

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА**



**ОСОБЛИВОСТІ СТОСУНКІВ
«ПСИХОТЕРАПЕВТ – КЛІЄНТ» У СУЧАСНОМУ
СОЦІОКУЛЬТУРНОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

Монографія

За редакцією З.Г. Кісарчук

Київ

2017

*Рекомендовано до друку вченою радою Інституту психології імені Г.С. Костюка
НАПН України (протокол №9 від 29 червня 2017 р.)*

Рецензенти:

Ставицька С.О. – доктор психологічних наук, професор, завідувачка кафедри загальної і соціальної психології та психотерапії факультету психології Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова.

Сердюк Л.З. – доктор психологічних наук, професор, завідувачка лабораторії психології особистості імені П.Р. Чамати Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

О 33 **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. – 225 с.

ISBN 978-966-194-284-3

Коллективна монографія, підготовлена науковцями лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, присвячена розгляду особливостей стосунків «психотерапевт-клієнт» у контексті психологічної допомоги постраждалим внаслідок важких травмівних подій. У монографії представлено результати досліджень з проведення теоретико-методологічного аналізу проблеми стосунків «психотерапевт-клієнт» у кризових соціокультурних умовах; з'ясування особливостей побудови психотерапевтичних стосунків з такими категоріями постраждалих, як внутрішньо переміщені особи (дорослі і діти), військовослужбовці, що зазнали фізичних ушкоджень, та інші ветерани, які знаходяться на реабілітації, і члени їхніх сімей; розгляду особливостей емоційних станів волонтерів-психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими; встановлення специфіки спілкування психолога з населенням через друковані засоби масової інформації у кризових обставинах.

Монографія адресована як психологам – науковцям і практикам, викладачам вищих навчальних закладів, так і фахівцям інших «допоміжних» професій та волонтерам – усім, хто зайнятий у сфері психологічної та соціально-психологічної допомоги постраждалим внаслідок кризових травмівних подій..

Видано державним коштом. Продаж заборонено.

Номер державної реєстрації НДР **0115U000803**

ISBN 978-966-194-284-3

© Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2017

© Видавничий Дім «Слово», 2017

ЗМІСТ

ВСТУП (<i>Кісарчук З.Г.</i>).....	5
РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА СТОСУНКІВ «ПСИХОТЕРАПЕВТ-КЛІЄНТ» В КОНТЕКСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТТРАВМАТИЗОВАНИМ ВНАСЛІДОК ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ	12
1.1. Психотерапевтичні стосунки: їх основні аспекти та значення для ефективності психологічної допомоги (<i>Кісарчук З.Г.</i>).....	13
1.2. Специфіка психотерапевтичних стосунків у ситуаціях надання психологічної допомоги клієнтам, що пережили психічну травму. (<i>Кісарчук З.Г.</i>).....	19
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ВСТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ СТОСУНКІВ ПСИХОТЕРАПЕВТА З ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ	32
2.1. Розвиток допомагаючих стосунків у психотерапії внутрішньо переміщених осіб та процеси ідентифікації (<i>Плескач Б.В., Уркаєв В.С.</i>).....	32
2.2. Формування надійних стосунків психотерапевта з дітьми внутрішньо переміщених родин як базова умова подолання наслідків травмування (<i>Омельченко Я.М.</i>).....	53
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТОСУНКІВ ПСИХОТЕРАПЕВТА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ВЕТЕРАНАМИ ТА ЇХНІМИ РОДИНАМИ	81
3.1. Характеристики та динаміка формування структурно зрілих психотерапевтичних стосунків у роботі з військовослужбовцями, які мають фізичні ушкодження (<i>Гребінь Л.О.</i>).....	81
3.2. Специфіка встановлення зцілюючих стосунків психолога з військовослужбовцями та ветеранами, які знаходяться на реабілітації (<i>Литвиненко Л. І.</i>).....	113

3.3.	Особливості формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів (<i>Журавльова Н.Ю.</i>).....	129
РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВОЛОНТЕРІВ – ПСИХОЛОГІВ/ПСИХОТЕРАПЕВТІВ У СТОСУНКАХ З ПОСТРАЖДАЛИМИ		
4.1.	Професійна якість життя психолога/психотерапевта. Види та характеристики негативних емоційних станів фахівців у стосунках з постраждалими (<i>Лазос Г.П.</i>).....	155
4.2.	Діагностика негативних емоційних станів психологів у стосунках з різними категоріями постраждалих (<i>Лазос Г.П.</i>).....	161
4.3.	Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів–психологів/психотерапевтів та шляхи їх попередження (<i>Лазос Г.П.</i>).....	176
РОЗДІЛ 5. ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ ПСИХОЛОГА З НАСЕЛЕННЯМ ЧЕРЕЗ ДРУКОВАНІ ЗАСОБИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ У КРИЗОВИХ СОЦІОКУЛЬТУРНИХ УМОВАХ.....		
5.1.	Мас-медійне спілкування з громадянами у кризовому середовищі як психологічна проблема (<i>Гурлева Т.С.</i>).....	193
5.2.	Діалог як ефективна форма мас-медійного спілкування з різними категоріями постраждалих (на прикладі друкованих ЗМІ) (<i>Гурлева Т.С.</i>).....	201
5.3.	Перспективи спілкування "психолог-населення" через друковані засоби масової інформації (<i>Гурлева Т.С.</i>).....	212
ПІСЛЯМОВА (<i>Кісарчук З.Г.</i>).....		222
ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ.....		224

ВСТУП

Актуальність проблематики, що представлена в монографії, зумовлена особливим запитом сучасного українського суспільства до психологічної науки і практики. Внаслідок надзвичайних подій, які відбуваються у країні впродовж останніх років – тривалий воєнний конфлікт, значні втрати серед військових і мирних мешканців, внутрішні міграційні процеси, гострою є потреба у соціально-психологічній підтримці і супроводу цілих соціальних груп, постраждалих внаслідок воєнного конфлікту, а також у консультативній і психотерапевтичній допомозі різним категоріям травмованих осіб – військовослужбовцям і демобілізованим воїнам та членам їхніх сімей; вимушеним переселенцям; волонтерам; мирним мешканцям, які переживають руйнацію звичного життя.

Водночас є очевидною необхідність теоретико-методологічного і методичного забезпечення цієї роботи: здійснення наукової рефлексії здобутого вітчизняними фахівцями значного досвіду психологічної допомоги різним категоріям травмованих осіб; проведення спеціальних наукових досліджень, які би стали підґрунтям для розроблення ефективних шляхів і засобів соціально-психологічної і психотерапевтичної допомоги постраждалим з урахуванням їх особливої соціальної, ментальної та психологічної специфіки.

Проведене авторським колективом осмислення і узагальнення власного емпіричного досвіду психологічної допомоги постраждалим унаслідок психотравмівних подій дозволило охарактеризувати стани і симптоматику різних категорій травмованих людей; сформулювати основні завдання психолога та окреслити моделі психологічної допомоги відповідно до особливостей контингенту постраждалих; описати прояви соціокультурної специфіки, які мали місце у процесі роботи. При цьому було виявлено певні тенденції у характері переживання психотравми та її наслідків окремими групами людей у межах однієї і тієї ж категорії постраждалих (зокрема, різними групами вимушено переселених осіб та їхніх дітей). Було виявлено також відмінності в особливостях перебігу адаптаційних розладів та можливостях їх подолання,

характерні для різних груп та осіб. За нашим припущенням, вказані тенденції і відмінності могли бути спричинені різним ступенем стресостійкості людей, умовами, в яких вони перебувають, застосовуваними в ході психологічної допомоги стратегіями і засобами консультування і психотерапії, а також іншими чинниками, в тому числі соціокультурного характеру. Отже, з огляду на наш досвід, важливими є дослідження з визначення сукупності факторів (їх характеристик та взаємозв'язків між ними), які зумовлюють у ситуаціях роботи з травмованими людьми успішність (чи, навпаки, неуспішність) процесів консультативної і психотерапевтичної допомоги та різного роду реабілітаційних програм.

Суттєвими у цьому контексті видаються чинники, які діють при встановленні та підтриманні контакту психолога з постраждалими. Про ключове значення особливостей розвитку стосунків між психологом і клієнтом для ефективності психологічної допомоги у широкому сенсі відомо в теорії і практиці психотерапії. Однак, в ситуаціях надання допомоги постраждалим унаслідок важких стресових подій і психологічного травмування виникнення і розвиток стосунків «психотерапевт-клієнт» має свою специфіку. Дослідження цієї специфіки у вітчизняному просторі, з'ясування характеристик та умов формування допомагаючих, сприятливих для вирішення завдань подолання психотравми, терапевтичних стосунків у роботі з різними категоріями травмованих осіб, стало *метою* дослідження, результати якого викладаються у даній монографії.

Коло *завдань*, визначених науковцями для розв'язання у дослідженні, охоплювало проведення теоретико-методологічного аналізу проблеми стосунків «психотерапевт – клієнт» у контексті психологічної допомоги постраждалим; з'ясування особливостей побудови психотерапевтичних стосунків з такими категоріями постраждалих, як внутрішньо переміщені особи (дорослі і діти), військовослужбовці, що зазнали фізичних ушкоджень, та інші ветерани, які знаходяться на реабілітації, і члени їхніх сімей; виявлення особливостей емоційних станів волонтерів-психологів/психотерапевтів у стосунках з

постраждалими; встановлення особливостей спілкування психолога з населенням через друковані засоби масової інформації у кризових обставинах.

Варто зазначити, що у зв'язку із окресленими завданнями дослідження його теоретична модель та методичний інструментарій розроблялися з урахуванням специфіки експериментального середовища та певної частини досліджуваних, а саме: вимушено переселених осіб; поранених бійців; військовослужбовців, що знаходяться на реабілітації, і членів їхніх сімей. Такі досліджувані часто знаходяться у кризовому стані, контакт фахівця з ними зазвичай короткотривалий, запит та мотивація до взаємодії формується самим психологом, експериментальне дослідження поєднується з психокорекційним процесом, специфіка у встановленні контакту з постраждалими унеможливує застосування класичних схем експериментальної взаємодії. У зв'язку з цим було визначено, що методики дослідження у роботі з вказаним контингентом мають бути лаконічними, досліджуваний має відчувати швидше атмосферу піклування, аніж класичну експериментальну ситуацію; важливий акцент у зборі експериментальних даних ставиться на методі спостереження, протоколи якого чітко плануються у відповідності до основних понять експерименту та їх параметрів і модальностей, які необхідно вирізнити; при обробці матеріалу перевага надається аналізу якісних характеристик встановлених даних.

У *першому розділі* монографії «Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» в контексті психологічної допомоги постраждалим внаслідок травматичних подій» викладаються результати теоретико-методологічного аналізу проблеми стосунків «психотерапевт-клієнт» у ракурсі психологічної допомоги людям, що пережили важкі стресові події. Проаналізовано проблему стосунків «психотерапевт-клієнт» у її висвітленні представниками різних психотерапевтичних напрямів з фокусуванням на виокремлених ними загальних феноменах терапевтичної взаємодії (робочий альянс, реальні стосунки, перенесення, контрперенесення, допомагаючі стосунки) та механізмах їх впливу на успішність встановлення та підтримання терапевтичних стосунків. На ос-

нові аналізу досліджень проблеми стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях психологічної допомоги людям, що пережили психічну травму, визначена специфіка прояву основних феноменів психотерапевтичної взаємодії в ситуаціях надання допомоги постраждалим (травматичне перенесення/контрперенесення, особливості терапевтичного альянсу і контракту) та особливості їх впливу на розвиток стосунків «психотерапевт-клієнт». З'ясовані характеристики та умови формування допомагаючих, сприятливих для вирішення завдань подолання психотравми, терапевтичних стосунків.

У *другому розділі* «Особливості встановлення та розвитку стосунків психотерапевта з внутрішньо переміщеними особами» розглядається значення процесів ідентифікації клієнта з психотерапевтом у психотерапевтичній допомозі внутрішньо переміщеним особам. Показано, що в цілому ідентифікація травмованої особи з психотерапевтом сприяє розвитку допомагаючих стосунків в психотерапії та сприяє адаптації клієнта до нового соціокультурного середовища. Встановлено, що суб'єктивне сприйняття клієнтом психотерапевта як критичного негативно позначається на розвитку допомагаючих стосунків. Негативний вплив на розвиток цих стосунків має також тривога та психологічний опір постраждалого.

У даному розділі розглядаються також особливості формування надійних стосунків з дітьми внутрішньо переміщених осіб. Окреслено специфіку методики дослідницької роботи з дітьми, що постраждали через внутрішнє переміщення, викладено результати дослідження типів прив'язаності, які характерні для дітей, що знаходяться у кризових обставинах. Визначено характеристики проявів дітей з різним типом прив'язаності під час встановлення стосунків з фахівцем, окреслено характеристики образу первинного об'єкту у дітей в залежності від типів прив'язаності, описано почуття перенесення та контрперенесення у стосунках з дітьми з різним типом прив'язаності. Сформульовано умови та стратегію створення безпечних (надійних) стосунків з дітьми у психотерапевтичному просторі.

У третьому розділі «Особливості формування стосунків психотерапевта з військовослужбовцями, ветеранами та їхніми родинами» представлено структурно-психодинамічну модель психотравми, за допомогою якої виявляються та типологізуються стосунки пораненого бійця зі світом загалом та психотерапевтом зокрема. Описано феномен структурно зрілого ставлення психотерапевта як ефективний стосунок, що сприяє зціленню клієнтів, які отримали фізичні ушкодження. Виявлено деякі інші фактори та тенденції процесу зцілення, зокрема, бойові фізичні поранення можуть зменшувати негативні психологічні реакції на стрес у короткій (кілька тижнів) та середній (до 1-го року) перспективі. Ця тенденція суперечить результатам американських (по В'єтнаму) та російських (по Чечні) психологів, однак співпадає з тенденціями, відзначеними у дослідженнях хорватських та українських фахівців.

У даному розділі викладаються також результати дослідження специфіки встановлення «зцілюючих» стосунків психолога/психотерапевта з військовослужбовцями та ветеранами, які знаходяться на реабілітації. Описано феномен «повторного достатньо хорошого батьківства» як терапевтичні стосунки, що допомагають психологу/психотерапевту у роботі з даним контингентом постраждалих; визначено особистісні якості психолога/психотерапевта, які сприяють ефективному спілкуванню у площині кризової психотерапії; охарактеризовано симптоматику та психоемоційні стани травмованих військовослужбовців і ветеранів та динаміку змін у них впродовж реабілітації; окреслено специфічні характеристики стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства», що сприяють ефективній взаємодії психолога з травмованими воїнами і позитивно позначаються на результатах процесу їх реабілітації.

Розділ містить також результати дослідження, присвяченого особливостям формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з дружинами ветеранів. Описано особливості взаємодії і спілкування психолога з дружинами воїнів-ветеранів, які мають вплив на якість психотерапевтич-

ного контакту: характеристики ставлення психолога до жінок, які відзначаються врахуванням їхніх психоемоційних потреб (у прийнятті, розумінні, визнанні); партнерський стиль взаємодії з ними; зміст спілкування, спрямований на психоедукацію та аналіз специфіки процесів в сімейній системі. Викладені практичні рекомендації для дружин ветеранів щодо налагодження гармонійної атмосфери в сім'ї, які пропонуються використовувати психологам на етапі встановлення психотерапевтичного контакту з жінками.

У *четвертому розділі* монографії «Особливості емоційних станів волонтерів – психологів / психотерапевтів у стосунках з постраждалими» представлено результати дослідження особливостей негативних станів психологів / психотерапевтів, які працюють з постраждалими військовослужбовцями, та чинників, що позначаються на інтенсивності цих станів і їх перебігу. Розглядаються основні поняття дослідження – вторинний травматичний стрес, синдром вигорання, алекситимія; аналізуються існуючі концепції даних феноменів. Викладаються та обґрунтовуються результати експериментального дослідження, які стосуються характерних для вітчизняних психологів/психотерапевтів емоційних станів у роботі з травмованими військовослужбовцями та зв'язку наявності і рівня прояву цих станів із особистою травматичною історією фахівця, власним досвідом її опрацювання, отриманням супервізійної підтримки та іншими факторами.

У *п'ятому розділі* монографії «Особливості спілкування психолога з населенням через друковані засоби масової інформації у кризових соціокультурних умовах» розглядаються особливості спілкування психолога з населенням через друковані (текстові) ЗМІ з позицій гуманістичної психології і психотерапії. Встановлено, що діалогічне спілкування (на відміну від маніпулятивного чи суто інформативного) є найбільш прийнятним для постраждалих від травмивних подій, оскільки виявляє потребу людей не лише в інформації, а й у повазі, рівних стосунках, співчутті, людяності тощо. Доведено, що важливою якістю для діалогічного спілкування є автономність особистості читача, медіа-психолога, а також редактора друкованого видання, від якого

до певної міри залежить діалогічність психологічного тексту. Окреслено перспективи спілкування "психолог-населення" через друковані, текстові ЗМІ у сучасних кризових соціокультурних умовах з метою підвищення діалогічної компетентності читачів-громадян України, їх здатності протистояти деструктивним маніпулятивним інформаційним впливам.

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА СТОСУНКІВ «ПСИХОТЕРАПЕВТ-КЛІЄНТ» В КОНТЕКСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ ВНАСЛІДОК ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ.

Важливе значення уваги до особливостей стосунків між терапевтом і клієнтом для досягнення позитивних результатів психотерапії відзначав ще З. Фройд, формулюючи свої ідеї щодо перенесення і рапорту в психоаналітичному процесі [34, 35]. Однак, пройшло достатньо багато часу перш ніж взаємодія і стосунки «психотерапевт-клієнт» зайняли центральне місце в дослідженнях з психотерапії і консультування та почали розглядатися як основний зміст терапевтичного процесу [9]. Наразі увага до природи стосунків «психотерапевт-клієнт», її з'ясування і використання в процесі терапії, побудова нових концепцій психотерапевтичних стосунків — характерні тенденції для досліджень в різних напрямках психотерапії і консультативної психології (Х. Когут, М. Гілл, М. Кан, Дж. Боулбі, І. Ялом, А. Бек, А. Фрімен, О. Д. Пуговкіна, А. Б. Холмогорова та ін.). Проведені дослідження показують, що успішність психотерапевтичного процесу безпосередньо залежить від того, чи виникне контакт між терапевтом і клієнтом та чи сформується робочий альянс; які динамічні процеси супроводжуватимуть взаємини і чи успішно вони будуть опрацьовуватись; чи готовий терапевт емоційно включатися у стосунки і сприяти їх теплоті і гуманності. Важливими є результати досліджень, які показують, що компенсація або виправлення патологічних форм функціонування особистості стає можливою в процесі психологічної допомоги саме за рахунок якості стосунків «психотерапевт-клієнт», коли останній переживає їх як унікальний міжособистісний досвід, як по-справжньому допомагаючі стосунки (К. Роджерс, Р. Грінсон, О. Кернберг, Х. Томе, Х. Кехеле, М. Кан, Л. Люборські, Д. Герман та ін.). Разом з тим варто зазначити, що механізми

формування таких стосунків, їх якісні характеристики та зцілюючі фактори вивчені далеко не повною мірою. Лишаються недостатньо вивченими також чинники, зокрема соціокультурного характеру, які впливають на процес становлення психотерапевтичних стосунків та їх динаміку за ходом психотерапії. Останнє особливо стосується чинників, які діють при встановленні і розвитку терапевтичних стосунків з постраждалими внаслідок травмівних подій.

У даному розділі буде проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми стосунків «психотерапевт-клієнт» з метою виявлення специфіки розвитку цих стосунків у ситуаціях надання допомоги постраждалим та з'ясування характеристик і умов формування допомагаючих терапевтичних стосунків у процесі подолання психотравми.

1.1. Психотерапевтичні стосунки: їх основні аспекти та значення для ефективності психологічної допомоги

Розглянемо проблему стосунків «психотерапевт-клієнт» у її висвітленні представниками різних психотерапевтичних напрямів, фокусуючись переважно на виокремлених ними загальних феноменах терапевтичної взаємодії та механізмах їх впливу на прогрес у психотерапії.

У психоаналітичній парадигмі традиційно стосункам між аналітиком і пацієнтом приділяється значна увага, оскільки ще з часів З. Фрейда було помічено, що ці стосунки відіграють суттєву роль у процесі психоаналізу та його результатах, є різноплановими, складними і глибокими, а їх динаміка за ходом аналізу поступово сама стає важливим джерелом його змістовної сторони [5, 9, 34, 35]. Психоаналітики переважно виокремлюють дві основні складові психотерапевтичних стосунків: 1) *терапевтичний (робочий) альянс*, який характеризується раціональним об'єднанням зусиль аналітика і пацієнта у спільній цілеспрямованій роботі в терапевтичному процесі; 2) *перенесення (трансфер)* — стосунки, що визначаються позасвідомим перенесенням на аналітика емоцій і почуттів пацієнта, пов'язаних з його минулими стосунка-

ми із значимими фігурами дитинства (матір, батько, близькі родичі) [6, 8, 20, 28]. Варто зазначити, що в деяких дослідженнях виокремлюється ще одна складова терапевтичних стосунків — *реальні стосунки* між аналітиком і пацієнтом, що характеризуються реалістичністю і справжністю з обох сторін. Ці стосунки, на думку авторів, відіграють свою специфічну і важливу роль в процесі терапії — допомагають орієнтації і терапевта, і пацієнта стосовно здатності працювати разом, сприяють встановленню і підтриманню робочого альянсу, досягненню терапевтичних цілей тощо [6, 9].

Детально характеризуючи робочий альянс, Р. Грінсон визначає його як відносно вільний від невротичності, раціональний зв'язок аналітика з пацієнтом, розвиток якого говорить про здатність останнього «цілеспрямовано працювати в терапевтичній ситуації» [6, с. 211]. Альянс формується між свідомим Его пацієнта і аналізуючим Его аналітика, а важливою умовою цього процесу є часткова ідентифікація пацієнта з підходом і методами роботи аналітика, які пацієнт поступово починає застосовувати, аналізуючи свою поведінку впродовж терапевтичних сесій. Робочий альянс, таким чином, є необхідним елементом і умовою аналітичної терапії, за його відсутності аналіз або не відбувається, або руйнується через неможливість раціонально опрацьовувати реакції перенесення [6]. Схожу позицію у цьому питанні висловлює сучасний психоаналітик Л. Люборські, на думку якого «встановлення добрих робочих стосунків має першочергове значення як на початку лікування, так впродовж всього його перебігу» [15, с.83]. Дослідник вводить термін «допомагаючий альянс», визначаючи його як такі стосунки між терапевтом і пацієнтом, які допомагають останньому знаходитись у інколи важкому для нього процесі психоаналітичної терапії (низька здатність витримувати тривогу, труднощі з рефлексією, схильність до регресії тощо) і досягати терапевтичних цілей. Отже, у запропонованому терміні відображається допомагаючий, підтримуючий пацієнта аспект терапевтичних стосунків на шляху досягнення цілей терапії, хоча, як зазначає сам автор, даний термін є близьким за

значенням і стосується того ж самого феномену, що і терапевтичний (робочий) альянс [15, с.93].

У перенесенні, як вже зазначалось, пацієнт виявляє щодо терапевта почуття, які не пов'язані безпосередньо з ним самим, а є актуалізацією почуттів стосовно значимих фігур дитинства. Феномен перенесення розглядається в психоаналізі як важливий терапевтичний фактор, оскільки завдяки йому у просторі психотерапії «оживають» витіснені бажання, фантазії та конфлікти, які стають доступними для усвідомлення, переживаються у стосунках з аналітиком, пропрацьовуються і зникають як ґрунт для подальшого існування симптому. У залежності від актуалізованих у перенесенні емоцій розрізняють *позитивне* перенесення, сповнене інтересу до аналітика, симпатії, любові (еротизоване перенесення), та *негативне*, в якому переважають агресивно-деструктивні афекти.

Що стосується аналітика, то якого би характеру не набувало перенесення, він повинен бути здатним витримувати емоції пацієнта, не руйнуватися, не повертати у формі, до якої звик пацієнт у стосунках з іншими, спроектовані на нього «добрі» чи «погані» почуття, виявляючи уважне, рівне ставлення до пацієнта і разом з тим стриманість, нейтральність (принцип абстиненції). Така позиція аналітика, як це трактується в класичному психоаналізі, сприяє, по-перше, виявленню внутрішніх конфліктів пацієнта через притаманні йому способи вираження; по-друге, повнішому розвитку явища перенесення; по-третє, створенню в аналізі атмосфери «оптимальної фрустрації», яка викликає енергетичний імпульс у пацієнта, пробуджуючи витіснені конфлікти і змушуючи їх виявлятися [9].

Слід зазначити, що в сучасних концепціях психоаналізу принцип абстиненції піддається достатньо жорсткій критиці. Роботи Х. Когути, М. Гілла, М. Кана [9, 12, 13, 27] переконливо довели, що дистантність, холодність, підкреслена безвідносність аналітика майже завжди завдають болю пацієнтам, переживаються ними як відторгнення, ворожість. Крім того, в межах досліджень ефективності психотерапії було показано, що серед загальних факто-

рів успішності терапії, які властиві будь-якій психотерапевтичній школі, в тому числі і психоаналітичного спрямування, чільне місце займають такі особливості терапевтичної взаємодії, як підтримка, емоційна включеність психотерапевта, вияв ним душевного тепла. У зв'язку з цим у межах психоаналітичної парадигми сьогодні пропонуються підходи, які поєднують у собі переваги емпатійності і теплоти у стосунках з пацієнтом та позитивні якості активної роботи із самими стосунками [9, 14, 15].

Окрім перенесення, в психоаналізі виокремлюють ще один феномен, пов'язаний із терапевтичними стосунками, — *контрперенесення* (*контртрансфер*), який є симетричним перенесенню явищем, однак стосується вже психотерапевта. За З. Фройдом, контрперенесення (позасвідомі емоції і почуття, які викликає у аналітика пацієнт) є перешкодою в аналізі, оскільки відволікає увагу терапевта від проблем пацієнта, а значить, шкодить психотерапії. Пізніше ці погляди З. Фрейда були переглянуті його послідовниками під впливом фактів, які показали, що контрперенесення може відігравати і позитивну роль в аналізі, дозволяючи зрозуміти такі нюанси в проблемах пацієнта і його поведінці, про які неможливо дізнатись ніяким іншим шляхом. Наразі контрперенесення активно досліджується в психодинамічній парадигмі: доопрацьовано його визначення, за яким даний феномен включає в себе всі почуття і ставлення до пацієнта, які виникають у психотерапевта в контексті аналітичних стосунків; побудована класифікація типів контртрансферних реакцій за джерелами їх виникнення; детально розглянуто прояви контрперенесення, коли воно перешкоджає аналітичному процесу, і, навпаки, є корисним для нього [9, 26, 38].

Розглянуті вище феномени, пов'язані із психотерапевтичними стосунками, вперше були виявлені і описані у межах психоаналітичної теорії і практики. Пізніше вони були сприйняті і в інших психотерапевтичних парадигмах і на сьогодні фактично є універсальними, хоча варто зауважити, що значення деяких феноменів в неаналітичних терапевтичних школах трактується

дещо звужено, зокрема, терапевтичним альянсом часто називають контракт (угоду) між терапевтом і клієнтом стосовно мети, умов та правил роботи [8].

У формування знання про психотерапевтичні стосунки, їх роль у терапії, характеристики, які надають їм особливого, «цілющого» значення, вагомий внесок здійснили і представники інших напрямів психотерапії, зокрема екзистенційного і гуманістичного. У цих напрямках психотерапії, що розвинулись як альтернатива психоаналітичному підходу з його позицією дистанційного «нейтралітету» психотерапевта у стосунках з пацієнтом, під впливом екзистенційної філософії і психології (М. Бубер, Л. Бінсвангер, Р. Мей, А. Маслоу, Дж. Б'юдженталь, В. Франкл та інші) почали формуватись нові моделі психотерапевтичних стосунків, в основу яких покладались принципи діалогізму, рівноправності, розуміння і прийняття екзистенції пацієнта, особистісної присутності психотерапевта в стосунках, поваги і піклування стосовно пацієнта тощо [2, 8, 24, 28, 33, 37].

Радикально підійшов до проблеми психотерапевтичних стосунків представник гуманістичної парадигми К. Роджерс, переосмисливши роль цих стосунків в психотерапії, позиції в ній пацієнта і терапевта та встановивши механізми, які надають психотерапевтичній взаємодії розвивального значення і забезпечують особистісні зміни.

К. Роджерс вважав, що людина, яка звертається по допомогу, має внутрішні ресурси та природну мотивацію до змін і зростання, однак вони тимчасово заблоковані; контакт з психотерапевтом, в якому знаходять задоволення потреби людини в повазі і любові, може актуалізувати її мотивацію до змін, сприяти реалізації особистісного потенціалу. Більш визначено про цей процес сказав сам К. Роджерс: «...якщо я можу створити певний тип стосунків з іншою людиною, вона виявить у себе здатність використовувати ці стосунки для свого розвитку, що викличе зміну і розвиток її особистості» [25, с.75]. Таким чином, К. Роджерс акцентував терапевтичний потенціал стосунків, доводячи, що особистісні зміни в терапії відбуваються саме через досвід у стосунках. Крім того, дослідник підкреслював суб'єктну позицію пацієнта, його

активність і самостійність на шляху зцілення, переглянувши тим самим його роль в терапії і увівши для її означення новий термін — «клієнт» (замість терміну «пацієнт», що вказує на об'єктність, інертність). Що стосується психотерапевта, то найголовнішим в його ролі, за К. Роджерсом, є піклування і відповідальність за якість терапевтичних стосунків, тобто за набуття ними характеру *допомагаючих*. Умовами і разом з тим механізмами, що забезпечують досягнення такого характеру стосунків, є здатність терапевта бути конгруентним і справжнім у стосунках, тонко відчувати і розуміти переживання клієнта (бути емпатійним), виявляти стосовно нього безумовне позитивне ставлення і прийняття [25]. Означені елементи професійної поведінки психотерапевта К. Роджерс вважав необхідними для побудови успішних терапевтичних стосунків, тобто таких, які здатні сприяти змінам і особистісному розвитку людини — кращому розумінню себе, більш адекватній самооцінці, набуттю впевненості та умінь володіти собою, зростанню цілісності, дієвості, здатності бути самою собою.

Суттєвим внеском у розуміння суті психотерапевтичних стосунків, які «зцілюють», уявляються погляди представника екзистенційної психотерапії І. Ялома. На думку дослідника, беззаперечним є факт, доведений великою кількістю високоякісних досліджень, стосовно критичної ролі позитивних стосунків між терапевтом і пацієнтом в успішних результатах терапії. «Ефективний терапевт реагує на своїх пацієнтів у щирій спосіб; він встановлює стосунки, які пацієнт відчуває як безпечні і приймаючі; він виявляє позбавлену власницького нальоту теплоту і високий ступінь емпатії; нарешті, він здатен “бути з” пацієнтом і “схоплювати сенс” пацієнта» [39, с.452-453]. Цілющість терапевтичних стосунків І. Ялом вбачає не стільки в тому, що вони прояснюють і покращують інші минулі і теперішні стосунки пацієнта, а насамперед в тому, що вони є *реальними* стосунками пацієнта з терапевтом — людиною, яку він особливо поважає, яка його *дійсно* знає і яка *дійсно* піклується про нього — дбає про його зростання і розкриття життєвого потенціалу. «Замість того, щоб залишатися у рамках феномену “ніби” — який, якщо його

належним чином проаналізувати, призведе до покращення *інших* стосунків — терапевт допомагає пацієнту зцілитися, розвиваючи з ним справжні стосунки» [39, с.457].

Здійснені в екзистенційно-гуманістичних підходах дослідження стосовно значення психотерапевтичних стосунків, рольових позицій клієнта і терапевта, характеристик їх взаємодії, необхідних для прогресу у терапії, суттєво вплинули на погляди представників інших терапевтичних напрямів і шкіл. Про зміни в сучасних концепціях психодинамічної парадигми, які стосуються різних аспектів психотерапевтичних стосунків, йшлося вище. Тут зазначимо, що зміни торкнулися і тих шкіл і напрямів, які пов'язані з поведінковими і когнітивними підходами. Якщо раніше в цих підходах партнерство і співробітництво між терапевтом і пацієнтом розглядалося лише як умова досягнення змін у стані пацієнта, то в сучасних школах когнітивно-поведінкової парадигми терапевтичні стосунки розглядаються у якості основного механізму змін особистості. Відповідно інакше будується процес терапії, зокрема епізоди встановлення і підтримання терапевтичного альянсу [24].

1.2. Специфіка психотерапевтичних стосунків у ситуаціях надання психологічної допомоги клієнтам, що пережили психічну травму.

Аналіз наукової літератури, присвяченої переживанню людиною екстремальних подій, проблемі психотравми та її наслідків, профілактики і психотерапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР), показує, що на сьогодні не існує єдиної теорії, яка би вичерпно пояснювала етіологію та механізми виникнення і розвитку ПТСР і, відповідно, визначала би стратегії і перспективи його лікування [7, 11, 16, 21-23, 29, 30, 36]. В результаті багаторічних досліджень феномену ПТСР розроблено низку його психологічних моделей - психодинамічних, когнітивних, психосоціальних, в яких під різними кутами зору розглядається природа травми та її наслідки, аналізуються фактори, що

зумовлюють успішне подолання ПТСР-синдрому, пропонуються відповідні стратегії допомоги постраждалим [17, 18, 30, 32].

Однією із поширених стратегій допомоги людям із проявами ПТСР є підхід Everstine D. і Everstine L., який передбачає такі етапи у лікуванні травми: 1) стабілізація психологічного стану; 2) повторне переживання травматичних подій та емоцій; 3) осмислення пережитого та підведення "філософської бази", яка дозволяє інтегрувати травматичний досвід [19].

Отже, у даному підході зафіксовано декілька фундаментальних принципів психотерапії клієнтів, що страждають від посттравматичного стресового розладу: зниження їх тривоги; відновлення особистісної цілісності шляхом інтеграції травматичного досвіду; отримання в підсумку контролю над своїми емоційними переживаннями і навколишнім світом.

Що стосується безпосередньо предмету нашого розгляду в даному параграфі - стосунків "психотерапевт - клієнт" у ситуаціях надання допомоги постраждалим, то, як зазначає Дж. Герман, автор однієї з найбільш розроблених концепцій психотравми та її подолання, психологічне видужання постраждалої людини «можливе лише в контексті стосунків, воно не може відбутись в ізоляції» [4, с. 227], оскільки його основою є здобуття особою втраченої влади над своїм життям та подолання відгородженості від інших, тобто відновлення і побудова нових зв'язків. Психотерапевтичні стосунки є одними з таких сприятливих видужанню зв'язків, і до психотерапії, як показують дослідження зарубіжних фахівців, звертається більшість з тих людей, що пережили важкий стрес і мають прояви посттравматичного стресового розладу [4, 7, 17, 23].

В науковій літературі відзначається, що психотерапевтичні стосунки травмованої особи з терапевтом є надзвичайно складними, "оскільки міжособистісні компоненти травматичного досвіду - недовіра, зрада, залежність, любов, ненависть - мають тенденцію виявлятися під час побудови взаємодії з психотерапевтом. Робота с травмами породжує і інтенсивні емоційні реакції

у психотерапевта, отже, висуває високі вимоги до його професіоналізму" [30, с.100].

Розглянемо детально специфіку психотерапевтичних стосунків з постраждалими, взявши за основу дослідження у цій сфері Дж. Герман, в яких поєднуються психодинамічний і гуманістичний підходи і які дозволяють виділити особливості, що їх набувають основні феномени психотерапевтичної взаємодії, про які йшлося у попередньому параграфі, у ситуаціях роботи з психотравмою.

Перенесення та контрперенесення у терапевтичних стосунках. Дж. Герман відзначає декілька специфічних особливостей реакцій *перенесення* травмованих пацієнтів у стосунках з психотерапевтом. По-перше, у перенесенні відображується тяжкий досвід пацієнта і стосунки у ньому, в зв'язку з чим складається враження, що у зустрічі, окрім терапевта і пацієнта бере участь ще одна особа — зловмисник, який має силу і владу. Тому реакції перенесення часто мають надзвичайно інтенсивний характер з виявленням агресії та намаганням тримати терапевта під контролем.

По-друге, травматичне перенесення відображує також переживання безпорадності і залишеності пацієнта у момент травми та пов'язану з цими почуттями потребу у рятівникові. Ця роль часто делегується терапевту, який внаслідок ідеалізації уявляється досконалим, всемогутнім, таким, що може напевно захистити від повторних травмувань. У випадку проявів невідповідності терапевта цим фантазіям і очікуванням, пацієнта охоплює сильний розпач і гнів, бажання помститися, довести терапевта до стану жаху і безпорадності, які пацієнт сам пережив під час травми.

По-третє, травматичний досвід серйозно уразив здатність пацієнта довіряти іншим, в зв'язку з чим в терапевтичних стосунках він також не довіряє, сумнівається, підозрює: чи може і хоче терапевт йому допомогти, чи може він витримати справжню історію травми, чи здатен його вислухати, зрозуміти і адекватно відреагувати. Разом з тим, якщо терапевт демонструє готовність вислухати, пацієнт може сумніватися у його мотивах, очікувати,

що він, як і зловмисник, має недобрі наміри — експлуатувати, зловтішатися, «підглядати» тощо. Тим самим пацієнт ніби заохочує терапевта до повторення поведінки агресора. Такий характер комунікації (часто несвідомої і невербальної), описаний у психодинамічній психотерапії як захисний механізм «проективної ідентифікації», може викликати у терапевта реакцію, яка відтворює вороже ставлення зловмисника.

Що стосується *травматичного контрперенесення*, тобто спектру «емоційних реакцій терапевта на постраждалого та на саму травматичну подію» [4, с. 240], то серед них вирізняють, по-перше, явище «непрямої травматизації», коли терапевт під впливом вислуханої історії пацієнта переживає негативні емоції, подібні до тих, що відчував сам потерпілий під час травмування; по-друге, можливість проявів у терапевта симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), пов'язаних із повторним переживанням у ході допомоги постраждалому власного травматичного досвіду, що мав місце в минулому; по-третє, емоційні реакції терапевта на саму травматичну подію, що як зловмисник присутня тінню у стосунках між терапевтом і пацієнтом і виводить почуття контрперенесення за межі діадної взаємодії, надаючи їм особливої інтенсивності.

У спектрі контртрансферних реакцій терапевта відзначають також:

а) переживання, пов'язані із порушеннями стосунків зі світом, подібні до переживань пацієнта, — зростання недовірливості, песимістичності, цинічності;

б) почуття безпорадності як наслідок емпатійного контакту з постраждалим, що може викликати, з одного боку, знецінення своєї роботи, переживання некомпетентності, розчарування, з іншого — як захист від цих почуттів — прийняття на себе ролі всемогутнього рятувальника пацієнта, порушуючи при цьому рамки терапії і закріплюючи цією позицією травматичне перенесення і безпорадність пацієнта;

в) емоційна ідентифікація з такими переживаннями постраждалого, як лють, гнів стосовно агресора та інших людей, які не захистили під час трав-

мування або не розуміють зараз. Внаслідок такої ідентифікації, усвідомлюючи силу і глибину агресивних почуттів пацієнта, терапевт може відчути острах стосовно нього і упереджувати вияв його почуттів власним гнівом або бути занадто терпимим до проявів його агресії;

г) ідентифікація з переживанням пацієнтом глибокого горя, коли терапевт через контакт з постраждалим починає відчувати таку тугу і відчай, ніби сам перебуває у жалобі. Піддавшись таким почуттям, терапевт унеможливає для себе виконання функцій супроводу та підтримання терапевтичного альянсу;

д) ідентифікація з почуттями зловмисника, яка може проявлятися в таких формах: скепсис щодо історії пацієнта; засудження його дій, які не відповідають позиції «хорошого» постраждалого; зневага до безпорадності пацієнта, страх перед його люттям, відраза, бажання його позбутися. Через такі реакції терапевт дізнається про особливості своєї здатності до зла, а отже, про симптоми власної проблеми, увага до якої особливо необхідна при допомозі травмованим людям;

є) емоційні реакції, пов'язані із переживанням ролі неушкодженого спостерігача, зокрема універсальна реакція «провина свідка», коли терапевт відчуває вину просто за те, що його оминули страждання, яких зазнав пацієнт. Це почуття може, по-перше, примушувати терапевта нехтувати своїми потребами та інтересами, по-друге, спонукати його до особливого завзяття і відповідальності у роботі з травмованою людиною, надмірною опіки стосовно неї, що позбавляє пацієнта необхідності прикладати власні зусилля для відновлення своїх життєвих функцій.

Описані вище складні і специфічні реакції перенесення/контрперенесення, характерні для психотерапії постраждалих внаслідок травмивних подій, заважають розвитку робочих стосунків між терапевтом і клієнтом, сприятливих для вирішення завдань подолання психотравми. У зв'язку з цим висувуються особливі вимоги для побудови і підтримання терапевтичного альянсу в такій терапії.

Терапевтичний (робочий) альянс. Раціональні стосунки між терапевтом і пацієнтом у психотерапії постраждалих ґрунтуються на їх основній меті — сприянні відновленню пошкоджених травмою фундаментальних психологічних функцій людини, пов'язаних із забезпеченням контролю над собою і своїм життям та взаємин з іншими. Для досягнення цієї мети альянс має стати «стосунками екзистенційної співучасті, в яких обидва партнери присвячують себе завданню відновлення» [4, с. 251].

Відзначається ще декілька особливостей (принципів), які надають раціональним стосункам між терапевтом і травмованою людиною унікального характеру. Одна з них стосується використання влади терапевтом: маючи вищий статус у стосунках, він зобов'язується не зловживати владою, поважати автономію пацієнта, не намагатись керувати його життєвими рішеннями, не форсувати процес відновлення заради уникнення повторних переживань втрати контролю, що пов'язані у пацієнта з психотравмою.

Іншою особливістю є виявлення терапевтом стосовно пацієнта прихильної моральної позиції, яка передбачає солідарність у розумінні «фундаментальної несправедливості травматичного досвіду» [4, с. 230-231], який довелося пережити людині, а також зобов'язання говорити їй правду і сприяти правдивій розповіді і розкриттю з її сторони.

Важливою особливістю раціональних терапевтичних стосунків є також поєднання у ролі терапевта освітницького, інформаційного компоненту (надання знань про психотравму, її перебіг, розкриття значення симптомів тощо) та емпатійного, який у даному випадку означає розуміння стану пацієнта, його переживань та виявлення щодо нього захисної, піклувальної позиції. Такий подвійний, інтелектуальний та емоційний, зв'язок із травмованою людиною, який нагадує стосунок «достатньо доброї матері» із маленькою дитиною [3], покликаний сприяти відновленню у пацієнта довіри до світу, що похитнулась в результаті травми, та здатності вступати в довірливі стосунки.

Терапевтичний альянс вибудовується зусиллями як психотерапевта, так і пацієнта; як партнери вони укладають між собою ділову угоду (терапевтич-

ний контракт) про співпрацю. Угода передбачає насамперед виконання терапевтом і пацієнтом низки завдань, які «доповнюють одні одних: терапевт вкладає свої знання і навички, а пацієнт платить за лікування; терапевт обіцяє конфіденційність, тоді як пацієнт погоджується на саморозкриття; терапевт обіцяє вислухати і свідчити, тим часом як пацієнт обіцяє розповісти правду» [4, с. 252].

Терапевтичний контракт передбачає також дотримання низки рамкових умов терапевтичних стосунків, які забезпечують оптимальний режим для виконання завдань відновлення — є корисними та захисними і для терапевта, і для пацієнта, враховують законні потреби обох сторін. Такими рамковими умовами є: виключення будь-яких інших соціальних стосунків, крім терапевтичних; точне визначення часу, тривалості і частоти зустрічей; певні чіткі правила екстреного зв'язку поза сеансами. Встановлені рамки допускають деякий ступінь гнучкості і розвитку впродовж терапії, однак значення всіх змін і відхилень має бути зрозумілим і конструктивним в контексті терапевтичного процесу.

Домовленості про основні завдання, які мають виконуватися терапевтом і пацієнтом, а також про рамки, які є розумними і справедливими для обох сторін, становлять важливу частину побудови терапевтичного альянсу у випадку роботи з постраждалими. Процес їх обговорення та прийняття сам собою сприяє розвитку розуміння і довіри у терапевтичних стосунках: пацієнт поступово усвідомлює, що висунуті завдання, правила та рамки підвищуватимуть його активність і спроможність у стосунках, відновлюватимуть його здатність до самоконтролю та налагодженню зв'язків з іншими; терапевт — отримує умови, які допомагають брати участь у процесі відновлення травмованої людини і витримувати емоційно складні стосунки з нею. При цьому, оскільки емоційне навантаження терапевта в процесі надання психотерапевтичної допомоги постраждалим є значним, а інколи надмірним, ця робота повинна передбачати також надійну систему професійної підтримки фахівця (групи підтримки на робочому місці, супервізії, балінтовські групи тощо).

Підсумовуючи розгляд особливостей психотерапевтичних стосунків у ситуаціях допомоги постраждалим, зазначимо, що основні феномени цих стосунків у роботі з психотравмою набувають *значної специфіки*, яка проявляється, по-перше, спектром особливих реакцій перенесення і контрперенесення, які емоційно навантажують стосунки між терапевтом і клієнтом, надаючи їм складного, важкого характеру і заважаючи тим самим розвитку добрих робочих стосунків. По-друге, у зв'язку з цим терапевтичний альянс в психотерапії травмованих осіб теж відзначається специфічними ознаками. Основна ідея його побудови полягає у набутті ним рис «екзистенційної співучасті» і партнерства між терапевтом і клієнтом у вирішенні завдань реабілітації. Це передбачає з боку терапевта повагу до автономії клієнта, мінімізацію владної позиції і функції керівництва його життєвими рішеннями, увагу і терпимість стосовно можливостей і темпу клієнта у просуванні на шляху відновлення, виявлення позиції моральної солідарності стосовно «фундаментальної несправедливості травматичного досвіду» клієнта, поєднання у ставленні до нього просвітницького (щодо травми та її перебігу) та емпатійного (у сенсі сповненого розуміння, піклувального) компонентів. З точки зору техніки, такі особливості у ставленні і поведінці терапевта вимагають від нього значних умінь і навичок у контейнуванні переживань клієнта та наданні структуруючого зворотнього зв'язку у відповідь на страхи, недовіру та суперечливості, що ним висловлюються. Що стосується клієнта, то з його боку очікується готовність до активної суб'єктної позиції у взаємодії, правдивих розповідей, саморозкриття. Партнерські стосунки між терапевтом і клієнтом передбачають також виконання певних рамкових умов організації роботи, які враховують законні потреби обох сторін, а саме: виключення будь-яких інших стосунків, крім терапевтичних, точне дотримання сетингу (часу, тривалості і частоти зустрічей, чітких правил екстреного зв'язку поза сеансами). Окрім викладених вище вимог для встановлення і підтримання терапевтичного альянсу в психотерапії постраждалих, зауважимо, що суттєву роль в його побудові відіграють реальні людські стосунки між терапевтом і клієнтом

(їх щирість, відкритість, конгруентність), що особливо важливо на початку роботи та на її завершальному етапі.

У сукупності викладених вище рис такий характер стосунків між терапевтом і постраждалою особою можна назвати *допомогаючим, сприятливим для вирішення завдань подолання психотравми*.

Таким чином, в результаті теоретико-методологічного аналізу проблеми стосунків «психотерапевт-клієнт» у контексті психологічної допомоги людям, що пережили важкі травмівні події, визначена специфіка прояву основних феноменів психотерапевтичної взаємодії в ситуаціях надання допомоги постраждалим та механізми їх впливу на розвиток стосунків «психотерапевт-клієнт». Зокрема, на теоретичному рівні з'ясовані характеристики та умови формування допомагаючих терапевтичних стосунків у процесі подолання психотравми. У подальших розділах монографії викладаються результати експериментальних досліджень з визначення якісних характеристик стосунків "психотерапевт-клієнт", що властиві процесу надання допомоги травмованим особам у вітчизняному просторі, і з'ясуванні умов формування продуктивних моделей цих стосунків з урахуванням вікової та соціокультурної специфіки постраждалих.

Список використаних джерел

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Джон Боулби — М.: Академический проект, 2004. — 232с.
2. Бубер М. Я и ты / Мартин Бубер — М. 1993. — 82 с.
3. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери; / Дональд Винникотт — М. : Независимая фирма «Класс», 2007. — 80 с.
4. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання /Д. Герман — Львів: Видавництво Старого Лева. — 2015. — 416 с.
5. Грин А. и др. Терапевтические отношения в психоанализе / А. Грин — М.: Когито-Центр, 2007. — 236 с.

6. Гринсон Р. Р. Техника и практика психоанализа /Р.Р. Гринсон – М.: Когито-Центр, 2003. — 478 с.
7. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р. В. Кадыров. — СПб. : Речь, 2012. — 448 с.
8. Калина Н. Ф. Психотерапия : Учебник для вузов/ Н.Ф. Калина — М.: Академический проект, 2016. — 302 с.
9. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения / М. Кан – СПб.: БСК, 1997. — 143 с.
10. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Отто Кернберг. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. — 464 с.
11. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок стресових, травмівних подій: досвід, узагальнення, висновки / Зоя Кісарчук//Актуальні проблеми психології Т. III : Консультаційна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. — Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; — К.: Логос, 2015. — Вип. 11. Консультаційна психологія і психотерапія. — Вип. 11. — 218 с. — С. 8-34.
12. Кохут Х. Анализ самости: Систематический подход к лечению нарциссических нарушений личности / Ханс Кохут — М.: "КогитоЦентр", 2003. -368 с.
13. Кохут Х. Восстановление самости / Ханс Кохут — М.: «КогитоЦентр», 2002. — 316 с.
14. Лейнер Х. Кататимное переживание образов / Ханскарл Лейнер – М. : Эйдос, 1997. — 286 с.
15. Люборски Л. Принципы психоаналитической психотерапии: Руководство по поддерживающему экспрессивному лечению. / Лестер Люборски – М.: "Когито-Центр", 2003. — 256 с.

16. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. — М. : Изд-во Эксмо, 2005. — 960 с.
17. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / Мартіна Мюллер. — Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. — 120 с.
18. Омельченко Я. М. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації / Яніна Омельченко // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ «Видавництво «Логос»., 2015. — с. 15-26;
19. Плескач Б. В. Особливості психотерапевтичних стосунків з вимушено переселеними особами. / Б.В. Плескач, В.С. Уркаєв // Актуальні проблеми психології Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. — Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; — К. : Логос, 2015. — Вип. 11. Консультативна психологія і психотерапія. — Вип. 11. — 218 с. — С.74-95
20. Психоанализ: новейшая энциклопедия / Сост. и общ. ред.: В.И. Овчаренко, А.А. Грицанов. - Мн.: Книжный Дом, 2010.- 1120 с.
21. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : Логос. — 232с.
22. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. — К. : Міленіум, 2015. — С. 150.
23. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г.

- П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. — 207 с.
24. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Терапевтический альянс в психотерапии / О.Д. Пуговкина, А.Б. Холмогорова// Современная терапия психических расстройств, 2011, №3 — С. 14-22.
25. Роджерс, К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека / Карл Р. Роджерс. — М.: Прогресс-Универс, 1994. — 480 с.
26. Романов И. Ю. На стыке психоаналитических традиций /И.Ю. Романов// Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований (1949–1999 гг.) / Сост., науч. ред. и предисловие И. Ю. Романова. — М. : Академический Проект, 2005. — 576 с., — С.20-68.
27. Сандлер Д., Дэр К., Холдер А. Пациент и психоаналитик : Основы психоаналитического процесса/ Д. Сандлер, К. Дэр, А. Холдер. — М.: Когито-Центр, 2007. —254 с.
28. Соколова Е. Т. Психотерапия : теория и практика : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. Т. Соколова. — 3-е изд., стер. — М. : Издательский центр «Академия», 2008. — 368 с.
29. Стотленд Э. Стресс (Stress)/ Э. Стотленд//Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под.ред. Р. Карсини, А. Аууренбаха. — СПб. : Питер, 2006. — С. 869-870.
30. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. — М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. — 208 с.
31. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т. 1. Теория / Хельмут Томэ, Хорст Кэхеле. — М.: Издательская группа «Прогресс». — "Литера", 1996. — 576 с.
32. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. — Вінниця : Віндрук, 2014. — 100 с. : табл.
33. Франкл В. Доктор и душа / Виктор Франкл. — СПб: "Ювента", 1997. - 288 с.

34. Фрейд З. К вопросу о динамике переноса. / Зигмунд Фрейд и др. // Основные принципы психоанализа. – М. : Рефл-Бук; К. : «Ваклер» 1998. — 288с.
35. Фрейд З. Советы врачу при психоаналитическом лечении / Зигмунд Фрейд и др. // Основные принципы психоанализа. – М. : Рефл-Бук; К. : «Ваклер» 1998. — 288с.
36. Фридман М. Дж. Посттравматическое стрессовое расстройство/ М. Дж. Фридман // Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под. ред. Р. Карсини, А. Ауренбаха. — СПб. : Питер, 2006. — С.869-870.
37. Экзистенциальная психология. Экзистенция / под. ред. Ролло Мэя, Эрнста Энджела, Генри Элленбергера. – М.: Изд-во "ЭКСМО-Пресс", 2001. — 624 с.
38. Эра контрпереноса: Антология психоаналитических исследований (1949–1999 гг.) / Сост., науч. ред. и предисловие И. Ю. Романова. – М.: Академический Проект, 2005. — 576 с.
39. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / Ирвин Ялом. — М.: Независимая фирма «Класс», 2005. — 576 с.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ВСТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ СТОСУНКІВ ПСИХОТЕРАПЕВТА З ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМИ ОСОБАМИ

2.1. Розвиток допомагаючих стосунків у психотерапії внутрішньо переміщених осіб та процеси ідентифікації

У значній кількості психотерапевтичних досліджень доведений прямий взаємозв'язок між стосунками в психотерапії та її результатами [5; 6; 16; 17]. При цьому в деяких з них підкреслюється, що позитивний вплив на результати психотерапії мають такі стосунки, які самими клієнтами сприймаються як позитивні, допомагаючі, тоді як якість психотерапевтичних стосунків, оцінена зі сторони експертів, не завжди корелює з результатами психотерапії [17].

