

Ляховець Л. О.

Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка

Низовець-Кронта О. А.

Чернігівський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського

ВТОМА ВІД СПІВЧУТТЯ У КОНТЕКСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ ДОПОМАГАЮЧИХ ПРОФЕСІЙ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ

Стаття присвячена актуальній наразі проблемі: теоретичному аналізу такого негативного психоемоційного стану, що виникає у спеціалістів фасилітативних професій в процесі надання фахової допомоги, як втома від співчуття. Надмірне, різнопланове, нерідко понаднормове навантаження спеціалістів з підтримки фізичного й ментального здоров'я в умовах війни; відсутність системи самопідтримки й самодопомоги; складні фінансові та безпекові умови погано впливають на їхній фізичний і психологічний стан, погіршують відчуття суб'єктивного благополуччя.

Розкривається динаміка уявлень про втому від співчуття протягом останніх трьох десятиліть: від тлумачення втоми як нормативної професійної небезпеки до визнання втоми як стану ментального виснаження та емоційного дистанціювання у спеціалістів, котрі тривалий час надають допомогу фізично або ментально травмованим особам.

Здійснюється порівняльний аналіз кількох провідних моделей втоми від співчуття, зокрема: теоретичної пояснювальної моделі Ч. Р. Фіглі; емпіричних факторних моделей Дж. Джентрі; С. Кутзі і Г. Клоппер; Б. Стемм.

Наводяться результати теоретичної концептуалізації низки змістовно схожих, але не ідентичних понять, що розкривають форми робочого стресу, який нерідко виникає у фахівців допомагаючих професій: вигорання, вторинний травматичний стрес/втома від співчуття, вікарна травма.

Систематизовано наукові розвідки, які репрезентують феноменологію втоми від співчуття. Так передумовами її виникнення виступають наступні групи факторів: 1) особистісні (низька стресостійкість; надмірне використання «ресурсів особистості»; відсутність турботи про себе; невміння обстоювати свої кордони та ін.); 2) рольові (суперечливість професійних обов'язків; нечіткість планування і постановки конкретних завдань; понаднормові робочі навантаження та ін.); 3) організаційні (непрозора кадрова політика; відсутність заохочень та підтримки керівництва та ін.). Симптоми втоми від співчуття можна умовно об'єднати у такі групи: 1) фізичні (підвищене збудження; соматичні болі; знесилення та ін.); 2) психологічні (зміни у функціонуванні інтелектуальної, емоційної та поведінкової сфер та ін.); 3) соціальні (соціальна пасивність, порушення стосунків з колегами й рідними та ін.). Наслідки впливу втоми від співчуття окреслюються порушеннями у трьох напрямках діяльності й комунікації фахівця: 1) особистісний простір; 2) професійний простір; 3) клієнтський простір.

Ключові слова: втома від співчуття, задоволення від співчуття, вторинний травматичний стрес, вигорання, вікарна травма, посттравматичний стрес.

Постановка проблеми. Спеціалісти ВООЗ прогнозують, що у перспективі війни, психологічної підтримки потребуватиме 25 % цивільного населення нашої країни. МОЗ України збільшує цю кількість до 15 млн. цивільних українців; у 20–30 % осіб, які пережили травматичні події, може розвинутихся ПТСР; через 5–7 років очікується зростання кількості осіб з залежною поведінкою. Серед військових 20–40 % вже потрібна

психологічна допомога; 18–20 % з них перенесли бойову травму, але не зверталися до фахівців [2]. Логічно припустити, що з цими та іншими чисельними фізичними й ментальними проблемами воєнного/повоєнного часу, стикнуться не тільки отримувачі, але й надавачі психологічних послуг. Наразі росте загальна кількість досліджень, що вивчають наслідки робочого стресу і дистресу саме у фахівців допомагаючих про-

фесій, але нечасто серед них згадується втома від співчуття (далі – ВВС).

