

Лазос Г. П. Травматичне контрперенесення психолога / психотерапевта в роботі з постраждалими / Г. П. Лазос // Міжнародний журнал загальної та медичної психології. — 2018. № 1. — С. 57 - 67.

**Лазос ГП.**

*Лабораторія психологічного консультування та психотерапії  
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України м. Київ*

## ТРАВМАТИЧНЕ КОНТРПЕРЕНЕСЕННЯ ПСИХОЛОГА / ПСИХОТЕРАПЕВТА В РОБОТІ З ПОСТРАЖДАЛИМИ

Анотація. Статтю присвячено викладу результатів дослідження особливостей негативних станів психологів / психотерапевтів, які працюють з різними категоріями постраждалих на волонтерських засадах. В теоретичній частині статті розглядаються основні поняття дослідження: контрперенесення, травматичне контрперенесення; аналізуються наявні концепції цього феномену. В експериментальній частині статті викладено та обґрунтовано отримані результати, які стосуються впливу первинної травми та життя психологів / психотерапевтів, зокрема показників індексу травмування фахівців і вплив цих показників на їхнє актуальне життя; визначено особливості контрперенесення у вітчизняних фахівців та подано аналіз даних щодо проходження психотерапії власному досвіду психологів/психотерапевтів.

Ключові слова: волонтери, психологи / психотерапевти, негативні емоційні стани, контрперенесення, травматичне контрперенесення, первинне психічне травмування, власний психотерапевтичний досвід.

**Постановка проблеми.** Екстремальні події на сході України - військовий конфлікт, значні втрати серед військових та мирних мешканців, вимушене переселення людей - тією чи іншою мірою впливають на все населення нашої країни. Відповідно до цих обставин перед вітчизняними науковцями та практиками постає серйозна проблема створення та впровадження системи медико-психологічної та реабілітаційної допомоги всім категоріям постраждалих внаслідок кризових подій в Україні. Наразі з'явилася ще одна група тих, хто опосередковано постраждав і яку слід виділяти окремо, - фахівці «допоміжних» професій: волонтери - психологи, психотерапевти, лікарі, соціальні працівники та інші фахівці.

Сучасна наука накопичила великий обсяг знань про надання допомоги різним категоріям постраждалих, в тому числі й фахівцям «допоміжних» професій. Феномен травматичного контрперенесення, вторинного травматичного стресу, емоційного вигорання широко досліджують су-

часні, переважно західні, науковці. Уже відомо, що опосередкована асиміляція симптомів травми у терапевта чи консультанта ставить під загрозу головну їхню мету - лікування потерпілих, а також зупиняє психологічне зцілення в усіх залучених до цього процесу. Іншими словами, доцільність і корисність лікування травми постраждалих залежить від лікарів і психотерапевтів, які можуть адекватно давати раду труднощам і пристосовуватися до інтенсивного травматичного матеріалу своїх клієнтів.

Відомі фахівці, університети та організації працюють над цією проблематикою у різних частинах світу, діляться своїм досвідом на сторінках спеціалізованих періодичних видань, на окремих симпозиумах під час світових конгресів і конференцій. З одного боку, важливо розумітися на світових надбаннях і спиратися на них у роботі, але, як показує наш власний досвід, пряма екстраполяція сучасних моделей психотерапевтичної допомоги та профілактичних

програм не є ефективною. На наш погляд, створення спеціальних методик для надання допомоги різним категоріям постраждалих, в тому числі й волонтерам-психологам / психотерапевтам, які зазнали опосередкованого травмування внаслідок контакту з травмованим матеріалом своїх клієнтів, має відбуватися не тільки на основі наукових даних (психотерапевтичних, нейробіологічних тощо), а й з урахуванням соціокультурної специфіки тієї спільноти, де відбувається реабілітація постраждалих, впроваджуються профілактичні програми та психотехнології для підвищення резильєнтності тощо. Саме це є певним викликом і важливим завданням для вітчизняних науковців і практиків у цій галузі.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Сучасні дослідження негативних емоційних станів психологів, психотерапевтів, що працюють із травмованими пацієнтами, підтверджують імовірність виникнення у них реакцій, подібних до травматичного матеріалу пацієнта (N. Bregley,

G. Davis, 1991; J. Brieger, D. Elliot, 2000; R. A. Bryant; A. G. Harvey, 1996; D. Dackworth, 1986; C. R. Figley, 1999, 2002) [6; 7]. J. E. Gentry, A. Baranowsky зазначають, що фахівці всіх категорій помічних професій рано чи пізно стикаються з таким періодом у своєму професійному житті, коли вимушені протистояти негативним емоційним станам, симптомам опосередкованого травмування [3]. До негативних емоційних станів фахівці відносять травматичне контрперенесення (ТКП), вікарну травматизацію (ВТ), вторинний травматичний стрес (ВТС), синдром вигорання (СВ), втому від співпереживання тощо. Зазначимо, що наразі більш поширеними є дослідження таких емоційних реакцій, як ВТ, ВТС та СВ. Тут варто зазначити, що концепція контрперенесення вважається першою серед тих, в яких ідеться про реакції терапевтів по відношенню до своїх пацієнтів, і має розглядатися в наукових дослідженнях як вихідна точка [5; 9; 12; 13].

