

## СЕКЦІЯ 4. ОРГАНІЗАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК [159-051:616.895.4]:355.01-048.93  
DOI 10.32999/ksu2312-3206/2024-2-6

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВІКАРНОЇ ТРАВМИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПСИХОЛОГІВ,  
ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ В УМОВАХ ВОЄННИХ КОНФЛІКТІВ**

**Мелоян Анаїт Едуардівна,**

кандидат психологічних наук, професор кафедри психології

*Донбаський державний педагогічний університет*

anaitmeloyan@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7201-5453>

**Лікарчук Євген Володимирович,**

аспірант кафедри психології,

*Донбаський державний педагогічний університет*

evgeniylikarchuk@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-0971-6414>

**Мета.** Метою статті є висвітлення результатів дослідження взаємозв'язку рівня вікарної травми та рівня депресії у психологів, які працюють під час воєнних конфліктів. У статті досліджено вікарну травму та депресію як психологічні явища, де вікарна травма визначена як негативна трансформація психолога, що виникає в результаті емпатійної взаємодії з людьми, які пережили травму, зі схожими на ПТСР, але менш інтенсивними характерними реакціями. **Методи.** У процесі дослідження використані теоретичні, а також психодіагностичні методи, які забезпечили реалізацію констатувального експерименту: Шкала вторинного травматичного стресу, Авторська анкета визначення ознак вікарної травми, Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА – УДХ, опитувальник «Оцінка рівня психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації» О. Родіної. **Результати.** Депресія визначена як негативний афективний стан, який характеризується смутком, порожнечою, безнадійністю, зневірою. Проаналізовано теоретичні дослідження вікарної травми та депресії науковцями. Досліджено генезис вікарної травми й депресії у психологів. Визначено, що є виражені зв'язки між рівнем вікарної травми та депресії, тривоги, ПТСР і вживання алкоголю. Виявлено прямопропорційний вплив симптомів вікарної травми та рівня депресії, наслідки якого простягаються від симптомів зниження настрою, хронічної втоми та дратівливості, провалів у пам'яті, відсутності або погіршення якості сну до деструктивних змін у фізичному здоров'ї. **Висновки.** Гіпотеза про те, що високий рівень вікарної травми може зумовити прояви депресії у психологів, які працюють під час воєнних конфліктів, знайшла своє підтвердження. Симптоми психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації психологів, як-от соматовегетативні порушення, порушення циклу «сон – активність», погіршення самопочуття у сфері емоційних порушень та особливості соціальної взаємодії, є найбільш характерними саме для психологів з високими рівнями вікарної травми та депресії. Психологи цієї групи входять до зони ризику з погляду розвитку депресивних станів у подальшому та погіршення стану не тільки ментального, а й фізичного здоров'я.

**Ключові слова:** *посттравматичний стресовий розлад, дезадаптація, вторинний травматичний стрес, психотравма, психічне здоров'я, втома.*



## THE RELATIONSHIP OF VICARIOUS TRAUMA AND DEPRESSION IN PSYCHOLOGISTS WORKING IN MILITARY CONFLICTS

**Meloyan Anait Eduardivna,**

Candidate of Psychological Sciences, Professor of Department of Psychology,

*Donbas State Pedagogical University*

[anaitmeloyan@gmail.com](mailto:anaitmeloyan@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-7201-5453>

**Likarchuk levhen Volodymyrovych,**

Graduate student of Department of Psychology,

*Donbas State Pedagogical University*

[evgeniylikarchuk@gmail.com](mailto:evgeniylikarchuk@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-0971-6414>

**Purpose.** The purpose of the article is to highlight the results of a study of the relationship between the level of vicarious trauma and the level of depression in psychologists who work during military conflicts. The article examines vicarious trauma and depression as psychological phenomena, where vicarious trauma is defined as a negative transformation of a psychologist that occurs as a result of empathic interaction with people who have experienced trauma, with similar to PTSD, but less intense characteristic reactions.

