

ПСИХОЕМОЦІЙНЕ ВИСНАЖЕННЯ ТА МОРАЛЬНА ТРАВМА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ І ВОЛОНТЕРІВ ПРИ РОБОТІ З ВЕТЕРАНАМИ: СИНТЕЗ КЛІНІЧНОГО, МІКРОБІОЛОГІЧНОГО ТА КАПЕЛАНСЬКОГО ПІДХОДІВ

Ляліков Я. В.

ВСТУП

Система охорони здоров'я та інститути цивільного суспільства України в умовах повномасштабної війни вже понад чотири роки функціонують у режимі тривалого надкритичного навантаження. Кожен новий етап бойових дій нарощує потік поранених, контужених та психологічно травмованих військовослужбовців, а державна політика дедалі виразніше зміщується в бік довгострокової реінтеграції ветеранів – процесу, юридичні рамки якого закріплені, зокрема, Законом України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»¹ та Законом України «Про Службу військового капеланства»². Але якість медичної, психологічної та соціальної реабілітації комбатантів прямо залежить від психофізіологічного стану самих суб'єктів надання допомоги – лікарів, реабілітологів, сестринського персоналу, а також залучених до цього процесу військових капеланів і волонтерів, чий ресурс рідко стає предметом системного наукового аналізу.

Більшість вітчизняних досліджень виснаження медичного персоналу зосереджені на класичній моделі професійного вигорання й розглядають лікарів, психологів чи капеланів як окремі, ізольовані категорії. Це залишає поза увагою те, що на практиці ці три групи фахівців працюють в одному й тому самому полі – біля ліжка пораненого, у реабілітаційному центрі, на волонтерському складі з технічними засобами реабілітації, – і водночас проживають цілком різний досвід дотику до чужого страждання. Лікар бачить тіло, капелан – душу, волонтер – незакриту потребу; кожна з цих оптик формує власний, специфічний механізм виснаження, і без порівняльного аналізу цих трьох перспектив програми профілактики ризикують залишатися однобічними, орієнтованими переважно на медичний персонал.

Унікальність сучасного вітчизняного досвіду полягає в тому, що на лінії медико-соціального супроводу ветерана регулярно опиняються фахівці, чия діяльність вимагає не лише високого рівня професійної компетенції, а й граничного емпатичного залучення – часто без відповідної інституційної підготовки до тривалого контакту з чужою травмою. Автор, поєднуючи бекграунд у природничих науках з практикою душпастирсько-волонтерського служіння, розглядає виснаження фахівця не як окремий функціональний збій чи звичайну психологічну втому, а як багаторівневий процес порушення психосоматичного та екзистенційного гомеостазу, що розгортається одночасно на тілесному, психологічному та смисловому рівнях.

¹Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. Відомості Верховної Ради України. 2021. № 8. Ст. 58.

²Про Службу військового капеланства : Закон України від 30.11.2021 № 1915-IX. Відомості Верховної Ради України. 2022. № 6. Ст. 36.

Згідно з МКХ-11, синдром професійного вигорання (Burnout, QD85) інтерпретується як наслідок хронічного нерозв'язаного стресу на робочому місці³. Проте під час тривалого контакту з важкою воєнною травмою, ампутаційним синдромом, наслідками контузій та вираженим ПТСР у пацієнтів класичне вигорання трансформується у суміжні, але не тотожні феномени – вторинний травматичний стрес (Secondary Traumatic Stress)⁴ та моральну травму (Moral Injury)⁵, які по-різному виявляються залежно від професійної ролі фахівця. Останні дослідження серед українських медичних працівників, які працюють з військовою травмою, підтверджують, що саме моральний дистрес, а не самі навантаження, найсильніше пояснює зниження якості професійного життя в умовах війни⁶.

Метою даної праці є концептуалізація та порівняльний аналіз чинників виснаження фахівців крізь призму трьох ключових ролей – медичного спеціаліста, капелана та волонтера, – а також розробка цілісної міждисциплінарної моделі захисту їхнього професійного та особистісного ресурсу. Дослідження побудоване як теоретичний синтез клінічної, капеланської та мікробіологічної літератури, доповнений авторськими спостереженнями з практики душпастирсько-волонтерського служіння.

