Стаття та будь-який пов'язаний з нею опублікований матеріал поширюється за ліцензією Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0).
The article and any related published material are licensed under the Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0).

УДК 159.9:616.89
DOI: https://doi.org/10.17721/BPSY.2026.1(23).20

Тетяна ЯБЛОНСЬКА, д-р психол. наук, проф.
ORCID ID: 0000-0001-7272-9691
e-mail: yablonska@knu.ua
Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна

Юлія ГОРБАНЮК, д-р габ., проф.
ORCID ID: 0000-0001-7732-7819
e-mail: julia.gorbaniuk@kul.pl
Люблінський католицькоий університет Яна Павла II, Люблін, Польща

ОСОБЛИВОСТІ ВТОРИННОЇ ТРАВМИ СПЕЦІАЛІСТІВ СФЕРИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

В с т у п . *Сучасні дослідження свідчать про масштабні негативні психологічні наслідки для ментального здоров'я населення, пов'язані з війною. Це зумовлює високу інтенсивність праці спеціалістів сфери ментального здоров'я і ризик їх вторинної травматизації, оскільки їх праця передбачає постійний контакт з травмівним досвідом клієнтів. Тож важливим є вивчення рівня вторинної травми спеціалістів, а також потенційних захисних факторів. Метою дослідження було вивчення особливостей вторинної травми спеціалістів сфери ментального здоров'я, які надають допомогу постраждалим від війни в Україні. Вибірку дослідження становили 170 осіб (психологи, психотерапевти, соціальні працівники, волонтери).*

М е т о д и . *У дослідженні використано такі методи: соціодемографічна анкета, The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS), Шкала "Реакція на тривалий травматичний стрес" (CTSR-10), Шкала сприйнятого стресу (PSS-10), Шкала резильєнтності (CD-RISC).*

Р е з у л ь т а т и . *Вторинний травматичний стрес визначено як комплекс поведінки та емоцій, що виступають наслідком взаємодії з травмівним досвідом клієнта. Його симптомами є інтрузії, уникнення, надмірне збудження. Охарактеризовано специфіку роботи спеціалістів із клієнтами, які мають травмівний досвід, зокрема її інтенсивність і складнощі. Виявлено вираженість вторинної травми, а також хронічного травматичного та сприйнятого стресу спеціалістів. Встановлено, що показники вторинного травматичного стресу є значуще вищими в соціальних працівників порівняно з психологами і психотерапевтами. Виявлено, що вік спеціалістів негативно корелює з показниками вторинного травматичного стресу; при цьому не має зв'язку з резильєнтністю. Між професійним досвідом і вторинною травмою не зафіксовано значущих зв'язків; водночас виявлено слабкий обернений зв'язок між віком та показниками хронічного травматичного стресу і вторинної травматизації. Виявлено сильні обернені зв'язки резильєнтності з показниками вторинного травматичного стресу спеціалістів, що підтверджує важливість розвитку резильєнтності як потенційно захисного фактору.*

В и с н о в к и . *Результати дослідження підтверджують високу актуальність проблеми вторинної травматизації для спеціалістів сфери ментального здоров'я, особливо соціальних працівників. Це обґрунтовує важливість розробки і проведення спеціалізованих заходів для підтримки резильєнтності працівників сфери психічного здоров'я.*

К л ю ч о в і с л о в а : *ментальне здоров'я, травма, травматичний досвід, вторинна травма, резильєнтість.*

Вступ

Актуальність дослідження. Війна, що триває в Україні з 22 лютого 2022 р., спричиняє багато людських втрат серед військовослужбовців і цивільних осіб. Мільйони людей втратили свої домівки й були змушені переміститися в більш безпечні регіони України чи закордон, що також пов'язане з травмівним досвідом. Статистика та психологічні дослідження свідчать, що з початку війни істотно погіршилися показники ментального здоров'я населення, зріс рівень психічної травматизації. Згідно з оцінкою ВООЗ станом на жовтень 2024 р., 68 % українців повідомляли про погіршення стану здоров'я порівняно з довоєнним періодом. Як найпоширеніші проблеми респонденти вказували порушення психічного здоров'я (46 %), психічні розлади (41 %) та неврологічні захворювання (39 %) (Three years of war, 2024).

Дослідження свідчать про масштабні негативні психологічні наслідки тривалого стресу, зумовленого війною, такі як поширеність симптомів посттравматичного розладу (ПТСР) та моральної шкоди серед цивільного населення України (Kurapov et al., 2025; Засєкіна, Засєкін, & Куперман, 2023). За даними багатьох досліджень, жінки повідомляють про вищий рівень депресії, тривоги, симптомів ПТСР (Kobayashi, Sledjeski, & Delahanty, 2019; Яблонська, Внрнік, & Гайворонський, 2025). Досвід міграції також відносять до травматичного досвіду, що спричиняє довгострокові негативні наслідки для психічного та фізичного здоров'я біженців (Sangalang et al., 2019). Так, серед переміщених українців фіксується значно вища поширеність ПТСР і депресивних епізодів, яка у десять разів перевищує показник у загальній популяції (Skalski-Bednarz et al., 2023; Засєкіна, Засєкін, & Куперман, 2023).

Через чотири роки після початку війни, попри певну адаптацію до нових умов життя, більшість українців відчувають негативні наслідки для свого ментального здоров'я, що зумовлює значну суспільну потребу в психологічній допомозі. Безперечно, все це створює істотне навантаження на сферу охорони ментального здоров'я і зумовлює високу інтенсивність праці спеціалістів та ризик їх вторинної травматизації, оскільки значна частина осіб, які звертаються по психологічну допомогу, мають травматичний досвід. Тож фахівці сфери психічного здоров'я працюють дуже інтенсивно і, часто стикаючись із травматичним досвідом клієнтів, наражаються на ризик вторинної травми.

