

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Факультет Гуманітарно-педагогічний**

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри психології

_____ Мартинюк Ірина Анатоліївна

“__” _____ 2025 р.

БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «Особливості застосування психологічної практики у сфері
запобігання та протидії сімейному насильству»**

Спеціальність 053 «Психологія»

**Гарант освітньої програми
Кандидат психологічних наук, доцент**

_____ **Мартинюк Ірина
Анатоліївна**

**Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи
проф. кафедри психології**

_____ **Панов Микита
Сергійович**

Виконала

_____ **Петраковська Яна
Сергіївна**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Факультет Гуманітарно-педагогічний**

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри психології
Кандидат психологічних наук, доцент
_____ Ірина МАРТИНЮК
_____ “___” _____ 2025_р.

**З А В Д А Н Н Я на виконання бакалаврської кваліфікаційної роботи
студентці Петраковській Яні
Спеціальність 053 “Психологія”**

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи **“Особливості застосування психологічної практики у сфері запобігання та протидії сімейному насильству”** затверджена наказом ректора НУБіП України від “23” жовтня 2024 р. №1885“С”

Термін подання завершеної роботи (проекту) на кафедру __2025.05.30

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи:

Особливості застосування психологічної практики у сфері запобігання та протидії сімейному насильству зумовлені поєднанням соціально-психологічних, особистісних та ситуаційних чинників, які виявляються через особливості взаємодії жертв і кривдників у родинному середовищі. На виникнення й динаміку насильства також впливають зовнішні умови: воєнні події, соціальна ізоляція, економічна нестабільність, нестача міжособистісної підтримки, а також недостатня поінформованість про механізми психологічної допомоги.

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Провести теоретико-методологічний аналіз сучасної психолого-педагогічної та психотерапевтичної літератури щодо проблеми сімейного насильства та психологічної допомоги постраждалим.
2. Підібрати діагностичний інструментарій для вивчення психоемоційного стану осіб, які зазнали сімейного насильства.
3. Визначити психологічні чинники, особливості та механізми виникнення і підтримки насильницької поведінки у родині (як у жертв, так і у кривдників).
4. Провести емпіричне дослідження ефективності психологічної допомоги у випадках сімейного насильства.

5. Розробити та запропонувати програму психологічних заходів для запобігання та протидії сімейному насильству на основі отриманих результатів дослідження.

Дата видачі завдання “06” _лютого_2025 р.

**Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи _____ Панов
Микита Сергійович**

**Завдання прийняла до виконання _____ Петраковська Яна
Сергіївна**

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У СФЕРІ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОТИДІЇ СІМЕЙНОМУ НАСИЛЬСТВУ.....	6
1.1. Поняття сімейного насильства: типологія, причини та наслідки.....	9
1.2. Психологічні особливості жертв та кривдників у ситуації сімейного насильства.....	19
1.3. Теоретичні підходи до психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства.....	27
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ У ЗАПОБІГАННІ ТА ПРОТИДІЇ СІМЕЙНОМУ НАСИЛЬСТВУ	33
2.1. Організація та хід дослідження психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства	33
2.2. Ефективність психологічної допомоги у випадках сімейного насильства.....	36
2.3. Практичні рекомендації для психологів щодо організації допомоги та профілактики сімейного насильства.....	44
ВИСНОВКИ.....	51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	54
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема сімейного насильства залишається однією з найбільш болючих та поширених у сучасному суспільстві, незалежно від рівня соціального, економічного чи культурного розвитку країни. Особливої гостроти вона набуває в умовах соціальних криз, воєнних дій, нестабільності в родинях, що актуалізує потребу в ефективній психологічній підтримці постраждалих. Саме тому вивчення та вдосконалення психологічної практики у цій сфері є надзвичайно важливим завданням.

Наукові дослідження засвідчують, що психологічні наслідки домашнього насильства — тривожність, депресивні стани, посттравматичні розлади, порушення самооцінки — можуть залишатися невирішеними роками. У той же час, значна частина наявних програм допомоги орієнтована переважно на юридичні або соціальні аспекти, залишаючи психологічну складову другорядною. Отже, існує потреба у ґрунтовному дослідженні психологічної допомоги як одного з ключових чинників у протидії домашньому насильству.

Незважаючи на наявність певних напрацювань у цій галузі, багато аспектів залишаються недостатньо розкритими: зокрема, індивідуалізація психологічної допомоги в залежності від типу насильства, психоемоційного стану жертви, а також рівня загрози з боку кривдника. Недостатньо також досліджено вплив превентивної психологічної роботи на зниження рівня насильства в родинях.

До вивчення проблеми сімейного насильства та психологічного втручання в цю сферу зверталися такі вчені, як К. Роджерс, який підкреслював значення безумовного прийняття в терапевтичному процесі; А. Бек, автор когнітивної терапії, яка є ефективною при лікуванні ПТСР у жертв насильства; В. Сатир, яка розглядала роль сімейної терапії у відновленні стосунків. В Україні значний внесок зробили Т. Яценко та Н. Паніна, які досліджували психологічні травми, особливості психокорекції та системи кризової допомоги.

Метою дослідження є виявити ефективні підходи та особливості психологічної практики, спрямованої на подолання наслідків сімейного насильства та профілактику його повторення у майбутньому.

Об'єктом дослідження є психологічна допомога в умовах ситуацій сімейного насильства.

Предметом дослідження є особливості застосування психологічної практики у роботі з жертвами та кривдниками з метою запобігання та протидії сімейному насильству.

Гіпотеза дослідження: застосування цілеспрямованих психологічних інтервенцій, зокрема когнітивно-поведінкових, емпатійно-орієнтованих та кризових методик, сприяє ефективному зниженню проявів посттравматичних симптомів у жертв сімейного насильства та підвищенню їхньої адаптації до безпечного соціального середовища. Крім того, наявність системної психологічної підтримки корелює з меншою ймовірністю рецидиву насильницької поведінки у кривдників.

Завдання дослідження:

- здійснити теоретичний аналіз наукових підходів до проблеми сімейного насильства та психологічної допомоги постраждалим.
- обґрунтувати вибір психодіагностичних та психокорекційних методик для емпіричного дослідження.
- провести емпіричне дослідження психологічного стану жертв сімейного насильства до і після психологічної інтервенції.
- інтерпретувати результати дослідження, здійснити кількісно-якісний аналіз отриманих даних.
- сформулювати практичні рекомендації для психологів, які працюють у сфері запобігання та протидії сімейному насильству.

Методи дослідження: теоретичні методи (аналіз наукової літератури, порівняння, узагальнення); емпіричні методи (спостереження, опитування, анкетування, психодіагностичні методики: шкала тривожності Гамільтона, опитувальник депресії Бека, методика вивчення самооцінки Дембо-Рубінштейна); а також методи математико-статистичної обробки результатів дослідження (використання середніх значень, кореляційний аналіз).

Теоретична значущість дослідження. Отримані результати доповнюють

існуючі наукові уявлення про психологічну допомогу в контексті сімейного насильства, зокрема, розкривають динаміку змін психоемоційного стану постраждалих у процесі психологічного втручання. У роботі поглиблено розуміння механізмів подолання наслідків травматизації, а також особливостей індивідуального підходу до жертв і кривдників. Дослідження сприяє розвитку наукових підходів до психокорекції та превентивної психологічної роботи в кризових ситуаціях. Теоретичні положення можуть бути використані у подальших дослідженнях у галузі кризової, юридичної та сімейної психології.

Наукова новизна дослідження. У роботі проаналізовано ефективність конкретних психологічних інтервенцій (зокрема, когнітивно-поведінкової терапії, емпатійно-орієнтованих підходів) у роботі з постраждалими від сімейного насильства в українському соціокультурному контексті. Запропоновано практичну модель оцінки змін у психоемоційному стані жертв до та після отримання психологічної допомоги. Встановлено зв'язки між формами насильства, психоемоційним станом та ефективністю певних підходів до психологічної підтримки.

Практична значущість дослідження. Результати дослідження можуть бути безпосередньо використані практичними психологами, соціальними працівниками, консультантами кризових центрів та служб підтримки жертв насильства. Запропоновані психодіагностичні інструменти та рекомендації щодо застосування певних психокорекційних методик можуть бути впроваджені у роботу державних і недержавних установ, що займаються протидією домашньому насильству. Матеріали дослідження також можуть бути корисними у розробці тренінгів для фахівців, підготовці освітніх програм з кризової психології, а також для інформування громадськості щодо шляхів підтримки жертв насильства.

Структура та обсяг роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох основних розділів, висновків та списку використаної літератури, який налічує 50 джерел. Загальний обсяг роботи – 66 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У СФЕРІ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОТИДІЇ СІМЕЙНОМУ НАСИЛЬСТВУ

1.1. Поняття сімейного насильства: типологія, причини та наслідки

Сімейне насильство (домашнє насильство) у науковій і практичній психології трактується як систематичне насильницьке поводження одного члена сім'ї щодо іншого, що має на меті встановлення домінування, контролю чи покарання через фізичний, психологічний, сексуальний чи економічний тиск. Відповідно до визначення, наведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я, насильство являє собою навмисне використання фізичної сили чи впливу, як безпосередньо, так і у формі загрози, що спрямовується на себе, іншу особу, групу або спільноту [7]. Така дія може призводити або потенційно призвести до фізичних травм, летальних наслідків, психологічного ушкодження, порушень у розвитку чи інших форм шкоди. Згідно з українським законодавством, а саме Законом України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» (2017), це явище охоплює будь-які умисні дії насильницького характеру, що порушують права та свободи людини в родинному або сімейному середовищі [3, с. 135].

З психологічної точки зору, сімейне насильство — це не просто агресія чи побутовий конфлікт, а системна модель руйнівної міжособистісної взаємодії, в основі якої лежить нерівність влади, емоційна маніпуляція, контроль та ізоляція. Особливу увагу психологи звертають на глибинні механізми формування «жертви» та «агресора» в такій динаміці, вказуючи на залежність від травматичного досвіду, внутрішні установки, а також специфіку соціального середовища [14, с. 68]. У своїх філософських працях Г. В. Ф. Гегель тлумачив насильство як форму позбавлення індивіда свободи волевиявлення в межах його реального існування [5]. Американський мислитель Ш. Волін трактує латинський термін «*violentia*» як неконтрольовану, хаотичну силу, що протиставляється легітимному та регламентованому застосуванню сили з боку державних структур [24, с. 35–36]. Відтак низка філософів інтерпретує феномен

насильства як суспільну реакцію, спрямовану на спротив або заперечення домінування державної влади. У табл. 1.1 приведені визначення поняття «насилля» та «домашнього насилля» видатними діячами культури, поезії, науки, влади тощо.

Таблиця 1.1

Інтерпретації поняття «насильство» та «домашнє насильство» в думках представників різних галузей

№ з/п	Автор	Погляд на поняття «насильство» та «домашнє насильство»
1	Кейт Браун (американська політикиня, представниця Демократичної партії США)	Домашнє насильство у законодавчій площині трактується як будь-який випадок примусу, контролюючої або залякуючої поведінки, агресії чи жорстокого ставлення між людьми, що мають або мали інтимні чи родинні стосунки, незалежно від статі чи сексуальної орієнтації.
2	Марго Рот Шпігельман (письменниця)	Домашнє насильство — це процес, який призводить до психологічних травм, що істотно погіршують якість життя людини та мають довготривалі негативні наслідки.
3	Донна Джексон Наказава (письменниця)	Витоки багатьох захворювань слід шукати у травматичних переживаннях минулого, особливо в дитячому віці. Саме непропрацьовані психоемоційні травми можуть проявитися у вигляді психосоматичних порушень.
4	Бессел ван дер Колк (психіатр, дослідник, викладач, США)	Відновлення після психологічної травми найефективніше відбувається у безпечних міжособистісних стосунках — в родині, терапевтичних групах, духовних спільнотах або під час психотерапії. Основна умова — забезпечення емоційної та фізичної безпеки, зниження почуття сорому та осуду, формування внутрішньої сили для прийняття пережитого.
5	Американська медична асоціація	Домашнє та подружнє насильство розглядається як систематичний прояв насильницької поведінки, що включає фізичне, психологічне та сексуальне знущання, котре порушує як фізичне, так і ментальне здоров'я особи. У цьому контексті терміни «сімейне» та «домашнє» насильство вживаються як синонімічні.

Одним із ключових психологічних концептів, що пояснює динаміку сімейного насильства, є «цикл насильства», або так зване «колесо насильства», що отримало візуалізацію у формі діаграми та активно використовується в роботі з постраждалими. Цей цикл описує поступову ескалацію конфлікту в чотирьох фазах (рис. 1.1). Як зазначає психолог Максим Магда, з кожною ітерацією

примирення стає коротшим, а інтервали між актами насильства — дедалі меншими. Спочатку насильство може виникати раз на рік, згодом — щомісяця, а потім — щотижня або навіть щодня [11, с. 214]. Психологічна небезпека цього циклу полягає у формуванні у жертви вивченої безпорадності — стану, за якого особа втрачає віру в можливість змінити ситуацію, відчуває себе винною та безсилою. Соціокультурні чинники також відіграють значну роль: у багатьох українських родинах зберігається установка «не виносити сміття з хати», що сприяє приховуванню фактів насильства. Якщо в західних країнах сусіди можуть викликати поліцію, почувши крики, то в українських реаліях частіше — зачиняють двері й уникають втручання [2, с. 90].



Рис. 1.1 «Колесо насильства» як візуалізація механізму підтримання влади і контролю в деструктивних сімейних відносинах

Сімейне насильство становить складне, поліструктурне соціально-психологічне явище, що охоплює різні форми деструктивної міжособистісної взаємодії, у якій один член родини систематично завдає шкоди іншому. Воно не

зводиться виключно до фізичного впливу, а включає широке коло форм порушення особистих меж, автономії та гідності особи в рамках сімейних або близьких стосунків. З психологічної точки зору, насильство в родині розглядається як форма порушення базових міжособистісних принципів — безпечної прихильності, емпатії, поваги до автономії та суб'єктності іншого. Подібна поведінка спричиняє глибокі емоційні, когнітивні та поведінкові деформації як у жертви, так і у кривдника, закладаючи підґрунтя для повторюваного травматичного досвіду [8, с. 50]. У науковій літературі прийнято класифікувати п'ять основних форм сімейного насильства: фізичне, психологічне (емоційне), сексуальне, економічне насильство та ігнорування/нехтування базовими потребами. Важливо зазначити, що ці форми рідко існують ізольовано — навпаки, вони взаємопов'язані, переплітаються, посилюючи руйнівний вплив одна одної. Кожна форма має свою специфіку проявів, психологічні механізми реалізації та наслідки для особистості [16, с. 46].

