

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА
ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ГРОМАДСЬКИЙ ЦЕНТР «ВОЛОНТЕР»
ПРЕДСТАВНИЦТВО ДИТЯЧОГО ФОНДУ ООН (ЮНІСЕФ) В УКРАЇНІ

Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї

**Програма циклу
тематичного вдосконалення лікарів**

УДК 343.54
ББК 67.408
М42

ЗАТВЕРДЖЕНО
на засіданні Вченої ради Національної медичної академії
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
(протокол № 6 від 10 червня 2009 року).

Рецензенти:

Чуприков А. П., доктор мед. наук, професор кафедри соціальної, судової та дитячої психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти, заслужений діяч науки і техніки України;

Ревенок О. А., доктор мед. наук, завідувач відділу наукових проблем судово-психіатричної експертизи залежних станів, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Судово-психіатрична експертиза»;

Прокопович Є. М., кандидат мед. наук, доцент кафедри психології Київського міського університету ім. Б. Д. Грінченка.

Онишко Ю. В.

Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї: Програма М42 циклу тематичного вдосконалення лікарів. – К.: ТОВ "К.І.С.", 2010. — 120 с.

ISBN 978-966-1568-36-4

УДК 343.54
ББК 67.408

Видання підготоване в рамках проекту "Удосконалення нормативної та методичної бази національної системи моніторингу випадків насильства над дітьми та в сім'ї", що реалізується Всеукраїнським громадським центром "Волонтер" за підтримки Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні (www.unicef.org.ua).

Координатор проекту
від Представництва Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні –
Андрій Гайдамашко.

Координатор проекту
від Всеукраїнського громадського центру «Волонтер» –
Тетяна Журавель.

- © Національна медична академія
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,
2010
- © ВГЦ «Волонтер», 2010
- © Представництво Дитячого фонду
ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, 2010
- © Фото на обкладинці
EU-UNICEF/Ukraine/2010

ISBN 978-966-1568-36-4

ЗМІСТ

I. Робоча навчальна програма циклу тематичного вдосконалення «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї» . . 6

- Пояснювальна записка 6
- Навчальний план циклу тематичного удосконалення
«Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства
в сім'ї» 10
- Курс 01: Організація психіатричної, психотерапевтичної та
психологічної допомоги жертвам насильства 11
- Курс 02: Основи лікувально-реабілітаційних заходів щодо жертв
насильства 32
- Курс 03: Психологічні аспекти та наслідки впливу ситуації
насильства на людину 48
- Курс 04: Психічні розлади та розлади поведінки, що виникають
у жертв насильства (у тому числі – дітей, в залежності від їх віку). . . 78
- Курс 05: Особливості перебігу психічних розладів та розладів
поведінки, які виникають у дітей – жертв насильства.
Ідентифікація дитини як жертви насильства. 90
- Курс 06: Втручання в ситуацію насильства. Алгоритм дій медичного
працівника при виявленні дитини–жертви насильства. Принципи
лікування та реабілітації психічних розладів та розладів поведінки,
що виникли у жертв насильства. 104

II. Рекомендована навчально-методична література 119

ВСТУПНЕ СЛОВО

На сьогодні українське суспільство визнає існування проблеми насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми, а також – необхідність здійснення комплексу систематизованих, послідовних кроків щодо удосконалення системи попередження та подолання цих явищ.

Прийнято ряд законодавчих актів, спрямованих на попередження насильства у сім'ї та над дітьми, в яких визначено, що основою діяльності має стати міжвідомча взаємодія, тобто спільна діяльність різних фахівців – держслужбовців, соціальних працівників, правоохоронців, освітян, медиків.

Але фахівці не завжди готові до виконання функцій, які покладає на них держава, часто – через нестачу спеціалізованої підготовки, яка допомогла б виявляти насильство на ранніх стадіях, вчасно ідентифікувати тих, хто від нього страждає, надавати якісну допомогу сім'ям та окремим їхнім членам, у першу чергу – дітям. З огляду на це, завдяки спільним зусиллям уряду, міжнародних та громадських організацій Постановою Верховної Ради України №817-V від 22 березня 2007 року були затверджені Рекомендації парламентських слухань «Сучасний стан та актуальні завдання у сфері попередження гендерного насильства», де серед низки необхідних заходів з метою вдосконалення системи попередження насильства у сім'ї, вказано про необхідність організації та проведення навчальних програм для різних категорій фахівців.

Зокрема, визначено необхідність внести до навчальних програм у закладах базової середньої та вищої медичної освіти, післядипломної освіти курси з питань попередження насильства в сім'ї та допомоги його жертвам для медичних працівників усіх спеціальностей. Адже саме лікар часто може стати першим, до кого звернеться жертва насильства, саме лікарі стикаються з наслідками насильницьких дій та легко можуть їх ідентифікувати, допомогти жертві порадою, скерувати для отримання професійної соціальної та юридичної допомоги до інших структур. Особливо великою є роль медика у разі, якщо жертвою насильства стала дитина, адже остання є беззахисною перед своїми батьками і не може себе захистити самостійно. Завдання лікаря у такій ситуації – сповістити відповідні структури про підозру щодо жорстокого поводження з дитиною, а отже, зберегти здоров'я дитини в подальшому, а можливо, навіть врятувати життя. Отже, лікар будь-якої спеціальності повинен мати навички ідентифікації жертв насильства, знати їхні потреби та особливості поведінки, вміти адресно скеровувати до фахівців, що зможуть надати комплексну допомогу. Також постає нагальна потреба підготовки фахівців з числа медиків, котрі будуть надавати жертвам насильства психологічну, психіатричну, психотерапевтичну допомогу, проводити медико-соціальні реабілітаційні заходи.

З огляду на цей факт, завданням проекту Всеукраїнського громадського центру «Волонтер», реалізованого за підтримки Представництва Дитячого

фонду ООН ЮНІСЕФ в Україні у 2008–2009 роках, стала розробка та сприяння упровадженню у практику підготовки лікарів навчально-методичних матеріалів з питань попередження, виявлення та допомоги жертвам насильства у сім'ї, зокрема дітям.

Ці навчально-методичні матеріали присвячено аналізу сучасного стану нормативно-правової бази стосовно надання медико-соціальної допомоги дорослим та дітям, які потерпають від насильства; загальним питанням віктимології; психологічним аспектам процесу віктимізації жертв насильства в сім'ї (у тому числі дітей); розкриттю алгоритму дій медичних працівників у випадках виявлення факту насильства над дітьми; індикаторам здійснення насильства над дитиною тощо.

Матеріали були апробовані під час проведення семінарів-тренінгів 2008 року в м. Києві та м. Запоріжжі, учасниками яких стали медичні працівники дитячих лікувальних закладів, а також дільничні педіатри районних поліклінік. У відповідь на побажання та зауваження медичних працівників, які брали участь у цих заходах, матеріали суттєво доопрацьовано.

Сподіваємось, що розроблені та апробовані в рамках проекту навчальні матеріали для медичних працівників з ідентифікації порушень здоров'я внаслідок насильства та здійснення медико-соціальної реабілітації жертв, у тому числі дітей, стануть у нагоді організаторам підготовки цієї категорії фахівців як у межах вищого навчального закладу, так і на семінарах-тренінгах, організованих зацікавленими у вирішенні проблеми громадськими та державними організаціями.

Координатор проекту, Журавель Т.В.

РОБОЧА НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО ВДОСКОНАЛЕННЯ «МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА ДІТЯМ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ НАСИЛЬСТВА В СІМ'І»

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Робоча навчальна програма з дисципліни «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї» є нормативним документом НМАПО імені П. Л. Шупика, який розроблено кафедрою управління охороною здоров'я та кафедрою дитячої, соціальної та судової психіатрії та наркології як програму тематичного удосконалення (ТУ).

Проблеми медичних та психологічних наслідків перебування людини в екстремальній ситуації, що загрожує життю та здоров'ю, належать до найбільш актуальних в умовах соціально-економічної нестабільності суспільства. Особливо це стосується дітей, для яких ситуації насильства в сім'ї є надзвичайно психотравматичними та мають серйозні наслідки як для соматичного, так і для психічного здоров'я.

Згідно з рішенням апаратної наради Міністерства охорони здоров'я України від 21 травня 2001 року, одним з пріоритетних напрямків наукових досліджень визначено «Психіатричну віктимологію» (психіатрична, психотерапевтична та психологічна допомога жертвам насильства). У листопаді 2001 року Верховною Радою України прийнято Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», ст. 9 якого передбачає створення мережі центрів медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї. Настала нагальна потреба підготовки фахівців, котрі у таких центрах будуть надавати жертвам насильства психіатричну, психотерапевтичну та психологічну допомогу, проводити медико-соціальні реабілітаційні заходи. Але не тільки фахівці зазначених центрів беруть участь у медико-соціальній допомозі жертвам насильства. Лікар будь-якої спеціальності повинен мати навички щодо ідентифікації жертви насильства, знати її потреби та особливості поведінки, уміти адресно скерувати її до фахівців. Стосовно дітей, такими навичками та знаннями повинні володіти усі лікарі-педіатри, до поля зору яких може потрапити потенційна або реальна дитина – жертва насильства.

Програму викладено як для лікарів – дитячих психіатрів та медичних психологів, так і для педіатрів широкого кола медичних спеціальностей.

Програму циклу побудовано за принципом створення окремих блоків-модулів, вона передбачає надбання та удосконалення теоретичних та практичних навичок ідентифікації наслідків насильства у дітей, встановлення нозологічного та синдромологічного діагнозів психічних розладів та розладів поведінки у дітей, постраждалих внаслідок насильства, правильного їх скерування до фахівців (психіатрів, психотерапевтів та медичних психологів), а для останніх – підбору оптимальних методів лікування цих розладів та реабілітації вказаного контингенту.

Підготовка курсантів проводиться з використанням різних форм навчання: лекції, семінари, практичні заняття.

Після закінчення циклу курсантам, які успішно склали іспит, видають посвідчення встановленого зразка.

Основною метою циклу ТУ «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї» є здобуття знань та навичок з організації та функціонування закладів медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї; з особливостей роботи з контингентом жертв насильства в сім'ї (у тому числі дітьми); ідентифікації дітей – жертв насильства, діагностики, лікування та реабілітації психічних та поведінкових розладів, що виникають у жертв насильства в сім'ї внаслідок негативного впливу стресової ситуації насильства.

Основні завдання циклу ТУ «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї»:

- здобути знання щодо основних складових державної системи медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї, нормативно-правового забезпечення її діяльності;
- ознайомитися з організаційними підходами до створення структурної одиниці зазначеної системи – центру медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї;
- усвідомити особливості психології цільового контингенту – жертв насильства в сім'ї (у тому числі дітей);
- здобути знання та навички ідентифікації, діагностики, лікування та реабілітації психічних та поведінкових розладів, що виникають у дітей – жертв насильства в сім'ї внаслідок негативного впливу стресової ситуації насильства.

Що повинні знати та уміти фахівці після проходження циклу ТУ «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї»:

- знати основні світові тенденції створення та функціонування служб допомоги жертвам насильства, а також реалії цього в Україні;
- знати базові документи національної нормативно-правової бази щодо організації та функціонування спеціалізованих медичних закладів медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї, уміти творчо їх застосовувати;
- виявляти основні чинники, що перешкоджають створенню та розвитку державної системи медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї, уміти впливати на них;
- усвідомити особливості психології цільового контингенту – жертв насильства в сім'ї (у тому числі дітей, залежно від їх віку);
- здобути знання та навички ідентифікації, діагностики, лікування та реабілітації психічних та поведінкових розладів, що виникають у жертв насильства в сім'ї внаслідок негативного впливу стресової ситуації насильства.

Кількість годин, відведених навчальним планом на вивчення дисципліни, становить 72 год., із них 24 год. – лекції, 24 год. – семінарські заняття, 20 год. – практичні заняття, 4 год. – підсумковий контроль.

Вивчення слухачами навчальної дисципліни «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї» завершується складанням екзамену.

ПРОГРАМА циклу тематичного удосконалення «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї»

Модуль 1. Організація психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги жертвам насильства. Організація служби допомоги жертвам насильства в Україні та за кордоном (в Росії, США, Канаді, Польщі та інших країнах). Міжнародні правові акти та законодавство України про попередження насильства та допомогу його жертвам, у тому числі дітям. Принципи організації та завдання служб попередження насильства в сім'ї та допомоги його жертвам. Принципи надання психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги дітям – жертвам насильства.

Модуль 2. Основи лікувально-реабілітаційних заходів щодо жертв насильства. Питання законодавчої бази психіатрії в Україні. Закон України «Про психіатричну допомогу». Закон України «Про попередження насильства в сім'ї». Правові аспекти огляду, експертизи та госпіталізації дітей, постраждалих внаслідок насильства. Стаціонарна та амбулаторна психіатрична, психотерапевтична та психологічна допомога дітям – жертвам насильства. Психіатричне освідчення та судово-психіатрична експертиза дітей, потерпілих внаслідок вчинення насильства.

Модуль 3. Психологічні аспекти та наслідки впливу ситуації насильства на людину. Основні терміни і поняття віктимології. Психологічні аспекти поняття «насильство» та поняття «жертва». Класифікації та типологія поведінки жертви. Передумови та основні чинники віктимізації (набуття статусу жертви). Експериментальні методи діагностики змін в структурі особистості, що зазнала насильства, показники та інтерпретація даних експериментально-психологічного дослідження. Використання батареї методик для комплексного психологічного обстеження жертв насильства.

Модуль 4. Психічні розлади та розлади поведінки, що виникають у жертв насильства (у тому числі дітей, залежно від їхнього віку). Класифікація психічних розладів та розладів поведінки у жертв насильства. Гостра реакція на стрес (F 43.0). Посттравматичний стресовий розлад (F 43.1). Гострі та транзиторні психотичні розлади (F 23). Розлади адаптації (депресивні, тривожні, поведінкові, змішані) (F 43.2). Тривожно-фобічні розлади (F 40, 41). Афективні розлади настрою. Депресивний епізод (F 32). Рекурентний депресивний розлад (F 33). Дисоціативні (конверсійні) розлади (F 44). Соматоформні розлади (F 45). Інші невротичні розлади (F 48). Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи (F 62.0). Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (F 10-F 19). Проблеми суїцидології.

Модуль 5. Особливості перебігу психічних розладів та розладів поведінки, які виникають у дітей – жертв насильства. Ідентифікація дитини як жертви насильства. Особливості психічних розладів та розладів поведінки, що виникли внаслідок насильства у дітей різних вікових категорій. Маркери насильства (фізичного, психологічного, сексуального, економічного). Особливості психічних розладів та розладів поведінки, що виникли внаслідок зґвалтування. Особливості психічних розладів та розладів поведінки, що виникли внаслідок тривалої ситуації насильства в сім'ї.

Модуль 6. Втручання в ситуацію насильства. Алгоритм дій медичного працівника при виявленні дитини – жертви насильства. Принципи лікування та реабілітації психічних розладів і розладів поведінки, що виникли у жертв насильства. Принципи побудови заходів втручання в ситуацію насильства над дитиною, алгоритм дій. Основи медикаментозного та психотерапевтичного лікування психічних розладів і розладів поведінки, що виникли у дітей – жертв насильства. Реабілітаційні та психокорекційні заходи, спрямовані на дитину, що зазнала насильства. Індивідуальна та групова психокорекційна та реабілітаційна робота.

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН циклу тематичного удосконалення «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї»

№ п/п	Код курсу	Назва курсу	Кількість годин			
			лекції	сем. зан.	практ. зан.	разом
1.	1.0	Організація психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги жертвам насильства	4	2	-	6
2.	2.0.	Основи лікувально-реабілітаційних заходів щодо жертв насильства.	2	2	-	4
3.	3.0.	Психологічні аспекти та наслідки впливу ситуації насильства на людину.	4	4	4	12
4.	4.0.	Психічні розлади та розлади поведінки, що виникають у жертв насильства (у тому числі дітей, залежно від їхнього віку).	8	10	8	26
5.	5.0.	Особливості перебігу психічних розладів та розладів поведінки, які виникають у дітей – жертв насильства. Ідентифікація дитини як жертви насильства.	4	2	2	8
6.	6.0.	Втручання в ситуацію насильства. Алгоритм дій медичного працівника при виявленні дитини – жертви насильства. Принципи лікування та реабілітації психічних розладів та розладів поведінки, що виникли у жертв насильства.	4	2	6	12
		Іспит		4		
УСЬОГО			24	28	20	72

ПЕРЕЛІК

практичних навичок, якими повинен володіти лікар або медичний психолог після закінчення циклу тематичного удосконалення «Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї»

1. Володіння основними засадами організації медико-психологічного забезпечення дітей – жертв насильства з психічними розладами та розладами поведінки.
2. Ідентифікація дитини як жертви насильства. Уміння спілкуватися з дитиною – жертвою насильства, збирати об'єктивну та допоміжну інформацію, визначати та інтерпретувати клінічні прояви психічних розладів та розладів поведінки, що виникли внаслідок насильства.
3. Надання медичної (психіатричної, психотерапевтичної) та психологічної допомоги дітям – жертвам насильства з психічними розладами та розладами поведінки.
4. Уміння складання індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми для дитини – жертви насильства в умовах стаціонарного та амбулаторного лікування.

Курс 01**НАЗВА КУРСУ: ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ,
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЖЕРТВАМ НАСИЛЬСТВА****ПЛАН**

- 1. Огляд систем допомоги жертвам насильства в інших країнах.**
- 2. Міжнародні правові акти та законодавство України про попередження насильства та допомогу його жертвам, в тому числі дітям.**
- 3. Принципи організації та завдання служб попередження насильства в сім'ї та допомоги його жертвам. Принципи надання психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги дітям – жертвам насильства.**

**1. Огляд систем допомоги жертвам насильства
в інших країнах**

У **США** рух жінок – жертв побиття, що сприяв створенню і поширенню притулків «сховищ для битих дружин», своїми коренями має жіночий рух кінця 60-х – початку 70-х років. 1978 р. було створено Національну коаліцію проти побутового насильства. На сьогодні в країні є понад 1500 притулків.

Перші медичні програми щодо проблем побутового насильства були створені у 1980 році. 1985 р. начальник медичного управління збройних сил США С. Еверетт Куп проголосив побутове насильство суспільною проблемою охорони здоров'я. Об'єднана комісія з акредитації медичних закладів прийняла нові норми щодо ідентифікації, оцінки і надання лікування дорослим жертвам побутового насильства. Ці норми ввійшли в силу в січні 1992 р. У березні того ж року Американська медична асоціація опублікувала посібник з діагностики та лікування у випадках побутового насильства і почала загальноамериканську кампанію боротьби з побутовим насильством.

До останнього часу дуже незначна кількість медичних шкіл США вносили у свої навчальні плани заняття з побутового насильства. У програмах навчання резидентів, навіть за спеціальностями, які зіштовхуються з великим числом жертв насильства, не було спеціального навчання щодо розпізнавання ознак побутового насильства і скерувань жертв до відповідних фахівців.

Тепер усе більше число медичних шкіл розглядає побутове насильство у своїх навчальних планах. Принципи такого навчання розробила група експертів, які провели конференцію «Насильство в сім'ї і навчання медичних працівників» в Оклагома-Сіті 1994 року. Навіть в Сполучених Штатах єдиних програм поки що немає. У резидентських програмах з акушерства і гінекології і з ургентної медицини вже проводиться навчання з проблем побутового насильства. Розділи з цієї тематики починають з'являтися у загальних і спеціальних медичних підручниках.

У **Великобританії** 1986 року були відкриті державні поліцейні центри допомоги жертвам зґвалтування. Близько 20 років тому було створено перший притулок для жертв побиття. Спочатку він був просто консультативним центром, потім отримав житлові приміщення. Також існують притулки-сховища, які фінансують як держава, так і приватні фонди. У цій країні є спеціальний центр допомоги Служба свідків Суду корони (СССК) («Crown Court Witness Service» – CCWS). У всіх регіонах країни програми цього центру виконують 36 представницьких центрів. Окрім цього, на території Королівського Союзу є 280 притулків для жінок – жертв сімейного насильства «Федерації допомоги жінкам» (ФДЖ) («Women's Aid Federation» (WAF(E)). Ця організація пропонує різноманітні програми з попередження насильства та реабілітації його жертв, у тому числі телефон довіри.

Подібні центри допомоги жінкам – жертвам насильства є і в **Німеччині** під назвою «Будинки для жінок» («Frauenhauser»).

У **Франції** є Національний інститут з питань допомоги жертвам насильства. Під його егідою створено мережу центрів та притулків.

Подібні служби та центри допомоги є не тільки в розвинених країнах Європи та Америки. Так, наприклад, спеціальні центри діють на Барбадосі, тут також є екстрений телефонний зв'язок для жінок – жертв побиття. У Венесуелі працює Венесуельська асоціація альтернативної статевої освіти – недержавна організація, яка допомагає жінкам. Комісії з питань жінок, які зазнали фізичного насильства та центри щодо надання їм допомоги є і в Аргентині. На Ямайці для надання допомоги жінкам у випадках зґвалтування, кровозмішання та побиття створено кризові центри. Уряд Гаїани створив притулки-сховища для жінок, що зазнали насильства, «гарячі лінії» телефонного зв'язку. На кошти неурядових організацій у Колумбії діють кілька притулків для жінок – жертв насильства. У цій країні 1989 року були також створені державні структури допомоги жертвам насильства – Комісії у справах сім'ї з попередження насильства та надання допомоги жінкам. Таких осередків є близько 100 і фінансує їх уряд Колумбії.

Звернення до **досвіду Канади** зумовлено тим, що ця країна – одна з провідних щодо боротьби з насильством. Близько тридцяти років там діє мережа служб, що допомагають жертвам сексуального та домашнього насильства – близько 400 кризових центрів і притулків. Саме у Канаді 1993 року вперше у світі було проведено національне опитування щодо проблеми насильства стосовно жінок, результати якого потім опублікували, що викликало широкий громадський резонанс. Канада є ініціатором Декларації ООН 1993 р. щодо викорінення насильства стосовно жінок та інших новацій у цій галузі. Але ще за двадцять років до того, 1973 року, у Канаді стався «суспільний вибух» – про насильство стали говорити відкрито в усіх верствах населення – чоловіки та жінки, парламентарі, члени різноманітних громадських організацій, журналісти, юристи. Поступово визріло розуміння необхідності наступного кроку – потрібно було переходити до практичної допомоги жертвам насильства.

Канадські кризові центри керуються в своїй роботі кількома правилами, які є ключовими в організаторському плані¹:

- конфіденційність;
- тренінги та супервізія;
- рівність і взаємоповага;
- демократія.

Послуги, що надають усі центри, повинні бути високоякісними, надійними та відбуватися в атмосфері довіри та розуміння ризику, який жертви насильства беруть на себе, говорячи правду. Всі консультанти відповідальні перед будь-якою особою, з якою вони проводять бесіду.

Основними формами допомоги жертвам насильства у канадських (рівно як і в американських) кризових центрах є:

- а) телефонне консультування (телефонна «лінія довіри»);
- б) очне консультування (психологічне, юридичне, з соціальних питань);
- в) соціально-психологічна підтримка:
 - 1) індивідуальна робота;
 - 2) групова робота (групи підтримки, групи підвищення самооцінки та самосвідомості);
- г) психотерапевтична, немедикаментозна психіатрична допомога;
- д) надання притулку (дистанціювання від агресора).

У США створено спеціалізовані медичні центри допомоги жертвам насильства. Це державні установи, що мають певну профілізацію. Як приклад можна навести основні принципи роботи Американського медичного центру для жертв сексуального насильства.

Перш за все необхідно відзначити, що медичний персонал таких центрів проходить спеціальне навчання з набуття спеціальних навичок роботи з жертвами сексуальних злочинів, куди входять деонтологічні та психологічні аспекти, уміння проводити бесіду на засадах неупередженого ставлення до них.

Необхідними умовами є окремі кабінети для бесіди з жертвами. Медсестрами-реєстраторами є лише жінки, які володіють психологічними навичками проведення бесіди. Головний принцип – показати постраждалій особі, що їй співчувають, розуміють, її готові вислухати і в той же час поважають її право на мовчання. Медичній сестрі необхідно утримуватись від того, щоб втішати жертву та заглажувати ситуацію, навпаки, потрібно намагатися витримати, зрозуміти та підтримати. Жертві надається право вільно висловлювати свої почуття: біль, горе, гнів.

Медсестра-реєстратор заповнює всі необхідні документи, наголошуючи жертві насильства, що всі вони суворо конфіденційні, що всі отримані відомості будуть зберігатися у суворій таємниці і можуть бути використані у поліційному відділку тільки за згодою самої жертви.

Уся документація жертви насильства має індивідуальний шифр.

Далі проводять повне медичне обстеження, для чого є спеціальний індивідуальний стерильний комплект. У ньому – шприци для взяття аналізу крові на ВІЛ-СНІД, сифіліс, інструменти для взяття сухої сперми гвалтівника, для

1 Ізраєлян Е. В., Забелина Т. Ю. Кризисный центр для женщин: опыт создания и работы. – Москва: «Преображение», 1998. – 245с.

взяття сперми з піхви або білизни, серветка з гребінцем для взяття волосся з лобка, якщо вони залишені гвалтівником, інструменти для взяття вагінального вмісту для виключення можливих захворювань, що передаються статевим шляхом. Це обстеження проводить лікар – акушер-гінеколог. Після обстеження лікар-гінеколог розповідає жертві про її стан, прописує медикаменти, куди входять препарати для профілактики можливої вагітності, а також захворювань, що передаються статевим шляхом, заспокійливі засоби. Усі ці медикаменти медсестра отримує у лікарняній аптеці безплатно та розповідає постраждалій особі, як правильно їх використовувати. Лікар попереджує її про необхідність повторних оглядів через два та шість тижнів після зґвалтування для виключення можливої вагітності, а також захворювань, що передаються статевим шляхом.

Усі матеріали обстеження (речові докази) складають у пакет та поміщують у сейф. Якщо постраждала особа бажає заявити у поліцію про те, що сталося, то за запитом поліції пакет з речовими доказами передають на судову експертизу.

Медична сестра за необхідності зв'язується з соціальними працівниками притулків або центрів з надання психологічної допомоги постраждалим від сексуального насильства. За бажанням жертви насильства вона може запросити родичів або викликати авто, щоб відвести постраждалу туди, куди вона попросить. Якщо психічний та емоційний стан жертви такий, що вона не може залишатися без нагляду, то їй надають лікарняне ліжко, на якому вона може перебувати кілька днів під наглядом фахівців.

У випадку, коли порушується кримінальна справа за фактом зґвалтування, медична сестра або хто-небудь із працівників центру можуть представляти інтереси жертви у суді².

Такі центри у своїй більшості створюють при багатопрофільних шпиталях, де є відділення невідкладної допомоги і, за своїм статусом, є закладами скоріше первинної допомоги, а не спеціалізованої – лікувально-реабілітаційної. У цьому джерелі є згадування, що у подальшому жертва насильства може бути скерована у центр з надання психологічної допомоги постраждалим від сексуального насильства, але джерел, де було б наведено організаційні принципи його діяльності, ми поки що не знайшли.

Взагалі, за даними літератури, відділення швидкої допомоги США та Канади несуть основний тягар як первинна ланка надання допомоги жертвам насильства.³ Таким чином, організаційна структура системи медичної допомоги жертвам насильства у США та Канаді має у своєму складі надання як екстреної, так і спеціалізованої медичної допомоги жертвам насильства.

2 Ізраєлян Е. В., Забелина Т. Ю. Кризисный центр для женщин: опыт создания и работы. – Москва: «Преображение», 1998. – 245 с.

3 Debbie M. The Impact of Domestic Violence on the Emergency Department. – California Hospital Emergency Departments, 1993. – 27 p.; Goldberg W. G., Tomlanovich M. C. Domestic violence victims in emergency department. JAMA. June 22/29, 1984. – P. 37–49; Вмешательства при бытовом насилии и профилактика бытового насилия. Программа подготовки для работников здравоохранения Американского международного союза здравоохранения // Мат. презентации программы. – Москва, 6–8 июля 1999 г. – 181 с.

Оскільки Україна прагне до інтеграції в європейську спільноту, нам видається цікавим розглянути **досвід Польщі** у подоланні насильства. У Варшаві є Інститут психології здоров'я, одним із структурних підрозділів якого є Студія попередження насильства в родині. Ця інституція була одним із засновників у 1996 році Загальнопольської підтримки для жертв насильства в родині «Небеска лінія» («Блакитна лінія»). До кінця 1997 року до «Небескої лінії» вступило понад 400 осіб і більше 50 інституцій та організацій. Система «Небескої лінії» передбачає комплексний підхід до проблеми насильства – тобто об'єднання зусиль правоохоронних органів, соціальних та медичних служб, кожна з котрих надає свій розділ допомоги, але між ними налагоджено зворотній зв'язок інформації про кожен випадок насильства⁴.

Зокрема, діяльність служби охорони здоров'я Польщі базується на засадах неодмінного впливу ситуації насильства на стан здоров'я жертви⁵. Відповідно, явище домашнього насильства внесене у перелік ситуацій, що потребують надання медичних послуг, оскільки:

- дуже часто воно супроводжується явними тілесними ушкодженнями;
- завжди наявні серйозні ушкодження психічного здоров'я.

Також необхідно зазначити, що, відповідно до «Закону про професію лікаря» (ст. 14), лікар звільняється від зберігання лікарської таємниці, якщо:

- внаслідок особливих норм зобов'язаний поінформувати органи влади про певні обставини;
- збереження таємниці може призвести до серйозної небезпеки для життя чи здоров'я особи, яка перебуває на лікуванні, або осіб з її оточення.

Організаційно програма виконується у вигляді створення коаліцій протидії насильству у місцевих громадах, тобто на засадах децентралізації. Предметом координації на місцевому рівні є співпраця служб соціальної допомоги, охорони здоров'я, психологічної допомоги, працівників освіти, поліції з неурядовими організаціями і змінними комісіями.

Таким чином, наші польські колеги розуміють необхідність надання жертвам насильства спеціалізованої допомоги як частини багатопрофільних заходів.

2. Міжнародні правові акти та законодавство України про попередження насильства та допомогу його жертвам

Протягом багатотисячолітньої історії у світі панував культ сили. Він був основою розуміння величі держави, оцінки історичної постаті, незалежної особистості. На ньому трималися імперії, їхня могутність. Історія народів часто подавалася як історія війн, а ствердження соціуму – здебільшого через силу та насильство. Водночас формувався погляд, що рух історії і розвиток у ній особистості фіксується через людський час і простір, через культуру у всьому

4 Переклади матеріалів Інституту психології здоров'я, Студії попередження насильства в родині (Варшава, Польща). – Winrock International, 1999. – 63 с.; Сасаль Х. Д. Блакитні карти. Процедура втручання поліції у випадки домашнього насильства. – Winrock International, 1999. – 39 с.

5 Сасаль Х. Д. Блакитні карти. Процедура втручання поліції у випадки домашнього насильства. – Winrock International, 1999. – 39 с.

їхньому діапазоні поза або поряд з насильством. Отже, проблема ненасильства і пошук реальних шляхів втілення ненасильницьких методів вирішення питань історично поставали завжди.

Сучасне людство прагне творити історію сучасності і майбуття на засадах переосмислення минулого бачення світу. У другій половині ХХ століття світове товариство дедалі більше звертається до широкого спектра самотворення, спираючись передусім на загальногуманістичні принципи та дії. Щонайболючішим у цьому є звільнення від насильства у всіх його проявах, у всьому діапазоні вмонтування в реальне життя. Цьому присвячені численні антинасильницькі концепції, цілий напрям у світовій політології, що вивчає проблеми миру і війни – ірекології, переосмислення філософії миру і чинників, що зумовлюють виникнення війн у сучасних умовах. Формується система поглядів на розвиток світової спільноти, його культури й цивілізованості на ненасильницьких засадах, з орієнтацією на новотворення правових та інших світових гарантій, ненасильницьких форм розв'язання реальних суперечностей.

Україна нині розвивається у контексті сучасної світової історії, потреб реформування та облаштування суспільного життя, атмосфери демократизації та гуманізації, панування пріоритету права як найважливішої форми упорядкування та осмислення світових, регіональних і країнових проблем, переосмислення людських цінностей і ролі особистості у соціальних перетвореннях і самотворенні власного життя. Україна здобула державну незалежність і свободу в епоху, коли нової якості набуває уся система людських цінностей.

В Україні система поліційних авторитарних інституцій, яка десятиліттями трималась на насильстві, зруйнована. Нова система, що формується, має відобразити новий простір власного саморозвитку особистості поза насильством над нею з боку політико-державних структур, ненасильницькі її орієнтири, участь у творенні й функціонуванні цих структур. Перед особистістю в українській реальності постали історичні завдання: творити себе в умовах свободи незалежної держави; в умовах існуючих старих стереотипів і реалій, коли насильство сприймалося і певною мірою ще сприймається як норма; самоформуватися на нових як національних, так і загальнолюдських принципах ненасильства. Цьому сприяє ознайомлення з міжнародними правовими нормами, досвідом народів, які здобули інтелектуальну свободу на кілька століть раніше.

Завдяки активним діям міжнародних організацій, передусім Організації Об'єднаних Націй, у другій половині ХХ століття суттєво розширилося уявлення про права людини, становище жінки в суспільстві, змінилося ставлення до насильства, до відповідальності за нього. В системі змін у ставленні до насильства, у творенні міжнародно-правових норм щодо його викорінення дедалі більшу роль відіграє запобігання всім видам насильства щодо жінок.

Значний вплив у формуванні гуманітарного, гендерного світогляду на розвиток ненасильницької ідеології в Україні, на осмислення процесів боротьби та попередження насильства щодо жінок мали міжнародні конференції, практика скликання яких Організацією Об'єднаних Націй стає новим механізмом міжнародного співробітництва. На багатьох конференціях, зокрема чотирьох всесвітніх конференціях з питань жінок, обговорювали проблеми

досягнення стійкого розвитку, визнання права на розвиток і взаємопідсилювального зв'язку між розвитком, демократією і повагою прав людини, прийняття нових всеохопних стратегій. Серед цих стратегій важливе місце посідає визнання поліпшення становища жінок як важливої умови досягнення прогресу в прагненні до Справедливості, Розвитку і Миру. Досягнутий на всесвітніх форумах консенсус з основоположних питань перекладається на мову нових міжнародних норм, угод і конкретних зобов'язань. Потім держави, що беруть в них участь, вносять ці норми до своїх національних пріоритетів.

Серед питань, які досить широко розглядали на міжнародних конференціях і які Україна розглядає у співпартнерстві з іншими країнами як стратегічно важливі у гуманізації та демократизації суспільства, є додання насильства щодо жінок. На це спрямоване і творення національного соціального та інших галузей права відповідно до міжнародного права.

Творення на демократичних засадах національного права згідно з сучасними досягненнями міжнародного права передбачає знання міжнародних актів, вміння опанувати, грамотно прочитати і вивчити їх, конкретно формулювати національні правові норми відповідно до міжнародних, тобто використання універсальних цінностей Миру, Солідарності, Справедливості і Свободи, протидія насильству, страху, гнобленню, всьому, що перешкоджає існуванню людини на порозі третього тисячоліття, потребує високої правової, державної і в цілому політичної культури.

Міжнародне право виходить з того, що насильство щодо жінок є:

- однією з перешкод на шляху досягнення Рівності, Розвитку й Миру;
- порушенням прав людини та основних свобод жінок;
- перешкодою використання прав і свобод;
- причиною і наслідком низького соціального і економічного статусу жінок.

Серед комплексу міжнародно-правових заходів, спрямованих на попередження та ліквідацію насильства щодо жінок значущими є такі:

- засудження насильства, що реально існує щодо жінок, та відмова від посилань урядів на різного роду звичаї, традиції, щоб ухилитися від виконання своїх обов'язків щодо його викорінення відповідно до Декларації про викорінення насильства щодо жінок;
- вжиття активних заходів для ратифікації або втілення усіх міжнародно-правових норм і документів з прав людини, що стосуються насильства щодо жінок, зокрема й тих, які містяться у Загальній декларації прав людини, Міжнародному пакті про громадянські та політичні права, Міжнародному пакті про економічні, соціальні та культурні права та у Конвенції проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або принизливих для гідності видів поведінки та покарання;
- здійснення Конвенції про ліквідацію усіх форм дискримінації щодо жінок з урахуванням усіх доповнень з питань попередження і викорінення насильства щодо жінок;

- сприяння проведенню активної гендерної політики з основних напрямів усіх стратегій і програм, що стосуються насильства щодо жінок;
- внесення у доповіді, які подають країни на виконання положень відповідних документів з прав людини Організації Об'єднаних Націй, інформації, що стосується насильства щодо жінок, і заходів, прийнятих з метою здійснення Декларації про викорінення насильства щодо жінок.

У зв'язку з проблемою насильства щодо жінок в ООН мають мандат Спеціальний доповідач з питань насильства щодо жінок, Спеціальний доповідач з тортур та Спеціальний доповідач з сумарних, несудових та свавільних катувань Комісії з прав людини. Такий підхід вартий, щоб його творчо осмислити щодо пошуку схожих форм у національних структурах України, модифікуючи до реальних умов національного державотворення і формування правової культури в суспільстві.

Запобігання усім формам насильства щодо жінок є складником уникнення порушення людських прав – права кожного/кожної на рівний захист перед законом і захист від дискримінації за ознакою статі; права не зазнавати жорстокого поводження, права на життя та фізичну недоторканність, права на найвищі стандарти фізичного та психологічного здоров'я.

Загальна декларація прав людини говорить: «Кожна людина повинна мати усі права і усі свободи... незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії...» (стаття 2), «Кожна людина має право на життя, свободу і на особисту недоторканність» (стаття 3), «Всі люди рівні перед законом і мають право на рівний захист від будь-якої дискримінації» (стаття 7). Ці основні міжнародно-правові норми знайшли свій розвиток в таких документах міжнародного значення, як Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, Європейська конвенція про захист прав людини і основних свобод, Декларація про право на розвиток та інших актах.

Міжнародно-правові акти з прав людини знайшли соціально-статеву конкретизацію в документах, прийнятих ООН та її структурами, спрямованих на захист жінки від усіх видів насильства щодо неї. Серед них Декларація про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, Декларація про викорінення насильства щодо жінок, Конвенція про боротьбу з торгівлею людьми та експлуатацією проституції третіми особами, Конвенція про рівну винагороду чоловіків і жінок за працю рівної цінності, Загальна декларація про рівне поводження та рівні можливості для працівників чоловіків та жінок, працівників з сімейними обов'язками, Конвенція про дискримінацію у сфері праці і зайнятості тощо. Майже усі документи Україна ратифікувала. Вони є важливим джерелом для законотворчості і контролю за додержанням людських прав жінки та запобігання насильству щодо неї в Україні.

Можна сподіватися, що з урахуванням досягнень міжнародного права буде розширено законодавство України на захист жінок від насильства, закріплено механізми його запобігання та відвернення. У системі цих механізмів має набути поширення створення кризових центрів допомоги жінкам, розвиток гендерної та правової освіти тощо.