Праця спеціалістів сфери ментального здоров'я (психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, волонтерів) передбачає постійний контакт із травматичними спогадами пацієнтів, що може призвести до передачі

© Яблонська Тетяна, Горбанюк Юлія, 2026

типових симптомів травми: підвищеного збудження, уникання та підозріливості, навіть якщо сам спеціаліст ніколи не стикався з травматичними подіями (Kizilhan, 2020, Figley, 1995). За даними Rzeszutek (2014), третина терапевтів, які надавали допомогу жертвам сексуальних злочинів, мали високі рівні вторинного травматичного стресу, особливо – гіперболізовану пильність, підозрілість та страх за близьких. Симптоми вторинного травматичного стресу були зафіксовані у фахівців, які працюють у різних сферах, включаючи роботу з особами, які зловживають психоактивними речовинами, жертвами домашнього і сексуального насильства та соціальну роботу (Kintzle, Yarvis, & Bride, 2013). Figley (1995) пояснює цю вразливість тим фактом, що працівники постійно оточені надзвичайною інтенсивністю факторів, що викликають травму, і що, незважаючи на всі зусилля, залучення до інтенсивної роботи є природним побічним продуктом терапевтичних стосунків.

Вторинна травма характеризується травматизацією спеціаліста, який надає допомогу потерпілому, насамперед особі з травматичним досвідом. В умовах війни спеціаліст має постійний контакт із травматичним досвідом клієнтів, що може призвести до передачі симптомів травми (Пащенко, 2025, Лікарчук, 2024; Засєкіна, & Бурцан, 2023). Особливо складні наслідки, аж до вторинного травматичного стресу або посттравматичного стресового розладу, виникають, якщо фахівець мав подібний травматичний досвід. Тож важливим є дослідження рівня вторинної травматизації спеціалістів сфери ментального здоров'я в умовах війни, а також вивчення факторів, які здатні їй запобігати.

Метою дослідження було вивчення особливостей вторинної травми спеціалістів сфери ментального здоров'я, які надають допомогу постраждалим від війни в Україні.

Вибірку дослідження становили 170 осіб – спеціалістів сфери ментального здоров'я (психологи, психотерапевти, соціальні працівники, а також волонтери), які надають допомогу постраждалим від війни в Україні. Критеріями включення були: вік понад 18 років, професійна діяльність у сфері ментального здоров'я або волонтерська діяльність, досвід практичної допомоги постраждалим.

З 170 учасників жінки становили (92,9 %), чоловіки – 7,1 %. Середній вік опитаних становив роки (SD = 39,4, SD = 12,31). Сфера професійної діяльності опитаних: 64,7 % опитаних склали психологи, 13,5 % – психотерапевти, 12,4 % – соціальні працівники, 1,8 % – волонтери, решта – студенти, військовослужбовці, психіатри. Що стосується стажу професійної діяльності, то він становив: 1–3 роки (34,1 %), 4–10 років (25,3 %), 10–20 років (19,4 %), понад 20 років (21,2 % опитаних).

Опитування проводилося онлайн з травня по серпень 2025 р. Учасники набиралися методом "снігової кулі" через соціальні мережі, професійні асоціації і контакти. Після отримання згоди їм було запропоновано заповнити соціодемографічну анкету та опитувальники через форми Google. Було забезпечено інформовану згоду учасників; їх повідомляли про анонімність, конфіденційність та захист даних. Дизайн та методики дослідження схвалив Етичний комітет факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (Протокол № 15 від 27.06.2025).

Методологічною основою дослідження були модель вторинного травматичного стресу (Figley, 1995), з одного боку, та модель резильєнтності та стійкості до втоми від співчуття (Ludick, & Figley, 2017) – з іншого. Для розуміння особливостей вторинної травми враховувалися такі дані, як вік, рід та стаж професійної діяльності, частота взаємодії з клієнтами, які мають травматичний досвід.

У цьому дослідженні нас цікавило, наскільки виражена вторинна травма (вторинний травматичний стрес) у працівників сфери ментального здоров'я та волонтерів, які надають допомогу особам, що постраждали від війни в Україні. Також вивчався зв'язок вторинної травми з іншими видами стресу (тривалого травматичного і сприйнятого стресу) та резильєнтності, що важливо для розробки спеціалізованих підтримуючих програм для спеціалістів сфери ментального здоров'я.

Методи

Вимірювання. Соціодемографічні характеристики досліджуваних (вік, стать, рід діяльності, професійний досвід і частота взаємодії з психологічною травмою клієнтів) вимірювалися за допомогою анкети.

Основним інструментом вивчення вторинної травми, або вторинного травматичного стресу спеціалістів, була методика The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) (Ting, Frey, Sanders, Bride & Harrington, 2005). Шкала STSS демонструє сильні психометричні властивості, включаючи високу внутрішню узгодженість (від 0,93 до 0,95 для всієї шкали (Kintzle, Yarvis, & Bride, 2013), конвергентну, дискримінантну та факторіальну валідність (Bride et al., 2004). Методика включає шкали: інтрузії, уникнення, збудження. Розраховувалися бали по кожній шкалі окремо, а також загальний показник вторинного травматичного стресу.

Шкала "Реакція на тривалий травматичний стрес" (Continuous Traumatic Stress Response Scale (CTSR-10) (Goral et al., 2021; укр. адапт. Рудись, 2024) оцінює певні переживання після контакту індивіда з важкими або стресовими подіями. Ці твердження поділяються на дві субшкали: виснаження та відчуження; страх і безпорадність, також вираховується загальний показник. У цьому дослідженні враховувався загальний показник вираженості реакції на тривалий травматичний стрес.

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10) (Perceived Stress Scale-10, Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; адапт. Вельдбрехт, & Тавровецька, 2022), яка вимірює стресові реакції в актуальній ситуації.

Шкала резильєнтності Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) (Connor, & Davidson, 2003). Факторна структура методики складається з двох шкал: особистісна компетентність та прийняття себе і життя, які, за даними досліджень, позитивно корелюють з показниками фізичного здоров'я, морального стану і життєвого задоволення і негативно – з депресією. Шкала має багатофункціональне застосування. Вважається, що CD-RISC вимірює кілька компонентів стійкості: здатність пристосовуватися до змін, здатність впоратися зі стресом, здатність залишатися зосередженим і чітко мислити, здатність впоратися з неприємними почуттями, такими як гнів, біль або смуток (Hibberd, & Vandenberg, 2015).

Здійснено частотний та кореляційний аналіз з використанням Jamovi 2.6.23.

Результати

У сучасних дослідженнях вторинної травми використовуються різні конструкти: "вікарна/вторинна травма" (Pearlman, & Mac Ian, 1995), "вторинний травматичний стрес" та "втома від співчуття" (Figley, 1995). Така різноманітність термінології ускладнює єдине розуміння феномену та його концептуалізацію. Сучасні дослідники виокремлюють три основні теоретико-методологічні підходи вивчення цього феномену: "вікарна травма" в конструктивістській теорії саморозвитку, "вторинний травматичний стрес" (ВТС) і "травматичне контр перенесення". Ці дослідження

описують несприятливі для спеціаліста наслідки роботи з травмованими клієнтами.

