу роль у здатності психотерапевта протистояти стресу. [11]

Історії насилля над жінками та дітьми чинять особливо сильний негативний вплив на терапевта з-поміж всіх інших. [12]

Величезний стрес чинить як згадка пацієнта про насилля, так і фізичне насилля до самого психотерапевта. Після нападу пацієнта на спеціаліста у останніх простежувалися симптоми ПТСР, а також порушення їжі, концентрації та сну через страх перед клієнтом. Це стосувалося особливо тих терапевтів, які пережили попередній напад. У працівників психіатричних закладів, у 5-17% персоналу було виявлено симптоми ПТСР. Статистично трохи більше половини психотерапевтів принаймні один раз піддавалися фізичному насильству або ситуації, що несе високий ризик фізичних травм на їх робочому місці. Приблизно 3% тих, хто відчував у цей час безпорадність, страх, безсилля, повідомляли про симптоми ПТСР. Такі як підвищена пильність, емоційні реакції на нагадування та мимовільні нав'язливі думки. Закономірно, що для зменшення ситуацій фізичного насилля терапевтів під час навчання мають готувати для таких ситуацій щоб допомогти їм забезпечити свою безпеку. Однак лише 15% опитаних спеціалістів проходили відповідне навчання. [9]

Випадки нападів на психотерапевтів підривають їх почуття безпеки, стимулюють симптоми ПТСР, погіршують продуктивність і задоволення від роботи. А це призводить до підвищення стресу, а, отже, робить психіку ще більш вразливою до травматизації.

Також одним із важливих стресорів, які ведуть до подальшої дезадаптації та травмування психотерапевта є вигорання.

Вигорання стається після тривалого емоційного виснаження, перенапруження та зниження почуттів особистих досягнень. Такий стан розповсюджений для тих спеціалістів, що працюють безпосередньо з травмованими людьми. [16]

З дослідження [8] виявлено, що задоволення від співчуття, яке проявляє психотерапевт, є дуже потужним захисним фактором від вигорання. Оскільки за даними того ж дослідження [4] вигорання не впливає на відчуття безпеки чи залученість терапевта, [16] однак збільшує вірогідність виникнення до вікарної травми та вторинного травматичного стресу, можна ствердити, що задоволення від співчуття, яке переживає терапевт під час своєї роботи, є сильним захисним фактором від обох видів травмувань. [8]

Особливо це актуально для терапевтів, які надавали безкоштовну психологічну допомогу на початку війни, а також продовжили надавати безкоштовні послуги, при цьому надмірно навантажуючи себе і працюючи з травмами. Такий підхід теж веде до вигорання фахівців, що, в свою чергу підвищує у них ризик виникнення симптомів вторинного травматичного стресового розладу. [4]

Зовнішні та внутрішні чинники, що позитивно впливають на психіку терапевта, зменшуючи вірогідність травматизації

Робота терапевта з клієнтською психотравмою може мати як руйнівний, так, навпаки, і стимулюючий вплив на терапевта.

Позитивна динаміка спостерігається у спеціалістів, що виявили гарну здатність до адаптації, мають здатність орієнтуватися в стресових умовах і проявляють стійкість на шляху до вирішення труднощів. Важливу роль грає світосприйняття та ставлення до пережитого досвіду: як свого, так і клієнта. Сприйняття будь-якого досвіду, як корисного, відіграє позитивну роль у здатності терапевта захиститися від травматизації. Резилієнс фахівця – дуже важливий захисний фактор, що захищає психіку спеціаліста [6]

Важливо розуміти, що одним із найключовіших факторів для зниження ризику травмаізації психотерапевта є зменшення, або й повне уникання факторів, які підвищують стрес, сприяють ризику вигорання, і відгукуються з травматикою самого терапевта.

Було простежено, які фактори, окрім вищеназваних, позитивно вплинули на захист психіки терапевта від травмування.