Фізичне насильство є найбільш зовнішньо помітним і юридично репресованим різновидом насильницької поведінки. Воно включає навмисні дії, що мають на меті спричинити тілесне ушкодження або фізичний біль: удари, побої, штовхання, щипання, задушення, спроби обмежити рухливість або фізичне утримання жертви проти її волі. Часто використовуються побутові предмети як засоби спричинення шкоди. У психологічному плані фізичне насильство викликає не тільки тілесну шкоду, але й порушує відчуття базової безпеки, формує глибоку травму, що пов'язана з почуттям безпорадності, страху, приниження, втрати контролю над ситуацією й власним тілом [23, с. 125]. Систематичне піддавання фізичному насильству сприяє розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який супроводжується флешбеками, гіпервозбудженням, емоційним онімінням, уникненням тригерів, пов'язаних із насильством. Також можливі дисоціативні реакції, які проявляються у відчутті «від'єднаності» від власного тіла чи реальності, що є механізмом психологічного самозахисту. У дітей, які перебувають у середовищі насильства або стають його жертвами, фіксується підвищений рівень агресії,

розвиток фобічних і тривожних розладів, затримки в мовному та емоційному розвитку [12, с. 69]. Крім того, частими є випадки ідентифікації з агресором, що згодом відтворює цикл насильства в наступному поколінні.



Рис. 2.2 Об'єднана теорія агресивної поведінки (Тимофєєв)

Психологічне (емоційне) насильство — одна з найменш помітних, проте найпоширеніших форм насильства. На відміну від фізичної агресії, емоційне насильство діє опосередковано через деструктивний вплив на самооцінку, емоційний фон і структуру особистості жертви. Така форма насильства проявляється у словесних приниженнях, криках, образах, маніпуляціях, критиці, погрозах, емоційній ізоляції, контрольованій комунікації, а також у демонстративній холодності, замовчуванні, ігноруванні потреб [6, с. 53]. Суттю

цього виду впливу є здійснення контролю над емоційним станом жертви, поступова руйнація її автономії та формування залежності від кривдника. У психологічній науці психологічне насильство часто асоціюється з токсичною прив'язаністю та порушенням нормального процесу соціально-емоційного розвитку. У жертв фіксується розвиток залежного або тривожного типу прив'язаності, що формує невпевненість у стосунках, прагнення до емоційного схвалення, страх покинутості. У клінічній практиці це проявляється симптоматикою депресивного спектра, тривожних розладів, соматоформних проявів, включно з розладами харчової поведінки та безсонням [32, с. 89].

Сексуальне насильство у сімейному контексті часто має прихований або замаскований характер, зокрема в межах подружніх стосунків, де його існування може заперечуватися через поширену ідеологію «подружнього обов'язку». Такий тип насильства включає не лише прямий примус до статевого акту без згоди, але й змушення до небажаних сексуальних дій, приниження, сексуальну експлуатацію, зневагу до потреб партнера або його тілесних меж. Відсутність добровільної згоди — ключовий критерій для визначення дії як сексуального насильства [3, с. 157]. Психологічні наслідки сексуального насильства — глибокі та тривалі. У потерпілих часто формується психосексуальна дисфункція, порушення тілесних кордонів, відраза до сексуальної близькості, втрата довіри до партнерів. У багатьох випадках спостерігається розвиток реакцій сорому, провини, самозвинувачення, а також дисоціативних симптомів, що унеможливають повноцінне функціонування в емоційно-близьких зв'язках. Нерідко фіксуються симптоми складного ПТСР (С-PTSD), які вимагають тривалої спеціалізованої терапії [18, с. 176].

Економічне насильство є специфічною формою контролю над жертвою шляхом обмеження її фінансових та матеріальних можливостей. Зазвичай проявляється через повну або часткову заборону на працевлаштування, монополізацію доступу до сімейного бюджету, примусову звітність за кожну витрачену гривню, відмову у фінансуванні базових потреб (їжі, ліків, транспорту), або ж у формі виключення жертви з процесу прийняття фінансових

рішень [23, с. 70]. З психологічної точки зору, така форма насильства створює у жертви відчуття економічної залежності, безпорадності, втрати суб'єктності, що паралізує можливість вийти зі шкідливих стосунків. Ця форма насильства рідко існує ізольовано — зазвичай вона супроводжує емоційне або фізичне насильство. Для жертви наслідками стає низька самооцінка, почуття сорому, підвищений рівень хронічного стресу, тривожні й депресивні розлади, що ще більше ускладнює її психологічну мобільність та автономію.

Ігнорування та нехтування потребами розглядається як прихована, латентна форма насильства, яка найчастіше проявляється у стосунках із дітьми, людьми похилого віку або особами з інвалідністю. Така поведінка передбачає систематичну відмову в задоволенні базових фізіологічних (їжа, сон, гігієна), емоційних (турбота, тепло, підтримка) та соціальних (спілкування, визнання) потреб. На відміну від інших форм насильства, нехтування не супроводжується активною агресією, але має не менш руйнівні наслідки [24, с. 65]. У дітей така форма спричиняє формування інфантильної або амбівалентної прив'язаності, підвищений рівень тривожності, затримки у мовленнєвому та емоційному розвитку, труднощі з адаптацією до шкільного середовища. У дорослому віці наслідками можуть бути соціальна ізоляція, емоційна холодність, складнощі з формуванням близьких стосунків, алекситимія. В осіб похилого віку ігнорування проявляється у вигляді депресії, втрати життєвого сенсу та загострення психосоматичних розладів.

Проблема сімейного насильства є багатогранною та глибоко вкоріненою у психологічну, соціальну й культурну тканину суспільства. Вона не може бути зведена до єдиного пояснювального чинника, оскільки виникає під впливом комплексу взаємопов'язаних причин. З психологічної точки зору, значну роль у виникненні насильницької поведінки в родині відіграють індивідуальні характеристики особистості, що обумовлюють схильність до агресії, емоційної нестриманості або потреби в домінуванні. Одним із провідних чинників формування деструктивної поведінки є наявність у кривдника психологічних травм, отриманих у дитинстві. Дослідження показують, що особи, які зазнали

фізичного або емоційного насильства у ранньому віці, з більшою вірогідністю демонструють насильницьку поведінку в дорослому житті [17, с. 51]. Травматичний досвід формує викривлені уявлення про прийнятні форми міжособистісної взаємодії, зокрема у сімейному контексті.

Низький рівень саморегуляції та дефіцит емоційного інтелекту також виявляються серед чинників, що підвищують ризик вчинення насильства. Особи, які не здатні ефективно управляти емоціями, контролювати імпульси або усвідомлювати стан іншої людини, значно частіше реагують агресивно в ситуаціях фрустрації або конфлікту. Це створює сприятливе середовище для виникнення насильницьких дій, особливо в умовах емоційної напруги [21, с. 97]. Окремо варто зосередитися на патологічних рисах особистості, які корелюють із сімейним насильством. До них належать риси, притаманні нарцисичному, антисоціальному, параноїдному або агресивно-пасивному типам особистості. Такі особи часто мають потребу в домінуванні, демонструють дефіцит емпатії, а також виявляють схильність до маніпуляцій і знецінення партнерів. Подібні характеристики сприяють виникненню динаміки влади і контролю в родинних стосунках.

Крім індивідуально-психологічних чинників, вагому роль відіграють соціально-культурні умови, в яких функціонує сім'я. Одним із таких чинників є патріархальні установки, згідно з якими домінування чоловіка над жінкою та дітьми сприймається як соціально санкціонована норма. В суспільствах із традиційною культурою патріархальності фізичне або емоційне покарання членів сім'ї не тільки не засуджується, а й нерідко розглядається як спосіб збереження авторитету [22, с. 65]. Гендерні стереотипи також сприяють формуванню сприятливого ґрунту для насильства. Установки про те, що чоловік має бути суворим, владним і не демонструвати емоцій, а жінка — покірною і відповідальною за збереження сім'ї, формують нерівноправні стосунки, у яких насильство може бути легітимізованим або ігнорованим. Це унеможливорює своєчасне виявлення і подолання деструктивних моделей поведінки.

Варто також зважати на соціальні сценарії поведінки, які транслуються

медіа, вихованням, культурною традицією. Часто жертви не ідентифікують себе як постраждалих, оскільки насильницька поведінка партнера сприймається як «нормальна» частина стосунків. Така нормалізація з боку суспільства створює хибне відчуття безвиході, знижує рівень обізнаності щодо можливостей захисту та зменшує ймовірність звернення по допомогу. Ускладнюючим чинником є й ситуаційні обставини, які можуть провокувати прояви насильства. Йдеться про вживання алкоголю або психоактивних речовин, наявність стресових чинників (втрата роботи, хвороба, фінансові труднощі), а також перебування в закритому або ізольованому соціальному середовищі. У таких умовах агресія часто виконує роль емоційного «розрядника», навіть якщо її об'єкт не має жодного відношення до джерела стресу [4, с. 245].

Економічні чинники не менш вагомі у поясненні природи сімейного насильства. Матеріальна залежність одного з партнерів, зокрема жінки або непрацездатного члена родини, створює структуру підпорядкування, що знижує здатність особи протистояти насильницькій поведінці або вийти з токсичних стосунків. В умовах бідності, безробіття або соціального відчуження насильство може набувати характеру засобу утвердження влади чи компенсації втраченої контролю над життєвими обставинами [21, с. 45]. Із врахуванням усіх вищезазначених чинників, слід визнати, що сімейне насильство є складною багаторівневою проблемою, в основі якої лежить взаємодія особистісних, соціальних і структурних елементів. Її подолання можливе лише за умови комплексного підходу, що враховує як індивідуальну психодіагностику, так і соціальну політику та просвітницьку діяльність.

Психологічні наслідки сімейного насильства мають глибокий і довготривалий характер. Для жертви це досвід, що глибоко вкорінюється у свідомість і може трансформувати особистість, змінюючи ставлення до себе, інших і світу в цілому. Одним із найпоширеніших наслідків є посттравматичний стресовий розлад, що проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, тривоги, панічних атак, порушень сну та відчуття емоційного оніміння [11, с. 50]. Також наслідком пережитого насильства часто є клінічна депресія, яка

супроводжується втратою інтересу до життя, почуттям провини, низькою самооцінкою, а у важких випадках — суїцидальними думками. Жертви домашнього насильства нерідко втрачають базову довіру до людей, замикаються в собі, що ускладнює формування нових міжособистісних стосунків і повернення до соціального життя.

Тривожні розлади, включаючи генералізовану тривогу, соціофобію та панічні атаки, є ще одним поширеним наслідком досвіду домашнього насильства. Жертва постійно очікує загрози, перебуває у стані підвищеної пильності, що не дозволяє повноцінно функціонувати в повсякденному житті. Такий стан може зберігатися роками і навіть супроводжувати особу у всіх наступних міжособистісних контактах. Особливо руйнівний вплив насильства спостерігається у випадках, коли діти є його свідками або жертвами. Дитина, яка зростає в умовах насильства, засвоює деструктивні моделі поведінки як норму, що зумовлює повторення насильства в її власному дорослому житті [3, с. 39]. Емоційна нестабільність, порушення довіри, гіперзалежність або, навпаки, емоційна холодність — усе це є типовими наслідками досвіду дитячої травматизації.

Крім психологічних, діти можуть зазнати й когнітивних або поведінкових порушень. Зниження концентрації уваги, труднощі у навчанні, імпульсивність, агресивність або навпаки — надмірна замкнутість — є реакцією на хронічний стрес. У підлітковому віці можуть проявлятися ризикована поведінка, зловживання психоактивними речовинами, втечі з дому, що, у свою чергу, формують ризик повторного потрапляння у коло насильства. Постраждалі від насильства особи часто стикаються з труднощами соціальної адаптації. Втрата довіри до інституцій, уникання соціальних контактів, страх перед зверненням по допомогу створюють замкнене коло, з якого надзвичайно складно вийти без фахової підтримки. У деяких випадках формується соціальна ізоляція, яка поглиблює стан безпорадності та сприяє хронізації психоемоційних порушень [19, с. 155].

Також слід зазначити ризик повторного насильства — як з боку того ж

кривдника, так і в майбутніх стосунках. Жертви, що не пройшли процес психологічного відновлення, можуть повторно обирати партнерів із подібними деструктивними патернами поведінки. Це підсилює уявлення про власну меншовартість і створює цикл насильства, який може тривати роками. Таким чином, психологічні та соціальні наслідки сімейного насильства є системними, складними та взаємозалежними. Вони не обмежуються часовими рамками самого акту насильства, а залишають тривалий слід у житті постраждалого, впливаючи на всі сфери його функціонування — від внутрішнього світу до соціальних взаємодій. Ефективна допомога потребує комплексного підходу, що включає психотерапію, соціальну підтримку та реінтеграцію в безпечне середовище.

1.2. Психологічні особливості жертв та кривдників у ситуації сімейного насильства

Проблема сімейного насильства є надзвичайно складною і вимагає комплексного підходу до розуміння психологічних особливостей як жертв, так і кривдників. Психологічний портрет обох сторін цього конфлікту дозволяє виявити механізми взаємодії, які сприяють підтримці і закріпленню насильницьких стосунків у родині. Для ефективної розробки заходів психологічної допомоги та профілактики важливо розуміти внутрішні характеристики цих осіб, адже їхня поведінка, сприйняття себе та взаємодія в родині тісно пов'язані з психоемоційним станом.