Отже, міжнародне право з попередження та викорінення усіх форм насильства щодо жінок справляє значний вплив на становлення нинішньої концепції українського гендерного права. В Україні створено значною мірою законодавчу базу, яка забезпечує режим примату міжнародного права над національним законодавством. Проблемою запобігання насильству щодо жінок сьогодні залишається правозастосування та правоохорона прийнятих норм права. Без правових механізмів процесуального забезпечення реального втілення правових норм у життя жінка залишається незахищеною або слабозахищеною від насильства в усіх сферах соціального буття.

Сучасна Українська держава, яка визначила в своїй Конституції орієнтацію на творення себе як демократичної, соціальної і правової, зможе досягти цього, досягнувши міжнародного рівня знання проблеми і досконалого розроблення заходів найпрогресивніших форм перетворення. Міжнародне законодавство розраховане на проведення саме таких дій.

Наведені документи потребують ретельного вивчення з багатьох причин: глобалізація соціального життя у світовому просторі вимагає знання процесів світового розвитку і особливостей регіонів; орієнтація на вдосконалення національно-державної реальності й подолання консерватизму та традиціоналізму у свідомості та оцінках світових реалій і, зокрема, до оцінки насильства щодо жінок; залучення до активних дій у складі міжнародних структур боротьби з насильством представників від України; розвиток міжнародних зв'язків для об'єднання людських ресурсів та творення міжнародних механізмів у боротьбі з насильством, світових технологій додання насильства щодо жінок. Адаптація державних та громадських структур і їх методів у глобальних масштабах до потреб часу забезпечить існування у XXI столітті суспільства, що прагне до творення життя на засадах гуманізму і вирішення усіх суперечностей демократичними методами. Це відкриває для жінки і чоловіка соціальний простір партнерства у відносинах, паритетності у вирішенні проблем нового тисячоліття. Можна думати, що вибудова світосприйняття на світовій цивілізованій правовій основі вноситиме новий імпульс у творення нового правового змісту гендерних відносин. Нові гендерні відносини, що не припускають насильства як форми взаємовідносин і способу вирішення приватних, державних і суспільних питань мають уже сьогодні будуватися на правових засадах нового змісту, який передбачає додання стереотипів примітивної правової культури посттоталітарної доби, освоєння культури суспільно-правового життя перехідного періоду реформування, надбання нормативно-правової бази, напрацьованої в останнє десятиліття, й досягнень міжнародного права.

Хоча проблема насильства у сім'ї споконвічна, лише в останній час на неї звернули серйозну увагу. Про це свідчить обговорення та прийняття рішень з зазначених проблем на конгресах ООН з питань жінок, Всесвітній асамблеї з проблем старіння, а також Всесвітньої програми дій щодо інвалідів та Конвенції з прав дитини. В червні 1993 року на Всесвітній конференції з питань прав людини, що відбувалася у Відні, тему насильства в сім'ї вперше було висунуто на перший план.

Отже, якщо говорити про насильство у сім'ї, то складності отримання об'єктивної інформації пов'язані не тільки з наявністю або браком спеці-

альної звітності, але й з тим, як сама жертва сприймає те, що сталося з нею. Безперечно, частота проявів та форми насильства у сім'ї в різних країнах відрізняються. Однак не можна сказати, що такого явища, як насильство, не можна уникнути або попередити. Порівняльні огляди свідчать про розповсюдженість насильства, але вони ж підтверджують, що існують культури і суспільства, де воно мінімальне, та вказують шляхи його подолання та попередження.

Насильство в українській сім'ї

Правова система України є нащадком так званої соціалістичної правової системи, котра була спрямована не на встановлення і гарантії прав та інтересів громадянина(ки) (особи), а на захист суспільного та громадського ладу, тобто забезпечувала правову основу розвитку суспільства відповідно до матеріалістичних ідей вождів Радянського Союзу. Такий підхід не передбачав врегулювання немайнових відносин, які, як вважалося, якщо прямо не впливають на стабільність чинного ладу, то між громадянином(кою) (особою) та державою (суспільством) не потребують захисту.

Конституція незалежної України є недоопрацьованим документом, що не виконує покладених на нього завдань з установаження усіх прав людини. Вона не має прямих гарантій захисту від насильства взагалі, та насильства у сім'ї зокрема. Вміщуючи в собі загальні права людини та їхні гарантії, Конституція України виконує роль декларації, а не основного закону, що прямо гарантує належний захист від посягань на права людини, громадянина(ки), особи.

Саме поняття «насильство» використовується у багатьох нормативних актах, але жоден український юридичний документ не дає правового означення насильству взагалі. Треба зазначити, що означення насильства в сім'ї дає Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», але на практиці цей термін юристи трактують довільно, тобто виходячи з власного досвіду правника, тому примус дружини до вчинення або не вчинення дій методом погроз, психологічного впливу, шантажу – непрямими фізичними діями – може не підпадати під поняття «насильство», якщо такі дії прямо не передбачені кримінальним законодавством.

З метою визначення розуміння різними верствами нашого населення самого поняття «домашнє насильство», розуміння того, наскільки воно розповсюджене в Україні, експерти та соціологи Організації молодих християнських жінок України провели спеціальне дослідження.

Воно складалося з двох частин – робота експертної групи та опитування населення.

Для роботи в експертній групі запросили 9 осіб, які в своїй діяльності так чи інакше стикаються з домашнім насильством – чи сприяють запобіганню домашнього насильства, чи допомагають жертвам насильства, чи працюють над відповідними змінами в законодавстві України. Серед експертів були представники як державних, так і громадських організацій.

Опитування населення проводили у двох напрямках:

- опитування старшокласників (юнаки та дівчата 14–17 років, учні шкіл Києва та Київської області);

- опитування дорослого населення (жінки та чоловіки міст Києва, Миколаєва, Львова, Ужгорода, Первомайська, Хмельницького, Івано-Франківська).

Щоб визначити, який саме зміст вкладають люди у вираз «домашнє насильство» в анкету було внесено відкрите питання: «Які форми поведінки ви відносите до домашнього насильства?».

Виявилось, що 63 % опитаних відносить до домашнього насильства побиття та застосування фізичної сили, 35 % – примушення до сексу, 29 % – обмеження, 28 % – лайки, 25 % – образи, 23 % – приниження. А лише 9 % опитаних віднесли до поняття «домашнього насильства» економічний контроль, психічний тиск та ігнорування (Табл. 1.1).

Таблиця 1.1. Результати опитування щодо поняття «домашнє насильство»

<i>Види домашнього насильства</i>	Кількість респондентів, що вважають наведене поняття насильством (%)
Побиття та застосування фізичної сили	63
Примус до сексу	35
Обмеження	29
Лайки	28
Образи	25
Приниження	23
Примус	18
Погрози	15
Економічний контроль	9
Психологічний тиск	9
Ігнорування інтересів партнера	9

Ці дані показують, як самі люди розуміють, що таке домашнє насильство. Дослідників цікавило, наскільки збігаються погляди населення на домашнє насильство з розумінням цього поняття у світі. В цьому контексті розглянули відповіді респондентів. Їм було запропоновано список видів насильницької поведінки, з якою пов'язують поняття домашнього насильства міжнародні конвенції та декларації. 60 % опитаних вважають, що всі ці види поведінки є проявом насильства. При цьому побиття та інші види фізичного насильства – на першому місці (98 %). Серед видів психологічного насильства на першому місці – підкреслювання недоліків (91 %). А такі види психологічного насильства, як економічний контроль, примус до вибору та ігнорування третина опитаних взагалі не розглядає як насильство (Табл. 1.2).

Таблиця 1.2. Результати анкетування щодо переліку видів насильства, затверджених міжнародними організаціями

<i>Види поведінки</i>	Кількість респондентів, що вважає такі види поведінки насильством (%)
Побиття	98
Підкреслювання недоліків	91
Удар, штовхання	89
Примус до сексу	89
Лайки	86
Обмеження, заборона	80
Обмеження віросповідання	73
Економічний контроль	71
Примус до вибору	69
Ігнорування інтересів	61

В процесі анкетування виявилось, що підлітки ще більше ніж дорослі розрізняють фізичне та психологічне насильство. Приблизно 2/3 хлопців та дівчат не відносять до насильства брудні лайки, ігнорування. І приблизно 1/3 не вважає за насильство постійні приниження, заборону на спілкування, примус, економічний контроль.

Ще цікавіше те, що є великі розбіжності в розумінні того, що належить до насильства, між хлопчиками та дівчатами. Особливо це стосується психологічного насильства (Табл. 1.3).

Таблиця 1.3. Порівняння розуміння насильства дівчатами та хлопцями

Види насильницької поведінки	Розуміють як насильство	
	Дівчата (%)	Хлопці (%)
Побиття	93	88
Примус до сексу	94	84
Спроба вдарити	88	84
Примус	76	57
Постійні приниження	75	56
Заборона на спілкування	78	51
Зайва критика	69	61
Заборона керувати грошми	67	41
Конфлікти розв'язують криком	66	43
Брудні слова, лайки	35	33
Бойкот	37	25
Розповідь брутальних анекдотів	23	32

Таким чином, тепер, принаймні на рівні свідомості, розуміння того, які форми поведінки є насильством, у дівчат є ближчим до того, що під цим розуміється у міжнародних деклараціях та конвенціях, зокрема тих, що ратифікувала Україна.

Тільки половина опитаних хлопців вважають поведінку, пов'язану з приниженням, тиском та контролем, насильством щодо жінки. А відповідно, можна припустити, що для них це є прийнятною формою поведінки.

Значну увагу в наш час приділяють тому, щоб дівчата та жінки більше знали про насильство та про те, як себе захистити. Коли ж зважати на тенденції, виявлені в цьому дослідженні, то саме хлопчики мають стереотипне розуміння насильства тільки як фізичного насильства. Тому важливо приділити увагу участі хлопців та чоловіків у розв'язанні проблеми домашнього насильства, запровадити спеціальні інформаційні та освітні акції, спрямовані на зміну гендерних стереотипів щодо домашнього насильства.

Одним з основних питань, обговорюваних у процесі роботи експертної групи, було визначення головної проблеми подолання насильства щодо жінок взагалі та домашнього насильства зокрема. Було визначено 3 головних аспекти проблеми подолання домашнього насильства в Україні:

- зв'язок домашнього насильства з порушенням базових прав людини у сім'ї;
- немає єдиної державної позиції щодо домашнього насильства;
- немає у жертв домашнього насильства всебічної підтримки суспільства, насамперед законодавчої підтримки.

Група експертів обговорювала також ресурси, що має Україна для подолання домашнього насильства та чого ми потребуємо для того, щоб реалізувати превентивні стратегії подолання наслідків насильства.

В Україні є деякі зрушення, як у розумінні суспільством неприпустимості домашнього насильства та порушення прав людини у сім'ї, так і в залученні наукового потенціалу країни до інформаційних кампаній та наукових досліджень.

З іншого боку, нема програм психологічної підготовки до створювання партнерських стосунків у сім'ї, ставлення до себе як до особистості, системи державної та громадської підтримки жертв насильства, системи соціального патронажу сімей груп ризику.

Таким чином, експерти окреслили не тільки коло питань, що потребують розв'язання в контексті подолання домашнього насильства, шляхи виходу з кризової ситуації, але й наслідки байдужого ставлення суспільства до домашнього насильства як джерела агресивної поведінки представників різних верств населення.

Результати дослідження показали, що в суспільстві наявні традиційні стереотипи щодо ролі жінки та чоловіка в сім'ї та суспільстві (Табл. 1.4). Ці стереотипи поширені не тільки серед дорослого населення, але й серед підлітків. До них можна віднести думку про те, що єдина та головна місія жінки – це турбота про хазяйство, чоловіка та дітей. В цьому контексті жінка не повинна займатися своєю кар'єрою, розвиватися як професіонал, самореалізовуватися.

Таблиця 1.4. Порівняння ставлення дівчат та хлопчиків до ролі жінки та чоловіка

<i>Теза</i>	<i>Повністю згодні з цією тезою</i>	
	<i>Дівчата (%)</i>	<i>Хлопці (%)</i>
Домашнє господарство – справа жінки, а не чоловіка	21	70
Кар'єра заважає жінці бути хорошою жінкою та матір'ю	17	54
Чоловік мусить бути головою сім'ї та контролювати сімейне життя	32	76

Як не важко помітити з таблиці, 70,2 % хлопчиків вважають, що головні ролі жінки – це ролі «хазяйки» та «матері». Вони думають, що домашнє господарство та виховання дітей – це не чоловіча, а жіноча справа. 56,7 % хлопчиків вважають, що кар'єра заважає бути жінці турботливою жінкою та матір'ю, 76,1 % хлопчиків бачить чоловіка головою сім'ї, що має право контролювати все сімейне життя.

Дівчата з цього приводу мають іншу думку, що теж видно з табл. 1.4.

Таким чином, є великі розбіжності у поглядах не тільки дорослих людей, але й підлітків на сімейні стосунки, на жіночі та чоловічі ролі.

Закон України «Про попередження насильства в сім'ї»

15 листопада 2001 року Верховна Рада України у другому читанні прийняла Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», що визначає правові та організаційні основи запобігання такому видою насильства, органи та установи, на які покладено здійснення запобіжних заходів, а також допомоги його жертвам. Закон набрав чинності через три місяці з дня його опублікування, тобто з березня 2002 року.

У першій же статті Закону наведено означення термінів, у більшості яких особливу увагу звернено на те, що насильницькі дії спричиняють шкоду саме психічному здоров'ю людини. Тому ми вважаємо за доцільне провести ретельний огляд усіх положень Закону в межах нашої компетенції.

Отже, що стосується частини ст. 1 щодо сексуального насильства в сім'ї, то її формулювання досить розмите. Не подано будь-яких розмежувань поняття членів сім'ї (чоловік – дружина, діти, батьки або інші родичі, що проживають разом) та чіткого означення їхнього можливого «протиправного посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканність іншого члена сім'ї». На жаль, не викладено самого поняття «статевої недоторканності члена сім'ї». У випадках щодо дітей або інших родичів – це загалом зрозуміло, але що таке «статева недоторканність» дружини або чоловіка, якщо суб'єкти перебувають в офіційному шлюбі або фактично у шлюбних відносинах? Як діяти виконавцям цього Закону, якщо фізичного і/або психологічного насильства нема, а є лише економічне, тобто наявне «примушування жінки або чоловіка до статевого зв'язку природним чи неприродним способом особою, від якої жінка або чоловік є матеріально залежними» (ст. 154 ККУ).⁶

В той же час насильницькі дії сексуального характеру також можна трактувати як звужено, так і надзвичайно широко. У це поняття можна вкладати і пестоці та загравання, котрі не подобаються, і різні інцестні дії аж до скоєння карних злочинів, передбачених у Розділі IV (Злочини проти статевої свободи та статевої недоторканності особи) Кримінального кодексу України, а саме ст. 152–156.

На фоні досить серйозних вад цього Закону зовсім незначною похибкою здається використання пересічного виразу «діяти на психіку» в означенні поняття «психологічне насильство в сім'ї».

Ст. 3 Закону регламентує органи та установи, на які покладено здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї у межах наданих їм повноважень: це спеціально уповноважений орган виконавчої влади з питань попе-

⁶ Кримінальний кодекс України.

редження насильства в сім'ї; служба дільничної міліції; кримінальна міліція у справах дітей органів внутрішніх справ; органи опіки і піклування; спеціалізовані установи для жертв насильства в сім'ї, а саме – кризові центри для жертв насильства в сім'ї та членів родини, стосовно яких є реальна загроза вчинення насильницьких дій (далі кризові центри) та центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї.

Також у Законі зазначено, що органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, підприємства, установи та організації, незалежно від форм власності, об'єднання громадян, а також окремі громадяни можуть сприяти у здійсненні заходів з попередження насильства в сім'ї, тобто створювати осередки медичної, психологічної, соціальної, юридичної тощо допомоги жертвам насильства і провадити або сприяти заходам з попередження насильницьких дій.

У розділі 2, ст. 5–9 докладно наведено завдання та функції вищезазначених органів та установ. Усі дії спеціально уповноваженого органу виконавчої влади, передбачені Законом, – вироблення та реалізація державної політики щодо попередження насильства в сім'ї; визначення потреб регіонів у створенні спеціалізованих установ для жертв насильства в сім'ї; здійснення контролю за організацією та діяльністю таких спеціалізованих установ; збір та узагальнення даних щодо насильства в сім'ї; організація і проведення соціологічних, психологічних, кримінологічних досліджень щодо насильства в сім'ї; надання методичної та практичної допомоги, консультацій з питань попередження насильства в сім'ї; організація і провадження просвітницької діяльності серед населення; направлення жертв цього виду насильства до спеціалізованих установ тощо неможливі без урахування медико-психологічних аспектів, отже, мають проводитися за активної участі координатора з цих питань.

Ст. 8 регламентує діяльність кризових центрів, що створюють місцеві державні адміністрації, відповідно до соціальних потреб регіону. Визначення меж потреб регіону з надання такого виду допомоги населенню справа важка і відповідальна, адже насильство в сім'ї належить до латентної (прихованої) злочинності і не відповідає офіційним показникам.

Із цієї статті Закону випливає, що кризові центри не є медичними установами, а належать до соціальної служби, хоча й не заперечують можливості медико-психологічної допомоги жертвам насильства в сім'ї. Це зазначено у функціональних обов'язках працівників кризових центрів, котрі приймають осіб, які можуть стати або стали жертвами насильства в сім'ї та організують надання необхідної психологічної, педагогічної, медичної, юридичної допомоги такому контингенту. Також у статті передбачено надання притулку для тимчасового перебування членам родини, які можуть стати або стали жертвами насильства в сім'ї.

Низка серйозних запитань у нас, як у фахівців, виникає до розділу III Закону: «Спеціальні заходи з попередження насильства в сім'ї».

Ст. 10, п. 2, ст. 13 передбачають, що офіційне попередження про неприпустимість вчинення насильства в сім'ї та захисний припис може бути винесено осудній особі, яка на момент його винесення досягла 16-річного віку. За логікою, законодавця можна зрозуміти так: він мав на увазі винесення

офіційного попередження та захисного припису особі, яка б була визнана осудною, за умови проведення судово-психіатричної експертизи. Але, відповідно до п. 3 ст. 76 КПК України, «експертиза призначається обов'язково ... для визначення психічного стану підозрюваного або обвинуваченого при наявності в справі даних, які викликають сумнів щодо його осудності»⁷. А винесення офіційного попередження або захисного припису стосується особи, у діях якої поки що не було ознак кримінального злочину, отже, кримінальну справу на неї не відкрито і її не вважають ані підозрюваним, ані обвинувачуваним. Якими ж процесуальними діями у цьому випадку можна упевнитися в його осудності? Потреба ж у психіатричному освідченні сімейного агресора виникає досить часто і, як правило, він на нього не погоджується, перебуваючи під захистом «презумпції психічного здоров'я» Закону України «Про психіатричну допомогу».

Запитання для обговорення:

- *Які Ви знаєте приклади діяльності спеціалізованих установ для жертв насильства в сім'ї у нашій країні та за її кордонами?*
- *Як Ви розумієте відомчий розподіл спеціалізованих установ для жертв насильства в сім'ї на заклади соціальної і медичної служби? Чи вважаєте це за потрібне?*
- *Які законодавчі та нормативні акти, що забезпечують надання спеціалізованої допомоги жертвам насильства в сім'ї, Ви знаєте?*

3. Принципи організації та завдання служб попередження насильства в сім'ї та допомоги його жертвам.

Принципи надання психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги дітям – жертвам насильства.

В Україні на цей час існує низка державних і громадських організацій, що надають допомогу особам, які зазнали насильства в сім'ї. Оскільки переважна кількість проявів цього виду насильства має гендерне підґрунтя, більшість з них надають допомогу жінкам. Передусім це центри соціальних служб для сімей, дітей та молоді, установи, що підпорядковані управлінням у справах сім'ї та молоді, а також різноманітні заклади громадських організацій. На сьогодні в Україні створено багато різноманітних центрів соціально-психологічної допомоги. Метою діяльності цих закладів є надання психологічної, юридичної, інформаційно-консультативної, соціальної та іншої допомоги, а також, у разі потреби – надання тимчасового притулку жінкам і дітям, які потерпіли від насильства в сім'ї.

Однак зазначені організації та установи не надають спеціалізованої медичної допомоги. Практика реалізації Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» дала нам підстави вважати, що на рівні владних структур є проблема недооцінки потреби надання жертвам насильства спеціалізованої кваліфікованої психотерапевтичної та психіатричної допомоги. Водночас досліджен-

⁷ Кримінально-процесуальний кодекс України з постатейними матеріалами станом на 1 січня 2000 р. – К.: Юрінком Інтер. – 2000. – С. 34.

ня доводять, що більшість жертв насильства, у тому числі й діти, мають ознаки порушення психічного здоров'я різного ступеня (гостра реакція на стрес, пост-травматичний стресовий розлад, розлади адаптації, тривожно-фобічні та депресивні розлади тощо), адже вони неодмінно перенесли тяжку психічну травму. Такі розлади віднесено за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду до розділу V «Психічні розлади та розлади поведінки», тому **створювати систему медичної та психологічної допомоги жертвам насильства в сім'ї повинні лікарі-психіатри та медичні психологи**. Апеляція до досвіду інших країн, де цими розладами опікуються лише психологи, тут недоречна, адже є істотні розбіжності у навчальній підготовці психологів: вітчизняні психологи готуються у вишах гуманітарного спрямування (не медичних) і не мають права проводити заходи медичної практики. Підготовка медичних психологів (на базі медичних вишів) у нашій країні почалася нещодавно, 2006 року відбувся перший випуск психологічного факультету Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця, але їхня кількість не покриває потреб країни.

Отже, зважаючи на зазначене вище, нагальною потребою сьогодення є розвиток державної служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї.

Як відомо, охорона здоров'я та медична допомога належать до організованих систем (як єдині, цілісні та такі, що складаються з численних взаємопов'язаних елементів, структур, служб тощо). Відповідно, будь-які служби, що утворюються в галузі охорони здоров'я та медичної допомоги, також повинні мати всі ознаки та властивості системи і функціювати у вигляді підсистеми. У кожній системі є, як правило, два види компонентів: підсистеми та елементи. Відповідно, служба медико-соціальної допомоги жертвам насильства має бути підсистемою двох систем:

- системи охорони здоров'я та медичної допомоги нашої країни;
- багатовідомчої державної системи попередження насильства та допомоги його жертвам.

Якщо виходити з того, що головною метою системи охорони здоров'я є забезпечення саме здоров'я населення та його працездатності, то вторинною метою служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства має бути лікування та медико-соціальна реабілітація ЖДН, профілактика уражень та захворювань, що виникають внаслідок насильства. Таке формулювання повністю відповідає тим функціям, які повинна виконувати служба медико-соціальної допомоги ЖДН як підсистема багатовідомчої державної системи попередження насильства та допомоги його жертвам. Законодавство України передбачає, що в спеціалізованих медичних закладах особам, які постраждали від насильства, мають надавати первинну медико-санітарну і психологічну допомогу та окремі види психіатричної допомоги, а також проводити реабілітаційні та профілактичні заходи.

Міністерство охорони здоров'я України ще на початку нового століття зробило крок назустріч потребі суспільства у попередженні гендерного насильства та ліквідації його наслідків і рішенням апаратної наради «Науково-практичні проблеми соціальної психіатрії» від 21.05.2001 р. одним з пріоритетних напрямів науково-практичних досліджень з соціальної психіатрії задекларувало «Психіатричну віктимологію».

Виконуючи рішення цієї апаратної наради, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології (УНДІССПН) наприкінці 2001 року створив науковий підрозділ, котрий займався дослідженням психологічних та психіатричних проблем, що виникають у жертв насильства. Цей підрозділ було створено як сектор проблем агресології та віктимології відділу соціальної та екстремальної психіатрії. На засіданні вченої медичної ради інституту 7 листопада 2001 року було затверджено до виконання тему його науково-дослідної роботи – «Розробити систему організаційних, діагностичних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів щодо надання спеціалізованої психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги жертвам насильства».

За результатами зазначеної роботи розроблено підходи до надання медико-соціальної допомоги жертвам насильства, відпрацьовуються оптимальні шляхи її втілення. Наприкінці 2003 р. до МОЗ України було подано пропозиції, в результаті опрацювання яких Міністерство видало наказ № 38 від 23 січня 2004 року «Про затвердження заходів щодо виконання Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» та Примірною положення про центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї».

На нашу думку, найважливішим завданням була організація центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї згідно зі ст. 9 Закону України «Про попередження насильства в сім'ї». Відповідальними за його реалізацію були органи охорони здоров'я адміністративних територій. На цей час в Україні створено декілька таких центрів на базі психіатричних та наркологічних закладів, з них – жодного спеціалізованого для дітей.

Аналіз стану виконання наказу МОЗ України за № 38 від 23.01.2004 р. «Про затвердження заходів виконання Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» та Примірною положення про центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї» підтверджує низьку виконавчу дисципліну щодо виконання нормативних документів центральних органів виконавчої влади, нестачу коштів, а також виявляє нерозуміння важливості створення таких медичних установ, намагання представити досягнення соціальних служб у питанні подолання насильства в сім'ї як досягнення медичної служби, доводить упереджене ставлення населення до установ психіатричної служби.

На нашу думку, пояснень цьому є декілька.

Перше – саме формулювання Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» у частині статті 16 «Джерела фінансування органів, на які покладається здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї, і спеціальних установ для жертв насильства в сім'ї», а саме – «фінансування органів та установ з попередження насильства в сім'ї, які належать до системи органів виконавчої влади чи органів місцевого самоврядування, здійснюється за рахунок коштів бюджету відповідного рівня», а у статті 5 зазначається, що кількість таких установ визначається потребами регіону. Таким чином, на перший план постає розуміння або нерозуміння проблем жертв насильства тими особами, котрі повинні приймати відповідні рішення і, як наслідок, – прийняття або неприйняття ними рішення щодо створення центрів медико-соціальної реабілітації та виділення на це коштів з місцевих бюджетів.

Ми наголошуємо на тому, що допомогу жертвам насильства в сім'ї можна фінансувати тільки з бюджету та позабюджетних програм неурядових організацій (як додаткового джерела), її комерціалізація або самофінансування неможливі навіть з морально-етичних причин. Фактор «економічного тягаря» цього виду допомоги перешкоджає створенню відповідних установ, адже навіть приміщення, яке займе такий центр, не принесе прибутку, на відміну від надання його в оренду. Керівникам медичної служби в сучасних умовах важко побачити перспективу того, що на державному рівні може бути отримано суттєву економію коштів за рахунок скорочення днів непрацездатності, запобігання інвалідності та хроніфікації як психічних, так і соматичних захворювань, що виникають внаслідок насильства.

З опублікованих видатків центральних та місцевих бюджетів відомо, що коштів на медицину виділяють у край мало, галузь охорони психічного здоров'я не є пріоритетною ані в центрі, ані в регіонах, тому створення будь-яких нових структурних одиниць, які до того ж не можуть самостійно себе забезпечити, у сучасних умовах є занадто проблематичним.

Виходячи з наведеного матеріалу, основними проблемами сучасного етапу організації служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї слід вважати:

- нерозуміння потреби організації спеціалізованих медичних закладів для жертв насильства в сім'ї відповідальними особами, які повинні приймати відповідні рішення;
- низьку виконавчу дисципліну стосовно нормативних документів центральних органів виконавчої влади;
- брак коштів у місцевих бюджетах, фактор «економічного тягаря» спеціалізованих медичних установ для жертв насильства в сім'ї;
- стигматизацію психіатричних лікувально-профілактичних закладів, у яких передбачається надання медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї.

NB! Було б добре, якщо б усі ці проблеми назвали самі слухачі курсу в процесі обговорення, та запропонували варіанти виходу із ситуації, що склалася.

На нашу думку, можливим виходом із ситуації, що склалася, може бути розроблення та здійснення Кабінетом Міністрів України Національної програми протидії насильству в сім'ї з відповідним централізованим фінансуванням, що б забезпечило функціонування у кожному регіоні України служб медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї із внесенням відповідних змін до Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» у частині фінансово-матеріального забезпечення діяльності органів і установ, що здійснюють заходи з попередження насильства в сім'ї та надають допомогу його жертвам.

Отже, необхідним залишається розвиток державної служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї та забезпечення її діяльності шляхом:

- розвитку мережі центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї на засадах дестигматизації, конфіденційності, захисту прав постраждалих, міжвідомчої взаємодії;
- внесення до Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» змін у частині фінансового забезпечення діяльності спеціалізованих установ та можливості різноманіття форм закладів, де таку спеціалізовану допомогу жертвам насильства в сім'ї надають;
- нормативного забезпечення діяльності первинної ланки медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї та можливості встановлення шкоди здоров'ю (при зверненні до відділень швидкої допомоги, травмпунктів, поліклінічних відділень, сімейних лікарів та педіатрів, бюро судово-медичної експертизи тощо);
- створення центральної установи з організаційно-методичного та наукового забезпечення державної служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї;
- проведення семінарів-тренінгів для осіб, які приймають рішення, з метою підвищення усвідомлення ними важливості здійснення заходів з медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї.

Надання психіатричної, психотерапевтичної та психологічної допомоги дітям – жертвам насильства повинно бути імplementованим в державну систему надання медико-соціальної допомоги жертвам насильства, але має бути максимально наближеним до потреб дитини – жертви насильства. Єдиний нормативний документ МОЗ України, який повністю відповідає цим принципам – це Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки.

Ще в 1999 році Консультація ВООЗ з попередження жорстокого поводження з дітьми прийняла таке робоче означення [Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29–31 March 1999, WHO, Geneva // Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1). – 21p.]: «Жорстоке або погане поводження з дітьми охоплює всі форми фізичного та/або емоційного поганого поводження, сексуальних зловживань, зневаги або байдужого ставлення та комерційної або іншої експлуатації, що призводить до безпосередньої або потенційної шкоди здоров'ю, тривалості життя, розвитку або гідності дитини в контексті зв'язку з відповідальністю, довірою або владою». Тому, пункт 1 розділу IV Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки – «Здоров'я дітей і молоді» [Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Офіційне видання / Під ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2002. – 88 с.] ми схильні трактувати як передумову створення належних умов для зміцнення фізичного, психічного та соціально-го добробуту і для тих дітей і підлітків, які зазнали насильства в сім'ї.

Пункт 5 цього ж розділу Програми передбачає визначити і впровадити нові підходи до організації профілактичних оглядів та диспансерного нагляду за дітьми і підлітками, реалізації ефективних скринінгових програм виявлення найпоширенішої патології у дітей і підлітків, превентивних діагностичних технологій [Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Офіційне видання / Під ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2002. – 88 с.].

Також про необхідність створення скрінінгових програм тестування здоров'я як невіддільного елемента системи медико-профілактичних заходів (звернувши особливу увагу на дітей із груп ризику та з малозабезпечених і неблагополучних сімей) говорить пункт 5 розділу XIX Програми «Формування здорового способу життя» [Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Офіційне видання / Під ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2002. – 88 с.]. Подібно до створення скрінінгових програм для жінок, ми вважаємо за доцільне ввести до дитячих скрінінгових та моніторингових програм інформаційні блоки, що стосуються насильства над дітьми та підлітками. Також слушним нам здається поступовий перехід до системи медичної допомоги дітям за принципом лікаря загальної практики, що передбачено пунктом 6 цього розділу Програми. Звісно, такий фахівець повинен володіти спеціальними знаннями та навичками для надання допомоги дітям – жертвам насильства.

Розділ XVI Програми «Скорочення поширеності психічних розладів, самогубств, алкоголізму та наркоманії» у пункті 7 передбачає забезпечення надання належної медико-психологічної допомоги дітям та підліткам з граничними психічними розладами [Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Офіційне видання / Під ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2002. – 88 с.]. Численні дослідження свідчать про широке коло психопатологічних розладів, порушень розвитку, емоційних, пізнавальних розладів як наслідків жорстокого поводження з дітьми [Signo K., Burke P. Listening to parents: The lay view of services for families with learning disabilities // V European Conference on Child Abuse and Neglect. – 1995. P. 13; Green A. H. Psychopathology of abused children // J. American Academy Child Psychiatry. – 1978. – N 17. – P. 92–103]. Тому виконання цього пункту Програми буде неповним без урахування необхідності надання спеціалізованої допомоги дітям та підліткам – жертвам насильства в сім'ї.

У визначенні та впровадженні нових підходів до створення системи медико-соціального патронажу сім'ї 7-м пунктом розділу IV Програми передбачено інтеграцію соціальної та педіатричної допомоги дітям [Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Офіційне видання / Під ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2002. – 88 с.]. У цьому випадку Програма знову поєднується з Законом України «Про попередження насильства в сім'ї», у розділі II якого йдеться про органи та установи, на які покладено здійснення заходів з попередження насильства в сім'ї (у тому числі щодо дітей) – органи опіки та піклування, кризові центри, центри медико-соціальної реабілітації, тобто спостерігається подібна інтеграція соціальної та медичної допомоги. За умови координованих зусиль цих служб на місцевому та регіональному рівнях система медико-соціального патронажу сім'ї має охопити також контингент дітей – жертв насильства в сім'ї.

На нашу думку, складовою частиною первинної ланки допомоги дітям і підліткам – жертвам домашнього насильства можуть стати клініки, «дружні до молоді», та лікарні, «доброзичливі до дитини», функціонування котрих передбачено пунктом 17 цього ж розділу Програми [Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Офіційне видання / Під ред. В. Ф. Москаленка. – К., 2002. – 88 с.] за умови спеціальної підготовки їхнього

персоналу. Це стосується і обласних дитячих лікувально-профілактичних закладів (пункт 18 Програми), що обслуговують дітей сільської місцевості.

Запитання для обговорення:

- *Які проблеми організації служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї Ви виявили під час опрацювання цього матеріалу?*
- *Які, на Вашу думку, є варіанти виходу з ситуації, що склалася?*
- *Які пропозиції до зміни чинного законодавства Ви можете запропонувати?*

Курс 02

НАЗВА КУРСУ: ОСНОВИ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ЩОДО ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА

Законом України «Про попередження насильства в сім'ї» (далі Закон) передбачено створення державної системи спеціалізованих закладів допомоги жертвам насильства, у тому числі й дітям. Однак Закон не передбачає створення первинної ланки медичної допомоги жертвам насильства в сім'ї, тому що апріорі вважається, що таку допомогу повинен надавати лікар будь-якої медичної спеціальності незалежно від того, до якого фахівця може звернутися жертва насильства. Втім лікарі під час свого навчання у вищих навчальних закладах медичної освіти, а також у вищих навчальних закладах медичної післядипломної освіти не здобувають відповідних знань. Цей курс присвячено висвітленню проблем організації первинної медичної допомоги жертвам насильства в сім'ї (насамперед дітям).

Ст. 9 Закону передбачає створення центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї, в яких мають надавати медичну (психологічну, психотерапевтичну та психіатричну) допомогу жертвам у вигляді їхньої реабілітації. На жаль, є низка проблем, що перешкоджають розвитку мережі спеціалізованої медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї. Цей курс також присвячено основним напрямкам створення та функціонування медичних спеціалізованих закладів із позицій оптимального врахування особливостей цього контингенту пацієнтів.

ПЛАН

1. **Стаття 9 Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» як передумова створення моделі служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства;**
2. **Первинна ланка надання медико-соціальної допомоги жертвам насильства;**
3. **Ланка спеціалізованої медико-соціальної допомоги жертвам насильства.**

1. Стаття 9 Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» як передумова створення моделі служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства

У ст. 9 мова йде про центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї, тому зміст її слід ретельно проаналізувати.

П. 1 статті говорить, що центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї створюються відповідно до законодавства, і саме як заклади охорони здоров'я, таким чином, це мають бути лікувально-профілактичні заклади в структурі Міністерства охорони здоров'я України.

У п. 2 зазначено, що до цих центрів «поміщаються» жертви насильства в сім'ї (за їхньої згоди або на їхнє прохання), отже, такі заклади передбачено як стаціонарні. Відповідно до Закону, направляти до центрів осіб, які зазнали насильства в сім'ї, можуть як представники спеціально уповноваженого органу виконавчої влади, так і служб дільничних інспекторів міліції та кримінальної міліції у справах неповнолітніх (ст. 5, 6), а також працівники кризових центрів у межах організації надання медичної допомоги (ст. 8). Не заперечується також можливість самостійного звернення жертви по медичну допомогу. Оскільки більшість звернень передбачається з ініціативи не медичних працівників, цілком логічним є розв'язання питання щодо госпіталізації жертв насильства та призначення їм лікувальних і реабілітаційних заходів на підставі рішення медичної комісії центру, що й передбачено п. 2, 3 ст. 9.

У п. 4 наведено функціональні обов'язки працівників центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї. Вони мають надавати жертвам насильства в сім'ї первинну медико-санітарну і психологічну допомогу, окремі види психіатричної допомоги на підставах та в порядку, передбаченому Законом України «Про психіатричну допомогу», іншими законами; а за необхідності направляють жертв насильства в сім'ї для відповідного подальшого лікування; організують надання їм юридичних консультацій; повідомляють про вчинення насильства в сім'ї службу дільничних інспекторів міліції або кримінальну міліцію у справах неповнолітніх; надають інформацію з питань попередження насильства в сім'ї на запит уповноважених органів.

Таким чином, у центрі передусім мають надавати невідкладну психіатричну і психологічну, а також лікувальну та реабілітаційну допомогу. Оскільки вчинення актів насильства часто поєднано з завданням тілесних ушкоджень та іншої шкоди здоров'ю, персонал, звісно, повинен володіти навичками надання первинної медико-санітарної допомоги, а центр повинен мати дієвий оперативний зв'язок з установами різних медичних спеціальностей для надання жертвам насильства спеціалізованої медичної допомоги. Надавати такий вид допомоги саме в центрах з відповідним розгортанням певних відділень (наприклад, хірургічного, травматологічного, гінекологічного тощо) не доцільно.

Цілком ймовірно, що у процесі побудови та початку функціонування служби допомоги жертвам насильства в сім'ї, постане проблема паралельного існування закладів соціального та медичного плану з подібними функці-

ями і для уникнення цього вбачається доцільним створення єдиної медико-соціальної структури територіального рівня.

Наприклад, в одному районі міста існують районна служба у справах сім'ї та молоді і районне територіальне медичне об'єднання. Отже, перша служба може утворити кризовий центр, а друга – центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї. Тоді працівники обох центрів можуть, за погодженням, мати робочі години в обох закладах – кожний за своїм напрямком діяльності згідно з графіком, а керівники обох центрів при цьому є координаторами своїх служб у районному спеціально уповноваженому органі виконавчої влади з питань попередження насильства в сім'ї, де такими ж координаторами є представники органів правопорядку та опіки і піклування.