Як було показано у першому розділі монографії, в науковій літературі проблема психотерапевтичних стосунків представлена з різних методологічних позицій. Для власного дослідження у якості теоретико-методологічної основи нами була обрана трьохвимірна модель психотерапевтичних стосунків, запропонована G. Gelso на основі психоаналітичної теорії Р. Грінсона [3; 15].

G. Gelso вважає, що будь-які психотерапевтичні стосунки вміщують в різних пропорціях наступні складові: *реальні стосунки*, *робочий альянс* та *перенесення / контр-перенесення* [15, с. 117]. Ми поділяємо визначення цих феноменів терапевтичних стосунків, здійснене в 1.1., у даному ж тексті для нас важливо розглянути роль процесів ідентифікації у складових терапевтичних стосунків, які, за Р. Грінсоном присутні у кожному з них [3, с. 238].

Так, вчений вважає, що в основі *робочого альянсу* лежить механізм часткової ідентифікації клієнта з аналітичним підходом аналітика, коли він намагається зрозуміти поведінку клієнта [3, с. 212]. Для створення робочого альянсу необхідно, щоб клієнт був зацікавлений в роботі, яку він буде виконувати разом з психотерапевтом, що забезпечується завдяки ідентифікації

клієнта з психотерапевтом. Для того, щоб клієнт міг ідентифікуватись з психотерапевтом, останній має репрезентувати себе як добрий об'єкт та допоміжне Ego [3, с. 214]. В цілому, вважається, що в робочому альянсі клієнт ідентифікує себе з психоаналітиком в його здатності спостерігати та інтерпретувати реальність [3, с. 231 – 232, 263].

Згідно Р. Грінсону, для реальних стосунків також необхідна ідентифікація. Під реальними стосунками вчений розуміє такі міжособистісні стосунки та інтерперсональну перцепцію між клієнтом та психотерапевтом, які не викривлені реакціями перенесення / контрперенесення і не зумовлені ситуацією надання психотерапевтичної допомоги [3, с. 236]. Для розвитку реалістичних стосунків і робочого альянсу клієнт має довіряти терапевту, приймати та відчувати допомагаючі стосунки, що дозволяє йому вирізняти також і інші особистісні риси психотерапевта. Так, Р. Грінсон зазначає, що «постійне настановлення психоаналітика на прийняття та терпимість, пошуки ним інсайту, його прямота, терапевтичний намір та стриманість створюють своєрідне ядро, на якому пацієнт розбудовує реалістичні об'єктні стосунки» [3, с. 237]. При цьому реалістичне сприйняття небажаних для клієнта рис терапевта зазвичай стає тригером реакцій перенесення [3, с. 238].

Процеси ідентифікації присутні також в перенесенні. Р. Грінсон зазначає, що оскільки всі аспекти об'єктних стосунків повторюються в перенесенні, то і всі види ідентифікацій також будуть при цьому мати місце [3, с. 263]. В межах перенесення клієнти можуть ідентифікуватись з психотерапевтом: за типом «ідентифікації з агресором» з метою подолання тривоги; через спробу встановити зв'язок з об'єктом та намагання досягти близькості з ним (ідентифікація як тип ранніх об'єктних стосунків); як спроба якнайшвидше сформувати нову ідентичність і, таким чином, приховати реальну ідентичність; ідентифікація як спосіб підтримання здатності орієнтуватись в реальності у психотичних клієнтів [3, с. 264 – 265]. Часто ідентифікацію клієнта з психотерапевтом можна помітити в такій поведінці, як переймання певних

особливостей психотерапевта, наприклад, його лексики, вдумливості, манери одягатись, звичок тощо [3, с. 265].

Для розуміння ролі процесів ідентифікації у формуванні допомагаючих стосунків у психотерапевтичній роботі з внутрішньо переміщеними особами (ВПО) необхідно розглянути основну специфіку цих осіб та терапевтичних підходів у роботі з ними. Лише після цього стає можливим визначити, яку роль у цій допомозі відіграють стосунки «психотерапевт – клієнт» і які функції виконують процеси ідентифікації клієнта з психотерапевтом.

За матеріалами досліджень Г. У. Солдатової, проблематика внутрішньо переміщених осіб має два основних взаємопов'язаних аспекти: 1) висока психічна *травматизація* — як результат дії надмірного стресового навантаження та 2) потреба у *відновленні Self* (ідентичності) і *адаптації* до нових умов життя [11].

Окреслюючи проблему мігрантів, Г. У. Солдатова відзначає їх подвійну *травматизацію* [11]. Перша травма пов'язана з тим, що вони були свідками або учасниками травматичних подій, які і спонукали шукати вихід у переселенні. Друга травматизація пов'язана з необхідністю налагоджувати життя на новому місці, в соціальному та культурному середовищі, що отримало назву «стрес акультурації» [11; 14]. Вітчизняні дослідження ВПО виявляють високий рівень поширення серед них адаптаційних розладів [9, с. 31]. В наших попередніх дослідженнях встановлено, що у 18% внутрішньо переміщених осіб рівень травматизації відповідає ПТСР за методикою IES-R, а середні значення травматизації є ідентичними до рівня травматизації біженців та істотно більшими за значення пересічних осіб [7]. Відповідно, одне із завдань психологічної допомоги ВПО полягає в роботі з симптомами реакції на стрес [9; 11].

Наступний аспект роботи з внутрішньо переміщеними особами полягає у *відновленні та адаптації Self* до нової ситуації життя. Кризові події призводять до того, що звичні соціальні категорії, за допомогою яких людина себе ідентифікує, смисли та базові цінності, переконання (віра в те, що світ є

доброзичливим, а сама особа є невразливою; віра в те, що світ має певний сенс, є справедливий і передбачуваний, а події можна контролювати; віра в те, що особа сама собою є цінністю, варта любові, є привабливою та сильною) втрачають свою цінність [2; 11]. Для означення цього явища використовується термін «криза ідентичності» [11, с. 259]. Розвиток кризи ідентичності залежить від міри травматичності подій, які були причиною переїзду людини. За даними Г. У. Солдатової, криза ідентичності у росіян, які переселились через загрозу власному життю (біженці) з Чеченської республіки до Северної Осетії-Аланії або у Москву становить приблизно 44%. У росіян, які переселились з Чеченської республіки через етнічні причини та власні погляди, криза ідентичності спостерігалась приблизно у 10% [10, с. 334]. Психологічними наслідками кризи ідентичності є занижена самооцінка, невдоволення собою, комплекс неповноцінності, негативне ставлення до своєї особистості, байдужість чи невдоволенням своєю приналежністю до певного етносу, іноді ненависть до приймаючої сторони [11, с. 267].

Психотерапевтична допомога при психічній травмі передбачає побудову особливого типу стосунків, спрямованих на відновленні Self, базових ідентифікацій, цінностей та уявлень, смислу життя [2]. У. Віртц та Й. Цобелі підкреслюють, що найбільш важливим прийомом такої психотерапії є контейнування. Для розвитку цих особливих стосунків терапевту рекомендують: зайняти позицію моральної солідарності з клієнтом (завжди бути на боці клієнта); займати та активно висловлювати однозначну позицію стосовно соціально-політичної реальності на боці клієнта (за умови, якщо терапевт її поділяє); давати узгоджений та структуруючий зворотний зв'язок у відповідь на глибинне сум'яття та ціннісний хаос [2]. У випадках, коли психотерапевт та клієнт кардинально відрізняються в інтерпретації соціально-політичної реальності, доцільним є розгляд можливості перенаправлення клієнта іншому психотерапевту [3]. У. Віртц та Й. Цобелі зазначають, що «тільки коли ми беремо на себе функцію холдінгу, коли ми дозволяємо клієнту «використати» нас, зробити наші власні структури «визначеності» та «участі» видимими,

так, щоб вони нагадували клієнтам про їхні власні втрачені та зруйновані структури, тоді можливе відновлення суб'єктивності клієнтів» [2].

В означеному підході психотерапевт стає для клієнта фактично допоміжним Ego, з якого «списується» ставлення та цінності стосовно оточуючого світу. Тобто, мова може йти про використання клієнтом не лише ідентифікації з психотерапевтом, що сприяє встановленню робочого альянсу, а й найбільш ранніх механізмів ідентифікації з психотерапевтом, які необхідні для відновлення Self.

Проблема *адаптації* ВПО до нової реальності життя може розглядатись як необхідність створення нових ідентифікацій (з представниками, які ефективно функціонують в новому для клієнта соціальнокультурному середовищі) та модифікації власної ідентичності.

Так, J. W. Berry пропонує розглядати адаптацію до нової культури не лише на рівні груп, а й на соціально-психологічному рівні, виділяючи наступні стратегії: інтеграція, асиміляція, сепаратизм та маргіналізація [13]. В основі виділення стратегій адаптації лежить принцип стосовно того, як в індивідуальному психологічному просторі людини поєднуються її рідна та нова культура. Стратегія інтеграції означає здатність зберігати базові основи рідної культури та засвоювати цінності та зразки поведінки нової. Асиміляція являє собою відмову від рідної культури та активне засвоєння нової культурної ідентичності, її норм та цінностей. Сепаратизм є збереженням старої культурної ідентичності при відкиданні будь яких взаємодій з новою культурою. Маргіналізацію слід розуміти як руйнування ідентифікації з рідною культурою (під впливом представників нової культури), яке об'єднується з неможливістю прийняти нову культуру (через дискримінацію її представниками).

Психотерапевтичні стосунки з ВПО при роботі в аспекті соціокультурної адаптації ми розуміємо згідно висловлювання Г. У. Солдатової стосовно психотерапевта як посередника між різними культурам [11, с. 4]. В цьому аспекті ми розуміємо простір психотерапії як своєрідну лабораторію, в якій

ВПО може взаємодіяти з новою соціокультурною дійсністю, представником якої є психотерапевт. Результатом такої взаємодії може бути поступове засвоєння нового середовища, що на глибинному рівні означає створення нових ідентифікацій та ідентичності, або пізнання особливостей нової соціокультурної дійсності та розуміння можливих способів взаємодіяти з новими обставинами життя.

Отже, зі сторони психотерапевта, розвиток допомагаючих стосунків з клієнтами ВПО залежить від здатності психотерапевта до контейнування переживань клієнта; готовності зайняти позицію моральної солідарності з ним; відкритості та конгруентності терапевта; присутності у спеціаліста спільної з клієнтом оцінки соціально-політичної реальності; використання технічного прийому в якому на боці клієнта надається активна оцінка того, що відбулось з клієнтом.

Зі сторони клієнта успішність психотерапевтичних стосунків пов'язана з успіхом у встановленні ідентифікації з психотерапевтом, що необхідно для розвитку робочого альянсу та відновлення Self. Важливою умовою для адаптації клієнта ВПО до нового соціокультурного середовища є його здатність до ідентифікації з психотерапевтом як представником нового соціокультурного середовища. Виходячи з даних М. J. Lambert, психотерапевтичні стосунки є допомагаючими та будуть ефективними, коли сам клієнт позитивно оцінює умови психотерапевтичної фасилітації (емпатичне розуміння, позитивна підтримка, аутентичність), особистісні риси та професійні навички психотерапевта [17, с. 358, 359].

Основна мета представленою дослідження полягає у вивченні та характеристиці особливостей стосунків «психотерапевт – клієнт» в роботі з ВПО; прояснення ролі ідентифікації клієнта з психотерапевтом для розвитку допомагаючих стосунків та вивчення значення такої ідентифікації для адаптації ВПО.

Для досягнення цієї мети були використані наступні методи дослідження:

- Оцінка психотерапевтичних стосунків як допомагаючих здійснювалась на основі спеціально розробленої авторської анкети (<http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/707113>). Основна ідея, яка покладена в основу анкети, полягає в тому, що дізнатись від клієнта чи є психотерапевтичні стосунки для нього домомогаючими можна запропонувавши оцінити основні фактори ефективності психотерапії. Цей принцип вимірювання сформованості допомагаючих стосунків оснований на результатах емпіричних досліджень, узагальнених М. J. Lambert [17]. В цій анкеті клієнту пропонується оцінити міру свого задоволення психотерапевтичними стосунками, їх ефективністю, здатністю психотерапевта до емпатії, розуміння, підтримки. Анкета виявила високу надійність (альфа Кронбаха 0,76), що дозволяє використовувати її як інструментарій у нашому дослідженні.

- Для вивчення особливостей стосунків «психотерапевт-клієнт» застосовувались методи експериментальної психосемантики. В дослідженні використаний семантичний диференціал, запропонований Т. С. Барановою [1]. За семантичним диференціалом клієнту пропонувалось оцінити себе та психотерапевта. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт», як вони сприймаються клієнтом, вивчались на основі результатів факторного аналізу.

- Міра ідентифікації обчислювалась на основі порівняння схожості характеристик психосемантичної оцінки двох об'єктів за алгоритмом, запропонованим Т. С. Барановою [1, с. 75]. Згідно з формулою такого розрахунку, максимальна ідентифікація складає 1 бал, максимальна відмінність 121 балів. В якості теоретичної основи такого підходу для діагностики ідентифікації використана ідея про те, що ідентифікація тим більш виражена, чим більш схожі оцінки себе та іншої людини [8].

- Ідентифікація клієнта з психотерапевтом досліджувалась двома методами: на основі семантичного диференціалу, запропонованого Т. С. Барановою [1, с. 76]; на основі диференціалу психосоціального розвитку В. А. Іл'їна [4]. В обох методах клієнт спочатку оцінював себе, а потім психотерапевта.

- Для діагностики адаптації ВПО використана методика соціокультурної адаптації Дж. Беррі [12].

Процедура дослідження. Клієнтам з числа ВПО (вибірка склала 50 осіб) пропонувалось взяти участь у дослідженні якості надання психотерапевтичних послуг. Дослідження проводилось на базі Кризового центру медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України та на базі Донецького національного університету імені Василя Стуса (м. Вінниця).

Результати емпіричного дослідження.

Особливості стосунку «психотерапевт – клієнт» серед ВПО. За допомогою факторного аналізу семантичного диференціалу (метод факторизації – принципіві компоненти, спосіб обертання – прямий облімін) було виділено 13 факторів, які пояснили 79,2% всіх взаємозв'язків між змінними. Матриця факторних навантажень, після обертання представлена за посиланням <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/707362>. Утворені фактори можуть бути узагальнені наступним чином (узагальнюючи фактори, ми намагались максимально точно означити їх позитивні полюси, відповідно, негативні полюси представляють протилежну якість):

1. Фактор №1 (F1) – «Психотерапевт – носій позитивних якостей (ідеалізація)». Психотерапевту узгоджено приписуються наступні якості: світле, ясне, істинне, приємне, надійне, добре, дружнє. Високі значення за виділеним фактором пов'язані з високою якістю психотерапевтичних стосунків ($R = 0,640$; $p < 0,001$).
2. Фактор №2 (F2) – «Невідповідність емоцій клієнта та психотерапевта». Клієнт приписує собі наступні якості: неприємне, тимчасове, далеке, складне, тьмяне. Психотерапевту приписується якість: радісне. Високі значення за виділеним фактором пов'язані з низькою якістю психотерапевтичних стосунків, неможливістю охарактеризувати стосунки як допомагаючі ($R = - 0,289$; $p < 0,05$).

3. Фактор №3 (F3) – «Близьке, сповнене розуміння ставлення терапевта». Клієнт приписує собі наступні якості: істинне. Психотерапевту приписуються якості: світле, тепле, радісне, своє, близьке. Високі значення за виділеним фактором пов'язані з високою якістю психотерапевтичних стосунків. ($R = 0,405$; $p < 0,01$).
4. Фактор №4 (F4) – «Клієнт носій покриваючих позитивних якостей». Клієнт приписує собі наступні якості: корисне, хитке, легке. Кореляції з анкетною якістю психотерапевтичних стосунків відсутні.
5. Фактор №5 (F5) – «Терапевт – носій агресивних та неприйнятних якостей». Клієнт приписує психотерапевту наступні якості: тривожне, шкідливе, войовниче, вічне. Високі значення за виділеним фактором пов'язані з низькою якістю психотерапевтичних стосунків, неможливістю охарактеризувати стосунки як допомагаючі ($R = - 0,308$; $p < 0,05$).
6. Фактор №6 (F6) – «Фальшиві, формальні стосунки». Клієнт приписує собі наступні якості: холодне, істинне, неприємне. Психотерапевту приписуються якості: хитке, тимчасове, позбавлене сенсу. Високі значення за виділеним фактором пов'язані з низькою якістю психотерапевтичних стосунків, неможливістю охарактеризувати стосунки як допомагаючі ($R = - 0,333$; $p < 0,05$).
7. Фактор №7 (F7) – «Клієнт презентує себе позитивним та надійним». Клієнт приписує собі наступні якості: мирне, приємне, легке, надійне, добре. Фактор не корелює з якістю психотерапевтичних стосунків.
8. Фактор №8 (F8) – «Клієнт дистанційований в стосунках». Клієнт приписує собі наступні якості: темне, холодне, туманне, сумне. Психотерапевту приписуються якості: чуже, шкідливе. Фактор не виявив кореляцію з якістю психотерапевтичних стосунків.
9. Фактор №9 (F9) – «Клієнт відчуває себе сильнішим за терапевта». Клієнт приписує собі наступні якості: розумне, сильне. Психотерапевту приписуються якості: тепле, слабке. Кореляція з якістю стосунків відсутня.

10. Фактор №10 (F10) – «Близькість до сильного психотерапевта». Клієнт приписує собі наступні якості: радісний. Психотерапевту приписуються якості: розумне, вічне, надійне, близьке, яскраве, дружнє. Фактор не впливає на задоволення психотерапевтичними стосунками.
11. Фактор №11 (F11) – «Клієнт відчуває себе позитивним, а про психотерапевта не має сформованої думки». Клієнт приписує собі наступні якості: істинне, розумне, сильне, просте, дружнє. Психотерапевту приписуються якості: туманне. Фактор не впливає на задоволення психотерапевтичними стосунками.
12. Фактор №12 (F12) – «Фальшивість в стосунках». Клієнт приписує собі наступні якості: яснє, хитке. Психотерапевту приписуються якості: неправдивє, складнє, важкє. Високі значєння за виділеним фактором пов'язані з низькою якістю психотерапевтичних стосунків, неможливістю охарактеризувати стосунки як допомагаючі ($R = - 0,342$; $p < 0,05$).
13. Фактор №13 (F13) – «Клієнт відчуває себе невпевнено, захищається». Клієнт приписує собі наступні якості: тривожнє, неправдивє, войовничє. Фактор схожий на п'ятий, в якому втіленням ворожих рис відчувається психотерапевт. Високі значєння за виділеним фактором пов'язані з низькою якістю психотерапевтичних стосунків, неможливістю охарактеризувати стосунки як допомагаючі ($R = - 0,288$; $p < 0,05$).

Підсумовуючи результати факторного аналізу зазначимо, що всі виділені фактори можна класифікувати на три групи:

1) особливості взаємостосунків в діаді «психотерапевт – клієнт», як вони сприймаються клієнтом (F2 «Невідповідність емоцій клієнта та психотерапевта», F3 «Близькє, сповненє розуміння ставлення терапевта», F6 «Фальшиві, формальні стосунки», F8 «Клієнт дистанційований в стосунках», F10 «Близькість до сильного психотерапевта», F12 «Клієнт відчуває фальшивість в стосунках»);

2) саморепрезентація клієнта, його ставлення до психотерапії та психотерапевта (F4 «Клієнт носій покриваючих позитивних якостей», F7 «Клієнт

презентує себе позитивним та надійним», F9 «Клієнт відчуває себе сильнішим за терапевта», F11 «Клієнт відчуває себе позитивним, а про психотерапевта не має сформованої думки», F13 «Клієнт відчуває себе невпевнено, захищається»);

3) сприйняття клієнтом психотерапевта (Фактор 1 «Психотерапевт – носій позитивних якостей», F5 «Терапевт – носій агресивних та неприйнятних якостей»).

Факторний аналіз первинних факторів (метод факторизації – принципові компоненти, метод обертання – верімакс) дозволив виділити п'ять більш загальних вторинних факторів, які характеризують окремі аспекти психотерапевтичних стосунків (див. Таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Вторинні фактори та їх факторне навантаження після обертання.

Назва первинних факторів	Вторинні фактори та їх факторне навантаження				
	1	2	3	4	5
F1. Психотерапевт – носій позитивних якостей	-0,684				0,238
F2 «Невідповідність емоцій клієнта та психотерапевта»		-0,398		-0,508	
F3 «Близьке, сповнене розуміння ставлення терапевта».	-0,320		0,536	0,237	
F4 «Клієнт носій покриваючих позитивних якостей»		0,227	0,789		
F5 «Терапевт – носій агресивних та неприйнятних якостей»	0,470			-0,264	
F6 «Фальшиві, формальні стосунки»					-0,883
F7 «Клієнт презентує себе позитивним та надійним»		0,720			0,239
F8 «Клієнт дистанційований в стосунках»		-0,516	-0,316		0,204
F9 «Клієнт відчуває себе сильнішим за терапевта»				0,725	
F10 «Близькість до сильного психотерапевта»	-0,353		0,503		
F11 «Клієнт відчуває себе позитивним, а про психотерапевта не має сформованої думки»		0,650			
F12 «Клієнт відчуває фальшивість в стосунках»	0,618				
F13 «Клієнт відчуває себе невпевнено, захищається»	0,514	-0,326		0,407	0,369

В Таблиці 2.1 представлені факторні навантаження вторинних факторів. Виходячи з таблиці, виділені фактори можна описати наступним чином:

1. Перший вторинний фактор (FF1) може бути названий «Робочий альянс: відсутній - присутній». Його позитивний полюс представлений наступними полюсами первинних факторів: негативний полюс F1 «Психотерапевт – носій негативних якостей», позитивний полюс F5 «Психотерапевт – носій агресивних та неприйнятних якостей», позитивний полюс F12 «Фальшивість в стосунках», позитивний полюс F13 «Клієнт відчуває себе невпевнено, захищається». Позитивний полюс FF1 пов'язаний з тим, що психотерапевт негативно сприймається, клієнт відчуває себе в психотерапії невпевнено, в психотерапевтичних стосунках відсутня близькість та присутня фальшивість. Відповідно, віднесення клієнта до негативного полюсу фактору FF1 означає, що клієнт сприймає терапевта як носія позитивних якостей, відчуває себе захищено в психотерапевтичних стосунках, психотерапевтичні стосунки характеризуються близькістю, підтримкою та розумінням зі сторони психотерапевта. Перший вторинний фактор виявив негативну кореляцію з якістю психотерапевтичних стосунків ($R = - 0,646$; $p < 0,001$). Це означає, що клієнти, які знаходяться на негативному полюсі першого вторинного фактору, сприймають стосунки як допомагаючі. Психотерапевтичні стосунки з клієнтами, які знаходяться на позитивному полюсі першого вторинного фактору, є невдалими. Ми вважаємо, що FF1 пов'язаний з присутністю чи відсутністю робочого альянсу, оскільки він виявляє сильний зв'язок зі сприйняттям клієнтами психотерапевтичних стосунків як допомагаючих. Відповідно, за допомогою первинних факторів, які входять до його складу, може бути охарактеризована специфіка робочого альянсу з клієнтами із числа вимушено переселених осіб.

2. Другий вторинний фактор (FF2) може бути названий «Презентація клієнта в психотерапії: позиціонує себе позитивним та готовий до взаємодії – дистанціюється в стосунках». На своєму позитивному полюсі він містить наступні

пні первинні фактори: позитивний полюс F7 – «Клієнт презентує себе позитивним та надійним», негативний полюс F8 – «Клієнт дистанційований в стосунках» (дистанція в стосунках відсутня), позитивний полюс F11 – «Клієнт відчуває себе позитивним, а про психотерапевта не має сформованої думки». Узагальнюючи, FF2 слід пов'язувати з готовністю клієнта вступати в психотерапевтичні стосунки. Особливістю клієнтів з числа тимчасово переселених осіб можна вважати те, що готовність вступати в психотерапевтичні стосунки пов'язана у них з необхідністю репрезентувати себе в цих стосунках позитивно. Другий вторинний фактор не виявив кореляції з присутністю або відсутністю допомагаючих стосунків. Проте, первинні фактори, які віднесені до фактору FF2, можуть бути використані для характеристики міри готовності клієнта вступати в психотерапевтичні стосунки.

3. Третій вторинний фактор (FF3) може бути названий «Позитивне перенесення клієнта (рапорт): присутнє – відсутнє». На своєму позитивному полюсі він представлений наступними полюсами первинних факторів: позитивний полюс F3 «Близьке, сповнене розуміння ставлення терапевта», позитивний полюс F4 «Клієнт носій покриваючих позитивних якостей», позитивний полюс F10 «Близькість до сильного психотерапевта». Третій вторинний фактор виявив слабо позитивну кореляцію з присутністю допомагаючих стосунків ($R = 0,250$; $p = 0,087$). Узагальнюючи первинні фактори, можна говорити, що первинні фактори, які входять до складу фактору FF3, пов'язані з бажанням клієнта встановлювати психотерапевтичний стосунок, для чого несвідомо здійснюється ідентифікація та позитивне перенесення (рапорт). Крім того, клієнт, використовуючи знання про психотерапевта, намагається відповідати очікуванням терапевта, як він їх розуміє. Первинні фактори, що входять до складу фактору FF3, є важливими при встановленні робочого альянсу.

4. Четвертий вторинний фактор (FF4) отримав назву «Тривога та психологічний захист у клієнта: контроль терапевта – неможливість отримати розуміння». Позитивний полюс фактору FF4 представлений наступними полюсами первинних факторів: негативний полюс F2 – «Невідповідність емоцій

клієнта та психотерапевта», позитивний полюс F9 – «Клієнт відчуває себе сильнішим за терапевта».

5. П'ятий вторинний фактор (FF5) отримав назву «Здатність клієнта вступати в психотерапевтичні стосунки: справжні – формальні». Позитивний полюс цього фактору представлений негативним полюсом F6 «Фальшиві формальні стосунки». Відповідно, клієнти, які знаходяться на позитивному полюсі фактору, встановлюють відверті стосунки. Клієнти, які знаходяться на негативному полюсі фактору, створюють формальні стосунки.

Проводячи загальну оцінку вибірки клієнтів з числа ВПО за утвореними вторинними факторами, маємо наступну картину: у 20% клієнтів, які отримували психотерапевтичну допомогу, спостерігалась неможливість встановлювати робочий альянс (за фактором FF1); 24% клієнтів були неготовими вступати у психотерапевтичні стосунки, мали певні перешкоди (за фактором FF2); 18% клієнтів не здійснювало позитивне перенесення на психотерапевта (за фактором FF3); на двох полюсах фактору FF4 (тривога клієнта) знаходяться 32% клієнтів; 26% клієнтів створюють формальні стосунки в психотерапії (за фактором FF5). Проводячи оцінку за всіма п'ятьма вторинними факторами, можемо сказати, що той або інший аспект проблем у стосунках «психотерапевт - клієнт» зустрічається у 64% клієнтів з числа ВПО.

Значення стосунків «психотерапевт – клієнт» та процесів ідентифікації клієнта з психотерапевтом для розвитку допомагаючих стосунків. Для вивчення взаємозв'язку між: 1) особливостями стосунків «психотерапевт - клієнт» і процесами ідентифікації клієнта з психотерапевтом та 2) наявністю допомагаючих стосунків був використаний кореляційний аналіз (Таблиця 2.2).

Як видно з таблиці 2.2, всі чотири первинних фактори (F1, F5, F12, F13), які були узагальнені як такі, що пов'язані з розвитком робочого альянсу (вторинний фактор FF1) між клієнтом з числа ВПО та психотерапевтом, впливають на якість психотерапевтичних стосунків та відповідають за те, чи сприймає клієнт ці стосунки як допомагаючі. Так, чим більше психотерапевт

сприймається як носій позитивних якостей (фактор F1), тим більш висока оцінка процесу психотерапії ($R = 0,640$; $p < 0,001$). Чим більше клієнт відчуває фальшивість у стосунках (фактор F12), тим він менше здатний ідентифікуватись з психотерапевтом ($R = 0,285$; $p = 0,057$) та не відчуває психотерапевтичні стосунки як допомагаючі ($R = -0,347$; $p < 0,05$). Відчуття невпевненості у клієнта та потреба в захисті (фактор F13) пов'язані з нездатністю клієнта ідентифікуватись з психотерапевтом ($R = 0,290$; $p < 0,05$)

Таблиця 2.2.

**Кореляційна матриця:
особливості психотерапевтичних стосунків vs якість психотерапевтичної допомоги та міра ідентифікації з психотерапевтом**

Вторинні Фактори	Первинні фактори	Сформованість допомагаючих стосунків	Ідентифікація за семантичним диференц	Ідентифікація за диференц. психосоціал. розвитку
FF1 «Робочий альянс: відсутній - присутній»	F1 Психотерапевт – носій позитивних якостей	$R = 0,640$; $p < 0,001$	$R = 0,066$; $p = 0,65$	$R = -0,003$; $p = 0,98$
	F5 «Терапевт – носій агресивних та неприйнятних якостей»	$R = -0,303$; $p < 0,05$	$R = -0,269$; $p = 0,062$	$R = -0,095$; $p = 0,533$
	F12 «Клієнт відчуває фальшивість в стосунках»	$R = -0,347$; $p < 0,05$	$R = -0,131$; $p = 0,371$	$R = 0,285$; $p = 0,057$
	F13 «Клієнт відчуває себе невпевнено, захищається»	$R = -0,288$; $p < 0,05$	$R = 0,290$; $p < 0,05$	$R = 0,157$; $p = 0,303$
FF2 «Презентація клієнта в психотерапії: позиціонує себе позитивним та готовий до взаємодії – дистанціюється в стосунках»	F7 «Клієнт презентує себе позитивним та надійним»	$R = -0,085$; $p = 0,564$	$R = -0,491$; $p < 0,001$	$R = -0,294$; $p < 0,05$
	F8 «Клієнт дистанційований в стосунках»	$R = 0,003$; $p = 0,985$	$R = 0,244$; $p = 0,091$	$R = 0,429$; $p < 0,01$
	F11 «Клієнт відчуває себе позитивним, а про психотерапевта не має сформованої думки»	$R = -0,088$; $p = 0,554$	$R = -0,333$; $p < 0,05$	$R = -0,163$; $p = 0,285$
FF3 «Позитивне переосмислення клієнта (рапорт): присутнє – відсутнє»	F3 «Близьке, сповнене розуміння ставлення терапевта».	$R = 0,332$; $p < 0,05$	$R = +0,317$; $p < 0,05$	$R = -0,024$; $p = 0,875$
	F4 «Клієнт носій покриваючих позитивних якостей»	$R = 0,162$; $p = 0,271$	$R = -0,223$; $p = 0,124$	$R = -0,214$; $p = 0,158$
	F10 «Близькість до сильного психотерапевта»	$R = 0,190$; $p = 0,196$	$R = 0,059$; $p = 0,685$	$R = -0,222$; $p = 0,143$
FF4 «Тригонометричний захист у клієнта»	F2 «Невідповідність емоцій клієнта та психотерапевта»	$R = -0,367$; $p < 0,01$	$R = 0,204$; $p = 0,160$	$R = 0,321$; $p < 0,05$
	F9 «Клієнт відчуває себе сильнішим за терапевта»	$R = -0,04$; $p = 0,761$	$R = 0,221$; $p = 0,127$	$R = 0,203$; $p = 0,180$

	F13 «Клієнт відчуває себе невпевнено, захищається»	$R = -0,288; p < 0,05$	$R = 0,290; p < 0,05$	$R = 0,157; p = 0,303$
FF5 «Здатність клієнта вступати в психотерапевтичні стосунки: справжні – формальні»	F6 «Фальшиві, формальні стосунки»	$R = -0,308; p < 0,05$	$R = -0,323; p < 0,05$	$R = P -0,095; p = 0,533$
Наявність проблемних стосунків за сумою вторинних факторів (значення від 0 до 5 балів)		$R = -0,347; p < 0,05$	$R = 0,406; p < 0,01$	$R = 0,301; p < 0,05$
Наявність проблемних стосунків за сумою вторинних факторів, нормовані значення (менше 2 (середн. знач.) = 0; від 2 до 5 = 1)		$R = -0,420; p < 0,01$	$R = 0,392; p < 0,01$	$R = 0,234; p = 0,123$
Сформованість допомагаючих стосунків			$R = -0,070; p = 0,634$	$R = -0,183; p = 0,123$

та з неможливістю створення допомагаючих стосунків в психотерапії ($R = -0,288; p < 0,05$). Цікавими є взаємозв'язки, отримані для фактора F5. Згідно отриманих даних, сприйняття психотерапевта як носія агресивних якостей (фактор F5) на рівні кореляційної тенденції пов'язане з присутністю ідентифікації клієнта з психотерапевтом ($R = -0,269; p = 0,062$). Тобто, сприйняття клієнтом психотерапевта як агресивного скоріш за все є реалістичним сприйняттям проявів психотерапевта, які потім перебільшені завдяки перенесенню. Вже сформоване у клієнта сприйняття терапевта як агресивного негативно впливає на якість психотерапевтичних стосунків ($R = -0,303; p < 0,05$).

Отже, підсумовуючи результати кореляційного аналізу для первинних факторів, пов'язаних із створенням робочого альянсу, зазначимо, що ідентифікація клієнта з психотерапевтом забезпечує сприйняття психотерапії як щирої та забезпечує клієнту впевненість в психотерапевтичних стосунках. Проте, присутність у психотерапевта негативного, агресивного ставлення до клієнта помічається ним, що негативно відображається на робочому альянсі. В цілому, висока якість психотерапевтичних стосунків (сприйняття психотерапевта як позитивного, доброзичливого, щирість у стосунках, відчуття захищеності в стосунках) сприяють розвитку допомагаючих стосунків.

Готовність клієнта вступати в психотерапевтичні стосунки (первинні фактори, які входять до складу вторинного фактору FF2) безпосередньо залежить від здатності клієнта до ідентифікації зі психотерапевтом. Так, як видно з Таблиці 2.2, презентація себе (клієнтом) як надійного (фактор F7), пов'язана зі здатністю до ідентифікації з психотерапевтом ($R = -0,491$; $p < 0,001$; $R = -0,294$; $p < 0,05$) і, очевидно, виражає бажання клієнта подобатись психотерапевту, бути прийнятим. Так само самовідчуття клієнта як позитивного (фактор F11) пов'язане з ідентифікацією клієнта з психотерапевтом ($R = -0,333$; $p < 0,05$). Відсутність ідентифікації клієнта з психотерапевтом корелює з дистанційованістю клієнта (фактор F8) в психотерапевтичних стосунках ($R = 0,429$; $p < 0,01$). Оскільки всі три первинні фактори (F7, F8, F11) взаємопов'язані, отримані результати свідчать про те, що здатність клієнта зменшувати міжособистісну дистанцію та вступати в психотерапевтичну взаємодію пов'язана із здатністю клієнта ідентифікуватись з психотерапевтом та презентувати якості, які очікує бачити психотерапевт.

Первинні фактори, що входять до складу третього вторинного фактору (FF3), пов'язувались нами з позитивним перенесенням, яке дозволяє клієнту позитивно розвивати психотерапевтичні стосунки. Як видно з таблиці 2.2, фактор F3, що пов'язаний із сприйняттям психотерапевтичного стосунку як близького та сповненого розуміння, корелює з відсутністю ідентифікації ($R = 0,317$; $p < 0,05$) та сприйняттям стосунків як допомагаючих ($R = 0,332$; $p < 0,05$). Інші первинні фактори, які входять до складу FF3, не виявили кореляцій з якістю психотерапевтичних стосунків та процесами ідентифікації. Зважаючи на змістовне наповнення первинних факторів, є підстави вважати, що клієнти, які отримують за FF3 високі значення, цілеспрямовано презентують себе як носії позитивних і, як вони відчують, поверхневих, покриваючих якостей. В цілому, виявлені кореляції для вторинного фактору FF3 та змістовне наповнення первинних факторів, що входять до його складу (F3, F4, F10) підтверджують його зв'язок з позитивним перенесенням на психотерапевта.

Відповідно, негативний полюс вторинного фактора FF3 пов'язаний з відсутністю рапорту.

Четвертий вторинний фактор FF4 позначений нами як такий, що на своїх полюсах діагностує тривогу та психологічний захист у клієнта. Його позитивний полюс пов'язаний з тим, що клієнт, відчуваючи себе тривожно та невпевнено, захищається від терапевта (F13) і в якості захисту використовує контроль (F9). Негативний полюс вторинного фактору FF4 пов'язаний з тим, що клієнт відчуває відсутність емпатії (F2). Як можна побачити з Таблиці 2.2, обидва первинні фактори, що розміщуються на крайніх полюсах FF4: відчуття браку емпатії (F2) і потреба клієнта в захисті (F13) – пов'язані з неможливістю клієнта ідентифікуватись з психотерапевтом ($R = 0,321$; $p < 0,05$; $R = 0,290$; $p < 0,05$), що негативно впливає на задоволення психотерапевтичними стосунками.

Найбільш цікавим є шостий первинний фактор (F6), який узагальнений нами як здатність клієнта вступати в психотерапевтичні стосунки (FF5). Як можна побачити з Таблиці 2.2, наявність фальшивих формальних стосунків корелює з ідентифікацією клієнта з психотерапевтом ($R = - 0,323$; $p < 0,05$) і, крім того, F6 пов'язаний з неможливістю побудови допомагаючих стосунків ($R = - 0,308$; $p < 0,05$).

Загалом, порушення психотерапевтичних стосунків, які оцінені за вторинними факторами (сума за полюсами вторинних факторів, які оцінені як негативні аспекти стосунків «психотерапевт – клієнт») корелюють з неможливістю клієнта ідентифікуватись з психотерапевтом ($R = 0,406$; $p < 0,01$) та пов'язані з проблематичністю у створенні допомагаючих стосунків ($R = - 0,347$; $p < 0,05$).

Як видно з Таблиці 2.2, прямої кореляції між якістю психотерапевтичних стосунків та процесами ідентифікації немає, що пояснюється великою роллю процесів ідентифікації у створенні як позитивних типів стосунків, так і проблемних.

Отже, підсумовуючи представлені дані, можна стверджувати, що ідентифікація клієнта з психотерапевтом має вирішальну роль в розвитку стосунків «психотерапевт – клієнт» та відіграє негативне значення, коли психотерапевта клієнт відчуває як критичного.

Значення стосунків «психотерапевт - клієнт» та ідентифікації клієнта з психотерапевтом для адаптації до нового соціокультурного середовища. В дослідженні був виявлений лише один зв'язок між вторинним фактором FF2 та стратегіями соціокультурної адаптації. Згідно цієї закономірності, клієнти, які знаходяться на позитивному полюсу FF2 (готові залучатись до терапевтичних стосунків, презентують себе як надійні та носії позитивних рис) не обирають стратегії адаптації по типу «сепаратизм» та «маргіналізація» ($R = -0,288$; $p = 0,055$; $R = -0,305$; $p < 0,05$, відповідно). Оскільки, готовність вступати в психотерапевтичні стосунки пов'язане також з ідентифікацією клієнта з психотерапевтом, дану кореляцію слід розуміти, що ідентифікація з психотерапевтом сприяє соціокультурній адаптації клієнта. На нашу думку, виявлений взаємозв'язок доводить, що психотерапевт виступає для клієнта з числа ВПО ще як представник місцевого населення, що дозволяє клієнту через ідентифікацію з психотерапевтом краще адаптуватись в новому середовищі проживання.

Таким чином, отримані дані свідчать про високе значення процесів ідентифікації клієнта з психотерапевтом для розвитку допомагаючих стосунків та адаптації до нових умов проживання. Розвиток допомагаючих стосунків та успіх клієнта в ідентифікації з психотерапевтом пов'язаний з відсутністю в психотерапії критичності та протиставлення (професійного, культурного тощо), як це суб'єктивно сприймається клієнтом. Негативний вплив на психотерапевтичні стосунки здійснює психологічний опір клієнтів (присутній у 34% опитаних), який унеможлиблює його ідентифікацію з психотерапевтом, створює перешкоди в розвитку допомагаючих стосунків та негативно впливає на адаптацію до нового середовища життя.

Список використаних джерел

1. Баранова Т. С. Эмоциональное «Я – Мы» (опыт психосемантического исследования социальной идентичности) / Т. С. Баранова // Социология: 4М, 2001, № 14. — С. 70 – 101.
2. Виртц У., Цобели Й. Жажда смысла: человек в экстремальных ситуациях: пределы психотерапии / Урсула Виртц, Йорг Цобели // пер. с нем. Н. А. Серебренниковой. — М. : Когито_Центр, 2012. – 328 с.
3. Гринсон Р. Р. Техника и практика психоанализа / Ральф Ромео Гринсон // Пер. с англ. — М. : «Когито-Центр», 2003. — 478 с.
4. Ильин В. А. Психосоциальная теория как полидисциплинарный подход к анализу социальных процессов в современном обществе: дис.... д-ра психол. наук. 19.00. 05 «Социальная психология»; 19.00. 13 «Психология развития, акмеология» // М.: МГППУ. – 2009.
5. Калмыкова Е. С., Кэхеле Х. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние / Е. С. Калмыкова, Х. Кэхеле // Журнал практической психологии и психоанализа, 2001, № 4. — С. 112
6. Кісарчук З. Г. Проблема стосунків «психотерапевт – клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим / З. Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології Т. III : Консультаційна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. – Вінниця: ФОП Рогальська І. О., 2016. — Вип. 12. — 168 с. — С. 7 – 22.
7. Плєскач, Б. В. Особливості психотерапевтичних стосунків з вимушено переселеними особами / Б. В. Плєскач, В. С. Уркаєв // Актуальні проблеми психології Т. III : Консультаційна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. — К. : 2015. — Вип. 11. — 218 с. — С. 74 – 94.
8. Попова Л. В. Методы изучения процессов идентификации / Л. В. Попова // Вопросы психологии, 1988., № 1 — С. 163 – 169.

9. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ «Видавництво «Логос»», 2015. — 207 с.
10. Солдатова Г. У. Психология межэтнической напряженности / Г. У. — М.: Смысл, 1998. — 398 с.
11. Солдатова Г. У. Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / Г. У. Солдатова, Л. А. Шайгерова, В. К. Калинин, О. А. Кравцова. — М. : Смысл, 2002. — 479 с.
12. Татарко А. Н., Лебедева Н. М. Методы этнической и кросскультурной психологии / А. Н. Татарко, Н. М. Лебедев. — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 238 с.
13. Berry J. W. et al. Comparative studies of acculturative stress / J. W. Berry, U. Kim, T. Minde, D. Mook // International Migration Review. 1987. N 21. P. 491–511.
14. Berry J. W. Stress perspectives on acculturation // Acculturation Psychology / Ed. by D.L. Sam, J.W. Berry. Cambridge : Cambridge University press, 2006. - Pp. 43–57.
15. Gelso C. A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice / Charles Gelso // Psychotherapy research, 2014, Vol. 24, No. 2. — Pp. 117 – 131.
16. Karver M. S., Handelsman J. B., Fields S., Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature / M. S. Karver, J. B. Handelsman, S. Fields, L. Bickman // Clinical psychology review, 2006, No 26. — Pp. 50 – 65.
17. Lambert, M. J., Barley, D. E. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome / Michael J. Lambert, Dean E. Barley // Psychotherapy Theory Research Practice and Training, 2001, Vol. 38, No 4. — Pp. 357–361.

2.2. Формування надійних стосунків психотерапевта з дітьми з внутрішньо переміщених родин як базова умова подолання наслідків травмування.

В житті кожної людини виникають обставини, що експансивним чином ставлять перед неї життєві завдання, які раніше вона для себе не вирізняла або не могла передбачити. Такі обставини, які посуті є ситуацією емоційного та інтелектуального стресу, що вимагає значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу називають **кризовими** [8; 9; 20]. Вони можуть призвести до суттєвих якісних змін особистості та покращити в цілому її життєву організацію, сприяти розвитку, але можуть і навпаки – спричинити інволюційний рух, деструктивні зміни в житті. У результаті перебування людини у кризових обставинах, у неї може розвинутися *кризовий стан, психотравма, розлад адаптації, дистрес, посттравматичний стресовий розлад* [8; 9] тощо, що в цілому можна означити як *наслідки травмування*.

На сьогоднішній день, можна впевнено говорити про те, що у нашому суспільстві тривають **хронічні кризові обставини** через воєнний конфлікт та соціально-економічну нестабільність. Причому, потерпає не лише те населення, яке було безпосереднім учасником або очевидцем військових дій, а й те, що активно взаємодіє з травмованими (родичі, соціальні працівники, психологи, волонтери, сусіди тощо). Частина ж населення, навіть не стикаючись з темою війни безпосередньо, травмується через постійне напруження, яке провокують мас-медійники, через загрозу бойових дій або через економічний колапс тощо. Таким чином, значна кількість населення має загрозу виникнення гострих психоемоційних розладів.

Однією із вразливих категорій населення, яка підпадає під вплив кризових обставин у суспільстві, є діти. Вони достатньо гостро сприймають події, які змінюють константність, надійність, безпечність оточуючого середо-

вища та спричиняють різку динаміку їх психоемоційних зв'язків з дорослими. Масові заворушення, гострі воєнні конфлікти значно порушують звичний для дитячого сприймання плин життя. З одного боку, діти відчувають реальні тривогу, страх та розпач, які індукуються близьким оточенням, з іншого – механізми вирішення цих сильних переживань далеко не завжди ефективно спрацьовують, оскільки дорослі самі ще не мають змоги повноцінно відновити власну цілісність. Навіть, якщо дитина не є безпосереднім учасником воєнного конфлікту, вона переживає значний стрес, оскільки її найближче оточення занепокоєне через події, які їй важко сприймати і усвідомлювати. Діти, які переселені з родинами чи без них з зони гострого воєнного конфлікту, підпадають під низку додаткових стресових факторів – зміна місця проживання, зміна звичного найближчого оточення (у випадку неповного переселення родини), зміна звичного кола друзів, невизначеність майбутнього, невизначеність перспектив повернення звичного середовища тощо. Саме у таких дітей спостерігається посилена травматизація і вони у першу чергу потребують всебічного психологічного супроводу. Разом з тим, слід зауважити, що діти часто не можуть відкрито обговорювати те, що їх турбує, особливо коли мова йде про травмівні, кризові обставини. Це пов'язано зі специфікою дитячого віку, а також зі специфікою дії кризових обставин, про які, як правило, мовчать навіть дорослі. Тому найчастіше діти виражають своє напруження у поведінці, емоційних станах, соматичних проявах, художніх образах тощо [14; 15], а також у порушених стосунках насамперед з *власним внутрішнім світом, з іншими, життєвою ситуацією загалом [21] та кризовою обставиною зокрема [14]*. Саме тому, спостерігаючи та аналізуючи стосунки під час психотерапевтичної сесії, фахівець має змогу визначити стан дитини [13] та специфіку проживання нею кризових обставин. Разом з тим стосунки є потужним засобом для подолання дитиною кризових обставин та зцілення травми. Отже, вивчаючи феномен стосунків психотерапевта з дітьми, що потерпають від кризових обставин, ми маємо змогу більш чітко зрозуміти стан

дитини та її налаштованість до світу, а головне, означити ефективні шляхи встановлення зцілюючих стосунків у просторі психологічної допомоги.

Аналіз наукової літератури показує, що ще з часів становлення психотерапії як науки і практики особливостям стосунків між психотерапевтом і пацієнтом (клієнтом) приділялась значна увага, відзначалась їх роль як важливого фактору успішності психотерапевтичної допомоги [3; 5; 8; 22].

Суттєвий внесок у розгляд проблеми психотерапевтичних стосунків здійснили представники теорії об'єктних стосунків, просуваючи тим самим розвиток цієї теми у психодинамічній парадигмі (М.Кляйн, Д.В. Віннікот, М.Маллер, Е. Еріксон, Р. Фейрбейрн, О. Кернберг, Х. Кохут). Базуючись на ідеях З. Фрейда [22] щодо процесів перенесення пацієнта у стосунках, вони разом з тим запропонували не абстрагуватися від власних фантазій та почуттів стосовно пацієнтів, а перетворити їх на своєрідний психотерапевтичний інструмент. З огляду на це, психотерапевт є одночасно і учасником безпосередньої феноменологічної взаємодії, і професіоналом, який допомагає формувати зв'язок пацієнта між уявним, реальним та символічним. Стосункам – їх виникненню, глибині, відвертості, надійності та сталості, а також почуттям, фантазіям психотерапевта щодо пацієнта - почали відводити значну роль як у психотерапевтичній діагностиці та прогнозі стосовно пацієнта, так і у самому процесі прогресивних змін у психотерапії. Варто зазначити також, що, згідно теорії об'єктних стосунків, взаємодія, яка складається у психотерапевтичному просторі, є надійним середовищем, на базі якого можуть безпечно розвиватися динамічні процеси стосунків і, завдяки цьому, створюватися умови для звільнення пацієнта від тотальних домінуючих об'єктів, розвитку здатності до активної, ініціативної, незалежної взаємодії, яка не має ознак симбіотичного зв'язку.

Ідея вирішального значення якості та надійності стосунків у процесі онтогенезу та у психотерапевтичному просторі набули посиленого розвитку в теорії прив'язаності Джона Боулбі [1]. Акцентуючи увагу на стосунках, Боулбі говорить про них як про центральну психотерапевтичну мету та страте-

гію водночас. Можливість чи неможливість створювати з пацієнтом безпечні, константні та надійні стосунки є діагностичним показником для дослідника і разом з тим терапевтичною метою, що є основою для одужання пацієнтів.

На сьогодні вирізняють три базових типи прив'язаності з близьким оточенням, які формуються у ранньому дитинстві і зберігаються протягом всього життя. Ці типи вперше вирізнила М. Ейнсуорд[19], і надалі саме вони широко розглядаються у дослідницькій практиці послідовниками теорії прив'язаності:

1. Безпечна (надійна) прив'язаність – здоровий, емпатійний зв'язок між матір'ю та дитиною, який створює емоційну основу для впевненої в собі особистості. За умов надійного типу прив'язаності потреба дитини у безпеці та піклуванні задовольняється. Зв'язок характеризується великою кількістю позитивних емоцій, близькістю та інтенсивністю взаємодії.

Безпечний тип прив'язаності формується за умови, що мати є надійною, емоційно включеною у спілкування з дитиною, чутливою до її потреб та різних станів, послідовна і несуперечлива у своїй поведінці, вирізняє індивідуальність дитини та поважає її кордони. В цілому можна сказати, що така мати «тепла»[2] або, згідно теорії об'єктних стосунків [6; 14], - *достатньо хороша мати* (яка адекватно відчуває потреби дитини, диференціює їх, відчуває власні психологічні кордони та кордони немовля, дружньо та емоційно ставиться до дитини, допускає помірні фрустрації дитини, які є умовою здорового розвитку).

У свою чергу діти у таких стосунках спокійні, радісні, їх можна легко заспокоїти, вони легко адаптуються до різних обставин[4].

2. Уникаюча (ненадійна) прив'язаність – зв'язок, що характеризується напруженістю, відстороненістю, відчуженістю, непередбачуваністю, дистанціюванням, насичений негативними переживаннями. Потреба дитини у безпеці та піклуванні не задовольняється належно.

Уникаюча прив'язаність формується у стосунках з матір'ю, яка постійно емоційно нехтує дитиною, непередбачувана у своїх реакціях та нечутлива

до її переживань і потреб, часто дистанціюється, незацікавлена у спілкуванні, погано відчуває фізичні та психологічні кордони свої та дитини. Така матір «холодна» або *погана матір* [2; 19] (яка нечітко диференціює потреби дитини, часто зливає їх з власними, розмиває психологічні кордони, холодно, відсторонено чи вороже ставиться до дитини, створює умови для занадто сильних фіксацій, що перешкоджають здоровому розвитку).

Діти у цих стосунках насторожені, відсторонені від контакту або уникають його, занадто незалежні від близького оточення, що невідповідно до віку, у стресовій ситуації схильні замикатися у собі [4].

3. Амбівалентна (ненадійна) прив'язаність – зв'язок, що характеризується непередбачуваністю, непослідовністю, напруженістю, надмірною тривожністю, насичений емоційно-афективними вибухами, проявами насильства та негативними переживаннями.

Такий тип прив'язаності формується у стосунках з матір'ю, яка через власну тривожність є досить-таки непередбачуваною у своїх взаєминах із дитиною: епізоди привітності і прихильності різко змінюються надмірним гнівом, ігноруванням, байдужістю до дитини; вона схильна до надмірного контролю у дрібницях, водночас не помічає ті сфери життя, які їй справді потребують материнської уваги. У такої матері немає довіри перш за все до себе – вона постійно шукає оптимальний стиль виховання, постійно експериментує у цій сфері, посилюючи у дитини відчуття нестабільності. Разом з тим у неї відсутній справжній глибинний контакт з дитиною, вона не відчуває її потреби та нечутлива до переживань; її поведінка спрямована лише на зовнішні прояви, які носять суперечливий характер [2; 19]. Звісно, така стратегія лише посилює тривожність та поглиблює непередбачуваність у стосунках матері з дитиною. Таку матір називають «непередбачуваною», а її прояви стосовно дитини нагадують поведінку *занадто хорошої матері* за Д.В. Віннікотом [6] (яка дещо розмиває психологічні кордони – власні та дитини, намагається уникати здорових фрустрацій дитини через власну тривогу, у взаєминах з дитиною проявляє багато контролю та надмірне піклування, при цьому емоцій-

но, глибинно все ж залишається поза контактом з нею, карає дитину за прояви самостійності, посилюючи контроль або ігнорує її).