**Methods.** In the research process, theoretical as well as psychodiagnostic methods were used, which ensured the realization of the ascertaining experiment: the Scale of Secondary Traumatic Stress, the Author's Questionnaire for Determining the Signs of Vicarious Trauma, the "Questionnaire for the assessment of mental health of the KMA – UDH", the questionnaire "Evaluation of the level of psychological, physiological and professional maladjustment" by O.Rodina. **Results.** Depression is defined as a negative affective state characterized by sadness, emptiness, hopelessness, and hopelessness. Theoretical studies of vicarious trauma and depression by scientists were analyzed. The genesis of vicarious trauma and depression in psychologists was studied. It has been determined that there are significant associations between the level of vicarious trauma and depression, anxiety, PTSD, and alcohol use. A directly proportional effect of symptoms of vicarious trauma and the level of depression has been found, the consequences of which range from symptoms of low mood, chronic fatigue and irritability, memory lapses, lack of or deterioration of sleep quality to destructive changes in physical health. **Conclusions.** The hypothesis that a high level of vicarious trauma can cause depression in psychologists working during military conflicts has been confirmed. Symptoms of psychological, physiological and professional maladjustment of psychologists, such as somatovegetative disorders, violations of the "sleep-activity" cycle, worsening of well-being in the field of emotional disorders and features of social interaction, are most characteristic of psychologists with high levels of vicarious trauma and depression. Psychologists of this group are in the risk zone from the point of view of the development of depressive states in the future and deterioration of not only mental, but also physical health.

**Key words:** *post-traumatic stress disorder, maladaptation, secondary traumatic stress, psychotrauma, mental health, fatigue.*

**Вступ.** У сучасному світі та в Україні зокрема робота психологів часто пов'язана з впливом викликів, які є наслідками воєнних конфліктів. Неодноразове слухання важких історій клієнтів може стати причиною значного стресу, у результаті чого психологи отримують опосередковану травму. Психологи часто скаржилися на те, що в них відбулися негативні зміни в тому, як вони стали сприймати себе, стосунки та життя загалом. Актуальність теми статті полягає в тому, що робота психологів передбачає ризик у зв'язку з особливостями співпраці з травмованими клієнтами. Цей ризик істотно зростає під час воєнних конфліктів, коли збільшується кількість клієнтів, які потребують психологічної допомоги, і психологи часто стикаються з людськими стражданнями, втратами та відчувають серйозне навантаження у своїй діяльності, стикаються з наслідками такої роботи. Новизна

наукових рішень полягає в розробці підходів із дослідження проблем, пов'язаних із професійним ризиком психологів набути симптомів вікарної травми та депресії.

### **Теоретичне обґрунтування проблеми.**

Вікарну травму в науковій літературі часто називають вторинною травмою, вторинним травматичним стресом, делегованою травмою, індукованою травмою (Бамбурак, 2018). Ефекти та наслідки травми стосуються не лише тих, хто постраждав, а й психологів, які допомагають. У такому разі йдеться про вторинний травматичний стресовий розлад (Лазос, 2022). Вторинний травматичний стрес визначений Figley як природна, наслідкова поведінка та емоції від знання про травмувальну подію. Його симптоми нагадують симптоми клієнтів, які безпосередньо пережили травмувальну подію: підвищений страх і тривогу, почуття провини, смуток або гнів, безсоння,

нав'язливі образи, виснаження, уникнення, фізіологічне збудження, хронічна дратівливість, головні болі, проблеми із шлунково-кишковим трактом, прискорене серцебиття тощо, але мають меншу інтенсивність та тривалість (Bride et al., 2004). Конструктивістська теорія саморозвитку трактує симптоми вікарної травми як адаптацію до ненормальних подій. При визначенні вікарної травми науковці McCann та Pearlman зосереджуються на змінах когнітивних схем та основних переконань у результаті взаємодії з травматичним матеріалом клієнтів. Так, вікарна травма пов'язана з когнітивними порушеннями у сферах довіри, безпеки, контролю, поваги та інтимних стосунків (Sutton et al., 2022). Вікарна травма – це процес негативної трансформації психолога, який виникає в результаті емпатійної взаємодії з людьми, що пережили травму, з їхніми історіями та способами будувати стосунки в комбінації із зобов'язанням або відповідальністю їм допомагати. Оцінка історій клієнтів може вплинути на переконання психологів щодо справедливого та контрольованого світу, викликати почуття безнадії, песимізму й цинізму (Tsirimokou, Kloess, Dhinse, 2023). Наслідки вікарної травми для здоров'я психологів мають місце в особистому та професійному житті: 1) емоційне відсторонення від родини та друзів; 2) збіднілі клінічні судження та відчуття терапевтичної безвиході; 3) зниження продуктивності праці та якості обслуговування; 4) збільшення кількості захворювань та лікарняних; 5) збільшення плинності кадрів (Sutton et al., 2022). Терміни «вторинний травматичний стрес» та «вікарна травма» використовують як синоніми для позначення негативних наслідків рутинного впливу розповідей клієнтів про травматичний досвід (Tsirimokou, Kloess, Dhinse, 2023), тому поняття вікарної травми та вторинного травматичного стресу визначені тотожними.

