

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпровський державний медичний університет

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СІМЕЙНОГО НАСИЛЬСТВА

Колективна монографія під загальною редакцією
професора **Т.О.Перцевої**, професора **В.В.Огоренко**

Дніпро
2021

УДК 364.62:343.541–058.6

А 43

*До друку рекомендовано Рішенням Вченої ради Дніпровського державного
медичного університету (протокол №8, від 24.06.2021 р.)*

Рецензенти:

Марута Н.О. – доктор медичних наук, професор, заступник директора з наукової роботи, завідувач відділу пограничної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,

Михайлов Б.М. – доктор медичних наук, професор, професор кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

Колектив авторів:

Перцева Т.О. – д.мед.н., професор, ректор ДДМУ

Огоренко В.В. – д.мед.н., професор кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ

Кожина Г.М. – д.мед.н., професор завідувач кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ

Зеленська К.О. – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ

Носов С.Г. – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ

Терьошина І.Ф. – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ

Мамчур О.Й. – к.мед.н., асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ

Гненна О.М. – асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ

Тимофєєв Р.М. – асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ

Шорніков А.В. – асистент кафедри психіатрії, наркології і медичної психології ДДМУ

Актуальні проблеми сімейного насильства : монографія / Перцева Т.О., Огоренко В.В., Кожина Г.М., Зеленська К.О., Носов С.Г., Терьошина І.Ф., Гненна О.М., Мамчур О.Й., Тимофєєв Р.М., Шорніков А.В.; за заг. ред. проф. Т.О.Перцевої та проф. В.В. Огоренко. Дніпро, 2021. – 188 с.

ISBN 978-966-981-511-8

Колективна монографія «Актуальні проблеми сімейного насильства» присвячена важливій проблемі, що стосується як окремої особистості, так і суспільства у цілому. Наслідки сімейного насильства є жахливими і повинні привертати увагу не тільки суспільних організацій, але й стати глобальним планом дій, спрямованих на подолання цього небезпечного явища на загальнодержавному рівні. У монографії висвітлені основні ознаки феномену сімейного насильства, наведені теоретичні основи виникнення насильства у сім'ї. Величезна увага приділена наслідкам сімейного насильства та розкриті принципи комплексного підходу до ефективного подолання таких наслідків. Підкреслена роль суспільства та держави у цьому складному процесі, особливо в умовах підвищення рівня насильств в світі, що викликано пандемією COVID-19. Монографія призначена для лікарів психіатрів, медичних психологів, сімейних лікарів, а також фахівців, діяльність яких пов'язана з питаннями психічного здоров'я.

УДК 364.62:343.541–058.6

© Колектив авторів, 2021

© ЛІРА, 2021

ISBN 978-966-981-511-8

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОБЛЕМИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	8
1.1. РОЗУМІННЯ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ.....	8
1.2. ВИДИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	13
1.3. ГЕНДЕРНО-ВІКОВИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ.....	15
1.4. ПОШИРЕНІСТЬ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА У СВІТІ.....	19
1.5. ЗАКОНОДАВЧЕ ВРЕГУЛЮВАННЯ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ ЩОДО ПИТАНЬ НАСИЛЬСТВА	21
РОЗДІЛ 2. ТЕОРІЇ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	28
РОЗДІЛ 3. АГРЕСІЯ ТА НАСИЛЬСТВО В СІМ'Ї, ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АГРЕСОРА ТА ЖЕРТВИ НАСИЛЬСТВА	45
РОЗДІЛ 4. НАСЛІДКИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	60
4.1. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	60
4.2. ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ ЯК НАСЛІДОК ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	66
4.2.1. <i>Невротичні стани як наслідок домашнього насильства</i>	75
4.2.2. <i>Депресивні стани як наслідок домашнього насильства</i>	87
4.3. АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА	92
4.3.1. <i>Несуїцидальні самоушкодження</i>	102
4.3.2. <i>Суїцидальна поведінка у жертв насильства</i>	110
4.4. СОМАТИЧНІ НАСЛІДКИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА.....	115
РОЗДІЛ 5. ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	124
5.1. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ.....	124
5.2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ДОПОМОГА ЖЕРТВАМ НАСИЛЬСТВА.....	129
5.3. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З КРИВДНИКОМ.....	140
5.4. ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА.....	147
РОЗДІЛ 6. ВПЛИВ КАРАНТИНУ ВНАСЛІДОК ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА РІВЕНЬ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА	154
РОЗДІЛ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СВОЄЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА ТА КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ, НАПРАВЛЕНИХ НА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЮ	160
ДОДАТКИ	169
Додаток 1. Шкала прогнозування агресивної поведінки Тимофєєва-Шорнікова (TUMOFEEV-SHORNIKOV AGGRESSIVE BEHAVIOR PROGNOSTIC SCALE).....	169
Додаток 2. Психологічна діагностика індексу життєвого стилю.....	171
Додаток 3. Опитувальник Басса-Перрі (BPAQ).....	176

Додаток 4. Опитувальник БАССА-Дарки	178
Додаток 5. Опитувальник ПАЦІЄНТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я РНҚ-9	184
Додаток 6. Опитувальник ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ GAD-7	185
Додаток 7. Опитувальник ДЕПРЕСІЇ БЕКА.....	185
Додаток 8. ШКАЛА РЕАКТИВНОЇ ТА ОСОБИСТІСНОЇ ТРИВОЖНОСТІ Ч.Д. СПІЛБЕРГЕРА - Ю.Л. ХАНІНА.....	188
Додаток 9. Опитувальник «АНАЛІЗ СІМЕЙНОЇ ТРИВОГИ» (АСТ)	192
Додаток 10. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ СХИЛЬНОСТІ ОСОБИ ДО КОНФЛІКТНОЇ ПОВЕДІНКИ К. ТОМАСА (АДАПТАЦІЯ Н. В. ГРІШИНОЇ)	194

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

COVID-19 – корона вірусна інфекція викликана вірусом SARS-CoV-2

DSM – Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

МКХ – Міжнародна класифікація хвороб

ООН – Організація об'єднаних націй

ПАР – психоактивні речовини

ПТСР – Посттравматичний стресовий розлад

“Мене це завжди бентежило, тому що ми робили таку велику роботу, рухаючись вперед як вид і будуючи це велике суспільство, але ми все ще зберігли одну частину свого доісторичного минулого – тенденцію до жорстокості та агресивності.”

David Chester, Ph.D.

ВСТУП

В.В.Огоренко

Життя безлічі людей у всьому світі наповнене насильством, у будь-який момент воно може наблизитися і до нас. Але багато з нас можуть легко уникнути неприємностей: для цього їм буде достатньо сховатися за власними дверима і, за можливістю, остерігатися небезпечних місць. Деяким людям сховатися ніде: насильство чекає їх вдома, добре захищене від сторонніх очей.

Насильство, ймовірно, завжди було частиною існування людства. Його різноманітні прояви можна побачити у всіх куточках світу. Але тільки останнім часом на цю проблему звернули серйозну увагу. Тема насильства і агресії стала однією з найактуальніших починаючи з кінця двадцятого століття. Проблему сімейного насильства поступово стали обговорювати, переважно, завдяки зусиллям неурядових жіночих організацій, фахівців в галузі гендерних і соціальних досліджень. Під тиском громадськості почалась активна державна допомога кризовим центрам, притулкам для жінок, які пережили насильство. В 1999 році Генеральна асамблея ООН оголосила 25 листопада Міжнародним днем боротьби за ліквідацію насильства щодо жінок.

Сім'я є найважливішою структурною складовою суспільства, яка закладає основи соціальних норм і впливає на процес первинної соціалізації особистості, бере участь в економічних і культурних процесах, тому стабільність сім'ї є умовою для соціально-економічної і політичної стабільності суспільства. Не випадково зараз державна сімейна політика стає одним із пріоритетних напрямків соціальної політики багатьох країн. Проте, сучасна сім'я, перебуває у кризовому стані, що проявляється цілою низкою

деструктивних процесів. Одним з яскравих проявів такої кризи є зростання рівня жорстокості і насильства між членами сім'ї. Вирішення цієї проблеми є одним з актуальних завдань будь-якого суспільства.

У нашій країні проблемі сімейного насильства стали приділяти ретельну увагу досить недавно. Кількість наукових досліджень подружнього насильства і жорстокого поводження з дітьми обмежена. Про міжнародну увагу до проблеми насильства в сім'ї свідчать її чисельні обговорювання і прийняття рішень на конгресах ООН з питань жінок, Всесвітній асамблеї з проблем старіння, а також Всесвітній програмі дій щодо інвалідів та Конвенції про права дитини. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вважає насильство проблемою, що має багатогранні аспекти, і для її ефективного вирішення необхідні підходи, які забезпечать вплив практично на всі рівні суспільства (від державних структур до окремо взятої особистості).

РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ПРОБЛЕМИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

В.В.Огоренко

1.1. РОЗУМІННЯ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА ТА ЙОГО ОСОБЛИВОСТІ

Вперше, як проблема національного масштабу, насильство в сім'ї стало розглядатися у Сполучених Штатах Америки. Приводом для цього стала публікація в журналі Американської медичної асоціації, в 1962 році, статті «Синдром дитини, яку б'ють». Автор публікації професор Г. Кемп з колегами висвітлили проблему жорстокості щодо дітей і саме це сприяло поширенню її за межі суто медичної дискусії. Наприкінці минулого століття значно зросла загальна обізнаність про сімейне насильство та воно було визнано неприпустимим. У 1981 р. в Міністерстві охорони здоров'я і соціального захисту США був утворений Центром аналізу та обробки інформації щодо питань сімейного насильства. Л. Шерманом і Р. Берксом в 1984 р. були розпочаті перші дослідження в області домашнього насильства. Отримані результати сприяли радикальному перегляду поглядів співробітників поліції на тих людей, які скоюють насильство у сім'ях. Тенденція до обходження «приватних справ родини» була змінена на сувору інструкцію покарання агресора. У цей же час Б. Леві видав книгу, присвячену сімейній жорстокості, де був зроблений висновок про те, що це явище є поширеним, серйозним і може відбуватися серед представників всіх верств суспільства. У цій області також працювали видатні американські вчені і практики (Р. Джіллес, М. Стейнман, Л. Лерман, Д. Зорза). Треба відмітити, що число наукових досліджень, присвячених сімейному насильству в останні роки неухильно зростає. Саме такий підхід до проблеми, висвітлення її у наукових розробках, інтеграція в інший науковий простір, поширення теоретичних знань з цього приводу, демонструє адекватну відповідь на виникнення проблеми шляхом її моделювання та освоєння. Крім того, в

США знаходяться найбільші центри по розробці науково-теоретичної бази та методології для детального розгляду феномену домашнього насильства. Значні вкладення та дотації у проведення широкомасштабних лонгітудінальних досліджень, у розробку новітніх методів та опанування знаннями стосовно проблеми насильства, в значній мірі характеризує соціальний підхід до неї у Америці.

Таке ставлення до проблеми, звісно дало свої результати. Особливо ситуація стала змінуватися на фоні активної боротьби за права жінок і дітей, що потерпали від сімейного насильства. Посилення професійної ланки, проведення терапевтичних втручань, активного консультування, зростання кількості місць, де жертви насильства могли б вкритися від спрямованих загроз, пов'язаних з насильством, так званих кризових центрів, а також тенденції до відокремлення, завдяки матеріально-економічній незалежності – всі ці фактори позитивно вплинули на розвиток вивчення соціальних процесів та умов, що створюють подібну проблему, а також можливість її врегулювання.

Треба зауважити, що у більшості країн світу до кінця ХХ століття законодавчо і на практиці захист від домашнього насильства був практично відсутнім. Вперше у 1993 році ООН випустила документ під назвою “Стратегії боротьби із насильством в родині: довідкове керівництво”, в якому було наголошено, що право на особисте сімейне життя не є правом на жорстоке поводження із членами родини. За останні десятиліття ми спостерігаємо активізацію боротьби із правовою безкарністю за домашнє насильство. Першим документом, спрямованим на правову заборону насильства щодо жінок стала Стамбульська конвенція 2014 року, основний заклик якої полягає в тому, щоб покінчити з терпимістю щодо домашнього насильства.

У колишньому Радянському Союзі обговорення проблеми сімейного насильства на державному рівні було під заборонаю і вважалось «закритою» темою, якої займалися лише кримінологи та інші окремі фахівці.

В останні десятиліття насильство в сім'ї в його різних формах набуло таких масштабів і глибини, що становлять загрозу безпеці суспільства й особистості в сучасному світі. Насильство між близькими людьми як частий атрибут сімейного життя має давню історію і існує стільки, скільки існує людство. Медичні наслідки, що виникають в результаті різноспрямованих насильницьких дій, значною мірою стосуються психічного стану жертв жорстокого відношення у власних сімейних взаєминах. Бо ми добре розуміємо значення саме впливу сімейних відносин на особистісні риси характеру та розвиток психічних розладів, тому, що саме у сім'ї відбувається формування та закріплення особистісного ставлення та особистісних реакцій. Саме сім'я здатна зробити людину невразливою та впевненою, чи, навпаки, зруйнувати та нівелювати захистні стратегії та забезпечити підґрунття для виникнення різноманітних психопатологічних станів.

Будь-яке насильство над особистістю - потужний психотравмуючий фактор, який здатен породити істотний дисбаланс між станом внутрішніх адаптаційних механізмів та зовнішніми викликами, що несе життєва ситуація. Саме такий дисбаланс може викликати чисельні та різні за ступенем тяжкості і глибиною емоційні порушення. Психопатологічні розлади, що розглядають як наслідок сімейного насильства, також здатні істотно погіршити якість життя людей, що від нього потерпають. В теперешній час чітко виявляються ознаки змінення традиційного ставлення до сім'ї: сімейні відносини більше не є чимось стабільним, нерухомим, здатним вистояти у будь-яких випробуваннях. Ми спостерігаємо зміни ролевих відносин та, взагалі, зміни у поглядах подружжя на сімейне життя, на морально-етичний аспект шлюбу, на ставлення до старшого покоління. Чи ми можемо казати про ознаки глобальної сімейної кризи? Мабуть, так. Сучасна сім'я втратила щось важливе і це зробило її більш вразливою до зовнішніх викликів, менш здатною до їх подолання. Звісно, таке становище провокує виникнення певного рівня тривожності, напруженості та тягне за

собою зростання кількості конфліктних ситуацій, нетерпимості одного до одного, створюючи умови для появи сімейного насильства.

Мабуть самим складним та самим невивченим видом сімейного насильства є психологічне насильство. Саме психологічне насильство створює потужне підґрунття до формування його інших видів – фізичного та сексуального. Особлива тема – діти, що стали жертвами сімейного насильства, або діти, що спостерігали за постійними актами жорстокости, скривдженням чи приниженнями. Що можна чекати у подальшому, як буде формуватися особистість у майбутньому, які особистісне викривлення рис характеру відбудеться? А може не відбудеться? На жаль, статистика свідчить про те, що більшість таких дітей будуть мати чисельні проблеми у власному сімейному житті, у комунікаціях, а деякі з них сами стануть тиранами та принесуть безліч страждань іншим людям. Бо саме приклади сім'ї збудують у дитини погляд, що насильство є чимось дозволеним у сімейних стосунках, що за допомогою саме насильства можна врегулювати проблему чи продемонструвати особисту владу. Тобто, це є норма.

Існує три основних підхода до розуміння етіології внутрішньосімейного насильства, які можуть бути сгруповані на трьох рівнях: біологічний рівень, що включає індивідуальні характеристики агресора и жертви; внутрішньосімейний рівень; зовнішній рівень.

В рамках теорій індивідуального рівня вважається, що особистісні особистості, генетичні предиспозиції, можлива психопатологія тощо можуть обумовлювати виникнення насильства (теорія біологічного детермінізму, теорія психопатології та ін.). На мікросоціальному рівні на перший план виносяться особливості динаміки сімейного життя та внутрішньосімейної взаємодії (теорія конфліктів, теорії соціалізації та соціального навчання), які можуть сприяти виникненню насильства. З точки зору прихильників теорій макросоціуму, рівень сімейного насильства безпосередньо залежить від ставлення до цього негативного явища у суспільстві, культурно-історичних уявлень про насильство у приватних відносинах із негативним ставленням до

втручання в інтимні стосунки з боку держави та суспільства; відсутності реальних механізмів врегулювання проблеми насильства; наявності соціально-економічних проблем у суспільстві; ставлення до чоловіка, як до головнішого в ієрархії сімейних відносин.

Насильство в сім'ї – глобальна загальносвітова проблема, для якої немає культурних, географічних, релігійних, соціальних і економічних кордонів. Різні види насильства є досить поширеними в усьому світі незалежно від віку і національності. Подружнє насильство не має жодних освітніх, расових або етнічних кордонів. Воно може відбуватися в сім'ях усіх верств суспільства. Уявлення про те, що насильство є тільки в соціально неблагополучних сім'ях, сучасні дослідники вважають необґрунтованим міфом суспільної свідомості. Це підтверджується не менш тривожною європейською статистикою. Зокрема, у Франції, за офіційними даними, кожні три дні жінка помирає внаслідок домашнього насильства. Результати проведених опитувань показують, що загалом різні випадки насильства в країні (фізичного, сексуального, психологічного) залишаються недостатньо відомими і, як наслідок, недооціненими.

Незважаючи на те, що тему насильства активно вивчають вже більше трьох десятиліть, досі не немає чіткого уявлення про те, що вважати насильством. Поперше треба розглянути основні особливості насильства. Одна з головних особливостей домашнього насильства полягає в тому, що воно має циклічний характер, або «паттерн» різних видів насилля (фізичного, психологічного, сексуального та економічного). Саме цей паттерн відрізняє «домашнє насильство» від «конфлікту». Крім того, підґрунтям конфлікту є проблема, яку можна розв'язати. У ситуації ж насильства в сім'ї одна людина постійно контролює іншу людину із застосуванням сили, що призводить до негативних наслідків у вигляді психологічних та фізичних травм. Теорія циклічного характеру домашнього насильства була розроблена Lenore Walker (1979). Перший етап характеризується зростанням напруги в сім'ї у вигляді порушення у спілкуванні, невдоволення взаєминами тощо. На другому етапі

відбувається інцидент із діями насильницького характеру, що може містити фізичні, психологічні або інші впливи, які виявляються звинуваченнями та погрозами. Далі настає третій етап, примирення, із вибаченнями та виправданнями, частим перекладанням вини на потерпілого та зменшенням значущості того, що сталося. Четвертим етапом є «медовий місяць», коли образи забувають та настає спокій. Після «медового місяця» цикл повторюється. Поступово кожна фаза стає коротшою, інциденти завдають більше шкоди. Насильство стає стандартною моделлю поведінки. Формується порочне коло, яке потерпілий не здатний розірвати. Друга важлива особливість домашнього насильства, яка істотно посилює психологічну травму, полягає в тому, що кривдник і потерпілий — близькі люди. На відміну від злочину, вчиненого незнайомою людиною, домашнє насильство виходить від чоловіка або партнера, колишнього чоловіка, батьків, дітей, інших родичів, нареченого тощо.

Отже, домашнє насильство — це систематично повторювані акти фізичного, психологічного, сексуального, економічного впливу на близьких людей, які вчиняють проти їх волі з метою отримання влади і контролю над ними. Тут треба зазначити і третю принципову особливість домашнього насильства. Вона полягає в тому, що домашнє насильство має гендерну основу. Незважаючи на те, що, згідно зі статистикою, найчастіше жертвами домашнього насильства стають жінки та діти, все ж таки, деякі дружини можуть становити серйозну реальну загрозу для їхніх чоловіків.

1.2. ВИДИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

Згідно з дослідженнями, що були проведені у різних країнах світу, розрізняють такі види домашнього насильства: психологічне, фізичне, сексуальне й економічне. В структурі психологічного насильства завжди є елемент примусу. Так, психологічне насильство — це повторюваний у часі примусовий вплив на опонента, який спрямований на знищення самоповаги, зниження самооцінки та здійснюється за допомогою таких засобів:

приниження честі і гідності, залякування, цькування, умисної неувagi, ігнорування, постійного посиленого контролю, домінування і різних, досить небезпечних і витончених маніпуляцій, завдяки яким людина здійснює наміри, що не збігаються з її бажаннями, і що звісно призводить до виникнення психологічної травми, тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу. Стосовно структури психологічного насильства можна відзначити, що найбільш поширеними видами психологічного насильства є погроза нефізичного покарання, приниження та знецінення.

Треба наголосити, що чоловіки також значно страждають від намірного контролювання з боку дружини. Досить частими є прояви ревностів, бажання керувати стосунками та часом чоловіка. Однією з найбільш поширених форм психологічного насильства з боку жінок є маніпуляція. Саме за допомогою маніпуляцій один партнер підкорює собі плани, бажання та почуття іншого партнера, фактично, отримуючи над ним повний контроль. Зазвичай маніпулювання здійснюється прихованими засобами, за допомогою психологічних маневрів, що виражається у навмисному посиленні власної значущості, самосхваленні. Таке поведіння провокує партнера, що може проявитися у спалахах роздратованості. Саме така реакція і очікується, саме вона і використовується для подальшого приниження та формування у партнера відчуття провини. Взагалі, маніпулювання є досить небезпечним явищем, оскільки основною метою маніпулятора є підкорення волі партнера та бажання поставити його в залежне становище. Це здійснюється будь якими засобами – специфічними висловлюваннями, шантажем, як би випадковими зауваженнями, обмовами, наклепами.

Фізичне насильство має на увазі дії або, навпаки, відсутність певних дій, що призводять, або можуть призвести до втрати здоров'я (аж до втрати життя), порушення розвитку, схилення до вживання небезпечних речовин, що здійснюються під тиском, із застосуванням фізичної сили, погроз,

заподіяння сильного болю. Сексуальне насильство має на увазі здійснення статевого акту без бажання другої сторони (сексуальним об'єктом може бути також дитина), із застосуванням залякування, побиття та насильства. Дуже часто таке може відбуватися у збоченій, неприпустимій формі. І нарешті, економічне насильство — така форма насильства, яка стосується умисного позбавлення людини коштів чи документів або можливостей користуватися матеріальними засобами для придбання їжі, ліків, предметів першої потреби, залишення без догляду чи піклування, заборони працювати, навчатися або примушування до праці та передбачає постійний контроль.

Деякі з дослідників обмежують поняття насильства лише використанням фізичної сили, деякі вважають, що воно поєднує все спектр форм жорстокого ставлення до рідних або інших людей, що проживають у сім'ї. Як би це не було, які б дефініції не використовувались, домашньому насильству притаманні певні загальні ознаки: застосування сили та погроз, що носять відкритий характер; насильство – це примушення або вплив на особистість з певною метою позбавлення прав, можливостей чи ресурсів; як правило, насильство реалізується у двох формах – фізичній і моральній, що завжди принижують людську гідність.

1.3. ГЕНДЕРНО-ВІКОВИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМИ

Вважається, що поширеність домашнього насильства пов'язана з наступними групами факторів. Перша є комбінацією інтенсивної емоційності і інтимності, що супроводжують сімейного життя. Саме ця комбінація є потенційно небезпечною щодо формування жорстокого поведіння з членами родини. Друга група відбиває тенденцію до терпимості і, навіть схвалення сімейного насильства збоку інших дорослих членів сім'ї.

Насильство в сім'ї може мати тісний зв'язок з соціальним стресом. Виділяють нізку проблем, що можуть підвищувати рівень напруженості і привести до жорстокості. Це можуть бути відсутність роботи, матеріальні труднощі, проблеми зі здоров'ям, розходження у поглядах на виховання дітей

та інші. Звісно, що ці проблеми обумовлюють високий рівень занепокоєння та роздратування.

Всі види насильства розділяють на дві групи: перша група розкриває характер насильницьких дій (фізичне, психологічне, сексуальне, і економічне насильство). Однак, очевидно і те, що в більшості випадків насильство носить інтегративний характер. Друга група включає різноманітні характеристики об'єкта (вік, стать, наявність істотних проблем зі здоров'ям, родинні стосунки, релігія, соціальний статус, етнічна та расова приналежність).

Насильство є однією з найбільш гострих соціальних проблем, оскільки воно не тільки відбивається безпосередньо на самих жертвах, але і дестабілізує суспільство в цілому, несе загрозу соціальному порядку. Поширеною формою насильства виступає побутове (домашнє) насильство по відношенню до жінок, яке деструктивно впливає на інститут сім'ї та моральний стан суспільства. Сексуальне та гендерне насильство є одним з порушень прав людини. Ці різновиди насильства вкорінює стереотип гендерних ролей, який заперечує людську гідність індивідуума і призводить в глухий кут людський розвиток. Домашнє насильство відбувається між близькими людьми: чоловіком і дружиною, другом і подругою, гомосексуальними партнерами, батьками та малолітніми дітьми, літніми батьками та їх дорослими дітьми. Будь-яка людина може бути підданий насильству у сім'ї, однак найбільше жертв – серед жінок і дітей.

За даними ВООЗ, найбільшому ризику піддаються жінки більш молодого віку. Для насильства характерно ранній початок: кожна четверта жінка (у віці 15-24 років), що коли-небудь була у відносинах, після досягнення 25 років вже має досвід насильства з боку інтимного партнера.

Феміністськи орієнтовані дослідники (Л.Уолкер, М.Косс, Р.Добаш та ін.), спираючись на положення про гендерну асиметрію, вважають, що основними факторами в виникненні насильства є владні і гендерні відносини. З їх точки зору, саме чоловікі найчастіше вчиняють насильство над жінками,

а не навпаки. Вважається, жінки може чинити насильницькі дії лише з метою самооборони. На думку інших дослідників (М.Страус, Д.Хайнс, Р.Геллес та ін.), існує гендерна симетрія в мотивах і частоті насильства в сімейних відносинах.

Треба відмітити, що жінки частіше, ніж чоловіки застосовують досить прості та безпечні форми насильства, крім того, чоловіки дуже часто вдаються до сексуальної агресії. Також треба наголосити на тому, що здійснюючи агресивні вчинки, чоловіки здебільше прагнуть продемонструвати свою владу та контроль над жертвою. Стосовно одностатевих відносин, більшість досліджень вказує на те, що в таких парах рівень сімейного насильства зустрічається з тією ж частотою, що і в гетеросексуальних.

Аналізуючи розподіл влади в сімейній сфері, зазначено, що право виховання дитини належить батькам, але межі цього права зведені до мінімуму. Таким чином, домашнє насильство можна озглядати, як агресивні і ворожі дії стосовно інших членів сім'ї, в результаті чого об'єкт насильства може отримати травму, бути приниженим або навіть померти. Так два основних аспекта сімейного насильства можна виділити: фізичний і моральний, такий як приниження, образа, психологічна жорстокість.

Відповідно до об'єкта, виділяють 3 типи сімейного насильства:

- Насильство батьків над дітьми;
- Насильство між подружжям;
- Насильство щодо немічних родичів.

Проблема жорстокого поводження або насильства, в тому числі сексуального зловживання, по відношенню до дитини в останні десятиліття стає все більш актуальною, а їх наслідки мають важливе як медичне, так і психологічне і соціальне значення. Жорстоке поводження з дітьми є актуальною проблемою, що зачіпає всі сфери життєдіяльності людини. У сучасному світі з'являються нові форми даного соціального явища, такі як комерційна сексуальна експлуатація та торгівля дітьми, дитяча порнографія в

соціальних мережах, використання дітей і підлітків для задоволення сексуальних потреб в on-line режимі.

В даний час відомі різні дефініції, що характеризують насильство або жорстоке поводження до дитини. Серед них: "child neglect", "child abuse", "non-accidental trauma" (NAT). Класифікації насильства виходять з наступних його аспектів: воно може бути явним чи прихованим (непрямим) в залежності від стратегії поведінки кривдника. Воно може відрізнятися за часом – те, що відбувається в даний час і те, що трапилося в минулому. За тривалістю насильство може поділятися на одиничне і акти насильства, які тривають роками. За місцем події і оточення: насильство може відбуватися вдома; в учбовому закладі; на вулиці.

Основними видами насильства над дітьми є наступні: фізичне насильство – навмисне нанесення ушкодження дитині у віці до 18 років; сексуальне – використання дитини для сексуального задоволення; психологічне – комплекс принизливого ставлення до дитини поруч з образами та знецінюванням; нехтування – нездатність забезпечити дитині чи підлітку віком до 18 років основні життєві потреби (одяг, їжу, медичне обслуговування, житло, захист). Звісно, найчастіше має місце поєднання декількох видів насильства. Найбільш тяжкою психологічною травмою за своїми наслідками є сексуальне насильство, вчинене щодо дитини. Найбільш поширеною формою такого насильства є інцест, тобто статевий зв'язок між членами сім'ї.

Не так помітні, але набагато частіше зустрічаються в житті страждання людей, які вони терплять день у день. Це страждання дітей, з якими погано звертаються ті, хто мав би дбати про них, це жінки, яким їх партнери наносять каліцтва або принижують їх, це люди похилого віку, з якими жорстоко поводяться їхні піклувальники, це молоді люди, що зазнають знущання з боку однолітків. Ці страждання постійно відтворюються заново, оскільки нові покоління навчаються насильства від попередніх поколінь, жертви отримують уроки від своїх мучителів, а суспільні умови,

які є живильним середовищем насильства, продовжують зберігатися в нашому світі. Немає жодної країни, жодного міста, жодного кварталу, які були б захищені від насильства.

1.4. ПОШИРЕНІСТЬ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА У СВІТІ

Опитування, проведені протягом останніх 10 років серед жертв насильства, свідчать про набагато більший масштаб і складність цієї проблеми. Згідно з докладом ООН від 25 листопада 2019 року, насильство щодо жінок, особливо з боку інтимного партнера, і сексуальне насильство над жінками є серйозною проблемою громадської охорони здоров'я і порушенням прав людини. За оцінками, більше третини жінок (35 %) в усьому світу хоч раз в житті зазнавали насильства, зокрема і сексуального. У деяких країнах показники насильства з боку чоловіка або партнера досягають 70 %, а вбивства жінок, скоєні близькими людьми, становлять 58 % із загальної кількості.

Європейська комісія ООН оприлюднила дані, зібрані шляхом опитування за спеціально розробленою методикою. Результати висвітлюють наступне. В цілому вбивства жінок в країнах регіону тримаються на досить низькому рівні, але є і виключення. Наприклад, в Азербайджані в 2017 році число убитих жінок склало 6,8 на 100 000 – кільком менше, ніж у 2012 році (7,3). Найнижчий рівень загибелі жінок – в Швеції, Греції Італії, Ірландії і Таджикистані: менше 1 на 100 000. У Білорусі цей показник – 2,9 Грузії – 2,8, в Молдові і в Україні – 2. Результати опитувань підтвердили те, що більшість вбивств скоюється чоловіками і партнерами - справжніми або колишніми - або родичами. Найвищий результат – в Албанії. Там 70 відсотків убитих жінок стали жертвами членів сім'ї. Ці цифри трохи менше в Хорватії, Італії та Словенії, але у всіх чотирьох країнах цей показник зростає – так само, як в Білорусі (з 30 відсотків у 2012 році до 44 в 2017), в Молдові (з 39 до 50), в Таджикистані (з 44 до 53) і в Грузії (з 15 до 23).

Найпоширенішою формою насильства по відношенню до жінок у всьому світі є жорстоке поводження з боку інтимного партнера (що зачіпає приблизно 641 мільйон жінок). При цьому, згідно з отриманими даними, 6% жінок в світі піддаються сексуальним посяганням з боку осіб, які не є їхніми чоловіками або партнерами. Реальний показник може бути істотно вище з урахуванням широко поширеною стигматизації жертв і неповної реєстрації випадків сексуального насильства.

Надзвичайні ситуації посилюють проблему насильства, підвищуючи вразливість і ризики. ВООЗ і партнери попереджають, що в результаті введення режиму самоізоляції та інших подібних заходів, а також перебоїв в роботі життєво важливих служб підтримки пандемія COVID-19 ще більше підвищила ризик насильства по відношенню до жінок.

Нерівність є одним з провідний чинник ризику насильства по відношенню до жінок. Насильству непомірно частіше піддаються жінки, що живуть в країнах з низьким рівнем доходу і рівнем доходу нижче середнього. Згідно з оцінками, 37% мешканок найбідніших країн протягом життя пережили фізичне і / або сексуальне насильство з боку інтимного партнера, а в деяких з цих країн воно поширене ще більше і зачіпає кожен другу жінку. Найбільш високі показники поширеності насильства з боку інтимного партнера по відношенню до жінок у віці 15-49 років характерні для регіонів Океанії, Південної Африки та Африки на південь від Сахари, де вони становлять 33-51%. Найнижчі показники зареєстровані в Європі (16-23%), Центральної Азії (18%), Східної Азії (20%) і Південно-Східної Азії (21%).

За даними ВООЗ, більше чверті дітей і підлітків в Європейському регіоні (55 млн з 204 млн) щороку піддаються різним формам насильства: від фізичного та сексуального до психологічного. Майже третина з них страждає від психологічного насильства, майже 23 відсотки – від фізичного, а більше 9 відсотків піддається сексуальному насильству. Більш того, 700 неповнолітніх щорічно стають жертвами вбивств. Причому, в ВООЗ підкреслюють, що ці

цифри в реальності можуть бути вище, адже про такі випадки не завжди стає відомо.

«Травми, отримані в дитинстві, дорого обходяться не тільки самим дітям, життя яких зруйнована, але і суспільству – його благополуччю і економічному розвитку», – стверджує д-р Бенте Міккельсон з Європейського бюро ВООЗ. За оцінками, на лікування і підтримку дітей, які постраждали від насильства, держави регіону щорічно витрачають 581 млрд доларів. У ВООЗ із задоволенням відзначають, що 66 відсотків країн регіону заборонили фізичне покарання дітей де б то не було. Але мало прийняти закони, попереджають експерти, їх потрібно виконувати. Наприклад, переважна кількість держав (83 відсотки) розробили національні плани з ліквідації жорстокого поводження з дітьми та підлітками, але менше половини виділили кошти на їх реалізацію.

1.5. ЗАКОНОДАВЧЕ ВРЕГУЛЮВАННЯ ТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ АКТИ ЩОДО ПИТАНЬ НАСИЛЬСТВА

Домашнє насильство – це проблема для всього світу. На Четвертій Всесвітній конференції ООН зі становища жінок (Пекін, вересень 1995 г.), домашнє насильство було визнано «епідемією» більшості країн, проблемою, яка потребує негайного вирішення на державному рівні. Необхідність подолання побутового насильства по відношенню до жінок знайшла відображення в багатьох міжнародних документах про права людини в другій половині ХХ ст. – Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (1967), Декларації ООН про викорінення насильства щодо жінок (1993 г.), Конвенції Ради Європи щодо запобігання та боротьби з насильством щодо жінок та насильством у сім'ї (2011 р) та ін. У Декларації ООН про викорінення насильства щодо жінок відзначається гендерний аспект проблеми: під сімейним насильством над жінками розуміється акт насильства, який здійснений на підставі статевої ознаки, заподіює або може заподіяти фізичний, статевий чи психологічний збиток або страждання

жінкам, а також загрози скоєння таких актів, примус або довільне позбавлення волі, мають місце в сім'ї, в особистому житті [Декларація ООН ..., 1993].

Голова Генеральний секретар ООН Antonio Guterres відзначає, що сексуальні злочини належать до найбільш жахливих, глибоко укорінених і вельми поширених видів порушення прав людини в усьому світі і вони негайно мають бути припинені. За даними Організації економічного співробітництва і розвитку до 2019 року, законодавство жодної з країн світу не повністю захищає жінок від домашнього насильства, а в деяких державах це взагалі не є злочином (Екваторіальна Гвінея, Росія). Більше ніж 80 % жінок в Афганістані у віці до 50 років допускають сімейне насильство, в Гвінеї — 92 % (табл. 1). Найбільш врегульованим з точки зору захисту від різних форм домашнього насильства порівняно з іншими країнами є законодавство Австрії, Греції, Ірландії та Португалії. В Мальті домашнє насильство є абсолютно неприйнятним.

Експерти ООН відзначають, що боротьба з насильством проти жінок є пріоритетом аж ніяк не у всіх країнах, а в деяких навіть не існує законів про побутове насильство і інших формах бнасілія проти жінок. Як приклад вони наводять Білорусь, Ліхтенштейн, Туркменістан і Узбекистан. Їх турбує і декриміналізація деяких аспектів домашнього насильства.

Таблиця 1. Поширеність домашнього насильства та ступінь законодавчого захисту від домашнього насильства в світі

Країна / Показник	Ступінь законодавчого захисту від домашнього насильства	Відсоток жінок у віці 15-49 років, які виправдовують застосування насильства в сім'ї в окремих випадках	Відсоток жінок, які хоча б раз у житті зазнавали фізичного та / або сексуального насильству в сім'ї
Німеччина	25,0%	19,6%	22,0%
Норвегія	75,0%	9,9%	27,0%
Швейцарія	25,0%	15,2%	9,9%
Великобританія	25,0%	10,2%	29,0%

США	50,0%	11,0%	35,6%
Мальта	75,0%	0,0%	15,0%
Афганістан	25,0%	80,2%	27,0%/60,8%
Пакистан	50,0%	42,2%	85,0%
Росія	0%	23,3%	19,6%
	(Декриміналізовано)		
Гвінея	25,0%	92,1%	80,0%
Україна	25,0%	2,9%	13,2%
Найменша кількість жінок, які хоча б раз відчували будь-яку форму домашнього насильства, зазначено в Канаді (1,9%), найбільше – в Пакистані (85%).			

Ця проблема не оминула й Україну. Міжнародний дослідницький центр «Інститут економіки і миру» опублікував рейтинг країн та держав із найбільшими проявами насильства за 2016 рік. Глобальний індекс миру вимірювали для 163 країн, використавши 23 кількісних і якісних показників. Найбільш мирною у світі країною визначено Ісландію, друге місце посідає Данія, Австралія — на третьому місці. Із 11 країн світу з високим рівнем безпеки 9 розташовані в Європі. Індекс у черговий раз визначив Європу самим мирним регіоном світу. Україна 2016 року, нарівні з Сирією, Південним Суданом, Єменом, Іраком, Афганістаном, Сомалі та іншими, потрапила в десятку найбільш небезпечних країн світу (8-е місце) і зайняла 156 місце в загальному рейтингу мирних країн та держав із найбільшими проявами насильства за 2016 рік. За статистикою, яку оприлюднили під час голосування за Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству», понад три мільйони дітей в Україні щороку спостерігають за актами насильства у сім'ї або є їхніми вимушеними учасниками, а майже 70 % жінок піддаються різним формам знущань і принижень. Щорічно близько 1500 жінок помирають від рук власних чоловіків, і ця тенденція збільшується за останні три роки. Діти скривджених матерів у 6 разів більш схильні до суїциду, а 50 % — до зловживань наркотиками. Майже 100 % матерів, які зазнали насильства, народили хворих дітей — переважно з неврозами, заїканням, енурезом, церебральним паралічем, порушенням психіки. Домашнє насильство в Україні — причина 100 тисяч днів госпіталізації, 30 тисяч звернень до відділів травматології, 40 тисяч викликів лікарів.

Водночас, лише 10 % постраждалих звертаються за допомогою. Адже донині багато хто вважає такі стосунки «нормальними». Розрахунки, проведені Інститутом демографії і соціальних досліджень на замовлення Фонду народонаселення ООН, свідчать про те, що щороку 1,1 млн українок стикаються з фізичною та сексуальною агресією в сім'ї, і більшість з них мовчать. 7 січня 2018 року набув чинності Закон України № 2229-VIII «Про запобігання та протидію домашньому насильству» [19 22]. Закон визначає організаційно-правові засади запобігання та протидії домашньому насильству, сновні напрями реалізації державної політики у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, спрямовані на запобігання та своєчасне виявлення домашнього насильства, надання допомоги та захисту постраждалим особам.

Під час виступу на круглому столі “Чому ратифікація Стамбульської конвенції важлива для України?” генпрокурор Ірина Венедіктова повідомила про таке, що “У першому кварталі 2021 року зареєстровано фактично таку ж кількість злочинів, яка була зареєстрована за весь 2018 рік, тобто більш як 1 тисячу злочинів. Люди звертаються”. У поточному році зареєстровано понад тисячу проваджень за фактами домашнього насильства. За словами генпрокурора, щороку кількість звернень потерпілих від домашнього насильства збільшується, оскільки все більше людей вирішують не замовчувати цю проблему. Зокрема, у 2018 році з заявами звернулися 1,5 тис. осіб, у 2019 році — уже більше 2,5 тис., у 2020 році — біля 4 тис. , а у першому кварталі поточного року — 1 тис. 220 осіб. “Ратифікація Стамбульської конвенції дасть змогу захистити українських жінок, які стають жертвами домашнього насильства, не тільки в Україні, а й за кордоном” – заявила віцепрем'єр-міністр з питань європейської та євроатлантичної інтеграції Ольга Стефанішина у виступі на круглому столі. Водночас вона звернула увагу на відсутність практики збору даних щодо громадян, постраждалих від гендерно обумовленого насильства за кордоном, а відтак ми не можемо гарантувати безпеку наших громадян, як мінімум, у

тих країнах, які вже є учасниками Стамбульської конвенції. Як повідомляв Укрінформ, у квітні генпрокурор Ірина Венедіктова підписала офіційну позицію Офісу генпрокурора щодо відсутності будь-яких перешкод в Україні для запуску процедури ратифікації Стамбульської конвенції.

Стамбульська конвенція – це міжнародний юридичний обов’язковий акт під егідою Ради Європи, який охоплює питання, пов’язані з насильством проти жінки (покарання й переслідування злочинців, захист і допомога жертвам, запобігання та протидія насильству як соціальному явищу).

За даними ВООЗ, більше чверті дітей и підлітків в Європейському регіоні кожний рік піддаються різним формам насильства: від фізичного і сексуального до психологічного. Навіть третина з них страждають від психологічного насильства, майже 23 % – від фізичного, а більше 9 % піддаються сексуальному насильству. Більш того, 700 неповнолітніх щорічно становляться жертвами вбивств.

Не буде зайвим згадати про матеріальні витрати в результаті домашнього насильства. Зокрема, за даними Фонду ООН в сфері народонаселення за 2016-2017 роки, через наслідки насильства жінки втрачають 190 мільйонів доларів на рік. У розрахунку на одну жінку – це понад 1,2 тис. доларів на рік або близько 200 доларів на місяць. Ці витрати охоплюють збитки від втрати або пошкодження майна внаслідок фізичного або сексуального насильства, втрати заробітку, витрати на оренду житла і переїзд, медичні послуги, юридичні і психологічні консультації тощо. На лікування та підтримку дітей, що постраждали від насильства, тільки держави європейського регіону щорічно витрачають 581 млрд доларів.

Література:

1. Timshel I., Montgomery E., Dalgaard N. T. A systematic review of risk and protective factors associated with family related violence in refugee families. *Child Abuse & Neglect*. 2017. Vol. 70. P. 315-330. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.06.023.
2. Ahmadzad-Asl M., Davoudi F., Zarei N., Mohammad-Sadeghi H., Rasoulilian M. Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence household survey in Tehran, Iran. *Arch Womens Ment Health*. 2016. Vol. 19, No. 5. P. 861-869. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0626-4>.

