

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Кафедра клінічної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства

Виконала:

студентка 2-го курсу групи ПМ - 203
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійна програма Клінічна
психологія

Пелих Анна Андріївна

(прізвище, ім'я, по батькові)

Науковий керівник:

д.мед.н., проф.

(наукова ступінь, вчене звання)

Ситник Сергій Іванович

(прізвище, ім'я, по батькові)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології

Протокол № ____ від « ____ » червня 2022р.

Зав. кафедри _____ д.психол.н.,с.н.с. Лисенко Ірина Павлівна
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ I. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬСТВА	7
1.1. Історичні передумови формування особливостей взаємодії з жертвами насильства	7
1.2. Особливості взаємодії з жертвами насильства	11
1.3. Психологічні особливості переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства	18
Висновки до розділу I	31
РОЗДІЛ II. ДИЗАЙН ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ БЕЗСИЛЛЯ ПРЕДСТАВНИКАМИ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ У РОБОТІ З ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬСТВА	33
2.1. Методологічні засади дослідження	33
2.2. Загальна характеристика вибірки	37
Висновки до розділу II	44
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ БЕЗСИЛЛЯ ПРЕДСТАВНИКАМИ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ У РОБОТІ З ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬСТВА	46
3.1. Визначення основних категорій / способів подолання безсилля	46
3.2. Аналіз емпіричних даних	53
3.3. Практичні рекомендації представникам соціономічних професій, які здіяні у роботі з жертвами насильства	62
Висновки до розділу III	67
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	72
ДОДАТКИ	76

ВСТУП

Актуальність дослідження. Питання протидії насильству та кваліфікованої допомоги жертвам насильства все частіше обговорюються в засобах масової інформації та все більше привертають до себе увагу зі сторони науковців, психотерапевтів, громадськості та держави. Особлива увага приділяється спеціальній підготовці персоналу, задіяного у роботі з жертвами насильства. Науковцями сформульована ціла низка принципово важливих положень і рекомендацій щодо роботи з жертвами насильства. Допомога жертвам насильства є надзвичайно складним завданням, оскільки люди, які зазнали і/або систематично піддаються насильству, перебувають у важкому психоемоційному стані, відчують сором, провину, часто заперечуючи факт насильства, зберігаючи те, що сталося, в таємниці. Вивченням проблеми взаємодії з жертвами насильства займалися багато відомих вчених: З. Фройд, П. Жане, Й. Броєр, А. Кардінер, Д. Герман, Х. Шпігель, Х. Шатам, Л. Уокер, Н. Грігсбі та інші.

Спілкуючись з травмованою насильством людиною, представники соціономічних професій зазвичай мають продемонструвати прийняття її переживань, навіть якщо вони не збігаються з власною системою цінностей. Дуже часто фахівцям, задіяним у допомозі жертвам насильства, доводиться стикатися з переживанням безсилля у своїй роботі.

Питання специфіки переживання безсилля у професійному контексті розглядалося здебільшого зарубіжними психологами та соціологами у роботі з пацієнтами з психотичними станами, пацієнтами з межовими розладами або жертвами сексуального насильства. Аналізом цієї проблеми займалися Ендрю Ердман, Вірджинія Голднер, Джуді Гілдебранд, Саллі Даллос, Руді Даллос, Деза Марковіч, Джудіт Герман, Марія Едуарда Кавадінга Корреа, Ліліана Марія Лабронічі та інші. У вітчизняній літературі досліджень переживання безсилля представниками соціономічних професій представлено майже не було. Дослідження особливостей переживання безсилля у роботі з жертвами

насильства надасть можливість вивчити механізми виникнення та динаміку розвитку почуття безсилля у роботі з жертвами насильства, особливості його переживання, а також допоможе розробити актуальні рекомендації для медичних працівників, психологів, соціальних працівників, волонтерів, та інших спеціалістів, які надають допомогу жертвам домашнього насильства та стикаються з почуттям власного безсилля у роботі.

Об'єкт дослідження. Переживання безсилля представниками соціономічних професій.

Предмет дослідження. Особливості переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства.

Мета дослідження. Виявити та проаналізувати особливості переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства.

Завдання дослідження:

1. Зробити теоретичний аналіз для концептуалізації поняття безсилля в психології;
2. Визначити, які фактори лежать в основі переживання безсилля представниками соціономічних професій, з'ясувати особливості його переживання;
3. Проаналізувати та визначити основні способи подолання безсилля працівниками соціономічних професій;
4. З'ясувати вплив вторинної травматизації на особливості переживання безсилля у роботі з жертвами насильства;
5. Розробити рекомендації для представників соціономічних професій, які задіяні у роботі з жертвами насильства та стикаються з переживанням безсилля.

Методи дослідження. Основними методами дослідження були обрані: глибинне інтерв'ю, шкала вторинного травматичного стресу, якісний аналіз даних.

Вибірка. У нашому дослідженні переживання безсилля ми звернулися до

30 спеціалістів, представників соціономічних професій, які у своїй практиці регулярно взаємодіють з жертвами насильства. У нашу вибірку увійшли соціальні працівники, психологи, психотерапевти, волонтери, сестри милосердя, які працюють у різних установах протидії та запобігання насильству, громадських організаціях, державних соціальних службах, притулках, кризових кімнатах, лікарнях, віком від 26 до 49 років, жінки та чоловіки, з досвідом роботи у сфері взаємодії з жертвами насильства від 3 до 11 років, усі респонденти мають вищу освіту.

Теоретико-методологічна основа дослідження. У нашому дослідженні, вивчаючи питання особливостей переживання безсилля та взаємодії з жертвами насильства, ми спирались на праці Зігмунда Фрейда, Йозефа Броера, П'єра Жане, Абрама Кардінера, Джудіт Герман, Ленор Уолкер. Ми розглядали явище безсилля у роботі з жертвами насильства у трьох основних аспектах: професійному, особистісному та екологічному. У своїх наукових пошуках ми спирались на теоретичні моделі явища безсилля, представлені такими дослідниками, як Ендрю Ердман, Вірджинія Голднер, Джуді Гілдебранд, Деза Марковіч, Джудіт Герман, Марія Едуарда Кавадінга Корреа, Ліліана Марія Лабронічі. Нами також була використана шкала вторинного травматичного стресу для визначення симптомів, реакцій, що виникають у спеціалістів в ході роботи з жертвами насильства для дослідження явища вторинної травматизації, описаного у наукових роботах Пономарьової І. М., Малкіної-Пих І. Г., Ромека В.Г., Джейн Дюнклі.

Теоретична значущість дослідження. Проведений нами теоретичний аналіз та емпіричне дослідження сприяють концептуалізації поняття безсилля в психології, більш чіткому розумінню явища безсилля, дозволяють виокремити та проаналізувати основні категорії безсилля.

Практична значущість дослідження. Наше дослідження дозволяє виявити основні особливості переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства, містить відповідні практичні рекомендації щодо основних способів подолання переживання

безсилля для фахівців, які стикаються з переживанням безсилля у роботі з жертвами насильства

РОЗДІЛ I

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬСТВА

1.1. Історичні передумови формування особливостей взаємодії з жертвами насильства

На сьогоднішній день насильство є однією з найактуальніших проблем суспільства, з якою безпосередньо стикається більшість населення. Воно має не тільки психологічний, а й соціальний, медичний і юридичний аспекти. У різних науках насильство ототожнюють з фізичною, психологічною, економічною шкодою, яку люди завдають один одному: насильство є цілеспрямованим обмеженням свободи поведінки, підпорядкування, порушення прав і заподіяння шкоди людям. Існує багато форм насильства: домашнє насильство, зґвалтування, війна, терористичні акти, захват у заручники, полон і т.д.

Насильство за своїми наслідками відноситься до найскладніших психологічних травм. Порушення, що виникають внаслідок насильства, торкаються всіх рівнів функціонування людини, призводять до стійких змін особистості. Пережите в дитинстві насильство впливає на все подальше життя людини. Питання протидії насильству та кваліфікованої допомоги у цій галузі все частіше обговорюються в засобах масової інформації та все більше привертають до себе увагу зі сторони науковців, громадськості та держави.

Вивченням проблеми взаємодії з жертвами насильства займалося багато відомих вчених. Зігмунд Фройд досліджував прояви істерії у жінок, які постраждали від насильства. У 1890-х Жане у Франції та Фройд разом зі своїм колегою Йозефом Броєром у Відні, незалежно один від одного, дійшли вражаюче схожих формулювань. Вони стверджували, що істерія - стан, викликаний психологічною травмою [20; 33]. Нестерпні емоційні реакції на травматичні події призводять до зміненого стану свідомості, що, у свою чергу, формує істеричні симптоми. Жане і Фройд виявили, що соматичні симптоми істерії є замаскованими виявами інтенсивних травматичних подій, які були

витіснені з пам'яті [20; 33]. Жане описував своїх пацієнток як осіб, керованих “несвідомими ідеями фікс”, спогадами про травматичні події [33].

У своїй роботі Броєр та Фройд зазначили, що “істерики страждають переважно від спогадів” [20, 78]. У середині 1890-х років вони виявили, що істеричну симптоматику можна послабити, якщо витягнути з пам'яті та словесно виразити витіснені травматичні спогади, а також сильні почуття, що їх супроводжують. Жане вирішив назвати подібну техніку - “психологічний аналіз”, Броєр та Фройд надали тоді перевагу наступним назвам: “відреагування” або “катарсис” [20; 33]. Ще одну назву придумала одна з пацієнток Броєра, Анна О., “talkingcure” (лікування розмовою).

У 1896 році у своїй доповіді про дослідження вісімнадцяти випадків істерії “Етіологія істерія” Фройд зробив надзвичайно важливе відкриття, суть якого полягає в тому, що в основі кожного випадку істерії лежить один або декілька епізодів передчасного сексуального досвіду, випадків, які належать до раннього дитинства, але можуть бути відтворені за допомогою психоаналізу. Отже причини істерії сягають дитячого віку і є результатом травматичного впливу сексуального зґвалтування в ранньому дитинстві [20]. На думку вченого, після цієї травмуючої події починають діяти захисні механізми, що стає передумовою виникнення істеричних чи нав'язливих симптомів. Згодом Фройд зрікся свого відкриття, оскільки його непокоїли радикальні соціальні наслідки, які могла викликати ця гіпотеза. Якщо б він й далі притримувався подібних ідей, йому б довелося визнати про “повсюдність дій щодо дітей” серед відомих та респектабельних родин Відня [4].

У 1922 році американський психіатр Абрам Кардінер повернувся до Нью-Йорку з Відня, де проходив психоаналітичну терапію з Зігмундом Фройдом, та зацікавився проблемою травматичних розладів після війни. Він пішов працювати до психіатричної клініки Адміністрації у справах ветеранів, де почав лікувати чоловіків з воєнним неврозом, жертв воєнного насильства. Кардінер був обурений їхнім психічним станом та своєю нездатністювилікувати їх [35]. Згодом психіатр помітив, що його власне важке дитинство

- голод, насильство в сім'ї, злидні, відсутність піклування - не тільки визначили напрямок його подальших інтелектуальних пошуків, а й дали змогу ідентифікувати себе з травмованими солдатами, після цієї ідентифікації він почав краще їх розуміти та зміг надавати більш дієву допомогу [35]. У 1941 році Кардінер опублікував дослідження "Травматичні неврози війни" та продовжив розвивати клінічні положення травматичного синдрому в його сучасному розумінні [36]. Кардінер та Шпігель стверджували, що у роботі з жертвами війни простий досвід катарсису не дає результатів. Вчені наголошували на тому, що гіпноз не вдається тоді, коли немає достатнього усвідомлення [36]. Грінкер та Шпігель у своєму дослідженні "Men under stress" зауважили, що лікування не було успішним, коли відтворені за допомогою гіпнозу та аміталу натрію спогади не було інтегровано у свідомість [31].

Систематичні дослідження наслідків насильства на війни не проводились аж до закінчення бойових дій у В'єтнамі. Ветерани, які виступали проти війни, організувалися у так звані "реп-групи", на яких переповідали та ще раз переживали травматичний досвід насильства, скоєного на війні. Вони іноді запрошували на свої зустрічі психіатрів, які їм співчували. Психіатр Хаїм Шатам пояснював у своєму відомому інтерв'ю, чому ці люди зверталися по допомогу, оминаючи офіційні психіатричні установи [4]. Багато ветеранів були хворими, підозрілими, наляканими людьми, вони не хотіли звернутися по допомогу до Адміністрації у справах ветеранів. Їм було потрібно щось, що відбувалось би на їх власній території, на якій вони почували себе господарями та не мали відчуття, що повністю втрачають контроль [4]. Реп-групи підтримували ветеранів, які зазнали психологічної травми, а також підвищували поінформованість суспільства стосовно наслідків війни, вони відмовлялися піддаватися стигматизації, наполягаючи на гідному ставленні до себе та до свого травматичного досвіду. Внаслідок активності цих груп були організовані програми психологічного лікування "Оперативна допомога" [4]. Було створено більше ста центрів підтримки, в яких працювали ветерани, використовуючи принципи взаємоповаги та самопомоги [42].

У перші роки після війни у В'єтнамі Адміністрація у справах ветеранів замовила комплексне вивчення впливу воєнного досвіду на подальше життя ветеранів. Саме тоді вперше було окреслено синдром посттравматичного стресового розладу. У 1980 році він став реальним діагнозом, його було включено Американською психіатричною асоціацією до свого офіційного посібника з психічних розладів (DSM-III).

Упродовж більшої частини ХХ століття вчені в основному досліджували досвід бойових дій, що дало певні знання про травматичні розлади жертв насильства. Лише з виникненням жіночого визвольного руху 1970-х років було визнано, що посттравматичний розлад частіше трапляється не серед чоловіків, що постраждали на війні, а серед жінок у їхньому особистому житті [4]. Дуже довго страх та сором змушували жінок, що зазнали будь-якої форми насильства, мовчати. Це мовчання стало однією з причин подальшої сексуальної експлуатації та експлуатації в сім'ї. Бетті Фріден у першому маніфесті відродженого американського феміністського руху називає жіноче питання “проблемою без назви” [4]. Жінки цього руху використовували свій оригінальний базовий метод - підвищення рівня свідомості [39]. Вони створили групи, які функціонували за принципом конфіденційності, близькості та правди. Створення особливого простору допомогло жінкам подолати сором та мовчання, про проблему насильства почали говорити голосно та відверто. Методи підвищення рівня свідомості були дещо подібними до методів психотерапії, але їхня мета полягала не в індивідуальних, а в соціальних змінах. Усвідомлення сексуального насильства допомагало жертвам руйнувати бар'єри приватності підтримувати одна одну та діяти спільно [4].

У 1975 році в Національному інституті психічного здоров'я було створено Центр з дослідження згвалтування. Дослідники цього центру були у тісних стосунках з досліджуваними. Вони не визнавали емоційну відстороненість у наукових пошуках та встановлювали емоційний зв'язок з

кожним інформантом [4]. Довгі та глибокі інтерв'ю були основним джерелом знань. Дослідники звернули увагу на специфічну картину

психологічних реакцій, яку вони згодом назвали “синдром травми згвалтування”. Жінки скаржилися на нудоту, безсоння, лякливість, нічні страхіття, мали симптоми дисоціації та заціпеніння. Багато з цих симптомів були дуже схожими на симптоми, виявлені у ветеранів бойових дій [22].

У 1979 році з'явилися дослідження проявів та наслідків домашнього насильства, а також сексуальних зловживань дітьми. Були організовані спеціальні служби роботи з жертвами. Психотерапевт Ленор Уолкер перша описала те, що вона назвала “синдром побитої жінки” [48; 49]. Це специфічний психологічний стан, що з'являється у жінки за роки насильства, який можна порівняти з наслідками знаходження у полоні або після досвіду перебування у заручниках. Цей термін є скоріше юридичним поняттям, ніж психіатричним діагнозом, і для нього немає чітко визначених критеріїв. Він використовувався для підтримки юридичних аргументів на користь самооборони, обмеженої відповідальності або божевілля, коли жінка звинувачується у вбивстві або нападі на свого кривдника, скоєнні злочину [48]. Часто модель Леонор Уолкер пояснюється як цикл із трьох окремих етапів: напруга чи ескалація конфлікту, фізичне чи емоційне насильство, а потім любовна фаза, яку іноді називають фазою медового місяця [4].

