

#### **РОЗДІЛ 4. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими**

Професійна діяльність психологів і представників інших “помічних” професій завжди включає елемент ризику, пов’язаного із особливостями контакту з травмованими клієнтами. Цей ризик значно зростає у кризові періоди життя суспільства, коли кількість постраждалих людей, що потребують психологічної допомоги, суттєво збільшується. В сучасних умовах навіть досвідчені психотерапевти, які часто зустрічались у своїй роботі з людськими стражданнями і втратами, говорять про достатньо серйозне і виснажуюче навантаження в професійній діяльності. Особливо це стосується тих фахівців, які, виконуючи свій обов’язок, працювали з постраждалими на Майдані, працюють нині у кризових центрах, шпиталях, зоні АТО.

Як показує досвід хорватських психотерапевтів (часи розпаду Югославії), саме тому, що психотерапевтична робота відбувалася в умовах війни і тотальної небезпеки, в умовах подолання наслідків війни, психотерапевти і їхні клієнти були травмовані однаково [14]. Згідно з даними J. Негман, негативні емоційні реакції виникають у 70% психотерапевтів у результаті опису клієнтами перенесених ними тортур, катувань і різного роду знущань [9].

Розглянемо, в чому саме полягають професійні ризики фахівців, що працюють з травмованими людьми. Теоретичне вивчення цього питання показало, що в межах дослідження проблеми професійного ризику психологів/психотерапевтів, які надають допомогу постраждалим, вивчаються такі феномени: контрперенесення (травматичне

контрперенесення) або негативні емоційні реакції психотерапевта; вторинна (делегована, секундарна, індукована) травматизація; віктимізація психотерапевта; професійне (емоційне) вигорання. Розглянемо докладніше, що собою являють вказані феномени і які фактори призводять до травматизації психологів та емоційного вигорання.

Почуття, які відчуває психолог/психотерапевт під час надання допомоги клієнту, впливають як на процес психотерапії, так і на самого фахівця. Відомо, що емоційні реакції психотерапевта стосовно клієнта та його розповіді називають контрперенесенням. У контексті теми, яку ми розглядаємо, важливо зупинитись на двох моментах, пов'язаних із увагою до процесу контрперенесення в психотерапії. По-перше, у сучасній практичній психології та психотерапії контрперенесення розглядається як перший засіб діагностики стосунку між психотерапевтом і клієнтом, а також як засіб впливу під час психотерапії [15; 16]. По-друге, клієнт може викликати у психолога/психотерапевта сильний імпульс відігравати власні старі драми та задовольняти давні власні потреби, і саме від цього фахівець має забезпечити як свого клієнта, так і себе. Як зазначають науковці, у випадку роботи з травмованими клієнтами ризик виникнення такого імпульсу у фахівця є особливо великим [4; 16]. Отже, контрперенесення можна розглядати як емоційні реакції психотерапевта, що виникають в результаті взаємодії його власних невирішених внутрішніх конфліктів з конфліктами, що містяться в історіях, які розповідає клієнт [4]. Як зазначають американські науковці J.P. Wilson, J.D. Lindy, трагічні розповіді клієнтів викликають у психотерапевтів такі імпульси, які неможливо легко інтегрувати та проти яких фахівець застосовує цілу низку власних психологічних захистів (витискання, проекція, заперечення тощо). Ці захисти призводять до порушення функціонування психолога як під час сеансів, так і в стосунках з колегами [16].

Феномен контрперенесення у роботі з травмованими клієнтами чи не вперше проаналізувала американський психолог Y. Danieli. Авторка описала низку характерних емоційних реакцій, які відчували фахівці в роботі з жертвами Голокосту: захист; провина спостерігача; гнів; сором та пов'язані з ним емоції відрази, приниження; страх; горе та скорбота; героїзація тих, хто вижив після тортур; привілейований вуйаеризм; почуття тісного зв'язку з клієнтом тощо [5].

L. Comas-Dias, A.M. Padilla, S. Watson у своїх роботах наголошують на високому ризику віктимізації психотерапевтів клієнтами і можливості замісної травматизації [4]. Психотерапевти, що стали жертвами замісної травматизації, можуть відчувати спустошення,

безпорадність і мати сумніви щодо своєї компетентності. Американські дослідники M. Vinar, J.P. Wilson та J.D. Lindy зазначають, що не лише жертви насилля, а й психотерапевти, які працюють з ними, можуть відчувати в психотерапевтичній ситуації інтенсивні агресивні почуття [9; 16].

На наш погляд, досить вичерпною є класифікація різновидів травматичного контрперенесення, яку запропонувала J. Herman. За визначенням авторки, «травматичне контрперенесення — це широкий континуум емоційних реакцій психотерапевта, що виникають у нього в результаті спілкування з жертвами насильства і ознайомлення з обставинами травматичних подій» [9, с.141].

Увесь спектр контрперенесень, що відчуває психотерапевт під час роботи з клієнтами, які пережили лихо у своєму житті, описується J. Herman за допомогою таких різновидів: емоційна ідентифікація психотерапевта з почуттям горя клієнта, ідентифікація з жертвою чи насильником, ідентифікація з нетравмованим спостерігачем («провина свідка») [9]. Розглянемо їх детальніше. По-перше, психотерапевт, працюючи з психічними наслідками травми клієнта, найчастіше ідентифікується з почуттям його горя, відчуваючи втрату так само, як і його клієнт. L. Shengold, працюючи з жертвами насильства, запровадив свій термін цього виду контрперенесення — «*via dolorosa*» (шлях скорботи), який проходить психотерапевт разом зі своїм клієнтом [13]. Багато психотерапевтів, які працювали з людьми, що пережили Голокост, так описували свої відчуття під час роботи: «поглинання мукою», «занурення у відчай» тощо. J. Herman зазначає, що якщо у психотерапевта немає достатньої підтримки, щоб переживати такі стани, він не може виконати свою обіцянку бути свідком і емоційно усувається від терапевтичного альянсу [9].

Оскільки у своїй ролі спостерігача психотерапевт потрапляє в конфлікт між жертвою та насильником, то він може ідентифікуватися не тільки з почуттями жертви, а й з почуттями насильника. Тоді як емоційна ідентифікація з жертвою може бути досить інтенсивною і болючою для психотерапевта, ідентифікація з насильником може викликати у нього неймовірний жах, бо вона кидає виклик власній ідентичності як емпатійної людини й фахівця, що допомагає. Є багато свідчень психотерапевтів, які були вимушені зустрітись із власними переживаннями садистичного характеру, працюючи з жертвами насильства. J. Herman пише про те, що психотерапевт у такому випадку має побачити і визнати можливість того, що, перебуваючи у стані екстремального фізичного та душев-

ного стресу або в атмосфері насильства, яке захочується та схвалюється, він сам може вбити [9].