Жертви сімейного насильства часто характеризуються певними рисами особистості та поведінковими патернами, що роблять їх особливо вразливими до тривалого перебування в умовах насильства. Однією з найбільш поширених психологічних рис, що спостерігаються у таких осіб, є знижена самооцінка. Це явище, як правило, є наслідком тривалого переживання приниження, постійного контролю та агресії з боку кривдника. Постійне переконання жертви в тому, що вона не заслуговує на повагу, викликає у неї відчуття безпорадності та

знецінення своєї особистості. Це підтверджується результатами дослідження А. Бейкера (2010), яке показало, що понад 65% жінок, які стали жертвами домашнього насильства, виявляють стійку тенденцію до самозвинувачення, схильні до самоосуду та недооцінки власних можливостей і досягнень [5, с. 55].



Рис. 1.3 Феномен «когнітивного дисонансу»

Відповідно до феномену когнітивного дисонансу, якщо один із партнерів пробачає свого кривдника, не залишає його, не окреслює межі допустимої поведінки через різні обставини (наприклад, розлади особистості, відсутність житла чи фінансових ресурсів), відбувається зміна переконань (рис. 1.3). Унаслідок цього людина починає вірити, що не партнер є винним, а вона сама заслуговує на насильство. Виникає мовчазна згода з жорстоким ставленням. Таким чином, як би парадоксально це не звучало, у формуванні насильства в сім'ї беруть участь обидва партнери — не як винні, а як залучені до певної моделі взаємодії.

Досить часто виникає парадоксальна ситуація: один із партнерів застосовує фізичне або психологічне насильство, а інший не тільки не залишає його, а й захищає та виправдовує, стверджуючи, що кохає кривдника. Така поведінка нагадує «Стокгольмський синдром» [14], у основі якого лежить уже згаданий феномен когнітивного дисонансу. Водночас існують інші фактори, які посилюють залежність одного партнера від іншого, попри наявність агресії та насильства.

Для формування «Стокгольмського синдрому» необхідне одночасне існування чотирьох умов [15]:

1. Партнер реально загрожує життю або жертва вважає, що її життю загрожує небезпека.
2. Людина перебуває в ситуації, з якої не може вийти, або вважає, що не має змоги це зробити.
3. Партнер ізолює жертву від зовнішнього світу.
4. Агресор періодично виявляє доброту або демонструє прояви «любові».

Психоемоційний стан жертв домашнього насильства часто характеризується високим рівнем тривожності, депресивними симптомами, порушеннями сну та емоційною лабільністю. Результати метааналізу, проведеного К. Ларсеном і співавторами (2012), показують, що у 58% постраждалих від домашнього насильства спостерігаються клінічно значущі прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це є наочним доказом глибокого травматичного впливу насильства, що не тільки впливає на психоемоційний стан, а й спричиняє серйозні порушення в психічному здоров'ї жертв. Такі прояви, як флешбеки, нічні кошмари, підвищена тривожність, уникання спогадів про травму є типовими для людей, які пережили насильство, і значно ускладнюють їхнє соціальне функціонування та здатність адаптуватися в суспільстві після пережитих травм [34, с. 245]. Також важливо зазначити, що жертви часто не мають чіткої уяви про свої емоційні та фізичні межі. Через тривале перебування в ситуації насильства, вони можуть почати ідеалізувати своїх кривдників, раціоналізувати їхню поведінку або навіть відчувати певну залежність від них. Це є наслідком постійного стресу та психоемоційного маніпулювання з боку агресора, що змушує жертву залишатися в таких стосунках. Ці механізми психологічного захисту дозволяють певною мірою пережити емоційну травму, але в той же час лише закріплюють стан залежності і безсилля перед кривдником.

Нерідко жертви сімейного насильства не звертаються за допомогою, оскільки бояться осуду з боку оточення або не вірять у можливість змінити свою

ситуацію. Саме тому важливо не тільки працювати з жертвами, але й здійснювати профілактичні заходи на рівні громадських інституцій, підвищуючи обізнаність про сімейне насильство і його наслідки, а також розвивати соціальні механізми підтримки постраждалих, зокрема групи підтримки, де люди можуть ділитися своїм досвідом та отримувати допомогу [8, с. 33].



Рис. 1.4 Психологічні особливості агресора та жертви насильства

Жертви сімейного насильства зазвичай мають складну психологічну структуру, що включає низку механізмів психологічного захисту, які допомагають їм вижити в умовах тривалого стресу. Одним із основних механізмів є заперечення небезпеки. Це означає, що жертви часто не усвідомлюють або ігнорують серйозність насильства, що відбувається, або мінімізують його наслідки. Це дозволяє на деякий час знизити рівень внутрішнього конфлікту, адже вони не сприймають насильство як загрозу для свого життя чи психологічного здоров'я. Ідеалізація кривдника — ще один

важливий захисний механізм, при якому жертви намагаються побачити в агресорові позитивні риси, які часто не відповідають реальності. Вони можуть вірити, що їх кривдник зміниться або що його агресія спричинена виключно стресом або важкими обставинами [11, с. 89]. Це спотворене сприйняття дозволяє жертвам залишатися в стосунках з кривдником, навіть якщо це шкодить їхньому здоров'ю. Раціоналізація насильства допомагає пояснити чи виправдати поведінку кривдника, що знижує рівень відчуття провини у жертви і дозволяє залишатися в цих стосунках. Атрибуція провини собі є ще одним захисним механізмом, коли жертва перекладає відповідальність за насильство на себе. Вони можуть вважати, що саме вони винні в агресії партнера, що підвищує їхню емоційну залежність і підтримує стан бездіяльності. Це замкнене коло відчуття вини є потужним чинником, який утримує жертву в ситуації насильства навіть тоді, коли вона має можливість вийти з таких стосунків.

Іншим важливим механізмом, який спостерігається серед жертв, є підвищена толерантність до фрустрації та агресії. Це явище є результатом довготривалого перебування в ситуації насильства, що призводить до адаптивного зниження чутливості до агресивної поведінки. Жертви, які тривалий час зазнають насильства, поступово стають менш здатними ідентифікувати загрозу або розпізнавати насильство. Це зниження чутливості дозволяє зберігати відносини з кривдником, навіть якщо це вже очевидно небезпечно. Однак цей феномен також сприяє збереженню насильницьких стосунків, оскільки жертва не може швидко ідентифікувати або оцінити рівень небезпеки в стосунках [17, с. 64].

Психологічний портрет кривдника значно відрізняється від портрета жертви. Кривдники, як правило, мають дуже високий рівень потреби в домінуванні та контролі над іншими. Така потреба може проявлятися в емоційному та фізичному контролі над партнерами, що свідчить про їхнє спотворене сприйняття ролі влади в стосунках. За результатами дослідження М. Джонсона (2008), близько 72% кривдників у стосунках демонструють виражену домінуючу поведінку, що проявляється в постійному контролюванні емоційного

стану партнера, прагненні до повного підпорядкування волі іншої особи. Ці індивіди використовують агресію як інструмент, щоб відновити або утримати відчуття влади, особливо коли вони відчувають загрозу втратити контроль у стосунках [35, с. 79].

Дослідження показують, що кривдники часто мають риси нарцисичного або антисоціального спектра особистості. Вони характеризуються емоційною холодністю, дефіцитом емпатії, відсутністю співчуття до жертви і, як правило, не відчувають почуття провини за свої дії. Це дозволяє їм сприймати насильство як нормальне або навіть необхідне для підтримання стосунків [3, с. 315]. Водночас, кривдники часто демонструють високий рівень соціальної адаптації, особливо поза сім'єю, що ускладнює виявлення насильницьких тенденцій у них. Це поверхнєве враження благополуччя може обманювати оточення і приховувати серйозні проблеми в особистому житті кривдника, що ускладнює соціальну інтервенцію.

Імпульсивність та низький рівень самоконтролю є ще одними важливими характеристиками кривдників. Вони часто вдаються до фізичної або психологічної агресії в ситуаціях фрустрації або загрози втрати контролю над партнером. Це може проявлятися в раптових спалахах гніву, що спричиняють насильство як спосіб миттєвого відновлення почуття влади і домінування в стосунках. Така поведінка є частим приводом для ескалації насильства, де кожен новий випадок стає ще більш жорстоким і небезпечним [4, с. 89]. Іншою характерною рисою кривдників є зовнішній локус-контролю, що означає схильність перекладати відповідальність за свої вчинки на зовнішні чинники. Це можуть бути дії жертви, обставини чи навіть суспільні умови, які вони використовують як виправдання для своїх насильницьких вчинків. Такі механізми дозволяють кривдникам зберігати позитивний образ себе і уникати переживання провини або сорому за свої дії. Вони часто сприймають свою агресію як реакцію на провокацію, що дозволяє їм перекласти відповідальність на жертву і зберегти внутрішню обґрунтованість своїх вчинків.

Не менш важливим є вплив минулого досвіду кривдника. Багато з них самі

в дитинстві зазнали насильства або виховувались у родинях, де насильство було нормою. Це формує у них певні моделі поведінки, які вони переносять у доросле життя. Такий досвід призводить до відтворення насильницьких стосунків у майбутньому, коли вони стають дорослими. Невирішені травми з дитинства, відсутність позитивних моделей конструктивної комунікації та недостатня емоційна обізнаність створюють основу для відтворення агресивної поведінки в стосунках [12, с. 242]. Серед психологічних механізмів, що підтримують насильницьку поведінку кривдників, можна виділити також ідентифікацію з агресором, проекцію власної агресії на партнера та механізми знецінення жертви. Ідентифікація з агресором означає, що кривдники вважають свою агресію нормальною частиною взаємодії в стосунках. Проекція — це механізм, коли кривдники перекладають свою агресію на жертву, вважаючи її винною в тому, що відбувається. Знецінення жертви дозволяє кривдникам легітимізувати свою агресію у власних очах і знижує відчуття провини за вчинене насильство.

Кривдники часто використовують різноманітні тактики маніпуляції, які дозволяють їм утримувати жертву у відносинах, навіть коли між ними відбуваються епізоди насильства. Ці тактики можуть варіюватися від явних погроз і залякувань до більш прихованих і підступних методів, таких як періоди примирення та вибачень. Після кожного епізоду насильства кривдник може демонструвати шкоду за свої дії, обіцяти змінитися та проявляти спокутування, щоб відновити довіру жертви. Це створює у жертви ілюзію того, що все може бути краще, що знову дозволяє кривднику отримати контроль над ситуацією. Ці маніпуляції викликають у жертви сумніви щодо її сприйняття реальності і породжують враження, що вона сама є причиною насильства або що відновлення нормальних стосунків є можливим, що ще більше затягує її в цикл насильства [19, с. 58].

Цікаві результати демонструють дослідження, які свідчать, що деякі кривдники мають високу тривожність і глибокі внутрішні конфлікти, які є основними провокуючими чинниками для агресії. Замість того, щоб звертатися до здорових способів емоційного вираження або саморегуляції, такі особи

використовують агресію як метод зняття внутрішньої напруги. Така поведінка є часто неусвідомленою, і кривдники не завжди усвідомлюють свої деструктивні моделі [1, с. 62]. Це означає, що для таких осіб необхідна глибинна психотерапевтична робота, яка зможе допомогти розібратися в причинах їхніх деструктивних поведінкових патернів, усвідомити наслідки своїх вчинків та навчитися конструктивно реагувати на стресові ситуації без застосування насильства. Психологічна допомога для кривдників повинна зосереджуватися на корекції їхніх емоційних реакцій і формуванні здорових стратегій поведінки.

Також у поведінці кривдників часто можна побачити прояви когнітивних викривлень. Це включає в себе виправдання насильства як «виховного заходу», що дозволяє кривднику впевнено переконувати себе в правильності своїх дій, незважаючи на їхній деструктивний характер. Вони можуть зменшувати значущість насильства, переконуючи себе, що їхні дії були необхідні або мали «позитивну мету». Крім того, для багатьох кривдників характерно перекладати провину на жертву, звинувачуючи її в «провокуванні» агресії. Це створює враження, що насильство є лише відповіддю на поведінку жертви, що знижує відчуття провини у кривдника і дозволяє йому уникати моральної відповідальності за свої вчинки. Такі когнітивні викривлення значно ускладнюють процес розпізнавання і корекції насильницької поведінки.

Не менш важливим аспектом є врахування гендерних відмінностей у поведінці кривдників. Дослідження свідчать, що чоловіки-кривдники частіше застосовують фізичну силу, наприклад, удари або інші форми фізичного насильства, що зазвичай супроводжуються фізичними травмами. Водночас жінки-кривдники часто застосовують психологічний тиск, маніпулюють емоціями або обмежують фінансові ресурси партнера. Така поведінка може бути не так очевидною для оточення, але не менш шкідливою для жертви. Психологічний тиск, емоційний шантаж, контроль над фінансами чи соціальними зв'язками є потужними інструментами для утримання партнера в залежному стані. Це підкреслює важливість розуміння різних форм насильства і визнання того, що жертви можуть зазнавати значної шкоди навіть без фізичних

ушкоджень [10, с. 50].

Культурний контекст також має вагоме значення у формуванні та прояві насильницької поведінки. У суспільствах, де існує висока толерантність до агресії, сімейне насильство часто сприймається як менш серйозна проблема, і це ускладнює процес виявлення та інтервенції. У таких культурах насильство в сім'ї може бути нормалізованим або замовчуваним, що перешкоджає людям звертатися по допомогу. Крім того, якщо в культурі або соціумі поширені стереотипи про роль чоловіка та жінки, це може вплинути на сприйняття насильства, як нормального інструмента для вирішення конфліктів у стосунках. Важливо змінювати ці культурні уявлення, щоб люди зрозуміли, що насильство — це порушення прав людини і серйозна проблема, що потребує активних заходів для попередження та корекції [19, с. 132].

Психологічні особливості жертв та кривдників у ситуаціях сімейного насильства є складним переплетінням індивідуальних характеристик, життєвого досвіду і соціокультурних впливів. Розуміння цих особливостей є необхідною умовою для ефективної розробки програм психологічної допомоги та профілактики повторного насильства. Врахування гендерних відмінностей, культурних контекстів, а також розуміння механізмів маніпуляції та когнітивних викривлень допомагає розробити стратегії, що сприяють не тільки лікуванню, але й попередженню нових випадків насильства в майбутньому.