1. Потрібна оптика сприйняття травми: порівняльний аналіз ролей лікаря, капелана та волонтера

Робота з ветеранами війни створює специфічне поле взаємодії, у якому різні суб'єкти допомоги сприймають страждання пацієнта крізь власні професійні та ціннісні призми. Розуміння цих відмінностей є критичним для розробки диференційованих програм профілактики виснаження.

Оптика медичного спеціаліста (клініко-біологічний підхід)

Медико-клінічна оптика вибудовується навколо збереження життя, відновлення анатомічних функцій, купірування гострого й хронічного болю та нормалізації фізіологічних показників організму. Це найбільш протокольно окреслена з трьох перспектив: лікар, реабілітолог чи медична сестра діють у межах чітких клінічних алгоритмів, а їхня відповідальність вимірюється передусім об'єктивними критеріями – виживанням, функціональним відновленням, відсутністю ускладнень. Саме ця протокольність водночас стає джерелом специфічного виснаження. Хронічна депривація сну, ухвалення рішень в умовах часового дефіциту та висока персональна відповідальність за наслідки цих рішень формують те, що можна назвати синдромом «професійної безпорадності» – відчуття, коли медична компетенція виявляється

³International statistical classification of diseases and related health problems : 11th ed. World Health Organization. 2019. URL: <https://icd.who.int/> (дата звернення: 14.08.2026).

⁴Figley C. R. (ed.). Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York : Routledge, 1995. 268 p.

⁵Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clinical Psychology Review. 2009. Vol. 29, № 8. P. 695-706. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.

⁶Zasiekina L., Martyniuk A. War-related continuous traumatic stress as a potential mediator of associations between moral distress and professional quality of life in nurses: a cross-sectional study in Ukraine. BMC Nursing. 2025. Vol. 24, № 1. P. 1-8. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12912-024-02668-4>.

безсилою перед масштабом каліцтва або смертю пацієнта. Класична модель Маслач і Лейтер описує це через три взаємопов'язані виміри – емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття професійної ефективності⁷, і саме деперсоналізація стає провідним захисним механізмом медичного персоналу: емоційна відстороненість і формалізація дій, які при декомпенсації переростають у відкритий цинізм щодо пацієнтів і колег.

Показово, що для медиків, які працюють із військовою травмою, класична модель вигорання виявляється недостатньою. Вторинний травматичний стрес у медичних працівників, які постійно контактують з чужим болем, описується як окремий клінічний феномен, що потребує самостійної діагностики та профілактики⁸. Дослідження українських медсестер, залучених до надання допомоги пораненим військовослужбовцям, показало, що саме моральний дистрес – а не обсяг навантаження чи тривалість зміни – найсильніше опосередковує зв'язок між безперервним воєнним стресом і зниженням якості професійного життя⁹. Це означає, що для медичного персоналу, який працює з ветеранами, профілактичні програми, орієнтовані лише на фізичний відпочинок і ротацію графіків, лишають поза увагою етичний вимір виснаження – провину за неможливість врятувати, розчарування в системі, внутрішній конфлікт між клінічним протоколом і людяністю.

Оптика військового капелана (духовно-екзистенційний підхід)

Духовно-екзистенційна оптика військового капелана організована навколо принципово іншого предмета турботи – сенсу, не тіла. Капелан супроводжує ветерана в опрацюванні моральної травми, у пошуку нових життєвих сенсів після катастрофічного досвіду, у відновленні цілісності людського духу й зціленні того, що в душпастирській традиції називають «ранами душі». Модель моральної травми Літца й співавторів описує це явище як наслідок потенційно морально травматичних подій – участі, неспроможності запобігти або свідчення того, що порушує глибинні моральні переконання людини, – і наслідки цього виходять далеко за межі клінічної симптоматики ПТСР, зачіпаючи почуття провини, сорому та втрати довіри до світу¹⁰. Духовний вимір цієї травми не є другорядним доповненням до психологічного: дослідники підкреслюють, що морально травмовані ветерани часто потребують саме мовної й концептуальної рамки релігійної або екзистенційної традиції, аби назвати те,

⁷Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15, № 2. P. 103-111. DOI: <http://doi.org/10.1002/wps.20311>.