Запитання до обговорення:

- *Які, на Вашу думку, положення ст. 9 Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» відповідають потребам служби медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї? Які не відповідають? Що б Ви додали до неї?*
- *Які компоненти системи медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї Ви знаєте?*
- *Чи є система медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї підсистемою якоїсь іншої системи? Якої саме?*
- *Якими є функції та завдання Центрального науково-методичного кабінету?*

2. Первинна ланка надання медико-соціальної допомоги жертвам насильства

Розглядаючи внутрішні властивості первинної ланки медико-соціальної допомоги жертвам насильства як підсистеми загальної служби, можна їх охарактеризувати таким важливим аспектом системного підходу, як системно-компонентний. Як вже зазначено вище, сюди належать ті компоненти системи охорони здоров'я, які виконують певні завдання первинної ланки медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї, а саме – заклади системи охорони здоров'я, до яких переважно вперше звертаються особи, що зазнали насильства: заклади медичної допомоги дітям та підліткам, що найчастіше виявляють наслідки насильницького поводження з дітьми; заклади сімейної медицини; заклади медичної швидкої та невідкладної допомоги – першими реагують на випадки насильства та надають невідкладну допомогу його жертвам, у тому числі дітям; заклади психіатричної допомоги, де зазвичай концентруються випадки тяжких наслідків для психічного здоров'я жертв; інші лікувально-профілактичні заклади (поліклінічні або стаціонарні) – адже жертва насильства може звернутися у будь-який з них, виходячи з переважної патології (наприклад, внаслідок сильного удару в ділянку ока жертва може звернутися до офтальмолога), тому в кожному з них повинен бути обізнаний з проблемою сімейного насильства фахівець.

До специфічних належать різноманітна але взаємопов'язана група компонентів, котрі дійсно мають характерні ознаки розглядуваної служби.

Медичний працівник – основний компонент первинної ланки медико-соціальної допомоги жертвам насильства. Залежно від наявності наведених вище компонентів медичний працівник – лікар – може бути будь-якої спеціальності. Лікарі – педіатри, лікарі амбулаторно-поліклінічної служби, сімейної медицини, акушери-гінекологи, хірурги тощо повинні бути обізнаними з проблемами насильства, вміти розпізнавати жертв, спілкуватися з ними, надавати їм первинну допомогу та скеровувати до фахівців спеціалізованих закладів.

Найчастіше діти – жертви насильства в сім'ї потрапляють на прийом до лікарів-педіатрів хірургічних і терапевтичних спеціальностей, оскільки насильство (особливо фізичне) має такі наслідки, де медична допомога стає неминучою. Тому необхідно розглянути, наскільки готові як власне жертви насильства, так і лікарі, котрі надають їм допомогу, до «терапевтичної співпраці».

Зазвичай діти, які зазнали насильства, на прийомі у лікаря уникають викриття факту насильства. Першою причиною, як не дивно, є любов до своїх батьків, навіть до тих, що чинять насильство. Друга за частотою причина – сором, адже у суспільстві досі вважається, що «вносити сміття з хати» соромно. Третя важлива причина – присутність поруч самого образника. Пізніше ми докладно про це поговоримо, а поки – як може поводитися маленький пацієнт. Наприклад, якщо дитина – жертва насильства потрапила до лікаря-хірурга з приводу тілесних ушкоджень, вона може заявити, що впала, дістала травму під час виконання побутових справ, ігор, спортивних змагань тощо. До офтальмологів звертаються такі пацієнти з відшаруванням сітківки та переломами орбіти, до отолярингологів і щелепно-лицевих хірургів – з лицевими ранами і переломами. Нейрохірурги залучаються до медичної допомоги у випадках важких травм голови, таких як переломи кісток черепа, субдуральні і епідуральні гематоми, травми спинного мозку. Гастроентерологи спостерігають багато пацієнтів з «функціональними» шлунково-кишковими розладами, не підозрюючи, що такі прояви можуть бути у жертв фізичного або сексуального насильства. Теж саме стосується старших дівчат, що звертаються до гінекологів з хронічними болями в ділянці тазу та статевих органів.

Як показало дослідження взаємовідносин лікаря та пацієнта у відділеннях швидкої допомоги у Каліфорнії (США)⁸, найсуттєвішою перешкодою для виявлення факту насильства в сім'ї є небажання самої жертви говорити на цю тему. Вона добровільно не розповідає або у багатьох випадках приховує факт насильства. Ці результати слід сприйняти як суперечні повідомленням в медичній літературі про те, ніби жертви насильства очікують, що лікарі ставитимуть їм питання щодо жорстокого поводження і вони охоче відповідатимуть, якщо питання ставлять із співчуттям і без упередження.⁹

Цьому є низка пояснень, отриманих від самих жертв:

8 Debbie M. The Impact of Domestic Violence on the Emergency Department. – California Hospital Emergency Departments, 1993. – 27 p.

9 Вмешательства при бытовом насилии и профилактика бытового насилия. Программа подготовки для работников здравоохранения Американского международного союза здравоохранения // Мат. презентации программы. – Москва, 6–8 июля 1999 г. – 181 с.

- вважає, що її травми не надто серйозні, щоб говорити про справжню причину;
- думає, що робить погано, надаючи інформацію про вчинене проти неї насильство;
- не розуміє, що її фізичні симптоми пов'язані зі стресом внаслідок життя в атмосфері насильства;
- їй здається, що лікарю і так бракує часу, щоб займатися його своїми розповідями про особисте;
- вона вже намагалася сказати лікарю про насильство під час попереднього візиту, але лікар не вислухав її або поставився байдуже;
- не вірить, що лікар їй у цьому питанні зможе допомогти;
- говорила про це іншому лікарю і той їй сказав, що медики не займаються проблемами насильства;
- не знає, що лікар може дати їй інформацію про організації, де їй допоможуть;
- вона може бути на прийомі у лікаря у супроводі свого насильника;
- просто не знає про принцип конфіденційності інформації;
- попереджена насильником, що вона або інші члени сім'ї зазнають жорстокої розправи, якщо факт насильства буде розголошено;
- думає, що у спалаху насильства винна сама через те, що чимось не догодила своєму партнеру;
- вважає, що заслуговує такого поводження;
- їй здається, що вона не заслуговує на допомогу тощо.

Така поведінка жертви насильства цілком закономірна, оскільки перш за все у неї страждає самоповага та самооцінка, вона відчуває страх, тривогу та інші ознаки синдрому «набутої безпорадності».

Є низка факторів, які перешкоджають ефективному втручанню лікаря у проблему насильства. Стосовно випадків насильства в сім'ї, вважається, що більшість звернень до лікаря з цього приводу відбувається не в результаті очевидної травми, а пов'язані скоріше з цілою низкою скарг або хвороб, викликаних стресом. На перший погляд, лікарі загальномедичних спеціальностей перебувають у найсприятливішому положенні для того, щоб виявити факт насильства та запропонувати його жертві інформацію про доступну допомогу. На жаль, це не так. Проведені дослідження¹⁰ та практика доводять, що, навіть маючи відомості про причину травми або хвороби, більшість лікарів не реагують на факт насильства.

На заваді можуть стати: власна необізнаність з проблемою насильства, відчуття власної безпорадності у наданні повноцінної допомоги, острах образити пацієнта, почуття подібності до пацієнта, «чоловіча солідарність», «психологічно зрозуміла» поведінка жертви, неможливість контролю ситуації та брак часу.

¹⁰ Sugg N.K., Inui T. Primary care physicians response to domestic violence. – JAMA. June, 17, 1992. – 16 p.

Власна необізнаність з проблемою насильства. Лікарі більшості загально-медичних спеціальностей визнають свою необізнаність з проблемою насильства у суспільстві, не знають установ, куди можна поради звернутися жертві насильства; протягом свого навчання як у виші, так і на курсах післядипломної освіти не здобували відповідних знань. Можна сказати, що у своїй необізнаності вони подібні до інших пересічних громадян, серед яких знаходяться і жертви насильства.

Відчуття власної безпорадності. Таке відчуття впливає з попередньої проблеми та усвідомлення її складності, багатофакторності та своєї нездатності «виправити ситуацію» або хоча б змінити її на краще.

Острах образити пацієнта. Насильство, особливо в сім'ї, належить до розряду дуже особистих і болючих тем при спілкуванні взагалі. Острах образити пацієнта є однією з вагомих емоційних перешкод для надання допомоги жертві насильства. Це обумовлено дискомфортом лікаря при зачіпанні питань, що у суспільстві прийнято вважати суто особистими. Лікар перебуває у незвичному для себе становищі неясності щодо того, як пацієнт поставиться до питань, що стосуватимуться факту насильства. Лікар може вважати, що, коли він навіть здалеку спробує заторгнути питання про насильство, пацієнт буде ображений можливими висновками, зрозуміє це як зрадливість довіри до нього і це похитне стосунки між лікарем і пацієнтом. Створюється враження, що констатація факту насильства рівносильне «обвинуваченню» одного з подружжя у застосуванні насильства стосовно іншого, тобто має юридичне підґрунтя, на що лікарі вважають себе неправоможними.

Почуття подібності до пацієнта. Часто лікарі ідентифікують себе з пацієнтами. У суспільстві є досить живучий міф щодо насильства в сім'ї, що воно наявне лише у сім'ях маргінальної групи: низького соціального статусу та матеріального достатку, де є соціальні хвороби (алкоголізм, наркоманія) та кримінальні традиції. Тому лікарі вважають, що коли вони виховувались у нормальних сім'ях, із середніми матеріально-побутовими умовами, у яких не практикували насильницьку поведінку, самі не зазнавали насильства, то їхні пацієнти із схожими характеристиками, також не ризикують зазнати насильства. Пацієнти з маргінальної групи часто викликають у лікарів відразу (за принципом «свій» – «чужий»), попри деонтологічні принципи, допомогу надають у мінімізованому достатньому вигляді, у максимально скорочений термін. Наприклад, із розповіді лікаря хірурга: «... до мене звернулася побита жінка у брудному одязі, зовні виглядала як алкоголичка. Я надав їй необхідну допомогу, обробив рани, зробив дослідження на неушкодженість внутрішніх органів. Але внутрішньо я намагався максимально скоротити наше спілкування, я відчував до неї відразу, мені не хотілося слухати про те, як і за що її побив співмешканець, це справа міліції, нехай розбираються, я лише лікар».

Серед жінок-лікарів може спостерігатися феномен ідентифікації себе з пацієнтами, що створює окрему проблему. Якщо сама жінка-лікар зазнає насильства або утиску у своїй сім'ї, не може дати цьому ради і відчувається беззахисною, вона також безпорадна у випадку виявлення насильства у пацієнтки. І, навпаки, якщо вона не припускає навіть натяку на насильство щодо себе, вона залишається незворушливою до факту насильства щодо пацієнтки – «нехай сама собі зарадить». Як приклад подібної професійної нечуйності

можна привести деяких жінок, які працюють у галузі акушерства – незворушних щодо скарг породіль.

Чоловіки-лікарі у деяких випадках самі є кривдниками та «домашніми тиранами», більшість з них дотримуються сталих гендерних стереотипів щодо ролей чоловіка і жінки та патріархальних традицій суспільства, тому є так звана «чоловіча солідарність», коли проблеми жертви не сприймають, оскільки вважають, що «вона сама винна, я б зробив з нею те саме».

«Психологічно зрозуміла» поведінка жертви насильства. У тих випадках, коли у жертви насильства наявна симптоматика психічних розладів перебуває в межах «життєвої зрозумілості», лікарі загальномедичних спеціальностей зазвичай не звертають на неї уваги та не скеровують таких пацієнтів до психіатра. Наприклад:

- не може заснути? – дійсно, та як тут заснеш;
- запальна, дратівлива, сльозлива? – зрозуміло, «нерви грають»;
- постійні напливи спогадів про те, що трапилося? – так про що ж іще думати в ситуації, що склалася;
- страх, тривога? – а як же іншим чином реагувати;
- знижений настрій? – а чому, власне, радіти тощо.

Оскільки наведені ознаки посттравматичного стресового розладу не виходять за межі уявлень пересічної людини і життєвого досвіду, природно, що думка про наявність психічних розладів, які вимагають оцінки фахівця, не виникає не тільки у медичних працівників, але й у самих жертв.

Неможливість контролю ситуації. Лікарів хвилює те, що, навіть надавши допомогу жертві насильства, котра у подальшому зникає з їх поля зору, – немає ніякої можливості прослідкувати подальший розвиток ситуації та катанестично дослідити ефективність свого втручання. Сам факт того, що доти, поки сам пацієнт не буде готовий і зацікавлений у зміні ситуації, у лікаря не буде можливості впливати на неї та контролювати її перебіг, знижує зацікавленість лікаря у роботі з проблемою насильства та може призводити до синдрому «емоційного вигорання».

Брак часу. На жаль, більшість лікарів, що працюють у сфері державної медицини мають обмаль часу для спілкування з пацієнтами, тому брак часу може постати як ще одна проблема для з'ясування питань виявлення факту насильства, адже потрібно встановити контакт з пацієнтом, викликати довіру, вислухати його історію, яка викладається досить бурхливо, емоційно і непослідовно, що здається неможливим за 15–30 хвилин амбулаторного прийому. З нашого досвіду випливає, що оптимальним часом для цього є не менше 1 години, а іноді й більше. Інший бік цієї проблеми той, що лікарі загальномедичних спеціальностей у повсякденній практиці рідко спостерігають прояви насильства, воно не потрапляє в розряд основних медичних проблем, тому лікарі вважають, що інциденти насильства настільки рідкісні серед пацієнтів, що час, витрачений на їхнє виявлення, пропаде дарма.

Дитина-жертва насильства на прийомі у психіатра

Звернень постраждалих від насильства осіб дитячого та підліткового віку до лікарів-психіатрів державних психіатричних установ украй мало. Зазвичай батьки або опікуни доправляють дитину до психіатра або психотера-

пента тоді, коли її поведінка стає для них нестерпною, але майже ніколи вони не заявляють, що таку «огидну» поведінку своєї дитини вони намагалися «виправити» за допомогою фізичних покарань.

До речі, більшість жертв-дорослих також не звертаються до психіатрів і вважають себе психічно здоровими, з хіба «дещо розхитаними нервами» від постійних сімейних конфліктів, отже, не вважають за потрібне звертатися до психіатра, навіть не маючи упередженого ставлення до нього. Але, якщо таке звернення відбувається, то й для лікаря-психіатра жертва насильства постає як «terra incognita» з тих самих причин, що і для інших лікарів. Як і медики інших спеціальностей, психіатри ані в студентські роки, ані при навчанні на курсах підвищення кваліфікації не вивчали специфіку роботи з особами, які постраждали від насильства. У доступних навчальних посібниках з психіатрії тільки останнім часом з'явилась інформація щодо наслідків вчинення насильства для психічного здоров'я людини, наприклад у «Психіатрії» за редакцією Р. Шейдера (1994, переклад на російську 1998) є розділ «Згвалтування»¹¹, в «Оксфордському посібнику з психіатрії» (1999) розглянуто питання насильства стосовно дітей¹². Звісно, допитливий фахівець знайде певний обсяг інформації у численних науково-практичних виданнях з пограничної психіатрії, де розглядають питання реакції людини на тяжкий стрес. Але, незважаючи на знання клінічної картини та перебігу посттравматичних стресових розладів, гострої реакції на стрес, розладів адаптації, депресивних, тривожних та фобічних розладів тощо, психіатр, без уявлення про стан проблеми насильства у суспільстві, про заходи, спрямовані на подолання насильства, без знання адресності юридичної, соціальної та психологічної допомоги цій групі пацієнтів, навряд чи почуватиме себе впевнено.

3. Ланка спеціалізованої медико-соціальної допомоги жертвам насильства

Розглядаючи ланку спеціалізованої медико-соціальної допомоги жертвам насильства з позицій системного підходу, ми пам'ятаємо, що кожна система складається з трьох самостійних, але пов'язаних між собою частин: суб'єкта управління (керівної підсистеми), об'єкта управління (керованої системи) і блоку наукового регулювання системи – служби інформаційно-аналітичного забезпечення.¹³ Як ми вже зазначали у розділі 2.1, центр медико-соціальної реабілітації жертв насильства є саме тим закладом системи охорони здоров'я, що має бути основною функціонально-організаційною формою та центральним елементом системи державної медико-соціальної допомоги жертвам насильства, в основу формування якого покладено принцип єдиної території та міждисциплінарний тип комплектування бригади спеціалістів. Таким чином, мережа подібних центрів в нашому випадку є об'єктом управління (керованою системою).

11 Психиатрия / под редакцией Р.Шейдера: Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 485 с.

12 Майкл Гельер, Деннис Гэт, Ричард Мейо. Оксфордское руководство по психиатрии: – Пер. с англ.: В 2 т. – К.: Сфера. – Т. 2. – 436 с.

13 Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 620 с.

Отже, центр медико-соціальної реабілітації (далі – центр) – структурний підрозділ лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, діяльність якого спрямована на відновлення та збереження психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, рівня соціального функціонування осіб, які зазнали насильницьких дій. Центр створюється відповідно до законодавства, що регламентує такі заклади охорони здоров'я, як окрема юридична особа або в системі наявного лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я і тоді він є структурним підрозділом останнього закладу. Основні функції подібних центрів висвітлено у Примірному положенні, проект якого ми подали в МОЗ України як додаток до проекту наказу, що надалі вийшов під №38 від 23.01.2004 р.

Організаційно-методичний супровід процесу створення центру, науково-методичне забезпечення його роботи та стажування фахівців здійснює Міністерство охорони здоров'я України через Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. Підготування, перепідготування та підвищення кваліфікації фахівців центру забезпечують заклади медичної освіти.

Штатний розпис центру складають і погоджують у встановленому чинним законодавством порядку. До штатного розпису центру може бути введено посади лікарів-психіатрів, психотерапевтів, психологів, педагогічних та соціальних працівників, юристів, інших спеціалістів медичного і немедичного профілю та допоміжного персоналу з метою надання всебічної допомоги жертвам насильства.

Фінансування діяльності центру здійснюють відповідно до чинного законодавства з залученням бюджетних та позабюджетних джерел. У своїй діяльності центр керується чинним законодавством України.

Керівництво центром здійснює завідувач, якого призначають у встановленому чинним законодавством порядку. Кваліфікаційні вимоги до завідувача центру мають бути такими: вища медична освіта, спеціалізація за фахом «психіатрія» або «медична психологія», стаж роботи за фахом не менше 5 років, наявність кваліфікаційної категорії. Завідувач центру бере участь у роботі спеціально уповноваженого органу виконавчої влади з питань попередження насильства в сім'ї на регіональному рівні як координатор з питань надання медико-соціальної допомоги.

Основним завданням центру є проведення реабілітації жертв насильства.

Центр створює відповідні умови для реабілітації жертв насильства, надає їм первинну медико-санітарну і психологічну допомогу, окремі види психіатричної допомоги на підставах та в порядку, передбаченому Законом України «Про психіатричну допомогу», іншими законами, а також за необхідності направляє жертв насильства на відповідне подальше лікування. Відповідно до завдань, центр здійснює:

- узагальнення причин і наслідків психічних, травматичних і соматичних захворювань у жертв насильства;

- впровадження сучасних медичних та психологічних технологій, ефективних методів діагностики, психотерапії та психокорекції у співпраці з науково-дослідними установами;
- впровадження державних, національних, грантових, громадських та інших програм, спрямованих на допомогу жертвам насильства та профілактику агресивних дій;
- співробітництво з іншими державними і громадськими організаціями та установами, що займаються допомогою жертвам насильства та попередженням агресивних дій.

Центр забезпечує:

- а) прийом жертв насильства будь-якої статі і вікової категорії на реабілітацію (з їхньої згоди або на їхнє прохання) на підставі рішення медичної комісії центру за направленнями працівників органів і закладів охорони здоров'я, представників спеціально уповноваженого органу виконавчої влади з питань попередження насильства в сім'ї, служб дільничних інспекторів міліції та кримінальної міліції у справах неповнолітніх, працівників кризових центрів, а також тих жертв насильства, що звернулися по допомогу самостійно.

NB! Зазначається, що стосовно неповнолітніх членів сім'ї необхідна згода одного з батьків, усиновителів, опікуна чи піклувальника або органу опіки і піклування.

Але Закон України «Про психіатричну допомогу» у розділі II, «Види психіатричної допомоги, підстави та порядок її надання» містить статтю 11, «Психіатричний огляд», що передбачає таке:

«Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника... У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду», отже, у випадку поміщення неповнолітнього до центру медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї необхідно прийняти таке рішення, адже зазвичай один з батьків (або й обоє) і є сімейним агресором, тому згоди від нього чекати марно;

- б) визначення необхідних реабілітаційних заходів, їхні обсяги і терміни, які викладають у висновку медичної комісії центру;
- в) обстеження соматичного стану жертви насильства та надання первинної медико-санітарної допомоги;
- г) обстеження жертви насильства психологом з метою розробки раціональної та ефективною індивідуальною програмою реабілітації;
- г) на підставах та в порядку, передбаченому Законом України «Про психіатричну допомогу»:
 - обстеження жертви насильства психіатром з метою діагностики психічних розладів та розладів поведінки:

- лікування психічних розладів та розладів поведінки, що виникли внаслідок вчинення насильства;
- д) діагностичні, лікувально-профілактичні (в тому числі психотерапевтичні, психокорекційні та тренінгові тощо) заходи у межах індивідуальної реабілітаційної програми;
- е) організацію надання юридичних консультацій;
- є) надання Міністерству охорони здоров'я України інформації про обсяги проведеної ним роботи для узагальнення (щорічно);
- ж) повідомлення про вчинення насильства у сім'ї служби дільничних інспекторів міліції чи кримінальної міліції у справах неповнолітніх;
- з) надання інформації з питань попередження насильства в сім'ї на запит уповноважених органів;
- и) проведення інформаційно-просвітницької роботи з питань психічних розладів та розладів поведінки, що виникають внаслідок насильства, роботи з попередження насильницьких дій.

Центр має право з метою виконання покладених на нього завдань використовувати в повному обсязі лікувальну, технічну та матеріальну базу лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, в якому його створено.

Працівники центрів можуть співпрацювати з Міністерством внутрішніх справ, Державним комітетом у справах сім'ї та молоді, іншими органами та установами міністерств і відомств України з питань попередження насильства в сім'ї та подолання його наслідків.

Організаційна структура центру медико-соціальної допомоги жертвам насильства

Центр надає спеціалізовану стаціонарну та амбулаторну допомогу.

Стаціонарна допомога

Розгортається стаціонарне відділення типу «сховища», призначене для жертв насильства з ознаками психічних розладів та розладів поведінки не-психотичного типу, яких потрібно негайно дистанціювати від агресора або психотравматичної ситуації. Стаціонар може розгортатися в окремому приміщенні або на базі лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я; повинен передбачати надійну охорону і мати все необхідне для забезпечення тривалого перебування у ньому жертв насильства. Інформація про місце розташування «сховища» та будь-які відомості про осіб, які в ньому перебувають, мають бути суворо конфіденційними. У цьому відділенні можуть також надавати юридичну, соціальну, психологічну та медичну допомогу, за винятком тієї, що пов'язана з гострими розладами психічної діяльності.

Амбулаторна допомога

Розгортається у власному амбулаторному відділенні або амбулаторному відділенні лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я, де жертви насильства дістають відповідну медичну, психологічну, юридичну, соціальну допомогу. Амбулаторну допомогу надають у випадку, коли жертви не потребують госпіталізації або негайного дистанціювання від агресора. При необхідності можуть проводити психіатричний огляд стану потерпілих.

Слід особливо наголосити, що:

- наше розуміння можливості попередження «стигматизації» та «дискримінації» жертв насильства має пряий превентивний характер, на відміну від дестигматизаційних заходів щодо осіб з тяжкими процесуальними видами психічних захворювань. Іншими словами – інституції з надання спеціалізованої медико-соціальної допомоги жертвам насильства в сім'ї з самого початку їх організації не повинні мати ознак суто психіатричних установ. Досягти цього можна різними шляхами: розташуванням центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї поза територіями психіатричних закладів (котрі у багатьох регіонах України у свідомості населення мають гіперболізовано одіозне значення), їхнім розташуванням у структурі наявних лікувально-профілактичних закладів загальносоматичної мережі, створенням центрів на спільній із соціальними службами території тощо¹⁴;
- стаціонар – «сховище» є суто лікувальним закладом, тому, особи без наявності клінічно окреслених психічних розладів та розладів поведінки можуть бути дистанційовані від агресора або психотравматичної ситуації у притулках соціальної служби при кризових центрах і проходити медико-соціальну реабілітацію амбулаторно;
- осіб, які потребують негайної госпіталізації у зв'язку з психотичним станом, треба госпіталізувати у спеціалізоване відділення психіатричної лікарні.

В соціально-економічних умовах сьогодення створення таких центрів як окремих юридичних осіб нам вбачається проблематичним, тому доцільним є:

- а) функціональне інтегрування мережі центрів медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї в нинішню систему закладів спеціалізованої та стаціонарної медичної допомоги населенню:
 - 1) у межах створення служби кризової інтервенції, кризових стаціонарів передбачати надання невідкладної, екстреної допомоги контингенту жертв насильства у тісному функціональному зв'язку з центрами медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї у вигляді наступності допомоги та обміну інформацією через спільні форми медико-статистичної документації;
 - 2) визначити порядок і механізми взаємодії закладів медичної допомоги різних рівнів, наступності в наданні та одержанні амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної, первинної і спеціалізованої допомоги;
 - б) створення системи навчання лікарів та середнього медичного персоналу, які працюватимуть у центрах медико-соціальної реабілітації жертв насильства.

14 Онышко Ю. В., Домбровская В. В. Основы организации и работы центров медико-социальной реабилитации жертв насилия // Таврический журнал психиатрии. – 2002. – Т. 6. – №2(19). – С. 25–27.

Питання судових психологічної та психіатричної експертиз дітей та підлітків, потерпілих від насильницьких дій.

Поняття фізичної шкоди, що спричинена злочином потерпілому, трактують у сучасному українському законодавстві так. Фізична шкода – це сукупність змін, що виникли об'єктивно внаслідок вчинення злочину, у стані людини як фізичної особи. Це тілесні ушкодження, розлади здоров'я (без уточнення), фізичні страждання, біль. Суттєвою рисою фізичної шкоди є те, що її завдають життю, здоров'ю – найголовнішим благам людини і практично не може бути відшкодована [Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України. – К., 1995. – С. 302.].

Відповідно до Правил судово-медичного визначення ступеня тілесних ушкоджень, затверджених наказом №6 МОЗ України від 17 січня 1995 року – це порушення анатомічної цілісності тканин, органів та їхніх функцій, що виникли внаслідок одного або кількох зовнішніх ушкоджувальних чинників – фізичних, хімічних, біологічних, психічних.

У науково-практичному коментарі до Кримінального кодексу України зазначено, що тілесним ушкодженням є протиправне нанесення шкоди здоров'ю іншій особі, котрим порушено анатомічну цілісність або фізіологічні функції тканин або органів потерпілого при посяганні на здоров'я.

У судово-слідчій ситуації проблем із встановленням виду тілесних ушкоджень зазвичай не виникає, оскільки визначення їхнього характеру та важкості перебуває у компетенції судової медицини, тому, відповідно до пунктів 1, 2 ст. 76 КПК України у таких випадках обов'язково призначають судово-медичну експертизу.

Таким чином, законодавець чітко передбачив процедуру експертної оцінки характеру і важкості тілесних ушкоджень як передумову оцінки фізичної шкоди.

Але є одна обставина, яку потрібно знати лікарям. Призначення судово-медичної експертизи тілесних ушкоджень потерпілій особі (у тому числі дитині) – це прерогатива судово-слідчих органів.

Однак, як ми вже зазначали, у психічно здорових до вчинення насильницьких дій дітей та підлітків-жертв досить часто виникають психічні розлади – гостра реакція на стрес, посттравматичні стресові розлади, розлади адаптації, депресивні розлади, розлади поведінки тощо, котрі також **можна розцінити як шкоду здоров'ю – його психічній функції**. Тут і починаються «білі плями» як юридичного, так і судово-психіатричного характеру.

По-перше. Як вже було зазначено, у кримінально-процесуальному законодавстві немає чіткого визначення шкоди психічному здоров'ю. Остання зовсім не є тотожною моральній шкоді, а до фізичної шкоди її в чинній практиці можуть тільки прирівнювати, але зазвичай тільки тоді, коли є втрата працездатності або при поєднанні тілесних ушкоджень та психічних розладів, що є їхнім наслідком (наприклад при нанесенні черепно-мозкових травм). Щодо дитини така прив'язка до працездатності зовсім є недоречною.

По-друге. Досі не розроблено юридичних і медичних критеріїв визначення шкоди, спричиненої саме психічному здоров'ю; нема відповідних статей кримінального і кримінально-процесуального кодексів, що це передбачають.

По-третє. Нема встановленої законом процедури обов'язкового первинного психологічного та психіатричного освідчення жертви насильства – як дорослої особи, так і дитини.

По-четверте. Визнання жертви злочину потерпілим – це юридична процедура, що займає певний час, і призначення судово-психіатричної експертизи потерпілому відбувається лише в окремих випадках (за даними річних звітів ф. 38 МОЗ України, протягом останніх 10 років ця цифра коливається близько 1% від загальної кількості призначених судово-психіатричних експертиз).

Аналіз питань, які ставлять слідство або суд перед експертами у випадках призначення судово-психіатричної експертизи потерпілим (у тому числі дітям), показав, що зазвичай органи дізнання не цікавлять визначення шкоди, що нанесена психічному здоров'ю дитини, а цікавлять лише визначення її безпорадного стану, її усвідомлення тих дій, що з нею чинили, можливості участі потерпілої дитини у судово-слідчій процедурі та можливості давати свідчення.

Ю. Л. Метеліца ще у 1988 році виділив такі види судово-психіатричної експертизи потерпілих:

- 1) експертиза з визначення психічних розладів, що обумовлюють безпорадний стан;
- 2) експертиза з визначення психічних розладів, що порушують здатність давати свідчення;
- 3) експертиза з визначення психічних розладів, що порушують кримінально-процесуальну дієздатність потерпілого;
- 4) експертиза з визначення ступеня важкості тілесних ушкоджень, що тягнуть за собою психічні розлади (комплексна судово-медична та судово-психіатрична експертиза).

У своїй дисертаційній роботі автор досліджував передусім феномен віктимності психічнохворих, як предиктор скоєння проти них злочинних дій. Факт того, що сама ситуація вчинення злочину, особливо насильницького, є тяжкою психотравмою для жертви і може мати наслідки для психічного здоров'я преморбідно здорової людини залишаються досі мало дослідженими.

У доступних навчальних посібниках з психіатрії тільки останнім часом з'явилась інформація щодо наслідків вчинення насильства для психічного здоров'я людини, наприклад, у «Психіатрії» під редакцією Р. Шейдера (1994, переклад на російську 1998) є розділ «Згвалтування», в «Оксфордському посібнику з психіатрії» (1999) розглянуто питання зловживань стосовно дітей.

На жаль, на практиці судово-психіатричну експертизу потерпілому призначають зазвичай лише при наявності яскраво вираженого психічного розладу, який може розгледіти працівник судово-слідчих органів, відомостей про перебування потерпілого на психіатричному обліку, нездатності його взяти участь у судово-слідчій процедурі внаслідок наявності хворобливої психосимптоматики, або якщо жертва статевого злочину не досягла повноліття.

У тих випадках, коли у дитини – жертви насильства наявна симптоматика психічних розладів перебуває в межах «життєво зрозумілої» реакції на злочинні дії (наприклад, безупинний істеричний плач чи навпаки – замкнутість

і відстороненість), працівники судово-слідчих органів, навіть ті, що проходили курс судової психіатрії під час свого навчання, зазвичай не звертають на неї уваги та не скеровують таких осіб ані на судово-психіатричну експертизу, ані просто на прийом до психіатра чи психолога. Таким чином, штучне відокремлення «соматичного» від «психічного», котре закладено у «Правилах судово-медичного визначення ступеня тілесних ушкоджень», затверджених наказом № 6 Міністерства охорони здоров'я України від 17 січня 1995 року, не розв'язує проблеми дієвої допомоги дітям – жертвам злочинів або жорстокого поводження, у яких виникли психічні розлади внаслідок насильства, та захисту їхніх прав.

Наші російські колеги Ю. Л. Метеліца (1990) та Ю. П. Калінін (1998) пропонують будувати систему експертної оцінки важкості «шкоди здоров'ю від ушкоджень, що потягнули за собою психічні розлади» з позицій єдності медичного (широке коло психічних розладів зовнішнього походження: травматичні, психогенні та інтоксикаційні, що мають прямий причинно-наслідковий зв'язок з актом насильства) та юридичного («небезпека життя» в момент спричинення, «тривалість розладу здоров'я», «вираженість та стійкість розладів адаптації») критеріїв. Останній компонент юридичного критерію є особливо актуальним для визначення шкоди психічному здоров'ю у дітей та у тих неповнолітніх, що не працюють, на відміну від дорослих, де мова йде про втрату працездатності. Визначення важкості «шкоди здоров'ю від ушкоджень, що потягнули за собою психічні розлади» проводять у Росії в рамках комплексних судових експертиз, тобто разом із судово-медичними експертами.

Ми також вважаємо, що **психічні розлади**, які виникли у дітей, потерпілих внаслідок насильства, **треба розглядати саме як шкоду здоров'ю**. Поступова ліквідація «білих плям» у законодавчій базі, про які сказано вище, розробка діагностичних та експертних шкал та критеріїв може привести до того, що для розв'язання питань щодо шкоди психічному здоров'ю потерпілого непотрібним буде залучення судово-медичного експерта, що значно оптимізує освідчення потерпілих від насильницьких злочинів, а також сприятиме захисту їхніх прав.

Для оптимізації виявлення та уніфікації психічних розладів, особливо стресоподібних, у жертв насильства, необхідним є навчання та відповідні інструктивно-методичні посібники для усіх фахівців (як медичного, так і немедичного профілю), що беруть участь у судово-слідчій ситуації.

Іншою важливою проблемою є той факт, що сама **судово-слідча ситуація є надзвичайно психотравматичною для дитини – жертви насильства** і зовсім не бере до уваги її психічний стан. Такі слідчі дії, як упізнання, очна ставка, допит є сильними стресорами та можуть призводити до повторної травматизації (ретравматизації) і погіршення перебігу психічного розладу, на котрий вже страждає жертва. Досить часто дитина-жертва не може дистанціюватися від насильників (особливо, коли вони проживають разом), що також сприяє погіршенню стану психічного здоров'я. На жаль, захист потерпілих у нашій країні є більше декларативним, ефективних програм захисту свідків та потерпілих нема.

З іншого боку, впродовж останніх десятиліть накопичено іноземний досвід попередження ретравматизації та повторної віктимізації жертв насильства, у багатьох країнах реально працюють програми захисту свідків та потерпілих, створено судово-слідчі процедури, що запобігають погіршенню стану потерпілих. Як приклад – процедура упізнання через непрозоре з одного боку скло, відмова від практики очних ставок, спеціальне навчання працівників слідства і судової системи основним навичкам поводження з жертвами (розуміння, повага, наприклад, захист від образливих питань та тверджень адвокатів обвинувачених), процедура повного інформування жертви про її права, забезпечення права жертви на безпеку, на особисте життя та компенсацію моральної шкоди. Розгорнуто мережі агенцій та неурядових організацій з підтримки жертв, їхньої психологічної реабілітації та супроводу під час судово-слідчих дій. З метою визначення психічного стану жертви широко практикують призначення судових психологічних та психіатричних експертиз.

З іншого боку, лікар-фахівець має право оглянути будь-якого пацієнта (у тому числі дитину) та викласти отриману інформацію у медичній документації, яка може фігурувати у судово-слідчій ситуації як доказ.

Закон України «Про психіатричну допомогу» забороняє визначати стан психічного здоров'я особи та встановлювати діагноз психічних розладів без психіатричного огляду особи, тому методи діагностики застосовують під контролем комісії лікарів-психіатрів: за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – за згодою його батьків чи іншого законного представника. Відповідно, психіатричне освідчення дитина віком до 15 років не може пройти самостійно, за своєї ініціативи. Стаття 11 передбачає: «Психіатричний огляд проводить лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років – на прохання або за згодою його батьків чи іншого законного представника... У разі незгоди одного із батьків чи відсутності батьків або іншого законного представника психіатричний огляд неповнолітнього здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду». Складність цієї колізії у випадках насильства в сім'ї ми вже зазначали.

Запитання до обговорення:

- *Як Ви розумієте поняття первинної та спеціалізованої ланок стосовно медичної допомоги жертвам насильства в сім'ї? Які заклади належать до кожної з них?*
- *Які основні завдання мають виконувати первинна та спеціалізована ланки медичної допомоги жертвам насильства в сім'ї?*
- *Чи може лікар направити дитину – жертву насильства на судово-медичну чи/або судово-психіатричну експертизу?*
- *Які питання розв'язують судові експертизи на сучасному етапі?*
- *Чи можна провести психіатричне освідчення дитини без згоди її батьків?*

Курс 03

НАЗВА КУРСУ: ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА НАСЛІДКИ ВПЛИВУ СИТУАЦІЇ НАСИЛЬСТВА НА ЛЮДИНУ

Більшість фахівців, які діють у сферах виявлення, ідентифікації насильства в сім'ї або жорстокого поводження з дітьми, втручання в ситуації насильства, працюють у спеціалізованих закладах допомоги жертвам насильства, проводять заходи з попередження цього негативного явища, не мають базової підготовки з віктимології (науки про жертву). Дослідження свідчать про низьку обізнаність фахівців з предметом прикладення їхніх зусиль, у своїй роботі вони часто використовують лише власний життєвий досвід. Навіть ті, хто проходив курс юридичної психології у вищих навчальних закладах правоохоронної системи, мають однобоке уявлення про жертву злочину як частину взаємодії із злочинцем, що своєю поведінкою «провокує» його на вчинення протиправних дій. Тому актуальним є здобуття знань із загальної віктимології, правильного розуміння термінології, причин, що приводять людину до стану жертви, психологію її поведінки, її психічного стану на різних етапах до-, під час акту насильства та після його вчинення.

План

1. Основні терміни і поняття віктимології. Національні особливості насильства в сім'ї. Види захищеності людини.
2. Психічна діяльність людини в екстремальних умовах, вплив емоцій на поведінку жертви.
3. Типологія поведінки жертв насильства. Поведінка жертви в період до скоєння насильства.
4. Поведінка жертви під час скоєння насильства та після нього.
5. Експериментальні методи діагностики змін у структурі особистості в осіб, які зазнали насильства в сім'ї.

1. Основні терміни і поняття віктимології

Національний характер, менталітет, психологія досить стійкі, щоб надати своєрідність культурі. Національний характер, що незримо визначає соціальну поведінку нації, відображає певну історичну реальність: спільність вироблених і засвоєних у процесі спільного історичного розвитку психологічних рис і способів дії, закріплених самосвідомістю нації. Але місце людини, можливості її розвитку визначаються не тільки класовою та національною належністю, а й особистісними якостями, здібностями, працею. І все ж збереження національного поділу суспільства не може не відбитися на конкретних індивідах та соціальних верствах, на формуванні їхньої свідомості та психології. Залежність між національною належністю і суспільним становищем людини проявляється, по-перше, у ціннісних орієнтаціях людини, які можуть бути деформовані з різних причин, і, по-друге, у конкретних способах розв'язання соціальних проблем, коли вони набувають національного забарвлення, що може мати і позитивний, і негативний характер.