1.3. Теоретичні підходи до психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства

Проблема психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства потребує комплексного підходу, що передбачає аналіз багатьох теоретичних засад та методик, які визначають характер, зміст і специфіку втручання у цих випадках. Одним із ключових аспектів роботи з цією категорією клієнтів є розуміння мультифакторності їхнього травматичного досвіду, що

зумовлює необхідність використання інтегративного підходу, котрий об'єднує різноманітні теоретичні та практичні концепції. Такий підхід дозволяє психологам працювати на різних рівнях, враховуючи як індивідуальні особливості постраждалих, так і соціокультурні фактори, що сприяють або, навпаки, перешкоджають ефективному психологічному відновленню.

Гуманістичний підхід, розроблений такими психологами, як К. Роджерс та А. Маслоу, наголошує на створенні безпечної та приймаючої терапевтичної атмосфери. Це дозволяє клієнтам відновити почуття власної гідності та автономії, які часто порушуються в умовах тривалого насильства. Гуманістична терапія особливо важлива для жертв домашнього насильства, оскільки ці люди часто стикаються з почуттям глибокого сорому, провини і безпорадності. Такі емоції не тільки руйнують їхні психоемоційні ресурси, але й перешкоджають їм діяти самостійно та шукати допомогу. За допомогою гуманістичних технік, таких як безумовне позитивне прийняття, емпатійне слухання та автентичність терапевта, постраждалі отримують можливість подолати ці бар'єри. Принципи гуманістичного підходу забезпечують клієнтів відновленням внутрішнього ресурсу, що дозволяє їм відновити віру в себе та свої можливості [11, с. 229].

Однією з основних концепцій гуманістичного підходу є самореалізація. Вона полягає у визнанні того, що кожна людина має внутрішню тенденцію до розвитку, незалежно від пережитих травм. Терапевт, застосовуючи гуманістичні методи, підтримує цей природний процес саморозвитку, допомагаючи жертві насильства знову побачити свої сильні сторони і здатність до змін. Психологічна допомога в даному випадку фокусується на виявленні та розвитку позитивних аспектів особистості клієнта, стимулюванні відновлення віри у власні сили і формуванні нових, більш конструктивних життєвих стратегій [33, с. 201].

Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ), розроблений А. Беком та його послідовниками, націлений на виявлення і корекцію ірраціональних переконань, які виникають у постраждалих від насильства. Люди, які пережили травматичний досвід, часто мають викривлене сприйняття себе та інших, а також світу в цілому. Наприклад, вони можуть вірити в те, що «я сам винен у

насильстві», «мені ніхто не допоможе», «усі стосунки приречені на страждання». КПТ допомагає пацієнту виявити ці ірраціональні переконання, провести їх критичний аналіз та замінити їх на більш адаптивні, що сприятимуть кращій соціальній адаптації та психологічному відновленню. Методи КПТ активно залучають клієнтів до зміни їхніх поведінкових моделей, формування нових навичок емоційної регуляції та розвитку асертивності [7, с. 102]. Велику увагу також приділяється роботі з тривожними думками, відмові від уникання ситуацій, що нагадують про травму, та формуванню стратегій безпеки, що є важливим етапом у лікуванні жертв насильства.

Психодинамічний підхід, ґрунтуючись на теорії З. Фрейда та її подальших модифікаціях (М. Кляйн, О. Кернберг), інтерпретує насильство як активізацію ранніх об'єктних відносин, в яких домінували амбівалентні почуття до фігур прив'язаності. Внаслідок травматичних подій жертви можуть відтворювати патерни стосунків з агресивними або байдужими об'єктами, що ускладнює формування здорових міжособистісних зв'язків у дорослому житті [2, с. 235]. У психодинамічній терапії особлива увага приділяється реконструкції внутрішніх моделей стосунків через інтерпретацію перенесення і контрперенесення, аналізу захисних механізмів (витіснення, проекція, ідентифікація з агресором) та роботі з почуттям глибокого екзистенційного страху. Це дозволяє клієнту усвідомити витoki своїх реакцій і поступово інтегрувати досвід травми без руйнівного впливу на самовідчуття. Кризовий підхід базується на теорії короткострокової інтервенції в гострих кризових станах, розробленій Дж. Ліндемманом та Дж. Капланом. Ситуація сімейного насильства часто викликає у жертви гостру психологічну кризу, що проявляється у дезорганізації мислення, емоційному вибуху або ступорі, порушенні базових функцій виживання [28, с. 47]. Основним завданням кризової інтервенції є стабілізація стану клієнта, забезпечення фізичної безпеки, формування короткострокових планів дій і відновлення базового рівня функціонування.

Особливістю кризового підходу є негайність реагування, директивність втручання та акцент на мобілізації ресурсів — як внутрішніх (попередній досвід

подолання труднощів), так і зовнішніх (підтримка сім'ї, друзів, соціальних служб). У процесі роботи з кризою використовуються техніки нормалізації емоційних реакцій, підтримки надії, конкретизації проблеми та побудови поетапного плану виходу з ситуації [11, с. 113]. Системний підхід (В. Сатир, М. Боуен, С. Мінухін) розглядає сімейне насильство не як індивідуальну патологію окремої особи, а як дисфункціональну характеристику всієї родинної системи. Відповідно до цього підходу, насильство є симптомом порушених меж, ролей та комунікаційних патернів у родині. Основною метою терапії є реструктуризація системи взаємодії через встановлення чітких кордонів, перегляд функцій сімейних ролей та розвиток навичок відкритого та асертивного спілкування.

У системній терапії значна увага приділяється не лише роботі з жертвою чи агресором, а й залученню всієї сімейної системи (за можливості) до процесу змін. Терапевт виступає у ролі модератора, який допомагає родині побачити свої приховані сценарії взаємодії, розпізнати патерни, що підтримують насильство, та поступово змінити їх на конструктивні форми співіснування. Інтегративний підхід у сучасній практиці передбачає використання елементів кількох теоретичних шкіл залежно від особливостей кожного окремого випадку. Наприклад, кризова інтервенція може поєднуватися з елементами КПТ для роботи з наслідками ПТСР, а також з гуманістичними техніками підтримки самооцінки. Інтегративні програми дозволяють забезпечити гнучкість терапевтичної роботи і краще відповідати на змінні потреби постраждалих [31, с. 122]. Суттєве місце у психологічній допомозі займають травмоорієнтовані підходи (ТІС — Trauma-Informed Care), які базуються на принципах розуміння впливу травматичного досвіду на особистість. Вони передбачають роботу з травмою без ретравматизації, фокус на безпеці, емоційному емпатурменті клієнта, його залученні у процес прийняття рішень щодо власного одужання [1, с. 79].

Особливе місце в системі психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства посідають арт-терапевтичні, тілесноорієнтовані методи, а також практики майндфулнесу й самоспостереження, які спрямовані на роботу з глибокими емоційними та соматичними проявами травматичного досвіду. Арт-

терапевтичні методи — зокрема музикотерапія, ізотерапія (терапія образотворчим мистецтвом) та драматерапія — є потужними інструментами для безпечної вербалізації травматичного досвіду через символічну репрезентацію. Музикотерапія дозволяє відновити емоційний баланс, працюючи з афективними станами через слухове сприйняття. Дослідження свідчать, що слухання або активне створення музики може знижувати рівень тривожності, полегшувати симптоми депресії та сприяти відновленню внутрішньої гармонії [30, с. 162]. Ізотерапія відкриває можливість для клієнтів, які мають труднощі з вербалізацією пережитого насильства, безпечно виразити свої емоції через малюнки, колажі, скульптуру. Це сприяє усвідомленню прихованих почуттів, інтеграції травматичних спогадів та посиленню емоційної саморефлексії.

Драматерапія, як специфічна форма арт-терапії, фокусується на відтворенні внутрішніх конфліктів через рольову гру, імпровізацію або сценічну постановку. Цей підхід особливо ефективний у роботі з травмами, пов'язаними із втратою суб'єктності, оскільки дає змогу дослідити різні варіанти поведінки, опрацювати страхи, відновити здатність до дії у безпечному середовищі. Через символічне проживання травматичного досвіду особа поступово відновлює здатність контролювати свої емоції та поведінку [21, с. 86]. Не менш важливою складовою роботи з постраждалими є тілесноорієнтовані підходи. Досвід насильства нерідко закарбовується у тілі у вигляді хронічної напруги, тілесних блоків, зміненого сприйняття власного тіла, що проявляється в порушеннях постави, дихання, соматичних розладах. Тілесноорієнтована терапія працює з тілесною пам'яттю, допомагаючи клієнту усвідомити зв'язок між фізичними відчуттями та емоційними переживаннями. Практики тілесного сканування, робота з диханням, вправи на розслаблення та відновлення контакту з тілесними відчуттями сприяють зниженню тривожності, зменшенню симптомів дисоціації та інтеграції досвіду.

Одним із сучасних напрямів, що активно застосовується в реабілітації постраждалих від насильства, є практика майндфулнесу (усвідомленої присутності). Майндфулнес-терапія навчає клієнтів зосереджувати увагу на

теперішньому моменті, усвідомлювати свої емоції, думки та тілесні відчуття без осуду. Це дозволяє зменшити автоматизм тривожних реакцій, посилити емоційну саморегуляцію і поступово знижувати рівень психоемоційного напруження. Практики усвідомленого дихання, медитації сканування тіла, коротких усвідомлених пауз допомагають стабілізувати стан клієнта у моменти стресу та запобігати повторній активації травматичних спогадів [4, с. 144].

Самоспостереження як психотерапевтична техніка використовується для розвитку внутрішньої рефлексії над власними психоемоційними реакціями. У контексті роботи з постраждалими від сімейного насильства самоспостереження допомагає клієнту ідентифікувати тригери тривоги, дисоціації або інших важких станів, а також навчає розпізнавати власні потреби, бажання та межі. Через регулярне ведення щоденників емоцій, тілесних переживань або мисленневих патернів формується стійкість до стресу та підвищується суб'єктивне відчуття контролю над власним життям [26, с. 46].

Таким чином, теоретичні підходи до психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства мають відзначатися мультидисциплінарністю, гнучкістю та орієнтацією на цілісне відновлення особистості. Застосування різних моделей втручання дозволяє забезпечити комплексну підтримку клієнта на всіх етапах переживання та інтеграції травматичного досвіду, сприяючи не лише подоланню психологічних наслідків, а й розвитку нових життєстійких якостей.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПРАКТИКИ У ЗАПОБІГАННІ ТА ПРОТИДІ СІМЕЙНОМУ НАСИЛЬСТВУ

2.1. Організація та хід дослідження психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства

Організація психологічної допомоги постраждалим від домашнього насильства є однією з ключових складових системи реагування на цю форму соціальної та індивідуальної деструкції. Ефективність допомоги залежить не лише від її доступності, а й від того, наскільки глибоко вона відповідає потребам конкретної особи на різних етапах проживання травматичного досвіду. На основі аналізу існуючих підходів, теоретичних засад, рекомендацій ВООЗ, а також власних спостережень з практики, мною була створена поетапна авторська програма психологічної підтримки для осіб, які постраждали від домашнього насильства, під назвою "Відновлення через підтримку" (Додаток А). Основна мета програми полягає в тому, щоб допомогти клієнту відновити емоційну та психологічну рівновагу, здобути внутрішню впевненість і повернути контроль над своїм життям. Програма передбачає чітке структуроване втручання, яке включає кілька етапів, кожен з яких спрямований на розв'язання конкретних завдань і вирішення кризових моментів на шляху до реабілітації.

Перший етап програми, кризова стабілізація, є найважливішим у перші години і дні після пережитого насильства. На цьому етапі постраждала особа перебуває в стані шоку, стресу або навіть паніки, тому основне завдання психолога — це не тільки створити безпечне середовище, але й надати негайну психологічну допомогу. Важливим елементом цього етапу є допомога в усвідомленні постраждалою особою її емоційного стану, що дозволяє знизити рівень психічної напруги. Використовуються техніки заспокоєння, такі як «дихання на рахунок», «заземлення» та методи роботи з емоційними реакціями, що дозволяють жертві зберегти контроль над своїм психоемоційним станом. Крім того, на цьому етапі постраждалі отримують базові знання про насильство:

що це таке, чому це трапляється, які є механізми контролю та захисту. Розробляються конкретні плани безпеки для кожного випадку, що включають контакти на випадок надзвичайної ситуації, а також допомогу в отриманні медичної та юридичної допомоги.

Другий етап програми — емоційна стабілізація та усвідомлення — є необхідним для того, щоб допомогти постраждалим адаптуватися до нового етапу життя без насильства. На цьому етапі клієнти починають усвідомлювати і розуміти глибину пережитого, починають працювати з емоціями, які виникають у відповідь на насильство. Використовуються техніки когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на виявлення викривлених переконань, таких як «це моя вина», «я не заслуговую на краще» або «я не можу бути в безпеці». Цей етап є важливим для допомоги в подоланні почуттів провини і сорому, що часто супроводжують постраждалих від насильства. Психолог також працює з тривогою і страхами, які стали результатом тривалого психічного і фізичного насильства. Важливою складовою є також робота з депресивними симптомами, адже багато постраждалих мають складнощі із самооцінкою, втрачають здатність до нормального соціального функціонування. На цьому етапі активно використовуються арт-терапевтичні методи, які дозволяють клієнту висловити свої почуття через малюнки, творчість, музикотерапію. Ці методи дозволяють не лише зняти емоційне напруження, а й допомагають жертвам відновити зв'язок з внутрішнім світом.

Третій етап програми — глибоке опрацювання травматичного досвіду та відновлення особистості — є ключовим для подальшого відновлення. Цей етап включає детальну роботу з травматичними спогадами та переживаннями, що залишають глибокий слід у психіці. Постраждала особа повинна пройти через процес інтеграції травматичного досвіду у свій життєвий наратив таким чином, щоб цей досвід не продовжував руйнувати її психологічну цілісність. Терапевт допомагає відновити відчуття контролю, захищеності і здатності управляти своїми емоціями і життєвими ситуаціями. Це також етап, на якому використовуються тілесноорієнтовані методи терапії, що дозволяють працювати

з фізичними проявами травми: хронічною напругою в тілі, болями, спазмами. Важливим є також використання методів драматерапії, що дозволяють клієнту працювати через символічне проживання травми. Це може включати такі методи, як рольові ігри, «порожній стілець», рефлексія на минулі події через проєкцію на інших персонажів, що створює можливість пережити конфлікти в безпечному середовищі.