⁸Beck C. T. Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011. Vol. 25, № 1. P. 1-10.

⁹Zasiekina L., Martyniuk A. War-related continuous traumatic stress as a potential mediator of associations between moral distress and professional quality of life in nurses: a cross-sectional study in Ukraine. *BMC Nursing*. 2025. Vol. 24, № 1. P. 1-8. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12912-024-02668-4>.

¹⁰Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, № 8. P. 695-706. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.

що з ними відбулося, – рамки, яку клінічна психологія сама по собі не завжди пропонує¹¹.

Виснаження капелана має інший механізм, ніж виснаження медика. Тут працює те, що можна умовно назвати «екзистенційним контейнуванням»: капелан приймає й проживає разом із ветераном його провини, гнів, зневіру та найгостріші питання до Бога і суспільства, не маючи змоги – і часто не маючи наміру – швидко «вирішити» цей стан клінічними засобами. Дослідження капеланської служби в збройних силах підтверджує, що саме ця роль контейнера чужого духовного болу, поєднана з браком інституційної підтримки, є специфічним фактором ризику для капеланів, які працюють з бойовою травмою¹². Виснаження капелана настає тоді, коли власні душпастирські та віросповідні ресурси виснажуються під тиском чужого страждання, яке неможливо ані виміряти, ані закрити протоколом. Захисним механізмом традиційно виступають глибока молитва й літургійне життя, однак за умови хронічного переважання це виснаження радше маскує, ніж усуває: дослідження серед капеланів фіксує пряму статистичну залежність вигорання від вторинного травматичного стресу, водночас показуючи, що структурована підтримка, усвідомлена саморефлексія та відчуття сенсу власного служіння є найсильнішими протективними факторами¹³. За відсутності цих факторів «духовна сухість» переростає в повноцінну екзистенційну кризу, яка може похитнути саму професійну ідентичність капелана.

Оптика волонтера (оперативно-гуманітарний підхід)

Оперативно-гуманітарна оптика волонтера зосереджена не на тілі й не на сенсі, а на конкретній, вимірюваній потребі – забезпеченні ліками, технічними засобами реабілітації, юридичному й соціальному супроводі родин військовослужбовців. Волонтер діє в логіці негайного результату: потреба або закрита, або ні, і саме ця орієнтація на швидкість відрізняє його виснаження від виснаження медика чи капелана. Ненормований графік, системний фандрейзинговий стрес і постійне зіткнення з бюрократичними перепонами накладаються на емоційне виснаження від безперервної включеності в чужу біду – стан, який Фіглі описав ще у своїй класичній роботі про втому від співчуття як поступове виснаження здатності співпереживати в тих, хто регулярно взаємодіє з травмованими людьми¹⁴. На відміну від медичного персоналу, волонтер здебільшого не має інституційної структури, супервізії чи професійних меж, які б регулювали інтенсивність контакту з чужим стражданням, тому його захисним механізмом часто стає гіперактивність – спроба закрити якомога

¹¹Wortmann J. H., Eisen E., Hundert C., Jordan A. H., Smith M. W., Nash W. P., Litz B. T. Spiritual features of war-related moral injury: a primer for clinicians. *Spirituality in Clinical Practice*. 2017. Vol. 4, № 4. P. 249-261. DOI: <http://doi.org/10.1037/scp0000140>.

¹²Smith-MacDonald L. A., Morin J.-S., Brémault-Phillips S. Spiritual dimensions of moral injury: contributions of mental health chaplains in the Canadian Armed Forces. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. Art. 592. DOI: <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00592>.

¹³Hotchkiss J. T., Leshner R. Factors predicting burnout among chaplains: compassion satisfaction, organizational factors, and the mediators of mindful self-care and secondary traumatic stress. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2018. Vol. 72, № 2. P. 86-98. DOI: <http://doi.org/10.1177/1542305018780655>.