У результаті діти занадто невпевнені в оточуючому світі, світ для них нестабільний і насичений непередбачуваною небезпекою. У ситуації напруження такі діти схильні до амбівалентних почуттів, які нагадують переживання у ранньому віці (страх, що мати не прийде у потрібний момент, водночас, радість, що може прийде; гнів, тривога, що немає певності, що ж буде врешті решт). Але контакт з власними почуттями у таких дітей дуже ускладнений, оскільки вони занадто суперечливі і їх важко витримати. В стресових ситуаціях пізнавальна активність у таких дітей різко знижується [4; 19].

Первинний тип прихильності, що склався між матір'ю та дитиною або особами, що її замінюють, створює модель взаємин людини зі світом взагалі та визначають якість стосунків, які вибудовує людина у подальшому житті[14]. Так, К.Г. Бріш, наголошує, що надійний емоційний зв'язок між матір'ю та немовлям допомагає дитині: долати страх і занепокоєння, справлятися зі стресом, розуміти те, що вона сприймає, логічно мислити, покладатися на себе, досягати максимального інтелектуального потенціалу, розвивати гармонійні стосунки у подальшому житті[2]. Згідно даних досліджень інших авторів, уже у дошкільному та молодшому шкільному віці, можна помітити суттєву різницю у процесі адаптації до оточення та інтеграції у соціум у дітей з різним типом прив'язаності. Діти, у яких сформувався надійний тип прив'язаності, як правило, самостійні, відповідальні, цікавляться оточенням, спонтанні, соціально компетентні у взаєминах з однолітками, учителями, вихователями, краще долають наслідки дістресу, порівняно з дітьми з унікаючим та амбівалентним типами прив'язаності. Діти, в яких сформована ненадійна прив'язаність, схильні до агресивної поведінки, тривожності, психічних та психосоматичних розладів, мають проблеми у встановленні дружніх стосунків з однолітками та старшими [4].

Отже, те, як складаються стосунки фахівця з дитиною у просторі психологічної допомоги, є прогностичними і стосовно специфіки встановлення

взаємин, перебігу процесу реабілітації, і стосовно здатності дитини долати наслідки впливу надмірного стресу. Справедливо і інше, встановлюючи надійні стосунки з дитиною у просторі психологічної допомоги, ми фактично збільшуємо опірність дитини кризовим обставинам, оскільки створюємо сприятливий образ стосунку як такого.

Таким чином, стосунки у просторі психотерапії є надзвичайно важливим феноменом. Той тип стосунків, який складається чи не складається у психотерапевтичному просторі, розкриває історію розвитку взаємин клієнта з первинними об'єктами, прогнозує стратегію та перебіг процесу психологічної реабілітації. Крім того, зміст та якість взаємин вказує на те, яким чином клієнт вибудовує стосунок у соціальному просторі взагалі та з кризовими обставинами зокрема. Труднощі у встановленні надійних стосунків психотерапевта з клієнтом вказують на доволі глибоке комплексне порушення у останнього, основа якого закладається у ранньому дитинстві та може посилюватись кризовими обставинами. Відповідно, працюючи над якістю стосунків у просторі психотерапії, встановлюючи надійний, безпечний зв'язок з клієнтом, психотерапевт сприяє глибинній, комплексній психологічній реабілітації постраждалого внаслідок дії кризових обставин.

Виходячи з вищесказаного, **метою** даного параграфу є виклад матеріалу щодо: 1) аналізу специфіки дослідницької роботи з дітьми, що постраждали через вимушене переселення; 2) аналізу типів стосунків, які склалися у практиці психологічної допомоги дітям з внутрішньо переміщених родин; 3) аналізу умов створення безпечних (надійних) стосунків у психотерапевтичному просторі, що можна порівняти зі стосунками з теплою або достатньо хорошою матір'ю.

Перейдемо до опису результатів дослідження стосунків психотерапевта з дітьми, які знаходяться у кризових обставинах через вимушене переселення. Дослідження відбувалось на базі благодійної організації «Український дім», Кризового центру медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України протягом 2015-2016 років, охоплювало 34

дитини віком від 6ти до 14ти років і мало *значну специфіку* у організації та основних процедурах. Оскільки досліджувані знаходились у кризових обставинах, взаємодія з ними, як правило, була короткотривалою (від 1ї до 5ти сесій), ініціатива до контакту переважно йшла від фахівця, а *процедури дослідження поєднувались з процесом психологічної допомоги*. З огляду на це, методика дослідження була максимально природньою та лаконічною, респонденти швидше відчували піклування фахівця, а не відсторонену позицію експериментатора. Оскільки вибірка була невеликою, обробка даних здійснювалась з акцентом на їхні якісні характеристики.

Основними **завданнями** нашого дослідження було встановлення типів прив'язаності, які характерні для дітей, що знаходяться у кризових обставинах через вимушене переселення; визначення типового репертуару проявів дітей з різним типом прив'язаності під час встановлення стосунків з фахівцем; окреслення характеристик образу первинних об'єктів у досліджуваних в залежності від типів прив'язаності; окреслення почуттів перенесення та контрперенесення у стосунках з дітьми з різним типом прив'язаності

Основними **методами** дослідження були: структуроване спостереження та самоспостереження, анкетування, аналіз продуктів діяльності, аналіз почуттів перенесення та контрперенесення.

Структуроване спостереження було спрямоване на виявлення типу прив'язаності у дітей. Характеристики параметрів спостереження вирізнено на основі аналізу літератури [1; 2; 4; 6; 19] і включали емоційні, комунікативно-поведінкові, когнітивні прояви у дітей, що виникали під час зустрічей з фахівцем. Сукупність ознак, який позначалися у спеціальному бланку, дали змогу вирізнити тип прив'язаності у дітей.

Бланк спостереження за дітьми під час зустрічей з психологом

Основні прояви	Типи прив'язаності					
	<i>Безпечна прив'язаність</i>	*	<i>Уникаюча прив'язаність</i>	*	<i>Амбівалентна прив'язаність</i>	*
Емоційні прояви	Емоції проявляються вільно і відповідно до змісту бесіди		Емоційна нейтральність, холодність, прояви невідповідні до ситуації		Емоційний ряд афектований, прояви невідповідні до ситуації Тривожність	
Комунікативно-поведінкові прояви	Привітна поведінка, ввічливість, довіра Охоче вступає у діалог, мовлення забарвлене в цілому позитивним змістом, розгорнуті відповіді, цікавість до психолога Відкриті жести та міміка, прямий контакт очей		Уникаюча поведінка Ігнорування Говорить неохоче, з паузами, мовлення сухе, односкладне, відсутня зацікавленість до партнера комунікації Закриті жести та міміка, у очі не дивиться		Настороженість відстороненість або надмірна приязність Зміна манери мовлення від відкритої та розгорнутої до настороженої і відстороненої Різка зміна відкритої, прихильної поведінки відстороненою Закриті жести та міміка, контакт очей встановлює час від часу	
Когнітивні прояви	Легко зосереджується на контакті		Є складнощі у зосередження на контакті, прагнення уникнути тривалого контакту		Немає чіткої диференціації	

Як видно з таблиці 2.3., прояви дітей згруповано відповідно до типів прив'язаності. Позначаючи у бланку прояви дітей, далі ми мали змогу зробити висновок про переважну кількість і належність до певного типу.

Анкетування батьків включало в себе серію запитань, метою яких було з'ясувати особливості раннього розвитку дітей, виявити сприятливі та не-

сприятливі чинники, які впливали на формування типу прив'язаності дітей. Основні чинники вирізнялись на основі аналізу робіт представників теорії об'єктних стосунків [6; 10; 12], теорії прив'язаності [1; 2; 4; 19] та на основі вирізнення факторів порушення прив'язаності, перелік яких наведено у «Багатоосьовій системі класифікації психічних розладів у дітей та підлітків» [23].

Спостереження за почуттями перенесення та контрперенесення було спрямоване на виявлення почуттів учасників взаємодії, які співвідносяться з різними типами прив'язаності. Зазначимо, що, згідно психодинамічного напрямку психотерапії [6; 11; 12; 14; 16; 22], почуття контрперенесення у стосунках виникає на базі сукупності тих почуттів, які транслювали первинні об'єкти у взаєминах з дитиною. Найчастіше, звісно, мова йде про матір, оскільки, як уже сказано було вище, саме вона грає вирішальну роль у формуванні типу прив'язаності. В свою чергу, діти під час взаємодії з психотерапевтом, найчастіше переносять на нього ті почуття, які колись вони переживали стосовно первинного об'єкту. Саме тому, кожного разу, коли дитина вступає у контакт, вона, зрештою, виходить на той тип прив'язаності, який сформувався у неї на ранніх етапах розвитку. Оскільки типи прив'язаності пов'язані з різними якостями материнського об'єкту, ми згрупували почуття у залежності від його провідних характеристик. Так, *безпечна (надійна) прив'язаність* у контакті з дитиною викликає у психотерапевта почуття приязності, інтересу, оптимізму, бажання активно взаємодіяти. З боку дитини теж проявляється позитивно забарвлене перенесення: дитина відчуває прихильність до психотерапевта, цікавість, прагне до формування стосунків. *Уникаюча (ненадійна) прив'язаність* відчувається з боку психотерапевта як відстороненість, настороженість, бажання закінчити взаємодію, уникати відкритого контакту. Дитина, як правило, має негативно забарвлене перенесення, проявляючи настороженість, ухиляючись від взаємин, навіть може поводитись доволі жорстко, емоційні прояви зведені до мінімуму. *Амбівалентна (ненадійна) прив'язаність*, як правило, викликає у психотерапевта почуття

тривожності та певної невизначеності, подвійності: з одного боку є бажання огорнути дитину піклуванням, а з іншого відсторонитися, віддалитися. З боку дитини теж немало суперечливих почуттів: вона начебто доволі приязно відчувається поряд з психотерапевтом, водночас демонструє певну дистанційованість, тривогу, напруження.

Характеристики материнського об'єкту вивчався ще через аналіз образу «Луки» [11], який доволі чітко розроблено як терапевтичну та діагностичну психотехніку кататимно-імагінативної психотерапії. Цінним є те, що цей образ відображає як свідомі, так і несвідомі тенденції і суттєво доповнює дані спостережень та анкетування. Так, про те, що первинний об'єкт має якості *теплої матері*, можна діагностувати через ресурсну динаміку уявленого, соковиту траву та квіти на луках, теплу приємну погоду, доброзичливий, радісний, довірчий настрій клієнта, приємну на дотик землю, траву, відсутність конфліктних об'єктів тощо. Наведемо приклад імагінації образу «Луки», що відображає характеристики теплої матері.

Дев'ятирічна А. переселена із зони АТО у червні 2014 року разом зі своєю мамою та сестрою. Дівчинка чула звуки обстрілів і знає про загибель своєї подруги. Проходила серію групових психотерапевтичних зустрічей на пункті тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб. У стосунках з психологом поводитися привітно, відкрито, емоційні прояви відповідні до ситуації, активно включалася у психотерапевтичний процес. Образ «Луки» дівчинки доволі ресурсний. А. уявила луки літньої пори з яскравою соковитою травою, квітами та деревом. Під час імагінації відпочивала на луках і спостерігала за метеликами. Почувалася добре і розслаблено. У мотиві та у малюнку дівчинки в цілому спроектовано образ теплої матері. Тривогу викликають лише деякі деталі малюнку – трава з гострими краями, що швидше нагадує пеньки від дерев (проекція переживання втрати знайомих), заплутані, гострі гілки на дереві (проекція тривожного стану та страху у зв'язку із травмівними подіями).



Рис. 2.1. Мотив «Луки» дев'ятирічної А. Проекція образу теплої матері.

Холодна матір у мотиві «Луки» діагностується через образи зимної погоди, наявність снігу та криги на луках, жорстку траву, неприємну на дотик землю, незатишного стану клієнта (тривожність, страх), неможливість ресурсного розслабленого стану на луках, наявність вороже налаштованих об'єктів тощо.

Восьмирічний В. переселений із зони АТО у липні 2014 року разом зі своєю мамою та бабусею. Хлопчик був свідком бойових дій і бачив поранених людей. Проходив серію психотерапевтичних зустрічей на пункті тимчасового перебування внутрішньо переміщених осіб. На контакт з психологом йшов насторожено, емоційні прояви були збіднені, говорив неохоче та односкладно. Мотив «Луки» від самого початку були просякнуті відчуттям напруги та небезпеки, свою власну постать хлопчик не уявив зовсім. За мірою розвитку імагінації, на луках з'явилися дракони, які загрожували знищенням усього живого. Вони поводити себе невблаганно, експансивно та непередбачувано. Уявляючи образ, В. спокійно поставився до такого розвитку подій. Говорив про те, що йому подобається ця фантазія і не виникало бажання щось трансформувати у образі.



Рис. 2.2. Мотив «Луки» восьмирічного В. Проекція образу холодної матері.

Непередбачувана матір діагностується через суперечливі образи уявленого та зображеного: в цілому сприятливі луки можуть бути насичені неприємними або небезпечними об'єктами, супроводжуватись пригніченим, тривожним станом клієнта, неможливістю уявити себе, розслабитись на луках, контактувати з травою та землею, може виникати стан задухи або недостатчі простору, невідповідний одяг до погодних умов, можуть бути місця, до яких неможливо підійти тощо.

Дев'ятирічний С. був переселений зі сходу у вересні 2014 року разом з усією родиною. Хлопчик чув звуки обстрілів, але не був свідком відкритих бойових дій. Проходив серію психотерапевтичних зустрічей з психологом у місці тимчасового проживання (гуртожиток). На контакт з психологом йшов охоче, висловлював зацікавленість подібною роботою. Разом з тим поводив себе гіперактивно та відчужено, уникав розмов про нього (настрій, вподобання, події життя, особливості стосунків з рідними тощо), мав складнощі у висловлюванні своїх почуттів. Мотив «Луки», в цілому уявлялися хлопчику доволі сприятливими: тепла літня погода, зелена трава, позитивні відчуття. Та за мірою розвитку імагінації, все більш чітко проявлялася тривога та напруженість хлопчика: трава виявилась жорсткою, на якій не можливо було сісти чи лягти, з'явилися різні комахи, які становили загрозу. У С. ви-

никло бажання покинути луки якнайшвидше. Намалювати уявлене хлопчик намагався швидко, без особливого бажання це робити. На рисунку бачимо недомальовані об'єкти – дерево(справа) та постать С. (по центру).

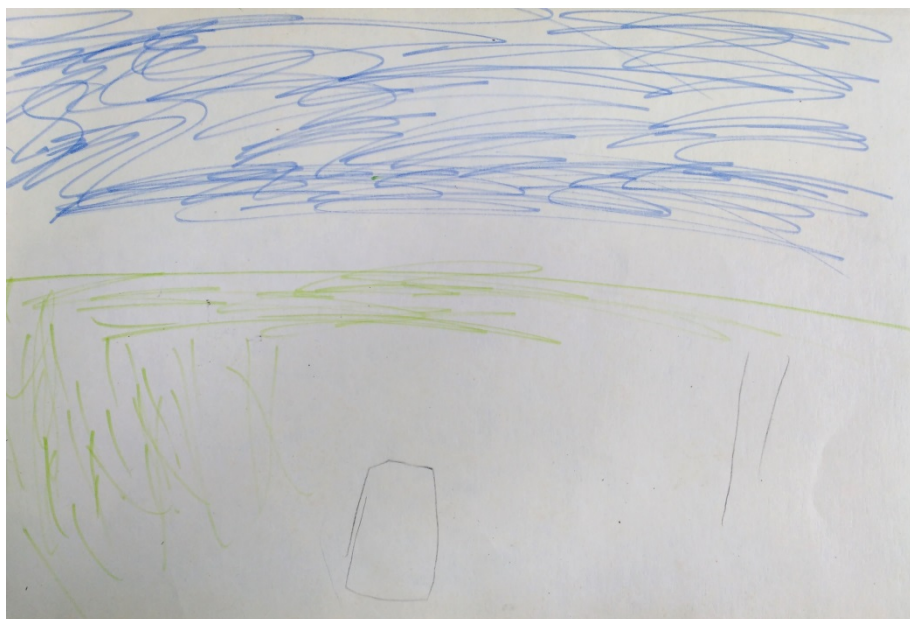


Рис. 2.3. Мотив «Луки» дев'ятирічного В.. Проекція образу непередбачуваної матері.

Результат спостереження за почуттями перенесення та контрперенесення, а також та результат аналізу характеристик материнського об'єкту ми позначали у спеціальному бланку. У бланку ми вирізнили типові якості материнського об'єкту та його типові символічні репрезентації в уявних імагінаціях. Крім того, у цьому ж бланку, можна було доповнювати ще ті феномени, які спостерігалися у почуттях чи символічних проявах додатково.

Розглянемо приклад бланку спостереження за почуттями перенесення та контрперенесення та символічною репрезентацією характеристик об'єкту матері.

Бланк спостереження за почуттями перенесення, контрперенесення та символічною репрезентацією характеристик об'єкту матері.

Почуття у стосунках	Типи прив'язаності		
	<i>Безпечна прив'язаність</i>	<i>Унікаюча прив'язаність</i>	<i>Амбівалентна прив'язаність</i>
	Материнський об'єкт		
	<i>Тепла мати</i>	<i>Холодна мати</i>	<i>Непередбачувана мати</i>
<i>Перенесення</i>	Позитивно забарвлене: прихильність; цікавість; бажання формувати стосунки.	Негативно забарвлене: напруженість; відстороненість; ворожість; бажання уникати стосунків.	Нестійке (позитивно забарвлене, змінюється негативним): прихильність; тривога; емоційна відстороненість; напруженість.
<i>Контрперенесення</i>	Приязність; інтерес; оптимізм; бажання взаємодіяти.	Настороженість; відстороненість; бажання закінчити взаємодію; уникати відкритого контакту.	Прихильність; Напруженість; тривога.
Символічні прояви у мотиві «Луки» та у зображенні уявленого	Приємна тепла погода; день; насичена кольором соковита трава; квіти; приємна на дотик земля, трава; наявність ресурсних об'єктів.	Холодна погода; буревій, град, гроза, заметіль тощо; ніч; жорстка трава; холодна, неприємна на дотик земля; наявність снігу, криги; наявність вороже налаштованих об'єктів.	Дискомфортна погода (літо, але спекотно, весна, але занадто сиро тощо); день або ніч; дощ; наявність неприємних, небезпечних об'єктів; невідповідний одяг до погодних умов; наявність небезпечних місць.

Отже, спостерігаючи за почуттями перенесення та контрперенесення, аналізуючи символічне відображення материнського об'єкту, ми мали змогу суттєво доповнити дані спостереження за зовнішніми проявами дітей та дані

анкетування. Крім того, ми мали можливість комплексно розглянути ті характеристики стосунків, які виникали між психотерапевтом та дітьми з вимушено переселених родин, детально вивчаючи характеристики первинного об'єкту, надалі порівнюючи їх з типологією прив'язаності та даними анкетування. Детальний якісний аналіз та порівняння даних, в цілому, дав нам комплексне розуміння того, з яким феноменом ми маємо справу у стосунках, як будувати взаємини у зв'язку з цим та як допомогти дітям вибудувати процес подолання наслідків кризових обставин.

Перейдемо до розгляду даних проведеного дослідження. За даними спостереження, переважна кількість дітей під час контакту проявляла ознаки ненадійного зв'язку (72%): унікаючого (46%) та амбівалентного типів прив'язаності (26%). Найбільш типовими проявами дітей з *унікаючим* зв'язком були: емоційна нейтральність, унікаюча поведінка, сухе, односкладне мовлення, відсутність прямого контакту очей, прагнення уникати тривалого контакту. З амбівалентним типом прив'язаності діти у переважній більшості проявляли: тривожність, настороженість, різка зміна прихильної поведінки відстороненою. Дітей з безпечним (надійним) типом прив'язаності означилось 28%. Для них характерно: вільний прояв дружніх почуттів, ввічливість, довіра, цікавість до психолога, прямий контакт очей, зосередженість на контакті.

Подальший наш аналіз був спрямований на те, щоби з'ясувати яка природа даного розподілу: чи ці діти мали порушені стосунки у ранньому дитинстві чи, можливо, кризові обставини спровокували руйнацію надійних стосунків, оскільки як зазначається у «Багатоосьовій системі класифікації психічних розладів у дітей та підлітків» [23], не лише травмівна поведінка батьків, а й негативні суспільні фактори, такі як, наприклад, міграція і звикання до нових соціальних обставин можуть ставати причиною порушення прив'язаності.

Аналіз даних анкетування не дало суттєвого прояснення. Лише 15% респондентів, діти яких мали ненадійний зв'язок з оточуючими, вирізнили на-

явність причин, що могли мати вплив на порушення стосунків. Як, правило, називали ранній вихід матері на роботу (до шестимісячного віку дитини), втрату улюбленої людини, алкоголізм або вживання наркотиків одного з членів родини, постійна зміна осіб, які доглядають за дитиною, тривале перебування дитини у лікарні, раптове, вимушене переселення зі звичного місця проживання. Досліджувані, як правило, не могли вирізнити чинників, що стосувалися психо-емоційних зв'язків у родині: брак теплоти у родинних стосунках, порушення емоційного зв'язку матері та дитини, тривожність, ворожість поведінки найближчих споріднених для дитини осіб (як правило, матері). Не вирізняли, також, чинників, що стосуються несприятливих відтінків стосунків первинних об'єктів з дитиною: надмірна опіка, порушення емоційних та фізичних меж дитини, надмірний контроль або його брак, байдужість, незацікавленість у контакті, обмеження пізнавальної активності дитини через тривогу матері тощо. В цілому, можна констатувати, що більшість досліджуваних батьків не пам'ятали ніяких детальних обставин раннього розвитку дітей. Такі результати можуть свідчити про те, що існує ймовірність відсутності навички у дорослих аналізувати особливості своїх стосунків з оточуючими, звичкою витісняти неприємні відтінки взаємин. З іншого боку, треба брати до уваги, що респонденти знаходились у кризових обставинах, і витіснення могло виникнути як наслідок травмівних обставин, які спричинили блокування доступу до тих спогадів, що стосувались життя до військового конфлікту та вимушеного переселення.

Аналіз даних бланку спостереження за почуттями перенесення, контрперенесення та символічною репрезентацією характеристик об'єкту матері показав, що у переважній більшості дітей з ненадійною прив'язаністю наявні порушення стосунків з материнським об'єктом (61%). Так, такі діти, як правило, мали негативне перенесення на психотерапевта, в якому панували почуття настороженості, відстороненості, тривоги. Почуття контрперенесення були теж доволі тяжкими: відстороненість, тривожність, безсилля тощо. «Лу-

ки» таких дітей були насичені конфліктним змістом, який репрезентував порушення психо-емоційного зв'язку з матір'ю.

У 11 % дітей з ненадійною прив'язаністю не виявилось порушень ні на образному рівні, ні на рівні почуттів перенесення та контрперенесення. Якості материнського об'єкту таких дітей були цілком сприятливі і свідчили про надійність та ресурсність. З огляду на це, можемо зробити висновки, що фактори перебування дітей у зоні гострого воєнного конфлікту та вимушеного переселення зіграли вирішальну роль у порушенні прив'язаності. Поглиблена бесіда з батьками цих дітей, показала, що дійсно, діти дещо змінили свою типову поведінку у стосунках після травматичних подій. Усі 11% дітей проявляли ознаки унікаючого типу прив'язаності.

У дітей з надійною прив'язаністю (28%) почуття перенесення, контрперенесення, символічні репрезентації материнського об'єкту мали позитивний зміст, що в цілому підтверджує теорію, викладену нами вище. Стосунки з такими дітьми легко встановлювались і мали позитивний прогноз. Відповідно, успішно долались кризові обставини цими дітьми і вони добре адаптувались до нових соціальних умов.

У дітей з порушеною прив'язаністю були складнощі у встановленні стосунків з усіма фахівцями, що працювали з ними. Діти з унікаючим типом прив'язаності у стосунках були надмірно замкнуті, малослівні, прагнули до якнайшвидшого завершення контакту. У психотерапевтичній групі вони, як правило, не проявляли себе, мовчки виконуючи справи або ж зовсім відсторонюючись від процесу. Діти з амбівалентним типом прив'язаності були більш привітними і прагнули до зв'язку з оточуючими, але поводитись занадто обережно, тривожно, насторожено, боячись виявити свої справжні почуття. Відповідно, діти з ненадійною прив'язаністю менш ефективно справлялись з кризовими обставинами і мали більше негативних проявів через надмірний стрес.

З огляду на це, нашими завданнями у психотерапевтичному процесі були підтримка хороших стосунків та позитивних тенденцій відновлення у

дітей з надійним типом прив'язаності та побудова надійних стосунків з дітьми, що мали порушення прив'язаності. Оскільки такі порушення мали, як правило, доволі глибоку причину і посилювались або виникли у зв'язку з втратою відчуття надійності та безпечності об'єкту через надмірний стрес, то основною нашою стратегією було створення надійного, безпечного, сприятливого середовища та побудова стосунків з дітьми через образ об'єкту достатньо хорошої матері.

Отже, *надійні стосунки* у просторі психотерапії – здоровий, емпатійний зв'язок між психологом та дитиною, в якому задовольняється її потреба у безпеці, піклуванні, передбачуваності та тривалості взаємин. При цьому психолог адекватно відчуває власні психологічні кордони та кордони дитини, дружньо та емоційно ставиться до неї, допускає помірні фрустрації у взаєминах, які є умовою здорового розвитку.

Узагальнюючи практичний досвід, вдалося вирізнити *основні умови*, якими варто керуватися у взаємодії з дітьми, що перебувають у кризових обставинах, для відновлення надійних стосунків та забезпечення процесів самовідновлення та самоцілення маленьких клієнтів: *безпечність, константність, ритмічність, послідовність, передбачуваність, панування атмосфери поваги*. Саме ці умови стосунків важливі для трансформації порушеного первинного об'єкту, оскільки вони пов'язані з рисами достатньо хорошої матері.

Безпечність – це базова умова для початку зцілення дітей, оскільки загроза (реальна чи уявна) є тяжким фактором, який спричиняє повторні переживання стресових станів, що, у свою чергу, негативно позначається на процесі відновлення психіки. *Відчуття базової безпечності* – образ, на основі якого можливий здоровий розвиток та функціонування душевного життя і який формується у результаті стосунку первинних об'єктів з дитиною на ранніх етапах її розвитку. Образ цей складається з основних тілесних відчуттів, почуттів, інтенцій, подальших фантазій тощо стосовно первинних вражень немовля від стосунків з матір'ю та іншими близькими дорослими, які здійснюють холдінг. У сприятливому варіанті сформованості *відчуття базової*

вої безпеці сприймається людиною як довіра, вітальність, впевненість, глибокий спокій, надійність, стабільність, віра, любов, ірраціональність, радість тощо. Негативний досвід стосунків на ранніх етапах розвитку та травмування сприяє розвитку регресивних процесів дитини, оскільки світ стає занадто загрозливим. І, якщо відчуття базової безпеки збережено, то дитина легко та самостійно, спираючись на глибокі вітальні образи, справляється з травмою. Саме тому психотерапевт має особливо ретельно поставитись до власних відчуттів внутрішньої безпеки, щоби мати можливість транслювати образ надійного сталого об'єкту для травмованих дітей (достатньо хорошої матері). Якщо фахівець так само перебуває у тяжких травматичних обставинах або не відновився після них, переживає наслідки дістресу, йому буде складно формувати сприятливі психотерапевтичні стосунки. Діти будуть відчувати стан психотерапевта, який може лише поглибити несприятливі процеси у них. Таким чином, перша умова сприятливих стосунків забезпечується врівноваженим станом фахівця і усвідомленням його значення у процесі психологічної допомоги у кризових обставинах.

Наступна умова сприятливих стосунків пов'язана з забезпеченням *константності та ритмічності* у взаємодії, які є надзвичайно важливими для встановлення надійного зв'язку з дитиною та подолання наслідків тяжкого стресу у постраждалих. *Константність* полягає у створенні відносно однорідних та постійних умов, в яких відбуваються стосунки. Так, важливо, щоб діти не змінювали місця свого перебування хоча б протягом місяця, щоб з ними працювали одні і ті ж самі психотерапевти, щоб з ними контактували одні і ті самі люди, щоб день у день повторювались звичні для дітей види діяльності. *Ритмічність* середовища досягається через визначений режим діяльності дітей, який має бути простим і зрозумілим та чітким і постійним графік занять з психотерапевтом. Психотерапевту бажано обирати визначену групу дітей, яку він буде супроводжувати протягом певного часу. Про все це слід проінформувати дітей – вони мають знати, в які дні, і в який час їх відвідуватиме психотерапевт.

Послідовність та передбачуваність стосунків є базовими умовами для відновлення плинності внутрішнього життя дітей, довірчого ставлення до інших. Послідовність та передбачуваність досягаються через забезпечення постійного та логічно вивіреного соціального, медичного та психологічного супроводу дітей з внутрішньо переміщених родин. Якщо це можливо, психолог має чітко спланувати тривалість роботи з дітьми, етапи, зміст та основні прийоми психологічної допомоги. Варто повідомити дітям про сенс взаємодії з психологом за умов переживання стресових обставин, розповісти про форми роботи з ними, про тривалість та періодичність зустрічей. Якщо психолог працює з групою дітей, необхідно сприяти збереженню її сталого складу. Протягом усього часу психологічної роботи з дітьми варто уникати різкої, часткої зміни подій у їхньому житті. Хочеться особливо наголосити на цьому, оскільки в реальних умовах нашої роботи спостерігалась хаотична і перенасичена подіями організація життєдіяльності дітей волонтерами, що, звісно, спричиняє додатковий стрес для психіки. Так, кожного дня дітям пропонувалися надмірна кількість розваг, подарунків, поїздок, занять, взаємодій з різними незнайомими дорослими тощо.

Панування атмосфери поваги [7] є ключовим моментом для відновлення природних компенсаторних механізмів дитячої психіки. Саме прояви поваги стосовно дітей, а не жалість, надмірне опікування чи посилена увага є терапевтичним підґрунтям здорового функціонування психіки людини. Ставлення з *повагою* до дитини забезпечує низку важливих посилянь, які відчутно відображуються у її свідомості, – любов до дитини, інтерес до її світу, підкреслення важливості кожного учасника процесу стосунків, вирізнення у діалозі психологічних кордонів дитини, надання свободи вибору, довіра та увага до почуттів, поведінки та висловлювань дитини, віра в її власні сили, оптимізм, рівноправність, толерантність та ін.. Усі ці посилення, які засвоюються дитиною під час подолання кризових обставин, сприяють не лише відновленню надійних зв'язків зі світом, відновленню її психоемоційного стану, а й закладають основи успішної особистості.

Ставлення ж фахівців до дітей з іншими відтінками позначається на результаті їхньої роботи і можуть блокувати доступ дитини до формування надійних зв'язків і, відповідно, її природніх механізмів саморегуляції. Так, наприклад, значна кількість волонтерів, слідуючи своїм почуттям контрперенесення і підтверджуючи проєктивні очікування дітей, проявляли риси *поганої матері* (хаотичність, емоційна дистанційованість, відстороненість від справжніх переживань дітей тощо) або *занадто хорошої матері* (гіперопіка, надмірна увага, жалісливість, тривожність тощо). Відчуваючи таке ставлення, діти не мали умов для трансформації первинного об'єкту і швидше формували образ жертви, яка пасивно очікує допомоги, а не прагне до активного виходу з ситуації.

Наведемо приклад формування надійних стосунків з дівчиною-переселенкою, яка мала ознаки порушення прив'язаності:

Дев'ятирічна К. була переселена із зони АТО у червні 2014 року разом з бабусею. Вона була очевидцем обстрілів та бомбардувань. Відвідувала серію групових зустрічей з психологом у пункті тимчасового перебування. У контакті з психологом поведилась емоційно нейтрально, говорила неохоче, відсторонено, на зустрічі приходила кожного разу, але без особливого ентузіазму, часто приймала закриту тілесну позу (перехрещені руки та ноги), намагалася скоротити тривалість діалогу, не дивилася у очі під час розмови. В цілому, таку прояви свідчили про унікаючий тип прив'язаності у К.. Анкетування батьків не виявило особливих несприятливих чинників розвитку дитини, але контакт з мамою дівчинки теж мав доволі «сухі», малоемоційні відтінки. На рівні почуттів контрперенесення дівчинка викликала напруження і тривогу, хотілося уникати тривалих розмов з нею, зайвий раз «не чіпати». У образі «Луки» проявилися ознаки холодної матері – покриті кригою та снігом; дівчинка прагнула швидко закінчити імагінацію. Основною стратегією у встановленні більш теплих, надійних стосунків з К. було створення безпечного середовища через константність і ритмічність ряду зустрічей, витримку та сталість фігури психотерапевта та через суто психотерапев-

тичні техніки: застосування імагінативної психотехнік «Улюблена тварина у безпечному місці». Вирішальним же у стосункам з цією дівчинкою було утримання психотерапевтом почуття поваги до її проявів небажання вступати у контакт чи ділитися почуттями або чимось особистим. Саме привітне визнання психотерапевтом такої стратегії у взаємодії з оточуючими та утримання виміру можливості змінити тактику поведінки тоді, коли це стане можливим, помітно знизили тривогу К. і в цілому запустили процеси потепління у стосунках. На п'ятій зустрічі дівчинка обрала психотерапевта для вправи «Листівка для друга». Потрібно було створити листівку (намалювати її та написати якесь коротке послання) для того, кого ти обрав для цієї вправи. Це був шанс для налагодження більш тісної прив'язаності. Так і сталося. Дівчина намалювала листівку з котиком (цікаво, що у образі «Улюблена тварина у безпечному місці» була саме ця тварина) і зробила такий підпис «Привет для друга. М'яу-мур!». І хоча листівку дівчинка передавала без особливих коментарів та почуттів, але все ж це був поворотний момент у стосунках. Саме після цієї зустрічі покращилась загальна негативна симптоматика дівчинки через травмування: поганий сон, зниження апетиту, відчуженість.



Рис. 2.4. Мотив «Улюблена тварина у безпечному місці» дев'ятирічної К.

На наступних зустрічах К. поводи́ла себе ще де́що відсторонено, але все-таки більш приязно: все частіше можна було побачити її посмішку, вона охоче виконувала групові вправи, а після сьомої зустрічі залишилась з дівчатками щоби додатково намалювати щось для психотерапевта. Це був малюнок дерева, яке росло вже на зелених луках. Поступово стосунки з К. все більш набували рис надійності. Паралельно з цим, кращали її стосунки з однолітками, знижувався рівень загальної тривоги, покращувалась негативна симптоматика, яка виникла через надмірний стрес. Змінювались також почуття контрперенесення щодо неї – виникло бажання більш тривалих діалогів з нею, відчувалося більше розслаблення у контакті та почуття спокою. На останній зустрічі К. висловила побажання про те, щоб такі групові зустрічі повторилися ще. В цілому, такі змін у стані та проявах дівчинки свідчили про тенденцію формування у неї більш тісних зв'язків у стосунках.

Отже, створюючи умови для відновлення надійних стосунків з дітьми, що зазнали травмування через вимушене переселення, ми не лише сприяли трансформації первинного об'єкту і відновленню відчуття безпечності, а й закладали основи для успішного подолання самими постраждалими негативних наслідків кризових обставин.

Таким чином, стосунки у просторі психотерапії є надзвичайно важливим феноменом. Той тип стосунків, який складається чи не складається у психотерапевтичному просторі, розкриває історію розвитку взаємин клієнта з первинними об'єктами, прогнозує стратегію та перебіг процесу психологічної реабілітації. Крім того, зміст та якість взаємин вказує на те, яким чином клієнт вибудовує стосунок у соціальному просторі взагалі та з кризовими обставинами зокрема. Труднощі у встановленні надійних стосунків психотерапевта з клієнтом вказують на доволі глибоке комплексне порушення у останнього, основа якого закладається у ранньому дитинстві та може посилюватись кризовими обставинами. Відповідно, працюючи над якістю стосунків у просторі психотерапії, встановлюючи надійний, безпечний зв'язок з

клієнтом, психотерапевт сприяє глибинній, комплексній психологічній реабілітації постраждалого.

Основними умовами, якими варто керуватися у взаємодії з дітьми, що перебувають у кризових обставинах, для відновлення надійних стосунків та забезпечення процесів самовідновлення та самоцілення маленьких клієнтів є: безпечність, константність, ритмічність, послідовність, передбачуваність, панування атмосфери поваги. Саме ці умови стосунків важливі для трансформації порушеного первинного об'єкту, оскільки вони пов'язані з рисами достатньо хорошої матері.

Список використаних джерел

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / Джон Боулби – М.: Академический проект, 2004. – 232с.
2. Бріш К.Г. Розлади прив'язаності від теорії до терапії. Посібник./ Карл Гайнц Бріш – Львів: 2012. – 314 с.
3. Бубер М. Я и ты / Мартин Бубер – М. 1993. – 82 с.
4. Бурменская Г. В. Привязанность ребенка к матери как основание типологии развития/Г.В. Бурменская//Вестник Московского университета, серия 14. Психология, 2009. - №4.
5. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым/Джеймс Бьюдженталь – М.: Класс, 1999.
6. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери; [пер. с англ. Н.М. Падалко] / Дональд Винникотт — М.: Независимая фирма «Класс», 2007. — 80 с. — (Библиотека психологии и психотерапии);
7. Гребінь Л.О. Феномен поваги/неповаги як соціокультурний чинник надання психотерапевтичної допомоги в структурно-психодинамічному підході / Людмила О. Гребінь // Методичні рекомендації щодо врахування соціокультурних чинників в теорії та практиці психотерапевтичної допомоги особистості. – К., 2013 – с. 117-137

8. Кісарчук З.Г. Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим/ Зоя Кісарчук// Актуальні проблеми психології Т.3: Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України/ За ред. Максименка С.Д. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2016. – Вип. 12. – с. 7-22;
9. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М. Специфіка перебігу кризових станів, психотравми та посттравматичного стресового розладу у дітей/ Зоя Кісарчук, Яніна Омельченко// Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І.М. Біла ... Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. , 2016. – с.9-21;
10. Кляйн М. Зависть и благодарность. Исследование бессознательных источников / Мэлани Кляйн. — СПб.: Б. С. К., 1997. — 96 с.
11. Лейнер Х. Кататимное переживание образов / Ханскарл Лейнер – М.: Эйдос, 1997. – 286 с.
12. Малер М. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация; [Пер. с англ.] / Маргарет Малер, Фред Пайн, Анни Бергман - М. : Когито-Центр, 2011. - 413 с. - (Библиотека психоанализа)
13. Омельченко Я.М. Значення стосунків психотерапевта з дітьми, що перебувають у кризових обставинах через вимушене переселення/ Яніна Омельченко// Актуальні проблеми психології. Т.ІІІ: Консультативна психологія та психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України/ За ред.. С.Д. Максименка. - Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К.: Логос, 2015. – Вип.11. Консультативна психологія і психотерапія. – с. 52-73
14. Омельченко Я.М. Значення стосунків у ранньому дитинстві для формування стресостійкості/ Яніна Омельченко// Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник /

- З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла ... Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. – К., 2016. – с.21-33;
15. Омельченко Я.М. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації/ Яніна Омельченко// Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник/ З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. – К.: ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. – с. 15-26;
 16. Психоаналитические термины и понятия: словарь / [ред. Барнесса Э. Мура, Бернанда Д. Файна; перев. с англ. А. М. Баковикова, И. Б. Гриншпуна, А. Фильца]. -М.: Независимая фирма «Класс», 2000. —304 с.;
 17. Психологическая помощь в кризисных ситуациях [Электронный ресурс]/ Режим доступа: <http://www.amerahi.ru/articles/index.php?article=21> – название с экрана;
 18. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос [та інш.]; за заг. ред. З.Г. Кісарчук. - К.: ТОВ «Видавництво «Логос»». – 207 с.;
 19. Пупирьева Е.В. В настоящее время широко исследуются три основные типа привязанности, выделенные Эйнсворт [Электронный ресурс]/ Режим доступа: http://psinovo.ru/stati/v_nastoyashee_vremya_shiroko_issleduiutsya_tri_osnovnie_tipa_privyazannosti_videlennie_eynsvort_nadezhnaya.html - название с экрана;
 20. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період: метод. рек. / Н.П. Бочкор, Є.В. Дубровська, О.В. Залеська та ін. – Київ: МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. – 84 с.
 21. Соціокультурні чинники становлення сучасної парадигми психотерапевтичної допомоги особистості : монографія / [З.Г. Кісарчук, Л.О. Гре-

- бінь, Т.С. Гурлева та ін.] ; за ред. З.Г. Кісарчук. — Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2012. — 276 с.
22. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / Зигмунд Фрейд. — М.: Наука, 1989. — 456 с.
23. Remschmidt H. & Schmidt M.H. (Hrsg.) (1994). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes-und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Heber.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СТОСУНКІВ ПСИХОТЕРАПЕВТА З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ВЕТЕРАНАМИ ТА ЇХНІМИ РОДИНАМИ

3.1. Характеристики та динаміка формування структурно зрілих психотерапевтичних стосунків у роботі з військовослужбовцями, які мають фізичні ушкодження

Дослідженням стосунків психотерапевт – пацієнт найбільш уваги традиційно приділяють у психодинамічних методах психотерапії. Про це розлого викладено вище в першій главі монографії. Нагадаємо, що більшість авторів виділяють два, три або чотири види стосунків у процесі психотерапії: стосунки робочого альянсу (іноді окремо виділяють стосунки робочого альянсу та контракту), стосунки перенесення та реальні стосунки. Втім, майже всі сучасні методи психотерапії визнають значущу роль відносин у процесі психологічної та психотерапевтичної допомоги, називають це різними словами, наприклад, якість контакту, взаємодія, рапорт, психічне зараження, навіювання, емпатія тощо. У наших дослідженнях ми намагались виявити структурні відмінності різних видів взаємин, створити типологію стосунків, експрес методикау діагностики актуально присутнього та актуально необхідного типів стосунків під час психотерапевтичного спілкування з пораненими, значущі характеристики формування структурно зрілих стосунків та можливу динаміку, виходячи з авторської структурно-психодинамічної моделі травми та особливостей реагування на психотравмівні події постраждалими, які мають тілесні ушкодження. Наші дослідження відбуваються на перетині психотерапії, кризового консультування, медичної та військової психології.

Насамперед нагадаємо, що стосунки психотерапевта та клієнта відбуваються на тлі різноманітних контекстів, які професіонал мусить брати до уваги. Позитивні контексти за можливістю – використовувати на благо клієнта, негативні – обговорювати, враховувати. Фізичні, географічні, соціальні, економічні, юридичні, історичні та інші умови можуть впливати на стан пораненого та динаміку роботи. Суттєвим фактором одужання є так зване «*мереживо взаємин*» пораненого поза терапією, яке може щільно підтримувати воїна або ж утворювати «діри», примножувати тривогу й вбивати мотивацію до життя та зцілення. Це мереживо має різні масштаби впливу від інтимних (із родиною) та товариських (із друзями), до макродержавних та загальносвітових. Вирішально важливою є якість, *надійність* взаємин у військовому підрозділі з побратимами, командирами та підлеглими. В Україні воїни захищають свою землю від підступних та хитрих загарбників. Одночасно адміністративний устрій та звички чиновників ще мають ознаки постімперської зневаги до громадянина, також населення не захищено від підступної російської пропаганди. Це призвело до того, що наразі ми можемо виділити три *типи позавійськового ставлення* до воїнів та поранених захисників: (1) вдячність, повага, піклування з боку великої кількості людей та громад; (2) страх, відсторонення, демонстративна зневага та провокації з боку «уламків імперії», колабораціоністів і свідомих провокаторів та ворожої агентури; (3) страх, відсторонення, уявна толерантність так званих «нейтральних» громадян, які хочуть триматись подалі від будь яких напружень і роблять вигляд що в країні немає війни. На психологічний стан воїна, який повертається у тили (за свідченнями самих воїнів), впливає, який саме тип *позавійськового ставлення* переважає в його оточенні.

Історично ми маємо сумну закономірність, що дослідження способів допомоги постраждалим проводяться на тлі або після травмівних подій: війн та катастроф. У давньому світі існували певні традиції, які забезпечували статус воїнів, їхнє здоров'я, ефективність та перехід в інші статуси. В сучасній історії ці традиції було втрачено. Перша світова війна кинула виклик

новітньому на той час методу психоаналізу, одним з досягнень якого було визнання значущості психологічних чинників у розвитку так званих військових неврозів, в перелік яких було включено соматичні, нервові та психологічні реакції постраждалих. [22] Після першої та другої світових війн виникли та розвивалися групові методи психотерапії, в яких стосунки між людьми стали дієвим фактором зцілення. Після в'єтнамської війни у Сполучених Штатах почали активно вивчати дезадаптивну поведінку ветеранів, особливості їхніх психофізіологічних станів. У літературі наводиться статистика, що 25% комбатантів тієї війни мали ознаки посттравматичного стресового розладу. Серед поранених негативні психічні реакції мали, за різними джерелами, 42% - 50% людей. [3, 15] За даними Караяни А. 2002 року 70% інвалідів російських війн мали психічні порушення. [10] Війни продовжували травмувати воїнів і медицина, психологія, психотерапія, релігія, суспільство загалом мусили відповідати викликам. Історія знає різні приклади відношення до поранених. Російськи дослідники виділяють три типи ставлення до солдатів: відношення як до «витратного матеріалу», як до «засобу» та як до «цінності». В перших двох випадках психологічна реабілітація військових не передбачається. [10] Психологія та психотерапія загалом виникають у суспільствах, де цінують людське життя. В таких суспільствах психотерапія поранених після минулих воїн проводилась з урахуванням їхніх медичних та фізичних особливостей/ обмежень. Ми можемо виділити два загальних підходи, які на цей час практикують спеціалісти, як представники суспільства, надаючи психологічну допомогу комбатантам та зокрема пораненим. Перший полягає у заходах, спрямованих на реабілітацію, відновлення психологічних та фізичних можливостей комбатанта, які він мав до війни. Цей підхід має гуманістичну та прагматичну мотивації з боку держави. Ветеран мусить бути певним чином соціально адаптованим, помірно економічно самостійним, не нести загрозу суспільству. Другий підхід враховує незворотні зміни особистості під дією унікального досвіду перебування на межі життя та смерті та набуття відповідного досвіду, який не може бути знівельованим. У цьому підході реабілітацію вважають неможливою,

ветерани мусять пройти якісне перетворення, абілітацію і стати «людьми мудрості». [20] На практиці більшість психологів розуміють незворотність особистісних змін під час війни, та за довоєнною традицією продовжують називати свою діяльність реабілітацією, а майданчики для допомоги в медичних традиціях – реабілітаційними центрами. І під реабілітацією мають на увазі не буквально відновлення довоєнних стосунків, а здатності бути здоровим та компетентним, створення умов для розкриття нових спроможностей, нових стосунків (у тому числі з власною родиною та довоєнними друзями) на ґрунті пережитого екзистенційного досвіду. Таким чином, факт сутнісних змін комбатанта мусять враховувати в обидвох підходах.

Крім цього, виокремимо два не психологічні й не людські види ставлення держави, які здійснювались комуністичним режимом Радянського Союзу в різні періоди історії. Після Другої світової влада фізично ізолювала та знищила інвалідів війни. Пізніше, після афганської війни, певну частину ветеранів використовували кримінальні угруповання у тісній співпраці з комуністичними та комсомольськими чиновниками. Таким чином, історично різні приклади ставлення держав, які воювали, суспільств, у які вертались поранені воїни, можна розташувати на континуумі відносин від страху та нелюдського знищення поранених до вдячності їм, поваги та надії на їхню мудрість:

страх та фізичне знищення – ізоляція – використання-криміналізація – зневага – терпіння – вдячність – допомога у перевтіленні – користь досвіду для блага громад – повага – визнання мудрості.

Фізичне знищення наших військових та ветеранів в тилу агентурою ворога, теракти ми відносимо до форми військових дій, які також впливають на загальну атмосферу в “мирній” частині країни та є елементом психологічного тиску, підвищення атмосфери напруження, страху.

Ми маємо надію, що в нашому суспільстві переважатиме повага і вдячність, а ветерани будуть здатними проводити зміни у нашій країні на основі принципів справедливості, поваги та законності. Треба наголосити, що українським традиціям, на відміну від імперських, була притаманна повага та піклування про поранених та старих воїнів і у скрутні часи. Про це свідчить консти-

туція Пилипа Орлика 1710 року: «У цьому місті (Терехтемирів) для старих, зубожілих та ранами скалічених козаків за військовий кошт має бути збудований шпиталь, відтоді вони матимуть харчі та одяг» [18] Та нині крізь відповідальне ставлення спільноти до воїнів прориваються чужинська байдужість, саботаж та провокації. Крім того, гідне ставлення держави до поранених та інвалідів, на жаль, ще дуже мало втілюється в буквальні матеріальні речі безбар'єрного простору пересування: наявність правильних пандусів та ліфтів, широких вбиралень, заїздів на тротуари тощо. Останній фактор має суттєве значення для здійснення самостійності та свободи пересування, відчуття спроможності, можливості контролювати власне життя для пораненого, який поки пересувається у візку. На нашу думку, фактор якості життя при певних умовах може не залежати від фізичних обмежень особи. В нашій країні такі умови поки не створено.

Ми здійснили короткий огляд «*мережива взаємин*» пораненого поза *терапією* та історії використання певних видів стосунків (наприклад – терапевтичних стосунків в групі) для профілактики та корекції негативних реакції воїнів на психотравмівні події, намагались виокремити в дослідженнях зарубіжних колег особливості цих процесів для поранених. Серед сучасних українських та європейських дослідників для продовження огляду ми обрали роботи військових психологів, які працюють над тим, як організувати та здійснювати психологічну допомогу військовим, пораненим, ветеранам. Вони не роблять наголосу, але звертають увагу на важливість позитивних взаємин ветеранів та поранених в процесі налаштування на мирне життя, зцілення. О.А. Блінов у 2016 році опублікував свою роботу щодо психології бойової психічної травми, де приділив увагу й психологічній реабілітації поранених. [1] Він підкреслює важливість «відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що дозволяють йому успішно функціонувати в мирному соціумі» На нашу думку, говорячи про відновлення відносин, автор має на увазі відновлення спроможності створювати та утримувати систему стосунків, а не буквальне повторення довоєнних відносин у незмінному вигляді. Він, слідом за А.Г. Караяни та И.В. Сиром'ятниковим, виділяє медико-психологічну, професійно-психологічну та соціально-психологічну реабі-

літацію поранених. [9] Таке розмежування секторів допомоги передбачає роботу (допомогу у фізичному зціленні та побудові мережива взаємин) різних психологів-консультантів у шпиталях, центрах зайнятості, на виробництвах та у соціальних службах. На практиці, з нашого досвіду, натеper частіше пораненого супроводжує один психолог, з яким було встановлено (часто у шпиталі або реб. центрі) довірливі стосунки, робочий альянс. Далі психологічний супровід здійснюється телефоном та через інтернет. Медико-психологічна реабілітація, на думку автора, полягає у використанні внутрішніх душевних ресурсів для швидкого фізичного відновлення, подолання болю, внутрішнього сприяння ефективності операційних втручань. П. Печій, який є лікарем-анестезіологом і одночасно психотерапевтом, довів значущість ваги надійного психотерапевтичного стосунку з пацієнтами у преопераційний період, на тлі якого знижувались дози анестетиків, відбувалось більш швидке одужання, зменшувалась кількість післяопераційних ускладнень. [19] Професійно-психологічна допомога, за О.А. Бліновим, полягає у підтримці компетенцій пораненого, які вже існують, та набутті нових на основі латентних чи свідомих вподобань, емоційно позитивних станів. Також ми додамо, що важливою є складова психоедукації, навчання психогігієні, практикам саморегуляції, планування помірною ефективного навантаження та відпочинку з урахуванням нових фізичних реалій пацієнта, дисципліні мислення. Соціально-психологічна допомога сприяє набуттю навичок ефективної соціальної поведінки з урахуванням досвіду пораненого.

У іншій роботі О. Блінов визначає психологічну реабілітацію комбатантів з реакціями бойового стресу як «систему заходів, спрямованих на попередження хронізації психічних розладів, розвитку патологічних процесів, які приводять до тимчасової або стійкої втрати бое- і працездатності, а також на більш швидке повернення комбатантів до професійної діяльності» [2] Він підкреслює важливість «розбудови системи взаємовідношень пораненого і соціального середовища».

В.І.Осьодло, О.Ф.Хміляр та О.В. Красницька у 2017 році видали книжку «Військово-психологічний практикум офіцера», [4] де описали результати проведеного ними дослідження пацієнтів та особливості надання психологічної до-

помоги пораненим у шпиталях. Серед організаційних труднощів спеціаліста автори вказують на проблеми адаптації психолога до умов роботи у стаціонарах, узгодження графіків лікування та психотерапії; низьку мотивацію поранених, важкість встановлення контакту. Дослідники порівняли групи поранених та «ампутантів» і виявили симптоматику ПТСР у 37% поранених та 23% пацієнтів з ампутаціями. На відміну від поранених, воїни з ампутаціями майже не страждали порушеннями сну, кошмарами, «військовими» сновидіннями (протягом 2-3 місяців після поранення) за винятком випадків фантомного болю. Науковці вказують на відмінності у сюжетах сновидінь: пацієнти з ампутаціями, як правило, бачать себе уві сні здоровими та спроможними; іншим пораненим часто сняться бої, момент поранення. Обидві групи виявили високі показники реактивної тривожності. Серед розповсюджених захисних механізмів описується агресія, раціоналізація та регрес, адиктивна поведінка. Результати асоціативного експерименту показали швидкі емоційні відповіді на слово "війна" та тривалі паузи після мирних слів "будинок", "життя", "щастя", "майбутнє". Автори пояснюють це розгубленістю поранених у мирному житті та відсутністю певних уявлень про майбутнє. Окрему увагу дослідники приділили особливостям психологічної допомоги пораненим, які потерпають від фантомного болю.