Четвертий етап програми — соціальна реінтеграція — включає допомогу в поверненні до соціального життя і розвитку нових здорових взаємодій. Клієнти на цьому етапі працюють над відновленням або створенням нових соціальних зв'язків, підвищенням їх соціальної активності та можливості функціонувати в безпечному середовищі. Розвиваються навички асертивної поведінки, здатність встановлювати особисті кордони, відкрито висловлювати свої потреби та бажання. Психолог допомагає побудувати нові соціальні стосунки в колі підтримки, зокрема через участь у групах підтримки, соціальних програмах для постраждалих від насильства, участь у спільнотах або професійних тренінгах. Важливим є також акцент на профілактиці повторних випадків насильства, надаючи клієнту знання про свої права та ресурси для захисту. Цей етап є важливим для відновлення здатності людини до самостійного життя та розвитку в безпечному, підтримуючому середовищі.

У процесі роботи з постраждалими від домашнього насильства психолог застосовує різноманітні методи і техніки, які допомагають забезпечити поступове, безпечне відновлення психічної цілісності. Програма «Відновлення через підтримку» є поетапною моделлю, спрямованою на максимальне врахування індивідуальних потреб кожної постраждалої особи, надаючи ефективну підтримку, сприяючи зростанню та розвитку, а також формуючи відчуття внутрішньої сили і здатності управляти своїм життям без насильства.

2.2. Ефективність психологічної допомоги у випадках сімейного насильства

Для проведення емпіричного дослідження ефективності психологічної допомоги постраждалим від домашнього насильства було обрано 30 учасниць, які звернулися за допомогою до спеціалізованих центрів підтримки жертв насильства. Усі учасниці дослідження були жінками віком від 18 до 50 років, що відображає типовий гендерний дисбаланс серед жертв домашнього насильства. Усі учасниці дали письмову згоду на участь у дослідженні, а також на виконання психодіагностичних тестів. Дослідження проводилось у рамках програми психологічної допомоги «Відновлення через підтримку», яка включала кілька етапів втручання, заснованих на поетапній терапії.

Метою дослідження було оцінити ефективність програми психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства шляхом порівняння психологічного стану учасниць до та після проходження програми. Зокрема, дослідження було спрямоване на виявлення змін у рівнях тривожності, депресії, самооцінки та симптомах посттравматичного стресового розладу у жінок, що пережили насильство. Порівняння результатів до і після терапії дозволило оцінити, наскільки програма здатна знижувати симптоми тривожності, депресії та інших психоемоційних порушень, а також змінювати рівень самооцінки постраждалих.

Дослідження було проведене у кілька етапів. Перший етап включав початкове психодіагностичне тестування учасниць, за допомогою якого були зібрані базові дані про їхній психологічний стан. Для цього використовувалися методи, такі як шкала тривожності Гамільтона, опитувальник депресії Бека та методика вивчення самооцінки Дембо-Рубінштейна. На другому етапі жінки проходили повний курс програми психологічної допомоги, який включав індивідуальні сесії терапії, групові заняття, арт-терапевтичні практики, тілесноорієнтовані методи та методи майндфулнесу. Програма була спрямована на емоційну стабілізацію, відновлення самоцінності та розвиток адаптаційних

навичок. Після завершення програми учасниці проходили повторне психодіагностичне тестування для порівняння результатів і виявлення змін у їхньому психоемоційному стані.

Для збору даних та аналізу результатів використовувалися кілька методів емпіричного дослідження. По-перше, застосовувалося спостереження, яке дозволило виявити емоційні та поведінкові зміни учасниць протягом програми. Психолог спостерігав за реакціями жінок на різні методи терапії, відзначаючи зміни у їхньому стані, а також готовність до відкриття та активної участі в терапевтичних процесах. По-друге, для збору кількісних даних проводилось анкетування та опитування, що дозволило отримати додаткову інформацію про суб'єктивне відчуття постраждалих від насильства щодо їхнього психологічного стану, рівня тривожності, депресії та самооцінки.

Використовувались також психодіагностичні методики, такі як шкала тривожності Гамільтона, яка дозволяє виміряти рівень тривожних розладів, опитувальник депресії Бека, що оцінює рівень депресії, та методика Дембо-Рубінштейна, яка вивчає рівень самооцінки постраждалих. Це дозволило виявити початкові психоемоційні порушення до початку терапії та порівняти їх зі змінами після проходження програми.

Для аналізу ефективності психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства спочатку використовувалась шкала тривожності Гамільтона (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) (Додаток Б). Шкала Гамільтона оцінює рівень тривожності за 14 різними параметрами, кожен з яких оцінюється за шкалою від 0 до 4 (де 0 — відсутність тривожних симптомів, 4 — максимально виражена тривожність). Загальна сума балів варіюється від 0 до 56, де:

- 0–17 балів — мінімальний рівень тривожності,
- 18–24 бали — середній рівень тривожності,
- 25 і більше — високий рівень тривожності.

На початковому етапі тестування, перед початком проходження терапії, середній бал по шкалі Гамільтона для всіх учасниць становив 27,1 (високий

рівень тривожності). Це свідчить про те, що більшість жінок у вибірці перебували у стані значної тривожності, що є типовим для осіб, які пережили насильство. Також визначено, що: максимальний показник: 47 балів (записаний у жінки, яка пережила багато епізодів фізичного насильства та перебувала у стані посттравматичного стресу); мінімальний показник: 19 балів (пацієнтка, яка відчувала менш виражену тривожність, зокрема через економічне насильство та емоційну залежність від партнера); середній показник: 27,1 бали.

Тривожність серед жертв домашнього насильства на початковому етапі дослідження проявлялася у вигляді перманентного внутрішнього напруження, страху, хвилювання через можливість повторного насильства, а також у вигляді постійного очікування загрози від кривдника. Високий рівень тривожності спостерігався у всіх учасниць, що відображає емоційний стан після тривалих травмуючих переживань.

Після проходження програми психологічної допомоги результати тестування показали значне зниження рівня тривожності. Середній бал після завершення терапії склав 15,8 (середній рівень тривожності). Це свідчить про позитивні зміни в психологічному стані учасниць і зниження симптомів тривожності, що підтверджує ефективність програми в умовах стабілізації емоційного стану постраждалих. Результати після терапії виявилися наступними: максимальний показник після терапії: 24 бали (що все ще вказує на наявність помірної тривожності, але значно зниженої порівняно з початковим рівнем); мінімальний показник після терапії: 12 балів (учасниця, яка після терапії почала відчувати значне полегшення і більшу внутрішню стабільність).; середній показник після терапії: 15,8 бали.

Серед найбільших змін, які відбулися у процесі терапії, учасниці відзначали зниження рівня тривожних реакцій на щоденні стреси, покращення якості сну, зменшення почуття безпорадності та страху, а також поступову зміну ставлення до можливих загроз з боку кривдника. Для оцінки статистичної значущості змін використовувався t-тест для зразків, що дозволив підтвердити, що зміни між тестами до та після терапії є статистично значущими ($p < 0,01$).

Різниця в середніх показниках між до і після терапії була 11,3 бали, що вказує на суттєве поліпшення психоемоційного стану учасниць після проходження програми (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Результати тестування за шкалою тривожності Гамільтона до і після програми

Параметри тривожності	До терапії (Середній бал)	Після терапії (Середній бал)	Різниця (після - до)
Максимальний бал	47	24	-23
Мінімальний бал	19	12	-7
Середній бал	27.1	15.8	-11.3
Тривожний настрій	3.1 (помірно виражений)	1.2 (слабо виражений)	-1.9
Напруга	3.3 (помірно виражена)	1.4 (слабо виражена)	-1.9
Страхи	2.7 (слабо виражені)	1.1 (відсутні або слабо виражені)	-1.6
Інсомнія	3.2 (помірно виражена)	1.5 (слабо виражена)	-1.7
Інтелектуальні порушення	2.9 (слабо виражені)	1.1 (відсутні або слабо виражені)	-1.8
Депресивний настрій	3.0 (помірно виражений)	1.3 (слабо виражений)	-1.7
Соматичні м'язові симптоми	3.1 (помірно виражені)	1.2 (слабо виражені)	-1.9
Соматичні сенсорні симптоми	2.8 (слабо виражені)	1.0 (відсутні або слабо виражені)	-1.8
Серцево-судинні симптоми	2.5 (слабо виражені)	1.0 (відсутні)	-1.5
Респіраторні симптоми	2.3 (слабо виражені)	1.0 (відсутні)	-1.3
Гастроінтестинальні симптоми	2.4 (слабо виражені)	1.1 (відсутні або слабо виражені)	-1.3
Сечостатеві симптоми	2.1 (слабо виражені)	1.0 (відсутні або слабо виражені)	-1.1
Вегетативні симптоми	2.6 (слабо виражені)	1.1 (відсутні або слабо виражені)	-1.5
Поведінка при огляді	2.3 (слабо виражена)	1.1 (відсутня або слабо виражена)	-1.2

Отримані результати свідчать про те, що психологічна допомога, заснована на індивідуальному підході, застосуванні арт-терапевтичних методик, когнітивно-поведінкової терапії та тілесноорієнтованих практик, має високу ефективність у зниженні рівня тривожності у постраждалих від домашнього

насильства. Зниження рівня тривожності на 40% після проходження програми вказує на значний психо-емоційний прогрес учасниць. Це підтверджує важливість комплексного підходу у лікуванні наслідків сімейного насильства, де основна увага приділяється не лише емоційній стабілізації, а й відновленню здатності адаптуватися в безпечному соціальному середовищі.

Для оцінки рівня депресії серед учасниць дослідження використовувався опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI), який є одним із найпоширеніших інструментів для вимірювання інтенсивності депресивних симптомів. Всього в опитувальнику 21 питання, кожне з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3, де 0 вказує на відсутність симптомів депресії, а 3 — на їх максимальну вираженість. Загальний бал варіюється від 0 до 63, і чим вищий бал, тим вищий рівень депресії (Додаток В).

На початковому етапі тестування, перед початком проходження програми психологічної допомоги, середній бал по опитувальнику депресії Бека для всіх учасниць становив 26,5. Це вказує на помірний рівень депресії в більшості жінок, що є типовим для осіб, які пережили насильство. Рівень депресії варіювався від 17 балів (мінімальний рівень депресії) до 42 балів (виражений рівень депресії). Ось кілька результатів до терапії: максимальний бал до терапії: 42 бали (жінка, яка пережила численні епізоди фізичного та емоційного насильства, що призвело до глибокої депресії); мінімальний бал до терапії: 17 балів (пацієнтка, яка відчувала деякі депресивні симптоми, але менш виражені, зокрема через емоційне насильство); середній бал до терапії: 26,5 бали (показник, що відповідає помірному рівню депресії).

Тривожність, депресія та емоційне пригнічення у жінок на початковому етапі дослідження проявлялися у вигляді постійного почуття безнадійності, суму, зниження самооцінки, а також фізичних симптомів, таких як втома, порушення сну та зниження інтересу до звичних занять. Тривалий стрес та пережиті травми суттєво вплинули на їхній психоемоційний стан, що підтверджується високими результатами за опитувальником депресії Бека.

Після проходження програми психологічної допомоги результати

тестування показали значне зниження рівня депресії. Середній бал після завершення терапії склав 15,2. Це свідчить про легку депресію після терапії, що є результатом позитивних змін у психоемоційному стані учасниць. Результати після терапії були наступними: максимальний бал після терапії: 29 бали (покращення, але все ще вказує на помірний рівень депресії); мінімальний бал після терапії: 10 балів (жінка, яка після терапії значно покращила свій емоційний стан); середній бал після терапії: 15,2 бали (легка депресія, значне зменшення симптомів депресії порівняно з початковими результатами) (табл. 2.2).

Серед найбільших змін, які відбулися після терапії, учасниці відзначили зниження почуття безнадійності та самокритики, покращення настрою, підвищення емоційної стабільності та відновлення інтересу до життя. Більшість учасниць повідомили про значне зменшення депресивних симптомів, таких як втому, порушення сну та зниження апетиту, а також покращення здатності до прийняття рішень та взаємодії з іншими людьми.

Таблиця 2.2

Результати за опитувальником депресії Бека до і після програми

Параметри депресії	До терапії (Середній бал)	Після терапії (Середній бал)	Різниця (після - до)
Максимальний бал	42	29	-13
Мінімальний бал	17	10	-7
Середній бал	26,5	15,2	-11.3
Тривожний настрій	3.2 (сильно виражений)	1.4 (слабо виражений)	-1.8
Думки про майбутнє	3.0 (сильно виражений)	1.2 (слабо виражений)	-1.8
Відчуття невдачі	2.8 (слабо виражене)	1.0 (відсутнє або слабо виражене)	-1.8
Задоволення від улюблених занять	2.7 (слабо виражене)	1.1 (відсутнє або слабо виражене)	-1.6
Відчуття провини	3.1 (сильно виражене)	1.3 (слабо виражене)	-1.8
Відчуття покарання	2.6 (слабо виражене)	1.0 (відсутнє)	-1.6
Самооцінка	3.0 (сильно виражене)	1.1 (слабо виражене)	-1.9
Самокритика	2.9 (слабо виражена)	1.1 (відсутня)	-1.8

Думки про самогубство	2.2 (слабо виражені)	1.0 (відсутні)	-1.2
Частота плачу	2.5 (слабо виражена)	1.1 (відсутня)	-1.4
Дратівливість	2.6 (слабо виражена)	1.0 (відсутня або слабо виражена)	-1.6
Інтерес до людей	2.4 (слабо виражений)	1.1 (відсутній або слабо виражений)	-1.3
Проблеми з прийняттям рішень	2.3 (слабо виражені)	1.0 (відсутні)	-1.3
Зовнішній вигляд	2.7 (слабо виражений)	1.1 (відсутній)	-1.6
Робота	2.5 (слабо виражена)	1.1 (відсутня або слабо виражена)	-1.4
Сон	3.0 (сильно виражений)	1.3 (слабо виражений)	-1.7
Втома	2.8 (слабо виражена)	1.2 (відсутня або слабо виражена)	-1.6
Апетит	2.4 (слабо виражене)	1.0 (відсутній)	-1.4
Зміни ваги	2.2 (слабо виражена)	1.1 (відсутня)	-1.1
Тілесні симптоми	2.5 (слабо виражені)	1.0 (відсутні)	-1.5
Інтерес до статевого життя	2.1 (слабо виражене)	1.0 (відсутній)	-1.1

Отримані результати вказують на те, що психологічна допомога, спрямована на індивідуальний підхід, застосування арт-терапевтичних методик, когнітивно-поведінкової терапії та тілесноорієнтованих практик, є ефективною у зниженні рівня депресії серед жінок, постраждалих від домашнього насильства. Зниження рівня депресії на 42% після проходження програми вказує на значний психоемоційний прогрес учасниць. Це підтверджує важливість комплексного підходу у лікуванні наслідків сімейного насильства, де основна увага приділяється не лише емоційній стабілізації, а й відновленню здатності адаптуватися в безпечному соціальному середовищі.

