

УДК: 159.9:355.01]:615.851
DOI: 10.31732/2663-2209-2026-81-429-437

Дата надходження: 28.02.2026
Дата прийняття до друку: 25.03.2026
Дата публікації: 30.03.2026



Ця робота ліцензується відповідно до [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

ПРОФЕСІЙНА СТІЙКІСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА В УМОВАХ СПІЛЬНОЇ ТРАВМИ ВІЙНИ: ФЕНОМЕНОЛОГІЯ, РИЗИКИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ, МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

Ірина Сингаївська¹, Тетяна Саніна²

¹Кандид. Психол. наук, професор, директор ННІ психології, ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», м. Київ, Україна, e-mail: irinas@krok.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6802-0081>

²Здобувач магістерського рівня вищої освіти спеціальності С-4 Психологія, ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», м. Київ, Україна, e-mail: tetiana.sanina@gmail.com

PROFESSIONAL RESILIENCE OF A PSYCHOTHERAPIST IN THE CONTEXT OF SHARED WAR TRAUMA: PHENOMENOLOGY, RISKS OF MALADAPTATION, AND INTERNATIONAL EXPERIENCE

Iryna Synhaiska¹, Tetiana Sanina²

¹PhD (Psychological sciences), Professor, Director of the Academic and Scientific Institute of Psychology, KROK University, Kyiv, Ukraine, e-mail: irinas@krok.edu.ua, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6802-0081>

²Master's student, Specialty 053 Psychology, KROK University, Kyiv, Ukraine, e-mail: tetiana.sanina@gmail.com

Анотація. В умовах повномасштабної війни в Україні проблема професійної стабільності фахівців соціономічного профілю набуває стратегічного значення для збереження ментального здоров'я нації. Психотерапевти стикаються з унікальним викликом – «спільною травматичною реальністю», де фахівець і клієнт перебувають в ідентичних умовах екзистенційної загрози. Це зумовлює необхідність переосмислення традиційних моделей резильєнтності та розробки специфічних стратегій підтримки терапевтів.

У статті концептуалізовано професійну стійкість психотерапевта в умовах тривалої війни, проаналізовано механізми її виснаження та розглянуто ресурси відновлення (на основі вітчизняного та міжнародного досвіду).

У роботі використано комплекс теоретичних методів: системний аналіз наукової літератури, компаративний аналіз досвіду роботи фахівців у зонах збройних конфліктів (Ізраїль, Сирія, Ірак) та синтез нейробіологічних підходів до вивчення емпатії.

Розмежовано поняття загальної та професійної стійкості, де останню визначено як свідому етичну компетенцію. На основі аналізу нейробіологічних моделей Т. Зінгер та О. Клімецькі розкрито механізм «емпатійного дистресу» як першопричини втоми від співчуття. Доведено, що виснаження настає не через надмірну емпатію, а через фіксацію на больовому резонансі без переходу до фази діяльного співчуття.

Особливу увагу приділено феномену «подвійної експозиції». Дослідження міжнародного досвіду підтвердило, що спільний травматичний бекграунд посилює емоційний резонанс, проте може трансформуватися у «вікарну стійкість». Обґрунтовано впровадження організаційних стратегій: травмоорієнтованого навантаження (case-mix), адаптивного сетінгу (flexible framing) та культури «дебріфінгу низького впливу» (low impact debriefing).

Своєчасна імплементація цих стратегій на організаційному та індивідуальному рівнях дозволяє терапевту інтегрувати спільний травматичний досвід у професійне та особистісне зростання, запобігаючи деструктивним змінам особистості та професійній деформації у довгостроковій перспективі.

Ключові слова: професійна стійкість психотерапевта, спільна травма, втома від співчуття, емпатичний дистрес, подвійна експозиція, травмоорієнтоване навантаження, психотерапія війни.

Формули: 0; рис.: 0; табл.: 0, бібл.: 24

Abstract. In the context of the full-scale war in Ukraine, the professional stability of specialists in socio-economic occupations has acquired strategic importance for the preservation of the nation's mental health. Psychotherapists face a unique challenge—a "shared traumatic reality," where both the professional and the client exist under identical conditions of existential threat. This necessitates a conceptual reappraisal of traditional resilience models and the development of specific support strategies for therapists.