3. За домашнє насильство — за грати: Як в Україні та світі борються зі знуцанням у родині. URL: <http://biloteg.org.ua/wp-content/uploads/2020/01/Nasylstvo.pdf> (дата звернення: 03.06.2021).
4. Методичні рекомендації щодо запобігання та протидії насильству: Лист МОН від 18.05.2018 р. № 1/11-5480. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MUS30017> (дата звернення: 21.06.2021).
5. Герасименко Г. Гендерна рівність та відповідь на домашнє насильство в приватному секторі: заклик до дії. UNFPA Ukraine. 2019. 65 с. URL: <https://ukraine.unfpa.org/uk/BADV2019>.
6. Про запобігання та протидію домашньому насильству: Закон України від 07.12.2017 р. № 2229-VIII. Дата оновлення: 01.01.2020 р. Відомості Верховної Ради України. 2018. № 5. С. 35.
7. Infurna M.R., Reichl C., Parzer P., Schimmenti A., Bifulco A., Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: a meta-analysis. *J Affect Disorders*. 2016. Vol.190. P. 47-55. DOI: 10.1016/j.jad.2015.09.006.
8. Остапчук С. В. Противодействие домашнему насилию: учеб.-метод. комплекс. Полоц. гос. ун-т, Новополоцк, 2016. 120 с.
9. Walker L. E. *The battered woman*. New York: Harper & Row, 1979. 376 p.
10. Brausch A. M., Muehlenkamp J. J., Washburn J. J. Nonsuicidal self-injury disorder: Does Criterion B add diagnostic utility? *Psychiatry research*. 2016. Vol. 244. P. 179-184. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.07.025.
11. Report of the Secretary-General on the Work of the Organization (A/75/1, seventy-fifth session). Published by the United Nations. New York, 2020. 77 p.
12. Alexander P.C. Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting / P.C. Alexander, L. Teti, C.L. Anderson // *Child Abuse Negl.* – 2000. – Vol. 24, N 6. – P. 829-838.
13. Досина Н.В., Смирнов Я.О. Семейная власть как источник насилия (проблема контроля и преодоления в социальной политике) // *Власть*. 2009. №12. С. 116-118.
14. Закирова В.М. Развод и насилие в семье - феномены семейного неблагополучия // *Социологические исследования*. 2002. №12. С. 131-134.
15. Малкина-Пых, И.Г. Экспериментальные ситуации.: справочник практического психолога. – М.: ЭКСМО, 2006.
16. Сытых, Е.Л. Агрессия и насилие: Грани сопряжения понятий / Е.Л. Сытых // «Академия Тринитаризма». 2003 (<http://www.trinitas.ru/rus/doc/0215/004a/02154006.htm>).
17. Бородатая, М.Н. Социально-психологическая помощь детям - жертвам семейного насилия. Сборник научно-методических материалов / М.Н. Бородатая, И.И. Осипова, М.В. Злоказова, и др.; Под общей ред. Н.Н. Ершовой. - М.: Полиграф сервис, 2005. – 124 с.
18. Алексеева, И.А. Жестокое обращение с ребенком. Причины. Последствия. Помощь / И.А. Алексеева, И.Г. Новосельский. – М.: Генезис, 2005. – 256 с.
19. Гидденс, Э. Социология / Э. Гидденс; пер. с англ.; науч. ред. В. А. Ядов; общ. ред. Л. С. Гурьевой, Л. Н. Посилевича. — М.: Эдиториал УРСС, 1999. — 703 с. 292
20. Ярская–Смирнова, Е.Р. Домашнее насилие над детьми. Стратегии объяснения и противодействия / Е.Р. Ярская–Смирнова, П.В. Романов, Е.П. Антонова // *Социологические исследования*. – 2008. - №1. – С.57-64.
21. Зиновьева, Н.О. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации / Н.О. Зиновьева, Н.Ф. Михайлова. – СПб.: Речь, 2003. – 248 с.
22. Волкова, Е.Н. Проблемы насилия над детьми и пути их преодоления / Под ред. Е.Н. Волковой. – СПб.: Питер, 2008. – 240 с.
23. Шипунова, Т.В. Жестокое обращение с детьми в семье: определение, генезис, перспективы исследований / Т.В. Шипунова (<http://www.narcom.ru/publ/info/324>).
24. Ковалева, А.И. Концепция социализации молодежи: нормы, отклонения, социализационная траектория / А.И. Ковалева // *Социологические исследования*. – 2008. - №9. – С. 109-115.

25. Коровина, Т.Ю. Актуальные проблемы социальной работы с семьей / Т.Ю. Коровина, Е.В. Антипова // Вестник Казан. технол. ун-та. – 2010. - №3. – С.143-147.
26. Стратегии борьбы с насилием в семье: справочное руководство. — New York: Организация Объединённых Наций, 1953. — ISBN 9789211301588.
27. Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence

РОЗДІЛ 2. ТЕОРІЇ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

С.Г.Носов

Домашнє насильство – це прямий примусовий вплив, що призводить до психологічної, економічної та фізичної шкоди члену сім'ї або викликає обмеження його прав та свобод.

Насильство є одним з найдавніших й досить примітивних засобів вирішення соціальних та міжособистісних конфліктів серед членів суспільства, й зокрема, серед членів родин. Найчастіше домашнє насильство скоюється чоловіками, рідше жінками та дітьми, рідко – особами похилого віку. Жертвами сімейного насильства можуть бути жінки, діти, особи похилого віку, рідше чоловіки.

Виділяють психологічне, економічне, фізичне та сексуальне домашнє насильство.

Психологічне домашнє насильство – вербальне або невербальне шкідливе вольове насильство над людиною (приниження, навіювання тривоги, зниження самовпевненості), що веде до зниження її особистісної самооцінки та віри у власні сили.

Економічне домашнє насильство полягає у позбавленні фінансових, матеріальних та моральних ресурсів членів сім'ї, у обмеженні або у відмові у грошовому забезпеченні, несправедливому розділі майна тощо.

Фізичне домашнє насильство проявляється у впливі на членів сім'ї з метою скоєння фізичної та психологічної шкоди у зв'язку з обмеження волі, побиття, катувань тощо (Антонян Ю., Ільяшенко А., Силанов К. та ін.). Найчастіше фізичне насильство застосовується чоловіком стосовно жінки та дітей. Важливою причиною виникнення домашнього насильства є фізична перевага насильника і легкість використання сили як засобу доведення власної правоти.

Сексуальне насильство – насильне задоволення сексуальних потреб за допомогою загроз, психологічного та фізичного примушення до статевого акту (І.С.Кон, А.В.Лисова, Н.Ю. Синягіна та ін.).

Домашнє насильство відрізняється від не девіантних форм поведінки сімейного примушення (наприклад, примусове огородження осіб від негативної інформації в інтернеті тощо), а також від дій, які вчиняють шкоду членам родини, але не мають ознак безпосереднього вольового впливу (наприклад, психологічна маніпуляція тощо).

Головні причини домашнього насильства – це складність економічного стану родини, а також слабкість системи соціального контролю над сімейними відносинами в умовах прийнятих у суспільстві поглядів на це та стереотипів.

Системне та систематичне вивчення насильства починається з появи у другій половині ХХ століття вайоленсології – науки про насильство, завданням якої є комплексне вивчення теорії та практики насильницької поведінки, причин, що до неї призводять, а також розробка практичних рекомендацій для попередження насильства в соціумі. У 80-90 роках ХХ століття в світі психіатрами, психологами, соціологами активно розвивається вивчення домашнього насильства, приймаються закони, що захищають жінок та дітей від насильницьких дій, міжнародні декларації для захисту їх право життя без насильства.

Всі теорії сімейного насильства можна розподілити на такі варіанти:

1. Інституціональні теорії (Т.Веблен, У.К.Мітчелл)
2. Конфліктологічні теорії (Р. Дарендорф, К. Боулдинг, Л. Козер)
3. Соціокультуральні теорії (М. Страус, С. Стейнметц)

Найбільш повне за суттю пояснення виникнення домашнього насильства як суспільного прояву виявляється в межах поєднання інституціонального, соціо-культурального та конфліктологічного напрямів.

Інституціональні теорії намагаються пояснити виникнення домашнього насильства з причин недостатньої ефективності або

неефективності функціонування законів суспільства та державних та недержавних організацій, які повинні проводити ці закони у життя. В межах інституціонального підходу соціум є структурою із досвідом самого суспільства та держави, із системою правил та законів, традицій, взаємовідносин та особливостей мислення. З причин недостатнього верховенства права відбуваються акти домашнього насильства серед членів цього суспільства, які не отримують покарання за власні вчинки. Т.Веблен, У.К.Мітчелл розглядають домашнє насильство як результат недієвості засобів або порушення норм регуляції соціальної поведінки членів сім'ї, а також виділяють базові інститути, діяльність яких спрямована на розробку та підтримання тих норм та правил поведінки, які допомагають запобігти домашньої агресії. Вирішення проблеми домашнього насильства з урахуванням інституціонального підходу полягає у розробці та закріпленні у суспільстві ненасильницьких правил та законів та у створенні на їх підставі засобів регулювання соціальної поведінки членів суспільства на макрорівні й на макрорівні, тобто на рівні сім'ї. Домашнє насильство може регулюватися у сім'ї формальними та неформальними правилами. Якщо розглядати історичний аспект цих правил, то можна сказати, що неформальні норми, що припускають сімейне насильство, можуть бути загально прийнятими у родинях певних суспільств, закріпленими у статусно-рольовій структурі цих сімей, тоді як формальні правила є зафіксованими у певних документах, що визначають життя суспільства.

Конфліктологічні теорії пояснюють виникнення домашнього насильства як форми конфліктної взаємодії між членами суспільства й сім'ї, як соціальної одиниці, у зв'язку з високим рівнем загальної соціальної напруженості, тривоги та агресії у сімейному суспільстві, наявністю у його членів психологічних проблем та психічних хвороб. Розробники конфліктологічних концепцій Р. Дарендорф, К. Боулдинг, Л. Козер розглядають домашнє насильство через призму міжособових суб'єктивних та об'єктивних протиріч як всередині сімей, так у суспільстві загалом. Теорії

соціального конфлікту К.Маркса, Г.Зиммеля, Г.Моски, Л.Козера та інших авторів підкреслюють те, що у основі домашнього насильства та конфліктів у родині полягають, поряд з економічними причинами, й фактори перерозподілу влади, використання механізму примушення з метою боротьби за домінуючу позицію у сім'ї.

Соціокультуральні теорії характеризують розвиток насильства в суспільстві й у сім'ях під впливом багаточисленних соціальних факторів. Автори цих теорій М. Страус, С. Стейнметц вважають, що соціокультуральний підхід передбачає вивчення домашнього насильства з точки зору аналізу негативних нормативів регулювання поведінки в мікросоціумі (в сім'ї), які притаманні тому суспільству, у якому ця сім'я мешкає (жорстокість, агресія, відсутність або нестійкість соціальних і моральних імперативів і правил, що регулюють відносини між індивідами і суспільством), із наступним пропонуванням таких норм сімейного життя, які попереджають виникнення сімейної агресії та актів насильства. Соціокультуральні теорії розглядають домашнє насильство як результат впливу мікросоціальних факторів – статусу, освіти, матеріального достатку, нормативних та ціннісних настанов. Згідно з цими теоріями, домашнє насильство є наслідком широко поширених культуральних норм, що склалися й прийняті у певному суспільстві, які схвалюють насильство у сім'ї та неформально визначають переважання одних членів родини над іншими.

В теперішній час соціологами й психологами створений ряд підходів до вивчення проблем насильства: віктимологічна теорія, теорія соціального навчання, інтерактивна теорія, теорія соціального конфлікту, структурна теорія, концепція соціальної патології, теорія соціальної дезорганізації.

Віктимологічна теорія сімейного насильства (У.Шнайдер) полягає в тому, що слабкіші члени сім'ї (жертви) провокують насильство над собою з боку сильніших членів сім'ї – агресорів. Теорія передбачає 3-х фазність розвитку насильства: спочатку відбувається посилення контролю за насильником з боку потенційної жертви, на другій фазі відбувається саме

насильство, а на третій фазі спостерігається залежність жертви від насильника.

Теорія соціального навчання М.Кауфмана підкреслює роль оточення, яке стимулює у чоловіка розвиток домашнього насильства. Автор підкреслює, що людина взагалі схильна до агресії, незалежно від гендерної належності. Чоловіче насильство починається з самого себе (заборона хлопчикам проявляти власні почуття), потім формується агресія до жінки (підліткова агресивність), а потім поширюється на суспільство в цілому. Чоловіче насильство в сім'ї є результатом безвладдя чоловіків на роботі та у суспільстві, і намаганням підпорядкувати жінку власній владі вдома.

Теорія символічного інтеракціонізму подає насильство як варіант спілкування, комунікації, який чоловіки розуміють ще з дитинства. Значну роль у насильстві відіграє дисбаланс влади, коли рішення у сім'ї приймається переважно або виключно тільки однією людиною. Киммель М. підкреслює, що є різниця між використанням насильства чоловіками та жінками, яка в тому, що чоловіки насильством намагаються досягти послуху жінок або дітей, тоді як жіноче насильство – це акт висловлення фрустрації або прояв швидкоплинного гніву на адресу чоловіків або дитини.

Згідно з теорією соціального конфлікту (Р.Козер), насильство – це заключна ланка в ланцюзі нерозв'язних протиріч у сім'ї.

Структурна теорія насильства (Дж.Хирн, М.Шеллер та ін.) пов'язує схильність чоловіків до насильства з сімейним патріархатом.

Концепція соціальної патології свідчить про сімейне насильство як початкову, вроджену неспроможності окремих осіб до «нормальної поведінки» внаслідок патологічних змін в психіці членів сім'ї, психічного захворювання, зловживання алкоголем або наркотиками.

Теорія соціальної дезорганізації характеризує виникнення домашнього насильства внаслідок зменшення цінності сім'ї для її членів, застарілості соціальних норм суспільного та сімейного життя. Соціальна дезорганізація сім'ї сприяє розвитку дитячого насильства, що виникає внаслідок порушення

процесів соціалізації дітей, розладів здоров'я членів родини, поганого виховання дітей, відсутності або недостатності емоційної та психологічної підтримки, тиску на дітей та їх залякування, поганого етичного контролю, що веде до розвитку у дітей девіантної поведінки.

Крім того, серед теорій домашнього насильства можна виділити макросоціальні та мікросоціальні концепції. Джерелами домашнього насильства є поєднання мікросоціальних та мікросоціальних факторів, які розглядаються у відповідних концепціях та теоріях.

До макросоціальних концепцій належить теорія стримування та теорія структурних факторів середовища.

Теорія стримування Бека Р., Геллеса Р., Хірши Т. свідчить про те, що провідною причиною розвитку домашнього насильства є використання недостатньо жорстких правових санкцій з боку суспільства, або навіть повна відсутність цих заходів стосовно особи, що є сімейним насильником. Для стримування домашнього насильства, згідно з цією теорією, необхідні дієві правові санкції суспільства проти сімейного агресора (наприклад, штраф, арешт тощо).

Теорія структурних факторів середовища, розроблена Дж.Кентором та М.Страусом, повідомляє про те, що домашнє насильство є результатом впливу негативних факторів соціального середовища, в якому мешкає людина, й найчастіше відбувається у сім'ях, де разом спостерігаються соціальні й економічні проблеми: бідність, безробіття, житлові негаразди, які негативно впливають на сімейне життя.

До мікросоціальних теорій, які пояснюють розвиток насильства у сім'ї, відносяться соціально-психологічні теорії міжособистісних відносин, в яких мова йде про культурні норми життя сімей, згідно з якими виправдовується й навіть заохочується насилля у сім'ї.

Існуючі концепції домашнього насильства також розподіляють на міжособистісні, соціо-культуральні та соціально-психологічні.

Міжособистісні теорії розглядають вплив психоактивних речовин на погіршення сімейних відносин та розвиток домашнього насильства, а також вплив неадаптивних особистісних особливостей членів сімей (низька самооцінка тощо) на підвищення вірогідності агресії у сім'ях.

До приведеної вище характеристики **соціо-культуральних концепцій** слід додати те, що вони підкреслюють вплив різноманітних соціальних факторів (рівня освіти, належності особи до певного соціального класу, фінансового та матеріального статусу та ін.) на виникнення домашнього насильства, а також вплив прийнятих у суспільстві культуральних норм життя в мікросоціумі (у сім'ї) на розвиток сімейної агресії й насильства. Прихильники цих теорій розглядають переважання патріархату або матріархату у суспільстві як привід до розвитку чоловічої або жіночої агресії в сім'ях.

Соціально-психологічні концепції висвітлюють різні аспекти психологічного життя, що сприяють розвитку домашнього насильства, наприклад, значення послаблення управління власними емоціями, агресивність, алкоголізм, психічні розлади у розвитку сімейних конфліктів. Психоаналітична теорія З.Фрейда бачить причину домашнього насильства у перенесенні «інстинкту смерті» з себе на членів родини. Доллард Дж., Міллер Н. та Бандура А. як прихильники необіхевіоризму, вважають розвиток домашнього насильства як наслідок фрустрацій у осіб під час соціального навчання. За висновками Кемпбелла Д. та Шерифа М. домашнє насильство виникає як прояв конфлікту інтересів, різноманітності поглядів та життєвих настанов членів родин. До таких теорій належить теорія сімейного стресу (Бос П., Хілл Р., Картер С.), теорія фрустрації (Доллард Дж.), теорія відносної депривації (Гер Т.Р.), теорія соціалізації та соціального навчання (Міллер Н., Доллард Дж.), теорія вивченої безпорадності (Селігман М.).

Соціально-психологічні теорії враховують неоднозначність та складність природи людини, особливості психологічного клімату в сім'ї як одиниці суспільства й характер взаємин між членами сімей, різноманітність

сімей і внутрішніх сімейних психологічних факторів. До важливих соціально-психологічних чинників формування домашнього насильства відносять розчарування життям, недостатній контроль людини над власними нижчими потребами, інстинктами, психічні розлади, зловживання психоактивними речовинами, здатними привести до розвитку залежності. З точки зору соціальної психології, причинами домашнього насильства є фінансова та матеріальна незабезпеченість сім'ї, незадоволення сімейним життям, відсутність терпіння, а також зловживання алкоголем, наркотиками, і психічні розлади.

Серед соціальних факторів, що сприяють розвитку домашнього насильства, провідне місце займають безробіття, низький культурний рівень членів родини, фізична перевага насильника, невисокий рівень сімейного достатку, а також різний внесок коштів чоловіка та жінки у сімейний бюджет, що в теперішній час стає все більш вагомим причиною сімейних конфліктів у родинах з низьким фінансовим доходом, з економічною нестабільністю у суспільстві (Лістер Р., Хобсон Б.).

Психологічними передумовами виникнення домашнього насильства є відсутність поваги серед членів родини, відсутність любові до жінки, до чоловіка, до дитини, жорстокість, емоційна холодність та байдужість серед членів родини як норма поведінки, яка передається від одного покоління іншому. Важливою причиною виникнення таких відносин у родині є слабкість системи суспільного контролю над сімейним стилем життя (вплив власних батьків на виправлення сімейної конфліктної ситуації, вплив родичів дружини, контроль суспільних організацій тощо), у зв'язку з чим агресивний стиль життя в родинах стає усталеним і загально прийнятим.

Згідно зі спостереженнями розробників соціо-психологічних теорій, жінки виділяють, насамперед, сімейні психологічні причини домашнього насильства: відсутність терпіння, взаємної поваги у сім'ї, тоді як чоловіки серед причини сімейного насильства називають матеріальні негаразди, що

ведуть до конфліктів (побутові та житлові проблеми, брак грошей), а також провокативну поведінку жінок.

Серед жінок, які зазнали домашнього насильства, виділяють такий тип, як «покірна», яка терпима до насилля внаслідок стійких уявлень про рольовий розподіл у родині, про місце жінки та чоловіка у сім'ї. Таких жінок, що зазнали насильства, найбільша кількість. Другим типом жінок є «безпорадні жінки», у яких незадоволення домашнім насильством поєднується з безсиллям протидіяти йому, небажанням щось зробити для зміни свого сімейного стану. Ще одним типом жінок, які зазнали сімейного насильства, є ті, що бунтують проти свого сімейного стану й домашнього насильства, і проводять у боротьбі з насильством такі радикальні заходи, як юридичне переслідування насильника, розлучення.

Соціально-психологічні теорії часто базуються на факторах соціального навчання через досвід ролі, отриманий під впливом домашнього насильства.

З точки зору соціальної та медичної психології важливе місце серед приведених теорій у поясненні причин й закономірностей розвитку домашнього насильства займають теорії соціалізації та соціального навчання.

Теорія соціалізації та соціального навчання

Соціалізація (процес інтеграції індивіда в соціальну систему, входження в соціальне середовище через оволодіння її соціальними нормами, правилами і цінностями, знаннями, навичками, що дозволяють йому функціонувати в суспільстві) лежить в основі виникнення проблеми домашнього насильства. Формуючись соціально під впливом макросоціуму та мікросоціуму, діти в сім'ях з домашнім насильством швидко засвоюють принципи агресивної поведінки, а також уяви, що виправдовують такі насильницькі вчинки.

Навчання має дуже важливе значення у засвоєнні форм насильницької поведінки у сім'ї. Виділяють декілька шляхів, за якими відбувається процес навчання домашньому насильству.

Насамперед, це винагорода або покарання слідом за агресивною поведінкою. За наявності позитивного підкріплення агресивної поведінки такий стиль повторюється у майбутньому й стає частим, постійним. Якщо діти досягають власних цілей завдяки агресивній поведінці, то відбувається їх навчання тому, що агресія дозволяє досягнути поставленої мети, і така поведінка закріплюється, буде повторюватись. Іноді й сама агресивна поведінка має власний підкріплюючий ефект, тобто сама агресія стає винагородженням. Оперантне обумовлення насильства у сім'ї полягає в тому, що поступливість жертви вимогам насильника сама є винагородою для насильника. Це також закріплює агресивні відношення в сім'ї у майбутньому, формує специфічні навички агресивної міжособистісної поведінки в умовах відсутності покарання насильника за його вчинки.

Оперантне навчання здатне пояснити, чому жінки не розривають відношень з чоловіками, які вчиняють домашнє насильство. Для пояснення цього факту Селігман М. та Уолкер Л. у теорії вивченої безпорадності зробили висновок про пасивне прийняття домашнього насильства його жертвами: жінки та діти вивчаються безпорадності внаслідок неодноразового перебування в ситуаціях насильства із неможливістю будь що змінити.

Наступний принцип навчання домашньому насильству – це класичний умовний рефлекс. Він формується під час взаємовпливу нейтрального (умовного) стимулу та стимулу, що викликає реакцію (безумовного стимулу), при цьому умовний стимул з часом стає безумовним і викликає реакцію. Рефлекторним принципом пояснюються емоційні реакції, що виникають внаслідок впливу нешкідливих (на перший погляд) подій.

Процес моделювання є ще одним принципом формування домашнього насильства, при якому людина навчається поведінці й вчинкам, спостерігаючи за поведінкою зовнішнього (поза сімейного) оточення або за засобами масової інформації. В цьому разі стає можливим навчання принципам домашнього насильства не тільки внаслідок спостереження за тим, як себе поведуть люди навколо, а й з кінофільмів, передач,

радіопрограм, літератури та з інших віддалених інформаційних джерел, які проповідують насильство. Результатом такого навчання є імітація засвоєних з прикладів суспільства жорстоких вчинків у власній сім'ї.

Ще одним не менш важливим механізмом розвитку домашньому насильству є непряме навчання, яке залежить від нагороди або покарання, яку отримує сімейний агресор. Спостереження дитиною за членом родини, що скоює насильство і при цьому отримує осуд цієї дії з боку оточуючих, викликає негативні емоції у спостерігача й прагнення уникати цієї форми поведінки. Однак якщо насильницькі дії у родині отримують позитивну оцінку з боку оточення, родичів та інших членів суспільства, вони викликають у спостерігача бажання наслідувати їм, імітувати них, виникає навчання цим агресивним актам і закріплення них у поведінці «учня».

Розрізняють *прямі й непрямі шляхи навчання насильству* з використанням механізму умовного рефлексу.

Симонс Р. та його однодумці характеризують прямий шлях засвоєння агресивної поведінки як той, коли спостерігач насильства у родині (дитина) не тільки імітує тип домашньої агресії, а засвоює також і стиль розвитку агресії. Непрямий шлях навчання домашній агресії полягає у засвоєнні дітьми жорстокості, жорсткої дисципліни та інших несприятливих факторів, що панують у сім'ї, а також у відсутності контролю злості у взаємовідносинах власних батьків у сім'ї без актів домашнього насильства. Це може вести до формування агресивної поведінки дітей у сім'ї та в інших колективах. Додатковими факторами, що сприяють реалізації непрямого шляху навчання домашній агресії, є недостатність у дитини навичок вирішення життєвих проблем, вікові особливості аналізу тієї інформації, що надходить зовні, та недостатність критичного ставлення до неї, а також вік засвоєння дитиною жорсткої та агресивної поведінки від членів сім'ї та від соціуму (чим менше вік, коли дитина вперше зіткнулася з агресією, тим міцніше результати навчання їй).

Комплексна модель насильства у родині

Згідно з цією моделлю, яка враховує вчинки людей, що передують домашньому насиллю та слідує за ним, з насиллям тісно пов'язані чотири соціально-психологічні причини, які відносяться до осіб літнього віку й до подружніх пар. Це – стрес, загальна ізоляція, початкова схильність до насильства та зловживання алкогольними напоями.

Соціальний стрес у сім'ї підвищує рівень емоційної напруженості в ній, веде до агресії, жорстокості, до домашнього насильства. Головними причинами сімейного стресу є фінансові утруднення, безробіття, труднощі у вихованні дітей, вагітність, довготривала хвороба членів сім'ї, тривалі проблеми у сім'ї та суспільстві, несумісність бажань та можливостей.

Ризик виникнення домашнього насильства підвищує виключно сімейна зайнятість її членів, відсутність залучення до суспільної діяльності, обмеженість системи соціальної підтримки. Суспільна ізоляція жінок, які отримують насильство з боку чоловіків, часто організована тими ж чоловіками, які контролюють їхні контакти з друзями та знайомими, забороняють влаштування на роботу та навчання за спеціальністю.

Крім того, часто насильницькі дії вчиняються у стані алкогольного сп'яніння, що розгальмовує низькі потяги, сприяє виникненню роздратованості та агресії. Насильницькі дії можуть бути також пов'язані зі спробою агресора отримати від жертви гроші для продовження зловживання алкоголем.

Початкова схильність до насильства грає велику роль у формуванні домашнього насильства серед сімейних осіб. Вона пов'язана з низкою психологічних рис насильника: розлади настрою, насамперед, схильність до депресії, ревності чоловіка до власної жінки, агресивність, жорстокість, деспотичність, зухвалість, а також із рядом характерологічних рис жертви насильства: понижена самооцінка, залежність, відсутність самостійності у прийманні рішень, терплячість, безпорадність, або, навпаки, постійні претензії та скарги з боку жінки на адресу чоловіка. Значення також мають і соціальні традиційні настанови в сім'ї та у суспільстві стосовно поведінки

чоловіка та жінки. Якщо насильство спрямовано на осіб літнього віку, то найчастіше у його розвитку мають значення такі фактори, як залежність цих осіб від власних дорослих дітей із зміною ролі керуючих у сім'ї.

Циклічна теорія насильства

Психолог Уокер Л. в 1984р. розробила циклічну теорію насильства. Згідно з нею, цикл насильства, в тому числі й домашнього, складається з 4 фаз.

Перша фаза характеризується зростанням емоційної напруженості, агресивності чоловіка у сім'ї, збільшується його гнівливість, кількість зауважень та образ на адресу жінки, яка на цьому етапі розвитку насильства намагається психологічно допомогти чоловікові, пояснює причини його незадоволення, звертається до психолога у кризові центри по допомогу. У першій фазі на тлі вираженого зростання емоційного напруження появляються короточасні епізоди фізичної агресії з боку чоловіка, тоді як жінка може мінімізувати скоєне чоловіком насильство, або навіть виправдовувати жорстокість агресора різними причинами.

У другій фазі відбувається власне акт насилля з боку чоловіка, побиття дружини, тоді як жінка, жертва насильства, намагається всіляко захиститися від агресії, чим викликає збільшення агресії з боку чоловіка, який пояснює свою поведінку тим, що прагне вчити та виховувати жінку. Критика чоловіка до власних вчинків на цьому етапі насильства різко падає. Ситуація виходить з під контролю: жінка зміною власної поведінки не може вплинути на хід подій, а чоловік не здатний зупинити власну агресію.

Основною рисою третьої фази циклу насильства є примирення чоловіка з жінкою, при цьому чоловік вибачається перед нею, обіцяє змінитися, але й дорікає жінці за те, що вона перебільшила значення подій під час його агресивного вчинку.

Четверта фаза – це фаза спокою, коли агресія забувається, чоловік кається у минулих вчинках, обіцяє не повторювати агресію та насильство, стає добрим членом сім'ї, пропонує допомогу її членам. Жінка вірить, що

чоловік став на шлях позитивних змін, незважаючи на те, що він продовжує неявно психологічно тиснути на неї з метою підтримування контролю над жінкою.

Після закінчення цієї фази цикл насильства повторюється, і кожна фаза коротшає, а агресивні вчинки частішають і стають більш жорстокими.

Теорія вивченої безглуздості складається з 3 компонентів. Спочатку у жінки появляється розуміння, що відбудеться щось недобре, і що саме. Знаючи що буде, жінка не реагує на це. Третій компонент полягає в тому, що вона усвідомлює, що не в силах щось змінити під час агресії. Наслідками вивченої безглуздості є тривога, депресія та зміни у сприйманні насильства, коли у жінки не виникає розуміння небезпечності насильницьких дій з боку чоловіка.

Процес насильства за Ланденбергер

Ланденбергер у 1989 році на підставі власних досліджень жінок, що внаслідок сімейного насильства залишили своїх чоловіків-агресорів, виявив 4 фази розвитку жіночої поведінки в умовах зростаючого стресу.

Перша фаза – об'єднання, коли жінки вперше стикаються з домашнім насильством і намагаються за допомогою використання різних логічних засобів покращити відносини з чоловіком, оскільки до цього часу сімейні взаємовідносини між чоловіком і жінкою відбувалися в умовах любові. Згодом жінка починає розуміти, що засоби примирення не спрацьовують і можливий розрив сімейних відносин у майбутньому.

Друга фаза (терпіння) полягає в тому, що жінка терпить агресивні вчинки чоловіка через деякі позитивні риси характеру, можливості чоловіка, або інші позитивні боки їхнього спільного життя, які подобаються або якими жінка користується (наприклад, якщо у чоловіка високий соціальний статус, або він – інтелектуал, цікавий співрозмовник, або фінансово забезпечений і задовольняє матеріальні чи деякі важливі моральні потреби жінки тощо). Крім того, жінка може вважати, що вона також частково відповідальна за розвиток сімейного насильства, оскільки, можливо, щось не так робить і

сприяє виникненню конфліктів у сім'ї. Жінка пробує знайти консультативну допомогу серед своїх родичів, знайомих, частково інформуючи їх про сімейні конфлікти, але не надаючи всій повноти інформації, оскільки побоюється, що її розмова стане відома чоловікові, що може привести до непередбачених наслідків.

Наступна фаза (розриву) характеризується розумінням жінки того, що її чоловік – агресор, його вчинки насильницькі, він небезпечний. У жінки появляются навіть думки про вбивство свого чоловіка під час наступного акту його агресії, а також про те, що їхні відносини не можуть тривати далі. В цей час жінка може покидати свого чоловіка та повертатися до нього знову.

Якщо насильницькі дії чоловіка не припиняються після повернень жінки у сім'ю, настає остання фаза реабілітації, коли жінка веде життя, окреме від чоловіка-насильника.

В 1984 р. Е.Ренсе та М.Наумар була розроблена Програма Дулута (місто в штаті Міннесота, США), яка передбачає освітні курси для жінок з правил поведіння їх з чоловіками, що вчиняють агресію в сім'ї, враховуючи описання поведінки та рис характеру чоловіків, подане жінками, які пережили домашнє насильство. На підставі цієї інформації була створена модель Дулута («модель влади»), яка представляє домашнє насильство як невід'ємну частину постійної поведінки чоловіків, а не серію епізодів сімейної агресії, що проявляються у формі циклів. Розроблена на підставі вражень жінок, що перенесли домашнє насильство, Програма Дулута заснована на феміністській теорії, згідно з якою, за Linda G. Mills (2009), «домашнє насильство є результатом патріархальної ідеології, за якою чоловіки заохочуються у контролі власних партнерів і від них очкується цей контроль». Важливим також є й те, що жінки часто бачать поряд з домашнім насильством також корисні аспекти відносин з чоловіком, і, не бажаючи їх припинити, можуть досить тривалий час йти до думки, що поєднання насильства та сімейної користі неможливо.

Таким чином, існує багато теоретичних трактовок розвитку, проявів та соціальних, економічних наслідків домашнього насильства, які мають практичне значення у боротьбі з ним. Це також свідчить про складність проблеми, про неоднозначність поглядів на сімейне насильство, і потребує подальших теоретичних розробок, які стануть основою для створення нових плідних практичних рекомендацій та програм з профілактики, уникнення, виявлення та боротьби з домашнім насильством.

Література:

1. Акулич, М.М., Беседина, О.А. Основные подходы к изучению насилия над детьми в современной социологии//Социальная философия и социология.-2013.-С.89-96.
2. Козер, Л.А. Функции современного конфликта.- М., 2000.
3. Лысова, А.В. Насилие в семье: основные теоретические проблемы.-Учебное пособие.- Владивосток, 2001.
4. Ильяшенко, А.Н. Основные черты насильственной преступности в семье//Социс.- 2003.-№4.
5. Лоренц, К. Агрессия (так называемое «зло»).- М., 1994
6. Пономаренко (Плешкова), Н. О. Причины насилия над женщинами в семье / Г. В. Жигунова, Н.О. Плешкова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2015. – № 2 (34). – С. 137–144.
7. Пономаренко (Плешкова), Н. О. Субъектная позиция женщин-жертв в ситуации насилия в семье / Н.О. Плешкова // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 2 (10). – С. 84–91.
8. Пономаренко (Плешкова), Н. О. Домострой как правила взаимоотношений в семье / Н. О. Плешкова // Культура. Социум. Личность : сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф. – Пенза, 2015. – С. 69–72.
9. Остапчук, С. В. Противодействие домашнему насилию : учеб.-метод. комплекс. - Новополюк : Полоц. гос. ун-т, 2016. - 120 с.
10. Straus, M.A. Sociological research and social policy: The case of family violence // Sociological Forum. 1992. Vol. 7. No. 2. P. 211-237.
11. Chamberlain, L., Perham-Hester, K.A. The impact of perceived barriers on primary care physician's screening practices for female partner abuse // Domestic violence and health care: Policies and prevention / Ed. by C. Reyes, W.J. Rudman, C.R. Hewitt. New York: Haworth Medical Press, 2002. P. 55-71.
12. Straus, M.A. Conceptualization and measurement of battering: Implications for public policy // Woman battering: Policy responses / Ed. by M. Steinman. Cincinnati, OH: Anderson Pub. Co., 1991. P. 19-49. 34.
13. Kantor, G.K., Straus, M.A. Response of victims and the police to assaults on wives // Straus M.A., Gelles R.G. Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. New Brunswick: Transaction Publishers, 1999. P. 473-489.
14. Straus, M.A. Social stress and marital violence in a national sample of American families // Straus M.A., Gelles R.G. Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. New Brunswick: Transaction Publishers, 1999. P. 181-203.

15. Straus, M.A., Smith C. Family patterns and primary prevention of family violence // Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. New Brunswick: Transaction Publishers, 1999. P. 507-529.

РОЗДІЛ 3. АГРЕСІЯ ТА НАСИЛЬСТВО В СІМ'Ї, ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АГРЕСОРА ТА ЖЕРТВИ НАСИЛЬСТВА

Р.М.Тимофєєв

Агресія – це поведінка яка направлена на адаптацію людини шляхом задоволення актуальної потреби в умовах стресу, фрустрації або депривації [1]. Агресію слід відрізнити від *агресивності*, яка є готовністю людини до проявів агресії. *Насильство* – це поведінка яка направлена на заподіяння шкоди іншим або собі. Агресія – це не завжди насилля, але насильства без агресії не існує. В чому між ними різниця? При насильстві сила направлена на руйнування, при агресії на захист. Насилля завжди вторгається в фізичний або психічний простір іншої людини, агресія – ні. При насильстві інша людина розглядається як об'єкт, який або задовольняє потреби або ні, при агресії інша людина є суб'єктом взаємодії. Таким чином агресія, на відміну від насильства, необхідна для відстоювання свої потреб, своїх цінностей тощо [1]. Є дуже багато теорій виникнення агресії: афективно-динамічна модель (Фурманов) [1], психодинамічна (Фройд) [2], соціодинамічна теорія (Хорні) [3], фрустраційна (Долларл и Миллер) [4], аверсійно-стимульована агресія (Берковіц) [5], модель соціального навчання агресивної поведінки (Бандура) [6], когнітивна модель агресії (Берковіц), модель переносу збудження(Zillman) [7] , модель агресивної поведінки в залежності від рівня фізіологічного збудження(Zillman) [8], теорія оперантного обумовлення агресії (Скінер і ін.) [9,10], еволюційно-психологічна модель агресивної поведінки (Buss, Shackelford) [11]. Усі ці теорії мають право на існування та висвітлюють окремі аспекти агресивної поведінки, як й окремі психічні процеси відображають окремі властивості навколишнього світу. Тому є сенс з'єднати розрізнені теорії в одну, яка більш точно зможе описати та, що важливо, передбачити агресивну поведінку (дивись малюнок 1).

Малюнок 1. Об'єднана теорія агресивної поведінки (Тимофєєв)



Як виникає агресивна поведінка? Спочатку з'являється адаптаційна проблема [10], наприклад є ризик, що партнер, залишить дані відносини. На деякі адаптаційні проблеми є еволюційні рішення у вигляді агресивної поведінки [10]. З'явиться чи ні агресивна поведінка буде залежати від наступних факторів:

- рівень фізіологічного збудження (чим вищий рівень емоційного збудження – тим вірогідніше агресія) [8] та/або хибна атрибуція цього збудження (якщо причиною психічного збудження, навіть не дуже значного, вважається слова або дії партнера, то ймовірність агресивної поведінки збільшується, та навпаки)
- негативне або позитивне підкріплення агресивної поведінки в минулому (якщо агресія призводила до вирішення проблеми та задоволення потреб, то ризик агресивної поведінки збільшується) [9,10] або був свідком агресивної поведінки та насилля між батьків в дитинстві [6]
- поява стану фрустрації або є аверсивні подразники (наприклад біль, шум, дим цигарок тощо) [5] та внаслідок цього домінування емоції гніву, але не страху (гнів збільшує ймовірність агресивної поведінки, поява страху зменшує таку ймовірність) [7]

Приклад. *Чоловік 25 років. В дитинстві був свідком агресії та насильства батька по відношенню до матері. У своїх попередніх відношеннях проявляв агресію, що дозволяло втримувати за допомогою страху свої сексуальних партнерів. На даний час дуже роздратований в зв'язку з конфліктом на роботі. В останні 2 дні дуже болить голова. Як ви вважаєте, яка ймовірність агресивної поведінки у даного чоловіка, якщо його жінка скаже йому, що збирається піти від нього?* В даному випадку агресивна поведінка з боку чоловіка практично неминуха. Для більш точної оцінки ризику агресивної поведінки мною с колегами була розроблена шкала прогнозування агресивної поведінки Tумofeуev-Shornikov aggressive behavior prognostic scale.

Існує дуже багато різновидів агресії, та с практичної точки зору слід виділити реактивну агресію та проактивну агресію [1]. Реактивна « гаряча» агресія – це агресія котра виникає внаслідок аверсивної або фруструючий ситуації, і тільки в тих випадках, коли внаслідок цих ситуацій виникає така емоційна реакція як гнів. Гнів являється необхідною умовою для виникнення реактивної агресії. Така емоційна реакція як гнів виникає в випадках коли людина відчуває свою фізичну, інтелектуальну або іншу перевагу, якщо людина не відчуває таку перевагу, він відчуває страх, та не проявляє

агресивну поведінку. Таким чином на виникнення реактивної агресії впливають такі фактори як наприклад – гендерна нерівність та віра в домінуючий позиції чоловіка в суспільстві або сім'ї (наприклад в Україні 22 % жінок вважають, що побиття жінки її партнером може бути оправданим в деяких випадках), імпульсивний підтип нестійкого розладу особистості. Проактивна «холодна» агресія – це агресія направлена на досягнення певного результату, який агресору необхідно отримати від жертви. Даний вид агресії супроводжується збудженням або задоволенням, а не гнівом. Таким чином на виникнення проактивної агресії можуть впливати такі фактори як антисоціальний розлад особистості, або приклад насилля в сім'ї, який був засвоєний людиною в дитинстві. Людей в яких постійно виникає реактивна («гаряча») агресія іноді, в популярній літературі, називають «пітбулями», а людей в яких виникає проактивна («холодна») агресія – «кобрами». Частіше за все в сім'ях виникає проактивна агресивна поведінка.

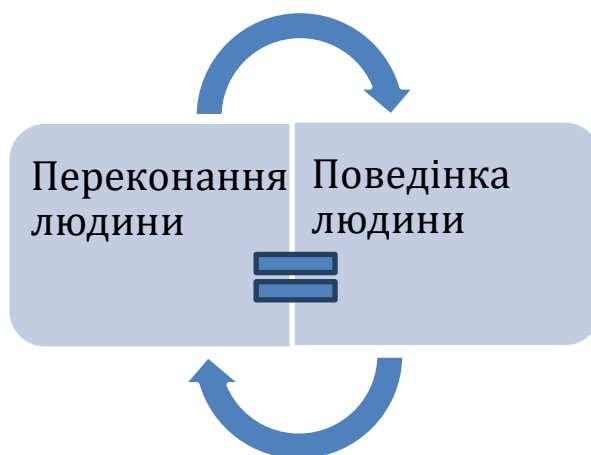
Агресія в сім'ї виникає не зразу у вигляді фізичного насильства, а поступово, крок за кроком, від мінімальних проявів, наприклад саркастичних зауважень, до максимальних проявів, наприклад нанесенні тяжких тілесних ушкоджень. В динаміці агресії та насильства можна виділити так зване коло агресії [12] (дивись малюнок 2).



Малюнок 2. Коло агресії.