Зоран Комар у книзі "Психологічна стійкість воїна" робить огляд систем психологічного забезпечення військових та ветеранів країн світу у порівнянні з хорватськими. [12] Він наводить данні із дослідження Трлеком (1994) «групи, що складалась із 62 хорватських військових, котрі протягом війни пережили тяжкий травматичний досвід, зокрема полон. Їм було запропоновано з переліку подій обрати три суб'єктивно найважчі воєнні події для них.» 92,3% опитаних вказали на полон, що зрозуміло з огляду на відверто негуманне поводження супротивника з полоненими. На другому місці була ситуація свідчення загибелі соратників (79,2%), і тільки на третьому власне важке поранення (54,5%). Автор вважає ці данні парадоксальними та описує результати додаткових бесід з пораненими та свідками загибелі побратимів, з яких дослідник Трлек виділив суттєві відмінності в обставинах під час і

після травматичних подій. В ситуації, коли респондент був присутнім під час загибелі побратимів, - тривалість події здавалась довгою. Важливими стали факти перебування близько до тіла загиблого, бачення жаклих деталей; розвиток власної сильної чуттєвої реакції (частіше гніву); приховування почуттів від оточення, уникнення розмов про подію. Часто у свідків розвивалось почуття провини чи перекадення провини. Подія порушувала позитивний образ себе. Важчим стало подальше перебування на фронті далі під загрозою загибелі.

Для тяжко поранених подія власного поранення здавалась короткотривалою. Незважаючи на очікування, не було болю чи його можна було терпіти. Важливою стала допомога і піклування відразу після поранення та пізніше – увага медичного персоналу, друзів, родини. Також на оцінку події впливала часта втрата свідомості. Факт поранення загалом оцінювався позитивно, була можливість розповідати про деталі події, розвивався позитивний героїчний образ себе. Крім цього, важливим стало переміщення після поранення у безпечну зону та зменшення чи повне усунення інших стресорів. [12]

В контексті нашого дослідження висвітлюється такий аспект: суб'єктивно найважчою воєнною подією для хорватських поранених стала втрата позитивного контексту стосунків з побратимами, опинення в полі негативного ворожого відношення з загрозою життю, здоров'ю та гідності – полон. Другою за важкістю подією стала миттєва безповоротна втрата стосунку з побратимом в результаті його загибелі. Тільки на третьому місці – власні тілесні ушкодження із збереженням та посиленням позитивних стосунків.

Вагу впливу поранення та інших травмивних факторів оцінено лікарями та зафіксовано в діагностичних критеріях посттравматичного стресового розладу DSM V (2013), який видає Американська психіатрична асоціація. Факторами встановлення діагнозу є травматичні стресори (безпосереднє зіткнення зі смертельною небезпекою чи загрозою, важким пораненням чи загрозою цього, сексуальним насильством чи загрозою цього; особистим спостереженням травмивної події; опосередкованим зіткненням з травмою -

стражданням близької людини (насилницької чи раптової смерті, чи смертельної небезпеки); повторним або екстремальним непрямым переживанням агресивних деталей (частіше при виконанні професійних обов'язків)); нав'язливі спогади; уникання й негативні зміни в мисленні та настрої; зміни у збудливості та реакціях; тривалість (довше одного місяця); порушене функціонування; виключення інших причин розладу. В цьому переліку фактор загрози стосункам опосередковано описано через переживання страждань близької людини.

Неведемо висновки Зорана Комара з порівняння психологічного стану поранених та неушкоджених бійців. «На відміну від фізичного поранення і інвалідності, які викликають загальне співчуття оточення та супроводжуються організованими заходами медичної і соціальної допомоги (поранення на війні, зазвичай, викликають повагу, відзнаки та визнання), психічне поранення нерідко наштовхується на стіну нерозуміння, байдужості та сумнівів на предмет або попереднього психічного стану («чи був він нормальним перед отриманням травми»), або стосовно можливих прихованих намірів травмованої особи («може він лише вдає чи симулює, щоб отримати певні пільги, які належать «справжнім» пораненим з фізичною інвалідністю»). За таких обставин, психотравмовані відчують сором і неприємні відчуття, бояться взагалі розповідати про свої проблеми, намагаються їх приховати, що лише викликає поглиблення розладу. Цьому сприяють і усталені стереотипи, що «час лікує всі рани», «лише треба забути, і все буде добре», за допомогою яких члени родини та друзі намагаються прикрити власне незнання та неготовність надати підтримку їх ближнім. При цьому стереотипи щодо фахової психологічної допомоги («хто йде до психолога чи психіатра, той божевільний та небезпечний») заважають намірам особи попросити такої допомоги через страх осуду від соціального оточення.» [12] Таким чином фізичне поранення легалізує право отримувати допомогу та говорити про свої відчуття, тобто реалізувати допоміжні взаємини, які, за нашою гіпотезою, надають психологічній стійкості та сприяють одужанню. Хорватська статистика свідчить, що причина-

ми інвалідності у 36, 6% був ПТСР; 3.6% - поранення + ПТСР; пошкодження, фізичні травми та хвороби інвалідизували – 52,2%; ПТСР + інший діагноз – 7,6%. Порівняння перших двох цифер висвітлює вражаючий факт: поранені інваліди у порівнянні з неушкоженими страждають на ПТСР в десять разів менше.

Важливою для уникнення старих стереотипів в аналізі ситуації є сумна статистика хорватських колег щодо суїцидів. «Дослідження спростувало поширене твердження про те, що найбільше себе вбивають ветерани з ПТСР. Аналіз суїцидів хорватських військових ветеранів відповідно до типу їх патологій засвідчив, що між ними однакова кількість тих, хто має діагноз ПТСР (30%), тих, хто інвалідність отримав внаслідок поранення (27%) і тих, хто стали інвалідами внаслідок пошкодження або хвороби на війні (33%).» [12]

Підсумуймо, що дослідники не роблять стосунки пацієнтів центром своєї уваги, але прямо чи опосередковано вказують на їхню значущість; думки колег про значення фізичних пошкоджень для розвитку ПТСР різняться. А. Караяни вважає, що поранення та інвалідність – примножують психологічне травмування російських військових [9, 10]; американські дані після в'єтнамської війни теж свідчать про майже в два рази більшу психотравматизацію поранених ветеранів [1,2]; З. Комара та хорватські психологи наводять інші дані, що факт поранення нівелює дію деяких негативних психологічних обставин [12]; так само наші дослідники В.І.Осьодло, О.Ф.Хміляр та О.В. Красницька [4] говорять про нижчий відсоток психотравмованих поранених з ампутаціями у порівнянні з пораненими без ампутацій. У зв'язку з тим, що обстеження у цих дослідженнях проводились за різними методиками, в різних умовах (первинна психологічна допомога надавалась/ не надавалась, війни були на ворожій/ своїй території; загарбницькі/ визвольні тощо), ми не можемо зробити однозначний висновок щодо ролі поранення у розвитку психотравматичних наслідків. Але можемо сформулювати *гіпотезу* про те, що ставлення у суспільстві до своїх ветеранів та якість стосунку в процесі психологічної допомоги впливають на ступінь розвитку та динаміку подо-

лання психотравматичних станів у комбатантів.

Наша робота наразі складалась з двох етапів психологічного дослідження воїнів, добровольців, волонтерів та ветеранів, які отримали фізичні ушкодження в умовах російської агресії в Україні протягом 2014-2017 років, а також поранених учасників Революції Гідності 2013-14 років з обох боків протистояння та учасників подій без тілесних ушкоджень, які звернулись за консультацією. Загалом враховуємо 49 осіб від 18 до 78 років, 43 чоловіка та 6 жінок. Серед них 12 людей не мали тілесних ушкоджень, 4 пережили ампутації кінцівок у результаті вогнепальних та осколкових поранень (мали фантомні болі), 1 втратив око, 17 мали легкі та середньої тяжкості поранення та контузії, 10 – тяжкі поранення з обмеженням руху, 3 отримали небойові травми, 5 – захворіли (загострення виразкової хвороби, гіпертонічної; інфекційні хвороби). Таким чином, до контрольної групи без поранень увійшло 12 осіб; до групи поранених – 29, у тому числі 14 (тяжкі, в тому числі з ампутаціями) та 15 (легкі та середньої тяжкості); до групи травмованих (3) та хворих (5) – 8. Перший етап полягав в емпіричному узагальненні досвіду волонтерської роботи автора у лікарнях і військовому шпиталі з пораненими учасниками АТО та постраждалими внаслідок подій на Майдані й створенні теоретичної моделі травми. [5, 6, 21] У дослідженні ми також використовували матеріали, які були отримані на семінарах, лекціях та супервізіях, організованих Кризовим центром медико-психологічної допомоги Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України, Українською асоціацією фахівців з подолання наслідків психотравматичних подій та Pucelik Consulting Group. На другому етапі тривала практика надання психотерапевтичної допомоги постраждалим з одночасним дослідженням характеристик та динаміки формування психотерапевтичних стосунків у роботі з військовослужбовцями та ветеранами, що мають фізичні ушкодження. Основними *методами* дослідження були: клінічна бесіда, структуроване спостереження, аналіз продуктів діяльності, самоаналіз почуттів контрперенесення. Ці методи було спрямовано на виявлення актуального рівня функціонування особи, ознак травматичного стресу (ТС) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР), типу стосунку,

відповідно до авторської типології стосунків, динаміки стосунків, факторів, які впливали на структурну регресію та утворення симптомів ТС та ПТСР.

Свої дослідження ми здійснювали у київському та одеському військових шпиталях, цивільних лікарнях Києва, реабілітаційних центрах, санаторіях ветеранів війни, Українському культурному центрі міста Таллінн, за місцем проживання поранених, у кабінеті Інституту психології.

Структурно-психодинамічна модель психотравми. На основі нашого досвіду дослідження людини як унікального феномену та побудованої за результатами досліджень психотерапевтичної антропології та структурно-психодинамічної періодизації розвитку, нами розроблено структурно-психодинамічну модель психотравми. [5] Ця модель покликана стати інструментом для розуміння дії механізмів психічного травмування та зцілення як у дитячому, так і у дорослому віці, в тому числі осіб, які отримали фізичні пошкодження в умовах війни. Вона має свої витоки: ідеї М. Кузанського, А. Бергсона, З. Фрейда, Ж. Лакана, М. Хайдеггера, Д. Віннікотта, Р. Фейберна, В. Біона, О. Кернберга.

Коротко опишемо означену модель. Перш за все визначимо антропологію у цьому дослідженні, як саме нам буде зручно розуміти людину в психотерапевтичних стосунках. Психотерапевтичну антропологію ми будуємо на основі ієрархії єдності М. Кузанського, розглядаємо людину у чотирьох онтологічних вимірах: (А) тілесності, переживань та емоцій; (Б) здорового глузду та уявлень; (В) мислення та символізації; (Г) невизначеності та розімкнення свідомості. Відповідно до антропології ми виділяємо чотири онтологічні потреби: потреба у переживанні, його відчуженні, символізації та розімкненні свідомості. В нашій моделі чотири виміри складають сутнісну, онтологічну структуру людини. Тобто, виходячи з цієї моделі, людина втрачає свою людську сутність, якщо якийсь із вимірів не утримується та онтологічна потреба не задовольняється особисто або за допомогою ззовні. В основу моделі покладено низку посилок:

- чотири сутнісні виміри доступні кожній людині, починаючи з народження у повному обсязі; кожен вимір реалізується у формі специфічної онто-

логічної людської потреби (потреби відчувати та переживати; уявляти, відчужувати назовні свої переживання; символізувати, розрізняти уявлення та відчуття; розмикати власну свідомість); структурний розвиток людини відбувається в напрямку від інфантильної до зрілої онтологічної структури; структурно зріла особа є такою, що здатна і має досвід самостійно утримувати всі чотири виміри; структурно інфантильна особа самостійно утримує один чи два виміри, решту для неї утримують родина, спільнота, соціальні установи та окремі люди; у випадку, коли вимір не утримується ні самостійно, ні за допомогою оточення, особа втрачає ознаки людяності; структурна зрілість не є сталою величиною; у конкретних життєвих травматичних ситуаціях може відбуватись структурна регресія – тимчасова втрата можливості самостійно утримувати певний вимір та користуватись допомогою; актуальний рівень структурного функціонування може бути неоднорідним у різних секторах стосунків особи (наприклад, на роботі людина функціонує як зріла особа, а дома – як інфантильна).

У результаті психічної травматизації відбувається кілька процесів у площині структур уявляння та просторі онтологічної структури. У просторі онтологічної структури втрачається можливість самостійно утримувати один чи більше онтологічних вимірів людини, приймати допомогу, не задовольняються відповідні онтологічні потреби, відбувається структурна регресія, виникають симптоми. Сміслом виникнення симптомів є спроба системи врівноважити порушену структуру, задовольнити онтологічні потреби, які тимчасово не можуть бути забезпечені в інший, нормальний спосіб; відновити доступ до сутнісних вимірів. У площині структур уявляння виміру (Б) здорового глузду та уявлень, психотравмування відбувається у випадку, коли *уявлення* людини про світ, себе, послідовність змін не збігається з реальністю, *руйнуються*; одночасно людина не має достатнього досвіду самостійного утримання вимірів (В) мислення та символізації та (Г) невизначеності й розімкнення свідомості, а зовнішнє здійснення цієї функції обмежене чи неможливе. Тобто, особа не розуміє, що моє уявлення про себе і Я-сам – це різні речі. Не розуміє, що уявлення про світ не вичерпують реального світу. У такому випадку з руйнування мого уявлення про світ виникає відчуття, що руйнується сам світ. Тоді, щоб утримати загаль-

ний баланс онтологічної структури та задовольнити онтологічні потреби, також мусять утворюватись симптоми.

Опишемо ординарний процес функціонування психіки та проаналізуємо динаміку стресу й відомі симптоми травматичного стресу (ТС) через призму цієї моделі з використанням метафор. Вимір (А). В результаті «сильних» подій особа відчуває та переживає певні глибинні стани. Ці стани реалізуються в емоціях, які закономірно виникають для швидкої орієнтації людини в ситуації небезпеки та необхідності збереження життя й мають психофізіологічне нейро-гуморальне підґрунтя. (Нормально, коли емоція *страху* покликана «не пускати» особу в небезпечну ситуацію та надавати сили для втечі; *злість та лють* є сигналом порушення кордонів, вони додають сили для боротьби, порятунку в силовий спосіб; муки *совісті*, відчуття *провини* покликані змусити людину зважувати свої наміри та вчинки з урахуванням принципів моралі, які в свою чергу покликані зберігати стосунки між людьми та спільноту як таку; *відраза* убезпечує від неявних небезпек, змушує тримати дистанцію, рятує життя; *сум та туга* покликані зберігати неперервність внутрішнього часу, пам'ять про втрати, і здійснювати процес інтеріоризації – лишати у своєму серці стосунки з важливими людьми, які йдуть, тощо.) На рівні психофізіології в процесі переживання беруть участь дзеркальні нейрони, які реагують на емоційні стани істот, що оточують людину. Вимір (Б). За Ж.Лаканом, уявлення про себе та світ первинно формуються внаслідок «віддзеркалення»: люди, мама та тато розказують і демонструють дитині, яким є світ, якою вони бачать та відчувають дитину. Так формується здатність уявляти. Визначимо *уяву* – як відчужену форму переживань людини з приводу стосунків зі світом. Завдяки уяві ми наче можемо тримати дзеркальце на відстані та роздивлятись вираз своїх очей, свої психічні стани. В уявному утворюється так звані «карти» зовнішнього та внутрішнього світів, стосунків, які дозволяють орієнтуватись у власних переживаннях і подіях зовнішнього світу та пояснювати їх. Потреба мати такі «карти», тобто відчувувати власні стани в полі стосунків з людьми та мати уявлення про «все», є онтологічною потребою. На рівні психофізіології формування уявного означає, що утворюється певний візерунок зв'язків між нервовими центрами та мієлінові

оболонки, які їх ізолюють та стабілізують. Вимір (В). Обставини світу, оточення повсякчас змінюються і внутрішню «карту» уявлень про світ періодично потрібно оновлювати. Тобто, пам'ятати, що карта не є територією [19] й бути готовим до повсякчасних змін своїх уявлень. Оновлення «карти» зазвичай переживається як позитивний стрес, бо підвищує точність і адекватність «карти», але є не дуже комфортним процесом (уточнення «карти» як наслідок може мати необхідність змінювати звички та автоматизми, потребує зусиль). Якщо ця навичка не сформована (вимір (В) самостійно не утримується), то невідповідність «карти» і території сприймається як травматичний стрес. Визначимо *травматичний стрес* (ТС) метафорично як позапланову процедуру нанесення змін на карту, несподівану інвентаризацію. Поки відбувається цей процес – використання карти є обмеженим, особа знаходиться в стані дезорієнтації. Вимір (Г) – це алгоритм про те, що світ є більшим, ніж мої уявлення про нього – записаний у системі «Людина» як «установлення за замовчуванням». Як гасло: «Тримати власну свідомість відкритою» або вираз «Шляхи Господні несповідимі». Цей вимір є ортогональним щодо інших трьох, тобто розмикає кожен з них.

Із врахуванням всього сказаного симптоми ТС будуть виникати, коли особа має певні глибинні переживання та не має можливості «винести» їх із себе назовні у поле стосунків з іншими людьми. Не може зрозуміти, що відбувається. Не має попереднього досвіду тримати власні уявлення в лапках як умовність а не реальність. В цьому разі процедура «внесення змін на карту» не здійснюється. Погіршувати стан такої особи може її відчайдушне бажання користуватись «старою картою», що вже не відповідає актуальній дійсності.

Спробуємо описати позитивний сенс симптомів ТС в термінах нашої моделі.

Тривожні стани виникають як спосіб привернути увагу до того, що «карта вже не відповідає території», щось змінилось. Коли особа відчуває тривогу – потрібно приділити цьому увагу та дослідити, що саме відбувається – створити адекватні уявлення про стан справ – внести зміни на карту.

Кошмари можуть бути формою відчуження та символізації глибинних переживань. Іноді виникають почуття такої сили, якої ще не траплялось, - вони можуть лякати, бо перевершують за об'ємом усі можливі уявлення з минулого. Уві сні психіка створює образи, відчужені форми, за допомогою яких можна здійснити процес символізації, а значить знайти місце для своїх переживань у полі людських стосунків – внести зміни на карту.

Утруднення з засинанням, проблеми з пам'ятю як і уникання травмівних ситуацій відбувається, коли «резервуар» тілесності не готовий прийняти травматичні змісти – людина може бути ослабленою, перевтомленою, не мати сил торкатись до неприємних частин досвіду. В цьому випадку відбувається захисне відчуження без заглиблення в свій стан, як спосіб відтермінувати ці процеси до часів, коли відновляться сили та знайдеться «провідник» - людина, яка буде здатна вислухати та витримати травматичний досвід особи, щоб відчужити його та допомогти – внести зміни на карту.

Емоційна лабільність зазвичай є ознакою перевтоми та дефіциту уявлень про ситуацію – потрібно відпочити й внести зміни на карту.

Спалахи гніву виникають, коли немає доступних форм легалізації свого страху та люті й людина намагається ізолювати свої негативні стани, але ця енергія почуттів проривається зовні кожного разу, коли виникає зовнішній натяк, метонімічний вхід в травмівну ситуацію. Потрібно – внести зміни на карту, легалізувати право на емоції, знайти час, місце та адекватні соціально прийнятні форми вираження сильних негативних/ позитивних (із пристрастю – та сама історія) емоцій.

Важкість із зосередженням є одним із способів відсторонення від себе самого, втеча в змінені стани свідомості – як тайм аут, щоб відновити сили та знайти співрозмовника.

Підозрілість, перевищена обережність є однією з форм використання «старої карти» в новому місці. Поки не здійснено символічне «рекогностування», підозрілість є доречною і може врятувати життя.

Соматичні болі – форма відчуження переживання на тілесні відчуття.

Інколи душевний біль є настільки нестерпним, що легше потерпати від тілесного болю.

Відсутність уявлень про майбутнє, звуженість, зімкненість свідомості – втрата вимірів (Б), (В) та (Г). Часто означає потребу в тілесному контакті, необхідність співрозмовника та відпочинку.

Виходячи з цієї моделі опишемо якісні ознаки актуальності певного виміру та відповідні ознаки для структурованої процедури спостереження у даному дослідженні.

Актуальність виміру (А) *тілесності, переживань та емоцій* характеризується «перебуванням» особи «нині». Особа «існує» тільки в теперішньому часі – актуальними є тілесні відчуття та переживання, часто – фізичний біль. Погляд пацієнта часто є – розфокусованим; можуть бути порушення пам'яті. Пацієнт може втратити мову або вести розмови здебільшого про дискомфорт або його вгамування. У мовленні використовуються слова в теперішньому часі. У вимірі (А) здійснюється онтологічна потреба відчувати та переживати. Взаємини зі світом реалізуються через відчуття оточення як середовища, догляду, опіки. Кордони інших ненароком порушуються, власні не утримуються. Контрпереносні відчуття: позитивні – співчуття, бажання колихати, всиновити, годувати, одружитись, розчинитись; негативні – роздратування, страх, небезпека, відраза.

Актуальність виміру (Б) *здорового глузду та уявлень* характеризується «перебуванням» пацієнта або в теперішньому, або в не-теперішньому часі; його доступ до власних відчуттів та переживань утруднено; реалізується потреба розповідати про травматичні події, (якщо співрозмовник витримує слухати) знаходити пояснення, вибудовувати концепції; у мовленні використовуються узагальнення «всі», «завжди», безособові форми, сполучник «або». У вимірі (Б) здійснюється онтологічна потреба відчуження своїх переживань від себе, винесення назовні. Присутнє невміння витримувати стосунки більше ніж з однією особою одночасно, за принципом «третій – зайвий». Особа також не здатна одночасно утримувати об'єкт і контекст. Має

схильність до дихотомії, алекситимії. Серед негативних емоцій превалює образ. Кордони особа розуміє буквально, може порушувати з певною метою, власні – жорстко утримує. Контрпереносні відчуття: позитивне – співчуття, цікавість; негативне – нудьга, злість, сонливість.

Актуальність виміру (В) *мислення та символізації* характеризується здатністю особи переживати в теперішньому та розмірковувати про нетеперішній час. У мовленні використовуються слова «та», «і». Люди, які утримують цей вимір, здатні до поваги. У вимірі (В) здійснюється онтологічна потреба в символізації. У взаєминах зі світом особа здатна визнавати та враховувати стосунки інших осіб між собою. Кордони інших поважаються, власні – утримуються. Контрпереносні відчуття: позитивні – симпатія, повага, захоплення; негативні – заздрість, сором.

Актуальність виміру (Г) *невизначеності та розімкнення свідомості* характеризуються здатністю особи перебувати «поза часом», бачити одночасно загалом та конкретно переживати. У вимірі (Г) здійснюється онтологічна потреба в розмиканні свідомості. У взаєминах особа здатна перебувати у невизначеності. Явлені кордони інших поважаються, власні – не мають суттєвого значення. Контрпереносні відчуття: позитивні – симпатія, повага, захоплення, любов; негативні – втома.

На основі структурно-психодинамічної антропології побудуємо типологію стосунків. (Див. Таб. 1.) В таблиці представлено актуальні виміри функціонування, відповідні типи стосунків та напрями структурних змін. Психотравма проявляється як структурна регресія, втрата можливості самостійного або допоміжного утримування виміру, -1 вимір. Структурна прогресія свідчить про відновлення здатності самостійно утримувати певний вимір або користуватись відповідною допомогою, +1 вимір.

Таблиця.3.1.

Структурно-психодинамічна типологія стосунків.

Актуальний вимір функціонування	Тип стосунку	Структурна регресія, мінус один вимір	Структурна прогресія, плюс один вимір

(Г)	невизначеності та розімкнення свідомості	стосунки з невизначеністю		+1
(В)	мислення та символізації	стосунки зі взаєминами	-1	+1
(Б)	здорового глузду та уявлень	стосунки з об'єктом	-1	+1
(А)	тілесності, переживань та емоцій	стосунки з середовищем	-1	

За нашими спостереженнями, у воїнів із тілесними ушкодженнями психотравматичні колізії відбуваються в першу чергу у вимірі (Б) здорового глузду та уявлень. Вимір (А) тілесності переживань та емоцій утримується через біль або не утримується. Втрачається здатність самотійно або допоміжно утримувати виміри (В) мислення та символізації та (Г) невизначеності й розімкнення свідомості. Основна потреба в такому стані – внесення змін на карту та тимчасове утримання іззовні інших онтологічних вимірів.

Наведемо приклад. *Кадрового офіцера (34 роки) було травмовано бандитами в не бойовій ситуації - у відрядженні в умовному тилу, з метою пограбування. Він отримав сильний струс мозку та втратив свідомість від удару ломом по голові ззаду. Також отримав переломи та інші тяжкі ушкодження від побиття в несвідомому стані. Під час пограбування був тверезим і в цивільному одязі. Ледве не помер. Після реанімації в процесі фізичного одужання в нього з'явилися психологічні симптоми: суб'єктивне відчуття, що тіло стає більшим, розширюється, наче йому не належить. З'явився страх втратити розум. Виникла сильна мотивація на роботу з психотерапевтом, чоловік сам попросив родичів знайти допомогу.* Було проведено три консультації, сформовано надійний робочий альянс, контракт, з'ясовано ситуацію. Під час роботи з психотерапевтом чоловік дозволив собі говорити про свої почуття страху, тривоги, нищості, сорому, що так, по-дурному дозволив вивести себе зі строю, покинув побратимів. На сеансі пацієнт дозволив собі плакати, чого раніше ніколи не робив у дорослому віці. У мовленні використовував теперішній час. У психотерапевта виникли контрпереносні почуття симпатії, поваги до пацієнта; люті щодо нападників та здивування; одночасно хотілось його взяти на руки та колихати, як дитину. Такі почуття могли свідчити про структурну зрілість пацієнта до травми та його структурну регресію, втрату всіх чотирьох вимірів у цей період. На базову структурну зрілість вказували почуття поваги, яке виникло у терапевта, той факт, що чоловік самотійно попросив про допомогу та наполягав на цьому ще у шпиталі (тобто навичка рефлексії та аналізу ситуації була йому знайомою та зберіглася); його мужність, рішучість і здатність говорити про почуття та відкрито відчувати їх в присутності іншої людини, хоча зазвичай у житті він цього й не робив. Про ситуативну структурну регресію свідчило контрпереносне бажання терапевта колисати його та доглядати, як за дитиною, яку підступно скалічили. Лють терапевта була свідченням ідентифікації з клієнтом та його люті до підлих нападників, також могла вказувати на базову шляхетність чоловіка з одночасною регресією (підліткове здивування, як можна так підло вчиняти, «побились би відкрито»). На основі моделі травми нами були сформульовані психотера-

певтичні гіпотези які могли здійснити відчуження та символізацію, розімкнення його свідомості. Щире емоційне приєднання психотерапевта дозволяло підтримати вимір (А) та сприяти тілесному одужанню. Ми припустили, що в цій ситуації було зруйновано його уявлення про себе, як про сильного, відповідального та спроможного захисника. Карта його уявлень про світ виявилась не точною але частково функціональною (думка про те, що потрібно шукати допомоги) (вимір Б), тіло – пошкодженим (вимір А), свідомість – звуженою, зафіксованою на думках про власну ницість (вимір Г). Символізація власними силами, спроба побачити ситуацію в цілому з урахуванням контекстів – не вдавалась (вимір В). Далі, в ході роботи, ми намагались знайти в історії розвитку пацієнта ситуації, які, можливо, викликали вже схожі відчуття тілесної дисоціації, щоб запозичити в його минулому вже знайому йому «мову», за допомогою якої було б можливим швидко внесення змін в його «карту» уявлень про світ. Він згадав, що в молодшому підлітковому віці вже відчував щось подібне і бабуся водила його до цілительки. Тоді все швидко минулось. Тобто, він мав позитивний досвід «зцілення» від аналогічної симптоматики, досвід, що потрібно знайти допомогу і все нормалізується. Зв'язок з цим дитячим переживанням страху та зцілення нами було закріплено за допомогою методу кататимних імагінацій. В образі він відчув себе підлітком, дозволив собі страх та сльози, бабусину допомогу та радість одужання. (Вірогідно, що контрпереносне бажання психотерапевта колисати пацієнта на руках відносить нас до почуттів одного з його первинних об'єктів – бабусі, яка в підлітковому віці та раніше протягом життя здійснювала функції холдингу.) Після закінчення сновидіння наяву пацієнт відчував радість та піднесення. Він намалював картинки своєї імагінативної подорожі в минуле. На останньому сеансі чоловік розказав, що відчуття збільшення тіла зникли, та лишилась тривога і нерозуміння ситуації, що це було (потреба в розширенні своїх уявлень про світ і знаходженні адекватного місця в цих уявленнях для свого досвіду дисоціації) (вимір Б). Ми обережно разом створили інтерпретацію, в якій були присутні елементи психоедукації. В ній ми пов'язали обидва переживання, дитяче та травматичне на ґрунті його сильних емоцій та тілесних відчуттів з акцентом на одужанні та радості; підтримали його суб'єктність та здатність певною мірою контролювати власне життя (адекватно знаходити допомогу); зменшили тягар відповідальності за період перебування у несвідомому стані, легалізували право на реабілітацію – декомпресію – без загрози мужності, як факт медичної необхідності. Також ми артикулювали свою щирю радість, що він вижив, та повагу до його діяльності і вдячність. Вийшло щось на кшталт такого: *Цей досвід не є екстраординарним. Так буває і з іншими. Особливо в підлітковому віці, коли тіло змінюється швидше, ніж приходить розуміння. Нові тілесні відчуття юнака можуть лякати. Тіло може відчуватись як чуже, яке живе власним життям і не піддається управлінню. Це тимчасове природне явище. Під час несподіваного підступного нападу теж не було можливості контролювати чи запобігти ситуації (миттєво була втрачена свідомість, і диво, що він вижив). Тяжкі травми та операції під наркозом зробили неможливим контроль свого тіла під час перших етапів лікування. Це сприяло виникненню психологічних симптомів. Зараз він вже розуміє, що трапилось. Він одужує, треба дати собі час на реабілітацію. Як пірнальники мусять проходити декомпресію після перебування в умовах великого тиску на глибинах, так і після емоційного тиску травмівної ситуації потрібна психологічна декомпресія, що він успішно для себе забезпечив, коли вчасно звернувся по допомогу спеціаліста. Він зробив по максимуму, щоб відновитись та повернутись*

до справ. *Яке щастя, що він вижив.* (Інтерпретація наводиться по пам'яті, сеанси не записувались. Маємо дозвіл на оприлюднення без вказівки на ім'я та час події.) Катанез телефоном через 2 тижні та 2 місяці: «лікарі кажуть, що швидко одужує, самому хотілось би ще швидше»; настрої хороший, вже може читати; відчуття дисоціації не повертались, хвилюється за побратимів. Допомагають батьки. Динаміку стосунків в цій роботі опишемо з двох позицій. Перша – зміни в ступені регресії, друга – перенесення. Це один динамічний процес, який описується за допомогою двох моделей: моделі регресії, емоційної та структурної; моделі перенесення. Пацієнт прийшов у стані “немовляти” з втратою вимірів (В) та (Г), частковою втратою (А) та (Б). На другому сеансі пережив підліткову кризу та подолав її, повернув собі вимір (А), на третьому – повертав решту вимірів із позиції дорослого.

Цей приклад показує, що 4-вимірна антропологія та похідна від неї модель травми грає роль онтологічних орієнтирів, координатного простору, який дозволяє швидко орієнтуватись у ситуації «тепер» на сеансі та «тривалого тепер» у житті пацієнта, здійснювати експрес діагностику, на основі контрпереносних відчуттів, будувати та перевіряти гіпотези; вміщує будь-які емоційні, тілесні когнітивні та невідомі змісти; допомагає терапевту тимчасово тримати цей світ для пацієнта протягом онтологічного відновлення – структурної прогресії. Динаміка: структурна прогресія є теоретичним стратегічним вектором терапевтичного процесу. В реальній взаємодії можливі ситуації повторної контрольованої терапевтичної регресії з метою отримання пацієнтом ресурсу або/та символічної зміни ним травмивної ситуації.

Ще раз більш чітко визначимо *структурно зрілі стосунки* у взаємодії психотерапевта та пацієнта. Вони проявляються здатністю до поваги, умінням чути співрозмовника та одночасно не втрачати відчуття себе, бачити об'єкти в їхніх контекстах, мати розімкнену свідомість (не відчувати фрустрацію при зіткненні з невідомим); здійснювати ставлення до середовища, об'єктів, взаємин та невизначеності.

Завдяки таким стосункам в терапії у пацієнта відбувається відновлення/становлення здатностей адекватно відчувати тілесність, переживати емоції, вибудовувати розуміння, розрізняти реальність та уявлення про неї, витримувати фрустрації, бути толерантним до невизначеності.

Реальність є такою, що досить велика кількість дорослого населення і без травматичного досвіду є структурно незрілими. Але для них певні виміри

допоміжно утримують інші люди, спільноти, соціальні структури. Це з одного боку виглядає як позитивний факт, але, по розмірковуванню стає очевидним, що такі *стосункові милиці* для значної кількості здорових дорослих людей перетворюються на пастку залежності. Довоєнна культура в Україні не заохочувала набуття дорослості, сприяла інфантильним формам існування. Імперські форми управління "заточені" на потурання якомога більшій залежності населення у будь-яких формах. Революція Гідності та оборона України від загарбників показали готовність громадян брати на себе відповідальність за власне життя та життя спільноти, самостійно здійснювати зрілі форми стосунків, бачити та враховувати контексти подій, витримувати невизначеність. Це стало своєрідною ініціацією для народу. Ми хотіли б, щоб кількість постраждалих від ПТСР в Українській визвольній війні була меншою, ніж в інших війнах. Хоча досвід Хорватії зменшує ці сподівання [12], все ж маємо надію в подальших дослідженнях знайти та реалізувати такі констеляції відношення до воїнів та ветеранів на рівні держави, спільнот та окремих людей, алгоритми взаємодії, які б врятували на мирному фронті якомога більше життів наших захисників, що знаходяться в періоді декомпресії та потребують правильного контексту, чіткої, прозорої зовнішньої помічної структури відносин (державної та суспільної) підтримки й фахового супроводу – зрілих терапевтичних стосунків. Сподіваймося на краще але будьмо готові до гіршого!

Опишемо кількісні результати дослідження. Аналізуючи ознаки травматичних стресових розладів (ТСР) та посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у дослідницьких групах (Див. Таб.2.), ми виявили, що у відсотковому відношенні 62,5 % *хворих та травмованих* (п'ять із восьми) мали симптоми ТСР. Хочемо підкреслити, що відсотки у нашому дослідженні вказують лише на певні тенденції, але не можуть інтерпретуватись як статистично значущі факти, тому що кількість обстежених є достатньо малою. Решта респондентів цієї групи переживали незначну негативну симптоматику – погіршення сну та пам'яті. Цікавим є факт, що ті, хто мав значну симптоматику, – описували відношення у своїх підрозділах як негативні, небезпечні і не

хотіли повертатись не стільки на фронт, скільки у свій підрозділ. За деталями із розповідей травмованих стало ясно, що ситуація травми стала можливою через загальну напругу та відчуття ненадійності у колективі та несвідомі інтенції до самодеструкції, бажання вийти із зони негативних взаємин. Також таке пояснення підтвердили військові, яких ми попросили бути експертами в оцінці результатів [15]. Експерти підкреслювали важливість позитивної атмосфери у військовому колективі та авторитета бойового командира, який містить складові фаховості, досвіду, справедливого ставлення, честі та здатності поважати підлеглих. Також важливо мати серед побратимів одного – двох надійних, перевірених друзів. [15, 16, 20] У випадках, коли в частині немає жодного перевіреного побратима та/або командир не фаховий, не справедливий, здійснює небезпечні нерозумні дії ціною життя підлеглих, природним стає бажання змінити контекст і не повертатись у цю частину.

Таблиця.3.2.

Таблиця проявів травматичних стресових розладів у різних груп фізично ушкоджених та неушкоджених осіб у порівнянні з наявністю надійних та зрілих відношень в підрозділах та родинях.

цифри у % та абсолютній кількості	Поранені Σ 29 осіб		Хворі та травмовані Σ 8 осіб		Неушкоджені 12 осіб
	тяжкі поранення 15 осіб	легкі та середньої тяжкості 14 осіб	Хворі 5 осіб	Травмовані 3 особи	
Ознаки ТСП	Σ 17% 5 осіб		Σ 62,5% 5 осіб		84% 10 осіб
	13% 2 осіб	21% 3 особи	37,5% 3 особи	67% 2 осіб	
Характеризують відношення у підрозділах загалом або з побратимами як надійні	Σ 52% 15 осіб		Σ 12,5% 1 особа		58% 7 осіб
	53% 8 осіб	50% 7 осіб	0% 0 осіб	33% 1 особа	
Характеризують	Σ 76% 22 особи		Σ 75% 6 осіб		84%

відношення у родині чи громаді як надійні	80% 12 осіб	57% 8 осіб	80% 4 особи	67% 2 особи	10 осіб
---	----------------	---------------	----------------	----------------	---------

У групі фізично неушкоджених - симптоми ТСП мали 84% (10 із 12).

У групі поранених – симптоми ТСП мали 17% (5 із 29) на момент обстеження. Зазначимо, що наша взаємодія з пацієнтами відбувалась у різних періодах після отримання поранення, тому часові закономірності ми виявити не можемо. Були випадки терапевтичного спілкування через кілька годин після поранення, кілька днів, тижнів, місяців або років. Були випадки двох – трьох зустрічей, десяти – п’ятнадцяти, та тривалої терапії більше шести місяців. Саме тому ми говоримо тут про травматичний стресовий розлад, а не про посттравматичний стресовий розлад. Можливо, така низька цифра ТСП в групі поранених обумовлена наявністю відсотків «ранніх» обстежень. 0% (жоден із восьми) обстежених осіб, які перебували в реанімаціях нейрохірургії та невідкладної хірургії, не проявляли ознак травматичних стресових розладів, усі сили спрямовувались на фізичне виживання та відновлення психоневрологічних функцій. П’ять поранених з ампутаціями та паралізований воїн страждали від безсоння на тлі фантомного (та псевдо фантомного) болю. Після психотерапевтичної допомоги у двох пацієнтів фантомний біль (відчуття, що кінцівка зомліла) зникли повністю, у двох – значно зменшились, відповідно сон став нормальним. Один паралізований навчився тимчасово зменшувати болі за допомогою вправ імагінативної саморегуляції. В цьому випадку природа болі була не ясною і її наявність могла свідчити про чуттєвість паралізованих кінцівок та можливість реабілітації. \Додатково. Один поранений з ампутацією та один паралізований відмовились від допомоги, проявляли дратівливість, мали поганий сон, недовіру тощо. (Вони не включені в статистику.)\ Один воїн з ампутацією прямо зі шпиталю відвідував навчальні курси для операторів дронів і з натхненням чекав повернення до війська. Другий був у пригніченому стані, поки тривали фантомні болі та неможливість спати. Після їх припинення скоро пішов вчитись керувати машиною зі спецуправлінням та швидко оволодів цими навичками. Третій мав хорошу мо-

тивацію до видужання, значно зменшив фантомні болі, мав непевні зрілі стосунки, перспектива проживання в далекій сільській місцевості без машини, та можливості виконувати стару роботу, необхідність опікуватись трьома дітьми занурювала його в пригнічений стан та тимчасову структурну регресію. Таким чином, серед тяжко поранених 13% мали ознаки травматичного стресового розладу. Серед бійців з пораненнями легкої та середньої тяжкості 21 % мали прояви ТСП (3 з 14). 52 % поранених мали високу мотивацію до одужання, хороші стосунки у військових підрозділах, підтримку побратимів. 79 % мали не значну або відсутню структурну регресію, були здатні до символізації, гумору, продумували свої перспективи після виписки, знаходили можливості підтримки. Серед цих одинадцятьох осіб були кадрові військові – старші офіцери та солдати; добровольці та боєць ПС.

У процесі психотерапевтичного спілкування воїни зі свідомою мотивацією та надійними стосунками у підрозділах не виявили ознак структурної регресії. Інші перебували у вимірі (Б), крім тяжко поранених, що перебували у реанімаціях, та хворих, які перебували у вимірі (А). Визначення актуальних вимірів функціонування дозволило психотерапевту здійснювати відповідну помічну форму психотерапевтичного стосунку та поступово переходити до +1 виміру. Бути «середовищем» для тяжко поранених та хворих, надійним об'єктом для тих, хто перебував у вимірі (Б), працювати з контекстами та невизначеністю для решти. Така динаміка формування стосунків у парі психотерапевт – пацієнт дозволяє допоміжно тримати онтологічну структуру воїна на зрілому рівні функціонування, не потурати зайвим залежностям, чим забезпечувати умови для фізичного одужання та структурної прогресії. Ця форма роботи потребує від психотерапевта уважного ставлення до власного стану, регулярного здійснення психогігієнічних процедур то професійної підтримки колег.

Рекомендації щодо формування сприятливих зрілих стосунків для подолання наслідків травмування.

У ході дослідження виявлено фактори формування сприятливих помічних стосунків для подолання наслідків травмування. Ці фактори стосуються контексту та параметрів надання психологічної допомоги загалом, підготовки та пси-

хогієни психотерапевта, врахуванню особливостей фізичних ушкоджень воїна та ветерана та якості його взаємин поза психотерапією.

Першим фактором є надання психологічної допомоги в комплексних програмах, які включають лікарську, психологічну, соціальну, онтологічну допомогу. Такі програми формуються свідомо або складаються спонтанно, забезпечують не тільки зрілі психотерапевтичні стосунки а і мереживо позатерапевтичних взаємин що є важливими факторами зцілення. Прикладом втілення комплексної програми є Кризовий центр медико-психологічної допомоги спільно інститутів психології та медицини праці в Києві. В цьому центрі системно втілюються дві складові- медична та психологічна, які доповнюються несистемною соціальною та духовною підтримкою [13] (див розділ 3.2. цієї монографії). Одночасно дуже важливим фактором поза терапевтичних стосунків є система відносин воїна у військовій частині, родині, спільнотах, державі та світовому співтоваристві.

Другий фактор ми визначили як актуальну структурну спроможність психотерапевта надавати відповідну допомогу. Така спроможність може бути забезпеченою комплексом психогієнічних заходів для психотерапевта. А саме, психодинамічною освітою, регулярним проходженням супервізій та психотерапевтичних сесій, можливістю здійснення процедури «швидкої психологічної допомоги» [6, 11] від партнера по роботі, періодичним проходженням реабілітаційних процедур, гідною оплатою праці та визнанням спільнотою значущості цієї роботи, періодичним обговоренням в колі однодумців актуальних контекстів та смислових векторів. (Наша практична робота вже четвертий рік здійснюється як волонтерська). Психотерапевт мусить мати навички відслідковування власної емоційної та стосункової динаміки та здійснювати відновлення у разі структурної регресії.

Третім фактором є отримання орієнтаційних знань – медичної пропедевтики для психологів: адекватні уявлення про фізіологічні параметри поранень та особливості зцілення.

Четвертий фактор – це використання адекватних експрес-методик діагностики та відповідне, вчасне використання психотерапевтичних процедур.

П'ятий фактор – врахування особливостей певних типів фізичних ушкод-

жень: бойових поранень та травм, хвороб, «гідних» побутових травм, травм та хвороб, отриманих в результаті «негідної поведінки» (в стані сп'яніння тощо).

Основні рекомендації щодо формування сприятливих зрілих стосунків для подолання наслідків травмування:

Психотерапевт мусить бути професійно та особистісно придатним до роботи з пораненими загалом та воїнами, які мають окремі види ушкоджень, функціонувати на структурно зрілому рівні, зокрема, бути здатним до рефлексії та саморозвитку; до емпатії, соціальних контактів та стосунків; мати розвиненість у розумінні символів, фантазій; зрілість у поводженні з фрустраціями, з власними та чужими імпульсами різної модальності.

Психотерапевту слід мати позитивний досвід проживання глибоких емоційних станів, досвід власної індивідуальної та групової терапії, досвід утримання вимірів в умовах напруження; здійснювати власну психогігієну, рефлексію станів;

Психотерапевту потрібно особливо уважно ставитись до глибоких позитивних стосунків, які можуть виникати в роботі, закоханості, любові, та поводитись відповідно до етичного кодексу й на благо пацієнта, зміцнення мережива його стосунків з побратимами та родиною.

Мінімально допустимим правильним ставленням психотерапевта до воїна, який отримав тілесні ушкодження, – є щира повага. В разі відсутності такого почуття до військового, психотерапевту потрібно отримати супервізію та\або передати пацієнта іншому спеціалісту.

Рекомендованим емоційним налаштуванням психотерапевта при відвіданні поранених та хворих є радість: «Які б тяжкі поранення ти не отримав, ти живий!».

Потрібно підтримувати ресурси воїна у всіх вимірах.

Здійснювати регулярний моніторинг новітніх методів відновлення, технологій протезування; можливостей отримувати вищу освіту, новий фах; мати координати соціальних, волонтерських, юридичних служб, щоб, у разі потреби, адекватно орієнтуватись у контекстах.

Щоб оволодіти навичками використання нашої моделі, потрібно мати

психотерапевтичну освіту, досвід особистої та групової терапії та пройти програму тематичного удосконалення з цієї теми.

Висновки

У результаті вивчення механізмів психічного травмування осіб в умовах війни на основі структурно-психодинамічної моделі психотерапії, нами створено структурно-психодинамічну модель травми. Вона побудована на основі ідеї структурної регресії - тимчасової втрати можливості самостійно утримувати певний онтологічний вимір, задовольняти відповідну онтологічну потребу; вносити відповідні зміни в карту уявлень відповідно до змін у реальності. Використання цієї моделі допомагає надавати більш ефективну та адекватну допомогу постраждалим від травмивних подій.

Нами виявлено структурні відмінності різних видів взаємин та створено типологію стосунків. За допомогою цієї типології ми отримали можливість відслідковувати актуальну динаміку змін психотерапевтичних стосунків у вимірах робочого альянсу, перенесення та реальному. У роботі з пораненими фізичні страждання та біль роблять більш вагомою частку реальних стосунків у психотерапії та вимагають від психотерапевта безпосередньої роботи з тілесними відчуттями. В разі ефективності такої роботи це значною мірою позитивно впливає на розвиток перенесення. Щодо робочого альянсу, критичне зменшення або зникнення больових відчуттів може припинити дію попередніх домовленостей, по причині їх виконання у частині тілесності. Далі існує чотири сценарії: закінчення терапії, перерва або продовження, передача пацієнта іншому психотерапевту. У всіх випадках зміна фізичного статусу та стану ушкодженого воїна вимагає рефлексії методів та додаткове обговорення запитів, формулювання оновленого контракту або підведення підсумків та коректного завершення роботи.

Загалом нами підтверджено базову гіпотезу дослідження: структурно зріле ставлення психотерапевта є ефективним стосунком та сприяє зціленню клієнтів, що отримали фізичні ушкодження. Психотерапевт символічно підставляє своє плече пораненому і допоміжно тримає для нього необхідні виміри. Для пацієнта є важливими прояви поваги терапевта, досвід, коли його чують та одночасно не втрачають себе, бачать у життєвих контекстах, витримують фрус-

трації, сильні емоційні стани та допомагають відшукувати місце для цих почуттів у структурі взаємин воїна зі світом.

Завдяки таким стосункам в терапії у пацієнта відбувається відновлення/становлення здатностей відчувати тілесність, переживати емоції, вибудувати розуміння, розрізняти реальність та уявлення про неї, витримувати фрустрації, бути толерантним до невизначеності.

Разом з тим дослідження виявили, що ефективність допомоги зберігається тільки на тлі одночасного якісного медичного лікування та врахування якості поза терапевтичних взаємин пацієнта. У випадках, коли таке лікування не здійснюється і клієнт продовжує страждати від фізичних обмежень та хронічного болю, надійні поза терапевтичні взаємини відсутні, значущість психотерапевтичних стосунків може критично падати, сам робочий альянс не формується або піддається загрозі.

Теоретичний вектор динаміки формування стосунків пацієнта спрямовано від інфантильного до зрілого з періодами нетривалої терапевтичної регресії. Психотерапевт, як динамічний об'єкт, мусить забезпечувати свою спроможність до зрілого ставлення на всіх етапах роботи та враховувати власні регресивні стани.

Також у дослідженні виявлені деякі додаткові тенденції розвитку негативних психологічних реакцій на стрес. Наприклад, бойові фізичні поранення зменшують негативні психологічні реакції на стрес у короткій (кілька тижнів) та середній до 1-го року перспективі (вірогідно за рахунок збільшення інтенсивності взаємовідносин – значної підтримки оточення). Ця тенденція є протилежною до результатів американських (В'єтнам) та російських психологів і є спорідненою з дослідженнями хорватських та українських спеціалістів. У більш тривалі періоди на перший план виходять фактори соціальної спроможності (наявність соціально важливої роботи, достойна оплата, можливість впливати на соціальні події, порозуміння у родині, повага громади) та екзистенційні фактори смислу. Для демобілізованих з фізичними ушкодженнями негативні соціальні фактори значно ускладнюють ефективний робочий альянс у психотерапії або роблять неможливою таку роботу.

Ще раз підкреслимо, що значно впливає на процес одужання мотивація воїна до служби та якість особистісних стосунків побратимів. Також оцінка спільнотою значення поранення та вдячність воїну за його оборону. У зв'язку з цим психотерапевтична спільнота мусить здійснювати також і «соціальну психотерапію». Вона полягає у здійсненні вектору впливу психотерапевтичного способу мислення на малі групи, в яких перебуває воїн, спільноту та державу вцілому. Це може відбуватись у формі соціальної психоедукації (лекції, інтерв'ю, статті та виступи у ЗМІ), фахових консультацій законотворців та залучення митців за для допомоги в символізації, створення правильних інтенцій та надійного мережива стосунків у суспільстві.

Список використаних джерел

1. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія / – : / Олег Анатолійович Блінов. – К.: Талком, 2016. – 246 с.
2. Блінов О. А. Основні складові моделі психологічної реабілітації комбатантів / Соціальна робота як правозахисна професія : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., 29 квітня 2015 року. Чернівецький нац. ун-т ім. Юрія Федьковича. – Чернівці, 2015. – С. 20–23.
3. Булан А.А. Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. 2015 №4 (29)
4. Військово-психологічний практикум офіцера / В.І.Осьодло, О.Ф.Хміляр, О.В.Красницька. – К. : НУОУ імені Івана Черняховського, 2017. – 93 с.
5. Гребінь Л. О. Деякі аспекти психодинамічної діагностики актуального рівня функціонування структури особистості // Форум психіатрії та психотерапії том 7. Львів-2012, с.41-60
6. Гребінь Л. О. Особливості практики надання психологічної допомоги пораненим військовослужбовцям // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. – 207 с

7. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Відмінності у діагностиці стресових розладів між DSM-IV і DSM-5 <http://chito.in.ua/v-l-zlivkov-s-o-lukomseka-o-v-fedan.html?page=5>
8. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. – СПб. : Питер, 2006.- С. 277-331.; Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий [Электронный ресурс] / А.Г. Караяни. – Режим доступа: http://psiwar.narod.ru/lit/kara_3.htm
9. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий Москва, 2003 [Электронный ресурс] / А.Г. Караяни. – Режим доступа: http://psiwar.narod.ru/lit/kara_3.htm
10. Кісарчук З.Г. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад»/Зоя Кісарчук// Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник/ З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. – К.: ТОВ «Видавництво «Логос»., 2015. – с. 8-11;
11. Комар З. Психологічна стійкість воїна Підручник для військових психологів Київ-2017 [Електронний ресурс] / Зоран Комар – Режим доступу: http://shron.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf
12. Литвиненко Л. Л. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців / Л. Л. Литвиненко // Психологічна допомога особистості в кризових соціокультурних умовах : тези Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 29-30 жовтня 2015 року); за наук. редакцією С. Д. Максименка, З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ «Видавництво “Логос”». – с. 54–58.
13. Маклаков А. Г. и др. Психологические последствия локальных военных конфликтов / А. Г. Маклаков и др.// Психологический журнал. – 1998. – №2.
14. Методичні рекомендації щодо проведення психологічної підготовки особового складу збройних сил України Київ – 2012 [Електронний ресурс] / ./– Режим доступу:

file:///D:/%D0%9C%D0%B0%D0%BC%D0%B0/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%8B/%D0%91%D1%96%D0%B9%D1%86%D1%96/recomend_pcuvol_pidgotovka_2013.pdf

15. Олійник О. М. Заступник командира по роботі з особовим складом 14 ОМБР капітан Олійник Олег Миколайович /. [Електронний ресурс]/ О. Олійник. – Режим доступу: <https://www.facebook.com/groups/623981901030779/?fref=ts>
16. Омельченко Я.М. Роль первинних об'єктів у процесі формування внутрішнього алгоритму подолання кризової ситуації/ Яніна Омельченко// Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник/ З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос та ін.; за ред. З.Г. Кісарчук. – К.: ТОВ «Видавництво «Логос», 2015. – с. 15-26;
17. Орлик Пилип Конституція. – 1710. [Електронний ресурс]/ П. Орлик. – Режим доступу: <http://gska2.rada.gov.ua/site/const/istoriya/1710.html>
18. Печій П. Символдрама в кризовій інтервенції / Петро Печій // Форум психіатрії та психотерапії. – Том 7. – Львів, 2012.
19. Пселік Ф. Програма самоуправління ПТСР для військового / Методичний посібник [Електронний ресурс]/ ф. Пьюселік – Режим доступу: https://armed.org.ua/wp-content/uploads/2017/04/Robochiy_zoshit.pdf
20. Психологія поведінки на війні: практичний порадник. Навчальний посібник / колектив авторів; за аг. Ред. В.І. Осьодла. – К. : НУОУ, 2014. – 125с.
21. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавницт- во “Логос”. – 207 с.
22. Фрейд З., Абрахам К., Ференци Ш. К психоаналізу военных неврозов: Сборник статей, серия: Клинический архив – Эрго, 2012

3.2 Специфіка встановлення зцілюючих стосунків психолога з військовослужбовцями та ветеранами, які знаходяться на реабілітації.