Рефлексивність покращує стан саморегуляції, і пом'якшує ефект вторинної травматизації. [7]

Заняття спортом, збагачення професійного досвіду, супервізії, відвідування груп підтримки, а також баланс робота-відпочинок в комплексному застосуванні забезпечують від розвитку станів, що призводять до підвищеного ризику розвитку станів, асоційованих із вторинним травматичним стресом. До того ж, травма-терапевт, який постійно розвивається і знає про нові підходи та методи, теж набагато більш забезпечений від травмування [11, 16, 4]

Важливими позитивними чинниками впливу на психічний стан спеціаліста виявилися сприятливе комфортне соціальне середовище, міцні зв'язки з родиною, якісні соціальні контакти, спілкування та достатня гуманітарна допомога. [12]

Зусилля з профілактики та втручання повинні бути спрямовані на зменшення вигорання для боротьби з цими психологічними наслідками та підвищення рівня задоволення від співчуття. [8]

Дискусія

Отримані результати дослідження демонструють, що спеціалісти, що працюють з психотравмою, мають підвищений ризик отримання вторинної травматизації, травми свідка, ПТСР. Виявлено, що є такі фактори, які підвищують ризики, так і є фактори, що зменшують ці ризики. Однак неможливо назвати точний вплив конкретного фактора на психіку терапевта. Руйнівний вплив чинить комплексна дія.

Досить неочікуваними виявилися розбіжності в дослідженнях емпатії та її впливу на особистість. Це дозволяє зробити припущення про те, що емпатія «оголює» власний травматичний досвід спеціаліста, який може перегукуватися з досвідом травмованої людини. Таким чином, психотерапевт може отримати власну травматизацію з вищою вірогідністю.

Головними чинниками негативного впливу, що було досліджено, виявились: здатність до емпатії, вмотивованість спеціаліста займатися своєю справою і допомагати людям, а також – умови праці, в яких перебуває спеціаліст. Найсильніший позитивний вплив на стан психіки виявили сильні емоційні зв'язки з оточенням та здатність до резилієнсу.

Оскільки було проведено точкові дослідження, на даний момент ми не маємо підтвердженої інформації, що відсутні ще якісь впливові фактори, які можуть чинити ще більший вплив на травмування або збереження психіки терапевта, оскільки були просто не знайдені. Також величезна сфера для досліджень – вплив стресу на спеціаліста. Підтверджено пряму кореляцію між високим рівнем стресу терапевта та його схильністю до вторинного травмування, посттравматичним стресовим розладам, дезадаптації та ін. Проте немає досліджень, що дозволяють виокремити конкретні стресори, що чинять найсильніший чи найслабший вплив на стан терапевта. Таким чином, це відкрите поле для досліджень.

Обмеження

Наша робота обмежена пошуковими системами: ми включали лише ті статті, які можна було знайти в Google Scholar. Також ми користувалися виключно доступними джерелами, які були представлені у вільному доступі. Також користувалися абстрактами статей, доступ до яких був наданий публічно. Лімітує наше дослідження мова: проводився аналіз виключно англійської та україномовної літератури. В роботу не включено дослідження, які не були знайдені через те, що названі інакше, ніж ті ключові слова, якими користувалися ми. Також ми не аналізували фізіологічні чинники, такі як: біохімічні процеси організму, генетичний вплив, фізіологія.

Висновки

Отже, базуючись на нашому дослідженні, ми визначили, що у всіх психотерапевтів, хто працює з психотравмою, існує підвищений ризик власної травматизації, а саме: травма свідка, вторинна травматизація, ПТСР. Хоча стовідсоткової гарантованості травматизації не виявлено. Основними чинниками, що ведуть до підвищення ризиків виявились психотравми, пережиті у власній життєвій історії, низька вмотивованість та залученість до своєї професії, стресові та несприятливі умови роботи, низька стійкість до стресу. Також є чинники, що ведуть до зниження ризиків психотравмування: резилієнс, висока вмотивованість допомагати людям та робити справу задля «вищої мети», сприятливі умови роботи, міцні зв'язки із сім'єю, близькими.

Перспективи досліджень

Ми вважаємо, що поле для досліджень у даній сфері дуже широке. Подальші дослідження можуть бути проведені у площині визначення внутрішніх станів та зовнішніх умов, що впливають на травматизацію терапевта. Також дослідження можуть сконцентруватися на емпіричному визначенні переживань та ставлення спеціаліста до психотравм своїх клієнтів під час роботи. Важливою частиною досліджень може бути простеження емпіричним шляхом зв'язку пережитої психотравми психотерапевтом і отриманого досвіду під час проведення психотерапії. Це дасть можливість спрогнозувати розвиток вторинних травматизацій у спеціалістів, що є очевидцями травмуючих подій, військових злочинів, боєвих дій в Україні. Більш об'ємно розкрити чинники, що впливають на травматизацію психотерапевта, можуть дослідження фізіології, генетики та біології.