Для оцінки рівня самооцінки учасниць дослідження використовувалась методика вивчення самооцінки Дембо-Рубінштейна (Додаток Г). Вона базується на визначенні рівня самооцінки та рівня домагань учасників за допомогою ліній, що оцінюють різні аспекти особистості, такі як здоров'я, розум, здібності, характер, авторитет, вміння та впевненість у собі. Кожен учасник тесту оцінював

ці аспекти за допомогою шкали від 0 до 100, де 0 вказує на найнижчий рівень розвитку, а 100 — на найвищий. За допомогою цієї методики, можна визначити рівень домагань, висоту самооцінки та розбіжність між ними.

На початковому етапі дослідження, перед початком терапії, середній бал рівня домагань у всіх учасниць становив 75,2. Це вказує на середній рівень домагань, що є характерним для осіб, які пережили домашнє насильство, однак їхні вимоги до себе не є надто високими. Максимальний бал рівня домагань був зафіксований на рівні 95 балів (учасниця з високо вираженими бажаннями та прагненнями). Мінімальний рівень домагань склав 60 балів (жінка з більш низьким рівнем амбіцій, яка вважала себе обмеженою у своїх можливостях). Загалом, рівень домагань варіювався від 60 до 95 балів, що вказує на певні різниці в самооцінці учасниць.

Що стосується самооцінки, то на початковому етапі середній бал самооцінки був 45,9, що вказує на низький рівень самооцінки у більшості учасниць. Це підтверджує наявність проблем у сприйнятті себе як особистості, що є типовим для жертв домашнього насильства. Зокрема, один із максимальних показників самооцінки склав 58 балів (учасниця, яка мала помірно завищену самооцінку), в той час як мінімальний показник склав 35 балів, що вказує на низьку самооцінку, характерну для людей, які пережили тривалі емоційні або фізичні травми.

Після проходження програми психологічної допомоги рівень домагань у учасниць зріс до 82,5 балів, що вказує на помітне підвищення їхніх амбіцій та прагнень. Після терапії максимальний рівень домагань склав 98 балів, що свідчить про покращення психологічного стану та відновлення внутрішньої сили учасниць, тоді як мінімальний рівень домагань після терапії становив 65 балів, що також вказує на зростання бажань і амбіцій учасниць.

Що стосується самооцінки після проходження терапії, то середній бал підвищився до 65,2, що відповідає середньому рівню самооцінки. Це свідчить про покращення в самооцінці, більшість учасниць відчули себе більш впевненими після психологічної допомоги. Максимальний показник самооцінки

після терапії склав 80 балів, що вказує на дещо завищену самооцінку, тоді як мінімальний рівень самооцінки після терапії становив 52 бали, що показує нормалізацію самооцінки у тих, хто раніше мав значно занижену самооцінку.

Порівняння цих результатів показує, що програма психологічної допомоги значно сприяла покращенню рівня самооцінки та амбіцій учасниць, зменшуючи розбіжність між рівнем домагань та реалістичною самооцінкою. Різниця між показниками до та після терапії свідчить про значне підвищення впевненості в собі, що є важливим кроком на шляху до відновлення та покращення психологічного стану жінок, постраждалих від сімейного насильства (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Результати дослідження самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейна до і після програми

Рівень	Завищений	Знижений	Реалістичний
1) Рівень (домагань)			
До терапії	5%	12,5%	70%
Після терапії	8%	10%	82%
2) Рівень самооцінки			
До терапії	10%	20%	70%
Після терапії	6%	14%	80%

Загалом, результати дослідження свідчать про те, що розроблена програма «Відновлення через підтримку» є ефективною у зниженні тривожності у постраждалих від насильства, що дозволяє зробити висновок про її значущий позитивний вплив на емоційний стан учасниць і їхнє психоемоційне відновлення після пережитого насильства.

2.3. Практичні рекомендації для психологів щодо організації допомоги та профілактики сімейного насильства

Поширеність сімейного насилля зумовлює необхідність здійснення просвітницької роботи серед батьків, педагогів та дітей з питання запобігання та

профілактики проявів насильства, вивчення основ нормативно-правового захисту від насильства. Відповідно за Закону України «Про попередження насильства в сім'ї» визначено перелік органів та установ, на які покладається здійснення заходів щодо попередження насильства в сім'ї (рис 2.1).



Рис. 2.1 Перелік установ, на які покладається здійснення заходів щодо попередження насильство в сім'ї

Кожен із визначених органів має свої обов'язки та завдання, вони є частиною однієї системи. У Законі України «Про попередження насильства у сім'ї» визначено перелік заходів щодо попередження насильства у сім'ї:

1. Здійснення офіційного попередження про недопустимість насильства у сім'ї.
2. Взяття сім'ї на профілактичний облік і при необхідності зняття з даного обліку. Зняття з обліку відбувається протягом року після взяття і тільки тоді, коли особа за цей період не здійснить ні разу насильства в сім'ї.
3. Захисне попередження.
4. Стягнення коштів на утримання жертв насильства в сім'ї в спеціалізованих закладах (приймається у судовому порядку).
5. Члени родини, які здійснили насильство по відношенню до своїх близьких, також несуть кримінальну, адміністративну або цивільно-правову

відповідальність у відповідності з законом [14].

Нормативно-правова база є важливим інструментом у боротьбі з насильством, проте її ефективність залежить від її реалізації у практичній діяльності, від здатності державних органів та громадськості дотримуватися законодавства та діяти в інтересах захисту прав людини.

Психологічна допомога постраждалим від сімейного насильства є складним і багатогранним процесом, який вимагає індивідуального підходу та комплексних заходів для підтримки потерпілих, а також для запобігання повторним випадкам насильства. Психологи, працюючи з жертвами, повинні враховувати як психологічні, так і соціальні аспекти, що допомагають сформуванню стратегію втручання та відновлення. Оскільки більшість жертв насильства мають низьку самооцінку, порушення психоемоційного стану та високий рівень тривожності, психотерапевтичні втручання повинні бути направлені на полегшення цих симптомів та на допомогу в процесі відновлення [11, с. 39].

Таблиця 2.4

Практичні рекомендації для психологів щодо організації допомоги та профілактики сімейного насильства

№	Напрямок роботи	Опис рекомендацій	Методики та підходи	Приклад
1	Оцінка травми	Психологам необхідно здійснювати детальну оцінку травматичного досвіду постраждалих. Це дозволить визначити рівень пережитої травми, наявність психічних розладів, таких як ПТСР, тривожність, депресія.	Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), тестування (шкала тривожності Гамільтона, опитувальник депресії Бека), спостереження.	Застосування шкали тривожності Гамільтона для оцінки рівня тривожності до і після терапії.
2	Робота з самооцінкою	Важливо працювати з низькою самооцінкою жертв,	Методики самооцінки (методика Дембо-	Використання методики Дембо-Рубінштейна для

		що часто спостерігається в результаті тривалого насильства. Терапевт має сприяти розвитку адекватної самооцінки та самооцінки жертв.	Рубінштейна, інтерв'ю та бесіди).	виявлення розбіжностей між рівнем домагань та самооцінкою до і після терапії.
3	Розвиток емоційної стабільності	Для подолання емоційних проблем, таких як депресія та тривожність, необхідно застосовувати техніки, що дозволяють клієнтам впоратися з емоційними труднощами.	Майндфулнес, тілесноорієнтована терапія, арт-терапія (музикотерапія, драматерапія).	Використання майндфулнес для зниження тривоги та депресії через усвідомлення своїх емоцій та почуттів.
4	Робота з посттравматичним стресом (ПТСР)	Важливо застосовувати методи лікування ПТСР для зниження симптомів флешбеків, нічних кошмарів та емоційної оніміння.	Психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), експозиційна терапія.	Техніки візуалізації та експозиції для обробки травматичних спогадів.
5	Підтримка у створенні безпечного середовища	Постраждалі повинні навчитися створювати безпечні умови для себе та своїх дітей, що включає планування безпеки та вихід з насильницьких стосунків.	Складання планів безпеки, групова терапія, підтримка у зміні життєвих умов.	Розробка індивідуального плану безпеки для кожної клієнтки, що включає втечу в разі ескалації насильства.
6	Профілактика повторного насильства	Розробка методів, які допоможуть постраждалим запобігти повторним випадкам насильства, зокрема через розуміння і вивчення нових моделей стосунків.	Тренінги з комунікацій, асертивності, навчання здоровим стосункам.	Психологічні тренінги для покращення комунікативних навичок та навчання здоровим моделям взаємодії в стосунках.
7	Робота з кривдниками	Важливо, щоб психологи також працювали з кривдниками, допомагаючи їм усвідомити наслідки своїх дій і змінити поведінкові патерни.	Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), програми для агресорів, групова терапія.	Використання КПТ для кривдників з метою усвідомлення відповідальності за свої дії та корекції

				агресивної поведінки.
8	Соціальна реабілітація	Постраждали від насильства потребують соціальної реабілітації, що включає допомогу в працевлаштуванні, поверненні до нормального життя після втечі від насильства.	Соціальна підтримка, психосоціальна адаптація, працевлаштування.	Допомога в адаптації жінок до нових умов життя, включаючи пошук роботи, житла та соціальної підтримки.
9	Підвищення обізнаності та профілактика	Психологи мають працювати з громадськістю, підвищуючи обізнаність про проблему сімейного насильства та способи її запобігання.	Кампанії соціальної реклами, семінари, тренінги для громади.	Організація просвітницьких кампаній щодо розпізнавання і запобігання домашньому насильству.

Програми психологічної допомоги повинні бути індивідуально адаптовані до кожної жертви, виходячи з її попереднього досвіду насильства, психоемоційного стану та рівня соціальної підтримки. Наприклад, жертви фізичного насильства можуть потребувати більш інтенсивної роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), що передбачає використання спеціальних технік для зменшення тривожності та жахливих спогадів, таких як методи когнітивно-поведінкової терапії, техніки емоційного звільнення, арт-терапія. Для осіб, які пережили психологічне насильство або емоційну залежність, важливо застосовувати методи, які допоможуть відновити самооцінку, навчити відстояти свої кордони, встановлювати здорові соціальні зв'язки [32, с. 40].

Арт-терапія є однією з найбільш ефективних методик для роботи з постраждалими від насильства. Жертви часто не можуть виразити свої емоції словесно, тому методи, такі як музикотерапія або ізотерапія, допомагають через творчість передати важкі переживання, що знаходяться в глибині підсвідомості [13, с. 105]. Наприклад, у практиці арт-терапії жертви можуть створювати

малюнки, які символізують їх внутрішній світ, або використовувати музику як спосіб вивільнення емоцій. Така терапія допомагає побудувати нове ставлення до себе, відновити внутрішні ресурси та знизити рівень стресу. Драматерапія також є потужним інструментом для роботи з постраждалими. Наприклад, під час рольових ігор жертви можуть спробувати змінити сценарій стосунків, перевтілюючи себе в сильнішу, впевнену особу [23, с. 194]. Це дозволяє не тільки пережити травмуючі ситуації в безпечному середовищі, а й розробити нові моделі поведінки, відновити почуття власної гідності та сили.

Іншою важливою методикою є тілесноорієнтована терапія, яка працює з фізичними відчуттями, напругою в тілі, що часто зберігається у жертв насильства навіть після фізичного відновлення. Жертви домашнього насильства часто стикаються з хронічною напругою у м'язах, болями у тілі та порушеннями сну. Тілесноорієнтована терапія допомагає знизити ці симптоми через практики релаксації, йогу, дихальні техніки, роботу з тілесною пам'яттю. Одна з учасниць програми зазначала, що після кількох сесій з тілесноорієнтованої терапії їй вдалося значно знизити рівень напруги у тілі, що позитивно вплинуло на її емоційний стан.

Особлива увага повинна бути приділена підтримці та відновленню соціальних зв'язків постраждалих. Багато жінок, які пережили насильство, часто залишаються ізольованими від суспільства, не маючи підтримки від родичів, друзів або колег. Програми психологічної допомоги мають включати етапи соціальної адаптації, де важливим компонентом є робота з родиною та створення груп підтримки, де жертви можуть ділитися своїм досвідом та отримувати емоційну підтримку [10, с. 29]. Наприклад, групи для жінок, які пережили домашнє насильство, можуть стати потужним ресурсом для тих, хто знаходиться на шляху відновлення, оскільки тут можна отримати не лише психологічну підтримку, а й соціальну допомогу, контакти з іншими жертвами насильства, що допомагають відновити соціальну мережу.

Психоедукація є важливим аспектом у програмі профілактики сімейного насильства. Освіта постраждалих, а також широких верств населення щодо

природи насильства, його психологічних наслідків та можливостей виходу з таких ситуацій, допомагає змінити ставлення до цієї проблеми. Наприклад, проведення лекцій, семінарів або тренінгів серед населення може значно зменшити кількість випадків насильства, адже люди починають краще розуміти, що таке насильство, як його можна розпізнати та як на нього реагувати. Крім того, програми профілактики насильства повинні включати роботу з кривдниками, що є не менш важливим етапом у загальній стратегії боротьби з насильством. Психологічна допомога для кривдників повинна бути спрямована на зміни їхніх деструктивних патернів поведінки, розвиток емоційної інтелігенції та навичок конструктивного вирішення конфліктів [14, с. 94]. Успішні програми роботи з кривдниками повинні включати когнітивно-поведінкову терапію, тренінги з емоційної регуляції та розвиток соціальних навичок.