Неоголошена війна, яка триває в Україні вже впродовж декількох років, несе з собою величезні втрати, багато страждань і горя. Події війни є сильним травмівним фактором для людей, що спричиняє розвиток у багатьох із них тяжких психологічних станів. Особливо гострими і складними є такі стани у військовослужбовців та ветеранів. Вони переживають такі внутрішні навантаження, що значно перевищують можливості людини і можуть призвести до небезпечних наслідків: складних змін в емоційній сфері, самопочутті, діяльності, людських стосунках; у них можуть проявитися різні посттравматичні стресові реакції та розлади. Останні дають знати про себе тим, що військовослужбовці та ветерани, які знаходяться на реабілітації, говорять про безпорадність та безсилля, неможливість самостійно знайти вихід із складної життєвої ситуації; страждають від депресії; вважають, що криза ніколи не скінчиться, а становище не покращиться. Вони намагаються знайти шлях розв'язання проблеми, але афективна дезорганізація мислення ускладнює планування діяльності, спрямованої на подолання несприятливої ситуації. Отже, в таких станах травмована особа відчуває гостру потребу в емоційній підтримці, інтелектуальній та психологічній допомозі.

Варто зазначити, що на сьогодні вітчизняна система психологічної/психотерапевтичної допомоги військовослужбовцям та ветеранам ще далеко не створена. Окрім правових, соціально-економічних та організаційних питань розбудови цієї системи, існує і суто науковий аспект – психологи (як науковці, так і практики) намагаються зрозуміти, якою має бути психологічна допомога військовослужбовцям та ветеранам саме в Україні, в який спосіб її розгортати та здійснювати, особливо у кризових соціокультурних умовах.

Водночас фахівці спрямовують свої зусилля на аналіз існуючих теоретичних розробок щодо такого роду травмування, а також на осмислення і узагальнення набутого практичного досвіду надання допомоги та розробленню власних теоретичних моделей.

Теоретико-методологічні розробки вітчизняних та зарубіжних дослідників значною мірою висвітлили суттєві проблеми психологічної допомоги людині у травмівних ситуаціях. Теоретичні положення останніх досліджень і публікацій таких відомих науковців, як В. Агарков, Л. Гребінь, Д. Іванов, Р. Кадиров, В. Кін, З. Кісарчук, Г. Лазос, С. Максименко, Б. Михайлов, М. Мюллер, Я. Омельченко, В. Осьодла, О. Романчук, Н. Тарабріна, М. Теренс, Т. Титаренко, О. Тохтамиш, Е. Фoa, М. Фрідман, Л. Шестопалова експлікували сутність психотравми та спричинених нею розладів.

На основі їх праць схарактеризовано основні напрями психологічної підтримки і психологічної реабілітації військовослужбовців, які спрямовані на активізацію їх наявних психічних ресурсів та створення додаткових; на попередження у воїнів та ветеранів розвитку негативних психічних явищ; на психологічну допомогу, яка їм надається у разі прояву гострих чи хронічних адаптаційних розладів і яка являє собою систему медичних, психологічних, психолого-педагогічних і соціально-психологічних заходів.

У науковій літературі доведено, що внаслідок травматичного досвіду у людини актуалізується конфлікт між старим і новим образом «Я», який породжує сильні негативні емоції, порушується внутрішня рівновага, народжується сильний страх і душевний біль; втрачається почуття безпеки, з'являється відчуття того, що якась частина особистості виходить із-під контролю. Щоб їх позбутися, людина намагається не думати про травму і її можливі наслідки, у результаті чого травматичні переживання виявляються недостатньо пропрацьованими, травмуюча інформація зберігається в пам'яті, причому в досить активному стані, викликаючи мимовільні спогади. Однак, якщо пропрацювання цієї інформації буде завершено, уявлення про травматичному подію стираються з активної пам'яті [5; 9; 24].

Отже, для того, щоб жити далі, військовослужбовці та ветерани набувають «*рефлекс придушення*», який «заганяє» неприємні почуття углиб – туди, де їх емоційний вплив відчувається з меншою інтенсивністю. Звикання до придушення в собі негативних почуттів (гніву, ненависті, ревнощів, люті, підозрливості) призводить до втрати здатності відчувати позитивні емоції (любов, доброту, доброзичливість, довіру). У такий спосіб, через придушення думок про травму та її можливі наслідки, утримується зона прихованих переживань (ЗПП, термін автора) [8, с.77].

Зона прихованих переживань — це простір значимих, болісних переживань людини про минуле, якими їй важко поділитися з іншими. Це «потамний світ», де людина закривається, уникає контактів з іншими, залишається виключно наодинці з самою собою і своїм стражданням, де вона відчуває себе самотньою і залишає можливість лише інфернального контролю. Це породжує новий сенс зустрічі з іншим: поява значимого іншого у тій зоні, де людина страждає, є найважливішим аспектом зустрічі, яка полягає у встановленні стосунків з тими «частинами» внутрішнього світу, де їй некомфортно і боляче.

Таким чином, якщо місцем зустрічі стає *зона прихованих переживань*, то саме в суб'єктивному просторі цієї зони ветерани особливо потребують психологічної допомоги в емоційному плані (прийнятті, підтримці, співчутті).

Особливості встановлення стосунків в діаді "психотерапевт-клієнт", сприйняття ними один одного, вплив цього сприйняття на формування психологічного контакту достатньо широко вивчалися як у зарубіжній, так і вітчизняній психології. Досліджувались особистісні якості психолога; місце та роль як психолога, так і самого клієнта у консультативному процесі; формувалася погляд на особистості психотерапевта і клієнта як на своєрідні конструкти, що задають характер стосункам [3; 4; 16; 21].

Вагомий внесок у дослідження проблеми стосунків у процесі психотерапевтичної роботи внесли представники психодинамічного напрямку

(А. Адлер, М. Балінт, Д. Віннікот, Р. Грінсон, Е. Еріксон, О. Кернберг, Х. Когут, М. Кляйн, Дж. Мармор, З. Фройд та ін.). З. Фройд ще на початку минулого століття усвідомив важливість ролі міжособистісного порозуміння між терапевтом і клієнтом, що є передумовою гарного терапевтичного клімату і успіху терапії. Говорячи про критерії успішності психотерапевта, він зазначав, що для психоаналітика не є обов'язковою медична освіта, а необхідна спостережливість і вміння проникати в душу клієнта.

А. Адлер вважав, що психотерапія може бути успішною, тільки в тому випадку, коли психотерапевти по-справжньому зацікавлені в іншій людині, з якою працюють. Він зазначав, що основним інструментом і основною технікою лікування є сам терапевт. Саме в цій взаємодії "терапевт-клієнт", кожен має свою унікальність та індивідуальність [28]. Творець аналітичної психології К. Юнг вважав, що в результаті взаємодії психотерапевт має відкритися змінам, як і його клієнт [26].

Особливий погляд на терапевтичні стосунки як на стосунки екзистенційної взаємодії з «цілющим» впливом, демонструють представники екзистенційного і гуманістичного підходів (М. Бубер, Дж. Бюдженталь, Р. Кочюнас, А. Маслоу, Р. Мей, М. Обозов, К. Роджерс, Т. Флоренська, І. Ялом та ін.) . К. Роджерс одним із перших наголосив на необхідності глибокого контакту між психотерапевтом і клієнтом у психотерапії [18], схожі погляди висловлював Ф. Перлз [14]. Американський психотерапевт, засновник школи екзистенційної психотерапії І. Ялом говорить про те, що справжні стосунки, які виникають між пацієнтом і терапевтом, сам момент Зустрічі для пацієнта є цілющим сам собою, причому незалежно від теоретичної орієнтації терапевта [27]

Особлива майстерність психотерапевта полягає в його здатності побудувати атмосферу зустрічі між двома людьми, яка відбувається «тут і зараз», включати в роботу свою власну «душу», зазирати всередину себе, переживати духовні моменти і працювати, виходячи зі своєї самості. Коли терапевт опановує вмінням входити в контакт зі своєю сутністю — він опановує здатністю такого ж глибокого контакту з клієнтом, здатністю входити в світ

іншої людини. Саме тоді зникають кордони між Я і Ти і з'являються стосунки, які М. Бубер описує як «Я – Ти» стосунки, що сприяють змінам і зростанню іншої людини [1].

Аналіз літератури за темою дослідження дав можливість сформулювати робоче поняття терапевтичного стосунку, на яке ми спираємося у даній роботі. Поділяючи ідеї психотерапевтів гуманістичного спрямування, будемо розглядати стосунок як взаємодію психотерапевта і клієнта, що являє собою особистісно зорієнтовану, діалогічну (суб'єкт-суб'єктну) взаємодію, у ході якої виникає і розвивається автентичний контакт, що сприяє саморозкриттю особистості.

Терапевтичний стосунок — це унікальний міжособистісний досвід, наповнений теплом, довірою, прийняттям і розумінням, це Зустріч між тим, хто шукає допомоги і тим, хто її дає, це Зустріч, здатна пробудити серця і наповнити їх співпереживанням і взаємним розумінням один одного. Такі стосунки «психотерапевт-клієнт» ми називаємо *«повторне достатньо хороше батьківство»*, яке допомагає терапевту в роботі з травмованими військовослужбовцями та ветеранами наблизитись до *зони прихованих переживань* (простір особистісно значимих, болісних переживань людини, якими їй важко поділитися з іншими). Такі стосунки дозволяють бійцям почуватися безпечно, допомагають обмежити потребу у використанні захисних механізмів, дозволяють отримати доступ до негативних емоційних станів, опрацювання яких ведуть до покращення навичок самодопомоги і зростання здорової, ресурсної частини психіки у постраждалих військовослужбовців. Встановлення стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства» у просторі кризової допомоги значною мірою залежать від особистості фахівця. Саме він є тією основною опорною фігурою, яка витримує тяжкість травматичних переживань у діалозі з постраждалими, приймає людину у всій тій невизначеності та розпачі, в якій вона перебуває, транслює ресурсні переживання та допомагає клієнту побачити нові можливості власного буття. Все це значною мірою нагадує позицію достатньо хорошого первинного об'єкту [2], який допомагає

дитині впоратись зі складнощами розвитку та неприємними переживаннями. Таким чином, фахівцю, що працює з постраждалими, важливо мати рефлексивний погляд на власні риси та стани.

Не менш важливим у процесі побудови ефективних стосунків у просторі кризової допомоги є врахування особливостей психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів, оскільки, як згадувалось вище, бойова травма є доволі специфічною і має свої значні наслідки для людини, зокрема позначається на її здатності до контакту.

З огляду на це, *мета* нашого дослідження полягала у визначенні особливостей особистісних якостей психотерапевта, які сприяють можливості встановленню зцілюючих стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства» з постраждалими; особливостей психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів, які слід враховувати у процесі встановлення стосунків з ними; специфічних характеристик стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства» психолога з військовослужбовцями, які знаходяться на реабілітації.

Дослідження здійснювалось впродовж 2015-2017 років на базі Кризового центру медико-психологічної допомоги Інституту психології та Центру медико-психологічної реабілітації ДУ «Інститут медицини праці НАМН України».

Основними *методами* дослідження були: спостереження, інтерв'ю, опитування, супервізія, інтервізія, аналіз продуктів діяльності.

Дослідження складалось з декількох етапів: 1. Вивчення особливостей рис фахівців, які сприяють встановленню зцілюючих стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства»; 2. Вивчення особливостей психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації; 3. Окреслення особливостей навичок стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства» у контексті кризової допомоги постраждалим; 4. Вивчення ефективності стосунків «повторного достатньо хорошого батьківства» в площині реабілітації військовослужбовців та ветеранів.

Досліджувану *вибірку* складала три групи: *перша* група – 12 сертифікованих психотерапевтів, яких було відібрано за певними критеріями (наявність сертифікатів, що підтверджують кваліфікацію психотерапевта, спеціальної підготовки по роботі з психотравмою (кризове консультування), стаж роботи протягом 5 років, наявність досвіду супервізії); дві групи військовослужбовців та ветеранів (*друга* та *третя* групи), які ми сформували за ознакою наявності/відсутності роботи з кризовими психологами, що володіють навичками спілкування «повторного достатньо хорошого батьківства» у взаємодії з постраждалими. *Друга* група — 42 особи (39 чоловіків та дві жінки), середній вік яких становив 32-34 роки, проходили психотерапію в рамках програми «Дорога зцілення». Половину вибірки представляють військовослужбовці, іншу половину – ветерани АТО. За сімейним статусом: 76 % одружених, 12 % розлучених, 12 % не одружених, 50 % мають 2 та більше дітей. Ця група була експериментальною. *Третя група* – 12 осіб (усі чоловіки), середній вік яких 28-34 роки, які відмовилися від роботи з психотерапевтом. Усі 12 осіб є ветеранами АТО. За сімейним статусом: 88 % одружених, 2 % розлучених, 10 % не одружених, 36 % мають 2 та більше дітей. Ця група була контрольною.

Зазначимо, що з огляду на широкий спектр гострих розладів та симптомів у постраждалих від травмивних подій військовослужбовців, методика дослідження була максимально природньою. Вона поєднувала водночас процедури дослідження та психологічної допомоги. Обробка даних здійснювалася з акцентом на якісні характеристики [13, с.28].

Дослідження особистісних рис психолога здійснювався за допомогою опитувальників, які застосовувались серед вибірки психотерапевтів та військовослужбовців і ветеранів (*друга* експериментальна група). Спочатку бланк опитувальника «*Ефективний терапевт*» (перелік особистісних рис та параметрів міжособистісної взаємодії психотерапевта і клієнта у просторі кризової допомоги, які бажані для навичок спілкування «повторне достатньо хороше батьківство») заповнили психотерапевти, вирізняючи ті риси, які, на їх

думку є значимими у контексті стосунків з постраждалими військовослужбовцями. Ті особистісні риси психолога, які вирізняли представники першої групи, лягли у основу побудови опитувальника «Ідеальний психотерапевт», що впроваджувався у другій групі (військовослужбовці та ветерани). Досліджуваних просили вибрати риси психолога, які є для них найбільш значимі та бажані під час спілкування у психотерапевтичному просторі.

За результатами першого етапу дослідження з'ясувалося, що група психотерапевтів обирала переважно емпатійні, недирективні риси фахівця у контексті його спілкування з постраждалими бійцями (кількість виборів >50%).

Таблиця 3.3.

Ефективні риси психолога у спілкуванні з військовослужбовцями, що знаходяться на реабілітації (за даними вибору групи психотерапевтів)

Риси психолога	Кількість виборів (у %)
недирективність процесу взаємин	100
підтримка клієнта	92
включеність у контакт	83
емоційність	75
активність у спілкуванні	75
відкритість щодо клієнта	67

Як ми бачимо з таблиці 3.3., група психотерапевтів у своїх виборах акцентувалися на професійних рисах фахівця. На противагу цьому, друга експериментальна група (військовослужбовці та ветерани) переважно обирали суто людські риси психолога: емпатія, підтримка, турбота, співчуття, прийняття, емоційна теплота, чуйність, щирість, терплячість тощо (кількість виборів >50%).

Таблиця 3.4.

Ефективні риси психолога у спілкуванні з військовослужбовцями, що знаходяться на реабілітації (за даними вибору групи військовослужбовців та ветеранів)

Риси психолога	Кількість виборів (у %)
турбота	100
співчуття	100
підтримка	100
емпатія	100
прийняття	92
емоційна теплота	83
позитивне ставлення до клієнта	72
чуйність	60
щирість	60
терплячість	58

Фактично вибори військовослужбовців та ветеранів, що представлено у таблиці 3.4., свідчать про те, що для людини, яка переживає кризову ситуацію, вкрай важлива якісна, суто людська присутність та стиль взаємин.

На основі даних дослідження другої експериментальної групи, нами окреслено узагальнюючий *образ* ефективного фахівця у контексті його взаємин з військовослужбовцями, що знаходяться на реабілітації. Насамперед, чітко вимальовується риси психотерапевта, що здатний до співпереживання, турботи, підтримки. Такі риси зближують образ психотерапевта з образами реальних осіб (матір'ю, учителями, лікарями), про яких згадували самі опитувані і які раніше допомагали клієнтам у тій чи іншій тяжкій ситуації.

Таким чином, як свідчать результати дослідження, самі клієнти у образі психотерапевта шукають батьківську фігуру, на яку можливо опертися у кризових обставинах. Потреба ця, на нашу думку, полягає в тому, що самі постраждалі унаслідок дії травмівних обставин не мають ресурсу віднайти цю фігуру у власному особистісному просторі. З огляду на це, стосунки повторного «достатньо хорошого батьківства» є дійсно важливою складовою у процесі зцілення військовослужбовців та ветеранів, що знаходяться на реабілітації.

На другому етапі дослідження, з метою вивчення особливостей психо-емоційного стану військовослужбовців та ветеранів, застосовувались методи інтерв'ю та спостереження. Інтерв'ю проводилось психологами з кожним учасником дослідження індивідуально у ході первинної зустрічі з ним. Ін-

терв'ю включало в себе серію запитань, які спрямовано на з'ясування суїцидальних ризиків, психосоматичних скарг, симптомів дисоціації, імпульсивності, емоційної лабільності, міжособистісних проблем, наявності факту вживання хімічних речовин тощо.

Крім того, психоемоційний стан військовослужбовців відслідковувався за допомогою Карти спостережень, яка включала в себе перелік основної симптоматики психотравматичних розладів та тієї типової симптоматики, на яку вказували досліджувані у інтерв'ю. Таким чином, ми відслідковували і ту симптоматику, про яку говорили досліджувані, і ту, яку вони не зазначили у ході інтерв'ю, але яку можна було спостерігати. Результати спостережень фіксувалися у спеціальному бланку на початку та наприкінці реабілітації військовослужбовців та ветеранів. Ключовими параметрами спостереження виступили наступні симптоми: періодичні, мимовільні, інтрузивні, болючі спогади про травматичні події; тривожні, жахливі сни; проблеми із засинанням; дисоціативні реакції (флеш-беки); сильно виражені фізіологічні реакції перебудження (надмірна пильність, перебільшена реакція здригання, дратівливість і труднощі з зосередженням); постійний негативний емоційний стан (почуття страху, неконтрольований гнів, почуття провини, сорому, дратівлива поведінка) тощо.

У результаті дослідження психоемоційного стану військовослужбовців та ветеранів встановлено, що у більшості з них спостерігається характерна симптоматика посттравматичного стресового розладу (ПТСР): хронічна тривога, постійне очікування загрози, вразливість, сенситивність, вороже або насторожене ставлення до оточуючих, загострене почуття справедливості, агресивні та експлозивні реакції, почуття провини тощо.

Крім того, одним із характерних симптоматичних проявів у досліджуваних виявилась амбівалентність почуттів та поведінки. З одного боку, у військовослужбовців та ветеранів присутні такі сильні емоції, як тривога, горе, страх за себе й інших; гнів на те, що сталося, на людей, які у цьому винні; сором від безпорадності; почуття провини від того, що вони вижили, що вони

чогось не зробили, а могли б зробити. З іншого боку, вони переживають емоційну напругу та виснаження; емоційне «отупіння», яке проявляється у відчутті спустошення, що нічим не заповнюється.

Таким чином, як ми бачимо, типова для ПТСР симптоматика у військовослужбовців та ветеранів є доволі гострою та складною. Разом з тим її необхідно враховувати у процесі встановлення зцілюючих стосунків. З позицій «повторного достатньо хорошого батьківства», на першому етапі спілкування психотерапевт має бути внутрішньо готовим до прийняття і розуміння посттравматичних проявів клієнтів, мати ресурси для допомоги у відреагуванні сильних почуттів, їх контейнуванні та сприяти усвідомленню клієнтом «нормальності» таких соматичних та психоемоційних станів. Попри все, як і достатньо хороша матір[2], яка дає можливість дитині виплакати смуток, але й не фіксує її на цьому стані, демонструючи віру у можливість сина чи доньки та оптимізм щодо майбутнього, психотерапевт крок за кроком відкриває у спілкуванні з клієнтом нові більш ефективні стратегії життєвої організації. Саме такого роду стосунки у просторі кризової допомоги створюють можливість для клієнта безпечно інтегрувати приховані переживання, відкрито говорити про свої витіснені базові потреби, дають можливість побачити, як його сприйняття самого себе, завчені схеми міжособистісної взаємодії і установки по відношенню до інших заважають в даний час його адаптації. Необхідно підкреслити, що в процесі роботи на всіх її етапах, психолог/психотерапевт не тільки надає підтримку, а й вчить військовослужбовців та ветеранів справлятися зі своїми проблемами.

На третьому етапі дослідження ми порівняли особливості психоемоційного стану у експериментальній та контрольній групах по завершенню їхнього перебування у Кризовому центрі. Учасники експериментальної групи (42 особи) протягом всього терміну реабілітації працювали з психотерапевтами, які володіли навичками спілкування «повторного достатньо хорошого батьківства». Учасники контрольної групи (12 осіб) відмовилися від таких послуг. Представимо результати аналізу у вигляді рисунку.

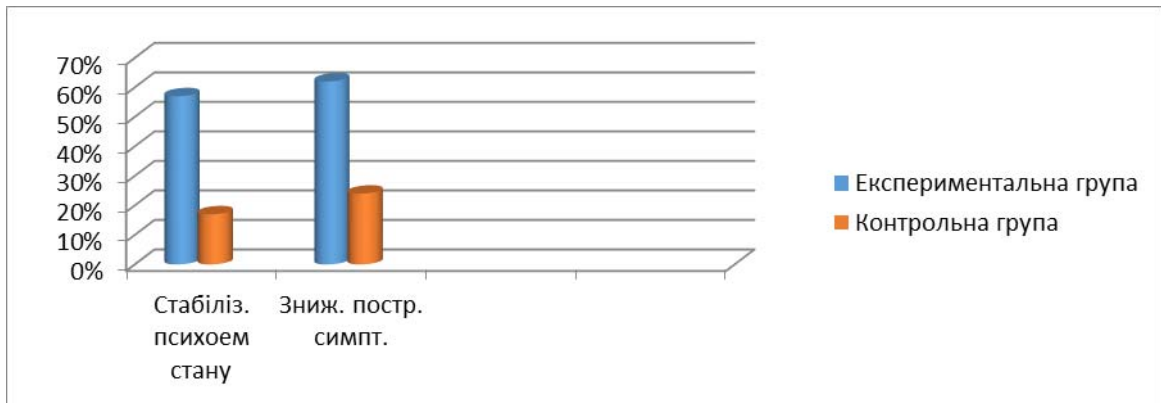


Рис. 3.1. Динаміка змін у психоемоційному стані військовослужбовців та ветеранів у експериментальній та контрольній групах.

Як видно з рисунку 3.1., різниця змін у експериментальній та контрольній групах є очевидною. В цілому, такі результати підтверджують ефективність діяльності психологів та психотерапевтів Кризового центру з бійцями, які володіли навичками спілкування «повторного достатньо хорошого батьківства». Ми бачимо, що спілкування з психотравмованими військовослужбовцями саме у такій стратегії призводить до покращення навичок самодопомоги та укріплення здорової частини психіки клієнта, зниження постравмівної симптоматики, стабілізації стану, гармонізації Я-образу та відновлення відчуття власної цінності і самодостатності.

Таким чином, результати проведеного дослідження та практичної роботи з військовослужбовцями і ветеранами, що знаходяться на реабілітації, дають підстави для наступних висновків:

- особливостями психотерапевтичної взаємодії психолога з військовослужбовцями та ветеранами, які знаходяться на реабілітації після травмивних подій, є терапевтичні стосунки, які концептуалізуються як «повторне достатньо хороше батьківство»;
- основним завданням психотерапевта в межах стосунків у просторі кризової допомоги є прийняття прихованих переживань та витіснених потреб клієнта, турбота про них, заспокоєння та підтримка, що є основним чинником змін щодо зменшення симптоматики;

- основою моделі ефективного психолога/психотерапевта у кризовій допомозі постраждалим є такі його особистісні риси: *позитивне ставлення до клієнта, терплячість, чуттєвість, емоційне тепло, емпатія, підтримка, турбота, співчуття, щирість, прийняття*;
- особливостями ефективної взаємодії психотерапевта і клієнта є повага до внутрішнього світу один одного; довіра; поділ відповідальності між терапевтом і клієнтом; сприяння повноті переживань клієнта; особистісна зацікавленість психотерапевта його життям і внутрішнім світом.

Дані, отримані в результаті проведеного дослідження, дозволяють визначити можливості їх практичного застосування. Структуровані умови стаціонару відкривають можливість для створення когнітивної рамки, в якій розгортається поетапно сплановане лікування і відновлення клієнта, яке ми називаємо комплексним підходом до медико-психологічної реабілітації. І це є вельми перспективним підходом для усунення більшості проявів стресових розладів військовослужбовців і ветеранів. Досвід нашої роботи може бути використаний при розробці програм їх медико-психологічної реабілітації.

Крім того, результати дослідження можуть стати основою для розроблення рекомендацій щодо провідного ефективного стилю стосунків з травмованими особами у просторі кризової психологічної допомоги та реабілітації.

Список використаних джерел

1. Бубер М. Я и ты / Мартин Бубер. – М. 1993. – 82 с.
2. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери; [пер. с англ. Н.М. Падалко]. / Дональд Винникотт — М.: Независимая фирма «Класс», 2007. — 80 с. — (Библиотека психологии и психотерапии)
3. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу: монографія / Л.М.Гридковець. – Л., 2016. – 516 с.
4. Іванов Д. А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація / Д. А. Іванов. – Чернівці, 2007. – 424 с.

5. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р. В. Кадыров. – СПб. : Речь, 2012. – 448 с.
6. Кан М. Между психотерапевтом и клиентом: новые взаимоотношения. / М. Кан; пер. с англ. В. В. Зеленковского, М. Пусь. – СПб.: Б.С.К., 1997. – 138 с.
7. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
8. Литвиненко Л. Л. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців / Л. Л. Литвиненко // Психологічна допомога особистості в кризових соціокультурних умовах : тези Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 29-30 жовтня 2015 року); за наук. редакцією С. Д. Максименка, З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ «Видавництво “Логос”». – с. 54–58.
9. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с.
10. Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы / А. Маслоу. – М.: Смысл, 1999. – 316 с.
11. Михайлов Б. В. та ін. Посттравматичні стресові розлади: [Навчальний посібник] / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, С. Є. Казакова та ін.; під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Х. : ХМАПО, 2013. – 224 с.
12. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію / М. Мюллер. – Львів: Видавництво Українського католицького університету, Свідчадо, 2014. – 120 с.
13. Омельченко Я.М. Формування надійних стосунків психотерапевта з дітьми з вимушено переселених родин як умова подолання ними негативних наслідків кризових обставин / Я.М. Омельченко // Актуальні проблеми психології Т. 3 : Консультативна психологія і психотерапія : Зб.наук.праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. Максименко С.Д. – Вінниця : Рогальська І.О., 2016. – с.74 – 86.

14. Перлз Ф. Гештальт-семинары / Ф. Перлз; перевод с англ. – М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2007. – 352 с.
15. 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.
16. Психологія поведінки на війні : практичний poradник : [навчальний посібник] / колектив авторів; за заг. ред. В.І. Осьодла. – К. : НУОУ, 2014. – 125 с.
17. Психотерапия – что это? Современные представления / под ред. Дж. К. Зейга, В. М. Мьюниона; пер. с англ. Л. С. Каганова. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2000. – 432 с.
18. Роджерс К. Становление личности. Взгляд на психотерапию / К. Роджерс; пер. с англ. М. Злотник – М.: ЭКСМО – Пресс, 2001. – 416 с.
19. Романчук О. Сім’я, що зцілює: основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання / О. Романчук. – Львів: Колесо, 2011.– 246 с.
20. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. – М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.
21. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування / Т. М. Титаренко. – К.: Главник, 2004. – 96 с.
22. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник / О. М. Тохтамиш. – Вінниця : Віндрук, 2014. – 100 с.
23. Фридман М. Дж. Посттравматическое стрессовое расстройство. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под. ред. Р. Карсини, А. Ауренбаха. – СПб. : Питер, 2006. – С. 869-870.

24. Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) / Л. Ф. Шестопалова // Украинский медицинский альманах. – 2000. – Т.3, №2. – С. 183-184.
25. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фoa, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. – М.: «Когито-Центр», 2005. – 467 с.
26. Юнг К. Г. Душа и миф: шесть архетипов / К. Г. Юнг; пер. с англ. – К.: Государственная библиотека Украины для юношества, 1996. – 384 с.
27. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика / И. Ялом; пер. с англ. – М.: Апрель Пресс, изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001.
28. Adler R. B. et all. Interplay: The process of interpersonal communication / Ronald B. Adler, Lawrence B. Roscnfeld, Neil Towne. — 2nd ed. – New York etc.: Holt, Rinehart and Winston, cop. 1983. – Tokyo: Holt - Saunders. – X, 308 p.

3.3. Особливості формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів.

Кризові події останніх років в Україні ставлять питання психологічної допомоги рідним демобілізованих військовослужбовців з особливою гостротою. Сім'ї військових несуть підвищене емоційне навантаження під час очікування чоловіків з зони бойових дій, а після їх демобілізації нерідко стикаються зі складними психоемоційними станами, психологічними реакціями ветеранів.

Виражене емоційне і фізичне напруження відчують дружини бійців, які опинились, по суті, на лінії «другого фронту» - фронту підтримки сім'ї в її повсякденності: в період бойової служби чоловіка і на етапі ресоціалізації ветерана при його поверненні до мирного життя. Беручи до уваги можливі складнощі післявоєнного етапу життя сім'ї ветеранів, фахівці розглядають категорію близьких родичів бійців, зокрема їхніх дружин, як окрему групу, яка потребує професійної психологічної підтримки. У контексті психологічної роботи з дружинами військових видається актуальним дослідження особливостей формування психотерапевтичного контакту з ними як важливої умови надання якісної психологічної допомоги.

Даний параграф присвячено дослідженню якісних характеристик продуктивних психотерапевтичних стосунків з дружинами ветеранів, а також науковій рефлексії накопиченого професійного досвіду психологічної роботи з жінками – дружинами демобілізованих військових.

Значимість професійної підтримки сімей ветеранів активно дискутується як на наукових конференціях і в публікаціях українських і зарубіжних дослідників (В. Глебов, І.Пампура, В. Остапович, І. Рева та ін.), так і у вітчизняних засобах масової інформації, у численних інтерв'ю українських військових психологів, психологів-волонтерів (А. Баца, О. Еверет, А. Волкова, А. Козінчук) [8]. Фахівці зазначають важливість якісного психотерапевтичного супроводу військових, які повернулися з фронту, необхідність подолання можливих негативних наслідків бойових травм, підкреслюють цінність підтримки бійців рідними на шляху психологічного зцілення, зокрема, приділяється особлива увага якості подружніх стосунків, ролі дружини на етапі реабілітації ветеранів [6; 14; 19]. Цінність участі рідних, їх турботи, адекватного розуміння процесів, що відбуваються в сім'ї під час фізичного і емоційного відновлення захисників, підкреслюється багатьма дослідниками [2; 3].

Питання необхідності психологічної допомоги дружинам військових ставиться практично у всіх публікаціях як зарубіжних, так і вітчизняних фахівців [2; 14; 21]. Роздумами стосовно психологічної підтримки цього конти-

нгенту постраждалих активно діляться українські військові психологи, психологи-волонтери, що відображається в численних їх виступах у засобах масової інформації [1; 3; 4; 15; 20]. У цих публікаціях, повідомленнях на інтернет-ресурсах міститься живий і дуже цінний досвід, важливий для розуміння тих проблем, з якими зіткнулися дружини демобілізованих військових. Разом із тим наукове осмислення теми психологічної допомоги дружинам ветеранів поки ще не відображено в належній мірі у фахових публікаціях. Зокрема, вкрай мало приділяється уваги такому важливому в контексті психологічної допомоги питанню як специфіка формування психотерапевтичного контакту з даною категорією жінок.

Розгляд представленості в науковій літературі питання психологічної допомоги дружинам ветеранів, особливостей встановлення контакту з ними як клієнтами психотерапії почнемо з аналізу впливу травматичних подій на психологічний стан бійців, на їх здатність перебувати у стосунках з іншими людьми, розвивати взаємини взагалі. Вважаємо за доцільне приділити увагу цій темі, оскільки психологічна травма істотно вражає саме зону здатності людини до стосунку. Ця «особливість впливу травматичних подій на системи прихильності» людини обтяжує сімейні зв'язки бійця, породжує масу питань у близьких [5, с. 92].

Вплив бойової травми на психоемоційний стан ветеранів, на їх здатність перебувати у стосунках. Боєць під час війни відчуває фізичний, емоційний і соціальний стрес, що може призводити до психічних травм, а в подальшому до прояву специфічних реакцій, які порушують повсякденну життєдіяльність і процеси адаптації ветерана. Розуміння та інтерпретація такого роду реакцій на стрес-фактори бойової обстановки ґрунтується на концепції посттравматичних стресових розладів (ПТСР) [10; 11; 21; 22]. Розглянемо основні (типові) прояви цих розладів та їх вплив на сімейну ситуацію бійця.

Результатом впливу психотравмівної події може бути зміна в уявленні про власну вразливість, про самого себе, інших людей, про світ загалом. Може зруйнуватися уявлення про те, що навколишній світ упорядкований, без-

печний, що власна особистість гідна поваги, а іншим людям можна довіряти. Загалом психічна травма є порушенням психологічної цілісності особистості.

Фахівці виокремлюють наступні найбільш характерні відстрочені реакції на бойовий стрес: дратівливість, запальність, агресивність, напруженість, тривожність, підвищену стомлюваність, депресивність. Часто зустрічаються порушення сну, нічні кошмари, ослаблення пам'яті і труднощі концентрації, захопленість спогадами про війну, фобічні реакції. Може спостерігатися також пристрасть до алкоголю і наркотиків, особистісні зміни, різні психосоматичні симптоми [11; 14; 19; 22]. Проявами ПРСР є також втрата інтересу до значущих раніше для ветерана форм життєдіяльності, втрата бачення перспективи свого майбутнього, сенсу життя загалом. Багатьом властиві невпевненість у своїх силах, відчуття нездатності впливати на хід подій, бажання помститися за все, що відбувалося на війні. Дослідники звертають увагу на хвилювання ветеранів через власні дії під час виконання службових зобов'язань, на почуття провини, коли гинули друзі.

Серед типових проблемних проявів ветеранів, що спостерігаються в контексті стосунків, дослідники відзначають недовіру до оточуючих і почуття відчуженості від них, зниження здатності до співпереживання і душевної близькості, відчуття занедбаності, труднощі у вираженні почуттів і саморозкритті, схильність до агресивних проявів. Загалом ветеранам важко вирішувати складності в спілкуванні. Їх міжособистісні відносини часто характеризуються нестабільністю, що породжує соціальні проблеми (звільнення з роботи, соціальні конфлікти, розлучення) [5; 21].

Після повернення з фронту чоловіки практично нездатні говорити про війну з рідними. Ця тема обговорюється переважно з побратимами: їм вони можуть довіряти, з ними відчують себе почутими; з ними готові розділити свій біль і переживання.

Загалом властиві ветеранам складності у взаємодії з оточуючими є причиною їх невисокої активності у вирішенні власних життєво важливих проблем і питань сімейного життя зокрема. Різного плану труднощі післяво-

енної адаптації чоловіків в значній мірі лягають на плечі дружин демобілізованих, додають навантажень у коло їхніх турбот, ускладнюють емоційне і фізичне самопочуття жінок.

Психологічна допомога сім'ям демобілізованих військовослужбовців у сучасних дослідженнях. Зарубіжні психологи в системі психологічної допомоги ветеранам війни важливе місце відводять сімейній психотерапії, деякі з них (М.Стентон, Ч.Фіглі) взагалі вважають, що сімейна психотерапія може мати ключову роль у психологічній допомозі ветеранам [цит. за 21].

Наведемо кілька моделей психологічної допомоги сім'ї, представлених в аналітичному огляді С. С'едіна і Р. Абдурахманова.

На думку Ч. Фіглі, психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів повинна ґрунтуватися на чотирьох головних принципах:

- повага до інтимних сторін життя родини, її самовідданості під час війни і досвіду сім'ї, що стосується пережитих стресових життєвих обставин;
- інформування сім'ї про можливі психологічні наслідки війни;
- поєднання психологічної допомоги з соціальною підтримкою родини, зокрема і родинами інших ветеранів;
- психотерапевтичне втручання в життя сім'ї має базуватися на: обережному вивченні джерел стресу в сім'ї; визначенні – які способи подолання психологічних труднощів використовуються в сім'ї, а які – ні; інформування родини про різні способи подолання наслідків травматичного стресу; допомогу у створенні в сім'ї системи взаємної підтримки; допомогу в мобілізації тих сторін сімейних стосунків, які здатні її зміцнити і забезпечити вирішення психологічних проблем.

С. Вільямс і Т. Вільямс виділяють основні завдання у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів: подолання у ветерана ідентифікації з образом «пацієнта» в родині, допомога у виході зі стану депресії, емоційної та соціальної відчуженості; подолання випадків насильства в сім'ї, прагнення до тривалої відсутності в родині; подолання психологічної дистанції між вете-

раном і дітьми; поліпшення взаємин між подружжям; психологічна допомога дружинам ветеранів; формування в сім'ї системи взаємної підтримки, вдосконалення навичок спілкування в родині.

Найбільш ефективною, на думку С.Вільямс і Т.Вільямс, є мультимодальна форма сімейної терапії, яка включає: індивідуальне та сімейне консультування; групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами; заняття в групах, що включають кілька сімейних пар із метою вдосконалення комунікативної компетентності; створення системи взаємної соціальної підтримки.

Отже, як бачимо, у контексті психологічної допомоги сім'ям ветеранів окремо виділяється категорія дружин, як група, що потребує професійної психологічної підтримки.

Завданнями нашого дослідження було: 1) з'ясування психологічної проблематики дружин ветеранів; 2) виявлення специфіки встановлення контакту та виокремлення якісних характеристик продуктивних (підтримуючих) стосунків психолога з дружинами демобілізованих військовослужбовців; 3) викладення рекомендацій для дружин ветеранів щодо налагодження гармонійної атмосфери в сім'ї.

Основними **методами** дослідження виступили: напівструктуроване інтерв'ю з психологами, що мали досвід психологічної допомоги дружинам демобілізованих військових із зони АТО; структуроване спостереження у випадках власної психотерапевтичної роботи з дружинами захисників та з подружжям ветеранів; узагальнення та систематизація власного та набутого вітчизняними фахівцями практичного досвіду допомоги сім'ям ветеранів.

Дані методи були обрані, виходячи із викладених у вступі до монографії положень (див. стор. 7) стосовно вимог до методичного інструментарію дослідження, зумовлених специфікою контингенту досліджуваних та самої експериментальної ситуації. Згідно цих положень ми зупинились на таких методах, які не є обтяжливими для досліджуваних, оскільки дружини ветеранів у переважній більшості вже перебувають у ситуації емоційного переван-

таження; також було важливо, щоб методи дозволяли поєднувати збір емпіричного матеріалу із наданням психотерапевтичної допомоги. У зв'язку з цим обрані викладені вище методи наближені до природного спілкування, спрямовані на збір якісних характеристик, лаконічні за форматом.

Так, метод структурованого спостереження, що реалізовувався під час психотерапевтичних сесій, був спрямований на збір якісних даних і, хоча і мав діагностичну ціль, в першу чергу підпорядковувався завданням психотерапії. Метод напівструктурованого інтерв'ю з психологами-волонтерами, що взяли участь в опитуванні, теж ставив за мету отримання якісних даних стосовно завдань дослідження, але опосередковано – через сприйняття психотерапевтами важливих для дослідження аспектів роботи з жінками – також стосовно останніх був достатньо екологічним.

Напівструктуроване інтерв'ю зазвичай складається з переліку тем для обговорення, можливих варіантів питань для з'ясування обраних тем. У ході бесіди інтерв'юер має можливість формулювати нові теми, якщо вони стосуються головних аспектів дослідження, імпровізувати з запитаннями, змінювати їх послідовність, а значить гнучко реагувати на хід бесіди, підтримуючи контакт з опитуваним, залишаючись при цьому у межах мети дослідження [16; 24]. Напівструктуроване інтерв'ю як метод дослідження був обраний з огляду на складність емпіричного матеріалу, що мав досліджуватися, з метою надання досліднику певної свободи заради глибшого занурення у тему під час збору необхідної інформації та отримання якісних даних. Цим вимогам, за досвідом фахівців, краще відповідають напівструктуровані варіанти інтерв'ю, ніж жорстко формалізовані, структуровані методи [16].

Представимо перелік запитань, що склали основу напівструктурованого інтерв'ю у нашому дослідженні.

1. Як би Ви охарактеризували психоемоційний стан дружин ветеранів, з якими Ви працювали?

2. З якими проблемами, труднощами, питаннями дружини ветеранів до Вас зверталися? Зокрема, чи зустрічалися у якості запитів жінок наступні теми:

- питання психоемоційної регуляції власного стану (тривога, злість, роздратування, образа, провина, втома та ін.);
- потреба в інформації про ПТСР, вплив бойової травми на психоемоційний стан і поведінку ветерана;
- складність стосунків з чоловіком (конфлікти, напруження та ін.);
- конфлікти з іншими родичами;
- стосунки з дітьми;
- матеріально-побутові проблеми сім'ї;
- інше.

3. Які особливості встановлення психологічного контакту з дружинами ветеранів Ви відчули? Якого ставлення з Вашого боку вони, за Вашими спостереженнями, потребували?

4. Якщо стосунки склалися, то що, на Ваш погляд, цьому сприяло?

5. Що, за Вашим досвідом, може заважати розвитку стосунків «психолог-клієнт» у психотерапевтичній роботі з жінками даної категорії?

Метод структурованого спостереження, що застосовувався під час власної психотерапевтичної роботи, був зорієнтований на ті ж аспекти, що виокремлені в інтерв'ю, а саме: психоемоційний стан та самопочуття дружин ветеранів, їх проблематику – скарги, бажання, потреби (усвідомлені і неусвідомлені), внутрішні та зовнішні ресурси жінок, ситуацію у сім'ї, якість стосунків у подружній парі, потребу в інформації стосовно ПТСР та питань взаємодії з ветеранами, очікування від терапії і терапевта, зокрема особливості їх потреб у стосунках з терапевтом. Окрема увага надавалась спостереженню за факторами, що впливали на якість стосунків «клієнт-терапевт», а саме, стилю взаємодії, ставленню психолога до жінки, особливостям прояву такого ставлення, що сприймалося жінкою як підтримуюче.

У дослідженні взяли участь 27 психологів-волонтерів із досвідом психотерапевтичної роботи від 4 до 18 років. Власний дослідницький досвід психологічної допомоги набувався у роботі з 19-ю дружинами ветеранів впродовж 2016 року. Перейдемо до аналізу отриманих результатів.

Особливості психологічної проблематики дружин ветеранів. Емоційний стан дружин ветеранів виявився багато в чому зумовленим психологічним статусом чоловіків, які повернулися з передової. При серйозних наслідках участі чоловіка в бойових діях жінка нерідко стикалась з ситуаціями, які їй було важко подолати. Якщо посттравматичні реакції ветерана виявлялися помітно вираженими, дружини зізнавались, що їм важко справлятися з емоційною нестабільністю демобілізованих, складно виносити їх небажання контактувати з соціумом, їх закритість, відстороненість, апатичність. Жінки відзначали, що їм було важко знаходити підхід до близьких, вони губилися в тому, про що можна говорити з колишніми фронтовиками, про що ні; напрацьований раніше досвід спілкування з рідними виявлявся малопродуктивним. Серйозною проблемою для деяких сімей стала виражена алкоголізація і агресивність чоловіків. Спроби жінок на інтуїтивному рівні запобігти, вирішити або мінімізувати негативні наслідки участі чоловіків у бойових діях, за висновками психологів, далеко не завжди призводили до позитивних результатів. Дружини демобілізованих часто скаржилися на сімейний дискомфорт, напруженість у стосунках, конфлікти. Їм важко зрозуміти і прийняти зміни, які відбулися з їхніми чоловіками.

Часто причиною сімейних конфліктів ставала відмова близьких прийняти ветерана таким, яким він став, тобто в його новій якості. Дружини намагались «витягнути» з рідної людини знайомі реакції, звичний стиль поведінки та ставлення до себе, видавались неуважними до його нового «Я», ігнорували намагання чоловіка пред'явити свою інакшість, не сприймали його прямоту, внутрішній дискомфорт, часом бурхливі прояви. Жінки відзначали власну підвищену тривогу, дратівливість, втому, безсоння, страх за подальшу долю родини в цілому. Якщо напруга в сім'ї ставала занадто великою, деякі

жінки намагались розібратися в собі і зрозуміти, наскільки вони готові сприймати, терпіти, любити і підтримувати чоловіка, що повернувся з фронту. Іноді розрив сімейних відносин бачився зневіреною жінкою єдиним виходом із ситуації, що склалася. Були випадки, що ініціатором розлучення ставали чоловіки – досвід війни їх зробив більш чесними і прямими. Дехто зрозумів, що любові в сім'ї не було і до війни. Взаємини подружжя випробовуються війною в кожній родині. І кожна сім'я вже на внутрішньому фронті, а не на зовнішньому стикається зі своїми «барикадами», веде свій бій, по своєму відповідає на життєві виклики.

Отже, як вважають психологи-волонтери, що взяли участь в опитуванні, дружини учасників бойових дій, які зіткнулися з вищезначеними життєвими ситуаціями і переживаннями, безумовно, потребують певних реабілітаційних заходів, перш за все - психологічної допомоги.

Специфіка формування психотерапевтичних стосунків в роботі з дружинами демобілізованих військовослужбовців. Як відомо, психотерапевтичні стосунки мають власні чинники формування або структурні складові, змістовне наповнення яких визначається психологічними особливостями і потребами клієнта, специфікою клієнтського запиту, методами роботи [12; 13].

Аналіз досвіду психологічного супроводу дружин демобілізованих військовослужбовців дозволив виділити ряд факторів, що впливають на якість психотерапевтичного контакту з ними і, в результаті, на ефективність психотерапевтичної допомоги в цілому: *психологічні потреби* даної категорії жінок; *характеристики стосунків психолога з дружинами військових: ставлення психолога до жінок та стиль взаємодії з ними; зміст спілкування.* Розглянемо докладніше змістовну складову визначених вище факторів формування психотерапевтичних стосунків з дружинами ветеранів.

В першу чергу звертають на себе увагу психологічні потреби жінок в розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці зусиль щодо турботи про сім'ю загалом. Дружині військового дуже важливо відчувати, що психолог ро-

зуміє її емоційний стан, проявляє інтерес до її внутрішнього світу, не байдужий до турбот, тривог жінки; приймає непростий і часом драматичний досвід дружини бійця, її переживання, не засуджує за суперечливі почуття чи вчинки, поважає її право на свою власну точку зору. Жінці важливо побачити у психологові стійку і надійну фігуру - людину, якій можна довірити тривоги, сумніви, надії і радощі; з яким можна говорити як про прості буденні речі, так і про найглибше і дуже особисте, потаємне [8].

Особливе значення в роботі з українськими жінками-дружинами військових, за результатами дослідження, є розуміння і вміння психолога відгукнутися також на потребу у визнанні мужності і зусиль самих цих жінок в період випробувань, що випали на їх родину: у підтримці чоловіка, коли він воював; у визнанні неймовірної тривоги за нього під час його служби; у визнанні її зусиль по турботі про дітей і сім'ю, коли чоловік був на фронті; у визнанні того, що вона своєю причетністю до життя чоловіка-воїна, по суті, теж воювала за наше загальне благополуччя. Таким чином, в психологічному контакті з дружиною ветерана психологу важливо враховувати потребу жінки в повазі, у визнанні складнощів, з якими вона зіткнулася, та повазі до її внутрішньої стійкості в боротьбі з життєвими викликами; важливо підтримувати її самооцінку, позитивний образ себе, а також її зусилля стосовно того, що вона робить для адаптації чоловіка після демобілізації.

За результатами нашого дослідження, вищезначені потреби жінок найкращим чином задовольняються за певного ставлення психолога до них, а саме, через прояви терапевтом прийняття, розуміння, емпатії, визнання. Умовами, що сприяють реалізації такого ставлення у психотерапевтичній роботі з дружинами ветеранів, з огляду на специфіку їх психологічних потреб, зумовлених перебігом сімейної ситуації, виявилися характерні особливості стилю взаємодії фахівця з жінками як партнерського, шанобливого, доброзичливого, уважного, такого, що пропонує безпеку, захист, укріплює довіру, впевненість і надію, відтворює турботливу зацікавленість психолога у загальному благополуччі жінки.

Розглянемо докладніше позитивний ресурс партнерського стилю спілкування психолога з дружинами ветеранів. За нашими дослідженнями, цей стиль спілкування з даною категорією постраждалих виявився продуктивним з наступних причин. По-перше, спілкування на рівних в зазначеній ситуації підтримує і зміцнює існуючі психологічні ресурси жінки: віру в себе і свої сили, підсилює її стійкість, вміння спиратися на внутрішню позицію «активного дорослого» на противагу позиції «залежної від обставин жертви». По-друге, спілкування на рівних дозволяє жінці засвоїти даний стиль взаємодії, а в подальшому спиратися на нього при контактуванні з чоловіком, і таким чином, вже в рідній людині підтримувати впевненість і почуття партнерства, що є ресурсним фактором в контексті ресоціалізації чоловіка, гармонізації його життя, а також життя сім'ї у цілому. Партнерська позиція дружини у стосунках з чоловіком-ветераном дозволяє їй не впадати в роль ні «матусі, що сюсюкає» при зіткненні з можливими проявами слабкості чоловіка, ні в домінуючу роль авторитарної господині-лідера, яка навчилася всі питання сім'ї вирішувати одноосібно, без чоловіка. Уміння будувати партнерські відносини також може вберегти жінку від позиції «жертви» в разі вираженої неадекватності або агресивності близької людини.

Таким чином, розглянуті вище характеристики ставлення психолога до дружин ветеранів, особливості загального стилю спілкування з ними в значній мірі відповідають актуальним потребам жінок, сприяють створенню в їх сприйнятті потужного почуття підтримки, що позитивно впливає на якість психотерапевтичних стосунків з даною категорією постраждалих.

Зупинимося на питаннях змісту спілкування психолога з дружинами ветеранів. Позначимо основні теми, що хвилюють жінок при зверненні за психологічною допомогою, відгук на які важливий для встановлення і підтримки якісних психотерапевтичних стосунків. Дружини учасників АТО потребують розуміння змін, що сталися з бійцями в період їх перебування на передовій, впливу бойового досвіду на поведінку чоловіків. Їм важливо засвоїти специфіку спілкування з демобілізованим, навчитися орієнтуватися в

особливостях динаміки різних процесів життя сім'ї (структурних, ієрархічних, комунікативних та ін.), що виникають при поверненні військових додому. Жінкам важливо вміти розуміти себе та власні реакції на ті, чи інші сімейні ситуації, бажано оволодіти навичками емоційної регуляції, розширити спектр власних комунікативних умінь, навчитися піклуватися про себе.

Всі ці питання можуть обговорюватися з жінками у форматі психоедукації. Психоедукація є, по суті, інформаційною підтримкою у вигляді пояснювальних моделей і рекомендацій, які допомагають рідним захисників зорієнтуватися в ситуації, що склалася і отримати уявлення про можливі способи дії у важкі хвилини. Розуміння того, що відбувається, теоретична підготовленість до варіантів сприйняття, інтерпретації та відгуку на проблемні аспекти сімейного життя знижує рівень тривожності, напруженості, сприяє поверненню почуття контролю над ситуацією, відроджує надію на благополучне вирішення негараздів, що виникли в родині. Якісно проведена психоедукація допомагає встановленню контакту психолога з дружиною ветерана, створенню атмосфери довіри і служить гарним початком для подальшої психологічної роботи.

Розглянемо докладніше найбільш затребувані жінками теми спілкування та варіанти відгуку психолога на ці актуальні для дружин ветеранів питання у форматі психоедукації. Важливість обраних тем, корисність їх обговорювання підтверджується нашими дослідженнями, власним психотерапевтичним досвідом, напрацюваннями інших фахівців, як співвітчизників, так і зарубіжних психологів, досвід яких ми також застосовували у викладенні даного матеріалу (А.Баца, О.Еверет, В.Глебов, Е.Варлакова, А.Караяні, О.Кляпец, А.Козінчук, О.Костюк, Т.Кукуєва, А.Федорець та ін.) [1; 2; 3; 4; 6; 7; 9; 11; 14; 15; 17; 18; 20; 22].