¹⁴Figley C. R. (ed.). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York : Routledge, 1995. 268 p.

більше потреб якомога швидше. При виснаженні ця гіперактивність не згасає поступово, а обривається різким афективним колапсом і відчуттям цілковитої марності власних зусиль, яке важче піддається класичним інтервенціям, орієнтованим на професійні групи.

Синтез цих трьох оптик виявляє парадокс: усі три групи фахівців працюють з одним і тим самим джерелом травми – досвідом війни, – але декомпенсують по-різному, і жодна з наявних програм психогігієни не покриває водночас усі три профілі ризику. Таблиця 1 узагальнює ці відмінності за чотирма параметрами аналізу.

Таблиця 1

Порівняльний профіль виснаження за основними ролевими моделями

Параметр аналізу	Медичний працівник	Військовий капелан	Волонтер
Предмет постійного контакту	Фізична травма, біль, соматичне страждання	Моральна травма, провина, втрата сенсів	Бюрократичні бар'єри, дефіцит ресурсів
Домінуючий психологічний синдром	Класичне вигорання (Burnout), втома від співчуття	Екзистенційний дистрес, вторинна травматизація	Синдром гіпервідповідальності, емоційне знесилення
Основний ризик для особистості	Деперсоналізація, лікарські помилки	Втрата духовної опори, «вигорання душі»	Соціальне відчуження, фізичне виснаження
Джерело відновлення	Фізичний відпочинок, ротація, професійна автономія	Регулярна супервізія, молитва, духовні практики	Завершення проєктів, підтримка спільноти

Ця розбіжність механізмів виснаження – тілесного, духовного та операційного – має, однак, спільний фізіологічний субстрат, до аналізу якого звертається наступний розділ.

2. Мікробіологічні та психофізіологічні аспекти хронічного стресу у допомагаючих професіях

Для глибшого розуміння патогенезу виснаження необхідно вийти за межі суто психологічного опису і звернутися до природничо-наукового базису явища. Хронічний стрес, у якому тривалий час перебувають медики, капелани та волонтери, не обмежується суб'єктивним дискомфортом – він призводить до вимірюваної соматичної декомпенсації, яка згодом і підтримує психологічну симптоматику виснаження.

Тривала системна активація гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (ГГНО) супроводжується спершу стійкою гіперкортизолемією, а на пізніших етапах – фазою виснаження наднирників і відносною гіпокортизолемією. Цей зсув є не лише лабораторним показником, а й фізіологічною основою того, що фахівці суб'єктивно описують як «емоційне сплющення» чи втрату здатності реагувати навіть на очевидно

тяжкі клінічні випадки. На системному рівні тривала дизрегуляція ГГНО викликає щонайменше три взаємопов'язані наслідки.

По-перше, це імуносупресія та зміни системного мікробіому. Хронічний стрес пригнічує функціональну активність Т-лімфоцитів і природних кілерів (NK-клітин), одночасно змінюючи проникність бар'єрних тканин кишечника. З мікробіологічної точки зору стрес-індуковане виділення катехоламінів змінює склад пристінкової мікрофлори кишечника, зокрема через вісь «кишечник–мозок» – систему двобічної комунікації між шлунково-кишковим трактом і центральною нервовою системою, яка реалізується через нервові, ендокринні та імунні шляхи¹⁵. Порушення цієї осі призводить до системного низькоінтенсивного запалення, яке, своєю чергою, поглиблює депресивну симптоматику й знижує стійкість до подальших стресорів – тобто формує самопідтримуваний цикл, у якому психологічне виснаження й соматична дисфункція посилюють одне одного.