1.2. Особливості взаємодії з жертвами насильства

Лікарі, психологи, психотерапевти, соціальні працівники у своїй взаємодії з жертвами насильства часто спостерігають специфічні симптоми синдрому побитої жінки. Вони проявляються у чотирьох різних стадіях: заперечення, почуття провини, просвітлення та відповідальність [48]. На стадії заперечення жінка часто каже, що її травми отримані внаслідок нещасного випадку, наприклад падіння зі сходів або зіткнення з дверима. Заперечення використовується, щоб відокремитися від хворобливої події. На стадії провини жертва нарешті визнає, що проблема існує, але часто наполягає на тому, що вона несе відповідальність за своє становище. На стадії просвітлення жінка, нарешті, розчаровується та починає переосмислювати ситуацію насильства, однак, вона все ще підтримує хибну чи нереальну надію, що кривдник

зміниться. Вона може сказати, що в парі їм потрібно більше часу на вирішення проблем. Зрештою, на етапі відповідальності жінка визнає, що насильство вона не зможе зупинити, і тільки потім виходить з “циклу насильства”. Жінки, які не досягають стадії відповідальності, іноді почуваються настільки ізольованими, відчувають стільки сорому та безсилля, що вчиняють самогубство або вбивство свого кривдника [48; 49].

Одним із заплутаних аспектів синдрому побитої жінки є питання, чому жінки продовжують залишатися у насильницьких, небезпечних ситуаціях. Деякі жінки знаходяться в економічній залежності і вважають, що їм не вистачає необхідних робочих навичок, тоді як інші побоюються, що якщо вони спробують піти, їхній партнер знайде їх і посилить насильство [4; 48]. Жінки, що зазнали насильства, часто мають низьку самооцінку, і, перебуваючи на стадії вини, відчувають відповідальність за жорстоке поводження. Деякі бояться невідомого, тоді як інші сподіваються, особливо на етапі медового місяця, що ситуація покращиться чи зміниться [48; 49]. Такі хибні установки заважають жертві почати працювати над власним зціленням та почати приймати допомогу від професіоналів у цій галузі.

У першій половині ХХ століття з'являється віктимологія – спеціальна галузь наукового знання, яка намагається відповісти на питання, яким чином взаємодіє агресор, ситуація та жертва. У сучасній західній віктимології поряд з підходом, заснованим на звинуваченні жертви, яка вдається до віктимної моделі поведінки, існує підхід, орієнтований на захист жертви [4]. Цей підхід передбачає, зокрема, аналіз та деконструкцію міфів про насильство (насамперед про зґвалтування — наприклад, уявлення про неконтрольований порив пристрасті як основної мотивації насильника) і спирається на деякі емпіричні дослідження, що свідчать про можливу відсутність відмінностей між жертвами і не-жертвами [46]. У психології виділяють певні риси віктимної особистості, які стають небезпечними за певних умов: довірливість, легковажність, невміння відстоювати свої права, небажання брати на себе відповідальність, недиференційована товариськість, покірність, навіюваність [12].

У психологічних дослідженнях, присвячених проблемі насильства та особливостям взаємодії з жертвами, розглядається так званий стокгольмський синдром. Це явище описує захисний несвідомий травматичний зв'язок, взаємну чи односторонню симпатію, що виникає між жертвою та агресором у процесі захоплення, викрадення та/або застосування насильства. Під впливом сильного переживання заручники починають співчувати своїм кривдникам, виправдовувати їхні дії і зрештою ототожнювати себе з ними, переймаючи їхні ідеї та вважаючи свою жертву необхідною для досягнення «спільної» мети [34]. У різних дослідженнях цей синдром описаний як "синдром ідентифікації заручника", "синдром виживання заручника". В основі синдрому лежить механізм ідентифікації з агресором, описаний А. Фрейд [28].

Психологічна допомога жертвам насильства є надзвичайно складним завданням, оскільки люди, які зазнали і/або систематично піддаються насильству, перебувають у важкому психоемоційному стані, відчують сором, провину, часто заперечуючи факт насильства, зберігаючи те, що сталося, в таємниці (особливо якщо це сімейна ситуація або сексуальне насильство). Для них можуть бути характерні переживання жаху, надпильності, почуття безнадійності та безсилля, фізіологічна та психічна напруга, внутрішній дискомфорт, порушення сну, нав'язливі спогади, суїцидальні думки [48; 49]. При всій проблемності їхнього становища вони можуть не бажати отримати допомогу, продовжуючи перебувати у насильницьких стосунках роками [4].

Ненсі Грігсбі та Брендта Хартман запропонували цікаву модель, що описує бар'єри, які заважають жертві розірвати коло насильства та піти від кривдника [30]. Знання цієї моделі допоможе відповісти на запитання, чому жертва залишається в насильницьких стосунках.

Модель бар'єрів (the Barrier model) представляє жертву як психологічну одиницю, яка знаходиться в центрі, і яка оточена чотирма концентричними кільцями, які є специфічними шарами бар'єрів. Кільце, що знаходиться зовні - це певні бар'єри довкілля; можливо, перша перешкода, з якою зіткнулася жертва [30]. Щоб втекти, потрібні такі ресурси, як гроші, місце, куди можна піти,

підтримка поліції та судів або підтримка з боку сім'ї, друзів чи професіоналів. Коли цих ресурсів не вистачає, втеча практично неможлива. Навіть у тих спільнотах, де є доступні ресурси, жертва часто вважає, що вони з якихось причин для неї недоступні. Життєво важливо надати жертвам відповідні ресурси, безпечне місце перебування, предмети першої потреби та підтримку. Поки ці зовнішні бар'єри докільля не будуть подолані, глибше втручання, на думку авторів моделі, немає сенсу [30].

Наступним бар'єром є соціальні очікування та сімейні рольові установки жертви. Наприклад, у патріархальному суспільстві жінці часто нав'язують роль “берегині сімейних стосунків”, якщо стосунки у її сім'ї є поганими, вона може відчувати за це особисту провину. Коли жертва почувається винною у насильстві, їй набагато складніше піти від кривдника. Засвоєння цієї провини ускладнює втечу, оскільки очікується, що вона має виправити ситуацію [30; 49]. Жертви, які не мають іншої альтернативи, окрім як залишитися у насильницьких відносинах, змушені високо цінувати обіцянки та вибачення кривдника. Значення цієї системи переконань відображається в обіцянках про зміну або вибачення з боку її кривдника. Індивідуальні та суспільні цінності спонукають жертву “любити кривдника”, вважати, що її діти постраждають, якщо вона піде від нього. Релігійність також часто заважає жертвам залишити насильника [18].

Ще одним важливим бар'єром є безпосередньо психологічний вплив насильницьких стосунків на жертву. Вона відчуває постійний страх, недовіру до всіх оточуючих, підозрілість, не може прийняти необхідну допомогу [48; 49]. Поки жертва не встановить за межами “зони насильства” довірливих, близьких стосунків (наприклад, терапевтичних), у яких немає місця засудженню, вона не зможе подолати ці бар'єри [30].

Говорячи про особливості взаємодії з жертвами насильства, слід згадати про такі важливі психологічні явища, як перенесення та контрперенесення. Перенесення (transference) — це феномен, що описує несвідоме перенесення раніше пережитих почуттів і ставлень, що проявлялися до однієї особи, зовсім

на іншу особу — в тому числі і на психотерапевта в ході сеансу психотерапії [43]. У роботі з жертвами насильства залишається припущення, що клієнт буде приносити в терапію незліченну кількість способів ставлення до себе, інших і світу, і що терапевти можуть бути втягнуті в цю динаміку. Терапевтичне завдання полягає в тому, щоб налаштуватися на емпатію, але при цьому достатньо відокремитися, щоб бути в змозі обмірковувати відносини перенесення, які розвиваються на даний момент; проте, оскільки насильство може бути надзвичайно руйнівним, жахливим і ганебним, існує універсальна спокуса відмежуватись від нього, навіть як терапевт [43].

У травматичному досвіді жертви дуже часто є багато насильства, а травма – це ситуація, яку організм і психіка сприймають як загрозу життю. Такі клієнти формують характерний тип перенесення в терапевтичних відносинах. Їхні травматичні реакції мають інтенсивний характер (характеру життя-або-смерті). У жертви насильства часто спостерігаються переживання покинутості та залишеності [2]. У перенесенні такого клієнта відчувається потреба у всемогутньому рятівнику, а значить у нього може виникнути багато ідеалізованих очікувань від терапевта та переживань, пов'язаних з тим, що від терапевта (як від фігури рятівника) залежить все його життя. Також в результаті травми насильства виникає багато недовіри, ворожості та неясних очікувань, у тому числі від терапевта [2; 13]. Клієнт може почати прискіпливо ставитися до кожного слова і жесту психолога, наполегливо спотворювати його мотиви та реакції. У цьому випадку клієнт може також приписати терапевту мотиви, які були у агресора, і проектувати на нього цю роль. Тоді виникає ситуація, коли психотерапевту доведеться зіткнутися з люттям та агресією клієнта [2; 13].

Контрперенос у психотерапії травми пов'язаний з тим, як жертви насильства сприймають оточуючих і, зокрема, психотерапевта. Психотерапевт може сприйматися клієнтом як гвалтівник чи агресор, підозрюватися у ворожих чи контролюючих намірах [50]. Для психотерапевта таке ставлення може бути дуже неприємним, тому що психологи, які працюють з травмою насильства та інцесту зазвичай сповнені щирого бажання допомогти травмованим людям

прийти до тями і овогтатися від завданої шкоди. Через це контрперенос у психотерапії травми відрізняється особливо сильними емоціями [43; 50].

Контртрансферентні реакції у психотерапії неминучі, оскільки жоден психотерапевт не може уникнути проявів свого несвідомого у процесі роботи. Питання лише в тому, щоб вчасно помітити свої реакції, усвідомити їхнє значення і, якщо це є доцільним, обговорити їх із клієнтом.

Контрперенос складається з трьох елементів: 1) афективні реакції, що виникають як реакція на перенесення клієнта та на його розповідь про травматичні події (найпоширенішим почуттям терапевта у відповідь на розповідь про травму є вина); 2) когніції (побудова в голові образів клієнта, гвалтівника та самого терапевта у роботі з цим клієнтом), що супроводжуються когнітивними спотвореннями, викликаними сильними емоціями; 3) дії [50]. Контрперенос, що відбувається всередині терапевта, знаходить вираз у взаємодії терапевта з клієнтом, коли обидва щось роблять і реагують на дії іншого відповідно до своїх припущень та емоцій. Ці моменти взаємодії можуть мати позитивний та негативний характер.

Позитивне контрперенесення психотерапевта, що зазвичай зустрічається разом із позитивним перенесенням клієнта, пов'язано з тим, що їх робота сприймається обома як щось, що йде на користь клієнту. Досить часто взаємодія має позитивний характер у випадках, коли психотерапевт сам є у минулому жертвою насильства і, за припущенням обох, може якнайкраще зрозуміти, що переживає клієнт [50].

Негативний контрперенос пов'язаний з тим, що жертва заново переживає в терапії найбільш болючі та травматичні емоції, спрямовані на терапевта. Іноді психотерапевт, щоб пережити складні та болючі почуття, займає по відношенню до клієнта позицію сили, наприклад, приміряє на себе роль судді, і тим самим може завдати клієнту повторної травми, розглядаючи його як винного в тому, що трапилося. Постійно заспокоюючи жертву, терапевт може почати несвідомо виявляти владу над нею, утверджуючи її почуття безпорадності. Це може бути пов'язано з власною історією проблемних

стосунків, віктимізацією та/або історією травми терапевта [47].

Вид реакції контрперенесення психотерапевта залежить від того, чи ідентифікує себе терапевт з клієнтом, чи намагається всіляко уникнути такої ідентифікації, ідентифікуючись з іншими людьми у життєвій ситуації жертви насильства (наприклад, з батьком чи матір'ю). При ідентифікації з клієнтом спостерігаються такі реакції, як: невпевненість, відчуття вразливості, нестриманість в афективних реакціях, порушення кордонів, надмірне включення до ситуації, звернення до клієнта за підтримкою [43]. За відсутності ідентифікації з клієнтом психотерапевт може виявляти таку контртрансферентну поведінку, як: інтелектуалізація, зовнішня беземоційність, заперечення, дистанціювання [50].

Медичні працівники, лікарі, соціальні працівники, волонтери, які взаємодіють з жертвами домашнього насильства мають враховувати специфічний психологічний стан своїх клієнтів, та розуміти, що допомога цій категорії населення відрізняється у кожному окремому випадку залежно від особливостей ситуації насильства, її багаторазовості, масштабності, від віку людини, яка пережила насильство і так далі. Професійна допомога у цій сфері має ґрунтуватись на розумінні серйозності ситуації, у якій жертви перебували певний відрізок життя. Спілкуючись з травмованою насильством людиною, фахівці мають продемонструвати прийняття її переживань, навіть якщо вони не збігаються з власною системою цінностей [2; 13]. Особливо важливою є неосудлива манера спілкування навіть тоді, коли жертва виявляє гнів, ненависть, демонструє агресію. Спеціалісти, які надають допомогу, повинні демонструвати вербально і через неосудливе ставлення та вчинки, що віяв горя не тільки прийнятний, але й дуже необхідний для зцілення [11]. Фахівці, задіяні у допомозі жертвам насильства, мають постійно дбати про власне психічне здоров'я, проходити психотерапію, супервізію, інтервізію, відвідувати групи підтримки.

1.3. Психологічні особливості переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства

Фахівці, які у своїй роботі співпрацюють з жертвами насильства, а саме лікарі, соціальні працівники, психіатри, психологи, волонтери, час від часу у своїй практиці стикаються з клінічними ситуаціями, які змушують їх відчувати безсилля. Багато досліджень було написано на тему сили в терапевтичних відносинах, а також на тему безсилля клієнтів, у той час як концепції безсилля терапевта (або іншого спеціаліста, якій надає допомогу) приділено дуже мало уваги у науковій психологічній літературі [25].

У своїй статті Саллі Даллос і Руді Даллос запропонували визначення безсилля, посилаючись на теорію особистісних конструктів Дж. Келлі [25]. Суть цієї теорії полягає у тому, що кожна людина має унікальну, властиву тільки їй, ієрархічно організовану систему особистих конструктів, яка визначає її поведінку і дозволяє прогнозувати майбутні події. Фактично Дж. Келлі розумів особистість як організовану систему конструктів. Зрозуміти особистість, з погляду вченого, це зрозуміти систему конструктів людини. Безсилля у цій теорії тлумачиться як нездатність «передбачити, що станеться, як будуть діяти інші, та що ми можемо зробити, щоб вплинути на розвиток подій та вчинків інших» [37].

У роботі Кармель Фласкас та Амаріл Перлес “The Therapeutic Relationship in Systemic Therapy” є коротка згадка про безсилля терапевта, яке визначається як почуття себе «нешасним, зацикленим, агресивним або підданим насильству (агресії)» [23, 219]. Автори припустили, що розуміння ширших контекстуальних впливів може сприяти розширенню прав і можливостей як терапевта, так і клієнтів.

Інша точка зору, яку досліджували феміністські сімейні терапевти, полягала в тому, що зловживання силою парадоксальним чином часто відображає почуття безсилля [41].

Деякі науковці підходять до тлумачення поняття безсилля, виходячи з визначення поняття сили (power) у терапевтичних відносинах [32].