Вважаємо за доцільне розглянути питання статусу «ВВС» у структурі суб'єктивного та професійного благополуччя представників помічних професій. Який з підходів до природи цього явища може вважатися більш коректним в умовах воюючого травмованого суспільства: ВВС як професійна небезпека (що травмує спеціаліста й погіршує якість його життя) або ВВС як чинник посттравматичного зростання, засіб підвищення резильєнтності, розвитку самоспівчуття і турботи фахівця про себе?

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Феномен ВВС (або надзвичайний стрес і вигорання від допомоги іншим), розглядається у науковій літературі, орієнтовно, з 90-х рр. XX ст. Переважна більшість тогочасних наукових розвідок стосується проблем феноменології ВВС (Джойнсон К., 1992; Фіглі Ч. Р., 1995 та ін.); концептуалізації окремих негативних проявів професійного стресу (Перлман Л. і Сааквітне К., 1995; Фіглі Ч. Р., 1997; Джентрі Дж., 2002; Дженкінс Ш., 2002; Макхольм Ф., 2006; Кутзі С. і Клоппер Г., 2010 та ін.); розробки діагностичного інструментарію (Фіглі Ч. Р., 1995; Стемм Б., 2010); детального аналізу симптомів ВВС у фахівців помічних професій, зокрема: у медичного персоналу (Сабо Б., 2006; Наджар Н., Девіс Л., Бек-Кун К. та ін., 2009; Крейг Дж., Янврін Д. Р., Ветсел М. А., 2010; Цірценіс К., Міллере І., 2011 та ін.) та психотерапевтів (Маккан І., Перлман Л., 1990; Сааквітне К., 1996; Джентрі Дж. і Барановський А., 1997; Секстон Л., 1999 та ін.).

Вчені дійшли одностайних висновків: ВВС є закономірним наслідком роботи фахівців допомагаючих професій з травмованими клієнтами; виникає внаслідок невідповідності докладених зусиль отриманому результату; стимулюється низкою факторів, побудованих на високій емпатії працівника і, в окремих випадках, може призвести до прояву клінічних ознак ПТСР як відповіді на вторинне травмування болісним досвідом клієнта.

Починаючи з 10-х рр. XXI ст. фокус досліджень змістився у напрямку опрацювання травматичного досвіду самих фахівців та збереження їхнього ментального здоров'я й професійного благополуччя. Ось кілька прикладних аспектів ВВС, вивченням яких наразі і займається наукова спільнота:

- психоедукація з метою попередження виникнення ВВС й навчання спеціалістів на індивідуальному та організаційному рівнях (Стемм Б.,

2017; Петерс Е., 2018; Пайва-Солісбері М. і Шванц К., 2022 та ін.);

- самопідтримка (Лудік М. і Фіглі Ч. Р., 2017; Руперт П. і Дороціак К., 2019; Клей А., 2020; Руїз-Аранда Д. і Сільва-Гарсія Б., 2024 та ін.). Самопідтримка є вкрай важливим компонентом стійкості до ВВС, оскільки може полегшити шкідливий вплив травми, знизивши вплив вторинного травматичного стресу [18];

- турбота про себе (Лудік М. і Фіглі Ч. Р., 2017; Шванц К. і Пайва-Солісбері М., 2022 та ін.). Існують певні пріоритети, що перешкоджають прояву турботи про себе у спеціалістів помічних професій. Фахівець може усвідомлювати необхідність потурбуватися про себе, але почуватиметься винним, якщо приділить час собі замість того, щоб допомогти іншим [15];

- розвиток стійкості як особистісної риси, що пом'якшує негативний вплив стресу й підвищує адаптацію спеціаліста (Бурнетт Г., Валь Дж., 2015; Руїз-Аранда Д. і Сільва-Гарсія Б., 2024 та ін.);

- розвиток стратегій самообслуговування й співчуття до себе, оскільки нарощування співчуття фахівця до себе зменшує прояви симптомів ВВС і збільшує задоволення від співчуття (Фінлей-Джонс А., 2015; Бомонт Е. і Дуркін М., 2016; Мантелу А. і Каракасіду Е., 2019 та ін.);

- відвідування індивідуальної терапії, інтерв'їв та групової супервізії (Роелк Б., 2016; Лазос Г. П., 2017; Делін М. і Лунд Л., 2018; Оверчук О. А. і Лапшова Н. С., 2022; Ахмадані Г. А., Алєнезі Ш. й ін., 2022 та ін.).