Все починається з накопичування напруги внаслідок розбіжностей по різних питаннях у партнерів. Потім іноді це починає виливатися в підвищення тону голосу, звинувачення на адрес партнера, роздратованість, лайку, після чого з'являється сором та вина. Та, якщо партнер не окреслює межі дозволеного, не дасть відсіч, не доведе до свого партнера абсолютно недопустимої такої поведінки, то така поведінка з часом стає звичною та наростає, вже може з'являтися більш брутальні прояви агресії, нанесення побоїв тощо. Після чого партнер який проявляв агресію відчуває сором за свою поведінку, просить пробачення, говорить, що це ніколи не повториться, але згодом, якщо партнер знову не окреслить межі дозволеного, така поведінка буде повторена знову і знову. Вимоги до партнера будуть постійно наростати, незадоволення партнером буде наростати, наростати також буде і напруження та фрустрація, що рано чи пізно знову призведе до звичної форми поведінки – до агресії або до насильства. В соціальній психології такий феномен називається «нога у двері». Домашнє насилля формується не за добу і не за тиждень, це більш менш повільний процес, та чим довше формується така поведінка, чим довше у часі розтягнутий період від перших

проявів агресії до значної фізичної агресії, тим рідше жінка вважає, що щось не так в її взаємовідносинах, тим рідше звертається вона за допомогою. Як говорять, що «цеп рабства вішається не за один день, а поступово, кільце за кільцем». В формуванні насилля в сім'ї також велике значення має таких соціально-психологічний феномен, як феномен «когнітивного дисонансу» [13]. Даний феномен проявляється у тому, що між переконаннями та поведінкою людини повинна бути відповідність, тоді людина відчуває емоційний комфорт та задоволення, та якщо відповідності між переконаннями та поведінкою не має відповідності, то людина відчуває дуже сильне напруження та дискомфорт, та щоб його усунути або змінює поведінку, відповідно до своїх переконань, або, якщо змінити поведінку вже неможливо внаслідок різних ситуацій, людина змінює свої переконання [13]. Таким чином наші переконання впливають на поведінку, і навпаки, поведінка впливає на переконання (дивись малюнок 3)



Малюнок 3. Феномен «когнітивного дисонансу».

Відповідно до феномену «когнітивного дисонансу», якщо один партнер пробачає свого кривдника, не йде від нього, не окреслює меж поведінки в силу різних обставин (від розладів особистості, до відсутності житла або коштів), то відбувається **зміна переконань**, і вже не «партер не правий, а я винувата (ий) та заслуговую на це і відбувається мовчазна зода з насиллям. Таким чином, як це не звучить парадоксально, в формування насилля в сім'ї

приймають участь обидві сторони, зверніть увагу, що приймають участь, а не винні. Дуже часто виникає парадоксальна ситуація, один партнер б'є, а другий не тільки не уходить від нього, а й захищає та виправдовує його, говорить, що кохає його, це дуже нагадує «Стокгольмський синдром» [14]. В основі нього лежить вже вище згаданий феномен «когнітивного дисонансу» але ще існують деякі фактори, які посилюють залежність одного партнера від іншого, незважаючи на прояви агресії та насильства з боку партнера. Необхідно чотири умови для формування «Стокгольмського синдрому» [15]:

1. Партнер реально загрожує виживанню, або жертва так думає, що її партнер загрожує її виживанню
2. Людина знаходиться в ситуації, з якої вона не може піти, або думає, що не може піти
3. Партнер ізолює свою жертву від наволишнього світу
4. Партнер іноді проявляє доброту або демонструє «любов»

Зверніть увагу на пункти 1 та 2, іноді немає реальної угрози з боку партнера, но інший партнер, в силу різних обставин, наприклад в процесі проходження психотерапії та не зовсім професійних дій з боку психотерапевта, думає, що угроза є, тоді такі випадки не слід розглядати, як насилля в сім'ї. Які фактори можуть посилювати агресивну поведінку? Слід розрізняти фактори яки впливають на агресію та фактори, що впливають на агресивність (мал. 4).

Агресія

- біль
- роздратованість або тривога
- жара
- шум
- погане самопочуття
- стрес
- фрустрація
- дим цигарок
- алкоголь
- наркотичні та психоактивні речовини

Агресивність

- дисоціальний розлад особистості
- зміна особистості за органічним типом
- імпульсивний підтип емоційно-лабільного розладу особистості
- приклад насилля та агресія в сім'ї
- культуральні погляди на місце чоловіка та жінки в суспільстві та в сім'ї та їх соціальну роль
- пубертатний та молодий вік
- низький інтелект або деменція
- ураження лобових ділянок мозку
- стигматизація та навішування ярликів
- попередній опит насилля та агресії
- сформована залежність

Малюнок 4. Деякі фактори, що впливають на агресію та агресивність.

Як ми бачимо з малюнка, на деякі фактори ми можемо впливати безпосередньо (біль, жара, алкоголь тощо), на певні фактори можливо вплинути, але зміна цих факторів потребує часу (навішування ярликів, культуральні погляди на соціальні ролі жінок та чоловіків), а на такі фактори як вік, органічні ушкодження ЦНС, як це не сумно, ми не можемо впливати.

Окремим питанням треба розібрати механізми виникнення сексуального насилля.

Сексуальне насильство – це примушування до сексуальних відносин без згоди на ці дії партнера.

На сексуальне насилля впливають багато факторів, але існує два основних фактори, котрі впливають на сексуальне насильство: це жорстокість по відношенню до жінок та сексуальна нерозбірливість (мал. 5) [16]. Жорстокість по відношенню до жінок формується загальною агресивністю + неповагою до жінок внаслідок виховання, культури або

соціального навчання. Сексуальна незрозумілість пов'язана з широким діапазоном сексуальної допустимості, відсутністю меж, всюдозволеності у сексі.



Малюнок 5. Механізм розвитку сексуального насилля.

Агресивна поведінка на насилля може передаватися з покоління в покоління, від батьків, до дітей, завдяки таким психологічним механізмам, як: статева-рольова ідентифікація дитини з батьком або матір'ю, коли дитина може бачити насилля та агресію у взаємовідносинах між своїми батьками та за допомогою такого механізму, як соціальне навчання [17]. Статево-рольова ідентифікація відбувається у дитини з батьком або матір'ю в залежності від статі дитини. Хлопчики ідентифікують себе з батьком, та засвоюють його манеру поведінки по відношенню до матері і інших жінок, якщо батько проявляв насильство до його матері, він, коли вже буде дорослим, також схильний до насильства по відношенню до інших жінок та до своєї дружини, особливо, якщо з партнером є багато розбіжностей та встановлюються конфліктні відносини. Дівчинки ідентифікують себе з матір'ю і якщо до матері застосовувалось насильство, та матір терпіла його, захищала свого чоловіка, то коли дівчинка стане дорослою, то вона з більшою вірогідністю

буде сприймати жорстоке відношення до себе, як норму. Соціальне навчання – це навчання за прикладом, якщо батьки дитини демонструють агресивну модель поведінки, дитина також схильна демонструвати агресію, спочатку до іграшок, потім до інших дітей та батьків, а потім, коли дитина стане дорослою, до своїх партнерів та своїх дітей. Таким чином відбувається передача агресії між поколіннями, *агресія – породжує агресію*.

Психологічні особливості агресора та жертв насильства.

Є дуже багато різноманітних факторів та психологічних особливостей агресора та жертви які можуть збільшувати ймовірність агресивної поведінки та насильства, в тому числі й сексуального, у сім'ї. Умовно усі фактори ми можемо поділити на дві великі групи: це фактори які пов'язані з агресором та фактори які пов'язані з жертвою насильства (мал. 6) [18].

Як ми можемо бачити з малюнка психологічні особливості агресора та жертви дуже часто співпадають, що ще раз ілюструє вираз, що «подібне тягнеться до подібного» і чому насильство в сім'ї існує дуже багато часу, та часто влаштовує обидві сторони, як це не звучить парадоксально.

Насильству з боку партнера піддаються жінки з низьким рівнем освіти, які були свідками насильства в сім'ї між батьками, до яких в дитинстві застосовувалось насильство, які терпимо відносяться до насильства, а також вірять в домінування чоловіків та підпорядкованість жінок, а також які мають деякі медичні проблеми, наприклад зловживають алкоголем [18].

Насильство частіше застосовують чоловіки які мають низький рівень освіти, були свідками жорстокого відношення батька до матері, до яких застосовувалося насильство у дитинстві, які зловживають алкоголем, відчують перевагу над жінками та вірять в домінування чоловіків в суспільстві та схвалюють гендерну нерівність [18].



Малюнок 6. Психологічні особливості агресора та жертви насильства.

Індивідуальні характеристики особистості кривдника, які можуть сприяти домашньому насильству [19]:

- знижений рівень інтелекту та емоційна нечутливість кривдника;
- негативне ставлення до соціального оточення, що викликає у особи почуття незадоволеності, неадекватні очікування щодо інших членів сім'ї;
- низький рівень / брак соціальних навичок, низька компетентність у вирішенні конфліктів, у запиті про допомогу, у подоланні стресу тощо;
- особливості особистості: агресивність, емоційна лабільність, залежність, замкнутість, імпульсивність, низька самооцінка,

низька стресостійкість, низький рівень емпатії, підозрілість, проблеми самоідентифікації, ригідність, роздратованість, схильність до домінування, тривожність;

- проблеми із соматичним здоров'ям.
- психологічні і психічні проблеми кривдника (від знервованості, депресивності до суїцидальної поведінки і психотичних розладів).

Загальний психологічний портрет кривдника [20]:

❖ Емоційний стан

- відчуття повсякденності факту насильства в сім'ї.
- емоційна лабільність;
- зловживання ПАР для «набуття рівноваги»;
- почуття правоти завжди і в усьому;
- систематична агресивна поведінка;
- страх щодо суспільства, начальників;
- хронічний дистрес;

❖ Етика, мораль

- готовність вирішувати всі питання силою;
- готовність до того, щоб близькі люди втратили своє достоїнство;
- прийняття етики стосунків у своїй батьківській сім'ї, яка є (була) дисфункціональною чи авторитарною, за норму.
- установки на те, що заради нього чи його цілей близькі, насамперед артнерка, повинні жертвувати всім;

❖ Життєві вміння

- відсутність вмінь змінювати звичні стереотипи та шукати нові шляхи вирішення проблем;
- відсутність практики одержання психологічної допомоги і віри в те, що саме йому це дуже потрібно;
- низька культура подолання стресів та травм (у всіх гріхах звинувачує не себе, а інших);

- низький рівень встановлення партнерських стосунків.
- низький рівень релаксації (не вміє розслабитися, відпочивати).
- ❖ Інтелект
 - брак знань щодо Міжнародного законодавства та Законодавства України;
 - відсутність вмінь обговорювати проблеми та робити адекватні ситуації висновки;
 - гіпертрофована жага особисто приймати всі рішення.
 - міф про власну особливу роль та особливі здібності;
 - наявність власної точки зору, що не підлягає змінам та обговоренню;
 - рівень культури частіше низький, але бувають кривдники з високим рівнем культури та загальної обізнаності;
 - своє власне уявлення про владу;
- ❖ Мотиви
 - віра в те, що життя потерпілої та дітей ніщо у порівнянні з власним;
 - віра в те, що кохання може бути і з кулаками;
 - віра в те, що саме він знає, в чому щастя дружини (потерпілої) та дітей;
 - влада за всяку ціну;
 - подолання своїх дитячих комплексів за допомогою насильства щодо близьких людей;
 - реалізація своєї систематично агресивної поведінки, без прийняття на себе вини і відповідальності;
 - страх перед змінами у своєму житті (наприклад, якщо дружина піде працювати).
- ❖ Особистісні риси
 - авторитарність.
 - агресивність;
 - відсутність вмінь партнерського співіснування;
 - гіпертрофоване бажання бути лідером;
 - дратівливість;

- порушення закономірностей раннього розвитку людини, що проявляється у протизалежних моделях поведінки, униканні близькості (за Вайнхолдами);
- співзалежність від інших людей;
- травмованість;
- ❖ Психологічні наслідки створення особою ситуації насильства у сім'ї
 - відчуття приреченості завжди бути агресором;
 - готовність до систематичної агресивної поведінки у сім'ї
 - неадекватність самооцінки;
 - нестійкість ціннісних орієнтацій;
 - стигматизація всіх оточуючих;
 - страх втратити владу у сім'ї;
 - формування вмінь керувати і бути агресивним у ситуації насильства;
- ❖ Самооцінка
 - втрата віри в близьких і гіпертрофована віра в себе;
 - завищена чи прихована занижена самооцінка при бажанні мати високу самооцінку;
 - дитячі психологічні травми, намагання вирішити проблему через штучне підняття своєї самооцінки і штучне зниження самооцінки близьких людей.
 - стигматизація близьких людей та нав'язування їм соціальних ролей: «нероба», «нікчема», «погана господиня», «погана мати», «невігласка» задля штучного підняття своєї власної самооцінки;
- ❖ Цінності
 - відсутність у оточуючих сумнівів щодо його обдарованості, здатностей;
 - власна кар'єра;
 - власне самоствердження, зокрема за рахунок інших осіб;
 - мати людину, яка повинна його обслуговувати і йому служити (що виправдовується «благом» родини);

- цінності запозтчуються від батьківської (часто дисфункціональної чи авторитарної) родини.

Література:

1. Фурманов, И. А. Социальная психология агрессии и насилия: профилактика и коррекция. Минск: БГУ, 2016. – с.
2. Freud, S. Instincts and their Vicissitudes. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works,. 1915.
3. Horney, K. The neurotic personality of our time: New York: Norton & Company, 1964.
4. Dollard, J., Miller, N. E., Doob, L. W., та ін. Frustration and aggression.: New Haven: Yale University Press, 1939.
5. Berkowitz, L. Aggression: A social psychological analysis: New York, NY, US: McGraw-Hill, 1962. xv, 361p.
6. Bandura, A. Aggression: a social learning analysis: Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall, 1973. 390 p.
7. Zillmann, D. (1983). Transfer of excitation in emotional behavior. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), Social psychophysiology: A sourcebook (pp. 215-240). New York: Guilford Press.
8. Zillmann, D. Hostility and aggression: Hillsdale, N.J.: New York: L. Erlbaum Associates ; distributed by the Halsted Press, 1979. 422 p.
9. Lorenz, K., Wilson, M. K., Huxley, J. On aggression: London: Routledge, 2002. 306 p.
10. Skinner, B. F. Verbal behavior.: New York: Appleton-Century-Crofts, 1957.
11. Buss, D. M., Shackelford, T. K. Human aggression in evolutionary psychological perspective. Clinical Psychology Review. 1997. Vol. 17, No. 6. P. 605–619.
12. Правдивцева, Л. Домашний тиран: ПСИХОЛОГИЯ для жизни 2019. №3 (80), С. 5-13.
13. Фестингер, Л. Теория когнитивного диссонанса. М.: Эксмо, 2018- 256 с.
14. Vejerot, N. The six day war in Stockholm, New Scientist 1974, vol. 61, № 886, p. 486—487.
15. Исцеление от «рая»: реабилитация и самопомощь при социальной зависимости. Под ред. Е.Н. Волкова. СПб.: Речь, 2008 – 392 с.
16. Маерс, Д. Психология. Мн.: ООО «Попури», 2001.-848 с.:ил.
17. Фурманов, И.А. Межпоколенная эстафета агрессии и насилия в семье: эндогенные и экзогенные факторы. Веснік БДУ. Сер. 3. 2009. № 1. С. 67-72
18. Насилие в отношении женщин [Электронный ресурс] // ВОЗ. – 2021. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
19. Забезпечення діяльності мобільних бригад соціально-психологічної допомоги як спеціалізованих служб підтримки постраждалих осіб від домашнього насильства. Методичний посібник. – К.: 30 березня 2020. – 190 с/.
20. Комплексна Програма корекційної роботи з чоловіками, які вчиняють насильство або належать до групи ризику щодо його вчинення: інформаційно-методичні матеріали / за заг. ред. Бондаровської В. М., Журавель Т. В., Пилипас Ю. В. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 284 с.

РОЗДІЛ 4. НАСЛІДКИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

4.1. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

В.В.Огоренко

Про психологічні наслідки... Що це, жити з тираном? Як з ним жити? Як з цим вижити? Я гадаю, що той, хто не знає, що це таке, навіть не зможе уявити собі життя, в якому є всі... всі, крім тебе. Тебе немає ніде, уявляєш, ніде. В тебе немає кімнати, в тебе немає часу, в тебе немає потреб, в тебе немає скарг, немає болю, в тебе навіть немає вдиху.... в тебе немає права на вдих. В тебе його забрали, але ж ти мусиш жити і ти мусиш дихати. І ти робиш безліч зусиль, и в тебе виходить, інколи виходить. А далі? А дали ти поступово починаєш думати лише про те, як тобі дихати. І настає час, коли все інше втрачає сенс, втрачає фарби, стає безликим. Лише інколи в твоє життя, заблукавши метеликом, прилітає мрія. Але, що ти можеш, що відчуваєш? Ти прислухаєшся до свого серця, чекаєш відповіді, резонансу, але там тиша, мертвенна тиша, бо ти більше не здатен, ти нічого не відчуваєш... і серце мовчить, зрадницьки мовчить, так, як ніби остання надія покинула тебе.

Наслідки домашнього насильства зазвичай розглядають з точки зору концепції травми. Термін психічна травма з'явився в науковій літературі з кінця XIX століття. Психічна травма (в перекладі з грецької – «поранення», «результат насильства») – тяжкі та болісні переживання людини, пов'язані з травматичними подіями власного життя, накопичення збудження, з якими вона не в змозі впоратися або які частково долаються за допомогою несвідомих механізмів захисту, що інколи ведуть до утворення невротичних симптомів. Травматична подія може викликати почуття сорому, страху, навіть жаху, і, найчастіше, саме особистісна вразливість та стан механізмів психологічного захисту можуть вплинути на те, стане чи ні травматична подія травмою. Треба сказати, що на відміну від фізичної травми, яка завжди є зовнішньою, психічна травма має внутрішню природу. Бо лише психіка

людини здатна травматизувати саму себе, знов і знов відновлюючи певні негативні думки, спогади та почуття. Є ще одна особливість психічної травми, яка виокремлює її від фізичної – вона невидима, “безтілесна”, її не можна торкнутися, але можна відчувати. Як саме? Болем, іноді нестерпним душевним болем. А реакція на біль не затримає себе чекати – від нього хочеться втекти, уникнути, врятуватися, бо біль інформує про небезпеку, враження та пошкодження. У відповідь на це психіка активно запускає механізми порятунку та відновлення. Таким чином, у гру вступають механізми психологічного захисту. Саме за допомогою захисних механізмів жінкам – жертвам насильства вдається вижити в надзвичайно складних умовах. Вони демонструють заперечення деяких аспектів реальності, їх сприйняття характеризується спотворенням дійсності. Ці жінки використовують симуляцію в поведінці, граючи роль «маленької дівчинки». Оцінки людей є дуже полярними – всі або дуже хороші, або дуже погані. Такі жінки кидаються від критики до піднесення і навпаки. Жінки в ситуації домашнього насильства часто ідентифікують себе з агресором, щоб задовольнити його потреби і попередити спалахи агресії. Їм здається, що вони можуть контролювати зовнішні події. Тим самим це дозволяє їм краще адаптуватися до стресу і бути більш емоційно стійкими. Чим менше у жінок реальних можливостей контролювати події і чим значніше наслідки нездатності їх контролювати, тим більше вони виявляють схильність звинувачувати в становищі, що склалося самих себе. Як відомо, самозвинувачення дозволяє жертві не відчувати себе такою. Стратегії виживання, які жінка використовує для того, щоб мати можливість фізично виживати поруч з агресором, являють собою різні спотворення думок, почуттів і поведінки, які дозволяють їй переносити агресію чоловіка і не руйнуватися психологічно. При домашньому насильстві жінка використовує такі механізми виживання день за днем, поступово вони трансформують її особистість і стають типовим способом її існування. Тривале перебування в стосунках з агресором призводить до того, що жертва поширює стереотипи

взаємодії відносин з партнером на всі свої відносини з людьми. Отже, механізми психологічного захисту, з одного боку, допомагають жінкам, які пережили домашнє насильство, вижити в тих несприятливих умовах, в яких вони знаходяться, захищають їх психіку, з іншого боку, перешкоджають жертвам адекватно бачити реальність і змінювати її, трансформують їх особистість.

Стати жертвою насильства означає пережити психологічну кризу. Така криза характеризується внутрішньою дезінтеграцією, яка зачіпає всі сфери психіки. Відповідно до результатів чисельних досліджень, в умовах сімейного насильства жінки схильні використовувати практично всі механізми психологічного захисту для того, щоб вижити в несприятливих умовах, в яких вони перебувають, та, які, з одного боку, захищають їх психіку, з другого боку, заважають жертвам насильства адекватно сприймати реальність та змінювати її, трансформують їх особистість. Виділяють наступні особистісні порушення, як наслідок сімейного насильства: емоційна холодність з відчуттям нездатності будувати чуттєві відносини; постійна наявність “комплексу жертви”, який проявляється у беспорядності, відмові від відповідальності за будь-кого, зниженні психологічної самооцінки, а також у роз’єднанні з людьми; наполегливе бажання бути коханим, яке поєднується із побоюваннями втратити об’єкт, від якого існує залежність та невпевненість у собі; наявність парадоксальної любові, яка спрямована саме на кривдника, відданість йому, так званий “стокгольмський синдром”. Жертва у цьому випадку використовує незрілі механізми психологічного захисту (регресія), в неї послаблюється воля, знижуються когнітивні здібності. До загальних характеристик жертв насильства відносять наступні: низька самооцінка; почуття провини та ігнорування почуття гніву до кривдника; традиційні уявлення про сім’ю та роль жінки у сім’ї і суспільстві; відчуття беспорядності; різноманітні психофізіологічні скарги; перебільшення ролі сексуальних відносин у стабілізації сімейних стосунків та психологічна залежність від партнера.

Засереджуючи увагу на психологічних наслідках домашнього насильства, поперше треба поділити їх на короткострокові і довгострокові. До короткострокових наслідків традиційно відносять такі зміни в поведінці та емоційних реакціях, що проявляються постійним відчуттям тривоги, занепокоєнням, тенеденціями до агресивної поведінки, вибухів гніву або проявів надмірної злості, що змінюються соромом та страхом. В таких обставинах жертва насильства переносить відповідальність за насильство на себе. Серед фізіологічних проявів можна віділити інсомнії, зниження апетиту, труднощі у спілкуванні.

Довгострокові наслідки є більш глибокими, такими, що можуть значно вплинути на загальне ставлення людини до світу. Жертвам притамані тенденції до сприймання світу, як ворожого, небезпечного, такого, що несе загрозу, що, в свою чергу, може призвести до втрати загальної довіри до оточуючих людей та до себе. При таких обставинах, власне ставлення до себе веде до формування невпевненості у собі, самознецінення з відчуттям нездатності на глибокі почуття, зниження емоційності, емпатичності. Все це може підштовхувати людину до ізоляції, усамітнення, формування залежності від психоактивних речовин. Як правило серед основних скарг домінують астеничні прояви з почуттям фізичної та психічної втомлюваності, Окремо треба виділити формування у жертв сімейного насильства психосоматичних та особистісних розладів.

Поруч з соціально-історичними та правовими факторами, наявністю в суспільстві агресивних людей, насильницькі дії в сімейних умовах часто бувають обумовлені і віктимологічною природою, а саме специфічною, провокуючою поведінкою самих жінок. Феномен віктимної поведінки розглядається, як патерн, що проявляється певним психічним станом, хворобливою прихильністю, залежністю, набором особливих рис характеру та засвоєних норм поведінки, що спосіб адаптації до конфліктних взаємовідносин. Таким чином, можна розглядати цей термін не тільки, як поведінкові відхилення, але ж і як порушення сімейної взаємодії.

Це призводить до формування у жінок жертв насильства таких якостей, як готовність до самопожертви, відданість та терпимість по відношенню до агресора, а також риси співзалежності особистості. Така деформація веде до втрати жінкою жертвою розуміння, як інші люди повинні до них ставитися, починають ігнорувати свої своїм почуття і потреби. Основним очікуванням таких жінок є передчуття негативної реакції чоловіка і оточуючих.

Саме такі зміни та постійне відчуття страху робить жінок, що потерпають від домашнього насильства, жертвами маніпуляцій. Жертви насильства ні в якому разі не прагнуть розірвати відносини із чоловіком-агресором. До головних причин такої поведінки, крім страху, відносять відсутність умов для життя, матеріальну та психологічну залежність, уявлення, що можна змінити негативне ставлення та припинити агресивні дії шляхом підпорядкування вимогам партнера, певні сімейні традиції та культурні цінності а також тенденції до повної бездіяльності внаслідок психічної травматизації. Жінка ніби втрачає впевненість та рішучість та стає пасивною і непродуктивною, витрачаючи багато зусиль на подолання незначних проблем, в неї зростає відчуття безпорадності і вона втрачає бажання щось змінювати.

Зазвичай, скривджені жінки постійно шукають підтримки та підвищеної уваги, яких не отримують в сімейних відносинах. Вони не можуть залишатися наодинці, щоб не поглинатися у власні думки, запобігають самотності. Постійне існування в умовах стресу призводить, крім емоційно-психологічних наслідків, ще й до значних фізіологічних змін з перспективою подальшого формування психосоматичних розладів. Одужання після простуди, незначної травми потребують тривалого часу. Саме цей час жертви насильства використовують для отримання уваги та уникнення жорстокого ставлення до них.

Незалежно від форми, насильство згубно впливає на здоров'я і благополуччя жінки протягом усього подальшого життя, навіть якщо епізоди

насильства залишилися в минулому. Насильство породжує важкі наслідки для всього суспільства і лягає важким тягарем на бюджети країн і процес розвитку в цілому.

Всі форми жорстокого поводження з дитиною, такі, як фізичне насильство, протиправні сексуальні дії і невиконання батьківських обов'язків можуть призводити до різноманітних поведінкових і емоційних проблем, а саме підвищеного ризику агресії і депресії у дітей. Дитина, яка стає очевидцем сімейного насильства, у майбутньому переносить такий стиль поводження на власну сім'ю.

Треба відмітити, що до порушення соціалізації дитини можуть призвести наступні причини, до яких відносять: неможливість або некомпетентність молодого подружжя у вихованні дитини; нехтування батьківськими обов'язками чи нестача часу для приділення уваги дитині.

Всі діти, які піддавалися будь-яким формам насильства або були свідками цього в своїх сім'ях, потребують негайної реабілітації. Наслідками насильства в сім'ї є дитяча бездоглядність, що, в свою чергу, призводить до формування делінквентних форм поведінки неповнолітніх. Історії родин, де діти потерпали від насильства, демонструють повторювані поведінкові реакції по відношенню до своїх власних дітей. Дослідження показують таке, що у дітей, які постраждали від сімейного насильства, підвищується ризик виникнення психічних захворювань, розвитку залежності від наркотиків та алкоголю.

Величезна кількість дітей йде з дому, рятуючись від власних батьків, багато неповнолітніх перебувають у розшуку. Жорстоке поводження з дітьми формує людей малоосвічених, які не вміють працювати, створювати сім'ю, бути хорошими батьками. Небезпечним соціальним наслідком насильства по відношенню до дітей є подальше відтворення самої жорстокості, оскільки жертви часто стають гвалтівниками. В результаті різних покарань у дитини формуються несприятливі риси характеру і особистісні особливості, пов'язані з тим, що такі діти схильні до впливу чужого прикладу, і вони

можуть відшкодувати зло на інших. Батьківська родина стає для такої дитини негативним прикладом; відсутність емоційного тепла призводить до того, що діти виростають вразливими, недовірливими, зі спотвореним ставленням до себе та інших; вони не здатні до довіри, схильні до жорстокості.

З усього сказаного слід зробити висновок про те, що сімейне насильство – одне з найскладніших соціальних відхилень нашого суспільства, що завдає великої шкоди процесу формування підростаючого покоління. Воно непереборно без створення високоорганізованої системи профілактики жорсткої делінквентності щодо неповнолітніх, і, в цілому, ліквідації насильства в сім'ї.

Література

Горбунова, О. И. Пособие по организации работы с пострадавшими от насилия в семье в условиях кризисного центра / О. И. Горбунова. – Минск: Артيا групп, 2014. –155 с.
Малкина-Пых, И. Г. Виктимология. Психология поведения жертвы / И. Г. МалкинаПых. – М.: Эксмо, 2006. – 324 с.

4.2. ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ СТАНИ ЯК НАСЛІДОК ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

О.Й.Мамчур

*Хотите – верьте, хотите – нет, и я знаю, что большинство не поверит, но, если рассматривать дело в долгосрочной перспективе, уровень насилия в мире снижается, и, похоже, мы сегодня живем в самую мирную эпоху за все время существования нашего вида. Конечно, снижение это не всегда шло гладко, не свело насилие к нулю и нет никаких гарантий, что так будет продолжаться и дальше.
Пинкер С. Лучшее в нас. Почему насилия в мире стало меньше, 2021*

За даними Директорату розвитку соціальних послуг та захисту прав дітей Міністерства соціальної політики України, всього в Україні в 2020 році зафіксовано 211 362 звернення з приводу домашнього насильства. Розрахунки, проведені Інститутом демографії і соціальних досліджень на

замовлення Фонду народонаселення ООН в 2017 році, говорять про те, що щорічно 1,1 млн українок стикаються з фізичним і сексуальним насильством в сім'ї. Проблеми психологічної та психіатричної допомоги жінкам, що постраждали від насильства за ознакою домашнього насильства, особливо загострилися в умовах проведення антитерористичної операції та операції об'єднаних сил на сході України, в умовах карантинних обмежень з приводу пандемії COVID-19. Насильство над жінками має різні види і форми, але їх наслідками завжди стають психологічна і соціальна дезадаптація, вагомий збиток для здоров'я, стійке зниження якості життя. Саме тому для України все більше набуває актуальності проблема впровадження та удосконалення психологічної та медичної моделі медико-соціальної та психотерапевтичної та психіатричної допомоги жінкам, що постраждали від насильства [2].

Психопатологічні стани як наслідок домашнього насильства можна розподілити на ті, що виявляються вперше (найбільш вивчена та висвітлена в науковій та спеціальній літературі проблема) та на рецидивуючі психопатологічні стани (психічні та поведінкові розлади), що були спостерігані у минулому та були спровоковані проявами домашнього насильства у теперішній час (зазвичай мало вивчена та мало висвітлена проблема).

Психопатологічні стани, що виникають внаслідок домашнього насильства є психогенними за походженням. Незважаючи на те, що термін психогенний не використовується сучасною міжнародною класифікацією МКХ-10 його використання сучасною психіатрією є досить доцільним у рамках вітчизняної наукової школи та аналізу матеріалу, що буде розглянуто далі. Так психогенними називають збірну групу психічних розладів, що виникають у результаті дії зовнішніх психогенних факторів, які посередньо або прямо впливають на діяльність головного мозку, що в свою чергу, призводить до психічного захворювання. Основними психогенними факторами вважаються: психічна травма, емоційна напруга та емоційний стрес. Психогенні фактори не у всіх осіб викликають психічні розлади.

Причини цього не встановлено, однак окрім сили та тривалості психогенних факторів велике значення має так званий “індивідуальний бордюр адаптації”. Клінічні ознаки психогенії (так звана триада К.Ясперса) є актуальною та вміщує в собі наступні ознаки:

1. Збіг у часі початку захворювання та впливу психотравми.
2. Відображення психотравми у структурі переживання.
3. Одужання після того, як психотравма перестала бути актуальною.

Психопатологічні стани як наслідок домашнього насильства мають різну клінічну вираженість та відмінність в залежності від віку (діти, підлітки, дорослі) або гендеру (чоловіки та жінки) тощо.

Психопатологічні стани у дітей внаслідок домашнього насильства

Найбільш вразливими до проявів будь-якого виду насильства є діти. Одна з найбільш змістовних та цікавих матеріалів з цієї теми є робота групи авторів Ардашева С.В., Борозинец Н.М., Евмененко Е.В., Козловская Г.Ю. (2003), що зробили детальний аналіз даних літератури та поєднали їх з власними спостереженнями та досвідом [3]. Особливо критичними є дошкільний і підлітковий вікові періоди, які більшістю дослідників розглядаються "періодами ризику" щодо насильства. До недавнього часу проблема насильства над дітьми залишалася практично закритою для обговорення, що не давало повного уявлення про її масштабах і серйозності, в той час як діти можуть піддаватися насильству не тільки в родині, а й в школі, і з боку інших соціальних інститутів.

Одне з найнебезпечніших наслідків застосованого до дитини насильства, крім завданої йому фізичної і психічної травми, полягає в тому, що у свідомості дитини міцно закріплюється можливість застосування насильства. У традиційному розумінні насильство являє собою фізичне або сексуальне зловживання, проте психологічний тиск на особистість, обмеження її прав і інтересів, обмеження потреб і можливостей також слід розглядати як акти насильства.

Більшість дослідників сходяться на думці, що найбільш важкими є наслідки насильства, перенесеного в дитячому віці, але частіше за все саме діти і виявляються його жертвами. Це багато в чому пояснюється зростаючим рівнем агресії в суспільстві, що нагнітається реаліями сучасного життя, засобами масової інформації, зниженням духовної культури населення та вразливістю дитини в зв'язку з недосконалістю правової, медичної і психолого-педагогічної допомоги і захисту в кризових ситуаціях.

Така дитина постійно говорить про такі особливості поведінки кривдника, як приниження, образа, знущання і висміювання. При цьому дитина має забитий вигляд, замкнута, відчужена, тривожна, дратівлива, з низькою самооцінкою і іншими проявами невротичного розладу або депресії. Особливості психічного стану та поведінки дитини також залежать від віку. Дуже маленькі (0 – 6 місяців) виглядають малорухливими, байдужими до навколишнього, в них відсутня або слабка реакція на зовнішні стимули, рідкісна усмішка.

Пізніше (від 6 місяців до 1, 5 року спостерігаються побоювання батьків, фізичного контакту з дорослими, постійна безпричинна настороженість, плаксивість, постійне пхикання, замкнутість, зажуреність, переляк або пригніченість при спробі дорослих їх узяти на руки та заспокоїти.

У віці 1,5 – 3 роки також виражене побоювання дорослих, рідкісні прояви радості, плаксивість, реакція переляку на плач інших дітей, надмірності в поведінці – від надмірної агресивності до байдужості.

У більш старших (від 3 до 6 років) має місце примирення зі тим, що трапилося, відсутність опору, пасивна реакція на біль, хворобливе ставлення до зауважень, критики, запобіглива поведінка, надмірна поступливість, псевдодоросла поведінка (що зовні копіює поведінку дорослих), негативізм, агресивність, брехливість, злодійство, жорстокість по відношенню до тварин, схильність до підпалів.

У молодшому шкільному віці: прагнення приховати причину ушкоджень і травм, самотність, відсутність друзів, небажання йти додому після школи, дивні харчові пристрасті: штукатурка, кал, листочки, равлики, жучки та інші.

У підлітковому віці: втечі з дому, суїцидальні спроби, делінквентна поведінка, вживання алкоголю, наркотиків.

Д.Рапорт і А.Руберке (D.Rapport, A.Roubergue, 1988) на підставі стаціонарного обстеження 150 дітей, що пережили жорстоке поводження, прийшли до висновку, що 60% батьків цих дітей мали різні психіатричні розлади (депресії, важкі тривожні розлади, гострі маячні реакції, алкоголізм та інші), соціально-економічні та пов'язані з ними проблеми, а також важку депривацію у власній історії життя в дитячому віці. 15% батьків, які не мали явних психічних розладів, проте потребували медико-психологічної допомоги від психіатра [цит. За 3].

Психопатологічні стани у хворих дітей з фізичними та психічними відхиленнями внаслідок домашнього насильства

Діти з фізичними та психічними відхиленнями також уразливі для зловживання. Діти-інваліди з наявними фізичними вадами, вродженими аномаліями, розумовою відсталістю або хронічними психічними захворюваннями не тільки обтяжливі для батьків, розглядаються ними як наслідок ураженої самолюбства та самоповаги. У деяких дослідженнях відзначається, що в звичайній популяції дітей поширеність розумової відсталості складає 2 – 3%, а в популяції дітей, що піддаються жорстокому поводженню, ці цифри доходять до 20 – 40% (K.Cigno, P.Burke, 1995; T.W.Wind, L.Silvern, 1994) [цит. За 3].

Дитина може сприяти фізичному насильству своєю агресивністю, гіперактивністю та імпульсивною поведінкою, що в свою чергу може бути, , загальним результатом поганого поводження. Гіперактивні діти більш імпульсивні і менш охоче виконують правила. Це фруструє батьків, схиляє їх до насильства та фактично може привести до нього. Дитина наслідує

насильницьку поведінку своїх батьків, проявляючи той же самий тип агресивності та збудження, щоб запобігти жорстокого поводження по відношенню до себе. При цьому створюється порочне коло поганої поведінки і зловживання. Той факт, що багато дітей, що зазнали фізичного зловживання, що залишилися без піклування батьків, самі "підбурюють" таке погане поводження до них та стають "цапами-відбувайлами" в виховних закладах. Це свідчить про їх здатність провокувати та бути джерелом конфлікту з вивільненням хворобливої симптоматики у подальшому. Дуже складно визначити у кожному конкретному випадку чи є погана поведінка результатом насильства або погана поведінка сприяє його проявам. За даними національного дослідження США, проведеного в 1988 р, виявилось, що майже у 25% дітей були труднощі поведінки протягом року до насильства, при цьому вони були пов'язані з поганим поводженням батьків [3].

Наслідки домашнього насильства у дітей

Пережите в дитячому віці насильство специфічним чином пов'язане з формуванням певного кола особистісних розладів. Діти, що пережили будь-який вид насильства, відчують труднощі соціалізації: у них порушені зв'язки з дорослими, немає відповідних навичок спілкування з однолітками, вони не володіють достатнім рівнем знань і ерудицією, щоб завоювати авторитет у школі тощо. Рішення своїх проблем діти – жертви насильства – часто знаходять у кримінальному, асоціальної середовищі, а це часто пов'язане з формуванням у них пристрасті до алкоголю, наркотиків, вони починають красти і здійснювати інші протиправні дії.

Незалежно від виду і характеру насильства у дітей можуть надалі розвиватися різні захворювання, які відносяться до психосоматичних: ожиріння, різка втрата ваги, тики, заїкання, енурез тощо. Діти, які зазнали різного роду насильства, самі стають агресивними, що найчастіше виливається на більш слабких: молодших за віком дітей, на тварин. Часто дитяча агресивність проявляється в грі, часом спалахи гніву не мають

видимої причини. Найбільш універсальною і важкою реакцією на будь-яке насильство, є низька самооцінка, яка сприяє збереженню і закріпленню психологічних порушень, про що свідчать висока частота депресій, напади занепокоєння, безпричинної туги, почуття самотності, порушення сну. Відчуваючи себе нещасними, знедоленими, пристосовуючись до ненормальних умов існування, намагаючись знайти вихід з положення, що створилося, вони і самі можуть стати шантажистами. Також можуть спостерігатися спроби покінчити з собою.

Таким чином, будь-яка ситуація насильства, в якій виявляється дитина, носить поліфакторний характер, і питання про те, чи буде те, що сталося переживати як травма надалі, вирішується в залежності від індивідуальних особливостей дитини, умов, в яких протікає його розвиток, характеру впливу, і багатьох інших факторів [4,5].

Насильство щодо жінок.

Насильство щодо жінок, особливо з боку інтимного партнера та сексуальне насильство над жінками, є серйозною проблемою громадської охорони здоров'я і порушенням прав людини. За даними про глобальну поширеність насильства, опублікованими ВООЗ, кожна третя жінка (35%) в світі протягом свого життя піддається фізичному або сексуальному насильству з боку інтимного партнера, або сексуальному насильству з боку іншої особи. У більшості випадків це насильство з боку інтимного партнера. У всьому світі 30% жінок, які перебували у відносинах, повідомляють про те, що вони піддавалися будь-якій формі фізичного або сексуального насильства з боку свого партнера протягом життя. До 38% вбивств жінок в світі відбувається їх інтимними партнерами чоловічої статі. Насильство може згубно позначатися на фізичному, психічному, сексуальному і репродуктивному здоров'я жінок, а в деяких обставинах підвищувати ризик інфікування ВІЛ.

Насильство з більшою ймовірністю виявляють чоловіки, які мають низький рівень освіти, перенесли жорстоке поводження в дитинстві, були свідками насильства по відношенню до своєї матері, зловживають алкоголем,

поділяють засновані на нерівності гендерні норми, в тому числі терпимість до насильства, і відчують почуття переваги над жінками.

Насильству з боку інтимного партнера з більшою ймовірністю піддаються жінки, які мають низький рівень освіти, спостерігали насильство по відношенню до своєї матері з боку її партнера, в дитинстві піддавалися неправомірному поводженню і поділяють терпиме ставлення до насильства, уявлення про домінування чоловіків і підпорядкованому становищі жінок.

Згідно з наявними даними, інформаційно-роз'яснювальна робота та консультації, що допомагають розширити права і можливості жінок, а також відвідування на дому тих жінок, що раніше зазнавали домашнього насильства, сприяють профілактиці та скорочення масштабів насильства по відношенню до жінок з боку інтимних партнерів. Конфліктні і постконфліктні ситуації, а також переміщення людей можуть посилювати існуюче насильство, наприклад, з боку інтимного партнера, і створювати додаткові форми насильства по відношенню до жінок [6].

Найбільш цікавим з доступних нам джерел є дослідження харківського психіатра Романової І. В. (2018) жінок з психогенними розладами прикордонного регістра, що постраждали від насильства. За достатньо тривалий період спостерігались 90 дівчат і жінок у віці 18-48 років, що постраждали від фізичного, психічного насильства, домашнього насильства за ознакою статі та у яких були виявлені психогенні розлади [7].

У жінок, що постраждали від домашнього насильства та насильства за ознакою статі, були виявлені психопатологічні зміни особистості у вигляді формування віктимних рис характеру, підвищеної конфліктності, прояви дратівливості, запальності, гніву, що найчастіше стосувався дітей, літніх родичів, тварин. У трьох жінок в основній групі виявлено схильність до аутоагресії у вигляді самоушкоджень.

До іншого типу реагування на насильство можна віднести характерологічні особливості дружин, що були, навпаки, пасивними, покорними, не могли захистити себе, дітей та їх інтереси, у них формувалася

психологічна залежність від спілкування з агресором, почуття жалості до нього. У насильницьких діях по відношенню до себе жінки з сформованими віктимними рисами характеру бачили прояви любові до себе і уваги з боку чоловіка-агресора. При цьому неминуче порушувалася комунікація та конструктивне спілкування з членами сім'ї, знижувалася самооцінка жінки та її дитини, внаслідок чого їй важко було домогтися поваги оточуючих, успіху, завоювати авторитет у колективі, у неї було утруднено спілкування з родичами, були відсутні близькі друзі, відзначалася соціальна ізоляція та дезадаптація.