Цей різновид контрперенесення може мати різні форми прояву. Так, психотерапевт може відчувати сильний скептицизм і не вірити в правдивість свідчень клієнта; може мінімізувати чи раціоналізувати насильство [9; 16]. Психотерапевт так само може відчувати відразу до поведінки клієнта або почати засуджувати його, якщо останньому не вдається відповідати уявленню психотерапевта про поведінку “ідеальної жертви”. Інколи психотерапевт може відчувати презирство щодо безпорадності клієнта та його гніву, або миттєво відчувати щире ненависть й бажання позбутися клієнта.

Останній різновид контрперенесення з визначених J. Herman — ідентифікація психотерапевта з нетравмованим спостерігачем або свідком — є найгострішою та універсальною реакцією фахівців. Проявом цієї ідентифікації є реакція за типом «провина свідка». За своєю інтенсивністю вона схожа на «провину того, хто вижив», яку часто демонструють клієнти. Психотерапевт може відчувати провину лише від того факту, що він не зазнав тих страждань, яких зазнав його клієнт. В результаті, психотерапевту важко насолоджуватися комфортом або отримувати звичне задоволення від звичайних речей, від життя загалом. Крім того, психотерапевти можуть засуджувати себе за недостатність покладених на роботу зусиль, за невиконаний громадянський обов’язок і дійти висновку, що тільки повне заглиблення в роботу може компенсувати всі їхні недоліки і допомогти спокутувати провину. Як зазначає J. Herman, у разі, якщо «провина стороннього спостерігача» не усвідомлена психотерапевтом, він ризикує почати повністю ігнорувати власні інтереси. У психотерапевтичних стосунках він може перебирати на себе надлишкову відповідальність за життя та долю клієнта, тим самим знесилоючи його в черговий раз. Саме така реакція контрперенесення найчастіше призводить до емоційного вигорання психотерапевта [9].

Важливо зазначити також, що в літературі розрізняються реакції контрперенесення психотерапевтів щодо клієнтів, які відносно нещодавно отримали травматичний досвід (під час переселення, воєнних дій), а до цього не мали серйозних психологічних проблем, та щодо клієнтів, які ще і в дитинстві пережили травматичну подію (“вторинна травматизація”) [8; 14]. Емоційні реакції психотерапевтів на нещодавно перенесені страждання та трагедії викликають у фахівців набагато сильніші переживання жаху, провини і гніву, ніж ті, які мали місце в минулому клієнта. Так само розрізняють процеси травматиза-

ції і вторинної травматизації психотерапевта [8; 14; 16]. У разі, якщо психолог/психотерапевт має у своєму досвіді перенесену психологічну травму, а розповідь клієнта нагадує йому про ті події, фахівець знає “вторинної травматизації” (секундарної травматизації). А в разі роботи з клієнтами, що пережили травматичний досвід і не сформувавали адекватних захистів, психологічні наслідки для фахівця визначаються як “травматизація” або “делегована травматизація” [1; 6]. До основних симптомів травматизації психотерапевта науковці відносять нічні жахіття, уникаючу поведінку, нав’язливі думки, зміну мислення, емоційні реакції роздратування, плаксивості тощо. Під час контакту з внутрішнім світом травмованої людини відбувається так зване “зараження” психотерапевта, тобто якоюсь мірою він може перейняти психічні стани свого клієнта. У таких випадках емоційне навантаження, що призводить до “індукції травми” або до “психологічного зараження”, багато в чому пов’язане з необхідністю зустрічатись із темою смерті, що є зазвичай табуованою в повсякденному житті сучасної людини. Крім того, постійно стикаючись із темним боком людської природи, зі злом, жакливими формами людської жорстокості та насильства, психолог/психотерапевт так чи інакше починає відчувати “втому від співчуття” [6]. Ризик для психолога, який постійно працює з травмованими клієнтами, полягає ще й у тому, що в такому випадку можуть актуалізуватись його власні психічні травми. Так, за висновками D. Golub, огляд арт-продукції, що створена клієнтом, і її обговорення можуть викликати в арт-терапевта спогади про травму, перенесену ним самим в минулому [8]. Н. Хеуш, посилаючись на власний досвід, зазначає, що піклування про тих, хто переживає емоційний дистрес, може бути частиною процесу зцілення самого психотерапевта [2]. Інші автори акцентують увагу на небезпечності процесу психотерапії, яку проводить травмований психотерапевт (а особливо психотерапевт, що перебуває в процесі дії вторинної травматизації), з огляду на те, що опрацювання власних проблем за рахунок клієнта може неусвідомлено превалювати над процесами його зцілення [2; 8].

Розглянемо останній з визначених вище феноменів, що стосуються проблеми професійного ризику психологів/психотерапевтів, які надають допомогу постраждалим, — феномен вигорання (емоційного вигорання). Фахівці, які надають різного роду підтримку іншим людям, і особливо ті, хто постійно має справу з людським горем, стражданнями тощо, так чи інакше можуть відчути певні психологічні проблеми, що впливають на їхній емоційний стан і професійну поведінку

і призводять до емоційного вигорання [1]. Термін «вигорання» запровадив 1974 року американський лікар Г. Дж. Фрейденбергер. Він описав його як синдром втрати енергії, відчуття перевантаження себе проблемами інших, розчарування в роботі і як такий, що виникає у співробітників кризових центрів та психіатричних лікарень [7]. Процес вигорання, як зазначає С. Cherniss, зазвичай починається з інтенсивного й тривалого стресу, що викликає почуття напруженості, роздратування та втоми і завершується психологічним відстороненням від роботи, коли людина стає апатичною, цинічною та ригідною [3].

Дослідники називають низку ознак, за якими можна визначити процес емоційного вигорання у фахівця. Так, наприклад, американські вчені послуговуються такими ознаками при діагностуванні емоційного вигорання у психологів/психотерапевтів: почуття емоційного виснаження, розвиток негативного ставлення до клієнта, розвиток негативного ставлення до себе та своєї роботи [10]. С. Maslach вважає, що вигорання — це не втрата творчого потенціалу, не реакція на сум, а скоріше за все емоційне виснаження, що виникає на фоні стресу, викликаного міжособистісним спілкуванням [11]. Деякі дослідники прирівнюють вигорання до дистресу у його крайніх проявах і до третьої стадії загального адаптаційного синдрому за Г. Сельє — стадії виснаження [1; 7].

Окресливши на теоретичному рівні коло феноменів, пов'язаних із професійним ризиком психологів/психотерапевтів (травматичне контрперенесення, травматизація, емоційне вигорання), перейдемо до розгляду вітчизняної практики допомоги у цьому напрямі, яка склалась у професійній спільноті протягом останнього року, а також підходів, методів і методик, які застосовуються для попередження означених вище станів фахівців та надання допомоги тим із них, які вже відчують описані симптоми.