Постановка завдання. Метою статті є здійснення теоретичного аналізу та систематизація наукових уявлень про феномен «Втома від співчуття»: концептуалізація поняття, порівняння існуючих моделей, узагальнення передумов виникнення, симптомів та впливу на життєдіяльність фахівців помічних професій.

Виклад основного матеріалу. Поняття «ВВС» ввела у науковий обіг К. Джойнсон (1992), ідентифікуючи його як унікальну форму вигорання (медичних сестер); «втрату здатності до піклування»; тип виснаження, не пов'язаний з невдоволеністю фахівців допомагаючих професій роботою чи їхнім розчаруванням у системі [цит. за: 10].

Починаючи з 1995 р., дослідження негативних ефектів вторинного впливу травматичного стресу на фахівців, котрі опікуються травмованими клієнтами, набули потужного розвитку й сконцентрувалися переважно довкола наукових розвідок трьох відомих вчених: Ч. Р. Фіглі, Б. Стемма і Л. Перлман. За підрахунками Б. Стемма, протягом

наступних 15 років «тільки Ч.Р. Фіглі, Б.Стемм та Л.Перлман разом написали понад 50 наукових праць на тему ВВС, хоча, ... термінологія, як була, так і продовжує залишатися, “таксономічною загадкою» [20, с. 8]. Йдеться про існування трьох загальноприйнятих понять: «ВВС», «Вторинний травматичний стрес» і «Вторинна травма», між якими «...дійсно є нюанси, але немає достатнього розмежування, щоб сказати, що вони справді різні...» [20, с. 9].

Б.Стемм (2010), в результаті, доходить такого висновку: три наведені поняття не досить вдало розкривають специфічні особливості існуючих концепцій негативних ефектів вторинного впливу травми внаслідок роботи з людьми. Швидше за все, вони ілюструють три максимально наближені одне до одного явища, й дають три різних назви для схожих конструктів: «ВВП» (у Фіглі Ч.Р., 1995), «Вторинний травматичний стрес» (у Стемма Б., 1995), «Вторинна/вікарна травматизація» (у Перлман Л., 1995).

Зазначене вище й визначило перший крок нашого аналізу – уточнення змістовного наповнення понять, що втілюють негативні психоемоційні прояви робочого стресу: ВВС, вигорання, вторинної травми, вторинного травматичного стресу. На концептуальній схожості цих станів у спеціалістів фасилітативних професій, наголошує ряд вчених: Маккан І. і Перлман Л., 1990; Фіглі Ч.Р., 1995; Перлман Л., 1995; Стемм Б., 1995; Дженкінс Ш. і Баєрд С., 2002 та ін. Найчастіше наводяться наступні ознаки подібності:

1) причинами виникнення означених проявів виступають здатність до прояву емпатії й спів-

чуття [8] та специфічні фактори ризику для фахівців, працюючих з травмованими особами [9];

2) симптоми, що супроводжують перелічені стани, подібні до проявів посттравматичного стресового розладу (нав'язливі спогади; уникнення схожих на травмівну, ситуацій; надмірне збудження) [16];

3) нелінійність проживання вигорання, вторинного травматичного стресу, ВВС, вікарної травми в «континуумі робочого стресу» [19].

Відмінності ж між наведеними станами деталізуються у Таблиці 1.

Продовживши наукові розвідки Б.Стемма, Дж.Джентрі висвітлив ще одну методологічну проблему репрезентації ВВС: «...наразі існує кілька теорій, що показують зв'язок ВВС з іншими психологічними конструктами, але жодна не може продемонструвати механізм, який пояснює передачу травматичного стресу від однієї особи до іншої...» [12, с. 42].