Аналіз показників експериментально-психологічного дослідження та емоційного стану жінок показав, що у них частіше діагностували низькі показники настрою (+26,3%), був високий рівень нейротизма ($37,14 \pm 3,97$, $p < 0,001$) (таблиця), реактивної тривоги (+39,5%) і особистісної тривожності (+42,7%) ($p < 0,001$).

Наслідки сексуального насильства

Як і у випадку з жінками-жертвами сексуального насильства, дослідження показують, що жертви-чоловіки часто страждають від ряду психологічних наслідків як безпосередньо після скоєння акту насильства, так і через багато років. Серед цих наслідків почуття провини, гнів, тривога, депресія, посттравматичний стрес, сексуальна дисфункція, соматичні скарги, порушення сну, відмова від взаємин і спроби суїциду. Крім того, обстеження згвалтованих підлітків виявили вплив перенесеного згвалтування на зловживання речовинами, насильницьке поведінку, злочинство і невідвідування уроків в школі [8].

Коли чоловік стає жертвою: сповідь про побутове насильство

За даними за 2019 рік, в Німеччині 81 відсоток жертв домашнього насильства – жінки, 19 відсотків – чоловіки. При цьому чоловіки рідше готові визнати себе жертвою. Згідно з даними поліції, в 2019 році кожен третій день в ФРН від рук колишнього або нинішнього чоловіка або коханця гинула жінка. В результаті домашнього насильства позбулися життя 117 жінок і 32

чоловіки. Всього по країні – 141 тисяча жертв злочинів з тих чи інших (за ступенем тяжкості) результатом. Цікавою, на наш погляд, є розповідь чоловіка, що став жертвою домашнього насильства [9].

Коли я тільки познайомився зі своєю подругою, він думав, як багато чоловіків: "Я її рятівник". Вона розповіла йому про колишнє життя з партнером, застосовували насильство, про побої і своє горе. Це його зворушило, він хотів їй допомогти, показати, що є й інші чоловіки, що розуміють, чуйні і уважні. Такі, як він. "Я тоді не помітив, що все це було лише майстерним прийомом, щоб роздобути прихильність людини, яку можна використовувати в своїх інтересах". Стосунки тривали шість фатальних років. Герой розповіді створює враження впевненої в собі людини. Високий, ставний. Людина справи. Свою історію він розповідає спокійно і задумливо. Він – жертва? В таке важко повірити. Жертви зазвичай маленькі, тендітні, слабкі. Або це стереотип? "Я відчував себе прислугою, яка завжди хотіла догодити" Він та його подруга з'їхалися. Загальна квартира, загальні будні, загальний рахунок. Він її підтримував, в тому числі і фінансово. Він допомагав їй жити новим життям, отримував від цього моральну віддачу і все глибше впадав в залежність. І ось це сталося в перший раз . "Все почалося з того, що у відпустці ми ночували в готелі, який не відповідав її вимогами. Вона не хотіла платити. І я повинен був її підтримати і висловити власнику готелю, яка у нього грязюка. Але я цього не зробив, тому що не хотів принижувати чоловіка. Тоді вона сама вирішила відчитати його. А я сів в машину і чекав. Коли вона повернулася, то накинулася на мене з криком і дала ляпаса. і я подумав, що ніколи більше не зважуся її не послухатися ". Її подруга виправдовувала себе. У неї було важке дитинство. Без тепла і стабільних відносин в сім'ї. Він брав її пояснення. І так залежність зростала з року в рік. "Я відчував себе прислугою, яка завжди хотіла догодити. І завжди на першому місці була думка: треба робити те, що їй подобається. Подавати фрукти, які вона любила, так, як вона любила. А якщо її щось не влаштовувало, то в мене летіли різні предмети "[9] .

4.2.1. Невротичні стани як наслідок домашнього насильства

Соблазнительно пересмотреть историю насилия с точки зрения морали – как героическую сагу о борьбе добра со злом, но я выбрал другой ракурс. Мой подход в широком смысле научный: он сводится к поиску объяснений, почему так происходит.

Пинкер С. Лучшее в нас. Почему насилия в мире стало меньше, 2021

Професор клінічної психіатрії в Гарвардській медичній школі, що спеціалізується на вивченні та лікуванні інцесту і травматичного стресу Джудит Герман (Judith Lewis Herman) – психіатр, дослідник, викладач і письменник) у своїй знаменитій книзі «Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору» ще у 1992 році сформувала дуже ідею щодо того, що життя дружин, які зазнають побоїв, і дітей, що піддаються насильству, мало відрізняється від травматичних подій на війні: присутні постійна безвихідь, придбана безпорадність, перманентний страх і всі інші наслідки для тіла і мозку. Такого роду переживання в дитинстві або в дорослому житті призводять до синдрому хронічної травми. В якомусь відношенні він гірше гострого посттравматичного розладу, оскільки має всі ті ж симптоми, але посилює їх. Він охоплює нас до мозку кісток і, підриваючи основи нашої цілісності, настільки деформує, що ми перестаємо це усвідомлювати. І так відбувається дуже-дуже часто. У випадку з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) ми хоча б знаємо, що сталося. З синдромом хронічної травми ми, як жаба, догодила в каструлю, не усвідомлюємо, що нас можуть зварити. Зміни базової парадигми відбуваються настільки поступово (або вони існували, скільки ми себе пам'ятаємо), що ми не здатні зрозуміти, як далеко відхилилися від норми.

Жертви хронічної травми часто намагаються уникнути будь-яких емоційних переживань, оскільки будь-які сильні почуття легко запускають реакції паніки, дисоціації або спалахів пам'яті. Вони стають емоційно сплосченими, похмурими, зневіреними або депресивними. У них може розвинути параліч волі – і вони втрачають мотивацію, бажання або прагнення до чого-небудь; вони приречені на безвихідь. Спогади про минулі радощі приносять біль і починають забуватися. Кожен день схожий на попередній, і ніхто не сподівається на якісь зміни. Більшість людей з хронічним ПТСР відрізняються, щонайменше, пасивним саморуйнівним

поведінкою. У них є проблеми з організованістю, їм дуже важко бажати чогось кращого. Вони схильні йти в себе в моменти стресу або конфлікту, а тому в їх житті нічого не налагоджується. Вони занадто часто звинувачують себе за власні страждання. Вони не можуть відчувати гнів щодо свого кривдника і зазвичай знаходяться в серйозній депресії. Багатьох жертв насильства з вкрай вираженим саморуйнівним поведінкою зазвичай описують як прикордонних [10].

Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади об'єднані в одну велику групу тому, що вони історично поєднані з концепцією неврозу та виникають у зв'язку з психологічними причинами. Поняття неврозу використовують в обігу з метою полегшення ідентифікації цих розладів, що можна вважати невротичними в їх власному розумінні цього терміна. Часто спостерігається поєднання симптомів. Найпоширенішим є співіснування депресії і тривоги, особливо у випадках менш важких розладів. Незважаючи на те, що треба прагнути до виділення провідного синдрому, для тих випадків поєднання депресії і тривоги, в яких було б штучним наполягати на такому рішенні, передбачена змішана рубрика депресії і тривоги .

Сучасна міжнародна класифікація включає наступні групи: фобічні тривожні розлади; інші тривожні розлади; obsесивно-компульсивний розлад; реакція на важкий стрес і порушення адаптації; дисоціативні [конверсійні] розлади; соматоформні розлади; інші невротичні розлади (в тому числі неврастенія). Невротичні, соматоформні та пов'язані зі стресом розлади є психогенними за походженням (дивись вище).

У дослідженні Любченко М. Ю. та Столярова В. В. (2016) розглянуто варіанти як макро-, так і мікросоціальних (сімейних) факторів, що призводять до зриву адаптації і формування невротичних розладів. За уточненими даними тільки 10% населення стресостійкі, 25% переживають стрес з втратами для здоров'я, 2/3 всіх захворювань займають невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади. В даний час 450 млн. людей в світі страждають психічними розладами. У кожній з чотирьох сімей є,

принаймні, одна людина, яка в даний час страждає від психічного розладу. Тим часом, наведені дані базуються, в основному, на офіційній статистиці. Рівень поширення невротичних, включаючи розлади, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади істотно перевищує офіційні статистичні відомості аналогічного плану. Значно більш інформативні результати спеціальних епідеміологічних досліджень, що характеризують рівень і стан психічного здоров'я населення, з тих чи інших причин не потрапляє в поле зору фахівців, так званого, контингенту «здорових». Зокрема, за результатами таких досліджень встановлено, що серед населення поширені не тільки початкові, але і клінічно виражені форми психічної дезадаптації. Багато авторів розподіляють класифікацію рівнів психічного здоров'я – в континуумі норма – донозологічні невротичні розлади – невротичні реакції – невротичні стани, причому норма була в кількісному вираженні найменшою, а невротичні стани – в найбільшою [11].

Соматоформні розлади частіше зустрічаються у жінок при загальній захворюваності 1-2%. У той же час генералізований тривожний розлад частіше зустрічається у чоловіків, і серед пацієнтів загальносоматичних установ такі розлади зустрічаються 3-14% випадків. Відносно хворих з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами достовірні відмінності були виявлені за двома параметрами – сімейним станом (одружених (заміжніх) в порівнюєш групі виявилось більше (67,9% проти 45,5%)). Достовірні відмінності простежувалися за гендерною ознакою – відносно більше було чоловіків (62,5% проти 32,7%).

Клінічні особливості невротичних розладів досліджено, як зазначалось нами раніше, вирізняються в залежності від віку (діти, підлітки, дорослі) або гендеру (чоловіки та жінки) та інше, що не виключає спільних рис та виділення основного клінічного синдрому з виділенням ядерної симптоматики, що притаманна тому або іншому розладу. Однак, незважаючи на те, що кількість досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків сімейного насильства за останні десятиліття, стрімко зростає,

багато теоретико-методологічні аспекти актуального психологічного статусу феноменології психологічних проявів невротичного розладу у віддаленому періоді після психічної травми в сім'ї, пов'язаної з насильством, залишаються або невирішеними, або дискусійними [11].

Так у великому дослідженні Белов В. Г. та співавторів (2012) за допомогою методів багатовимірного математико-статистичного моделювання проведена оцінка вектора розвитку невротичної симптоматики у підлітків, які зазнали насильства в сім'ї, що дозволяє з високою точністю і достовірністю визначати значимість і задіяність патопсихологічної симптоматики гострого періоду, та прогнозувати варіанти невротичного розвитку підлітків, які зазнали насильства в сім'ї, в пізньому періоді після психічної травми. Було показано, що структура невротичних станів підлітків, які зазнали насильства в сім'ї, в пізньому періоді після психічної травми характеризується наявністю п'яти провідних психопатологічних симптомокомплексів: розлади з переважанням тривожно-фобічних радикала; реакції на важкий стрес і порушення адаптації; дісоціативні (конверсійні) розлади; соматоформні розлади; неврастенія, що відображають феноменологію патопсихологічної симптоматики у підлітків в пізньому періоді після психічної травми і проявляються на соматичному та поведінковому рівні. Аналіз патології психогенного регістра проведено за матеріалами медичної частини 14053 медичних карт підлітків, що працюють на майданчиках спеціального підприємства в період з 1993 по 2009 роки. В якості основних методів використовувалися клініко-катамнестичний і клініко-патопсихологічний методи. Відомості, отримані від пацієнтів і їх батьків, доповнювалися даними медичної документації. Обробка проводилася лікарем-психіатром та доповнювалася психологічним обстеженням. Аналіз структури невротичних станів у підлітків, які зазнали насильства в сім'ї, у віддаленому періоді після психічної травми показав її високу поширеність (на одну медичну карту обстеженого підлітка доводиться 1,4 невротичних розлади). При цьому перше рангове місце

належить розладам з переважанням тривожно-фобічні радикала (68,4%). На другому місці знаходиться неврастенія (58,9%). На третьому місці – дисоціативні (конверсійні) розлади (29,3%), на четвертому – реакції на важкий стрес і порушення адаптації (21,9%), на п'ятому – соматоформні розлади (44,6%). Клініко-психологічна технологія багатовимірної (дискримінантної) оцінки формування невротичних станів у підлітків, які зазнали насильства в сім'ї, дозволила з високою точністю (73%) і достовірністю ($p < 0,01$) визначати значимість і внесок факторів актуального психологічного статусу у підлітків, які зазнали насильства в сім'ї, в патогенез невротичної патології у віддаленому періоді і здійснювати її прогнозування [12].

В роботі Бадмаєвої В.Д. та співав. на підставі використання клініко-психопатологічного, експериментально-психологічного та статистичного методи визначались клінічні та клініко-психологічні особливості психогенних розладів у 100 дітей та підлітків (81 дівчинка та 19 хлопчиків) жертв сексуального насильства. Дослідження показало, що у 40% потерпілих було діагностовано психічні розлади, при цьому в 25% випадків психогенного походження та етіологічно пов'язані з протиправними діями щодо потерпілих. Клінічна картина зазначених розладів кваліфікувалася відповідно до критеріїв МКХ-10, як "Реакція на важкий стрес і порушення адаптації" (F43). Шкода, заподіяна сексуальним насильством і зловживанням, зачіпає всі сфери життєдіяльності дитини, погіршуючи його актуальний стан, порушує соціальне функціонування і загальну продуктивність діяльності, впливаючи на психологічний розвиток в цілому. Вікова специфіка психічних розладів у дітей та підлітків потерпілих від злочинів сексуального характеру характеризується переважанням невротичного рівня психогенних станів та рудиментарних психопатологічних проявів. Сексуальне насильство, вчинене щодо дитини викликає у них різні по глибині клінічні та клініко-психологічні прояви. Вони можуть варіювати від легких короткочасних психоемоційних станів до виражених психічних розладів, таких як пролонгована депресивна

реакція, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) аж до формування особистості з аномальними патохарактерологічними властивостями, сексуальними девіаціями, схильністю до ауто- і гетероагресивних дій. Дані психопатологічні порушення можуть виявлятися у дитини як відразу після вчиненого щодо нього сексуального злочину, так і в міру його дорослішання, через багато років, формуючи його взаємини з оточуючими, роблячи вплив на його соціальне функціонування, а також на партнерські відносини в сімейному житті дорослої людини [5] .

У дисертаційному дослідженні Кирьянова В. М (2012) доведено, що психологічний статус постраждалих в результаті жорстокого поводження підлітків в гострому (ранньому) і віддаленому періодах характеризується наявністю виражених психологічних порушень в емоційно-вольової, ціннісно-мотиваційної та когнітивної сферах, що відбивається на феноменології їх невротичної патології і обумовлює формування стійкої симптоматики невротичного розладу , порушень сну, тривоги, фобій, дезадаптивних копінг стратегій, про соціальних копінг захистів, соціальної дезадаптації. За допомогою методів багатовимірного математичного моделювання доведено, що психологічний статус підлітків, які постраждали в результаті сімейного насильства, характеризується наявністю в ранньому періоді п'яти («афективна симптоматика», «обсесії, фобії», «гіперзбуджуваність», «психологічний захист», «копінг-реакції») провідних симптомокомплексів. У віддаленому періоді представлений п'ятьма нозологічними формами невротичної патології (розлади з переважанням тривожно-фобічного радикалу; реакції на важкий стрес і порушення адаптації; дісоціативний (конверсійний) розлад; соматоформний розлад; неврастенія) [13] .

У дослідженні Стреленко А.А. (2004) підлітків, що перенесли сексуальне насильство було описано їх психопатологічні особливості. Відомо, що у цьому віковому періоді активно відбуваються не тільки фізіологічні зміни, але і зміни соціального статусу, поведінки, психіки

дитини. При цьому вікова криза супроводжується неприйняттям, незгодою з загальноприйнятими установками і нормами соціального середовища. Причиною цього, на думку більшості вчених, є процес становлення індивідуальності, розвиток Я-концепції підлітків. Підлітковий вік найбільш важливий період для формування самосвідомості. Зміни, що відбуваються в ньому, кардинальним чином впливають на розвиток всієї особистості. Я-концепція, як результат процесів самосвідомості, є центральним новоутворенням підліткового віку. Вона формується під впливом життєвого досвіду людини, перш за все дитячо-батьківських відносин, проте досить рано сама набуває активну роль, впливаючи на інтерпретацію цього досвіду, на ті цілі, які особистість ставить перед собою, на відповідну систему очікувань, прогнозів щодо майбутнього, оцінку їх досягнення і тим самим на власне становлення [14].

У підлітків, що перенесли сексуальне насильство, на відміну від їх звичайних однолітків, виявлено специфічний прояв таких особистісних особливостей як соціально-психологічна адаптація за шкалами: у дівчаток «дезадаптивність», «емоційний дискомфорт», «відомість», «неприйняття себе», «неприйняття інших»; у хлопчиків – «прийняття себе»; акцентуації: у дівчаток значно рідше проявляється акцентуація по педантичному типу, у хлопчиків значно частіше виявляється акцентуація по лабільному типу). За шкалами «відношення до себе»: у дівчаток практично за всіма трьома факторами: «самоповага», «аутосимпатія», «самоприниження»; у хлопчиків специфіка проявляється лише за фактором «самоприниження». Агресивність за шкалами: у дівчаток – «почуття провини», «підозрілість», «негативізм», «вербальна агресія»; у хлопчиків – «почуття провини», «підозрілість», «образу», «негативізм». Соціально-перцептивні образи всіх обстежених груп подібні за структурою, але за змістом Я- і Ти-образи підлітків, які перенесли сексуальне насильство, істотно відрізняються від соціально-перцептивних образів, розкритих аналогічними випробуваними дорослого віку і підлітками, у яких не зафіксовані випадки сексуального насильства.

Виявлено однотипні зв'язки між окремими компонентами структур Я-, Ти- образів підлітків і дорослих, що перенесли сексуальне насильство. Зокрема, виявлено позитивні кореляційні зв'язки Я-образів з образами одного по тілесному компоненту, як у підлітків, так і у дорослих, які пережили сексуальне насильство. В ході аналізу по соціально-перцептивної сфері підлітків і дорослих, що пережили сексуальне насильство, була виявлена позитивна кореляційний зв'язок Я-образів з образами одного по тілесному компоненту і у підлітків і у дорослих, я що перенесли сексуальне насильство. У ході дослідження виявлено істотна гендерна специфіка функціонування Я-, Ти- образів. Суть її зводиться до того, що в процесі формування Я-образів дівчатка і хлопчики практично не співвідносять свій образ з тим, що відзначають в самих собі однолітки. Однак у дівчаток в ході формування Ти- образів одного й недруга спрацьовує один і той же механізм орієнтації на думку однолітків і ровесниць. У той час як хлопчики орієнтуються на думку однолітків лише при відображенні друзів, а при відображенні недругів орієнтуються тільки на самих себе [14].

За даними Романової І. В. (2018) жінок з психогенними розладами, що постраждали від домашнього насильства (дивись вище) прояви психогенних невротичних розладів у жінок в 24% випадків спостерігалися у вигляді гострої реакції на стрес, в 21% – розладів сну, в 19% – неврастенії, у 11% – розладів адаптації, в 10% – змішаного тривожного і депресивного розладів, в 4% – посттравматичного стресового розлади. Психогенні соматоформні розлади відзначалися у 11% пацієнток переважно з порушенням серцево-судинної чи дихальної систем. Щодо виникнення психогенних проявів велике значення мали зміст психотравми, вперше перенесений епізод або рецидивів насильства, масивність пошкоджую чого фактору на особу постраждалої жінки та тривалість впливу психотравмуючого фактору насильства. Значну роль грали ослаблений соматичний стан жінки, слабкий або неврівноважений тип вищої нервової діяльності постраждалої, віктимні особливості особистості [7].

Реакція на важкий стрес і порушення адаптації як наслідок домашнього насильства

В роботі Бадмаєвої В.Д. та співав. у понад 70% потерпілих від домашнього насильства спостерігались психогенні розлади, що за своїми клінічними проявами відповідали критеріям психічного розладу у вигляді "Реакції на важкий стрес і порушення адаптації" (F43). Дана діагностично найбільш значуща рубрика була представлена наступними психічними розладами: "Посттравматичний стресовий розлад" (F43.1); "Розлад пристосувальних реакцій" (F43.2), також виявлялися такі психогенні розлади: "Змішаний тривожний та депресивний розлад" (T41.2); "Інші невротичні розлади" (F48). Додатково в ряді експертних випадків, використовувалися рубрики МКХ-10, відповідні діагностичним критеріям "Розлади психічного (психологічного) розвитку" (F80-89). Дані психопатологічні порушення були представлені затримкою психічного розвитку дитини, в умовах пролонгованої психотравмуючої, як правило, внутрішньої ситуацією. Також, була ідентифікована поточна травма, як правило, представлена тривалою негативною життєвою ситуацією в рамках сім'ї дитини, з використанням додаткової рубрики T74 "Синдром жорстокого поводження" [5]. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як наслідок домашнього насильства дуже часто зустрічається у дітей-жертв сексуального насильства [15].

Фактори, що сприяють розвитку ситуації сексуального насильства в специфічну психічну травму пов'язані з особливостями структурно-динамічного оформлення психічних розладів: індивідуально-психологічні особливості і вік жертви, наявність патологічного ґрунту, психосоціальні впливи, а також необхідність враховувати характеристики безпосередньо найсексуальнішого посягання, типологію кримінальних ситуацій – конфліктно-стресова взаємодія або безконфліктна взаємодія. Крім того, потрібно враховувати вплив і додаткових психогеній. Так, за даними дослідження, для 15% потерпілих, не саме сексуальне насильство, а ситуація

розголосу, необхідність участі в судово-слідчих заходах послужили причиною розвитку різних психогенних розладів. Дослідження показало, що у малолітніх (до 14 років) жертв особливості психогенного реагування безпосередньо залежали від характеристик сексуальних протиправних дій. При безконфліктній взаємодії з дитиною, особливо якщо ініціатор агресії (посягатель) є близьким, хорошим знайомим потерпілого, а також одноразовому епізоді здійснення сексуальних дій, клінічно окреслених психогенних розладів не розвивалося взагалі. Даний факт, мабуть, може бути зрозумілий за рахунок необізнаності дитини в питаннях статевих взаємин, коли неагресивна поведінка посягателя, дії сексуального характеру, сприймаються дітьми як гра або як неприємна подія, але при цьому не є небезпечними для життя, внаслідок чого відсутній психотравмуючий ефект сексуальних дій. Однак, у міру зростання, дорослішання дитини, з формуванням все більшої обізнаності в питаннях сексуальних відносин, протиправні сексуальні дії були досить вираженою специфічною психотравмою та сприяли виникненню клінічно окреслених психогенних станів.

Разом з тим, як показало дослідження, не у всіх неповнолітніх потерпілих, навіть тих, що досягли підліткового віку, виявлялися ознаки психогенних психічних розладів. У таких підлітків психологами були відзначені характерні психологічні зрушення, які впливали на якість життя дитини. Психологами відзначалися знижений фон настрою, невпевненість, підвищений рівень тривожності, стомлюваність, дратівливість, негативізм. Згідно з цим дослідженням, наслідки протиправних сексуальних дій більш виражені саме при внутрішньосімейному типі насильства. Психологами виявлялися психічне напруження, підвищений рівень тривоги, пригніченість при згадці теми про пережиту сексуальну травму. При несімейному типі насильства в якості характерних психологічних наслідків у потерпілих були відзначені негативний образ чоловіка, а також неприйняття близьких, сексуальних відносин. При внутрішньосімейному типі сексуального

зловживання, у потерпілих психологами виявлялися труднощі спілкування з оточуючими, невпевненість, амбівалентне ставлення до посягателя, що є близьким родичем, що ускладнювало оцінку дитиною насильницьких дій, а також сприяло прийняттю частини відповідальності за сексуальне насильство на себе.

При аналізі гендерного аспекту були виявлені більш виражені психологічні наслідки у хлопчиків – жертв сексуального зловживання, що проявлялося підвищеним почуттям занепокоєння за своє майбутнє, очікуванням негативних подій. Для дівчаток характерним був негативний образ чоловіка, також значно частіше відзначалася проекція перенесеного сексуального насильства в ігрову діяльність. Таким чином проведена робота показує, що наслідки сексуального зловживання щодо дітей та підлітків, зачіпають всі сфери життєдіяльності потерпілого, порушуючи соціальне функціонування дитини, продуктивність діяльності, погіршуючи актуальний стан, негативно впливаючи на його розвиток в цілому. Вікова специфіка психічних розладів у малолітніх потерпілих характеризувалася превалюванням психогенних станів невротичного рівня з рудиментарними, стертістю клініко-психопатологічних проявів. У неповнолітніх потерпілих від правопорушень проти їх статевої недоторканності в клінічному оформленні психогенних розладів важлива роль належала збереженій здатності до розуміння соціального значення дій посягателя [5].

Таким чином, сексуальна травма набувала специфічний характер з інтрапсихічною переробкою травматичного досвіду і розвитком психічної патології значної глибини і тяжкості (продовжена депресивна реакція, посттравматичний стресовий розлад). Рідше психогенне стан набувало хронічний характер з поступовим переходом в стійке зміна особистості після переживання катастрофи F 62.0) з формуванням негативного образу чоловіка і неприйняттям близьких (інтимних) відносин, як віддалене наслідок сексуальної травми. Найважливішою стратегією в забезпеченні психічного благополуччя дітей і підлітків, потерпілих від різних форм жорстокого

поводження є своєчасна кваліфікована медико-психологічна, психокорекційна або психіатрична допомога. При цьому саме жертви сексуального насильства і зловживання вимагають комплексного чітко розробленого, адекватного та максимально щадного підходу при терапевтичному втручанні з урахуванням віку і специфіки психічної травми.

4.2.2. Депресивні стани як наслідок домашнього насильства

Социологи различают эндогенные переменные – они находятся внутри системы, где на них может влиять тот самый феномен, который они призваны объяснить, и экзогенные – те, что приводятся в движение внешними силами. Экзогенные силы могут брать начало в объективной реальности – в изменениях технологий, демографии, механизмов коммерции и управления. Но еще они могут зарождаться в реальности интеллектуальной, по мере того как новые идеи возникают, распространяются и начинают собственную жизнь. Лучшее объяснение любых исторических изменений – то, которое идентифицирует подтолкнувшее их внешнее воздействие.

Пинкер С. Лучшее в нас. Почему насилия в мире стало меньше, 2021

Виявлення депресивних проявів проводиться за рахунок наступних клінічних ознак: пригніченого, тужливого або тривожного настрою, що є нетиповим для суб'єкта, та спостерігається більшу частину дня та не залежить від ситуації оточення і має триває не менш як 2 тижні, помітне зниження інтересу або задоволення від діяльності, що звичайно є приємною, рухова та розумова загальмованість, зниження енергійності та підвищена втомлюваність. Окрім того присутні: занижка самооцінка, невпевненість у собі, ідеї самозвинувачення або самозасудження, думки про смерть, що повторюються, або інші прояви суїцидальної поведінки; зменшення спроможності обмірковувати або концентрувати увагу, нерішучість та коливання в прийнятті рішень; порушення сну будь-якого типу (утруднення засинання, переривчастий сон, ранні пробудження і сонливість протягом дня); підвищення або зменшення апетиту із відповідною зміною ваги тіла. Деякі депресивні симптоми мають особливе клінічне значення і

позначаються як "соматичні" (біологічні, вітальні, меланхолійні або ендогеноморфні). Їх наявність робить депресію ближче до "психотичної" (важкої та більш складної у лікуванні). Ступінь вираженості депресії обумовлює порушення адаптаційних можливостей від деяких труднощів при виконанні звичайної роботи і підтримці соціальної активності, до обмеження або повного припинення їх виконання. Така клінічна картина є характерною щодо так званого депресивного епізоду, що виникає внаслідок домашнього насильства.

Менш вираженими є так звані типові психогенні афективні розлади. Вони не виділені окремою рубрикою міжнародної класифікації хвороб та не мають чітких критеріїв. Коротка депресивна реакція – нетривалий минулий депресивний стан легкого ступеню, що триває не більше одного місяця. Легкий депресивний розлад, що виникає у результаті пролонгованої дії стресорної ситуації та триває не більш двох років називають пролонгованою депресивною реакцією. Про змішану тривожну та депресивну реакцію говорять у випадку, коли симптоми тривоги та депресії чітко виражені, але за рівнем не вище, ніж визначено інших афективних розладів (звичайно, декількох емоційних типів, такі як тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів). Ця категорія повинна також використовуватися для емоційних реакцій у дітей, в яких також є присутнім регресивне поведіння, таке як енурез або ссання пальців.

Окрім того, депресивні епізоди внаслідок домашнього насильства можуть бути у хворих на хронічні афективні розлади (F3) (біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад, циклотимія, дістимія, органічні афективні розлади (F06.3), афективні розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (F1), як самостійні нозології, так і як коморбідні стани.

В роботі Бадмаєвої В.Д. та співав., що вже згадувалась нами раніше, описано депресивні стани як наслідок домашнього насильства. Вони можуть

варіювати від легких короткочасних психоемоційних станів до виражених психічних розладів, таких як пролонгована депресивна реакція [5] .

Роботи з дослідження депресивних станів внаслідок домашнього насильства останніх років (K.Cigno, 1995; T.W.Wind, L.Silvern, 1994) показано, що депресія батьків, як і низька самооцінка, можуть сприяти жорсткому поводженню з дітьми, виступаючи як фактор ризику насильства, будучи в водночас результатом перенесеного раніше насильства [цит. За 3].

Поодинокі випадки депресивних станів внаслідок домашнього насильства депресивної природи, доступні з інтернету не менш показові та заслуговують біль детального аналізу спеціалістами через шкоду щодо психічного здоров'я людей, що потерпають від домашнього насильства [16]. Наприклад феномен, що можна назвати терміном «інтимний тероризм». Він описує патерн поведінки, може бути набагато більш витонченим, ніж побої.

- *Одна чоловік одружився на жінці, щоб врятувати її від депресії, але тепер сам звинувачує її депресію за все, що в їх житті відбувається не так. В результаті депресія дружини стає ще глибше.*
- *Інший приклад: людина всі 12 років сімейного життя проводить вечори в барі аж до закриття, але коли його дружина випиває хоча б один келих вина, починає звинувачувати її в алкоголізмі, і вона відчуває себе винуватою.*
- *Один чоловік розтратив сотні тисяч доларів на роботі, але при цьому тримає дружину і дітей в злиднях, і жінка безсила щось змінити.*
- *Інший чоловік, стриманий і холодний, утримується від сексу, а його подруга починає відчувати себе винною через свої сексуальні потреби [16]*

За даними Романової І. В. (2018) жінок з психогенними розладами, що постраждали від домашнього насильства дивись вище. Жінки з низькою самооцінкою, що постраждали від домашнього насильства, переживали почуття провини, сорому. Для них були характерні постійна переконаність у власній неповноцінності, неможливості змінити і контролювати ситуацію з агресією та агресором, складну життєву ситуацію. Аналіз показників експериментально-психологічного дослідження і емоційного стану жінок основної групи показав, що у них частіше діагностували низькі показники

настрою, був високий рівень нейротизма, реактивної тривоги та особистісної тривожності. Аналіз результатів дослідження за допомогою шкали М. Гамільтона показав, що у пацієток основний групи були присутні ознаки помірної депресії в 22 випадках, а вираженої – в $5,25 \pm 1,05\%$. У цьому важкої депресії не встановлено [7].

У цікавій роботі Мілехіної А. В., Захарової Н.М. (2019) потерпілі від домашнього насильства дівчатка-підлітки (13 осіб) – учні старших класів школи у віці від 14 до 17 років (середній вік 16 років). Раніше у психіатра або нарколога ніхто з обстежених не спостерігається. Виникнення психічних порушень було пов'язано з пережитим насильством. З усіма потерпілими проводилося комплексне обстеження і лікування, тривалість спостережень склала від 2 місяців до 3 років. На момент делікту у всіх мало місце виражене алкогольне сп'яніння, в більшості випадків – з амнезією подій. В одному випадку насильство зробив таксист, що підвозив дівчину з клубу. 12 постраждалих зазнали насильства з боку однолітків (на вечірках): групового, в тому числі в збоченій формі. Дівчата намагалися приховати подію, однак, оскільки відеозаписи і фотографії були розміщені в інтернеті, батьки були оповіщені третіми особами і наполягли на зверненні в поліцію. Психічний стан на момент звернення за медичною допомогою: субдепресивного фон настрою, тривога, дратівливість, що досягає в окремих випадках рівня агресивності, спрямованої в основному на батьків, нав'язливі думки і спогади про пережиту травму, але, на відміну від дорослих, підлітки прагнули ділитися своїми переживаннями з подругами, в соціальних мережах тощо. Це дозволяло їм трохи знизити емоційну напругу. Ступінь тяжкості психічних порушень безпосередньо залежала від ступеня усвідомлення того, що сталося потерпілої. Динаміка психічних і поведінкових порушень: через 5-7 днів після події у дівчаток розвивалися «напади агресії» по відношенню до матерів, що починалися з думок «несправедливо, що це сталося зі мною ...» і уявних звинувачень матері в те, що трапилося «чому вона мене відпустила ..., не попередила, чи все через неї » і виражалися в найсильнішому бажанні

заподіяти біль і навіть «вбити». Щоб знизити напругу і не завдати шкоди матері, вони давали вихід агресії на себе: наносили собі удари, дрібні колючо-ріжучі поранення тощо. Суїцидальні висловлювання мали місце, однак носили, скоріше, шантажний характер по типу «дайте мені спокій або я накладу на себе руки». Фактор, що сприяв обваженню психічного стану – буллінг та публікація знімків і відеозаписів насильницьких дій, зроблених насильниками [17] .

Таким чином, описані нами дані наукових та емпіричних спостережень дають можливість використовувати їх при проведенні психопрофілактичної, психокорекційної діяльності, при проведенні експертизи та лікування людей, що постраждали від домашнього насильства. Вони також сприяють підвищенню професійної діяльності психологів, соціальних працівників, психіатрів та наркологів в рамках надання допомоги та підтримки людям, які опинилися у важкій життєвій ситуації внаслідок домашнього насильства.

Література

1. Пинкер С. Лучшее в нас. Почему насилия в мире стало меньше / С. Пинкер; пер. с англ. — М.: Альпина нон-фикшн, 2021. - 952 с.
2. Щорічна доповідь Уповноваженого з прав людини Верховної Ради України про стан додержання та захисту прав і свобод і прав людини і громадянина в Україні 2017 р.— URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws>.
3. Ардашева С.В., Борозинец Н.М., Евмененко Е.В., Козловская Г.Ю. Психолого-педагогические проблемы насилия над детьми: учебно-методическое пособие. – Ставрополь, 2003. – 73 с.
4. Психологический статус подростков в раннем периоде после психической травмы, связанной с насилием в семье / В.Г. Белов, Г.В. Москаленко, В.М. Кирьянов, Ю.А. Парфенов // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2012. - № 2 (84). - С. 12-19.
5. Бадмаева В.Д. Клиника и судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств у детей и подростков - жертв сексуального насилия. /В.Д. Бадмаева //Российский психиатрический журнал, Москва, 2003. - №2. - С. 37-42.
6. Насилие в отношении женщин <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
7. Романова И. В. Принципы психотерапии психогенных расстройств у женщин, пострадавших от насилия // Медична психологія.-2018.-Том13,№1.-с.55-59 <http://mps.kh.ua/archive/2018/1>
8. Сексуальное насилие
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/Ch_6RU.pdf?ua=1
9. Когда мужчина становится жертвой: исповедь о бытовом насилии <https://www.dw.com/ru/kogda-muzhchina-stanovitsja-zhertvoj-ispoved-o-bytovom-nasilii/a-55524755>

10. Джудит Герман. Психологічна травма та шлях до видужання. Наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору. - Видавництво Старого Лева.- 2015.- 416 с.
11. Любченко М. Ю., Столярова В. В. РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ // Медицина и екологія.- 2016.-№ 2.- с.37-44 <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-sotsialnyh-faktorov-v-razvitii-nevroticheskikh-rasstroystv/viewer>
12. Невротическая симптоматика у подростков в позднем периоде после психической травмы, связанной с насилием в семье / В.Г. Белов, Г.В. Москаленко, В.М. Кирьянов, Ю.А. Парфенов // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2012. - № 4 (86). - С. 7-12.
13. Кирьянов В. М. Оценка и прогнозирование невротических расстройств у подростков, подвергшихся насилию в семье: Автореф. Дис. ... канд. Психол. Наук.-СПб., 2012
14. Стреленко А. А. Социально-перцептивные образы подростков и взрослых, переживших сексуальное насилие: Автореф. Дис. ... канд. Психол. Наук.-СПб., 2004
15. Ярославцева Н.Д. Посттравматические стрессовые нарушения у детей-жертв сексуального насилия и оказание им психологической помощи // Мир психологии.- 1998.- № 2.- С. 71-80.
16. Насилие в семье ПТСР и другие последствия <https://psixologiya.org/psixoterapiya/praktika/2243-nasilie-v-seme-ptsr-i-drugie-posledstviya.html?showall=1>
17. Милехина А. В. , Захарова Н.М. Психопатологические особенности у несовершеннолетних, пострадавших от насилия и их коррекция // Будущее детей с особенностями психического развития (г. Москва, 28-29 ноября 2019 года). [Электронный ресурс]. Москва, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. - с. 198-200. <http://serbsky.ru/wp-content/uploads/2019/06.pdf>

4.3 АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА

Г.М. Кожина, І.Ф.Терьошина, К.О.Зеленська, А.В.Шорніков

Люди часто повільно вбивають себе, не усвідомлюючи своїх намірів накласти на себе руки , заперечують, що шкодять самим собі, але ж їхній спосіб життя і є саморуйнуванням. Ті ж самі психічні сили, які штовхають людину до стрибка вниз з багатоповерхівки, лежать в основі таких небезпечних звичок, як: зловживання психоактивними речовинами, ігнорування у себе самого тяжких серйозних хвороб, надмірне вживання їжею, непосильна робота ,паління тощо... Звичайно, непряме самогубство є менш очевидним для оточуючих, але його результати також приводять до смерті.

Тема аутоагресії надзвичайно актуальна в наш час. Навколишній світ сьогодні став вкрай небезпечним у всіх відносинах, по низці причин у людей

відбуваються психологічні зміни у відносинах в сім'ї, до близьких людей, до найближчого оточення, і до життя в цілому, що, в певних випадках, може привести до аутоагресивних проявів в поведінці будь-якої людини.

Аутоагресія являється різновидом агресивної поведінки, при якому агресивні дії не можуть бути звернені на об'єкт що дратує і направляються людиною на самого себе. У психоаналізі аутоагресія розглядається як захисний механізм психіки [5]. «Аутоагресивна поведінка – це дії, спрямовані на нанесення якого-небудь збитку своєму соматичному або психічному здоров'ю». Це висловлювання належить американському досліднику [6].

В різноманітній літературі присвяченій аутоагресії приводиться ряд термінів: «аутоагресивна поведінка», «аутодеструктивна поведінка», «суїцидальна поведінка», які вживаються як синоніми, проте, їх смислове навантаження різне. Деякі вчені розглядають аутоагресію, як відстрочене за часом заподіяння шкоди своєму здоров'ю, деякі до аутоагресивної поведінки зараховують як суїцидальність, так і зловживання алкоголем, а також швидкісну їзду на автомобілі зі зневагою правил дорожнього руху, провокацію оточуючих на бійки, випадкове вживання великої кількості пігулок, деякі зараховують до аутоагресії анорексію тощо [1].

В будь-якому випадку люди, які не мають адаптації до змін соціального середовища, не справляються зі стресом при влученні в нову соціальну ситуацію, реагують способом який можна назвати ірраціональним: можуть сбути агресивними до рівня фізичного насильства, можуть реагувати інфантильно, можуть вперто триматися звичного перебігу дій, стійко відмовлятися сприймати пропоновані до них зміни, навіть самі розумні, можуть «скласти руки», втративши всі ознаки ініціативності і присутності духу, тобто, реагувати аутоагресивно [4]. Аутоагресія як звичка переживати свою неправильну поведінку не закладена в людині природою. Здавалося б, інстинкт самозбереження повинен надійно оберігати нас від дій руйнівних для нашого організму. І тим не менше багато людей схильні до аутоагресії –

вони направляють на себе негатив і не виплескують його назовні. Іноді аутоагресивна поведінка не виражається у жодних діях, зовнішніх проявах, а лише реалізується у появі психосоматичних розладів. Людина «не випускає назовні» негативні емоції, що її переповнюють, продовжує хронічно накопичувати стрес і через використання неадаптивних механізмів психологічного захисту формується психосоматичне захворювання. За своїм походженням, причини виникнення аутоагресії можуть бути різноманітними. Вона може виникати як результат перенесення забороненої агресії на себе, може виникати з почуття провини. Провина взагалі – одне з найчастіших джерел саморуйнівної поведінки. Третій варіант – аутоагресивна поведінка яка виникає як демонстрація.

Іноді людина віддає собі звіт в тому, що злиться на себе і шкодить собі, а іноді робить це несвідомо. Найчастіше аутоагресія спостерігається у людей, які страждають невротами або депресивними розладами.

Якщо казати про зв'язок аутоагресивної поведінки з особливостями особистості, то у меланхоліків аутоагресія буде частіше ніж у холериків. Тихі, поступливі і дисципліновані люди часто несвідомо аутоагресивні. Вони не виказують емоцій, завжди тактовні і стримані, але хвилювання накопичуються.

Агресія і аутоагресія мають єдині патогенетичні механізми, але агресивна поведінка що сформувалась може направлятися або на оточуючих, або перетворитись на суїцидальну поведінку.

До аутоагресивних дій відносяться: фізичну аутоагресію – нанесення собі травм, порізів, а також вербальну аутоагресію – самокритика, самозвинувачення. Між суїцидальною і аутодеструктивною (парасуїцидальною) поведінкою існують деякі відмінності:

1. Кінцева мета (смерть або каліцтво) і ймовірність її досягнення.
2. При виборі способу аутоагресії, нерідко значущим є наскільки болісна або ні передбачувана дія. Людина яка має парасуїцидальний намір

частіш за все прагне уникнути болю, а для індивіда з істинним наміром підти з життя за допомогою самогубства характер болю не є істотним.

Вплив зовнішніх факторів, як правило, знаходить своє відображення в мотивах і приводи аутоагресивної поведінки. В порядку послідовного зменшення питомої ваги мотивів їх можна розподілити таким чином (мал. 7):

1. Особисто-сімейні конфлікти:

- погане чи не справедливе ставлення з боку родичів і оточуючих;
- ревності, подружня невірність, розлучення сім'ї;
- втрата, хвороба близьких та рідних;
- перешкоди до досяжності ситуаційної актуальної потреби;
- незадоволеність близьким колом оточуючих
- зміна звичного стереотипу життя, соціальна ізоляція;
- невдачі в коханні;
- брак уваги з боку близьких людей;
- невдачі в статевому житті.

2. Стан психічного здоров'я:

- конфлікти у психічно хворих, що є реальними
- мотивування, яке являється патологічним;
- постановка діагнозу психіатричного захворювання.

3. Стан фізичного здоров'я:

- соматичні, фізичні вади;
- зовнішні вади.

4. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою :

- страх судової відповідальності;
- страх покарання, ганьби;
- самозвинувачення за погані вчинки.

5. Конфлікти в професійній або навчальній сфері:

- неспроможність, невдачі на роботі або в навчанні, падіння престижу;
- несправедливі вимоги до виконання професійних або навчальних обов'язків.

6. Матеріально-побутові негаразди.

7. Інше.

Малюок 7. Мотиви аутоагресивної поведінки

У більшості випадків в реалізації агресивних імпульсів проявляється індивідуальна спрямованість, вона орієнтована в основному на об'єкт, з яким склалися порушені відносини. Що стосується аутоагресивної поведінки в

сім'ї, то сімейні конфлікти, пов'язані з приниженням і катуванням, розглядають як психотравму. На те, піде людина в аутоагресію чи ні, впливає також оточення. Якщо в сім'ї не прийнято висловлювати невдоволення або взагалі обговорювати взаємини, негативні емоції найімовірніше виявляться в періодичних спалахах аутоагресивної поведінки. Жорстоке поводження є психогенним фактором. Жорстоке поводження з батьками, жорстоке поводження з дітьми, нерідко зустрічається в практиці. В сім'ї можуть виникати різні кризові ситуації це і смерть близьких, розлучення, втрата роботи. Ці ситуації звичайно повинні викликати сильну тривогу та емоційні хвилювання. У сім'ях, які є дезінтегрованими, як правило, вибирається «відповідальний» за виниклі неприємності. Найчастіше в сім'ях вибирається самий вразливий член родини, який є найменш агресивним і не вміє відстоювати свої думки, ніколи не заперечує. Йому багаторазово повідомляють, що саме він є «поганим» і всі неприємності від нього. Його можуть навіть звинуватити в смерті близького яка сталася від природних причин. Найбільш тяжко переносять сімейні конфлікти особи у віці 30-40 років; невдалу любов – молоді люди 16-18 років, самотність, втрату близьких – особи пенсійного віку, несправедливе ставлення – підлітки до 16 років, а також особи 40-55 років [2].

Як же боротись з аутоагресією:

А треба працювати над своєю самооцінкою. Вчіться тверезо оцінювати себе, приймати своє недосконалість, але бачити в собі не тільки недоліки, зганяти злість, не накопичувати в собі гнів. Можна написати лист, в якому відобразиться весь ваш негатив, а потім спалить його. Треба надавати волю емоціям. Не можна придушити тільки деякі емоції. Разом з відмовою від негативу йде і відмова від позитиву. Гнів – це нормально. Питання в тому, як ви з ним справляєтеся.

Позбавтеся від перфекціонізму і завищених вимог. Так, цілі повинні бути складними, а планка високою. Але якщо ви ставите собі спочатку важкодосяжні завдання, ви повинні вміти потім прийняти невдачу і йти далі.

Ви не зможете все зробити ідеально. Ви досягнете всього, про що мрієте, тому що мрії будуть рости з кожним досягненням. Ви багато разів оступитеся, промахнетесь і програєте. Це нормально. Прийміть і йдіть далі.

Пам'ятайте, що саморуйнування ірраціонально. Не витрачайте свій час на докори і самозвинувачення. Проаналізуйте помилки, дайте собі адекватну критику – і вперед, до нових цілей.

Аутоагресивна поведінка у жертв насильства.

Наслідки насильства в сім'ї впливають на фізичне та психологічне здоров'я людини. Серед психічних наслідків насильства виділяють ПТСР і комплексний ПТСР, феномен набутої безпорадності, схильність до деструктивної та аутодеструктивної поведінки, агресивно-депресивні прояви, тощо [7].

Традиційно розрізняють наступні клініко-феноменологічні рівні проявів аутоагресії:

- ідеаторний рівень (необґрунтовані самодокори, самозвинувачення, думки про власну);
- афективний рівень (необґрунтовані відчуття роздратованості, власної неспроможності, самопрезирство, відразу до себе);
- зовнішньоповедінковий (різні форми самоприниження, опосередковані форми аутоагресій (намагання бути об'єктом агресії оточуючих), самопошкодження та суїцидальну поведінку).

Наслідками сімейного насильства можуть бути психічні розлади, втрата почуття самоповаги у жертви, фізичні ушкодження, різні види аутоагресивної поведінки. З іншого боку, систематичне жорстоке поводження здатне спровокувати у жертви відповідні насильницькі дії по відношенню до агресора.

У дітей наслідки насильства в сім'ї обумовлюють шкільну дезадаптацію, порушення розвитку соціалізації, психоемоційні і психосоматичні розлади.

У дорослому віці жертви жорстокого поводження переживають симптоми посттравматичного стресового розладу, депресії, тривоги, межового розладу особистості, розладів харчової поведінки, а також серйозні труднощі в міжособистісних відносинах, включаючи сімейні, партнерські, професійні; погано переносять поточні та хронічні стресові ситуації.

Варіанти прояву аутоагресивної поведінки у жертв насильства залежать від багатьох чинників, серед яких виділяють:

- вид насильства;
- тривалість насильства;
- частота і важкість насильницьких дій;
- вік жертви;
- особливості особистості жертви;
- реакція оточуючих.

Враховуючи кумулятивний ефект насильства на психіку жертви, необхідно оцінювати вплив усіх випадки насильства / жорстокого поводження, що відбувалися протягом усього життя.

Одним з механізмів стримування аутоагресивної поведінки є біль, через його вплив на дереалізацію та схильність до експлозивних реакцій, а не через страх біль.

Несуїцидальна самоушкоджувальна поведінка частіше спостерігається на тлі збільшення больового порогу. Проте встановлено, що збільшення порогу больової чутливості є ознакою підвищеного ризику суїциду, незалежно від супутніх психічних розладів. Цей вплив пояснюється через взаємозв'язок больового порогу та інстинкту самозбереження: чим вищий больовий поріг, тим менше виражений інстинкт, а послаблення інстинкту самозбереження є одним з пояснень суїцидальної поведінки.

Жертви насильства часто вважають, що заподіяння собі шкоди є методом випуску хворобливих емоцій («фізичний біль маскує психічний»), спричинених жорстоким поведінням, або крайнім заходом врятуватися смертю, коли вони не бачили іншого виходу і більше не могли переносити насильство.

Аутоагресивна поведінка виникає в умовах тривало діючої об'єктивно важкої і суб'єктивно значущої психотравмуючої ситуації, часто обумовленої сімейним насильством при одночасному додатковому впливі психічних травм і астенизуючих факторів, обумовлених вегетативно-ендокринними зрушеннями. Взаємодія соматогенного і ситуаційно-психогенного факторів сприяє розвитку і поглибленню психогенних депресивних станів, що характеризуються етапною прогресивною динамікою поглиблення депресії.

З позицій МКХ-11 аутоагресивна поведінка у жертв насильства у значній мірі може пояснюватися розвитком у них комплексного (ускладненого) посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Комплексний ПТСР – це розлад, який може розвинути після впливу події чи низки подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру, найчастіше тривалих або повторюваних, яких важко або неможливо уникнути (наприклад, катування, рабство, кампанії геноциду, тривале домашнє насильство, повторне сексуальне або фізичне насильство в дитинстві тощо). Для діагностики потрібні всі діагностичні вимоги щодо ПТСР:

1) повторне переживання травматичної події або подій у сьогоденні у формі яскравих настирливих спогадів, флешбеків чи нічних кошмарів. Повторне переживання може відбуватися за допомогою однієї або декількох сенсорних модальностей і, як правило, супроводжується сильними або пригнічуючими емоціями, особливо страхом чи жахом, та сильними фізичними відчуттями;

2) уникнення думок та спогадів про подію чи події, або уникнення діяльності, ситуації чи людей, що нагадують подію (події);

3) стійке сприйняття підвищеної поточної загрози, наприклад, на що свідчить надпильність або посилена реакція здивування на такі подразники, як несподівані шуми.

Крім того, комплексний ПТСР характеризується важкими та стійкими:

- 1) проблемами регуляції афектів;
- 2) переконаннями про себе як меншوارтого, переможеного чи нікчемного, що супроводжується почуттям сорому, провини чи невдачі, пов'язаних з травматичною подією;
- 3) труднощі в підтримці стосунків та почуття близькості до інших.

Ці симптоми спричиняють значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Загальноосвітні дослідження населення вказують, що в країнах з високим рівнем доходу показники ПТСР та кПТСР складають від 2,0 до 12,7%, тоді як у країнах з низьким рівнем доходу показники цих двох розладів вищі – від 30,6 до 37,0% [8, 9].

Досить часто до аутоагресивних дій жертв насильства можуть призводити використання неадаптивних (незрілих) механізмів психічного захисту особистості, таких як:

- вдреагування назовні (розрядка) – механізм захисту, що виражається в несвідомому знятті внутрішньої напруги через поведінку, що реалізує лякаючий сценарій, за рахунок зміни своєї ролі в ньому з пасивно-жертвовної на активно-ініціюючу;
- пасивна агресія – непрямий прояв агресії, часто через ухилення, відкладання важливих справ на потім;
- соматизація – трансформація негативних переживань на фізичний біль, хворобу чи тривогу;
- дисоціація – перитравматична симпатична/парасипатична активація з наступним дезадаптивним її ефектом.

Інтернет може бути як помічником і підтримкою в проблемних ситуаціях за рахунок підтримує контенту, так і інструментом, що запускає небажану поведінку чи джерелом інформації про те, якими способами завдати собі шкоди.

4.3.1. Несуїцидальні самоушкодження

Несуїцидальні самоушкодження – комплексне поняття, що об'єднує суїцидальну поведінку (але не завершені суїциди), неусвідомлені небезпечні для життя дії, демонстративно-шантажні суїцидальні спроби, а також навмисні аутодеструктивні вчинки. У вузькому значенні маються на увазі усвідомлені дії, спрямовані на заподіяння фізичної чи, рідше, психічної шкоди собі без мети позбавити себе життя.

Поширеність несуїцидальних самоушкоджень за даними статистичних досліджень складає близько 2-4% у загальній популяції.

Основна мотивація осіб, що зазнали насильства, до таких дій є «заклик» для зміни поведінки інших людей або залучення уваги до себе, проте можуть бути і інші мотивації: зняття емоційної напруги, тривоги тощо.

Таким чином основний сенс аутодеструктивної поведінки – зменшення або ліквідація психологічного дистресу за рахунок різних механізмів.

В якості основних ознак даного типу поведінки визначають:

- 1) навмисний (свідомий) характер;
- 2) відсутність суїцидальних намірів;
- 3) самостійне заподіяння собі ушкоджень;
- 4) елемент фізичного насильства;
- 5) звичний (повторюваний) характер ушкоджень.

Виділяють чотири функції самоушкоджуючої поведінки, пов'язаної з травмою [10]:

- 1) реконструкція травми – буквальне або символічне її відтворення, коли самоушкодження виступає у якості засобу відчутти фізичний біль та інсценувати події травми в своєму тілі;

2) вираження почуттів і потреб, де самоушкодження – спосіб вивільнення негативних почуттів (люті, розчарування, провини, сорому), спосіб самопокарання та повідомлення про емоційний біль і потребу в втісі;

3) відновлення фізіологічної і емоційної рівноваги, коли вид крові заспокоює, напруга знімається або значно знижується і виникає відчуття контролю над афектами і відчуттями;

4) управління дисоціативними процесами, де самоушкодження або припиняє стан дисоціації, або ініціює його.

Поширеність самоушкоджень в підлітковому і юнацькому віці пов'язують з наступними причинами:

- емоційна дерегуляція (в цьому випадку самоушкодження стають засобом релаксації і відновлення контролю над емоціями, що заподіюють страждання або напруга; в іншому випадках використовуються для залучення уваги, отримання підтримки або для отримання нового досвіду, нових відчуттів)
- соціальні фактори (загальне соціальне неблагополуччя; сімейне, шкільне, вуличне насильство)
- заперечення себе (самоушкодження виникають в ситуації формування інтенсивних, суперечливих уявлень про свою особистість; негативне ставлення до себе і негативна реакція оточуючих можуть спровокувати бажання нашкодити своєму тілу)
- комунікація в референтній групі (підлітки і юнаки прагнуть поділитися своїми проблемами, відчуттями і долучитися до молодіжній спільноті з подібними проблемами в соціальних мережах; культурної особливостю соціальних мереж сьогодні є можливості отримати позитвне підкріпленні (заохочення) у вигляді репостів і лайків за фото- і відеодемонстрації самоушкоджень)

- наявність кризового стану, схильність до агресії, аутоагресії і можливі акцентуації характеру

Додатковими факторами ризику виникнення несуїцидальних самоушкоджень у жертв насильства є наявність у їхніх батьківських родинах дисфункціональних патернів поведінки, що включають: невпевненість у батьківських прихильностях, зневажливе ставлення, надмірна захищеність (гіпреопіка), знедоленість та жорстоке ставлення з боку батьків.

З огляду на залежність між рівнем ворожості і частотою актів самоушкодження, встановлено, що підлітки, які регулярно здійснюють самоушкодження, мають низький або середній, з тенденцією до низького, рівень ворожості, що може слугувати непрямом ознакою перенаправлення агресії на власну особистість і зниженню інтенсивності різних сторін прояви агресії щодо інших людей.

Також визначений зв'язок між самоушкодженням та алекситимією і емоційним інтелектом. У формуванні аутоагресивної поведінки певну роль відіграють використання деструктивних когнітивних стратегій регуляції емоцій (за Garnefski): самозвинувачення; румінації/нав'язливі думки про події; катастрофізація; звинувачення інших.

Для діагностики несуїцидальних самоушкоджень можливе використання шкали самоушкоджуючої поведінки, яка включає в себе сім тверджень, що стосуються конкретних актів самоушкодження (самопорізи, висмикування волосся, удари об тверді поверхні, самоопіки, перешкода загоєнню ран, самоудари, розчісування шкіри), які оцінювалися респондентом по частоті прояви від «ніколи» до «часто» [11].

Для осіб чоловічої статі більш специфічним вибором самоушкоджень є самоопіки та перешкода загоєнню ран, для жіночої – розчісування шкіри, висмикування волосся.

Розлади харчової поведінки слід розглядати з двох боків: як механізм запуску інших форм самоушкоджуючої поведінки, так і як самостійну форму самоушкодження.

Наявність фізичного і психологічного насильства з боку однолітків, особливо щодо осіб з надмірною масою тіла, може призводити до зниження самооцінки, депресії і, в результаті, може спровокувати розлади харчової поведінки (мал. 2).



Мал. 2. Насильство і розлади харчової поведінки.

Повторне психічне насильство, спрямоване на зневажання образу тіла жертви, особливо серед підлітків, призводить до його порушення і появи зневаги до власного тіла. При порушеннях образу тіла самоушкодження відбувається з метою досягнення почуття володіння тілом і контролю над ним. Незадоволеність тілом може досягати високої інтенсивності, коли тіло сприймається як ненависний об'єкт. В цьому випадку самоушкодження є

способом спосіб припинити дисоціацію. З іншого боку, ушкодження обумовлені емоційної дисрегуляцією і спрямовані на подолання гострого емоційного напруження, дистресу, гніву, навіть ціною відмови від почуттів – таким чином вони призводить до дисоціації. До емоційної дисрегуляції відносять недостатню або надмірну регуляцію афекту; порушення ідентифікації та розуміння емоцій, алекситимію, уникнення або придушення емоцій, реактивність і низьку толерантність до фрустрації.

Розлади харчової поведінки зазвичай пов'язані з підвищеним ризиком смертності через ускладнення і самогубства.

Базовим у формуванні розладів харчової поведінки є порушення сприйняття основних цінностей харчування. Харчова потреба є засобом:

- розрядки психоемоційного напруження;
- чуттєвої насолоди, що виступає як самоціль;
- спілкування, коли їжа пов'язана з перебуванням в колективі;
- самоствердження, коли першорядну роль відіграють уявлення про престижність їжі і про відповідну солідної зовнішності;
- підтримання певних ритуалів або звичок (релігійні, національні, сімейні традиції);
- компенсації незадоволених потреб (у спілкуванні, а батьківської турботи);
- нагороди або заохочення за рахунок смакових рецепторів.

В цілому виділяють наступні психологічні причини, що можуть призводити до розладів харчової поведінки:

- життєві зміни;
- сімейні причини (надмірна концентрація уваги батьків на питаннях, пов'язаних зі здоровим харчуванням і вагою тіла);
- соціальні проблеми (низька самооцінка і хворобливий емоційний досвід);

- невдачі в ситуаціях, в яких потрібно продемонструвати свою конкурентну перевагу (в школі, на роботі);
- травматичне подія (сексуальне або фізичне насильство в анамнезі).

Вживання психоактивних речовин

Вживання психоактивних речовин (ПАР) як один з варіантів аутоагресивної поведінки зазвичай розглядаються стосовно дітей і підлітків. Його вважають наслідком жорстокого поводження з дітьми, до якого включають: зневагу (відсутність турботи), фізичне, сексуальне і емоційне (психологічне) насильство. Поряд з насильством, спрямованим на дитину, травмуючим впливом має спостереження дитиною сцен домашнього насильства, типовими прикладами якого є образи і погрози матері з боку батька, а також побиття матері батьком.

Для осіб, що зазнали насильства вживання ПАР може виконувати ряд пристосувальних функцій:

- 1) бути психологічною «допомогою» в формі відходу від образливого і неприйняттого середовища;
- 2) служити в якості «самолікування», завдяки якому дитина намагається отримати контроль над своїм негативним життєвим досвідом;
- 3) виступати в формі самоствердження, підвищувати самооцінку дитини;
- 4) зменшувати почуття ізоляції і самотності

Результати американського Національного епідеміологічного дослідження здоров'я молодих осіб дозволяють вважати фізичне насильство над дітьми значущим предиктором вживання ПАР в період раннього повноліття, але не виявляють зв'язку між адиктивних розладами і пережитим в дитинстві сексуальним насильством [12].

Для жінок ймовірність вживання ПАР безпосередньо пов'язана з тяжкістю жорстокого поводження в дитинстві. Жінки з залежністю від ПАР в

два рази частіше повідомляли про сексуальне насильство в дитинстві в порівнянні з жінками в загальній популяції.

Чоловіки залежністю від ПАР виявляють менший зв'язок з сексуальним насильством, але для них більш властивий високий рівень фізичного насильства в дитинстві.

Пацієнти з історією жорстокого поводження в дитинстві мають більш важкі розлади, пов'язані з вживанням ПАР [13]:

- більш ранній початок вживання ПАР;
- чим раніше починається вживання речовин, тим вище ризик самоушкоджуючої поведінки;
- більш важке вживання: передозування, важкі запої, виражені абстинентні розлади;
- частіше використання ПАР з седативним ефектом (алкоголь, опіати, транквілізатори);
- використання ПАР для полегшення соматичного болю, уникнення сімейних негараздів і зняття психоемоційного напруження.

Жорстоке поводження справляє негативний вплив на нейрокогнітивні процеси, що в наступні вікові періоди підвищує ризик виникнення адиктивних розладів. Маркерами зазначеного впливу служать посилені відповіді підкірково-стріатних шляхів на значущі стимули і порушення фронтоцінгулярної регуляції у дорослих індивідів, які пережили травму дитинства і зловживають ПАР.

Окрім нейробіологічних і структурних порушень мозку, значну роль у формуванні вживання ПАР внаслідок травм дитячого віку відіграють психологічні фактори. Відсутність теплоти і турботи призводить до зниження емпатії та порушень емоційного інтелекту, що створює виражені передумови до потреби індивіда в ПАР як засобі подолання негативної афективності. Крім того, депресія, тривога та інші психічні розлади, що

виникають внаслідок травм дитячого віку, можуть не тільки супроводжувати адиктивні розлади, а й сприяти їх виникненню.

Ризикова поведінка – це будь-яка свідомо або несвідомо контрольована поведінка з усвідомлюваною невизначеністю її результату та/або можливих наслідків для фізичного, економічного та/або психосоціального благополуччя самого індивіда або інших індивідів.

В широкому значенні до ризикової поведінки включають:

- всі види поведінки, пов'язані із заподіянням фізичної шкоди (насильство, ненавмисна і навмисна самоушкоджуюча поведінка, суїцид тощо);

- сексуальна поведінка, яке може привести до незапланованої вагітності або зараження інфекціями, що передаються статевим шляхом;

- вживання ПАР;

- невиправданий ризик (наприклад, небезпечне водіння, відвідування небезпечних або небезпечних місць тощо);

- антисоціальну поведінку;

- нездорову харчову поведінку;

- недостатнє фізичне навантаження.

У кластеризації ризикової поведінки можна простежити гендерні відмінності: дівчатка-підлітки схильні одночасно поєднувати тютюнопаління, самоушкоджуючу поведінку і недостатнє фізичне навантаження, а хлопчики-підлітки – антисоціальну і делінквентну поведінку, вживання ПАР і небезпечне водіння. Кластеризація ризикової поведінки не зупиняється на підлітковому віці, а продовжує збільшуватися з кожним роком в дорослому віці, збільшуючи кількість проблем зі здоров'ям у молодих людей і погіршуючи якість їх життя.

Особи з кластеризованою ризиковою поведінкою мають більш високі показники депресії, тривожності, суб'єктивно пережитого рівня стресу, серед них більш поширена самоушкоджуюча поведінка, суїцидальні думки, наміри і спроби.

4.3.2. Суїцидальна поведінка у жертв насильства.

Найбільш жорстким видом фізичної аутоагресії є суїцид. В історії людства проблеми самогубств оцінювалися по-різному – в одних випадках це різко засуджувалось, в інших визнавалось гідним способом відходу з життя. У різні історичні епохи в різних суспільствах, а іноді і в різних шарах одного суспільства самогубства давалися протилежні моральні оцінки. По-різному оцінювалося самогубство і юриспруденцією. Ставлення до цього акту залежало від філософських, релігійних, правових і наукових поглядів. Перші згадки про самогубства зустрічаються в міфах. У міфології народів Європи вважалося, що самогубці перетворювалися на вампірів. Різні повір'я щодо самогубців зустрічаються у всіх народів світу, це говорить про існування самогубств на самих ранніх етапах розвитку людства.

Суїцид визначається як навмисне і усвідомлене позбавлення себе життя. Багато років статистика суїцидів в нашій країні була закритою. Особи, які здійснювали суїцидальний вчинок, часто визнавалися психічно хворими. Не дивлячись на зміни, що відбулися в суспільстві, ставлення до суїциду і осіб, які вчинили суїцид, залишається невизначеним.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожні 40 секунд хтось із жителів Землі йде з життя свідомо, закінчуючи життя самогубством. Відповідно до статистичних даних ВООЗ, серед причин смерті молодих людей (віком 15-29 років) в світовому масштабі самогубства займають друге місце. Щодня в світі скоюють самогубства 3 тисячі людей, а щорічно – близько мільйона чоловік (1,5% всіх смертей) За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, суїциди є своєрідним індикатором суспільного здоров'я, соціального благополуччя, високий рівень суїцидів відображає кризу в суспільстві, але пояснити збільшення числа самогубств тільки соціально-економічними труднощами зовсім не виправдані. Є чіткі розуміння того, що високий рівень суїцидів відзначається в економічно розвинутих країнах, а низький – в країнах з відносно невисоким рівнем економічного розвитку. Аналіз статистичних даних показує, що рівень

самогубств в певній мірі залежить від інтенсивності ряду соціальних процесів, що призводять до дезадаптації цілі категорії населення. Досвід світової суїцидологічної практики має масу прикладів, які доказують існування відомих кореляцій між частотою самогубств і такими змінними, як ступінь урбанізації, індустріалізації, нестабільної економіки, інтенсивності міграційних потоків, порушення життєвих укладів під впливом соціальних, політичних перетворень. Крім того, слід враховувати важливу роль поослаблення традиційних соціальних інститутів, які регламентують взаємовідносини між поколіннями, окремими людьми, ступенем дезінтеграції суспільства і його культурними традиціями. Очевидно, що значне збільшення числа самогубств це тривожний симптом хвороби нашого суспільства, який в повній мірі торкнулася і нашої молоді.

Відповідно до класифікації, яка існує в сучасній суїцидології, можна розрізнити такі фактори суїцидального ризику:

- Біологічні: суїциди у біологічних родичів, дефект серотонінергічної структури мозку;
- Соціально-середовищні: вкрай негативні пережиті події, проблеми в професійній, сімейній сферах, легка доступність засобів вчинення суїциду;
- Психолого-психіатричні: наявність психічного захворювання, психологічні особливості особистості, суїцидальні спроби, а також самопошкоджуючі дії [14].

Умовно всі відомі фактори суїцидального ризику діляться на соціально-демографічні, природні, медичні, індивідуальні. Суїцид може відображати звичай, правило поведінки, прийняте в конкретному суспільстві, в певній культурі (наприклад, японське харакірі). Він може бути пов'язаний з невиліковними соматичними захворюваннями, психічними розладами та, нарешті, може спостерігатися у практично здорових осіб. В останньому випадку зазвичай виникають гострі або хронічні психічні травми.

Суїцидальні дії зустрічаються практично в будь-якому віковому періоді. Відомі дані про суїцидальних спробах у дітей у віці від 3 до 6 років [15].

Дослідження показують, що суїцидальна поведінка є результатом складної взаємодії різного роду моральних, психофізіологічних, психологічних, екологічних, соціальних і соціокультурних факторів. Суїцидальна поведінка це наслідок фізичних, емоційних перевантажень зі зниженням опору до стресів, емоційних навантажень, неблагополуччям в комунікативних сферах, слабкістю психологічного захисту особистості, зниженням або втратою цінності життя при дефектах морального виховання особистості. Люди, схильні до суїциду, мають знижений рівень соціальної компетентності. Здійснюючи суїцид, людина посилає своєрідний сигнал лиха, прагнучи викликати жалість і співчуття близьких і навіть сторонніх людей. Суїциди умовно поділяються на справжні, коли в якості мети виступає бажання людини позбавити себе життя, і демонстративно-шантажні, що застосовуються для чинення тиску на оточуючих, отримання вигод, маніпулювання почуттями людей, та афективні. Демонстративно-шантажна поведінка собі за мету передбачає не позбавлення себе життя, а демонстрацію цього настрою. На відміну від завершених суїцидів, суїцидні спроби, обставлені часом дуже драматично, демонстрації та імітації їх, а також висловлювання суїцидних задумів мають на меті лише декларацію з метою шантажу. Спроби суїцидів відбуваються в 30-40 разів частіше, ніж справжні (закінчені) суїциди. В 1/3 випадків спроб суїциду оточуючі не надають значення. Повторення суїциду тим імовірніше, чим молодший суб'єкт; частіше спроба ця відбувається протягом першого року, і чим більше спроб, тим більше фізичний ризик. Повторний акт краще підготовлений і менш імпульсивний [15].

Дуже часто суїциди зустрічаються в молодому віці. Найлегше суїцидальні поведінкові моделі засвоюються соціально незрілими людьми, підлітками, які розглядають посягання на своє життя не з точки зору суспільної моралі, а з позиції ефективності суїцидальних дій. Підлітковий вік

є найбільш небезпечним в плані розвитку суїцидальних тенденцій. У цей період найчастіше трапляються ситуації, які характеризуються як психологічна криза. Причинами можуть бути нерозділене кохання, відрив від звичних зв'язків і оточення, насильство, пережите горе тощо. Рішення ці приймаються часом на піку травмуючої ситуації, в умовах нерозв'язного, як здається суїциденту, ситуаційного безвихідного положення. Для молодого віку характерні підвищена агресивність, підвищена конфліктність, протестна поведінка, вразливість, підвищене почуття гідності, емоційна нестійкість, сором'язливість, що поєднується з максималізмом. Ці риси характеру можуть сприяти формуванню суїцидальної поведінки. Особливо небезпечний вік з 11 до 15 років, період вікової кризи, коли підліток починає себе усвідомлювати як особистість, як рівноправного члена суспільства, сім'ї. Через це часто виникають конфлікти з батьками, це веде до втрати взаємного контакту, формування відчуження – це і криза спілкування з товаришами, і криза самосвідомості. Підліток ще не став дорослим, але дитиною він бути вже не хоче. Для нього дуже значима думка про нього оточуючих. Суїцидальні думки і фантазії у підлітків досить часті, і їх реалізації можуть сприяти, здавалося б, незначні події, чому сприяють емоційна нестійкість і імпульсивність дитини. Аутоагресивна поведінка в підлітковому віці у юнаків і дівчат співвідноситься в співвідношенні 1:4. Психопатологічна картина у суїцидентів характеризується наявністю органічних уражень центральної нервової системи, ЧМТ в анамнезі, наявністю депресивних розладів різного ступеня вираженості. Співвідношення ж закінчених суїцидів між юнаками та дівчатами співвідноситься як 3:1

Будь-яке насильство будь-якої форми суттєво підвищує ризики суїцидів у жертв. До найважливіших чинників суїцидального ризику відносяться:

- 1) низький рівень соціальної інтеграції;
- 2) самотність і вузька соціальна мережа;
- 3) низький рівень соціальної підтримки.

При цьому переживання насильства само по собі і призводить до формування означених чинників суїцидального ризику.

Жінки, які зазнали фізичного та/або сексуального насильства від партнера, втричі частіше мають суїцидальні думки і мають майже в чотири рази більшу кількість суїцидальних спроб, у порівнянні з жінками, які ніколи не зазнавали насильства у стосунках.

Перші спроби суїцидів і самоушкоджень серед дітей, які перенесли жорстоке поводження, з'являються у віці 7-12 років. Молодь, яка часто повідомляє про знущання має високий довгостроковий ризик поведінки, пов'язаної із самогубством. Булінг та, особливо, кібербулінг суттєво підвищують ризик суїцидальних ідей.

Суїцидальні спроби у осіб, які зазнали різних видів насильства частіше є істинними і не закінчуються смертю тільки через випадковий збіг обставин. Переважають найбільш важкі форми самоушкоджень, пов'язані з пораненнями, падінням з висоти тощо, що носили загрозливими для життя. Предсуїцидальний період в більшості випадків короткий. Суїцид у жертв насильства відбуваються зазвичай необдуманно, під впливом суб'єктивно нестерпних для даної особистості переживань.

Оскільки сімейні конфлікти можуть супроводжуватися фізичним і психічним насильством яке триває роками, то жертви насильства можуть вдаватися до аутоагресивних дій, найчастіше до суїцидальних і несуйцидальних самоушкоджень. Переважна більшість суїцидів у жертв насильства скоєна в ході жорстокого поводження в сім'ї і систематичного приниження людської гідності, 10% випадків самогубств відбувалася під погрозами, в більшій мірі пов'язаними з вимаганням грошових коштів та інших матеріальних цінностей.

Найчастіше потерпілими від доведення до самогубства є дружини (співмешканки) (58%), неповнолітні діти (17%), батьки (12%), чоловіки (співмешканці) (2%), а також інші знайомі (11%).

Література:

- 1.Змановская, Е. В. Девиантология: (Психологія відхиляється): Учеб. посібник для студ. вищ. навч. закладів. - 2-е изд., Испр. - М.: Видавничий центр «Академія», 2004. - 288 с.
- 2.Клейберг, Ю. А. Девиантна поведінка в питаннях і відповідях: навчальний посібник для вузів. - М.: Московський психолого-соціальний інститут, 2006. - 304 с.
- 3.Руженков, В. А., Лобов, Г. А., Боєва, А. В. До питання про уточнення змісту поняття «Аутоагресивна поведінка» //
- 4.Реттгес С. В. Ціннісні орієнтації як психологічний фактор схильності до агресивної поведінки в юнацькому віці: автореф. дис. ... к. Психол. н.: 19.00.13 / Реттгерс Світлана Валеріївна; Вологодський державний педагогічний університет. - Вологда, 2002. - 23 с
- 5.Зигмунд Фрейд. Психоаналітичні етюди / під ред. Д. І. Донського, В.Ф. Круглянська. - Харків: Фоліо, 2005 - 255 с
- 6.Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы / Эдвин С. Шнейдман. – М.: Смысл, 2001. – 315 с
7. Качмар, О. В. СОЦІАЛЬНА ДЕСТРУКТИВНІСТЬ ТА НАСИЛЬСТВО В СІМ'Ї. Проблеми соціальної роботи: філософія, психологія, соціологія. 2016. №. 2(8). С. 43–54.
8. Cloitre, M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 216, No. 3. С. 129–131.
9. WHO. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics: URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics>, (дата звернення: 08.12.20).
10. Connors, R. Self-injury in trauma survivors: 1. functions and meanings. *The American Journal of Orthopsychiatry*. 1996. Vol. 66, No. 2. С. 197–206.
11. Польская, Н. А. К проблеме эмпирического изучения самоповреждающего поведения Москва, Издательство «Институт психологии РАН», 10. С. 714–720.
12. Lo, C. C., Cheng, T. C. The impact of childhood maltreatment on young adults' substance abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2007. Vol. 33, No. 1. С. 139–146.
13. Browne, A., Finkelhor, D. Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*. 1986. Vol. 99, No. 1. С. 66–77.
- 14.Руженков В.А., Руженкова В.В. Деякі аспекти термінології та класифікації аутоагресивної поведінки // Суїцидологія - № 1(14) / том 5 / - 2014. - С.41-49.
15. В. Ф.Войцех. Що ми знаємо про суїцид. За редакцією професора В.С.Ястребова. -М.:, 2007. 20 с.

4.4. СОМАТИЧНІ НАСЛІДКИ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

О.М.Гненна

Окрім широкого спектру психічних порушень серед жертв сімейного насильства виділяють низку соматичних наслідків, які спричиненні як короткочасним, так і довготривалим фізичним впливом агресора та мають властивість зберігатися тривалий час після періоду жорстокого поводження. Саме фізичні та сексуальні форми домашнього насильства, нехтування

фізичними потребами членів сім'ї спричиняють механічні пошкодження, травматичні пошкодження внутрішніх органів, розвиток хронічних соматичних патологій, інфекційних захворювань, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Поширеність пацієнтів, що зазнають домашнього насильства серед загальної вибірки пацієнтів первинної медико-санітарної допомоги становить приблизно 30-40%. Порівняно з пацієнтами без історії насильства, ті, які зазнали насильства, повідомляють значно більше скарг на стан свого здоров'я та симптомів, особливо щодо серцево-судинної, нервової, травної та сечостатевої систем. Зокрема, вони мають більш високий ризик розвитку таких психосоматичних захворювань, як виразкова хвороба, ішемічна хвороба серця, синдрому подразненого кишечника. Емоційне насильство пов'язане з більшою поширеністю синдрому хронічної втоми та розвитку фіброміалгії. У жінок фізичне насильство є фактором розвитку ендометріозу та міоми матки [1-7].

Всі форми домашнього насильства є фактором ризику розвитку хронічного головного болю, включаючи трансформовану мігрень, які не залежить від депресії або тривоги [2-5].

Зокрема, жертви домашнього насильства частіше звертаються за допомогою до сімейних лікарів, невропатологів, кардіологів, гастроентерологів, психіатрів, ендокринологів та пульмонологів [8-17]. При їх зверненнях до сімейних лікарів або лікарів-спеціалістів характерним є поліморфність скарг на різні органи і системи, які не мають медичного пояснення, або наявність симптомів з більшою інтенсивністю, ніж вони повинні бути. Саме тому, важливо, щоб медична бесіда включала питання, які стосуються насильства, особливо в таких випадках. Щодо педіатричної служби, при розгляді питання про жорстоке поводження з дітьми медпрацівники повинні вміти збирати детальний анамнез не тільки від батьків, але, при необхідності, і від пацієнтів. Знайомство зі схемами травм

та їх розподілом в контексті етапу розвитку і механізму травм мають вирішальне значення для визнання фізичного насильства [1-4].

Нехтування потребами дитини часто призводить до небезпечних для здоров'я дитини наслідків, зокрема нещасних випадків, отруєнь, травм тощо. Таке поводження з дітьми відбувається не тільки в сім'ях з низькою матеріальною незабезпеченістю, але й у сім'ях де батьки зловживають своїми правами і користуються беззахисністю, залежним становищем дитини. Нехтування фізичними потребами дитини призводить до того, що діти мають недостатню масу тіла або навпаки вони підвищеної вгодованості через неправильне, невідповідне віку харчування. Вони можуть швидко додавати у масі тіла під час перебування в лікарні. Якщо батьки не стежать за тим, щоб дитина одержувала необхідні вітаміни для її розвитку, це часто призводить до анемії, такі діти бліді та астенозовані.

Різні форми домашнього насильства мають великий вплив на суспільне здоров'я. У дітей наслідки насильства можуть сильно відрізнятися від наслідків у дорослих. Різноманітні фізичні травми і, в крайніх випадках, смерть є прямими наслідками насильства. Згідно з оцінками ВООЗ діти піддаються найбільшому ризику вбивства, причому показники для вікової групи від 0 до 4 років приблизно вдвічі вище, ніж для дітей від 5 до 14 років в результаті їх повної залежності від батьків і більшої вразливості [1,5-7]. Найбільш часті пошкодження у немовлят виникають в результаті трясіння. Трясти немовлят дуже небезпечно. Голова, немовляти занадто велика в порівнянні з іншим тілом. Коли голівку не підтримують, вона вільно падає, так як м'язи шиї ще не здатні утримати її. Тряска змушує голову рухатися занадто швидко вперед і назад з великою силою. Коли це відбувається, крихітні кровоносні судини лопаються, і кров всередині мозку дитини може стати причиною каліцтва: *сліпоти, глухоти, судомних припадків, труднощів з навчанням.*

Розширене обстеження очей і нейровізуалізація рекомендована всім дітям до 1-го року з підозрою на насильство. Крововиливи в сітківку ока

відбуваються в 85-90% випадків насильницької травми голови проти <10% при випадкових травмах [18]. Однак крововиливи в сітківку не є патогномонічними для жорстокого поводження. Вони також можуть статися під час пологів і зберігатися до 4 тижнів. Також, крововиливи в сітківку можуть бути результатом випадкових травм, але тоді механізм їх утворення, як правило, очевидний та небезпечний для життя (наприклад, серйозна автокатастрофа), а самі крововиливи, як правило, нечисленні і розташовані на задніх полюсах очей.

Однак в більшості випадків пряма фізична травма без смертельного результату викликає менше ускладнень у дитини, ніж довготривалий вплив насильства на неврологічний, когнітивний та емоційний розвиток дитини і загальний стан здоров'я [8,9,15,18]. Травми голови, переломи кінцівок і інші пошкодження призводять до проблем із опорно-руховим апаратом, порушенням центральної нервової системи, низького рівня інтелекту і проблеми з вимовою протягом всього життя.

У дітей, які піддавалися фізичному насильству, при рентгенологічному обстеженні апендикулярного (плечових кісток, передпліч, рук, стегон, гомілок і стоп) та осевого скелета (грудної клітини, таза, попереково-крижового і шийного відділів хребта, черепа) виявляють скелетні ознак попередніх кісткових ушкоджень: переломи на різних стадіях загоєння або субперіостальні валики на довгих кістках.

Діти в родинах, які практикують у якості методів виховання вербальну та/або фізичну агресію на адресу дитини, а також діти в дисфункціональних, емоціно-холодних родинах (наприклад, в сім'ях батьків-алкоголіків), частіше мають ознаки затримки психічного і фізичного розвитку. «Нездатністю до процвітання» назвають такий стан у дітей зарубіжні фахівці. Такі діти відстають у темпах росту, вчано не набирають вагу, у порівнянні з однолітками. Вони пізніше починають ходити, говорити, рідше сміються, у них гірша шкільна успішність. У таких дітей часто спостерігаються «погані звички» obsесивного характеру, такі як от: кусання нігтів, смоктання пальців,

якція, онанізм. Їх пам'ять стає гіршою: процеси запам'ятовування і збереження утруднені, різко зростає вибірковість в запам'ятовуванні. Увага стає розсіяною, збіднюється мова, часто з'являється заїкання. Для таких дітей властивий низький рівень шкільної адаптації, низька шкільна успішність, низький темп виконання шкільних завдань. Та й зовні діти, що живуть в умовах нехтування їхніми інтересами, фізичними і емоційними потребами, виглядають іншим чином, у порівнянні з дітьми з родин де не практикують насильство. Діти з дисфункціональних родин часто мають припухлі, «заспані» очі, скуйовджене волосся, неохайність в одязі, ознаки гігієнічної занедбаності (педикульоз, висип, поганий запах від одягу та тіла тощо).

Зовнішні ознаки домашнього фізичного насильства:

- Синці та підшкірні крововиливи на тілі, що перебувають на різних стадіях заживання, та мають специфічну форму, наприклад руки, шнура, пряжки ременя, ременя, палиці тощо.
- Незрозумілі сліди від опіку, як правило, від цигарок на п'ятках, долонях, спині і сідницях.
- Опіки гарячими предметами (від запальнички, сковорідки, праски тощо)
- Внутрішні пошкодження, крововиливи (розрив печінки, в результаті удару в живіт)
- Переломи, вивихи або розтягнення, головним чином в області лицьового черепа, носа, обличчя, на різних стадіях заживання.
- Наявність на голові ділянок без волосся.
- Шрами, сліди зв'язування, сліди нігтів, сліди від стиснення пальцями.
- Сліди від рук, сліди укусів на шкірі.
- Незвичний стан дитини після насильницького прийому ліків або алкоголю.
- Смерть з ознаками насильства.

Сексуальне насильство не завжди супроводжується застосуванням фізичного насильства, а фізичні травми не завжди є його наслідком. Відомо, що згвалтування може закінчитися і смертю, хоча ступінь поширеності таких

випадків сильно розрізняється в різних країнах світу. Самі звичайні наслідки сексуального насильства в сім'ї позначаються на репродуктивних можливостях.

Насильницькі статеві акти можуть призвести до небажаної вагітності, абортів та спричинити низку гінекологічних ускладнень у жінок: вагінальні кровотечі або інфекції, фіброміоми, зниження сексуального бажання, генітальні подразнення, біль під час статевих актів, хронічний біль в області малого тазу та запалення сечового тракту [21-24].

Насильство в період вагітності може мати наступні негативні наслідки: викидень; пізні звернення за медичною допомогою, народження мертвої дитини, передчасні пологи, травма плода, низька вага дитини при народженні. У жінок, які зазнали насильства з боку інтимного партнера, ймовірність викидня підвищується на 16%, а ймовірність передчасних пологів – на 41% [26].

Характер травм і захворювань при сексуальному насильстві:

- пошкодження анально-генітальної області, в тому числі у дітей порушення цілісності дівочої пліви;
- рубці в області зовнішніх статевих органів або заднього проходу;
- захворювання, що передаються статевим шляхом;
- скарги на біль в області статевих органів, болі в животі незрозумілого походження, головний біль;
- припухлість або подразнення в області статевих органів;
- синці на зовнішніх статевих органах;
- гематоми на грудях, сідницях, нижній частині живота, стегнах;
- сечостатеві інфекції;
- труднощі при ходьбі та сидінні;
- у дітей нетримання калу («забруднення одягу»), енурез;
- пошкодження прямого кишечника;
- психосоматичні розлади.

