

УДК 616-056.76:614.88

Богацкая Е. Д.*КУ «Областная клиническая психиатрическая больница»
Запорожского областного совета (г. Запорожье)***Медико-психологические аспекты насилия в семье**

Изнасилованиям в семье подвергаются 68 % украинских женщин (около 18 миллионов). Они страдают от домашнего насилия чаще, чем от грабежей, изнасилований и автомобильных катастроф вместе взятых. 35—50 % женщин, которые попадают в больницы с телесными травмами, — жертвы домашней тираннии. Новая подпитка домашнего насилия — «гибридная война» в Украине, возвращение домой ветеранов с неизгладимыми для психики и жизни в целом, последствиями. Проблема домашнего насилия в нашем обществе считается неприличной, почти запретной, и поэтому окружена множеством домыслов и легенд. И сейчас все случаи проявления домашнего насилия в семьях, где мужья или отцы и сыновья участвовали в военных действиях, просто замалчиваются, как «неудобная» для обсуждения тема. Привычка «не выносить сор из избы» — одна из составляющих нашего менталитета.

Насилие в семье проходит определенные циклы своего развития. В первой фазе мы наблюдали постепенный рост напряжения в виде маленьких происшествий, например, обидных слов, ревности, взрывов злости, угроз, с постепенным усилением такого поведения. Для второй фазы характерны взрывы злости с неконтролируемым нападением на жертву. После акта насилия у насильника обычно наступало отрицание этого факта, и недоверие к оценке происшедшего жертвой. Для третьей фазы («медовый месяц») было характерно спокойное поведение мужчины, который демонстрировал как нежно и любяще он относится к своей партнерше. Мужчина понимал, что «переиграл», чувствовал себя виноватым, сожалел о случившемся и желал всеми способами загладить свою вину. Но после окончания третьей фазы вновь наступала первая фаза, и цикл повторялся.

Основные формы насилия в семье были следующие: принуждение и угрозы, запугивание, эмоциональное насилие, экономическое насилие, шовинизм, использование детей, отрицание или уменьшение обвинения, использование изоляции.

Почему же женщина не прибегала к расставанию с таким партнером? В числе основных причин: 1) вера в традиционные ценности, такие как постоянство, любовь и верность в супружестве; 2) вера в то, что именно ему, а не ей нужна помощь; 3) вера в обещания партнера, в то, что он действительно изменится к лучшему; 4) убежденность в том, что если она оставит партнера, то произойдет что-то ужасное; 5) отсутствие работы, финансовая зависимость; 6) «просто некуда уйти».

Результаты, полученные нашими коллегами, а также собственный опыт свидетельствуют о том, что использование в психокоррекционной работе среди жертв, а также виновников насилия психологических техник, таких как «Внутренний диалог», «Стоп-Перерыв», составление «Плана безопасности», работа по специальной Интервенционной программе для виновников домашнего насилия в групповых психотерапевтических сессиях позволяет добиться положительных результатов.

На государственном уровне очень важно, чтобы Верховная Рада проголосовала за присоединение Украины к Стамбульской конвенции «О предотвращении насилия относительно женщин и домашнего насилия и борьбе с этими явлениями». Тогда, возможно, ситуация с проблемой домашнего насилия будет более контролируемой.

УДК 616.89:37.013.77

Борщевська А. В., Кирилюк С. С.*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)***«Епідемія» шкільної неуспішності: системний погляд***Ne noceas, si juvare non potes*

Протягом останніх років актуальними стали дискусії щодо проблем/перемог нашої системи освіти, про те, що в ній треба міняти, а що, навпаки, зберегти. З другого боку, досі відсутня державна Концепція моніторингу якості освіти. На жаль, сучасна система освіти в нашій країні передбачає недиференційований підхід до дітей, що забезпечує їм перманентний стрес у процесі навчання, який треба вирішувати не тільки зміною шкільної програми, а і глобальною зміною педагогічних технік та підходів до подачі інформації (Гольдберг К., 2016). Сучасні діти добре знають, чого вони хочуть і ще краще знають, чого вони не хочуть. Довічне дитяче питання «чому?» замінено на «для чого?», оскільки «нові» діти мають виражену вольову настанову на усвідомлені дії. Окрім цього, дітей неможливо змусити робити щось, у чому, на їхню думку, нема для них сенсу...