Усвідомлюючи складність теми безсилля, для реалізації цілей свого дослідження автори почали з прямого робочого визначення сили, запропонованого Кіні у 1983 році, згідно з яким сила розуміється як здатність впливати та здатність реагувати [32]. Схожу дефініцію сили можна знайти також у статті “Power, Gender, and Marital Intimacy”, у якій це поняття теж тлумачиться як “здатність здійснювати вплив” [44]. Джуді Гілдебранд та Деза Марковіч, відштовхуючись від вищезазначеного розуміння поняття сили, дають наступне визначення безсилля: “безсилля можна визначити як нездатність впливати, реагувати та отримати результат, що призводить до відчуття застрягливості, безнадійності, неефективності чи втрати сили” [32, 192]. Однак під час інтерв'ю з 12 практикуючими терапевтами, які авторки провели у ході свого дослідження, стало зрозуміло, що поняття безсилля можна розуміти і визначати дуже різними способами.

Згідно з тлумаченням, наведеним у Великій енциклопедії з психіатрії, безсилля - це є суб'єктивний стан, при якому індивід відчувається позбавленим сили та/або здатності контролювати події, впливати на них бажаним чином; повний занепад сил, фізичних та моральних, що характеризує стан важкої астенії [3]. У психологічному словнику почуттів та емоцій безсилля визначається як “усвідомлення того, що зараз я не можу щось зробити. Переживання варіюють залежно від того, наскільки мені це треба зробити і наскільки я в змозі прийняти те, що я це зробити не можу. Якщо я можу прийняти своє безсилля в даній ситуації досить спокійно, то і переживатимуться відповідно щось на кшталт легкого роздратування, тривоги, смутку, жалю чи досади. Якщо прийняти це безсилля мені складно, то будуть переживатися сильніші почуття, наприклад, жах, лють чи сором” [11]. У цьому визначенні є цікава, на нашу думку, ідея про особливості переживання безсилля в залежності від того, наскільки складно особистості визнати та прийняти це почуття.

Враховуючи усі вищезгадані тлумачення, у нашому дослідженні ми пропонуємо наступне робоче визначення цього поняття: безсилля - це

психологічний стан, у якому людина відчуває себе позбавленою сил, а також здатності впливати на певні події у житті чи на дії інших, контролювати їх, що призводить до відчуття застрягливості, безнадійності, неефективності та втрати сил. Почуття безсилля може супроводжуватись такими почуттями, як жах, лють, сором, тривога, смуток, жаль, досада.

У статті “The Powerless Therapist and the Helpless Borderline: Acceptance, Aloneness, and Dyadic Joining ” автор Ендрю Ердман зазначає, що досить часто терапевт або фахівець, задіяний у роботі з “вразливим” клієнтом, відчуває принизливий досвід безсилля [29]. У цій ситуації, на думку дослідника, спеціаліст повинен протистояти власному почуттю нездатності щось змінити в психічному чи матеріальному житті пацієнта. З цим виникає відповідне розуміння того, що локус терапевтичної дії дійсно залишається дуже обмеженим. Багато терапевтів, особливо новачки в цій галузі, можуть відчувати себе пригніченими тривогою, горем, провиною і страхом, це спокушає їх стрибнути в інтерпретації або у тонко завуальовані поради або, навпаки, відвернути емоції за допомогою порожнього «емпатичного» дзеркального відображення [29]. Проте, активно вступаючи в контакт і використовуючи свій власний досвід безсилля, терапевт може знайти нові способи розв'язання проблем.

Ердман досліджував пацієнтів з межовим розладом особистості та особливості переживання безсилля психотерапевтами та іншими фахівцями, які працюють з цією категорією населення. Він зауважує, що більшість клініцистів та спеціалістів, що регулярно взаємодіють з такими пацієнтами, помічають у собі відчуття страху, безнадійності та гніву ще до моменту безпосереднього контакту з клієнтом, просто знаючи його діагноз [29]. Подібні відчуття ми також зустрічаємо і у фахівців, які задіяні у допомозі жертвам насильства, особливо коли мова йде про осіб, які не намагаються зупинити насильство, а обирають залишитися з кривдником. Також слід зазначити, що велика кількість дорослих, у яких діагностований межовий розлад особистості, у дитинстві пережили насильство та пройшли крізь складні порушення відносин з батьками у

ранньому віці. Дослідження, що проводились серед персоналу різних установ, що надають послуги особам з межовим розладом та/або тяжкими депресіями, показали, що фахівці характеризують цих пацієнтів як контролюючих, агресивних та недружелюбних [40]. Для жертв насилля також характерні переживання жаху, надпильності, безнадійності, агресії, недовірливості. Джудіт Герман у своїй книзі “Психологічна травма та шлях до видужання - від знущань у сім'ї до політичного терору” зауважує, що психологічна травма - це страждання безсилим, у момент травми жертва стає безпорадною перед непереборною силою. Травматичні події перевантажують звичні системи безпеки, які дають людям відчуття контролю, зв'язку та сенсу [4, 62]. Психотерапевти та інші спеціалісти, що працюють з особами, які зазнали насильства, відмічають, що контактувати з такими переживаннями надзвичайно складно, і що дуже часто спеціаліст має зіткнутися з власним почуттям безсилля у подібній роботі [24].

Спеціалісти Сполучених Штатів, які були задіяні у відповідному опитуванні, відмітили, що у роботі з межовими пацієнтами відчувають багато дискомфорту, стресу, безсилля, виявляють до них мало емпатії та майже не сподіваються на одужання чи значне покращення у станах своїх клієнтів [29]. Фахівці, що давно працюють з жертвами систематичного домашнього насильства, визнають, що нерідко мають схожі почуття стосовно своїх клієнтів [2; 4].

У дослідженні, яке проводили Джуді Гілдебранд та Деза Марковіч, найбільш поширеною причиною відчуття безсилля психотерапевтів та консультантів була названа відсутність прогресу в терапії, “що призводить до незнання, що робити далі з клієнтом, до нестачі ідей і до неможливості здійснити ефективне втручання” [32, 194]. У ситуації, коли терапевти починали приписувати своїм клієнтам провину за відсутність успіху в терапії, вони самі згодом відчували ще більше провини і сорому, посилюючи таким чином своє почуття безсилля [32].

Дослідниця, задіяна у вищезгаданому дослідженні, відзначає, що для неї

дуже важливо розуміти, що вона насправді допомагає, що клієнти йдуть від неї, взявши для себе щось корисне. Якщо вона не може їм допомогти, вона почувається безсилою, безпорадною, їй ніяково, особливо у ситуаціях, коли вона працює з жертвами сексуального насильства, особами з психічними розладами, а також з дітьми, емоційні та матеріальні потреби яких вона забезпечити не може [32].

Джуді Гілдебранд та Деза Марковіч у своєму дослідженні пишуть, що декілька опитаних терапевтів, що працюють у соціальній сфері, зазначили, що особливо часто переживають безсилля під час роботи з людьми, що не мають змоги себе забезпечити. Наприклад, коли сім'ї потребують матеріальної допомоги, не можуть забезпечити свої базові потреби, то зазвичай вплив бідності домінує і переважає над терапевтичними зусиллями. Люди просто не можуть вирішувати свої психологічні проблеми, коли первинні потреби не є задоволені [32]. Психологи та соціальні працівники, які допомагають жертвам насильства, мають розуміти, що дуже важливо надати жертвам можливість отримати відповідні ресурси, безпечне місце перебування, предмети першої потреби, до тих пір поки ці “зовнішні бар'єри” не будуть подолані, глибше втручання не має сенсу [30].

Інший психотерапевт описала ситуацію, коли її навмисно провокував клієнт, постійно ставив під сумнів її компетентність. З її точки зору, безсилля

- це коли “професійні здібності / ідентичність психотерапевта ставляться клієнтом під сумнів” [32, 195]. У нашому дослідженні ми вже згадували, що травматичні реакції жертви насильства мають надзвичайно інтенсивний характер. У людини, що зазнала насильства, часто спостерігаються переживання покинутості, безпорадності та безсилля. У момент травми жертва почувається абсолютно безсилою, нездатною захистити себе, вона кличе про допомогу, але ніхто не приходить на порятунок. Пам'ять про цей досвід проникає у всі її подальші стосунки. У перенесенні такого клієнта відчувається особлива потреба у всемогутньому рятівнику, а значить “у нього може виникнути багато ідеалізованих очікувань від терапевта або консультанта” [4,

237]. Часто пацієнт заганяє в цю роль терапевта, який зазвичай відчувається безсилим у цій позиції. Також в результаті травми насильства виникає багато недовіри, ворожості та агресії. Клієнт може почати прискіпливо ставитися до фахівця, який йому допомагає, наполегливо спотворювати його мотиви та реакції, ставити під сумнів його компетенцію [47].

Стаючи свідком страждання та жорстокості, психотерапевти, соціальні та медичні працівники, волонтери часом переповнюються емоціями. Вони переживають, хоч і меншою мірою, той самий жах, лють і відчай, що й пацієнт. Це явище відоме як “травматичне контрперенесення” або “непряма травматизація” [40]. Фахівець може відчути симптоми посттравматичного стресового розладу. Слухаючи історію травмування клієнта, він може повторно переживати власний травматичний досвід, який він, можливо, мав у минулому. Він також може зауважити, що в його фантазії або сні вриваються образи, пов'язані з історією пацієнта, його може охопити почуття страху, люти або безсилля. Цілком імовірно, що “такі негативні реакції спеціаліста у разі, якщо він їх не усвідомлює чи не приймає, можуть перешкодити побудові терапевтичного альянсу з пацієнтом і призвести до суперечностей з колегами” [4, 244]. Щоб дати раду з такими інтенсивними реакціями, фахівці, що працюють з травмованими людьми, потребують системи постійної підтримки. Травматичне контрперенесення включає весь спектр емоційних реакцій терапевта на постраждалого та на саму травматичну подію.

Терапевт також емпатично поділяє переживання безпорадності та безсилля пацієнта. Як наслідок, він може недооцінювати власні знання та навички, або недобачати переваги та ресурси пацієнта [11]. Під впливом контрперенесення безсилля, терапевт може втратити впевненість у силі психотерапевтичних стосунків. Часто досвідчені терапевти раптом відчуваються некомпетентними та переживають безнадію, працюючи з травмованими пацієнтами. Г. Патнем описує досвідчених терапевтів як заляканих та “декваліфікованих”, коли вони стикаються з пацієнтом з множинним розладом особистості. Подібні ж відчуття виникають і в тих, хто працює з жертвами екстремального політичного

насильства та репресій [43]. У своїй книзі Джудіт Герман описує випадок роботи терапевта з жінкою, що страждала від посттравматичного синдрому з помітним гіперзбудженням та інтрузивними симптомами [4]. Після того, як пацієнтка зазнала сексуального насильства, вона практично не виходила з дому. Кривдник постійно її тероризував пізніми телефонними дзвінками та погрозами, стежив за її будинком. Коли жертва звернулася до поліції, її навіть не вислухали як слід та не зацікавилися її проблемою. Терапевт ідентифікувався з розчаруванням та безсиллям жінки. Сумніваючись, що психотерапія допоможе, він почав давати практичні поради. Пацієнтка зі зневірою відхилила усі його пропозиції. На супервізії він зрозумів, що його переповнило почуття безсилля, тому він втратив впевненість у користі слухання - свого основного вміння.

Захищаючись від нестерпного відчуття власного безсилля, терапевт може спробувати взяти на себе роль могутнього рятувача. Діючи таким чином, він має на увазі, що пацієнт не здатний сам щось зробити для себе. Що більше терапевт “рятує” пацієнта, то більше він закріплює травматичне перенесення і робить пацієнта дійсно безпорадним. Генрі Крістал, який працював з жертвами нацистського Голокосту, зазначає, що для терапевта “імпульс зіграти Бога є таким самим поширеним як і патогенним” [41, 142]. Психоаналітики Джон Мальтсбергер та Ден Бюї роблять аналогічне зауваження: “Існує три найпоширеніших нарцистичних пастки: прагнення зцілити всіх, знати все і любити всіх. Оскільки така здатність не є доступнішою для сучасного психотерапевта, ніж була для Фауста, і якщо такі тенденції не опрацьовані (...) терапевта охоплюють почуття фаустівської безпорадності та розчарування і спокуса вирішити ділему, вдаючись до магічних та руйнівних дій” [47, 298].

На додачу з безпорадністю жертви фахівець може ідентифікувати себе також з її люттям. Цей гнів може бути спрямований не тільки на кривдника, а й на свідків, які не змогли заступитися, на колег, які не розуміють, і загалом на суспільство. Терапевт може також ідентифікуватись із пацієнтом через переживання глибокого горя. Він може почуватися так, ніби сам перебуває у жалобі. Леонард Шенгольд називає психотерапію з такими постраждалими “via

dolorosa” (шлях скорботи) [4, 249]. Терапевтів охоплює туга, вони поринають у відчай та безсилля.

Слід зазначити, що почуття безсилля має не тільки негативні аспекти, воно може відкрити нові шляхи взаємодії з клієнтом та стимулювати подальший розвиток терапевтичних відносин. Ендрю Ердман стверджує, що якщо терапевт може активно вступати в контакт зі своїм переживанням безсилля, яке часто супроводжується почуттями страху, паніки, люті та безнадійності, то це може вказати шлях до розуміння того, що насправді відчуває його пацієнт, що він намагається сказати фахівцю про свої потреби. Іншими словами, взаємодія з власним безсиллям та його прийняття може призвести до виникнення терапевтичної позиції, яка може виявитися особливо корисною, враховуючи природу страждань клієнта – страждання, яке зазвичай характеризується ізоляцією, неефективністю та соромом [27].

Знаходячись у позиції безсилля, психотерапевт може стати своєрідним дзеркалом або контейнером для екзистенційної безнадійності та порожнечі клієнта. Це може призвести до плідного діадичного об'єднання, в якому клініцист, що стикається зі своїм безсиллям, і пацієнт, приголомшений власною безпорадністю, спільно конструюють простір зцілення, біоніанський «обмежений світ» розуміння та прогресу [21].

Діалектика травми є постійним викликом для емоційної рівноваги спеціаліста, задіяного у роботі з жертвами насильства. Такий фахівець через специфіку своєї повсякденної психологічної та соціальної практики, схильний до виникнення синдрому емоційного вигорання, фізичного, емоційного або мотиваційного виснаження. Це пов'язано з тим, що процесуальний зміст його діяльності передбачає тісний контакт та співпереживання жертвам, які перебувають у кризовому стані. Виконувані функції та операції сприяють формуванню цього синдрому [13, 35].

В умовах надання психологічної допомоги клієнтам, які перебувають у стані травматичного стресу, для працівників у сфері роботи з жертвами насильства існує також небезпека виникнення вторинної травми. Вторинна

травма, або вторинний травматичний стрес, це зміна у внутрішньому досвіді консультанта, що виникає внаслідок його емоційної залученості у відносини з клієнтом, який сам переживає травматичний стрес [5].

Вторинна травма фахівця провокується тим, що його допомога клієнту супроводжується співпереживанням таким почуттям, як безсилля, безпорадність, душевний біль, вина, сором, страх та іншими тяжкими почуттями людини, що переживає стан травматичного стресу. Ще один важливий фактор вторинної травматизації — неможливість швидких змін для клієнта, який переживає травматичну кризу [13]. Фахівець часто стикається з власним безсиллям на цьому етапі. Постійно зіштовхуючись у своїй практиці з клієнтами, які переживають втрату, фізичне та сексуальне насильство, стихійне лихо та інші кризові події, консультанти зазвичай допомагають їм висловити свій біль, почуття безвиході, розчарування, горя і при цьому співпереживають всім цим почуттям. Це посилює руйнівну дію вторинної травми для фахівця, який працює з жертвою насильства [19, 57].

Основна відмінність синдрому емоційного вигорання від вторинної травми спеціаліста полягає у специфіці стресу [13]. Синдром емоційного вигорання виникає як накоплений професійний стрес у спеціалістів

«допомагаючих» професії — лікарів, соціальних працівників, юристів, психологів, психіатрів та інших. Вторинна травма виникає як реакція на емоційне переживання клієнтів, що знаходиться в стані травматичного стресу [13, 35].