Для своєчасної діагностики сексуального насильства велике значення мають медичні обстеження, під час яких потрібно звертати увагу на зовнішні ознаки насильства, описані вище. Особливе значення при зборі анамнезу має опис взаємовідносин в сім'ї.

Існує пряма кореляція між сексуальним насильством на розвитком інфекцій, що передаються статевим шляхом, до яких відносяться: гонорея, хламідіоз, вірус папіломи людини, вірус простого герпеса (1го і 2го типів), сифіліс, вірусний гепатит (А,В, і С), ВІЛ [10-15;20-25]. Згідно з результатами аналітичного дослідження, проведеного в 2013 р, у жінок, які перенесли фізичне або сексуальне насильство, показники поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, в 1,5 рази перевищують аналогічні показники серед інших жінок, які не відчували фізичного насильства з боку інтимного партнера. Ці жінки також в два рази частіше роблять аборт [26].

Люди, які піддавалися насильству у сім'ї схильні до ризикованої сексуальної поведінки у майбутньому та, відповідно, мають значно вищий ризик інфікування ПСШ [19-23]. ВІЛ-інфекція виявляється в два рази частіше серед осіб, які зазнали фізичного насильства. Однакова частка чоловіків і жінок серед ВІЛ-інфікованих є причиною ряду факторів, серед яких вагоме місце займають: гендерна нерівність, сексуальне та фізичне насильство в сім'ї, примус жінок старшими чоловіками до статевих відносин і чоловіками, які мають одночасні декілька сексуальних партнерів, які таким чином залучають молодих жінок до гігантської мережі інфекції.

Переважає кількість ВІЛ-інфікованих жінок мають лише одного сексуального партнера. Більшість жінок, що мають ВІЛ, у всьому світі моногамні, проживають своє життя як добрі дружини і матері. У загальнонаціональному дослідженні 25% жінок, віком від 12 до 24 років повідомили, що втратили свою цноту, бо їх змусили до цього. Небажаний секс із ВІЛ-інфікованою людиною несе високий ризик інфікування, особливо для жінок. Перш за все, це обумовлено тим, що жінки мають більш низький інфекційний потенціал, а застосування сили призводить до виникнення

механічних пошкоджень, які сприяють потраплянню вірусу в кров. [20-22]. В той час, як гендерною особливістю поведінки ВІЛ-інфікованого чоловіка є частіше приховування від статевих партнерів факту власного ВІЛ-позитивного статусу, тиск на партнера при домаганні інтимних стосунків, нерегулярне використання засобів захисту від інфікування ВІЛ та інших інфекцій, які передаються статевим шляхом. Подібна поведінка загрозна для представників обох статей, проте більш небезпечна для жінок, які більш уразливі до інфікування ВІЛ статевим шляхом внаслідок фізіологічних особливостей [23-25]

Література

1. Łukasik P, Karakuła-Juchnowicz H, Moryłowska-Topolska J, Flis M, Krukow P. Long-term somatic consequences of intimate partner violence in primary care female patients. *Pol Merkur Lekarski*. 2015 Dec;39(234):372-6. Polish. PMID: 26802690.
2. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, Drexler E, Martin VT, Hutchinson S, Aurora SK, Recober A, Herial NA, Utley C, White L, Khuder SA. Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache*. 2010 Jan;50(1):20-31. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01556.x. Epub 2009 Oct 21. PMID: 19845782.
3. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, Drexler E, Martin VT, Hutchinson S, Aurora SK, Recober A, Herial NA, Utley C, White L, Khuder SA. Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache*. 2010 Jan;50(1):32-41. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01557.x. Epub 2009 Oct 21. PMID: 19845781.
4. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, Drexler E, Martin VT, Hutchinson S, Aurora SK, Recober A, Herial NA, Utley C, White L, Khuder SA. Childhood maltreatment and migraine (part III). Association with comorbid pain conditions. *Headache*. 2010 Jan;50(1):42-51. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01558.x. Epub 2009 Oct 21. PMID: 19845780.
5. Ferrara P, Guadagno C, Sbordone A, Amato M, Spina G, Perrone G, Cutrona C, Basile MC, Ianniello F, Fabrizio GC, Pettoello-Mantovani M, Verrotti A, Villani A, Corsello G. Child Abuse and Neglect and its Psycho-Physical and Social Consequences: A Review of the Literature. *Curr Pediatr Rev*. 2016;12(4):301-310. doi: 10.2174/1573396312666160914193357. PMID: 27634538.
6. Norman R, Schneider M, Bradshaw D, Jewkes R, Abrahams N, et al. (2010) Interpersonal violence: an important risk factor for disease and injury in South Africa. *Popul Health Metr* 8: 32
7. Jackson AM, Kissoon N, Greene C. Aspects of abuse: recognizing and responding to child maltreatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2015 Mar;45(3):58-70. doi: 10.1016/j.cppeds.2015.02.001. Epub 2015 Mar 11. PMID: 25771266
8. Артюхов И. П., Гарбер Ю. Г. Социально-гигиенический портрет женщины, страдающей от домашнего насилия // Сибирское медицинское обозрение. 2009. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-gigienicheskiy-portret-zhenschiny-stradayuschey-ot-domashnego-nasiliya>
9. Eby K et al. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16:563–576.

10. Leserman J et al. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse among female patients with gastrointestinal disorders: the impact on subsequent health care visits. *Psychological Medicine*, 1998, 28:417–425.
11. McCauley J et al. The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices *Annals of Internal Medicine*, 1995, 123:737–746.
12. Coker AL et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:451–457.
13. Letourneau EJ, Holmes M, Chasendunn Roark J Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 1999, 9:115–120.
15. Plichta SB, Abraham C. Violence and gynecologic health in women less than 50 years old. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:903–907.
16. Campbell JC, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: effects on women's health *Violence Against Women*, 1999, 5:1017–1035.
17. Collett BJ et al. A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:87–92
18. Maguire SA, Watts PO, Shaw AD, et al: Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: A systematic review. *Eye (Lond)* 27(1):28–36, 2013. doi: 10.1038/eye.2012.213.
19. Келлог Н.Д. Сексуальне насилля // Репродуктивне здоров'я дітей і підлітків. 2015. №6 (65). С. 63-79. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/seksualnoe-nasilie> (дата звернення: 04.02.2021).
20. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349. Epub 2012 Nov 27. PMID: 23209385; PMCID: PMC3507962.
21. Kenya Georgine, Jebet Kemboi1, Kennedy Onkware, Omosa Mogambi Ntobo Socio-cultural factors that perpetuate the spread of HIV among women and girls in Keiyo District // *African Journal of Gender and Women Studies*. 2019. №4(1). P. 001-006.
22. Anthony Hauser, Katharina Kusejko, Leigh F. Johnson, Gilles Wandeler, Julien Riou, Fardo Goldstein, Matthias Egger, Roger D. Kouyo. Bridging the gap between HIV epidemiology and antiretroviral resistance evolution: Modelling the spread of resistance in South Africa // *Plos computational biology*. 2019. №15(6) P. 1-17 <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1007083>
23. Griesbeck M, Scully E, Altfeld M. Sex and gender differences in HIV-1 infection. *Clinical science (London, England : 1979)* 2016;130(16):1435–51
24. Meta-Analysis of Alcohol and Serodiscordant Condomless Sex Among People Living with HIV/ Sarahmona M. Przybyla, Gabriela Krawiec, Stephanie A. Godleski, Cory A. Crane // *Archives of sex behavior*. -№46. -2017y. -1-16pp.
25. Габрель Р.Т. Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-Інфікованих осіб та їх партнерів у контексті психосоціальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари / Р.Т. Габрель, М.В. Маркова // *Міжнародний неврологічний журнал*. - 2013. -№6(60). -С.147-151
26. WHO, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health impacts of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO: Geneva, 2013.

РОЗДІЛ 5. ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

5.1. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ

В.В.Огоренко

У своїй відомій книзі Trauma and Recovery («Травма і одужання») Джудіт Герман висвітлює той факт, що життя дружин і дітей, які страждають від сімейного насильства, дуже схожі зі станами потерпілих від травматичних подій на війні. Вони теж постійно знаходяться у перманентному страху, стані безвиході, безпорадності, в них виникають чисельні психосоматичні розлади та інші психопатологічні стани.

Слід відмітити, що невротичні розлади, що виникають внаслідок сімейного насильства, істотно погіршують якість життя жінки. Проведені дослідження жінок-жертв домашнього насильства, виявили субклінічні варіанти неспихотичних психічних розладів у 50% обстежених (рис. 1). Психогенні розлади, з'являлися у результаті комплексної взаємодії соціокультурних та соціально-демографічних факторів, індивідуальних особливостей особистості. Неспихотичні психічні розлади частіше виникають у осіб з певними особливостями особистості: у сенситивних (40%) і астено-невротичних (25%) типів особистості.

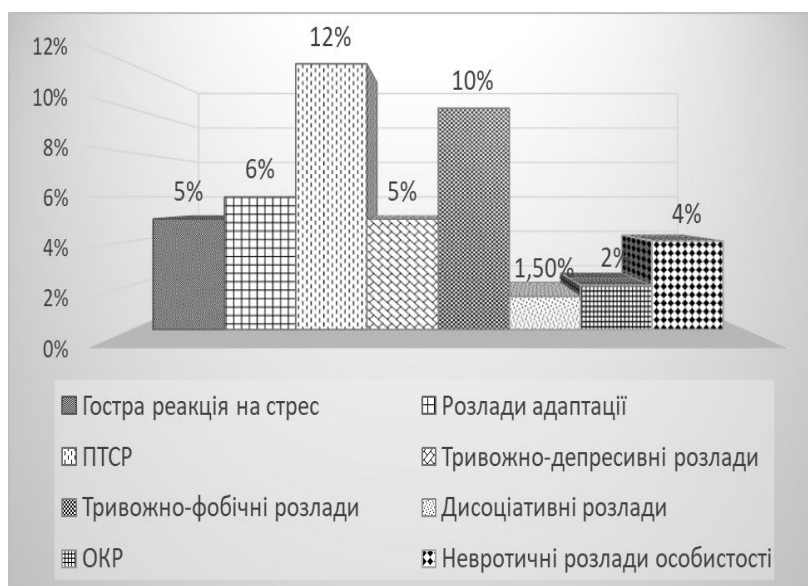


Рис. 1. Частота невротичних порушень серед жертв домашнього насильства

Серед психічних розладів треба виділити наступні: гостра реакція на стрес, розлади адаптації, тривожно-фобічні розлади, дисоціативні розлади, obsesивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад та комплексний посттравматичний стресовий розлад, тривожно-депресивні розлади, невротичні розлади особистості (рис.1)

Сучасні дослідники ключову роль у виникненні депресивних розладів надають фактам сімейного насильства (фізичного, сексуального, психологічного, емоційного тощо), вказуючи, що випадки насильства у осіб з депресивними розладами зустрічаються в 2 рази частіше, ніж у загальній популяції. Тривалий вплив психотравмуючих факторів (зокрема і сімейного насильства) призводить до зростання емоційного напруження, порушень сну, втомлюваності з розвитком астеничних станів. Вказані розлади діагностують за МКХ-10 як легкий депресивний епізод (F32.0). Якщо інтенсивність симптомів депресії зростає, додаються проблеми у соціальному, сімейному і професійному функціонуванні, означений стан у жертв насильства діагностується як помірний депресивний епізод (F32.1). Наявні сомаотгенні фактори, пов'язані через психосоматичні механізми з ендокринними порушеннями сприяють виникненню та посиленню депресивної симптоматики з встановленням діагнозу у таких випадках: тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів (F32.2). При подальшому посиленні депресивної симптоматики за наявності додаткових психотравмуючих факторів може виникати важкий депресивний епізод з психотичними симптомами (F32.3). При наростанні депресивного афекту можливі аутоагесивні і гетероагесивні дії, зокрема направлені на власних дітей. Трохи інший варіант гострого депресивного стану може бути за типом «короткого замикання», коли в симптоматиці з'являються нетривалі психотичні розлади з порушенням свідомості. Значну роль у «реакціях короткого замикання» відіграють попередні черепно-мозкові травми (особливо внаслідок агресивних дій чоловіка), які в підсумку призводять до астеничної симптоматики. Якщо в цьому стані сколються жінками агресивні

дії, то вони можуть бути спрямовані безпосередньо на кривдників. Таким чином, інтеракція психогенного і соматогенного факторів впливає на розвиток психогенних депресивних станів. Для цих станів властиві етапна прогресивна динаміка, з поглибленням депресії та посиленням психопатологічних синдромів.

Треба відмітити, що дія тривалих і суб'єктивно значущих для особистості психотравматичних подій (домашнього насильства) призводить до появи аутоагресивної поведінки. Зокрема, пацієнти з екскоріаціями в першу чергу йдуть на прийом до дерматолога, а не до психіатра. Але дуже важливо пам'ятати, що у 50-70 % випадків у пацієнтів с екскоріаціями спостерігаються психічні розлади (розлади афективного спектру), у 40-65 % – тривожні розлади (фобії; обсесивно-компульсивний чи посттравматичний стресовий розлад, панічні розлади, генералізований тривожний розлад). Якщо у DSM-IV екскоріації розглядалися як залишкові прояви порушень, пов'язаних з імпульсивним контролем, зараз, згідно з DSM-V – як захворювання обсесивно-компульсивного спектра (з чіткими критеріями для постановки діагнозу). Діагностичні критерії для екскоріації включають в себе: 1) рецидиви шкірних ушкоджень, які пацієнт не в змозі самостійно припинити; 2) самоушкодження шкіри є наслідком дистресу; 3) але не викликані застосуванням лікарських препаратів або наркотичних засобів, або на тлі якогось іншого психічного розладу. Зазвичай, психіатричне обстеження виявляє у пацієнтів чисельні психопатологічні симптоми такі як тривога, емоційна лабільність, нестійкий або знижений настрій, порушення сну, вегетативні розлади.

Ознаки аутоагресії з шкірними самоушкодженням не завжди є ознаками наявності психічного захворювання. В подібній ситуації необхідно звертати увагу на особистісні риси пацієнтів, такі, як надмірна емоційність, сенситивність, це часто особистості з високим рівнем тривожності та агресивності. Ризик виникнення самодеструктивної поведінки суттєво збільшується при алкоголізмі і вживанні наркотичних засобів. Якщо

розглядати аутоагресивну поведінку з аналітичної точки зору, вона є засобом, завдяки якому жертвам насильства вдається знизити рівень емоційної напруги, тривожності, що виникає внаслідок психологічного тиску та конфліктів. Це специфічна форма заміщення тривоги, страхів і особистої неповноцінності. Іноді до аутоагресивних дій вдаються люди в депресивному стані, особливо при апатичних варіантах депресії. Дуже часто аутоагресивна поведінка з'являється єдиним засобом уникнути душевного болю та внутрішньої порожнечі. Початку захворювання нерідко передує вплив тривалої психотравмуючої ситуації. Велике значення надається преморбідним особистісним особливостям пацієнта. Нездатність пацієнта з алекситимією до усвідомлення власних емоцій може призводити до їх витіснення з подальшим розвитком психосоматичного захворювання.

Комплексна схема лікування пацієнтів з різноманітними психопатологічними станами внаслідок домашнього насильства повинна включати поруч з різними видами психотерапевтичних втручань, застосування психофармакотерапії. Так при надмірній тривожності та сенситивності, стійких порушеннях сну, доцільним є призначення препаратів з анксиолітичною дією (гідроксизин 75 мг на добу). Інколи, при станах з емоційною неврівноваженістю, роздратованістю, збудженням, що супроводжуються агресивними діями, рекомендовано призначення препаратів нормотимічного ряду та нейролептиків (препарати вальпроєвої кислоти 1000-1200 мг на добу, карбамазепін 400-600 мг на добу; кветірон до 300-600 мг на добу). У пацієнтів з дерматологічними проявами психічних порушень з успіхом застосовуються антидепресанти, переважно, із групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та нейролептики (пароксин 20-40 мг на добу, есцитам – 10-20 мг на добу; арипразол від 10 до 30 мг на добу).

При клінічних проявах депресивних розладів, зокрема, окреслених депресивних епізодах різного рівня тяжкості, доцільним є призначення препаратів з групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення

серотоніну та селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (сертралін 50-200 мг на добу), лафаксин 150-375 мг на добу).

При наявності психічного захворювання конкретні біологічні та психотерапевтичні втручання для зниження навантаження можуть справити позитивний вплив на агресію. Психофармакологічні заходи можуть бути ефективними, але їх слід використовувати тільки для купірування симптомів, пов'язаних з конкретними психіатричними діагнозами, і тільки в поєднанні з психотерапевтичними, сімейними і суспільними заходами або коли ці втручання не дали результатів. Істотні докази вказують на зміни в нейробіологічній передачі моноамінів: допаміну, серотоніну і нейрогормональних впливів, які спонукають людей до агресії. Серед препаратів, які доцільно застосовувати для зниження рівню агресії, треба виділити препарат елідон в дозах 2-4 мг на добу. Ґрунтуючись на переконливих наукових даних, було доведено, що розробка плану лікування агресивних проявів, конкретно націленого як на психологічні та соціальні фактори ризику, так і на біологічні чинники, ефективна для зниження агресії.

Література

1. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
2. Превентивная психодиагностика в проблеме развития невротических расстройств при домашнем насилии / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов сб. тез. научно-практ. конф. с междунар. участием, 2011);
3. Н. К. Харитоновна с соавт. Депрессии у женщин — жертв домашнего насилия Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2019;
4. Rotheram-Borus MJ et al. Alcohol use, partner violence, and depression: a cluster randomized controlled trial among.. mothers, 2015;
5. Buzawa E Set al. Responding to Domestic Violence: The Integration of Criminal Justice and Human Services. 2015).
6. Zhong QY et al, Childhood abuse and suicidal ideation in a cohort of pregnant Peruvian women, 2016;
7. Agnew-Blais J, Daneses A. Childhood maltreatment and unfavorable clinical outcomes in bipolar disorder, 2016.)
8. Шавловская О.А. Синдромы самоповреждения кожи (невротические экскориаии). Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2015; 1: 31–36.
9. Терентьева М.А., Фрагина А.В. Психопатологические аспекты патомимии (на модели невротических экскориааций). Психиатрия и психофармакотерапия. 2002; 4: 160–2.
10. Смулевич А.Б. Психические расстройства в дерматологии (к построению современной классификации). Психиатрия и психофармакотерапия. 2004; 6: 264–6.

11. Смулевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. «Проблемы психодерматологии»: Современные аспекты». М.,2006 г.
12. Keuthen N.J., Koran L.M., Aboujaoude et al. The prevalence of pathologic skin picking in US adults // Comprehensive Psychiatry. 2010. 51. С. 183—186.
13. Джозеф Остерман Педиатрия в обзоре Февраль 2017, 38 (2) 69-80; DOI: <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0062>

5.2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ДОПОМОГА ЖЕРТВАМ НАСИЛЬСТВА

Г.М. Кожина, І.Ф.Терьошина, К.О.Зеленська

Серед основних міфів домашнього насильства є міф того, що зараз домашнє насильство – явище, яке зустрічається дуже рідко, воно залишилось в минулому, коли нрави були більш жорсткими. Але насильство в сім'ї – дуже поширене в наш час явище. У більшості країн світу фахівці з юриспруденції, адвокати, які спеціалізуються на захисті прав жінок одноставно вважають, що домашнє насильство займає перше місце серед видів злочинності, відомості про яку не доходять до правоохоронних органів. Домашнє насильство в Україні – причина близько ста тисяч днів госпіталізації щороку, причина тридцяти тисяч звернень до травм пунктів і травматологічних відділень, причина понад сорока тисяч викликів лікарів первинної ланки. В той же час, лише десять відсотків постраждалих від сімейного насильства звертаються за відповідною допомогою. Нажаль і донині багато наших співгромадян вважають за нормальні стотунки, засновані на насильстві. За розрахунками, які було проведено Інститутом демографії і соціальних досліджень на замовлення Фонду народонаселення ООН: близько 1,1 мільйона громадян України стикаються з фізичною та сексуальною агресією в сім'ї і не звертаються за кваліфікованою допомогою з цього приводу. За статистикою ВООЗ 38 % вбивств жінок у світі є справою рук їх партнерів, в деяких країнах ця цифра становить 70%. Четверть від усіх жінок світу на протязі усього життя потерпають від сімейного насильства. Насильство в сім'ї – це прояв загального порушення сімейних стосунків. Майже завжди в таких випадках необхідно аналізувати «давні корені» –

сімейної дисгармонії, яка впливає з історії батьківських родин і родин дідусів та бабусь. Часто сімейні пари, які підтримують стосунки насильства, формують за комплементарним принципом – ще до шлюбу вони безсвідомо обирають собі партнера, з яким можна відтворити стереотипи поведінки в батьківській родині. Тому як правило тут потрібна глибока і тривала психотерапія.

По перше, розглянемо етичні основи і принципи психотерапії:

1. Конфіденційність: принцип конфіденційності розуміє під собою повне збереження в таємниці інформації, яка повідомляється клієнтом і анонімність відвідування їм терапевта для сторонніх осіб. Слід зазначити, що навіть наразі ініціювання звернення за допомогою до психотерапевта батьками, інформація навіть для батьків остається конфіденційною, зміст роботи для них не розкривається.

2. Відповідальність і дотримання професійних меж. Психотерапевт відповідає за власну професійну компетентність, організацію, процес психотерапії, а клієнт стає відповідальним за її результат.

3. Клієнт повинен сприйматися психотерапевтом таким, яким він є. Тільки в такому випадку він буде здатним прийняти сам себе. Терапевт не може насаджувати клієнтові свої думки, особисті уявлення про світ про шляхи вирішення його проблем.

Розглянемо найбільш поширені форми психотерапії, які є найбільш ефективними наразі проти насильства в сім'ї.

Одним із загально прийнятих методик наразі насильства в сім'ї є сімейна психотерапія – це форма терапії, яка спрямована на зниження стресу, конфліктів за рахунок поліпшення відносин між членами родини. Сімейна психотерапія короткострокова за часом. Під час проведення психотерапії можуть брати участь всі члени сім'ї, або тільки ті, хто може, бажає брати участь. План лікування залежить від ситуації, яка конкретно визвала проблему. Під час сеансів сімейної психотерапії поглиблюються сімейні зв'язки, надається допомога у налагодженні стосунків в сім'ї, вирішенні

конфліктів, допомога у стресових ситуаціях. Курс сімейної терапії зазвичай є корисним в розвитку і підтримці здорових кордонів своєї особистості, створенні сприятливого сімейного мікроклімату, підтримці згуртованість та спілкування між членами родини. За рахунок проведення сімейної психотерапії можливо вирішити проблем у родинях шляхом розуміння сімейних моделей та динаміки їх розвитку. Під час проведення психотерапії розвиваються навички емпатії, значно зменшується кількість конфліктів [1].

Сімейна психотерапія може допомогти поліпшити проблемні відносини з будь-якими членами сім'ї. Під час такого роду терапії можливо звернутися до конкретних питань, наприклад: сімейні проблеми, конфлікти між батьками та дітьми, проблеми у школі, порушення харчової поведінки у будь-кого з членів родини, при серйозних змінах, які вплинули на всю сім'ю (наприклад: переїзд на нове місце проживання, втрата члена сім'ї), пристосування до нового члена сім'ї (наприклад: народження брата або сестри, переїзд бабусі чи дідуся), насильство в сім'ї, розлучення, сімейний конфлікт. Проведені сеанси сімейної психотерапії можуть допомагати навіть після закінчення лікування

Сімейна терапія має велику ефективність у профілактиці та лікуванні різних емоційних та поведінкових проблем дитинства та юності. Під час проведення сімейної психотерапії допомога надається членам сім'ї в використанні власних можливостей для підтримки один одного в різноманітних ситуаціях стресу. Системний підхід при сімейній психотерапії сприяє зміцненню згуртованості, стійкості, довіри, співпраці, що лежать в основі здорових стосунків. Протягом свого існування сім'я проходить через ланку природні криз розвитку, це може бути: створення нової сім'ї, відділення від сім'ї в процесі взросління, вагітність матері, народження нового члена сім'ї в батьківській родині, вступ дитини в дитячий садок, пізніше в школу, підлітковий період, закінчення школи і вибір свого шляху, розрив з батьками, догляд за батьками, вихід на пенсію. Саме на цих етапах

йде багатопланова перестройка життєвого укладу, виникають ситуації при яких сім'я виявляється нездатною вирішувати нові проблеми, це викликає необхідність ускладнювати пристосувальні реакції.

Функції сім'ї виконуються за допомогою певних структур сімейних ролей, систем і кордонів між ними. Структура сімейних ролей наказує порядок міжособистистних відносин, встановлюються певні стандарти взаємодії, які визначають з ким і як взаємодіяти. У сім'ях з нормальними стосунками структура сімейних ролей цілісна, гнучка з певною динамікою завжди носить альтернативний характер. При неможливості задоволення потреб в межах сформованої структури, члени сім'ї шукають альтернативні варіанти сімейних ролей. Сімейні ролі надають психотравмуючі вплив на членів сім'ї являються патологізуючими [6]. При першій сесії психотерапевт, вислухавши членів сім'ї, висуває ряд гіпотез про парадоксальність взаємин в сім'ї, це призводить до формування у одного з її членів симптомів хвороби. Учасників психотерапії опитують по колу, що відчувають члени сім'ї при сварках. Психотерапевт повинен зберігати суто нейтральну позицію по відношенню до всіх членів сім'ї. Симптоматика пацієнта розглядається як варіант до пристосування, а завданням психотерапевта є пошук шляхів адаптації для пацієнта [1, 2].

Взагалі в сімейній психотерапії можна виділити наступні етапи:

1. З'єднання психотерапевта з сім'єю, приєднання його до пропонованої нею структури:

- 1) встановлення дистанції, яка буде конструктивною для членів сім'ї;
- 2) прийоми направлені на аналіз відображення пози, міміки і жестів учасників психотерапії;
- 3) підключення по просодичних характеристик мови заявника проблеми;
- 4) використання психотерапевтом в своїй промові близьких за предиктором репрезентативної системи заявника;

5) відстеження відповідності рухів учасників психотерапії з метою верифікації відповідності слів з запропонованої проблеми переживанням;

б) збереження сімейної структури сімейних ролей, яку демонструють психотерапевту.

2. Формування терапевтичного запиту:

1) ініціатор звернення наголошує психотерапевту на запит про проблему і її вирішення. Такі формулювання дають можливість ініціатору дистанціюватися від будь якого почуття провини та мінімізувати свою відповідальність за те, що відбувається в родині, перенести її на іншого члена і психотерапевта;

2) прийоми метамоделювання і метафор допомагають перевести запит з поверхневого, маніпулятивного рівня на рівень усвідомлення;

3) дослідження членами сім'ї себе як неефективних батьків сприяє усвідомленню своєї неефективності як подружжя;

4) з формулюванням запиту психотерапевт досліджує ресурси членів сім'ї і їх як системи і на етапі формування терапевтичного запиту важливим є дослідження цілей, які поставлені кожним членом сім'ї і яких хочуть досягти в процесі психотерапії. Це момент переведення психотерапевта з площини минулого в площину теперішнього. звернення в минуле проводиться для виявлення ресурсних станів членів сім'ї. Формулюються цілей кожного члена сім'ї призводить до формування сім'ї як єдиного, цілісного організму.

3. Реконструкція сімейних відносин:

1) робота психотерапевта направлена на встановленні меж між підсистемами. Поділ подружнього та батьківської контексту в процесі проведення психотерапії має вплив на підвищення їх ефективності, компетентності як подружжя і батьків;

2) в терапевтичному процесі на всьому протязі присутній баланс в дослідженні негативного і позитивного досвіду, зворотний зв'язок від всіх членів, сімейна психодрама.

4. Завершення психотерапії і від'єднання:

- 1) дзвінком до завершення психотерапії є досягнення сформульованої мети;
- 2) дотримання тимчасового контакту;
- 3) створення членами сім'ї макет свого майбутнього, (членам сім'ї пропонується уявити себе в ряді ситуацій в майбутньому). При обговоренні визначається найбільш ефективний спосіб використання ресурсних станів.

Ще один метод, який використовується в роботі і є ефективним з жертвами насильства, особливо з дітьми – арт-терапія. Суть методу полягає в тому, щоб за допомогою засобів мистецтва досягти відреагування негативних емоцій. Такий спосіб є для певних категорій клієнтів більш безпечним і продуктивним, адже вони надто глибокого травмовані для того, щоб швидко подолати механізми психологічного захисту і обговорювати власні проблеми. В якості завдань арт-терапії використовуються сюжетні колажі, малюнки, міні-скульптури або самовираження за допомогою інших технік. Такий метод може бути як самостійним, так і додатковим. При проведенні арт-терапії розвиваються зміни свідомих і несвідомих сторін психіки особистості при допомозі різних форм та видів мистецтва. За допомогою використання малювання, ліплення арт-терапевти пізнають людину і уникають при цьому її внутрішньої цензури, тобто послаблюється контроль свідомості над несвідомими потягами, які і є причинами тих чи інших проблем. При проведенні арт-терапії в центрі уваги є не продукт творчості клієнта, а особа автора з його особистісними якостями, яка є унікальною, досліджуються процеси взаємодії особи з продуктом творчості. Метою арт-терапії завжди є гармонізація розвитку особистості за допомогою здатності до самовираження і самопізнання. Арт-терапія використовується для дослідження та вирішення індивідуальних, чи родинних проблем. В ній забороняються порівняльні, оцінювальні думки, висновки, критика, покарання. Це дозволяє клієнтові не відчувати незручності, сорому, образи в процесі порівняння з іншими, а також створює в терапевтичних стосунках атмосферу довіри і безпеки, арт-

терапія дає вихід конфліктам що всередині, сильним емоціям, допомагає пояснити витіснені переживання тощо. Вона може застосовуватися для різних вікових категорій людей від 6-ти років [3].

Завдання арт-терапії:

- забезпечити соціально прийнятний вихід негативним почуттям;
- полегшити процес терапії;
- отримати матеріал для подальшої інтерпретації та діагностичних висновків;
- опрацювати думки і почуття, які клієнт зазвичай подавляє, це є особливо актуально для сильних переживань і переконань, які підкріплені деякими механізмами психологічного захисту;
- зробити гарні стосунки між психологом і клієнтом за допомогою спільної участі у художній діяльності;
- розвинути почуття внутрішнього контролю;
- концентрувати увагу на тому що відчувається та почуттях;
- розвинути художні здібності й підвищити самооцінку.

Виділяють такі стратегії використання арт-терапії:

1. Використання в терапії творів мистецтва, які вже існують шляхом їх аналізу та інтерпретації клієнтом;
2. Спонування клієнтів до самостійності;
3. Поєднання першої і другої стратегії;
4. Творчість психолога спрямована на встановлення взаємодії з клієнтом.

Переваги та недоліки арт-терапії:

Переваги

- можливо застосування майже до всіх людей;
- можливість невербально спілкуватись
- сприяння зближенню терапевта і клієнта.

- змога обійти цензуру свідомості;
- можливість вільного самовираження і самопізнання.
- використання для динамічної оцінки стану, проведення досліджень і зіставлень;
 - сприяння формування активної життєвої позиції, упевненість у власних силах, автономності і особистих меж;
 - при проведенні арт-терапії мобілізується творчий потенціал людини, внутрішні механізми саморегуляції і зцілення;
 - відповідність очікуванням, установкам, традиціям клієнтів в Україні, оскільки їм більш характерна орієнтація на емоційно-образне переживання, а не на раціональне вирішення психологічних конфліктів.

Недоліком арт-терапії є те, що особистий характер виконуваної клієнтом роботи може посприяти розвитку в нього нарцистичних рис і призвести до самозанурення, а не до саморозкриття і налагодження контактів з іншими людьми.

Арт-терапія може бути в індивідуальній та груповій формах.

Індивідуальна форма може бути застосована в роботі з різними категоріями населення, також у сфері психіатрії: для осіб, до котрих не можна застосувати вербальну психотерапію; пацієнтів з психічними розладами невротичного характеру; аутистів, людей з вадами мови. Індивідуальний психотерапевтичний процес відбувається здебільшого на основі дослідження несвідомого на продуктах образотворчої діяльності. При цьому переважно застосовується недирективний характер роботи. Арт-терапевт діє гнучко, підлаштовується під індивідуальний ритм і стиль особливості діяльності клієнта, намагається діяти за динамікою його станів.

За допомогою групової арт-терапії ми зможемо:

- розвинути соціальні, комунікативні навички;
- арт- терапія в групі надає взаємну підтримку членам групи, вирішує загальні питання;

- дає можливість спостерігати за результатами своїх дій і їхнього впливу на інших; засвоювати нові ролі й виявляти приховані якості особистості;

- за допомогою групової арт-терапії підвищується самооцінка і зміцнюється ідентичність учасників. Групові форми арт-терапії ефективно використовуються в охороні здоров'я, освіті, соціальній сфері. В арт-терапевтичній групі передбачається тільки демократична атмосфера, яка пов'язана з рівністю прав, відповідальністю учасників, не великий ступінь їхньої залежності від арт-терапевта. При груповій формі роботи формується і зберігається групова ідентичність

До моделей арт-терапії відносять: психодинамічну, гуманістичну, сімейну (малюнки в парі), ігрову, клінічну, холістичну, трансперсональну, електичну моделі [8].

Структура проведення арт-терапевтичного заняття включає 6 послідовних етапів:

1. Налаштування на творчість, при якій проводиться підготовка учасників до спонтанної художньої діяльності та комунікації всередині групи за допомогою гри, рухових й танцювальних вправ, нескладних образотворчих прийомів;

2. Актуалізація відчуттів. На цьому етапі застосовують малюнок у поєднанні з елементами музичної й танцювальної терапії. Перевага мелодійним композиціям без тексту.

3. Індивідуальна образотворча діяльність –індивідуальна творчість для дослідження власних проблем і переживань.

4. Активізація вербальної і невербальної комунікації. Завдання цього етапу – створення умов для внутрішньогрупової комунікації. Кожен учасник має пропозицію до показу своєї роботи і розповіді про неї.

5. Колективна робота в малих групах. Учасники розробляють сюжет і роблять невеликі спектаклі. Переведення травматичних переживань у форму комікса приводить до звільнення від неприємних відчуттів та емоцій;

6. Рефлексивний етап відбувається в атмосфері суто емоційної теплоти, емпатії, турботи. Це допомагає учаснику арт-терапевтичної сесії успішно пережити ситуацію в тій чи іншій діяльності.

Тривалість арт-терапевтичних занять може має бути різною за часом проведення: від 12 занять до декількох років: до 12 занять вважається короткотерміновими, до одного року – середньотерміновими, декілька років – довготерміновими сеансами; а також позицією психотерапевта, яка буває директивною та недирективною. Недирективна детермінується як теоретичною орієнтацією психотерапевта, так і його особистісними характеристиками.(4)

Наступна ефективна методика психотерапії при насильстві це когнітивно поведінкова терапія (КПТ). КПТ допомагає навчитися по-іншому думати і реагувати на лякаючі події. Когнітивно-поведінкова терапія є активним видом психотерапії, допомагає нам краще подивитися на те, як ми мислимо, знайти і усвідомити неточні або негативні інтерпретації, оцінки різних ситуацій, і провести зміни в поведінці, щоб ми могли більш об'єктивно подивитися на складні ситуації і реагувати на них більш ефективно [5]. Використання даного методу при ситуації насильства в сім'ї може бути ефективним інструментом, який може допомогти кожному навчитися краще керувати стресовими ситуаціями.

Принципи КПТ [7]:

1. Принцип тут і зараз

Допомога сфокусована на нинішніх проблемах людини, ми гасимо пожежу, наше завдання зменшити страждання в теперішньому часі, але ми також і досліджуємо минуле, шукаємо вразливість і намагаємося зміцнити наш захист.

2. Орієнтованість на проблеми

Робота спрямована на вирішення проблем, тобто ми розставляємо пріоритети, ставимо цілі і розробляємо план терапії.

3. Емпіричний

Когнітивно-поведінкова терапія завжди досліджує свою ефективність, тому що ми повинні бути впевнені, що лікування дійсно працює, тому КПТ вважається науково-обґрунтованим методом допомоги.

4. Принцип співробітництва та активної участі

Людина проходить залучення в процес терапії, отримує необхідні знання та навички, щоб успішно справлятися з труднощами в своєму житті, бути сам собі терапевтом.

5. Принцип контініума

Вважається, що проблеми психічного здоров'я краще розглядати як крайній варіант норми, це відрізок по якому ми рухаємося протягом життя, від психічного благополуччя до певних труднощів. Статистика говорить про те, що кожна п'ята людина матиме та чи інша психічний розлад протягом життя.

6. Принцип інтегративної системи

Проблеми людини розглядаються як взаємодія між думками / емоціями / поведінкою і фізіологією і навколишнім середовищем в широкому сенсі слова, тобто соціальне, сімейне, фізичне і культурне середовище.

7. Когнітивний принцип

Наші думки про певну ситуації часто можуть впливати на те, як ми відчуваємо себе як фізично, так і емоційно, а також на те, як ми діємо у відповідь. Наприклад: Ситуація, людина спрямовує текст близького друга і хоча він типово відповідає відразу, пройшло багато годин без відповіді. Ось кілька прикладів. Одна людина думає: «З ним, напевно, сталося щось погане». Він може відчувати тривогу, серцебиття прискорюється, важче дихати, і починає дзвонити всім знайомим, прагнучи з'ясувати, що сталося. Інша людина думає: «Я йому вже не цікавий, я нудний чоловік» Тоді може з'явитися смуток, пригнічення і він перестає писати одному. Таким чином наші інтерпретації впливають на наш стан і на подальший розвиток ситуації.

8. Поведінковий принцип

Наші дії можуть сприяти підтримці проблем і навпаки. В останньому прикладі, змінивши поведінку, запитавши у одного, чому він так довго не відповідав, можна було б дізнатися, що у нього не було зв'язку, або те, що він був дуже зайнятий, замість того, щоб довіритися думку, що «Я нудна людина» і покинути спроби з'ясувати, і як наслідок це б змінило наш настрій і розвиток ситуації.

Наразі всі методи психотерапевтичного втручання при проблемах насильства повинні дозволяти відновити мікросоціальні умови в сім'ях і попереджати повторення домашнього насильства. Вирішення проблеми насильства можливе тільки при організації кропіткої роботи професіоналів-практиків, які дуже розуміють специфіку роботи з такими людьми та засвоєнню нових технологій і методів роботи.

Література.

1. Елизаров А.Н. Основы индивидуального и семейного консультирования. – М.: Осъ-89, 2007.
2. Малкина-Пых И.Г. Семейная терапия. – М.: Эксмо, 2005.
3. Вараксина А.В. Анализ программ коррекции страхов у младших школьников средствами арт-терапии // Молодой ученый. 2015. № 21. С. 700–703
4. Пеньковська Н. М. Основи психологічного консультування в методі позитивної психотерапії: навч. посіб. / Н. М. Пеньковська, Р. В. Шептицький. – Тернопіль: Крок, 2014. – 286 с.
5. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – 2е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 1024 с.
6. Соколова Е. Т. Психотерапия. Теория и практика / Елена Теодоровна Соколова. – М.: Академия, 2002. – 368 с.
7. Таланов В. Л. Справочник практического психолога / Виктор Львович Таланов, Ирина Германовна Малкина-Пых. – СПб.: Сова ; М. :ЭКМО, 2003. – 928 с.
8. Genetics of anxiety and trauma-related disorders / S.D. Norrholm, K.J. Ressler// Neuroscience. — 2009. —V. 164 (1). — P. 272-287.

5.3. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ З КРИВДНИКОМ

А.В.Шорніков

Особливості впливу на кривдника у значній мірі залежать від тих факторів, що обумовили формування насильницької поведінки: досвід батьківської сім'ї та тривала віктимізація.

Досвід батьківської сім'ї. Оскільки поведінка, стилі спілкування і реагування дорослих осіб в значній мірі залежать від поведінки, яку вони спостерігали в дитячому віці в власних батьківських родин, то дитина, яка була свідком насильства часто неусвідомлено вирішує, що така поведінка є нормальною. Особи, які в минулому страждали від сімейного насильства, іноді можуть виправдовувати його у власних родин, особливо при використанні насильства у якості інструменту отримання влади над іншими особами задля досягнення особистих цілей. Через це відбувається «трансфер» сімейного насильства від покоління до покоління.

Тривала віктимізація призводить до визнання жертвами насильства, що їхня модель насильницької поведінки є єдиною вірною. Тому вони використовують насильницьку поведінку повсякчасно, зокрема і в родині. Встановлено, що між поширеністю насильства в суспільстві та домашнім насильством існує прямий взаємозв'язок.

Загалом, ризик домашнього насильства зростає в сім'ях, що мають проблеми у стосунках [1]:

- подружні проблеми (незадоволеність статевим життям, відсутність емоційної підтримки тощо).
- особи, травматичним досвідом в дитинстві, схильні до насильства в дорослому житті у спілкуванні з іншими членами сім'ї та зі своїми дітьми;
- проблеми стосунків батьків та дітей: сім'ї, де батьки схильні до надмірних і розмитих вимог, до надмірного піклування та захисту щодо дітей;
- емоційна та/або фізична ізоляція родини: недостатнє вираженість, або відсутність соціальних контактів, соціальної підтримки;
- конфліктні або насильницькі стосунки між членами сім'ї: в сім'ях, де дорослі члени родини схильні вдаватись до насильства для

розв'язання конфліктних ситуацій між собою, вони схильні використовувати насилля і задля поневолення дітей.

- конфліктні, з використанням насильства стосунки в родині: у сім'ях, де дорослі особи, зазвичай вдаються до насильства, щоб вирішити конфліктні ситуації між собою, вони, як правило, використовують насильство стосовно своїх дітей.

- багатодітні та неповні сім'ї мають більше передумов для переживання стресу (важче матеріальне становище, відсутність вільного часу для спілкування тощо).

Для осіб, які вчинили насильство в сім'ї, є характерними наступні фактори:

1. Мінімізація. Кривдник намагається мінімізувати, ігнорувати реальність насильства, його повторення, частоту, тяжкість, наслідки; заперечує факти насильства, стверджує, що нічого не сталося.

2. Відмова від відповідальності. Винуватці домашнього насильства часто добре розрізняють щодо кого вони проявляють насильницьку поведінку і до якого рівня можуть бути жорстокими, вибираючи жертв, які поступаються йому за силою (як фізичною, так і психологічною).

3. Почуття права на контроль ("право людини"). Кривдник виправдовує свою поведінку тим, що право та обов'язок чоловіка – контролювати всіх. Ось чому він вважає, що змушений бути жорстким і має право вибирати ті методи та форми контролю, які є ефективними, виходячи з його попереднього досвіду.