По-друге, це порушення сну та нейронної пластичності. Дистрес пригнічує синтез нейротрофічного фактора мозку (BDNF) – білка, критично важливого для формування нових синаптичних зв'язків і когнітивної гнучкості. Зниження рівня BDNF зменшує здатність фахівця швидко ухвалювати рішення в кризових ситуаціях і водночас знижує його емпатичну сприйнятливість – механізм, який частково пояснює, чому досвідчені фахівці з роками можуть ставати менш чутливими до страждання пацієнтів навіть за збереженої формальної компетентності. Хронічна депривація сну, характерна для всіх трьох професійних груп, лише посилює цей ефект, оскільки саме під час глибоких фаз сну відбувається консолідація емоційної пам'яті й «розвантаження» лімбічних структур від щоденного травматичного матеріалу.

По-третє, моральна травма функціонує не лише як етична, а й як біологічна категорія. Вона виникає при неможливості запобігти стражданням або через порушення базових етичних уявлень людини про себе й світ, і запускає стійкі соматоформні розлади – хронічний біль без органічної основи, шлунково-кишкові розлади, порушення серцевого ритму, – які не купуються стандартними відпочинковими заходами саме тому, що їхнє джерело не фізичне, а екзистенційне¹⁶. Це пояснює клінічний парадокс, добре відомий практикам: фахівець, який формально відпочив, виспався і пройшов ротацію, може продовжувати демонструвати ознаки виснаження, якщо в основі його стану лежить неопрацьована моральна травма, а не проста втома.

Таким чином, соматичний, нейрокогнітивний і екзистенційний рівні виснаження виявляються не паралельними, а взаємопроникними процесами. Це прямо визначає архітектуру профілактичних програм: втручання, спрямоване лише на один рівень – наприклад, суто фізичний відпочинок без роботи з моральною травмою – приречене залишатися частковим і тимчасовим.

¹⁵Cryan J. F., Dinan T. G. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*. 2012. Vol. 13, № 10. P. 701-712. DOI: <http://doi.org/10.1038/nrn3346>.

¹⁶Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, № 8. P. 695-706. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.

3. Інтегративна модель профілактики виснаження та збереження кадрового ресурсу

Зважаючи на багаторівневий характер виснаження, описаний вище, система його профілактики серед медиків, капеланів і волонтерів не може обмежуватися одним організаційним заходом чи однією психологічною технікою. Вона повинна мати комплексну, міждисциплінарну структуру, яка одночасно охоплює інституційний, командний та індивідуальний рівні втручання.

Інституційно-організаційний рівень

Ключовим інструментом тут є впровадження ротаційних графіків – обов'язкового переведення фахівців із зон високої інтенсивності на ділянки з нижчим рівнем емоційного напруження на визначений період. Це особливо важливо для медичного персоналу, оскільки організаційні фактори – надмірне навантаження, брак контролю над власним графіком, відчуття несправедливості в розподілі складних випадків – є не менш вагомими предикторами вигорання, ніж індивідуальні особистісні риси¹⁷. Другим елементом цього рівня є нормативно-правовий захист: закріплення у внутрішніх регламентах закладів обов'язкового часу для міжзмінної психофізіологічної реабілітації, що для капеланів і волонтерів, які часто працюють поза формальними трудовими відносинами, потребує окремого унормування – наприклад, у межах статутних документів волонтерських організацій або внутрішніх інструкцій Служби військового капеланства.

Мережевий та командний рівень

Цей рівень передбачає міждисциплінарні дебрифінги – спільне обговорення складних випадків за участю лікарів, психологів і капеланів, яке дає змогу кожній стороні побачити ситуацію крізь оптику колеги і тим самим розширити власний репертуар реагування. Балінтовські групи та регулярна супервізія під керівництвом акредитованих фахівців створюють безпечний простір для відреагування травматичного досвіду до того, як він перетвориться на хронічне соматоформне порушення чи моральну травму. Дослідження серед капеланів прямо підтверджує цей ефект: підтримувальна організаційна структура та регулярні супервізійні стосунки виявилися одними з найсильніших протективних факторів проти вигорання і вторинного травматичного стресу, поряд із практиками усвідомленого самоспівчуття¹⁸. Немає підстав вважати, що цей механізм діє інакше для медичного персоналу чи волонтерів – радше йдеться про універсальний протективний ресурс, який наразі системно доступний лише окремим професійним групам.