Аналізуючи сучасні дослідження щодо КП, можна виокремити наступні напрями їх орієнтації. Частина досліджень спрямована на теоретичне опрацювання самого феномену КП загалом і травматичного контрперенесення зокрема, його виокремлення з-поміж інших психічних та емоційних реакцій психологів, психотерапевтів у роботі з постраждалими. Друга частина досліджень має більш прикладний характер і стосується класифікації різних типів травматичного контрперенесення (ТКП). Коротко розглянемо основні з них.

Існують різні визначення контрперенесення, які охоплюють різні підходи, починаючи від класичного його визначення до визначення окремих його проявів, зокрема, травматичного контрперенесення. У західних наукових колах триває екстенсивна дискусія щодо точного визначення КП, виокремлення його серед інших емоційних реакцій у роботі психотерапевта, адже від цього залежить не лише спрямованість досліджень, а й мето-

дичне їх забезпечення. Так, С. J. Gelso, В. R. Fretz визначають контрперенесення як таке, що охоплює всі емоційні реакції консультанта на пацієнта, а саме як «перенесення психотерапевта до матеріалу клієнта» [8, с. 135]. Звертаючись до проблеми визначення травматичного контрперенесення, Р. S. McCann і L. A. Pearlman зазначають, що концепція КП недостатньо адекватна для опису всебічного впливу роботи з жертвами травми на консультанта. Вони припускають, що версія традиційного визначення КП як «активування у терапевта невирішених або недозволених несвідомих конфліктів» [12, с.134] і навіть загальне визначення, що використовується у вікомологічній літературі [визначення, яке в ширшому сенсі містить у собі «болісні відчуття, образи і думки, які можуть супроводжувати процес терапії у фахівця» роботу з травмами [12, с.134]] є занадто вузькими, тому що вони не охоплюють всього спектру тривалих змін у когнітивній схемі терапевта [12, с.136]. Ці поширені зміни мають «значніший вплив на почуття терапевтів, їхні стосунки, їхнє життя» [12, с.136] і виникають як результат роботи з постраждалими.

Спробу виокремлення контрперенесення як важливого, окремого від інших реакцій феномену, робить В.Н. Stamm. На думку науковця, контрперенесення є набагато ширшим феноменом для дослідження з огляду на те, що КП охоплює всі реакції психотерапевтів щодо їхніх клієнтів та їхнього матеріалу. І це, у свою чергу, може визначати терапевтичну стратегію і вид терапевтичного втручання [17, с.1]. Так, КП відрізняється від вікарної травматизації тим, що КП «продукує більше відмітних ознак, таких як зміни в системі цінностей, переконань і поведінки» [17, с.1]; КП «більше відноситься до того, як наші пацієнти впливають на нашу роботу з ними, вікарна травматизація про те, як наші пацієнти впливають на наше життя, наші стосунки з самими собою, а також нашу роботу» [17, с. 1].

S. Baird на основі своїх досліджень визначає головну відмінність КП від вікарної травматизації (ВТ) та вторинного травматичного стресу (ВТС) наступним чином. КП переважно стосується перенесення негативних наслідків минулих переживань консультанта на клієнта, тоді як ВТ і ВТС стосуються тих негативних наслідків для консультанта, які безпосередньо пов'язані з впливом клієнта, а не перенесенням минулого невирішеного досвіду консультанта на клієнта [2].

Незважаючи на те, що триває багато дискусій щодо природи КП, майже не існує емпіричних досліджень цього феномену (див. G. J. Gelso, В. R. Fretz, 1992, с. 135-136)

Звертаючись до аналізу другої частини спрямованості досліджень, розглянемо основні класифікації різних типів травматичного контрперенесення (ТКП), які є найбільш поширені і досліджені.

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

D. A. Neumann та S. J. Gamble виділяють кілька типів реакцій контрперенесення, які особливо важливі при аналізі наслідків роботи психологів / психотерапевтів із травмою клієнтів. Багато з цих реакцій особливо притаманні фахівцям - новачкам, а також поширюються на волонтерів та інших фахівців «допоміжних» професій, які працюють із травмованими клієнтами. До загальних реакцій молодих консультантів науковці відносять інтенсивне занурення в проблематику своїх клієнтів і наявність (продукування) рятувальних фантазій. Науковці

визначили, що більшість молодих терапевтів дуже бояться підвести своїх клієнтів, не виправдати їхню довіру, а також відчують сумніви у своїй професійній компетентності [13, С.342]. D. A. Neumann та S. J. Gamble при цьому посилаються на опис Кауфманського синдрому (1992) - «синдрому контрперенесення заручника», при якому «терапевт відчуває себе покiрним і контрольованим своїм клієнтом» [13, с.342].

Другий тип реакції контрперенесення фахівців, які працюють з травмою постраждалих, передбачає так зване розчинення між «персональною і культурною міфологією терапевта» (їхнім уявленням про людську природу), з одного боку, і характером травматичного матеріалу клієнта, з іншого боку. З метою узгодження розбіжностей в інформації між світоглядом терапевта та історією клієнта, молоді консультанти схильні заперечувати (через генералізацію, інтелектуалізацію або дистанціювання) досвід своїх клієнтів для того, щоб захистити свої власні життєві переконання [13, с.342].

Третій тип реакції контрперенесення автори визначають як «вуайєристичне контрперенесення». «Вислуховування жалихливих, болючих історій клієнта може іноді викликати захоплення у терапевтів» [13, с.342]. На думку науковців, якщо психотерапевти залишають без уваги ці «захоплення», то їх усвідомлення може викликати інтенсивні переживання шоку, сорому і провини, а також проектуватися на клієнтів у вигляді гніву [13].