Професійна некомпетентність при встановленні контакту з жертвою насильства може виражатися у двох аспектах. Перший аспект пов'язаний з мірою емпатії. К. Роджерс зауважував, що емпатія - це найпростіше і водночас найскладніше завдання у мистецтві психологічного консультування [14, 314]. З погляду К. Роджерса, емпатія є співпереживання та розуміння психологічного стану іншої людини без «злиття» з цим станом, що передбачає збереження контролю над тим, що відбувається, з боку консультанта [14, 315]. Тому досвідчений консультант, співпереживаючи клієнту, частково залишається в

позиції спостерігача за тим, що відбувається, відстежує консультаційний процес і водночас планує подальший розвиток розмови з клієнтом. Другий аспект професійної некомпетентності проявляється в тому, що консультант, створивши емпатичний контакт із клієнтом, не здійснює вихід з цього контакту після завершення консультації [11]. Останнє виражається в тому, що консультант, вже закінчивши консультацію та попрощавшись з клієнтом, не повертається подумки та емоційно до себе та свого життя, а продовжує відчувати тяжкі почуття, яким співпереживав у процесі взаємодії з клієнтом. Ці помилки консультантів, соціальних працівників, психологів провокують виникнення у них вторинної травми [14].

Для профілактики емоційного вигорання та виникнення вторинної травми рекомендується регулярно проводити з фахівцями, задіяними у роботі з жертвами насильства, тренінги стресостійкості, створювати кімнати

«психологічного розвантаження» для персоналу [13]. Також для запобігання розвитку синдрому емоційного вигорання необхідним є створення сприятливого психологічного клімату в колективі, організація наставництва, психологічне консультування, проведення індивідуальних та групових супервізій для опрацювання професійних та особистих проблем [15].

Фахівець, як і його клієнт, може захищатись від надміру почуттів та власного безсилля відстороненням або імпульсивними, навязливими діями. Найбільш поширеними діями є спроби рятувати клієнта, порушення рамок умов, чи спроби встановити контроль над клієнтом [1]. Найбільш поширеними реакціями є сумнів або заперечення реакції клієнта, дисоціація або заціпеніння, применшення або уникнення травматичного матеріалу, професійне дистанціювання або відверта відмова від пацієнта. Деякий ступінь інтрузії чи заціпеніння є неминучим [17]. Джудіт Герман зазначає, що “фахівець повинен бути готовим до періодичної втрати рівноваги з такими клієнтами” [4, 262]. Він може помилятися. Гарантією його цілісності є не всемогутність, а здатність довіряти іншим, а також визнання власних обмежень та безсилля у роботі з деякими клієнтами.

Процес відновлення вимагає безпечної та надійної системи підтримки для спеціаліста, який співпрацює з жертвами насильства. В ідеалі система підтримки такого фахівця має включати в себе безпечне, структуроване та постійне середовище для розгляду його професійної діяльності, клінічної роботи [1; 11]. Це може бути супервізор або група підтримки колег. Умови такого середовища мають дозволяти виражати емоції, а також проговорювати технічні чи інтелектуальні проблеми, пов'язані з підтримкою клієнтів, які пережили травму. На додачу до фахової підтримки представники соціономічних професій мають забезпечити рівновагу між своїм професійним та особистим життям, поважаючи і приділяючи увагу власним потребам [13]. Зіткнувшись із повсякденною реальністю пацієнтів та клієнтів, спеціалісти перебувають у постійній небезпеці перевантаження. Роль професійної системи підтримки полягає не лише в зосередженні на завданнях лікування чи допомоги, а й у тому, щоб нагадувати фахівцю про власні реальні обмеження та наполягати на тому, щоб він дбав про себе так само добре, як про інших.

Аналіз наукової літератури показав, що концепції безсилля спеціаліста, який працює з жертвами насильства, приділено дуже мало уваги.

Переживання безсилля - є складним та комплексним явищем, яке має багато аспектів та різних тлумачень. Досліджень на тему переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства у вітчизняній та зарубіжній науковій літературі представлено не було, визначення поняття безсилля є досить розмитим, немає чітко визначених теоретичних засад та сталих підходів до розгляду цього явища та його особливостей.

У нашому дослідженні ми пропонуємо розглянути особливості переживання безсилля представниками соціономічних професій у контексті взаємодії з жертвами насильства, приділяючи увагу трьом основним аспектам: професійному, особистісному та екологічному. Основні компоненти нашого дослідження наведені у таблиці нижче:

Таблиця 1.1

Основні компоненти дослідження

	Компоненти дослідження	Зміст
1	Професійний аспект	Робота з жертвами насильства (соціальні працівники, волонтери, психологи, психотерапевти, лікарі регулярно стикаються у професійному контексті з жертвами насильства та їх дітьми. Вони надають їм необхідні послуги, несуть відповідальність за їхню безпеку)
2	Особистісний аспект	Вторинна травматизація, переживання безсилля, професіоналізм (взаємодія з жертвами насильства є постійним викликом для емоційної рівноваги задіяних спеціалістів. В умовах надання допомоги клієнтам, які перебувають у стані травматичного стресу, спеціалісти часто стикаються з переживанням безсилля (клієнта та свого власного), існує ризик виникнення вторинної травми)
3	Екологічний аспект	Система підтримки спеціаліста, що взаємодіє з жертвами насильства (зіткнувшись з травматичними переживаннями клієнтів, спеціалісти перебувають у постійній небезпеці емоційного перевантаження, їм потрібно дбати про себе, необхідна професійна психологічна підтримка у їхній діяльності)

Взаємодія з жертвами насильства, допомога у відновленні їхнього життя є надзвичайно складним завданням. Одуjuanня постраждалих осіб можливе лише в контексті стосунків, воно не може відбуватися в ізоляції. Спеціалісти, які регулярно контактують з жертвами насильства, розуміють, що їхні клієнти

мають пройти складний шлях відновлення пошкоджених або деформованих внаслідок травматичного досвіду психологічних функцій (здатність довіряти, автономія, ініціативність, спроможність, ідентичність, приватність). Подолання цього шляху разом з жертвою насильства досить часто ускладнюється вторинною травматизацією спеціаліста, переживанням безсилля, неможливістю отримати професійну психологічну підтримку. Особа, яка присвячує себе роботі з людьми, які пережили травматичні події, присвячує себе і постійній боротьбі з самою собою, в якій вона повинна покладатися на допомогу інших та використовувати свої найбільш зрілі здібності для подолання труднощів [4].

Висновки до розділу I

Досліджень на тему переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства у вітчизняній та зарубіжній науковій психологічній літературі представлено не було, визначення поняття безсилля є досить розмитим у науковій психологічній літературі, немає чітко визначених теоретичних засад та сталих підходів до розгляду цього явища та його особливостей. За допомогою теоретичного аналізу наукових праць, окремих статей зарубіжних науковців та практикуючих психотерапевтів ми зробили спробу концептуалізації явища безсилля в психології. Спираючись на роботи видатних сучасних психологів, ми пропонуємо наступне визначення поняття безсилля: безсилля - це психологічний стан, у якому людина відчуває себе позбавленою сил, а також здатності впливати на певні події у житті чи на дії інших, контролювати їх, що призводить до відчуття застрягливості, безнадійності, неефективності та втрати сил. Почуття безсилля може супроводжуватись такими почуттями, як жах, лють, сором, тривога, смуток, жаль, досада.

Переживання безсилля - є складним та комплексним явищем, яке має багато аспектів та різних тлумачень. Теоретичний аналіз літератури дозволив нам виділити три основні аспекти безсилля: професійний, особистісний, екологічний.

В умовах надання психологічної допомоги клієнтам, які перебувають у стані травматичного стресу, для працівників у сфері роботи з жертвами насильства існує небезпека виникнення вторинної травми. Вторинна травма, або вторинний травматичний стрес, це зміна у внутрішньому досвіді консультанта, що виникає внаслідок його емоційної залученості у відносини з клієнтом, який сам переживає травматичний стрес.

Багато спеціалістів, що взаємодіють з жертвами насильства, особливо новачки, можуть відчувати себе пригніченими тривогою, горем, провиною і страхом, це спокушає їх стрибнути в інтерпретації або у тонко завуальовані

поради або, навпаки, відвернути емоції за допомогою порожнього «емпатичного» дзеркального відображення. Проте, активно вступаючи в контакт і використовуючи свій власний досвід безсилля, фахівець може знайти нові способи розв'язання проблеми клієнта.

РОЗДІЛ II

ДИЗАЙН ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ БЕЗСИЛЛЯ ПРЕДСТАВНИКАМИ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ У РОБОТІ З ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬСТВА

2.1. Методологічні засади дослідження

Як вже було зазначено раніше, досліджень особливостей переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства представлено майже не було, у науковій літературі обмаль теоретичних концепцій та науково обґрунтованих підходів до розгляду феномену безсилля. Використання якісних методів є виправданим у тих випадках, коли виникає потреба зрозуміти глибинні причини явища або процесу, його сутнісні ознаки. У нашому дослідженні акцент робиться саме на всебічному описі переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства, тому ми вважаємо, що звернення до якісних методів у цьому випадку є обґрунтованим.

Якісний підхід у нашому дослідженні розкриває такі аспекти досліджуваного феномену, як його розуміння з точки зору учасників, особливості контексту. В результаті квантифікації даних у кількісних дослідженнях ці аспекти втрачаються. При якісному підході можна подолати дискретний характер інформації, досягти цілісності в описанні та розумінні явища.

Спираючись на нашу теоретичну модель, представлену у розділі 1.3, ми пропонуємо наступну модель нашої емпіричної частини дослідження, яка наведена у таблиці нижче:

Емпірична модель дослідження

Компонент дослідження	Метод / Шкала	Що вимірює
Соціальні особливості вибірки	Опитування щодо соціально-демографічних характеристик респондента (демо-блок)	Містить питання стосовно статі, віку, освіти, посади, місця роботи, професійного досвіду у сфері допомоги жертвам насильства, частоти контактів з жертвами насильства.
Переживання безсилля	Глибинне інтерв'ю з представниками соціономічних професій, що взаємодіють з жертвами насильства	<p>9 основних питань, спрямовані на всебічне дослідження переживання безсилля представниками соціономічних професій, які можна згрупувати за наступними темами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Особливості роботи з жертвами насильства. - Розуміння поняття безсилля. - Наявність досвіду безсилля. - Фактори, що змушують відчувати безсилля. Конкретні приклади. - Частота виникнення переживання безсилля. - Емоції, що супроводжують почуття безсилля. - Вплив переживання безсилля на спеціаліста. - Способи подолання безсилля. - Актуальність теми безсилля.

Вторинна травматизація	Шкала вторинного травматичного стресу Secondary Traumatic Stress scale	Визначення симптомів / реакцій, що виникають у спеціалістів в ході роботи з жертвами насильства (17 позицій, пов'язаних з симптоматикою травми)
---------------------------	---	--

Основним методом дослідження було обране глибинне інтерв'ю, особливістю цього методу є тривалість, детальність, нестандартизованість, врахування невербальних сигналів таких як інтонації, жести, пози, підвищена увага до особистості респондента. Метою нашого інтерв'ю стало глибоке розкриття досліджуваного питання, з'ясування деталей, відкриття нових аспектів явища безсилля, а не лише оцінка вже відомих фактів. В ході такого інтерв'ю стало можливим отримати інформацію, яку респондент за інших умов не зміг би сказати. Глибинне інтерв'ю провокує на більшу відвертість, дає можливість поставити перед респондентом певну проблему і досягти її правильного розуміння.

У ході нашого дослідження ми провели 30 глибинних інтерв'ю з 30 спеціалістами, які регулярно взаємодіють з жертвами насильства, приділяючи увагу професійному, особистісному та екологічному аспекту їхньої роботи.

Безпосередньо перед проведенням інтерв'ю респондентам було запропоновано заповнити коротку анкету, демо-блок, який містить питання стосовно статі, віку, освіти, посади, місця роботи, професійного досвіду у сфері допомоги жертвам насильства, частоти контактів з жертвами насильства. Форма та основні питання демо-блоку наведені у Додатку А.

Попередні питання для інтерв'ю були вислані/передані усім респондентам заздалегідь, це було зроблено, щоб мінімізувати вплив на спеціаліста та зменшити ефект навіювання, а також дати учасникам можливість ретельно обміркувати тему переживання безсилля. Повний перелік питань для глибинного інтерв'ю наведений у Додатку Б. Слід зазначити, що при проведенні

глибинного інтерв'ю завжди є ризик отримання хибних результатів, якщо у респондента немає можливості подумати над питаннями та/або у нього відсутні готові відповіді. Під впливом особистості інтерв'юєрата за браком часу респондент може давати відповіді, які відрізняються від того, що він думає насправді стосовно обговорюваної теми. Кожне інтерв'ю тривало від 40 хвилин до 1,5 годин в залежності від особистості респондента та його досвіду. Ми зосередились на 9 основних блоках питань, що стосуються особливостей роботи з жертвами насильства, розуміння поняття безсилля, наявності досвіду безсилля у практиці, факторів, що змушують відчувати безсилля, конкретних прикладів, клінічних випадків, частоти виникнення переживання, емоцій, що супроводжують переживання безсилля, впливу переживання безпосередньо на спеціаліста, способів подолання безсилля, актуальності цієї теми для фахівця, що працює з жертвами насильства.

Після інтерв'ю респондентам було запропоновано попрацювати зі шкалою вторинного травматичного стресу (Secondary Traumatic Stress scale). Ця шкала використовується для визначення симптомів, реакцій, що виникають у спеціалістів в ході роботи з жертвами насильства. Оригінальна шкала вторинного травматичного стресу та її переклад на українську мову наведені у Додатку В. Шкала була перекладена та адаптована автором цього дослідження. Шкала вторинного травматичного стресу містить 17 позицій, пов'язаних із симптоматикою травми.

Спеціалістам, які взаємодіють з жертвами насильства, було запропоновано уважно прочитати перелік із 17 тверджень осіб, які працювали з травмованими клієнтами, а потім вказати, як часто (ніколи, рідко, час від часу, часто, дуже часто) це твердження було вірним особисто для них за останні сім днів та за останні три місяці. Шкала ґрунтується на “самозвіті” та виявляє переважання у спеціаліста однієї з наступних тенденцій: тенденції уникання, тенденції вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події та тенденції фізичного збудження. Сума показників по усім трьом шкалам дає загальну оцінку ступеню вторинної травматизації спеціаліста.

Фахівці, що прийняли участь у нашому дослідженні, постійно стикаються у своїй практиці з травмованими особами, з жертвами насильства, часто наражаються на небезпеку вторинної травматизації. У внутрішньому досвіді спеціалістів виникають певні зміни внаслідок їхньої емоційної залученості у відносини з клієнтом. Працюючи з людиною, яка переживає нестерпні страждання, фахівець відчуває величезне бажання якнайшвидше полегшити його біль. Проте він розуміє, що швидкі зміни у даному випадку є неможливими. Тоді виникає відчуття розчарування та власного безсилля, що посилює руйнівну дію вторинної травми (Ільїна, Соловейчик, 2002). Вторинна травматизація призводить до відчуття втрати ресурсів, зниження самооцінки, виникає переживання безсилля.

Основні симптоми вторинного травматичного стресу співпадають з класичними симптомами посттравматичного стресового розладу: повторне переживання травматичної події у снах або спогадах, уникання ситуацій, пов'язаних із травматичними подіями, і як результат – припинення певних видів занять, реакція гіперзбудливості, дратівливості, розлади сну.

У сучасних зарубіжних дослідженнях було показано, що індивіди з симптомами посттравматичного стресового розладу більшою мірою оцінюють негативні події як ті, що не піддаються контролю, та на котрі неможливо здійснити вплив, тобто вони частіше стикаються з почуттям власного безсилля у проблемних ситуаціях. У нашому дослідженні ми припускаємо, що вторинна травматизація та переживання безсилля тісно взаємопов'язані та можуть підсилювати одна одне.