Згідно з даними літератури, в Україні 25—30 % дітей у початковій школі не дають раду з освоєнням соціальної ролі учня; в підлітковому віці 21 % учнів мають низький, 61 % — середній і 18 % — високий рівень адаптивної поведінки (Марцинковська І. І., 2016). Рівень шкільної неуспішності в Європі і США суттєво нижчий, лише 5—10 % дітей мають труднощі у навчанні. Поза тим, близько 5 % всіх звернень до педіатра і, як мінімум, 50 % візитів до психіатра в США пов'язані зі скаргами на шкільну неуспішність, поведінкові та емоційні проблеми у стосунках із однокласниками та вчителями. У Великобританії близько 71 % дітей із діагнозами емоційних і поведінкових розладів відчують труднощі у навчанні, 57 % учнів із шкільною неуспішністю відповідають діагностичним критеріям тих чи інших психічних розладів. «Школотоксикоз», який можна спостерігати останнім часом у українських дітей та підлітків, — це гостре отруєння від шкільного навчання через його надлишковість, недозованість та недиференційованість (Горбунова В., 2015)

Отже, нашим завданням було намагання узагальнити систему чинників, що призводять до шкільної неуспішності. В здоровому середовищі дитина може відчути себе щасливою легко та невимушено. Інші стани у дітей виникають з не меншою легкістю. Оточені тиском та конфліктами, діти важко пристосовуються до цих обставин. Як наслідок — розвиток патологічних синдромів. Про шкільну неспроможність (*school failure, learning disabilities*) частіше говорять у тих випадках, коли академічні успіхи дитини не відповідають психофізіологічно мотивованим очікуванням вчителів/батьків.

Мотивацією до досягнень та відвідування школи у дітей/підлітків є спілкування з однолітками та друзями; цікавий та доступний для сприймання навчальний процес; можливість демонструвати розум та свої досягнення. Антимотивацією є розчарування у спілкуванні з ровесниками («офірний цап»); акцентування на критиці з дорослих, гострота критики (особливо у молодшій школі); неможливість мати і, відповідно, хизуватися «крутими» забавками та речами; дитячі дефіцити (надлишкова маса тіла, окуляри тощо), які прокують кепкування та цькування однолітками.

Консультативно треба розгорнути стратегію: «що можна зробити для дитини?» Кроками до цього є відчуття сім'ї,

що вони не є «самотнім островом»; навчання батьків щодо важливості постійного пошуку діалогу з дитиною, аналізу причин проблем та допомога у їх подоланні; дозування навчання, запобігаючи «школотоксикозу»; допомога дитині самостійно оцінювати свої успіхи та досягнення, без «прив'язування» до шкільної оцінки; підтримка конструктивного ставлення до школи та поваги до вчителів. Єдиним свідченням правильності процесу навчання є щастя дитини (Монтесорі М., 1913).

УДК 613.865/.8676616.003.96-057.875

В'юн В. В.

Харківський національний медичний університет (м. Харків)
Медико-психологічна підтримка лікарів-інтернів в сучасних умовах

Надання якісної медичної допомоги населенню, серед іншого, забезпечує наявність достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Існує широкий спектр тверджень щодо взаємозв'язку професійного рівня медичного персоналу, стану його освіченості, виявлення мотиваційної ролі освітніх процесів як регулятора підвищення якості медичної допомоги.

Нами з метою розроблення системи медико-психологічної підтримки в період професійної підготовки фахівця було проведено комплексне обстеження 256 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету, обох статей, у віці 23—30 років

Аналіз феномена розладів адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності дозволив нам виокремити основні типи дезадаптивних реакцій: астеничний, дисфоричний, антоно-апатичний, тривожно-депресивний, аддиктивний та психосоматичний.