Концепція вторинного травматичного стресу розроблена Figley (1995) на основі спостереження за роботою фахівців із психічного здоров'я та їхнім психоемоційним станом. Емпатична взаємодія, як неодмінна складова роботи спеціаліста з клієнтами, часто вимагає обговорення деталей травматичного досвіду, що може мати негативний емоційний вплив на фахівця (Figley 2002; Boscarino, Figley, & Adams, 2004). Симптоми, пов'язані з повторним переживанням травматичної події клієнта – це: бажання уникати клієнта і нагадувань про його травму, постійне збудження через глибоке знання про травматичний досвід клієнта та ін. (Figley, 1995, 2002; Jenkins, & Baird, 2002).

За визначенням Figley (1995), вторинний травматичний стрес є комплексом поведінки та емоцій, що виступають наслідком знання про травмуючу подію, яку пережив значущий інший, та бажання допомогти травмованій особі. Дослідники Bride, Figley, Wilson, Thomas стверджували, що вторинний травматичний стрес характеризується трьома симптомами, що подібні до симптомів ПТСР і включають критерії: інтрузії (повторне переживання), уникнення (поведінкове, когнітивне або дисоціативне), надмірне збудження. Водночас його початок може бути раптовим і швидким, розвиватися внаслідок одноразового впливу психічної травми клієнта (Bride, & Figley, 2007; Wilson, & Thomas, 2004).

Вторинний травматичний стрес та втома від співчуття пов'язуються також з вигоранням. Однак більшість дослідників наголошують на істотних розбіжностях між цими конструктами, насамперед щодо факторів стресу та часу початку і розгортання реакції: у випадку вигорання це кумулятивний ефект, у випадку вторинного травматичного стресу – раптовий (Gentry, Baranowski, & Dunning, 2002; Figley, 2002; Bride, Radey, & Figley, 2007). Крім того, запропоновано конструкт втоми від співчуття, який є ширшим поняттям, ніж вторинний травматичний стрес і включає як його симптоми, так і симптоми професійного вигорання (Austin et al., 2017; Molnar et al., 2017).

Дослідники Ludick та Figley (2017) розглядають *поняття вторинний травматичний стрес* та споріднене поняття *втома від співчуття* як прояв фізичних, психічних і поведінкових проблем зі здоров'ям, які можуть виникати внаслідок регулярного контакту зі стражданнями інших. Припускається, що схильність до вторинного травматичного стресу та втома від співчуття залежать від особистої історії травм та інших життєвих обставин.

Ще один підхід (Perlman, & Saakvitne,1995) пояснює механізм вторинної травматизації через травматичне контрперенесення і визначає цей феномен як: 1) форму афективної, ментальної та фізичної реакції психологів на травмуючий матеріал клієнтів; 2) захист спеціаліста від впливу матеріалу клієнта, що викликає інтрапсихічні конфлікти та асоціації, психічне збудження (Ray, Wong, White, & Heaslip, 2013). Контрперенесення розглядається як захисна реакція у відповідь на травму клієнта, що може приймати форму як уникнення, так і надмірної проєктивної ідентифікації на основі особистого життя спеціаліста або його неопрацьованих травм. Виникаючи в процесі терапевтичної взаємодії, воно спричиняє зниження самосвідомості, посилення психічних захистів і провокує зміну власної ідентичності, руйнує переконання та світогляд фахівця. При цьому проєктивна ідентифікація спеціаліста з клієнтом призводить до його злиття з почуттями та ускладнює побудову терапевтичного альянсу. Тож психічні процеси, такі як емпатійне залучення психолога, травматичне контрперенесення, проєктивна ідентифікація, створюють умови для емоційного зараження та "індукції травми" у внутрішньому світі психолога (Лікарчук, 2024).

Таким чином, у сучасних дослідженнях феномени впливу професійної діяльності на спеціаліста, який працює з особами з травматичним досвідом, найчастіше диференціюються. Водночас вторинну травму включено до критеріїв DSM-5 як різновид посттравматичного стресового розладу, де її визначають як внутрішню трансформацію спеціаліста, що відбувається внаслідок емпатичного залучення до досвіду травми клієнта та її наслідків (American Psychiatric Association, 2023).

У цьому дослідженні вивчалися рівні вираженості вторинної травматизації спеціалістів сфери ментального здоров'я, які надають допомогу особам із травматичним досвідом, а також деякі дані як незалежні змінні потенційного впливу. До них належали вік, досвід професійної роботи, частота контакту з клієнтами з травматичним досвідом.

Опитування показало, що серед категорій клієнтів, яким спеціалісти надають допомогу, найчастіше вказані: внутрішньо переміщені особи (44,7 % опитаних), громадяни, які перебувають в Україні (64,1 %), особи, які виїхали за кордон (42,4 %). 68,2 % спеціалістів вказали, що працюють з дорослими, 38,2 % – з дітьми та підлітками; військовослужбовці є клієнтами 16,6 % спеціалістів, демобілізовані військовослужбовці – 11,2 % опитаних. Інші, менш численні категорії становили дружини і сім'ї військовослужбовців, особи, які постраждали під час надзвичайних ситуацій, та рятувальники, жертви домашнього насильства, узалежнені та особи з психічними розладами.

Частоту взаємодії спеціалістів із клієнтами, які мають травматичний досвід, представлено на рис. 1.

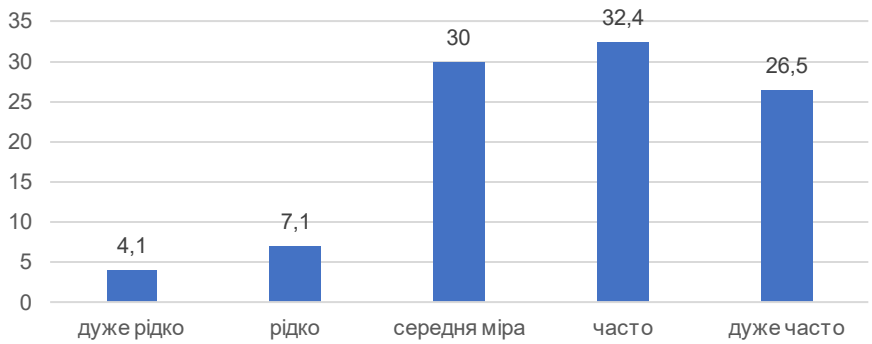

Рис. 1. Частота взаємодії спеціалістів із травматичним досвідом клієнтів, N = 170, %

При цьому 48,2 % опитаних зазначили, що цей травматичний досвід пов'язаний із втратою близької особи / осіб внаслідок війни, 70,6 % опитаних – з фізичною або психічною травматизацією клієнта та / або його близьких внаслідок війни, 23,5 % – з насильством, 67,1 % – з ранньою дитячою травмою.