На думку психотравматологів, жорстоке поводження підвищує ймовірність депресії. Фізичне насильство корелює з депресією та може опосередковано збільшити ризик її виникнення через почуття нікчемності, низьку самооцінку та страждання. Щоб упоратися з цими негативними емоціями, людина може інтерналізувати біль або виражати його в небажаних і дезадаптивних спалахах (Radell, et al. 2021). Симптоми депресії характеризуються ангедонією, пригніченим настроєм, втомою або втратою енергії, порушенням концентрації уваги, відчуттям нікчемності, втратою або збільшенням апетиту, проблемами сну, суїцидальними думками (Koutsimani, Montgomery, Georganta, 2019). Поняття депресії описує синдром афективного розладу, який характеризується емоційними дисфункціями, основний з яких – стійкий знижений настрій.

Депресія – комбінація емоцій та афективно-когнітивних структур, які містять страх, почуття провини, відчай, гнів, смуток, зневіру, безрадівність, нещастя чи пригніченість (Кравчук, 2021). Стан депресії супроводжується поганим настроєм, нападами туги та паніки, погіршенням різних психічних і когнітивних функцій, схильністю до ізоляції, демотивації, апатії, безнадії, рухової загальмованості, гіпотонії та негативних думок. Хронічні симптоми депресії призводять до дисфункційності в повсякденній діяльності (Bernard, 2018). Найчастіше причинами депресії вважають перебування тривалий час у стресових ситуаціях, серйозне життєве потрясіння, побічні дії від ліків, важкі переживання в дитячому віці тощо (Візнюк, 2021). А. Векс пояснює більшість типових депресивних симптомів як результат дії певних когнітивних детермінант, а саме негативного сприйняття себе, навколишнього світу та свого майбутнього (Кравчук, 2021).

*Гіпотеза:* високий рівень вікарної травми може зумовити прояви депресії в психологів, які працюють під час воєнних конфліктів. Застосування результатів дослідження сприятиме більш ефективній організації робочого процесу психологів, які працюють під час воєнних конфліктів, та збереженню їхнього ментального здоров'я. *Мета дослідження* – провести теоретичний аналіз та експериментальне дослідження з проблеми прояву ознак вікарної травми та депресії у психологів, які працюють в умовах воєнних конфліктів.

**Методологія та методи.** Для реалізації експериментального дослідження ми використали такі методики: Авторська анкета оцінки рівня вікарної травми з розподілом симптомів за кожною із груп: 1) когнітивні; 2) афективні; 3) поведінкові; 4) фізіологічні; 5) ситуативні події; Шкала вторинного травматичного стресу, яка передбачає такі підшкали в розподілі симптомів: 1) інтрузії; 2) уникнення; 3) збудження, створені на основі критеріїв DSM-IV (Bride et al., 2004); Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА – УДХ (Богданов, 2021) та опитувальник «Оцінка рівня психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації» О. Родіної. Для встановлення взаємозв'язку між параметрами, які вивчаються, обчислено коефіцієнт лінійної кореляції К. Пірсона та U-критерій Манна – Уїтні. У дослідженні взяли участь психологи міст Київ, Слов'янськ, Ужгород, Чернігів, Дніпро, Кропивницький, Новоукраїнка (Україна), Хайфа (Ізраїль). Загальна кількість психологів, які взяли участь у дослідженні, становить 50 осіб. Вік респондентів – 31–59 років.

**Результати.** Дослідження за Шкалою вторинного травматичного стресу дало нам змогу виявити 29 % психологів з високим рівнем вікарної травми. Стан цих психологів харак-



теризувався наявністю періодичних нав'язливих тривожних спогадів про травматичні події, пов'язані з досвідом клієнта. У них спостерігалися реакції уникнення спогадів, думок і почуттів, тісно пов'язаних з травмувальними подіями клієнтів, часта заклопотаність думками про певних клієнтів поза робочою ситуацією, втрата надії, песимізм, цинізм, відчуття безнадії, відчуття відірваності від інших та світу, відчуття малоцінності, втома, сонливість, головний біль, біль у животі, ускладнення дихання, задишка, біль у м'язах та суглобах, прискорене серцебиття. При цьому середній рівень вікарної травми виявлено в 34 % досліджуваних, які інколи відчували труднощі в підтримці професійних меж з клієнтами, відчували оніміння, відчуження від клієнтів, помітили зміну харчової поведінки, мали прагнення до соціальної ізоляції, включно з емоційним дистанціюванням від сім'ї, іноді відмовлялися від фізичної близькості та помічали схильність до невиправданого ризику. Низький рівень прояву вікарної травми виявлено у 37 % психологів.