Духовно-психологічний (індивідуальний) рівень

Цей рівень охоплює оволодіння навичками психогігієни – формування чіткої межі між професійною відповідальністю та особистим життям, яка не є втечею від співчуття, а швидше умовою його стійкості в часі. Окреме місце тут посідає регульація сенсу в душі логотерапевтичного підходу: осмислення власної

¹⁷Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15, № 2. P. 103-111. DOI: <http://doi.org/10.1002/wps.20311>.

¹⁸Hotchkiss J. T., Leshner R. Factors predicting burnout among chaplains: compassion satisfaction, organizational factors, and the mediators of mindful self-care and secondary traumatic stress. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2018. Vol. 72, № 2. P. 86-98. DOI: <http://doi.org/10.1177/1542305018780655>.

діяльності не як «порятунку всіх», а як якісного виконання своєї місії у визначених межах власних можливостей. Для капелана це може означати прийняття того, що не кожна духовна рана піддається зціленню за час його служіння; для медика – визнання меж клінічної компетенції; для волонтера – здатність відмовити у виконанні чергової потреби без відчуття провини за це. Саме ця здатність тримати межу власної відповідальності, не втрачаючи емпатичного залучення, і є, зрештою, спільним знаменником стійкості для всіх трьох професійних груп.

ВИСНОВКИ

Проведений аналіз показує, що виснаження медичного персоналу, військових капеланів та волонтерів, залучених до роботи з ветеранами, є багаторівневим деструктивним процесом, який охоплює соматичні (мікробіологічні, імунологічні), психологічні та екзистенційно-духовні виміри особистості одночасно, а не послідовно чи ізольовано один від одного. Порівняльний аналіз трьох професійних оптик – медичної, капеланської та волонтерської – показав, що кожна з них має власний, специфічний механізм декомпенсації: якщо медик першочергово потерпає від фізичного виснаження, депривації сну та клінічної відповідальності за життя пацієнта, а волонтер – від ресурсного дефіциту, ненормованого графіка й операційного стресу постійного контакту з незащитними потребами, то військовий капелан зіштовхується з глибинним екзистенційним дистресом і моральною травмою, які найважче піддаються стандартним відпочинковим і організаційним інтервенціям.

Природничо-науковий аналіз показав, що ці, здавалося б, різномірні прояви виснаження мають спільний фізіологічний субстрат – хронічну дисрегуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирикової осі, яка через імуносупресію, зміни мікробіому осі «кишечник–мозок» та пригнічення нейротрофічного фактора мозку підтримує й поглиблює психологічну симптоматику незалежно від професійної ролі фахівця. Це означає, що моральна травма, попри свою етичну й духовну природу, є водночас біологічно вкоріненим станом, який не піддається усуненню суто відпочинковими заходами, якщо залишається неопрацьованим на рівні сенсу.

Подолання цього кризового стану вимагає відходу від вузькопрофільних, орієнтованих на одну професійну групу рішень на користь інтегративної моделі, яка одночасно охоплює нормалізацію праці й ротаційні графіки на інституційному рівні, системні міждисциплінарні супервізії та балінтовські групи на командному рівні, а також підтримання духовно-смыслового каркасу особистості кожного окремого фахівця. Практичним наслідком проведеного аналізу є теза про те, що програми профілактики виснаження, розроблені виключно для медичного персоналу, систематично недооцінюють специфічні потреби капеланів і волонтерів, які працюють у тому самому травматичному полі, але переживають його інакше. Подальші дослідження в цьому напрямі варто зосередити на емпіричній валідазації запропонованої триоптичної моделі на вибірці українських фахівців, які супроводжують ветеранів війни, зокрема на порівнянні ефективності міждисциплінарних супервізійних форматів для кожної з трьох професійних груп.