Зауважимо, що наше дослідження проведено з урахуванням та дотримання наукових етичних принципів та вимог, що впливають із стандартів дослідницької етики.

2.2. Загальна характеристика вибірки

У нашому дослідженні переживання безсилля ми звернулися до 30 спеціалістів, представників соціономічних професій, які у своїй практиці

регулярно взаємодіють з жертвами насильства. У нашу вибірку увійшли соціальні працівники, психологи, психотерапевти, волонтери, сестри милосердя, які працюють у різних установах протидії та запобігання насильству, громадських організаціях, державних соціальних службах, притулках, кризових кімнатах, лікарнях, віком від 26 до 49 років, 25 жінок та 5 чоловіків, з досвідом роботи у сфері взаємодії з жертвами насильства від 3 до 11 років, усі респонденти мають вищу освіту.

Для дослідження були відібрані 4 соціальних працівника Кімнат кризового реагування для осіб що постраждали від домашнього насильства та/ або насильства за ознакою статі, 2 соціальних працівника притулку для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі, 4 волонтери громадської організації “Клуб Еней” та благодійної організації “Молодість не байдужа”, 4 місіонерки конгрегації «Сестри милосердя», 6 психологів Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, 4 психолога Київського міського Центру гендерної рівності запобігання та протидії насильству, 2 психолога притулку для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі, 2 психотерапевта, які мають приватну практику, 2 лікаря-психолога Київської міської психіатричної лікарні № 1 імені І. П. Павлова.

В цілому, до вибірки увійшли 6 соціальних працівників, 4 волонтера, 4 місіонерки (сестри милосердя), 12 психологів, 2 психотерапевта, 2 лікаря - психолога. 18 учасників дослідження працюють у державних соціальних установах запобігання та протидії насильству та взаємодіють безпосередньо з жертвами насильства на постійній основі, 12 учасників стикаються у своїй професійній діяльності з жертвами насильства час від часу. Детальна інформація про характерні особливості вибірки наведена у таблиці нижче.

Характерні особливості вибірки

Учасники	Сфера професійної діяльності	Актуальна посада, місце роботи	Досвід роботи у сфері взаємодії з жертвами насильства (кількість років)	Стать
1	Соціальна робота	Соціальний працівник Кімнати кризового реагування для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі	3 роки	жіноча
2	Соціальна робота	Соціальний працівник Кімнати кризового реагування для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі	3 роки	жіноча
3	Соціальна робота	Соціальний працівник Кімнати кризового реагування для осіб, що постраждали від домашнього насильства	2 роки	жіноча

		та/або насильства за ознакою статі		
4	Соціальна робота	Соціальний працівник Кімнати кризового реагування для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі	2,5 роки	жіноча
5	Соціальна робота	Соціальний працівник притулку для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі	4 роки	жіноча
6	Соціальна робота	Соціальний працівник притулку для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі	4 роки	жіноча
7	Соціальна робота	Волонтер благодійної організації “Молодість не байдужа”	5 років	жіноча
8	Соціальна робота	Волонтер благодійної організації “Молодість не байдужа”	4 роки	чоловіча

9	Соціальна робота	Волонтер громадської організації “Клуб Еней”	4 роки	чоловіча
10	Соціальна робота	Волонтер громадської організації “Клуб Еней”	3 роки	жіноча
11	Соціальна робота	Місіонер конгрегації «Сестри милосердя»	10 років	жіноча
12	Соціальна робота	Місіонер конгрегації «Сестри милосердя»	8 років	жіноча
13	Соціальна робота	Місіонер конгрегації «Сестри милосердя»	7 років	жіноча
14	Соціальна робота	Місіонер конгрегації «Сестри милосердя»	11 років	жіноча
15	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського Центру гендерної рівності запобігання та протидії насильству	5 років	жіноча
16	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського Центру гендерної рівності запобігання та протидії насильству	4 роки	жіноча
17	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського Центру гендерної рівності запобігання та протидії насильству	5 років	жіноча

18	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського Центру гендерної рівності запобігання та протидії насильству	4 роки	жіноча
19	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	10 років	чоловіча
20	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	7 років	жіноча
21	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	5 років	чоловіча
22	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	9 років	жіноча
23	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	6 років	жіноча
24	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог Київського міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді	3 роки	жіноча

25	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог притулку для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі	7 років	жіноча
26	Психологічне консультування, соціальна робота	Психолог притулку для осіб, що постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі	10 років	жіноча
27	Психологічне консультування, психотерапія	Психотерапевт, приватна Практика	10 років	жіноча
28	Психологічне консультування, психотерапія	Психотерапевт, приватна Практика	8 років	чоловіча
29	Психіатрія, психологічне консультування	Лікар-психолог Київської міської психіатричної лікарні № 1 імені І. П. Павлова	11 років	жіноча
30	Психіатрія, психологічне консультування	Лікар-психолог Київської міської психіатричної лікарні № 1 імені І. П. Павлова	9 років	жіноча

Висновки до розділу II

Зважаючи на те, що теоретичних концепцій та науково обґрунтованих підходів до розгляду феномену безсилля у науковій літературі майже не було представлено, ми вважаємо, що якісна спрямованість дослідження та використання переважно якісних методів є цілком виправданим і обґрунтованим. У нашому дослідженні ми намагаємось зрозуміти глибинні причини явища безсилля, його сутнісні ознаки, акцент робиться саме на всебічному описі переживання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства.

Ми створили емпіричну модель дослідження та виокремили 3 компоненти, які аналізували за допомогою конкретних методів та шкал: соціальні особливості вибірки, власне переживання безсилля та вторинну травматизацію. Основним методом дослідження було обране глибинне інтерв'ю. Безпосередньо перед проведенням інтерв'ю респондентам було запропоновано заповнити розроблену нами анкету, короткий демо-блок, який містить питання стосовно статі, віку, освіти, посади, місця роботи, професійного досвіду у сфері допомоги жертвам насильства, частоти контактів з жертвами насильства. У ході нашого дослідження ми провели 30 глибинних інтерв'ю. Метою нашого інтерв'ю стало глибоке розкриття досліджуваного питання, з'ясування деталей, відкриття нових аспектів явища безсилля, а не лише оцінка вже відомих фактів. Кожне інтерв'ю тривало від 40 хвилин до 1,5 годин в залежності від особистості респондента та його досвіду. Ми зосередились на 9 основних блоках питань, що стосуються особливостей роботи з жертвами насильства, розуміння поняття безсилля, наявності досвіду безсилля у практиці, факторів, що змушують відчувати безсилля, конкретних прикладів, клінічних випадків, частоти виникнення переживання, емоцій, що супроводжують переживання безсилля, впливу переживання безпосередньо на спеціаліста, способів подолання безсилля, актуальності цієї теми для фахівця. Після інтерв'ю респондентам було запропоновано попрацювати зі шкалою вторинного травматичного стресу (Secondary Traumatic Stress scale). Ця шкала використовується для визначення

симптомів, реакцій, що виникають у спеціалістів в ході роботи з жертвами насильства.

До нашої вибірки увійшли 30 респондентів, 25 жінок та 5 чоловіків, віком від 26 до 49 років, з досвідом роботи у сфері взаємодії з жертвами насильства від 3 до 11 років. Усі респонденти - представники соціономічних професій: 6 соціальних працівників, 4 волонтера, 4 місіонерки (сестри милосердя), 12 психологів, 2 психотерапевта, 2 лікаря - психолога. 18 учасників дослідження працюють у державних соціальних установах запобігання та протидії насильству та взаємодіють безпосередньо з жертвами насильства на постійній основі, 12 учасників стикаються у своїй професійній діяльності з жертвами насильства час від часу.

РОЗДІЛ ІІІ

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ БЕЗСИЛЛЯ ПРЕДСТАВНИКАМИ СОЦІОНОМІЧНИХ ПРОФЕСІЙ У РОБОТІ З ЖЕРТВАМИ НАСИЛЬСТВА

3.1. Визначення основних категорій / способів подолання безсилля.

У нашому дослідженні було проведено 30 глибинних інтерв'ю з представниками соціономічних професій, які працюють з жертвами насильства. Перебіг інтерв'ю було записано на диктофон з метою більш детального аналізу даних. Усі аудіо матеріали ми застенографували для того, щоб ретельно проаналізувати та зробити якісний контент-аналіз.

Основною метою нашого дослідження є визначення особливостей переживання безсилля. Однією з задач нашої роботи було дати визначення такому складному явищу як безсилля, а також проаналізувати пов'язані з ним смислові елементи.

На початку нашого якісного аналізу ми зосередились на таких аспектах досліджуваного феномену, як його розуміння з точки зору учасників. В процесі інтерв'ю респондентам було запропоновано дати своє визначення поняття безсилля та навести конкретний приклад робочої ситуації, коли вони відчули безсилля.

Процедура якісного аналізу даних включає в себе декілька етапів. Перший етап - редукція тексту. Вона виконується за принципом зведення тексту до сегменту - ключової фрази (або слова), на основі виділення смислових одиниць у тексті.

Процедура редукції наших даних полягала у відшукуванні фрагментів тексту інтерв'ю, релевантних по відношенню до відповідного питання та присвоєння знайденому фрагменту спеціального коду, що відповідає певній смисловій категорії. Процедурно це було зроблено шляхом внесення кожного

релевантного уривка інтерв'ю в окрему картку, озаглавлену відповідним кодом.

Однією з задач нашого дослідження була концептуалізація та категоризація поняття безсилля. Учасники інтерв'ю по-різному визначали поняття безсилля, але за допомогою контент-аналізу ми виявили, що усі наші респонденти, в загальній складності, визначили цей феномен як “неможливість вплинути на когось або на щось”. У таблиці нижче наведений розроблений нами кодовий формуляр 1, який застосовується при визначенні поняття безсилля:

Таблиця 3.1.

Кодовий формуляр 1

Код	“Неможливість вплинути на”
Визначення	Респондент висловлює неможливість змінити ситуацію/клієнта/себе на краще
Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом поняття безсилля. Коли сенс висловлювання респондента полягає у неможливості зробити зміни
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами визначення поняття безсилля
Приклад фрагментів	<p>“я не маю змоги...”</p> <p>“це неможливість допомогти ...”</p> <p>“нездатність сказати...” “неможливість змінити...”</p> <p>“ що не можеш...”</p>

Ретельний аналіз відповідних текстових фрагментів дозволив виділити три основні категорії, типи безсилля в рамках його “спрямованості”. Для однієї групи спеціалістів, безсилля - це неможливість вплинути на себе (Кодовий формуляр 2), для іншої групи - це неможливість вплинути на клієнта (Кодовий формуляр 3), а в окремих випадках, безсилля - це неможливість вплинути на

ситуацію (Кодовий формуляр 4).

Таблиця 3.2

Кодовий формуляр 2

Код	[Неможливість вплинути на] “Себе”
Визначення	Коли при визначенні поняття безсилля респондент висловлює думку про неможливість вплинути на себе
Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом поняття безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами визначення поняття безсилля
Приклад фрагментів	<i>“нездатність сказати ні клієнту...” “це усвідомлення своїх обмежень...”</i>

Таблиця 3.3.

Кодовий формуляр 3

Код	[Неможливість вплинути на] “Клієнта”
Визначення	Коли при визначенні поняття безсилля респондент висловлює думку про неможливість змінити клієнта
Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом поняття безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами визначення поняття безсилля
Приклад фрагментів	<i>“змінити світогляд людини...” “клієнт потребує допомоги, але не хоче її прийняти...”</i>

Кодовий формуляр 4

Код	[Неможливість вплинути на] “Ситуацію”
Визначення	Коли при визначенні поняття безсилля респондент висловлює думку про неможливість змінити ситуацію
Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом поняття безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами визначення поняття безсилля
Приклад фрагментів	<p><i>“вийти за межі професійних обов’язків...”</i></p> <p><i>“якось вплинути на те щоб її або його ситуація змінилася на краще...”</i></p> <p><i>“вплинути на ситуацію...”</i></p> <p><i>“перед тяжкими діагнозами...”</i></p>

Таким самим чином, за допомогою контент-аналізу та кодових формулярів ми проаналізували основні способи подолання безсилля представниками соціономічних професій у роботі з жертвами насильства. Ці основні способи були виявлені та категоризовані нами у наступних таблицях:

Кодовий формуляр 5

Код	“Саморегуляція”
Визначення	Дія яка допомагає респонденту справитися з безсиллям, управління своїм емоційним станом, яке досягається шляхом впливу людини на самого себе за допомогою слів, уявних образів, управління м'язовим тонусом і диханням.

Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом способів подолання безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами “способів подолання безсилля”
Приклад фрагментів	<p><i>“заспокоюю себе за допомогою слів, уявних образів, управлінням м’язовим тонусом і диханням...”</i></p> <p><i>“спокійний самоаналіз своїх дій допомагає не так гостро переживати безсилля...”</i></p>

Таблиця 3.6

Кодовий формуляр 6

Код	“Професійний розвиток”
Визначення	Дія яка допомагає респонденту справитися з безсиллям, професійні курси, підвищення кваліфікації, конференції
Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом способів подолання безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами “способів подолання безсилля”
Приклад фрагментів	<p><i>“відвідую тренінги і курси для підвищення кваліфікації...”</i></p> <p><i>“мені допомагають знання, набуті в процесі навчання...”</i></p>

Таблиця 3.7.

Кодовий формуляр 7

Код	“Довірливе спілкування”
Визначення	Дія яка допомагає респонденту справитися з безсиллям, аналіз та проговорювання своїх почуттів у безпечному просторі

Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом способів подолання безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами “способів подолання безсилля”
Приклад фрагментів	<p><i>“в мене добра група підтримки, маю професійну, психологічну, підтримку, групі інтерв'її, моя сім'я мені дуже допомагає...”</i></p> <p><i>“не тримати досвід безсилля в собі, говорити про це, групи інтерв'її...”</i></p> <p><i>“моя сім'я, яка мене підтримує...”</i></p>

Таблиця 3.8

Кодовий формуляр 8

Код	“Хобі”
Визначення	Дія яка допомагає респонденту справитися з безсиллям, хобі, інтереси поза межами роботи, спорт, відпочинок, дії до яких вдаються у вільний час.
Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом способів подолання безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами “способів подолання безсилля”
Приклад фрагментів	<p><i>“я маю не тільки цю роботу, в мене є хобі, на роботі моя ідентичність не закінчується...”</i></p> <p><i>“мене заспокоює мистецтво...”</i></p> <p><i>“відпочинок, хобі, творчість...”</i></p>

Кодовий формуляр 9

Код	“Задоволеність”
Визначення	Задоволеність собою, відносинами з близькими людьми, роботою - яка допомагає подолати безсилля.
Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом способів подолання безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами “способів подолання безсилля”
Приклад фрагментів	<p><i>“розуміння того, що взагалі я багато кому допомагаю...”</i></p> <p><i>“мені подобається ця робота, вона має для мене особливий зміст...”</i></p> <p><i>“рухатись далі мені допомагають ті клієнти, які після кризової кімнати починають жити самостійно, не повертаються до кривдника і починають нове життя без насилля...”</i></p>

Кодовий формуляр 10

Код	“Релігійний світогляд”
Визначення	Форма суспільної свідомості, згідно з якою світ є породженням вищого надприродного творця - Бога.
Коли застосовувати	Застосовувати при визначенні респондентом способів подолання безсилля.
Коли не застосовувати	Не застосовувати поза межами “способів подолання безсилля”

Приклад фрагментів	<p><i>“мені допомагає звернення до Бога у молитві...”</i></p> <p><i>“розуміння того, що у кожного з нас є своє призначення визначене Богом...”</i></p> <p><i>“у молитві я розумію, що у Бога є свій план і цілі відносно нашого життя...”</i></p>
-----------------------	---

В цілому, нами були виділені наступні 6 основних категорій, способів подолання безсилля: саморегуляція, професійний розвиток, довірливе спілкування, хобі, задоволеність (собою, роботою, своїми відносинами з близькими людьми), релігійний світогляд.