**Проблематика та методи психологічної підтримки волонтерів, які працюють з різними групами постраждалих.** Беручи до уваги досвід роботи Кризового центру медико-психологічної допомоги при інституті психології імені Г.С. Костюка НАПН України, розглянемо контингент волонтерів, що працюють із постраждалими і з якими проводиться психопрофілактична та психотерапевтична робота. Першою великою групою волонтерів є група психологів/психотерапевтів, які надають психологічну допомогу переселенцям з Криму та східної України, військовим, пораненим бійцям АТО, родинам загиблих, працюють у службі “Телефону довіри”. Наступною групою є волонтери інших “помічних” професій (соціальні ро-

бітники, шкільні психологи, педагоги тощо). В окрему групу виділено медичних працівників — лікарів (особливо лікарів з психіатричною спеціалізацією), середній та молодший медичний персонал. Остання група волонтерів — це люди різних спеціальностей, які працюють в різних благодійних фондах та громадських організаціях і надають постраждалим соціальну підтримку, а також координатори громадських об'єднань (наприклад, “Крим — SOS”).

На основі отриманих на сьогодні даних окреслимо проблематику визначених груп волонтерів. Головними проблемами всіх груп волонтерів наразі є емоційне вигорання та травматизація. Психологи/психотерапевти відзначають у себе такі емоційні стани: страх зустрічі із важко постраждалими, “емоційне оніміння”, депресивні епізоди, відразу, спроби звинувачення клієнта або намагання зайняти щодо нього позицію “спасителя”, знецінення себе, своєї роботи, змішування психологічної підтримки з соціальною роботою тощо. Медичні працівники на фоні перевантаження та критичності ситуації (постійне збільшення кількості поранених, відсутність медичних препаратів, досвіду роботи з “бойовими травмами” солдат, міжвідомча неузгодженість тощо) у шпиталях так само відзначають сильні переживання, найчастіше злість, роздратування та розгубленість (особливо ті, які не мають в своєму професійному досвіді практики роботи з важко травмованими, пораненими). Волонтери благодійних фондів та інших громадських організацій теж достатньо швидко “перегорають” — активно долучаючись до різних видів допомоги, вони виснажуються, почуття роздратування та образи призводять до знецінення своєї праці, що з часом переростає у знесилення, апатію, почуття провини або відсторонення.

На думку багатьох західних науковців, майже всі методи та стратегії, що допомагають подолати вигорання та травматизацію психотерапевтів, є у той самий час і методами їх профілактики [3; 10; 12]. З метою мінімізації професійних ризиків волонтерів, убезпечення їх від травматизації та вигорання у Кризовому центрі застосовуються наступні заходи і методи: постійно діюча група взаємопідтримки, постійно діюча супервізійна група, психотерапевтичні балінтовські групи, за необхідності — індивідуальна форма психотерапії. Коротко розглянемо їх.

*Групи взаємопідтримки*, як правило, створюються на основі об'єднання фахівців, які працюють у певному напрямку, з метою надання психологічної допомоги кожному члену групи. Проведення таких груп у Кризовому центрі медико-психологічної допомоги при

Інституті психології імені Г.С.Костюка наразі є достатньо актуальним. Зазначимо, що багато психологів-науковців, співробітників інституту, які не мали досвіду практичної роботи, однак активно долучились до волонтерського руху, зустрічаючись із горем та стражданнями, потребують постійної психологічної підтримки.

Технічно *група взаємопідтримки* проводиться за участю одного або двох ведучих. Її формат допускає застосування різних технік та методів психотерапії (інколи — нестандартні психотерапевтичні прийоми), за необхідності — включає в себе супервізійні сесії, індивідуальну психотерапію у групі.

*Так, під час однієї з груп взаємопідтримки всі учасники відчували сильний неспокій і пригніченість. Група обговорювала переживання горя однією із колег з приводу смерті бійця АТО, з ким вона працювала. Учасники групи, зіткнувшись із складними, непереносимими переживаннями реагували по різному: від сліз до повного ескапізму. Одна з учасниць, знаходячись у своєму процесі переживання горя, почала наводити страшні приклади катувань наших бійців, чим викликала обурення і агресію групи. Впоратись із усіма цими переживаннями допомогла, як не дивно, проста справа із мильними кульками. Видуваючи кульку, учасники групи ніби “видували” свої важкі переживання, які ставали різнокольоровими, легкими і, стикаючись один з одним у повітрі, — лопались з яскравими бризками. Символізм, присутній у цій процедурі, допоміг учасникам певною мірою каталізувати свої негативні переживання, підтримати один одного, почати посміхатися і, отже, відновлювати сили для подальшої роботи із постраждалими.*

Підсумовуючи досвід проведення *груп взаємопідтримки* із волонтерами, відмітимо низку загальних особливостей даних груп, які сприяють досягненню змін у поведінці учасників, покращенню їх самопочуття:

- Спільний досвід. Певна схожість досвіду учасників є основою формування та функціонування груп взаємопідтримки, тому що, по-перше, члени групи розуміють один одного (знаходяться на “одній хвилі”) і не почуваються самотніми; по-друге, спільність досвіду сприяє зниженню рівня захистів та пом’якшенню почуття сорому, спонукає учасників до саморозкриття та самоусвідомлення.
- Допомога іншим. Цей принцип у групах взаємопідтримки

означає наступне: чим більше члени групи допомагають іншим, тим більше вони допомагають собі під час роботи в групі.

- Отримання інформації. Значний психотерапевтичний ефект даних груп пов'язаний із обміном інформацією між членами групи щодо методів та технічних прийомів у роботі з постраждалими, щодо методів саморегуляції та опанування стресом тощо.
- Зворотній зв'язок. У атмосфері відкритості та щирості, яка є обов'язковою умовою проведення таких груп, поведінка та почуття учасників є зрозумілими для спостереження та можливими для обговорення.
- Навчання спеціальним методам. Члени групи разом краще опановують нові спеціальні методи та технічні прийоми саморегуляції, протистояння стресу та емоційному вигоранню.
- Інтенсифікація когнітивних процесів. Психотерапевтичний вплив процесів взаємопідтримки та самопомочі безпосередньо пов'язаний із такими когнітивними здобутками, як: формування позитивного Я-образу, покращення взаєморозуміння, розширення альтернатив сприйняття, підсилення здатності диференціювання тощо.