Причиною розповсюдження насильницьких дій в українському суспільстві є:

- патріархальний тип стосунків в сім'ї, що походить з традицій селянської сім'ї з розподілом влади за ознаками статі та віку;
- терпляче ставлення в нашому соціумі до насильства в цілому, яке походить з умов багатовікової нестачі демократичних традицій.

Засади державної політики декларують та пропагують потребу українського суспільства в ініціативних виконавцях, в яких основний критерій дисциплінованості і відповідальності – це усвідомлена дія за принципом: «Зробив – добре!»

Поява суб'єктів та об'єктів насильства у нашому суспільстві корінням своїм сягає у національний характер та є наслідком дефекту соціалізації. Адже соціалізація – це безперервна адаптація живого організму до його оточення, це формування здатності передбачати реакції інших людей і пристосовуватись до них. Особистість соціалізована тоді, коли вона здатна брати участь в узгоджених діях на основі конвенційних норм. А механізм керування насильницькими діями у суспільстві реально можна застосувати, реформуючи сімейні та виховні традиції народу, корегуючи процес соціалізації. Саме в сім'ї формуються первинні ціннісні орієнтації і соціальні навички дитини. І до основних показників креативного потенціалу сім'ї входять: міра врахування суспільних інтересів, розвиненість її духовних потреб, характер розподілу побутових турбот, інтенсивність та якість спілкування між батьками та дітьми, рівень вимогливості до себе і оточення. Більшість проблем виховання та розвитку зрілої особистості розв'язують з великими труднощами, тому що батьки часто не володіють ефективними засобами і методами розвитку свідомості і поведінки особи, яка формується. Близько 80 % підлітків залучаються до домашньої роботи, але одночасно не беруть участі у розв'язанні питань, пов'язаних з організацією праці, розподілом сімейного бюджету тощо.

В сучасних умовах низький економічний рівень розвитку України, коли основний час батьки витрачають на заробіток коштів на існування, низька культура суспільного життя і подвійна мораль, демагогічність суспільства негативно відбиваються на дітях. Основні причини насильства в Україні після процедури ранжування виглядають так:

- зниження життєвого рівня в умовах соціально-економічної кризи в суспільстві, злиденність, нестача коштів;
- наркоманія, алкоголізація, пияцтво;
- загальний низький рівень духовності, інтелігентності, вихованості у сімейних стосунках;
- невдалий шлюб;
- пропаганда насильства на ТБ, відео, в пресі, Інтернеті;
- зміна ролей чоловіка та жінки в родині, не зрозуміло, хто – «годувальник», а хто – «утриманець»;
- безробіття і страх втратити роботу;
- терпляче ставлення до насильства в українському суспільстві;
- економічна нерівноправність, залежність жінок в сім'ї;
- невпевненість у майбутньому, загальний настрій песимізму, відчаю, характерні для сучасного українського суспільства;

- подружня невірність;
- загальноприйнятий тип взаємовідносин, коли влада розподіляється за ознаками статі та віку;
- скрутні, незручні житлові умови;
- сексуальні проблеми;
- провокування насильства та конфліктів.

А що стосується тільки насильства над жінками, то суспільно-культурні умови, шлюбне право, економічна реальність, фізична перевага – все це привчає жінок до послаблення й просто браку контролю щодо умов і ситуацій, в яких вона опиняється.

Викривлені процеси сімейного виховання та спілкування забезпечують формування особистостей з комплексом неповноцінності, який, в свою чергу, може продукувати як жертв насильницьких дій, так і самих насильників. А саме – невдоволення низькими можливостями самореалізації в основних соціальних структурах нерідко веде до заміщення останніх у порядку компенсації іншими неформальними структурами, особливо сферою звичного спілкування, побуту. Більшість суб'єктів насильницьких дій обмежені у можливостях соціального самовираження, що обумовлено їхньою недостатньою соціалізацією. Їх негативно характеризують на роботі, найближче оточення, вони не беруть участь у суспільному житті, а отже, не можуть само реалізуватися в основній соціальній сфері. І при цьому потенціал жорстокості суб'єктів насильства значно зростає у зв'язку з тим, що багатьом з них властиве за стрівання негативного афекту та переживання негативних емоцій. І реалізація сформованої у них з дитинства і збереженої потенціальної готовності до агресивно-жорстокої реакції пов'язана зі складною ситуацією. Остання, в свою чергу, найчастіше обумовлена виникненням перешкод на шляху самореалізації у соціальних, статево-рольових, сексуальних та сімейних стосунках. Обираючи собі жертву (об'єкт насилля), такі люди опиняються у сприятливій ситуації декомпенсації. І саме ця сприятливість нерідко є наслідком високої вітимності потерпілих. Більшість з них під час акту насилля не опираються, перебувають в нетверезому стані або опираються пасивно. Водночас значна частина насильницьких ситуацій, особливо зґвалтувань, побоїв, є сприятливою завдяки старанням насильників, які її створюють або опосередковано визначають. Це стосується місця і часу, які унеможливають надання допомоги. А отже, повноцінна особистість, упевнена в собі не вітимна людина може передбачити насильницьку ситуацію і запобігти її реалізації.

Але за даними судово-психологічних експертиз необхідно зробити зауваження психолого-педагогічного характеру. За нашими спостереженнями, психологія вивчення жертв насилля (потерпілих) виявляє певні загальні риси в умовах їхнього виховання і схожість особистісних властивостей. 78 % потерпілих виховувалися у сім'ях, в яких вважали правильним та навіть необхідним вимагати від дітей мовчазного підкорення, заснованого не на розумінні вимог, а на сліпому їхньому виконанні, де діти боялися своїх батьків, яких взагалі не цікавили вони як особистості. З психологічного погляду, нема нічого дивного в тому, що виховані в таких умовах діти, не звикли до самостійного та швидкого орієнтування у нових для них обставинах, не мають навичок

прийняття рішення, позбавлені ініціативи, є безпомічними та розгубленими у критичних ситуаціях.

Припинення, несправедливе, жорстке поводження в сім'ї можуть залишити свій відбиток в емоційній структурі особистості й за певних умов породжувати відповідні форми поведінки. Тут мова іде про неусвідомлені мотиви віктимної поведінки, які пов'язані з віддаленою у часі дією закріпленого у дитинстві, за механізмом імпринтингу, травматичного досвіду. У свідомості особистості цей зв'язок зазвичай не відбивається, хоч відповідний травматичний досвід може усвідомлюватися. Цей механізм є одиничним випадком загальнішого несвідомого процесу віддаленого у часі «спрацювання» минулого досвіду. Найяскравіше це проявляється у виборі друзів та партнерів. Зафіксована у психіці дитини віктимна поведінка є моделлю для подальшого вибору або створення ситуацій та кола спілкування. При цьому, чим сильніші ці ранні фіксації, тим ригіднішою є модель, яка визначає вибір і поведінку, аж до повної залежності від ситуації або іншої людини.

Сім'я, як особлива соціальна група, психологічно характеризується взаємозв'язком між її членами, а саме наявністю взаємних ідентифікацій. Основною функцією, стосовно дітей, є її здатність ввести їх в структуру внутрішньосімейних відносин і тим самим – в структуру суспільства. Якщо сім'я цього не забезпечує, дитина відчужується від неї, чим закладає фундамент свого ймовірного відчуження у майбутньому і від суспільства. Таким чином, дефекти первинної соціалізації можуть бути причиною як віктимності, так і насильства.

При реальній неможливості одномоментно змінити національний характер, менталітет та традиції нашого суспільства, для початку необхідно за допомогою побудови поліфакторної моделі виділити групи ризику, які постачають суспільству потенційних жертв та насильників, і працювати з ними безпосередньо.

Задля профілактики віктимної поведінки потрібно розповсюджувати такі складники виховного процесу: укріплення механізмів адаптації; послаблення ригідних механізмів поведінки; а також полегшити доступ до соціальної допомоги. Необхідно подолати «змову мовчання», яка потурає насильницьким діям, популяризувати соціальну допомогу на ТВ, в пресі.

Є три основні підходи до проблеми насильства в сім'ї: соціокультурний, індивідуально-психологічний та системний сімейний.

Соціокультурний підхід фокусується на аналізі соціальних структур, культурних норм і цінностей суспільства як чинників насильства в сім'ї. Серед факторів, що впливають на прояв насильства щодо жінок і дітей в рамках цього підходу виділяють: існування культури насильства в сучасному суспільстві, патріархальність суспільства, тоталітарні погляди членів сім'ї, стереотипи щодо ролі чоловіка і жінки в суспільстві. Головні фактори генералізації насильства стосовно жінки – гендерний дисбаланс в розподілі влади та стійкість стереотипів. Насильство щодо дитини розглядають у цьому контексті як норму виховання. Велике значення має засвоєння дитиною – свідком насильства агресивних патернів поведінки як нормальних. Реструктуризацію та зміну статево-рольових стереотипів розглядають як фактор, що може зменшити рівень насильства.

Системний сімейний підхід розглядає насильство як продукт всієї сімейної системи, а не результат індивідуальної патології. Він фокусується на дослідженні процесів сімейної комунікації та стратегій образливої поведінки. В рамках цього підходу аналізують психологічні механізми розгортання образливих стосунків. Визначено поведінкові стратегії жінки, що закріплюють та збільшують насильство, а саме: слідування традиційним поглядам щодо своєї ролі в сім'ї, незвертання уваги на прояви жорстокості до шлюбу чи в інших сферах життєдіяльності, пробачання насильства або nereагування на насильство, повернення до насильницьких стосунків.

Індивідуально-психологічний підхід фокусується на дослідженні особистісних рис образника і жертви. В результаті досліджень не виявлено певного психопатологічного профілю, і образник, і жертва мають спільні особистісні риси, а саме: низьку самооцінку, неасертивність та схожий досвід переживання образ з боку батьків у дитинстві. Досвід спостереження або відчуття на собі насильства в дитинстві деструктивно впливає на особистість і є ризик-фактором для розвитку образливих стосунків у власній сім'ї. Спостереження і переживання насильства в дитинстві по-різному впливають на вибір ролі агресора чи жертви і залежать від статі дитини.

Дослідження показують, що образа хлопчика з боку матері часто є передумовою використання насильства у дорослому житті. Вони вважають, що насильство з боку батька не виявляє такого сильного впливу на подальшу поведінку хлопчика. Ображена матір'ю дитина відчуває безвладність у дорослих стосунках. Але це почуття чоловік не може прийняти в собі. В близьких стосунках з жінкою він переживає тривогу та недовіру і тому використовує захисний механізм формування реакції: свідомо виявляє перебільшену силу та владу. Так він намагається контролювати свої переживання.

Отже, більшість даних досліджень сімейного насильства узгоджується з твердженням, що агресія та жорстокість може бути засвоєна в батьківській сім'ї.

В наявній літературі досить ретельно аналізують механізми деструктивного впливу досвіду насильства на особистість хлопчика, але майже нема подібних робіт стосовно особистості дівчинки. Загалом зазначають, що віктимна поведінка жінок формується ще в дитинстві. Батьки жінок-жертв мали надто консервативні погляди щодо статевих ролей і вони ще дівчатками звикли бути пасивними і підкорюватись чоловіку.

Дуже часто фахівці для позначення особи, яка зазнала насильства, використовують різні слова – «жертва», «потерпіла(ий)», «постраждала(ий)». Наприклад, якщо працівник соціальної служби спілкується з правоохоронцем і використовує термін «потерпіла», правоохоронець може зрозуміти, що за цією справою відкрито кримінальне слідство, і дуже здивується, якщо це не так. Для нього термін «потерпілий» означає, що особа, яка зазнала насильства, дістала статус «потерпілого» як учасника кримінального процесу. Отже, необхідно відрізнити поняття «жертва» і «потерпілий від злочину». Потерпілого від злочину визнають таким тільки у встановленому законом порядку і тільки у кримінальному процесі внаслідок відповідних процесуальних дій. Жертва – поняття ширше, тому що людина, котра зазнала якоїсь втрати в результаті злочину, не завжди дістає статус потерпілого, будучи фактично таким.

Хоч наскільки це здається дивним, але дотепер немає чіткого формулювання поняття «жертва». Це поняття використовують досить широко, віктимологія (лат. – *victima* – жертва, *logos* – наука) як наука вивчає причини жертвовності, чому людина стає жертвою, поведінку самої жертви, наслідки для жертви. Однак немає єдиного тлумачення понятійного змісту терміну «жертва».

Найвдаліше, на нашу думку, визначення «жертви» дав вітчизняний дослідник В. Є. Христенко, за яким **жертва** – це людина (сторона взаємодії), що втратила значущі для себе цінності в результаті впливу на неї іншої людини (сторони взаємодії). Якщо розглядати частину впливу як насильство, то **жертва насильства** – це людина (сторона взаємодії), що втратила значущі для себе цінності в результаті насильницького впливу (злочину) на неї іншої людини (сторони взаємодії). Як сторона взаємодії можуть виступати: одна людина, група людей, соціальний прошарок, клас, держава, коаліції держав. **Жертвою людини може стати тільки у випадку її взаємодії з ким-небудь.** Поняття «жертви» не виникає в результаті насильства над собою, фахівцеві некоректно використовувати це поняття для позначення людини, яка зазнала втрат в результаті своєї неухважності, нерозважливості тощо без впливу іншої сторони.

Поняття «жертва» навіть у рамках кримінального злочину є ширшим, аніж «потерпілий» тому, що жертвою злочину є не тільки та людина, яка безпосередньо постраждала від нього, але й рідні, близькі, тобто ті, хто залежав від потерпілого. Наприклад, якщо в результаті злочину відбувається убивство чи каліцтво жінки, яка була матір'ю, то її дітей також вважатимуть жертвами цього злочину, тому що зазнали збитків (матеріальних, психологічних) у результаті злочинних дій.

Слово «*victima*» – жертва є родовим для ще кількох понять віктимології. **Віктимність** – це ймовірна здатність людини за певних умов стати жертвою. Якщо ми говоримо про високу віктимність якоїсь людини, то це означає, що для неї ймовірність стати жертвою дуже висока через низку причин, які у подальшому ми розглянемо. **Віктимна поведінка** – це поведінка особи, в результаті якої вона стає жертвою образника. Найчастіше така поведінка не є свідомою, у ній відбиваються певні характерологічні риси потенційної жертви, з яких образник робить висновок щодо можливості застосування насильства для досягнення своєї мети. В Законі України «Про попередження насильства в сім'ї» застосовано таке трактування віктимної поведінки: **«віктимна поведінка щодо насильства в сім'ї** – поведінка потенційної жертви насильства в сім'ї, що провокує насильство в сім'ї». Ми, як фахівці, неодноразово звертали увагу законодавців, що таке означення є, м'яко кажучи, некоректним, оскільки безпосередня провокація насильства з боку жертви відбувається дуже рідко і є лише одним з багатьох типів віктимної поведінки.

Види захищеності людини

Розглядаючи жертву як частину суспільних відносин, можна відзначити, що є певний рівень **захищеності** кожної людини, у тому числі й постраждалої сторони, що має конкретне соціально-середовищне наповнення. З одного боку, будь-яка людина завжди має певні психічні та фізичні можливості для

свого захисту, з іншого – суспільство прагне всіма законними способами захистити своїх громадян від насильницьких (злочинних) зазіхань. Таким чином, **захищеність** особистості (взаємодійної сторони) можна розділити на два види:

- **соціальна.** Кожне суспільство намагається організувати захист своїх громадян як від насильницьких (злочинних) зазіхань, так і від будь-яких природних катаклізмів чи інших чинників, що завдають шкоди. Для цієї мети створюються правові інститути, органи нагляду за виконанням і примусу виконання законодавчих актів, спеціалізовані органи екстреної допомоги і т.п. Також для виконання громадянами встановлених правових норм суспільство виробляє і прищеплює своїм членам певні моральні норми. Таким чином, у цей вид захисту входять усі соціальні надбання, спрямовані на підвищення захищеності як кожного члена суспільства, так і всього суспільства в цілому;
- **психофізіологічна.** У кожної людини є уроджені механізми пристосування до впливу зовнішніх чинників. Сюди належать фізичні можливості, властивості вищої нервової діяльності.

Отже, можна представити ступінь захищеності особистості в межах системостворювальних відносин, що складаються з двох взаємозалежних характеристик: соціальної і психофізіологічної.

У соціально-психологічних та медичних дослідженнях при статистичній обробці досить великої кількості спостережень проявляється закон «нормального» розподілу щільності індивідів як за психічними, так і за фізичними можливостями людини. Основна маса (68 %) складається з людей, у яких не спостерігається яскраво виражених відхилень у бік підвищених чи знижених можливостей організму. Близько 14 % володіють підвищеною, порівняно з основною масою, здатністю протистояти впливу зовнішніх чинників. У 2 % спостерігається максимально підвищена захищеність від будь-яких впливів. Такий же відсоток розподілу виявлено і у бік зменшення психофізіологічної здатності протистояти зовнішнім впливам.

Аналогічним є закон «нормального» розподілу щільності індивідів і за соціальним станом у суспільстві, а отже, і за рівнем соціальної захищеності.

Індивід не може в однаковій мірі мати всі види захисту, що і формує його відповідні дії на забезпечення нормального стану в цьому середовищі. Один індивід прагнутиме соціальних методів захисту, усвідомлюючи, що психофізіологічний вид захищеності в нього дуже низький. Інший же, навпаки, може бути позбавлений соціальних форм захисту і вимушений буде сподіватися тільки на свої психофізіологічні можливості. Збільшуючи свої фізичні можливості, така людина швидше за все буде схильна застосовувати зброю.

Однак на ступінь захищеності впливають не тільки зазначені компоненти. Візьмемо випадок, коли індивід буде максимально захищений за цими компонентами. Але може скластися ситуація, коли про його рівень захищеності не буде знати ніхто, зокрема й агресора, що фактично різко знижує реальний рівень захищеності потенційної жертви. Цілковитий же брак інформації у агресора про потенційну жертву робить її практично невразливою, тому що злочинець не знає взагалі про її існування.

Таким чином, **інформація**, знання жертвою своїх можливостей, можливостей оточення дозволяє потенційній жертві адекватно будувати свою захисну діяльність. Незнання особливостей сформованої ситуації може привести до того, що потенційна жертва перейде в розряд реальних.

Наприклад, розглянемо людину, яка володіє високими психофізіологічними можливостями і займає високий соціальний стан, тобто має високий соціальний компонент захищеності. Ця людина в результаті незнання, неопізнаності, непоінформованості, нерозважливості може потрапити в таку ситуацію, розвиток якої перетворить її у жертву. Подібне може відбутися тільки в результаті недостачі інформованості про учасників ситуації, їхні можливості тощо. Тобто, різний рівень інформованості за інших рівних умов впливає на загальний рівень захищеності потенційної жертви.

Виходячи із зазначеного, до концепції захищеності людини варто додати ще одну характеристику:

- **інформаційна складова захищеності.** Даний вид захищеності у відповідному середовищі забезпечує максимальну безпеку через поінформованість про об'єкти небезпеки. Одна і та сама інформованість про об'єкт, але у різних умовах визначатиме різну захищеність. Відповідно, поведінка потенційної жертви може визначатися також інформацією про умови, у які потрапила чи може потрапити жертва.

Найнижчий рівень інформованості, або повна непоінформованість може привести і до серйозніших наслідків, тобто ймовірність стати жертвою злочину різко зростає.

Таким чином, потенційній жертві необхідно постійно збільшувати обсяг інформації про навколишній світ. Недостатня інформованість завжди веде до зниження загального рівня захищеності.

При здійсненні акту насильства нападник завжди оцінює ступінь небезпеки для нього з боку жертви (за винятком випадків фізіологічного афекту) і намагається вибрати «легку здобич».

Психологія поведінки жертв насильства за різних рівнів захищеності має свої особливості. Наприклад, жертва, що має мінімальну соціальну захищеність у момент до початку та у момент здійснення акту насильства, буде насамперед максимально використовувати свої психофізіологічні можливості для захисту, найчастіше створюючи оману високої захищеності шляхом обману нападника. Жертва в цьому випадку буде фізично пручатися, використовувати психологічний вплив на нападника у вигляді погроз, домовленостей, прохань тощо.

Жертва, що має максимальну соціальну захищеність при мінімальному психофізіологічному складнику, будуватиме свою реакцію на насильницьке посягання не на власних природних можливостях, а з використанням свого статусу, своїх зв'язків у суспільстві, впливовості тощо. Вона буде в основному погрожувати своїми реальними можливостями, фізично пручатися в'яло, усвідомлюючи, що справедливе покарання неминуче.

Кожний з компонентів, що складають захищеність, має різний ступінь ефективності як у момент здійснення акту насильства, так і в період до цього.

Отже, використовуючи таке уявлення, можна дати повне означення поняття захищеності.

Захищеність – це сукупність об'єктивних і суб'єктивних чинників, що визначають безпеку суб'єкта в певному середовищі.

Стосовно дітей, потрібно усвідомлювати, що вони не мають високих показників ані психофізіологічної, ані соціальної захищеності, тому можливостей стати жертвою насильницьких дій у них незрівнянно більше.

2. Психічна діяльність людини в екстремальних умовах

При взаємодії із зовнішнім середовищем індивід використовує наявні в нього види захищеності. У силу того, що соціальний компонент захищеності досить інертний і не «спрацьовує» одразу, індивід змінює конкретний зміст загальної захищеності, віддаючи перевагу параметру, що діє негайно. Таким параметром є психофізіологічний складник загальної захищеності. Через те, що при взаємодії з нападником у жертви підвищується рівень емоційної напруги, то відповідні її реакції визначаються саме тими перевіреними варіантами, що однозначно спрацьовують. Чим складніші умови, тим простіші форми поведінки постраждалої сторони. У цьому випадку соціальний компонент відступає на другий план.

Діяльність людини в екстремальних умовах визначається прагненням якнайшвидшого виходу з такого становища. У цьому випадку індивід намагається якнайшвидше нормалізувати ситуацію, не чекаючи яких-небудь соціальних способів захисту. Тобто психофізіологічний параметр є визначальним у цей момент.

Це означає, що в період насильницького впливу, незалежно від можливості вибору варіантів захисту, процес захисту визначається в основному тільки психофізіологічними можливостями індивіда.

При взаємодії жертви і агресора завжди є яка-небудь цінність, що представляє інтерес для обох сторін, до речі, вона може бути і нематеріальною, а лежати в площині моральних цінностей. Жертва не хоче віддати, а агресор хоче одержати. У результаті «втрати-придбання» значущої цінності відбувається перехід обох сторін взаємодії на різні ступені емоційної напруги. Отже, у кожної зі сторін відбувається вмикання в діяльність конкурентних механізмів. Виникає та розвивається конфлікт між жертвою зазіхання і агресором.

Варіанти поведінки жертви різні – поступитися, змиритися з утратою відбираної цінності; боротися до кінця, поки є можливість і сили; відстоювати свої інтереси, а потім відступити і тощо. Це відповідає загальному психофізіологічному механізму реакції на стресовий фактор: «Втікай – замри – нападай».

Результат поведінки жертви може бути різним. Але одним з варіантів може бути й такий, коли жертва виявляється сильнішою за нападника. У цьому випадку жертва застосовує до агресора також насильницькі форми впливу в момент захисту, і в результаті образник може перейти в розряд жертви, а сторона, що обороняється – у розряд агресора.

Вплив емоцій на поведінку жертви

Розглядаючи питання взаємодії агресора і жертви, необхідно відзначити, що особистість, потрапляючи в умови насильницького впливу, залежно від значущості утрачених цінностей зазнає сильної емоційної напруги, що знижує рівень довільної регуляції її дій. Це приводить до того, що вчинки людини в цьому стані найчастіше не зовсім усвідомлені, а визначаються її стереотипними формами поведінки.

Отже, залежно від того, **наскільки значуща втрата для жертви** – може мінятися його поведінка. Якщо значущість втрати дуже висока, то це супроводжується високим рівнем емоційної напруги жертви. У результаті, рівень довільної регуляції поведінки жертви падає, що може привести до імпульсивних, несвідомих дій для захисту своїх інтересів.

Психологія поведінки кожної зі сторін при їхній взаємодії (особливо постраждалої сторони, що переживає втрату значущих для неї цінностей) показує, що в цей момент жертва зазвичай перебуває в стані емоційної напруги певного рівня. Для збереження своїх цінностей жертва вдається до різних форм поведінки, у тому числі і неправових, оскільки постійно контролювати свою поведінку відповідно до законодавчо дозволених норм вона не може. Це відбувається через те, що жертва, захищаючи в момент насильницького зазіхання значущі для неї цінності, переходить у різні емоційні стани. Їхня якість і інтенсивність істотно впливають на рівень довільної діяльності і волю сферу людини.

За даними сучасної психології, нейрофізіології, нейропсихології та інших наук про людину, емоції і почуття грають винятково важливу біологічну і соціальну роль.

У життєдіяльності людини емоційні стани як мобілізують, так і дезорганізують вплив на фізіологічну і психологічну діяльність.

У момент взаємодії жертви з агресором у кожного з них формуються певні емоційні стани, що мають найчастіше динамічний характер, що багато в чому визначає конкретні форми їхніх поведінкових реакцій.

Відповідно до принципів **теорії самоорганізації**, людина як біологічний індивід і як соціальне утворення є системою, що самоорганізується.

Відповідно до основних положень цієї теорії, будь-яка система (у тому числі й людина) постійно прагне до стану внутрішньої рівноваги, урівноваженості з навколишнім середовищем. Під середовищем розуміють як гомеостаз людини, так і її соціальні зв'язки.

Для того щоб досягти цього стану, система повинна визначити:

- те, що необхідно їй робити;
- як це робити;
- скільки (як довго) це робити.

Виконання цих трьох умов і дозволяє системі досягти стану рівноваги.

Встановлено, що для забезпечення адекватної форми поведінки людини в конкретних умовах у головному мозку є спеціальні нервові центри. Було виявлено центри, що забезпечують або агресивну поведінку, або миролюбну.

Для підвищення рівня адаптації людини до певного середовища може трансформуватися та чи інша форма її поведінки. При позитивному результаті діяльності в людини з'являється почуття задоволення. І навпаки, незадо-

воленість кінцевим результатом викликає почуття невдоволення. Численні дослідження підтверджують наявність нервових центрів задоволення – невдоволення.

Отже, відповідно до положень теорії самоорганізації, за результатами досліджень в області психофізіології, можна відзначити, що **основними детермінантами поведінки** людини є:

- здатність людини визначати, що необхідно робити для досягнення рівноваги з середовищем перебування. Перебираючи варіанти «необхідного», людина визначає, що для неї найбільш важливе, значуще в цей момент, що певною мірою відбиває наявну в людини ієрархію потреб. У процесі життєдіяльності відбуваються відхилення від нормального, оптимального стану, що викликає необхідність мобілізації функцій для повернення до норми. Таким чином, ступінь активності зазначених вище центрів залежить від значущості подій, що відбуваються, для життєдіяльності організму, з огляду як на психофізіологічні, так і соціальні умови середовища, що забезпечують адекватні форми поведінки;
- здатність вибирати варіанти досягнення поставленої мети, тобто, як це робити, при цьому розглядаються поведінкові варіанти «підкоряти чи підкорятися». У процесі життєдіяльності людина розглядає можливість задоволення потреб, що має вербальний опис цієї дихотомії «можу – не можу» і викликає в людини впевненість чи непевність у результативності своїх дій;
- здатність установлювати момент, коли «це» робити вже не треба, тобто визначати ступінь задоволеності. Кінцевий результат може бути досягнутий у повному обсязі, частково чи не досягнутий зовсім. Це викликає в людини різні ступені задоволеності ним. Залежно від рівня задоволеності виниклої потреби, в людини виникає стан задоволеності чи протилежний йому – незадоволеності.

Таким чином, виділяються три взаємозалежні характеристики з **дихотомічною** структурою, що детермінують поведінку людини в різних умовах:

- значущість потреби;
- можливість задоволення потреби;
- задоволеність кінцевим результатом.

Так, проілюструвати висловлені теоретико-концептуальні положення можна результатами психологічного аналізу матеріалів кримінальної справи. Далі мова протоколу: «Т. і Б. оманним шляхом під приводом святкування дня народження Г. привели Л. у квартиру, де перебували ще четверо чоловіків. Усі розпивали спиртні напої. Після цього Т. з метою вступу у статевий зв'язок з Л. завів її в спальню і, із застосуванням фізичного і психічного насильства, зґвалтував. Після цього Т. забрав із собою одяг Л. і сказав, що з нею будуть чинити статеві акти інші присутні в квартирі особи. Побоюючись продовження насильства іншими особами і знаходячись у стані сильного емоційного напруження, Л. викинулася з вікна 4-го поверху з метою покінчити життя самогубством».

У цьому випадку жертва насильства перебувала в стані сильної емоційної напруги, що привело до значного обмеження довільної регуляції поведінки. У результаті цього поведінка жертви визначалася бажанням будь-яким способом, незважаючи ні на що, позбутися подальшого насильства. Розв'язати цю ситуацію жертва могла двома принципово різними варіантами: фізично усунути джерело насильства чи самій втекти від цього джерела, тобто «напасти» чи «відступити». Ми вже знаємо, що перебираючи варіанти «необхідного», людина визначає, що для неї найбільш важливе, значуще у відповідний момент, що певною мірою відбиває наявну в людини ієрархію потреб. Потреба збереження себе як особистості мала для дівчини дуже високу значущість, якою вона не могла поступитися. Безумовно, жертва в цьому прикладі діяла імпульсивно, «вибрала» втечу, щоб зберегти власне «Я», не замислюючись про можливі тяжкі наслідки для життя і здоров'я, що і привело до нещасного випадку при втечі (а не до самогубства, як у міліційному протоколі).

Запитання для обговорення:

- *Як ви розумієте віктимологічні терміни «жертва», «сторона взаємодії», «віктимність», «віктимна поведінка», «захищеність»?*
- *Які складники захищеності Ви знаєте? У чому полягає важливість кожного з них? На які складники захищеності Ви можете впливати як фахівець?*
- *Які чинники впливають на поведінку людини в екстремальних умовах? Що є характерним для такої поведінки?*
- *Що таке теорія самоорганізації системи? Як за її допомогою можна пояснити поведінку людини в екстремальних умовах?*
- *Який вплив мають емоційні стани на поведінку людини?*

3. Типологія поведінки жертв насильства.

Поведінка жертви в період до скоєння насильства

Типологія поведінки жертв

Соціально-кримінологічні дослідження стверджують, що як у створенні сприятливої для насильства ситуації, так і в динаміці здійснення самого акту насильства досить часто сама жертва відіграє значну роль.

Отримані в результаті досліджень дані дозволили зробити висновок про те, що поведінка жертви насильства складається з трьох фаз:

- поведінка в період до скоєння насильства;
- поведінка в момент здійснення насильства;
- поведінка після скоєння насильства.

В свою чергу, **поведінка в період до скоєння насильства** розділяється на такі типи:

- неучасть у створенні ситуації насильства («чисті жертви»);
- активна участь у створенні ситуації насильства;
- свідома провокація.

Неучасть у створенні ситуації насильства (так звані «чисті жертви»).

Дійсно, протягом свого життя та професійної діяльності ми спостерігаємо певний тип людей, з якими трапляються всі нещастя, які тільки можна уявити. Ці люди наче «притягують» неприємності, постійно потрапляють у критичні ситуації, хоча ніби абсолютно нічого для цього не роблять! Чому у певних людей віктимність є частиною особистості?

У психології є концепція «набутої (навченої) безпорадності», запропонована американським науковцем Мартіном Селигманом. Початок цієї концепції поклали його досліді над тваринами.

Так, Селигман припустив, що тварина, котра тривалий час зазнає неухильного покарання, навчається марності своїх зусиль, у неї виробляється набута (навчена) безпорадність. На думку науковця, це відбувається тому, що тварина визнає повну незалежність між своєю поведінкою, спрямованою на порятунок, і наслідками цієї поведінки – що б не робилося, усе виявляється безрезультатним.

Однак, як показали проведені дослідження, у 18–20 % тварин так і не вдалося виробити навчену безпорадність, і не тому, що вони були не в змозі встановити зв'язок між подіями і зрозуміти безрезультатність своїх зусиль. Будь-яким іншим навичкам вони навчалися швидше за інших. Було висловлено припущення, що стійкість до набуття безпорадності може залежати від попереднього генетичного досвіду тварини. Ті піддослідні тварини, у яких так і не вдалося виробити навчену безпорадність, очевидно, неодноразово зіштовхувалися протягом попередніх поколінь із завданнями різного ступеня складності, і в них виробилася стійкість до невдач. Весь попередній досвід може підвищити опірність завдяки формуванню високої потреби в пошуку і посиленню пошукової активності. Це положення згодом було доведено відповідними експериментами як на тваринах, так і на людях та відповідає закону «нормального» розподілу щільності індивідів ($16\% + 2\% = 18\%$, а це приблизно та сама кількість!).

Розвинута потреба в пошуку забезпечує відповідну їй поведінку всупереч усім невдачам і розчаруванням, всупереч навіть негативному прогнозу. Але, якщо невдачі суб'єктивно переживаються болісніше, ніж стан відмови від спроб, то пошук може припинитися. Таким чином, набута (навчена) безпорадність – це варіант відмови від пошуку.

Подальші дослідження внесли ряд уточнень у розуміння процесу виникнення набутої безпорадності. Зокрема, з'ясувалося, що результат навчання залежить не тільки від того, що людина переконується у своїй нездатності вплинути на певну ситуацію, розв'язати конкретну проблему, але і від чекань, що сформувалися в минулому досвіді. Дуже багато чого визначається тим, чи вважає людина цю проблему взагалі нерозв'язною, чи думає, що та не під силу тільки їй. Набута безпорадність розвивається тільки в останньому випадку. Людина може визнати, що проблема має розв'язок, але він доступний лише спеціально підготовленим особам. Така внутрішня позиція, як показують проведені дослідження, не приводить до набуття безпорадності. Це набуття відбувається тоді, коли людина знає, що постала перед нею проблема може бути розв'язана такими ж, як вона.

Віднесення причин невдач зовні й усередину – не єдина настанова, що визначає прояв навченої безпорадності. Людина може вважати, що вона знає невдачі тільки тут і зараз, а може припускати, що невдачі будуть її переслідувати і надалі, до того ж не тільки в цій конкретній сфері діяльності, але й у будь-якій іншій.

Виразність набутої безпорадності і ступінь її поширення (генералізації) на різні види діяльності у цей момент і в майбутньому визначається сполученням психологічних настанов. Найважчі наслідки пов'язані з тими, за яких причину безпорадності людина приписує своїм особистісним якостям, що сприймає як незмінні і такі, що впливають на усі форми життєдіяльності. Саме таке сполучення настанов швидше за все приводить до відмови від пошуку за перших же невдач.

Таким чином, набуття безпорадності відбувається за наявності таких факторів:

- людина не має попереднього досвіду розв'язання складних проблем;
- у неї сформовано недостатній рівень потреби в пошуку;
- людина вважає, що з цієї проблемою справиться будь-хто, рівний їй (за фізичними, психологічними і іншими даними), але не вона сама.

Набута безпорадність приводить до того, що людина, потрапивши в ситуацію жертви, практично нічого не робить для зміни становища, що сформувалось.

(Як приклад можна привести відому притчу про двох жаб, що потрапили в банку з верхками.)

Людина, у якої спостерігається навчена безпорадність, у повсякденному житті поводить трохи інакше порівняно з іншими. Ця відмінність проявляється в тім, що вона вважає: «я все одно не зможу, так навіщо ж робити?», і при виявленні небезпеки для себе не завжди шукає вихід для порятунку від небезпеки. У неї спостерігається комплекс невдахи, що і перешкоджає мобілізації всіх її ресурсів для зміни як конкретної ситуації, так і стану справ у цілому.

Саме такого роду люди і стають частіше жертвами. Але в такому випадку не можна стверджувати, що жертва – це людина, у якої спостерігається набута безпорадність, тому що наявність зазначеного фактора не є обов'язковим для того, щоб людина стала жертвою.

І все ж таки, застосовуючи концепцію «набутої безпорадності» для з'ясування процесу віктимізації (набуття ролі жертви), ми можемо тепер краще зрозуміти таку ситуацію. Якщо особистість хоча б один раз повірить, що не може контролювати того, що відбувається з нею, то пізніше їй буває надзвичайно важко знову повірити у свою можливість впливати на ситуацію, навіть якщо вона досягає позитивних результатів у власних більш пізніх спробах повернення контролю над ситуацією. Це твердження є істотним для розуміння причин, чому жінки, котрі страждають від насильства, не намагаються звільнитися від відносин, у яких чоловік знущається з них. Якщо жінка один раз повірить у свою безпорадність, усе її сприйняття ситуації наповнюється цим переконанням, у результаті – жінка стає безпомічною і пасивною. Обмірковуючи свої справи з почуттям неконтролювання їх і неможливості впливати на них, жінки і насправді позбавляють себе можливості такого контролю. З отриманих анамнестичних даних жінок, що постраждали від насильства, про

інциденти насильства щодо них, інколи складається враження, що у певних ситуаціях вони могли б бути менш безпорадними, ніж як це відбувається насправді. Але варто пам'ятати, що їхня поведінка визначається негативним сприйняттям власних можливостей, здатності змінити що-небудь, а не реальною ситуацією. Тому здається, що поведінка жінок, котрі страждають від насильства, аналогічна поведінці собак і пацюків з дослідів М. Селігмана. Як наслідок зазначеного, їхні пізнавальні здібності щодо можливості досягнути успіху у виході з ситуації і вчинити відповідні дії, також змінюються. Жінки зневірюються у можливості змінити ситуацію за допомогою власних активних дій, незалежно від того, чи можливо це в дійсності, чи ні. Потім, пізніше настає генералізація почуття безпорадності – жінки, що страждають від насильства, зовсім зневірюються у будь-якій можливості знайти правильну модель поведінки, а не тільки поведінки в одній, конкретній ситуації, у якій перебувають. Подібно до того, як це було в експерименті з пацюками, почуття безпорадності серед людей має тенденцію до поширення від однієї ситуації на інші. Тому жінки, котрі страждають від насильства, не можуть зрозуміти, що з факту безпорадності щодо одного акту насильства зовсім не випливає тотальна безпорадність щодо агресивного чоловіка; що з факту неможливості втечі від однієї ситуації насильства не випливає неможливість втечі з патологічного родинного зв'язку. Почуття неможливості втечі від одного нападу поширюється в таких жінок на почуття неможливості втечі від агресора взагалі.

Почуття безпорадності має негативний і деструктивний вплив на здатність особистості розв'язувати проблеми. Перебуваючи на цьому шляху, жінки – жертви насильства стають наче «сліпими» щодо можливостей своїх подальших дій. Люди, які відчують свою безпорадність, щиро вірять, що не мають ніякої можливості впливати на ймовірність успіху чи поразки у важливих для них справах. Жінки, переконані в тім, що насильство і є їхньою життєвою дорогою, водночас вважають, що вони ніяк не можуть вплинути на ситуацію.

У наведеному вище прикладі показано, як «набута безпорадність» виникає у дорослій жінки, яка потрапляє в ситуацію насильницьких подружніх стосунків.