Серед складнощів у роботі з клієнтами, які мають травматичний досвід, спеціалісти сфери ментального здоров'я вказали насамперед: недостатність підготовки до роботи з сильними емоціями або наслідками травми (48,8 %), те, що досвід клієнта є тригером для власних травм спеціаліста (19,4 %), надмірне співпереживання та емоційне вигорання внаслідок цього (47,6 %). Серед менш представлених відповідей: власне виснаження через постійне перебування в умовах війни, втоми від невизначеності (1,8 %), інтенсивність роботи, велика кількість запитів (1,2 %), вигорання і втома через постійне контейнування важких переживань (0,6 %), вигорання через відсутність розуміння і підтримки на роботі (0,6 %), брак досвіду (1,8 %), значна тривалість роботи, зокрема час на становлення довіри і настання реальних змін (1,2 %). Не мають складнощів у роботі з такими клієнтами 3,6 % спеціалістів.

В результаті емпіричного дослідження було виявлено досить високі показники вторинного травматичного стресу спеціалістів сфери ментального здоров'я. В табл. 1 представлено описові статистики щодо вимірюваних показників.

Оскільки перевірка даних на нормальність розподілу показала, що за більшістю шкал розподіл відрізняється від нормального, в процесі математико-статистичного аналізу було використано непараметричні критерії. Результати кореляційного аналізу представлено в табл. 2.

Таблиця 1

Описові статистики дослідження, N=170

Показники	Середнє	Медіана	SD	Мінімум	Максимум	Шапіро–Вілк	
						W	W
Вік	39,4	39	12,31	17	68	0,978	0,009
STSS_інтрузія	10,4	10	3,46	5	20	0,957	<.001
STSS_уникнення	15,8	15	5,02	7	29	0,975	0,003
STSS_збудження	12,3	12	4,02	5	24	0,973	0,002
Загальний показник STSS	38,6	37	11,14	17	68	0,977	0,006
CD-RISC	28,3	29	6,5	12	40	0,983	0,036
Тривалий травматичний стрес	11,5	10	7,11	0	44	0,92	<.001
Сприйнятий стрес	18,1	18	6,46	3	36	0,991	0,341

Таблиця 2

Результати кореляційного аналізу, Спірмен ρ(rho)

	Вік	Проф. стаж	STSS інтрузія	STSS уникання	STSS збудження	Заг. STSS	CD-RISC	Тривалий травматичний стрес
Вік								
Проф. стаж	0.611 p≤0,001							
STSS інтрузія	-0.126	-0.004						
STSS уникнення	-0.259 p≤0,001	-0.061	0.639 p≤0,001					
STSS збудження	-0.282 p≤0,001	-0.058	0.568 p≤0,001	0.743 p≤0,001				
Заг. STSS	-0.245 p≤0,01	-0.042	0.810 p≤0,001	0.917 p≤0,001	0.879 p≤0,001			
CD-RISC	0.099	-0.020	-0.416 p≤0,001	-0.598 p≤0,001	-0.496 p≤0,001	-0.578 p≤0,001		
Тривалий травматичний стрес	-0.212 p≤0,01	-0.007	0.438 p≤0,001	0.593 p≤0,001	0.569 p≤0,001	0.603 p≤0,001	-0.493 p≤0,001	
Сприйнятий стрес	-0,142	0,057	0,524 p≤0,001	0,642 p≤0,001	0,602 p≤0,001	0,674 p≤0,001	-0,512 p≤0,001	0,582 p≤0,001

Як видно з табл. 2, вік спеціалістів негативно корелює із загальним показником вторинного травматичного стресу (ρ = -0.245, p ≤ 0,01) та окремими його шкалами: шкалою уникнення (ρ = -0.259, p ≤ 0,001) і збудження (ρ = -0.282, p ≤ 0,001). Тобто з віком спеціалісти сфери ментального здоров'я зміцнюють свою стійкість до взаємодії з травматичним досвідом (ρ = -0.212, p ≤ 0,01) та вторинного травматичного стресу; при цьому показник резильєнтності не має зв'язку з віком. Між професійним досвідом і резильєнтністю, з одного боку, і вторинною травмою – з іншого, не зафіксовано значущих зв'язків. Водночас виявлено слабкий обернений зв'язок між віком та показниками травми (-0.212, p ≤ 0,001) і вторинної травматизації (уникнення ρ = -0.259, p ≤ 0,001; збудження ρ = -0.282; p ≤ 0,001; загальний показник ρ = -0.245, p ≤ 0,01), тож можна стверджувати, що в ракурсі протистояння травмі більшу роль відіграє не професійний, а життєвий досвід спеціаліста.

Виявлено сильні внутрішні зв'язки між шкалами вторинного травматичного стресу, що свідчить про комплексність цього феномену і взаємопов'язаність його проявів, а також зв'язки окремих шкал і загального показника вторинного травматичного стресу з хронічним стресом (від ρ = 0,438 до ρ = 0,603, p≤0,001) і сприйнятим стресом (від ρ = 0,524 до ρ = 0,672, p≤0,001). Очікувано виявлено сильні обернені зв'язки резильєнтності з різними шкалами і загальним показником вторинного травматичного стресу спеціалістів сфери ментального здоров'я

(від ρ = -0,416 до ρ = - 0,578, p ≤ 0,001), що підтверджує важливість розвитку резильєнтності як потенційно захисного фактору.

За допомогою одностороннього аналізу ANOVA конкретизовано відмінності показників вторинної травматизації, різних видів стресу та резильєнтності спеціалістів залежно від виду діяльності (табл. 3 і 4).