Власне тому наступним кроком нашого дослідження, виступив аналіз кількох найвідоміших моделей, що розкривають сутність ВВС (Таблиця 2). Це дозволяє поглибити теоретичні уявлення про феномен, а також сприяє розробці/вдосконаленню діагностичного інструментарію (оскільки наразі найпопулярнішим засобом вимірювання ВВС залишається «Опитувальник професійної якості життя, PROQOL», розроблений Б.Стеммом [20]).

Максимальному аналізу та оцінці у науковій літературі була піддана перша модель ВВС, створена Ч.Р.Фіглі (1995; 2002). На думку Б.Сабо, вона не позбавлена певних недоліків, зокрема:

Таблиця 1

Теоретична концептуалізація основних форм робочого стресу фахівців допомагаючи професій*

ВВС – негативні емоційні, когнітивні й поведінкові наслідки, що виникли в результаті роботи з травмованими клієнтами (Фіглі Ч.Р., 2002); – надзвичайний стрес і вигорання від допомоги іншим (Руїз-Аранда Д. та ін., 2024)		
ВІДМІННОСТІ між...		
ВВС – Вигоранням	ВВС – Вторинним травматичним стресом	ВВС – Вікарною травмою
1. Вигорання виникає через хронічну втому і деформацію на робочому місці (ВВС – через специфічну травму клієнта; може провокуватися однією травмівною подією) 2. Вигорання призводить до розчарування і втрати контролю (ВВС – до почуття провини чи дистресу) 3. Вигорання прогресує поступово (ВВС – дуже інтенсивно)	1. Вторин. травм. стрес – це раптові негативні реакції-відповіді фахівця на травмованих клієнтів, яким вже надається допомога (ВВС – поступово накопичене виснаження і зниження емпатії) 2. Симптоми вторинної травми при Вторин. травм. стресі майже ідентичні симптомам ПТСР Симптоми ВВС більше збігаються з тривожною реакцією на вербалізовані клієнтом травмівні події)	1. Вікарна травма складна для корекції (сукупний вплив досвіду травмованих клієнтів на фахівця протягом тривалого часу, створює незворотні зміни, які відбуваються з особистістю спеціаліста) ВВС у фахівця – значно легше піддається корекційному та психотерапевтичному впливам

* Складено авторками на підставі аналізу джерел: №№ 5; 6; 7; 8; 10; 12; 13; 14; 16; 17; 19