За цим самим принципом, навіть більше подібним до дослідів М. Селігмана, виникає **«набута безпорадність» у дітей**. У деяких перекладах з англійської читаємо «навчена безпорадність», що, на наш погляд, більше відповідає процесу віктимізації, характерної для дитячого віку. Пояснимо це докладніше.

Дуже часто батьки, намагаючись «привчити дитину до слухняності», насправді суттєво обмежують її пошукову активність. Використовуючи велику кількість заборон та покарань за їхнє порушення, вони привчають дитину до думки, що «не варто пручатися», «роби тільки те, що тобі наказали». На початку цього процесу дитина могла реагувати досить бурхливо, але, побачивши нульовий ефект від таких спроб, стає надмірно конформною, що батьки з задоволенням оцінюють як «слухняність». У подальшому відбувається генералізація цієї «навченої» безпорадності на інші сфери життя.

Інша типова модель віктимізації дитини – надмірна її опіка. Хоча покарань у такій моделі може і не бути, все одно, гіперопіка забирає в дитини самостійність та ініціативність. Дитина не здобуває досвід самостійного розв'язання життєвих проблем, привчається до залежності від іншого члена сім'ї, тим самим віддаючи комусь ключі від власного життя.

Типовою моделлю формування «навченої безпорадності» у дитинстві є постійне приниження гідності дитини, недовіра до її можливостей, навішування на неї «ярликів»: «... який же ти тупий! Усі діти, як діти, а цей... Ти ніколи не складеш цю математику, дебіле! Треба тебе перевести в школу для дурників!» Хлопець намагався, старався – але все марно, в очах батьків він залишався «тупим дебілом». Згодом він погодився з таким становищем і перестав проявляти активність, впевнився, що це марна справа.

Цікавий, на наш погляд, підхід до пояснення причин невдач людей запропонували американські психологи М. Джеймс і Д. Джонгвард.

Відповідно до теорії Джеймса та Джонгварда, усіх людей умовно розбито на два табори – тих, хто виграють і тих, хто програють. Недостатні чуйність, турбота, погане виховання, конфлікти в родині, тривалі неприємності, брутальність, надмірне фізичне навантаження є деякими з тих факторів, що сприяють формуванню «тих, хто програють». **Ті, хто програють.** часто живуть або мріями, або спогадами. Ті, хто живе спогадами, перебувають у «старих добрих часах», ностальгують за минулим, шкодують себе. Вони можуть журитися про те, що б відбулося, **якби тільки:**

«я одружився із ким-небудь іншим...»,

«я мав іншу роботу...»,

«я був красивим...»,

«я народився багатим...»,

«мав кращих батьків...»

Люди, що живуть у майбутньому, можуть мріяти про яке-небудь чудо, що має статися і після якого вони зможуть «зажити щасливо». Замість того, щоб жити своїм власним життям, **ті, хто програють,** чекають чарівного порятунку:

«коли я закінчу школу...»,

«коли виростуть діти...»,

«коли я розбагатію...»,

«коли я займу місце начальника...»

Ті, що програють, часто живуть зі страхом майбутніх нещасть:

«що, коли я втрачу роботу...»,

«що, коли я збожеволію...»,

«що, коли що-небудь упаде на мене...»,

«що, коли я зламаю ногу...»

Таким чином, люди, надмірно занурені у свої сумніви, мрії, котрі не бачать реальності, упускають потенційні можливості поліпшити своє становище. Ці люди бачать себе ніби у кривому дзеркалі, недооцінюють свої можливості, переоцінюють силу зовнішнього впливу на них. Цілком природно, що такі особливості своєї особистості вони «виховали» з дитинства і батьки їм в цьому «допомогли», піддаючи сумнівам доцільність їхніх дій та критикуючи перші, ще непевні, спроби.

Американський психотерапевт Дж. Рейнуотер розробив трохи інший, на наш погляд, досить раціональний, підхід до пояснення причин поведінки людини, що приводять її до стану жертви. Так, Дж. Рейнуотер вважає, що кожна людина у своєму житті займається **самопрограмуванням**. Від того, як вона програмує самого себе, залежить її подальша поведінка в тій чи іншій ситуації. Якщо людина протягом усього життя втлумачувала самій собі, що вона невдаха, що всі можливі й неможливі нещастя відбудуться саме з нею, то вона з найбільшим ступенем ймовірності може стати жертвою. Іншими словами, людина свідомо підвищує свою віктимність. Таке самопрограмування також починається з дитинства, особливо тоді, коли з боку батьків дитина не бачить підтримки, а лунає лише впевненість у негативному розвитку подій.

Дж. Рейнуотер також вважає, що в кожній людині наче постійно існують кілька людей, так називані *субособистості*. Число цих субособистостей у кожній людині дуже велике: батько, дитина, начальник, підлеглий, учитель, пацієнт, лікар, споживач, жертва, саботажник, критик тощо. Жертві приділяється та субособистість, котрій звично відчувати себе безпорадною дитиною, домагатися уваги до себе митецьким умінням здаватися невмілою, недотепною, безглуздою і т.п.. У того, хто в дитинстві був Жертвою, виробляються певні зразки поведінки, що зберігаються навіть тоді, коли необхідність у такій поведінці відпадає.

Активна участь у створенні ситуації насильства

Взаємозв'язок і взаємозумовленість особистості і негативної поведінки жертви насильства і динаміку психологічного механізму їхнього розвитку можна певною мірою простежити на прикладі прояву деяких морально-психологічних рис у частини жертв заподіяння тілесних ушкоджень і згвалтувань, здійсненню яких сприяла більш-менш поведінка самих жертв. Якщо брати віковий ценз, така характеристика більш виявляється у підлітків з делінквентною поведінкою. Домінантним за стійкістю і значущістю в структурі морально-психологічного образу саме цього типу жертв були такі якості, як агресивність, жорстокість стосовно близьких, нелагідність, схильність до вживання алкоголю, статева розбещеність, нерозбірливість у виборі знайомих тощо.

Таку групу складають підлітки з рисами збудливого, істероїдного, нестійкого типів характеру. Їхніми загальними рисами є збудливість, вразливість, розгальмування, слабкий вольовий контроль поведінки. Нерідко їм властиві асоціальність, педагогічна занедбаність, перекручене уявлення про морально-етичні норми, раннє залучення до вживання спиртних напоїв, ранній початок статевого життя, вживання наркотиків. Ці жертви неусвідомлено втягуються в ситуацію насильства через власну сприятливу для насильства поведінку: агресивність, некритичність до своїх вчинків, зовнішньозвинувачувальні реакції, надмірну самовпевненість, завищену самооцінку, переоцінку власних можливостей під впливом імпульсивних спонукань, низьку здатність до стриманості з орієнтацією на «негайно», невизнання провини на емоційному рівні.

Слабкість сформованості вольового контролю поведінки, прогностичних здібностей не дозволяє їм вчасно усвідомити справжню небезпеку ситу-

ації і вживати необхідних заходів для її виправлення, а коли стан стає критичним, воля таких жертв, здатність опиратися виявляються зломленими активними і грубими діями нападника.

Наприклад, **вживання алкоголю жертвою** в більшості випадків призводить до того, що жертва втрачає здатність адекватно оцінювати те, що відбувається, не може орієнтуватися в обставинах, адекватно чинити опір. Здатність логічно мислити і приймати правильні рішення в стані алкогольного сп'яніння зменшується. Вживання алкоголю в невеликих дозах звільняє людину від деяких внутрішніх «гальм», людина може повестися так, як вона не повелася б ніколи. В міру збільшення дози алкоголю людина стає нездатною оцінювати стан, у якому вона перебуває, хоча сама є упевненою, що може справитися зі складними питаннями.

Запитання для обговорення:

- *На які фази можна розділити поведінку жертви насильства?*
- *Які типи віктимної поведінки, що передують скоєнню насильства, Ви знаєте?*
- *Як Ви можете пояснити, що існують люди, які практично нічого не роблять для того, щоб опинитися у ролі жертви, але постійно потрапляють у ситуації насильства або постійно у них перебувають?*
- *Назвіть приклади, коли саме поведінка потенційної жертви призводить до скоєння насильства над нею? Які, на Вашу думку, чинники впливають на це?*
- *Чи винні люди з негативними морально-етичними настановами або рисами характеру в тому, що їхня поведінка сприяє вчиненню насильства над ними?*

Свідома провокація. Чи «провокує» жертва агресора? (Дискусія)

- обговорити ситуації насильства, в яких, на думку учасників, саме поведінка жертви сприяла вчиненню проти неї насильницьких дій;
- досягнути розуміння, що більш-менш активна участь жертви насильства у створенні ситуації насильства не завжди є провокацією, а саме провокація – це завжди усвідомлена дія, що має на меті здобуття певного зиску з ситуації насильства.

Хід дискусії

Частина 1.

Завдання:

- *Наведіть ситуації, у яких, на Вашу думку, саме поведінка жертви сприяла вчиненню проти неї насильницьких дій.*

Присутні по черзі наводять приклади ситуацій, у яких, на їхню думку, саме поведінка жертви сприяла вчиненню проти неї насильницьких дій. Викладач записує варіанти, не коментуючи (див. коментар-підказку).

Частина 2.*Завдання:*

- *Оцініть наведені ситуації. Як Ви вважаєте, у яких з них можна говорити про провокацію насильницьких дій самою жертвою? Наскільки усвідомленими були ці дії? Який зиск для себе здобула жертва від ситуації насильства? (див. коментар-підказку).*

Коментар: під час проведення 1 та 2 частини дискусії викладач повинен забезпечити якомога ширше бачення цієї проблеми учасниками, тому обговорення слід скерувати на розуміння відмінності провокації від несвідомої активності у віктимній ситуації. Учасники повинні зрозуміти, що в період до скоєння насильства поведінка жертви може бути різного ступеня усвідомленості – тобто, вона може діяти цілком свідомо з чітким прогнозом ніби «несприятливого» для себе розвитку подій або неусвідомлено; вона може не брати до уваги якісь деталі ситуації, що створилася, чи, навпаки, ставитися до них з підвищеною увагою, контролюючи все, що відбувається. Представлення поведінки жертви насильства в такий спосіб дає можливість припустити, що жертва, яка цілком усвідомлює свою поведінку, прогнозує несприятливий розвиток подій, при цьому звертає увагу на всі, навіть незначні, факти, може свідомо провокувати скоєння акту насильства проти себе. Така прагматична усвідомлено провокаційна поведінка може бути пояснена тим, що жертва прагне дістати з ситуації насильства надалі яку-небудь вигоду для себе (рентна настанова). Таке поводження жертви насильства фактично є умисним набуттям статусу жертви і переслідує часто лише її відомі корисні мотиви. Виявлення такої форми поведінки дуже складне, можливе лише із застосуванням комплексу психологічних досліджень, спрямованих на встановлення ступеня усвідомленості дій постраждалої сторони та виявлення вигоди із ситуації насильства.

ВАРІАНТ

***Приклад ситуації.** Дівчина-підліток, яка вже мала досвід статевих контактів, познайомилася з дорослим чоловіком. Не говорячи про свій вік (а із застосуванням косметики вона виглядала значно старшою), дівчина зустрічалася з чоловіком, проводила з ним час у розважальних закладах, вживала алкоголь, зголосилася на статевий контакт, під час якого розірвала свій одяг, потім вела себе агресивно, обзивала партнера образливими словами, перша ударила чоловіка в пах, дістала удар у відповідь, ще кілька разів ударилася обличчям об одвірок і заявила, що коли чоловік не хоче відбувати термін ув'язнення за звалтування неповнолітньої, йому доведеться сплатити чималу суму грошей.*

Отже, на цьому прикладі ми бачимо, що «жертва» цілком усвідомлювала свою поведінку, прогнозувала розвиток подій, обертаючи факт побиття на свою користь, при цьому мала план, який послідовно виконувала. Вона свідомо провокувала скоєння акту насильства проти себе. Навіть під час безпосереднього побиття вона уважно контролювала ситуацію, впевнилась, що дістала достатні травми для розгляду цього акту насильства в рамках кримінального судочинства, і тільки потім усунулась від джерела агресії. Така поведінка «жертви» на-

сильства фактично є умисним набуттям статусу жертви і переслідує корисний мотив – отримати гроші. Така поведінка, що провокує насильство, на нашу думку, є злочинною, тому слово «жертва» ми й взяли у лапки.

Запитання для обговорення:

- *Наведіть відмінності різних форм віктимної поведінки від провокації насильства?*
- *Які особливості поведінки жертви дають нам право зробити висновок щодо свідомої провокації?*
- *Чи є свідомою провокація однією з форм віктимної поведінки?*

4. Поведінка жертви під час скоєння насильства та після нього

Ще раз нагадаємо, що поведінка жертви насильства складається з трьох фаз;

- поведінка в період **до скоєння насильства**;
- поведінка в **момент здійснення насильства**;
- поведінка **після скоєння насильства**.

Поведінка в момент здійснення акту насильства

Жертва, потрапляючи в екстремальну ситуацію насильницьких дій, намагається задовольнити виниклу в неї потребу уникнути цієї ситуації або звести до мінімуму можливі негативні наслідки. У такий момент у жертви виникає кілька варіантів поведінки для задоволення зазначеної потреби. Вибір варіантів поведінки відбувається з урахуванням як попереднього власного, так і знання чужого життєвого досвіду.

Якщо в людини переважають процеси гальмування, то, потрапляючи в екстремальні умови здійснення проти неї акту насильства, вона поводить в перший момент часу пасивно, не починаючи практично ніяких активних дій. І навпаки, людина, у якої переважають процеси збудження, починає «пручатися», пробувати негайно різні варіанти виходу з ситуації, що створилася. Час перебування в такому стані залежить від швидкості зміни нервових процесів відповідної людини.

Чим вища для жертви значущість можливої втрати, тим вищий загальний рівень її емоційної напруги. В міру розвитку ситуації і неможливості для жертви уникнути насильства, рівень емоційної напруги підвищується. Якщо ж постраждала сторона не впевнена у своїх силах протистояти насильнику, емоції ще більше підсилюються. Передбачуваний негативний результат подій, що розвиваються, ще більше підсилює збудженість жертви. У цьому випадку, як показують результати досліджень, поведінка жертви переходила в область неконтрольованої з її боку й обумовлювалося тими поведінковими стереотипами, що були сформовані раніше.

Проведені дослідження дали можливість виділити **основні форми поведінки жертви в момент здійснення проти неї акту насильства** за принципом активності поведінки:

- без оборони;
- пасивна оборона;
- оптимальна активна оборона;
- агресивна оборона;
- аутоагресивна оборона.

Без оборони. При цій формі поведінки у жертви найчастіше виникає загальмованість психомоторних реакцій, яка призводить до того, що нема будт-яких дій, спрямованих на протидію нападнику.

Причини виникнення загальмованості можуть бути різними: тип вищої нервової діяльності жертви, різниця у віці (у дітей), страх дістати значні ушкодження, каліцтва, можливість смерті, несподіване потрапляння у незнайомі обставини тощо. Цю форма поведінки (тобто без оборони) можна також спостерігати в осіб, котрі навмисно провокують насильство проти себе з метою дістати надалі який-небудь зиск.

Пасивна оборона. У початковий період нападу виявляється певна короточасна млява протидія. Якщо агресія з боку нападника продовжується, то жертва припиняє оборонні дії. Також характерна для дітей, особливо у ситуаціях насильства в сім'ї, які спочатку намагаються уникнути побиття.

Оптимальна активна оборона. Для захисту жертва використовує різні види і форми впливу на насильника, як вербальні, так і невербальні. У деяких випадках такі дії достатні для призупинення насильства. Після відведення загрози насильства чи після здійснення злочину будь-які дії з боку жертви припиняються. Така форма поведінки жертви, коли опір чиниться до якогось моменту, є найпоширенішою. У цій формі поведінки особливим також є те, що жертва не прагне завдати навмисно будь-якої фізичної шкоди нападнику, а тільки протидіє йому: якщо нападник намагається схопити – то відведення рук агресора в бік; якщо насильник захопив руку – то звільнення від захвату; якщо намагається завдати удару – то для захисту підставляє руки тощо. У випадках з дітьми це характерно для старшого підліткового віку, коли за психофізіологічними даними вони майже не відрізняються від дорослих.

Агресивна оборона. З метою захисту жертва поводить агресивно протягом усього інциденту насильства. При такій формі поведінки агресивні дії з боку жертви можуть перевищувати необхідні, що може привести до каліцтва або навіть фізичного знищення нападника. Припинення насильства з його боку не завжди приводить до припинення агресивних дій з боку жертви. Характерний вид оборони для підлітків з делінквентною поведінкою, особливо для хлопців.

Аутоагресивна оборона. Жертва направляє свою агресію проти самої себе. У цьому випадку в процесі нападу у жертви виникає важкий психічний стан, що може привести до аутоагресивних дій. Жертва завдає собі шкоди, тим самим вводячи себе у безпорадний та непривабливий для агресора стан. У випадках насильства в сім'ї страх за здоров'я та життя близької людини

може припинити агресію з боку нападника і навіть змінити його поведінку на допомагаючу. Проте це відбувається лише в окремих випадках, тому не можна вважати цей вид оборони за ефективний.

Якщо ж взагалі говорити про ефективність поведінки жертви під час скоєння насильства, за результатами проведених досліджень, не було встановлено будь-якої достовірної залежності між формою оборони і припиненням насильства, тобто кожна з форм оборони може привести до припинення насильства в початковій фазі здійснення нападу або до посилення агресії нападника.

Цей факт не дає нам можливості надати які-небудь конкретні рекомендації щодо поведінки жертви в момент здійснення насильницької дії. Однак ступінь віктимності потенційної жертви можна знизити. Для цього необхідно підвищувати рівень загальної захищеності, використовуючи інформаційний складник щодо останньої, тобто більше знати про насильство в сім'ї, про можливі форми здійснення актів насильства, про можливості протидії та впливу на винуватця тощо.

Як показав психологічний аналіз кримінальних справ злочинів на побутовому ґрунті, аналіз інформації, отриманої при проведенні досліджень, істотну роль у визначенні форм поведінки жертви в момент здійснення насильства грає соціальне середовище, в якій відбувалося формування стереотипів поведінкового реагування жертви. Тобто формування захисних реакцій у випадку небезпеки і морально-етичних цінностей відбувалося під дією того соціального оточення, у якому жертва перебувала в момент формування її як особистості.

Поведінка після здійснення насильства

Відразу безпосередньо після здійснення акту насильства у жертви може бути шоківий зрив. Протягом декількох хвилин людина відчуває такі симптоми шоку, як тремтіння, озноб, нудота, холодний піт і т.п. Це не ознаки слабості, а саме реакція на шок, що виникає після завершення кульмінаційного моменту ситуації. У жертви може спостерігатися утруднення в розумінні реальності того, що тільки-но відбулося. Для неї може бути важко сконцентруватися і згадати деталі.

Можливо, протягом декількох годин, а може, і днів, у жертви буде підвищений вміст у крові адреналіну, а її психічний стан буде напружений, роздратований. Жертва може страждати на безсоння через підвищений вміст адреналіну. Дуже важливо пам'ятати, що в цей період жертва вкрай чутлива до реакції оточення на те, що відбувається. Критика тільки збільшить травму, тоді як підтримувальна реакція сприятиме заспокоєнню. Жертва може почувати себе емоційно обділеною і ніби онімілою, і лише зрідка в неї може з'являтися відчуття тривоги. У неї виникає почуття, що вона діє «на автопілоті», не усвідомлюючи своєї поведінки. Виникає низка наслідків насильства медичного характеру: гостра реакція на стрес, посттравматичні стресові розлади, тривожно-фобічні розлади, депресивні розлади, розлади адаптації, розлади поведінки, тощо. Цю інформацію буде опрацьовано під час спеціального модуля.

Стосовно насильника є три варіанти поведінки жертви:

- непримирненість, прагнення покарати винуватця за будь-яку ціну;
- під впливом можливого (часто, на думку жертви, неминучого) соціального її «засудження» жертва прагне приховати факт здійснення акту насильства, тому що судовий процес, розголос, на її думку, можуть завдати шкоди ще більшої, ніж сам акт насильства;
- жалість жертви до насильника, коли жертва дізнається про тяжкість покарання, яке на нього чекає.

Запитання для обговорення:

- *На які фази можна розділити поведінку жертви насильства?*
- *Які типи оборонної поведінки жертви під час скоєння акту насильства Ви знаєте?*
- *Як Ви можете пояснити наявність різних видів поведінки жертви під час скоєння акту насильства та після нього?*
- *Чи існують найефективніші види протидії агресору? Якими вони мають бути на Вашу думку?*
- *Чи можливо вибудувати індивідуальну стратегію поведінки в ситуації насильства, яка б була найефективнішою для конкретної людини?*

5. Експериментальні методи діагностики змін у структурі особистості в осіб, які зазнали насильства в сім'ї

Як вже зазначено, у 2002 р. набув чинності Закон «Про попередження насильства в сім'ї». В ньому подано означення різних видів насильства (фізичного, сексуального, економічного, психологічного) та поставлені завдання щодо створення спеціалізованих установ для надання допомоги жертвам насильства.

У зв'язку з цим для психологів, психотерапевтів і психіатрів, які працюватимуть в таких центрах, знадобиться адекватний інструментарій, що дасть змогу обстежити та протестувати жертв насильства, які звернулися по допомогу або були направлені на консультацію.

Оскільки проблему домашнього насильства раніше не піднімали й не обговорювали так відкрито, скільки-небудь систематизованої статистики в нашій країні з цієї проблеми не було, не проводили й комплексних обстежень жертв, отже, й адекватної методики, яка б дозволяла визначити психічний стан жертви насильства як такої, немає.

Тому метою дослідження було комплектування батареї методик для обстеження жертв насильства. При цьому ми поставили перед собою такі завдання: провести порівняльний аналіз наявних методик; вибрати найадекватніші, щоб враховували специфіку обстежуваного контингенту, а також специфіку роботи психолога, психотерапевта, психіатра.

Сучасне дослідження людської психіки потребує багатоаспектного аналізу та застосування різних наборів конкретних методик згідно з поставленими завданнями та на основі загальної стратегії обстеження¹⁵.

15 Психология личности: Тесты, опросники, методики / Н. В. Киршева, Н. В. Рябчикова. – М.: Геликон, 1995. – 220 с.

Перевагою комплексного методу є те, що його застосування дає змогу проводити різні порівняння даних та отримувати цілісну картину про основні різнополюсні характеристики людини або групи.

У системі комплексної психодіагностики найважливішою є проблема створення батареї тестів. Батарея тестів повинна бути вузькоспеціалізованою, але різнобічною, спрямованою на вивчення стану індивіда або групи в певний час.

Вивчивши світову літературу з цього питання, ми визначили, що у жертв насильства найчастіше трапляються такі розлади, як ПТСР, депресія, obsесивно-компульсивні розлади, порушення сну, тривожність, неврози різного рівня виразності: як клінічного, так і доклінічного. При доборі батареї тестів необхідно було обрати критерії, за якими потім можна було б судити про ефективність тестування. Слід також обрати кілька найменш трудомістких діагностичних методик, що адекватні обраним критеріям і які можна повторно застосовувати. Соціально-психологічна діагностика утруднена впливом стану афекту жертви, соціальної бажаності певних рис, певної поведінки, увімкненням механізмів психологічного захисту, які спрацьовують при вивченні як особистості, так і групи¹⁶.

Прагнення виглядати в сприятливішому світлі, небажання «виносити сміття з хати», побоювання проникнення в інтимні сфери життя іноді підсвідомо, а іноді й свідомо приводять до викривлення багатьох важливих для діагностики даних. Особливо це справедливо для такої «важкої» та проблемної категорії обстежуваних, як жертви насильства. Факт скоєння насильства сам по собі є психотравмувальним для особистості, до цього ж додаються побоювання постраждалого(лої) бути прямо чи побічно звинуваченим(ною) у провокуванні насильства, тобто у віктимності, а також гостре почуття образи як на агресора, так і на себе.

При звертанні по допомогу жертви насильства спеціалісту-діагносту необхідно пам'ятати, що у постраждалого(лої) можуть бути посттравматичний стресовий розлад, депресія, занижена самооцінка, знижені настрої та самопочуття, а також підвищені тривожність, дратівливість, агресивність, неврівноваженість. Тому для надання кваліфікованої психологічної, психотерапевтичної допомоги і психокорекції треба визначити ступінь прояву таких якостей у жертви насильства.

Враховуючи вищевказане, для проведення психодіагностичного дослідження жертв насильства та визначення ймовірного профілю жертви були розглянуті такі методики, як Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник, чи MMPI, дослідження екстраверсії-інтроверсії та нейротизму (опитувальник Г. Айзенка), багатофакторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (версія А та версія С), дослідження тривожності (опитувальник Ч. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна), шкала тривоги Дж. Тейлор, опитувальник САН (самопочуття – активність – настрої), індивідуально-типологічний опитувальник (ІТО), методика дослідження ставлення до себе (Q-сортування), дослідження особистості за допомогою модифікованої форми В опитувальника FPI, методика діагностики показників і форм агресії А. Басса й А. Даркі, мето-

16 Мургулец Л. В. Социально-психологическая диагностика личности: Учебное пособие /ЛГУ. – Л.: ЛГУ, 1988. – 46 с.

дика діагностики рівня невротизації Л. І. Вассермана, опитувальник Шмішека, методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона, методика діагностики батьківського ставлення А. Я. Варга і В.В. Століна, методика диференціальної діагностики депресивних станів Зунге, методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса, проєктивна методика дослідження особистості «будинок – дерево – людина» Дж. Бука, проєктивна методика «Тест руки» («Hand-test») Є. Вагнера.

Міннесотський багатаспектний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) є реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості й займає провідне місце серед інших особистісних опитувальників у психодіагностичних дослідженнях.

Опитувальник складається з 550 тверджень, які утворюють 10 основних діагностичних шкал: шкалу іпохондрії (HS), шкалу депресії (D), шкалу істерії (Hy), шкалу психопатії (Pd), шкалу мужності – жіночості (маскулінності – фемінінності) (Mf), шкалу параної (Pa), шкалу психастенії (Pt), шкалу шизофренії (Sc), шкалу гіпоманії (Ma), шкалу соціальної інтроверсії (Si).

До достоїнств MMPI належить наявність в ньому шкал неправди, достовірності і корекції, які дозволяють оцінити щирість обстежуваного, виявити недостовірні результати та згладити викривлення, що вносить надмірна недоступність й обережність обстежуваного.

Позитивним також в опитувальнику є наявність необхідних нам шкал депресії, істерії, психопатії, маскулінності-фемінінності, соціальної інтроверсії; але шкали іпохондрії, параної, психастенії, шизофренії, гіпоманії не дають нам потрібної інформації. До того ж громіздкість опитувальника (550 питань) не узгоджується з часом, відведеним на прийом, та стресовим станом пацієнта, його нездатністю зосередитись й надати зрозумілі пояснення тому, що трапилося.

Багатофакторний особистісний опитувальник (Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF) названий ім'ям одного з авторів теорії рис Раймонда Кеттелла, розроблений та вперше опублікований у 1950 р. Призначений для вимірювання 16 факторів особистості та є реалізацією підходу до її дослідження на основі рис.

Можна вибрати будь-яку форму опитувальника, але за інших рівних умов опитувальник 16PF-A, що містить 187 питань, є кращим. Кількісний показник факторів тут визначається точніше, робиться розрахунок вторинних факторів.

Опитувальник 16PF-C, який містить 105 питань, рекомендується застосовувати у випадках, коли час дещо обмежений, а обстежувані менше підготовлені. У тих випадках, коли час вельми обмежений, вдаються до експрес-діагностики особистісних властивостей характеру, звертаючись до скорочених варіантів опитувальника.

За результатами дослідження будують «профіль особистості», при інтерпретації якого керуються ступенем вираженості кожного фактора, особливостями їхньої взаємодії, а також нормативними даними¹⁷.

При тестуванні жертви насильства нам стануть у нагоді такі фактори як сизотимія – афектотимія, слабкість «Я» – сила «Я», конформність – домінант-

17 Батаршев А. В. Многофакторный личностный опросник Р. Кэттелла: Практическое руководство. – М.: ТЦ Сфера, 2002. – 96 с.

ність, гіпертимія – гіпотимія, імпульсивність – контроль бажань, нефрустрованість – фрустрованість.

Деякі дослідники¹⁸ піддають сумніву валідність опитувальника 16PF, а вимірювання окремих, виділених Р. Кеттеллом, особистісних рис визнають неправомірним. Також стверджують, що опитувальники 16PF конструювалися за допомогою факторного аналізу, трудомісткого та багатого на помилки процесу обчислення. Тому цілком можливо, що помилки укралися у процес конструювання тестів. До недоліків можна додати громіздкість (187 питань) і необхідність для нашого дослідження тільки 6 шкал з 16-ти.

Індивідуально-типологічний опитувальник (ІТО), розроблений Державним науковим центром соціальної і судової психіатрії ім. В. П. Сербського, діагностує індивідуально-типологічну належність й оцінює ступінь адаптованості конкретного обстежуваного.

Опитувальник відрізняється від більшості інших подібних меншою кількістю (91) та простотою внесених в нього тверджень, які не викликають сторожкості з боку досліджуваних, а також наявністю шкал достовірності, що дають змогу судити про надійність отриманих результатів.

Пропонується 8 шкал, які поділяються на «сильний» та «слабкий» типи. Це – лідерство: екстраверсія і спонтанність; неконформність: спонтанність і агресивність; конфліктність: агресивність і ригідність; індивідуалізм: ригідність і інтроверсія; залежність: інтроверсія і сенситивність; конформність: сенситивність і тривожність; компромісність: тривожність і лабільність; комунікативність: лабільність і екстраверсія. Крім того, є ще шкала неправди й шкала агравації.

До недоліків можна віднести невелику розповсюдженість цього опитувальника, до достоїнств – стислість і представленість необхідних шкал, а також вітчизняну розробку, що виключає необхідність адаптації.

Дослідження особистості можна провести також за допомогою модифікованої форми В опитувальника FPI. Особистісний опитувальник створений головно для прикладних досліджень з урахуванням досвіду побудови та застосування таких широко відомих опитувальників, як 16PF, MMPI, EPI та ін. Шкали опитувальника сформовані на основі результатів факторного аналізу та відбивають сукупність взаємопов'язаних факторів. Опитувальник призначений для діагностики станів та якостей особистості, які мають першорядне значення для процесу соціальної адаптації і регуляції поведінки.

Загальна кількість питань у опитувальнику – 114, форма В відрізняється від повної форми тільки у два рази меншою кількістю питань.

Опитувальник FPI містить 12 шкал: I – невротичність, II – спонтанна агресивність, III – депресивність, IV – дратівливість, V – товаришність, VI – врівноваженість, VII – реактивна агресивність, VIII – сором'язливість, IX – відкритість, X – екстраверсія – інтроверсія, XI – емоційна лабільність, XII – маскулінізм – фемінізм. При відносно великій кількості питань методика підкуповує наявністю всіх необхідних для обстеження жертв насильства шкал.

Автор двофакторної моделі особистості Г. Айзенк як показники основних якостей особистості використав екстраверсію – інтроверсію та нейротизм.

18 Купер К. Индивидуальные различия / Под ред. И. В. Равич-Щербо. – М., 2000. – С. 111.

Опитувальник форми А містить 57 питань, з яких 24 пов'язані зі шкалою екстраверсії – інтроверсії, ще 24 – зі шкалою нейротизму, а решта 9 входять у контрольну Л-шкалу (шкалу неправди).

Попри велику розповсюдженість цього опитувальника, його достовірність і валідність, немає необхідності обтяжувати батарею методик додатковими питаннями, оскільки від повністю дублює шкали І і Х опитувальника FPI.

Особистісний опитувальник Шмішека (Schmieschek Fragebogen) призначений для діагностики типу акцентуації особистості та є реалізацією типологічного підходу до її вивчення. За допомогою опитувальника визначають такі 10 типів акцентуації особистості: демонстративний, педантичний, «застрягальний», збудливий, гіпертимічний, дистимічний, тривожно-боязкий, емотивний, циклотимічний, афективно-екзальтований.

Позитивною стороною опитувальника Шмішека є можливість визначити акцентуацію особистості, що дозволяє психологам і психіатрам ефективніше будувати психокорекційний процес. Водночас необхідність моментально, не роздумуючи, відповісти на 88 питань може стати вельми травмувальним чинником для жертви, яка пережила насильство й перебуває в стресовому стані.

Інша розглянута методика – дослідження тривожності (опитувальник Спілбергера). Вимірювання тривожності як якості особистості особливо важливе у жертв насильства, бо ця якість багато в чому обумовлює поведінку самої жертви.

Більшість з відомих методів вимірювання тривожності дозволяє оцінювати тільки або особистісну тривожність, або стан тривожності, або ще специфічніші рекації. Єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як особистісну якість, і як стан, є методика, запропонована Ч. Д. Спілбергером. Російською мовою його шкалу адаптував Ю. Л. Ханін.

Опитувальник простий, надійний, валідний, негроміздкий (40 питань) і дає змогу реально оцінити рівень тривожності жертви насильства. При аналізі результатів дослідження треба мати на увазі, що чим вищий підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної чи особистісної).

Зазвичай у жертв насильства відносно високий рівень невротизації, котрий свідчить про виражену емоційну збудливість, внаслідок чого з'являються негативні переживання (тривожність, напруга, занепокоєння, розгубленість, дратівливість); про безініціативність, яка формує переживання, пов'язані з незадоволеністю бажань; про егоцентричну особистісну спрямованість, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках; про труднощі у спілкуванні; про соціальну боязкість і залежність. Методика, запропонована Л. І. Вассерманом, дозволяє визначити два рівні невротизації – високий та низький, що необхідно при обстеженні жертви насильства. Але ця методика дублює шкалу І опитувальника FPI. Обтяження батареї методик на 40 питань не бажане.

У методиці експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса безперечною перевагою є невелика кількість питань (40) та те, що вона дає можливість визначити невроз з великим ступенем ймовірності. Однак слід зазначити, що методика дає лише попередню й узагальнену інформацію, а остаточні висновки про форму і ступінь неврозу можна зробити лише після детального вивчення особистості.

В осіб, які потерпіли від насильства зазвичай знижене і самопочуття, і активність, і настрій. Оперативна оцінка цих факторів (методика САН) дозволяє швидко і ефективно визначати стан жертви і проводити відповідну психокорекцію, а також перевіряти дієвість психокорекційних заходів. Слід враховувати, що при аналізі функціонального стану важливі не тільки значення окремих його показників, але й їх співвідношення.

Методика проста у користуванні й може застосовуватися обстежуваними й самостійно для оцінки власного стану. Водночас опитувальник не вільний від викривлень за типом соціальної бажаності.

Шкала Дж. Тейлор, побудована на основі багатопрофільного опитувальника, дістала широке розповсюдження серед психологів-експериментаторів для оцінки загального рівня тривожності, побоювання (страху). У 1975 р. В. Г. Норахідзе доповнив опитувальник Дж. Тейлор шкалою неправди з 10 питань, яка дозволяє судити про демонстративність, нещирість у відповідях, що підвищило цінність цієї методики. Але вона визначає тільки загальний рівень тривожності, до того ж має більше питань, ніж опитувальник Спілбергера – Ханіна. Її слід застосовувати разом з іншими методиками (наприклад, спільно з визначенням типологічних якостей), а дані за нею доповнювати іншими бланковими і проєктивними тестами для забезпечення її надійності.

Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Даркі – одна з найпопулярніших в психології методик для дослідження агресії. Оскільки агресія є одним з розповсюджених засобів розв'язання проблем, що виникають у складних ситуаціях, які викликають психічну напруженість, то агресивні дії, що застосовують для подолання труднощів і зняття напруженості, далеко не завжди адекватні ситуації.

А. Басс і А. Даркі у 1957 р. першими провели роботу, яка характеризувалася спробою розгляду агресії як комплексного феномену. Вони запропонували опитувальник, який складається з 8 субшкал, котрі вони вважають важливими показниками агресії: фізична агресія, непрямая агресія, дратівливість, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини.

Як видно із приведених шкал, опитувальник дає змогу визначати будь-які види агресії, ворожості, а також потенційну можливість провокування насильства в сім'ї з боку жертви. І хоча опитувальник перекликається зі шкалами II, IV, VII опитувальника FPI і опитувальником ІТО, водночас шкали вказаних опитувальників фіксують наявність агресії як такої, а опитувальник Басса – Даркі дає вичерпну картину дослідження агресивності за всіма можливими її видами.

Слід врахувати, що в ситуації експертизи опитувальник не захищений від мотиваційних викривлень, зокрема, по типу соціальної бажаності¹⁹.

У дослідженнях особистості для побудови індивідуальних реабілітаційних психотерапевтичних чи психокорекційних програм особливе значення набувають методи, достатньо чутливі до змін тих або інших індивідуально-психологічних показників, що відбивають ефективність проведеної корекції.

19 Практикум по психодіагностике. Психодіагностика мотивации и саморегуляции / Бабина В. С., Дукаревич М. З., Еникополов С. Н. и др.; МГУ им. М. В. Ломоносова. Фак. психологии. – М., 1990. – 159 с.

Одним з основних завдань психокорекції є досягнення суттєвих зрушень у сфері самосвідомості та в першу чергу у ставленні до себе. Кожна людина має ідеальне «Я» та реальне «Я». Спеціальними дослідженнями встановлено, що показники неузгодженості між ними тісно пов'язані з емоційним станом, особливостями мотиваційної сфери, спрямованістю особистості та іншими її перемінними. У зв'язку з цим дані, отримані за допомогою методики «Q-сортування», яка вимірює ступінь розбіжності між реальним та ідеальним «Я», можна розглядати як інформативний показник психічного стану людини, її змін у ході психокорекційних впливів та ефективності психотерапії загалом²⁰.

Вдалим моментом, на наш погляд, є те, що тестування проводять декілька разів: до початку психокорекційних впливів, під час їхнього проведення, після закінчення та, по можливості, через якийсь час після припинення психотерапевтичного впливу. Це дозволяє прослідкувати динаміку змін психічного стану жертви у процесі психокорекції.

Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона показує рівень соціальної дезадаптації у жертв насильства, обмеження контактів з навколишнім світом і дає інформацію про ступінь страждання від самотності, до якого призвело перебування у ситуації насильства. Методика містить 20 питань і є простою у застосуванні.

Методика діагностики батьківського ставлення А. Я. Варги та В. В. Століна є психодіагностичним інструментом, який дає змогу з'ясувати зміну батьківського ставлення у осіб, що пережили насильство, й надає цінну інформацію про деформацію різноманітних почуттів стосовно дитини, а також схильність до поведінкових стереотипів, які панують у суспільстві. Для нас ця методика є цінною тим, що дає змогу віднайти витоки насильницької або жертвовної поведінки, яка дуже часто формується у батьківській сім'ї.

Для діагностики депресивних станів, що виникають у жертви насильства, застосовують досить простий і валідний опитувальник Зунге, який дає змогу диференціювати депресивні стани та стани, наближені до депресії (в тому числі субдепресивні стани або масковану депресію та легку депресію ситуативного чи невротичного генезу). Методика містить 20 питань, що не обтяжує батарею методик і водночас дає вичерпну інформацію про одне з найрозповсюдженіших захворювань у жертв насильства.