Посилаючись на погляди Saakvitne [15] про «контейнер контрперенесення», D. A. Neumann та S. J. Gamble виокремлюють наступний тип реакції контрперенесення психотерапевтів. Контейнер контрперенесення фахівця переповнюється переживаннями під впливом всеохопних, екстремальних проявів емоцій з боку клієнта. Недосвідчений терапевт може бути фрустрований зміною емоційних проявів травмо-

ваного клієнта (від повного відщеплення афекту до крайніх проявів емоційної лабільності і афектації). Ці крайнощі можуть призвести до переживання небезпеки, а також викликати сумніви щодо власної компетентності [13, с.342].

Психотерапевти, які пережили різного роду травмування у своїй історії, можуть мати особливо складні реакції на перенесення травмованих клієнтів. У міру того, як терапевти можуть ідентифікуватися більше з клієнтом, ніж з роллю терапевта на ранній стадії розвитку психотерапевтичних відносин, впоратися з динамікою перенесення може бути занадто великим напруженням. «Опанування динамікою перенесення в роботі з травмою становить велике навантаження для найдосвідченіших терапевтів, а ті, хто тільки починає свою кар'єру, мають загальне відчуття того, що вони були вкинуті у вир без рятувального кола» [13, с.342].

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

J. Herman описує цей континуум за допомогою таких реакцій: емоційна ідентифікація психотерапевта з почуттям горя клієнта, ідентифікація з жертвою чи насильником, ідентифікація з нетравмованим спостерігачем («провина свідка») [9]. Розглянемо їх детальніше. По-перше, психотерапевт, працюючи з психічними наслідками травми клієнта, найчастіше ідентифікується з почуттям його горя, відчуваючи втрату так само, як і його клієнт. L. Shengold, працюючи з жертвами насильства, запровадив свій термін цього виду контрперенесення - «уїа сіоіогоза» (шлях скорботи), який проходить психотерапевт ра-

зом зі своїм клієнтом [16]. J. Herman зазначає, що якщо у психотерапевта немає достатньої підтримки, щоб переживати такі стани, він не може виконати свою обіцянку бути свідком і емоційно усувається від терапевтичного альянсу [9].

Оскільки у своїй ролі спостерігача психотерапевт потрапляє в конфлікт між жертвою та насильником, то він може ідентифікуватися не тільки з почуттями жертви, а й з почуттями насильника. Тоді як емоційна ідентифікація з жертвою може бути досить інтенсивною і болючою для психотерапевта, ідентифікація з насильником може викликати у нього неймовірний жах, бо вона кидає виклик власній ідентичності як емпатійної людини й фахівця, що допомагає. J. Herman пише про те, що психотерапевт у такому випадку має побачити і визнати можливість того, що, перебуваючи у стані екстремального фізичного та душевного стресу або в атмосфері насильства, яке заохочується та схвалюється, він сам може вбити [9].

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

Останній різновид контрперенесення з визначених J. Herman - ідентифікація психотерапевта з нетравмованим спостерігачем або свідком - є найгострішою та універсальною реакцією фахівців. Проявом цієї ідентифікації є реакція за типом «провина свідка». За своєю інтенсивністю вона схожа на «провину того, хто вижив», яку часто демонструють

клієнти. Психотерапевт може відчувати провину лише від того факту, що він не зазнав тих страждань, яких зазнав його клієнт. Як наслідок, психотерапевту важко насолоджуватися комфортом або отримувати звичне задоволення від звичайних речей, від життя загалом. Крім того, психотерапевти можуть засуджувати себе за недостатність покладених на роботу зусиль, за невиконаний громадянський обов'язок і дійти висновку, що тільки повне заглиблення в роботу може компенсувати всі їхні недоліки і допомогти спокутувати провину. Як зазначає J. Neuman, у разі, якщо «провина стороннього спостерігача» не усвідомлена психотерапевтом, він ризикує почати повністю ігнорувати власні інтереси. У психотерапевтичних стосунках він може перебирати на себе надлишкову відповідальність за життя та долю клієнта, тим самим знесилюючи його в черговий раз. Саме така реакція контрперенесення найчастіше призводить до емоційного вигорання психотерапевта [9; 11].

Отже, підсумовуючи різні точки зору щодо поглядів та вивчення феномену контрперенесення фахівців у роботі з травмою, зазначимо, що, незважаючи на актуальність та сучасність наукових пошуків щодо концептуалізації цього феномену залишається велика прогалина у створенні експериментального інструментарію щодо його вимірювання, дослідження тощо. Для своїх наукових розвідок ми прийняли наступне визначення ТКП. Травматичне контрперенесення - це широкий континуум емоційних реакцій психотерапевта, що виникають у нього внаслідок спілкування з постраждалими та ознайомленням з обставинами травматичних подій під впливом його власних невирішених життєвих конфліктів (наприклад, дитячі травми, тривалий вплив знущань, яких зазнав сам фахівець).