Нами розроблено систему медико-психологічної підтримки в період професійної підготовки фахівця, що передбачає поетапне введення психотерапевтичних методик залежно від індивідуальних особливостей інтернів і змістовної частини психотерапії. До складу вищевказаної програми входять такі психотерапевтичні методики: Рациональна психотерапія (класичний варіант Дюбуа), спрямована на мобілізацію захисних сил особистості, на розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск реакції дезадаптації, спрямована робота з ресурсами для підвищення рівня адаптації, на регенерацію особистісної активності, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, зміну системи відносин, аналіз і корекція копінг-стратегій.

Особистісно-орієнтована психотерапія (Карвасарський Б. Д., Інсурина Г. Л. і Тишлаков В. А., 1994), спрямована на розкриття і перероблення внутрішнього психологічного конфлікту і корекцію неадекватних особистісних відносин.

Когнітивно-біхевіоральна психотерапія (модифікація Бека — Еліса), спрямована на формування адекватної самосвідомості, навчання аналізувати типи, стресові ситуації; складати плани діяльності з використанням правил складання афірмацій і напрацювання навичок поведінки в них. Психосвітні тренінги (Марута Н. О., Кожина Г. М., Коростій В. І.), які включали в себе використання інформаційних модулів, тренінгів позитивного самосприйняття, формування комунікативних вмінь і навичок, розв'язання проблем міжособистісної взаємодії та проблемно-орієнтованих дискусій.

У процесі роботи було використано аутогенне тренування, яке застосовувалося нами в різних модифікаціях залежно від особливостей особистісного реагування лікаря-інтерна. Зокрема, у разі домінування тривожних радикалів

ми використовували модифікацію Клейнзорге і Клумбіеса, спрямовану на непоширення тривожної симптоматики, активацію захисних психологічних механізмів; у разі яскраво вираженої астенизації застосовували психотонічний варіант Шогамі А. М. — Мировського К. І., спрямований на підвищення самооцінки й адекватного сприйняття оточуючих, купірування астеничної симптоматики.

Необхідно зауважити, що ефективність психотерапевтичного впливу можлива лише в поєднанні із заходами організаційного та педагогічного плану.

Результати трьохрічного катamnестичного спостереження свідчать про високу ефективність запропонованої системи медико-психологічної підтримки. Під час її проведення реакції дезадаптації в лікарів-інтернів у період адаптації до професійної діяльності спостерігалися вірогідно рідше.

УДК 616.89 + 615.851.6 + 159.9

Вязьмітінова С. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)

Принципи організації медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій в санаторно-курортних умовах

Медико-психологічна реабілітація — це комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО. Психогенні розлади у військовослужбовців займають особливе місце у зв'язку з тим, що можуть мати віддалені наслідки. Цим визначається необхідність проведення всіх можливих заходів відповідного лікування і медико-психологічної реабілітації. З метою відновлення соціальної активності, працездатності учасників бойових дій на базі санаторно-курортних закладів створюються Центри (відділення) медико-психологічної реабілітації, які є структурним підрозділом цього закладу.

Основними завданнями Центру (відділення) є :

1. Максимально можливе відновлення рівня здоров'я, рівня соціального функціонування й якості життя учасників бойових дій за допомогою лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів.

Проведення курсового відновного лікування та реабілітації хворих за допомогою комплексу медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних та немедикаментозних заходів.

Психотерапевтична та медико-психологічна допомога особам, які постраждали внаслідок участі в АТО: психокорекція наслідків невротичних розладів, реакцій на стрес і реакцій дезадаптації.

Психотерапевтична та психологічна корекція субкомпенсованих особистісних реакцій та наслідків неврозподібних станів у хворих на органічні ураження головного мозку.

Розроблення та впровадження комплексів психологічного розвантаження для осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО.

У Центрі (відділенні) медико-психологічної реабілітації мають бути створені всі умови для своєчасного надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги. Працівники Центру, тобто лікарі-психологи, лікарі-психотерапевти забезпечують застосування сучасних методів та методик діагностики, психодіагностичних, психотерапевтичних, психокорекційних, соціореабілітаційних програм.