Проективні методики особливо важливі, тому що дозволяють встановити довірчі стосунки досліджуваного і дослідника, дають змогу перейти від тестових методик, дозволяють відійти від стресових ситуацій та виявити вільні асоціації обстежуваного. Недоліком всіх проективних методик є необхідність відповідного досвіду у дослідника та неможливість відрізнити суб'єктивну інтерпретацію від отриманої інформації від обстежуваного.

При достатньому досвіді клініциста проективна методика «Будинок – дерево – людина» Дж. Бука, адаптована в один малюнок Р. Бернсом, допомагає зібрати інформацію про особистість пацієнта, а саме: про рівень його розвитку, сензитивності, гнучкості, працездатності та інтеграції, а також про сферу його взаємовідносин з середовищем взагалі та міжособистісних стосунків зо-

20 Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие / Под общей ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. – СПб: Изд-во «Питер», 2000. – 560 с.

крема²¹. Безперечною перевагою є простота методу й те, що немає людини, яка не змогла б намалювати ці три елементи, добре знайомі з дитинства.

Проективна методика «Тест руки» («Hand-test») Е. Вагнера адаптована в нашій країні Т. Курбатовим. Вибір оригінального стимульного матеріалу методики (зображення п'ястей рук людини) був пов'язаний з тією роллю, яку виконує рука. Вона є тим органом, котрий здійснює постійний зв'язок з навколишнім світом. Методика призначена для діагностики схильності до «відкритої агресивної поведінки», яку описував Вагнер як поведінку, що суперечить соціальним нормам у ситуаціях спільної діяльності. Таким чином, методика дає змогу передбачати не конкретний тип агресивної поведінки, а схильність до агресії взагалі та особистісні характеристики, не цілком представлені у свідомості²².

Оскільки однієї методики, яка б дозволяла вивчити стан жертви насильства, нема, ми пропонуємо створити батарею із таких методик:

- модифікована форма В опитувальника FPI з дослідження особистості;
- методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Даркі;
- опитувальник Ч. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна з дослідження тривожності;
- методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса;
- методика диференціальної діагностики депресивних станів Зунге;
- методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Расселла і М. Фергюсона;
- методика діагностики батьківського ставлення А. Я. Варги і В. В. Століна;
- проективна методика дослідження особистості «будинок – дерево – людина» Дж. Бука;
- проективна методика «Тест руки» («Hand-test») Е. Вагнера.

Запитання для обговорення:

- *Які, на Вашу думку, психолого-діагностичні процедури потрібно проводити під час першого контакту з дитиною, дорослою людиною – жертвами насильства в сім'ї?*
- *Які Ви знаєте методики оцінки психологічного стану жертви насильства? Які застосуєте до дитини, а які до дорослої людини?*

21 Альманах психологических тестов. Рисуночные тесты. – М.: «КСП», 1997. – 320 с.

22 Дроздов О. Ю. Проективна методика «Тест руки»: з досвіду використання на молодіжних вибірках. – «Практична психологія та соціальна робота», №7, 2001. – С. 24–26.

Курс 04**НАЗВА КУРСУ: ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ТА РОЗЛАДИ ПОВЕДІНКИ, ЩО ВИНИКАЮТЬ У ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА (У ТОМУ ЧИСЛІ ДІТЕЙ, ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХНЬОГО ВІКУ)****ПЛАН**

- 1. Особливості клінічної структури і динаміки психічних розладів і розладів поведінки у жертв насильства;**
- 2. Стресопохідні розлади (ПТСР).**

1. Особливості клінічної структури і динаміки психічних розладів і розладів поведінки у жертв насильства

У жертв насильства спостерігають зазвичай психічні розлади та розлади поведінки, що належать до розділу F4 МКХ – 10: невротичні, зв'язані зі стресом і соматоформні розлади, а саме:

- F40 Тривожно-фобічні розлади;
- F41 Інші тривожні розлади (панічний розлад (F41.0) або епізодична пароксизмальна тривога, панічна атака, панічний стан; генералізований тривожний розлад (F41.1); змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) тощо;
- F42 Обсесивно-компульсивний розлад;
- F43 Реакція на важкий стрес і порушення адаптації (гостра реакція на стрес (F43.0); посттравматичний стресовий розлад (F43.1); розлади адаптації (F43.2);
- F44 Дисоціативні (конверсійні) розлади;
- F45 Соматоформні розлади;
- F48 Інші невротичні розлади;
- F62 Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи;
- F10 – F19 Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

За сучасними уявленнями, стрес – це сукупність стереотипних, запрограмованих протягом розвитку поколінь реакцій організму на вплив екстремальних факторів. За своєю початковою суттю усі реакції організму, що виникають, є адаптаційними. Їх можна розглядати під різним кутом зору: на системному, органному, клітинному рівнях; з позицій психіатра, психолога, патофізіолога, біохіміка. Загальноприйнято, що виникнення адаптаційних реакцій за умови впливу екстремальних факторів завжди надмірне, тому стрес-реакція супроводжується не тільки пристосувальними, але й патологічними змінами.

Ситуацію сімейного насильства можна розглядати як стресову подію загрозливого характеру, що може викликати загальний дістрес (дістрес – негативні прояви стресу) практично у кожної особи. На відміну від багатьох інших стресорів (стресор – фактор, що викликає стрес), перебування у ситуації насильства може бути довготривалою психічною травмою. Жертви часто

страждають від різноманітних актів жорстокого насильства усіх його видів – фізичного, сексуального, психологічного та економічного.

Типові реакції, що були зафіксовані у жертв насильства, такі.

Апатія/смирення: розповіді потерпілих засвідчують, що завдяки різноманітним фізичним і психологічним методам впливу з боку агресора, постраждала особа опиняється у безвихідній ситуації, де вона змушена змиритися з будь-чим. Причиною такого стану є те, що у жертв **руйнуються засоби психологічного захисту та вміння відповідно реагувати.**

Покірність: як непосредний наслідок насильницького оточення, **особи, які потерпають від насильства в сім'ї, змушені прийняти конформістську поведінку; вони стають слухняними, щоб уникнути жорстокого поводження з боку агресора.**

Деструктивна адаптація (адаптація, що призводить до викривлених форм пристосування до реальності): Загальна психологічна травма та почуття страху не дозволяють потерпілій особі довіряти іншим людям. Їхню реальність викривлено, вони починають сумніватися в собі та інших. За таких умов майже неможливо приймати раціональні та радикальні рішення, такі як розірвати коло насильства та шукати допомоги. Руйнівний вплив неконтрольованих і неприємних подій засвідчує потерпілим особам, що у них немає вибору, що вони повинні змінитися, щоб прийняти жорстоке поводження як єдино можливе та пристосуватися до цього.

Втрата особистої незалежності: насильство в сім'ї порушує незалежність людини. Жертви втрачають можливість самостійно приймати рішення та відповідно діяти. Таку втрату контролю вважають найпринизливішим аспектом травми. Погляд потерпілої особи постійно придушується, таким чином руйнується віра в можливість контролювати власне існування, виконувати прості дії чи незалежно приймати рішення. Врешті-решт, не дивно, що особи, які страждають від сімейного насильства, перестають сприймати реальність і стають пасивними стосовно свого становища та втрачають психічну здатність мобілізуватися.

Намагання зняти стрес через зловживання алкогольними та іншими речовинами: особи, які потерпають від насильства в сім'ї, поступово втрачають надію та почуваються безпорадними, їх постійно переповнюють почуття гніву, горя та відчаю. В таких умовах зловживання алкогольними та іншими речовинами стає втечею від реальності у змінений та менш болісний психічний стан. Це призводить до різноманітних залежностей і врешті-решт до ще сильнішої залежності від агресора.

Скритність: більшість осіб, які потерпають від сімейного насильства, для власної безпеки та безпеки членів своїх родин вирішують не розповідати нікому про те, що відбувається в їхніх родин.

До важливих факторів ризику розвитку стресових розладів психічної діяльності належать особистісні особливості індивідуума, зокрема соціопатичний розлад (скильність до асоціальної поведінки), а також наявність алкогольної або наркотичної залежності. Ці фактори понижують здатність особистості до переборення травматичних стресових переживань. Наявність в особистій історії життя психічних травм (наприклад, у зв'язку з пережитим фізичним, сексуальним або психологічним насильством у дитинстві, нещасними випадками в минулому) може збільшити ризик того, що після чергової психотравматичної події виникне стресовий розлад психічної діяльності. Слід враховувати і віковий фактор. Подолання екстремальних ситуацій важче дається дітям і молодим людям.

З іншого боку, до числа факторів, що не дають розвиватися стресовим розладам, належать здатність особистості до емоційного самоконтролю, наявність високої самооцінки, здатність до своєчасної інтеграції травматичного досвіду інших у свій життєвий досвід (наприклад прийняття того, що сталося, психологічне опрацювання, аналіз та конструктивні висновки: «Це зі мною сталося, але сталося один раз, я зроблю з цього необхідні висновки та виправлю ситуацію на краще – більше жодного разу не допущу насильницьких проявів щодо мене»), а також наявність постійної соціальної підтримки (з боку державних установ, рідних, друзів та близьких), тому, на щастя, не у всіх жертв сімейного насильства розвиваються стресові розлади.

Психічні травми часто супроводжуються виникненням почуття недовіри і гіркоти, часто – бажання помсти. Ризик розвитку стресового розладу зростає також у випадку ізоляції жертви на період переживання травми.

Особливо потрібно звернути увагу на той факт, що у психотравматичній ситуації **жертви досить часто не можуть повністю ототожнити негативний досвід ситуації жорстокого насильства як реальну частину свого життя.** Цей досвід не може бути опрацьованим і тому пам'ять людини його не фіксує. Це є запобіжний (охоронний) механізм людської пам'яті, який ніби «викидає» найтравматичніші моменти минулого із свідомої сфери психіки у підсвідому. Тому виникає так званий «ефект дисоціації» («це пам'ятаю, а це – ні»), що означає фрагментацію сприйняття, почуттів, свідомості, діяльності і пам'яті. Жертви навіть можуть повністю заперечувати, що якісь події дійсно сталися з ними. Іншою формою дисоціації є так звана «деперсоналізація», коли жертва усвідомлює себе іншою людиною, вона ніби покидає своє фізичне тіло і спостерігає за усім, що відбувається, відсторонено, «збоку». Саме тому жертви жорстокого насильства здаються напрочуд апатичними або незворушними, бо травматична подія сталася ніби не з ними, а з їхніми «копіями».

Реакція людини на травматичну ситуацію обумовлена також і такими факторами, як можливість підтримки її з боку рідних, близьких та інших осіб, з якими є довірливі стосунки. В цьому може критися одна з причин того, чому на деяких пацієнтів має такий руйнівний вплив втрата близького оточення. Видужування від стресового розладу багато в чому залежить від того, наскільки своєчасно хворому надано допомогу. Слід також звертати увагу на участь у переживанні реакції на психотравму сім'ї хворого, оскільки процесу одужання можуть заважати родичі шляхом необачних дій, що відновлюють

прояви хворобливої поведінки жертви (наприклад: настирливе розпитування про деталі психотравматичної ситуації, перебування у скорботі, надмірна жалість, нагадування, що жертва сама винна тощо).

2. Стресопохідні розлади (ПТСР)

Посттравматичний стресовий синдром (ПТСР) – не рідкісне явище. Упродовж життя на нього захворюють від 1 % до 7 % населення, а до 15 % населення після тяжких травм (особливо пов'язаних з фізичною та сексуальною агресією) можуть виявляти окремі симптоми ПТСР (Дмитриєва Т. Б., 1998). У деяких осіб перебіг ПТСР хроніфікується. У загальній популяції вони часто поєднуються з іншими психічними захворюваннями, наприклад, такими як депресії та зловживання алкоголем або іншими наркотиками.

Загалом, ПТСР виникає:

- у 50% жертв згвалтувань;
- у 25% жертв побиття, модування, кримінальних насильницьких злочинів;
- у 20% жертв військових дій;
- у 15% жертв автомобільних аварій.

Критерії діагностики ПТСР

Згідно з міжнародними класифікаціями, посттравматичний стресовий розлад може розвинути внаслідок травматичних подій, що виходять за межі звичного людського досвіду. Пацієнтами можуть стати як безпосередньо жертви травм, так і свідки (що є характерним для дітей – свідків сімейного насильства).

У деяких публікаціях нам траплялося твердження, що дітям не властивий розвиток ПТСР, однак ми спостерігали у дітей та підлітків типову клінічну картину.

Згідно з міжнародними класифікаціями, цей розлад належить до категорії «Реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації».

Отже, посттравматичний стресовий розлад поділяється на:

- гострий / хронічний.
- з відставленим початком.

Вважаємо за доцільне навести такі діагностичні критерії ПТСР, за якими навіть нефакхівець може визначити цю патологію:

- A.** Хворий перебував під впливом травматичної події, коли відбулося таке:
1. Хворий пережив, був свідком або учасником події чи подій, що являли реальну або можливу загрозу смерті чи серйозної шкоди або небезпеку порушення фізичної цілісності, загрозливу як для хворого, так і для інших людей.

2. Реакція хворого проявлялася у вигляді страху, безпорадності чи жаху.

Вплив екстремального стресора приводить до розвитку ПТСР у вигляді **інтрузії, уникання і гіперактивності**. Далі ми розберемо докладніше ці терміни.

Б. Травматична подія повторно переживалася у вигляді одного або декількох подальших проявів (так звана **інтрузія**):

1. Повторні, нав'язливі спогади про події, зокрема образи, думки або відчуття.
2. Повторні сні (нічні кошмари) про пережиті події, що викликають значущий неспокій.
3. Такі дії або відчуття, що коли б травматична подія відбулася знову (зокрема відчуття відтворення пережитого, ілюзії та галюцинації, в т.ч. ті, що виникають при пробудженні або у стані сп'яніння).
4. Сильний психологічний дистрес під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, що символізують або нагадують якийсь аспект травматичної події.
5. Фізіологічна реактивність (реакції організму фізіологічного плану: прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску, сильне потовиділення) під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, що символізують або нагадують якийсь аспект травматичної події.

В. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних з травмою (тобто уникнення будь-яких подій, думок, людей, що нагадують про тяжку психотравму), та загальне заціпеніння (котрих не було відсутні до травми), про що свідчать щонайменше три симптоми з таких (так зване **уникнення**):

1. Спроби уникнути думок, відчуттів або розмов, пов'язаних з травмою.
2. Спроби уникнути дій, місць або людей, що викликають спогади про травму.
3. Часткове чи повне забування важливих аспектів та фактів травми (амнезія).
4. Виражене пониження інтересу до раніше значущих видів діяльності або до участі в них.
5. Почуття відчуження та відокремлення від оточення.
6. Звуження діапазону емоційних реакцій (наприклад, нездатність відчувати любов, позитивні емоції взагалі).
7. Неспроможність орієнтації на тривалу життєву перспективу (наприклад, хворий не планує займатися кар'єрою, одружуватися, мати дітей або будувати нормальне життя).

Г. Стейкі прояви підвищеного збудження (не було до травми), про що свідчить не менше двох симптомів з таких (так звана **гіперактивність**):

1. Труднощі при засинанні або порушення тривалості сну.
2. Роздратованість або спалахи гніву.
3. Труднощі з концентрацією уваги.
4. Надмірна настороженість.

5. Посилена реакція на переляк.

Д. Для того, щоб достовірно діагностувати ПТСР, тривалість розладу (симптомів, описаних в межах критеріїв **Б, В і Г**) повинна бути більше 1 місяця.

Е. Розлад викликає клінічно значущий дістрес (негативний стрес) або порушення в соціальній, трудовій або інших сферах життєдіяльності.

Уточнюють тип розладу так:

Гострий – якщо симптоми спостерігаються до 3 місяців.

Хронічний – якщо симптоми зберігаються 3 місяці і більше.

Відстрочений – якщо симптоми виникають щонайменше через 6 місяців після закінчення впливу стресора.

В невеликій кількості випадків ПТСР, виявляючи хронічний перебіг упродовж багатьох років, може переходити в хронічні зміни особистості, тобто зазначені ознаки ПТСР стають постійною частиною характеру відповідної людини.

Клінічна картина стресових розладів

Важливо розуміти, що хворі на ПТСР дуже рідко самі звертаються до лікаря зі скаргами на вищевикладену симптоматику. Навіть якщо це й відбувається, жертвам насильства не властиво знаходити зв'язок між своєю симптоматикою та попередньою травмою. Початковому приховуванню травматичних подій можуть сприяти почуття сорому, вини, прагнення до витіснення тяжких спогадів або неповне розуміння їхньої важливості. Тому не всі жертви прямо заявляють про причини своїх страждань. Цьому є низка пояснень, отриманих від самих жертв:

- вона може думати, що порушення її психічного здоров'я не надто серйозні, щоб говорити про справжню причину;
- вона може не розуміти, що її симптоми пов'язані зі стресом насильства;
- вона може думати, що у фахівця і так бракує часу, щоб займатися його своїми розповідями про особисте;
- вона може думати, що ніхто їй у цьому питанні допомогти не зможе;
- вона може просто не знати про принцип конфіденційності інформації;
- вона попереджена винуватцем, що вона або інші члени сім'ї зазнають жорстокої розправи, якщо факти насильства буде розголошено;
- вона може думати, що сама винна у тому, що сталося;
- вона може думати, що заслугоує на таке поведіння;
- вона може думати, що не заслугоує на допомогу тощо.

Така поведінка жертви насильства цілком закономірна, оскільки перш за все у неї страждає самоповага та самооцінка, вона відчуває страх, тривогу та інші ознаки синдрому набутої безпорадності.

Набута безпорадність приводить до того, що людина, потрапивши в ситуацію жертви, практично нічого не робить для зміни становища, що сформувалось.

Застосовуючи концепцію «набутої безпорадності» для з'ясування процесу віктимізації (набуття ролі жертви) жертв сімейного насильства, ми можемо тепер краще зрозуміти механізм втрати контролю над ситуацією.

Якщо особистість хоча б один раз повірить, що не може контролювати те, що відбувається з нею, то пізніше їй стає надзвичайно важко знову повірити у свою можливість впливати на ситуацію, навіть якщо вона досягає позитивних результатів власних пізніших спроб повернути контроль над нею.

Розглянемо типову клінічну картину посттравматичного стресового розладу, її можливі варіанти.

Отже, типова клінічна картина стресового розладу (ПТСР) зазвичай виглядає так.

- **Порушення сну.** Кожну жертву сімейного насильства слід розпитати про наявність та характер кошмарних сновидінь. Для кошмарних снів при ПТСР характерно фотографічно точне відтворення дійсно пережитих подій, тому такий розлад слід припускати в будь-якої людини, яка описує незвично живі та правдоподібні нічні кошмари. Хворі можуть просинатися спітнілими або збудженими, можливо, кричати або видавати інші звуки, стискаючи або нападаючи на своїх партнерів у ліжку.
- **Соціальне уникнення, дистанціювання та відчуження від інших, зокрема близьких членів сім'ї.** Якщо до психотравматичних подій це було нехарактерно, такого роду поведінка має наводити на підозру про наявність ПТСР.
- **Зміни поведінки, вибухоподібні емоційні спалахи, роздратованість або схильність до фізичного насильства над іншими людьми.**
- **Зловживання алкоголем або наркотиками, особливо для «зняття гостроти» хворобливих переживань, спогадів або почуттів.**
- **Антисоціальна поведінка або протиправні діяння.** При відсутності такої поведінки у підлітковому віці слід думати про діагноз ПТСР.
- **Депресія, суїцидальні думки або спроби самогубства.**
- **Високий рівень психологічної нестійкості.** (Різкий перехід від зовнішньо спокійного стану до різних емоційних проявів: сльозливості, роздратованості, грубості тощо).

При ПТСР також проявляються **неспецифічні соматичні скарги** (наприклад, головний біль). В осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади (**соматичні** – тілесні розлади, розлади внутрішніх органів та систем; **психосоматичні** – розлади функцій внутрішніх органів у відповідь на психічну травму) у вигляді хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, м'язово-суглобного, артритоподібного болю, виразки шлунку, болю в ділянці серця, респіраторного симптому, коліту. В роботі Горовіца та співавт. (1994) було показано, що у 75 % пацієнтів з ПТСР був головний біль та почуття слабкості в різних частинах тіла, у 56 % – нудота, біль в ділянці серця, у спині, паморочення, почуття тяжкості у кінцівках, оніміння в різних

частинах тіла, «ком у горлі» і, нарешті, 40% обстежених непокоїло утруднення дихання.

Первинні симптоми

Практично в усіх жертв насильства тривалий час після травматичних подій проявляються виражені первинні симптоми ПТСР. Первинними їх називають тому, що вони з'являються першими у клінічній картині ПТСР.

Повторне переживання травми. Має декілька форм. Для діагнозу ПТСР досить наявності однієї форми.

Найчастіше (до 80 % пацієнтів) варіант повторного переживання травми – повторні нічні кошмари, що у перші 2–4 роки після психотравматичних подій непокоять усіх до єдиного пацієнтів. Для сновидінь характерні почуття безпорадності, самотності в потенційно фатальній ситуації, переслідування насильниками зі спробами вбити, відчуттям беззахисності або що нема порятунку.

Другий за вираженістю проявів повторних переживань травми варіант – це *психологічний дістрес* (*лише негативний наслідок стресової події*), що виникає зазвичай під впливом подій, що символізують або подібні до різних аспектів травматичної події. Такі прояви тією чи іншою мірою спостерігаються майже у 70 % обстежених. Різні нейтральні події навколишнього життя стають свого роду «спусковими гачками» (що нагадують про негативний досвід та викликають неприємні асоціації). Жертви підвищено чутливі до стимулів, що мають стосунок до пережитого під час актів насильства, внаслідок свого попереднього негативного досвіду, і ці стимули можуть реактивувати симптоми ПТСР та дістрес (наприклад, перегляд фільму із сценами насильства).

Емоційне збіднення, а також **уникнення стимулів, пов'язаних з травмою**. Другою важливою клінічною рисою ПТСР є «емоційне збіднення», «емоційна гіпостезія – зниження можливості відчувати емоції». Переважне число обстежених жертв відзначають пониження або втрату інтересу до будь-якої активності, що «раніше цікавила», відчуття відчуження (відмежованості) від інших людей, пониження здатності радіти, любити, бути безтурботним, відхід від соціального життя. Емоційні проблеми відбиваються і на сімейному житті. Рідні обстежених описують їх як холодних, байдужих, недбайливих людей.

У жертв насильства також відзначають відчуття нетривалості майбутнього життя (розлад часової перспективи) у вигляді песимізму (майбутнє неперспективне, майбутнього немає), очікування короткого за тривалістю життя, очікування нещастя в майбутньому.

Симптоми підвищеної збудливості. Вони проявляються насамперед *розладами сну*, пов'язаними або не пов'язаними з нічними кошмарами. Виділяють такі варіанти порушення сну: порушення засинання, поверхневий сон; раннє пробудження, нема почуття відпочинку після сну, нічні кошмари).

Підвищена роздратованість, лютя, гнів, потяг до насильства є типовими проявами симптомів підвищеної збудливості. У 95 % випадків спостерігається виражене пониження показника стійкості уваги. Про підвищену обе-

режність, пильність повідомляють 80 % жертв насильства. Такі симптоми є також відбитком підвищеної збудливості.

Вторинні симптоми

До вторинних симптомів ПТСР, що виникають згодом, через певний час після травми та спостерігаються у пацієнтів багато років, відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм (токсикоманію), проблеми зі здоров'ям загального плану, порушення відчуття часу, порушення відчуття себе як особистості.

У структурі скарг осіб з ознаками ПТСР найбільшу питому вагу складають скарги, що стосуються стану серцево-судинної системи. Вони складають 36 % усіх скарг. Дещо менше скарг пов'язано з проявами нервового виснаження, вони склали 24,6 %. Скарги, пов'язані з болем різної етіології та локалізації, складають 20,2 %. Скарги, обумовлені станом шлунково-кишкового каналу, складають 19,1 %.

У вітчизняній літературі описано такі типи порушення адаптації в осіб зі стресовими розладами (Карвасарский Б. Д. та інш., 1990).

Перший тип – *активно-оборонний* (переважно адаптований). Відмічається або адекватна оцінка тяжкості захворювання, або тенденція до його ігнорування. Спостерігаються психічні розлади у рамках ПТСР. У частини таких хворих виражено прагнення обстежитися і лікуватися амбулаторно.

Другий тип – *пасивно-оборонний* (це уже переважно дезадаптація). В його основі – відступ, примирення з хворобою. Характерні тривожно-депресивні та іпохондричні тенденції. Понижена здатність боротися з хворобою, нерідко орієнтація на «виграш» від неї (за принципом – «я хворий, чого ви від мене хочете, не чіпайте мене»).

Третій тип – *деструктивний* (також дезадаптація). Характерне порушення соціального функціонування. Спостерігається внутрішня напруженість, розлади настрою. Часті конфлікти, вибухова поведінка. Для розрядження напруженості пацієнти вдаються до алкоголю, наркотиків, агресивних дій та спроб самогубства.

ПТСР має неоднаковий перебіг, особи, що ним хворіють, мають різні ознаки. Описано різноманітні поєднання симптомів (симптомокомплекс), що спостерігаються в осіб зі стресовими розладами.

- Для хворого з *астенічним* симптомокомплексом у рамках ПТСР характерні виражені збудливість та дратівливість на тлі підвищеної втомлюваності і виснажливості, емоційна слабкість, понижений настрій, образливість.
- *Обсесивно-фобічний* симптомокомплекс проявляється почуттями немотивованої тривоги та страху, нав'язливими спогадами психотравматичної події.
- При *істеричному* симптомокомплексі спостерігається підвищена нав'юваність та самонавіюваність, прагнення привернути до себе увагу, демонстративний характер поведінки.
- Для *депресивного* симптомокомплексу характерні понижений настрій, почуття песимізму.

- Для *експлозивного* симптомокомплексу характерні підвищена дратівливість, вибуховість, злісність та агресивність.
- *Психоорганічний* симптомокомплекс зазвичай розвивається у потерпілих, які дістали черепно-мозкову травму (астенія, дисфорія, порушення пам'яті, емоціональні розлади, порушення сну).

Отже, **слід дуже тактовно, зі співчуттям розпитувати жертву насильства про травматичні події**, що були в минулому. При першому порушенні цієї теми жертва може дати бурхливу емоційну реакцію, що покаже стільки ж, скільки можна сказати словами. Така реакція може складатися з наростання сльозливості, нерідко доповнюватися униканням контакту очима, збудженням, проявами ворожості, грубості й агресивності. Стан жертви може погіршитися до такого ступеня, що подальша розмова стане неможливою. Будь який фрагмент розмови може стати тим «спусковим гачком», про який йшлося вище.

Травматичні події внаслідок насильства можуть запустити механізм суїцидального конфлікту. Самовільний відхід з життя – велика трагедія не тільки тому, що на Землі стало на одну людину менше, не тому, що цей акт несе горе та сльози рідним та близьким, а ще й тому, що причини та умови, які підштовхують до самогубства, залишаються. Навіть якщо врахувати, що приблизно 25 % суїцидальних вчинків здійснюють психічно хворі, 50 % самогубств припадає на тих, хто належить до «розмитой» групи граничних нервово-психічних станів, та 20 % подібних актів здійснюють практично здорові особи, яких підштовхують до цього кроку ситуативні обставини. Взагалі, самогубство – це хвороблива функція діяльності головного мозку, яка характеризується аутоагресивною поведінкою під впливом внутрішніх або зовнішніх подразників, які виникають в результаті неадекватної оцінки інформації або ситуації. Є безліч визначень поняття самогубства. Класичним вважають визначення, дане Емілем Дюргеймом (1897). **Самогубством називають будь-який випадок смерті, який безпосередньо або опосередковано є результатом позитивного або негативного вчинку, зробленого самим потерпілим, якщо останній знав про результати, які виникнуть внаслідок його дій. Суїцид – усвідомлене позбавлення себе життя і, з цього погляду, самогубство є чисто людським свідомим, поведінковим актом.**

Суїцидальна поведінка – поняття ширше і окрім суїциду, охоплює суїцидальні замаху, думки, спроби та прояви. Суїцидальна поведінка – це будь-які внутрішні або зовнішні форми психічних актів, що направляються уявленнями про позбавлення себе життя. Суїцидальна поведінка виявляється в двох основних формах: зовнішніх і внутрішніх. До внутрішніх форм відносять: суїцидальні думки (уявлення, переживання); суїцидальні тенденції (задуми, наміри). До зовнішніх форм – суїцидальні вияви; суїцидальні замаху (спроби).

Суїцидальні думки (уявлення, переживання) – пасивні роздуми, що життя не має цінності, значення («жити не варто», «щастя в житті немає», не «живеш, а існуєш»), а також уявлення, фантазії на тему своєї смерті, але не позбавлення себе життя («добре б померти», «хочеться заснути і не прокинутися»). Суїцидальні думки в нормі бувають практично у всіх людей при усвідомленні нерозв'язності якого-небудь конфлікту або психо-травматичної події, але вони не переходять в суїцидальні тенденції.

Суїцидальні тенденції (задуми, наміри) – активні і серйозні роздуми, розробка плану суїциду, визначення способів здійснення самогубства, часу, місця його здійснення. В зовнішній поведінці можливі вияви спонукань до безпосереднього здійснення суїцидальної задуми. Майже всі суїциденти в цей період виказують в тій або іншій формі суїцидальні наміри кому-небудь з близьких, друзів або колег іноді у вигляді натяків або в жартівливій формі (суїцидальні вияви). До того ж близько 15 % роблять це відкрито і публічно. Звичайно відкриті вислови суїцидальних намірів оточення сприймає в демонстративно-шантажному плані або їм взагалі не приділяють належну увагу. Проте їх не варто недооцінювати. У всіх випадках, за наявності таких висловів, потрібна консультація психолога. Перехід суїцидальних тенденцій в суїцидальні вияви говорить про приєднання до задуми суїциду вольового компонента, що спонукає до безпосереднього здійснення рішення – здійснення суїцидальної спроби.

Суїцидальні замах (спроби) – цілеспрямована операція засобами позбавлення себе життя з метою покінчити життя самогубством або з демонстративно-шантажними цілями.

На першому місці серед проблем, характерних для підлітків з суїцидальною поведінкою, перебувають відносини з батьками (приблизно в 70 відсотках випадків ці проблеми безпосередньо пов'язані з суїцидом), на другому місці – труднощі, пов'язані з школою, на третьому – проблеми взаємостосунків з друзями, в основному протилежної статі.

Відносини батьків з дітьми часто не будуються на тому фундаменті відкритих, повністю щирих емоційно теплих відносин, які є надійним захистом від багато чого, іноді суворих випробувань, що випадають молодому поколінню. І не випадково, що спроби суїциду серед молоді психологи розглядають як відчайдушний заклик про допомогу, як остання спробу привернути увагу батьків до своїх проблем, пробити стіну нерозуміння між молодшим і старшим поколіннями. Істотну роль в суїцидах грає інституція сім'ї в цілому, адже близько половини підлітків, що вчинили спроби самогубств, виростили в сім'ях деструктивних або неповних.

Розпад сім'ї, втім, є могутнім чинником, пов'язаним з самогубствами, і серед дорослих. Серед самотніх, неодружених і особливо розлучених набагато частіше трапляються добровільні відходи з життя.

Цікаво, що молодих (віком 15–19 років), навпаки, ранні шлюбні не рятує від зменшення ризику суїциду – за даними американських авторів, серед одружених хлопців в 1.5, а серед заміжніх дівчат в 1.7 раз відсоток самогубств вищий, ніж у їхніх несімейних однолітків. Це зв'язано передовсім з тим, що «молоді» шлюби частіше за все є спробою втечі з батьківської деструктивної сім'ї (не завжди вдалою), або розв'язати якісь інші, що не стосуються шлюбу проблеми, наприклад, позбутися насильницької ситуації в сім'ї батьків.

Одним з основних психологічних пояснень проблем, пов'язаних з однолітками, особливо протилежної статі, є надмірна залежність від іншої людини, що виникає, звичайно як компенсація поганих відносин з своїми батьками, через постійні конфлікти, насильство і неконтактування з ними. В цьому випадку часто буває, що відносини з другом або подругою стають такими значущими і емоційно необхідними (за типом «я не можу жити без тебе»), що

будь-яке охолодження в прихильності, а тим більше зрада, відхід до іншого сприймається як непоправна втрата, що позбавляє значення подальше життя. При цьому іноді, без підтримки близьких і оточення, відбуваються «ситуативні самогубства» – імпульсні, непередбачені і власне непов'язані з усвідомленим наміром позбавити себе життя.

Серед мотивів, що пояснюють спроби самогубства, самі підлітки і експерти-психологи вказують на різні способи так вплинути на інших людей: «дати зрозуміти людині, в якому ти відчай» – близько 40 відсотків випадків, «примусити жалкувати людину, яка погано з тобою поводитися» – близько 30 відсотків випадків, «показати, як ти любиш іншого» і «з'ясувати, чи любить тебе дійсно інший» – 25 відсотків, «вплинути на іншого, щоб він змінив своє рішення» – 25 відсотків, і нарешті в 18 відсотків випадків «заклик, щоб прийшла допомога від іншого». Попри все більшу сьогодні суспільну увагу до проблем сім'ї, дитячо-батьківських відносин і просто до проблем спілкування і взаємостосунків, сучасна ситуація в цьому плані ще багато в чому далека від ідеалу. Професійні й інші проблеми батьків, брак достатнього часу через різні соціально-економічні причини часто приводять до формального виховання дітей або перекладання цієї функції на школу або взагалі невідомо на кого.

Крім того, в сучасних умовах збільшується розрив між різними віковими і соціальними групами (посилюється процес «диференціації») – це відбувається через швидку зміну культурних норм і еталонів поведінки в різних суспільних шарах, посилення впливу моди і ряду інших причин.

Все це призводить до того, що проблема «батьків і дітей», можливо, як ніколи, гостро стоїть саме сьогодні і від її розв'язання залежить успіх діалогу між підлітками і дорослими і цінність реальної допомоги молоді. Поки що спроби дорослих налагодити контакт з молоддю часто зводяться до метань між анархістськими гаслами «повну свободу молоді» і стародавніми закликами «треба поважати і слухатися старших».

З другого боку, будьмо оптимістами, адже молодь є поколінням, яке перебуває сьогодні в найкращому становищі, оскільки має набагато більше іншу потенційну нагоду використовувати переваги, пов'язані з тенденціями перебування суспільства.

Запитання для обговорення:

- *Які види психічних розладів та розладів поведінки виникають зазвичай у жертв насильства взагалі та жертв насильства в сім'ї зокрема?*
- *Які основні клінічні прояви стресоподібних психічних розладів спостерігаються у жертв насильства?*
- *Які особливості підліткової суїцидальної поведінки?*

Курс 05**НАЗВА КУРСУ: ІДЕНТИФІКАЦІЯ ДИТИНИ ЯК ЖЕРТВИ НАСИЛЬСТВА. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ, ЯКІ ВИНИКАЮТЬ У ДІТЕЙ – ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА****ПЛАН**

- 1. Перша зустріч, перший огляд, налагодження контакту. Індикатори жорстокого поводження з дитиною.**
- 2. Методи збору інформації про здійснення насильства над дитиною.**
- 3. Найтипівіші розлади психічної діяльності.**

1. Перша зустріч, перший огляд, налагодження контакту. Індикатори жорстокого поводження з дитиною

Насильство завдає дитині тяжких травм, які мають згубні наслідки для її подальшого фізичного та психічного здоров'я. Для суспільства це небезпечно тим, що діти, які були жертвами або свідками насильства в сім'ї, переносять цей негативний досвід у власне життя. Така сім'я виховує для суспільства потенційного агресора чи жертву – людину, яка вважає за норму, що інших можна принижувати, а «за необхідності» й побити.

За низкою різних даних, жорстокість стосовно дітей корелює з такими характеристиками батьків, як молодий їхній вік, патологія особистості, психічний розлад, низький соціальний статус (прошарок, клас), соціальна ізоляція, дисгармонія у подружніх стосунках, розлучення, кримінальне минуле. У багатьох батьків в анамнезі є відомості, що вони самі в дитинстві зазнавали жорстокого поводження або депривації.

Діти найбільшою мірою ризикують стати об'єктами зловживань при наявності таких чинників: передчасне народження, рання сепарація (відділення) від матері, необхідність в особливому догляді під час неонатального періоду, вроджені вади розвитку, хронічне захворювання, важкий характер.

Особливості психічних розладів та розладів поведінки, які виникають у дітей – жертв насильства. В працях багатьох зарубіжних та деяких українських загальних та судових психіатрів описані клінічні особливості психогенних розладів, що виникають у неповнолітніх внаслідок дії різноманітних стресових факторів, відбита їхня вікова специфіка, визначена роль особистісних, дизонтогенетичних особливостей, патологічного «ґрунту» в їхніх проявах. Однак до останнього часу малодослідженими залишаються психогенні розлади, що виникають у дітей та підлітків після насильства, наслідки якого виділяють багато дослідників у самостійну проблему, що має надзвичайно важливе медичне та соціальне значення. Актуальність опрацювання її різноманітних аспектів визначається пріоритетністю завдання захисту дітей у всьому світі від різних форм жорстокості, насилля та експлуатації, проголошеної Міжнародною конвенцією ООН про права дитини (1989). На сьогодні

наша держава та суспільство активізували роботу, спрямовану на практичну реалізацію основних напрямків поліпшення становища дітей в Україні. Значною мірою цьому сприяло виконання вимог Законів України «Про охорону дитинства», «Про органи і служби у справах неповнолітніх», Указу президента України «Про Державну програму запобігання дитячій бездоглядності на 2003–2005 роки».

Проаналізувавши літературні джерела, можна дійти висновку, що в науковому плані проблеми неповнолітніх жертв насильства та допомоги їм вивчені недостатньо та є самостійним предметом дослідження. Дослідження жертв насильства проводили в основному в рамках віктимології. Завдяки роботам в цій галузі доведено, що злочинець, жертва та ситуація утворюють єдину і рухливу кримінальну систему, яка і визначає можливість реалізації протиправних дій (Mendelson B., 1956, 1963; Fattan A., 1973; Метелиця Ю. Л. 1990; Антонян Ю. М. з співавторами, 1997).