**Актуальність статті** зумовлено тим, що негативні реакції вітчизняних волонтерів - психологів, психотерапевтів, консультантів у роботі з

постраждалими є невивченими; такі дослідження тільки починають розробляти і впроваджувати в Україні; феномен травматичного контрперенесення не тільки не досліджений, але й не осмислений крізь призму вітчизняних подій і соціокультурних особливостей вітчизняних фахівців. **За мету цієї статті** ми поставили собі ознайомити фахівців у галузі охорони здоров'я з результатами нашого дослідження щодо особливостей контрперенесення у них внаслідок роботи з постраждалими. Дослідження було спрямовано на визначення особливостей негативних емоційних станів вітчизняних волонтерів - психологів / психотерапевтів, які працюють з травмою, і зв'язку наявності цих станів із особистою травматичною історією фахівців та власним досвідом її опрацювання.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Дослідження особливостей негативних емоційних станів вітчизняних волонтерів психологів / психотерапевтів, які працюють із різними категоріями постраждалих проходило в два етапи. Перший етап - пілотажний експеримент - було проведено в 2015 році. Під час цього дослідження відбувалась апробація та відбір методик, підбір досліджуваних та експериментальних майданчиків, проектувався другий (основний) етап дослідження, зокрема розроблявся авторський питальник «Особливості моєї роботи з постраждалими», метою якого було виявлення загальної інформації про фахівців, специфічних стрес-факторів, які впливають на їхні негативні стани, особливостей контрперенесення та перенесення під час роботи з постраждалими. Другий етап був основним і тривав протягом 2016-2017 років. Обробка результатів дослідження відбувалась за допомогою пакету прикладних програм статистичної обробки даних SPSS: розрахунок коефіцієнта кореляції - критерій Пірсона (r), однофакторний аналіз ANOVA, описова статистика.

У межах даної статті зупинимося лише на тих результатах, які стосуються безпосередньо загальних реакцій контрперенесення фахівців у роботі з постраждалими, а також їхнього взаємозв'язку з власною травматичною історією та отриманням власного психотерапевтичного досвіду.

**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 зі стажем роботи за спеціальністю «психолог» понад шість років і більше. Переважна більшість психологів отримали додаткову освіту по роботі з травмою (68%), тоді як 32% фахівців такої освіти не мають. 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 не витримали фізичного і психологічного навантаження, активно розпочавши у 2014 році працювати з постраждалими на волонтерських засадах, і поступово залишили цю роботу. За нашими даними, кількість таких фахівців не перевищує 20%. Основна частина психологів / психотерапевтів з нашої вибірки працюють з військовослужбовцями (ветерани АТО, військові), і меншість з них - з тимчасово переселеними особами. Цікавими є дані щодо отримання фахівцями постійної супервізійної підтримки. Більшість опитаних психологів / психотерапевтів (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, браком певної кількості сертифікованих фахівців, які б могли вести ці групи та широко їх пропагувати як ефективний захід психогієни при роботі з травмою).

Перейдемо до аналізу отриманих у дослідженні даних з проблеми первинної травматизації психологів / психотерапевтів та її впливу на емоційні реакції психологів / психотерапевтів у роботі з постраждалими (травматичне контрперенесення). Розглянемо спочатку загальну картину наявності травмівних ситуацій у житті досліджуваних фахівців (табл. 1). Зазначимо, що висновки про наявність первинного травмування та його значення для актуального життя людини ми робили на основі індексу травмування (за шкалою LEQ), який є усередненим показником впливу первинного психічного травмування і відображає вразливість людини до стресогенної дії травмівних життєвих подій та інтенсивність їх переживання. У випадку рівня травматизації від 3 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 свідчить про відсутність відповідних ознак.

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). Водночас такі категорії ситуацій, як «кримінальні події», «ситуації фізичного та сексуального насилля» 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 з відповідями фахівців, виявилось, що найбільш травмівними, емоційно навантаженими подіями.

Таблиця 1

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

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

Таблиця 2

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
<b>Інші характеристики</b>				
Наявність власного психотерапевтичного досвіду				
немає досвіду	-	-	-	,482**
до 100 годин	-	-	-	-
від 100 годин і більше	-	-	-	-
Отримання постійної супервізійної підтримки	-,309*	-,458**	-	-
Відвідання групи взаємопідтримки / балінтовської 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

які дотепер даються взнаки 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 і такими характеристиками фахівців, як наявність власного психотерапевтичного досвіду, отримання постійної супервізійної підтримки, наявність фахової підготовки для роботи з постраждалими, стаж роботи з постраждалими (табл. 2).

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 насилля 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 при роботі з постраждалими, травмування в анамнезі може актуалізуватись і впливати ще більше як на повсякденне життя фахівця, так і на наявність травматичного контрперенесення в роботі.

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. Водночас така характеристика, як «отримання постійної супервізійної підтримки» негативно корелює з індексом травмування за такими категоріями ситуацій, як «кримінальні події» та «природні катастрофи і загальні трав-

-ми», 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». Отже, 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 ефективних технологій психологічної допомоги, тоді як ситуації, пов'язані з 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 ми не виявили, тоді як дослідження інших науковців доводять значимість цих характеристик (наприклад, дослідження С. Maslach, L. Rieger, Н. Botman, С. Goodenow та ін.). Дослідження С.А. Martin, Н.Е. McKean, L.J. Veltkamp показує, що рівень впливу травмівних подій у особистому житті людини (вибірка складалась зі співробітників поліції) залежить від тендерної приналежності. Так, було доведено, що жінки-офіцери з попереднім досвідом травмування легше долають наслідки травмування та менш уразливі до травмівних подій, з якими стикаються під час роботи, ніж чоловіки. Автори припустили, що це пов'язано з природньою властивістю жінок, які апіорі стикаються з більшою кількістю травмування в житті і мають/вміють долати його задля необхід-

ності вирощувати потомство [10]. 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 [11]. 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 з кримінальними ситуаціями та ситуаціями фізичного і сексуального насилля 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 та, ймовірно, визначає тему травматичного контрперенесення; 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».