The article conceptualizes the professional resilience of psychotherapists amidst prolonged warfare, analyzes the mechanisms of its depletion, and explores recovery resources based on both national and international experiences. The study employs a complex of theoretical methods: systematic analysis of scientific literature, comparative analysis of professional practices in armed conflict zones (Israel, Syria, Iraq), and a synthesis of neurobiological approaches to the study of empathy.

The study differentiates between the concepts of general and professional resilience, defining the latter as a conscious ethical competence. Drawing on the neurobiological models of T. Singer and O. Klimecki, the mechanism of "empathic distress" is identified as the primary cause of compassion fatigue. It is demonstrated that exhaustion results not from excessive empathy, but from fixation on pain resonance without a transition to the phase of active compassion.

Particular attention is paid to the phenomenon of "double exposure." International research confirms that a shared traumatic background intensifies emotional resonance but can be transformed into "vicarious resilience." The article substantiates the implementation of organizational strategies: trauma-informed workload (case-mix), adaptive setting (flexible framing), and a culture of "low-impact debriefing."

The timely implementation of these strategies at both organizational and individual levels allows therapists to integrate shared traumatic experience into professional and personal growth, preventing destructive personality changes and professional deformation in the long term.

Keywords: professional resilience, shared trauma, double exposure, compassion fatigue, empathic distress, trauma-informed workload, war-time psychotherapy.

Formulas:0; fig.: 0; tab.: 0; bibl.:24

Постановка проблеми. В умовах повномасштабної війни в Україні професійна стійкість фахівців соціономічного профілю стає фундаментом збереження національного ментального ресурсу. Специфіка вітчизняного контексту полягає у феномені "спільної травматичної реальності", що зумовлює ефект "подвійної експозиції": терапевт де-факто перебуває у стані прямої екзистенційної загрози як громадянин, одночасно виконуючи роль контейнеруючого об'єкта як професіонал. Таке поєднання стресорів значно підвищує ризики вікарної травматизації, емпатичного дистресу та вигорання.

У зв'язку з особливістю українських реалій тотальної війни традиційні моделі резильєнтності, адаптовані для локальних конфліктів, потребують переосмислення. Перебування суб'єктів терапевтичної взаємодії у тривалому травматичному континуумі без доступу до "безпечного тилу" змушує фахівця до постійної інкорпорації власного травматичного досвіду в робочий процес. Відтак, розробка стратегій підтримки фахівців потребує чіткої концептуалізації професійної стійкості, аналізу механізмів її порушення та верифікації специфічних копінг-стратегій, що дозволяють зберігати терапевтичну ефективність та особистісну цілісність в умовах перманентної екстремальної загрози.

Аналіз досліджень і публікацій.

Значний інтерес для нашої статті становить досвід закордонних колег з країн, що мають досвід тривалих воєнних конфліктів. Специфіку травми, резильєнтності та посттравматичного зростання досліджували М. К. Хамза, М. Г. Гікс, Дж. І. Кизилхан, Д. А. Алі, С. Амара. Особливості впливу стресу війни на сімейні системи та фахівців детально висвітлено у працях ізраїльських дослідників: С. Джордж-Леві, Л. Фаверман, Я. Галін-Лончич, А. Бен-Гал Дахан, Р. Фрай-Ландау, О. Таубман-Бен-Арі, Х. Ерел-Бродські, Р. Бен-Кімгі.

Теоретичне підґрунтя дослідження стійкості та професійного здоров'я фахівців закладено у працях вітчизняних науковців: Т. Титаренко, Л. Карамушки, З. Кісарчук, Ю. Живоглядова.

Метою статті є концептуалізація феномену професійної стійкості психотерапевта в умовах тривалої війни та виокремлення специфічних детермінант її виснаження. Дослідження спрямоване на аналіз механізмів трансформації професійної стійкості під впливом спільної травми та подвійної експозиції.