3.2. Аналіз емпіричних даних

Наступним кроком у нашому дослідженні є аналіз даних у вище наведених кодових формулярах. Для наочності представляємо отримані дані у зведеній таблиці нижче, яка наочно демонструє усі отримані категорії:

Таблиця 3.11

Результати категоризації

Категорія	Код
Неможливість вплинути на	Неможливість вплинути на
Об’єкт зміни	[Неможливість вплинути на] себе
	[Неможливість вплинути на] клієнта
	[Неможливість вплинути на] ситуацію
Способи подолання безсилля	Саморегуляція
	Професійний розвиток
	Довірливе спілкування
	Хобі
	Задоволеність
	Релігійний світогляд

Нами було виявлено, що у 20 з 30 респондентів нашої вибірки спостерігається спрямованість безсилля на себе, тобто для них безсилля - це неможливість вплинути на себе, для інших 8 респондентів безсилля - це неможливість вплинути на клієнта, та ще для 2 - неможливість вплинути на ситуацію. В процесі інтерв'ю кожен респондент назвав один або декілька способів подолання безсилля, які є для нього/для неї найбільш дієвими. Цікавим, на нашу думку є співставлення типів безсилля (як неможливість впливу на) та основних способів подолання. Результати такого співставлення наведені нижче у таблиці:

Таблиця 3.12

Співставлення типів безсилля та способів його подолання

Способи подолання безсилля	Безсилля = неможливість вплинути на:			Загальна кількість
	себе	клієнта	ситуацію	
Саморегуляція	0/20	0/8	2/2	2/30
Хобі	4/20	4/8	0/2	8/30
Задоволеність	6/20	2/8	0/2	8/30
Релігійний світогляд	4/20	0/8	0/2	4/30
Професійний розвиток	10/20	2/8	0/2	12/30
Довірливе спілкування	14/20	4/8	0/2	18/30

Як показано у таблиці 3.12, ті спеціалісти з нашої вибірки, які демонструють спрямованість безсилля на себе, найбільш дієвим способом подолання безсилля вважають довірливе спілкування (14 з 20 респондентів), а також професійний розвиток. Фахівці, які демонструють спрямованість безсилля на клієнта, обирають довірливе спілкування (4 з 8 респондентів) та хобі (4 з 8 респондентів) як найбільш ефективні способи подолання безсилля. Респондент, безсилля якого спрямоване на ситуацію, визначив саморегуляцію як основний спосіб подолання безсилля.

Нами також були виділені основні емоції, які супроводжують почуття

безсилля спеціалістів у роботі з жертвами насильства: розгубленість, пригнічення, сум, роздратування, злість, агресія, зневіра, відраза, полегшення. Ці емоції були названі респондентами у відповідь на конкретне питання глибинного інтерв'ю, у якому ми просили їх перерахувати емоції, які супроводжують конкретно у них почуття безсилля.

Для того, щоб з'ясувати зв'язок особливостей переживання безсилля з вторинною травматизацією спеціаліста, ми використали шкалу вторинного травматичного стресу (Secondary Traumatic Stress scale). Аналіз показав, що 26 фахівців, які становлять нашу вибірку, мають низький рівень вторинного травматичного стресу або він в них взагалі відсутній (на це вказує загальна отримана ними кількість балів "27 або нижче"). Лише чотири фахівця продемонстрували, що вони дійсно мають легкий вторинний травматичний стрес (якому відповідають їхні результати - 31 та 35 балів). Враховуючи той факт, що вторинний травматичний стрес дуже низький або майже відсутній у представників нашої вибірки на момент дослідження, а також з огляду на невелику кількість нашої вибірки та якісну направленість нашого дослідження, ми вважаємо, що гіпотеза стосовно того, що вторинна травматизація та переживання безсилля тісно взаємопов'язані та можуть підсилювати один одного, потребує уточнення у подальших кількісно спрямованих дослідженнях. На цьому етапі ми пропонуємо попередньо перевірити її за допомогою одного з методів кількісного аналізу даних. Ми використали комп'ютерну програму Jamovi, яка допомогла нам простежити кілька цікавих тенденцій стосовно частоти переживання безсилля, ставлення спеціаліста до досвіду безсилля, виявити нові зв'язки та встановити напрямки для подальших досліджень.

Ми створили окрему таблицю, яка містить весь масив зібраних даних, для планування можливих кількісних досліджень на наступному етапі та для виявлення нових зв'язків у рамках досліджуваного явища. Вона є корисною для систематизації та узагальнення всіх даних, а також для первинної перевірки нових гіпотез.

Узагальнена таблиця даних дослідження

Досвід	Професія	Стать	Тип безсилля	Емоції	Частота безсилля	Тип досвіду	Способи подолання	STS v	STS u	STS z	STS
3.0	соц. працівник	жін.	ситуація	розгубленість / пригнічення	часто	негативний	саморегуляція	9	8	9	26.0
3.0	соц. працівник	жін.	я	сум / розгубленість	часто	негативний	спілкування	8	9	9	26.0
2.0	соц. працівник	жін.	клієнт	сум / зневіра	час-від-часу	негативний	задоволеність / хобі	7	8	9	24.0
2.5	соц. працівник	жін.	клієнт	сум / пригнічення	рідко	негативний	задоволеність	7	7	5	19.0
4.0	соц. працівник	жін.	я	сум / роздратування	часто	негативний	спілкування / хобі / розвиток	9	6	5	20.0
4.0	соц. працівник	жін.	клієнт	сум	рідко	негативний	задоволеність	6	6	3	15.0
5.0	соц.	жін.	клієнт	сум / злість /	час-від-часу	негативний	хобі	11	14	10	35.0

	працівник			агресія / зневіра							
6.0	волонтер	чол.	я	відраза / злість /роздратування	рідко	негативний	спілкування	3	5	7	15.0
4.0	волонтер	чол.	я	сум / роздратування / злість	час-від-часу	негативний	спілкування	4	6	7	17.0
5.0	волонтер	жін.	я	полегшення / сум	час-від-часу	позитивний	спілкування	3	6	8	17.0
3.0	волонтер	жін.	я	полегшення / розгубленість	час-від-часу	позитивний	спілкування / задоволеність	4	5	8	17.0
10.0	місіонер	жін.	я	полегшення / сум	час-від-часу	позитивний	релігія	6	2	7	15.0
8.0	місіонер	жін.	я	полегшення / сум	час-від-часу	позитивний	релігія	6	2	7	15.0
7.0	місіонер	жін.	я	полегшення	час-від-часу	позитивний	релігія	5	2	8	15.0
11.0	місіонер	жін.	я	сум	час-від-часу	позитивний	релігія	6	3	8	17.0

5.0	психолог	жін.	клієнт	сум / розгубленість / полегшення	часто	позитивний	розвиток / спілкування	6	4	6	16.0
4.0	психолог	жін.	я	сум / роздратування	часто	позитивний	розвиток / спілкування	7	9	7	23.0
5.0	психолог	жін.	я	сум / розгубленість	часто	позитивний	спілкування / розвиток	6	5	5	16.0
4.0	психолог	жін.	клієнт	сум / розгубленість	часто	негативний	розвиток / хобі	9	12	8	29.0
10.0	психолог	чол.	я	сум / роздратування / полегшення	час-від-часу	позитивний	розвиток / спілкування / задоволеність	6	3	5	14.0
3.0	психолог	жін.	клієнт	сум / розгубленість	часто	негативний	спілкування / хобі	11	13	7	31.0
7.0	психолог	жін.	я	сум / розгубленість	часто	позитивний	спілкування / хобі	7	9	8	24.0
5.0	психолог	чол.	клієнт	сум /	часто	негативний	спілкування /	9	10	8	27.0

				роздратування			розвиток / хобі				
9.0	психолог	жін.	я	розгубленість / зневіра	часто	позитивний	спілкування / розвиток	6	7	7	20.0
6.0	психолог	жін.	я	сум / розгубленість	час-від-часу	позитивний	хобі / розвиток	9	7	6	22.0
10.0	психолог	жін.	я	сум / розгубленість / зневіра	час-від-часу	позитивний	розвиток / задоволеність	8	5	5	18.0
10.0	психолог	жін.	я	сум / роздратування	час-від-часу	позитивний	спілкування / розвиток / задоволеність	6	8	8	22.0
11.0	психолог	жін.	я	сум / роздратування	час-від-часу	позитивний	спілкування / розвиток	9	7	5	21.0
7.0	психолог	жін.	я	сум / розгубленість	час-від-часу	позитивний	хобі / розвиток	10	7	6	23.0
9.0	психолог	жін.	я	сум / розгубленість	рідко	позитивний	спілкування / розвиток	6	5	3	17.0

Спираючись на отримані дані, ми можемо сказати, що представники соціономічних професій, які прийняли участь у нашому дослідженні, стверджують, що часто або час від часу стикаються з досвідом безсилля. Тільки 4 респоденти зазначили, що переживають безсилля рідко. Частіше за все безсилля відчують соціальні працівники та психологи, при чому психологи частіше, ніж соціальні працівники.

Таблиця 3.14

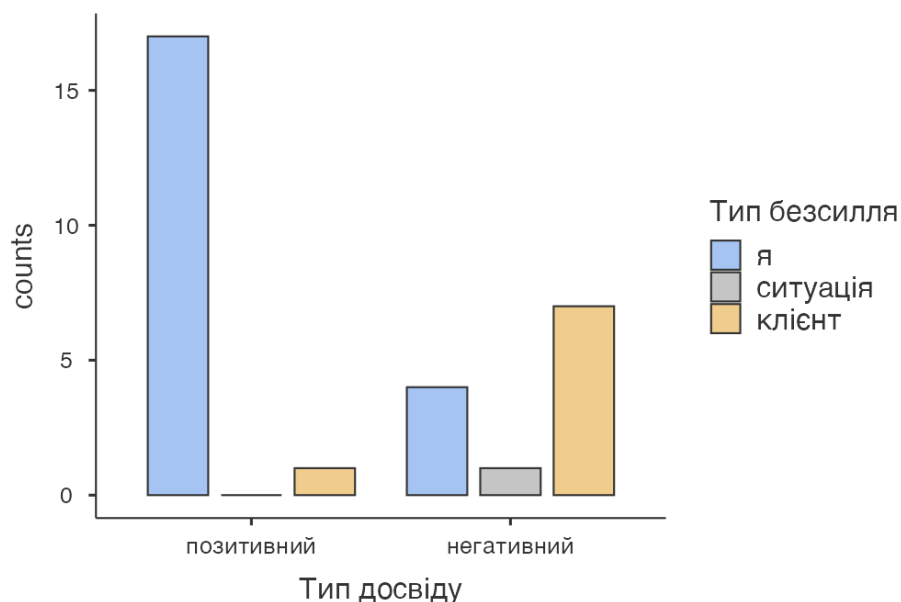
Частота безсилля та професія

Частота безсилля	Професія			
	соц. працівник	волонтер	місіонер	психолог
рідко	2	1	0	1
час-від-часу	2	3	4	6
часто	3	0	0	8

Ми припускаємо, що така тенденція пов'язана з тим, що психолог працює з особистістю, а соціальний працівник - з кризовою ситуацією. Соціальний працівник може фізично змінити ситуацію свого клієнта, в той час як психолог має взаємодіяти з проявами особистості, зміни у цій сфері - є надзвичайно складним завданням. Ця тенденція потребує подальшого дослідження та уточнення.

В залежності від типу безсилля (його спрямованості на себе, клієнта, ситуацію) можна простежити ставлення спеціаліста до власного досвіду безсилля. Аналіз показав, що ті спеціалісти, у яких простежується спрямованість безсилля на себе характеризують свій досвід безсилля як позитивний. Ті хто вважає безсилля негативним досвідом, схильні спрямовувати його на клієнта або на ситуацію.

Тип безсилля та тип досвіду



На нашій вибірці гіпотеза - чим частіше спеціаліст, що працює з жертвами насильства, відчуває безсилля, тим вищий у нього рівень вторинного травматичного стресу (STS) - підтверджується, але має бути перевірена на більш значущій кількості респондентів.

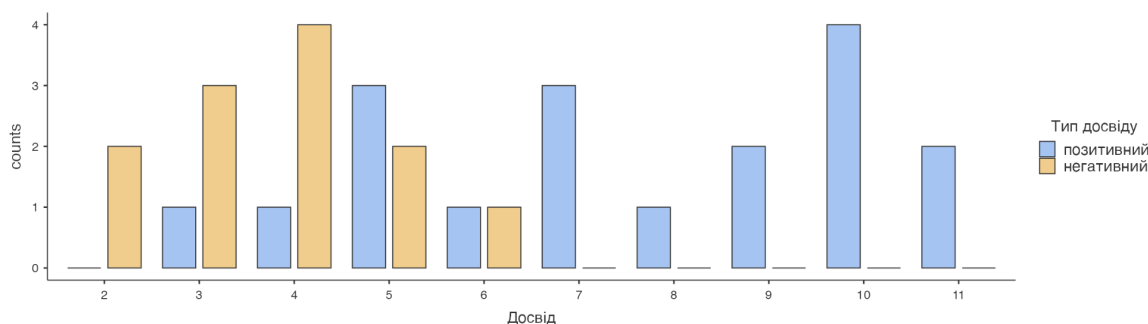
Таблиця 3.16

Частота безсилля

	Частота безсилля	STS
Mean	рідко	15.8
	час-від-часу	19.5
	часто	23.5

Наше дослідження продемонструвало, що чим більший досвід роботи спеціаліста, тим більш позитивним є для нього досвід безсилля.

Досвід роботи та ставлення до досвіду безсилля



Через невелику кількість осіб у досліджуваній групі респондентів результати цього якісного дослідження не можна надмірно узагальнювати стосовно усіх представників соціономічних професій. Однак вони можуть бути надзвичайно корисні для вивчення такого феномену як безсилля у спеціалістів, які працюють з жертвами насильства, оскільки дозволяють виявити характерні особливості його переживання, дослідити внутрішні мотиви і спонукання фахівців.

3.3. Практичні рекомендації представникам соціономічних професій, які задіяні у роботі з жертвами насильства

Як ми вже зазначали, насильство за своїми наслідками відноситься до найскладніших психологічних травм. Основними переживаннями клієнта у випадку психологічної травми внаслідок пережитого насильства є відчуття, що він/вона втрачає контроль над своїм життям, а також відгородженість від суспільства. Ключовим аспектом роботи з жертвою насильства є відновлення її контролю над власним життям і розбудова нових зв'язків з іншими людьми. Представники соціономічних професій мають пам'ятати, що покращення стану клієнта може відбуватися лише в контексті стосунків. У встановлених з іншими людьми зв'язках особа, що постраждала від насильства, відновлює важливі психологічні функції, такі як приватність, здатність до довіри, автономність, ідентичність, спроможність.

Наше дослідження показало, що багато спеціалістів, що працюють з жертвами насильства, часто стикаються з переживанням власного безсилля. Нерідко це відбувається тоді, коли спеціаліст намагається грати роль всемогутнього рятівника, намагаючись запуснути процес одужання у постраждалих якнайшвидше. Слід мати на увазі, що такий спосіб взаємодії є небезпечним і руйнівним для обох сторін. Діяльність завжди має бути двостороння. Постраждалим особам вкрай необхідно повернути відчуття контролю над своїм життям, а це означає, що потрібно допомогти клієнту взяти під контроль його поведінку, а не намагатися контролювати саму людину, яка звернулася по допомогу. Спеціаліст не має приймати рішення за свого клієнта, він мусить максимально враховувати бажання постраждалої особи, пропонувати широкі можливості вибору. Клієнт має сам пережити відчуття відновлення контролю. Жертва насильства часто відчуває безпорадність, невпевненість, безсилля перед певними обставинами, які вже неможливо змінити. Зменшення відчуття безпорадності стає можливим завдяки збільшенню можливостей вибору у клієнта.