Розроблена Авторська анкета визначення ознак вікарної травми продемонструвала високий рівень вікарної травми у 14 % психологів. Психологи цієї групи мали психологічне навантаження від переживання тривалих почуттів гніву, люті, смутку, провини, сорому, невпевненості в собі, бачили нічні жахи, образи яких схожі на ті, які були в травматичному досвіді клієнтів, мали відчуття вразливості або надмірного хвилювання про потенційні небезпеки у світі та безпеку близьких, відчували підвищену дратівливість, агресію, мали

періодичні вибухові або насильницькі спалахи, відчували спустошеність і безсилля. Середній рівень вікарної травми виявлено у 37 %, низький – у 49 %. Отримані дані занесено в таблицю 1 і зображено графічно на рис. 1.

Узагальнюючи отримані результати, варто зазначити, що всі рівні вікарної травми у психологів досліджуваної вибірки яскраво виражені та мають підтвердження в обох інструментах оцінювання вікарної травми.

На основі Опитувального оцінки психічного здоров'я КМА – УДХ ми виявили високі показники у психологів за шкалами: депресія – 11 %, тривога – 9 %, ПТСР – 14 %, вживання алкоголю – 8 %. Це фахівці, які мають яскраво виражені симптоми депресії, зокрема сум, спустошений стан, втрату інтересу до занять, які були раніше приємними, відчувають втому, низький рівень енергії, втрату апетиту або мають переїдання тощо. Вони значною мірою страждали від симптомів ПТСР, ризик навантаження емоційних переживань власних травм клієнтськими травмами у психологічній практиці постійно зберігався. До того ж спостерігався високий рівень зловживання алкоголем.

Також визначено, що у 23 % психологів спостерігається середній рівень депресії, у 17 % – тривоги, у 29 % – ПТСР, у 20 % – вживання алкоголю. Психологи цієї групи інколи мали відчуття суму, помічали втрату інтересу до щоденних справ, плаксивість, відчуття самотності, ізоляції, час від час мають відчуття втоми, нестачу енергії, відчуття потрапляння в пастку, уповільнення мови або рухів. Подеколи в них виникало тремтіння, знерво-

Таблиця 1  
Показники рівня вікарної травми за Шкалою вторинного травматичного стресу та Авторською анкетой визначення ознак вікарної травми у психологів, які працюють в умовах воєнних конфліктів (n=50)

Показники	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Вікарна травма за Авторською анкетой визначення ознак вікарної травми	49.0	37.0	14.0
Вікарна травма за Шкалою вторинного травматичного стресу	37.0	34.0	29.0

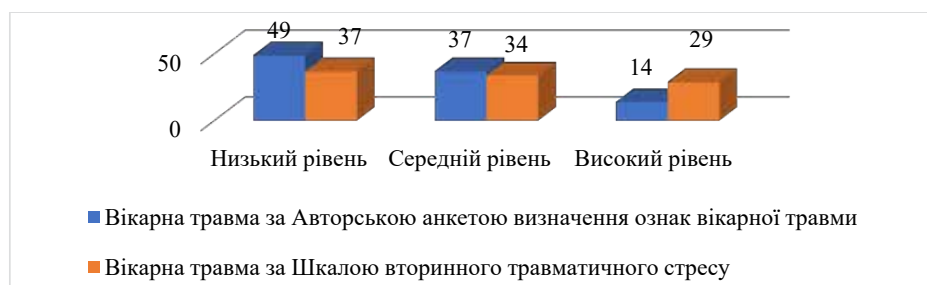


Рис. 1. Розподіл показників вікарної травми у психологів, які працюють в умовах воєнних конфліктів, за двома шкалами визначення ознак вікарної травми, %

ваність, пітливість, відчуття напруженості, напади страху або паніки. Час від часу психологи досліджуваної групи помічали повторювані або нав'язливі спогади про травматичні події, відчували, ніби їх ніхто не розуміє, переживали відчуття втрати сенсу життя. Середні показники залежать від ситуацій, у яких опинилися психологи: за сприятливих умов стабільні, але у випадках несприятливих умов, зростання емоційного напруження показники депресії, тривоги, ПТСР та вживання алкоголю можуть різко підвищуватися. У процесі опитування виявлено, що 62 % психологів мають низький рівень депресії, у 74 % – низький рівень тривоги, 57 % – низький рівень ПТСР, у 72 % – низький рівень вживання алкоголю. Отримані дані занесено в таблицю 2 і зображено графічно на рис. 2.

Підбиваючи підсумки, можна зазначити, що всі три рівні показників депресії, тривоги, ПТСР та вживання алкоголю виражені в досліджуваній вибірці. Більш вираженими виявилися симптоми ПТСР та депресії, а менш вираженими – симптоми тривоги та вживання алкоголю.