*Супервізія* — один із методів підготовки та підвищення кваліфікації психотерапевтів. За допомогою *супервізії* психотерапевт має змогу більш системно та всебічно “побачити” свого клієнта, усвідомити етіологію і динаміку його проблематики, з'ясувати почуття перенесення (контрперенесення). *Супервізія* надає можливість фахівцю аналізувати свої професійні дії та “сліпі плями”, що блокують професійні стосунки з клієнтом, спонукає до перегляду стереотипів. Так само *супервізія* — важливий метод для профілактики емоційного вигорання психотерапевта, завдяки можливості опрацювання в умовах колегіальної підтримки складних або “невдалих” випадків роботи, процесу травматизації (чи вторинної травматизації) психотерапевта. Саме підтримка та допомога у віднайденні ефективних стратегій подальшої роботи з клієнтом є, на наш погляд, головними “лікувальними” моментами під час супервізування психотерапевтом складних власних випадків із травмованими клієнтами.

У якості прикладу наведемо випадок із роботи супервізійної групи, проведеної для психологів-волонтерів, які працюють із тимчасово переселеними особами.

*Молодий психолог, працюючи з переселенкою з Криму, матір'ю трьох дітей, почала відчувати неспокій щодо своєї клієнтки. Сталося це після того, як клієнтка показала малюнки своїх дітей. У малюнках було досить багато чорного кольору, агресивних символів та тривожних, на думку психолога, ознак. Психологу навіть здалось, що синець на обличчі середньої за віком доньки клієнтки з'явився в результаті побиття дівчинки своєю матір'ю. Психолог почала дуже непокоїтись за дітей своєї клієнтки, а у клієнтки почала "помічати" психічні відхилення і шукати лікаря-психіатра для встановлення діагнозу. Цей випадок психолог винесла на супервізію. Колеги - психологи під час обговорення піддали сумніву підозри супервізанта у психічній нестабільності клієнтки. Виявилось також, що діти клієнтки жваві і активні, вони постійно рухаються (днями обірвали гоїдалку у санаторії). А сама супервізант усвідомила, що малюнки, ймовірно, нагадали їй певні трагічні моменти її власного дитинства, про які вона "вже давно не згадувала... і думала, що вже їх пережила". Під час обговорення групою було інтерпретовано алгоритм дії феномену контрперенесення психолога наступним чином: у психолога виникають сильні емоційні реакції у відповідь на розповіді та малюнки дітей клієнтки, що стосується їх травматичного досвіду, які вона не в змозі подолати та усвідомити; психолог трансформує свої власні емоційні реакції у фантазії про емоційні реакції клієнтки, застосовуючи їх як інтерпретації під час сеансу та для формування гіпотези і шляхів подальшої роботи.*

Схожим за своєю ідеєю та завданнями на супервізійний є метод балінтовських груп. В літературі балінтовськими групами називають тимчасові об'єднання лікарів, психологів, психотерапевтів, соціальних працівників або студентів, що опановують ці спеціальності, які під час зустрічей обговорюють під керівництвом ведучого групи свій терапевтичний або психіатричний досвід [12]. Ця спеціалізована групова робота спрямована на дослідження стосунку "лікар — хворий", "психотерапевт — пацієнт/клієнт", "психолог — клієнт" для усвідомлення "сліпих плям" фахівця у його стосунках із пацієнтом/клієнтом. До основних цілей балінтовської групи відносять: 1) підвищення компетентності у професійному міжособистісному спілкуванні; 2) усвідомлення особистих проблем (наприклад, контрперенесення), що блокують професійний стосунок між фахівцем та клієнтом; 3) покращення психічного стану фахівців за рахунок колегіальної підтримки і спільного опрацювання складних випадків. До того ж цей метод допомагає віднайти та посилити творчий пози-

тивний потенціал психотерапевта і, як підкреслював автор методу М. Балінт, зміцнити його “професійне Я”, що є головним критерієм успішності подібних груп і найкращою процедурою з мінімізації ризиків емоційного вигорання [12]. Під час роботи балінтовської групи можуть бути застосовані різні тренінгові методи та психотерапевтичні прийоми: рольові ігри, елементи психодрами, тренінг сенситивності, прийоми емпатійного слухання та невербальної комунікації тощо. Приклад роботи *балінтовської групи* наведений нижче при розгляді питань психопрофілактики і психогієни консультантів служби “Телефон довіри”.

*Індивідуальна психотерапевтична робота* проводиться у тих випадках, коли психотерапевт, що працює з постраждалими, потрапляє у свою власну травму, відчуває тривожні та депресивні симптоми. *Індивідуальна психотерапевтична робота* з ним проводиться за тією ж схемою, що і робота з постраждалими, із застосуванням наведених у попередніх розділах методів, методик, технічних прийомів.

**Психологічна підтримка волонтерів, що працюють із тимчасовими переселенцями.** Проблему інтенсивних емоцій під час роботи з тимчасово переселеними людьми психологи-волонтери постійно відзначають як актуальну. Отже, розглянемо, якими є емоційні реакції фахівців у цьому випадку. За нашими даними, найчастіше спостерігаються наступні різновиди емоційних реакцій. Реакції, викликані описом клієнта свого травматичного досвіду, що проявляються через гнів, агресію, які переживає клієнт і разом з ним психолог. Емоційні реакції, що викликані культурними відмінностями між психологом/психотерапевтом і клієнтом-переселенцем (особливо це стосується роботи з переселенцями з Донбасу, менше — з кримськими татарами), що впливає на їхні стосунки і проявляється у вигляді придушення негативних емоцій, покори, іноді — примусового змушування йти на зустрічі із клієнтом, роздратування тощо. Реакції, пов’язані із почуттям неспроможності, нездатності допомогти (адже в першу чергу переселенцям необхідно вирішувати побутові та юридичні питання, що виходить за межі компетенції психолога). Четвертий різновид реакцій проявляється у деяких фахівців через повернення у власну травму (спостерігається у тих психологів/психотерапевтів, які у минулому були теж травмовані і переживають символічну схожість власного досвіду з досвідом переселенця).

Достатньо часто у волонтерів, що працюють із тимчасово переміщеними людьми, спостерігається феномен травматизації. Як волонтери-психологи, так і волонтери інших професій, зустрічаючись із трагічними подіями, що призвели до переселення (проходячи “шлях скорботи” із своїми клієнтами), з часом починають відчувати зміни у власному самопочутті. Найчастіше ці зміни пов’язані із психологічною травматизацією і проявляються у вигляді страху чергової чи нової зустрічі із переселенцями, депресивними епізодами, пригніченим настроєм та вразливістю (немотивовані сльози, тривога, провина тощо). Так само зустрічаються феномени вторинної травматизації. І якщо психологи/психотерапевти розуміють необхідність та можливість отримання допомоги, то інші волонтери, не психологи, намагаються долати свої переживання самотужки. Достатньо складно як організаційно, так і психологічно залучати їх до спеціальної роботи з опрацювання цих травм та відновлення нормального психологічного стану. Організаційно тому, що волонтери працюють за власним графіком, належать до різних організацій і не завжди можуть відвідувати спеціальні семінари чи групи, а психологічно — тому, що не кожен з людей, який не має досвіду звернення за допомогою для вирішення психологічних проблем, розуміє необхідність і доцільність опрацювання власних негативних реакцій, що з’явилися під час надання допомоги постраждалим.