Таблиця 3

Відмінності досліджуваних показників залежно від виду діяльності спеціалістів сфери ментального здоров'я

Шкали	F	df1	df2	p
STSS інтрузія	5,217	3	20,2	0,008
STSS уникнення	3,987	3	20,5	0,022
STSS збудження	4,605	3	20,2	0,013
STSS (заг.)	5,701	3	20,3	0,005
SD-RISC	0,314	3	20,3	0,815
Тривалий травматичний стрес	2,323	3	19,8	0,106
Сприйнятий стрес	2,73	3	22,3	0,068

Як видно з табл. 4, найвищі рівні окремих шкал (інтрузії, уникнення і збудження) та загального показника вторинного травматичного стресу відзначаються у соціальних працівників. У них також зафіксовано статистично значуще вищі показники реакцій на хронічний та сприйнятий стрес порівняно з іншими спеціалістами сфери ментального здоров'я. В усіх спеціалістів серед показників вторинного травматичного стресу найбільше виражені реакції уникнення, дещо менше виражене збудження, показники інтрузії перебувають на низькому рівні.

Таблиця 4

Описові статистики груп порівняння

Шкали	Діяльність	N	середнє	SD	SE
STSS інтрузія	психолог	111	10	3,12	0,297
	психотерапевт	26	9,54	2,86	0,561
	соціальний працівник	27	13,5	4,04	0,778
	інше	6	9,17	3,6	1,47
STSS уникнення	психолог	111	15,23	4,92	0,467
	психотерапевт	26	14,92	3,72	0,729
	соціальний працівник	27	19	5,35	1,029
	інше	6	17	5,76	2,352
STSS збудження	психолог	111	11,76	3,85	0,366
	психотерапевт	26	11,88	2,94	0,577
	соціальний працівник	27	15,15	4,26	0,819
	інше	6	12,5	5,54	2,262
STSS (заг.)	психолог	111	36,98	10,48	0,995
	психотерапевт	26	36,35	8,58	1,682
	соціальний працівник	27	47,3	12	2,309
	інше	6	38,67	13,09	5,346
SD-RISC	психолог	111	28,53	6,48	0,615
	психотерапевт	26	27,96	4,93	0,966
	соціальний працівник	27	27,26	7,59	1,46
	інше	6	30	8,6	3,512
Тривалий травматичний стрес	психолог	111	10,62	6,25	0,593
	психотерапевт	26	10,69	5,74	1,126
	соціальний працівник	27	15,7	9,49	1,827
	інше	6	13,33	9,75	3,981
Сприйнятий стрес	психолог	111	17,5	6,62	0,629
	психотерапевт	26	17,5	6,53	1,28
	соціальний працівник	27	20,48	5,62	1,081
	інше	6	21	4,1	1,673

Спеціалісти, які працюють з травмою, найчастіше застосовують такі способи самопідтримки і відновлення: відпочинок (сон читання книг, перегляд фільмів) – 84,7 %, активний відпочинок чи переключення (подорожі, спорт) – 60 %, спілкування з близькими, друзями – 62,9 %, психотерапію, супервізії – 58,8 %.

Дикусія і висновки

Порівняння результатів проведеного дослідження з іншими розвідками в цій галузі підтверджує вираженість симптоматики вторинного травматичного стресу у спеціалістів, які надають психологічну та соціальну допомогу постраждалим з досвідом травми. Прояви вторинної травми спеціалістів подібні до симптомів ПТСР, але охоплюють ширший спектр, який може призвести до супутніх захворювань, таких як депресія і тривожні розлади, а також дезадаптивних стратегій подолання (Greene et al., 2018; Potluri, & Patel, 2021). Як свідчать сучасні дослідження, безперервний травматичний стрес призводить до порушення адаптації та спричиняє проблеми з ментальним здоров'ям, включаючи тривогу та депресію (Guidi et al., 2020; Itzhaky et al., 2017). При цьому симптоми вторинної травматизації, які нагадують симптоми ПТСР, виникають внаслідок поточних, а не минулих і припинених травматичних подій та можуть істотно погіршувати повсякденне функціонування та якість життя (Kaminer, Eagle, & Crawford-Browne, 2018).

У проведеному дослідженні виявлено статистично значущий вищий рівень показників вторинної травматизації в соціальних працівників порівняно з психологами і психотерапевтами. Водночас показники резильєнтності різних груп спеціалістів, а також рівень тривалого травматичного та сприйнятого стресу не мають істотних відмінностей. Тож можна припустити, що саме специфіка і

умови діяльності соціальних працівників зумовлюють вищий рівень їх вторинної травматизації.

Труднощі, які відзначали досліджувані у своїй роботі, – висока інтенсивність праці, необхідність контейнування складних емоцій клієнта, а часом брак достатніх знань і вмінь для роботи із сильними емоціями клієнта, перебування самих спеціалістів у стресогенних умовах та невизначеності – також кореспондуються з факторами ризику вторинної травматизації, виокремлюваними в інших дослідженнях. Так, виявлено, що саме спільне переживання болю та травми клієнтів порушує емоційні межі працівників (Asnaani et al., 2020), що збільшує ризик вторинного травматичного стресу. Крім того, інтенсивне робоче навантаження та робота в умовах постійного стресу спричиняє професійне вигорання та фізичну та психічну втому у працівників психічного здоров'я (Xiong et al.,2024).

Отже, результати проведеного дослідження кореспондуються з наявними в літературі даними щодо високого рівня вторинної травматизації працівників сфери психічного здоров'я. Вторинна травматизація спеціалістів асоціюється з переживанням тривалого травматичного та сприйнятого стресу, а також обернено корелює з резильєнтністю. Це підтверджує важливість розробки і проведення спеціалізованих заходів, які підтримуватимуть резильєнтність працівників сфери психічного здоров'я, таких як додаткове навчання, супервізії, діяльність у професійних об'єднаннях. Вагоме значення мають також організація професійної діяльності, дотримання балансу між навантаженням і відпочинком, повноцінний відпочинок і дозвілля.

Обмеження дослідження. В сучасних дослідженнях підкреслюється вищий рівень ризику вторинної травматизації для жінок, які працюють у сфері ментального здоров'я, проте в нашому дослідженні співвідношення жіночої і чоловічої частини вибірки не дозволило здійснити порівняльний аналіз. Цей аспект становить перспективу подальшого вивчення проблеми вторинної травматизації спеціалістів сфери ментального здоров'я.