АНОТАЦІЯ

У розділі колективної монографії проаналізовано феноменологію психоемоційного виснаження, «втоми від співчуття» та моральної травми (Moral Injury) у фахівців, залучених до медичної реабілітації та душпастирсько-волонтерського супроводу ветеранів війни. Актуальність теми зумовлена тим, що якість реінтеграції ветеранів безпосередньо залежить від психофізіологічного стану самих суб'єктів допомоги, тоді як наявні дослідження здебільшого розглядають медичний персонал, капеланів і волонтерів як ізольовані, непов'язані між собою категорії. Особливу увагу приділено порівняльному аналізу сприйняття травми з трьох перспектив: медико-клінічної, орієнтованої на протокол і фізіологічний гомеостаз; капеланської, орієнтованої на смислотворення, екзистенційну та духовну підтримку; та волонтерської, орієнтованої на оперативне вирішення критичних потреб. Показано, що кожна з цих оптик має власний специфічний механізм декомпенсації – деперсоналізацію в медиків, екзистенційний дистрес у капеланів та афективний колапс у волонтерів. На основі синтезу клінічної, капеланської та мікробіологічної літератури розкрито спільний фізіологічний субстрат цих проявів – хронічну дисрегуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, її вплив на імунну систему, вісь «кишечник–мозок» та нейропластичність. Окремо обґрунтовано, що моральна травма є не лише етичною, а й біологічно вкоріненою категорією, яка не піддається усуненню суто відпочинковими заходами. Запропоновано міждисциплінарну модель профілактики виснаження кадрів, яка поєднує інституційну психогігієну, супервізійний супровід на командному рівні та відновлення екзистенційно-смыслового ресурсу особистості на індивідуальному рівні. Отримані результати можуть бути використані для розробки диференційованих програм психологічної підтримки медичного персоналу, військових капеланів і волонтерів, які супроводжують процес реінтеграції ветеранів в Україні.

Література

1. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. Відомості Верховної Ради України. 2021. № 8. Ст. 58.
2. Про Службу військового капеланства : Закон України від 30.11.2021 № 1915-IX. Відомості Верховної Ради України. 2022. № 6. Ст. 36.
3. International statistical classification of diseases and related health problems : 11th ed. World Health Organization. 2019. URL: <http://icd.who.int/>.
4. Figley C. R. (ed.). Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York : Routledge, 1995. 268 p.
5. Litz B. T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W. P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, № 8. P. 695-706. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>.
6. Zasiackina L., Martyniuk A. War-related continuous traumatic stress as a potential mediator of associations between moral distress and professional quality of life in nurses: a cross-sectional study in Ukraine. *BMC Nursing*. 2025. Vol. 24, № 1. P. 1-8. DOI: <http://doi.org/10.1186/s12912-024-02668-4>.

7. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15, № 2. P. 103-111. DOI: <http://doi.org/10.1002/wps.20311>.
8. Beck C. T. Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011. Vol. 25, № 1. P. 1-10. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>.
9. Wortmann J. H., Eisen E., Hundert C., Jordan A. H., Smith M. W., Nash W. P., Litz B. T. Spiritual features of war-related moral injury: a primer for clinicians. *Spirituality in Clinical Practice*. 2017. Vol. 4, № 4. P. 249-261. DOI: <http://doi.org/10.1037/scp0000140>.
10. Smith-MacDonald L. A., Morin J.-S., Brémault-Phillips S. Spiritual dimensions of moral injury: contributions of mental health chaplains in the Canadian Armed Forces. *Frontiers in Psychiatry*. 2018. Vol. 9. Art. 592. DOI: <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00592>.
11. Hotchkiss J. T., Leshner R. Factors predicting burnout among chaplains: compassion satisfaction, organizational factors, and the mediators of mindful self-care and secondary traumatic stress. *Journal of Pastoral Care & Counseling*. 2018. Vol. 72, № 2. P. 86-98. DOI: <http://doi.org/10.1177/1542305018780655>.
12. Cryan J. F., Dinan T. G. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*. 2012. Vol. 13, № 10. P. 701-712. DOI: <http://doi.org/10.1038/nrn3346>.

Information about the author:

Lyalikov Yaroslav Volodymyrovych,

Master's Student

National University of Ostroh Academy

2, Seminarska str., Ostroh, 35800, Ukraine

Master of Microbiology, Military Chaplain, Volunteer