Виклад основного матеріалу дослідження. Американська психологічна асоціація визначає стійкість як «процес та результат успішної адаптації до важких або складних життєвих обставин, особливо завдяки ментальній, емоційній та

поведінковій гнучкості й пристосуванню до зовнішніх і внутрішніх вимог» (APA, 2020) М. Унгар (Ungar, 2021) зміщує фокус з індивідуальних якостей на якість середовища. Він визначає стійкість як здатність індивідів «навігувати» до ресурсів психологічного, соціального та фізичного благополуччя, а також здатність їхнього середовища ці ресурси надати. Стійкість не може існувати у вакуумі, а є результатом взаємодії особистості та доступних їй зовнішніх опор. Втім, у межах цієї статті критично важливо розмежувати поняття загальної особистісної стійкості та професійної стійкості. Якщо перша є універсальною характеристикою адаптації людини до життєвих викликів, то у професійному контексті виникає додатковий вимір – якість допомоги іншому. Ключова відмінність полягає у цілепокладанні: метою загальної стійкості є особисте благополуччя індивіда, тоді як метою професійної стійкості є збереження професійної дієздатності. Тобто, фахівець вважається стійким не тоді, коли він просто "не відчуває болю", а тоді, коли він здатний приймати етичні рішення, утримувати кордони та надавати ефективну допомогу навіть в умовах власного дистресу чи спільної травми війни. Т. Сковхольт і М. Троттер-Матісон (Skovholt & Trotter-Mathison, 2016) концептуалізують професійну стійкість терапевта як динамічну здатність до постійного оновлення власних ресурсів. Дослідники наголошують, що ця якість не є вродженою детермінантою, а виступає результатом свідомого розвитку навичок саморегуляції, рефлексії та, що найважливіше, активного використання професійної підтримки. Спираючись на вище написане та підхід А. Вадделла і колег (Waddell et al, 2020), які акцентують на здатності підтримувати терапевтичний альянс попри інтенсивний вплив емоційного навантаження, ми формулюємо власне робоче визначення. Під професійною стійкістю фахівця сфери психічного здоров'я ми розуміємо свідому

й етично зумовлену здатність фахівця до постійного відновлення власних ресурсів задля підтримання стійкого терапевтичного альянсу та емпатичної залученості в умовах високого емоційного навантаження, що реалізується через опору на професійну спільноту.

В умовах повномасштабної війни, коли інтенсивність емоційного навантаження є критичною, саме професійна стійкість виступає головним запобіжником проти деструктивних змін особистості. Її недостатність або виснаження відкриває шлях до специфічних професійних ризиків, зокрема втоми від співчуття, що виснажує здатність до емпатії.

Втома від співчуття: концептуалізація феномену в моделях Ч. Фіглі та Б. Стамм. “За іронією долі, як буде зазначено пізніше, найефективніші терапевти найбільш вразливі до цього ефекту віддзеркалення або зараження. Ті, хто має величезну здатність відчувати та виражати емпатію, як правило, більше схильні до стресу, пов'язаного зі співчуттям” (Figley, 1995, p. 3). Ці слова підкреслюють ключову особливість професії психотерапевт. У діяльності фахівців сфери психічного здоров'я емпатія відіграє двоїсту роль: виступаючи основним інструментом допомоги, вона водночас стає джерелом ризику. Цю закономірність влучно описує Ч. Фіглі, зазначаючи, що професіонали, які слухають історії страху, болю та страждань, можуть почати відчувати подібні емоції саме через свою небайдужість. Такий наслідок не є ознакою некомпетентності, а скоріше закономірною "ціною" (the cost of caring), яку платить фахівець за роботу з травмованими людьми. Клінічна картина втоми від співчуття, на думку Фіглі, часто повторює симптоми ПТСР, хоча фахівець не був безпосереднім учасником подій. Основні групи симптомів включають: нав'язливі думки, емоційне оніміння, гіперзбудження. Системного вигляду цьому поняттю надала Бет Стамм у моделі «Професійної якості життя» (ProQOL). Вона розглядає стан