Моделі теоретичних та емпіричних репрезентацій ВВС*

Автор концепції	Визначення ВВС	Особливості функціонування моделі ВВС	Ключовий аспект ВВС
Фіглі Ч.Р., 1995 [8]	– стан напруженості, стурбованості, негативні емоційні, когнітивні і поведінкові наслідки, що виникають при роботі з індивідуальними наративами травми клієнта; – природна наслідкована поведінка та емоції, що виникли в результаті знання про травматичну подію, яку пережив значущий інший; – стрес, який є наслідком допомоги або бажання допомоги травмованій або страждаючій людині, «ціна догляду/допомоги» [8, с. 117]	<i>Теоретична етіологічна модель прогнозування ВВС</i> у терапевтичних стосунках <i>Основа моделі:</i> Здатність до Емпатії → Емпатійна відповідь (реакція фахівця) → Стрес від співчуття (від постійної взаємодії з травмованим клієнтом) → ВВС. <i>Описано</i> 11 змінних, націлених на прогнозування вразливості психотерапевта до ВВС (напр., здатність до емпатії; тривала експозиція; емпатійна зацікавленість; емпатійна відповідь; стрес від співчуття; відсторонення та ін.) [9, с. 1436–1438].	Вторинний травматичний стрес та ВВС – ідентичні явища
Джентрі Дж. 2002 [12]	– природна поведінка, емоційна напруга і заклопотаність, стрес, викликані як повторним переживанням травмуючих подій, уникненням нагадувань про травму, надмірним збудженням, пов'язаними з клієнтом, так і переживанням фахівцем події, що виходять за межі його власного досвіду [12, с. 43]	<i>Емпірична модель</i> До моделі входять: – попередній та/або супутній <i>первинний травматичний стрес</i> ; – <i>три групи симптомів ВВП</i> , подібні за проявами до симптомів ПТСР: 1) інтрузивні симптоми; 2) симптоми уникнення; 3) симптоми гіперзбудження; Симптоми виникають як відповідь на травмівні події (що трапились з клієнтом), за наявності схожого власного досвіду (у терапевта); Первинний травматичний стрес, вторинний травматичний стрес і вигорання поєднані між собою <i>синергетично</i>	ВВС як поєднання • Вигорання • Первинн. травмат. стресу • Вторинн. травмат. стресу
Кутзі С. і Клоппер Г., 2010 [6]	– прикінцевий результат прогресуючого накопичувального процесу, обумовлений стресом, надмірною експлуатацією фахівцем «свої особистості» (особистісного ресурсу) та тривалим інтенсивним контактом з клієнтами [6, с. 236]; – стан, в якому енергія співчуття фахівця перевищує його ресурси до відновлення; – стан, який виникає із дискомфорту від співчуття, коли травмівний альянс не завершується й емоційна напруга не послаблюється	<i>Емпірична модель</i> Процес накопичення ВВС є <i>прогресуючим</i> , кумулятивним і відбувається у 3 етапи : 1. Дискомфорт від співчуття (має тимчасові ознаки, коригується) 2. Стрес від співчуття (рівень напруги зростає, відновлювальний потенціал фахівця зменшується) 3. ВВС (максимальне енергетичне виснаження і неможливість відпочити й відновитися) На кожному етапі відбуваються зміни в фізичній, емоційній, соціальній, інтелектуальній і духовній сферах фахівця. Інтенсивність змін поступово зростає при переході від 1-го до 3-го етапу	ВВС як кінцевий результат надмірної експлуатації всіх ресурсів фахівця
Стемм Б., 2010 [20]	– багатокомпонентний конструкт , який складається з вигорання, вторинного травматичного стресу та низки інших факторів; – виникає через специфічні стресові умови роботи (як вигорання) та вторинний вплив травми (як вторинний травматичний стрес); – зменшує здатність фахівця або його зацікавленість емоційно реагувати й долучатися до страждань клієнта	<i>Емпірична модель</i> <i>Професійна якість життя</i> – характеристика самопочуття спеціалістів помічних професій, зокрема, в ситуації надання психологічної допомоги травмованому клієнту. Структуру конструкту складають: 1. Робоча сфера (основний аспект: <i>Задоволення від співчуття</i>) 2. Клієнтська сфера (основні аспекти: <i>ВВС + Вигорання</i>) 3. Особистісна сфера (основний аспект: <i>Вторинний травматичний стрес</i>) [20, с. 11]	ВВС є частиною конструкту «Професійна якість життя»

* Складено авторками на підставі аналізу джерел: №№ 4; 6; 8; 9; 12; 20

1) лінійність перебігу поведінкових реакцій, коли розглядається переважно один конативний сценарій для фахівця: завдяки здатності спеціаліста до емпатичного занепокоєння та співчуття, травма клієнта викликає у нього емпатичну реакцію, накопичуються виснажливі емоції, що може призвести до стресу співчуття); 2) бінарність виміру ВВС (отже, втома у фахівця або є, або її немає; але реальна поведінка має багато різних сценаріїв); 3) слабо прописані причинно-наслідкові зв'язки між 11-тма змінними, які мають прогнозувати вірогідність виникнення ВВС; 4) недостатньо концептуалізоване поняття емпатії, яке виступає основою всієї моделі; 5) розкриваються лише негативні наслідки ВВС (і не розглядаються її ресурсні можливості для подальшого професійного розвитку/саморозвитку психотерапевта) [19].