Для подальшого дослідження психологи були поділені на дві групи: 1-ша група – випробовувані з високим рівнем вікарної травми за Авторською анкетой визначення ознак вікарної травми (5 осіб); 2-га група – випробовувані з низьким рівнем вікарної травми за Автор-

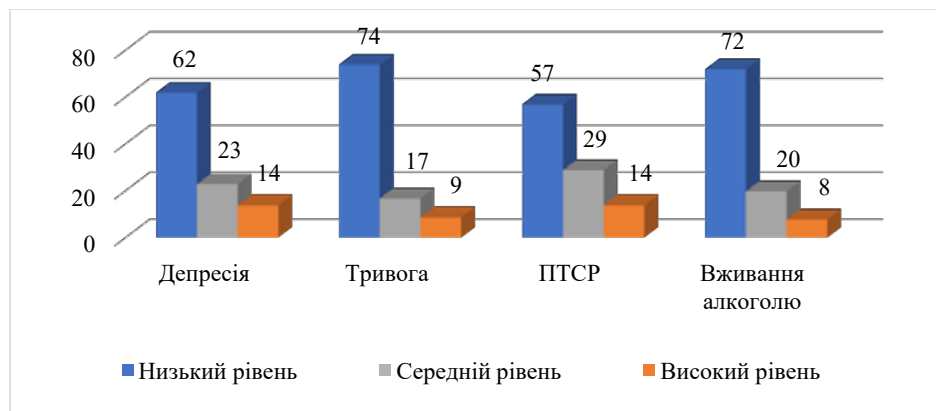
ською анкетой визначення ознак вікарної травми (18 осіб). У таблиці 3 представлено середні значення показників рівня розвитку рівня дезадаптації в обох групах психологів, отримані під час тестування за опитувальником «Оцінка рівня психологічної, фізіологічної і професійної дезадаптації» О. Н. Родіної. Показники вираженості майже всіх симптомів дезадаптації переважали в 1-ій групі. В обох групах найбільш вираженими виявилися соматовегетативні порушення. Психологам 1-ї групи значно більше, ніж психологам 2-ї групи, виявилось характерним те, що вони стали частіше хворіти, помітили погіршення зору, болі в скронях, лобі, спині та шиї під час роботи, набрякали ноги, виникало відчуття нудоти, запаморочення, тяжкість у голові, відчуття шуму або дзвону у вухах, мерехтіння в очах, напади серцебиття.

Особливу увагу привертають порушення циклу «сон – активність» у психологів 1-ї та 2-ї групи. Психологи 1-ї групи значно більше, ніж психологи 2-ї групи, відчували проблеми через засинання вночі, при цьому відчували бажання спати вдень, мали неміцний та неспокійний сон, важко засинали після пробудження, вранці відчували проблеми з тим, щоб прокинутися, після сну відчували в'ялість, нестачу енергії, безсоння. Здоровий сон має вирішальне значення для загального самопочуття, особливо важкі наслідки його

Таблиця 2

**Показники рівнів депресії, тривоги, ПТСР та вживання алкоголю за Опитувальником оцінки психічного здоров'я КМА – УДХ у психологів, які працюють в умовах воєнних конфліктів (n=50)**

Показники	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Депресія	62.0	23.0	14.0
Тривога	74.0	17.0	9.0
ПТСР	57.0	29.0	14.0
Вживання алкоголю	72.0	20.0	8.0



**Рис. 2. Розподіл показників рівнів депресії, тривоги, ПТСР та вживання алкоголю за Опитувальником оцінки психічного здоров'я КМА – УДХ у психологів, які працюють в умовах воєнних конфліктів, %**



Таблиця 3

**Відмінності в рівні психологічної, фізіологічної та професійної дезадаптації в психологів з високим і низьким рівнями вікарної травми та депресії**

Показники опитувальника		1-ша група		2-га група		U-критерій Манна-Уїтні	
		Mx	δ	Mx	δ	Ранг 1	Ранг 2
I. Погіршення самопочуття	емоційні порушення	14.2	10.4	3.2	4.7	14	4
	особливості окремих психічних процесів	6.6	3.9	1.6	2.7	10	1
	зниження загальної активності	8.2	7.1	2.7	3.3	11	3
	відчуття втоми	11.0	8.3	3.3	4.1	12	5
II. Соматовегетативні порушення		34.6	25.9	5.6	6.4	16	9
III. Порушення циклу «сон – активність»		14.6	11.2	5.1	6.0	15	8
IV. Особливості соціальної взаємодії		13.2	10.4	3.6	4.2	13	6
V. Зниження мотивації до діяльності		5.0	4.6	2.3	2.9	7	2

Примітка: Mx – середнє значення, δ – стандартне відхилення.