За нашими спостереженнями, феномен емоційного вигорання у психологів та інших груп волонтерів, що працювали з тимчасовими переселенцями, почав проявлятися уже через місяць активної роботи. Першими ознаками прояву цього феномену у психологів/психотерапевтів були переживання власної неспроможності, знецінювання своєї праці, почуття суму та неможливість відволіктись у вільні від волонтерської роботи дні від думок та переживань з приводу допомоги переселенцям. Деякі колеги під час зустрічей у *групі взаємопідтримки* скаржились на неможливість радіти та посміхатися, відвідувати різні заходи, не пов’язані із допомогою постраждалим; відчували провину за те, що у переселенців немає можливості повноцінно жити, а у них є, і це — несправедливо; відзначали порушення стосунків у своїх родинах.

Щодо волонтерів — не психологів, то вони виявились ще вразливішими стосовно емоційного вигорання і перші його ознаки проявлялись у них фізичним та психологічним виснаженням, образами на переселенців, які недостатньо позитивно оцінюють

діяльність волонтерів, конфліктують тощо. Відсутність розуміння всієї складності стосунків у подібній ситуації, емоційних станів переселенців, які позначаються на їх поведінці, — поглиблювали процеси емоційного вигорання аж до повного їх відсторонення від роботи та психосоматики.

Розглянемо різні форми роботи з волонтерами по профілактиці та опрацюванню описаних феноменів.

З метою діагностики ступеня і особливостей емоційного вигорання у волонтерів ми застосовували методику вигорання В. В. Бойка (Додаток 3). Для волонтерів було створено також спеціальні групи, в яких проводились як навчальні семінари, так і психологічна робота з подолання наслідків травматизації. Основні завдання таких груп: 1) пояснити важливість забезпечення себе та своєї психіки від надлишкових навантажень та травмування; 2) надання інформації щодо психічних станів переселенців і пов'язану з ними поведінку та реакції; 3) інформування про емоційні реакції (контрперенесення), які можуть виникати у волонтерів під час роботи з переселенцями та способи їх подолання; 4) створення груп взаємопідтримки. До груп взаємопідтримки в першу чергу залучались волонтери з високими показниками емоційного вигорання. У цих групах волонтери мали змогу каталізувати свої переживання різного спектру, зрозуміти їх універсальність (майже кожен учасник групи відчував схожі переживання), позбутися провини за їх відчуття. Важливим аспектом роботи такої групи було навчання учасників ефективним способам саморегуляції та відновлення.

*Як приклад такої роботи наведемо ситуацію в групі волонтерок одного з християнських фондів, які працювали у якості соціальних працівників в одному санаторії, де було розміщено сім'ї тимчасових переселенців з Криму. Молоді дівчата з перших днів займались розподілом гуманітарної допомоги, вислуховували і допомагали із працевлаштуванням, медичним обслуговуванням переселенців, школами і дитячими садками. Згодом вони почали хворіти, уникати своїх чергувань, почастишали конфлікти із переселенцями, деякі дівчата стали проявляти грубість, роздратованість, деякі — одразу починали плакати і жалітися. Під час першої зустрічі у групі взаємопідтримки, ведучий проінформував учасниць щодо формату та сетінгу зустрічей, їх завдань та основних правил, відповів на велику кількість запитань, які хвилювали учасниць і якими вони перекривали свою тривожність. Під час другої зустрічі ведучий, який*

*сам працював з переселенцями як психолог/психотерапевт, почав першим ділитися своїми переживаннями, які виникали у нього після двох місяців волонтерської роботи. Дівчата — учасниці групи поступово почали підключатись, “впізнаючи” свої почуття та стани. Саме друга зустріч була найбільш емоційною у зв’язку з тим, що учасниці чи не вперше змогли проговорити те, що їм було важко прийняти у собі, адже воно “не вписувалось” у образ та місію їх роботи. Вони плакали, соромились, відчували провину за свої почуття та їх розголос. Усвідомлення своїх переживань і тих процесів, які їх викликають, універсальності цих переживань, значно покращили їх стани.*

Так само потребували допомоги й громадські координатори, які взяли на себе вирішення всього обсягу питань щодо благоустрою та життєдіяльності переселенців. Конфлікти, які супроводжували кожен розподіл гуманітарної допомоги, звинувачення у прихильності до тієї чи іншої групи переселенців, неможливість вирішення складних питань з державними органами та недовіра й образи з боку переселенців, цілодобова робота вже через кілька тижнів з моменту початку цієї діяльності призводила до емоційного вигорання майже всіх координаторів-волонтерів. З метою їх психологічної підтримки почались створюватися групи і для цієї категорії волонтерів. Наш досвід показує, що в цих групах по-перше, важливо звертати увагу на конфліктні ситуації у спільнотах переселенців, обговорювати конкретні випадки конфліктів, розглядаючи в колі найскладніші ситуації, і загалом знижувати градус конфліктності. По-друге, важливо сприяти проговоренню учасниками своїх почуттів, надавати простір для скарг на втому та стани безпомічності.

Щодо професійних психологів, то у них активність і ефективність роботи в пункті прийому біженців змінювалася на переживання знецінення своєї роботи в місцях розселення тимчасово переселених громадян. Річ у тому, що описана у розділі 2.2. специфіка переживань переселенців, пов’язана із травматичними переживаннями, страхом, недовірою і підвищеною їх тривожністю, не давала змоги відразу встановлювати контакт, люди не збирались на заплановані психотерапевтичні групи, ситуація роботи психологів «без запиту» інколи викликала почуття безпорадності, знецінення себе як фахівця і своєї роботи. Важливим аспектом взаємодії фахівців з переселенцями було також відокремлення своєї професійної діяльності від соціальної чи загальнолюдьської (психологи часто приносили їжу, ліки, картки поповнення мобільного рахунку, іграшки

та одяг для переселенців). На основі нашого досвіду роботи наведемо основні пункти сценарію проведення *груп взаємопідтримки* для психологів: 1) проговорення почуттів, рефлексія власних станів; 2) взаємна підтримка та підбадьорення; 3) супервізійні розбори складних випадків (які теж мають сильний підтримувальний ефект); 4) обговорення ефективних засобів роботи з переселенцями; 5) опанування навичками саморегуляції, стресостійкості тощо.