Емпіричні факторні моделі (Дж.Джентрі, С.Кутзі і Г.Клоппер, Б.Стемма), котрі розглядають ВВС як складний багатокомпонентний конструкт, теж мають свої обмеження. З одного боку, використання розробленого авторами методичного й психометричного інструментарію, є незамінним для кількісного аналізу отриманих результатів (висвітлення частоти й поширеності різних типів професійного стресу, розробки моделей, що висвітлюють широке коло факторів впливу). Але отримані відповіді містять вкрай мало якісної інформації, майже не пояснюючи, як респонденти сприймають свою роботу, які конкретно фактори впливають на виникнення ВВС; не розкриваючи впливу унікального життєвого досвіду опитаних на способи проживання, інтерпретації та адаптації до подій травми [16; 18; 19].

Таблиця 3

Феноменологія ВВС*

ПЕРЕДУМОВИ виникнення ВВС		
Особистісні чинники	Рольові чинники	Організаційні чинники
– індивідуально-психологіч. особливості (низька опірність стресу; висока емпатія, надмірні витрати «ресурсів особистості» ін.); – відсутність турботи про себе; – невміння захищати власні кордони	– недиференційованість, суперечливість професійних обов'язків; – нечіткість окремих робочих завдань; – надмірне (непропорційне) робоче навантаження; – робочі (в т.ч. й рольові) конфлікти	– непрозора кадрова політика; – ненормований графік; – відсутність підтримки з боку адміністрації; – несприятливий соціал.-психол. клімат у колективі; – відсутність матеріальних та нематеріальних заохочень
СИМПТОМИ ВВС		
Фізичні	Психологічні	Соціальні
– високе виснаження; – порушення сну, зміна харчових звичок; – зміна ваги тіла; – соматичні розлади (біль у животі, головний біль ін.)	– когнітивні порушення; – негативний емоційний фон («відсутність радості», безпорадність [3]); – астеничні емоції (апатія і смуток від «перевантаження співчуттям» [7] та ін.); – надмірна самокритичність; – окремі прояви ПТСР (тривога, нав'язливі думки, заціпеніння, гіперпильність та ін. [20])	– порушення професійних та родинних стосунків; – дистанціювання від колег та членів сім'ї; – соціальна пасивність; – дисфункційні стосунки; – соціальна аномія
НАСЛІДКИ ВВС		
Особистісний простір	Професійний простір	Клієнтський простір
– когнітивні зрушення (зміна когнітивних схем; погіршення функціонування пізнавальних процесів та ін.); – емоційні зміни («вторинна алекситимія» [1]; емоційне оніміння; самоізоляція); – моральний стрес, духовна втома, поява конкуруючих цінностей [17]; – сумніви в собі, знецінення себе як особистості	– втома, страх, небажання йти на роботу; – погіршення якості виконання проф. обов'язків; – редукція проф. досягнень й компетентностей; – підвищена чутливість до професійних вимог/загроз; – фрустрація при вирішенні робочих питань; – робоча депресія; – бажання змінити професію	– дистанціювання від клієнта через тотальне емоційне виснаження; – гнів, розчарування, агресивність, дратівливість; – неувважність, байдужість, ігнорування потреб клієнта або нав'язливе бажання допомогти певним клієнтам; – сприйняття світу з позиції травмованого клієнта [13]; – невпевненість у результаті й ефективності своєї роботи

* Складено авторками на підставі аналізу джерел: №№ 1; 5; 10; 12; 17; 18; 20

Особливої уваги заслуговує інтегративна модель Т.Пехліван (2018), що демонструє процес виникнення ВВС, й була створена автором на основі метааналізу даних та об'єднання моделей Ч.Р.Фіглі (2002), Б.Стемма (2002), С.Кутзі і Г.Клоппер (2010), Цірценіс К. і Міллере І. [16].

Завершальним кроком нашого теоретичного аналізу виступає систематизація досить невеликого сегменту інформації феноменологічного характеру: визначення передумов виникнення, симптомів і наслідків впливу ВВС на життєдіяльність спеціалістів допомагаючих професій (Таблиця 3).