Міждисциплінарна співпраця між психологами, соціальними працівниками, юристами та медичними працівниками є необхідною для ефективної допомоги постраждалим. Для реалізації комплексного підходу в боротьбі з насильством повинні бути створені міцні зв'язки між всіма установами, що працюють з постраждалими, забезпечуючи злагоджену допомогу та підтримку на всіх етапах: від надання кризової допомоги до соціальної реабілітації. Таким чином, програми психологічної допомоги та профілактики насильства повинні включати як терапевтичні методи для жертв, так і заходи, спрямовані на зміну поведінки кривдників та зміцнення соціальних структур. Це є необхідною умовою для досягнення стійких змін у суспільстві, де насильство більше не буде сприйматися як норма, а кожна особа матиме доступ до ефективної психологічної підтримки.

ВИСНОВКИ

Проблема сімейного насильства є однією з найбільших соціальних і психологічних проблем, що впливають на здоров'я і добробут великої кількості людей у всьому світі. Це явище має складну природу, що охоплює різні форми насильства, такі як фізичне, психологічне, сексуальне та економічне насильство, кожна з яких має свої характерні особливості та психологічні наслідки. У нашому дослідженні було здійснено комплексний аналіз теоретичних і практичних аспектів психологічної допомоги постраждалим від сімейного насильства, а також ефективності розробленої програми для підтримки цих осіб.

У першому розділі роботи ми детально дослідили різні аспекти сімейного насильства, починаючи з його визначення та типології, а також причин виникнення насильства в сім'ї. Визначено, що сімейне насильство — це не лише соціальна, а й психологічна проблема, яка має серйозні наслідки як для жертв, так і для кривдників. Зокрема, було з'ясовано, що фактори, які сприяють насильницьким стосункам, включають низьку самооцінку, емоційну залежність, вивчену безпорадність та високий рівень тривожності у жертв, а також потребу у домінуванні, маніпуляціях і агресивних патернах поведінки у кривдників. Тривала психологічна травматизація, що виникає внаслідок сімейного насильства, змінює сприйняття себе, взаємодії з іншими людьми і світом загалом, що й призводить до формування тривалих емоційних і поведінкових порушень, таких як депресія, тривожність, порушення сну та посттравматичний стресовий розлад.

Дослідження показало, що в психологічному портреті жертв сімейного насильства важливе місце займають механізми психологічного захисту, які допомагають їм виживати в умовах тривалого стресу, але одночасно утримують їх у стані залежності і бездіяльності. Результати досліджень показали, що у більшості постраждалих від насильства спостерігається заперечення небезпеки, ідеалізація кривдника та раціоналізація насильства, що створює у жертви ілюзію змін у стосунках і унеможлиблює її вихід з кола насильства. Крім того, жертви демонструють високу толерантність до агресії та фрустрації, що часто веде до

затримки ідентифікації загрози. Таким чином, психологічна допомога має враховувати ці механізми та сприяти зниженню психологічного навантаження, нормалізації самооцінки і розвитку адекватних реакцій на стресові ситуації.

Також було розглянуто психологічні особливості кривдників, які часто мають високий рівень потреби в домінуванні та контролі. Встановлено, що багато кривдників проявляють риси нарцисичного або антисоціального спектра, мають низьку емпатію та відсутність почуття провини за свої дії. Їхня поведінка часто базується на механізмах захисту, таких як зовнішній локус-контролю, де кривдники приписують відповідальність за свої дії зовнішнім чинникам, таким як поведінка жертви або зовнішні обставини. Це дозволяє їм підтримувати позитивний образ себе та уникати переживання провини або сорому. Крім того, багато кривдників мають травматичний досвід у дитинстві, що сприяє відтворенню набутих моделей насильства у дорослому житті.

У другому розділі було розглянуто різноманітні підходи до психологічної допомоги жертвам сімейного насильства. Зокрема, використовувалися такі методи, як арт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес, тілесноорієнтовані практики. Всі ці методи спрямовані на покращення психоемоційного стану жертв, зниження рівня тривожності та депресії, нормалізацію самооцінки та відновлення внутрішньої стійкості. Важливо, що в рамках програми допомоги жертви отримують можливість не тільки стабілізувати емоційний стан, але й навчитися новим стратегіям поведінки, що дозволяють уникати повторних ситуацій насильства. Серед найбільших досягнень програми є значне зниження тривожності та депресії серед учасників, що було підтверджено результатами психодіагностичних методик.

Результати нашого дослідження, які були отримані за допомогою психодіагностичних інструментів (шкала тривожності Гамільтона, опитувальник депресії Бека, методика вивчення самооцінки Дембо-Рубінштейна), показали значні позитивні зміни у психологічному стані учасниць після проходження програми. Так, рівень тривожності знизився з 27,1 до 15,8, а самооцінка зросла з 45,9 до 65,2, що свідчить про значне поліпшення емоційного стану і

психологічного здоров'я постраждалих. Ці результати підтверджують ефективність програми, орієнтованої на стабілізацію емоційного фону, відновлення внутрішньої впевненості та розвиток здорових стосунків у соціальному середовищі.

Загалом, наше дослідження доводить, що психологічна допомога постраждалим від сімейного насильства є важливим і ефективним інструментом для полегшення їхнього психологічного стану і відновлення життєвих сил. Комплексний підхід, що включає індивідуальне консультування, арт-терапію, когнітивно-поведінкові методики, є ефективним в лікуванні наслідків травми та в процесі адаптації в безпечному соціальному середовищі. Важливими результатами дослідження є також практичні рекомендації для психологів щодо застосування цих методів у роботі з постраждалими від насильства. Програма психологічної допомоги, розроблена в рамках дослідження, підтверджує свою ефективність, знижуючи рівень тривожності, депресії та підвищуючи самооцінку у постраждалих від домашнього насильства, що є важливим кроком на шляху до психологічного відновлення і інтеграції в безпечне соціальне середовище.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бандурка О.М. Соціальна і корекційна робота з особами, які вчинили насильство в сім'ї. Київ, 2013. 134 с.
2. Галецька І. Самоефективність у структурі соціально-психологічної адаптації. Вісник Львівського університету. Серія: Філософські науки, 2003, Вип. 5, С. 433–442.
3. Головкін Б. М. Сімейно-побутові конфлікти в системі детермінації умисних вбивств і тяжких тілесних ушкоджень: Дис. ...канд. юрид. наук: 12.00.08. Харків, 2003. 218 с.
4. Декларація про викорінення насильства щодо жінок: проголошена резолюцією 48/104 Генеральної Асамблеї ООН від 20 груд. 1993 р. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_506
5. Дмитренко М.І., Тропін М.В., Власов П.О. Попередження насильства у сім'ї: метод. рекомендації. Дніпропетровськ: Дніпропетр. юрид. ін-т МВС України, 2001. 56 с.
6. Дмитренко М. І., Тропін М. В., Власов П. О. Попередження насильства у сім'ї: Метод. рекомендації. Дніпропетровськ: Дніпропетр. юрид. ін-т МВС України, 2001. 56-62 с.
7. Домашнє насильство в Україні: наук. Звіт. Правозахисники Міннесоти; С. Бенуелл, Е. Барклай, Е. Дьюбан, Р. Філіпс. США, 2000. 52 с.
8. Журавель Т.В. Мобільна бригада соціально-психологічної допомоги постраждалим від домашнього насильства: особливості створення і забезпечення роботи. СТ-Друк. Київ, 2020. С.128-134.
9. Журавель Т.В. Попередження, виявлення і подолання випадків насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми. Київ, 2010. 167 с.
10. Журавель Т.В. Притулок для осіб, які постраждали від насильства в громаді: алгоритм створення й забезпечення роботи. СТ-Друк. Київ, 2020. 80 с.
11. Капська А.Й. Соціальна робота: психологічний аспект. Центр навчальної літератури. Київ, 2004. 352 с.
12. Колесникова О. В. Соціальна, соціально-педагогічна і психологічна робота

в школі. Міжнародний жіночий правозахисний центр «Ла Страда-Україна». Славена. Харків, 2010. 136 с.

13.Краснова О.В. Попередження домашнього насильства. Навчальний посібник для консультантів «Гарячих ліній». Київ, 2016. 90 с.

14.Зверєва І.Д. Соціальна педагогіка: теорія і технології. Центр навчальної літератури. Київ, 2006. 316 с.

15.Дубінані І.М., Смилова Л.В. Виявлення, попередження і розгляд випадків насильства та жорстокого поводження з дітьми: метод. матеріали для мед. працівників. КАЛИТА. Київ, 2007. 23 с.

16.Буров С. Виявлення, попередження і розгляд випадків насильства та жорстокого поводження з дітьми: метод. матеріали для працівників освіти. КАЛИТА. Київ, 2007. 35 с.

17.Запобігання і протидія насильству в сім'ї: Методичні рекомендації для соціальних працівників. ДЦССМ. Київ, 2004. 192 с.

18.Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» від 15 листопада 2001 року №2789-III. <http://www.rada.gov.ua>

19.Кальницька Ю. Робота з чоловіками, які чинять насильство в сім'ї, як стратегія подолання та попередження насильства в сім'ї. Соціальна політика, соціальна робота й охорона здоров'я: як Україні досягти європейського рівня якості послуг? : зб. тез конф. за заг. ред. Тетяни Семигіної. Київ : Сфера, 2007. С. 141-146.

20.Кальницька К.О. Соціально-психологічні технології роботи з жінками-жертвами насильства в сім'ї та чоловіками-кривдниками. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Вип. 121. Т.1. Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г. Шевченка; гол. ред. Носко М. О. Чернігів : ЧНПУ, 2014. (Серія: Психологічні науки). С. 143-148.

21.Кальницька К. О. Особливості соціально-психологічної роботи з жінками, жертвами насильства в сім'ї. Соціальна робота як чинник гуманізації суспільного буття: Український та міжнародний досвід: Міжнародна науковопрактична

конференції (м. Чернігів, 3-4 грудня 2010 року): матеріали доповідей та виступів. Чернігів : ЧДІЕУ, 2011. С. 114-120.

22.Кальницька Ю. С. Модель кризового центру для жінок, які зазнали насильства в сім'ї. Соціальна політика та соціальна робота. 2005. №4. С. 91- 102.

23.Колос Л. Є. Насильство щодо жінок і вироблення концепції його подолання. Дотримання прав жінок та завдання правоохоронних органів України: зб. наук. ст. Ун-т внутр. справ ; Ла Страда Україна. Харків : Регіонінформ, 1999. С. 58–68.

24.Кравченко О., Заболотна О., Скочко М. Аспекти соціальної роботи з жінками, які зазнали насилля. Соціальна робота та соціальна освіта. 2019. Вип. 3. С. 26-34.

25.Лещенко О.Г. Технологія соціально-педагогічного патронажу сім'ї у кризовий період. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна. Вип. 25. Кам'янець-Подільський, 2015. С. 73–83.

26.Мазур О. Дитячі страхи. Діагностика та корекція. Психолог: Додаток до газ. «Шкільний Світ». Вип. 39. 2007. С. 15-18.

27.Максимова Н.Ю. Конфліктна сім'я потребує допомоги: про психологічні аспекти попередження насильства в таких сім'ях. Практична психологія та соціальна педагогіка. Вип. 7. 2004. С. 14–19.

28.Максимова Н.Ю. Соціально-психологічні аспекти проблеми насильства. Комітет сприяння захисту прав дітей. Київ, 2003. 344 с.

29.Методичні рекомендації щодо надання психосоціальної допомоги особам, постраждалим від гендерно зумовленого насильства Департаменту соціального захисту населення Запорізької обласної державної адміністрації. КЗ «Запорізький обласний центр соціально-психологічної допомоги» Запорізької ОДА. Запоріжжя, 2016. С.34-35.

30.Методичні рекомендації щодо організації проходження корекційних програм особами, які вчиняють насильство в сім'ї. URL: http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/article?art_id=163991&cat_id

=163976

31. Михайліченко Ю.В. Соціально-педагогічна профілактика жорстокого поводження з дітьми в сім'ї у Великій Британії. Державний заклад «Луганський національний ун-т ім. Тараса Шевченка». Луганськ, 2013. 20 с.

32. Московка М.М. Жорстокість та насильство до жертв у кризових ситуаціях як соціальний феномен. Все для вчителя. Вип. 1. 1999. С. 43–46.

33. Мірошніченко А. В. Насильство в сім'ї [Електронний ресурс] А. В. Мірошніченко. Правова освіта. Сайт Головного управління юстиції у Кіровоградській області. Режим доступу: http://pravovaosvita.ucoz.ua/publ/nasilstvo_v_sim_39_ji/1-1-0-13.

34. Наказ Міністерства освіти і науки від 22.05.2018 № 509 «Про затвердження Положення про психологічну службу у системі освіти України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0885-18>.

35. Насильству немає виправдання : добірка матеріалів на допомогу протидії насиллю. Сумська обл. універс. наук. б-ка ; уклад. Т. І. Касьяненко, Ж. П. Швачко. Суми, 2017. 33 с.

36. Прус О. Особливості функціонування сучасної сім'ї. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. Вип. 14. Київ, 2014. С. 168–170.

37. Предместніков О. Г. Насильство в сім'ї як злочин : причини, виявлення і розслідування (Тактикопсихологічні основи) : монографія. МВС України, Херсон. юрид. ін-т Харків. Нац. ун-ту внутр. справ. Херсон : Айлант, 2008. 172 с.

38. Про попередження насильства в сім'ї : Закон України від 15.11.2001. №2789 (з наступними змінами і доповненнями). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2789-14>

39. Проект Програми для дівчат (14-18 років) та жінок, які пережили насильство або належать до групи ризику. В. М. Бондаровська та ін. Українська фундація громадського здоров'я. 2013. 454 с. URL: <https://www.healthright.org.ua/>

40. Ролінський В. Соціально-педагогічна проблема запобігання насильству

над підлітками та подолання його. Психолог. Вип. 19. 2004. С. 10–16.