нестачі переживали психологи 1-ї групи, вони помітили дратівливість, в'ялість, байдужість, пасивність, часту зміну настрою, пригніченість. Так відбувалося формування симптомів депресії, які виражені в погіршенні самопочуття у сфері емоційних порушень.

Для психологів 1-ї групи характерним симптомом дезадаптації стали особливості соціальної взаємодії: звузилося коло інтересів, стало менше подобатися працювати в колективі, виникли труднощі в спілкуванні з новими людьми, почастішали сварки з рідними, колегами, стало зникати бажання зустрічатися зі знайомими. При цьому в обох групах психологів показник зниження мотивації до діяльності виявився найнижчим, що свідчить про прихильність до психологічної практики, задоволенням від роботи загалом.

За допомогою U-критерію Манна-Уїтні доведено, що відмінності між 1-ю та 2-ю групами є статистично значущими: критичні значення  $p \leq 0.01$  – 9;  $p \leq 0.05$  – 15; результат  $U_{\text{емп.}} = 2$ , тому було прийнято альтернативну гіпотезу. Наявність вікарної травми та депресії впливає на розвиток симптомів дезадаптації у психологів 1-ї групи втричі вище, ніж у психологів 2-ї.

Проведений кореляційний аналіз показав прямопропорційний взаємозв'язок між вікарною травмою та депресією ( $r_{xy} = 0,91$ ;

при  $p \leq 0,01$ ). За високого рівня вікарної травми психологи, стикаючись з важкими переживаннями клієнтів, відчували такі симптоми депресії, як сповільненість мислення, песимістичний погляд на майбутнє, думки про безглуздість своєї діяльності, відчуття безпорадності. Прямопропорційний взаємозв'язок вікарної травми та тривоги виражається в симптомах тривоги: нападах страху, паніки, відчутті напруженості, втраті відчуття опори, що посилює формування вікарної травми. Психолог у такому разі втрачає здатність бути для клієнта опорною фігурою в психологічному альянсі ( $r_{xy} = 0,87$ ; при  $p \leq 0,01$ ).

Виявлено прямопропорційний взаємозв'язок між показниками вікарної травми та ПТСР ( $r_{xy} = 0,88$ ; при  $p \leq 0,01$ ): психологи, стикаючись з неопрацьованим власним травматичним досвідом, мають високий ризик отримати вікарну травму та не впоратися з контейнунням травматичного матеріалу клієнтів. Істотний прямопропорційний взаємовплив мають також вікарна травма та зловживання алкоголю ( $r_{xy} = 0,49$ ; при  $p \leq 0,01$ ). Фахівці могли використовувати алкоголь для розслаблення, як снодійне, засіб впоратися зі складними почуттями, але алкоголь навпаки посилює рівень вікарної травми та емоційної лабільності. Отримані дані занесено в таблицю 4.

Таблиця 4

**Показники кореляції Пірсона між рівнем вікарної травми та рівнями депресії, тривоги, ПТСР та вживання алкоголю в психологів, які працюють в умовах воєнних конфліктів,  $r_{xy}$**

Показники	Вікарна травма за Шкалою вторинного травматичного стресу	Вікарна травма за Авторською анкетною визначення ознак вікарної травми
Депресія	0,91	0,87
Тривога	0,87	0,74
ПТСР	0,88	0,79
Вживання алкоголю	0,49	0,56

Узагальнюючи результати, варто підкреслити взаємозв'язок вікарної травми з депресією, їх деструктивний взаємовплив.

**Результати та дискусії.** Аналіз емпіричних досліджень вивчення вікарної травми, депресії та дезадаптації психологів, які працюють під час воєнних конфліктів, дозволив виявити виражені взаємозв'язки між рівнем вікарної травми та рівнями депресії, тривоги, ПТСР, вживання алкоголю. Прямопропорційний взаємовплив симптомів вікарної травми та депресії призвів до того, що як мінімум кожний другий психолог з високим рівнем вікарної травми мав ознаки депресії високого рівня. Симптоми дезадаптації психологів: соматовегетативні порушення, порушення циклу «сон – активність», погіршення самопочуття у сфері емоційних порушень та особливості соціальної взаємодії, найбільш характерними виявилися для психологів з високими рівнями вікарної травми та депресії. Депресія визначена супутнім вікарній травмі симптомокомплексом, який уражає ментальне та фізичне здоров'я та проявляється в зниженні настрою, хронічній втомі та дратівливості, провалах у пам'яті, погіршенні якості сну, змінах тиску, розладах харчової поведінки, алергічних реакціях тощо. Отримані нами дані перегукуються з результатами, які отримали американські вчені Davidson, Fairbank у результаті дослідження серед соціальних працівників ВООЗ: ті, хто працювали саме з травмованими клієнтами та частіше їм надавали послуги, не тільки піддавалися підвищеному ризику вікарної травми, також у них з високою швидкістю виникали супутні симптоми депресії та тривоги (Davidson, Fairbank, 1993). Такі фахівці мають вищий ризик зробити помилкове професійне судження: неправильний діагноз, неточне планування лікування (Bride, Robinson, Yegidis, Figley, 2004), а також мають вірогідність занадто особисто залучатися