Дружині ветерана важливо розуміти і враховувати, що борець повертається з фронту з новим унікальним досвідом — війна суттєво змінює людину. Він стає іншим, і це може викликати певне напруження в сім'ях. «Чоловіка, який прийшов із війни, потрібно прийняти разом із його новими поглядами,

знайомствами, проблемами, страхами і, можливо, проявами агресії. Повернення до мирного життя може затягнутися, але без любові, турботи, тепла і найголовніше – без прийняття родини, воно стане практично неможливим» [цит. за 1]. Людина, що пройшла війну, стає сильнішою і мудрішою. Воїн повернувся додому, в сім'ю, живий. Це — головне. Всі інші труднощі і випробування можна пережити, якщо спільне життя, сім'я є цінністю.

Дружині важливо проявити увагу і терпіння до проблем чоловіка, які найчастіше виникають після бойового стресу: підвищена дратівливість, тривалий депресивний стан, відчуження тощо. Необхідно допомогти йому впоратися з цими тимчасовими станами.

Рекомендується уважно й зацікавлено слухати те, що чоловіку довелося пережити, що його бентежить, якщо в нього є потреба виговоритися. Відсутність такої можливості може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Боець повинен зрозуміти, що поруч із ним рідна людина, якій він не байдужий. Багато хлопців замикаються в собі, якщо бачать, що дружина відкидає його новий досвід і каже, що не хоче чути «жахи про війну». Але для ветерана ці спогади ще довго будуть незабутніми, це частина його життя, а довірити цей досвід йому більше нікому. Дім має стати для нього місцем, де можна розслабитися, розкритися, отримати підтримку.

Разом з тим досить часто бійці не хочуть розповідати рідним про те, з чим вони зіткнулися на війні, що пережили. Вони бояться їх налякати, оскільки впевнені, що близьким дуже важко буде таке чути. Так чоловіки беруть своїх рідних, можливо, десь підсвідомо намагаючись не зруйнувати їхній ресурсний стан, дають їм можливість залишатися здатними на підтримку, забезпечувати сприятливу атмосферу в сім'ї. Іноді родичі запитують психологів про те, як краще поводитися, розпитувати про війну чи — ні. Зауважимо наступне: якщо боець хоче поділитися, то дуже важливо вислухати все, що він хоче розповісти. Якщо він нічого не говорить, то важливо, щоб він знав, що ви його почуєте, якщо в нього з'явиться така потреба. Спеціально випитувати не потрібно, тим більш не етично ставити такі питання, як: «А ти

вбивав?», «А як це – вбити людину?» і так далі. Якщо чоловік захоче, то розповідь про війну сам, але тільки тому, кому вважатиме за потрібне. Краще запитувати про нейтральні речі, що не стосуються бойових дій: «А як ви готували їжу? Чим займалися під час тиші?». Дуже хороше запитання, яке б ваш чоловік оцінив: «Розкажи мені про свого друга ...». Доречно дружині донести друзям та рідним бійця правила спілкування із ним – про що можна запитувати, а що є «табу», як реагувати, якщо він виявляє агресію. Бажана спільна стратегія у ставленні до ветерана, його проявів.

Чоловіків часто тягне піти з дому, посидіти зі своїми бойовими товаришами, випити і поговорити. Солдат, дійсно, повноцінно може виговоритися лише в співтоваристві побратимів. І тому рідні не повинні перешкоджати спілкуванню демобілізованого з товаришами по службі, адже це допомагає йому відновитися. Але важливо не заохочувати вживання чоловіком алкоголю. Варто тактовно дати йому зрозуміти, що алкоголь не тільки пагуба для нього, подружніх стосунків, але й загалом для сім'ї.

Боець може привносити в життя сім'ї способи спілкування і взаємодії, набуті ним на фронті. Не варто ображатися через його категоричність, прямоту та таке інше. У зоні бойових дій немає дипломатії, до якої ми звикли у щоденному житті – увага до умовностей, прийняття компромісів. Разом із тим це не означає, що дружині треба мовчки сприймати будь-які витівки чоловіка. У міру соціальної адаптації чоловіка подружжю важливо поступово знаходити і розвивати прийнятні для родини форми спілкування. У складних ситуаціях тема оптимізації комунікативних процесів у сім'ї може бути окремим психотерапевтичним завданням.

Щоб чоловік швидше адаптувався, його потрібно залучати до звичного повсякденного життя, підтримувати бажання щось зробити для сім'ї. «Він повинен розуміти, що потрібен тут і не є тягарем. Інакше у свідомості бійців виникає розлом — там він герой, а тут дружина робить все сама, щоб він начебто відпочив» [1]. Така тактика деяких жінок психологічно інвалідизує їхніх чоловіків, сприяє фіксації регресивного стану безпорадності, залежності,

відчуженості, що підсилює наслідки бойової травми, гальмує процес відновлення психічного здоров'я. Ні в якому разі не можна жаліти чоловіка, потрібно залучати його до вирішення побутових питань у міру готовності, повертати йому його значимість у сім'ї, авторитет і відповідальність. Разом із тим робити це треба коректно, м'яко, з повагою і любов'ю.

При цьому важливо розуміти, що в перші дні і тижні після повернення бійця додому він дійсно потребує відновлення і, ймовірно, буде пасивний стосовно домашньої роботи, повсякденного життя сім'ї. Він внутрішньо ще на передовій, постійно телефонує своїм побратимам, хоче чимось їм допомогти. Це типова картина, і дружині цю ситуацію на якийсь час треба прийняти. Її спроби в цей період активно залучити чоловіка до справ, якщо він сам ще такого інтересу не проявляє, призведуть лише до конфлікту. Для первинної адаптації необхідний час. Іноді чоловік починає щось робити по господарству, але дружина вважає, що йому слід зайнятися зовсім іншим. Тут теж хочеться побажати жінкам розуміння і терпіння. Наведемо приклад із практики.

Психотерапевтична робота с подружньою парою відбувалась під час перебування ветерана на реабілітації у Клініці професійних захворювань ДУ «Інститута медицини праці НАМН України». Формат роботи складався із індивідуальних зустрічей окремо з кожним із подружжя, а також зі спільних сесій. Дружина скаржилася, що чоловік, повернувшись зі фронту, поводить себе відсторонено, був байдужий до домашніх справ, а останнім часом став усамітнюватися на дачі та займатися там ремонтом мотоцикла, замість того, щоб добудовувати дачу, як вважала жінка. Дружина не розуміла такої поведінки чоловіка, ображалась на нього, була впевнена, що він «вже достатньо відпочив і пора рахуватися з інтересами родини, а не поводити себе так егоїстично». Почуття жінки, яка рік чекала чоловіка, сама піклувалась про сина-підлітка і батьків, тримала на собі всі господарські справи, можна зрозуміти. Але, як виявилось у подальшій роботі, мотиви поведінки ветерана були не такі однозначні, як це бачилося дружині. За результатами обстеження він мав всі ознаки ПТСР внаслідок дуже не прос-

того досвіду: запеклі бої, втрата товаришів, хвилювання за долю друга, який опинився у полоні...Багато чого він жінці не розповідав. Ветеран потребував часу, щоб справитися з набутим досвідом, травмівними переживаннями. А мотоцикл він ремонтував, щоб поїхати порибалити, побути на самоті з природою, спогадами, примиритися з дійсністю. Вернутися спочатку до себе, а потім вже в родину. Тактовне, обережне з'ясування внутрішньої, особистісної ситуації кожного з подружжя, прийняття психологом глибинних переживань і чоловіка і жінки, допомога подружній парі у досягненні взаємного співчуття та порозуміння – це те, що відбувалось на психотерапевтичних сесіях і крок за кроком наближало подружжя один до одного, висвітлювало найкраще в їх стосунках, сприяло створюванню умов для відновлення в парі довіри, взаємної турботи, бажання бути разом. У наведеному випадку подружжя виявилось здатне пройти цим шляхом, подолати непорозуміння у стосунках, що мали ускладнення внаслідок досвіду війни.

Впродовж первинної адаптації дуже важливо дати чоловікові особистий простір і час, щоб він заново себе усвідомив. Добре, коли є окрема кімната, забезпечені тиша, спокій, задоволені базові потреби (їжа, вода тощо), коли є турботливий, але не нав'язливий догляд. Турбота з повагою ні в якому разі не має перетворитися на «сюсюкання»: «Ти мій бідненький». Із фронту повернувся чоловік — воїн, доросла людина! Не можна применшувати його гідність. Йому просто треба дати час для відновлення сили, підтримати, а потім допомогти повернутися в мирне життя [15].

Жінці бажано в моменти довірливого спілкування розповісти чоловікові, як жила родина без нього, що відбувалося, з якими проблемами вони стикалися, як їх вирішували. У чоловіка має відновитися реальна картина життєвих подій його рідних, щоб він знову відчув свою необхідність і затребуваність саме в сім'ї, а не тільки на фронті. Під час відсутності чоловіка лідером у сім'ї була дружина. Тепер їй важливо поступово повернути кермо влади чоловікові. Цей непростий процес відновлення колишньої структури та ієрархії сім'ї вимагає особливої турботи і часу. Скільки часу – індивідуально для

кожної родини. Саме в цей період дружині важливо бути чутливою, відчувати, коли чоловік дійсно потребує відпочинку і відокремленості, а коли і до чого його важливо залучати в контексті турбот родини. При труднощах проходження цього етапу цілком доречно психологічна допомога сім'ї.

Дуже непроста тема можливої агресії чоловіка, що повернувся з фронту. При проявах словесної агресії важливо намагатися говорити з ним спокійно. Піддаватися на агресію, відповідати в такому ж агресивному тоні не можна. Оптимальна стратегія поведінки – бути прикладом і джерелом спокою, але без емоційної холодності і відчуженості. Дружині потрібно своєю поведінкою, інтонацією і реакцією дати зрозуміти, що вона баче, як йому важко, але крик не допомагає вирішити ситуацію. Спокійна і врівноважена поведінка дружини допоможе розшарпаному чоловікові швидше заспокоїтися і взяти під контроль свої сильні почуття.

Буває, що чоловік в якийсь момент зривається і починає трошити все навколо. У таких ситуаціях потрібно максимально прибрати всі небезпечні предмети, щоб вони не потрапили йому під руку. Якщо прояви чоловіка нікому не загрожують — хай випустить пар. Якщо є ризик, що він може поранити когось або нанести шкоду собі – потрібно викликати фахівців.

Агресивні прояви ветеранів трапляються не тільки в колі сім'ї, а і в товариствах — хтось сказав «зайве» слово, неправильно зрозумів, не так подивився. Якщо жінка помітила, що чоловік починає заводитися – найкраще скористатися підтримкою тих, хто поруч, і вивести бійця із зони ризику. Потрібно зробити все можливе, щоб уникнути ескалації конфліктної ситуації.

Буває, що сон ветерана дуже неспокійний, сняться кошмари, від яких він прокидається і шукає автомат або сепаратистів. У таких випадках варто звернутися до психотерапевта. Найпростіша рекомендація для полегшення цієї ситуації до її вирішення — не виключати світло в спальні. Прокинувшись, чоловік побачить, що він удома, в безпеці. Поруч рідна людина, а не сепаратист.

Важливо визнати і врахувати факт зміни подружжя за час розлуки. Необхідний якийсь час, щоб знову звикнути одне до одного, налаштувати повсякденне спілкування і взаємодію. Подружжю випадає вибудовувати життя сім'ї фактично спочатку. Основа відновлення стосунків – розуміння і терпіння. Не варто нехтувати створенням сприятливої інтимної обстановки.

При відновлюванні звичних стосунків подружжя, діти не повинні залишитися без необхідної уваги і турботи. Важливо спостерігати за їхнім станом и поведінкою. Якщо виявлятиметься підвищена тривожність, сльози, порушення сну, то їм теж потрібна допомога.

Якщо в чоловіка немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька. Дитина – це додаткова ниточка, що прив'язує бійця до реального життя. Діти розуміють більше, ніж може здатися дорослим. Їх участь і співпереживання може стати для людини рятівними. Наведемо приклад, який ми спостерігали у нашій практиці. *Босць, повернувшись із війни, поведився відчужено, був замкнутий і пригнічений. Єдиний член сім'ї, до кого він усміхався – був його шестимісячний син. Ця дитина реально допомагала батькові відтанути, відновлювати власну чутливість, переживати радість близькості, повертатися в реальність, до стосунків із рідними.*

Слід також пам'ятати, що турбота про себе в період надання допомоги іншим не є ознакою егоїзму. В результаті подій, що відбулися, психіка жінки піддалася стресу, наслідки пережитих випробувань можуть проявлятися через підвищену тривожність, дратівливість, проблеми зі сном, інші нездужання. Жінка може бути ефективна в своїй турботі про рідних тільки в тому випадку, якщо буде в змозі якісно піклуватися про себе. Дружині ветерана важливо навчитися цю турботу про себе здійснювати. Як мінімум важливий режим зайнятості та відпочинку, соціальне середовище, яке підтримує. Освоєння навичок психоемоційної регуляції і ефективної комунікації також можуть бути дуже корисні в кризові періоди життя сім'ї. Жінці важливо пам'ятати, що приймаючи на свої плечі велику частку відповідальності, вона сама може потребувати підтримки, розуміння, психологічної допомоги. Жінці по-

трібно знати, де і яким чином, при необхідності, цю допомогу вона може отримати — для сім'ї в цілому, для ветеранів, для дітей і особисто для себе.

Отже, розглянуті вище теми спілкування психолога з дружинами ветеранів, відповідають потребам жінок в розумінні змін, що сталися з їх чоловіками, з ними самими і в сім'ї загалом, орієнтують на продуктивні стратегії виходу із складних ситуацій, що можуть виникати в сім'ях демобілізованих військових. Обговорення цих питань здійснює суттєвий внесок у формування якісної психотерапевтичної взаємодії з даною категорією жінок. Узагальнено викладений вище тематичний матеріал у вигляді рекомендацій для дружин ветеранів.

Практичні рекомендації дружинам ветеранів стосовно налагодження сприятливого психологічного клімату у сім'ї. Війна суттєво змінює людину. Бійці ніколи не повертаються додому колишніми. Їх необхідно приймати такими, які вони прийшли з війни — з їх агресією, прямою, внутрішнім дискомфортом. Любов, прийняття, турбота рідних вкрай потрібні ветерану на етапі психоемоційного відновлення та ресоціалізації.

Необхідно допомогти чоловікові повернутися до звичного повсякденного життя. Потрібно залучати його у міру готовності до вирішення побутових питань, повертати значимість у сім'ї, авторитет і відповідальність. Робити це треба коректно, м'яко, з повагою та любов'ю.

Якщо боєць хоче чимось поділитися, необхідно вислухати уважно й зацікавлено. Не треба насильно випитувати про війну, але, бажання виговоритися не можна ігнорувати; важливо, щоб чоловік відчув – поруч із ним рідна людина, для якої він, його почуття, роздуми, спогади є важливими.

Необхідно з повагою ставитися до нових і колишніх друзів бійця, бойових товаришів. Спілкування з ними є суттєвою частиною емоційного зцілення ветерана.

Ситуації прояву агресії демобілізованими в сім'ї не прості. При проявах чоловіком словесної агресії важливо намагатися говорити з ним спокійно, бути прикладом і джерелом врівноваженості, але без емоційної холодно-

ті і відчуженості. Така поведінка дружини допоможе чоловікові швидше заспокоїтися. Якщо прояви агресії ветерана такі, що є ризик фізичної шкоди собі чи іншим — потрібно викликати фахівців.

Підтримуйте спілкування ветерана з дітьми, якщо з боку чоловіка немає проявів неконтрольованої агресії. Така взаємодія корисна і дорослим, і дітям.

Діти потребують особливої уваги під час налагодження життя сім'ї. Якщо виявлятиметься підвищена тривожність, сльози, порушення сну, то їм теж потрібна допомога.

Важливо визнати і врахувати факт зміни подружжя за час розлуки. Необхідний якийсь час, щоб знову звикнути одне до одного, налаштувати повсякденне спілкування і взаємодію.

Турбота про себе в період надання допомоги іншим дуже важлива. Доречно дотримуватися режиму зайнятості та відпочинку, спиратися на соціальне середовище, яке підтримує. Освоєння навичок психоемоційної регуляції і ефективної комунікації сприятиме попередженню виснаження, допоможе створювати гармонійну атмосферу у сім'ї.

Жінці важливо пам'ятати, що приймаючи на свої плечі велику частку відповідальності, вона сама може потребувати підтримки, розуміння, психологічної допомоги. Жінці потрібно знати, де і яким чином, при необхідності, цю допомогу вона може отримати — для сім'ї в цілому, для ветеранів, для дітей і особисто для себе.

Отже, бойова травма впливає на психоемоційний стан демобілізованих військовослужбовців, на їх здатність перебувати у стосунках, брати участь в житті сім'ї. Різного плану труднощі післявоєнної адаптації чоловіків в значній мірі лягають на плечі дружин демобілізованих, спричиняють додаткове навантаження на сферу їхніх турбот, можуть ускладнювати емоційне і фізичне самопочуття жінок. Дружини ветеранів нерідко стикаються з підвищеною напруженістю і конфліктністю у відносинах, з дефіцитом навичок подолання проблем, що накопичилися, їм важко сприймати те, що відбувається і знахо-

дити адекватні рішення. За цих обставин жінки можуть відчувати тривогу, дратівливість, втому, безсоння, розгубленість. У таких випадках вони потребують професійної психологічної підтримки.

Таким чином, у дослідженні виділено та описано фактори формування підтримуючих психотерапевтичних стосунків в роботі з дружинами ветеранів: психологічні потреби даної категорії жінок (в розумінні, співчутті, підтримці, позитивній оцінці вкладу в життя сім'ї); ставлення психолога до жінок (прийняття, розуміння, емпатія, визнання); стиль взаємодії з ними (партнерський; шанобливий, доброзичливий, уважний, безпечний); зміст спілкування (психоедукація щодо питань ПТСР і специфіки спілкування з ветеранами з урахуванням можливих змін в їх сприйнятті та реагуванні; аналіз особливостей різних процесів в сімейній системі (структурних, ієрархічних, комунікативних та ін.) після повернення військових додому; допомога в оволодінні навичками емоційної регуляції; актуалізація значущості вмінь піклуватися про себе і спиратися на соціальну підтримку). Викладені практичні рекомендації для дружин ветеранів щодо налагодження гармонійної атмосфери в сім'ї, які пропонується використовувати психологам у якості змістовної частини психоедукаційної роботи на етапі встановлення психотерапевтичного контакту з жінками.

Список використаних джерел

1. Баца А., Эверет О. 23 рекомендації військових психологів сім'ям бійців АТО [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://vgoru.org/index.php/template/novini-ukrajini/item/1473-23rekomendatsiivoennykhpsikhologovsemyambojtsovato> — Названіє с екрана
2. Варлакова Є.О. Роль і місце родин в адаптації та реабілітації учасників АТО / Є.О Варлакова // Психологічна допомога особам, які беруть участь в анти-терористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Чернеї, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. – К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. – С. 80-83.
3. Вернуть военнотружачих к нормальной жизни могут не только психологи, но и близкие люди [Електронний ресурс] / Режим доступу: [rost-info.com.ua>...voennosluzhashhix...tolko...blizkie...](http://rost-info.com.ua/...voennosluzhashhix...tolko...blizkie...) — Названіє с екрана
4. Волкова А. "Хочу вернуться на фронт! — кричал мой муж. — Там я был всем нужен, а тут всем должен!" [Електронний ресурс] / Режим доступу: [fakty.ua>...vernutsya-na...krichal...zastavlyali...tam-ya...](http://fakty.ua/...vernutsya-na...krichal...zastavlyali...tam-ya...) — Названіє с екрана
5. Герман Д. Психологічна травма та шляхи до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору [Текст] : Д-р Джудіт Герман; переклад з англ. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак .– Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. – 416 с.
6. Глебов В.Л. Влияние социально-психологических последствий участия в боевых действиях на внутрисемейные отношения офицеров : Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 : Москва, 2004. – 182 с. РГБ ОД, 61:04-19/672
7. Ерѐмина Т.И., Крюков Н.П., Логинова Ю.Ю. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях: Методическое пособие. - Саратов: ПМУЦ, 2002. – 60 с.
8. Журавльова Н. Ю., Гурлева Т. С. Діалог як фактор формування психотерапевтичних стосунків з дружинами демобілізованих військовотружбовців / Н.Ю. Журавльова, Т.С. Гурлева // Міжнародна науково-практична конфе-

- ренція «Сучасний вимір психології та педагогіки», 26-27 травня 2017 р.– Львів, 2017. – С.151-153.
9. Журавльова Н.Ю. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців / Н. Ю. Журавльова // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2015. — Вип.11. — С. 76-84.
 10. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие / Р. В. Кадыров. — СПб. : Речь, 2012. — 448 с.
 11. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий. Москва, 2003. — 80 с. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.twirpx.com/file/1491102/> — Название с экрана
 12. Кісарчук З.Г. Психологічна допомога постраждалим унаслідок травмивних подій: досвід, узагальнення, висновки / З. Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка — К. : Логос, 2015. — Вип.11. — С. 7-20.
 13. Кісарчук З.Г. Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим / З. Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: Максименка С. Д. — Вінниця : ФОП Рогальська І.О., 2016. — Вип.12. — С. 7-22.
 14. Кляпець О.Я. Вплив наслідків переживання травматичних подій ветеранами на їх сімейні взаємини / О.Я Кляпець // Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В.В. Черней, М.В. Костицький, О.І. Кудерміна та ін.]. — К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. — С. 161-164.

15. Козинчук А. Не надо «сюсюкать» с АТОшниками [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://ru.tsn.ua/interview/ne-nado-syusyukat-s-atoshnikami-480039.html> — Название с экрана.
16. Методы изучения семьи: В рамках экспериментального ... [Электронный ресурс] / Режим доступа: texts.news/...knigi/metodyi-izucheniya-semi-37503.html — Название с экрана
17. Пампура І.І., Остапович В.П. Особливості соціальної та психологічної реабілітації учасників бойових дій / І.І. Пампура, В.П. Остапович / Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції [Текст] : тези доп. міжвідомчої. наук.-практ. конф. Ч. 1 (Київ, 30 берез. 2016 р.). / [ред. кол. В. В. Черней, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін.]. — К. : Нац. акад. внутр. справ, 2016. — С. 77-80.
18. Психологическая реабилитация семей участников боевых действий в «горячих точках» [Электронный ресурс] / Режим доступа: www.vetkaivi.ru/main/teract?id=88 — Название с экрана.
19. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. — К. : ТОВ «Видавництво «Логос». 2015. — 207 с.
20. Рева И. Обними меня, я пришел с войны [Электронный ресурс] / Режим доступа: litsa.com.ua/show/a/22004 — Название с экрана
21. Съедин С. И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. М., 1992. — 69 с.
22. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. М: Изд-во «Институт психологии РАН» . 2009. — 304 с.
23. Шевченко И. Вернувшиеся с Донбасса бойцы никогда не будут прежними — военный психолог [Электронный ресурс] / Режим доступа: facenews.ua/Статьи/2015/284322 — Название с экрана

24. Частично структурированное интервью.: Технология проведения ... [Электронный ресурс] / Режим доступа: bizbook.online/.../chastichno-strukturirovannoe-intervyu-33... — Название с экрана.

РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ВОЛОНТЕРІВ–ПСИХОЛОГІВ / ПСИХОТЕРАПЕВТІВ У СТОСУНКАХ З ПОСТРАЖДАЛИМИ

Професійна діяльність психологів і представників інших «допомогаючих» професій завжди передбачає ризик через особливості контакту з травмованими клієнтами. Емпатійне залучення у стосунок із клієнтом, який переживає наслідки травмування, викликає зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта у вигляді різних емоційних реакцій (станів), в тому числі негативних. У науковій літературі такі реакції фахівця загалом визначаються термінами *опосередковане (вторинне, вікарне) травмування; вторинний травматичний стрес; втома від співпереживання, емоційне вигорання*.

Ризик виникнення таких емоційних станів значно зростає в кризові періоди життя суспільства, коли кількість постраждалих людей, що потребують психологічної допомоги, суттєво збільшується, а психологічна допомога надається на волонтерських засадах і в інтенсивному режимі. У складних, кризових умовах, що склалися в нашій країні впродовж трьох років, навіть досвідчені психотерапевти, які часто мали справу в роботі з людськими стражданнями і втратами, говорять про достатньо серйозне і виснажливе навантаження в професійній діяльності [1; 3; 4; 13]. Саме тому актуальним є дослідження професійної якості життя вітчизняних волонтерів-психологів / психотерапевтів, особливостей їхніх емоційних станів та визначення факторів, що призводять до ризику виникнення вторинної травматизації.

4.1. Професійна якість життя психолога/психотерапевта. Види да характеристики негативних емоційних станів фахівців у стосунках з постраждалими.

Концепція «професійної якості життя» (В. Н. Stamm) [24; 25] дає можливість всебічно охарактеризувати рівень і ступінь соціального та духовного розвитку фахівця через його діяльність, а також дозволяє дослідити його самопочуття, зокрема в ситуаціях психологічної допомоги постраждалим внаслідок травмивних подій. Негативні емоційні стани, які визнано основним ризиком для роботи фахівців всіх допоміжних професій, розглядаються в рамках цієї концепції як “втома від співпереживання” і включають в себе вторинний травматичний стрес та синдром вигорання.

Вторинний травматичний стрес (ВТС) визначається як зміни у внутрішньому досвіді психолога/психотерапевта, що виникають внаслідок його емпатійного ставлення до клієнта, який пережив травмивні події.

Вперше поняття “вторинний травматичний стрес” увів С. R. Figley (1983 р.) та визначив його як важке емоційне переживання, що вимушено відчувається тими, хто мав/має тісний контакт з постраждалими. Пізніше, досліджуючи всі ефекти роботи з постраждалими, С. R. Figley стверджував, що людина, яка є близькою до постраждалого, може потім стати опосередкованою жертвою травми, так званім “вторинним постраждалим” [15]. Первісний розвиток цієї концепції був отриманий в результаті дослідження членів сімей постраждалих внаслідок стихійних лих та воєнних дій.

С. R. Figley пояснює процес ВТС як наслідок “тісного контакту з людиною, що зазнала страждань і яка змушує ідентифікуватися з нею, з її стражданнями і бути емпатійним” [15, с. 95]. З часом це співчуття “стає тягарем”, що призводить до виснаження. “Це виснаження і характеризує вторинний травматичний стрес у помічників, зокрема, через втрату їх здатності до співпереживання, а також зростаючу неможливість знайти полегшення від своїх реакцій через почуття задоволення в наданні допомоги” [15, с. 95].

Важливо зазначити, що ВТС вважається природним побічним результатом роботи з травмованими людьми. Залишений “без нагляду”, ВТС може призвести до синдрому вторинного стресового розладу (ВТСР) [16, с. 573], симптоми якого майже ідентичні симптомам посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Основна відмінність між ними полягає в тому, що людина, яка постраждала від травмування, може отримати ПТСР безпосередньо, в той час, як у людини, близької до потерпілої, може розвинути синдром ВТСР як наслідок знання про цю травму та події, що до неї призвели [16, с. 571].

Згідно С.Р. Figley, є три основні категорії психологічних симптомів ВТС, що можуть проявлятися у фахівців допоміжних професій, які працюють з постраждалими [15; 16] (табл. 4.1):

Таблиця 4.1

Загальні симптоми ВТС

<i>Симптом</i>	<i>Зміст симптому</i>	<i>Прояв симптому</i>
Інтрुзивність	Повторне переживання травматичної події постраждалого	<ul style="list-style-type: none"> • спогади про подію або травмовану людину; • сни про подію / травмовану людину; • раптове ре-переживання події / травмованої людини; • тривожні нагадування про подію / травмовану людину
Ескапізм / оніміння	Ухилення від спогадів і / або оніміння у відповідь на нагадування	<ul style="list-style-type: none"> • зусилля, щоб уникнути думок / почуттів; • зусилля, щоб уникнути діяльності / ситуації; • психогенна амнезія; • зниження інтересу до діяльності; • відсторонення / віддалення від інших; • афекти відчуження; • почуття скороченості майбутнього
Стійке збудження	Психологічне і фізичне напруження	<ul style="list-style-type: none"> • труднощі засинання / підтримки сну; • дратівливість або вибухи гніву; • труднощі з концентрацією уваги; • надпильність щодо травмованої людини; • перебільшений переляк у відповідь; • фізіологічна реактивність стосовно реплік, надмірна чутливість

Додаткові види симптомів включають в себе: (1) фізичні скарги (тобто такі соматичні скарги, як головний біль, проблеми зі сном, підвищення тиску тощо); (2) залежність або компульсивна поведінка; (3) поступове погіршення функціонування у соціальних та персональних ролях (тобто запізнення, відміна зустрічі тощо) [14, с. 85]. Інший тип проблем ВТС проявляється в реля-

ційних порушеннях, що можуть виникнути як в особистій, так і в професійній сферах. Показники психологічного дистресу або дисфункції включають в себе спектр депресивних емоцій, таких, як печаль, туга тощо [14].

Як зазначають дослідники, специфічними для психологів / психотерапевтів, які працюють із постраждалими, є такі реакції на травмівний матеріал клієнтів, як надмірна ідентифікація або відчуження. Йдеться про те, що фахівці, працюючи із постраждалими, можуть надмірно ідентифікуватись із клієнтом і в тому сенсі “бути паралізованими своїми реакціями на травматичний досвід клієнта”, або, як альтернатива, приймати “надмірну відповідальність за його життя [14, с. 88]. Вони можуть також надмірно ідентифікуватись із злочинцем і тому шукати “провину у поведінці жертви” або мати труднощі у контейнеруванні гніву жертви стосовно фактичного кривдника.

Синдром вигорання (СВ) має багато спільних рис з вторинним травматичним стресом. Обидва явища є результатом безпосереднього контактування із травмованими клієнтами і можуть створювати для працівників сфери психічного здоров'я перешкоди у наданні допомоги. Через цю подібність важливо перевіряти реакції фахівців “допоміжних” професій на наявність ознак як ВТС, так і СВ.

Розглянемо поняття “синдром вигорання”. Після багаторічного дослідження стресу, пов'язаного з роботою, С. Maslach сформулювала наступне визначення “вигорання”: “синдром емоційного виснаження, деперсоналізації та зниження особистісних досягнень, що виникає серед людей, які працюють з людьми у будь-якому вигляді” [20, с. 98], і це є наразі найбільш поширене визначення синдрому вигорання.

Н. J. Freudemberger вперше ідентифікував та застосовував концепт синдрому вигорання до тих, хто працював у системі безкоштовних клінік, досліджуючи, як даний синдром впливав на персонал інституцій самопомоги або волонтерів. Науковець визначив наступні ознаки СВ: фізичні (втома, тяжка хвороба, головні болі, безсоння, болі у шлунку); поведінкові (сильна злість та фрустрація, неможливість контролювати почуття, підозрілість, па-

раною, ризикована поведінка, зловживання хімічними речовинами, ригідне мислення, негативність, депресія, ізоляція); а також – характеристики (тип) особистості, яка є найбільш схильною до тих чи інших реакцій [17]. Згодом С. Maslach з колегами виокремили низку симптомів СВ, які лягли у подальшому в основу різних діагностичних методик [21] (див.табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Загальні симптоми СВ

<i>Симптом</i>	<i>Зміст симптому</i>	<i>Прояв симптому</i>
Емоційне виснаження	Відчуття безсилля та емоційного виснаження через свою роботу	<ul style="list-style-type: none"> • втрата інтересу до клієнтів; • втрата позитивного ставлення до співробітників та організації; • емоційне усунення від роботи.
Розвиток негативного ставлення до клієнтів	Нечуттєва та байдужа реакція на клієнтів	<ol style="list-style-type: none"> 1) негативні, зневажливі думки про своїх клієнтів; <ul style="list-style-type: none"> • звинувачення клієнтів за існування їхніх проблем; • ідеї, що клієнти заслужили свої проблеми; • навішування ярликів на клієнтів; 2) створення дистанції (між роботою та особистим життям; між собою і клієнтом); <ul style="list-style-type: none"> • мінімізація фізичного контакту, контакту “очі в очі”; • застосування формул та стереотипів; • застосування інтелектуальної, наукової термінології, відсутність особистісного спілкування.
Розвиток негативного ставлення до себе	Відчуття некомпетентності у своїй роботі з людьми	<ul style="list-style-type: none"> • відчуття відчаю та власної неадекватності в роботі; • брак терапевтичного успіху або прогресу; • сумніви щодо психотерапії, її ефективності.

Американський науковець С. Cherniss виділив три етапи у прогресуванні синдрому вигорання: (1) стрес, (2) перевтома та (3) захисне подолання (копінг). Перший етап – стрес – характеризується дисбалансом між ресурсами та потребами [11, с. 17]. Фактори, що призводять до стресу, складаються з інтерперсональних (взаємодія між клієнтами та фахівцями) та організаційних стресорів (кількість, проблематика клієнтів) [11, с. 17]. Другий етап – перевтома – характеризується миттєвою короткотерміною емоційною реакцією на дисбаланс і супроводжується відчуттями роздратування, тривоги, напруження, втоми та виснаження. Маніфестація перевтоми містить психологічні

аспекти (наприклад, низька самооцінка), соматичні (наприклад, головні болі) та поведінкові (наприклад, алкоголізм) [11, с. 17]. Захисне подолання, третій етап синдрому вигорання, той, що безпосередньо впливає на взаємодію фахівця з клієнтом, призводить до багатьох змін у ставленні до останнього, таких, зокрема, як “звинувачення жертви у тому, що вона стала жертвою” (Carper et al., 1993). На цьому етапі з’являється “тенденція поводження з клієнтами у відсторонений та механічний спосіб або цинічне заглиблення у задоволення власних потреб” [11, с. 18].

Підсумовуючи вищенаведене щодо вторинного травматичного стресу та емоційного вигорання, зазначимо, що хоча певні риси обох явищ є схожими (виникають в результаті безпосереднього контакту із постраждалими; психологічні ознаки – відсторонення, оніміння; фізичні скарги – безсоння, напруження тощо), вони різняться між собою. На основі аналізу сучасних досліджень подамо детальне розрізнення ВТС та СВ у таблиці 4.3 [15; 16; 17; 20; 26].

Таблиця 4.3

Характеристики розрізнення ВТС та СВ

Змінна	ВТС	СВ
Етіологія	<u>Реляційна</u> : виникає внаслідок роботи з постраждалими (інформація про травму, співпереживання)	<u>Реакційна</u> : виникає як реакція на роботу або організаційні стресори (штатний розпис, обсяг роботи, нестача ресурсів)
Хронологія	Раптовість виникнення, гострий початок	Поступове виникнення, протягом довгого часу
Результат	Дисбаланс емпатії і об’єктивності; застосування копінг-стратегій уникання або надмірної ідентифікації з клієнтом => ітрузивність, ескапізм/оніміння, стійке збудження => погіршення функціонування (психологічне, фізичне, соціальне), розвиток ВТСР.	Емоційне виснаження, погіршення ставлення до себе, до клієнтів => дистрес, відсторонення / оніміння, погіршення якості допомоги, припинення роботи за фахом.

Як видно з наведеної таблиці, за усіма змінними простежуються відмінності між ВТС та СВ. Оскільки наявні наукові дані свідчать, що синдром вигорання може бути фактором ризику для виникнення вторинного травматичного стресу (J. M. Rudolph, B. M. Stamm, N. E. Stamm), важливо диферен-

ціювати ці явища з метою надання як адекватної психологічної підтримки фахівців з ознаками СВ та ВТС, так і профілактики розвитку у них вторинного травматичного стресового розладу.

З поданого матеріалу видно також, що відсторонення (ескапізм) / оніміння є ознакою як ВТС, так і СВ. Зазначимо, що науковці у своїх дослідженнях все частіше називають цю групу симптомів як алекситимічні. Відомо, що така симптоматика є характерною для різних груп постраждалих, зокрема волонтерів, тому в нашому дослідженні додатково буде розглядатися така характеристика емоційного стану фахівця, як алекситимія. Нагадаємо, що алекситимія – це нездатність людини (у нашому випадку психолога, психотерапевта) визначати як власні емоції, так і емоції інших (клієнтів), тобто переводити їх у вербальну площину. У даному випадку йдеться про так звану “вторинну алекситимію”, до якої відносять стани глобального гальмування афектів внаслідок важкого психологічного травмування. Вторинна алекситимія може відображати горе або приховану депресію у такий патологічний спосіб і тому може розглядатися як психологічний захист (хоча це не є класичне його розуміння). При цьому слід враховувати, що для алекситимічних особистостей цей різновид захистів є особливо важливим під час надсильних та нестерпних для них афектів. Зазвичай психологи / психотерапевти, стикнувшись із вторинним травмуванням або маючи ознаки синдрому вигорання, реагують емоційним онімінням, дистанціюванням як від клієнтів, так і від родини, друзів. Так, наприклад К.W. Saakvitne говорить про недостатність емоційних проявів і «пригніченість почуттів» як реакцію психотерапевтів на травмівний матеріал клієнта [23]. 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 низку власних психологічних захистів (витискання, проекція, заперечення), в тому числі і алекситимічне відсторонення. Ці захисти призводять до порушення функціонування психолога під час сеансів, у стосунках із колегами, можуть впливати на виникнення психосоматичних розладів [27].

4.2. Діагностика негативних емоційних станів психологів у стосунках з різними категоріями постраждалих.

Дослідження негативних станів вітчизняних психологів/психотерапевтів проходило впродовж 2015 – 2017 років і мало два етапи. Перший з них являв собою пошуковий експеримент, під час якого уточнювалися попередні гіпотези щодо особливостей негативних станів вітчизняних психологів / психотерапевтів внаслідок роботи з постраждалими, вивірявся діагностичний інструментарій (розроблялись і добирались відповідні методики, здійснювалась їх адаптація) і проектувався другий (основний) етап дослідження, зокрема розроблявся авторський питальник “Особливості моєї роботи з постраждалими”, метою якого було виявлення загальної інформації про фахівців та певних специфічних стрес-факторів, які пов’язані із соціокультурною специфікою їх роботи. В результаті до комплексу методик основного етапу увійшли як стандартизовані методики, так і розроблений за допомогою пілотажних розвідок авторський питальник. Зокрема, було застосовано:

- (1) Питальник «Професійна якість життя: задоволення і втома від співпереживання» (ProQOL) Версія 5 (Stamm, 2009) [25]. Питальник розроблено з метою виявлення та оцінки специфічних емоційних станів травматерапевтів у роботі з постраждалими, а саме: задоволення від співпереживання, емоційне вигорання та наявність вторинного травматичного стресу.
- (2) Питальник травматичних ситуацій LEQ (Life Experience Questionnaire) [7]. Питальник, що базується на самозвітах опитуваних, створений з метою оцінки впливу психічних травм, що мали місце в житті фахівця, на його особистість. Охоплюється життєвий шлях з раннього дитинства до теперішнього часу. Методика дає можливість виявити ступінь впливу травмивної події на актуальний стан людини – так званий індекс травму-

вання (у нашому випадку мова йде про волонтера-психолога/психотерапевта).

- (3) Питальник “Шкала алекситимії” (А. Varanowsky 1998; 2011) [10]. Шкалу було розроблено з метою виявлення рівня алекситимічних станів психологів/психотерапевтів, які працюють з травмою, а також допомоги самим фахівцям визначити специфічні комунікативні складнощі, що трапляються в їх роботі з постраждалими.
- (4) Питальник «Особливості моєї роботи з постраждалими» (Г. П. Лазос, 2016) було розроблено з метою збору загальної інформації про фахівців (вік, стаж, спеціалізація, відвідання супервізійних груп, проходження власного психотерапевтичного досвіду тощо); виявлення специфічних стрес-факторів, які впливають на виникнення та розвиток у них негативних емоційних станів у стосунках з постраждалими, зокрема симптомів ВТС та СВ.

Математична обробка даних здійснювались за допомогою комп’ютерного пакета статистичних програм SPSS (версія 22). Для статистичної обробки та аналізу даних використовувались методи описової статистики, спряжених таблиць, кореляційний аналіз.

Вибірка. У дослідженні брали участь 56 волонтерів-психологів/психотерапевтів різної статі, віку та досвіду роботи ($n = 56$). На основі отриманих статистичних даних можна охарактеризувати вибірку психологів/психотерапевтів наступним чином. По-перше, більшість фахівців, які працюють із наслідками травмування у постраждалих, є жінками середнього віку із стажем роботи за спеціальністю “психолог” понад шість років і більше. Переважна більшість психологів отримали додаткову освіту по роботі з травмою (68%), в той же час 32% фахівців такої освіти не мають. Переважна більшість респондентів почали працювати з постраждалими з 2014 року, з моменту перших трагічних подій на Майдані та в зоні АТО. Зазначимо, що

певна кількість волонтерів-психологів не потрапила до нашої вибірки у зв'язку з тим, що вони, активно розпочавши у 2014 році працювати з постраждалими на волонтерських засадах, не витримали фізичного і психологічного навантаження і поступово залишили цю роботу. За нашими даними, відсоток таких фахівців не перевищує 20. Більшість психологів/психотерапевтів з нашої вибірки працюють з військовослужбовцями (ветерани АТО, військові), і меншість – з тимчасово переселеними особами. Цікавими є дані щодо отримання фахівцями власного досвіду та постійної супервізійної підтримки: більшість опитаних психологів / психотерапевтів не мають досвіду опрацювання власних переживань шляхом проходження власної психотерапії (77%), такий досвід мають лише 23%; в той же час переважна більшість фахівців (68%) постійно відвідують групи супервізійної підтримки; лише 25% психологів/психотерапевтів відвідують групи взаємопідтримки або балінтовські групи (цей факт може свідчити про недостатню поширеність такого виду професійної підтримки у вітчизняному психотерапевтичному просторі, відсутністю певної кількості сертифікованих фахівців, які б могли вести ці групи та широко їх пропагувати як ефективний захід психогігієни при роботі з травмою).

Перейдемо до розгляду питання щодо негативних станів фахівців у роботі з постраждалими. За нашими даними (див. табл. 4.4.), більшість психологів/психотерапевтів, які брали участь у дослідженні, мають симптоматику ВТС та СВ, одночасно більшість із них відчують задоволення від співпереживання (ЗВС).

Отримані результати можна інтерпретувати наступним чином. Частина респондентів, як ми вже згадували вище, зіткнувшись із власними станами вторинної травматизації, зупинили своє волонтерство, інша частина (більшість), як свідчать дані анкетування, почали відвідувати групи взаємопідтримки, супервізійні сесії, за порадою колег або супервізорів – проходити власну психотерапію. На цю більшість вплинуло також постійне підвищення

кваліфікації за допомогою семінарів, лекцій, конференцій; опанування ефективними методиками роботи, набутий досвід. Що стосується СВ, то підвищення його рівня пов'язане, у першу чергу, із факторами організації праці. За визначенням фахівців, організаційна непорядкованість, яка триває понад три роки, виявляється у складнощах організаційної та юридичної взаємодії медичних закладів і психологів/психотерапевтів, що працюють на волонтерських засадах; у недостатній координації дій медичних закладів та благодійних організацій/фондів тощо. Дуже важливим залишається фактор браку фінансування, безоплатна праця фахівців.

Таблиця 4.4

Порівняння показників ЗВС, ВТС та СВ у 2015 та 2017 роках

Змінні	2015 рік		2017 рік	
	Середнє значення (загалом по виборці)	(%) (загалом по вибірці)	Середнє значення (загалом по виборці)	(%) (загалом по вибірці)
Задоволення від співпереживання (ЗВС)	22,6	(36)	38,4	(60)
Вторинний травматичний стрес (ВТС)	36,2	(72)	24,56	(61)
Синдром вигорання (СВ)	30	(47)	27,5	(69)

Розглянемо детальніше визначені характеристики ЗВС, ВТС та СВ психологів / психотерапевтів, фокусуючись на рівні їх прояву за останніми даними (2017 рік) (див. табл. 4.5).

Рівні прояву характеристик професійної якості життя (2017р.)

Змінні	Про- цент (%)
Задоволення від співпереживання (ЗВС)	
високий	(36)
середній	(59)
низький	(5)
Вторинний травматичний стрес (ВТС)	
високий	(4)
середній	(60)
низький	(36)
Синдром вигорання (СВ)	
високий	(4)
середній	(68)
низький	(28)

Як бачимо з наведеної таблиці, найбільша кількість фахівців має середній ступінь прояву ВТС та СВ і найменший ступінь прояву їх високого рівня. Важливі дані показала характеристика ЗВС: переважна більшість фахівців відчують задоволення від співпереживання на середньому і високому рівнях. Вважаємо, що саме відчуття задоволення від можливості і здатності допомогти постраждалому, радість, що долучений до спільної боротьби, захват мужністю бійців, вдячність їм за витривалість, стійкість, почуття виконаного громадянського обов'язку, допомагає волонтерам утримувати ВТС та СВ на середньому рівні, уникати небезпечного їх розвитку (ПСТР, ВТСР тощо), а також – утримує в цій складній, найчастіше безоплатній, праці і професії. Однак, порівнюючи отримані дані з даними класичних досліджень (наприклад, С. Maslach), зазначимо, що відсоток СВ серед вітчизняних фахівців є значно вищим, і це ми пояснюємо, окрім організаційної невпорядкованості, ще й тією обставиною, що психологи / психотерапевти працюють у кризовій ситуації, в яку самі включені, тобто вони ще й емоційно залучені до трагічної

ситуації, в якій опинилась країна, від якої страждають люди і травмуються (фізично і психологічно) військові.

Щодо змісту симптомів ВТС, то виявилось, що більшість психологів відчували при його розвитку насамперед інтрузивні реакції, відзначаючи наявність нав'язливих думок після роботи з особливо складними клієнтами, досвід важких сновидінь, дотичних до сновидінь або історій клієнтів, мимовільні пригадування жахливих переживань під час роботи з клієнтами. На другому місці за інтенсивністю виявились симптоми реакцій уникнення: суцільна апатія та страхи зустрічі з особливо травмованими клієнтами, мимовільне забуття важливих епізодів у роботі з клієнтами, соціальна відчуженість. На останньому, третьому за інтенсивністю, місці опинились симптоми збудження. Респонденти відзначали загальний тривожний стан, поганий сон з важким засинанням, підвищену роздратованість. Щодо змісту СВ, то головними його ознаками виявились: зниження ефективності роботи через занурення у проблеми клієнтів, поганий сон, зниження загальної активності, відчуття марності своїх зусиль та стагнації.

Розглянемо виявлені кореляційні зв'язки між рівнями прояву характеристик професійної якості життя та чинниками, які тією чи іншою мірою на них впливають (табл. 4.6).

Обговорювати представлені дані почнемо з такого чинника, як “отримання постійної супервізійної підтримки”, який виявився найбільш значимим для наявності ВТС та СВ. Виявилось, що існує негативний кореляційний зв'язок між ВТС та чинником “отриманням постійної супервізійної підтримки”. Оскільки $r = - ,574$, $p \leq 0,01$, це означає, що вторинний травматичний стрес зменшується при постійному відвідуванні супервізійної групи. Специфікація цього показника за допомогою методу спряжених таблиць показує, що у 100% фахівців, які не отримують супервізійну підтримку, спостерігається високий рівень ВТС.

Схожим, але з меншою мірою кореляційної значимості, виявився зв'язок між “отриманням постійної супервізійної підтримки” та наявністю

СВ. Оскільки $r = - ,348$, $p \leq 0,05$, то ця негативна кореляція означає: при постійному відвідуванні супервізійної групи рівень СВ знижується. Результати методу спряжених таблиць для цього показника показують, що, як і у випадку з ВТС, 100% фахівців, які не отримують супервізійну підтримку, мають високий рівень СВ.

Таблиця 4.6

**Зв'язок між ЗВС, ВТС, СВ
та власним психотерапевтичним досвідом, досвідом отримання
постійної супервізійної підтримки, загальним стажем роботи та наявніс-
тю спеціалізованої підготовки для роботи з травмою**

	ЗВС	ВТС	СВ
Наявність власного психотерапевтичного досвіду			
немає досвіду	-	-	-
до 100 годин	-	-	-
від 100 годин і більше	-	-,282*	-
Отримання постійної супервізійної підтримки	-	-,574**	-,348*
Відвідання групи взаємопідтримки/ балінт. групи	-	-	-
Стаж роботи за спеціальністю	-	-	-
Наявність спец. підготовки для роботи з травмою	-	-	-

** кореляція значима на рівні 0,01 ; * кореляція значима на рівні 0,05

Коментуючи загалом отримані дані, підкреслимо, що супервізія – це не лише один із методів підготовки та підвищення кваліфікації психотерапевтів, але й важливий метод для профілактики ВТС та СВ у психотерапевтів. Адже завдяки супервізійному супроводу є можливість обговорення в умовах колеґіальної підтримки складних або “невдалих” випадків роботи; здійснити аналіз своїх професійних дій та “сліпих плям”, що блокують професійні стосунки з клієнтом; з’ясувати почуття контрперенесення; усвідомити та опрацювати вплив ВТС та СВ на діяльність 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.

“Наявність власного психотерапевтичного досвіду” – наступний суттєвий чинник, який має зв’язок із такою характеристикою якості професійного життя психолога/психотерапевта, як ВТС (див. табл. 6). Зазначимо, що показники названих характеристик корелюють лише у випадку, якщо фахівець має 100 і більше годин власного досвіду ($r = - ,282$; $p \leq 0,05$), і це означає, що в такому випадку рівень ВТС знижується. У фахівців, власний досвід яких є меншим – кореляційних зв’язків не виявлено.

На наш погляд, гіпотетичним у даному випадку може бути наступне пояснення. Не маючи досвіду опанування власних кризових станів та досвіду їх опрацювання у психотерапевтичному процесі, доволі складно побудувати ефективну стратегію і технологію подолання наслідків травмування, особливо якщо фахівець щодня інтенсивно працює з травмованими людьми. Ще складнішим є процес навчіння постраждалих самостійно давати раду наслідкам психотравми та опрацьовувати їх у психотерапевтичному контексті. Зазначимо, що це гіпотетичне припущення має бути перевірене у подальших дослідженнях за умови більшої за кількістю та більш диференційованої за своїми характеристиками вибірки.

Отже, такі характеристики професійного життя психологів / психотерапевтів, що працюють з постраждалими, як СВ та ВТС з усіх, зазначених у таблиці 6, чинників, найбільш залежать від постійного отримання супервізійної підтримки та наявності власного психотерапевтичного досвіду (від 100 годин).

Перейдемо до розгляду наступного важливого аспекту нашого дослідження – теми первинної травматизації психологів/психотерапевтів та її впливу на професійну якість їх життя. Розглянемо спочатку загальну картину наявності травмівних ситуацій у житті досліджуваних фахівців (табл. 4.7). Зазначимо, що висновки про наявність первинного травмування та його значення для актуального життя людини ми робили на основі індексу травму-

вання, який є усередненим показником впливу первинного психічного травмування і відображає вразливість людини до стресогенної дії травмівних життєвих подій та інтенсивність їх переживання [5]. У випадку рівня травматизації від трьох і вище балів – він розглядається як показник з вираженими ознаками посттравматичного стресу і такий, що суттєво впливає на актуальне життя людини. Індекс травмування нижче 2 балів говорить про відсутність відповідних ознак.

Таблиця 4.7

Показники різних категорій травмівних ситуацій в житті психологів/психотерапевтів та рівень їх впливу на актуальне життя (індекс травматизації)

Категорії травмівних ситуацій	частота	процент	рівень впливу (індекс травмування)
1.Кримінальні події			
події не вплинули	19		
події вплинули	29	(33,9)	3,1
події суттєво вплинули	8	(51,9) (14,2)	
2. Природні катастрофи та загальні травми			
події не вплинули	26	(46,4)	
події вплинули	20	(35,7)	2,6
події суттєво вплинули	10	(17,9)	
3. Інші події			
події не вплинули	34	(60,7)	
події вплинули	18	(32,2)	1,9
події суттєво вплинули	4	(7,1)	
4. Ситуації фізичного та сексуального насилля			
події не вплинули	18	(32,2)	
події вплинули	30	(53,6)	3,2
події суттєво вплинули	8	(14,2)	
5. Травматичні події в цілому			
події не вплинули	24	(42,9)	
події вплинули	24	(42,9)	2,8
події суттєво вплинули	8	(14,2)	

Як бачимо з наведеної таблиці, загалом травмівні події, що мали місце в життєвому досвіді досліджуваних фахівців, помірно вплинули на їхнє подальше (актуальне) життя (загальний індекс травмування 2,8). В той же час, такі категорії ситуацій, як “кримінальні події”, “ситуації фізичного та сексуального насильства” отримали відповідно 3,1 та 3,2 бали, що розглядається як

наявність травмівного стресу, який суттєво впливає на актуальне життя фахівця. Розглянемо детальніше виявлені зв'язки.