фахівця як баланс двох сил: «Втоми від співчуття» (негативний аспект) та «Задоволення від співчуття» (позитивний аспект). Ключовим у її підході є те, що втома від співчуття не є монолітним станом, а складається з двох частин: вигорання (виснаження, фрустрація, депресія) та вторинний травматичний стрес (негативне почуття, викликане страхом і травмою на роботі) (Stamm, 2010). Модель Б. Стамм демонструє, що "втома від співчуття" виникає там, де вичерпується ресурс емоційної регуляції. Тому професійна стійкість тут – це не відмова від емпатії, а здатність вчасно поповнювати резервуар "Задоволення від співчуття" (compassion satisfaction) через зовнішню підтримку, що запобігає переходу вигорання у травматичний спектр. Важливо зазначити, що Ч. Фіглі (Figley, 1995) не розглядає втому від співчуття як вирок професійній кар'єрі. Разом із послідовниками (Ф. Матьє, К. Сааквітне) він пропонує модель подолання цього стану, відому як «Абетка відновлення» (ABC of Recovery): усвідомлення (Awareness) – моніторинг власних сигналів дистресу; баланс (Balance) – розмежування професійного та особистого простору; зв'язок (Connection) – подолання професійної ізоляції через підтримку колег та близьких. Наявність у моделі відновлення компоненту «Зв'язок» вказує на те, що професійна стійкість не є автономним феноменом, який досягається виключно індивідуальними зусиллями (усвідомленням чи балансом). Це спонукає висунути тезу про значущість інтерпсихічних ресурсів в умовах виснаження, коли здатність фахівця спиратися на спільноту стає вирішальним чинником профілактики втоми від співчуття. Ф. Матьє (Mathieu, 2012) робить критично важливе уточнення щодо останнього пункту. Вона застерігає фахівців від так званого «зливу» (sliming) – безконтрольного вивалювання травматичних подробиць одне на одного

під виглядом підтримки. Такий процес не відновлює, а лише посилює вторинну травматизацію слухача. Натомість дослідниця пропонує впроваджувати культуру «Дебрифінгу низького впливу» (Low Impact Debriefing). Ця стратегія передбачає отримання згоди колеги перед обговоренням важкого випадку та фокусування на власних почуттях, а не на графічних деталях травми клієнта.

Емпатійний дистрес як нейробіологічний механізм виснаження.

Попри усталеність терміну «втома від співчуття» в клінічній психології, сучасні нейронаукові дослідження вимагають уточнення природи цього феномену. Якщо розглядати втому як вичерпання емоційного ресурсу, виникає питання: чому одні фахівці вигорають швидко, а інші зберігають чутливість роками? Відповідь лежить у площині нейробіології емпатії. Фундаментальні дослідження Зінгер та Клімецькі (Singer & Klimecki, 2014) здійснили революцію в розумінні цього процесу. За допомогою фМРТ-сканування дослідниці довели, що реакція на чужий біль може йти двома різними нейронними шляхами, які часто плутають на понятійному рівні: Емпатія – здатність резонувати з емоцією іншого. Експерименти показали, що коли ми емпатуємо людині, яка страждає, у нашому мозку активуються ті самі зони, що й при фізичному болю. Співчуття – почуття турботи та бажання допомогти, яке не передбачає повного розділення болю. Критичним моментом для професійної стійкості є те, що тривала активація «больової мережі» (емпатії) без переходу в стан співчуття призводить до феномену «емпатійного дистресу» (empathic distress). Це нейробіологічний стан перезбудження, коли мозок фахівця перестає чітко розрізнявати джерело страждання (розмивання кордону «Self-Other distinction»). У стані емпатійного дистресу фокус уваги терапевта зміщується з клієнта на власні неприємні відчуття. Виникає парадоксальна захисна реакція: щоб припинити власний нейробіологічний біль,

психіка «вимикає» емпатію. Саме цей процес суб'єктивно переживається як втома, байдужість або цинізм. Таким чином, те, що Ч. Фіглі назвав «втомою від співчуття», з погляду нейронауки є, по суті, «втомою від емпатійного дистресу». Це розрізнення має не лише семантичне, а й практичне значення. Воно доводить, що виснаження фахівця настає не через те, що він «забагато співчував», а через те, що він «застряг» у резонансі з болем і не зміг активувати нейронні мережі нагороди та афіліації, які відповідають за істинне співчуття. Узагальнюючи теоретичний аналіз, ми можемо визначити професійну стійкість як ключову компетенцію, що дозволяє фахівцеві опрацьовувати емоційне навантаження «в моменті», ефективно регулюючи емпатійний дистрес та запобігаючи його переростанню у хронічну втому від співчуття. Стійкість у цьому контексті виступає не як відмова від емпатії, а як здатність до свідомої регуляції емоційного резонансу. Професійна стійкість – це не лише психологічний конструкт, а нейробіологічна гігієна, що полягає у запобіганні перевантаженню амігдали через активацію префронтальної кори та систем нагороди під час співчуття (compassion). Однак в умовах повномасштабної війни це завдання ускладнюється, адже виникає ризик стрімкого виснаження адаптаційних резервів.