Висновки. ВВС – непростий для однозначного розуміння й концептуалізації негативний емоційний стан у фахівців помічних професій, які постійно наражаються на професійні ризики, пов'язані з необхідністю вступати в досить близькі контакти з людьми, котрі потерпають від різних фізичних та ментальних негараздів. З одного боку, ВВС є «ціною за допомогу», яку

доводиться «платити» спеціалістам згадуваних категорій, через їхнє постійне перебування у сильних робочих стресах і виснаження від інтенсивного виконання своїх обов'язків; що власне й дозволяє категоризувати втому як шкідливий для професійного й особистого благополуччя чинник.

З іншого боку, ВВС є складовою концепту професійної якості життя. У поєднанні з явищем «Задоволення від співчуття» (відчуття досягнення та приємності від того, що фахівець виконує свою роботу якісно та ефективно), ВВС дає змогу спеціалісту підвищити власну резильєнтність й рівень суб'єктивного благополуччя.

Перспективою досліджень, на нашу думку, є ґрунтовне теоретико-методологічне вивчення феномену ВВС із його включенням до вітчизняних моделей професійної якості життя та суб'єктивного психологічного благополуччя фахівців допомагаючих професій, особливо в умовах війни.

Список літератури:

1. Лазос Г.П. Особливості емоційних станів волонтерів психологів/ психотерапевтів у стосунках з постраждалими: *Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі*: монографія / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос [та ін.]; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 154–192. URL: <https://surl.li/ozucze>
2. Підтримка ментального здоров'я в часи війни: Національний Інст-т стратегічних досліджень. 2023. URL: <https://surl.li/oyvpfs>
3. Оверчук О.А., Лапшова Н.С. Проблема втому від співчуття у професійній діяльності психолога. *Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності*: Мат-ли II Міжн. наук.-пр. конф., 18–19 листопада 2022 р. / За ред. проф. В.А. Оверчук. Вінниця : Вид-во ФОП Кушнір Ю.В., 2022. С. 53–57. URL: <https://surl.li/zuvvcm>
4. AMEDD: Workbook. San-Antonio: Figley Institute, 2012. 56 p. URL: <https://surl.li/tlutju>
5. Clay A.R. Are you experiencing compassion fatigue? *American Psychological Association*. 2020. June. URL: <https://www.apa.org/topics/covid-19/compassion-fatigue>
6. Coetzee S.K., Kloppe H.C. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*. 2010. Vol. 12. № 2. P. 235–243. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20602697/>
7. Dehlin M., Lundh L.G. Compassion fatigue and compassion satisfaction among psychologists: Can supervision and a reflective stance be of help? *Journal for Person-Oriented Research*. 2018. № 4(2). P. 95–107. URL: <https://surl.li/eqfbgh>
8. Figley C.R. Compassion fatigue: Toward a New Understanding of the Costs of Caring. *Secondary Traumatic Stress: self-care issues for clinicians, researchers and educators*. N-Y : Taylor & Francis Group, 1995. P. 112–145. URL: <https://surl.li/wvxtti>
9. Figley C.R. Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Journal of Clinical Psychology*. 2002. Vol. 58. № 1. P. 1433–1441. URL: <https://surl.li/lfgeht>
10. Figley C.R., Abendroth M. Current Issues in Nursing: Compassion fatigue in nursing. Editors: P.S. Cowen, S. Moorhead. N-Y. : Publisher: Mosby/Elsevier, 2011. P. 757–764 (8-th Chapter). URL: <https://surl.li/aeysqy>
11. Figley C.R. & Ludick M. Secondary traumatization and compassion fatigue. *APA Handbook of Trauma Psychology* / Ed. S.N. Gold. Washington: APA. 2017. Vol. 1. Foundations in Knowledge. P. 574–593. URL: https://www.researchgate.net/publication/329339880_FigleyLudick_2017_copy
12. Gentry J.E. Compassion fatigue: A Crucible of Transformation. *Journal of Trauma Practice*. 2002. Vol. 1. № 3–4. P. 37–61. URL: https://www.researchgate.net/publication/271903973_Compassion_Fatigue
13. Jenkins S.R, Baird S. Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress*. 2002. Vol. 15. № 5. P. 423–432. URL: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1020193526843>