Цікаві дані з цього приводу отримали західні колеги. Так, наприклад, дослідження L. A. Pearlman, P.S. Maclean виявило, що психологи / психотерапевти з особистою історією травми демонструють більш негативні наслідки роботи з постраждалими, ніж ті фахівці, які такої історії не ма-

ють [14]. Водночас М. Cunningham, досліджуючи травматерапевтів та соціальних працівників, виявив, що ті фахівці, які мають власну історію травмування, частіше працюють з травмованими [4]. 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 насильства і які отримали психотерапевтичну допомогу, мають більше мотивації та насаги для «нестерпної» роботи з іншими постраждалими [2]. 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 порівняно з фахівцями, які отримали власний досвід опрацювання своїх проблем і травм [2].

Розглянемо результати, отримані нами за допомогою авторського питальника «Особливості моєї роботи з постраждалими», де ми пропонували респондентам проаналізувати терапевтичні сесії з огляду на свої реакції контрперенесення та ймовірні переносні реакції з боку клієнтів (постраждалих). Виявилось, що 46% респондентів у дослідженні ідентифікувалися з роллю жертви. Через глибоку емпатичну ідентифікацію вони відчували себе емоційно знесиленими, відчували жах, відчай та повністю розділяли переживання безпорадності разом зі своїми клієнтами. 40% з цієї групи відмітили сильні переживання свого безсилля допомогти клієнту, знецінювали себе як фахівців. Таке злиття з переживаннями клієнтів призводило до нівелювання ресурсів, необхідних для ефективного опрацювання травми. При цьому нам на основі відповідей респондентів не вдалося розвести ідентифіка-

цію фахівця з почуттям горя клієнта та ідентифікацію з жертвою, як їх виокремлювала J. Herman. Це можна пояснити, в першу чергу, недосконалістю створеного нами інструменту вимірювання, а також специфічністю досліджуваного феномену, адже більшості фахівцям ми окремо прояснювали не тільки його суть, а й пропонували віднести до своїх почуттів під час сесії з постражданим клієнтом більш диференційовано для того, щоб відчути свої переживання.

Інша частина респондентів (52%) відмічала свою ідентифікацію з нетравмованим спостерігачем («провина свідка» за J. Herman) у роботі з клієнтами. Вони відчували провину за те, що самі позбавлені тих переживань, які має їх клієнт; не брали участь у воєнних діях, не мають страшних наслідків як для травмованого клієнта, так і загалом, для всієї родини. З них 8% вказали на те, що відчують провину перед своїми клієнтами за те, що ініціюють повторне переживання клієнтом свого травмування. У терапевтичних стосунках вони приймали на себе багато особистої відповідальності за життя та самопочуття своїх клієнтів. Гостре відчуття провини змушувало приймати роль рятівника і призводило до змішування терапевтичних і загальнолюдських стосунків. При цьому з роллю рятівника ідентифікувалися саме ті фахівці, які визначали переносні переживання своїх клієнтів як прохання спасти, підтримати і допомогти. Зазначимо, що за результатами дослідження рівня синдрому вигорання фахівці з такою ідентифікацією показали найвищий відсоток СВ.

Лише 2% волонтерів - психологів і психотерапевтів ідентифікувалися з агресором у своїй роботі з постраждалими. І хоча жоден з респондентів не визначив свої переживання як агресивні, ворожі щодо своїх клієнтів, ми визначили цей відсоток на основі їхніх свідчень про скептицизм і недовіру до інформації, яку надає клієнт, мінімізацію з боку фахівців на-

слідків травмування у своїх клієнтів, бажання позбутися деяких з них. Імовірно, що створений нами діагностичний інструментарій має свої недоліки і в наших подальших дослідженнях ми спробуємо не лише детальніше продіагностувати види контрперенесення, а й специфікувати їх за рівнями прояву, стажем фахівця та власним досвідом опрацювання в терапевтичному ключі своїх життєвих історій.

На основі отриманих даних можемо визначити, що вітчизняні фахівці демонструють переважно два типи травматичного контрперенесення - ідентифікація з жертвою та ідентифікація з нетравмованим спостерігачем. Такі типи контрперенесення ймовірно впливають як на ефективність контакту з постраждалими, так і на якість життя самого фахівця. Оскільки травматичне контрперенесення містить у собі весь досвід фахівця, ймовірно неопрацьовані власні життєві труднощі і переживання впливають на певний тип ідентифікації. Тут можна думати про те, що досвід опрацювання власних травм менше ніж 100 годин, особливо якщо фахівці мають у своїй історії ситуації фізичного або сексуального насильства, впливає на травматичне контрперенесення у фахівців, впливає на психотерапевтичний контакт та ефективність психотерапії і самого фахівця як професіонала та особистості.

Наступне важливе для наших наукових пошуків питання - це проходження психотерапії у власному досвіді фахівців. З одного боку, наявність власного досвіду психотерапії є обов'язковою умовою не лише для сертифікації фахівців і можливості роботи з клієнтами, з іншого боку, за результатами досліджень це дає можливість мінімізації негативних наслідків від опосередкованого травмування в роботі з постраждалими.