Концептуалізація феномену «спільної травми» та «подвійної експозиції». Глобальний контекст збройних конфліктів сьогодення дозволяє виокремити універсальні механізми професійного стресу, які в науковій літературі концептуалізуються через поняття «спільна травма».

Основоположницями цього підходу є Керол Тосоне, Оріт Наттман-Шварц та Міхал Шамай. У своїй фундаментальній праці К. Тосоне визначає спільну травму як «афективні, поведінкові, когнітивні, духовні та мультимодальні реакції, які фахівці у сфері психічного здоров'я

переживають внаслідок первинної та вторинної експозиції тій самій колективній травмі, що й їхні клієнти» (Tosone, 2021, p. 625). У цьому контексті терапевтичний простір втрачає функцію ізольованого «острівця безпеки», оскільки зовнішня реальність вторгається в нього. Ключовою характеристикою цього стану є феномен «подвійної експозиції» (double exposure). Це стан, у якому фахівець змушений одночасно опановувати два потоки навантаження: особисту експозицію (страх за власне життя та близьких) та професійну експозицію (емпатія до болю клієнтів).

У таких умовах, як наголошує М. Шамай (Shamai, 2011), відбувається розмиття професійних кордонів. Якщо у мирний час терапевт може чітко розділяти «роботу» і «дім», то в умовах спільної травми ці сфери зливаються. Фахівець може відчувати провину за те, що бере гроші за допомогу «своїм» у біді, або ж відчувати надмірну ідентифікацію з клієнтом. Окремим викликом стає так звана «провина вцілілого» у терапевтів. Як зазначає Н. Баум (Baum, 2010), фахівці, які працюють у відносно безпечних регіонах з клієнтами із зони бойових дій, часто відчувають сором за свій комфорт. Це призводить до гіперкомпенсації – намагання працювати без відпочинку, що прямо веде до втоми від співчуття.

Міжнародний досвід психотерапевтичної практики в зонах бойових дій. Порівняльний аналіз емпіричних даних, отриманих у ході досліджень в Ізраїлі, Іраку та Сирії, дозволяє деталізувати фактори ризику та ресурси стійкості, притаманні ситуації подвійної експозиції. Дослідники Таубман-Бен-Арі та співавт. (Taubman-Ben-Ari et al, 2025) вказують на те, що терапевти, будучи інтегрованими у ту ж спільноту, що і їхні клієнти, стикаються з розмиттям професійних меж. Автори описують цей стан як екзистенційний парадокс, коли терапевт змушений «утримувати травму інших, водночас долаючи власну». Однак цей

процес часто призводить до виснаження. Культурна ідентичність та національний наратив виступають тут як амбівалентний чинник: вони є джерелом внутрішньої мобілізації, але водночас створюють додатковий психологічний тиск. Згідно з даними Джордж-Леві та співавт. (George-Levi et al, 2025), такі демографічні показники як вік чи стаж роботи не мають достовірного впливу на рівень стресу. Натомість вирішальну роль відіграють когнітивно-сміслові ресурси – надія та усвідомлення професійної місії, що підтверджує динамічну природу стійкості в умовах війни.