Всебічна підтримка постраждалої особи є дуже важливою для її одужання та повернення до нормального життя, але професіонал задіяний у роботі з жертвами насильства має розуміти, що він не має права у жодному разі примушувати приймати допомогу, або роботи те, що жертва має зробити сама. Якщо спеціаліст намагається контролювати клієнта, бере на себе відповідальність приймати замість нього рішення, він, скоріш за все, дуже скоро відчує злість, спустошеність та безсилля, яке буде спрямоване на клієнта і є особливо руйнівним для нього, як показує наше дослідження.

Окремо слід згадати про випадки зловживання владою спеціалістами, що працюють з жертвами насильства. Зазвичай клієнт звертається по допомогу у вкрай розгубленому та пригніченому стані. В таких ситуаціях часто мають місце універсальні дитячі переживання залежності від батька або матері. Подібне перенесення клієнтів робить їх вкрай уразливими до експлуатації. Зловживати владою для професіонала у цій галузі є неприпустимим, оскільки

до нього звертаються особи, які і так страждають від чужого свавілля та різних форм експлуатації. Крім того, слід пам'ятати, що зловживання силою парадоксальним чином часто відображає почуття безсилля.

Спеціаліст, що надає допомогу жертвам насильства має залишатися по можливості нейтральним та незацікавленим. У даному контексті незацікавлений означає, що представник соціономічної професії утримується від використання влади над своїм клієнтом для задоволення своїх особистих потреб. Нейтральність же означає, що спеціаліст не має однозначно приймати ту чи іншу сторону у конфліктах клієнта. Як зазначають спеціалісти, що приймали участь у нашому дослідженні, незацікавлена та нейтральна позиція - це те, чого має прагнути кожен професіонал, але на практиці це мало кому вдається.

Взаємодія з клієнтами, що постраждали від насильства, вимагає прихильної до них моральної позиції. Це не означає, що потрібно погоджуватись з тим, що дії постраждалої особи є завжди правильними та прийнятними. Представник соціономічної професії, який допомагає жертвам насильства, повинен продемонструвати розуміння складності ситуації та травматичного досвіду. Важливим є відверто говорити постраждалій особі правду без прикрас.

Робота з жертвами насильства вимагає співпраці, не терпить односторонньої діяльності. Не можна примусити постраждалу особу слідувати рекомендаціям спеціалістів, можливо лише продемонструвати їй неосудливе доброзичливе ставлення, ознайомити зі шляхами вирішення її проблеми та дати можливість вибору. Чим більше авторитарного контролю продемонструє спеціаліст, тим більше розчарування та безсилля він відчує, якщо його співпраця з постраждалою особою не принесе результату.

Почуття безсилля досить часто виникає у спеціалістів в роботі з жертвами насильства. Професіонал опиняється у певному психологічному стані, у якому він відчуває себе позбавленим сил, а також здатності впливати на певні події у житті чи на дії інших, що призводить до відчуття застрягливості, безнадійності,

неефективності та втрати сил. Стикаючись з подібними переживаннями у своїй практиці, спеціаліст не має впадати у відчай, він може спробувати подолати своє безсилля. Першим кроком буде безпосередньо визнання у себе почуття безсилля, наступним - спроба описати його, зрозуміти його спрямованість. Наприклад, можна скористатися категоризацією, яка здійснена у нашому дослідженні (визначити свій тип безсилля за його спрямованістю - на себе, на клієнта або на ситуацію). У нашому дослідженні більшість професіоналів спрямовують безсилля на себе. І це є відносно безпечний варіант. Аналіз показав, що ті спеціалісти, у яких простежується спрямованість безсилля на себе характеризують свій досвід безсилля як більш позитивний. Ті хто вважає безсилля негативним досвідом, схильні спрямовувати його на клієнта або на ситуацію. У ситуації, коли спеціалісти приписують виключно клієнтам провину за відсутність успіху в їхній взаємодії, вони самі згодом можуть відчувати ще більше провини і сорому, посилюючи таким чином своє почуття безсилля.

Деякі спеціалісти, особливо ті, які ще не мають необхідного досвіду, можуть відчувати себе пригніченими тривогою, горем, провиною і страхом, це спокушає їх стрибнути в інтерпретації або у тонко завуальовані поради або, навпаки, відвернути емоції за допомогою порожнього «емпатичного» дзеркального відображення. Проте, контактуючи з жертвою насильства і використовуючи свій власний досвід безсилля, спеціаліст може знайти нові способи розв'язання проблем. Переживання безсилля, що часто супроводжується почуттями страху, паніки, люті та безнадійності, допомагає добре усвідомити, що насправді відчуває клієнт, що саме він намагається сказати фахівцю про свої потреби. Іншими словами, взаємодія з власним безсиллям та його прийняття може призвести до виникнення терапевтичної позиції, яка може виявитися особливо корисною, враховуючи природу страждань клієнта – страждання, яке зазвичай характеризується ізоляцією, неефективністю та соромом.

Спеціаліст, що працює з жертвами насильства, через специфіку своєї повсякденної психологічної та соціальної практики, схильний до виникнення

синдрому емоційного вигорання, вторинної травматизації, фізичного, емоційного або мотиваційного виснаження. Треба пам'ятати про дві основні помилки, які не слід повторювати у своїй професійній діяльності. Перша помилка пов'язана з мірою емпатії. Емпатія є співпереживання та розуміння психологічного стану іншої людини без «злиття» з цим станом, що передбачає збереження контролю над тим, що відбувається, з боку спеціаліста. Тому досвідчений фахівець, співпереживаючи клієнту, частково залишається в позиції спостерігача за тим, що відбувається, відстежує консультаційний процес і водночас планує подальший розвиток розмови з клієнтом. Друга помилка проявляється в тому, що спеціаліст, створивши емпатичний контакт із клієнтом, не здійснює вихід з цього контакту після завершення консультації, продовжує переживати, аналізувати ситуацію клієнта.

Надзвичайно важливим є знання основних способів подолання безсилля. Аналіз відповідей 30 досвідчених учасників дозволив нам виділити шість основних категорій, способів подолання безсилля: саморегуляція, професійний розвиток, довірливе спілкування, хобі, задоволеність (собою, роботою, своїми відносинами з близькими людьми), релігійний світогляд. Кожен спеціаліст, безумовно, має обрати власні способи відновлення своїх ресурсів для продовження роботи і регулярно їх застосовувати.

Висновки до розділу III

Поняття безсилля спеціалісти, що працюють з жертвами насильства, визначають як неможливість виконати певну дію, а саме - неможливість вплинути на щось або на когось. В процесі аналізу ми виділили три основні категорії в рамках досліджуваного явища, які відображають спрямованість переживання безсилля фахівця у професійному контексті: 1) неможливість вплинути на себе, 2) неможливість вплинути на клієнта, 3) неможливість вплинути на ситуацію.

Ми також виділили 6 наступних основних способів подолання безсилля представниками соціономічних професій: саморегуляція, професійний розвиток, довірливе спілкування, хобі, задоволеність (собою, роботою, відносинами з близькими людьми), релігійний світогляд.

Спеціалісти з нашої вибірки, які демонструють спрямованість безсилля на себе, найбільш дієвим способом подолання безсилля вважають довірливе спілкування, а також професійний розвиток. Фахівці, які демонструють спрямованість безсилля на клієнта, обирають довірливе спілкування та хобі як найбільш ефективні способи подолання безсилля. Респонденти, безсилля яких спрямоване на ситуацію, визначили саморегуляцію як основний спосіб подолання безсилля.

В ході нашого дослідження ми також виявили основні емоції, які супроводжують почуття безсилля спеціалістів у роботі з жертвами насильства: розгубленість, пригнічення, сум, роздратування, злість, агресія, зневіра, відраза, полегшення.

Враховуючи те, що вторинний травматичний стрес дуже низький або майже відсутній у представників нашої вибірки на момент дослідження, а

також з огляду на невелику кількість нашої вибірки та якісну направленість нашого дослідження, ми вважаємо, що гіпотеза стосовно того, що вторинна травматизація та переживання безсилля тісно взаємопов'язані та можуть підсилювати один одного, потребує уточнення у подальших дослідженнях. На

нашій вибірці гіпотеза - чим частіше спеціаліст, що працює з жертвами насильства, відчуває безсилля, тим вищий у нього рівень вторинного травматичного стресу (STS) - підтверджується, але має бути перевірена на більш значущій кількості респондентів.

Аналіз даних нашого дослідження показав, що представники соціономічних професій, які прийняли участь у нашому дослідженні, часто або час від часу стикаються з досвідом безсилля. Частіше за все безсилля відчувають соціальні працівники та психологи, при чому психологи частіше, ніж соціальні працівники. Така тенденція пов'язана з тим, що психолог працює з особистістю, а соціальний працівник - з кризовою ситуацією. Соціальний працівник може фізично змінити ситуацію свого клієнта, в той час як психолог має взаємодіяти з проявами особистості, зміни у цій сфері - є надзвичайно складним завданням. Ця тенденція потребує подальшого дослідження.

В залежності від типу безсилля (його спрямованості на себе, клієнта, ситуацію) можна простежити ставлення спеціаліста до власного досвіду безсилля. Аналіз показав, що ті спеціалісти, у яких простежується спрямованість безсилля на себе характеризують свій досвід безсилля як позитивний. Ті хто вважає безсилля негативним досвідом, схильні спрямовувати його на клієнта або на ситуацію.

Наше дослідження також продемонструвало, що чим більший досвід роботи спеціаліста, тим більш позитивним є для нього досвід безсилля.

Робота з жертвами насильства - є надзвичайно складним завданням. Враховуючи досвід відомих науковців, а також 30 учасників нашого дослідження ми розробили низку практичних рекомендації представникам соціономічних професій, які задіяні у роботі з жертвами насильства.

ВИСНОВКИ

Діалектика травми є постійним викликом для емоційної рівноваги спеціаліста, задіяного у роботі з жертвами насильства. Такий фахівець через специфіку своєї повсякденної психологічної та соціальної практики, схильний до виникнення почуття безсилля.

У нашому дослідженні ми провели ретельний теоретичний аналіз для концептуалізації поняття безсилля в психології. За допомогою якісного контент-аналізу нами було встановлено, що поняття безсилля спеціалісти, що працюють з жертвами насильства, визначають як неможливість виконати певну дію, а саме - неможливість вплинути на щось або на когось. В процесі аналізу ми виділили три основні категорії в рамках досліджуваного явища, які відображають спрямованість переживання безсилля фахівця у професійному контексті: 1) неможливість вплинути на себе, 2) неможливість вплинути на клієнта, 3) неможливість вплинути на ситуацію. У більшості спеціалістів з нашої вибірки простежується спрямованість безсилля на себе.

За допомогою якісного аналізу ми виділили 6 основних способів подолання безсилля представниками соціономічних професій: саморегуляція, професійний розвиток, довірливе спілкування, хобі, задоволеність (собою, роботою, відносинами з близькими людьми), релігійний світогляд.

Спеціалісти з нашої вибірки, які демонструють спрямованість безсилля на себе, найбільш дієвим способом подолання безсилля вважають довірливе спілкування, а також професійний розвиток. Фахівці, які демонструють спрямованість безсилля на клієнта, обирають довірливе спілкування та хобі як найбільш ефективні способи подолання безсилля. Респонденти, безсилля яких спрямоване на ситуацію, визначають саморегуляцію як основний спосіб подолання безсилля.

В ході нашого дослідження ми також виявили основні емоції, які супроводжують переживання безсилля спеціалістів у роботі з жертвами насильства: розгубленість, пригнічення, сум, роздратування, злість, агресія,

зневіра, відраза, полегшення.

Враховуючи те, що вторинний травматичний стрес дуже низький або майже відсутній у представників нашої вибірки на момент дослідження, а також з огляду на невелику кількість нашої вибірки та якісну направленість нашого дослідження, ми вважаємо, що гіпотеза стосовно того, що вторинна травматизація та переживання безсилля тісно взаємопов'язані та можуть підсилювати один одного, потребує уточнення у подальших дослідженнях.

Ми проаналізували усі отримані нами дані (соціальні особливості вибірки, частота переживання безсилля, емоції, ставлення до досвіду безсилля, способи подолання, рівень вторинного травматичного стресу) за допомогою комп'ютерної програми Jamovi. Ми створили окрему таблицю, яка містить весь масив зібраних даних для планування можливих кількісних досліджень на наступному етапі та для виявлення нових зв'язків у рамках досліджуваного явища. Вона є корисною для систематизації та узагальнення всіх даних, а також для первинної перевірки гіпотез.

Представники соціономічних професій, які прийняли участь у нашому дослідженні, стверджують, що часто або час від часу стикаються з досвідом безсилля. Тільки 2 респоденти зазначили, що переживають безсилля рідко. Частіше за все безсилля відчують соціальні працівники та психологи, при чому психологи частіше, ніж соціальні працівники. Ми припускаємо, що така тенденція пов'язана з тим, що психолог працює з особистістю, а соціальний працівник - з кризовою ситуацією. Соціальний працівник може фізично змінити ситуацію свого клієнта, в той час як психолог має взаємодіяти з проявами особистості, зміни у цій сфері - є надзвичайно складним завданням. Ця гіпотеза потребує подальшого дослідження та уточнення.

В залежності від типу безсилля (його спрямованості на себе, клієнта, ситуацію) можна простежити ставлення спеціаліста до власного досвіду безсилля. Аналіз показав, що ті спеціалісти, у яких простежується спрямованість безсилля на себе характеризують свій досвід безсилля як позитивний. Ті хто вважає безсилля негативним досвідом, схильні спрямовувати

його на клієнта або на ситуацію. Це може стати одним з подальших напрямів дослідження.

На нашій вибірці гіпотеза - чим частіше спеціаліст, що працює з жертвами насильства, відчуває безсилля, тим вищий у нього рівень вторинного травматичного стресу - підтверджується, але має бути перевірена на більш значущій кількості респондентів.

Наше дослідження продемонструвало, що чим більший досвід роботи спеціаліста, тим більш позитивним є для нього досвід безсилля. Ця гіпотеза також може бути уточнена та перевірена у подальшому кількісному дослідженні.

Через невелику кількість осіб у досліджуваній групі респондентів та якісну спрямованість результати цього дослідження не можна надмірно узагальнювати стосовно усіх представників соціономічних професій. Однак вони можуть бути надзвичайно корисні для вивчення такого феномену як безсилля у спеціалістів, які працюють з жертвами насильства, оскільки дозволяють виявити характерні особливості його переживання, дослідити внутрішні мотиви і спонукання фахівців, а також дозволяють розробити низку практичних рекомендацій для фахівців цієї галузі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агарков В. А. Базовые принципы психотерапии последствий психологической травмы // Вопросы психологии экстремальных ситуаций, 2010. № 1. С. 25-37.
2. Белов В. Г., Парфенов Ю. А. Психология кризисных состояний: учеб. пособие. СПб.: ГИПИСР, 2011. 289 с.
3. Большая энциклопедия по психиатрии / под ред. В. А. Жмурова. 2-е изд. М.: Джангар, 2012. 864 с.
4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання - від знуцань у сім'ї до політичного терору. Видавництво Старого Лева. 2015, 416 с.
5. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия. СПб.: Речь, 2007. 405с
6. Емельянова Е. Треугольники страданий. СПб.: Речь, 2007. 224 с.
7. Калмыкова Е. С., Миско Е. А., Тарабрина Н. В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психологический журнал, 2001. № 4 (Т. 22). С. 70–80.
8. Кулаков С. А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. СПб.: Речь, 2006. 236 с.
9. Леонова А. Б., Кузнецова А. С. Психологические технологии управления состоянием человека. М.: Смысл, 2009. 336 с.
10. Линдемманн Э. Клиника острого горя. Психология эмоций. М.: Изд-во Московского университета, 1984. 310 с.
11. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М.: Эксмо, 2010. 960 с.
12. Общая психология. Словарь / под ред. А. В. Петровского. СПб. : Речь, 2005. 250 с.
13. Пономарева И. М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие. СПб.: СПбГИПСР, 2014. 197 с.
14. Роджерс К. Консультирование и психотерапия: новейшие подходы в области практической работы. М.: Эксмо-Пресс, 2000. 512 с.

