

Психосоматичні наслідки насильства в умовах війни: аналіз зв'язку з типом травматизації та рівнем стресу

Олег Чабан

Анна Олексієнко

НМУ ім. О.О.Богомольця

Актуальність. На тлі війни та соціально-економічної нестабільності в Україні спостерігається зростання кількості випадків насильства і пов'язаного з ним хронічного стресу. Відомо, що пережите насильство призводить до психологічних розладів (депресії, тривожності, посттравматичного стресу) та численних психосоматичних симптомів, однак в українській науці бракує міждисциплінарних досліджень цієї проблеми.

Мета. Визначити особливості психосоматичних проявів у дорослих, які пережили насильство в умовах воєнного часу, та проаналізувати їхній зв'язок із видами насильства, рівнем життєвого стресу й гендерними факторами.

Матеріали і методи. Обстежено 200 респондентів методами онлайн-анкетування. Для виявлення досвіду насильства використовувалася анкета, що охоплює 5 типів насильницьких дій (фізичне, сексуальне, психологічне, економічне та пов'язане з вихованням). Психологічні та психосоматичні симптоми оцінені за допомогою опитувальника SCL-90-R, рівень життєвих стресових подій – за шкалою Холмса-Раге. Респонденти розподілені на експериментальну групу ($n=178$, мали ≥ 2 ознаки насильства) та контрольну групу ($n=22$, ≤ 1 ознаки). Проведено непараметричний порівняльний аналіз груп (критерій Манна-Уїтні) та кореляційний аналіз (ρ Спірмена) при рівні значущості $p < 0,05$.

Результати. Серед опитаних найпоширенішим було психологічне насильство (88,5%). Середній сумарний показник життєвого стресу склав 197 балів, що відповідає помірному рівню. Найбільш стресогенними подіями були зміна фінансового стану, місця проживання та умов життя (кожна – у 41,7% респондентів). За даними SCL-90-R, постраждалі від насильства продемонстрували високий рівень психічного дистресу та психосоматичних скарг: їхні середні показники за основними шкалами суттєво перевищували нормативні значення. Найпоширеніші симптоми включали головний біль (66,7%), хронічну втому, порушення концентрації (62,5%), м'язове напруження та біль у грудях. Експериментальна група достовірно відрізнялася від контрольної: зокрема, середній рівень стресу за Холмсом-Раге у жертв насильства майже втричі вищий (212 проти 78 балів; $p < 0,05$), а показники за 8 із 9 шкал SCL-90-R значно перевищували такі у осіб без травматичного досвіду ($p < 0,05$). Кореляційний аналіз підтвердив специфічний вплив різних видів насильства на психічні симптоми: економічне насильство найбільш тісно пов'язане із соматизацією ($\rho = 0,37$; $p < 0,05$), сексуальне насильство корелює з широким спектром розладів (значущі зв'язки з 10 із 12 показників SCL-90-R, особливо з ворожістю та тривожністю ($\rho \approx 0,26-0,32$; $p < 0,05$)), фізичне – також корелює з широким спектром розладів (значущі зв'язки з 8 із 12 показників SCL-90-R, особливо із параноїдальними ідеями, тривожністю та загальною кількістю симптомів ($\rho \approx 0,25-0,32$; $p < 0,05$)). Психологічне насильство асоціюється з підвищеною ворожістю ($\rho = 0,31$) та незначним зниженням фобічної тривожності ($\rho = -0,15$), а насильство у процесі виховання – лише зі слабо вираженими соматичними та депресивними проявами. Жінки значно частіше зазнавали сексуального (25% vs 9%) і економічного насильства (50% vs 32%) порівняно з чоловіками, тоді як чоловіки частіше повідомляли про фізичне (29% vs 16%)

та виховне насильство (68% vs 53%). Попри те, що жінки загалом частіше були жертвами, чоловіки, які пережили насильство, демонстрували вищий рівень obsесивно-компульсивних ($p=0,026$), параноїдних ($p=0,014$) і психотичних симптомів ($p=0,028$), а також більш тяжкий загальний дистрес (GSI; $p=0,046$), ніж постраждали жінки.