Будь-яка програма по роботі з кривдниками має бути побудована на засадах комплексності та включати наступні блоки:

1. Діагностичний
2. Мотиваційне консультування
3. Індивідуальна робота
4. Групова робота

На першому етапі використовуючи психодіагностичні методики формується розуміння причин насильницьких проявів, агресивної поведінки кривдника. Також на цьому етапі мають діагностуватися (за наявності) психічні розлади у кривдника. Залежно від реєстру діагностованих розладів надається подальша допомога у відповідності до чинних протоколів діагностики та лікування психічних розладів.

До мотиваційної бесіди переходять лише ті особи, яким не потрібне активне лікування психічних розладів, зокрема через психотичні розлади чи психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин. Мотиваційне консультування спрямоване на визначення рівня мотивації для участі у груповій роботі в межах програми, формування або підвищення мотивації для зміни насильницької, агресивної поведінки.

Базовими принципами проведення мотиваційної бесіди є:

- Беззастережне прийняття учасника і тих переконань, які в ньому сформовані на даний момент.
- Встановлення зворотного зв'язку з учасником, яка допоможе взаємопорозумінню.
- Допомога в аналізі альтернативних рішень без моралізаторства і нав'язування власних позицій.
- Заохочення учасника думати і міркувати.
- Повага права вибору учасника.

Нагадаємо, що основними прийомами проведення мотиваційної бесіди є:

1. Відкриті запитання
2. Заохочення та підтримка
3. Активне слухання
4. Віддзеркалення емоцій і почуттів
5. Підсумовування та узагальнення

Основна мета програм по роботі з кривдниками – надання психологічної допомоги особам (часто чоловікам), схильним до агресивної

поведінки, з метою подолання агресивного стилю спілкування і в формування навичок партнерства в соціальному середовищі.

Завдання програм по роботі з кривдниками є навчити клієнта:

- ✓ виявляти в собі і долати стан психічного стресу;
- ✓ відчувати межі власної особистості та будувати стосунки з урахуванням визнання меж власної особистості та членів родини;
- ✓ конструктивно вирішувати конфлікти;
- ✓ навичкам партнерства;
- ✓ оцінювати негативні думки з урахуванням їх реалізму і змінювати їх на конструктивні, які повніше відображають дійсність і не викликають тривоги, гніву, страху тощо.

Також програма дозволяє надати психологічну підтримку: в набутті навичок не приховувати свої проблеми від близьких осіб і ефективно користуватися підтримкою оточуючих; в подоланні невпевненості в собі і страхів, які приводять до агресивності; в подоланні сорому за власну невірноваженість.

З метою уникнення маніпуляцій з боку учасників програми по роботі з кривдниками, слід враховувати способи, завдяки яким особи уникають реальних почуттів:

- боятися приховувати свій страх, смуток, образу;
- бути переконаним, що почуття шкідливі та треба їх уникати.
- висловлювати тільки «правильні» почуття, намагаючись контролювати інші;
- вірити, що певні почуття є ознакою слабкості (чоловіки не плачуть, жінки не повинні гніватися);
- впадати в стан пригніченості (депресії) замість того, щоб діяти;
- діяти нерозважливо і стримувати свої почуття;
- дозволяти почуттям інших осіб контролювати їх думки, почуття і дії;
- захоплюватися розміркуваннями й аналізом аби лише уникнути будь-яких почуттів.

- звинувачувати близьких у своїх переживаннях («Ти звів мене з розуму»);
- надавати своїм почуттям більшого значення, ніж вони варті. («Якби я почав кричати, я ніколи не міг би зупинитися»);

В рамках індивідуальної, чи групової роботи з кривдниками заложено досягнення співпраці слід використовувати наступні стратегії:

- ✓ Використовувати описи поведінки. Це твердження, що описує видимий зразок поведінки іншої людини.
- ✓ Використовувати Я-заяви. Наприклад «Я злюся, коли ти ігноруєш прохання нашої доньки», «Я ображаюся, коли ти забуваєш попередити про...».
- ✓ Використовуйте прямий опис власних почуттів.
- ✓ Давати відповідь з розумінням – перефраз того, що сказав співрозмовник з додаванням власного стану.
- ✓ Не переривати висловлювання інших осіб. Дотримуйтесь рівності у всіх сферах, крім тих, де ви маєте великий досвід. Спробуйте подолати будь-які нерівності, поділившись зі своїм партнером усім, що ви знаєте про цю тему.
- ✓ Не робіть нічого, що Ви насправді не хочете робити («Ні, мені не хочеться це робити»).
- ✓ Не розмовляти зі своїм партнером і не давайте йому / їй поради, якщо він / вона про це не просить.
- ✓ Перевіряйте своє сприйняття почуттів партнера твердженням, яке, на вашу думку, відображає почуття іншої людини.
- ✓ Повідомляти про своє враження від поведінки іншої людини та її впливу на вас.
- ✓ Уникайте поведінки, яка зайво ставить вас у панівне становище.

Одне з важливих завдань допомоги кривдникам є усвідомлення ними і їх партнерами варіантів вчинків, до яких вдається агресор, задля керування поведінкою своїх партнерів [2]:

- ✓ Поганий вибір часу

- ✓ Загострення
- ✓ Примус
- ✓ Питання про причини
- ✓ Звинувачення
- ✓ Залучення високого статусу
- ✓ Навішування ярликів
- ✓ Втеча
- ✓ Уникнення відповідальності
- ✓ Розігрування ролі мученика
- ✓ Використання грошей

Література.

1. Забезпечення діяльності мобільних бригад соціально-психологічної допомоги як спеціалізованих служб підтримки постраждалих осіб від домашнього насильства. Методичний посібник. – К.: 30 березня 2020. – 190 с.

2. Комплексна Програма корекційної роботи з чоловіками, які вчиняють насильство або належать до групи ризику щодо його вчинення: інформаційно-методичні матеріали / за заг. ред. Бондаровської В. М., Журавель Т. В., Пилипас Ю. В. – К. : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. – 284 с.

5.4. ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

А.В.Шорніков

Незважаючи на певні успіхи у наданні соціальної, медичної та психологічної / психотерапевтичної допомоги жертвам домашнього насильства і насильства за ознакою статі, найбільш дієвими і актуальними мають бути профілактичні, зокрема психопрофілактичні заходи.

Психопрофілактика в цілому націлена на забезпечення психологічного здоров'я забезпечуючи попередження можливих відхилень і психологічних проблем.

До основних принципів психопрофілактики жертв насильства відносять комплексність, етапність та послідовність.

Традиційна класифікація психопрофілактичних заходів охоплює види (первинна, вторинна, третинна), рівні (індивідуальний, груповий, масовий) та сфери профілактики (професійна, навчальна, сімейна тощо).

Виділяють наступні види здійснення психопрофілактичних заходів:

Первинна психопрофілактика – це комплекс заходів, спрямованих на попередження шкідливих впливів на людську психіку і попередження психічних захворювань у психічно здорового населення. На цьому рівні система психопрофілактики полягає у вивченні витривалості психіки до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища і можливих шляхів збільшення цієї витривалості, а також у попередженні психогенних психічних захворювань. Первинна психопрофілактика тісно пов'язана з загальною профілактикою, передбачає комплексне участь в ній значного кола фахівців: соціологів, психологів, фізіологів, гігієністів, лікарів. Також тісний зв'язок первинної психопрофілактики щодо осіб які зазнали сімейного насильства має бути з системою профілактики цього насильства, яку реалізують відповідні уповноважені структури, зокрема органи соціального захисту населення, поліція, громадські організації тощо.

Методами первинної профілактики насильства є: інформація, приклад, переконання, навчання, робота в громаді, мікросередовищі, сім'ї. У первинній профілактиці доцільно використовувати технологію «рівний-рівному», критичне мислення.

Окреме значне місце у первинній психопрофілактиці посідає профілактика віктимності (віктимної поведінки), яка має на меті здобуття психологічної безпеки: автономність в процесі взаємодії з кривдником, підтримка самоцінності, формування навичок самостійного прийняття рішень в умовах загрози насильством.

В якості конкретних методів і способів психопрофілактичної роботи щодо осіб які зазнали сімейного насильства використовують консультації (індивідуальні і групові), спеціалізовані тренінги (зокрема тренінги асертивності), освітні програми та просвітницькі заходи (індивідуальні та групові); психосоціальний супровід постраждалих та потенційних жертв насильства (особлива увага має приділятися родинам, які опинилися у скрутних обставинах); інтелектуальний і емоційний впливи. Також широко використовуються ділові і рольові ігри, тематичні дискусії, перегляд спеціалізованих фільмів; ігрові методи і методи творчого самовираження; методи психопрофілактики і само профілактики. Важливим є раціональна організація праці, відпочинку, процесу життєдіяльності; вивчення віктимних особистостей особистості, методи формування адекватної поведінки в різних ситуаціях, а також соціально-психологічного імунітету до негативних внутрішніх і зовнішніх факторів, методи навчання, роботи з сім'єю, проведення моніторингу тощо.

Для вирішення проблеми домашнього насильства і підтримки жертв в рамках профілактичних заходів рекомендується міжвідомча інтеграція заходів правоохоронних органів (наприклад, охоронні судові приписи, арешт), соціальних послуг (наприклад, гарячих ліній, притулків), соціальних рухів і підвищення обізнаності [1].

Ефективними у первинній психопрофілактиці жорстокого поводження з дітьми виявляються психопрофілактичні програми з навчання батьків навичкам догляду за дитиною та її вихованням, які знижують рівень сімейного стресу і сприяють поліпшенню «сімейного клімату». Психопрофілактична робота з родинами повинна полягати в наступному:

- розвиток материнської компетентності, тобто її вміння задовольняти базові потреби дитини і стимуляції природної психічної активності, самостійності у вигляді зменшення надмірного симбіотичного зв'язку в діаді «мати-дитина» і посилення сепараційної функції в ранньому психогенезі;
- стимуляція природної допитливості дитини і свободи (пізнавальної і емоційної активності), з формуванням в самій дитині здатності до любові до навколишнього світу і формування феномена безпечної прихильності в ранньому віці. Це також формується «правильною» материнською поведінкою і сімейною атмосферою в цілому.

Вторинна психопрофілактика – це максимально раннє виявлення початкових фаз психічних захворювань і їх своєчасне (раннє) активне лікування. Таким чином основною метою вторинної психопрофілактики є надання психологічної та, за необхідності, психіатричної допомоги постраждалим від насильства. Також метою вторинної психопрофілактики є проведення корекції дезадаптивної поведінки і запобігання ревіктимізації жертви.

Вторинна профілактика застосовується до тих сімей, де зафіксовано жорстоке поводження з дітьми, членами сім'ї. Це цілеспрямована робота з окремими групами з метою зміни ставлення до поведінки, формування гуманного ставлення, з'ясування сутності та відповідальності за жорстоке поводження з дітьми. Вона передбачає своєчасну ідентифікацію таких осіб та надання їм психосоціальної підтримки та допомоги у таких напрямках: формування знань, життєвих навичок та навичок, необхідних для самозахисту від кривдників; надання інформації про організації, які допомагають жертвам насильства; зміна ставлення молодій людині до себе,

свого місця в суспільстві, усвідомлення цінності свого життя та своєї ролі в ньому, а батьків – до дитини як суб'єкта власного життя.

Важливим можливим заходом вторинної профілактики є проведення скринінгу на домашнє насильство серед пацієнтів клінік високого ризику, яке дозволяє виявити велику кількість людей, які піддавалися домашньому насильству в минулому або в даний час [2]. Наявність в лікарні незалежного консультанта по домашньому і сексуальному насильству збільшило кількість звернень за допомогою у разі домашнього насильства [2].

Стосовно вторинної психопрофілактики жорстокого поводження з дітьми слід зазначити, що всі втручання з метою профілактики в родинях, а також реабілітація цих сімей повинні бути спеціалізованими і включати в себе професійну психокорекційну роботу з сім'єю і дитиною, наприклад, з розвитку у дитини стійкості до стресу в батьківській родині і зміни виховних стратегій батьків. Переміщення дитини, постраждалої від жорстокого поводження, в патронатну родину має застосовуватися у виняткових випадках, коли очікувана шкода перебування у батьківській родині буде більшою, ніж переведення у спеціалізовані заклади.

Третинна психопрофілактика – це попередження рецидивів психічних захворювань і відновлення життєдіяльності людини. Також до третинної профілактики відносять реабілітаційні заходи, щодо осіб, який перенесли насильство.

Основними методами третинної профілактики насильства є: робота в конкретному випадку, роздуми над ситуацією та індивідуальним розвитком, переключення та перекваліфікація, створення навчальних ситуацій, показ перспективи, реконструкція характеру, заохочення, інформація, переконання, включення в різні види діяльності та середовищне спілкування.

Третинна профілактика проводиться з тими, хто постраждав від жорстокого ставлення, з метою навчання самозахисту; з тими, хто здійснює таку поведінку – як соціальне навчання і контроль, що є умовою збереження сім'ї, залишення батьківських прав тощо).

Основні задачі третинної психопрофілактики щодо жертв домашнього насильства:

- корекція ризику суїциду;
- корекція тривожності, рівня домагань, мотивації;
- відновлення порушених психічних функцій і процесів;
- відновлення і нормалізація відносин в середовищі в цілому і в родині

зокрема.

Для попередження втрати працездатності при психічних захворюваннях та/або професійних чи особистісних кризах використовують:

- професійну реабілітацію – пошук нових ресурсів у професійній діяльності, можливостей професійного зростання або в ряді випадків про можливу зміну професії;

- соціальну адаптацію – створення максимально сприятливих умов для хворої людини при його поверненні в звичну навколишнє середовище;

- пошук шляхів для самоактуалізації особистості – усвідомлення особистістю власних можливостей для поповнення ресурсів зростання і розвитку.

Виділяють наступні форми психопрофілактичної роботи щодо попередження родинного насильства:

- організація соціального середовища
- інформування.
- активне соціальне навчання соціально-важливих навичок.
- організація діяльності, альтернативної залежного поведінки.
- організація здорового способу життя.
- активізація особистісних ресурсів.
- мінімізація негативних наслідків віктимної поведінки.

Етапи психопрофілактичної діяльності:

1. Діагностичний: діагностика індивідуальних якостей особистості, що впливають на формування віктимної поведінки;

2. Інформаційно-освітній: розширення компетенції в наступних областях:

- актуальна проблема поведінки жертви.
- комунікаційні технології, управління конфліктами;
- культура міжособистісних відносин;
- психосексуальний розвиток;
- способи подолання стресових ситуацій;

3. Корекційно-розвивальний етап.

Профілактична робота може бути щодо жертв насильства може бути реалізована як в індивідуальній так і в груповій формах. У разі використання групових форм перевага віддається тренінгам особистісного росту. Рамках тренінгів необхідно здійснювати психокорекцію певних особливостей особистості і корекцію поведінки, з необхідним формуванням навичок роботи над собою. Можуть бути використані тренінги, спрямовані на корекцію і розвиток навичок спілкування, подолання стресових ситуацій тощо. З огляду на поширеність і тяжкість ПТСР в результаті сімейного насильства, службам охорони здоров'я необхідно розробити і впровадити конкретні профілактичні заходи втручання при психічних травмах, пов'язаних з сімейним насильством.

Навчання неспеціалізованого допоміжного персоналу в закладах по наданню допомоги постраждалим від сімейного насильства психологічними навичками для підтримки постраждалих є важливим шлях для поліпшення психічного здоров'я осіб, що пережили насильство. Більш того, особливо в умовах обмежених ресурсів, підвищення кваліфікації неспеціалізованого і немедицинського персоналу для надання психологічної підтримки жінкам, які пережили сімейне насильство, може допомогти залучити більш широкі групи населення до надання послуг.

В період пандемії під час реалізації заходів соціальної ізоляції слід широко з профілактичною метою використовувати соціальні мережі як для

підвищення обізнаності громадськості та обміну передовим досвідом, так і для надання підтримки постраждалим.

Література

1. Gulati G, Kelly BD. Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry? *Int J Law Psychiatry*. 2020 Jul;71:101594. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101594
2. Warren-Gash, C., Bartley, A., Bayly, J., Dutey-Magni, P., Edwards, S., Madge, S., Miller, C., Nicholas, R., Radhakrishnan, S., Sathia, L., Swarbrick, H., Blaikie, D., & Rodger, A. (2016). Outcomes of domestic violence screening at an acute London trust: are there missed opportunities for intervention?. *BMJ open*, 6(1), e009069. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009069>

РОЗДІЛ 6. ВПЛИВ КАРАНТИНУ ВНАСЛІДОК ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА РІВЕНЬ ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА

В.В.Огоренко

І нарешті, не можливо не звернути увагу на те, що у значній кількості країн карантин з приводу пандемії COVID-19 призвів до спалаху домашнього насильства (рис. 2): агресори і жертви стали проводити більше часу разом, в умовах обмеженого простору, до того ж і економічна криза призвела до посилення психологічні проблеми. Це було пов'язано з двома основними факторами: із загальною напруженістю, викликаній тривалим карантинном, і фінансовими проблемами, з якими зіткнулися зараз багато сімей. Наприклад, у Китаї зафіксовано зростання кількості звернень з приводу домашнього насильства в три рази, а кількість розлучень збільшилась на 25 %. В Туреччині кількість звернень з приводу сімейного насильства зросла в два рази, у Тунісі – в п'ять разів, у Гренландії (Данія) зареєстрували зростання кількості випадків насильства над дітьми пов'язане з вживанням алкоголю, через що влада заборонили продаж алкогольних напоїв. У Австралії було відмічено збільшення запитів про допомогу в Google на 75 %, у Ізраїлі наповненість шелтерів (притулків) сягала більш, ніж 90 %. І це – тільки деякі цифри, які далеко не відбивають масштабів проблеми.

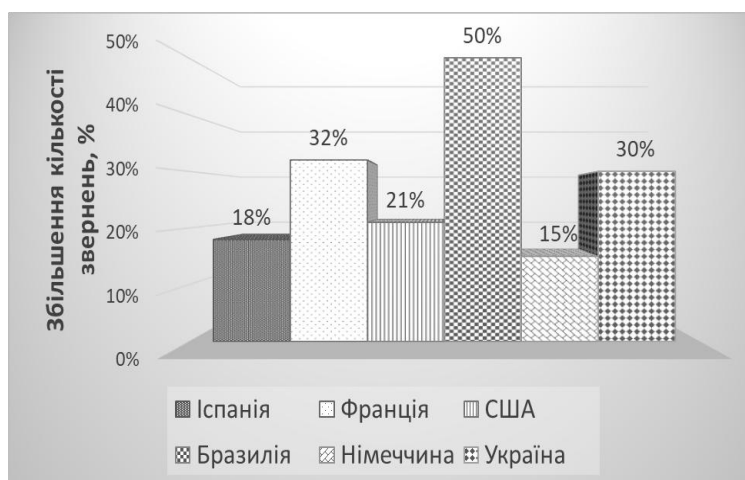


Рис. 2. Графічне відображення збільшення звернень з приводу домашнього насильства за період карантину

Про ситуацію з падінням числа дзвінків повідомляла англійська благодійний центр My Sister's Place з Мідлсбро. За словами британських правозахисників, багато жертв думали, що під час карантину шелтери і групи допомоги не працюють, що ще більше підсилювало психологічний тиск. Про падіння числа звернень говорила і поліція Уельсу, яка нагадувала, що в Великобританії можна здійснювати «німі дзвінки» за номером 999 і покашляти в трубку або набрати додатковий код 55 – оператори повідомляють про такі дзвінки в поліцію.

Інша ситуація в Іспанії, де державна гаряча лінія допомоги жертвам домашнього насильства повідомила про зростання звернень на 18%. Іспанське міністерство з питань рівності розробило план на час карантину, в рамках якого забезпечувалась безперебійна робота гарячих ліній і сервісів допомоги жертвам, а також запустило рекламну кампанію, що закликає повідомляти про випадки насильства на гарячі лінії через мобільний додаток виклику поліції ALERTCOPS або через спеціальні чати в WhatsApp.

Про значне зростання звернень до поліції в зв'язку з домашньому насильством повідомляв і французький уряд – на 36% в Парижі і 32% за його межами. Під час карантину у Франції було дозволено залишати будинок тільки для відвідування магазину чи аптеки, тому французьке міністерство рівності вирішило відкрити близько 20 центрів допомоги в магазинах по всій країні, щоб жінки могли звернутися туди під час походу за продуктами. Крім того, уряд виділив понад мільйон євро для допомоги організаціям, які займалися допомогою жертвам насильства, виділив кошти на оплату 20 тисяч ночей в готелях, щоб жінки змогли ізолюватися від аб'юзеров на час карантину.

Слідом за Канарськими островами у Франції застосовували і систему кодових слів – в аптеці можна було звернутися до фармацевта з фразою «маска 19», щоб подати сигнал про допомогу. Крім того, доставщиків і водіїв просять повідомляти в поліцію, якщо вони помітять ознаки домашнього насильства.

У США в деяких штатах шелтери виявилися закриті на карантин - в результаті, наприклад, шелтер Harbor House у Флориді став отримувати дзвінки з Джорджії і Північної Кароліни. На 21% зросло число звернень до поліції Сіетлу. Влада Австралії виділили близько 140 мільйонів австралійських доларів на боротьбу з домашнім насильством на тлі значного зростання числа звернень. Прем'єр Скотт Моррісон повідомив, що після оголошення карантину і припинення роботи багатьох організацій на 75% зросла кількість запитів в Google про допомогу при домашньому насильстві. При цьому австралійські шелтери, що спеціалізуються на допомозі жінкам-мігрантам, говорили про практично повне припинення звернень. Правозахисниця Ронда Камберленд повідомляла, що жінки з інших країн виявлялися під замком, не маючи ніякого зв'язку із зовнішнім світом, багато хто не бачив ніякої можливості отримати допомогу.

Щонайменше 18 жінок загинули в Туреччині з початку пандемії від рук своїх близьких, значно зросла кількість дзвінків на гарячі лінії – в основному з повідомленнями про фізичне насильство. Телефони поліції були перевантажені у зв'язку з зараженнями, і жінкам стає важко додзвонитися до екстрених служб. Правозахисниця Гюльсум Кав розповідає, що турецькі шелтери не приймали жінок без негативного тесту на коронавірус, тому жертвам доводилося звертатися до лікарень за тестами і підлягає чекати своєї черги. Ліванські Сили внутрішньої безпеки повідомили про зростання випадків домашнього насильства в країні, в основному його жертвами ставали жінки і дівчата. Ситуація була загострена і в Бразилії. "Кількість звернень збільшилася на 40-50%, і це при тому, що і раніше цифри були дуже високі", – повідомляла в інтерв'ю каналу Globo суддя з Ріо-де-Жанейро Адріана Мелло, яка спеціалізується на справах, пов'язаних з домашнім насильством. На тлі пандемії коронавірусної інфекції в Німеччині спостерігалось зростання сімейного насильства. Про це повідомляло агентство DPA з посиланням на офіційного представника міністра у справах сім'ї, жінок і молоді ФРН Франціски Гіффай (Franziska Giffey).

Стосовно ситуації в Україні, Домініка Стояноска, керівниця Офісу ООН Жінки в Україні, повідомила, що «кількість дзвінків на гарячу лінію щодо запобігання домашнього насильства з початку карантину зросла на 30%». За її словами, «під час вимушеної ізоляції жінки страждають і від домашнього насильства, і від нерівномірного поділу праці». Опитування соціологічної групи «Рейтинг» показав, що під час ізоляції жінки виконували більше домашньої роботи, а чоловіки більше часу витрачали на сон, алкоголь, секс і спорт.

Під час свого виступу на круглому столі “Чому ратифікація Стамбульської конвенції важлива для України?”, який пройшов 14.05.2021 року, генпрокурор України Ірина Венедіктова повідомила, що «в Україні щороку зростає кількість справ про домашнє насильство. У поточному році зареєстровано понад тисячу проваджень за фактами домашнього насильства».

“У першому кварталі 2021 року зареєстровано фактично таку ж кількість злочинів, яка була зареєстрована за весь 2018 рік, тобто більш як 1 тисячу злочинів. Люди звертаються”, – сказала вона.

За словами генпрокурора, щороку кількість звернень потерпілих від домашнього насильства збільшується, оскільки все більше людей вирішують не замовчувати цю проблему. Зокрема, у 2018 році з заявами звернулися 1,5 тис. осіб, у 2019 році – уже більше 2,5 тис., у 2020 році – біля 4 тис. , а у першому кварталі поточного року – 1 тис. 220 осіб. До категорії домашнього насильства нерідко потрапляють і умисні вбивства. Так, у 2018-2019 роках було скоєно 80 умисних убивств в галузі домашнього насильства, уточнила генпрокурор.

Ратифікація Стамбульської конвенції дасть змогу захистити українських жінок, які стають жертвами домашнього насильства, не тільки в Україні, а й за кордоном, заявила віцепрем'єр-міністр з питань європейської та євроатлантичної інтеграції Ольга Стефанішина у виступі на круглому столі. "Я як юрист вважаю, що ратифікація Стамбульської конвенції важлива

тому, що ми в першу чергу надаємо можливість захистити українських жінок, які стають жертвами домашнього насильства за кордоном. Ратифікована конвенція дає змогу постраждалим додатково посилатися на її норми при розгляді справ та провадженнь у судах та інших інстанціях не лише на території України, а й далеко за її межами. Найважливіше – ратифікація конвенції дає можливість захистити наших громадян, які навіть не знають, що в них, можливо, є такі інструменти захисту", – сказала Стефанішина.

Водночас вона звернула увагу на відсутність практики збору даних щодо громадян, постраждалих від гендерно обумовленого насильства за кордоном, а відтак ми не можемо гарантувати безпеку наших громадян, як мінімум, у тих країнах, які вже є учасниками Стамбульської конвенції.

"Така інформація має збиратися, вона має накопичуватися, і ми не маємо права обмежувати наших громадян у доступі до додаткових інструментів і ресурсів захисту їхніх прав та свобод, особливо, коли вони перебувають за кордоном", – вважає віцепрем'єр. У цьому контексті вона висловила переконання, що ратифікація Стамбульської конвенції потрібна "вже зараз", бо сама її ідея і політика полягає в тому, що держави-учасниці криміналізують передбачені нею діяння і встановлюють за них відповідальність.

Протягом 2020 року суб'єктами взаємодії зафіксовано 211 362 звернення з приводу домашнього насильства, що на 61,9 % більше, у порівнянні з аналогічним періодом минулого року (130514 звернень), з них:

- від дітей надійшло 2765 звернень, (1,3% від загальної кількості);
- від жінок – 180921 звернення, (85,6%);
- від чоловіків – 27676 (13,1%).

Зафіксовано 262 звернення щодо вчинення домашнього насильства стосовно осіб з особливими потребами.

ВООЗ висловила серйозну стурбованість щодо зростання кількості випадків сімейного насильства в країнах Європейського регіону (в середньому на 30%). На брифінгу для преси доктор Hans Kluge, директор

Європейського регіонального бюро ВООЗ, наголосив, що будь-який прояв насильства неприпустимий і звернувся до урядів, місцевих влад та населення із закликом, що містив вимоги до влад країн щодо забезпечення допомоги і підтримки постраждалим, до небайдужості до проблем усіх членів суспільства, а також до самих постраждалих із закликом звертатися за допомогою. Жертвами жорстокого поводження стають не тільки жінки, а й чоловіки, діти і люди похилого віку. Повідомлення про такі випадки надходять з багатьох країн Європейського регіону ВООЗ, включаючи Бельгію, Болгарію, Великобританію, Іспанію, Ірландію, Російську Федерацію і Францію. В особливо важкому становищі перебувають жінки похилого віку, люди з інвалідністю, а також біженці і вимушені переселенці. «Наш обов'язок – захистити їх», – підкреслив д-р Клюге. У багатьох країнах творчо підходять до виконання цього завдання.

Таким чином, доводиться фіксувати, що у вирішенні проблем домашнього насильства, незважаючи на її вивченість та надзвичайну актуальність, донині відсутні єдині теоретичних та методологічні підходи. Варто зазначити, що в превенції та вчасному реагуванні на випадки сімейного насильства мають бути задіяні фахівці різних сфер: освіти, соціальних служб, охорони здоров'я, поліції, засоби масової інформації тощо. Домашнє насильство, як нагальна загальносвітова проблема, вимагає від усіх зацікавлених служб скоординованих дій по розробці і втіленню превентивних програм. Ці програми мають обов'язково включати освітні заходи, раннє виявлення жертв домашнього насильства. Також важливим завданням є розробка і впровадження комплексних лікувально-профілактичних та реабілітаційних програм для постраждалих від домашнього насильства.

Література.

(Офіційний сайт ВООЗ, квітень 2020. Off.Tw.account of Secretary-General of the@UN AG, may 2020)

«Пандемия внутри пандемии». Как карантин в Украине влияет на домашнее насилие 24 апреля, 2020 12:48

РОЗДІЛ 7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО СВОЄЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА ТА КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ, НАПРАВЛЕНИХ НА ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЮ

А.В.Шорніков

Державний інститут сімейної та молодіжної політики за даними Міністерства соціальної політики України [1] у щорічній державній доповіді про становище дітей в Україні за 2019 рік повідомляє, що уповноваженими органами і установами, які здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, зафіксовано 130514 звернень з приводу домашнього насильства, що на 15% більше ніж у 2018 р. (110 687 звернень), з них від дітей надійшло 1055 звернень. Загалом у 2019 році службами у справах дітей взято на облік більше двох тисяч дітей, які постраждали від жорстокого поводження: 813 – від фізичного насильства; 98 – від сексуального; 1162 – від психологічного; 19 – від економічного; 21 – від залучення до порнографії; 7 – від торгівлі людьми та 2 дітей стали свідками насильства в сім'ї.

Весь необхідний комплекс соціальних послуг діти, які постраждали від жорстокого поводження, мають можливість отримати у центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання. На обліку в цих центрах у 2019 році знаходилося 11328 родин, які перебувають у складних життєвих обставинах, у яких виховується 2201 дитина.

За 2019 рік до органи поліції зареєстрували 141814 заяв і повідомлень про домашнє насильством. Особисто діти подали 1881 заяву. Органи поліції по різному кваліфікували подані заяви і виявлені злочини. Частіше виявляли адміністративні правопорушення, зокрема 2773 – за вчинення сімейного насильства чи насильства за ознакою статі, або невиконання термінового заборонного припису, також від кримінальних правопорушень, пов'язаних з домашнім насильством, потерпіло 111 дітей.

Станом на 2020 рік в нашій країні сформована потужна мережа залдаів і установ, які надають соціальні послуги особами, зокрма дітям, які постраждали від різних видів насильства: 21 центр соціально-психологічної допомоги; 23 притулки (шелтери) для осіб, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі; комплексну допомогу надають 339 мобільних бригад соціально-психологічної допомоги; 7 спеціалізованих центрів медико-соціальної, зокрма і психологічної, реабілітації постраждалих осіб; та більше 140 «гарячих ліній».

З 2020 року для оптимізації роботи зі зверненнями осіб які постраждали від домашнього насильства прийом цих звернень здійснюєДУ «Урядовий контактний центр» цілодобово за номером **15-47**. За цим номером постраждали, або особи які піддавалися загрози вчинення насильства можуть отримати інформаційні, психологічні та юридичні консультації від кваліфікованих і спеціально підготованих фахівців.

Наразі в Україні функціонує мережа спеціалізованих закладів (соціальні центри матері та дитини, центри соціально-психологічної допомоги, притулків для осіб, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі) де жертви сімейного насильства можуть отримати соціальні послуги (у тому числі в умовах стаціонару). Соціальна підтримка родин, які опинилися у складних життєвих обставинах надаєть фахівцями мережі центрів соціальних служб.

У значній кількості випадків лише соціальної допоомги постраждалим від насильства бува недостатньо. Для негайного припинення впливу кривдника на жертву проваджені спеціальні заходи з попередження домашнього насильства, які регламентуються Законом України «Про запобігання та протидію домашньому насильству». Наразі визначено 4 варіанти спеціальних заходів з попередження насильства [2]:

1. Терміновий заборонний припис стосовно кривдника.
2. Обмежувальний припис стосовно кривдника..

3. Взяття на профілактичний облік кривдників та проведення з ними профілактичної роботи.

4. Направлення кривдника на проходження програми для кривдників.

Найбільш оптимальним варіантом надання допомоги постраждалим від домашнього насильства є мультидисциплінарне ведення випадку, зокрема і мобільними бригадами. Це сучасний підхід до соціальної роботи включає активний пошук клієнтів та їхнє мотивування на зміну поведінки.

Зміст діяльності фахівців бригад (мінімально необхідний обсяг послуг) щодо постраждалих від домашнього насильства:

- визначення психологічного стану
- визначення ризиків продовження чи повторного вчинення насильства.
- екстрене втручання задля усунення наслідків насильства
 - виклик екстреної медичної допомоги,
 - виклик поліції,
 - направлення та/або транспортування до спеціалізованих закладів, які надають медико-соціальну допомогу постраждалим від домашнього насильства.

Відповідно до Державного стандарту соціальної послуги кризового та екстреного втручання (Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.07.2016 № 716) виділяють три основні види (виходячи з особливостей кризової ситуації у особи, що звернулася):

- телефонне консультування (найбільш оптимально – «гаряча лінія»);
- екстрена допомога;
- короткочасна кризова допомога;
- кризове консультування:
 - разове (час проведення – до 1 години), використовується, якщо інші види втручань неможливо провести;

- короткотермінове (3-4 сесії по 60 хвилин);
- середньотривале (10-15 сесій по 60 хвилин);
- тривале (тривалість до 1 року і більше) включає проведення психотерапевтичних втручань спеціально підготовленим фахівцем.

Основні завдання мультидисциплінарної бригади при наданні допомоги постраждалим від домашнього насильства:

I. Психологічна допомога жертвам насильства, згідно з виявленими потребами.

II. Допомога у створення плану заходів стосовно організації безпеки.

III. Надання консультацій щодо протидії сімейному насиллю. Для виконання цієї задачі можливо залучення фахівців інших закладів і установ, відповідної компетенції.

IV. Інформування про лікувально-профілактичні заклади, які надають допомогу жертвам сексуального насильства у профілактиці інфікування ВІЛ і інших інфекцій, небажаної і незапланованої вагітності (пост-контактна профілактика) (за потреби).

V. Підтримка постраждалих від домашнього насильства осіб соціально-реабілітаційними заходами.

VI. Допомога постраждалим від домашнього насильства постраждалим особам в організації отримання медичних, соціальних, психологічних, правових та інших послуг. Організується шляхом направлення осіб, які потребують певні види допомоги до відповідних служб підтримки постраждалих осіб.

VII. Інформування кривдника щодо навічних можливостей профілактики майбутнього насилля шляхом участі спеціалізованих добровільних програмах для кривдників.

Основні принципи організації надання постраждалим від домашнього насильства особам медичної допомоги включають безпечність (зокрема психологічна шляхом унеможливлення дискримінації), доступність, людиноцентричність, своєчасність, економічну ефективність і

результативність Постраждалим від домашнього насильства особам медична допомога надається на всіх рівнях надання медичної допомоги як амбулаторно, так і стаціонарно (за наявності показань та потреби).

Наказ МОЗ України №278 від 01.02.2019 “Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги” визначає, як відбувається медичне обстеження та надання медичної допомоги людям, які постраждали від насильства. Зазначений порядок зазначає типи поведінки, які вказують на домашнє насильство, а не тільки перелік клінічних симптомів. Якщо медичний працівник визначає у особи, яка звернулася за допомогою ознаки агресії, люті, схильність до руйнації, нищення, уповільнене мовлення, а стосовно дітей – порушення здатності до навчання, відсутність базових елементарних знань, необхідних для певного віку (без порушення інтелектуального розвитку), то це може вказувати на те, що людина піддається домашньому насиллю. «Поярядок проведення і документування...» зазначає необхідні дії медичних працівників у разі виявлення насильства [x]:

1) поясніть особі, що вона втрачає здоров'я. Опишіть шкоду та можливі наслідки для її здоров'я, якщо насильство триватиме;

2) запитайте, чи є у неї безпечне місце для проживання. Розкажіть їй про можливість влаштуватися до притулку для тимчасового перебування;

3) поясніть особі, що закони України захищають тих, хто страждає від домашнього насильства. Розкажіть, що вона може отримати захист у поліції, психологічну, юридичну, соціальну допомогу, направлення до притулку у центрі соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за місцем проживання;

4) порадьте особі пройти необхідне медичне обстеження, в тому числі тести на ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом;

5) у разі сексуального насильства порадьте пройти пост-контактну профілактику у СНІД-центрі. Поясніть, що профілактику треба розпочати

протягом перших 24 годин після ризикованого випадку, у крайньому разі – не пізніше 72 годин;

б) поінформуйте особу про судово-медичну експертизу. Розкажіть, що необхідно звернутися з паспортом до територіального відділу поліції або до районної прокуратури (без проведення гігієнічних процедур) для отримання відповідного направлення;

7) поясніть, що у випадку сексуального насильства (зґвалтування) особа може самостійно звернутися до судово-медичного експерта без паспорта. У такому разі судово-медичний експерт її сфотографує.

Згадаємо можливий алгоритм дій особи, яка постраждала від домашнього насилля:

1. Залежно від важкості стану необхідно звернутися за медичною допомогою. У екстрених і невідкладних станах слід звертатися до центрів екстреної допомоги (за телефоном 103). У відкладних станах, коли відсутня безпосередня загроза життю і здоров'ю слід звертатися до свого лікаря первинної ланки – лікаря загальної практики-сімейного лікаря

2. Обстеження та підтримка. За результатами обстеження лікар інформує пацієнта про його результати та надає інформацію про соціальні, правові та інші послуги, якими особа може та має користуватися

3. Лікування виявлених розладів відповідно до чинних протоколів лікування.

Особам, що постраждали від домашнього насильства та насильства за ознакою статі допомогу надають наступні спеціалізовані служби підтримки:

- притулок для осіб (шелтер), які постраждали від домашнього насильства та насильства за ознакою статі;
- мобільна бригада соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та насильства за ознакою статі;
- центр медико-соціальної реабілітації осіб, які постраждали від домашнього насильства та насильства за ознакою статі;

- кол-центр з питань запобігання та протидії домашньому насильству, насильству за ознакою статі та насильству стосовно дітей, його територіальні відділення (в тому числі міжрегіональні) в областях та м. Києві;
- денний центр соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та насильства за ознакою статі (в тому числі денні центри з кризовими кімнатами);
- спеціалізована служба первинного соціально-психологічного консультування осіб, які постраждали від домашнього насильства та насильства за ознакою статі;
- інші заклади та установи, зокрема недержавні, призначені виключно для осіб, які постраждали від домашнього насильства та насильства за ознакою статі.

Реабілітаційна робота з постраждалими від насильства в сім'ї націлена на подолання психологічних змін, які відбуваються під впливом тривалого стресу в зв'язку з насильством:

- зміна Я-концепції жінки;
- руйнування системи життєвих цінностей;
- порушення функціонування мотиваційної сфери (усвідомлення потреб, формування активної позиції в прийнятті рішень і досягнення обраних цілей), і в кінцевому підсумку відмова від відповідальності за своє життя.

Переважаючими видами реабілітаційної роботи з жертвами насильства, спрямованими на стабілізацію психоемоційного стану, є:

- групова психотерапія, що включає психодинамічну психотерапію (створення атмосфери підтримки і довіри, формування нових способів поведінки в ситуаціях насильства);
- рольовий тренінг (відпрацювання рольових ситуацій в спілкуванні з метою зміни ролі жертви);

- тренінг спілкування (формування конструктивного спілкування, партнерських способів вирішення життєвих ситуацій, способів соціально-психологічної адаптації в різних умовах);
- тілесно-орієнтована терапія;
- терапія творчим самовираженням (малюнок, ліплення, танець);
- ігрова психотерапія.

Важливим методом реабілітації постраждалих від сімейного насильства поєднання зусиль територіальних громад (обласних департаментів охорони здоров'я) та фахівців вищих закладів медичної освіти. Так в Дніпропетровській області об'єднали зусилля Департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації та представники кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету. Запропонована модель допомоги включає функціонування «гарячої лінії» з питань надання допомоги постраждалим від домашнього насильства та насильства за ознакою статі. Після первинної допомоги фахівцями «гарячої лінії» співробітники кафедри надають комплексну психолого-психіатричну допомогу із тривалим супроводом, достатнім для формування нових життєвих навичок, що виключають віктимізацію у майбутньому. За час надання допомоги постраждалим від сімейного насильства відбувається відновлення як самооцінки постраждалої, так і навичок соціалізації. Широко використовуються психотерапевтичні методики від елементів глибинної психотерапії до діалектично-поведінкової і терапії творчим самовиразом.

Література.

1. Захист прав дітей в умовах децентралізації влади в Україні. Щорічна державна доповідь про становище дітей в Україні за підсумками 2019 року / ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики». – Київ, 2020. – С. 69.

2. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» // Офіційний вісник України від 19.01.2018 — 2018 р., № 6, стор. 16, стаття 245, код акта 88767/2018

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 01.02.2019 № 278 «Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від

домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги» // Офіційний вісник України від 12.04.2019 — 2019 р., № 28, стор. 260, стаття 1008, код акта 94005/2019

ДОДАТКИ

Додаток 1. Шкала прогнозування агресивної поведінки Тимофєєва-Шорнікова (Tymofeyev-Shornikov aggressive behavior prognostic scale)

Розроблена відповідно до запропонованої об'єднаної теорії агресивної поведінки. Шкала прогнозування агресивної поведінки призначена для оцінки ступеня ризику виникнення агресії для кожної конкретної ситуації, ризик агресивної поведінки повинен враховуватися для кожного випадку окремо, і ця шкала не призначена для оцінки рівня агресивності як риси особистості.

Шкала має структурований характер та складається з десяти питань, має кількісну оцінку від – 2 до + 7 балів. Шкала проводиться та інтерпретується дослідником але може бути адаптована для самооцінки. Позитивним аспектом запропонованої шкали є простота і швидкість її заповнення.

Стимульний матеріал (питання):

1. Чи є в людини адаптаційна проблема ?

(утримання сексуального партнера, повернення сексуального партнера, отримання доступу до недоступного сексуального об'єкта, просування по ієрархії підпорядкування, захист проти нападу, боротьба за ресурси, нанесення шкоди одностатевому конкуренту)

За кожну проблему яка нині існує у людини +1 бал (макс. 7 балів), якщо не має жодної адаптаційної проблеми – оцінка за даною шкалою не проводиться, ризик агресивної поведінки не визначений

2. Оцініть рівень емоційного збудження у людини:

Низький рівень – 1 бал

Помірний + 1 бал

Значний + 2 бали

3. Чи пов'язує людина своє емоційне збудження з проблемою?

Ні – 1бал

Так + 1 бал

4. Оцініть ступень гніву у людини:

Не має – 1

Помірний + 1

Значний + 2

5. Оцініть ступень страху у людини:

Не має + 1

Помірний – 1

Значний – 2

6. Чи було насильство в сім'ї між батьками?

Ні – 1 бал

Так + 1 бал

7. Чи було насильство по відношенню до хворого в дитинстві?