Подальші дослідження дають змогу спрогнозувати більш точно виникнення ризиків для спеціалістів та дозволять калібрувати програми навчання, психотерапевтичну та супервізійну роботу з терапевтами задля збереження психіки останніх. Дані дослідження особливо важливі в контексті воєнних подій, адже дають глибоке розуміння захисту власної психіки для фахівців, які в майбутньому зіштовхнуться з цивільним населенням, яке отримало психотравму

під час переживання війни.

Посилання

1. Вознесенська О. Л. (2018). Профілактика емоційного вигорання фахівців, що працюють з травмами війни. Робота з травмами війни. Український досвід : матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 28-31 березня 2018 р.) / [за наук. ред. Л. А. Найдьоновой, О. Л. Вознесенської, В. В. Савінова]. – К. : Золоті ворота. 26-33
2. Чабан О.С., Хаустова О.О. (2022) Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. Укр. мед. часопис, 4: 150. doi.org/10.32471/umj.1680-3051.150.232297.
3. Гунько Б.А. (2015) Посттравматичний стресовий розлад в розрізі часу. Вісник Вінницького національного медичного університету. №1, Т.19. 216-219
4. Лазос, Г. (2022). Психологи і війна: зміна парадигми надання психологічної/психотерапевтичної допомоги та резильєнтність фахівця. ОРГАНІЗАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ. ЕКОНОМІЧНА ПСИХОЛОГІЯ, (3(27), 37-47. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.3>
5. Лікарчук Є. В. (2023). Особливості прояву вікарної травми та посттравматичного стресового розладу у психологів, які працюють в умовах військових конфліктів. Синергетичний підхід до проектування життєвого простору особистості : зб. наук. Матеріалів III Міжнарод. наук.-практ. конф. (27-28 квітня 2023 р., м. Полтава). Полтава. 150-152
6. Щербан Т. Д. (2019). Психологічні особливості психологів у роботі з кризовими ситуаціями / Т. Д. Щербан // Збірник наукових праць. Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер.: Педагогічні та психологічні науки. - Вип.№ 2(13), - С.360-377
7. Catherine Emmanuelle Drapeau, Marc-Simon Drouin, Pierre Plante. (2021). Vicarious trauma and response art: A professional development workshop for psychotherapists working with survivors of trauma. *The Arts in Psychotherapy*. Volume 72.
8. Cummings, C., Singer, J., Hisaka, R., & Benuto, L. T. (2021). Compassion Satisfaction to Combat Work-Related Burnout, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic Stress. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(9-10), NP5304-NP5319. <https://doi.org/10.1177/0886260518799502>
9. Daniels, J.K., Anadria, D. (2019). Experiencing and Witnessing Patient Violence - an Occupational Risk for Outpatient Therapists?. *Psychiatr Q* 90, 533-541. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09648-x>
10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition (2013) American Psychiatric Association.
11. Dr. Nabil Kamel Dukhan A. Iman Ali Abu Athra. (2020). Vicarious Trauma and its Relation with Psychological Resilience among Psychologists working in Mental Health Centers in Gaza Governorates. *IOSR Journal of Research & Method in Education*. Volume 10, Issue 2 Ser. VII. 26-38. www.iosrjournals.org
12. Kizilhan, J.I. (2020). Stress on local and international psychotherapists in the crisis region of Iraq. *BMC Psychiatry* 20, 110. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02508-0>
13. McNeillie, N., & Rose, J. (2021). Vicarious trauma in therapists: A meta-ethnographic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(4), 426-440. doi:10.1017/S1352465820000776
14. Office for Victims of Crime. USA
15. Rebecca Brockhouse, Rachel M. Msetfi, Keren Cohen, Stephen Joseph. (2011) Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress*. Vol.24. 735-742 <https://doi.org/10.1002/jts.20704>
16. Rzeszutek, Marcin. (2014). Secondary traumatic stress among psychotherapists: determinants and consequences. *Polish Journal of Social Sciences*. 9. 63-74.



17. Sinason, V. (2022). Being a 'barefoot therapist' in a time of war: Offering support to traumatised and tortured children and adults. *Psychotherapy & Politics International*, 20, 1-15. <https://doi.org/10.24135/ppi.v20i4.08>
18. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 11th revision (2019). World Health Organization