Відкрита наука. Дані, наведені в цій статті, можна отримати за запитом у автора. Запити щодо доступу до цих наборів даних слід надсилати на адресу yablonska@knu.ua

Внесок авторів: Тетяна Яблонська – концептуалізація, методологія, збір даних, формальний аналіз, валідація даних, написання (оригінальна чернетка); Юлія Горбанюк – концептуалізація, методологія, збір даних, формальний аналіз, написання (перегляд і редагування).

Джерела фінансування. Дослідження проведено в рамках стажування за програмою PROM в Люблінському католицькому університеті Яна Павла II у липні 2025 р.; стажування фінансовано NAWA (Національна агенція академічного обміну, Польща).

Список використаних джерел

Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Журнал сучасної психології*, 2, 16–27. https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2

Засєкіна, Л., & Бурцан, В. (2023). Спільна резильєнтність у спільній травматичній реальності практичних психологів: досвід України та найкращі практики Європейського Союзу. *Психологічні перспективи*, 42, 55–67. https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-42-zas

Лікарчук, Є. В. (2024). Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми вікарної травми психологів, які працюють в умовах військових конфліктів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, 3, 82–88. https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.3.16

Пащенко, С. Ю. (2025). Вікарна травма соціальних працівників в умовах російсько-української війни. В Ю. М. Швалб (Ред.), *Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології: матеріали X Всеукраїнської з міжнародною участю науково-практичної конференції* (с. 145–147). КНУ імені Тараса Шевченка.

Рудись, А. Ф. (2024). *Психометричні властивості української версії шкали "Реакція на тривалий травматичний стрес" на вибірці повнолітніх українців* [Магістерська робота, Український католицький університет].

Яблонська, Т., Вернік, О., & Гайворонський, Г. (2025). Стратегії подолання переміщених українських матерів. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 13, 49–70. https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-3

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Halytska Vydavnycha Spilka.

Asnaani, A., Tyler, J., McCann, J., Brown, L., & Zang, Y. (2020). Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. *Journal of Affective Disorders*, 267, 86–95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.160

Austin, A. E., Shanahan, M. E., Barrios, Y. V., & Macy, R. J. (2017). A systematic review of interventions for women parenting in the context of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(4), 498–519. https://doi.org/10.1177/1524838017719233

Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 57–66.

Bride, B. E., & Figley, C. R. (2007). The fatigue of compassionate social workers: An introduction to the special issue on compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 151–153. https://doi.org/10.1007/s10615-007-0093-5

Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163. https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35. https://doi.org/10.1177/1049731503254106

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. https://doi.org/10.2307/2136404

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (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

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. https://doi.org/10.1002/jclp.10090

Gentry, E. J., Baranowski, A. B., & Dunning, K. (2002). Treating compassion fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 123–138). Taylor & Francis.

Goral, A., Feder-Bubis, P., Lahad, M., Galea, S., O'Rourke, N., & Aharonson-Daniel, L. (2021). Development and validation of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) among adults exposed to ongoing security threats. *PLoS ONE*, 16(5), Article e0251724. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251724

Greene, T., Itzhaky, L., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2018). Psychopathology, risk, and resilience under exposure to continuous traumatic stress: A systematic review of studies among adults living in Southern Israel. *Traumatology*, 24(2), 83–103. https://doi.org/10.1037/trm0000136

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., & Fava, G. A. (2020). Allostatic load and its impact on health: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(1), 11–27. https://doi.org/10.1159/000510696

Hibberd, R., & Vandenberg, B. (2015). Development and validation of the Perceived Life Significance Scale. *Death Studies*, 39(6), 369–383. https://doi.org/10.1080/07481187.2014.958627

Itzhaky, L., Gelkopf, M., Levin, Y., Stein, J. Y., & Solomon, Z. (2017). Psychiatric reactions to continuous traumatic stress: A latent profile analysis of two Israeli samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *51*, 94–100. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.006

Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validational study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432. https://doi.org/10.1023/A:1020193526843

Kaminer, D., Eagle, G., & Crawford-Browne, S. (2018). Continuous traumatic stress as a mental and physical health challenge: Case studies from South Africa. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1038–1049. https://doi.org/10.1177/1359105316642831

Kintzle, S., Yarvis, J. S., & Bride, B. E. (2013). Secondary traumatic stress in military primary and mental health care providers. *Military Medicine*, 178(12), 1310–1315. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00087

Kizilhan, J. I. (2020). Stress on local and international psychotherapists in the crisis region of Iraq. *BMC Psychiatry*, 20, Article 110. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02508-0

Kobayashi, I., Sledjeski, E. M., & Delahanty, D. L. (2019). Gender and age interact to predict the development of posttraumatic stress disorder symptoms following a motor vehicle accident. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 328–335. https://doi.org/10.1037/tra0000366

Kurapov, A., Balashevych, O., Borodko, Y., Vovk, Y., Borozenets, A., & Danyliuk, I. (2025). Psychological wellbeing of Ukrainian civilians: A data report on the impact of traumatic events on mental health. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1553555. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1553555

Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112–123. https://doi.org/10.1037/trm0000096

Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious

traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 129–142. https://doi.org/10.1037/trm0000122

Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, *26*(6), 558–565. https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton & Company.

Potluri, S., & Patel, A. R. (2021). Using a continuous traumatic stress framework to examine ongoing adversity among Indian women from slums: A mixed-methods exploration. *Journal of Traumatic Stress*, 34(5), 917–928. https://doi.org/10.1002/jts.22699

Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19(4), 255–267. https://doi.org/10.1177/1534765612471144

Rzeszutek, M. (2014). Secondary traumatic stress among psychotherapists: Determinants and consequences. *Polish Journal of Social Sciences*, 9, 63–74.

Sangalang, C. C., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lechuga-Peña, S., Lopez, K., & Kim, I. (2019). Trauma, post-migration stress, and mental health: A comparative analysis of refugees and immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(5), 909–919. https://doi.org/10.1007/s10903-018-0826-2

Skalski-Bednarz, S. B., Konaszewski, K., Muszyńska, J., Maier, K., & Surzykiewicz, J. (2023). Negative situation appraisal and mental well-being among refugees in Germany: Serial mediation by religious coping and sense of coherence. *International Migration*, 61(1), 139–151. https://doi.org/10.1111/imig.13087

Ting, L., Frey, J., Sanders, S., Bride, B., & Harrington, D. (2005). The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS). *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 11(3–4), 177–194. https://doi.org/10.1300/J137v11n03_09

World Health Organization. (2025, February 24). *Three years of war: Rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation*. https://www.who.int/ukraine/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation

Wilson, J. P., & Thomas, R. B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203020999

Xiong, Q., Luo, F., Chen, Y. et al. (2024). Factors influencing fatigue, mental workload and burnout among Chinese health care workers during public emergencies: An online cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, Article 428. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02070-0

Zasiekina, L., Zasiekin, S., & Kuperman, V. (2023). Post-traumatic stress disorder and moral injury among Ukrainian civilians during the ongoing war. *Journal of Community Health*, 48(5), 784–792. https://doi.org/10.1007/s10900-023-01225-5

References

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). Halytska Vydavnycha Spilka.