Для перевірки гіпотетичного припущення щодо взаємопов'язаності між наявністю травматичного контрперенесення і браком власного досвіду психотерапевтичного опра-



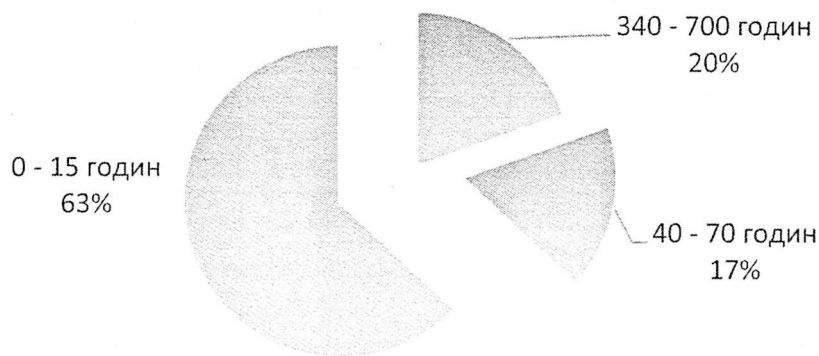


Рис.1. Кількість годин власного досвіду у волонтерів - психологів/психотерапевтів

цювання життєвих подій травматичного характеру ми проаналізували кількість годин власного досвіду психотерапевтичного опрацювання у респондентів.

Як видно з діаграми, 63% волонтерів - психологів / психотерапевтів не мають або майже не мають власного досвіду опрацювання життєвих подій. Пояснити такий високий відсоток фахівців без власного досвіду опрацювання можна тим, що травматичні, кризові події в країні викликали хвилю волонтерства серед психологів, які до цього часу займалися іншими, ніж кризове консультування, справами: науковою роботою, викладанням, навчанням, багато психологів працювали в школі, займалися пошуком персоналу тощо. Як виявило наше попереднє дослідження [1], близько 20% волонтерів - психологів / психотерапевтів, не витримавши натиску опосередкованого травмування, не змогли продовжувати волонтерську діяльність із постраждалими, тому повернулись до своїх звичних справ, решта починає займатися наданням допомоги постраждалим на професійній основі, постійно розвиваючись (фахівці долучаються і до супервізійних груп, і до психопрофілактики через власний досвід). Отримані дані підтверджують результати досліджень S. Baird щодо прояснення ролі травми в становленні фахівців [2] - рівень травмування у ранньому (дитячому) досвіді психолога чи психотерапевта, що має справу з трав-

мованими пацієнтами, як правило, є доволі високим; найчастіше цей досвід залишається не опрацьованим.

У даному контексті варто зазначити, що за результатами аналізу даних (метод спряжених таблиць) у 100% волонтерів, які не мають власного досвіду психотерапії, виявлено високий рівень вторинного травматичного стресу [1]. На наш погляд, очевидним у даному випадку може бути наступне пояснення. Не маючи досвіду опанування власних кризових станів та досвіду їх опрацювання у психотерапевтичному процесі, доволі складно побудувати ефективні механізми подолання наслідків травмування, особливо якщо фахівець щодня стикається з нагадуванням про травму. Ще складнішим є процес навчання постраждалих давати раду таким наслідкам та опрацьовувати їх у психотерапевтичному контексті. Зазначимо, що ці гіпотетичні припущення мають бути підтвержені в подальших дослідженнях.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Результати проведеного дослідження дають змогу зробити наступні висновки. Виявлені 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 з кримінальними ситуаціями та ситуаціями фізичного і сексуального насильства виявились вельми впливовими і дорівнюють рів-

ню травматичного стресу, який відчувається фахівцями і зараз, ймовірно, впливає на контрперенесення в роботі з постраждалими. Дослідження травматичного контрперенесення як реакції на роботу з постраждалими показало наступні особливості вітчизняних фахівців: майже половина фахівців ідентифікує себе з жертвою, інша половина - з нетравмованим спостерігачем. Інші види ідентифікацій майже відсутні. У даному контексті окреслені перспективи подальших досліджень з метою виявлення глибших якісних характеристик ТКП та створення відповідного діагностичного інструментарію.

Виявлено, що фахівці у своїй більшості не мають досвіду опрацювання власних життєвих ситуацій, чим підвищують ризик власного опосередкованого травмування. Якщо в життєвому анамнезі фахівця є фізичне та сексуальне насильство, відсутність проходження власної психотерапії підвищує його індекс травмування в актуальному житті та, ймовірно, визначає тему травматичного контрперенесення. Виявлено, що спеціальна підготовка для роботи з травмованими людьми допомагає лише при наявності травмування з категорії «природні катастрофи та загальні травми». Результати дослідження показали, що чим більшим є стаж роботи фахівців з постраждалими, тим більше вони відчувають вплив попереднього досвіду травмування. Завдяки дослідженню зв'язку між індексом травмування (рівнем його впливу) та іншими характеристиками фахівців ми дійшли висновку, що постійна супервізійна підтримка дає змогу знизити індекс травматизації.