Висновки. Результати дослідження свідчать про наявність системного зв'язку між пережитим насильством та психосоматичним здоров'ям. В умовах війни досвід насильства поєднується з хронічним стресом, що суттєво підвищує ризик психічного та соматичного виснаження жертв. Найбільш виражені наслідки для психіки спостерігаються при сексуальному, фізичному та психологічному насильстві. Жінки і чоловіки демонструють різні профілі реагування на травму, що потребує гендерно чутливого підходу в допомозі. Отримані дані можуть бути використані для вдосконалення скринінгу насильства у медичній практиці та розробки реабілітаційних заходів для постраждалих.

Актуальність

Російсько-українська війна та пов'язані з нею соціально-економічні потрясіння призвели до зростання рівня насильства в українському суспільстві. Насильство – надзвичайно поширене явище: за даними ВООЗ, кожна третя жінка у світі зазнає фізичного чи сексуального насильства протягом життя [4]. В умовах війни ризик стати жертвою будь-якої форми агресії лише посилюється, а хронічний стрес, викликаний воєнними діями, створює підґрунтя для тяжких наслідків травматизації.

Пережите насильство негативно впливає як на психічне, так і на фізичне здоров'я людини. Крім розвитку посттравматичного стресового розладу, тривожних чи депресивних станів, жертви часто страждають на психосоматичні порушення – тілесні симптоми і захворювання, зумовлені психологічним стресом. До типових психосоматичних проявів насильства належать хронічні болі (головний біль, біль у спині), розлади сну та апетиту, гастроентерологічні та серцево-судинні проблеми, які не мають достатнього органічного пояснення. Емоційне (психологічне) насильство особливо підступне, оскільки не залишає видимих слідів, проте часто призводить до соматизації – появи фізичних симптомів внаслідок пережитого дистресу. Існують дані, що навіть без застосування фізичної сили психологічний тиск може викликати комплексний травматичний ефект та підвищувати рівень соматичних скарг у жертв.

Попри актуальність проблеми, в українській академічній літературі відсутні системні міждисциплінарні роботи, що поєднали б психологічний і медичний аспекти вивчення наслідків насильства. Наявні публікації переважно описують поширеність різних форм насильства або досліджують окремо психічні розлади у постраждалих, не простежуючи зв'язку із соматичними проявами. Питання психосоматичних реакцій на травму в умовах війни залишається недостатньо вивченим. Таким чином, існує нагальна потреба у комплексному аналізі взаємозв'язку між досвідом насильства, стресовими факторами війни та соматичним здоров'ям постраждалих осіб.

Мета дослідження

Визначити психосоматичні наслідки пережитого насильства в умовах війни та виявити особливості прояву цих наслідків залежно від виду насильства, рівня хронічного стресу і статі постраждалих.

Методи дослідження

Дослідження проводилося в період грудень 2024 – березень 2025 року. У ньому взяли участь 200 добровольців (136 жінок і 64 чоловіків) віком від 18 до 52 років ($M=32,6$). Учасників залучали шляхом поширення онлайн-анкети: первинно серед клієнтів центру нейрофізіології для дітей та дорослих «Development Clinic» (м. Київ) та їхніх знайомих, надалі за принципом «снігової кулі». Вибірка носила зручний характер і не є репрезентативною для всього населення, проте включала осіб з релевантним досвідом (батьків дітей з особливими потребами та інших людей, що зверталися по психологічну допомогу), що підвищує ймовірність виявлення цільових ефектів. Кожен респондент перед початком опитування надав електронну інформовану згоду; опитування було анонімним і конфіденційним, відповідало етичним вимогам (добровільність участі, можливість припинити заповнення у будь-який момент, захист персональних даних).