Численні дослідження в галузі дитячої та підліткової психіатрії та психології впевнено свідчать про те, що психологічні травми, отримані в дитинстві, сильно впливають на все подальше життя людини, формування його характеру, психічне та фізичне здоров'я, адаптацію в суспільстві. Лічко А. Є. вказував на розвиток гострих афективних реакцій, як стан вираженого емоційного напруження, що обумовлені психічними травмами чи кризовими ситуаціями. З клінічного боку він виділив чотири типи гострих афективних реакцій: агресивну, аутоагресивну, імпульсивну та демонстративну (Лічко А. Є., 1985). Патохарактерологічні реакції у дітей та підлітків як особливу форму психічного розладу виділив В. В. Ковальов (1973, 1979). Вони були віднесені до реактивних станів, які переважно проявляються через порушення поведінки, призводять до соціально-психологічної дезадаптації та можуть супроводжуватись невротичними соматовегетативними розладами. Патохарактерологічні реакції, на відміну від гострих афективних, є затяжними, довготривалими порушеннями, що тривають протягом тижнів, місяців і навіть років. З патохарактерологічних реакцій починаються психопатичні розвитки («крайові психопатії» за О. В. Кербиковим, патохарактерологічні формування за В. В. Ковальовим), однак не всі випадки патохарактерологічних реакцій ними завершуються. Патохарактерологічні реакції у підлітків проявляються в основному ситуаційно обумовленими патологічними порушеннями поведінки: делінквентністю, втечами з дому та волоцюжеством, ранньою алкоголізацією та вживанням інших наркотичних речовин, суїцидальною поведінкою, транзиторними сексуальними девіаціями. Всі ці порушення нерідко «йдуть пліч-о-пліч» (Лічко А. Є.) Психогенні травми здатні викликати невроз, якщо «падають» на сприятливий ґрунт у вигляді акцентуації характеру (Лічко А. Є.) Серед підлітків, що захворіли неврозами, акцентуації характеру встановлені в 89 % випадків (Доброгаєва І. В., 1980). Результати досліджень свідчать про те, що сексуальне насилля дуже часто поєднується з фізичним та психічним насиллям, загрозою для життя і тому нерідко вони мають специфічний психотравмувальний вплив та призводять до виникнення у потерпілих гострих реакцій на стрес (F 43.0), посттравматичних стресових розладів (F 43.1) та розладів адаптації (F 43.2) (Дмітрієва Т. Б., 2002). Цей же автор вказує, що феномен перетворення сексуального насилля в специфічну психічну травму

та структурно-динамічні особливості психічних розладів, що розвиваються у неповнолітніх, залежать від багатьох факторів на кшталт сексуального домагання, індивідуально-психологічних особливостей жертви, наявності патологічного «ґрунту», кримінальної ситуації, а також додаткових психогеній. Досліджуючи розвиток психогенних розладів внаслідок сексуального насильства, Дмитрієва Т. Б., зазначає, що психогенні розлади, які виникають у неповнолітніх потерпілих, що мають патологічний «ґрунт» у вигляді резидуально-органічних станів різної етіології, легкої розумової відсталості та особистісних розладів, що формуються, відрізняються різноманітністю та не завжди чітко клінічно окреслені. Автор виділяє три етапи у розвитку психогенного розладу внаслідок «позасімейного» варіанту сексуального насилля. Перший етап (афектогенний) продовжується протягом всього періоду взаємодії жертви зі злочинцем та характеризується розвитком гострих афективних реакцій з наростанням емоційного напруження, страху, тривоги, розгубленості, афективного звуження свідомості з концентрацією уваги на вузькому колі психотравмувальних переживань та вазовегетативними проявами. Другий етап (адаптаційний, емоційно-когнітивний) характеризується внутрішньою переробкою психотравмувальної події з усвідомленням того, що сталося, переживанням негативних емоцій (тривоги, страху образи, сорому, злості, бажання відомстити образнику), що супроводжується психогенним фантазуванням, фіксацією на негативних переживаннях). Психотравмувальний ефект особливо виражений на етапі психосексуальних орієнтацій у потерпілих з високим рівнем інтелектуального розвитку, нестійкою самооцінкою, схильних глибоко переживати невдачу внаслідок розуміння ними значення насилля на особистісно-соціальному рівні. Ризик аутоагресивної поведінки в таких випадках пов'язаний з суб'єктивним сприйняттям такими потерпілими ситуації, що склалась, як такої, що немає виходу, з власними уявленнями про неможливість її змінити. Вже на цьому етапі з'являються окремі невротичні прояви, такі як порушення сну з кошмарними сновидіннями, настирливі спомини про те, що сталося, страхи, а також виражені коливання настрою з плаксивістю, нерідко – дратівливою слабкістю. Третій етап (невротичний) за часом збігається з судово-слідчим процесом, що додає додаткові психотравмувальні фактори. При цьому у одних неповнолітніх розвиваються депресивні стани різної глибини та тривалості; у інших відбувається декомпенсація психічного стану чи психічної патології, що була раніше, з загостренням характерологічних особливостей та появою неврозоподібних розладів. Затяжні депресивні стани тривалістю від 2 до 5 місяців зазвичай спостерігаються в підлітково-юнацькому віці при наявності у потерпілих патологічного «ґрунту», а також у гармонійних особистостей з рисами вікової особистісної незрілості. При цьому можуть з'являтися суїцидальні думки і навіть спроби. У особистостей з органічною неповноцінністю головного мозку депресивні розлади мають дисфоричне забарвлення та поєднуються з посиленням церебрастенічних та психопатоподібних проявів. Дмитрієва Т. Б. звертає увагу на вікові особливості психогенних станів у малолітніх потерпілих та їхню залежність від типу сексуального насилля. При «безконфліктній взаємодії» та одноразовому здійсненні щодо них сексуальних дій, особливо знайомими людьми, окреслені психогенні стани не розвиваються. В міру дорослішання

та наближення до пубертатного періоду сексуальні дії набувають характеру специфічної сексуальної травми. В ситуації «конфліктно-стресової» взаємодії грубій та агресивній поведінці насильника у малолітніх дітей розвиваються гострі афективні реакції типу шоківих та субшоківих, в деяких випадках з потьмаренням свідомості, дезорієнтуванням в оточенні, відсутністю мовного контакту та подальшою амнезією кримінального періоду. В подальшому у них розвиваються невротичні розлади (енурез, логоневроз, страхи), атипові депресії, а також психосоматичні та тривожно-фобічні порушення.

Діти, постраждалі від жорстокості та зневаги, мають низку специфічних психологічних рис, головною особливістю яких є амбівалентність (різнополюсність) – як реакція на суперечливі вимоги батьків. Підлітки, які зазнали зловживань, поєднують в собі імпульсивність та довготерпіння, підозрілість з ірраціональною вірою в можливість покращення внутрішньосімейної ситуації. Вони відзначаються низькою самооцінкою, є емоційно залежними, відчувають самотність, ізольованість, страх перед майбутнім, впевненість у безперспективності, провину за інциденти насильства.

Діти, що живуть в умовах сімейного насильства, демонструють схильність до депресій, високий рівень підданя стресу, явні істеричні та/або депресивні симптоми. Вони часто пропускають шкільні заняття (в тому числі через нездужання). Такі діти та підлітки відзначаються високим рівнем ризику алкоголізації та наркотизації, пределінквентною та делінквентною поведінкою, зухвалою сексуальною поведінкою, дромоманією (патологічною схильністю до мандрів, волоцюства).

Найтипівішими наслідками насильства в сім'ї стають такі поведінкові прояви в дітей (і саме на них найчастіше скаржаться вчителі та батьки): бійки, конфлікти з оточенням, низка шкільна успішність, пропуски уроків без поважних причин, незвичайна замкненість. До емоційних проблем таких дітей можна віднести підвищену агресивність, переважно знижений настрій, високу тривожність та наявність страхів, нестійкість почуттєвої сфери, легке коливання емоцій та їхня надмірна сила, часто неадекватна ситуації (лють або істеричні ридання у відповідь на незначні зовнішні подразники).

Ознаками скоєного над дитиною насильства та неналежного догляду можуть бути також недостатня вага дитини, анемія, слабкий імунітет, тики, ссання пальців, гризіння нігтів, розгойдування та нав'язливі рухи; одяг, що не відповідає погодним умовам та віку дитини; часті звернення до медичних закладів, все більша кількість ушкоджень; невідповідність отриманих ушкоджень поясненням, що їх дає дитина або батьки чи піклувальники. Також на підозру щодо фізичного насильства повинні наводити типовість травм та наявність відомостей про подібні пошкодження у минулому, непереконливі пояснення щодо обставин, за яких було отримано травму, відстрочення звертання по медичну допомогу у часі та незбіжні реакції батьків.

Залежно від віку типовими психологічними наслідками насильства щодо дітей є:

- **для дітей у віці до 6 місяців** – низька рухова активність, байдужість до навколишнього світу, нема реакції або слабка реакція на зовнішні стимули, нема усмішки (або усмішка з'являється дуже рідко);

- **для дітей у віці від 6 місяців до 1,5 року** – страх перед батьками, страх фізичного контакту з дорослою людиною (наприклад, коли хтось намагається взяти дитину на руки), постійна сторожкість, хоч нема причин для неї, плаксивість, замкненість, постійний сум;
- **для дітей у віці 1,5–3 років** – страхи, сплутаність почуттів, порушення сну, втрата апетиту, агресія, страх перед чужими людьми, перед дорослими, схильність до сексуальних ігор, крайнощі у поведінці (від надмірної агресивності до надпасивності);
- **для дошкільнят (3–6 років)** – пасивна реакція на біль, примирення з ситуацією; тривога, боязкість, сплутаність почуттів, почуття провини, сорому, відрази, безпорадності, зіпсованості, болісна реакція на критику; брехливість, схильність до злодійства і підпалювання, жорстокість до тварин. Крім того, спостерігаються форми поведінки, притаманні молодшому віку (енурез, ссання пальців, гризіння нігтів, утруднене мовлення тощо); негативізм, відчуження та агресія поєднані із надмірною поступливістю та улесливістю. Слід також зазначити наявність сексуальних ігор та хворобливої мастурбації;
- **для дітей молодшого шкільного віку** – амбівалентні почуття стосовно дорослих, складності у визначенні сімейних ролей, страх, почуття сорому, відрази, зіпсованості, недовіри до світу; в поведінці відзначаються відчуження від людей, порушення сну, апетиту, агресивне поведіння, відчуття «брудного тіла», мовчазність або несподівана говіркість, сексуальні дії з іншими дітьми;
- **для дітей у віці 9–13 років** – теж, що і для дітей молодшого шкільного віку, а також депресія, суб'єктивне почуття втрати емоцій, самотність, відсутність друзів, страх перед власним домом, небажання йти туди після школи. У поведінці відзначаються ізоляція, маніпулювання іншими дітьми (в тому числі з метою одержання сексуального задоволення), суперечливе поведіння, а також неадекватні харчові уподобання (недоїдки, листя, крейда, равлики, таргани, інші комахи тощо);
- **для підлітків у віці 13–18 років** – відраза, сором, провина, недовіра, амбівалентні почуття стосовно дорослих, сексуальні порушення, несформованість соціальних ролей і своєї ролі в родині, почуття власної непотрібності. В поведінковій сфері відзначаються спроби суїциду, реалізоване чи нереалізоване бажання покинути власну домівку, агресивне поведіння, запобігання тілесній та емоційній інтимності, непослідовність і суперечливість поведіння.

Узагальнюючи, можна виділити низку наочних ознак, характерних для дитини, постраждалої від сімейного насильства. Вони представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Можливі наочні ознаки дітей, що потерпають від насильства, жорстокого поводження (за О. Кочемировською, А. Ходоренко; модифікація Ю. Онишка, Л. Смысловой, І. Дубініної)

Вид насильства	Ознаки
Фізичне	<ul style="list-style-type: none"> – зсув суглобів (вивихи), переломи кісток; – гематоми, подряпини, садна; – синці на тих частинах тіла, де вони не можуть з'являтися через власну необережну поведінку дитини (наприклад, на щоках, вустах, під очима, на вухах, сідницях, передпліччях, стегнах, кінчиках пальців тощо); – рвані рани і переломи на обличчі, травматичні видалення зубів; – ретинальні крововиливи (у сітківку ока), відшарування сітківки і переломи орбіти; – забиті місця на тілі, сідницях або голові, які мають особливу форму предмета (наприклад, пряжки ременя, лозини, складеного вдвічі шнура); – рани і синці на різних етапах загоєння та/або у різних частинах тіла (наприклад, на спині і грудях одночасно), або синці та рани незрозумілого походження; – сліди укусів людиною; – незвичні опіки (цигаркою або розжареним предметом, так зване «клеймо»).
Сексуальне	<ul style="list-style-type: none"> – знання й використання термінології та жаргону сексуалізованої тематики, зазвичай не властивих дітям відповідного віку; – висипи та/або кровотечі в області паху, геніталій, анального отвору; – інфекції, що передаються статевим шляхом; – інфекції ротової порожнини неясної етіології; – ознаки вагінального або анального проникнення стороннього предмета; – синці на внутрішньому боці стегон, на грудях і сідницях; сліди людських укусів; – вагітність; – вчинення сексуальних злочинів; – сексуальні домагання до інших дітей, підлітків, дорослих; – нерозбірлива та/або активна сексуальна поведінка; – дитяча або підліткова проституція; – уникнення контактів з ровестниками; – брак догляду за собою; – синдром «брудного тіла»: постійне перебування у ванній, під душем, що має характер настирливості; – страх перед чоловіками; – страх перед конкретними людьми; – запобіжні міри, щоб важче було знімати одяг (багато пасків, ременів, одночасно надягнені декілька пар штанців).

Вид насильства	Ознаки
Психологічне	<ul style="list-style-type: none"> – замкненість; – невизначені страхи, тривожність, демонстрація страху перед появою батьків та/або необхідністю йти додому; небажання йти додому; – страх перед фізичним контактом; – або навпаки, демонстрація повної відсутності страху, ризикована, зухвала поведінка; – неврівноважена поведінка; – агресивність, приступи люти, схильність до руйнації, нищення та насильства; – надто висока зрілість та відповідальність порівняно зі звичайними для цього віку («маленький дорослий»); – уникання однолітків, бажання спілкуватися та гратися із значно молодшими дітьми (регресивна поведінка); – самі однолітки уникають спілкування з дитиною; – занижка самооцінка; – тривожність; – почуття провини; – швидка стомлюваність, знижена спроможність до концентрації уваги; – уповільнене мовлення, нездатність вчитися, брак знань, загальновідомих дітям відповідного віку (наприклад, невміння читати, писати та рахувати); – схильність до мандрів, волоцюгства; – депресивні розлади; – спроби самогубства або самопошкодження; – вживання алкоголю, наркотиків, токсичних речовин; – наявність стресоподібних розладів психіки, психосоматичних хвороб; – насильство стосовно слабших, тварин, інших живих істот.
Економічне насильство, занедбання дитини	<ul style="list-style-type: none"> – дитина постійно голодує через брак їжі; – дитина надмірно повнішає через неправильне харчування; – дитина завжди запізнюється до школи; – дитина завжди пропускає школу; – дитина носить брудний одяг, що має неприємний запах; – дитина вбрана не за погодою, сезоном; – дитина виглядає втомленою і хворою; – дитина виглядає занедбаною; – у дитини неліковані зуби; – брак необхідного медичного лікування (дитину не водять до лікаря, є низка запущених хронічних захворювань); – нігті у дитини не стрижені і брудні; – у дитини постійні інфекції, спричинені браком гігієни; – за дитиною не стежать і її часто залишають напризволяще; – дитину наражають на небезпеку; – у дитини немає іграшок, книжок, розваг тощо; – вдома холодно, безлад і антисанітарія; – у дитини немає постільної білизни або постільна білизна пошматована і в плямах; – є інформація про трудову діяльність дитини (особливо молодшого віку); – дитина жебракує, втікає з дому.

2. Методи збору інформації про здійснення насильства над дитиною

З метою раннього виявлення жорстокого поводження з дитиною, фахівець має застосувати такі методи збору інформації:

- огляд дитини та безпосереднє спостереження за поведінкою дитини, членів родини (піклувальників, вихователів тощо), огляд житла або умов перебування дитини;
- бесіда з дитиною;
- опитування батьків, піклувальників, вихователів, родичів, сусідів;
- дослідження історії життя дитини, документації, інших джерел інформації.

Огляд та безпосереднє спостереження є одним з найінформативніших але водночас і найсуб'єктивніших методів дослідження у психологічній практиці. Фахівцеві на цьому етапі слід уникати передчасних суджень та висновків, пам'ятаючи про феномен «першого враження», тому основну увагу потрібно приділити виявленню та фіксації тих чи інших ознак, що можуть свідчити про наявність жорстокого поводження з дитиною чи скоєння акту насильства проти неї. Фахівець оцінює зовнішній вигляд дитини, наявність у неї тілесних ушкоджень, стан фізичного та психічного здоров'я у межах своєї професійної підготовки, проводить огляд житла або умов її перебування, особливості поведінки дитини, членів родини (піклувальників, вихователів). Уважно спостерігаючи за поведінкою самої дитини та осіб, які перебувають на місці інциденту (або супроводжують дитину), можна дістати значно більше інформації, ніж за прямого їхнього опитування.

Ключем до розгадки може бути манера поведінки дитини. Потрібно враховувати, що дитина з мотивів виправдання батьків, піклувальників (інших осіб) може применшувати ступінь насильства з їхнього боку, применшувати свої страждання або виявляти байдужість до факту насильства. Вона може здаватися заляканою, присоромленою, поводитися ухильно або почувати себе ніяково. Вона може під час опитування закривати очі або уникати зустрічатися очима з фахівцем. Вона може здригатися, коли відчиняються двері або хтось входить у кабінет.

Поведінка супровідної особи також може бути ключем до розгадки. Якщо дорослий член сім'ї або піклувальник є винуватцем насильства і він же й супроводжує дитину, то він може виглядати дуже занепокоєним її станом. Найчастіше він за будь-яку ціну не полишає дитину наодинці з фахівцем, наполягає на своїй присутності, часто тримає її за руку і не відходить ні на крок. Коли ви задаєте дитині питання, то за неї відповідає він. Зазвичай дитина навіть не робить спроби відповідати сама. Вона може виглядати заляканою і мовчки погоджується з його поясненнями того, що відбулося. Агресор може бути настільки нестриманим, що виявлятиме ворожість або гнів щодо дитини або фахівця під час візиту. Проте частіше він удаватиме занадто люблячого(у) батька або матір, стурбованого(у) лише тим, щоб його дитина дістала максимум уваги та допомоги.

Бесіда з дитиною. Перший контакт з дитиною, яка зазнала насильства або була свідком акту насильства, є надзвичайно важливим. В цілому загальним принципом бесіди з дитиною – жертвою насильства є отримання повного обсягу інформації в ході спонтанної розповіді дитини. Фахівцеві слід терпляче вислухати розповідь дитини у її інтерпретації подій. Слід зауважити, що надії на те, що дитина буде повно та щиро відповідати на всі запитання фахівця стосовно насильства, яке відбулося над нею, частіше не справджуються через низку причин, серед яких найважливішими є страх, недовіра до дорослих взагалі, приховування певних фактів через сором, а також через те, що дитина може насправді любити своїх кривдників, попри жорстоке поводження з їхнього боку.

Коли фахівець задає дитині ті, чи інші запитання, йому слід пам'ятати, що успішність бесіди з нею залежить також і від правильного розуміння рівня її розвитку. Складність запитань має відповідати інтелектуальному рівню дитини та її життєвому досвіду, крім того, слід пам'ятати, що діти (особливо молодшого віку) надають здебільшого правдиву інформацію.

Отже, коли дитина розповідає вам про насильство:

- поставтеся до дитини серйозно, покажіть, що ви їй повністю вірите, що вона не винна в тому, що сталося;
- задавайте питання у м'якій формі (наприклад, «Чи правильно я розумію, що тобі зробили боляче? Розповіси, будь-ласка, як це сталося. Покажи, де в тебе болять?»);
- залишайтеся спокійними (попри те, що саме та якими словами розповідає дитина, адже вона через брак словарного запасу може застосовувати нецензурні вислови та жаргонізми, які чує від дорослих; ні в якому разі не переривайте розповідь дитини, щоб виправити або зробити зауваження); заспокойте та підтримайте дитину словами:
 - «добре, що ти мені це сказала(в). Ти правильно зробила(в)»;
 - «ти в цьому невинна (не винний)»;
 - «така ситуація трапляється і з іншими дітьми»;
 - «можливо ти вважаєш, що це за секрет? Але бувають такі секрети, які не потрібно зберігати – якщо тобі зробили погано. Ми вже допомогли іншим дітям у схожих ситуаціях. Ми допоможемо і тобі, але для цього маємо знати, що сталося»;
 - «не дратуйся, якщо цю історію тобі потрібно буде переказати ще раз іншій людині, яка теж допомагатиме тобі. Дуже важливо, щоб вона почула її саме від тебе»;
- ще раз наголошуємо – не думайте, що дитина обов'язково ненавидить свого кривдника або сердиться на нього. Батьки залишаються для неї батьками незалежно від того, як вони поведуться з дитиною, вона продовжує їх любити та боїться зашкодити їм своїми словами чи діями. Тому ні в якому разі не оцінюйте особистість кривдника перед дитиною, оцінити можна тільки дію (наприклад, «... так, з тобою вчинили погано»);
- терпляче відповідайте на запитання дитини, намагайтеся розвіяти її тривоги, особливо стосовно самого факту звернення по допомогу;

- стежте за тим, щоб не давати обіцянок, яких не зможете дотриматись (наприклад: «Твоя мама не засмутиться» або «Тому, хто тебе скривдив, нічого не буде», «Тебе більше ніколи не скривдять»).

В жодному разі, фахівець при бесіді з дитиною, не має:

- бути нетерплячим та перебивати її;
- робити поспішні висновки;
- намагатися завершити думки дитини, її висловлювання;
- втрачати зоровий контакт з дитиною, жестами та рухами тіла демонструвати неухважність;
- відповідати неадекватно;
- змінювати предмет розмови;
- залякувати дитину (в тому числі тим, що її родичів буде суворо покарано);
- критикувати дитину або глузувати з неї.

Опитування батьків, піклувальників, вихователів, родичів. Необхідно зазначити, що опитування батьків, піклувальників, вихователів, родичів треба проводити на тих же засадах, що й бесіду з дитиною, оскільки для них розмови про ситуацію насильства теж зазвичай є досить важкими. Це пов'язано з тим, що вони часто не хочуть «вносити сміття з хати», бояться подальшої відповідальності, розголосу, засудження, тому намагаються зменшити серйозність того, що сталося. Отже, якщо вони такої інформації не дають з власної ініціативи, потрібно обмежитися непрямими питаннями, як наприклад: «Світланка виглядає дуже засмученою, ви не знаєте чому?». Варто усвідомлювати, що питання, котрі виказують, що ви підозрюєте випадок насильства, можуть бути оцінені як порушення принципу конфіденційності і, в деяких випадках, можуть навіть поставити дитину в ризиковане становище з подальшим зростанням ступеня насильства (наприклад, якщо супровідна особа є також довіреною особою члена сім'ї, який чинить насильство).

Окрему проблему становить розмова з особою, яку підозрюють у скоєнні насильства.

При спілкуванні з таким кривдником фахівець повинен:

- спочатку представитися, пояснити доцільність цієї бесіди;
- розмовляти спокійно, демонструючи врівноваженість;
- звертатися до кривдника тільки на «Ви»;
- дотримуватися позиції: «Я просто виконую свої обов'язки».

Під час розмови з винуватцем насильства фахівець повинен враховувати, що:

- розмови з винуватцем у скоєнні насильства слід проводити дуже відповідально;
- під час вашого втручання винуватець, скоріше за все, скористається усіма доступними йому засобами, для зменшення відповідальності за створену ситуацію та з метою уникнення покарання.

Розмову слід проводити так, щоб вона була б для винуватця сигналом, що він не може розраховувати на подальшу безкарність.

Дослідження історії життя дитини, документації, інших джерел інформації. Цінним джерелом інформації про дитину є її повна історія життя з достовірних джерел. Задокументовані багаторазові звернення до відділень швидкої допомоги, травм пунктів, виявлення так званих «схильностей» до нещасних випадків, вживання алкоголю, наркотичних і токсичних речовин, делінквентної поведінки повинні навести фахівця на думку про можливість жорстокого поводження з відповідною дитиною.

3. Найтипівіші розлади психічної діяльності

Відомо, що основною причиною формування невротичних розладів є психотравмувальні переживання. Причому вони повинні зачіпати досить важливу для людини сферу її життєдіяльності і мати суб'єктивно дуже значущий характер. Для дитячого віку, особливо молодшого, найважливішою є потреба у відчутті особистої безпеки, захищеності. Запорукою останніх виступають добрі стосунки в родині, перш за все безпосередньо між батьками, а також між ними і їхніми дітьми. Будь-яке порушення злагоди між дорослими членами родини або неадекватне ставлення батьків до виховання своїх дітей є для них стресогенним чинником, що може викликати психічний зрив. Найчастішою клінічною формою останнього є у дітей невротичні розлади.

З метою вивчення впливу особливостей внутрішньосімейних міжособистісних взаємовідносин на виникнення у дітей невротичних форм реагування ми проаналізували історії хвороб 200 хворих у віці 4–14 років, що страждали на невротичні розлади. Серед обстежених було 122 хлопчики і 78 дівчаток. Всі вони пройшли, деякі неодноразово, курс стаціонарного лікування в клініці Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України (м. Харків) (за даними В. С. Підкоритова).

Невротичні розлади у дітей відрізнялись своїми клінічними проявами, які значною мірою залежали від віку дитини. В молодшому віці (4–9 років) найчастіше відзначали згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ-10) так звані моносимптомні невротичні прояви: заїкання (F 98.5), елективний мутизм (F 94.8), нічний енурез (F 98.0), тики (F 95.0), а також депресивний розлад поведінки (F92.0) та тривожно-фобічний розлад дитячого віку (F93.1). У дітей старшого віку (10–14 років) невротичні розлади мали складнішу клінічну картину. Серед них, крім вище згаданих, вже траплялися і форми, які є притаманішими дорослим хворим: агорофобія (F 40.0), соціальна фобія (F 40.1), панічний розлад (F 41.0), obsесивно-компульсивний розлад (F 42.1), соматоформний розлад (F45.0), неврастенія (F48.0), посттравматичний стресовий розлад (F43.1) та інші.

Як показало дослідження, у всіх обстежених дітей були несприятливі умови сімейного виховання. 32 % сімей таких дітей були неповні (тобто був відсутнім один із батьків, переважно – батько). 30 % мали т.з. проблемний характер в зв'язку з постійною загрозою розірвання батьками шлюбу. У 18 % дітей в родині замість батька був вітчим. У 11 % дітей з невротичними розладами в родині разом з батьками проживали дід і баба, які брали активну участь

у їхньому вихованні. 9 % таких дітей взагалі виховувалися без батьків: або в школах-інтернатах, або в родиних діда чи баби, або взагалі у чужих людей.

Практично всі обстежені діти росли в умовах застосування до них неадекватних форм виховання. Згідно з класифікацією А. Є. Лічка (1983) серед останніх найчастішими були гіпопротекція (21 %), домінантна гіперпротекція (20 %), емоційне відчуження (23 %), умови жорстоких взаємовідносин (18 %), суперечливе виховання (11 %), підвищена моральна відповідальність (6 %), поблажлива гіперпротекція (1 %). Звертало на себе увагу, що в значній більшості випадків та чи інша неадекватна форма виховання дітей, що захворіли на невротичні розлади, супроводжувалась різними проявами насильства. Останнє мало звичайний для родини хронічний характер. Воно або мало безпосередню спрямованість на дитину, або було типовою частиною взаємовідносин між батьками чи іншими дорослими членами родини. Однак в обох випадках дитина була не тільки свідком, але й активною дієвою особою такого роду взаємовідносин в родині, що не сприяло формуванню у неї відчуття своєї особистої безпеки та захищеності.

Насильство з боку батьків чи інших дорослих щодо дитини або між собою мало 3 різновиди: а) фізичне; б) психічне (зокрема емоційне); в) сексуальне. Нерідко в одних і тих же родиних «використовувалися» всі ці його різновиди разом. У 36 % випадків невротичне захворювання у дитини виникало безпосередньо після того чи іншого конкретного випадку насильства в родині. До того ж воно не обов'язково було спрямоване саме на дитину. Не менш психотравмувальним для неї було насильство з боку батька щодо матері, свідком якого дитина була.

Таким чином, згідно з результатами дослідження насильство у сім'ї виступає суттєвим фактором ризику виникнення у дитини невротичних розладів. Клінічні прояви останніх значною мірою залежать від віку дитини. Комплекс лікувально-реабілітаційних заходів, окрім медикаментозної терапії, повинен охоплювати психотерапію дитини і психокорекцію неадекватних міжособистісних взаємовідносин між дорослими, насамперед – батьками у її родині.

На прикладі жертв фізичного та сексуального насильства розглянемо найтипівіші розлади психічної діяльності.

Ми обстежили 112 осіб жіночої статі віком від 14 до 18 років, які мали діагноз стресових розладів. Більшості також був виставлений діагноз посттравматичного стресового розладу – 81 особа, 15 пацієнок перенесли гостру реакцію на стрес, у решти було діагностовано розлади, що не досягали рівня хвороби (за даними відділення агресології та віктимології УНДІ ССПН, на базі КМКЛШД).

Нечисленність пацієнок з гострою реакцією на стрес можна пояснити як швидкоплинністю і нестійкістю цього стану, так і індивідуальними адаптивними здібностями, оскільки такий розлад розвивається далеко не у всіх людей, котрі зазнали сильного психотравмувального впливу.

Вісім (з 15) наших пацієнок зазнали з'валтування, одна стала жертвою пограбування із застосуванням насильства, решта – зазнали фізичного насильства в сім'ї. Тільки трьом з них діагноз був поставлений за об'єктивними даними, тому що огляд був проведений у день здійснення злочину. В інших

випадках діагнози можна вважати можливими, тому що огляд проводили через досить тривалий час після правопорушення і про симптоматику, що тоді була наявною, можна було судити лише з розповіді самої пацієнтки і її рідних.

У більшості випадків зґвалтування були груповими, а їхні жертви – неповнолітніми у віці 15–16 років. Клінічні картини станів гострої реакції на стрес у них були різноманітні. Так, наприклад, одну з дівчат мати знайшла на сходинах у під'їзді, погляд її був «усунутий», на питання не відповідала; мати намагалася розбуркати її, але їй це не вдалося. З великими труднощами завела в квартиру (описує, що їй здавалося, що руки і ноги в дочки не слухаються). За характером ушкоджень на тілі й одязі дівчинки мати зрозуміла, що дочка зґвалтована і викликала міліцію. Однак спочатку дівчинка не могла свідчити, продовжувала сидіти в одноманітній позі, дивлячись перед собою, не реагуючи на звертання. Через кілька годин її доставили на судово-медичну експертизу, де вона «якось різко обм'якла, почала плакати і розповідати, що сталося».

Інша неповнолітня потерпіла в брудному одязі кілька годин лежала в ліжку, укрившись з головою ковдрою, не реагуючи на звертання і пручаючись спробам батьків зняти ковдру. При цьому дівчинка бурмотала якусь фразу, котру батьки не могли зрозуміти.

Ще в одному випадку потерпіла прийшла до тяти на залізничній платформі і ніяк не могла зрозуміти, як вона туди потрапила, події психотравми пам'ятала фрагментарно. Мати потерпілої розповіла, що її дочка всю ніч «плакала без сліз, на одній ноті, не реагуючи на звертання, дивлячись незрячим поглядом».

Взагалі у жертв зґвалтувань, у яких діагностовано ПТСР, спостерігаються характерні групи скарг і симптомів, на яких хотілося б зупинитися докладніше.

До таких характерних скарг належать: безсоння (істотно порушено момент засипання, пацієнтки скаржаться, що «наче перед очима» постають моменти події, що відбулася), якщо усе-таки вдається заснути – сон поверховий, з частими прокиданнями, кошмарними сновидіннями, тематика яких зв'язана з психотравмальною подією, жертва в таких кошмарах відчуває почуття повної беззахисності і безпорадності; ранком почуття розбитості, втоми, небажання вставати з ліжка. Характерним є пред'явлення безлічі соматичних скарг, котрі при обстеженні важко пояснити, тому що субстрату для них у більшості випадків не виявляють: головні болі і болі в м'язах, почуття скутості, диспептичні явища, болі внизу живота, неприємні відчуття в ділянці статевих органів, порушення менструального циклу, почуття нестачі повітря, перебоїв у роботі серця.

Такі пацієнтки часто висловлюються про відразу до власного тіла, до звичайних фізіологічних функцій, заявляють, що відчувають себе «брудними, використаними». У більшості пацієнток відзначалося прагнення «негайно помитися», до того ж вони проводили у ванні чи під душем значну кількість часу, описуючи свій стан, як бажання «змити із себе цей бруд». У частини пацієнток «почуття незмивного бруду» залишалося досить тривалий час і гігієнічні процедури мали вже характер настирливості.

Іншим характерним симптомом було бажання самоти, прагнення уника-ти товариства інших людей, навіть найближчих. При докладних бесідах вда-лося встановити, що бажання самоти і уникнення товариства було скоріше продиктовано думками про своє «опоганення, зіпсованість», одним словом, «негідність» перебувати в суспільстві інших «нормальних» людей. Майже усі жертви зґвалтувань відзначали страх як постійний стан, що не залишає їх на-віть у ві сні. Страх також зв'язаний із психотравмувальною ситуацією, практично не піддається корекції, може доходити до панічних атак і приймати форму флешбеку (flashback). За означенням Г. Ван дер Веєра – флешбек – це про-низливий і тривожний спогад, що воскрешає ситуацію, яка травмує, так що на якийсь обмежений час, що може тривати від декількох секунд до декількох годин, при цьому людина цілком чи частково втрачає зв'язок з реальністю. Пусковим моментом («пусковим гачком») подібного стану може бути будь-яка повсякденна дія, подія, деталь обставин, котрі жертва асоціює з пережитою психотравмою. Ми спостерігали флешбек в однієї з пацієток, котрий був ви-кликаний побаченням на пальці лікаря перснем-печаткою. З'ясувалося, що під час зґвалтування в одного з ґвалтівників був подібний перстень і постраж-дала дуже добре його запам'ятала. Жертви по-різному описували ці стани, однак більшість відзначала приступи страху і навіть всепоглинущого жаху, заціпеніння і яскраву, емоційно забарвлену картину психотравмувальної по-дії, що наче «розгорталася перед очима» на кшталт короткої ретроспекції.

Іншою характерною рисою симптоматики ПТСР у дівчат – жертв насиль-ства є наявність депресивних розладів різної глибини і ступеня. Ми спосте-рігали їх практично у всіх пацієток. Превалював тривожний компонент, від-чуття безнадійності ситуації і пригніченості. Багато хто висловлювали суїци-дальні думки.

Запитання для обговорення:

- *Які, на Вашу думку, діагностичні процедури потрібно проводити під час першого контакту з дитиною, дорослою людиною – жертвами насильства в сім'ї?*
- *Як правильно себе поводити при цьому?*
- *Які Ви знаєте методики оцінки психічного стану жертви насильства? Які застосуєте до дитини, а які до дорослої людини?*

Курс 06**НАЗВА КУРСУ: ВТРУЧАННЯ В СИТУАЦІЮ НАСИЛЬСТВА:
АЛГОРИТМ ДІЙ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА.
ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНИХ
РОЗЛАДІВ ТА РОЗЛАДІВ ПОВЕДІНКИ, ЩО ВИНИКЛИ
У ЖЕРТВ НАСИЛЬСТВА****План**

- 1. Алгоритм дій медичного працівника при виявленні випадку жорстокого поводження з дитиною.**
- 2. Принципи і методи лікування та реабілітації хворих на стресоподібні розлади, що виникли внаслідок стресу.**

1. Алгоритм дій медичного працівника при виявленні випадку жорстокого поводження з дитиною

Медичні заклади у значній більшості випадків є саме тими установами, куди звертаються діти, які постраждали від жорстокого поводження, якщо це потягнуло за собою наслідки для здоров'я – як фізичного, так і психічного. Медична допомога таким дітям, як і будь-яка медична допомога складається з двох взаємопов'язаних ланок – первинної та спеціалізованої. Якщо установи спеціалізованої медичної допомоги передбачені ст. 9 Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» (це центри медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї), то закладом первинної медичної допомоги дітям – жертвам насильства може бути будь-яка лікувально-профілактична установа, до якої звернулася дитина. Ознаки жорстокого поводження з дитиною можуть бути виявлені і випадково, під час проведення оглядів, диспансеризації, звернень з іншого приводу.

Іноді батьки, піклувальники, педагоги, які доставили до лікаря дитину з ознаками насильства, заявляють, що травму отримано випадково. Також діти дістають травми, коли намагаються розняти батьків, які б'ються, або захистити матір. Перед медичними працівниками постає непросте завдання оцінити шкоду здоров'ю дитини та встановити причинно-наслідковий зв'язок між нею та фактом насильства.

Дітей, що страждають від насильства, можуть обстежувати педіатр, дитячий психіатр, психолог або логопед з низки причин, таких як смоктання пальців, гризіння нігтів, заїкуватість або труднощі у навчанні. Фізичне насильство або нехтування, занедбання у дитинстві можуть проявлятися у важкій поведінці у підлітковому або в дорослому віці. Такі проблеми можуть у подальшому житті проявитися навіть у вигляді вчинення кримінальних злочинів, зокрема побутового насильства.

Всі фізичні, психологічні та поведінкові ознаки вчинення насильства над дитиною детально розглянуто в курсі 05. Важливо пам'ятати, що коли діти навіть і не постраждали фізично, але є свідками насильства в сім'ї, це справляє на них глибокий вплив.

У будь-якому випадку медичний працівник, маючи обґрунтовану підозру, що розлад здоров'я дитини пов'язаний з насильницькими діями, не повинен залишатися осторонь від розв'язання цієї проблеми.

Медичному працівникові слід знати, що випадки жорстокого поводження з дітьми перебувають у такій правовій площині:

- коли виявляються медичні наслідки дій, що підпадають під ознаки кримінального злочину;
- коли ознак кримінального злочину немає.

У першому випадку алгоритм дій медичного працівника повинен відповідати спільному наказові Міністерства внутрішніх справ та Міністерства охорони здоров'я України № 307/105 від 10 травня 1993 року «Про порядок обліку випадків звернення до медичних установ і міськрайлінорганів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру». Цим наказом керівників лікарень, госпіталів, профілакторіїв, клінік, травм пунктів та інших медичних установ зобов'язано негайно інформувати органи внутрішніх справ про всі випадки звернення по медичну допомогу осіб з вогнепальними, ножовими пораненнями та з іншими тілесними ушкодженнями, якщо є підстави вважати, що вони отримані внаслідок правопорушень, а всі відомості про звернення таких осіб записують до спеціального журналу медичної установи, який є документом суворої звітності. В журналі фіксують такі відомості:

- дата, час звернення потерпілого;
- прізвище, ім'я, по батькові, місце роботи, посада потерпілого, № службового телефону;
- адреса потерпілого, № квартирного телефону;
- обставини події (дата, час, місце, інші відомості);
- прізвище, адреса особи, яка на думку потерпілого, завдала йому тілесних ушкоджень, яким чином);
- дата, час і хто із медичних працівників повідомив міліцію;
- прізвище чергового, який отримав повідомлення;
- характер та локалізація ушкоджень;
- примітка (куди був направлений потерпілий).

Однак потрібно зазначити, що більшість звернень з приводу насильства в сім'ї не фіксують як випадки травм кримінального походження, також самі потерпілі або їх супровідники часто вигадують інші причини отриманих пошкоджень, тому цей алгоритм не працює як сталий механізм фіксування тілесних ушкоджень, особливо коли звертаються діти (самостійних звернень украй мало, у супроводі батьків – недостовірні повідомлення про причини).