до проблем клієнтів, адже їм важко керувати негативними емоціями, що призводить до погіршення психічного здоров'я та якості консультування.

**Висновки.** Проведено теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми генезису вікарної травми та депресії, який довів, що на виникнення депресії впливає комплекс факторів, серед яких значне місце посідає вікарна травма (вторинний травматичний стрес), а також експериментальне дослідження з проблеми ознак вікарної травми та депресії. З'ясовано, що вікарна травма призводить до змін у досвіді психологів як результат емпатії до клієнтів, які пережили травму, виникнення почуття страху, провини, суму, сорому, зменшення продуктивності роботи. Депресія визначена як негативний афективний стан, який характеризується поганим настроєм, смутком, порожнечою, безнадійністю чи зневірою. Симптоми дезадаптації психологів стали наслідком впливу вікарної травми та депресії: соматовегетативні порушення, розлади сну, настрою та соціальної взаємодії. Гіпотеза про те, що високий рівень вікарної травми може зумовити прояви депресії у психологів, які працюють під час воєнних конфліктів, знайшла своє підтвердження.

Перспективними напрямками дослідження є встановлення взаємозв'язку рівня професійного вигорання, ПТСР, резильєнтності та рівня вікарної травми у психологів, які працюють в умовах воєнних конфліктів. Необхідне подальше вивчення захисних факторів, які б сприяли відновленню після життєвого стресу та покращення ефективності повсякденного функціонування, є потреба в розробленні програм з розвитку в психологів навичок дистанціювання від травматичних спогадів клієнтів, заохочення позитивної діяльності, управління реакціями, відновлення активності та соціальних зв'язків.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Бамбурак Н. Методи профілактики виникнення професійних ризиків та деформацій у професійній діяльності працівників медичної та соціальної сфери. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологічні науки*. 2018. № 2 (10). С. 5–15.
2. Богданов С. Опитувальник оцінки психічного здоров'я КМА-УДХ. Центр психічного здоров'я та психосоціального супроводу НаУКМА. 2021. URL: <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/11800> (дата звернення: 08.05.2024).
3. Козігора М. Прояви симптомів моральної травми у військовослужбовців та цивільного населення під час війни. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2022. № 2. С. 20–27.
4. Кравчук С. Схильність до прощення як предиктор зниження депресії. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2021. № 2. С. 118–125.
5. Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2022. № 2. С. 64–70.
6. Лазос Г. Психологи і війна: зміна парадигми надання психологічної/психотерапевтичної допомоги та резильєнтність фахівця. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 3–4 (27). С. 37–47.
7. Лазос Г. Травматичне контрперенесення психолога / психотерапевта в роботі з постраждалими. *Міжнародний журнал загальної та медичної психології*. № 1. 2018. С. 57–67.
8. Чайка Г. Довіра і характеристики, що сприяють успішному переживанню травматичних ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2023. № 1. С. 13–19.



9. Bernard J.E.R. Depression: A Review of its Definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*. 2018. №5. P. 6–7. DOI: 10.15406/mojamt.2018.05.00082
10. Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale / Bride et al. *Research on Social Work Practice*. 2004. №14. P. 27–35.
11. Koutsimani P., Montgomery A., Georganta K. The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontier in Psychology. Systematic review*. 2019. №10. P. 1–19. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00284
12. Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York : W. W. Norton & Company, 1995. 451 p.
13. The contribution of organisational factors to vicarious trauma in mental health professionals: a systematic review and narrative synthesis / Sutton et al. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022. № 13. P. 1–21. DOI: 10.1080/20008198.2021.2022278
14. The Impact of Different Types of Abuse on Depression / Radell, et al. *Depression Research and Treatment*. 2021. P. 1–12. DOI: 10.1155/2021/6654503
15. Tsirimokou A., Kloess J.A., Dhinse S.K. Vicarious Post-traumatic Growth in Professionals Exposed to Traumatogenic Material: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023. № 24(3). P. 1848–1866.