15. Ромек В. Г., Конторович В. А., Крукович Е. И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб.: Речь, 2007. 256 с.
16. Шапарь В. Б. Психология кризисных ситуаций. Ростов-на-Дону, 2008. 313 с.
17. Шех О. И., Сергеев С. С. Теория и практика психологической помощи при травматическом стрессе: методические рекомендации. СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет путей сообщения, 2007. 280 с.
18. Anderson M., Gillig P., Sitaker M., McCloskey K., Malloy K., Grigsby N. "Why Doesn't She Just Leave?": A Descriptive Study of Victim Reported Impediments to Her Safety // *Journal of Family Violence*. 2003. Vol. 18(1). P. 151-155.
19. Bartoskova L. Research into post-traumatic growth in therapists: A critical literature review // *Counselling Psychology Review*, 2015. Vol. 30 (3). P. 57-68.
20. Breuer Josef and Freud Sigmund. Studies on Hysteria. In James Strachey (Ed.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press, 1995. 335 p.
21. Britton R. Keeping things in mind. Clinical lectures on Klein and Bion, London, England: Routledge, 1992. 104 p.
22. Burgess A. W., Holmstorn L. L. Rape and Trauma Syndrome // *American Journal of Psychiatry*. 1974. Vol. 131(9). P. 981-986
23. Caridade S., Sani A., Nunes L., Dinis A. Victims of Violence: Support, Challenges and Outcomes In M. L. Knudsen (Ed.). USA: Nova Science Publishers, 2020. 540 p.
24. Cavadinha C. M., Labronici L. M., Herreira T. T. Feeling powerless: a feeling expressed by caregivers of sexual violence victims // *Latino-Am. Enfermagem*, 2009. Vol 17(3). P. 97-115
25. Dallos S., Dallos R. *Couples, Sex and Power. The Politics of Desire*, Open University Press, 1997. 320 p.
26. Dunkley Jane, Thomas A. Whelan. Vicarious traumatisation: Current status

and future directions // *British Journal of Guidance and Counselling*. 2006. Vol. 34. P. 107-116.

27. Erdman A. The Powerless Therapist and the Helpless Borderline: Acceptance, Aloneness, and Dyadic Joining // *Psychoanalytic Social Work*, 2017. Vol. 24 (4). P. 1-17

28. Freud, Anna. The ego and the mechanisms of defence. New York, International Universities Press, 1966. 196 p.

29. Goldner V., Penn P., Sheinberg M., Walker, G. Love and violence: Paradoxes of volatile attachments // *Family Process*, 1990. Vol. 29. P. 343–364.

30. Grigsby N., Hartman B. R. The Barriers Model: An integrated strategy for intervention with battered women // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1997. Vol. 34 (4). P. 485–497

31. Grinker J., and Spiegel H. Men under stress. Blakiston; 2nd Printing edition, 1945. 484 p.

32. Hildebrand J., Markovic D. Systemic Therapists' Experience of Powerlessness // *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 2007 Vol. 28. P. 191-199.

33. Janet P. Les accidents mentaux des hystériques: thesis. Faculté de Médecine de Paris, 1893. 210 p.

34. Jülich Sh. Stockholm Syndrome and Child Sexual Abuse // *Journal of Child Sexual Abuse*. 2005. Vol. 14, no. 3. P. 107-129

35. Kardiner A. My Analysis with Freud. Reminiscences. New York: W. W. Norton & Co., Inc., 1977. 123 p.

36. Kardiner A., Spiegel H. War Stress and Neurotic illness. Second Edition of The Traumatic Neuroses of War. New York: Paul B. Hoeber, Inc., 1947. 428 p.

37. Kelly G. A. The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality. Routledge, 1955. 422 p.

38. Leupnitz D. A. Nothing in Common but Their First Names: The case of Foucault and White // *Journal of Family Therapy*, 1992. Vol. 14. P. 281–284.

39. Mackinnon L. K., Miller D. The New Epistemology and the Milan

Approach // Feminist and Socio–Political Considerations, *Journal of Marital and Family Therapy*, 1987. Vol. 13 (2). P. 139–155.

40. McIntyre S. M., Schwartz R. C. Therapists' differential countertransference reactions toward clients with major depression or borderline personality disorder // *Journal of Clinical Psychology*, 1998. Vol. 54 (7). P. 923-931.

41. McKinney K. Breaking the Conspiracy of Silence: Testimony, Traumatic Memory, and Psychotherapy with Survivors of Political Violence // *Ethos*, 2007. Vol. 35, No. 3. P. 265-299.

42. Norman M. *These Good Men: Friendships Forged From War*. New York: Crown, 1989. 318 p.

43. Racker Heinrich. *Transference and Counter-Transference*. International Universities Press, 2001. 216 p.

44. Rampage C. Power, Gender, and Marital Intimacy // *Journal of Family Therapy*, 1994. Vol. 16 (1). P. 125–137.

45. Recarte A. *Unveiling Chaim Shatan: An Analyst Unveiling War Wounds*. City University of New York, 2018. 320 p.

46. Thomas L. Underwood, Christine Edmunds. *Victim Assistance: Exploring Individual Practice, Organizational Policy, and Societal Responses*. Springer Publishing Company, 2002. 304 p.

47. Waldrop A. E., Resick P. A. Coping among adult female victims of domestic violence source // *Journal of Family Violence*. 2004. Vol. 19(5). P. 291–302.

48. Walker L. *Abused Women and Survivor Therapy: A Practical Guide for the Psychotherapist*. American Psychological Association, Washington, DC, 1994. 529 p.

49. Walker L. *The Battered Woman*. New York: Harper & Raw, 1979. 270 p.

50. Wastell Colin. *Understanding Trauma and Emotion: Dealing with Trauma Using an Emotion-focused Approach*. Open University Press, 2004. 202 p.

51. Woollaston K., Hixenbaugh, P “Destructive whirlwind”: Nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder // *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008. Vol. 15. P. 703–709.

ДОДАТКИ

Додаток А - Демо-блок

Стать:
Вік:
Освіта:
Сфера професійної (волонтерської) діяльності / посада:
Досвід роботи у сфері взаємодії з жертвами насильства (... років/місяців):
Частота контактів з жертвами насильства:

Додаток Б - Питання для глибинного інтерв'ю

1. Встановлення контакту, формування атмосфери довіри:
 - Розкажіть, будь ласка, про Вашу роботу? Що Ви вважаєте особливістю Вашою практики (з якою категорією людей Ви працюєте, які їхні особливості, які труднощі є у Вашій роботі)?
 - Як Ви відчуваєте себе поруч з клієнтом (пацієнтом, підопічним)? Як відчуваєте себе, коли клієнт розповідає Вам свою історію та описує травматичну подію?
 - Що дає Вам сили працювати з цією категорією клієнтів (пацієнтів, підопічних)?
 - Вам подобається Ваша робота? Чи задоволені Ви своєю роботою?
 - Пригадайте, чи відчували ви коли-небудь безсилля у своїй роботі? Чи стикалися Ви з безсиллям клієнта?
2. Як Ви розумієте поняття “безсилля” у професійному контексті? Дайте Ваше визначення поняттю безсилля.
3. Чи є у Вас досвід переживання безсилля у роботі з клієнтами (пацієнтами, підопічними)?
4. Що саме змушує Вас відчувати безсилля у роботі з клієнтами (пацієнтами, підопічними)? Наведіть, будь ласка, конкретний приклад, коли Ви переживали досвід безсилля у своїй роботі.
5. Як часто Ви відчуваєте безсилля у роботі з клієнтами?
6. Які емоції у Вас найчастіше виникають, коли Ви відчуваєте безсилля в роботі?
7. Як впливає переживання безсилля особисто на Вас? Чи завжди це є негативний досвід?

8. Як Ви справляєтесь з цим почуттям? Що допомагає Вам рухатись далі?
9. Наскільки актуальною є для Вас тема безсилля у роботі з клієнтами (пацієнтами, підопічними)

Додаток В - Шкала вторинного травматичного стресу

Нижче наведено перелік тверджень осіб, які працювали з травмованими клієнтами. Прочитайте кожне твердження, а потім вкажіть, як часто це твердження було вірним для вас за останні сім (7) днів та за останні три (3) місяці.

ПРИМІТКА: Термін «клієнт» використовується для позначення осіб, яким ви надавали допомогу. Його може замінити на інший іменник, який краще представляє вашу роботу, наприклад споживач послуг, пацієнт, одержувач тощо.

0 - Ніколи

1 - Рідко

2 - Час від часу

3 - Часто

4 - Дуже часто

		0	1	2	3	4
1a	За останні 7 днів я почував (-ла) себе емоційно заціпенілим (-ою)					
1b	За останні 3 місяці я почував (-ла) себе емоційно заціпенілим (-ою)					
2a	За останні 7 днів моє серце починало прискорено битися, коли я думав (-ла) про свою роботу з клієнтами					
2b	За останні 3 місяці моє серце починало прискорено битися, коли я думав (-ла) про свою роботу з клієнтами					
3a	За останні 7 днів у мене було таке відчуття, що я сам (-а) пережив (-ла) травму (-и), яку пережили мої клієнти/мій клієнт.					

3b	За останні 3 місяці у мене було таке відчуття, що я сам (-а) пережив (-ла) травму (-и), яку пережили мої клієнти/мій клієнт.						
4a	За останні 7 днів в мене були проблеми зі сном.						
4b	За останні 3 місяці в мене були проблеми зі сном.						
5a	За останні 7 днів я відчував (-ла) зневіру щодо майбутнього						
5b	За останні 3 місяці я відчував (-ла) зневіру щодо майбутнього						
6a	За останні 7 днів нагадування про мою роботу з клієнтами засмучували мене						
6b	За останні 3 місяці нагадування про мою роботу з клієнтами засмучували мене						
7a	За останні 7 днів мене мало цікавило перебування в оточенні інших						
7b	За останні 3 місяці мене мало цікавило перебування в оточенні інших						
8a	За останні 7 днів я відчував (-ла) напругу (нервував /-ла)						
8b	За останні 3 місяці я відчував (-ла) напругу (нервував /-ла)						
9a	За останні 7 днів я був (-ла) менш активним (-ою), ніж зазвичай						
9b	За останні 3 місяці я був(-ла) менш активним (-ою), ніж зазвичай						
10a	За останні 7 днів я думав про свою роботу з клієнтами, коли не мав (-ла) наміру цього робити.						
10b	За останні 3 місяці я думав про свою роботу з клієнтами, коли не мав (-ла) наміру цього робити.						
11a	За останні 7 днів мені було важко зосередитись						
11b	За останні 3 місяці мені було важко зосередитись						
12a	За останні 7 днів я уникав (-ла) людей, місць чи речей, які нагадували мені про мою роботу з клієнтами						
12b	За останні 3 місяці я уникав (-ла) людей, місць чи речей,						

	які нагадували мені про мою роботу з клієнтами					
13a	За останні 7 днів мені снилися тривожні сни про мою роботу з клієнтами					
13b	За останні 3 місяці мені снилися тривожні сни про мою роботу з клієнтами					
14a	За останні 7 днів я хотів (-ла) уникнути роботи з деякими клієнтами					
14b	За останні 3 місяці я хотів (-ла) уникнути роботи з деякими клієнтами					
15a	За останні 7 днів мене було легко роздратувати					
15b	За останні 3 місяці мене було легко роздратувати					
16a	За останні 7 днів я очікував (-ла), що станеться щось погане					
16b	За останні 3 місяці я очікував (-ла), що станеться щось погане					
17a	За останні 7 днів я помітив (-ла) прогалини в пам'яті про сесії з клієнтами					
17b	За останні 3 місяці я помітив (-ла) прогалини в пам'яті про сесії з клієнтами					

Інструкції з підрахунку балів

Для кожної підшкали нижче додайте свої бали за всі перераховані елементи. Додайте суму балів в правій колонці, щоб отримати загальний результат

Підшкала	Пункти	Бал
Тенденція вторгнення (нав'язливого відтворення)	2	
	3	
	6	
	10	
	13	

Тенденція уникання	1 5 7 9 12 14 17	
Тенденція фізичного збудження	4 8 11 15 16	
Загальна кількість балів		

Інтерпретація балів

Низький або відсутній вторинний травматичний стрес	Легкий вторинний травматичний стрес	Помірний (середньої тяжкості) вторинний травматичний стрес	Високий вторинний травматичний стрес	Дуже високий вторинний травматичний стрес
27 або менше	28-37	38-43	44-48	49+

SECONDARY TRAUMATIC STRESS SCALE

The following is a list of statements made by persons who have been impacted by their work with traumatized clients. Read each statement then indicate how frequently the statement was true for you in the past seven (7) days and in the past three (3) months by circling the corresponding number next to the statement.

NOTE: "Client" is used to indicate persons with whom you have been engaged in a helping relationship. You may substitute another noun that better represents your work such as consumer, patient, recipient, etc.

0- Never

1- Rarely

2- Occasionally

3- Often

4- Very Often

		0	1	2	3	4
1a	In the past 7 days I felt emotionally numb					
1b	In the past 3 months I felt emotionally numb					
2a	In the past 7 days my heart started pounding when I thought about my work with clients					
2b	In the past 3 months my heart started pounding when I thought about my work with clients					
3a	In the past 7 days it seemed as if I was reliving the trauma(s) experienced by my client(s)					
3b	In the past 3 months it seemed as if I was reliving the trauma(s) experienced by my client(s)					
4a	In the past 7 days I had trouble sleeping					
4b	In the past 3 months I had trouble sleeping					
5a	In the past 7 days I felt discouraged about the future					
5b	In the past 3 months I felt discouraged about the future					
6a	In the past 7 days reminders of my work with clients upset me					
6b	In the past 3 months reminders of my work with clients upset me					
7a	In the past 7 days I had little interest in being around others					
7b	In the past 3 months I had little interest in being around others					
8a	In the past 7 days I felt jumpy					
8b	In the past 3 months I felt jumpy					
9a	In the past 7 days I was less active than usual					
9b	In the past 3 months I was less active than usual					
10a	In the past 7 days I thought about my work with clients when I didn't intend to					
10b	In the past 3 months I thought about my work with clients when I didn't intend to					
11a	In the past 7 days I had trouble concentrating					
11b	In the past 3 months I had trouble concentrating					

12a	In the past 7 days I avoided people, places, or things that reminded me of my work with clients					
12b	In the past 3 months I avoided people, places, or things that reminded me of my work with clients					
13a	In the past 7 days I had disturbing dreams about my work with clients					
13b	In the past 3 months I had disturbing dreams about my work with clients					
14a	In the past 7 days I wanted to avoid working with some clients					
14b	In the past 3 months I wanted to avoid working with some clients					
15a	In the past 7 days I was easily annoyed					
15b	In the past 3 months I was easily annoyed					
16a	In the past 7 days I expected something bad to happen					
16b	In the past 3 months I expected something bad to happen					
17a	In the past 7 days I noticed gaps in my memory about client sessions					
17b	In the past 3 months I noticed gaps in my memory about client sessions					

Scoring Instructions

For each subscale below, add your scores for the items listed. Add the three scores in the right hand column for a total score

Subscale	Items	Score
Intrusion	2	
	3	
	6	
	10	
	13	

Avoidance	1 5 7 9 12 14 17	
Arousal	4 8 11 15 16	
Total		

Score Interpretation

Little or No STS	Mild STS	Moderate STS	High STS	Severe STS
27 or less	28-37	38-43	44-48	49+