Згідно відповідям фахівців, виявилось, що найбільш травмівними, емоційно навантаженими подіями, які дотепер даються знаки в повсякденному житті та переживаються актуально, є такі ситуації: емоційне приниження, травмування внаслідок фізичного нападу, кримінальні події (пограбування), смерть або травмування близької людини. Розглянемо зв'язок між індексом травмування та такими характеристиками фахівців, як наявність власного психотерапевтичного досвіду, отримання постійної супервізійної підтримки, наявність фахової підготовки для роботи з постраждалими, стаж роботи з постраждалими (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

**Зв'язок між індексом травмування
та іншими характеристиками фахівців**

Індекс травмування		Кримінальні події	Природні катастрофи та загальні травми	Інші події	Ситуації фізичного та сексуального насилля
Інші характеристики					
Наявність психотерапевтичного досвіду	власного				
	немає досвіду	-	-	-	,482**
	до 100 годин	-	-	-	-
	від 100 годин і більше	-	-	-	-
Отримання постійної супервізійної підтримки		-,309*	-,458**	-	-
Відвідання взаємопідтримки балінтовської групи	групи /	-	-	-	-
Стаж роботи з постраждалими		,488**	,504**	-	,373**
Наявність спец. підготовки для роботи з травмою		-	-,428**	-	-
Вік		-	-	-	-
Стать		-	-	-	-

** кореляція значима на рівні 0,01; * кореляція значима на рівні 0,05

Як бачимо з поданої таблиці, характеристика “наявність власного психотерапевтичного досвіду” має єдиний кореляційний зв’язок із індексом травмування, а саме: відсутність такого досвіду корелює з ситуаціями фізичного та сексуального насильства в історії фахівця. Можемо думати в даному випадку про те, що ситуації насилля є найбільш травмівними і потребують обов’язкового опрацювання, в протилежному випадку, особливо при додатковому навантаженні у вигляді вторинної травматизації (при роботі з постраждалими), травмування в анамнезі може актуалізуватись і впливати ще більше на повсякденне життя фахівця.

Найбільш значимою для індексу травмування виявилась характеристика “стаж роботи з постраждалими”. З’ясувалось, що чим довше фахівець працює з постраждалими, тим більше він відчуває на собі вплив минулих травм, залишених такими ситуаціями, як “кримінальні події”, “природні катастрофи та загальні травми”, “ситуації фізичного та сексуального насильства”. В даному випадку можемо припустити накопичувальний ефект травми. В той же час, така характеристика, як “отримання постійної супервізійної підтримки” негативно корелює з індексом травмування за такими категоріями ситуацій, як “кримінальні події” та “природні катастрофи і загальні травми”, що свідчить про те, що постійна супервізійна підтримка допомагає зменшувати індекс травмування та вплив травмування в анамнезі на актуальне життя фахівців.

Цікавими виявились дані щодо такої характеристики, як “наявність спеціальної підготовки для роботи з травмою”, адже вона виявилася значимою лише для категорії ситуацій “природні катастрофи та загальні травми” – наявність цієї підготовки зменшує індекс травмування, пов’язаний із такими ситуаціями. В даному випадку можемо припустити, що цей результат пояснюється більшою представленістю у підручниках та посібниках, а також на лекціях і семінарах матеріалу, пов’язаного з природними катастрофами. Цей матеріал достатньо формалізований, на його основі створено чимало ефекти-

вних технологій психологічної допомоги, в той же час ситуації, пов'язані із будь-яким насиллям, більш емоційно “заряджені”, більш індивідуалізовані і часто потребують нестандартизованих підходів у психологічній / психотерапевтичній допомозі.

За такими характеристиками фахівців, як вік і стать жодних кореляційних зв'язків нами не виявлено, в той же час дослідження, проведені іншими науковцями, доводять значимість цих характеристик (наприклад, дослідження С. Maslach, L. Rruger, Н. Botman, С. Goodenow та ін.). Дослідження С. А. Martin, Н. Е. McKean, L. J. Veltkamp показує, що рівень впливу травмивних подій у особистому житті людини (вибірка складалась із співробітників поліції) залежить від гендерної приналежності. Так, було доведено, що жінки-офіцери з попереднім досвідом травмування легше долають наслідки травмування та менш уразливі до травмивних подій, з якими стикаються під час роботи, ніж чоловіки. Автори припустили, що це пов'язано із природньою властивістю жінок, які апріорі стикаються з більшою кількістю травмування у житті і мають/вміють долати його задля необхідності вирощувати потомство [19]. С. Maslach з колегами виявили, що чим молодший за віком фахівець і чим менший його професійний і власний досвід, тим більше він піддається впливу вторинного травмування і тим більше він є уразливим до СВ [20]. Вважаємо, що наведені у вказаних дослідженнях зв'язки є цікавими і потребують більш детального вивчення на вітчизняних вибірках у наступних дослідженнях.

Отже, показники індексу травмування психологів/психотерапевтів, що працюють з постраждалими, є помірними за загальним рівнем впливу на їхнє актуальне життя і лише життєві події, пов'язані із кримінальними ситуаціями та ситуаціями фізичного і сексуального насильства виявились вельми впливовими і дорівнюють рівню травматичного стресу, який відчувається фахівцями і зараз. Дослідження зв'язку між індексом травмування (рівнем його впливу) та іншими характеристиками фахівців дає можливість стверджувати, що отримання постійної супервізійної підтримки допомагає знизити індекс

травматизації; при наявності в життєвому анамнезі фахівця подій з фізичним та сексуальним насиллям відсутність проходження власної психотерапії підвищує його індекс травмування в актуальному житті; чим більшим є стаж роботи фахівців з постраждалими, тим більше відчувається ними вплив попереднього досвіду травмування, а наявність спеціальної підготовки для роботи з травмованими людьми допомагає лише при наявності травмування з категорії “природні катастрофи та загальні травми”.

Перейдемо до розгляду наступного важливого для нашого дослідження питання – впливу індексу травмування на такі характеристики професійної якості життя, як ЗВС, ВТС та СВ (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

Зв’язок між індексом травмування та характеристиками професійної якості життя

Індекс травмування	Кримінальні події	Природні катастрофи та загальні травми	Інші події	Ситуації фізичного та сексуального насилля	Травматичні ситуації в цілому
ЗВС	-	-	-	-	-
ВТС	-	-	-	,504**	,294*
СВ	-	-	-	-	,349*

** кореляція значима на рівні 0,01 ; * кореляція значима на рівні 0,05

Як бачимо з таблиці 9, загалом травматичні ситуації в житті фахівців впливають на підвищення ВТС та СВ. При цьому досвід подій насилля у житті психологів/психотерапевтів підвищує їхній рівень ВТС. У зв’язку з цим, можна припустити, що військові з ознаками ПТСР внаслідок бойових

дій, фізичного пошкодження і травмування, з досвідом смерті побратимів, емоційного приниження та фізичного насилля в полоні; тимчасово переселені люди своїми розповідями можуть опосередковано нагадувати і підіймати власний неопрацьований травматичний досвід волонтерів-психологів/ психотерапевтів, тим самим підсилюючи у них рівень вторинної травматизації.

Схожі дані отримано в дисертаційному дослідженні S. Good з виявлення симптомів ВТС у арт-терапевтів: хоча не було виявлено ніякої суттєвої кореляції між ВТС та роботою з травмованими пацієнтами, проте учасники з високим рівнем ВТС мали високий індекс травмування та історію ПТСР в анамнезі. Це дослідження також виявило наявність суттєвих зв'язків між ВТС та жіночою статтю, а також кількістю годин проходження психотерапії (власного досвіду) – та меншою кількістю симптомів і зменшенням рівня ВТС [18]. Дослідження L. A. Pearlman, P. S. Mac Ian виявило, що психологи / психотерапевти з особистою історією травми демонструють більш негативні наслідки роботи з постраждалими, ніж ті фахівці, які такої історії не мають [22]. В той же час M. Cunningham, досліджуючи травматерапевтів та соціальних працівників, виявив, що ті фахівці, які мають власну історію травмування, частіше працюють з травмованими [12]. Підтверджуючи ці дані S. Baird вказує, що за її результатами, досліджувані психотерапевти з травматичною історією в анамнезі проводять впродовж тижня загалом більше годин консультування постраждалих, ніж ті, хто такої історії не має. Цей факт дозволив їй припустити, що фахівці, які зазнали насилля і які отримали психотерапевтичну допомогу, мають більше мотивації та насаги для “нестерпної” роботи з іншими постраждалими [9]. Фахівці, які не отримали відповідну допомогу, можуть якимось чином, свідомо чи несвідомо, обмежити кількість пацієнтів через свої власні невирішені проблеми. Або, як зазначає S. Baird, можливо, ці фахівці не володіють такою кількістю навичок консультування в порівнянні з фахівцями, які отримали власний досвід опрацювання своїх проблем та травм [9].

Як зазначалося вище, однією з загальних реакцій на стрес (як на первинне, так і вторинне травмування) є реакції алекситимії – відсторонення, ескапізм, емоційне оніміння тощо. В дослідженні ми перевіряли, наскільки характерна така реакція на стрес для фахівців і як вона пов’язана з іншими, досліджуваними нами їхніми характеристиками. Отримані дані свідчать, що більшість фахівців, які брали участь у дослідженні, мають середній (60%) і низький (34%) рівні алекситимії і лише 6% показали високий її рівень. Розглянемо, як показники алекситимії впливають на стани фахівців, пов’язані із індексом травмування та різними характеристиками професійної якості життя (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Зв’язок алекситимії з індексом травмування та характеристиками професійної якості життя

	Індекс травмування (в цілому по ситуаціях)	ЗВС	ВТС	СВ
Алекситимія	,364**	-	,602**	,683**

** кореляція значима на рівні 0,01 ; * кореляція значима на рівні 0,05

Як можна побачити з наведеної таблиці, існує позитивний зв’язок між показниками алекситимії та ВТС, СВ, наявністю травматичних ситуацій у досвіді психолога / психотерапевта – чим вищий рівень ВТС, СВ та індекс травмування, тим вищий рівень алекситимії у фахівців. Отримані дані є підтвердженням даних відомих досліджень, однак вважаємо, що вони вказують також на ще один дуже важливий аспект роботи фахівців з постраждалими – процес руйнування контакту між психологом / психотерапевтом та травмованою людиною за умови наявності у фахівця середнього або високого рівня алекситимії. У такому випадку надання психотерапевтичної допомоги не може бути ефективним, оскільки дистанціювання як від власних емоцій вна-

слідок травмування, так і від емоцій постраждалого клієнта, з одного боку, допомагає фахівцю, виконуючи захисну для нього функцію, з іншого – залишає постраждалого на самоті із травмивним матеріалом, перешкоджає створенню простору для можливості стикнутись і пережити його почуття, виключає можливість їх контейнерування та подальшого трансформування і опрацювання. Тут буде варто згадати результати дослідження М. А. Dutton та F. L. Rubinstein, які виявили, що алекситимічне дистанціювання може бути результатом фізичного насильства і ситуацій порушення кордонів у досвіді фахівця, особливо серед “психотерапевтів, які відщеплюють свої власні емпатичні реакції на травматичний матеріал клієнтів” [14, с. 87 - 88]. Ці науковці показали також, що дистанціювання фахівця може приймати форму відчуження від родини, друзів або колег, у зв’язку з тим, що у нього виникає переконання – “ніхто не може зрозуміти мою дистресивну реакцію на роботу” [14, с. 88]. В цілому наведені щодо алекситимії дані підтверджують вже висловлені вище міркування щодо необхідності для фахівців опрацювання власних травм і проблем, а також постійної супервізійної підтримки у разі інтенсивної роботи з постраждалими.

4.3. Фактори ризику виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів та шляхи їх попередження.

Описавши результати діагностики негативних станів волонтерів психологів / психотерапевтів, отримані за допомогою окреслених вище методик, зосередимося на факторах, які впливали на розвиток цих станів у фахівців. Зазначимо, що метою даного параграфу є детальніший аналіз факторів, що впливають на розвиток негативних станів фахівців у стосунках з постраждалими з особливою увагою на тих із них, які суб’єктивно виділяють самі фахівці. Для ефективного опрацювання даних виявлені стрес-фактори було розділено на три групи: стрес-фактори, пов’язані із характеристиками клієнтів;

стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи; стрес-фактори, пов'язані із особистісними характеристиками фахівця. Кожна група складалась із чинників (позначались відповідними твердженнями), які пропонувалося ранжувати від найбільш суттєвого до найменш суттєвого.

До групи стрес-факторів, які пов'язані із характеристиками клієнтів, були віднесені чинники, які охоплюють широкий спектр труднощів роботи з різними групами постраждалих і стосуються специфіки цих клієнтів. Так, до цього блоку труднощів потрапили: клієнти, які страждають на ПТСР; клієнти із повторним травмуванням; клієнти, які мають ризик повторного травмування; клієнти із ризиком суїциду (суїцидом); клієнти, які дуже детально описують події травмування; клієнти, які не проговорюють почуття, не описують події травмування; клієнти, травми яких нагадують власну історію травмування; травмовані діти.

Розглянемо результати за даною категорією стрес-факторів за допомогою графіку (рис. 4.1):



Рис. 4.1. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів

Як бачимо з поданого графіку, найбільшу кількість виборів максимально високих оцінок отримала категорія “клієнти з ризиком суїциду (суїцид)”. Як відомо, самогубство клієнта (пацієнта) найнегативніше впливає не лише на психічне та фізичне здоров'я фахівця (психолога, психотерапевта, психіатра), але й на його професійне та особисте життя [8; 12; 14]. Наведемо для ар-

гументації результати вітчизняного дослідження, проведеного Л. Н. Юр'євою, яка досліджувала психоемоційні реакції психіатрів після скоєння самогубства їхніми пацієнтами. Науковець визначила гострі, підгострі та віддалені психолого-психіатричні наслідки, пов'язані із суїцидом пацієнта. (1) Гострі реакції у даному випадку проявляються у вигляді каталепсії (заціпеніння), відчуженості, розгубленості, переляку, потрясіння, інсомнії, гніву та збудження; (2) підгострі реакції – зниженим фоном настрою, поганим сном, почуттям провини, відчаю, суму, самозвинуваченням, страхами (судового розслідування, колегіального засудження тощо); (3) віддалені психолого-психіатричні наслідки виникають у всіх медичних працівників, найчастіше у вигляді симптомів ПТСР та СВ, психосоматичних розладів, з'являються думки про зміну професії [8]. Як зазначають західні науковці, фахівці (особливо психіатри) не завжди звертаються за допомогою до спеціалістів, опинившись в такій ситуації [12]. Л. Н. Юр'єва наводить у своїй роботі приклад досвіду британських колег — Британська медична асоціація створила службу цілодобової психологічної підтримки для лікарів психіатрів та психотерапевтів, які опинились у ситуації загибелі свого пацієнта / клієнта. В цій службі можуть отримувати психологічне консультування всі фахівці анонімно та безкоштовно [8].

Перейдемо до розгляду наступних важливих стрес-факторів цієї групи. На другому місці за значимістю опинився стрес-фактор, пов'язаний із схожістю травми постраждалого з досвідом травмування самого фахівця. Як бачимо, отримані дані підтверджують зв'язок між травматичним неопрацьованим досвідом з минулого фахівця і розвитком негативних станів у стосунках з постраждалими, про що свідчать результати дослідження за стандартизованими методиками.

Третє місце посіли наступні два стрес-фактори: високий відсоток клієнтів з повторним травмуванням та клієнти, які не проговорюють почуття і не описують події травмування. На основі відповідей респондентів та власного досвіду роботи з постраждалими зазначимо, що найскладніше процес оду-

жання здійснюється саме при повторному травмуванні. Частими в нашій практиці були випадки повернення до клініки військових, які отримували додаткове або повторне травмування у зоні бойових дій. Як відомо з теорії травми, і в чому ми переконувались, працюючи у клініці, у таких постраждалих часто з'являються дисоціативні феномени (абсорбція, деперсоналізація, дисоціативні зміни особистості), ці феномени є глибшими, ніж при первинному травмуванні [6]. Повторне травмування ще більше спричинює патологічні стани, коли людина не здатна усвідомити те, що трапилось, повністю уникає будь-яких спогадів про травму, заперечує гнів, лють, страждає на дисоціацію мисленневої та емоційної сфер, повністю втрачає здатність емоційно реагувати на різні події та спогади. Дія розщеплення як захисного механізму психіки призводить до того, що у результаті чергового травмування людина часто повністю втрачає зв'язок із своїми почуттями та переживаннями, стає нечутливою навіть щодо власного тіла. Такі клієнти, які не проговорюють почуття та не описують події травмування, складають наступний важливий стрес-фактор, що впливає на стан фахівця. Складність надання допомоги таким клієнтам полягає насамперед у неможливості створювати з ними повноцінний стосунок на всіх етапах роботи, і справа в даному випадку полягає не лише у неможливості повторно травмованих клієнтів довіряти фахівцю, але й у психофізіологічних проявах ескапізму. Клієнт, захищаючись, наприклад, дисоціативно чи алекситимічно, не в змозі взагалі встановлювати контакт. Така ситуація викликає у психологів / психотерапевтів почуття безсилля та марності, інколи – викликає провину та знецінення своїх знань, умінь, свого професійного досвіду.

На останньому місці у цій групі опинився стрес-фактор “клієнти – травмовані діти”. Зазначимо, що насправді цей фактор є важливим, особливо для жінок-психотерапевтів, які працюють з постраждалими дітьми [4]. Однак, обираючи респондентів теперішнього дослідження, ми орієнтувались більше на фахівців, які працюють з військовими та тимчасово переселеними людьми

дорослого віку, тому, очевидно, даний фактор і отримав таку незначну кількість виборів.

Перейдемо до розгляду наступної групи стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками роботи волонтерів - психологів / психотерапевтів. Відповідно, до цієї групи були віднесені чинники, які охоплюють широкий спектр організаційних та професійних труднощів у роботі з різними категоріями постраждалих. Розглянемо результати по цій групі (рис.4.2).



Рис. 4.2. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи

Як бачимо з поданого графіку, найбільше підвищують ризик розвитку негативних станів у волонтерів психологів / психотерапевтів такі стрес-фактори: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність; відсутність фінансової компенсації за роботу. Наступними виявились стрес-фактори, пов'язані із соціальною і організаційною ізоляцією, роботою тільки з постраждалими клієнтами та відсутністю науково-методичного підґрунтя. Найменше впливають на виникнення негативних станів фахівців неорганізованість робочого місця та фізичні перенавантаження. Проінтерпретуємо отримані дані. Оскільки найскладніші часи, коли волонтери працювали і чергували майже цілодобово, вже минули, і фахівці навчились самостійно організовувати робочі місця, останні з наведених факторів вже не отримали високих рангових оцінок. Щодо стрес-факторів, які отримали найвищі рангові значення, то, по-перше, підтвердились результати, отримані за стандартизованими методиками: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки є фактором, який суттєво впливає на ро-

звітком негативних емоційних станів фахівців. По-друге, стрес-фактор, пов'язаний із міжвідомчою неузгодженістю та юридичною невизначеністю є взагалі важливою проблемою не лише для загального феномену волонтерства, але й дається взнаки протягом всієї роботи фахівців - психологів /психотерапевтів, особливо, якщо психолог-волонтер працює в державній установі без оформлення свого статусу, бере на себе відповідальність, наприклад, щодо психотерапії (дитини), оформлення її документації, виписок тощо. Як вже зазначалось вище, такий стан справ не допомагає ефективно налагодити роботу фахівця із медичним персоналом, соціальними службами та іншими установами, які залучені до контексту даної проблеми, і впливає на мотивацію подальшої роботи. Відсутність фінансової компенсації виявилась також потужним стрес-фактором який впливає на психоемоційну сферу фахівців. Іntenції волонтерства в перші два роки з початку воєнних дій підтримувались у фахівців насамперед бажанням долучитися до справи допомоги країні, військовим, тимчасово переселеним людям з Криму та сходу України. Наразі ситуація змінилась, протягом останніх років започатковані як державні, так і громадські програми з психореабілітації постраждалих, виділяються кошти на їх впровадження. З огляду на це оплата праці стає важливим фактором професійної діяльності.

Перейдемо до розгляду останньої групи стрес-факторів. До цієї групи були віднесені чинники, які стосуються особливостей вже самого волонтера- психолога / психотерапевта. Розглянемо за допомогою графіку отримані за цією групою дані.

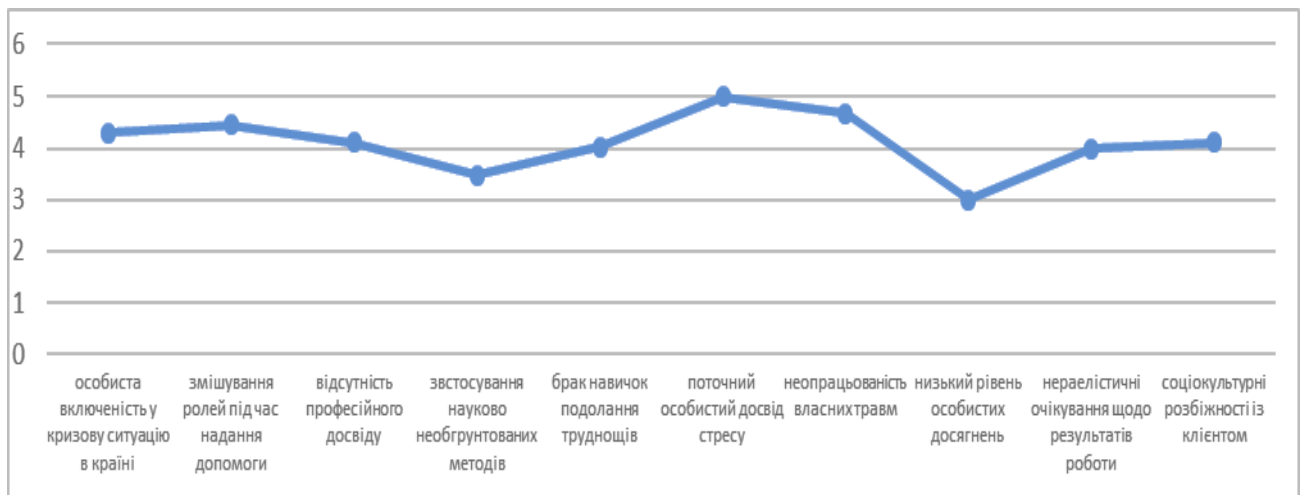


Рис. 4.3. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками фахівця

Як бачимо, найбільшу кількість рангових значень у цій групі отримали такі чинники, як: поточний особистий досвід стресу та неопрацьованість власних травм. Таким чином, підтвердилися дані, отримані за допомогою стандартизованих методик про зв'язок між відсутністю (недостатністю) опрацювання власного травматичного досвіду фахівців в індивідуальній психотерапії та виникненням і розвитком у них негативних емоційних станів.

Високі рангові значення отримали також наступні чинники: змішування ролей під час надання допомоги (психологи часто привозили ліки та продукти до тих організацій, де працювали з постраждалими; займались і продовжують займатися соціальною роботою по оздоровленню, навчанню своїх клієнтів та їхніх дітей тощо) та особиста включеність у кризову ситуацію в країні (особливо впродовж 2014-2015 рр. волонтери, інколи цілодобово, допомагали різним категоріям постраждалих, віддано виконуючи як громадянський, так і свій професійний обов'язок); нереалістичні очікування від своєї роботи (оскільки робота з постраждалими є складною і тривалою, а значна частина волонтерів ніколи не працювала з такою категорією клієнтів, то достатньо повільне, з наявністю періодів стагнації їх відновлення впливає на самооцінку та мотивацію волонтерів). Найменше рангове значення у цій групі отримав чинник "низький рівень особистих досягнень". Така ситуація

ймовірно говорить про те, що психологи, допомагаючи постраждалим, не ставили собі за мету таку мотивацію, як кар'єрне зростання чи будь-які інші привілеї та бонуси від роботи. А очевидне професійне зростання виявилось закономірним результатом їхньої діяльності.

Підсумовуючи розгляд стрес-факторів, які підвищують ризик виникнення негативних станів у волонтерів – психологів / психотерапевтів, що працюють з постраждалими, розглянемо, яка група стрес-факторів виявилася найвпливовішою з точки зору самих фахівців. З цією метою порівняємо отримані дані за групами (рис. 4.4.).

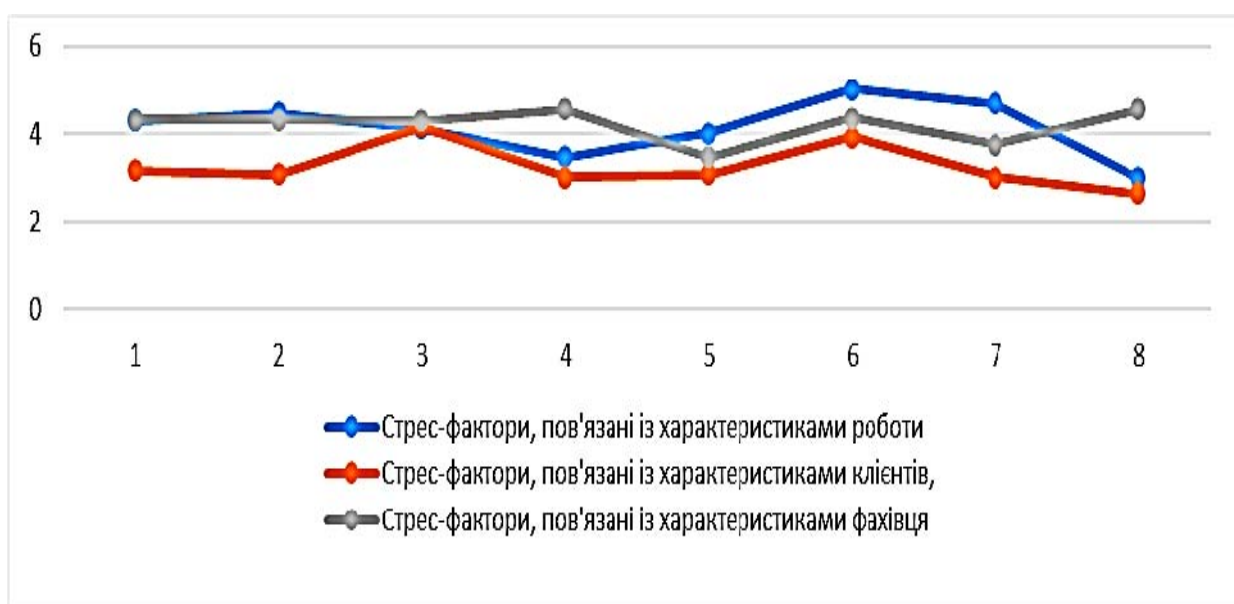


Рис. 4.4. Порівняння стрес-факторів за різними групами

Як бачимо з поданого графіку, група стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками роботи, отримала найбільшу кількість рангових високих значень, на другому місті – група стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками фахівця, і останнє місце посіла група стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками клієнтів. Коментуючи отримані дані, можна зазначити наступне. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи, співпадають із визначеними чинниками, що впливають на професійне вигорання фахівців (див. 4.2.). Згідно з результатами, отриманими за допомогою стандартизованих методів, рівень СВ підвищився протягом останнього року. І як вже за-

значалося вище, підвищення його рівня пов'язане, у першу чергу, із факторами організації праці. Стрес-фактори, пов'язані із характеристиками постраждалих, не отримали високих рангових значень ймовірно тому, що вітчизняні фахівці отримали великий досвід роботи і здатні ефективно професійно працювати з різними категоріями клієнтів. Щодо особливостей безпосередньо самих фахівців, то важка в емоційному плані робота висвітлила власні “сліпі плями” у психічному житті і тим самим вимагає їхнього опрацювання.

Визначивши фактори виникнення та розвитку негативних емоційних станів у стосунках волонтерів – психологів / психотерапевтів з постраждалими, перейдемо до розгляду шляхів їх попередження.

Оскільки найвищі рангові значення отримали групи факторів, пов'язані із характеристиками фахівця і роботи, зосередимось на індивідуальних і організаційних стратегіях, що запобігають розвитку негативних станів фахівців (ВТС, СВ) у роботі з постраждалими. В таблиці 4.11 наведений перелік таких стратегій, яких рекомендовано дотримуватись при підготовці програм із психопрофілактики та підтримки психологів / психотерапевтів Американською національною асоціацією травматерапевтів.

Звернемо увагу на те, що деякі стратегії (наприклад, пов'язані із організацією супервізійної підтримки) є актуальними для обох категорій стратегій, більше того, вони важливі також і для запобігання виникненню негативних емоційних станів у фахівців, що пов'язані із характеристиками клієнтів. Однак ще раз підкреслимо, що вітчизняні психологи / психотерапевти професійно зросли за три роки інтенсивної роботи з постраждалими, так званий бар'єр у роботі з такою категорією клієнтів подолано, і, як свідчить наше дослідження, у порівнянні з даними за 2014-2015 роки, наразі фахівці не “бояться” таких клієнтів, знають, як їм допомогти і не зашкодити собі.

Якщо визначати загальні принципи побудови програм з попередження негативних наслідків від роботи та стосунків з травмованими клієнтами, то варто зазначити наступне. Сучасні західні дослідження та вітчизняний досвід роботи з волонтерами –психологами / психотерапевтами доводять, що найе-

фективнішою формою роботи із запобігання розвитку станів, пов'язаних із негативними емоційними реакціями фахівців, які надають психологічну допомогу постраждалим, є впровадження в профілактичні та психотерапевтичні програми спеціальних заходів, які б враховували обов'язкові складові наступної тріади: підвищення самоусвідомлення — безперервний професійний розвиток — супервізія [4; 10].

Таблиця 4.11

Сучасні превентивні стратегії розвитку негативних емоційних станів у роботі з постраждалими¹

<i>Індивідуальні стратегії:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • відвідування спеціалізованих супервізійних груп; • продовження безперервного процесу навчання (підвищення кваліфікації); • підвищення самоусвідомлення своїх станів, пов'язаних з імовірністю опосередкованого травмування; • створення, розвиток та виконання низки процедур, спрямованих на покращення власного самопочуття та емоційної стійкості; • дотримання «Системи балансу життя», що передбачає повноцінний відпочинок, збалансоване харчування, підтримку здорового способу життя тощо; • підтримка професійних, соціальних та родинних зв'язків
<i>Організаційні стратегії:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • створення міжорганізаційних есесмент-центрів для незалежного оцінювання персоналу (діагностика «втоми від співпереживання», «вторинного травматичного стресу», «емоційного вигорання» тощо); • організація постійної групи з клінічної супервізії; • організація постійної групи з рефлексивної супервізії; • екстернальні супервізійні групи (особливо є ефективними під час катастроф чи соціальних потрясінь, коли велика кількість персоналу допоміжних професій може бути психологічно «інфікована»); • створення груп взаємопідтримки в межах колективу; • організація спеціалізованих тренінгів з підвищення психологічної стійкості персоналу, навичок відповідального піклування про себе тощо • створення зручного робочого графіку.

¹ National Traumatic Stress Network (<http://www.nctsn.org>)

Як показало наше дослідження, важливість проходження власної психотерапії (отримання особистого досвіду опрацювання власних важких життєвих подій і конфліктів) є однією з основних умов запобігання виникненню симптомів ВТС, СВ, алекситимії. Завдяки такій психотерапії не лише підвищується рівень усвідомлення власних переживань і, відповідно, переживань клієнта, а й отримується надцінний досвід шляхів психологічного опрацювання тих чи інших життєвих труднощів, криз та травмівних подій, вкрай необхідний для роботи з постраждалими. На думку американських колег, перші дві ланки вказаної тріади є взаємопов'язаними. Так, А. Varanowsky зазначає, що в результаті накопичення знань щодо травми та постійного навчання у психолога / психотерапевта підвищується усвідомлення власних станів, а безперервність професійного розвитку означає не лише постійне підвищення кваліфікації, ознайомлення з сучасними дослідженнями, новими формами, методами і методиками в галузі роботи з особами, що зазнали травми, але й набуття власного досвіду опрацювання переживань (групова, індивідуальна психотерапія), власного досвіду опанування техніками саморегуляції та самозаспокоєння [10].

Супервізія означає буквально «оглядати зверху» і є одним з методів теоретичного і практичного підвищення кваліфікації спеціалістів у галузі психотерапії, соціальної роботи, клінічної психології тощо шляхом професійного консультування щодо доцільності і якості застосованих практичних підходів та методів психотерапії. Тут, на наш погляд, важливо хоча би коротко подати необхідну інформацію щодо різних форм супервізійної підтримки фахівців. Під час клінічної супервізії аналізується реальна робота супервізантів у таких галузях, як терапевтичні стосунки, «благо» клієнта (client welfare), професійна готовність до клінічної роботи, ефективність і доречність того чи іншого психотерапевтичного втручання, клінічні навички, прогноз психотерапії. Отже, головним фокусом роботи клінічної супервізії є слабкі професійні та особистісні сторони супервізанта, що напряду впливають на «благо» як клієнта/пацієнта, так і самого психотерапевта [2]. Рефлексивна супервізія спрямо-

вана не стільки на аналіз стратегій втручання під час роботи з клієнтом, скільки на самоусвідомлення почуттів супервізанта, відтінків та тонкощів його контрперенесення. Обов'язковою умовою такої супервізії є особливо підтримуюча та довірлива атмосфера, адже рефлексії піддаються найінтимніші зони супервізанта: почуття, думки, цінності, ідеали тощо [2].

За допомогою спеціально організованих процедур психологом і психотерапевтом доцільно час від часу досліджувати себе, підвищуючи усвідомлення своїх переживань: застосовувати стратегії убезпечення від ризику виникнення станів, пов'язаних із ВТС, СВ та інших негативних емоційних станів; підвищувати власну психологічну стійкість до важких наслідків роботи з постраждалими різних категорій. В своїх попередніх дослідженнях ми описували деякі ефективні превентивні стратегії та апробовані нами методи і форми роботи, які передбачають вправи як для індивідуального виконання, так і для групової роботи, серед них особливо дієвими виявилися наступні [4]:

(1). Методи підвищення самоусвідомлення власних станів:

- Методика самодіагностики негативних станів, пов'язаних із симптомами «втоми від співпереживання» (Self-assessment);
- Вправа «Колесо життєвого балансу»

(2). Методи підвищення психологічної стійкості, вправи на саморегуляцію

- Дихальні вправи (наприклад, вправа “Дихання діафрагмою”, “Квадрантне дихання”);
- Вправи на візуалізацію (зокрема, вправа “Візуалізація безпечного місця”).

Таким чином, в результаті проведеного дослідження особливостей емоційних станів вітчизняних волонтерів – психологів / психотерапевтів у стосунках з постраждалими встановлено, що фахівці у своїй більшості отримують задоволення від своєї роботи, при цьому одночасно мають ознаки вторинного травматичного стресу (середній рівень), а також прояви синдрому

вигорання (середній рівень). Оскільки, порівняно з 2015 роком, у 2017 році відсоток та рівень інтенсивності ВТС та СВ у фахівців зменшився, а рівень ЗВС збільшився, перевірялось припущення, що постійний професійний розвиток фахівців, профілактичні і терапевтичні дії (психотерапія, супервізія, групи взаємопідтримки) допомагають утримувати на середньому рівні прояви ВТС та СВ.

Виявлення основних стрес-факторів, що впливають на виникнення негативних емоційних станів у волонтерів психологів/психотерапевтів показало, що є три групи таких факторів: стрес-фактори, пов'язані із характеристиками клієнтів; стрес-фактори, пов'язані із характеристиками роботи; стрес-фактори, пов'язані із особистісними характеристиками фахівця. Серед цих груп найсуттєвішою є група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками роботи фахівців, а саме: відсутність супервізійної і колегіальної підтримки, міжвідомча неузгодженість та юридична невизначеність, відсутність грошової компенсації за роботу. Серед найбільш значимих стрес-факторів, пов'язаних із характеристиками фахівця, виявились поточний особистий досвід стресу та неопрацьованість власних травм. Найменш значимою виявилась група стрес-факторів, пов'язана із характеристиками клієнта, що, на нашу думку, вказує на значне підвищення професіоналізму психологів / психотерапевтів, які працюють з різними групами постраждалих.

Серед найбільш значущих факторів і чинників, які впливають на зниження рівня ВТС та СВ та інших негативних емоційних станів фахівців у роботі з постраждалими виявились: постійна супервізійна підтримка фахівців і отримання власного психотерапевтичного досвіду фахівцями (не менше, ніж 100 годин).

На основі отриманих даних подано рекомендації щодо профілактичних заходів фахівцям по запобіганню негативних емоційних станів (ВТС, СВ, алекситимії) в роботі з постраждалими, які базуються на тріаді: підвищення самоусвідомлення — безперервний професійний розвиток — супервізія.

Список використаних джерел

1. Коробіцина М. Б. Дослідження особливостей переживання душевного болю в структурі синдрому професійного вигорання представників «допоміжних» професій / М. Б. Коробіцина // Вісник ОНУ. – Том 14, вип. № 6, 2006. – С. 53-58.
2. Кулаков С. А. Супервизия в психотерапии. Учебное пособие для супервизоров и психотерапевтов / С. А. Кулаков. – СПб., 2004. – 345 с.
3. Лазос Г. П. Психологічна підтримка волонтерів, що працюють з постраждалими / Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко // 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”. – С. 121 -141.
4. Лазос Г. П. Діагностика та профілактика негативних емоційних реакцій волонтерів-психологів / психотерапевтів у роботі з постраждалими дітьми / Г. П. Лазос / Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях : методи та техніки / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла ... Г. П. Лазос ; за ред. З.Г. Кісарчук. – Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2016. – 2-е вид. – С. 186 – 232. (1,6 друк. арк.)
5. Лазос Г. П. Особливості емоційних станів вітчизняних волонтерів-психологів / психотерапевтів у стосунках з постраждалими / Г. П. Лазос // Актуальні проблеми психології Т. III : Консультативна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. — Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; — Вінниця : ФОП Рогальська І. О. , 2016. — Вип. 12. Консультативна психологія і психотерапія. — С. 58 - 77.

6. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. — М. : Изд-во «Когито-Центр», 2007. — 208 с.
7. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Бланки методик / Н. В. Тарабрина. — М. : Изд-во «Когито – Центр», 2007. — 77 с. (Психологический инструментарий) .
8. Юрьева Л. Н. Суицид в психиатрической больнице : стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала / Л. Н. Юрьева // Суицидология. — вып. № 4 (17). — Т. 5. — 2014. — С.32- 37.
9. Baird S. Vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff and volunteers / Stephany Baird. — Thesis Prepared for the Degree of master of science university of North Texas — August 1999. — 129 p. — <http://www.google.com/search?q=Baird%2C+Stephanie+B.S.+VICARIOUS+TRAUMATIZATION%2C+SECONDARY+TRAUMATIC+STRESS%2C+AND&rls=com.microsoft:ru:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=117GGLR>. — назва з екрану.
10. Baranowsky A. Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry — NY, 2011. — 548 p.
11. Cherniss C. Staff burnout / C. Cherniss. — Sage Publications: Beverly Hills, CA, 1980. — 234 p.
12. Cunningham M. Vicarious traumatization: Impact of trauma work on the clinician /M. Cunningham. — Unpublished master's thesis, Adelphi University School of Social Work. — Garden City, New York, 1996.
13. Danieli Y. Countertransference in the treatment and study of Nazi Holocaust survivors and their children / Y. Danieli // Victimology : An International Journal, 1980. —#5 (2-4). —pp. 355-367.
14. Dutton M. A. Working with people with PTSD : Research implications / M. A. Dutton, F. L. Rubinstein // Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized . — New York:

- Brunner / Mazel, 1995. — pp. 82–100.
15. Figley C. R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder : An overview / C. R. Figley // *Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* – New York : Brunner / Mazel, 1995. – pp. 1 – 20.
 16. Figley C. R. Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists / C. R. Figley // *Integrating family therapy : Handbook of family psychology and systems theory.* – Washington, D.C. : American Psychological Association, 1995. – pp. 571-581
 17. Freudenberger H. J. Staff burnout / H. J. Freudenberger // *Journal of Social Issues*, 1974. – #30 (1). – pp. 159 – 165.
 18. Good D. A. Secondary traumatic stress in art therapists and related mental health professionals / D. A. Good. – *Dissertation Abstracts International.* – 1996. – 57, 6, 2370 .
 19. Martin C. A . Post-traumatic stress disorder in police and working with victims: A pilot study / C. A. Martin, H. E. McKean, L. J. Veltkamp // *Journal of Police Science and Administration.* –Vol. 14, 1986. – pp. 98-101.
 20. Maslach C. Burnout research in the social services : A critique / C. Maslach // *Burnout among social workers.* – New York : Halworth Press, 1987. – pp. 95-105.
 21. Maslach C. The measurement of experienced burnout / C. Maslach, S. E. Jackson // *Journal of Occupational Behaviour*, 1981. – Vol. 2. – pp. 99 - 113.
 22. Pearlman L. A. Vicarious traumatization : An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists / L. A. Pearlman, P. S. Mac Ian // *Professional Psychology: Research and Practice.* – Vol. 26, 1995. – pp. 558 - 565.
 23. Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. Transforming the pain : A workbook on vicarious traumatization / K. W. Saakvitne, L. A. Pearlman. – London: W. W. Norton, 1996. – 564 p.
 24. Stamm B. H. Work-related secondary traumatic stress / B. H. Stamm //

- PTSD Research Quarterly, 1997. – Vol. 8. – pp. 1-3.
25. Stamm B. H. Professional quality of life : Compassion satisfaction and fatigue. Version 5 (ProQOL). – [Электронный ресурс]. — режим доступа: http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf. – назва з екрану.
26. The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS) : Confirmatory Factor Analyses with a National Sample of Mental Health Social Workers / Laura Ting, Jodi M. Jacobson, Sara Sanders, Brian E. Bride, Donna Harrington. — [Электронный ресурс]. — режим доступа : <http://www.haworthpress.com/web/JHBSE>. — назва з екрану.
27. Wilson J. P. Empathic strain and countertransference / J. P. Wilson // Countertransference in the Treatment of PTSD / Ed. by J. P. Wilson, J. D. Lindy. — NY : Guilford, 1994. — 342 p.

РОЗДІЛ 5. ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ ПСИХОЛОГА З НАСЕЛЕННЯМ ЧЕРЕЗ ДРУКОВАНІ ЗАСОБИ МАСОВОЇ ІНФОРМАЦІЇ У КРИЗОВИХ СОЦІОКУЛЬТУРНИХ УМОВАХ

Внаслідок гібридної війни, одним із основних напрямів якої є жорсткий, агресивний інформаційний наступ з боку країни-агресора і непатріотичних прошарків суспільства, гостро постала потреба у соціально-психологічній підтримці і супроводі громадян не лише у процесі прямої, безпосередньої психотерапевтичної допомоги, а й через вітчизняні ЗМІ.

Українські вчені активно досліджують питання психологічної допомоги різним категоріям постраждалих від воєнних дій та медіа-впливу для збереження психічного здоров'я громадян, а також особливостей спілкування, використовуючи різні джерела масової інформації (З.Г. Кісарчук, Л.А. Найдьонова, Т.М. Титаренко, Н. І. Череповська та ін.). За останні роки збільшилась кількість робіт, в яких розкриваються питання впливу тексту на свідомість людини, питання діалогу як співтворчості, продуктивної взаємодії, а також авторської і читацької компетентності (В.В. Андрієвська, Г.О. Балл, В.В. Різун, Н.В. Чепелева та ін.). Дослідження і втілення в теорію і практику психологічної допомоги наукових розробок із зазначених тем саме по собі вже має вагомим значення. Втім можна констатувати відсутність напрацювань щодо особливостей впливу психолога на громадян України опосередковано, через друковані ЗМІ (ДЗМІ), що забезпечувало б особистісний розвиток людини в кризових умовах. Адже преса, зокрема друкований, буквений текст, є «більш аналітичною, ніж радіо і телебачення, оскільки вона потребує сильних аргументів для переконання читачів і більшою мірою “працює” з розумом аудиторії» [33, с. 49]. До друкованих ЗМІ відносяться й ті, які розміщують психологічні тексти на інтернет-сайтах.

Мета дослідження – визначити особливості стосунків «психолог-населення» через ДЗМІ у кризовому соціокультурному середовищі. **Завдання дослідження:** з'ясувати коло проблем населення України, які можуть бути обговорені і розв'язані за допомогою ЗМІ, зокрема друкованих; виявити особливості діалогічної взаємодії медіа-психолога і населення, а також особистісної автономності, яка впливає на якість і результат психологічної допомоги; окреслити перспективи спілкування "психолог-населення" через друковані засоби масової інформації. **Методи дослідження:** теоретичний аналіз наукових джерел; вивчення продуктів діяльності читачів (листів громадян до редакцій вітчизняних газет) з метою вивчення актуальної проблематики для населення; анкетне опитування громадян щодо їх схильності до діалогу з медіа-психологом, і редакторів друкованих видань стосовно їх вимог до діалогічності текстів, які виходять із друку (або розміщаються на інтернет-сайті); вивчення якості автономності редакторів і громадян, яка сприяє діалогічності стосунків між психологом і населенням (тест Г.С. Пригіна «Автономність-Залежність»). До аналізу даних емпіричного дослідження було застосовано методи кількісної і якісної обробки, методи математичної статистики. Дослідженням у цілому було охоплено 100 осіб.

5.1. Мас-медійне спілкування з громадянами у кризовому середовищі як психологічна проблема.

Загальна характеристика. До засобів масової інформації (ЗМІ), засобів масової комунікації (ЗМК), мас-медіа (Mass media) належать: преса (газети, журнали, книги), радіо, телебачення, інтернет, кінематограф, звукозаписи, відеотекст, телетекст, рекламні щити і панелі тощо. За типом ЗМІ є друковані чи електронні. Існує думка, що традиційні ЗМІ чекає свого роду мутація та злиття з Інтернетом (І.А. Биков), який в українських умовах є серйозною альтернативою офіційним джерелам інформації (В.І. Терещук). До мережевих ЗМІ відносять інтернет-газети, інтернет-журнали і новинні сайти (О.О. Коцарев), які представляють сучасні текстові засоби масової інформації (О.Д. Кузнецова)

[цит. за 18]. ЗМІ, які можуть приймати різні форми, стосуватись різних груп людей та бути зорієнтованими на різні теми, об'єднує наступне: звернення до масової аудиторії, доступність багатьом людям рівночасно, корпоративний зміст створення і розповсюдження інформації. Інформація, що подають сучасні ЗМІ, є завжди затребуваною. Коли в отриманні значимої інформації, у поясненні щодо подій і явищ є певний дефіцит, або до якоїсь теми є незвичайна цікавість, люди самі звертаються до ЗМІ: телефонують на телебачення чи радіо, пишуть листи.

Так, ми провели якісний аналіз 52-х *листів громадян з різних міст і областей України* до редакції однієї з центральних вітчизняних газет, який дозволив виявити такі основні напрямки «запитів» населення: соціальна нерівність і несправедливість в країні («багато бідних», «одним все, іншим – нічого»); турбота про захисників Вітчизни («Чому не підтримують бійців, що позубулися здоров'я, родин, які втратили захисника?»); проблеми житла (біженці, а також громадяни мирних територій, у яких кепські життєві умови); незадовільний стан медичного обслуговування («Поки не заплатиш – не отримаєш медичну допомогу», «дорогі ліки», «погано лікують»); виховання й освіта дітей («В який садочок вести дитину?», «незадовільна освіта у школі чи гімназії», «побори»); власна професійна невлаштованість людей працездатного і пенсійного віку («Як знайти місце роботи і не бути звільненим?»). Такі загальні питання викривають цілу купу конкретних наболілих психологічних проблем, а саме: невпевненість у сьогоднішньому і завтрашньому дні для себе і своїх дітей, розчарованість, страх злиднів і хвороб, незахищеність, втрата ціннісних орієнтирів і потреба у психологічній підтримці. Подібні та інші проблеми у людей виникали і раніше, але набувають загостреного характеру у кризових соціокультурних умовах, бо викликані складними, несприятливими життєвими обставинами. Так, ще до подій на Майдані і воєнних дій на сході країни, і на сьогоднішній день переживання кризи супроводжується такою симптоматикою, як: спустошеність, безнадійність, знецінення життєвих здобутків, руйнування життєвих цінностей, почуття провини, соціальна

відчуженість тощо [1; 32; 34; 39]. Якщо говорити про дітей і підлітків, то наше бліц-опитування показало, що їх тривожать такі питання: «Чому йде війна?», «Я не хочу, щоб загинув мій тато», «Як допомагати матері, коли батько інвалід?», «Ми всі вмиремо?», «Чому мама з татом, який повернувся з війни, сваряться?», «Не ходжу у спортивну секцію через відсутність грошей у батьків», «Боюсь виходити на вулицю». Для молоді важливо знати: «Які справжні причини того, що відбувається в країні?», «Як жити далі? Чи є майбутнє», «Як навчатися і отримувати професію?», «Чи треба йти в армію?», «Як жити в іншому, не рідному, місті?», «Кому можна довіряти?», «Як і де заробити на життя?», «Чи є у світі справжня любов і справедливість?» та ін.

Отримані дані підтверджені і конкретизовані результатами анкетного опитування. Основними темами, на думку наших співвітчизників, які є актуальними і можуть бути висвітлені у ЗМІ психологами названі: проблеми виживання, розуміння ситуації, надії на майбутнє для себе і своєї родини, самопомоги і взаємодопомоги у стресових ситуаціях, питання освіти і працевлаштування. Серез особистих проблем на перших місцях виступають: фізичне і психічне здоров'я, робота, кар'єра, взаємини з батьками і дітьми, дружинами і чоловіками, проблеми взаємопідтримки, співчуття, духовного розвитку та ін. Отже, у цілому, можна говорити щонайменше про три види цінностей українських громадян, на які меда-психологу варто зосередити увагу: вітальні (питання виживання, безпеки, здоров'я), соціальні (сім'я, соціальна рівність, освіта тощо) і духовні цінності (любов, добро, довіра, жертівність тощо). Важливо, коли всі ці види цінностей охоплюються фахівцями, оскільки насправді поєднують різні сфери переживань людини. Актуальні теми мають бути розкриті на шпальтах газет, сторінках популярних і науково-методичних журналів, не кажучи вже про телебачення, інтернет, радіо і т.д., а також за необхідністю обговорюватись під час безпосередніх, прямих зустрічей психолога і клієнта.

Завдяки різноманітним формам масової комунікації індивід отримує можливість усвідомлювати свою єдність із суспільством, відчувати себе не-

від'ємною частиною людства. Така людина спроможна активно і творчо змінювати себе і своє оточення, але може, піддавшись руйнівному маніпулятивному впливові, прямувати хибним шляхом. Адже маніпулятор точно визначає «слабкі місця» особистості, враховуючи її страхи, сумніви, проблеми, а також приналежність до певної групи людей, їх інтереси, прагнення, сподівання, політичні та інші настрої. Механізми впливу ефективно діють там, де вони не зустрічають опору, де людина «дозволяє» маніпулювати собою, покладаючись не на власні переконання, особисту відповідальність, свою совість, пошук істини, а на зовнішній авторитет. Таке некритичне підпорядкування впливовим людям, чужій думці, у свою чергу, провокує деградацію особистості, нівелювання, а то й знищення її здатності бути суб'єктом свого і суспільного життя. Адже, як свідчать наукові дослідження, у навіюваної людини зменшуються індивідуальні розумові здібності, уніфікуються інтереси, відчуття та мислення, що ще більше уможливорює маніпулювання її свідомістю та поведінкою [37, с.13], а значить все дужче сприяє деградації особистості.

Нагальною потребою громадян є отримання не лише інформації про психологічні стани і суспільні явища, а й фахової допомоги у пошуку і відновленні власних ресурсів у подоланні життєвих криз, спричинених війною, в опиранні маніпулятивним, дезорієнтуючим, руйнівним технологіям, які використовуює через інформаційні канали сторона-агресор. Попри те, що опитані нами українці у цілому незадовільно оцінюють якість психологічної допомоги, бажають отримувати її: у процесі очної зустрічі з психологом – 53,8 %, через текстові, друковані видання ЗМІ (преса, інтернет-сайти, посібники тощо) – 42,3 %, через Телефон довіри – 3,8 % респондентів. Як бачимо, частка ДЗМІ у цьому переліку джерел психологічної допомоги є значною, а отже необхідність розгляду поставленої у розділі проблеми є беззаперечною. На Рис. 5.1. видно, яку популярність у опитаних громадян має те або інше джерело отримання психологічної допомоги і оцінка його ефективності. Так, лідером за показниками є «Виступи і лекції в Інтернеті», а аутсайдером – «По-

пулярні журнали». Зауважимо, що найвища оцінка ефективності психологічної допомоги – 4,7 – дісталася «Виступам і лекціям в Інтернеті», але це тільки середній бал, зважаючи на те, що оцінювання джерел здійснювалось за 10-ти бальною шкалою. Вірогідно, очну зустріч з фахівцем, або довірчу розмову по Телефону довіри люди оцінюють вище, ніж опосередковану допомогу.

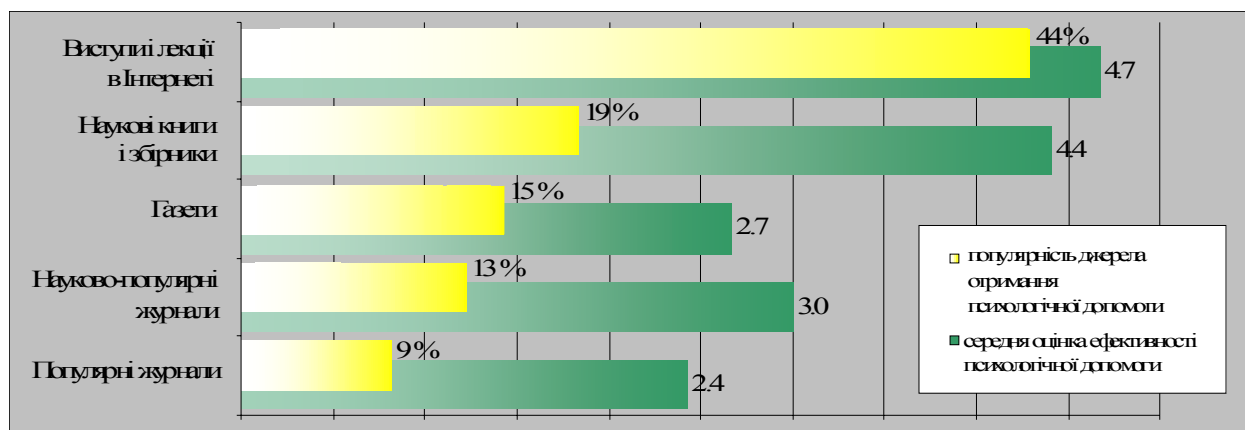


Рис 5.1. Популярність (за 10-ти бальною шкалою) та оцінка ефективності (у відсотках) друкованих, текстових джерел отримання психологічної допомоги населенням України (n = 28)

Популярність і задоволеність людей інтернет-матеріалами може свідчити про перспективний розвиток цього інформаційно-комунікативного джерела, який стає все доступнішим і більш оперативним у режимі реального часу, а значить і про доцільність підвищення відповідальності за якість психологічної допомоги. Цікаво, що у якості джерел отримання психологічної допомоги, із відповідей громадян, можуть виступати художня і релігійна література, твори мистецтва, які «надихають», «очищують», «радять», як можна вчинити у тій чи іншій ситуації, пережити трагедію, травмуючу подію. Можливо, доступність, переконливість, довершеність, діалогічність таких текстів багато в чому перевищує ту якість, яка спостерігається у друкованих матеріалах, які частіше бувають більш формальними, відстороненими від людини, або неактуальними.