14. McCann I. L., Pearlman L. A. Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1990. Vol. 3. № 1. P. 131–149. URL: <https://surl.li/zbpepm>
15. Paiva-Salisbury M. L., Schwanz K. A. Building Compassion Fatigue Resilience: Awareness, Prevention, and Intervention for Pre-Professionals and Current Practitioners. *Journal of Health Service Psychology*. 2022. 3 February. P. 39–46. URL: <https://surl.li/zqvilt>
16. Pehlivan T. Compassion Fatigue: The Known, Unknown. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2018. Vol. 9. № 2. P. 129–134. URL: <https://surl.li/yadmpx>
17. Peters E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Wiley: Nursing Forum*. 2018. Vol. 53. № 4. P. 466–480. URL: <https://surl.li/rgoodj>
18. Ruiz-Aranda D., Silva-García B., Fenollar J. Therapist self-compassion and compassion fatigue: the mediating role of resilience. *Anales de psicología / Annals of psychology*. 2024. Vol. 40. № 2 (may). P. 219–226. URL: <https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v40n2/1695-2294-ap-40-02-219.pdf>
19. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2010. Vol. 16. № 1. URL: <https://surl.li/bsgsd>
20. Stamm B. H. The Concise Manual for the Professional Quality of Life Scale. 2-nd Ed. Pocatello, 2010. 74 p. URL: <https://surl.li/sjvpkx>

**Liakhovets L. O., Nyzovets-Kropta O. A. COMPASSION FATIGUE
IN THE CONTEXT OF THE WORK OF HELPING PROFESSIONALS ACTIVITIES:
THEORETICAL ANALYSIS**

The article is devoted to a currently relevant issue: theoretical analysis of such a negative psycho-emotional state that occurs in the process of providing professional assistance to specialists in facilitative professions as compassion fatigue. The excessive, diverse, often overtime workload of specialists in supporting physical and mental health in war conditions; the lack of a system of self-help; difficult financial and security conditions have a negative impact on their physical and psychological state, worsen their sense of subjective well-being.

The article reveals the dynamics of ideas about compassion fatigue over the past three decades: from the interpretation of fatigue as a normative occupational hazard to the recognition of fatigue as a state of mental exhaustion and emotional distancing in professionals who provide long-term care to physically or mentally traumatized persons.

The comparative analysis of leading models of compassion fatigue is carried out, in particular: the theoretical explanatory model of C. R. Figley; empirical factor models of J. E. Gentry; S. K. Coetzee & H. C. Klopper; B. H. Stamm.

The article presents the results of theoretical conceptualization of a number of substantially similar but not identical concepts that reveal the forms of work stress that often arise in helping professionals: burnout, secondary traumatic stress/compassion fatigue, vicarious trauma, and countertransference.

The article systematizes the scientific research representing the phenomenology fatigue. Thus, the following groups of factors are the prerequisites for its occurrence: 1) personal (low stress resistance; excessive use of "personality resources"; lack of self-care; inability to defend one's boundaries, etc.); 2) role (contradictory professional duties; unclear planning of specific tasks; overtime workloads, etc.); 3) organizational (non-transparent personnel policy; lack of encouragement and support from management, etc.). Symptoms of compassion fatigue can be conditionally grouped into the following groups: 1) physical (increased excitement; somatic pain; exhaustion, etc.); 2) psychological (changes in the functioning of the intellectual, emotional and behavioral spheres, etc.); 3) social (social passivity, disruption of relationships with colleagues and relatives, etc.) The consequences of compassion fatigue are outlined by disorders in three areas of a specialist's activities and communications: 1) personal space; 2) professional space; 3) client space.

Key words: Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress, Burnout, Vicarious Trauma, Posttraumatic Stress.