Таким чином, фізичне та емоційне виснаження волонтерів — представників різних “помічних” професій призводить до швидкого їх емоційного вигорання (вже протягом першого місяця активної роботи). Важливим аспектом психологічної допомоги таким волонтерам є організація груп взаємопідтримки, під час проведення яких важливо надавати інформацію щодо психічних станів переселенців, особливостей їх поведінки, роз’яснювати необхідність каталізації своїх переживань у групі, сприяти цим процесам, створюючи максимально безпечний простір. Щодо волонтерів-психологів, то для них ефективним і необхідним є відвідування постійно діючих супервізійних чи балінтовських груп, груп взаємопідтримки, а у разі виникнення складнішої симптоматики (вторинна травматизація, депресивні епізоди чи підвищення тривожності) — відвідування індивідуальної психотерапії.

**Психогігієнічна та профілактична складова у роботі консультантів «Телефону довіри».** Консультування на «Телефоні довіри» можна віднести до категорії стресових. Розмова з абонентом, що зазнає образ, кривди від близьких людей, опинився в ситуації небезпеки та не бачить виходу із неї, втратив близьку людину та ін., залишає певний відбиток на емоційному стані телефонних консультантів. Особливо важко відключатися від почуттів та емоцій, що виникають в процесі спілкування з абонентами консультантам-початківцям.

Висока емоційна включеність в діалог з абонентом, невизначеність його параметрів (неможливість контролювати частоту звернень, тему звернень, категорії абонентів), значна інтенсивність роботи (велика кількість звернень, складність їх змісту), відкритість до маніпуляцій зі сторони абонента, — все це визначає можливість ризику «вигорання».

Перші ознаки цього синдрому у телефонного консультанта: втома, дратування, сум, гнів, злість, обурення, розчарування. Потім з’являється стан вираженої втоми та емоційного виснаження, який характеризується втратою здатності відповідати на дзвінки і надавати психологічну підтримку абонентам, байдужим чи негативним став-

ленням до них, а також до колег, зниженням продуктивності роботи, підвищенням конфліктності під час виконання професійних обов'язків; збільшується кількість «невдалих дзвінків».

При вигоранні у телефонного консультанта зникає бажання ходити на чергування, спілкування з абонентами стає буденним, сірим, нецікавим. З'являється відчуття власної безпомічності і непотрібності, невіри в ефективність роботи служби телефонної допомоги. Часто можна почути скарги від консультантів, на зразок: «Ніколи не думав, що це буде так важко для мене», «Чому ці розмови завжди на моєму консультуванні?», «Я не знаю, що робити?» і т.д. Все частіше консультант дратується під час розмови, виникає бажання швидше завершити розмову; пропадає бажання «приєднатися» до абонента. Контакт по телефону стає поверхневим і формальним.

Посилити емоційну напругу у консультанта можуть такі чинники, як неможливість підготовки до дзвінка, велика, або, навпаки, мала кількість звернень. Негативний вплив на стан телефонного консультанта можуть мати і умови роботи: тісне приміщення, в якому консультант перебуває протягом тривалого часу; недостатня можливість задовольняти фізичні потреби; неоптимальний температурний режим і таке інше.

На емоційний стан телефонного консультанта впливає також багато інших факторів: конфлікти у власній родині, переживання стресового стану чи гострого горя; на професійному рівні — відчуття браку власного досвіду; на психологічному рівні — недоопрацьовані особистісні проблеми.

Важливим принципом запобігання «синдрому вигорання» є дотримання вимог психогієни самим телефонним консультантом. В першу чергу на індивідуальному рівні потрібно ефективно планувати свій час за межами роботи (відпочинок, розваги, хобі, стосунки з близькими людьми, заняття спортом та ін.). Також потрібно піклуватися про оптимальну частоту чергувань (не більше 4-5 разів на місяць), про тимчасове переключення на інші форми роботи, не пов'язані з телефонним консультуванням, про відпочинок. Ефективними методами профілактики виснаження на міжперсональному рівні є розвиток соціальної підтримки — створення дружньої атмосфери взаєморозуміння в колективі, періодичне проходження семінарів та тренінгів, обговорення складних дзвінків з колегами, індивідуальні та групові супервізії, балінтовські групи, групи взаємопідтримки.

Розглянемо деякі з цих методів докладніше.

Підтримка в колективі є неформальною процедурою. Такою може бути, наприклад, емоційна розрядка в кінці чергування (15-20 хвилин): розмова з колегами по службі, «задушевні розмови». Основне завдання такої підтримки — зняти емоційну напругу у консультанта, яка накопичилась у нього за час чергування.

*Групи взаємопідтримки на ТД.* Такі групи для телефонних консультантів у Кризовому центрі медико-психологічної допомоги відбуваються 2 рази на місяць. Тривалість зустрічі — 3 години, група має закритий формат — участь беруть тільки телефонні консультанти. У групі створюється атмосфера довіри, прийняття, піклування. Цінність такої роботи полягає в можливості отримати зворотній зв'язок від консультантів, які мають схожі проблеми або й досвід, як з ними справлятися. Такі групи сприяють також особистісному зростанню учасників: вони мають змогу заглибитися у свій внутрішній світ, шукати і знайти відповіді на питання, які їх хвилюють, отримуючи при цьому підтримку від своїх колег. Розглянемо приклад короткої психотерапевтичної роботи в такій групі.

*Психолог, телефонний консультант М. 30 років. З перших днів протистояння на Майдані М. разом зі своїм чоловіком і колегами-психологами надавала різну допомогу потерпілим. Багато що довелося пережити. М. непокоїть ситуація, яка є зараз. Часто думає, переживає, плаче. Не може змиритися з тими жертвами, які є кожного дня. Непокоїть симптом, який не проходить, лякає її. Симптом — німіє ліва рука. Медичні процедури не допомагають.*

*Було запропоновано зробити соматодраму (один із напрямків психодрами). Нас зацікавив світ тіла М., яке є носієм її історії і конфліктів. Воно готове нам допомагати, через симптом подає голос — німіє ліва рука. Коли тіло «мертвіє» — йому бракує жвавості, людина насилу сприймає навколишнє середовище.*

*В соматодрамі вдалося здійснити подорож по таємничих краях соматичної "імперії", "почути" і "побачити" комунікативне послання психосоматичного симптому, який вибрав «слабке місце» тіла — ліву руку.*

*М. вдалося зробити тілесну інтеграцію. Після роботи симптом перестав турбувати.*

*Супервізія на ТД.* Ми застосовуємо у Кризовому центрі дві форми супервізії — індивідуальну та групову.

Телефонні консультанти періодично потрапляють в ситуації «глухого кута», які можуть бути для них проблемними (наприклад, абонент викликає сильні або негативні почуття, не зрозуміло, як далі

з ним працювати; консультування здається неефективним та інше). Часто вибратися з цього стану допомагає *індивідуальна супервізія*. Це універсальна форма підтримки консультантів, яка дозволяє їм прояснити несвідомі аспекти стосунків з абонентом, виявити свої індивідуальні особливості і складнощі, краще зрозуміти абонента, а також розділити ношу відповідальності за свою роботу з іншим, як правило, більш досвідченим професіоналом.