Asnaani, A., Tyler, J., McCann, J., Brown, L., & Zang, Y. (2020). Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. *Journal of Affective Disorders*, 267, 86–95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.160

Austin, A. E., Shanahan, M. E., Barrios, Y. V., & Macy, R. J. (2017). A systematic review of interventions for women parenting in the context of intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, *20*(4), 498–519. https://doi.org/10.1177/1524838017719233

Boscarino, J. A., Figley, C. R., & Adams, R. E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: A study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6(2), 57–66.

Bride, B. E., & Figley, C. R. (2007). The fatigue of compassionate social workers: An introduction to the special issue on compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 151–153. https://doi.org/10.1007/s10615-007-0093-5

Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 155–163. https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7

Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35. https://doi.org/10.1177/1049731503254106

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. https://doi.org/10.2307/2136404

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (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

Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. https://doi.org/10.1002/jclp.10090

Gentry, E. J., Baranowski, A. B., & Dunning, K. (2002). Treating compassion fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 123–138). Taylor & Francis.

Goral, A., Feder-Bubis, P., Lahad, M., Galea, S., O'Rourke, N., & Aharonson-Daniel, L. (2021). Development and validation of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) among adults exposed to ongoing security threats. *PLoS ONE*, 16(5), Article e0251724. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251724

Greene, T., Itzhaky, L., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2018). Psychopathology, risk, and resilience under exposure to continuous traumatic stress: A systematic review of studies among adults living in Southern Israel. *Traumatology*, 24(2), 83–103. https://doi.org/10.1037/trm0000136

Guidi, J., Lucente, M., Sonino, N., & Fava, G. A. (2020). Allostatic load and its impact on health: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(1), 11–27. https://doi.org/10.1159/000510696

Hibberd, R., & Vandenberg, B. (2015). Development and validation of the Perceived Life Significance Scale. *Death Studies*, *39*(6), 369–383. https://doi.org/10.1080/07481187.2014.958627

Itzhaky, L., Gelkopf, M., Levin, Y., Stein, J. Y., & Solomon, Z. (2017). Psychiatric reactions to continuous traumatic stress: A latent profile analysis of two Israeli samples. *Journal of Anxiety Disorders*, *51*, 94–100. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.006

Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validational study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423–432. https://doi.org/10.1023/A:1020193526843

Kaminer, D., Eagle, G., & Crawford-Browne, S. (2018). Continuous traumatic stress as a mental and physical health challenge: Case studies from South Africa. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1038–1049. https://doi.org/10.1177/1359105316642831

Kintzle, S., Yarvis, J. S., & Bride, B. E. (2013). Secondary traumatic stress in military primary and mental health care providers. *Military Medicine*, 178(12), 1310–1315. https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00087

Kizilhan, J. I. (2020). Stress on local and international psychotherapists in the crisis region of Iraq. *BMC Psychiatry*, 20, Article 110. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02508-0

Kobayashi, I., Sledjeski, E. M., & Delahanty, D. L. (2019). Gender and age interact to predict the development of posttraumatic stress disorder symptoms following a motor vehicle accident. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(3), 328–335. https://doi.org/10.1037/tra0000366

Kurapov, A., Balashevych, O., Borodko, Y., Vovk, Y., Borozenets, A., & Danyliuk, I. (2025). Psychological wellbeing of Ukrainian civilians: A data report on the impact of traumatic events on mental health. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1553555. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1553555

Likarchuk, Ye. V. (2024). Teoretyko-metodolohichni pidkhody do vyvchennia problemy vikarnoi travmy psykholohiv, yaki pratsiuiut v umovakh viiskovykh konfliktiv [Theoretical and methodological approaches to studying the problem of vicarious trauma of psychologists working in military conflicts]. *Naukovyi Visnyk Uzhhorodskoho Natsionalnoho Universytetu. Seriia: Psykholohiia*, 3, 82–88 [in Ukrainian]. https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.3.16

Ludick, M., & Figley, C. R. (2017). Toward a mechanism for secondary trauma induction and reduction: Reimagining a theory of secondary traumatic stress. *Traumatology*, 23(1), 112–123. https://doi.org/10.1037/trm0000096

Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, *23*(2), 129–142. https://doi.org/10.1037/trm0000122

Pashchenko, S. Yu. (2025). Vikarna travma sotsialnykh pratsivnykiv v umovakh rosiisko-ukrainskoi viiny [Vicarious trauma of social workers under conditions of the Russian-Ukrainian war]. In Yu. M. Shvalb (Ed.), *Rozvyvalnyi potentsial suchasnoi sotsialnoi roboty: metodolohiia ta tekhnolohii: materialy X Vseukrainskoi z mizhnarodnoiu uchastiu naukovo-praktychnoi konferentsii* (pp. 145–147). KNU imeni Tarasa Shevchenka [in Ukrainian].

Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565. https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. W. W. Norton & Company.

Potluri, S., & Patel, A. R. (2021). Using a continuous traumatic stress framework to examine ongoing adversity among Indian women from slums: A mixed-methods exploration. *Journal of Traumatic Stress*, 34(5), 917–928. https://doi.org/10.1002/jts.22699

Ray, S. L., Wong, C., White, D., & Heaslip, K. (2013). Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*, 19(4), 255–267. https://doi.org/10.1177/1534765612471144

Rudys, A. F. (2024). *Psykhometrychni vlastyvosti ukrainskoi versii shkaly "Reaktsiia na tryvalyi travmatychnyi stres" na vybirtsi povnolitnikh ukraintsiv* [Psychometric properties of the Ukrainian version of the "Continuous Traumatic Stress Response" scale on a sample of adult Ukrainians] [Master's thesis, Ukrainian Catholic University] [in Ukrainian].

Rzeszutek, M. (2014). Secondary traumatic stress among psychotherapists: Determinants and consequences. *Polish Journal of Social Sciences*, 9, 63–74.