У наші дні найбільш поширеним засобом масової інформації є телебачення, останнім часом зростає актуальність Інтернет, дещо менше виражена потреба населення у радіо (більше в сільській місцевості) чи рекламних носі-

ях. Досить доступним і затребуваним залишається буквенний текст, якому з давніх давен люди особливо довіряли, керуючись у своєму житті накресленими на камені, написаними на пергаменті, надрукованими у книжках і рукописах путівниками. У даному розділі ми розглядаємо особливості впливу на свідомість людини саме через друковані, текстові ЗМІ, які є складовою частиною національного інформаційного простору [18, с. 41].

Надзвичайно важливими для розгляду цього питання є ідеї щодо сприйняття наукового тексту таких вітчизняних і зарубіжних психологів, як Т.А. Ван Дейк, Л.С. Виготський, Х.Г. Гадамер, О.О. Леонтьєв, С.Л. Рубінштейн, Н.В. Чепелева та ін. Все активніше науковцями розробляється проблема особливостей функціонування газетного стилю мови (Т.Г. Добросклонська, В.Г. Лемеш, Г.М. Подшивайлова, М.А. Шамелашвілі та ін.) [14; 23; 29; 43]. Так, до основних функцій газетного стилю відноситься інформаційна функція та функція впливу, причому друга функція є домінуючою [23].

Відповідно видам і формам спілкування взагалі, розписаним у науковій літературі [44 та ін.], можна розглядати наступні види спілкування «психолог-населення» у ДЗМІ: за участю мовних засобів – словесне або вербальне; за формою – письмове, друковане; за темою – психологічне; за метою – ділове; за кількістю учасників – публічне чи масове; за характером – опосередковане, діалогічне; за мірою офіційності – професійна роль; за тривалістю – періодичне або короткотривале; за свободою партнера – ініціативне; за соціальними чинниками – особистісно зорієнтоване; за результативністю – бажане; за додержанням норм – нормативне. За формою спілкування – це індивідуальні і групові бесіди, діалогічне, опосередковане. За змістом – наукове. За сферою – дружнє, партнерське, довірче і т.ін. Фокусуючись на особливостях і можливостях спілкування психолога з населення через текстові ЗМІ, ми виокремили спілкування *за видами*: опосередковане, заочне, непряме; *за формою*: а) інформативне або пізнавально-орієнтирне; б) діалогічне, конструктивне, гуманістичне; в) маніпулятивне, деструктивне, негуманістичне.

У кризовій ситуації людина потребує психологічної допомоги, яка може ґрунтуватися й успішно реалізуватися на засадах різних психотерапевтичних наукових теорій. В даному розділі розглянуто особливості спілкування психолога з населенням через ДЗМІ з позицій *гуманістичного напрямку* в психології і психотерапії, зосереджено увагу на якості стосунків, що зумовлює суб'єкт-суб'єкту взаємодію між комунікантами. Представники гуманістичного напрямку (Дж. Бюдженталь, Р. Мей, К. Роджерс, Ф.Ю. Василюк, С.Л. Братченко, Д.О. Леонтьєв, С.Л. Рубінштейн; Г.О. Балл, Г.В. Дьяконов, Г.С. Костюк, С.Д. Максименко, В.О. Моляко, В.А. Роменець, В.О. Татенко та ін.) визнають унікальність буття окремої людини, вважають, що кожна особистість є основним творцем свого життя, відповідальним за те, хто він є, яким і ким буде, стоїть перед завданням наповнити своє життя індивідуальним смислом, здійснює вільний вибір серед наданих йому можливостей. Особистісний ріст представлений переживанням тривалого, неперервного розвитку і виявляється у відкритості особистості до зовнішнього і внутрішнього світу, до нового досвіду. У процесі пошуку і «відкривання» [17; 22; 41] себе самої, власного Я, своїх можливостей, смислу життя, особистість досягає більш високого рівня свідомості, осмислення і конструювання свого буття. Принципово важливими для людини є визнання і повага її внутрішнього світу та її самої іншими людьми: родичів, друзів, колег тощо. Задоволення потреби людини в повазі і любові, за К. Роджерсом, може актуалізувати її мотивацію до природних змін, сприяти реалізації особистісного потенціалу [19].

Дотримання гуманістичних принципів вимагається від психологів-консультантів і психотерапевтів відповідного спрямування, які самі свідомо проживають своє власне життя, і допомагають іншому знайти себе-сущого, стати суб'єктом саморозвитку і самовдосконалення. Необхідно підтримати людину у подоланні підозри і недовіри до інших внаслідок травматичного досвіду, бо у зв'язку з цим, пише З.Г. Кісарчук, і «в терапевтичних стосунках він також не довіряє, сумнівається, підозрює» [Там само, с.14]. Психолог має сприяти розвитку в особі потреби у смислі життя та його вивищенні, у під-

йомі від смислів, що лише підтримують фізичне виживання, до вищих цінностей, таких як любов, гідність, справедливість, творчість. Індивід має свідомо орієнтуватися у тому, що відбувається, а також відновлювати і розвивати власну особистість, свої стосунки з іншими людьми. У «Національній доповіді про стан і перспективи розвитку освіти в Україні» 2016 року наголошується на необхідності формування суб'єкт-суб'єктного стилю взаємин на основі діалогу [28, с.158]. У цього аспекті важливим стає вивчення можливостей встановлення діалогу між психологами і громадянами через ДЗМІ.

5.2. Діалог як ефективна форма мас-медійного спілкування з різними категоріями постраждалих (на прикладі друкованих ЗМІ).

Діалог як співтворчість, продуктивна взаємодія у процесі навчання і виховання, психологічного консультування і психотерапії розглядається такими вченими, як Г.О. Балл, М.М. Бахтін, І. Дзялошинський, Г.В. Дьяконов, З.Г. Кісарчук, В.Г. Панок, М.В. Папуча, А.І. Сологуб, Н.В. Чепелева та ін. У ході діалогу надзвичайно важливим є відкриття людиною сутнісних, буттєвих смислів та орієнтирів, насамперед у кризових умовах, з метою збереження цілісності і подальшого розвитку особистості як суб'єкта індивідуального і суспільного життя. Діалог розглядається як «розвиваюча стратегія», що забезпечує актуалізацію потенціалу саморозвитку суб'єкта взаємодії [20]. Діалог як зустріч, момент спів-буття, проживання двох і більше людей, за М.М. Бахтіним [3], передбачає і розкриває можливості людини роздумувати, аналізувати, а також сперечатися, висувати власну і приймати іншу точку зору, приходити до певного консенсусу. У ході діалогу людина отримує можливість відкрити резерви для власного становлення, вирішення насущної проблеми, руху вперед до саморозуміння і реконструкції свого життєвого шляху. Під час діалогової взаємодії із психологом відбувається переживання, усвідомлення, прийняття та об'єднання уже набутого і нового, що отриму-

ється, досвіду. Психолог і клієнт перебувають у рівній позиції людей, які йдуть один одному назустріч, поважають і приймають свого партнера по діалогу. Ми акцентуємо увагу на конструктивному, розвивальному, відкритому, суб'єкт-суб'єктному, «бахтінському діалозі». Термін «бахтінський діалог» вживається такими науковцями, як Р.В. Вязова, В.В. Молоченко, М.О. Федоренко та ін. [8; 27; 40]. У досконалому володінні комунікативними навичками, вмінні будувати конструктивний, якісний, цивілізований діалог полягає культура діалогу [1, с. 93-94], взагалі культура міжлюдської взаємодії, людино-людських, гуманних відносин [2; 3; 15].

Негуманною формою впливу, що здійснюється шляхом омани, спокушання людини до дій, які вигідні ініціаторам такого впливу, є маніпулювання [5; 23; 25; 26; 29; 37]. Воно суперечить діалогічній взаємодії, адже нав'язування уявлень, цінностей і смислів, «зомбування» людини позбавляє її здатності критично ставитися до всього, що їй пропонується, брати відповідальність за свої наміри і вчинки. І якщо діалог відкриває можливості кожної людини, яка включена у взаємодію, розширює межі індивідуальної свідомості, сприяє оформленню особистої думки, усвідомленню власної життєвої позиції, то маніпулювання перекреслює усі ці можливості, закладаючи механізм підкорення чужій думці та волі, втрати відчуття себе єдиним зодчим свого життя. Під час маніпулювання людина не відкриває нові смисли і не керується ними, а живе, озираячись на того, хто править її свідомістю і поведінкою, некритично спрямовує почуття і вибір дії у тому напрямку, який вигідний маніпулятору. Якщо діалог – це щира відкритість один одному і спілкуванню [2; 3; 15; 36], то маніпулювання, навпроти, є прихований від опонента вплив на нього, на його систему ставлень і орієнтацій, пов'язаний з ігноруванням бажань і потреб, пригніченням особистості [13; 35]. Маніпулятор *використовує* «мішені» впливу [38; 45], а консультант-психотерапевт гуманістичного спрямування *враховує* потреби, здібності, сподівання, стиль мислення, психічні стани для допомоги людині в її особистісному розвитку, у вирішенні конфліктних ситуацій, у знаходженні виходу із складних ситуацій. Тому ді-

лог є конструктивною (допомагаючою, підтримуючою), а маніпуляція – деструктивною (дезорієнтуючою, руйнівною) формою спілкування.

Особлива роль діалогу належить комунікації через друковані, текстові засоби. Між читачем і текстом можливий особливий вид опосередкованого діалогу [21], основою якого є інтертекст: це означає, що смыслом твір наповнює не лише автор, але й читач [6, с.362]. Текст, зауважує Н.В. Чепелева, здійснює вирішальний психологічний вплив на свідомість реципієнта, дозволяючи керувати процесами сприймання та розуміння повідомлення, впливати не лише на когнітивну, а й смислову сферу особистості. Діалогічний текст, маючи всі конституційні ознаки власне тексту (інформативність, структурність, цільність, зв'язність тощо), відрізняється більшою комунікативною спрямованістю, яскраво вираженою адресованістю та персоніфікованістю, зіставленням різних смислових позицій. Він має на меті стимулювати виникнення нового знання, ставлення, оцінки у людини, тобто не тільки інформування, але й розвиток особистості. Автор діалогічного тексту претендує не лише на передачу певної інформації, але й на встановлення певного контакту з реципієнтом, трансляцію йому особистісних смислів і прагне до їх прийняття особистістю, зауважує вчена [42]. Діалогічність полягає в двосторонній спрямованості тексту – як на автора, так і на читача [21; 24; 42]. Як взаємодія діалогічність складає, за Н.М. Громовою, фундаментальну властивість газетних текстів [10, с. 51]. До діалогу спонукає вже сама назва публікації. Запрошенням до спілкування виступає також назва рубрики, де розміщено матеріал: до речі, його місце, оформлення на сторінці друкованого видання чи сайту є виявом ставлення видавництва чи редактора до психологічної інформації взагалі й до автора, зокрема, що певною мірою впливає на сприйняття тексту, рівень довіри і поваги до психолога. Сам текст наче зазиває читача, який готовий до такого спілкування, завдяки чому встановлюється взаєморозуміння і утворення спільного смислу.

На думку Н.С. Валгіної, діалогічність твору досягається особливими засобами, які допомагають автору «направити текст на читача», слугують ме-

ті встановлення контакту з читачем, відтворюють задушевність бесіди, дають можливість автору акцентувати увагу читача на важливих питаннях. До засобів діалогізації належать: комплекси питання-відповідь, риторичні запитання, окличні речення, різні форми звертання до читача, посилення до думки інших людей, пропозиція спільного розмірковування або до дії, різні форми спонукання, рекомендації, спрямовані до читача, експлікації можливих реакцій людини на повідомлення автора тощо [7]. Текст має бути зрозумілим. У працях вчених (Г.С. Костюк, І.О. Синиця, С.Л. Рубінштейн та ін.) зазначено, що розуміння тексту являє собою складну мисленнєву діяльність, яка включає в себе аналіз – виділення у тексті інформативно значущих елементів, і синтез – об'єднання їх у єдине ціле. Відсутність синтезу свідчить про нерозуміння, і, навпаки, розуміння тексту виникає у той момент, коли здійснюється синтез. Тому треба вчити не думкам, як говорив Кант, а «*мислєдіяльності*». Особливо, коли мова йде про смисложиттєві орієнтації людини, про пошук себе, ресурсів психологічно вижити й особистісно розвиватися у кризових ситуаціях. Завдання вчити мислити стоїть також перед психологом.

Через спілкування відбувається не тільки обмін враженнями, сподіваннями, намірами, але й спрямований вплив на людину чи спільноти заради досягнення певного результату. Як пише О.О. Блуд, мова виявляється як мовлення до іншого, вона завжди спільна, вона поєднує людей у загальний світ [4]. І те мовлення, яке об'єднує людей, є виявом їх співжиття, співпереживання, взаємодопомоги, безперечно, є діалогічним. Але, на жаль, мовлення може бути хибним, спотворенням, яке «не об'єднує». Різні ЗМІ використовуються як вивірені і надійні канали маніпуляції для тих, хто націлений зробити людину керованою, безвольною, безвідповідальною, нездатною самостійно оцінювати будь-яку інформацію про події, явища, що відбуваються в країні і світі, і приймати особисті рішення. Чутки, відверта брехня, які некритично засвоюються й емоційно «підігріваються», і зовсім дезорієнтують людину або групи людей, роблячи їх легкою здобиччю в руках справного

маніпулятора, який за таких слухних для нього умов може скерувати і думку, і поведінку тих, ким маніпулюють, у потрібне для нього русло.

Діалогічне спілкування психолога з громадянами вимагає від обох сторін налаштованості на таку взаємодію, знання особливостей її проведення. Дотримуючись Кодексу науковця, а також Етичного кодексу психолога [9; 16 та ін.], психолог-консультант може встановлювати конструктивний діалог з людиною через текст у ДЗМІ [12; 32, с.141-167 та ін.]. Це стає можливим завдяки *засобам написання тексту*: послідовність, ясність, логічність, аргументованість думок, спираючись на потреби певної категорії постраждалих. Діалогічність тексту передбачує і реалізує зацікавленість партнерів один в одному і в темі, яка обговорюється, взаємодовіру і повагу, обопільну симпатію, прийняття і бажання розуміти одне одного, обмінюватися думками, передавати й отримувати інформацію, розмірковувати над подією чи власними переживаннями, здійснювати особистий вибір, переносити отримані знання на інші життєві ситуації, зберігати досвід вирішення складних обставин. Діалогічність друкованого тексту мотивує читача до співбесіди, спонукає його до роздумів, застосовуючи різні засоби і прийоми писемного діалогічного мовлення (В.С. Біблер, Н.С. Валгіна, В.Ф. Литовський, Н.А. Терновик, Н.В. Чепелева та ін.). Активна діалогічна позиція отримувача психологічної допомоги вимагає від психолога так само діалогічної форми спілкування.

Чи є діалогічне спілкування важливим для мешканців України? Ми здійснили теоретичний аналіз наукової літератури щодо загальних орієнтирів психологічної допомоги різним категоріям постраждалих від війни. Це такі групи громадян: військовослужбовці у зоні бойових дій і їх сім'ї; поранені військові, що перебувають на лікуванні і проходять реабілітацію у шпиталі; особовий склад військових частин; переселенці зі Сходу країни і Криму; населення на мирних, звільнених та підконтрольних сепаратистським організаціям, територіях; найбільш вразлива категорія – діти; волонтери та консультанти Телефону Довіри; психологи, які спілкуються з громадянами через пресу та інтернет-видання (так звані «пишучі психологи») [12]. Аналіз нау-

кових джерел показав, що для усіх зазначених категорій громадян України важливим є прийняття, прояви довіри, поваги, любові, симпатії, співпереживання, співучасті, здатність критично оцінювати події та інформацію, приймати самостійні відповідальні рішення, що є показниками діалогічної комунікації.

Окрім того, ми провели анкетне опитування, яким було охоплено 28 мешканців України обох статей від 18 до 90 років, а саме: працюючі громадяни, пенсіонери, працюючі пенсіонери, студенти; волонтери, співчуваючі, переселенці, дружини і вдови військовослужбовців та ін. Розглянемо деякі результати дослідження на підтвердження необхідності діалогічного спілкування між психологом і клієнтом. Так, громадянам було запропоновано *визначити якості психолога, ознаки поведінки, що характеризують його як компетентного фахівця*. Такий психолог, на думку опитаних: активний, життєрадісний; «розуміє з півслова», виявляє зацікавленість до проблеми, вислуховує, тактовно ставить запитання, не вивищуючи самого себе; спокійний, справедливий, охайний; «має високий рівень духовного потенціалу»; його текст грамотний, зрозумілий, викликає цікавість; коли психолог «вчить захищати і зберігати свою енергію». Небажано, коли він дає нетактовні поради, нав'язує свої «цінні вказівки», коли багатослівний, «лізе в душу», виявляє «емоційну холодність», «зверхність».

Що Ви відчуваєте, коли зтикаєтесь з маніпулюванням через друковані ЗМІ? Серед основних почуттів відзначено наступні: почуття приниження і неприйняття, коли бридко і неприємно, недовіру і злість, «значить хочуть обдурити, не поважають», розчарування, презирство і сарказм, а також те, «що я розумний і можу впізнати маніпуляцію». І навпаки, коли громадяни спілкуються з психологом, на їхню думку, діалогічно, то відчувають приємні позитивні емоції, увагу, повагу та інтерес до себе, бажання розмовляти, відвертість у стосунках, «хочеться прислухатися», «довіряєш», «приємно». Ці дані підтверджують необхідність саме діалогічних стосунків в системі «психолог-населення», уникнення і подолання спроб маніпулятивного впливу на людей.

Взаємовідношення «на рівних» справляє на людину позитивне емоційне враження, сприяє ставленню до іншого і до себе як до особистості.

Здатність вибіркового ставлення до відомостей і рекомендацій, їх вибагливе осмислення, внутрішня протидія явним чи замаскованим маніпулятивним впливам через ДЗМІ залежать, зокрема, від особистісної *автономності*, незалежності. Для виявлення автономності як якості суб'єктності, а саме особистісно-типологічних особливостей суб'єктної регуляції діяльності, за Г.С. Пригінім, призначений тест «Автономність–Залежність». Методика діагностує два основних типи людей: «автономних» (незалежних, самостійних) і «залежних» (несамостійних), а також виділяє третю групу — «невизначених». Невизначені – це такі індивіди, котрих не можна віднести з достатньою мірою визначеності ані до «автономних», ані до «залежних», оскільки у них приблизно рівно виражені особливості, що притаманні як першому, так і другому типу. Тип невизначених ще має назву «автономні-залежні» або «змішані» [30; 31]. Суб'єкти автономного типу характеризуються більш відкритою пізнавальною позицією у порівнянні з залежними, відрізняються наполегливістю, цілепрямованістю, більш розвинутим самоконтролем, схильністю до самостійного виконання робіт. Для залежних характерне те, що ці риси в них майже не виявляються, їхня навчальна діяльність пов'язана в основному з опорою на вказівки з боку більш обізнаної й авторитетної особи, з орієнтацією на її поради, підказки, настанови. Незалежні суб'єкти більш задоволені власним існуванням, у них більш високий рівень задоволеності життям, ніж у залежних. Автономні вміють своєчасно вносити корективи у свої плани і програми за зміни умов діяльності, їм характерна адекватна самооцінка і впевненість у собі. Автономна особистість поважає й цінує себе й іншу людину, чим, напевно, забезпечуються суб'єкт-суб'єктні стосунки між тими, хто вступає у взаємодію, що, у свою чергу, сприяє розвитку якості автономності у партнерів по комунікації. Автономні учасники спілкування проявляють здібність ефективно здійснювати керівництво і контроль за діяльністю групи, а також виконувати різні функції в груповій взаємодії. Вважається, що най-

більш ефективні групи саме з автономних особистостей, а також із людей змішаного типу («автономні-залежні»).

За нашим припущенням, автономність особистості розвивається і певною мірою залежить від її оточення, зокрема, автономності людей, які забезпечують якість словесно-буквеної інформації у ЗМІ. Сприймання інформації, критичне до неї ставлення залежить від автономності автора публікації, а також від редактора вітчизняних популярних, науково-популярних, науково-методичних видань або окремих рубрик, де розміщуються статті на психологічні теми. Пілотажне дослідження за методикою Г.С. Пригіна показало, що «автономних» серед редакторів виявився значний відсоток, що вказує на те, що автономність є суттєвою професійною якістю для цієї категорії працівників (Рис. 5.2.).

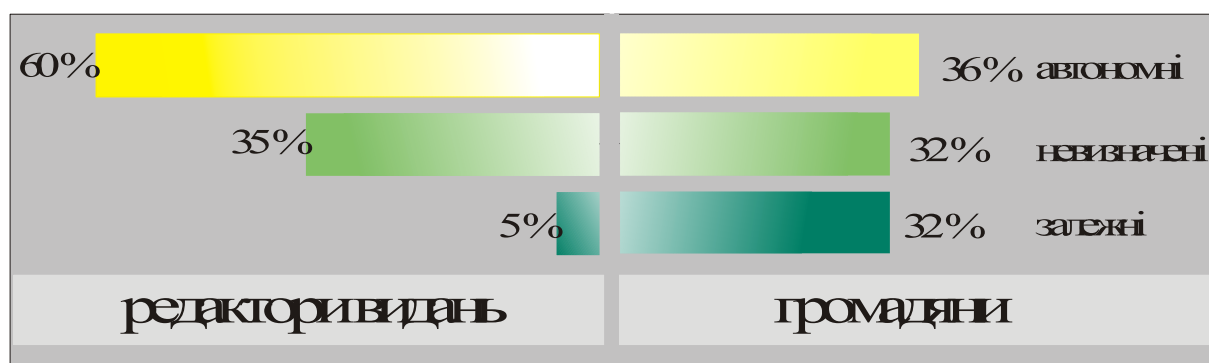


Рис 5.2. Порівняльний розподіл редакторів вітчизняних видань (n = 20) та громадян України (n = 28) за рівнями суб'єктної регуляції діяльності (за методикою Г.С. Пригіна «Автономність-Залежність»)

В опитуванні взяли участь редактори видань і їх заступники – усього 20 осіб різного професійного стажу, віку і статі. Для порівняння таке ж пілотажне дослідження було проведене серед різних категорій населення сучасної України, які брали участь в анкетуванні (див.вище). Незначна вираженість цієї суб'єктної якості у більшості громадян (Рис. 5.2) вказує на необхідність її розвитку, адже від неї у певній мірі залежить здатність людини до діалогу і до протидії руйнівним маніпулятивним впливам. Цю думку можна підтвердити тим, що автономні редактори, а також автономні читачі виявляють схи-

льність до текстів, що характеризуються діалогічністю. Серед запитань анкети [11], яка пропонувалась редакторам газет і журналів, було наступне: «Для друку Вами відбираються матеріали: а) – суто інформативного, пізнавального змісту (загальні відомості, на кшталт психологічного лікнепу тощо): Завжди. Інколи. Ніколи. – потрібне підкреслити.; б) – які спонукають читача до роздумів, аналізу тексту, формування власної думки: Завжди. Інколи. Ніколи. – підкреслити; в) – як конкретні вказівки, рекомендації, поради, які не передбачають сумнівів читача, а спонукають до прямого наслідування: Завжди. Інколи. Ніколи. – підкреслити».

За даними емпіричного дослідження між групами редакторів з різними рівнями суб'єктної регуляції встановлено значущі відмінності у частотному розподілі варіантів відповідей на запитання анкети у пункті б) (Рис. 5.3.) за критерієм хі-квадрат Пірсона ($\chi^2 = 16.1, df = 4, p \leq 0.05$). На Рис. 5.3. видно, що майже половина опитаних

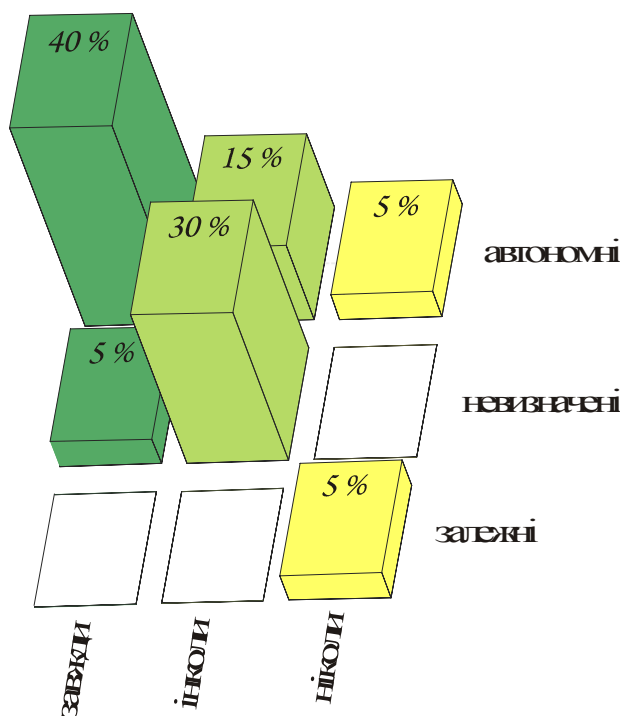


Рис 5.3. Розподіл відповідей редакторів ($n = 20$) з різними рівнями суб'єктної регуляції діяльності (за методикою Г.С. Пригіна «Автономність-Залежність») на завдання анкети визначити, як часто ними обираються для друку матеріали, які спонукають читачів до роздумів, аналізу тексту, формування власної думки

редакторів, які на пункт б) дали відповідь «завжди» відносяться до групи автономних, а залежні обирають продукцію, яка не передбачає критичності читача до тексту, формування ним власної думки (пункт в)). Для редакторів невизначеного типу вибір пункту б) не є принциповим. Тобто, дослідження засвідчило, що автономність як риса особистості певною мірою пов'язана зі здатністю людини до діалогічної взаємодії. До того ж автономність редакторів проявляється безпосередньо у конкретних вимогах до авторських матеріалів, які спонукають читача до роздумів, аналізу тексту, формування власної думки. Було встановлено, що автономні редактори вимагають від авторів текст, що за пунктом б) характеризується діалогічністю. І навпаки, чим нижчий рівень автономності, тим нижча вимогливість до психолога-автора щодо діалогічності його тексту. Серед вимог до тексту «автономні» (і частково «невизначені») редактори відносять зокрема: інформативність, логічність, точність, цільність, послідовність викладення думок, зв'язність, текст має бути актуальним, цікавим і корисним, має бути «розуміння проблеми», «правдивість», «повага до читача», щоб текст «надихав на творчість, добро, взаємодопомогу», «не містив нравоученій». Зазначимо: ці вимоги відповідають ознакам діалогічності тексту, описаним у науковій літературі (див.вище). Натомість, «залежні» редактори схиляються до статей, що сприяють пасивному засвоєнню знань, орієнтують на конкретні поради, вказівки, настанови ззовні, а значить передбачають певну піддатливість до маніпулятивного впливу.

Аналогічне запитання щодо вибору прийнятного тексту ставилось і громадянам («Послугуючись психологічною допомогою через друковані ЗМІ, Ви обираєте статті: пункти а), б), в)), аналогічні тим, які були у запитанні до редакторів). Більшості споживачів друкованої, текстової психологічної допомоги прийнятний такий виклад матеріалу, який містить як загальну інформацію, так і таку, яка налаштовує на роздуми, формування особистої думки, «розмову» з автором статті, тобто передбачає *діалог з психологом*. Такі читачі відносяться до групи автономних особистостей. У той час як ті, хто віднесені до групи залежних людей, більш орієнтовані на конкретні вказівки і

рекомендації психолога, пояснюють свою відповідь тим, що: «адже мені потрібна негайна допомога», «мені не до роздумів». Громадяни, які належать до групи «змішаних», не віддають переваги певній формі викладення матеріалу, послуговуючись статтями, представленими у будь-який спосіб.

Більшість опитаних громадян очікують інформацію для роздумів, трохи менша їх кількість ждуть лише інформаційні відомості, і лише незначна частина потребує конкретних вказівок. За даними анкетування, з маніпулятивним впливом в ЗМІ «часто» і «завжди» стикається 63 % респондента, а з діалогічним – 7,7% «завжди» і 65,4 % – «інколи». Зазначимо, що інформативно-орієнтирний стиль статей (пункт а)) як бажаний відмічається усіма типами респондентів, що вказує на те, що інформація важлива і доцільна при будь-якому викладі матеріалу, тільки від діалогічного чи маніпулятивного стилю залежатиме, чи буде вона сприйматися як матеріал для роздумів, чи як пряма вказівка. Тобто, від того, в чиїх руках знаходиться діалог чи маніпуляція як інструмент спілкування, залежить характер впливу інформації на людину.

Окрім зазначеного, вибір джерел отримання психологічної допомоги у певній мірі свідчить про автономність-залежність людини. І навпаки, тип суб'єктної регуляції може впливати на вибір виду мас-медіа. З Табл. 5.1. видно, що газети і журнали користуються більшою популярністю у автономних особистостей, Інтернет – у залежних, телебачення – у невизначених. Це підтверджує, що друковане слово потребує аналізу, роздумів, в той час як ТБ і Інтернет більш приваблюють своїм оформленням, не вимагаючи від людини високого ступеню критичності та відповідальності у сприйманні авторських текстів, у тому числі порад та настанов психологів, які виступають у цих ЗМІ.

Підсумовуючи результати дослідження, можна стверджувати, що особистісна автономність є обов'язковою професійною якістю редакторів друкованих видань для сприяння встановленню діалогічної взаємодії психолога-автора текста і клієнта-читача. Особистісна автономність редакторів

виступає умовою становлення і вияву автономності авторів статей, що, у свою чергу, стає умовою формування цієї суб'єктної якості у читача, який отримує психологічну допомогу через текстові ЗМІ.

Таблиця 5.1.

Вибір (у відсотках) джерел отримання психологічної допомоги громадянами України в залежності від типу суб'єктної регуляції діяльності

Джерела отримання психологічної допомоги	Типи суб'єктної регуляції діяльності			Усього
	автономні	невизначені	залежні	
Газети	60,0	40,0	0,0	100,0
Журнали	37,5	37,5	25,0	100,0
Телебачення	33,3	40,0	26,7	100,0
Інтернет	25,0	35,0	40,0	100,0
Радіо	25,0	75,0	0,0	100,0

Важливо підкреслити, що достатньо високий рівень автономності-невизначеності (разом 68 %, Рис. 5.2.) сучасних громадян вимагає від редакторів видань і психологів-авторів психологічних матеріалів високого рівня сформованості даної якості, аби досягти діалогічності спілкування, а значить критичності читачів у сприйнятті як психологічної, так і будь-якої іншої інформації (прочитаної, почутої, побаченої тощо) у різних ЗМІ. У зв'язку з тим, що і опитані редактори, і громадяни України у більшості орієнтовані на діалогічне спілкування через друковані ЗМІ, то й від психологів вимагається діалогічна спрямованість у спілкуванні, уміння і навички такої взаємодії, аби фахово надавати дистанційну допомогу.

5.3. Перспективи спілкування "психолог-населення" через друковані засоби масової інформації.

Теоретичний аналіз і синтез результатів досліджень психологів, які працюють у контексті психологічних травм і реабілітації постраждалих, показав наступне: діалогічне (на відміну від маніпулятивного чи суто інформативного) спілкування через друковані ЗМІ підходить різним категоріям постраждалих, виявляє їх потребу не лише в інформації, а й у повазі, довірі, співучасті, рівних

стосунках тощо. Отримані нами дані свідчать про у цілому позитивну тенденцію розвитку суб'єкт-суб'єктних, конструктивних, діалогічних стосунків вітчизняного психолога і клієнта, а також про перспективи цілеспрямованого підвищення (семінари, курси, тренінги і т.ін.) комунікативної, діалогічної, писемної компетентності фахівців-авторів психологічних текстів і редакторів видань, які їх видають тепер і видаватиме у майбутньому для широкого кола громадян.

Для збереження, зміцнення і розвитку особистості у нинішніх українських реаліях особлива роль належить психологу, який надає психологічну допомогу населенню, зокрема через друковані, текстові засоби масової інформації (Рис. 5.1., Табл. 5.1.). Така допомога взагалі вважається масовою, бо фахівець звертається до великих груп людей, яких об'єднує та або інша проблема. Водночас, окремий читач, який послуговується психологічною допомогою через, скажімо, науково-популярний журнал, спілкується з автором статті особисто, на рівні «психолог-читач», тобто вступає з ним у взаємодію. Саме в цей момент відбувається або власне інформування, або маніпулювання читачем з боку автора, або діалогічне спілкування з людиною, яке має на меті укріпити особистість психо-емоційно, викликати в ній намір до активних дій щодо певних самозмін, перегляду траєкторії власного життєвого шляху, якісної перебудови свого оточення. Співбесіда рівноправних партнерів по спілкуванню сприяє критичності, налагодженню людини на конструктивне і відповідальне розв'язання складної життєвої ситуації чи наболілої проблеми.

Автор діалогічного тексту має бути фахівцем у своєму полі надання психологічної допомоги, добре знатися у потребах, інтересах, очікуваннях, психологічних властивостях тієї або іншої категорії постраждалих в кризових соціокультурних умовах, вчитися і досягати діалогічності свого тексту, самому протистояти і вчити населення опиратися деструктивним маніпулятивним впливам. *Діалогічність тексту* визначається за наступними параметрами: ясність і логічність викладу цікавого для людини матеріалу; апелювання до думки читача за допомогою запитань, закликів до роздумів; наведення ко-

мунікантом фактів, які не суперечать здоровому глузду і обізнаності про них реципієнта; висновки передбачають власне судження і вибір дій читача. Діалогічний текст створює і залишає у людини, яка отримує психологічну допомогу, відчуття ясного і критичного усвідомлення змісту, бажання й далі розмірковувати над ним, збагачувати свій особистий досвід і передавати його іншим. Діалогічність тексту сприяє пошуку варіантів виходу з критичної ситуації громадян різних категорій. *Маніпулятивність тексту* може мати такі ознаки: автор «тисне» на потреби, почуття та емоції читача; текст не логічний, незрозумілий, не дає можливості вибудувати власне судження, нав'язує орієнтири і конкретні способи і шляхи вирішення ситуації; засобом емоційного «заарканення» може бути запобігання до шокуючих прикладів, які викликають страх і сумніви, готовність швидше вийти з цього стану, а значить і потрапити «у пастку» маніпулятора, який запропонує власний вихід із проблеми. Маніпулятор пропонує читачеві той план дій, які йому вигідні, а людська проблема зіграє роль «наживки» для керування людьми. Діалогічно ж налаштований автор сприяє пробудженню і зміцненню власних сил і можливостей особистості, виводить її зі стану скутості і неврівноваженості, пропонує шляхи пошуку власних резервів і перспектив – в цьому виявляється його щира і професійна допомога.

Слід сказати про *зворотний вплив читачів на автора тексту*, на розвиток його діалогічної компетентності. Адже у тому разі, коли вибагливий, діалогічно спрямований клієнт не відчуватиме так само налаштованого психолога, а стиль викладання думок комуніканта буде для читача неприйнятним, то такий автор не стане затребуваним, а видання, в якому він публікує свої матеріали, популярним настільки, наскільки це було б можливо у протилежному випадку.

Діалог є ознакою загальної культури міжлюдського спілкування, яка сприяє збереженню людського в людині, її особистісному розвитку в кризових умовах, нейтралізації негативного, руйнівного інформаційно-психологічного впливу. Послугуючись професійною психологічною допо-

могою через друковану продукцію, клієнт-читач не лише удосконалюється у сприйманні, розумінні та інтерпретації прочитаного, а й сам у змозі правильно, компетентно передавати отриману й осмислену допомогу, ділитися своїми думками і діалогічними навичками з іншими людьми, сприяючи тим самим розвитку і їх читацької, діалогічної, комунікативної компетентності. Діалогічна позиція психолога в роботі з постраждалими допомагає і тим, хто з ними спілкується безпосередньо, оволодівати досвідом діалогічних стосунків, що здійснює цілющий і стабілізуючий вплив на стосунки у цілому (у сім'ях, в колективі тощо). Завданням працівників ДЗМІ (а також інших ЗМІ) має бути свідоме уникання і навіть заборона будь-яких маніпулятивних матеріалів, які сприяють руйнуванню особистості читача, послабленню його критичності, волі, самостійності, формування власної думки щодо тієї чи іншої події чи особистості, власної ролі у розбудові приватного життя і долі своєї країни. Розуміння ступеню популярності/непопулярності джерела отримання психологічної допомоги покладає на психолога відповідальність за свій виступ, за підвищення рівня діалогічності клієнта, його здатності опиратися деструктивним маніпулятивним впливам.

Щодо взаємовпливу різних видів психологічної допомоги. Діалог з громадянами, які перебувають у кризових соціокультурних умовах, може здійснюватись і безпосередньо – під час психотерапії, і опосередковано, непрямо – через ЗМІ, а також через Телефон довіри. Це сприятиме підсиленню загального психотерапевтичного ефекту, впевненості клієнта у собі, у правильності свого розуміння проблемної ситуації і обраного шляху її розв'язання. Діалогічна позиція психологів різних профілів (на ТБ, радіо, в інтернет, у газетах і журналах тощо) дозволяє враховувати й органічно взаємопов'язувати такі чинники формування гуманного психотерапевтичного контакту, як врахування потреб певної категорії громадян (прийняття, розуміння, емпатія, визнання, повага) і стилю взаємодії з ними (не лише інформативно-орієнтирного, а й діалогічного). Тому у якості першочергових професійних

кроків має бути розроблення скоординованої «різновидової» психологічної допомоги постраждалим в кризових соціокультурних умовах.

Отже, від особистісної і професійної спрямованості фахівця залежить свідомий вибір форми взаємодії з клієнтом. Психолог гуманістичного спрямування має спілкуватися з населенням таким чином, аби подолати схильність людини покладатися на волю «сильного і авторитетного», а кріпити власну суб'єктну здатність активно творити своє життя, самостійно впливати на його якісні зміни. Конструктивна, підтримуюча і спрямовуюча, допомагаюча діалогічна взаємодія між психологом-автором і клієнтом-читачем сприяє опору будь-яким маніпулятивним технологіям, бо допомагає людині думати, формувати власні оцінки і переконання, що попереджає прийняття чужих думок і спрямовуючих до дії вказівок без критичного їх осмислення, а значить робить людину вільною, відповідальною за своє життя і поведінку.

У процесі діалогічних стосунків між психологом і населенням через паперові або електронні, текстові ЗМІ, з боку психолога важливим є забезпечення зворотного зв'язку з людиною або групою людей, аби сприяти процесу розвитку і взаєморозвитку особистостей – партнерів комунікації. Діалогічність тексту психолога мотивує читача до співбесіди, спонукає його до роздумів, застосовуючи різні засоби і прийоми писемного діалогічного мовлення. Повага до читача як до співрозмовника, турбота про зростання його читачької компетентності вимагають від фахівця постійного вдосконалення професійних умінь та навичок ведення мовленнєвих діалогів через текстові ДЗМІ. Росту текстової компетентності психологів сприяють певні вимоги до їх авторських текстів з боку редакторів видань, їх діалогічна компетентність, особистісні якості. Важливою професійною якістю редактора або його замісника є особистісна автономність – якість суб'єкта, фахівця, завдячуючи якому текст психолога через інформаційний простір стає доступним для громадянина, а психолог через діалогічні стосунки «психолог-населення» здатен надати людині фахову допомогу.

Список використаних джерел:

1. Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : мат-ли міжвідомч. наук.-практ. конф. (Київ, 26 травня 2016 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – К. : НУОУ, 2016. – 400 с.
2. Балл Г.О. Орієнтири сучасного гуманізму (в суспільній, освітній, психологічній сферах) : Видання друге, доповнене / Г.О. Балл. – Житомир: ПП «Рута», Видавництво «Волинь», 2008. – 232 с.
3. Библер В.С. Михаил Михайлович Бахтин, или Поэтика культуры / В.С. Библер. – М.: Прогресс, 1991. – 176 с.
4. Блуд О.О. Дослідження буття мови – або трансценденції методом герменевтичної феноменології Гайдеггера / О.О. Блуд // Мультиверсум. Філософський альманах. – К.: Центр духовної культури, 2005, № 47. – Режим доступу: https://www.filosof.com.ua/Jornel/M_47/Blud.htm
5. Бойко С. Т. Функціональний аналіз патогенних текстів (до проблеми психологічних аспектів медіа - освіти) / С.Т. Бойко // Наукові записки Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – К. : Ніка-Центр, 2011.– Вип.39. – С. 62 – 74.
6. Борев Ю.Б. Эстетика. Теория литературы : энцикл. слов. терминов / Ю.Б. Борев. – М., 2003, – 574 с.
7. Валгина Н. С. Теория текста: учеб. пособие / Н. С. Валгина. – М.: Логос, 2003. – 280 с.
8. Вязова Р.В. Діалог як складова сучасних комунікативних відносин / Р.В. Вязова, Д.В. Ураков. – Режим доступу: <http://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/view/28>
9. Гончаренко С. Етичний кодекс ученого / Семен Гончаренко // Естетика і етика педагогічної дії : Збірник наукових праць. Київ-Полтава, 2011. – Вип. 1. – С. 25-34.
10. Громова Н.М. Психологія діалогічної взаємодії автора газетного тексту і читача / Н.М. Громова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка, Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за ред. : С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. – Вип. 13. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2011. – С. 48–58.
11. Гурлева Т.С. Автономність редактора друкованого видання – шлях до діалогу / Т.С. Гурлева. – Психолог, № 21-22, листопад 2017 р.

12. Гурлева Т.С. Діалогічне спілкування психолога у просторі друкованих ЗМІ у відновленні та розвитку особистості в кризових умовах / Т.С. Гурлева // Актуальні проблеми психології. Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2016. – С. 61-74.
13. Дайер У. Как избавиться от комплекса жертвы / Уэйн Дайер. – Минск: «Попурри», 2010. – 336 с.
14. Добросклонская Т.Г. Что такое медиалингвистика? / Т. Г. Добросклонская // Вестник МГУ (Сер. 19. Лингвистика и межкультурная коммуникация). – 2004. – № 2. – С. 9-17.
15. Дьяконов Г.В. Экзистенциально-онтологическая концепция диалога / Г.В. Дьяконов // Психология общения: социокультурный анализ. Мат-лы конф. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского ун-та, 2003. – С.114-116.
16. Етичний кодекс психолога / Основи практичної психології / В. Панок, Т.Титаренко, Н.Чепелева та ін.: Підручник. – Вид. 3. – К.: Либідь, 2006. – 536 с.
17. Живоглядов Ю.А. Пробуждающий коучинг: экзистенциальные измерения / Ю.А. Живоглядов // Актуальні проблеми психології : Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / за ред. Максименка С.Д. – К.: «Логос», 2008. – т.7, вип.15. – С. 83 – 89.
18. Каплій О. В. Класифікація засобів масової інформації: конституційно-правові питання / О. В. Каплій // Актуальні проблеми політики. – 2013. – Вип. 50. – С. 35-46.
19. Кісарчук З.Г. Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим / З.Г. Кісарчук // Актуальні проблеми психології Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія: Зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. – Вінниця: ФОП Рогальська І.О., 2016.– Вип. 12. – С.7-22.
20. Ковалев Г.А. Психологическое воздействие : теория , методология, практика : дис. ...д-ра психол. наук / Г.А. Ковалев. – М., 1991. – 477 с.
21. Колкарева И.И. Лингвистические характеристики диалога в британском газетном дискурсе : автореф...канд. филолог.наук: 10.02.04 – Германские языки / Ияна Игоревна Колкарева. – Москва, 2012. – 21 с.

22. Кульчицький О. Переживання казки і літературного твору в психічному розвитку дітвори й молоді / Олександр Кульчицький // Ми і наші діти. Дитяча література. Мистецтво. Виховання : збірник ОПДЛ ім. Л. Глібова, Торонто–Нью-Йорк, 1965. – С. 36-44.
23. Лемеш В.Г. Засоби маніпулятивного впливу у смисловому просторі англomовного медіатексту / В.Г. Лемеш. – Режим доступу: http://www.confcontact.com/20110929/fl_lemesh.php – Назва з екрана.
24. Лотман Ю.М. Структура художественного текста / Ю.М. Лотман. – М. : Искусство, 1970. – 384 с.
25. Методологічні проблеми трансформації комунікативної компетентності психолога в інформаційному суспільстві : монографія / В. В. Андрієвська, Е. І. Драніщева, С. П. Тищенко та ін. ; за ред. В. В. Андрієвської. – К.– Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2014. – 226 с.
26. Медіапсихологія: на перетині інформаційного та освітнього просторів : монографія / О.Т. Баришполець, О.Л. Вознесенська, О.Є. Голубєва, Г.В. Мироненко, Л.А. Найдьонова, Н.О. Обухова, Н.І. Череповська ; за наук. ред. Л.А. Найдьонової, Н.І. Череповської ; Нац. академія пед. наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – К. : Міленіум, 2014. – 348 с.
27. Молоченко В. Діалог як одна з важливих педагогічних умов розвитку вмінь партнерської взаємодії студентів-аграріїв / В. Молоченко // Актуальні питання гуманітарних наук : Міжвуз. зб. наук. праць молод. учених Дрогобицьк. держ. пед. ун-ту імені І. Франка. – Випуск 6(2), 2013. – С.83-91.
28. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні / Нац. акад. пед. наук України ; [редкол.: В. Г. Кремень (голова), В. І. Луговий (заст. голови), А. М. Гуржій (заст. голови), О. Я. Савченко (заст. голови)] ; за заг. ред. В. Г. Кременя. — Київ : Педагогічна думка, 2016. — 448 с.
29. Подшивайлова Г.М. Мовні засоби маніпулятивного впливу в політичному дискурсі (на матеріалі друкованих російськомовних ЗМІ України): автореф. дис. ... канд. філол. наук / Г.М. Подшивайлова ; Київ. нац. лінгв. ун-т. – К., 2009. – 21 с.
30. Прыгин Г.С. Проявление «автономности» и «зависимости» в осознанной регуляции деятельности: Дисс. ... канд. психол. наук.– М., 1984. – 132 с.

31. Прыгин Г.С. Психология самостоятельности: Монография / Г.С. Прыгин. – Ижевск, Набережные Челны: Изд-во Института управления, 2009. – 408 с.
32. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко... Царенко Л.Г.; за ред. З.Г. Кісарчук. – К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. – 207 с.
33. Різун В. В. Теорія масової комунікації : підручник / В.В. Різун. – К. : Просвіта, 2008. – 260 с.
34. Сергєєнкова О.П. Вікова психологія : навч. посіб. / Сергєєнкова О.П., Столярчук О.А., Коханова О.П., Пасєка О.В. – К.: ТОВ «Центр учбової літератури». – 2012. – 384 с.
35. Сидоренко Е. В. Личностное влияние и противостояние чужому влиянию [Текст] / Е. В. Сидоренко // Психологические проблемы самореализации личности. – СПб. : СПбГУ, 1997. – С. 123 – 142.
36. Сологуб А. І. Теорія і практика навчання творчо обдарованих старшокласників: Монографія / А. І. Сологуб. – К. : Інфосистеми, 2010. – 216 с.
37. Сугестивні технології маніпулятивного впливу: навч. посіб. / [В.М. Петрик, М.М. Присяжнюк, Л.Ф. Компанцева, Є.Д. Скулиш, О.Д. Бойко, В.В. Остроухов] ; за заг. ред. Є.Д. Скулиша. – 2-ге вид. – К.: ЗАТ “ВПОЛ”, 2011. – 248 с.
38. Таранов П. Приемы влияния на людей [Текст] / П. Таранов. – М. : ФАИР-ПРЕСС, 2002. – 608 с.
39. Титаренко Т.М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни / Т.М. Титаренко // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей. – К., 2015. – С. 3-13.
40. Федоренко М.О. Творчий спадок М. Бахтіна в контексті марксистської естетичної традиції [Текст] / М. О. Федоренко // Актуальні проблеми історії, теорії та практики художньої культури : Збірник наукових праць / М-во культури України, Нац. акад. керів. кадрів культури і мистецтв. – К. : Міленіум, 2011. – Вип. 27. – С. 47-53.
41. Хайдеггер М. Бытие и время / М. Хайдеггер ; пер. с нем. В.В.Бибихина. – СПб: «Наука», 2002. – 450 с.

42. Чепелева Н.В. Текстова інформація як чинник психологічного впливу на свідомість реципієнта / Н.В. Чепелева // Технології розвитку інтелекту : Електр.наук.журн. – Том 1, № 2 (2011).
43. Шамелашвили М.А. Функционально-стилистические и лексико-грамматические особенности газетных заголовков : автореф. дис ... канд. филол . наук / М.А. Шамелашвили ; Моск. гос. пед. ин-т иностр. яз. им. М. Тореза. – М., 1982. – 24 с.
44. Шевчук С. В. Українська мова за професійним спрямуванням : підручник / С. В. Шевчук, І. В. Клименко. – К. : Алерта, 2014. – 694 с.
45. Шейнов В.П. Скрытое управление человеком (психология манипулирования) / В. П. Шейнов. – Мн. : Харвест, 2004. – 816 с.

ПІСЛЯМОВА

Монографія виконана в контексті гостро актуальної для сучасного суспільства і, разом з тим, ще далеко не опрацьованої у вітчизняній психології і психотерапії проблеми психологічної/психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок кризових травмівних подій. Основна увага авторів у даній роботі була зосереджена на визначенні специфіки встановлення та розвитку стосунків «психотеравт-клієнт» у ситуаціях надання допомоги травмованим людям та з'ясуванні характеристик та умов формування сприятливих для вирішення завдань подолання психотравми терапевтичних стосунків. При цьому автори спиралися як на результати проведеного дослідження, в якому здійснювався теоретико-методологічний аналіз проблеми стосунків «психотерапевт – клієнт», експериментально визначались особливості побудови психотерапевтичних стосунків з різними категоріями постраждалих, емоційні стани волонтерів-психологів/психотерапевтів у стосунках з травмованими особами, особливості спілкування психолога з населенням через засоби масової інформації, так і на осмислення у фокусі означеної мети набутого власного емпіричного досвіду допомоги постраждалим.

Методичний інструментарій дослідження включав різні методи, зокрема психодіагностичні методики, методи експериментальної психосемантики, проєктивні методики, інтерв'ю, анкетування, спостереження, аналіз продуктів діяльності. Однак загальний методичний принцип, якого ми дотримувались у взаємодії з постраждалими і який виправдав себе, полягав у застосуванні лаконічного стимульному матеріалу, униканні класичних експериментальних ситуацій, поєднанні процедури дослідження з елементами психологічної допомоги постраждалим, акценті на методі структурованого спостереження, особливій увазі до якісних характеристик встановлених даних.

За кожним із завдань, які були поставлені у дослідженні, отримані результати, що відображені у відповідних розділах монографії. Зазначимо також, що у контексті виконання завдань дослідження автори запропонували

низку понять та їх характеристик, які стосуються продуктивних моделей «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання допомоги постраждалим: *домагаючі, сприятливі для вирішення завдань подолання психотравми, терапевтичні стосунки; надійні стосунки; зцілюючі стосунки («повторне достатньо хороше батьківство»); структурно зрілі психотерапевтичні стосунки; підтримуючі психотерапевтичні стосунки та інші.*

Сподіваємося, що викладені у монографії результати дослідження та наукової рефлексії авторами власного емпіричного досвіду надання допомоги різним категоріям травмованих осіб, сприятимуть забезпеченню фахівців, зокрема психологів/психотерапевтів, які працюють з постраждалими, новими науковими знаннями, а також свідомому застосуванню ними психотерапевтичного стосунку як інструменту зцілення, відновлення особистості, що, в свою чергу, підвищуватиме успішність процесу психотерапевтичної допомоги.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Кісарчук Зоя Григорівна — кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, завідувач лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Омельченко Яніна Миколаївна — кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Лазос Гелена Петрівна — кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Гурлева Тетяна Степанівна — кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Гребінь Людмила Олександрівна — старший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Журавльова Наталія Юріївна — науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Литвиненко Людмила Іванівна — науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Плескач Богдан Вадимович — науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Уркаєв Вадим Сергійович — молодший науковий співробітник лабораторії консультативної психології та психотерапії Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

Наукове видання

**ОСОБЛИВОСТІ СТОСУНКІВ
«ПСИХОТЕРАПЕВТ – КЛІЄНТ» У СУЧАСНОМУ
СОЦІОКУЛЬТУРНОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

Монографія

Авторська редакція

Ум. друк. арк. 9,0

Видано державним коштом. Продаж заборонено.

ТОВ «Видавничий Дім «Слово»
04071, м. Київ, вул Олегівська 36, оф. 310;
тел./факс: (044) 462-48-63

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготовників
розповсюджувачів видавничої продукції
№ 1289 від 20.03.2003 р.