Якщо ж при зверненні до медичної установи дитини не виявляють явних ознак наслідків подій кримінального характеру, то алгоритм дій медичного працівника в такому випадку регламентовано «*Порядком розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або реальної загрози його вчинення*», затвердженого спільним наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту (на час видання наказу – Державного коміте-

ту України у справах сім'ї та молоді), Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України за № 5/34/24/11 від 16.01.2004 р., в якому у пункті 3.5 передбачено:

Органи та заклади охорони здоров'я:

3.5.1. Лікувально-профілактичні установи та заклади цілодобово здійснюють приймання дітей, які зазнали жорстокого поводження, та надають їм потрібну медичну допомогу.

3.5.2. При обстеженні дитини медичні працівники звертають увагу на ушкодження, що могли виникнути внаслідок жорстокого поводження з дитиною, та повідомляють про це **дільничного педіатра, орган внутрішніх справ та відповідну службу у справах неповнолітніх.**

3.5.3. У разі виявлення або надходження звернень чи повідомлень з приводу жорстокого поводження проводять медико-соціальну реабілітацію дітей, які потерпіли внаслідок жорстокого поводження.

У свою чергу служби у справах дітей, відповідно до п. 3.2:

3.2. Служби у справах дітей:

3.2.1. Ведуть загальний облік дітей, які зазнали жорстокого поводження, та сімей, у яких діти зазнали жорстокого поводження.

3.2.2. Координують діяльність органів освіти, охорони здоров'я, внутрішніх справ щодо профілактики та припинення фактів жорстокого поводження з дітьми.

3.2.3. Надають необхідну допомогу дитині, яка зазнала жорстокого поводження, та в разі загрози його вчинення, вживають заходів до попередження жорстокого поводження щодо дитини.

3.2.4. Направляють дитину для обстеження стану її здоров'я до установ і закладів охорони здоров'я з метою документування фактів жорстокого поводження, надання дитині необхідної медичної допомоги, у тому числі лікування в стаціонарі.

Рекомендації до дії

Отже, у випадках, коли Ви маєте підозри у тому, що стосовно до дитини вчинено акт насильства або вона зазнає жорстокого поводження, або є реальна загроза його вчиненню (вдома, з боку однолітків, з боку інших осіб).

Ваші дії.

Варіант !: повідомте про це в усній, а краще у письмовій формі адміністрацію лікувально-профілактичного закладу, де Ви працюєте, оскільки звернення (повідомлення) про факти жорстокого поводження приймають посадовці охорони здоров'я та передають далі до відповідного територіального підрозділу для відповідної реєстрації:

- до служби у справах неповнолітніх;
- до органу внутрішніх справ;
- до дільничного педіатра.

Усні повідомлення перед переданням їх до інших служб оформлює письмово посадовець, який отримала повідомлення з позначкою, від кого та коли (дата, час) отримано повідомлення.

Варіант II: Ви можете самостійно письмово повідомити про факт жорстокого поводження територіальний підрозділ Служби у справах неповнолітніх за місцем проживання дитини, кримінальну міліцію у справах неповнолітніх або будь-якого працівника органів внутрішніх справ, дільничного педіатра.

У випадках, коли до Вас звернулась дитина з усною скаргою щодо жорстокого поводження з нею, коли Ви стали свідком жорстокого поводження з дитиною – дійте таким самим чином, як викладено в попередньому розділі, що стосується працівників закладів освіти. Слідуйте й іншим рекомендаціям цього розділу.

Що потрібно знати медичному працівникові?

Дані фізичного обстеження

Старші діти – жертви насильства іноді намагаються сховати сліди побиття під довгими рукавами або високими комірами одягу. Вони можуть приховувати синці за темними окулярами або під товстим шаром косметики. Молодших дітей можуть так вдягнути самі батьки. Завжди, коли це можливо, потрібно оглянути пацієнта без одягу.

Огляньте все тіло, виявіть болісні точки, а також видимі травми. Травми в результаті насильства найчастіше мають «центральне розташування», тобто приблизно по серединній лінії тіла людини (наприклад, є травма на обличчі, шиї, грудній клітині, грудях, животі і геніталіях). Характерними також є множинні травми різних ділянок тіла.

Враховуйте, що певні види травм аж ніяк не можуть бути отримані в результаті нещасного випадку. Якщо синець має обриси певного предмета – пряжки ремня, підошви, лінійки тощо – майже напевне можна стверджувати щодо навмисного характеру травм. Гулі на голові від нещасного випадку звичайно бувають на чолі або у верхній потиличній області, але не збоку голови або на маківці. Ненавмисні синці на ногах звичайно бувають на зовнішній поверхні ноги, синці на внутрішньому боці рук і ніг дуже підозрілі в сенсі навмисного травмування. Паралельно розташовані вузькі довгі синці та садна на задній поверхні спини, стегон та сідниць скоріше всього виникають внаслідок побиття. Підозрілими є також травми, отримані в можливій оборонній позиції, такі як синці на ліктьовій поверхні передпліччя.

Множинні травми в різній стадії загоєння говорять про можливе фізичне насильство, що відбувалося протягом тривалого часу, частіше усього при жорстокому повожденні з дитиною.

Якщо це можливо, обстежте область геніталій дитини для виявлення ознак гематом, кровотечі або введення стороннього предмета.

Додаткові джерела інформації

Цінним джерелом інформації про дитину є її повна історія хвороби, амбулаторна карта (уся медична документація). Документовані багаторазові поступлення до відділень швидкої допомоги, травмпунктів, виявлення так званої «схильності до нещасних випадків» повинні навести лікаря на думку про можливість насильства у такій сім'ї.

Допоміжні лабораторні дослідження зазвичай не допомагають. Єдиний виняток складає рентген, що може показати старі переломи, про які лікар і не підозрював.

Необхідність ретельного документування

У випадках жорстокого поводження з дітьми дуже велике значення має чітка документація всіх виявлених фактів в історії хвороби або в амбулаторній картці. Якщо дитина в певний момент не вилучена з сім'ї, де відбувається насильство, ваша документація може виявитися єдиним його підтвердженням та фіксацією шкоди здоров'ю. Це особливо важливо, якщо далі відбуватиметься процедура розслідування такого випадку правоохоронними органами, соціальними службами, органами опіки і піклування.

Якщо подальші дії увійдуть у правове річище, ваша медична документація може бути запитана слідством, судом або спеціально уповноваженими органами. Ретельні, докладні медичні документи мають першорядне значення в профілактиці повторного акту насильства. Мало того, вони є конкретним доказом насильства і жорстокого поводження з дитиною і можуть зіграти вирішальну роль у процесі судового розгляду. Якщо медична документація і покази свідків на суді розходяться, медичну документацію можуть вважати достовірнішою.

Нижче приведено найістотніші елементи, що необхідно заносити в історію хвороби або амбулаторну карту.

Неодмінні компоненти історії хвороби, амбулаторної карти у випадках виявлення насильства над дитиною

Анамнез. Зареєструйте історію жорстокого поводження в тому вигляді, у якому викладає сама дитина (можна використовувати пряму мову). Якщо дитина розповідає, що щодо неї використовували погрози, словесні образи, занотуйте їх дослівно. Якщо вам відомо, чим саме побили дитину – запишіть, використовуючи вирази «хвора говорить, що її побив батько – кулаками по голові». Якщо жертва називає ім'я нападника, занесіть його в документацію – «вона говорить, що її вчителька математики, Варвара Семенівна Іваненко, кілька разів (3–4) ударила її залізною лінійкою по стегнах».

Опишіть всі істотні **фізичні знахідки**. Використовуйте схему тіла (див. Додаток А) для ілюстрації записів. Це важливо щодо будь-яких травм, особливо тих, що проявляються у вигляді болючості, без видимих синців.

Бажано зробити **фотознімки**, коли травми в дитини наочні (у порядку, передбаченому законодавством). Як додаток до письмової документації, фотографії мають дуже велике значення і як речові докази. Отримані фотознімки прикладіть до схеми тіла. До схеми варто прикласти і фотографію, і прізвище, дату, час, номер історії хвороби, а також ваше прізвище і прізвище свідка

фотографування. Якщо використовується звичайна плівка, обов'язково запечатуйте її у конверт з даними ідентифікації зовні. Якщо можливо, зробіть знімки до лікування. Робіть кольорові знімки і прикладайте до них кольорову стандартну шкалу, до знімків вносьте монетку, лінійку або інші предмети, щоб ілюструвати розміри травм. Включіть обличчя пацієнта щонайменше в один знімок. Зробіть не менше двох знімків кожної ділянки значної травми. Не відкладно позначте на фотографії прізвище пацієнта, розташування травми і прізвища фотографа і присутніх. Корисними можуть також виявитися будь-які відео-матеріали.

Коли діагностують важку травму або статеве насильство, зберігайте всі речові докази. У присутності свідків порваній або закривавлений одяг можна запечатати в конверт або мішок.

Якщо пацієнт не підтверджує факту насильства, але ви все ж його підозрюєте, неодмінно запишіть це в історії хвороби. Наприклад, «хвора говорить, що впала зі східця, але її травми більше схожі на прямий удар в ділянку орбіти».

Запитання для обговорення:

- *Які, на Вашу думку, діагностичні процедури потрібно проводити під час першого контакту з дитиною, дорослою людиною – жертвами насильства в сім'ї?*
- *Як правильно себе поводити при цьому?*
- *Якими є основні кроки алгоритму дій медичного працівника при виявленні наслідків жорстокого поводження з дитиною?*

2. Принципи і методи лікування та реабілітації хворих на стресоподібні розлади, що виникли внаслідок стресу

До того, як буде викладено особливості лікування, реабілітації та психокорекції хворих із стресовими розладами, необхідно зупинитися на декількох фундаментальних принципах терапії.

Після того, як люди піддавалися впливу травматичних подій, вони в реакціях на звичні ситуації схильні плутати незвичайність травми з незвичайністю їх самих. Тому перший принцип терапії – **принцип нормалізації**. Думки та почуття пацієнтів у процесі їхньої соціалізації можуть бути хворобливими і не зовсім зрозумілими, як власне потерпілому, так і фахівцям, незнайомим з такими проявами реакцій. Слово «норма» може мати багато значень. Серед інших його найчастіше використовують для визначення здоров'я, ідеалу або у статистичній. Коли лікар говорить: «Це – нормальна реакція», – може припускатися будь-яке з цих значень або усі три відразу. Наприклад, при переломі кістки у хворого виявляється зміщення уламків або порушення структури кістки. Через деякий час розвивається набряк і відчувається сильний біль, однак при хорошому догляді та без наявності пошкоджень нервів або інфекції у лікаря це не викликає занепокоєння. Лікар бачив таку модель патології багато разів у минулому, знає фізіологічні причини дискомфорту і небезпечні симптоми хвороби. Висновок лікаря: «Це нормально» – означає, що у пацієнта прохо-

дить здоровий процес загоєння. Подальше пояснення з приводу моделі загоєння дозволяє хворому брати активну участь у процесі відновлення, розуміючи причини симптомів та їхню динаміку, а також помічати ненормальності у процесі загоєння, наприклад, при долученні інфекції.

Процес «загоєння» в емоційно часто проходить через повторні переживання, уникнення, підвищену чутливість та самообвинувачування. Ці симптоми досить добре описано, пояснено в контексті адаптації та можливих процесів оволодіння. Враховуючи це, другим принципом терапії ми вважаємо **принцип партнерства та підвищення гідності особистості**. Це означає, що терапевтичні відносини мають будуватися спільно, приводячи до відновлення в правах особистості тих, кого було ущемлено у власній гідності та безпеці. Цей принцип особливо важливий у роботі з жертвами тяжких злочинів. Прояви жорстокості, приниження людської гідності та досвід безсилля – все це призводить до пониження почуття власного «Я». Це пониження нормальне, коли воно пропорційне рівню віктимізації. Але ті, хто вижив після природних катастроф також відчувають безсилля, хоча їх й не піддавали жорстокості та приниженню. І тому терапевтичний союз, що будується на принципах партнерства та підвищення гідності особистості, приносить дуже велику користь.

Третій принцип терапії – **принцип індивідуальності**. Кожна людина має свій унікальний шлях відновлення після пережитого стресу. Хоча й було описано загальні фізіологічні та психологічні реакції на стрес, багато дослідників відзначають складність людської реакції на стресові впливи, порівнюючи індивідуальність її проявів з відбитками пальців. Цей принцип говорить про те, що має припускатися і цінуватися без сумнівів і зневаги індивідуальний спосіб посттравматичної регуляції. Лікар і хворий мають йти разом шляхом одужання, знаючи загальні напрямки і можливі пастки, але вони повинні бути постійно готовими виявити нові істини за кожним поворотом.

Названі три принципи, звичайно, можуть бути виражені і в іншій формі, доповнено різними аспектами, важливими для лікування ПТСР. Однак вони залишаються базовими при проведенні терапії.

В сучасних підходах до терапії головний наголос роблять на тому, що *нормальний індивід зітнувся з ненормальним випадком*. Таким чином, для зменшення впливу хворобливих наслідків, необхідно наголошувати на мобілізації власних механізмів оволодіння. Це докорінно відрізняється від попереднього переконання, що ПТСР є продуктом особистісної неспроможності та наявності патологічних невротичних механізмів. Подібне переконання налаштовувало лікарів на діагностику та лікування ПТСР згідно з традиційними парадигмами.

Крім того, дуже важливий **міждисциплінарний підхід** до лікування ПТСР. Знання внеску біології, психології і соціальної динаміки дозволяє лікарю і хворому дивитися ширше, знаходити пояснення наявним симптомам і засоби для їхньої корекції у різних сферах життя. Описано і визнано значущий внесок фармакології, освіти, харчування, соціальної роботи, законодавчих ініціатив та історії в організацію допомоги при ПТСР. Допомога може починатися з організації самопомоги, представлення «спеціальної» літератури, розширення руху за права потерпілих, рекомендації режиму фізичних та дихальних вправ або призначення медикаментів. Інтердисциплінарність

терапії вимагає того, щоб лікарі та інші фахівці, які працюють з хворими з ПТСР, знали ресурси суспільства та вміли їх використовувати на додаток до прямого клінічного втручання. Часто це вимагає зустрічей та обміну досвідом фахівців з різних сфер суспільного життя. Це також вимагає чутливого розуміння та гнучкого ставлення до того, хто у відповідний момент найкраще може допомогти хворому з ПТСР, хто з хворих найбільше потребує спеціальної допомоги для прискорення процесу постстресового відновлення.

Є багато методів, які ефективно використовували та використовують для корекції ПТСР.

Усі методи можна поділити на чотири категорії:

1. Освітня категорія. Охоплює обговорення книг і статей, знайомство з основними концепціями фізіології та психології, щоб мати можливість оцінити ступінь ПТСР. Освітній процес – «вулиця з двобічним рухом», що дозволяє встановити двосторонній обмін. Хворі можуть мати власні ресурси для відновлення, котрі вони знаходять. Наприклад, тільки просте знайомство з клінічною симптоматикою ПТСР допомагає хворим усвідомити те, що їхні переживання та труднощі не унікальні, «нормальні» у ситуації, що склалася, і це їм дає надію, що при зверненні до лікарів їхні страждання будуть зрозумілими і вони дістануть підтримку та лікування.

2. Друга група методів міститься в галузі **холістичного** (цілісного) ставлення до здоров'я. Фахівці у галузі формування здорового способу життя справедливо зазначають, що фізична активність, правильне харчування, духовність і розвинене почуття гумору роблять великий внесок в одужання людини як єдиного цілого. Лікар, котрий звертає увагу своїх пацієнтів на ці сторони цілісного існування людини, часто виявляє та активізує такі здатності до відновлення людини, що були прихованими навіть для них самих. Здоровий спосіб життя з достатньою фізичною активністю, правильним харчуванням, відмовою від зловживання алкоголем, відмовою від вживання наркотиків, уникненням вживання збудливих речовин (наприклад, кофеїну), зі здатністю з гумором ставитися до багатьох подій життя, створює підґрунтя для швидкого та ефективного відновлення після тяжких травматичних подій, а також сприяє подовженню активного та щасливого життя.

3. Третя категорія охоплює методи, що збільшують **соціальну підтримку та соціальну інтеграцію**. Сімейну та групову терапію може бути віднесено до цієї категорії. Сюди також можна віднести розвиток мережі самопомоги, формування та підтримку громадських організацій. Дуже важлива точна оцінка соціальних навичок, тренування цих навичок, зменшення ірраціональних страхів, допомога в умінні переборювати ризик формування нових відносин. До цієї категорії відносять традиційні психоаналітичні інструменти та форми організації соціальної роботи, що допомагають перебігу процесу одужання.

4. Останню, четверту, категорію найкраще охарактеризувати як **терапію**. Вона передбачає роботу з проявами горя, погашення фобічних реакцій за допомогою роботи з супутніми травматичними образами, розумне використання фармакотерапії для усунення окремих симптомів, розповіді історії травми, рольові ігри, гіпнотерапію та багато індивідуалізованих видів психотерапії, що відповідають базовим принципам терапії.

Досвід лікувальних та реабілітаційних заходів. Як систему невідкладних заходів щодо жертв насильства ми використовували комплексну невідкладну допомогу (КНД). До КНД входять невідкладна фармакологічна терапія (НФТ) та невідкладна психотерапія (НПс). Слід зазначити, що серед наших пацієнтів не було дітей віком до 14 років. КНД проводили всім жертвам сімейного насильства, як з розладами психотичного та невротичного регістрів, так і практично здоровим особам, що скоїли суїцидальну спробу у момент афективного переживання гострої психотравмувальної ситуації внаслідок акту психологічного чи фізичного насильства.

Характер та обсяг НФТ залежав від виду коморбідних психічних розладів. Основною метою НФТ на тлі непсихотичного регістру психічних розладів було зниження рівня афективних розладів («напруженості» афекту, тривожних, фобічних, депресивних,), когнітивних порушень (ригідності, фрустрації) та астеничної симптоматики й вегетативної дисфункції як провідних психопатологічних симптомів, що формувались на тлі переживання насильства. Активної фармакотерапії більше потребували пацієнти з психотичними, афективними, особистісними та хронічними невротичними розладами. Обсяг як НФТ, так і психотерапевтичної інтервенції для осіб з транзиторними реактивними станами були значно меншими. Це було обумовлено наявністю у багатьох випадках субклінічного рівня вираженості психічних порушень у таких пацієнтів.

Щодо хворих з невротичними реактивними та особистісними розладами при НФТ використовували масивну короточасну седативну терапію транквілізаторами та обов'язкове психотерапевтичне втручання.

НФТ на тлі легких та помірних депресивних епізодів передбачала гетероциклічні та селективні тимолептики (міансерін, циталопрам) з одночасним призначенням анксиолітиків при тривожних і ажитованих депресіях. Таке ж сполучення, але зі збільшеними дозами тимолептиків застосовували при ендогенних депресіях на висоті афективного психозу, тому що у гострому посттравматичному періоді – внаслідок акту насильства – ризик загострення симптоматики та рецидивування суїцидальних дій у цих хворих був дуже високим.

НФТ при психотичному регістрі психічних порушень була спрямована на зниження вираженості галюцинаторно-параноїдної симптоматики, психофізичного напруження, імпульсивності. В таких випадках застосовували нейролептики седативної дії (аміназин, тизерцин). Швидкий ефект спостерігався при використанні атипічних нейролептиків (клопиксол-акуфаз, азалептин). Таких хворих потім переводили для подальшого лікування в психіатричний стаціонар.

Мета НПс – відреагування негативних емоцій, активація антисуїцидального бар'єру, трансформація дезадаптивних форм переборчої поведінки й опрацювання саморуйнівних мотиваційних настанов.

Дослідження підтвердило, що практично всі жертви сімейного насильства потребують тривалої особистісної психотерапії у сполученні з обов'язковим фармакологічним втручанням. Однак проведення їм НПс дозволяло знизити актуальність психопатологічних проявів, реактивної агресії, суїцидальних спонукань і хворобливих переживань та мотивувати таких

пацієнтів до подальшого лікування. У жертв насильства при психотичних розладах застосування НПС було ускладнене, а іноді неможливе, у зв'язку з вираженістю у хворих продуктивної психопатологічної симптоматики. Але й у цієї групи пацієнтів проведення НПС дозволило зменшити гостроту міжособистісних відносин з родичами, а при одночасному проведенні адекватної НФТ допомагало припиняти психопатологічні розлади.

НПС, що ми проводили у дослідженні, за формою належала до кризової психотерапії, а методологічно була заснована на принципах екзистенційної психотерапії. Психотерапевтичне втручання проводили як в індивідуальній, так і в сімейній формах. Індивідуальна НПС мала етапи кризової підтримки, кризового втручання та підвищення рівня адаптації.

У ході кризової підтримки здійснювали установлення терапевтичного контакту та вплив на актуальний психоемоційний стан. Головне завдання кризової підтримки – спроба розділити «почуття безвихідності та самотності» жертви насильства. При НПС визначалися патопсихологічні механізми формування деструктивної переборчої поведінки на тлі неможливості відстоювати власні особистісні права.

У ході кризового втручання проводили конкретизацію кризової проблеми, корекцію неадаптивних механізмів психологічного захисту та способів поведінкового розв'язання кризи. Кризове втручання було спрямоване на опрацювання інфантильних поведінкових настанов; ригідних критеріїв оцінки ситуації на тлі завищених домагань; схильності до емоційної залежності.

Метою етапу підвищення рівня адаптації була стабілізація психічного стану з урахуванням продовження адекватної фармакотерапії та вироблення конструктивних форм пристосувальної поведінки.

Одним з важливих показників сімейного насильства є ранній термін його застосування у батьківській родині потерпілої особи. Це приводить до раннього формування психологічної ураженості та різних психопатологічних проявів внаслідок унеможливлення нормального особистісного розвитку. Одним з найважливіших проявів цього явища є зловживання батьком жертви насильства алкоголю.

Наслідком сімейного насильства є формування різних видів психопатологічних розладів, як непсихотичного, так і психотичного регістру. Найпоширенішим психопатологічним наслідком сімейного насильства є змішаний емоційно-поведінковий розлад адаптації. Крім того, внаслідок формування деструктивних унікальних форм переборчої поведінки у підлітків – жертв насильства формується синдром зловживання алкоголем. У всіх обстежених нами хворих він не був самостійним, а розвивався на тлі інших психічних розладів внаслідок тривалого застосовування до особи переважно психологічного насильства. Також важливе значення з боку виявлення патологічних механізмів психологічного захисту у жертв насильства мало діагностування порушень адаптації на фоні інфантильного розладу особистості.

Важливим предиктором насильства у родині є девіантні форми виховання, що провокують формування та закріплення поведінки жертви у цих хворих, а також розвиток різних психічних розладів. Наше дослідження виявило девіантні форми виховання у значної більшості обстежених (125 осіб – 9,75 % випадків). До таких форм належать психологічне пригнічення та гіперпро-

текція, а також явища емоційної депривації та ігнорування, економічних обмежень і фізичного знуцання. Таке відхилення у взаємовідносинах у батьківській родині часто продовжується і в стосунках з власним партнером у подальшому особистому житті. Психологічна атмосфера у стосунках з родичами як у власній, так й у батьківській родині характеризувалася сварками, напруженими конфліктними стосунками, сіблінговим суперництвом тощо.

Найпоширенішою причиною застосування сімейного насильства були економічні труднощі в сім'ї, на тлі яких виникало й зростало зловживання алкоголем батька. До провідних причин сімейного насильства з боку батьків пацієнти відносили брак взаєморозуміння, психологічне пригнічення, жорсткі методи виховання.

Застосування комплексної невідкладної допомоги (КНД) є найбільш адекватним та ефективним методом спеціалізованої допомоги жертвам сімейного насильства. До КНД входять невідкладна фармакологічна терапія (НФТ) та невідкладна психотерапія (НПс). Використання КНД як первинної спеціалізованої допомоги жертвам сімейного насильства давало змогу знизити вираженість психопатологічної симптоматики у цих хворих та мотивувати їх на подальше психотерапевтичне лікування та конструктивне розв'язання сімейних проблем.

Подальші реабілітаційні заходи ми проводили вже у закладах соціальних служб м. Києва. Нашими базовими установами були Центр у справах жінок КМДА та Центр соціальних служб для молоді КМДА.

Жертвам пропонували відвідувати групу підтримки, якою керували співробітники нашого сектору. Така група підтримки існує впродовж 3 років. Заняття відбуваються двічі на місяць. Оскільки група підтримки функціонувала на території Центру роботи з жінками, склад групи був відповідним. Групи були відкритими, примусове притягнення на засідання не практикувалося.

Основою діяльності групи було те, що жертва насильства має потребу в навчанні, знаходженні нових навичок, можливості поступового зміцнення власної особистості. У фокус опрацювання входили зміна набутих раніше життєвих уявлень, стереотипів, переконань, способу мислення і розуміння, сприйняття фактів, що стосуються самої жінки, а також навколишнього світу, що і відбувається в процесі роботи групи підтримки. Жінка, звільнившись від ситуації насильства, вимагає нового розуміння того, що є успіх, що є характер, має потребу в підвищенні рівня мотивації і пояснення своїх вчинків, щоб бути здатною засвоїти нові, ефективніші реакції, що дають у майбутньому можливість повніше контролювати власне життя. Позитивна, висока самооцінка, відчуття впевненості, компетентності є надзвичайно важливими факторами, що оберігають особистість від настання почуття безпорадності. Набуття зазначеного і було основною метою роботи групи підтримки жінок, котрі зазнали насильства в сім'ї. Досвід роботи групи узагальнено у навчально-методичному посібнику «Досвід роботи групи підтримки жінок, які зазнали насильства в сім'ї «Допоможи собі»²³.

23 Досвід роботи групи підтримки жінок, які зазнали насильства в сім'ї «Допоможи собі». Методичний посібник. Автори-упорядники: Онишко Ю. В., Семенцук В. Е., Тараннікова К. К./ – К.: РА «Каштан». – 2002. – 68 с.

Запитання для обговорення:

- *Які основні принципи побудови лікувального і реабілітаційного процесу пацієнтів – жертв насильства?*
- *Які, на Вашу думку, методи медикаментозної та психотерапії є найадекватнішими для жертв насильства?*
- *Як Ви вважаєте, чи можна проводити жертвам насильства в сім'ї лікувальні та реабілітаційні заходи у спеціалізованих закладах соціальної служби (немедичних)?*

Принципи складання психокорекційних програм для дітей і підлітків – жертв насильства. Ми розглядаємо психологічну корекцію в двох планах: в широкому – як комплекс психолого-педагогічних впливів, спрямованих на виправлення у дітей недоліків у розвитку та у поведінці, і у вузькому – як метод психологічного впливу, спрямований на розвиток психічних процесів і функцій в дитини і гармонізацію розвитку її особистісних властивостей.

Психокорекційні технології – це сукупність знань про способи і засоби проведення психокорекційного процесу. Психокорекційний процес – складна система, що охоплює як стратегічні, так і тактичні завдання. В тактичні завдання входить розробка методів і психокорекційних технік, форма проведення корекційної роботи, підбір і комплектування груп, тривалість і режим занять. Корекційна робота з дитиною повинна будуватися не як просте тренування вмінь і навичок, не як окремі вправи з вдосконалення психологічної діяльності, а як цілісна усвідомлена діяльність. При цьому необхідно проводити корекційну роботу як із самою дитиною для зміни її окремих психологічних утворень, так і з умовами життя, виховання і навчання, в яких перебуває дитина.

Розглянемо завдання психокорекційної роботи з дітьми – жертвами насильства. В практиці психокорекційної роботи традиційно виділяють три основні моделі корекції: загальну, типову, індивідуальну.

Загальна модель корекції – це створення системи оптимального вікового розвитку особистості в цілому та нівелювання негативних впливів ситуації насильства на її психічний стан. Вона передбачає охоронно-заохочувальний режим для дитини, відповідний розподіл навантажень з врахуванням психічного стану, організацію життєдіяльності дитини в школі, в сім'ї та інших групах.

Типова модель корекції оснований на організації конкретних психокорекційних впливів з використанням різних методів: ігротерапії, сімейної терапії, психорегуляційних тренувань.

Індивідуальна модель корекції орієнтована на корекцію різних порушень в дитини чи підлітка з врахуванням його індивідуально-типологічних, психологічних особливостей. Це досягається в процесі створення індивідуальних психокорекційних програм, спрямованих на корекцію наявних недоліків з врахуванням індивідуальних факторів. Загальна модель психокорекції орієнтована на профілактичну роботу з дитиною, типова модель – на оптимізацію, стимулювання психічного розвитку, а індивідуальна модель – на корекцію недоліків в розвитку і поведінці дитини з врахуванням індивідуально-психологічних особливостей.

Принципи проведення корекційної роботи і складання корекційних програм

Принципи побудови корекційних програм визначають стратегію, тактику їхньої розробки, тобто визначають цілі, завдання корекції, методи і засоби психологічного впливу. Складаючи різного роду корекційні програми, необхідно спиратися на принципи:

- системності корекційних, профілактичних і розвивальних завдань;
- єдності діагностики і корекції;
- пріоритетності корекції причинного типу;
- діяльнісний принцип корекції;
- урахування вікових, психологічних й індивідуальних особливостей дитини;
- комплексності методів психологічного впливу;
- активного залучення соціального оточення до участі в корекційній програмі;
- опори на різні рівні організації психічних процесів; програмованого навчання;
- зростання складності;
- урахування обсягу і ступеня різноманітності матеріалу;
- урахування емоційного забарвлення матеріалу.

Цілі і завдання корекційної роботи. Психокорекційні заходи спрямовані на виправлення відхилень у розвитку та у поведінці дитини.

1. Цілі треба формулювати в позитивній, а не в негативній формі. Позитивна форма містить опис тих форм поведінки, діяльності, структур особистості, які повинні бути сформовані в клієнта.
2. Цілі корекції повинні бути реалістичними і порівнянні з тривалістю корекційної роботи, можливістю переносу клієнтом нового позитивного досвіду. Повинні бути близькими до реальності.
3. При поставленні загальних цілей корекції необхідно враховувати далеку і близьку перспективу розвитку особистості і планувати як конкретні показники особистісного та інтелектуального розвитку клієнта, так і можливості відображення цих показників в особливостях діяльності і спілкування клієнта на подальших стадіях його розвитку.
4. Необхідно пам'ятати, що ефекти корекційної роботи проявляються протягом достатньо тривалого часового інтервалу: в процесі корекційної роботи, до моменту її завершення, нарешті, приблизно через півроку можна остаточно говорити про закріплення чи про втрату клієнтом позитивних ефектів колекційної роботи.

Основні вимоги до складання психокорекційних програм. Ефективність психокорекційного процесу значною мірою залежить від вміння психолога складати психокорекційну програму. При цьому необхідно враховувати такі методичні вимоги:

- чітко сформулювати основні цілі психокорекційної роботи;
- виділити коло завдань, які повинні конкретизувати основну мету;

- визначити зміст корекційних занять з врахуванням структури дефекту та індивідуально-психологічних особливостей дитини, розвитку провідного виду діяльності;
- визначити форму роботи з дитиною (групова, сімейна, індивідуальна);
- відібрати відповідні методи і техніки з врахуванням вікових, інтелектуальних і фізичних можливостей дитини;
- запланувати форму участі батьків та інших осіб в корекційному процесі;
- розробити методи аналізу оцінки динаміки психокорекційного процесу;
- підготувати приміщення, необхідне обладнання і матеріали.

Цілеспрямований психокорекційний вплив на дитину і підлітка з проблемами в розвитку здійснюється через психокорекційний комплекс, який складається з чотирьох взаємопов'язаних блоків:

- діагностичного;
- корекційного;
- оцінкового;
- прогностичного.

В діагностичний блок входять діагностика психічного розвитку дитини і діагностика соціального середовища.

Корекційний блок охоплює такі завдання:

- корекцію неадекватних методів виховання дитини з метою подолання її мікросоціальної занедбаності;
- допомогу дитині чи підлітку у розв'язанні психотравмувальних ситуацій;
- формування продуктивних видів взаємовідносин дитини з оточенням (в сім'ї, класі);
- підвищення соціального статусу дитини в колективі;
- оозвиток в дитини чи підлітка компетентності у питаннях нормативної поведінки;
- формування і стимуляція сенсорно-перцептивних, мнемічних і інтелектуальних процесів у дітей;
- розвиток і вдосконалення комунікативних функцій, емоційно-вольової регуляції поведінки;
- формування адекватних батьківських настанов на соціально-психологічні проблеми дитини шляхом активного залучення батьків в психокорекційний процес;
- створення в дитячому колективі, де навчається дитина, атмосфери прийняття, доброзичливості, відкритості, взаєморозуміння.

Оцінковий блок, або блок ефективності корекційних впливів, спрямований на аналіз змін пізнавальних процесів, психічних станів, особистісних реакцій в дитини в результаті психокорекційних впливів. Критерії оцінки ефективності психологічної корекції вимагають обліку структури дефекту, механізмів його проявів, аналізу цілей корекції і використовуваних методів психологічного впливу. Результати корекційної роботи можуть проявлятися в дитини в

процесі роботи з нею, до моменту завершення психокорекційного процесу і протягом тривалого часу після закінчення занять. Ефективність психологічної корекції залежить як від об'єктивних, так і суб'єктивних факторів.

До об'єктивних факторів належать:

- ступінь важкості дефекту в дитини;
- чіткість поставлених корекційних завдань;
- чіткість організації психокорекційного процесу;
- час початку корекційного процесу;
- професійний та особистісний досвід психолога.

До суб'єктивних факторів можна віднести:

- настанови дитини і батьків на психологічну корекцію;
- ставлення їх до психологічної корекції і до психолога.

При оцінці ефективності психокорекційних впливів необхідно використовувати різноманітні методи, залежно від поставлених психокорекційних завдань. При оцінці поведінкових та емоційних реакцій дитини краще поєднувати метод спостереження з проєктивними методами дослідження особистості (кольорово-асоціативні тести, методика незакінчених речень, малюнкові тести). При оцінці ефективності корекції пізнавальних процесів в дітей можна використовувати функціональні проби, спрямовані на аналіз гностичних процесів, результати педагогічних спостережень. Оцінку ефективності корекції може провести і незалежна експертна комісія, куди входять не тільки психологи, а також лікарі, педагоги, соціальні працівники.

Слід зауважити, що залучати батьків до психокорекційної роботи з дитиною, яка страждає від насильства в сім'ї, потрібно з великою обережністю, оскільки вони можуть бути джерелом психотравми для дитини. Фахівцеві потрібно досконально знати сімейний анамнез та слідкувати за тим, щоб психокорекційна робота не була змарнована неправильними соціальними діями. Тому доцільним є праця полідисциплінарної групи фахівців – психолога (психотерапевта), соціального працівника, соціального педагога, працівників закладів освіти, опіки та піклування, у справах неповнолітніх.

Запитання для обговорення:

- *Які основні принципи складання психокорекційних програм для дітей і підлітків – жертв насильства?*
- *Які цілі має переслідувати психокорекційна програма?*

РЕКОМЕНДОВАНА НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНА ЛІТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А., Барденштейн Л. М., Аведисова А. С. Психотерапия пограничных психических расстройств. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 250 с.
2. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Шукин Б. П. Психогении в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
3. Антонян Ю. М., Ткаченко А. А. Сексуальные преступления. – М.: 1994. – 320 с.
4. Ануфриев Н. И., Шестопалова Л. Ф., Свислоцкий Г. А., Теличкин А. А. Деятельность Гражданской полиции ООН на территории бывшей Югославии (Организационно-правовые и социально-психологические аспекты): Монография. – Київ: Преса України, 1999. – 190 с.
5. Балабанова Л. М. Судебная патопсихология (вопросы определения нормы и отклонений). – Донецк: Сталкер, 1998. – 432 с.
6. Бачериков Н. Е., Воронцов М. П., Петрюк П. Т., Цыганенко А. Я. Эмоциональный стресс в этиологии и патогенезе психических и психосоматических заболеваний. – Харьков: Основа, 1995. – 276 с.
7. Блейхер В. М., Крук И. В. Патопсихологическая диагностика. – К.: Здоров'я, 1986. – 280 с.
8. Васильев В. Л. Юридическая психология: Учебник для студ. вузов, обуч. по спец. «Юриспруденция». – 5-е изд., доп. и перераб. – СПб.: Питер, 2002. – 654 с.
9. Жариков Н. М., Морозов Г. В., Хритинин Д. Ф. Судебная психиатрия: Учеб. для вузов / Под ред. акад. Г. В. Морозова. – М.: ИНФРА-М-НОРМА, 1997. – 432 с.
10. Сексопатология. Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: «Медицина», 1990. – 575 с.
11. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / Под ред. В.А. Гурьевой. – М.: Генезис, 2001. – 480 с.
12. Зейгарник Б.В. Патопсихология /Под ред. А.С.Спиваковской. – М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 1986. – 576 с.
13. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: 1983. – 312 с.
14. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. / Гл. ред. Т.Б.Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 602 с.
15. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических расстройств / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гурович. – М., 1999. – 223 с.
16. Кризисный центр для женщин: опыт создания и работы. Под. ред. Израелян Е. В., Забелиной Т. Ю. – М.: «Преображение», 1998. – 119 с.
17. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: Клінічний посібник. / За ред. проф. П. В. Волошина, проф. В. М. Пономаренка, проф. О. К. Напрєєнка, проф. Н. М. Марути та ін. – Харків: АРСІС, 2000. – 303 с.

18. Кузнецов В. М. Психиатрия. – К.: Здоровье, 1993. – 344 с.
19. Леонгард К. Акцентуированные личности. – К.: «Высшая школа», 1981. – 392 с.
20. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей, изд. 2-е доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
21. Мартынова Э. И. Женщина и насилие. – Красноярск. – 1994. – 97 с.
22. Мейер В., Чессер Э. Методы поведенческой терапии. – СПб.: Речь, 2001. – 256 с.
23. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. – К.: Academpress, 1994. – 192 с.
24. Агрессивное поведение при расстройствах личности: (диагностика, клиника, коррекция): Монография / В. И. Полтавец, В. С. Первый, С. В. Жабокрицкий. – Д.: АРТ-Пресс, 1998. – 80 с.
25. Свядощ А.М. Неврозы. Руководство для врачей. – СПб.: Питер, 1997. – 448 с.
26. Свядощ А.М. Женская сексопатология. – М.: Медицина, 1988. – 136 с.
27. Чуприков А.П., Цупрык Б. М. Сексуальные преступления. – К.: КМА-ПО, 2000. – 180 с.

Автор: Онишко Ю.В.

Медико-соціальна допомога дітям, які зазнали насильства в сім'ї

Підписано до друку 11.10.2010.
Формат 70x100/16. Гарнітура Myriad Pro.
Папір офсетний. Друк офсетний. Ум. Друк. Арк. 9,75.
Наклад 1500 прим. Зам. №

ТОВ "Компанія ЛІК"
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої діяльності Серія ДК № 2363 від 07.12.2005р. тел. (044) 592-84-86

Надруковано на ПП «Р.К. Майстер-принт», типографія «Huss»
вул. Шахтарська, 5, м. Київ, 04074.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3165 від 14.04.08р.
тел. 430-15-49, 430-34-22
www.huss.com.ua
E-mail: info@huss.com.ua