Аналіз стресових детермінант у діяльності психотерапевтів, які працювали з жертвами терору в іракських таборах біженців, виявив суттєву кореляцію між рівнем вторинної травматизації та ступенем залученості фахівця у спільну реальність із клієнтом. Емпірично встановлено, що місцеві фахівці демонструють значно вищі показники симптомів вторинної травми порівняно з іноземними колегами (44,4% проти 28,6% відповідно) (Kizilhan, 2020). Це підтверджує гіпотезу про те, що спільний із клієнтом травматичний бекграунд посилює емоційний резонанс та перешкоджає утриманню необхідної терапевтичної дистанції. Водночас протективну роль у збереженні професійної цілісності відіграють не лише інтрапсихічні чинники (стійка професійна ідентичність, відчуття місії), а й зовнішні соціальні ресурси, зокрема родинна підтримка та високий статус фахівця в громаді.

Досвід фахівців із психосоціальної підтримки в Сирії, які самі мають статус внутрішньо переміщених осіб, ілюструє феномен "амбівалентності спільної травми". Попри дефіцит ресурсів та високий ризик вторинної травматизації, ідентичність життєвих обставин терапевта й клієнта стає підґрунтям для глибокої емпатії та професійної зрілості (Hamza, 2021). Це підтверджує можливість парадоксального співіснування виснаження та посттравматичного зростання, де "задоволення від співчуття"

виступає стабілізуючим чинником у ситуації тотальної соціальної нестабільності.

Імплементація міжнародного досвіду в українські реалії: стратегії адаптації.

Важливим аспектом адаптації міжнародних протоколів є врахування специфіки національного контексту. Особливістю української ситуації є загроза ідентичності. В умовах, коли спільна травматична реальність ставить під сумнів сенс діяльності, ключовими стають екзистенційні ресурси. Висновки ізраїльських колег (George-Levi et al, 2025) про роль надії цілком співзвучні з дослідженнями українських вчених Ю. Живоглядова (2022), Г. Лазос (2018), З. Кісарчук (2020), які наголошують на важливості переоцінки цінностей та пошуку нових смислів як протидії руйнівному впливу війни. Саме в цьому контексті набуває особливого значення феномен «вікарної стійкості» (vicarious resilience), описаний П. Ернандес-Вольф та колегами (Hernández, 2007). У ситуації спільної травми спостереження за тим, як клієнт долає наслідки війни, стає джерелом сили для самого терапевта. Це дозволяє нам класифікувати вікарну стійкість як специфічний інтерпсихічний ресурс, що народжується безпосередньо у клінічній взаємодії. У термінології Б. Стамм, саме цей процес стає головним джерелом «задоволення від співчуття» в умовах, коли інші професійні радощі є недоступними. Такий процес перетворює терапію із односторонньої допомоги на простір взаємного посттравматичного зростання, де відновлюється віра у людський дух. Концептуальну основу такої трансформації розкривають Р. Тедескі та співавт. (Тедескі, 2025), наголошуючи, що шлях через травму може завершитися не просто відновленням, а глибоким переосмисленням життя та набуттям нових особистісних смислів. Це підтверджує нашу тезу про те, що робота із травмою війни для фахівця є не лише фактором ризику, а й потужним ресурсом

професійного та особистісного розвитку. Важливим елементом підготовки кадрів є реалізація програм підвищення психологічної стійкості до травми та сприяння посттравматичному зростанню (зокрема, розроблених під керівництвом Л. Карамушки), що спрямовані на активізацію інтрапсихічних ресурсів фахівців (Карамушка, 2024); водночас, для комплексного вирішення проблеми професійного вигорання ці заходи мають інтегруватися у ширшу модель соціально-психологічної підтримки, яка включає сервісне вдосконалення та адвокацію здоров'я (Громова та ін., 2025). Проте, попри позитивну динаміку впровадження моделі HE SI AD (просвітництво, удосконалення послуг та адвокація), спостерігається суттєвий розрив між загальними рекомендаціями та їхньою специфічною адаптацією для фахівців соціономічних професій. Наявні ініціативи часто фокусуються на первинній психологічній допомозі населенню, залишаючи поза увагою «втому від співчуття» та вторинну травматизацію самих надавачів послуг. Відтак, поодинокі заходи із цифрового добробуту чи майндфулнесу виявляється недостатньо для компенсації того екстремального навантаження, якого зазнають фахівці у кризові часи. Це зумовлює необхідність переходу від загальних програм до вузькоспеціалізованих протоколів професійної підтримки, що враховували б субкультурний капітал та вікові особливості спеціалістів. Спираючись на рекомендації Алі та співавт. (Алі, 2023), ми приходимо до висновку: в умовах «спільної травми» стійкість фахівця неможлива виключно за рахунок ізольованих індивідуальних зусиль. Оскільки загроза має тотальний характер, внутрішні опори піддаються швидкому виснаженню і потребують відновлення через взаємодію. Пріоритетними напрямками збереження стійкості стають: *Організаційна підтримка*: Впровадження травмоорієнтованого навантаження.