#### REFERENCES:

1. Bamburak N. (2018). Metody profilaktyky vynyknennia profesiynykh ryzykiv ta deformatsii u profesiinii diialnosti pratsivnykiv medychnoi ta sotsialnoi sfery [Methods of preventing the occurrence of occupational risks and deformations in the professional activity of medical and social workers]. *Zbirnyk naukovykh prats Natsionalnoi akademii Derzhavnoi prykordonnoi sluzhby Ukrainy, Serii: Psykholohichni nauky – Collection of scientific works of the National Academy of the State Border Service of Ukraine, Series: Psychological sciences*. 2 (10). 5–15 [in Ukrainian].
2. Bohdanov S. (2021). Opytuvalnyk otsinky psykhychnoho zdorovia KMA – UDKh [Questionnaire for assessment of mental health KMA – UDKh]. *Tsentr psykhychnoho zdorovia ta psykhosotsialnoho suprovodu NaUKMA – Center for mental health and psychosocial support of NaUKMA* [in Ukrainian].
3. Kozihora M. (2022). Proiavy symptomiv moralnoi travmy u viiskovosluzhbovtziv ta tsyvilnoho naselennia pid chas viiny [Manifestations of symptoms of moral trauma in military personnel and civilians during the war]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu, Seriiia “Psykhologichni nauky” – Scientific Bulletin of Kherson State University. Series “Psychological Sciences”*. 2. 20–27 [in Ukrainian].
4. Kravchuk S. (2021). Skhylnist do proshchennia yak predyktor znyzhennia depresii [Propensity to forgive as a predictor of depression reduction]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu, Seriiia “Psykhologichni nauky” – Scientific Bulletin of Kherson State University, Series “Psychological Sciences”*. 2. 118–125 [in Ukrainian].
5. Kuzikova S., Zlyvkov V., Lukomska S. (2022). Vikovi osoblyvosti perezhyvannia travm viiny: intehratyvnyi pidkhid [Age specifics of experiencing war trauma: an integrative approach]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu, Seriiia “Psykhologichni nauky” – Scientific Bulletin of Kherson State University, Series “Psychological Sciences”*. 2. 64–70 [in Ukrainian].
6. Lazos H. (2022). Psykholohy i viina: zmina paradyhmy nadannia psykholohichnoi/psykhoterapevtychnoi dopomohy ta rezilientnist fakhivtsia [Psychologists and war: a paradigm shift in the provision of psychological/psychotherapeutic assistance and specialist resilience]. *Orhanizatsiina psykholohiia. Ekonomichna psykholohiia – Organizational psychology. Economic psychology*. 3–4 (27). 37–47 [in Ukrainian].
7. Lazos H. (2018). Travmatychnne kontrperenesennia psykholoha / psykhoterapevta v roboti z postrazhdalymy [Traumatic countertransference of a psychologist / psychotherapist in working with victims]. *Mizhnarodnyi zhurnal zahalnoi ta medychnoi psykholohii – International Journal of General and Medical Psychology*. 1. 57–67 [in Ukrainian].
8. Chaika H. (2023). Dovira i kharakterystyky, shcho spryiaiu uspishnomu perezhyvanniui travmatychnykh sytuatsii [Trust and characteristics that contribute to the successful experience of traumatic situations]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu, Seriiia “Psykhologichni nauky” – Scientific Bulletin of Kherson State University, Series “Psychological Sciences”*. 1. 13–19 [in Ukrainian].
9. Bernard J.E.R. (2018). Depression: A Review of its Definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*. 5. 6–7. DOI: 10.15406/mojamt.2018.05.00082
10. Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale / Bride et al. *Research on Social Work Practice*. 14. 27–35.
11. Koutsimani P., Montgomery A., Georganta K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontier in Psychology. Systematic review*. 10. 1–19 DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00284
12. Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York. W. W. Norton & Company. pp.451.
13. The contribution of organisational factors to vicarious trauma in mental health professionals: a systematic review and narrative synthesis / Sutton et al. *European Journal of Psychotraumatology*. 13. 1–21. DOI: 10.1080/20008198.2021.2022278
14. The Impact of Different Types of Abuse on Depression / Radell, et al. . Hindawi. *Depression Research and Treatment*. 1–12. DOI: 10.1155/2021/6654503
15. Tsirimokou A., Kloess J.A., Dhinse S.K. (2023). Vicarious Post-traumatic Growth in Professionals Exposed to Traumatogenic Material: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence & Abuse*. 24 (3). 1848–1866.

Стаття надійшла до редакції 30.04.2024  
The article was received 30 April 2024