Ні – 1 бал

Так + 1 бал

8. Чи відчуває людини роздратованість, огиду, біль, нудоту або інший дискомфорт?

За кожен проблему +1 бал (макс. 5 балів), відсутність проблем – 1 бал

9. Чи в минулому схожі проблеми вирішувалися за допомогою агресивної поведінки або насильства?

Ні – 1 бал

Так + 1 бал

10. Чи наступали позитивні наслідки внаслідок застосування агресії в минулому?

Ні – 1

Так + 1

Оцінка і інтерпретація результатів.

Оцінка проводиться шляхом складання усіх позитивних та негативних балів між собою.

0 балів – результат ймовірності агресивної поведінки не визначений

Від – 10 до – 1 балів – ймовірність агресивної поведінки незначна (чим більше негативних балів, тим нижча вірогідність агресивної поведінки)

Від + 1 до + 22 балів – ймовірність агресивної поведінки висока (чим більше позитивних балів, тим вища вірогідність агресивної поведінки)

NB. Якщо існуюча проблема не може бути віднесена до адаптаційної, то оцінка за цією шкалою не проводиться, ризик агресивної поведінки не визначений.

Приклад застосування шкали:

Чоловік, 42 роки. Його дружина пішла до іншого чоловіка, котрий йому знайомий. Чоловік дуже емоційно збуджений, пов'язує збудження з уходом дружини, відчуває дуже сильний гнів, помірний страх, роздратованість та відразу. Чоловік хоче повернути дружину. В сім'ї чоловіка батько змущувався над матір'ю, але він сам раніше не проявляв агресії щодо своєї дружини. Насильство по відношенню до чоловіка в дитинстві не застосовувалося. Раніше агресивна поведінка по відношенню до інших людей не призводила до вирішення проблеми. Яка ймовірність агресивної поведінки у даного хворого? Полічим: 1. + 2 бали за

2 проблеми (повернення сексуального партнера та боротьба з одностатевим конкурентом. 2. +2 бали. 3. + 1 бал 4. + 2 бали. 5. – 1 бал. 6. + 1 бал. 7. – 1 бал. 8. + 2 бали (відчуває роздратованість та огиду). 9. – 1 бал. 10. – 1 бал. Сумарний бал +6 балів. Ризик виникнення агресивної поведінки високий.

Додаток 2. Психологічна діагностика індексу життєвого стилю

Методика "Індекс життєвого стилю" (Life Style Index, LSI) – це опитувальний, який призначений для діагностики механізмів психологічного захисту «Я». Вона дозволяє діагностувати всю систему механізмів психологічного захисту (МПЗ), виявити як провідні, основні механізми, так і оцінити ступінь напруженості кожного. Дана методика була описана в 1979 році на основі псіхоеволюційної теорії Р. Плутчик і структурної теорії особистості Х. Келлермана.

Опитувальник складається з 97 питань, які вимірюють 8 видів МПЗ: заперечення, витіснення, заміщення, компенсацію, реактивні утворення, проекцію, інтелектуалізацію і регресію. Кожному з цих восьми МПЗ відповідало від 10 до 14 тверджень, що описують особистісні реакції індивіда, які зазвичай виникають в різних ситуаціях:

- 1) заперечення (12 тверджень: 1, 16, 22, 28, 34, 42, 51, 61, 68, 77, 82, 90, 94)
- 2) витіснення (12 тверджень: 6, 11, 19, 25, 35, 43, 49, 59, 66, 75, 85, 89)
- 3) заміщення (13 тверджень: 8, 15, 20, 31, 40, 47, 54, 60, 67, 76, 83, 91, 97)
- 4) компенсація (10 тверджень: 3, 10, 24, 29, 37, 45, 52, 64, 65, 74)
- 5) реактивне утворення (10 тверджень: 5, 12, 21, 32, 39, 46, 53, 57, 72, 79)
- 6) проекція (13 тверджень 7, 9, 23, 27, 38, 41, 55, 63, 71, 73, 84, 92, 96)
- 7) інтелектуалізація (12 тверджень: 4, 13, 17, 30, 36, 44, 56, 62, 70, 80, 81, 87)
- 8) регресія (14 тверджень: 2, 14, 18, 26, 33, 48, 50, 58, 69, 78, 86, 88, 93, 95)

Відповіді на ці твердження фіксуються на бланку за типом "вірнo-невірнo" і потім підраховується кількість балів по кожному виду МПЗ. Потім сирі оцінки переводяться в процентилі (шляхом ділення кількості відповідей так на кількість тверджень щодо МПЗ) і на спеціальному профільному бланку будується профіль захисної структури індивіда.

Індекс життєвого стилю (LSI)

Прочитайте наступні твердження. Ці твердження описують почуття, які людина ЗВИЧАЙНО відчуває, або дії, які вона ЗВИЧАЙНО здійснює. Якщо твердження Вам не відповідає, поставте знак "х" в розділі, позначеному "Ні"(не погоджуюсь). Якщо твердження Вам відповідає, поставте знак "х" в розділі "Так"(погоджуюсь), в місці позначеного круглими дужками.

1. Я дуже легка людина і зі мною легко ужитися.
2. Когда я хочу чогось, я ніяк не можу дочекатися, коли це отримаю.
3. Всегда існувала людина, на якого я хотів би бути схожим.
4. Люді не вважають мене емоційною людиною.
5. Я виходжу з себе, коли дивлюся фільми непристойного змісту.
6. Я рідко пам'ятаю свої сни.
7. Меня дратують люди, які всіма навколо командують.
8. Іноді у мене з'являється сильне бажання пробити стіну кулаком.
9. Мене дратує той факт, що люди занадто багато задаються.
10. У мріях я завжди в центрі уваги.
11. Я людина, яка ніколи не плаче.
12. Необхідність користуватися громадським туалетом, змушує мене здійснювати над собою зусилля.
13. Я завжди готовий вислухати обидві сторони під час суперечки.
14. Мене легко вивести з себе.
15. Коли хто-небудь штовхає мене в натовпі, я відчуваю, що готовий штовхнути його у відповідь.
16. Багато в мені людей захоплює.
17. Я вважаю, що краще добре обміркувати що-небудь до кінця, ніж приходити в люті.
18. Я багато хворію.
19. У мене погана пам'ять на обличчя.

20. Коли мене відкидають, у мене з'являються думки про самогубство.
21. Коли я чую сальності, я дуже ніяковію.
22. Я завжди бачу світлий бік речей.
23. Я ненавиджу злобних людей.
24. Мені важко позбутися від чого-небудь, що належить мені.
25. Я насилу запам'ятовую імена.
26. У мене схильність до зайвої імпульсивності.
27. Люди, які домагаються свого криком і криками, викликають у мене відразу.
28. Я вільний від забобонів.
29. Мне вкрай необхідно, щоб люди говорили мені про мою сексуальну привабливість.
30. Коли я збираюся в поїздку, я планую кожен деталь заздалегідь.
31. Іноді мені хочеться, щоб атомна бомба зруйнувала весь світ.
32. Порнографія огидна.
33. Коли я чимось засмучений, я багато їм.
34. Люди мені ніколи не набридають.
35. Багато чого з свого дитинства я не можу згадати.
36. Коли я збираюся у відпустку, я зазвичай беру з собою роботу.
37. У своїх фантазіях я здійснюю великі вчинки.
38. Здебільшого люди дратують мене, тому що вони занадто егоїстичні.
39. Дотик до чого-небудь слизових, слизькому викликає у мене відразу.
40. Якщо хтось набридає мені, я не кажу це йому, а прагну висловити своє невдоволення кому-небудь іншому.
41. Я вважаю, що люду обведут вас навколо пальця, якщо ви не будете обережні.
42. Мені потрібно багато часу, щоб розгледіти погані якості в інших людях.
43. Я ніколи не хвилююся, коли читаю або чую про яку-небудь трагедії.
44. У суперечці я зазвичай більш логічний, ніж інша людина.

45. Мені абсолютно необхідно чути компліменти.
46. Безладність огидна.
47. Коли я веду машину, у мене іноді з'являється сильне бажання штовхнути іншу машину.
48. Іноді, коли у мене що-небудь не виходить, я злюся.
49. Коли я бачу когось в крові, це мене майже не турбує.
50. У мене псується настрій, і я дратуюся, коли на мене не звертають увагу.
51. Люди кажуть мені, що я всьому вірю.
52. Я ношу одяг, що приховує мої недоліки.
53. Мені дуже важко користуватися непристойними словами.
54. Мені здається, я багато сперечаюся з людьми.
55. Мене відштовхує від людей те, що вони нещирі.
56. Люди кажуть мені, що я занадто неупереджений у всьому.
57. Я знаю, що мої моральні стандарти вини, ніж у більшості інших людей.
58. Коли я не можу впоратися з чим-небудь, я готовий заплакати.
59. Мені здається, що я не можу висловлювати свої емоції.
60. Коли хто-небудь штовхає мене, я приходжу в лютю.
61. Те, що мені не подобається, я викидаю з голови.
62. Я дуже рідко відчуваю почуття прихильності.
63. Я терпіти не можу людей, які завжди намагаються бути в центрі уваги.
64. Я багато колекціоную.
65. Я працюю більш завзято, ніж більшість людей, для того, щоб домогтися результатів у галузі, яка мене цікавить.
66. Звуки дитячого плачу не турбують мене.
67. Я буваю такий сердитий, що мені хочеться троцити все навколо.
68. Я завжди оптимістичний.
69. Я багато брешу.

70. Я більше прив'язаний до самого процесу роботи, ніж до відносин, які складаються навколо неї.

71. В основному люди нестерпні.

72. Я б ні за що не пішов на фільм, в якому занадто багато сексуальних сцен.

73. Мене дратує те, що людям не можна довіряти.

74. Я буду робити все, щоб справити хороше враження.

75. Я не розумію деяких своїх вчинків.

76. Я через силу дивлюсь кінокартини, в яких багато насильства.

77. Я думаю, що ситуація в світі набагато краще, ніж більшість людей думають.

78. Коли у мене невдача, я не можу стримати поганого настрою.

79. Те, як люди одягаються зараз на пляжі - непристойно.

80. Я не дозволяю своїм емоціям захоплювати мене.

81. Я завжди планую найгірше, з тим, щоб не бути захопленим зненацька.

82. Я живу так добре, що багато людей хотіли б опинитися в моєму положенні.

83. Якось я був такий сердитий, що сильно саднув по чомусь і випадково поранив себе.

84. Я відчуваю огиду, коли стикаюся з людьми низького морального рівня.

85. Я майже нічого не пам'ятаю про свої перші роки в школі.

86. Коли я засмучений, я мимоволі роблю як дитина.

87. Я віддаю перевагу більше говорити про свої думки, ніж про свої почуття.

88. Мені здається, що я не можу закінчити нічого з того, що почав.

89. Коли я чую про жорстокості, це не чіпає мене.

90. У моїй родині майже ніколи не суперечать один одному.

91. Я багато кричу на людей.

92. Ненавиджу людей, які топчуть інших, щоб просунути вперед.
93. Коли я засмучений, я часто напиваюся.
94. Я щасливий, що у мене менше проблем, ніж у більшості людей.
95. Коли щось-небудь засмучує мене, я сплю більше ніж зазвичай.
96. Я знаходжу огидним, що більшість людей брешуть, для того, щоб досягти успіху.
97. Я говорю багато непристойних слів

Профільний лист до ІЖС

Шкала его захисту

Его захисти	Сира оцінка	Відсоток
Заперечення		
Витіснення		
Регресія		
Компенсація		
Проекція		
Заміщення		
Інтелектуалізація		
Реактивні утворення		

Додаток 3. Опитувальник Басса-Перрі (ВРАQ)

Опитувальник ВРАQ застосовується для діагностики схильності до фізичної агресії, ворожості і гніву. Виділена трьохфакторну структуру адаптованої версії відповідає теоретичним положенням про трьох компонентах агресії в концепції Басса і Перрі: інструментальний компонент агресії – «фізична агресія»; афективний компонент, що включає в себе фізіологічне збудження і підготовку до агресії, – «гнів»; когнітивний компонент, заснований на переживанні почуття несправедливості і ущемлення, незадоволеності бажань – «ворожість».

Інструкція

Будь ласка, уважно прочитайте твердження. Кожне з них оцініть за 5-ти бальною шкалою. Обведіть колом номер відповіді, яка вам підходить.

Відповідайте максимально відверто, правильної відповіді не існує.

	Дуже на мене НЕ схоже	Радше НЕ схоже на мене, ніж схоже.	Дещо середнє.	Радше схоже на мене, ніж ні.	Дуже схоже на мене
1. Іноді я можу не стриматися і вдарити іншу людину.	1	2	3	4	5
2. Я швидко вибухаю, але і швидко вгамовуюся.	1	2	3	4	5
3. Буває, я іноді просто скаженію від ревнощів.	1	2	3	4	5
4. Якщо мене спровокувати, я можу вдарити іншу людину.	1	2	3	4	5
5. Я дратуюся, коли у мене щось не виходить.	1	2	3	4	5
6. Час від часу мені здається, що життя мене дещо обділило.	1	2	3	4	5
7. Якщо хтось вдарить мене, я дам здачі.	1	2	3	4	5
8. Іноді я відчуваю, що ось-ось вибухну.	1	2	3	4	5
9. Іншим постійно щастить.	1	2	3	4	5
10. Я потрапляю в бійки частіше, ніж оточуючі.	1	2	3	4	5
11. У мене спокійний характер.	1	2	3	4	5
12. Я не розумію, чому мені іноді так гірко	1	2	3	4	5
13. Якщо для захисту моїх прав мені треба застосувати фізичну силу, я так і зроблю.	1	2	3	4	5
14. Деякі мої друзі вважають, що у мене запальний характер.	1	2	3	4	5
15. Я знаю, що мої так звані друзі пліткують про мене.	1	2	3	4	5
16. Деякі люди своїм ставленням до мене можуть довести мене до бійки.	1	2	3	4	5
17. Іноді я можу розгніватися без особливої причини.	1	2	3	4	5
18. Я не довіряю занадто доброзичливим людям.	1	2	3	4	5
19. Я не можу уявити собі причину, достатню для того, щоб вдарити іншу людину.	1	2	3	4	5
20. Мені важко стримувати роздратування.	1	2	3	4	5
21. Іноді мені здається, що люди насміхаються з мене позаочі.	1	2	3	4	5

22. Траплялося, що я погрожував своїм знайомим.	1	2	3	4	5
23. Якщо людина занадто добра до мене, це означає, що їй щось від мене потрібно.	1	2	3	4	5
24. Іноді я настільки втрачав самовладання, що ламав речі.	1	2	3	4	5

Підрахунок балів

Шкала	Прямі твердження
Фізична агресія	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
Гнів	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
Ворожість	17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

Нормативні значення

Шкала	Чоловіки		Жінки	
	М	σ	М	σ
Фізична агресія	26.49	6.22	21.53	6.49
Гнів	20.29	5.67	22.62	5.66
Ворожість	22.08	5.21	22.81	5.66
Загальний показник	68.85	13.15	66.97	13.44

Додаток 4. Опитувальник Басса-Дарки

А. Басс, сприйняв ряд положень своїх попередників, розділив поняття "агресія" і "ворожість" і визначив останню як "реакцію, розвиваючу негативні почуття і негативні оцінки людей і подій". Автори визначили наступні види агресивної поведінки:

- 1) Використання фізичної сили щодо іншої особи – **фізична агресія**.
- 2) Прояви негативних почуттів як через форму (сварка, крик, верещання), так і через зміст словесних звертань до інших осіб (погроза, прокляття, лайки) – **вербальна агресія**.

3) Використовування обхідним шляхом спрямованих проти іншої особи пліток, жартів та прояви ненаправлених, неупорядкованих вибухів люті (крик, тупотіння ногами тощо) – **непряма агресія**.

4) Опонуюча форма поведінки, спрямована зазвичай проти авторитету та керівництва, що може наростати від пасивного супротиву до активних дій проти вимог, правил, законів – **негативізм**.

5) Схильність до роздратування, готовність при найменшому збудженні проявляти запальність, різкість, грубість – **роздратування**.

6) Схильність до недовіри та обережного ставлення до людей, яка виходить з переконання, що оточуючі хочуть завдати цій людині шкоди – **підозріливість**.

7) Прояв заздрості та ненависті до оточуючих, що обумовлені відчуттям гніву, невдоволеністю кимось конкретно або всім світом за справжні або уявні страждання – **образа**.

8) Ставлення та дії щодо себе та оточуючих, які виходять з можливого переконання самої особи в тому, що вона є поганою людиною, діє негарно: злісно, безсовісно – **автоагресія або відчуття провини**.

Опитувальник Басса-Дарки складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає "так" або "ні". Відповідно до інструкції він ставить знак "плюс", якщо згоден з твердженням, і знак "мінус", якщо не згоден.

ОПИТУВАЛЬНИК БАССА-ДАРКИ

1. Часом я не можу впоратися з бажанням заподіяти шкоду іншим.
2. Іноді пліткують про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене не попросять по-хорошому, я не виконаю.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.
6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.

7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчути.
8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болісні докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене кілька більш дружньо, ніж я очікував.
15. Я часто буваю не згоден з людьми.
16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся.
17. Якщо хто-небудь першим вдарить мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я ляскаю дверима.
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається.
20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я завжди роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене.
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, ухиляються від роботи, повинні відчувати почуття провини.
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лють, коли з мене насміхаються.
28. Коли люди корчаться з себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже щотижня я бачу когось, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздрять мені.

31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно переводять вас, варті того, щоб їх "клацнули по носі".
34. Я ніколи не буваю похмурих від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось виводить мене з себе, я не звертаю уваги.
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильних" виразів.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були прощені.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хтось ударить мене.
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюся.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужинцям".
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити когось.
49. З дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву.
50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати.
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити щось приємне для мене.
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я б'юся не рідше ніж і не частіше, ніж інші.

56. Я можу згадати випадки, коли я був настільки злий, що хапав ліпшу мені під руку річ і ламав її.

57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.

58. Іноді я відчуваю, що життя надходить зі мною несправедливо.

59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.

60. Я лаюся тільки зі злості.

61. Коли я роблю неправильно, мене мучить совість.

62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.

63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу.

64. Я буваю грубуватий по відношенню до людей, які мені не подобаються.

65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.

66. Я не вмю поставити людину на місце, навіть якщо він того заслуговує.

67. Я часто думаю, що жив неправильно.

68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.

69. Я не засмучуюсь через дрібниці.

70. Мені рідко приходить в голову, що люди намагаються розлютити або образити мене.

71. Я часто тільки загрожую людям, хоча і не збираюся приводити погрози у виконання.

72. Останнім часом я став занудою.

73. У суперечці я часто підвищую голос.

74. Я намагаюся приховувати своє погане ставлення до людей.

75. Я краще погоджуся з чимось, ніж стану сперечатися.

Інтерпретація результатів

При складанні опитувальника автори користувалися наступними принципами:

- 1) питання може відноситися тільки до однієї форми агресії;
- 2) питання формуються таким чином, щоб найбільшою мірою послабити вплив суспільного схвалення відповіді на питання.

Відповіді оцінюються по восьми шкалах у такий спосіб:

Якщо після номера питання стоїть знак «+», тоді за нього зараховується один бал в тому випадку, якщо на нього дана відповідь «Так».

Якщо після номера питання стоїть знак « - », тоді за нього зараховується один бал в тому випадку, якщо на нього дана відповідь «Ні». Інші відповіді не зараховуються.

Сума балів, помножена на коефіцієнт k, що є вказаним в лапках при кожному показнику агресивності, дозволяє отримати зручні для співставлення – унормовані – показники, які характеризують індивідуальні та групові результати.

Ключ для оброблення результатів

1). Фізична агресія (k=11):

1+, 9-, 17-, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+.

2). Вербальна агресія (k=8):

7+, 15+, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75-.

3) Непряма агресія (k=13):

2+, 10+, 18+, 26-, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+.

4) Негативізм (k=20):

4+, 12+, 20+, 28+, 36-.

5) Дратівливість (k=9):

3+, 11-, 19+, 27+, 35-, 43+, 50+, 57+, 64+, 69-, 72+.

6) Схильність до підозр (k=11):

6+, 14+, 22+, 30+, 38+, 45+, 52+, 59+, 65-, 70-.

7) Образа (k=13):

5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+.

8) Відчуття провини (k=11):

8+, 16+, 24+, 32+, 40+, 47+, 54+, 61+, 67+.

Індекс ворожості включає в себе 5-у і 6-у шкали, а індекс агресивності (прямий або мотиваційної) включає в себе шкали 1, 3, 7-у.

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4 . Норма ворожості дорівнює $6, 5-7 \pm 3$. При цьому звертається увага на можливість досягнення певної величини, що показує ступінь прояву агресивності.

Додаток 5. Опитувальник пацієнта про стан здоров'я RHO-9

ПІП	Дата	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже щодня
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували будь-які з наступних проблем? (Обрану відповідь відмітьте позначкою "✓")					
1	Вам було не дуже цікаво або подобалось чимось займатись	0	1	2	3
2	Ви почувалися сумними, пригніченими або безнадійними	0	1	2	3
3	Вам було важко засинати або не прокидатись, або Ви спали надто довго	0	1	2	3
4	Ви відчували втому або мало сил	0	1	2	3
5	У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали	0	1	2	3
6	Ви погано про себе думали — або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину	0	1	2	3
7	Вам було важко зосередитись, наприклад, на читанні газети або перегляді телепередач	0	1	2	3
8	Ви рухались або розмовляли настільки повільно, що інші люди могли б це помітити? Або ж навпаки, Ви були настільки метушливі або неспокійні, що пересувались набагато більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9	У Вас були думки, що Вам краще б померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду	0	1	2	3
Сума					
Загальний бал _____					
Якщо Ви відповіли позитивно на деякі пункти, оцініть, наскільки важко Вам було працювати, займатись домашніми справами або взаємодіяти з іншими людьми через ці проблеми? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Зовсім не важко <input type="checkbox"/>		Деяко важко <input type="checkbox"/>		Дуже важко	
				Надзвичайно важко	

Інтерпретація результатів.

Загальний бал	Тяжкість депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Легка («субклінічна») депресія
10-14	Помірної тяжкості депресія
15-19	Середньої тяжкості депресія
20-27	Тяжка депресія

Додаток 6. Опитувальник генералізованого тривожного розладу GAD-7

ППП _____ Дата _____		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже щодня
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували будь-які з наступних проблем? (Обрану відповідь відмітьте позначкою “✓”)					
1.	Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені	0	1	2	3
2.	Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання	0	1	2	3
3.	Ви занадто хвилювались через різні речі	0	1	2	3
4.	Вам було важко розслабитись	0	1	2	3
5.	Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці	0	1	2	3
6.	Вам було легко дошкулити або роздратувати	0	1	2	3
7.	Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися	0	1	2	3
Сума					
Загальний бал _____					

Інтерпретація результатів.

Загальний бал	Рівень тривоги
0-4	Мінімальний
5-9	Помірний
10-14	Середній
15-21	Високий

Додаток 7. Опитувальник депресії Бека

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожну групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер

вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лиш тоді робити вибір.

№		
1	<p>0. Мені не сумно.</p> <p>1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим.</p> <p>2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану.</p> <p>3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.</p>	
2	<p>0. Я спокійно думаю про майбутнє.</p> <p>1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу.</p> <p>2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися.</p> <p>3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.</p>	
3	<p>0. Я не відчуваю себе невдахою.</p> <p>1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей.</p> <p>2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок.</p> <p>3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті тощо)</p>	
4	<p>0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.</p> <p>1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей.</p> <p>2. Я ні від чого не отримую задоволення.</p> <p>3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу</p>	
5	<p>0. Я не відчуваю відчуття провини.</p> <p>1. Я доволі часто відчуваю провину.</p> <p>2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини.</p> <p>3. Мене мучить постійне відчуття провини.</p>	
6	<p>1. Я не вважаю, що заслуговую покарання.</p> <p>2. Я допускаю, що заслуговую покарання.</p> <p>3. Я вважаю, що маю бути покараний.</p> <p>4. Я відчуваю, що доля карає мене</p>	
7	<p>0. Я в основному задоволений тим, ким я є.</p> <p>1. Я незадоволений собою.</p> <p>2. Я гидкий собі.</p> <p>3. Я ненавиджу себе</p>	
8	<p>0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди.</p> <p>1. Я критикую себе за слабкості та помилки.</p> <p>2. Я постійно докоряю собі за різні помилки.</p> <p>3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.</p>	
9	<p>0. У мене не виникає думок про самогубство.</p> <p>1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.</p> <p>2. Я хочу вмерти і планую самогубство.</p> <p>3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубст</p>	
10	<p>0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно.</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться. 	
11	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюся легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже. 	
12	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі. 	
13	<ul style="list-style-type: none"> 0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень 	
14	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жахливо. 	
15	<ul style="list-style-type: none"> 0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати. 	
16	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути. 	
17	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися. 	
18	<ul style="list-style-type: none"> 0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту. 	
19	<ul style="list-style-type: none"> 1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. <p>Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні</p>	

20	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше	
21	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

Інтерпретація результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний бал по всіх категоріях.

Дорослий варіант опитувальник

Загальний бал:

0-9 - відсутність депресивних симптомів;

10-15 - легка депресія (субдепресія);

16-19 - помірна депресія;

20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості);

30-63 - важка депресія субшкали.

Пункти 1-13 - когнітивно-афективна Субшкала (С-А)

Пункти 14-21 - Субшкала соматичних проявів депресії (S-P)

Додаток 8. Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна

Дана методика дозволяє зробити перші й істотні уточнення про якість інтегральної самооцінки особистості: чи є нестабільність цієї самооцінки ситуативної або постійної, тобто особистісної. Результати методики відносяться не тільки до психодинамічних особливостей особистості, а й до загального питання взаємозв'язку параметрів реактивності й активності особистості, її темпераменту і характеру. Методика є розгорнута суб'єктивна характеристика особистості, що зовсім не зменшує її цінності в психодіагностичному плані.

За Ю.Л. Ханіну, стан тривоги (або ситуативна тривожність) – позначаються однаково: «СТ», – виникають «як реакція людини на різні, найчастіше соціально-психологічні стресори (очікування негативної оцінки або агресивної реакції, сприйняття несприятливого до себе ставлення, загрози своїй самоповазі, престижу). Навпаки, особистісна тривожність (ОТ) як риса, властивість, диспозиція дає уявлення про індивідуальні відмінності в схильності дії різних стресорів. Отже, тут мова йде про відносно стійкої схильності людини сприймати загрозу своєму «Я» в самих різних ситуаціях і реагувати на ці ситуації з підвищенням СТ. Величина ОТ характеризує минулий досвід індивіда, тобто наскільки часто йому доводилося відчувати СТ. Шкала реактивної та особистісної тривожності (ШРОТ) має дві самостійні підшкали для окремого вимірювання тієї й іншої форми тривожності: – підшкали оцінки СТ з головним питанням про самопочуття в даний момент і підшкал оцінки ОТ з формулюванням про самопочуття зазвичай. Оскільки нижче тривожність оцінюватися може і за іншими методиками, СТ і ОТ мають індекси: СТ і ОТ.

Текст методики

Інструкція: Залежно від самопочуття в даний момент, вкажіть найбільш підходячу для Вас цифру: «1» – ні, це зовсім не так; «2» – мабуть так; «3» – вірно; «4» – абсолютно вірно:

№п п	Судження СТ	Ні, це зовсім не так	Мабуть так	Вірно	Абсолютно вірно
1	Ви спокійні	1	2	3	4
2	Вам ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Ви знаходитесь в напрузі	1	2	3	4
4	Ви відчуваєте співчуття	1	2	3	4
5	Ви відчуваєте себе вільно	1	2	3	4
6	Ви засмучені	1	2	3	4
7	Вас хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4

8	Ви відчуваєте себе відпочившою людиною	1	2	3	4
9	Ви стривожені	1	2	3	4
10	Ви відчуваєте почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Ви впевнені в собі	1	2	3	4
12	Ви нервуєте	1	2	3	4
13	Ви не знаходите собі місця	1	2	3	4
14	Ви напружені	1	2	3	4
15	Ви не відчуваєте скутості і напруги	1	2	3	4
16	Ви задоволені	1	2	3	4
17	Ви стурбовані	1	2	3	4
18	Ви дуже збуджені і Вам не по собі	1	2	3	4
19	Вам радісно	1	2	3	4
20	Вам приємно	1	2	3	4

Інструкція до другої групи суджень про самопочуття: прочитайте (прослухайте) уважно кожне з наведених нижче пропозицій і закресліть (запишіть) підходячу для Вас цифру справа залежно від того, як Ви себе відчуваєте ЗВИЧАЙНО: цифри справа означають «1» – майже ніколи; «2» – іноді; «3» – часто; «4» – майже завжди.

№ нп	Судження ОТ	Майже ніколи	Іноді	Часто	Майже завжди
1	Ви відчуваєте задоволення	1	2	3	4
2	Ви швидко втомлюєтеся	1	2	3	4
3	Ви легко можете заплакати	1	2	3	4
4	Ви хотіли б бути такою ж щасливою людиною, як і інші	1	2	3	4
5	Буває, що Ви програєте через те, що недостатньо швидко приймаєте рішення	1	2	3	4
6	Ви відчуваєте себе бадьорим чоловіком	1	2	3	4
7	Ви спокійні, холоднокровні і зібрані	1	2	3	4
8	Очікування труднощів дуже турбує Вас	1	2	3	4
9	Ви занадто переживаєте через дрібниці	1	2	3	4
10	Ви буваєте цілком щасливі	1	2	3	4

11	Ви приймаєте все занадто близько до серця	1	2	3	4
12	Вам не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
13	Ви відчуваєте себе в безпеці	1	2	3	4
14	Ви намагаєтеся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15	У Вас буває нудьга, туга	1	2	3	4
16	Ви буваєте задоволені	1	2	3	4
17	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють Вас	1	2	3	4
18	Ви так сильно переживаєте своє розчарування, що потім довго не можете про них забути	1	2	3	4
19	Ви врівноважена людина	1	2	3	4
20	Вас охоплює сильне занепокоєння, коли Ви думаєте про свої справи і турботи	1	2	3	4

Інтерпретація результатів

Ситуативна тривожність (СТ) визначається по ключу:

$$СТ = (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) - (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) + 50 =$$

ОТ – Особистісна тривожність визначається по ключу:

$$ОТ = (2,3,4,5,8,9,11,12,14,15,17,18,20) - (1,6,7,10,13,16, 19) + 35 =$$

Результати оцінюються зазвичай в градаціях: до 30 балів – низька; 31-45 – середня; 46 і більше – висока тривожність. Це не заважає на шкалі 20-80 співвіднести отримані результати з діапазонами (квартілями) нормального розподілу індивідів з різною тривожністю за параметром активності.

Поняття ситуативної (актуальної), тобто реактивної тривожності, і особистісної, тобто активної тривожності, мають не тільки спеціальний, описаний вище, але й більш загальний психологічний сенс.

Додаток 9. Опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» (АСТ)

Авторами методики є Е. Г. Ейдеміллер і В. Юстицкіс (2000).

Мета методики – вивчення загального фону переживань індивіда, пов'язаного з його позицією в сім'ї, з тим, як він сприймає себе в сім'ї.

Під «сімейної тривоги» розуміються стану тривоги у одного або кількох членів сім'ї, нерідко погано усвідомлювані і важко локалізуєміе. Характерною ознакою даного типу тривоги є наявність сумнівів, страхів, побоювань, що стосуються, насамперед, сім'ї – здоров'я її членів, їх отлучек і пізніх повернень, сутичок і конфліктів. Тривога ця зазвичай не поширюється на позасімейних сфери – виробничу діяльність, родинні, сусідські відносини тощо. В основі «сімейної тривоги», як правило, лежить погано усвідомлювана невпевненість індивіда в якомусь дуже для нього важливому аспекті сімейного життя. Це може бути невпевненість у почуттях іншого чоловіка, в собі. Нерідко подібні переживання, що суперечать уявленням про себе, витісняються, що може проявитися в сімейних відносинах у вигляді тривоги.

Важливими складовими «сімейної тривоги» є також відчуття безпорадності і нездатності втрутитися в хід подій в родині, направити його в потрібне русло. Індивід з сімейно-обумовленої тривоги не відчуває себе значущим дійовою особою в родині, в незалежності від того, яку позицію він у ній займає і наскільки активну роль грає в дійсності.

Опис методики

Членам сім'ї пропонується самостійно заповнити опитувальник.

Інструкція: «Пропонований Вам опитувальник містить твердження про Ваше самопочуття вдома, в сім'ї. Твердження пронумеровані. Такі ж номери є в бланку, що додається до методикою.

Читайте по черзі затвердження опитувальника. Якщо Ви загалом згодні з ними, то на бланку обведіть кружком номер затвердження. Якщо Ви в цілому не згодні – закресліть цей же номер. Якщо дуже важко вибрати, то

поставте на номері знак питання. Намагайтеся, щоб таких відповідей було не більше трьох. Пам'ятайте, Ви характеризуєте своє самопочуття в сім'ї.

У опитувальнику немає "правильних" і "неправильних" тверджень. Відповідайте так, як відчуваєте ».

Текст опитувальника

1. Знаю, що члени моєї сім'ї часто бувають незадоволені мною.
2. Відчуваю, що, як би я не вступив (а), все одно буде не так.
3. Я багато чого не встигаю зробити.
4. Так виходить, що саме я найчастіше опиняюся винен (а) у всьому, що трапляється в нашій сім'ї.
5. Часто відчуваю себе безпорадним (безпорадною).
6. Вдома мені часто доводиться нервувати.
7. Коли потрапляю додому, відчуваю себе незграбним (незграбною) і незграбним (незручною).
8. Деякі члени сім'ї вважають мене нетямущим (недолугою).
9. Коли я вдома, весь час через що-небудь переживаю.
10. Часто відчуваю на собі критичні погляди членів моєї сім'ї.
11. Іду додому і з тривогою думаю, що ще трапилося в мою відсутність.
12. Вдома у мене постійно відчуття, що треба ще дуже багато зробити.
13. Нерідко відчуваю себе зайвим (зайвою) будинку.
14. Вдома у мене такий стан, що просто опускаються руки.
15. Вдома мені постійно доводиться стримуватися.
16. Мені здається, якби я раптом зник (зникла), то ніхто б цього не помітив.
17. Ідеш додому, думаєш, що будеш робити одне, але, як правило, доводиться робити зовсім інше.
18. Як подумаю про свої сімейні справи, починаю хвилюватися.
19. Деяким членам моєї родини буває незручно через мене перед друзями і знайомими.

20. Часто буває так: хочу зробити добре, але виявляється, вийшло погано.

21. Мені багато чого у нас не подобається, але я цього прагну не показувати.

Обробка й інтерпретація результатів

За кожне згоду з твердженням нараховується 1 бал. Сума балів підраховується окремо по кожній з трьох шкал:

Субшкала В – вина (сімейна вина члена сім'ї) – неадекватне почуття індивідом відповідальності за все негативне, що відбувається в сім'ї. До шкали відносяться наступні твердження: 1,4,7,10, 13,16, 19. Наявність сімейної провини діагностується при п'яти погодилися.

Субшкала Т – тривожність (сімейна тривожність члена сім'ї) – почуття, що ситуація в сім'ї не залежить від власних зусиль обстежуваного. До шкали відносяться твердження: 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20. Сімейна тривожність діагностується при п'яти погодилися.

Субшкала Н – напруженість (сімейна напруженість) – відчуття, що виконання сімейних обов'язків являє собою непосильну задачу для індивіда. До шкали відносяться твердження: 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21. Наявність сімейної напруженості діагностується при п'яти погодилися.

Після підрахунку балів за окремими шкалами обчислюється сума балів за узагальненою шкалою (вина + тривожність + напруженість), на підставі чого робиться висновок про рівень загальної сімейної тривожності.

Додаток 10. Методика діагностики схильності особи до конфліктної поведінки К. Томаса (адаптація Н. В. Грішиної)

Опис методики

Мета: визначення превалюючого способу поведінки людини в конфліктних ситуаціях.

Для опису типів поведінки людей в конфліктних ситуаціях К. Томас запропонував двомірну модель регулювання конфліктів, базовими вимірами в якій є кооперація (пов'язана з увагою людини до інтересів інших людей, які залучені до конфлікту) та настирливість (для якої є характерним акцент на захисті власних інтересів).

Відповідно до цих двох вимірів автор виділяє наступні способи регулювання конфліктів:

- 1) змагання (конкуренція) як прагнення досягти задоволення власних інтересів на шкоду іншій особі;
- 2) пристосування – на протилежність змагання жертвування власними інтересами заради іншої людини;
- 3) компроміс;
- 4) уникання – відсутність як прагнення до кооперації, так і прагнення до досягнення власних цілей;
- 5) співпраця – коли учасники ситуації приходять до альтернативи, яка повністю задовольняє інтереси обох сторін.

П'ять способів регулювання конфліктів, за К. Томасом

К. Томас вважає, що при униканні конфлікту жодна зі сторін не досягає успіху. У таких формах поведінки, як конкуренція, пристосування та компроміс, або один з учасників виявляється у виграші, а інший програє, або вони обидва програють, тому що йдуть на компромісні поступки. Та лише в ситуації співпраці обидві сторони виявляються у виграші.

У своєму опитувальнику щодо виявлення типових форм поведінки в ситуації конфлікту К. Томас описує кожний з п'яти перерахованих можливих варіантів 12 судженнями про поведінку індивіда в конфліктній ситуації. У різноманітних поєднаннях вони згруповані у 30 пар.

Інструкція

У кожній з наведених пар оберіть те судження, котре найбільш типове для Вашої поведінки.

Відведений час на виконання завдання – не більше 15-20 хвилин.

Типова картка методики:

1. А. Іноді я надаю можливість іншим особам брати на себе відповідальність за вирішення спірного питання.
Б. Замість того, щоб обговорювати те, в чому ми розходимося, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми обидва згодні.
2. А. Намагаюся знайти компромісне рішення.
Б. Намагаюся владнати справу з урахуванням інтересів іншої людини та моїх власних.
3. А. Зазвичай я наполегливо прагну досягти свого.
Б. Намагаюся заспокоїти іншого учасника конфлікту та головним чином зберегти наші стосунки.
4. А. Намагаюся знайти компромісне рішення.
Б. Іноді я поступаюся власними інтересами заради інтересів іншої людини.
5. А. Залагоджуючи спірну ситуацію, я увесь час намагаюся знайти підтримку в іншій людині.
Б. Намагаюся зробити все, щоб уникнути зайвої напруженості.
6. А. Намагаюсь уникнути появи неприємностей для себе.
Б. Намагаюся досягти свого.
7. А. Намагаюся відкласти рішення спірного питання з тим, щоб з часом розв'язати його остаточно.
Б. Вважаю можливим в чомусь поступитися, щоб досягти іншого.
8. А. Зазвичай я настирливо прагну досягти свого.
Б. Спершу намагаюся чітко визначити, в чому полягають усі спірні питання та якими є інтереси.
9. А. Вважаю, що не завжди варто хвилюватися через розбіжності, що виникають.
Б. Роблю зусилля, щоб досягти свого.
10. А. Твердо прагну досягти свого.
Б. Намагаюся знайти компромісне рішення.

11. А. Спершу намагаюся чітко визначити те, в чому полягають усі порушені питання та інтереси.
- Б. Намагаюся заспокоїти іншу людину та передовсім зберегти наші стосунки.
12. А. Дуже часто уникаю займати позицію, котра може викликати суперечки.
- Б. Надаю можливість іншій людині залишитися в якійсь мірі при власній думці, якщо він/вона також іде мені назустріч.
13. А. Пропоную середню позицію.
- Б. Наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.
14. А. Повідомляю іншій людині свою точку зору та питаю про його/її погляди.
- Б. Намагаюся показати іншій людині логіку та переваги моїх поглядів.
15. А. Намагаюся заспокоїти іншу людину та передовсім зберегти наші стосунки.
- Б. Намагаюся зробити все необхідне, щоб уникнути напруження.
16. А. Намагаюся не зачепити почуття іншої людини.
- Б. Намагаюся переконати іншу людину в перевагах моєї позиції.
17. А. Зазвичай настирливо намагаюся досягти свого.
- Б. Намагаюся зробити все, щоб уникнути зайвої напруженості.
18. А. Якщо це зробить іншу людину щасливою, я дам йому/їй можливість самому відстояти своє.
- Б. Даю можливість іншій людині в чомусь залишитися при своїй думці, якщо він/вона також іде мені назустріч.
19. А. Насамперед намагаюся чітко визначити, в чому полягають всі інтереси іншої людини та спірні питання.
- Б. Намагаюся відкласти вирішення спірного питання, щоб з часом розв'язати його остаточно.
20. А. Намагаюся якнайшвидше перебороти наші розбіжності.
- Б. Намагаюся знайти сполучення максимальної рівноваги користі та втрат для нас обох.

21. А. Коли я веду переговори, то намагаюся бути уважним до бажань іншого (іншої).
- Б. Завжди схилиюся до прямого обговорення проблеми.
22. А. Намагаюся знайти середню позицію між моєю та точкою зору іншої людини.
- Б. Відстоюю свої бажання.
23. А. Як правило, я стурбований тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.
- Б. Іноді надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за вирішення спірного питання.
24. А. Якщо позиція іншої людини здається їй дуже важливою, я намагатимуся піти назустріч її бажанням.
- Б. Намагаюся переконати іншу людину прийти до компромісу.
25. А. Намагаюся показати іншій людині логіку та перевагу моїх поглядів.
- Б. Ведучи переговори, намагаюся бути уважним до бажань іншої людини.
26. А. Я пропоную середню позицію.
- Б. Я майже завжди стурбований тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас.
27. А. Дуже часто уникаю займати позицію, котра може викликати суперечки.
- Б. Якщо це зробить іншу людиною щасливою, я надам йому/їй можливість відстояти своє.
28. А. Зазвичай настирливо намагаюся досягти свого.
- Б. Вирішуючи ситуацію, зазвичай намагаюся знайти підтримку в іншій людині.
29. А. Я пропоную середню позицію.
- Б. Вважаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь розбіжності, що виникають.
30. А. Намагаюся не зачепити почуттів іншої людини.

Б. Завжди займаю таку позицію у спірному питанні, щоб ми разом з іншою зацікавленою особою могли досягти успіху.

Оброблення даних

№ питання	Суперництво	Співпраця	Компроміс	Уникання	Прийняття
1				А	Б
2		Б	А		
3	А				Б
4			А		Б
5		А		Б	
6	Б			А	
7			Б	А	
8	А	Б			
9	Б			А	
10	А		Б		
11		А			Б
12			Б	А	
13	Б		А		
14	Б	А			
15				Б	А
16	Б				А
17	А			Б	
18			Б		А
19		А		Б	
20		А	Б		
21		Б			А
22	Б		А		
23		А		Б	
24			Б		А
25	А				Б
26		Б	А		
27				А	Б
28	А	Б			
29			А	Б	
30		Б			А