Вплив на ефективність контакту «психотерапевт - клієнт» при наявності переживання травматичного контрперенесення, а також створення рекомендацій і превентивних стратегій уникнення наслідків опосередкованого травмування планується вивчати у наших наступних дослідженнях.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. **Лазос Г.П.** Особливості емоційних станів волонтерів - психологів/психотерапевтів у стосунках з постраждалими // Особливості стосунків "психотерапевт - клієнт" у сучасному соціокультурному середовищі: монографія / З. Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. - К.: Видавничий Дім "Слово", 2017. - С. 154-176.
2. **Baird S.** Vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff and volunteers. - 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+Stephanien-B.S.+yiCARIOUS+TRAUMATIZATION%2C+SECONDARY+TRAUMATIC+STRESS%2C+AND&rls=com.micro-soft:ru;IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=il7GGLR>. - назва з екрану.
3. **Baranowsky A.** Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry. - NY, 2011. - 548 p.
4. **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.
5. **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-
6. **Figley C. R.** Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized / C.R. Figley. - NY: Brunner/Mazel, 1995. - 564 p.
7. **Figley C.R.** Treating compassion fatigue / C.R. Figley. - New York: Brunner-Routledge, 2002. - 374 p.
8. **Gelso C. J.** Counselling Psychology / C. J. Gelso, B. R. Fretz. - Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publishers, 1992-346 p.
9. **Herman J.** Trauma and Recovery. The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror / Judith Herman. - NY: Harper Collins, 1992. - 387 p.
10. **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.
11. **Maslach C.** Burnout research in the social services : A critique / C. Maslach // *Burnout among social workers*. - New York: Halworth Press, 1987. - pp. 95-105.
12. **McCann I. L.** Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims / I. L. McCann, L. A. Pearlman // *Journal of Traumatic stress*, 1990. - V. 3. - PP.131-149 .
13. **Neuman D. A.** Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist / D. A. Neuman, S. J. Gamble // *Psychotherapy*. - V.32,1995. - PP. 341-347.
14. **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.
15. **Pearlman L. A., Saakvitne K.** Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders // In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized*. - New York: Brunner/Mazel. Inc., 1995. - PP. 150-177.
16. **Shengold L. L.** Child abuse deprivation soul murder. Psychoanalytic understanding of violence and suicide / L. L. Shengold // Published in association with the institute of psychoanalysis. - London : 2010. - pp.89-108.
17. **Stamm B. H.** Work-related secondary traumatic stress / B. H. Stamm // *PTSD Research Quarterly*, 1997. - Vol. 8. - pp. 1-3.

## REFERENCES transliterated

1. **Lazos G. P.** Osoblyvosti emotsiynyh staniv volonteriv - psychologiv / psychoterapevtiv u stosynkah z postrazhdalymy // Osoblyvosty stosynkiv "psychoterapevt - klient" u sychasnomy sociokyltyrnomy seredovizchi: monografia / Z. G. Kissarchuk, Y.M. Omelchenko, G. P. Lazos [ta in.]; za red. Z. G. Kissarchuk. - K.: Vydavnychiy Dim "Slovo", 2017. - S. 154-176.
2. **Baird S.** Vicarious traumatization, secondary traumatic stress and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff and volunteers. - 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+Stephanien-B.S.+yiCARIOUS+TRAUMATIZATION%2C+SECONDARY+TRAUMATIC+STRESS%2C+AND&rls=com.micro-soft:ru;IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=il7GGLR>. - назва з екрану.
3. **Baranowsky A.** Treatment Manual for Accelerated Recovery from Compassion Fatigue / A. Baranowsky, J. Gentry. - NY, 2011. - 548 p.
4. **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.
5. **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-
6. **Figley C. R.** Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized / C.R. Figley. - NY: Brunner/Mazel, 1995. - 564 p.
7. **Figley C.R.** Treating compassion fatigue / C.R. Figley. - New York: Brunner-Routledge, 2002. - 374 p.
8. **Gelso C. J.** Counselling Psychology / C. J. Gelso, B. R. Fretz. - Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publishers, 1992-346 p.
9. **Herman J.** Trauma and Recovery. The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror / Judith Herman. - NY: Harper Collins, 1992. - 387 p.

10. **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.
11. **Maslach C.** Burnout research in the social services: A critique / C. Maslach // *Burnout among social workers*. - New York: Halworth Press, 1987. - pp. 95-105.
12. **McCann I. L.** Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims / I. L. McCann, L. A. Pearlman // *Journal of Traumatic Stress*, 1990. - V. 3. - PP.131-149 .
13. **Neuman D. A.** Issues in the professional development of psychotherapists: Countertransference and vicarious traumatization in the new trauma therapist / D. A. Neuman, S. J. Gamble // *Psychotherapy*. - V.32,1995. - PP. 341-347.
14. **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.
15. **Pearlman L. A., Saakvitne K.** Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders // In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized*. - New York: Brunner/Mazel. Inc., 1995. - PP. 150-177.
16. **Shengold L. L.** Child abuse deprivation soul murder. Psychoanalytic understanding of violence and suicide / L. L. Shengold // Published in association with the institute of psychoanalysis. - London : 2010. - pp.89 -108.
17. **Stamm B. H.** Work-related secondary traumatic stress / B. H. Stamm // *PTSD Research Quarterly*, 1997. - Vol. 8. - pp. 1-3.

**Lazos G. P.**

*Laboratory of counseling and psychotherapy  
G. Kostyuk Institute of Psychology of the NAES of Ukraine  
(Kyiv, Ukraine)*

#### **PSYCHOLOGIST / PSYCHOTHERAPIST TRAUMATIC COUNTERTRANSFERENCE IN WORK WITH TRAUMA VICTIMS**

Modern science has accumulated vast knowledge about rendering assistance to various categories of victims, including

specialists in helping professions. The phenomena of traumatic countertransference (TC), secondary traumatic stress (STS) and burnout syndrome (BS) have been extensively investigated, mostly, by western scientists. At present, STS and BS studies are quite common, while countertransference, which is about the therapists' reactions to their clients, is the most popular research subject and considered as a starting point in scientific research.

Traumatic countertransference is a wide range of the therapist's emotional reactions as a result of his/her interactions with the victim and analysis of the traumatic events under the influence of the therapist's own unresolved conflicts.