Для консультантів-початківців допомога супервізора є необхідною і обов'язковою. *Супервізія* дозволяє їм побачити і усвідомити свої потенційні можливості, робить консультування більш ефективним, позбавляє від зайвої тривоги і допомагає формуванню професійної ідентичності.

*Супервізія* — це не тільки обов'язкова форма професійного вдосконалення і взаємодопомоги, а й ефективний засіб професійної психогієни і психопрофілактики, що дозволяє телефонному консультанту зберігати належне ставлення до своєї діяльності, уникати «емоційного вигорання» і отримувати більше задоволення від своєї роботи з абонентами.

*Групова супервізія* допомагає телефонним консультантам:

- проаналізувати разом з колегами складні випадки, що виникають в роботі з абонентами;
- визначити стратегії подальшого консультування;
- зробити суттєвий крок на шляху більш повного усвідомлення своєї поведінки;
- навчитися встановлювати межі професійної взаємодії і дотримуватися певних етичних цінностей;
- ідентифікувати і розширити власний стиль консультування;
- здобути більшу впевненість у своїй професійній діяльності.

Але крім отримання теоретичних знань і технічних прийомів, супервізія допомагає консультанту зустрітися з самим собою. Вона може стати для нього психотерапією, оскільки з її допомогою консультант може виявити свої власні труднощі і "білі плями", зрозуміти, що заважає йому повноцінно бути з абонентом; допомагає навчитися визнавати свої помилки, розуміти свої обмеження, не боятися труднощів і отримувати задоволення від своєї роботи.

Найчастіше *групові супервізії* для телефонних консультантів ми проводимо у форматі *балінтовської групи*. Ця форма *супервізії* є ефективним методом підвищення професійних комунікативних навичок, зниження професійного стресу і «емоційного вигорання». Опти-

мальним числом учасників для роботи *балінтовської групи* є 8-10 осіб (але не більше 15 чол). *Супервізії* відбувається кожні 3-4 тижні, тривалість групи 2 — 2,5 години.

Розглянемо приклад роботи *балінтовської групи*.

*Присутні 14 чол., всі — телефонні консультанти.*

Перше коло: коло почуттів (учасники групи діляться своїми почуттями і станами, з якими прийшли на групу: .....«Як вичавлений лимон», «спокій», «перевантаження», «напруга», «пружина», «гарний настрій», «переповнення», «втома»).

Друге коло: вибір протагоніста (учасника, який буде пред'являти випадок).

Третє коло: пред'явлення запиту .

*Консультант О. Не може заспокоїтися після розмови з абонентом.*

*Подзвонила дівчинина-волонтер з Києва. Напередодні в лікарні помер поранений босць, якого вона відвідувала. Прийшла в черговий раз, сподіваючись побачити його в кращому стані, як це було раз від разу в минулі відвідування, а натомість почула жахливу новину. Після того півдня плакала, не проходить головний біль, ні про що інше досі не може думати, важко змиритися з тим, що ось так все закінчилося для молодого чоловіка, який добровольцем пішов на фронт, маючи успішну адвокатську практику, закрити кабінет і пішов. І вже після поранення, при минулих зустрічах, планував, як буде жити далі, розумів, що на реабілітацію піде не менше року, але був готовий до цього. А тепер все, його нема..... І вона не знає, як справитись зі своїми емоціями. Не може йти в шпиталь. Також ця реакція лякає її тому, що померлий не був їй близькою людиною, чому тоді таке почуття горя?*

**В:** - *Що хотіла би отримати від групи?*

**О:** - *Часто плачу. Хочу розібратися зі своїми емоціями. Після дзвінка не можу заспокоїтися. Чи це нормально, так почуватися?*

Четверте коло: почуття, які виникли при слуханні випадку. Група називає свої почуття: «велика біда», «шторм», «сильний вітер», «горе», «неспокій», «темнота», «потік», «буревій», «грім», «підвал».

П'яте коло: запитання на уточнення (для прояснення ситуації, образу абонента).

Шосте коло: проблема консультанта.

**В:** - *Яка проблема є у консультанта, якщо він виносить цей випадок на розгляд?*

*«Ідентифікація з абонентом», «втома», «співпричетність до великого горя, яке переживає країна» ...*

Сьоме коло: аналогічна проблема. Члени групи пропонують своє бачення ситуації консультанта. Відбувається рольова гра «Консультант - Абонент».

Восьме коло: зворотний зв'язок з ролі консультанта

**В:** - *Що Ви відчували в ролі консультанта?*

Дев'яте коло: зворотний зв'язок від учасника, що був в ролі абонента  
- *Що Ви відчували в ролі абонента?*

Десяте коло: зворотній зв'язок від того, хто представляє випадок.

**В:** - *Що Ви можете сказати зараз як консультант?*

- *Як себе почуваете? Чи допомогла Вам ця робота? Що саме допомогло?*

Подібна робота має особливу цінність як для консультанта, який представляє випадок, так і для інших учасників групи. Це призводить до більш глибокого розуміння своїх переживань, переживань інших людей. Таке обговорення дає психологічну підтримку, знімає напругу у телефонного консультанта, коректує його професійну поведінку.

Отже, знання власних можливостей і обмежень, дотримання вимог психогієни, робота над собою у фізичному, душевному і духовному планах, відвідування навчальних семінарів, тренінгів, балінтовських груп, груп взаємопідтримки, супервізій — все це є психопрофілактикою у телефонному консультуванні. Особа, яка прагне допомагати іншим, повинна мати навички допомагати собі.

### **Використана література**

1. Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / Под ред. Г. У. Солдатовой. — М. : Смысл, 2002. — 479 с.
2. Хеуш Н. Контрперенос арт-терапевта: работа с беженцами — жертвами организованного насилия / Н. Хеуш // Арт-терапия — новые горизонты / [Под ред. А. И. Копытина]. — М. : Когито-Центр, 2006. — С. 21-40
3. Cherniss C. Long-term consequences of burnout: an exploratory study / Cary Cherniss // Journal of Organizational Behavior. — V.13, # 1. — 1992. — pp. 1-11
4. Comas-Dias L., Padilla A.M. Countertransference in working with victims of political repression / L. Comas-Dias, A.M. Padilla // American Journal of Orthopsychiatry — 1991. — #61. — pp. 179 — 185.
5. Danieli Y. Confronting the unimaginable: psychotherapists' reaction to victims of the nazi Holocaust / Yael Danieli // Human adaptation to extreme stress / Ed. Wilson J.P., Z. Harel and others. — NY: Plenum Press, 1988. — pp. 219-238.
6. Figley C. R. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized / C.R. Figley. — NY: Brunner/Mazel, 1995. — 564 p.