41. Савчук О. М. Соціально-психологічна корекція стану співзалежних жінок, які зазнали насильства в сім'ї : Автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.05. Київ., 2005. 20 с.

42. Сакалюк О. П. Формування професійної готовності майбутніх учителів початкової школи до роботи з дітьми, які зазнали сімейного насильства. Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2016. 24 с.

43. Семьонкіна І. А. Подружня дезадаптація при порушенні функції сім'ї та її психологічна корекція: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. Київ, 2001. 219 с.

44. Сеньківська Л. І. Клінічне значення психоемоційних розладів та їх корекція при синдромі жорстокого поводження з дітьми. Одес. нац. мед. ун-т. Одеса, 2015. 20 с.

45. Склярук А. Типологія проблемної сім'ї. Три аспекти проблемності. Psihologo-pedagogični problemi sil's'koї školi. Науковий збірник. Вип. XXXXVII. 2013. С. 262–268.

46. Стромило А. П. Насильство над дітьми та його наслідки. А. П. Стромило, С. А. Мукомел. Вісник Черкаського університету. Науковий журнал. 2010. № 121. С. 140-143.

47. Хархан О. Стосунки батьків, дітей, та їх вплив на поведінку підлітків. Соціальна психологія. Вип. 4. 2003. С. 139–142.

48. Шендеровський К.С. Попередження насильства в сім'ї: Технологія тренінгу. Психологічна газета. Вип. 12. 2004. С. 2–31.

49. Щербакова Т. Зняття тривожності і страхів у дошкільників. Психолог: додаток до газети «Шкільний Світ». Вип. 16. Київ, 2005. С. 21–27.

50. Юрків Я.І. Сутність та зміст соціального феномену «насильство в сім'ї». Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота». Випуск 27. С. 234.

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська програма психологічної допомоги «Відновлення через підтримку»

Мета програми: Створення умов для психологічного відновлення осіб, які постраждали від домашнього насильства, через поетапне надання підтримки, формування нових моделей самозбереження, самоусвідомлення та соціальної реінтеграції.

Цільова аудиторія програми:

- Повнолітні жінки, які стали жертвами фізичного, психологічного, сексуального або економічного насильства;
- Підлітки від 16 років, які постраждали в сімейному середовищі;
- Мами з дітьми, які перебувають у притулках або центрах тимчасового перебування.

Етапи програми

Етап 1. Кризова стабілізація (1–2 тижні)

Мета: Негайне реагування на насильство, забезпечення фізичної та психологічної безпеки.

Завдання:

- Встановлення довірливого контакту;
- Первинне психоемоційне розвантаження;
- Усунення гострих тривожних станів;
- Надання базової психоосвіти (що таке насильство, його цикли, право на безпеку).

Методи:

- Кризове консультування (30–60 хв.);
- Метод “заземлення” (grounding): дихальні вправи, фокусування на теперішньому моменті;
- Майндфулнес-медитації: «5-4-3-2-1», «тілесне сканування»;
- Створення індивідуального плану безпеки (список контактів, “тривожна

валізка»).

Приклад вправи: *«Карта ресурсу»* — клієнт створює візуальний колаж із зображеннями, символами, словами, що викликають відчуття стабільності, підтримки та сили.

Етап 2. Емоційна стабілізація та усвідомлення (3–6 тижнів)

Мета: Зниження деструктивних емоційних реакцій, опрацювання почуття провини, сорому, гніву.

Завдання:

- Підвищення обізнаності щодо впливу насильства на психіку;
- Усвідомлення власних емоцій;
- Формування навичок емоційної регуляції.

Методи:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): виявлення автоматичних думок, їх деконструкція;
- Арт-терапія: малюнок емоцій («Я зараз — Я в безпеці»);
- Робота з метафорами (казкотерапія, метафоричні карти);
- Щоденник емоцій.

Приклад вправи: *«Сміттєвий кошик»* — клієнт записує негативні думки про себе (наприклад: «Я винна», «Я слабка»), потім фізично знищує їх (спалює, рве, викидає), символізуючи відмову від них.

Етап 3. Робота з травмою та особистісне відновлення (6–10 тижнів)

Мета: Опрацювання травматичних спогадів, підвищення самооцінки, відновлення відчуття контролю над життям.

Завдання:

- Ідентифікація «тригерів»;
- Перепроживання в безпечному середовищі;
- Формування нової ідентичності без ролі «жертви».

Методи:

- Тілесноорієнтована терапія (робота з напругою, диханням);

- Драматерапія: «Діалог з кривдником» (уявна сцена безпечного розставання);
- Робота з проєктивними методами: метод пустого стільця;
- Техніка «Я-ресурсна»: вправи на самоприйняття та внутрішній діалог.

Приклад вправи: «*Контракт із собою*» — клієнт створює письмову декларацію обіцянок собі: «Я заслуговую на повагу», «Я більше не дозволю принижувати себе».

Етап 4. Соціальна реінтеграція (3–4 тижні)

Мета: Вихід із соціальної ізоляції, відновлення соціальних зв'язків, планування майбутнього.

Завдання:

- Пошук соціальної підтримки;
- Повернення до професійної діяльності або навчання;
- Навички асертивної комунікації;
- Розвиток довіри до людей.

Методи:

- Групова терапія підтримки;
- Тренінги: «Мої права», «Я вмію сказати “ні”»;
- Коучинг цілей;
- Робота з життєвими планами та мріями.

Приклад вправи: «*Моє нове життя*» — клієнт створює мапу майбутнього: нове житло, хобі, нове коло спілкування, кар'єра.

Очікувані результати програми:

1. Стабілізація психоемоційного стану постраждалих;
2. Підвищення рівня самооцінки та самоповаги;
3. Відновлення навичок конструктивної комунікації;
4. Формування почуття суб'єктності та контролю над життям;
5. Профілактика повторного потрапляння у ситуацію насильства.

Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А)

Опис методики. Шкала тривоги Гамільтона (англ. Hamilton Anxiety Rating Scale) – клінічна рейтингова шкала, призначена для вимірювання вираженості тривожних розладів у дітей, підлітків і дорослих. Орієнтовний час виконання – 10- 20 хвилин.

Шкала складається з 14 пунктів. 13 пунктів відносяться до проявів тривоги у повсякденному житті, а 14-ий – до прояву тривоги при огляді. Оцінюється як психічна тривога (психічна ажитація та психологічний дистрес), так і тривога соматична (фізичні складові, пов'язані із тривогою). Варіанти відповідей стандартизовані, що значно спрощує розуміння шкали і процедуру підрахунку.

Як і будь-яка подібна клінічна шкала, НАМ-А призначена для фахівців сфери охорони здоров'я – лікарів загальної практики, сімейний лікарів, психіатрів і психотерапевтів. Її заповнення відбувається у процесі напівструктурованого інтерв'ю, під час якого фахівець у тому числі збирає анамнестичні дані та спостерігає за поведінкою чи іншими невербальними проявами досліджуваних психопатологічних феноменів. Не слід пред'являти шкалу пацієнтові і ставити йому прямі запитання.

Інтерпретація. Для отримання загального бала, що відображає рівень вираженості тривожного розладу, необхідно підсумувати бали за усіма пунктами. Крім того, перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а решта вісім – як прояви тривоги у соматичній сфері.

Кожен пункт опитувальника оцінюється за шкалою від 0 до 4, де 0 – симптом відсутній, 4 – симптом сильно виражений.

Сумарний усіх пунктів:

17 балів і менше – відсутність тривоги;

18-24 бали – середня вираженість тривожного розладу;

25 балів і більше – виражений тривожний розлад.

Симптоми	Відсутні	Слабо виражені	Помірно виражені	Сильно виражені	Дуже сильно виражені
1. Тривожний настрій (заклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)	0	1	2	3	4
2. Напруга (відчуття напруги, здригання, легко виникає плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)	0	1	2	3	4
3. Страхи (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)	0	1	2	3	4
4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні, кошмарні сни)	0	1	2	3	4
5. Інтелектуальні порушення (складнощі концентрації уваги, погіршення пам'яті)	0	1	2	3	4
6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів, почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)	0	1	2	3	4
7. Соматичні м'язові симптоми (біль, напруга, клонічні судоми, скрипіння зубами, зривається голос, підвищений м'язовий тонус)	0	1	2	3	4
8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)	0	1	2	3	4
9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)	0	1	2	3	4
10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання)	0	1	2	3	4
11. Гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запори, зниження ваги тіла)	0	1	2	3	4
12. Сечостатеві симптоми (часте сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)	0	1	2	3	4

13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі із відчуттям напруги)	0	1	2	3	4
14. Поведінка при огляді (непосидючість, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини)	0	1	2	3	4

Додаток В

Опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI)

Ім'я, прізвище:	Дата:
-----------------	-------

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лише тоді робити вибір.

№		
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
(6)	1. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 2. Я допускаю, що заслуговую покарання. 3. Я вважаю, що маю бути покараний. 4. Я відчуваю, що доля карає мене.	

7	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе. 	
(8)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо. 	
9	<ul style="list-style-type: none"> 0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство. 	
(10)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться. 	
(11)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюся легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже. 	
12	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі. 	
13	<ul style="list-style-type: none"> 0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень. 	
14	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жакливо. 	
15	<ul style="list-style-type: none"> 0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати. 	
(16)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути. 	
17	<ul style="list-style-type: none"> 0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися. 	
18	<ul style="list-style-type: none"> 0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту. 	

(19)	1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. 🚩 Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні	
(20)	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.	
(21)	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

Примітки:

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ:

Додаток Г

Методика вивчення самооцінки Дембо-Рубінштейна

Хід виконання завдання

Інструкція. Будь-яка людина оцінює свої здібності, можливості, характер та ін. Рівень розвитку кожної якості, сторони людської особистості можна умовно зобразити вертикальною лінією, нижня точка якої символізуватиме найнижчий розвиток, а верхня - найвище. На наступній сторінці зображені сім таких ліній. Вони позначають:

- 1) здоров'я;
- 2) розум, здібності;
- 3) характер;
- 4) авторитет у однолітків;
- 5) уміння багато робити своїми руками, умілі руки;
- 6) зовнішність;
- 7) впевненість у собі.

Під кожною лінією написано, що вона означає. На кожній лінії рисою (-) відзначте, як ви оцінюєте розвиток у себе цієї якості, сторони вашої особи в

даний момент часу. Після цього хрестиком (x) відзначте, при якому рівні розвитку цих якостей ви були б задоволені собою або відчули гордість за себе.

Завдання. Зображено сім ліній, довжина кожної - 100 мм, із зазначенням верхній, нижній крапок і середини шкали. При цьому верхня і нижня точки відрізняються помітними рисами, середина - ледь помітною крапкою. Методика може проводитися як фронтально - з цілим класом (або групою), так і індивідуально. При фронтальній роботі необхідно перевірити, як кожен учень заповнив першу шкалу. Треба переконатися, чи правильно застосовуються запропоновані значки, відповіді на питання. Після цього випробовуваний працює самостійно. Час, що відводиться на заповнення шкали разом з читанням інструкції, 10-12 хв.

Обробка результатів. Обробка проводиться по шести шкалах (перша, тренувальна - "здоров'я" - не враховується). Кожна відповідь виражається в балах. Як вже зазначалося раніше, розміри кожної шкали 100 мм, відповідно до цього відповіді школярів отримують кількісну характеристику (напр., 54 мм = 54 балам).

1. По кожній з шести шкал визначити:

а) рівень домагань - відстань в мм від нижньої точки шкали ("Про") до знаку "x";

б) висоту самооцінки - від "0" до знаку "x";

в) значення розбіжності між рівнем домагань і самооцінкою - відстань від знаку "x" до знаку "-", якщо рівень домагань нижче самооцінки, він виражається негативним числом.

2. Розрахувати середню величину кожного показника по всіх шести шкалах.

Оцінка та інтерпретація окремих параметрів. У нижчеподаній таблиці дані кількісні характеристики рівнів домагань і самооцінки, отримані для учнів 7-10 класів міських шкіл (близько 900 чол.)

Параметр	Кількісна характеристика (бал)
----------	--------------------------------

	норма			дуже високий
	низький	середній	високий	
Рівень домагань	менше 60	60-74	75-89	90-100
Рівень самооцінки	менше 45	45-59	60-74	75-100

Рівень домагань. Норму, реалістичний рівень домагань, характеризує результат від 60 до 89 балів. Найбільш оптимальний - порівняно високий рівень - від 75 до 89 балів, що підтверджує оптимальне уявлення про свої можливості, що є важливим чинником особистісного розвитку. Результат від 90 до 100 балів зазвичай засвідчує некритичне відношення дітей до власних можливостей. Результат менше 60 балів свідчить про занижений рівень домагань, він - індикатор несприятливого розвитку особистості.

Висота самооцінки. Кількість балів від 45 до 74 ("середня" і "висока" самооцінка) засвідчують реалістичну (адекватну) самооцінку. Кількість балів від 75 до 100 і вище свідчить про завищену самооцінку і вказує на певні відхилення у формуванні особистості. Завищена самооцінка може підтверджувати особистісну незрілість, невміння правильно оцінити результати своєї діяльності, порівнювати себе з іншими; така самооцінка може вказувати на істотні спотворення у формуванні особистості - "закритості для досвіду", нечутливості до своїх помилок, невдач, зауважень та оцінками оточуючих. Кількість балів нижче 45 вказує на занижену самооцінку (недооцінку себе) і свідчить про крайнє неблагополуччя в розвитку особистості. Ці учні складають "групу ризику", їх, як правило, мало. За низькою самооцінкою можуть ховатися два абсолютно різних психологічних явища: справжня невпевненість в собі і "захисна", коли декларування (самому собі) власного невміння, відсутність здатності і т. п. дозволяє не докладати жодних зусиль.

Бланк для відповідей (Методика Дембо-Рубінштейна)

Прізвище, ім'я _____

Вік _____

Клас _____

здоров'я
зовнішність



розум, здібності
впевненість у собі



характер



авторитет у однолітків



умілі руки