The study into the negative emotional states of Ukrainian volunteer psychologists / psychotherapists who worked with different categories of victims was conducted in 2015-2017. The sample included 56 volunteer psychologists / psychotherapists of different sex, age and work experience. The study was aimed at identifying the features of the negative emotional states experienced by the Ukrainian volunteer psychologists / psychotherapists (traumatic countertransference) who worked with trauma and the relationship between these states and the psychologist's / psychotherapists' personal traumatic history and trauma-coping experience.

The analysis of the obtained data showed that the psychologists / psychotherapists' trauma index was moderate in terms of the trauma effects on their life. Only crime and physical / sexual violence-related situations had considerable and long-lasting stress-like effects on psychologist's / psychotherapists' life. The analysis of the relationship between the psychologist's / psychotherapists'

trauma index and their other characteristics allowed suggesting that a history of untreated physical / sexual violence increased psychologist's / psychotherapists' trauma index and probably determined the topic of their traumatic countertransference. The longer the professionals worked with trauma victims, the stronger was the impact of the psychologists / psychotherapists' previous trauma and, probably, the countertransference. The study into traumatic countertransference, as a reaction to the psychologists

/ psychotherapists' work with trauma victims, revealed that almost half of Ukrainian professionals identified themselves with the victim, while the other half - with passive observers. No other types of identities were found.

The research showed that most psychologists / psychotherapists had no personal experience of coping with difficult situations, which contributed to the risk of their indirect trauma. The follow-up research is planned to focus on the impact of the therapist-client contact on the psychologists / psychotherapists' traumatic counter-transference, as well as on the production of recommendations and preventive strategies for the reduction of the effects of indirect trauma.

Key words: volunteer, psychologists / psychotherapists, negative emotional states, countertransference, traumatic counter-transference, primary mental trauma, personal psychotherapeutic experience

**Лазос Г. П.**

*Лаборатория психологического консультирования и психотерапии  
Институт психологии имени Г.С. Костюка НАПН Украины  
(г. Киев, Украина)*

### **ТРАВМАТИЧЕСКИЙ КОНТРПЕРЕНОС ПСИХОЛОГА / ПСИХОТЕРАПЕВТА В РАБОТЕ С ПОСТРАДАВШИМИ**

Современная наука накопила большой объем знаний о предоставлении помощи разным категориям пострадавших, в том числе специалистам «помогающих» профессий. Феномены травматического контрпереноса (ТК), вторичного травматического стресса (ВТС), синдрома выгорания (СВ) детально исследуется современными, преимущественно западными,

учеными. Именно исследования ВТС и СВ являются сейчас наиболее распространенными. При этом концепция контрпереноса считается первой среди тех, в которых речь идет о реакциях психотерапевтов по отношению к своим клиентам и должна рассматриваться в качестве отправной точки.

Травматический контрперенос - это широкий континуум эмоциональных реакций психотерапевта, которые возникают у него вследствие общения с пострадавшими и ознакомления с обстоятельствами травматических событий под влиянием его собственных неразрешенных жизненных конфликтов.

Исследование особенностей эмоциональных состояний украинских волонтеров психологов/ психотерапевтов, которые работают с разными категориями пострадавших проходило в период 2015 - 2017 годов, в нем принимало участие 56 волонтера психолога/психотерапевта разного пола, возраста и с разным опытом работы. Проведенное исследование было направлено на определение особенностей негативных эмоциональных состояний украинских волонтеров психологов/психотерапевтов (травматического контрпереноса), которые работают с травмой и связи этих состояний с личной травматической историей специалистов, их личным опытом работы над ними.

Анализ данных выявил, что показатели индекса травматизации психологов/психотерапевтов, которые работают с пострадавшими, находится на умеренном уровне по отношению общему уровню влияния на их актуальную жизнь. Только жизненные события, связанные с криминальными ситуациями и ситуациями физического и сексуального насилия оказались особенно влиятельными и равняются такому уровню травматизации, который ощущается и в их актуальной жизни. Исследование взаимосвязи между индексом травматизации (уровнем его влияния) и другими характеристиками специалистов дает возможность утверждать, что при наличии в жизненном анамнезе специалиста событий, связанных с физическим или

сексуальным насилием, отсутствие опыта личной психотерапии повышает его индекс травматизации в актуальной жизни и, возможно, определяет тему травматического контрпереноса; чем большим есть стаж специалиста, тем больше у него ощу-

щается влияние предшествующего опыта травматизации и он, вероятнее всего, оказывает влияние на развитие контрпереноса в работе с пострадавшими. Исследование травматического контрпереноса, как реакции на работу с пострадавшими показало следующие особенности украинских специалистов: почти половина специалистов идентифицирует себя с жертвой,

другая - с нетравмированным наблюдателем. Другие виды идентификаций почти не представлены.

Исследование так же показало, что специалисты в большинстве своем не имеют личного опыта проработки собственных жизненных ситуаций, чем повышают риск личной косвенной травматизации.

В перспективе дальнейших исследований планируется изучать влияние на эффективность контакта «психотерапевт - клиент» при наличии переживания терапевтом травматического контрпереноса, а так же создание рекомендаций и превентивных стратегий избегания последствий косвенной травматизации у психотерапевтов.

Ключевые слова: волонтеры, психологи / психотерапевты, негативные эмоциональные состояния, контрперенос, травматический контрперенос, первичная психическая травматизация, личный опыт психотерапии.