7. Freudenberger H.J. Staff burn-out / H.J. Freudenberger / Journal of Social Issues, 1974. — Vol. 30. — P. 159-165.
8. Golub D. Cross-cultural dimensions of art psychotherapy / D. Golub // Advances in Art Therapy / Ed. By H. Wadson, J. Durkin, D. Perach. — NY: Wiley, 1989. — pp. 95-105.
9. Herman J. Trauma and Recovery. The aftermath of violence — from domestic abuse to political terror / Judith Herman. — NY: Harper Collins, 1992. — 387 p.
10. Maslach C. Professional burnout: Recent developments in the theory and research / C. Maslach. — Washington: D. C: Taylor & Francis, 1993. — pp. 19—32.
11. Maslach C., Jackson S.E. The measurement of experienced burnout / S. Maslach, S. E. Jackson // Journal of Occupational Behavior. — 1981, #2. — pp. 99-113.
12. Salinsky J, Otten H. The Doctor, the Patient and their well-being — world wide: proceedings of the thirteenth International Balint Congress, Berlin: H. Ruckdruck Celle, 2003.
13. Shengold L.L. Child abuse and deprivation soul murder. Psychoanalytic understanding of violence and suicide / L.L. Shengold // Published in association with the institute of psychoanalysis. — London: 2010. — pp. 89-108.
14. Ulri I. Über. PTSD und Gruppen-psychotherapie mit Menschen, die durch Krieg traumatisiert sind. Die kroatische Erfahrung / Ivan Ulric // Trauma und Gruppe. Arbeitshefte Gruppenanalyse. Fürderverein Gruppentherapie. — Münster: 2000. — pp. 87-109.
15. Van der Veer G. Counselling and Therapy with Refugees: Psychological Problems of Victims of War, Torture and Repression (Paperback). — Michigan Univ.: John Wiley & Sons Ltd, 1998. — 206 p.
16. Wilson J.P. Empathic strain and countertransference // Countertransference in the Treatment of PTSD / Ed. by J.P. Wilson, J.D. Lindy. — NY: Guilford, 1994. — 342 p.

## **РОЗДІЛ 5. Мас-медіа як простір психологічної допомоги**

*Віддай людині крихітку себе.*

*За це душа наповнюється світлом*

*Ліна Костенко*

### **1. СЕРЕДОВИЩЕ МАС-МЕДІА: ПОГЛЯД ПСИХОЛОГА**

**Мас-медіа** [від англ. mass — масовий, маса; media, від medium — засіб, посередництво] — засоби масової інформації (комунікації), або засоби донесення інформації до масової аудиторії: преса, кіно, ТБ, телефон, радіо, Інтернет, друк, людський голос, живопис і скульптура тощо. Основними засадами об'єктивності mass media є такі: 1. Факти мають відділятися від думок. 2. Погляд на події має бути емоційно нейтральним. 3. Слід подавати чесну збалансовану точку зору, надавати можливість висловитися різним сторонам, що забезпечує максимально повну інформацію для аудиторії. Саме твердження про те, що

Національна Академія педагогічних наук України  
Інститут психології імені Г.С.Костюка

**Психологічна допомога постраждалим  
внаслідок кризових травматичних подій**

**Методичний посібник**

*За загальною редакцією З. І. Кісарчук*

Київ – Логос – 2015

*Рекомендовано до друку вченою радою Інституту психології  
імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол №9 від 27 листопада 2014 р.)*

Рецензенти:

**Чепелева Н. В.** — заступник директора з науково-дослідної роботи Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор.

**Кокун О. М.** — заступник директора з науково-інноваційної роботи Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, доктор психологічних наук, професор.

**Тімченко О. В.** — головний науковий співробітник науково-дослідної лабораторії екстремальної та кризової психології науково-дослідного центру Національного університету цивільного захисту України, доктор психологічних наук, професор.

**Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій:** методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ "Видавництво "Логос". — 207 с.  
ISBN 978-966-171-878-3.

*Методичний посібник, підготовлений науковцями Інституту психології імені Г. С. Костюка, побудовано на основі осмислення і узагальнення отриманого власного досвіду психологічної допомоги постраждалим внаслідок екстремальних подій в Україні. У ньому висвітлюються деякі важливі теоретичні аспекти переживання кризових травматичних ситуацій; розглядається практика надання психологічної допомоги різним категоріям постраждалих; описується робота служби «Телефон довіри»; обговорюється проблема психологічної підтримки волонтерів; викладаються міркування щодо використання мас-медіа як простору психологічної допомоги населенню. Окремо в додатках подається методичний інструментарій, що показав свою ефективність у роботі з постраждалими.*

*Посібник адресується як психологам, так і фахівцям інших «помічних» професій, представникам громадських і волонтерських організацій – усім, хто зайнятий у сфері психологічної і соціально-психологічної допомоги людям, які її потребують.*

УДК 364.62-47-058.6(072)

ББК 65.272я7+88.4я7

## Зміст

<b>Передмова</b> ( <i>Максименко С. Д.</i> )	4
<b>Вступ</b> ( <i>Кісарчук З. Г.</i> )	5
<b>РОЗДІЛ 1. Теоретичні аспекти переживання екстремальних подій</b>	
1.1. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад» ( <i>Кісарчук З.Г.</i> )	8
1.2. Особливості реагування на травматичну стресову подію ( <i>Царенко Л. Г.</i> )	11
1.3. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації ( <i>Омельченко Я. М.</i> )	15
<b>РОЗДІЛ 2. Практика надання психологічної допомоги різним категоріям постраждалих</b>	
2.1. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму) ( <i>Лазос Г. П.</i> )	26
2.2. Особливості психологічної допомоги дітям з тимчасово переселених родин ( <i>Омельченко Я. М.</i> )	46
2.3. Психологічна допомога військовослужбовцям, що виконують свій обов'язок у зоні бойових дій ( <i>Царенко Л.Г.</i> )	61
2.4. Особливості практики надання психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям ( <i>Гребінь Л. О.</i> )	74
2.5. Що таке “добре” і що таке “погано”: погляд з кабінету психологічної допомоги сім'ї ( <i>Шльонська О. О.</i> )	85
2.6. Психологічна допомога дітям засобами арт-терапії ( <i>Демидюк Н. П.</i> )	100
<b>РОЗДІЛ 3. Телефон довіри: організація, зміст та методика надання психологічної допомоги в сучасних вітчизняних умовах</b> ( <i>Литвиненко Л. І.</i> )	108
<b>РОЗДІЛ 4. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими</b> ( <i>Лазос Г. П., Литвиненко Л. І.</i> )	121
<b>РОЗДІЛ 5. Мас-медіа як простір психологічної допомоги</b> ( <i>Вовчик-Блакитна О. О., Гурлева Т. С.</i> )	141
<b>ДОДАТКИ</b>	168
<b>Відомості про авторів</b>	206