Зокрема підхід «Case-mix» або балансування важких та легких випадків; гнучкий сетінг (flexible framing) або адаптація терапевтичних правил до реалій (наприклад, проведення сесії в укритті, перенесення через обстріли, робота без світла). Доступ до оплачуваних годин супервізії. Наявність груп підтримки (інтерв'їзій).

Рефлексивні простори: Створення безпечного середовища для колегіальної підтримки. В умовах спільної травми такі простори мають функціонувати з урахуванням принципів екологічної комунікації (наприклад, Low Impact Debriefing за Ф. Матьє), щоб запобігти вторинній травматизації. *Професійна приналежність*: Актуалізація місії через спільноту, що задовольняє потребу у «Зв'язку» та протидіє ізоляції. Міжнародна практика психотерапевтичної роботи в умовах війни демонструє амбівалентність позиції фахівця: поєднання високих ризиків вікарної травматизації та вигорання з можливістю посттравматичного зростання. Останнє базується на стійкій приналежності до професійної спільноти та актуалізації екзистенційних смислів діяльності, що виступають головними антидотами до деструктивного впливу тривалого воєнного стресу.

Висновки. Ми розмежовуємо поняття загальної та професійної стійкості. Остання визначається як свідома, етично зумовлена компетентність. У контексті нашого дослідження професійна стійкість – це динамічна здатність фахівця до відновлення ресурсів задля підтримання терапевтичного альянсу та емпатичної залученості в умовах високого емоційного навантаження, що реалізується через опору на професійну спільноту.

В умовах широкомасштабної війни традиційні моделі професійного стресу потребують уточнення. Ми визначили, що найбільш релевантним конструктом для опису стану українських фахівців є «втома від співчуття» за Ч. Фіглі та Б. Стамм. Аналіз факторів ризику крізь

призму нейробіологічних досліджень дозволив уточнити механізми виснаження. Ми встановили, що клінічний синдром «втоми від співчуття» в своїй основі має нейробіологічний механізм «емпатійного дистресу». Це стан, при якому фахівець «заражається» болем клієнта, активуючи власні нейронні мережі болю. Відтак, професійна стійкість інтерпретується нами як навичка нейропластичного перемикавання з пасивного емпатійного резонансу на ресурсний стан діяльного співчуття. Ключовим чинником, що модифікує професійну діяльність в умовах тривалої війни, є феномен «спільної травми» та «подвійної експозиції», який руйнує традиційний «терапевтичний сетінг» через

відсутність безпечного тилу. Подвійна експозиція призводить до розмивання професійних меж, проте за умов належної підтримки може трансформуватися у «вікарну стійкість» – ресурс, що виникає внаслідок спостереження за посттравматичним зростанням клієнта.

Обґрунтовано, що в умовах тотальної війни стійкість фахівця не може забезпечуватися лише індивідуальними зусиллями. Пріоритетними визначено системні організаційні опори: впровадження травмоорієнтованого навантаження, застосування адаптивного сетінгу та створення рефлексивних просторів із культурою «дебріфінгу низького впливу».

Література:

1. Громова, Г. М., Гундертайло, Ю. Д., Дворник, М. С. та ін. (2025). *Здоровий спосіб життя в умовах війни: соціально-психологічний підхід: монографія* (М. С. Дворник, ред.). Інститут соціальної та політичної психології НАПН України. <https://ispp.org.ua/2025/10/24/monografiya-zdorovyj-sposib-zhyttya-v-umovah-vijny-soczialno-psychologichnyj-pidhid/>
2. Живоглядюв, Ю. О. (2022). Травма і життєва криза: екзистенціальний погляд. У *Психотерапевт і війна: зустріч на межі реальностей: матеріали XXVIII наук.-практ. конф. УСП* (с. 7–10). Київ.
3. Карамушка, Л. М. (2024). *Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: методичні рекомендації*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
4. Кісарчук, З. Г., & Омельченко, Я. М. (ред.). (2020). *Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб.* Логос.
5. Лазос, Г. П. (2018). *Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень*. Пульсари.
6. Саніна, Т. О., Сингаївська, І. В. Міжнародний досвід роботи психотерапевтів в умовах війни: професійні ризики та ресурси для їх подолання. Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: тези доповідей VI Міжнародної конференції (Київ, 04 грудня 2025 р.). К.: Університет "КРОК", 2025.
7. Тедескі, Р. Дж., Мур, Б. А., Фальке, К., & Голдберг, Дж. (2025). *Трансформовані травмою: історії про посттравматичне зростання* (О. Бідованець, пер.). Пропада Грамота. (Оригінальна робота опублікована 2020).
8. Ali, D. A., Figley, C. R., & Tedeschi, R. G. (2023). *Shared trauma, resilience, and growth: A roadmap toward transcultural conceptualization*. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(1), 45. <https://doi.org/10.1007/s10615-025-01015-7>
9. American Psychological Association. (2020). *Resilience*. <https://www.apa.org/topics/resilience>
10. Baum, N. (2010). *Shared traumatic reality in communal disasters: Toward a conceptualization*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 249–259. <https://doi.org/10.1037/a0020302>
11. Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1–20). Brunner/Mazel.
12. George-Levi, S., Faverman, L., & Galin-Lonchich, Y. (2025). *Beyond meaning: Hope and secondary trauma in Israeli therapists after the October 7th massacre*. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1594885. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1594885>
13. Hamza, M. K., & Hicks, M. H. (2021). *Implementation of mental health services in conflict and post-conflict zones: Lessons from Syria*. *Avicenna Journal of Medicine*, 11(1), 8–14. https://doi.org/10.4103/ajm.ajm_192_20
14. Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). *Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma*. *Family Process*, 46(2), 229–241. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00206.x>
15. 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>
16. Mathieu, F. (2012). *The compassion fatigue workbook: Strategies for self-care and coping with vicarious traumatization*. Routledge.
17. Shamai, M. (2011). *Collective impact: The effect of political violence on the professional and personal life of social workers in the south of Israel*. *Clinical Social*

Work Journal, 39, 268–278.
<https://doi.org/10.1007/s10615-011-0317-x>
18. Singer, T., & Klimecki, O. M. (2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), 875–878.
<https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>
19. Skovholt, T. M., & Trotter-Mathison, M. (2016). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals* (3rd ed.). Routledge.
20. Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual*. ProQOL.org.
21. Taubman-Ben-Ari, O., Erel-Brodsky, H., & Ben-Kimhy, R. (2025). Therapists in wartime: Holding others' trauma while contending with your own. *Journal of Clinical Psychology*, 81(3), 119–132.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23751>

22. Tosone, C. (Ed.). (2021). *Shared trauma, shared resilience during a pandemic: Social work in the time of COVID-19*. Springer Nature.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-61442-3>
23. Ungar, M. (Ed.). (2021). *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*. Oxford University Press.
<https://www.michaelungar.com/wp-content/uploads/2021/02/Multisystemic-Resilience.pdf>
24. Waddell, C., Shepherd, C. A., Schwartz, C., & Barican, J. (2020). *Building a comprehensive child and youth mental health system*. Children's Health Policy Centre, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University.

Декларація: Авторка є головою редакційної колегії секції Психологія журналу. З метою запобігання конфлікту інтересів авторку було повністю відсторонено від усіх етапів редакційного опрацювання власного рукопису. Рукопис пройшов незалежне зовнішнє рецензування, а рішення щодо його прийняття до публікації ухвалювалося іншим редактором відповідно до стандартної редакційної процедури журналу.

Declaration: The author is the head of the editorial board of the Psychology section of the journal. To prevent a conflict of interest, the author was completely removed from all stages of the editorial processing of her own manuscript. The manuscript underwent independent external peer review, and the decision regarding its acceptance for publication was made by another editor in accordance with the journal's standard editorial procedure.