Sangalang, C. C., Becerra, D., Mitchell, F. M., Lechuga-Peña, S., Lopez, K., & Kim, I. (2019). Trauma, post-migration stress, and mental health: A comparative analysis of refugees and immigrants in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(5), 909–919. https://doi.org/10.1007/s10903-018-0826-2

Skalski-Bednarz, S. B., Konaszewski, K., Muszyńska, J., Maier, K., & Surzykiewicz, J. (2023). Negative situation appraisal and mental well-being among refugees in Germany: Serial mediation by religious coping and sense of coherence. *International Migration*, 61(1), 139–151. https://doi.org/10.1111/imig.13087

Ting, L., Frey, J., Sanders, S., Bride, B., & Harrington, D. (2005). The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS). *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 11(3–4), 177–194. https://doi.org/10.1300/J137v11n03_09

Veldbrekht, O. O., & Tavrovetska, N. I. (2022). Shkala spryiniatoho stresu (PSS-10): adaptatsiia ta aprobatsiia v umovakh viiny [Perceived Stress Scale (PSS-10): Adaptation and validation under war conditions]. *Zhurnal Suchasnoi Psykholohii*, 2, 16–27 [in Ukrainian]. https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2

Wilson, J. P., & Thomas, R. B. (2004). *Empathy in the treatment of trauma and PTSD*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203020999

World Health Organization. (2025, February 24). *Three years of war: Rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation*. https://www.who.int/ukraine/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation

Xiong, Q., Luo, F., Chen, Y., et al. (2024). Factors influencing fatigue, mental workload and burnout among Chinese health care workers during public emergencies: An online cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, Article 428. https://doi.org/10.1186/s12912-024-02070-0

Yablonska, T., Vernik, O., & Haivoronskyi, H. (2025). Stratehii podolannia peremishchenykh ukrainskykh materiv [Coping strategies of displaced Ukrainian mothers]. *Insight: The Psychological Dimensions of Society*, 13, 49–70 [in Ukrainian]. https://doi.org/10.32782/2663-970X/2025-13-3

Zasiekina, L., & Burtsan, V. (2023). Shared resilience in the shared traumatic reality of applied psychologists: The Ukrainian experience and the best practices of the European Union. *Psychological Prospects Journal*, 42, 55–67. https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-42-zas

Zasiekina, L., Zasiekin, S., & Kuperman, V. (2023). Post-traumatic stress disorder and moral injury among Ukrainian civilians during the ongoing war. *Journal of Community Health*, 48(5), 784–792. https://doi.org/10.1007/s10900-023-01225-5

Отримано редакцією журналу / Received: 24.12.25
Схвалено до друку / Accepted: 15.07.26
Опубліковано / Published: 16.07.26

Tetiana YABLONSKA, DSc (Psychology), Prof.
ORCID ID: 0000-0001-7272-9691
e-mail: yablonska@knu.ua
Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine

Yulia GORBANIUK, Dr habil., Prof.
ORCID ID: 0000-0001-7732-7819
e-mail: julia.gorbaniuk@kul.pl
John Paul II Catholic University of Lublin, Lublin, Poland

FEATURES OF SECONDARY TRAUMA OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN WAR CONDITIONS

B a c k g r o u n d . ***Modern research indicates large-scale negative psychological consequences for the mental health of the population associated with war. This determines the high intensity of work of mental health professionals and the risk of their secondary traumatization, since their work involves constant contact with the traumatic experience of clients. Therefore, it is important to study the level of secondary trauma of professionals, as well as potential protective factors. The study aimed to examine the characteristics of secondary trauma among mental health professionals assisting war victims in Ukraine. The study sample comprised 170 people (psychologists, psychotherapists, social workers, and volunteers).***

M e t h o d s . ***sociodemographic questionnaire, The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS), The Continuous Traumatic Stress Response Scale (CTSR-10), The Perceived Stress Scale (PSS-10), The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC).***

R e s u l t s . ***Secondary traumatic stress is defined as a complex of behaviors and emotions that result from interaction with a client's traumatic experience. Its symptoms are intrusions, avoidance, and excessive arousal. The specific features of professionals' work with clients who have experienced trauma, including its intensity and associated challenges, are characterized. The severity of secondary trauma, as well as chronic traumatic and perceived stress of specialists, is revealed. It was found that secondary traumatic stress indicators are significantly higher in social workers compared to psychologists and psychotherapists. It was found that the age of specialists is negatively correlated with indicators of secondary traumatic stress; at the same time, it has no connection with resilience. No significant relationships were found between professional experience and secondary trauma; however, a weak inverse relationship was found between age and indicators of chronic traumatic stress and secondary traumatization. Strong inverse relationships between resilience and indicators of secondary traumatic stress among professionals were found, confirming the importance of developing resilience as a potentially protective factor.***

C o n c l u s i o n s . ***The results of the study confirm the high relevance of the problem of secondary traumatization for mental health professionals, especially social workers. This confirms the importance of developing and implementing specialized interventions to support the resilience of mental health workers.***

K e y w o r d s ***: mental health, trauma, traumatic experience, secondary traumatic stress, resilience.***

Декларація про генеративний штучний інтелект та технології, що використовують штучний інтелект. Під час підготовки цієї статті автори не використовували інструменти штучного інтелекту.

Declaration of Generative AI and AI-Assisted Technologies. During the preparation of this work, the authors did not use artificial intelligence tools.

Етична декларація. Дизайн та методики дослідження схвалено Етичним комітетом факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (Протокол № 15 від 27.06.2025). Усі учасники дослідження надали письмову інформовану згоду на участь та публікацію отриманих даних. Автори гарантують повну анонімність та конфіденційність персональної інформації.

Ethical Statement. The study design and methodologies were approved by the Ethics Committee of the Faculty of Psychology at Taras Shevchenko National University of Kyiv (Protocol No. 15 dated June 27, 2025). All study participants provided written informed consent for their participation and the publication of the obtained data. The authors guarantee full anonymity and confidentiality of personal information.

Тетяна Яблонська є членом редколегії видання, тому не брала участі у рецензуванні та прийнятті рішення щодо публікації цієї статті.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробці дизайну дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

Tetiana Yablonska is a member of the Editorial Board of this journal and therefore was not involved in the peer-review process or the decision-making regarding the publication of this article.

The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analysis or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.