Інструменти. Анкета містила блок питань для збору соціально-демографічних даних (стать, вік, освіта, сімейний стан, наявність дітей тощо) та спеціально розроблений опитувальник для виявлення досвіду насильства. Цей опитувальник охоплював п'ять основних видів насильства: *фізичне* (пряме застосування сили – удари, штовхання, обмеження свободи, контроль фізичних потреб), *сексуальне* (примус до статевих актів або дотиків, сексуальні приниження, домагання), *психологічне* (вербальні образи, погрози, контроль, приниження та залякування, ізоляція від спілкування), *економічне* (фінансовий контроль, позбавлення коштів, заборона працювати чи навчатися) та *насильство, пов'язане з вихованням/навчанням* (жорстоке поводження з боку батьків, опікунів чи педагогів, булінг у закладі освіти). Для кожного типу наводився перелік можливих ситуацій; якщо респондент відзначав дві чи більше ситуацій з одного блоку, вважалося, що він зазнав відповідного виду насильства.

Для оцінки психічного стану використовувався *Симптоматичний чек-лист SCL-90-R* (Л.Дерогатіс, адаптований варіант опитувальника) – стандартизований інструмент, що складається з 90 тверджень, об'єднаних у 9 симптоматичних шкал: соматизація, нав'язливі стани (обсесивно-компульсивні симптоми), міжособистісна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїдність та психотизм. Також розраховуються три загальні індекси дистресу: глобальний індекс тяжкості (Global Severity Index, GSI), індекс інтенсивності симптомів (Positive Symptom Distress Index, PSDI) та загальна кількість симптомів (Positive Symptom Total, PST). Для визначення рівня життєвого стресу застосовано *шкалу стресостійкості та соціальної адаптації Холмса-Пейджа* (Social Readjustment Rating Scale, SRRS). Ця методика оцінює сумарну «вагу» стресогенних життєвих подій за останній рік у балах; значення понад 300 балів вказує на високий ризик стрес-індукованих захворювань, 150-299 балів – помірний ризик, менше 150 – низький ризик. Крім того, враховувалися суб'єктивні скарги респондентів на стан здоров'я.

Процедура та статистичний аналіз. Після заповнення анкети респондентами було проведено формування груп для порівняння. *Контрольну групу* склали 22 особи (11% вибірки), які не мали суттєвого травматичного досвіду – вони не вказали більше ніж одну ознаку в жодному з п'яти блоків насильства. *Експериментальна група* об'єднала 178 осіб, що мали досвід насильства (два або більше епізодів хоча б за одним видом). Збір та обробку даних здійснено за допомогою табличного редактора Microsoft Excel і статистичного пакету SPSS. Зважаючи на переважно не нормальний розподіл кількісних показників, для перевірки гіпотез застосовано непараметричні критерії. Проведено розрахунок описової статистики (середнє значення, медіана, стандартне відхилення, частки) для всіх шкал SCL-90-R та сумарного бала Холмса-Пейджа у кожній групі. Для оцінки різниць між групами використано U-критерій Манна-Уїтні (рівень значущості $p<0,05$). Для аналізу зв'язків між явищами (типами пережитого насильства та показниками психічного стану) обчислено коефіцієнти кореляції Спірмена (ρ); значення $\rho<0,05$ вважали статистично значущими.

Результати

Поширеність насильства і рівень стресу

Більшість учасників (178 осіб, 89%) повідомили про пережитий досвід насильства хоча б одного виду. Найпоширенішим типом було психологічне насильство – його ознаки зазначили 88,5% постраждалих. Понад половину респондентів зазнали насильства, пов'язаного із вихованням, (54%) та економічного утиску (45%). Фізичне та сексуальне насильство зустрічалися відносно рідше (у ~20% випадків кожне). Сумарний рівень життєвого стресу за шкалою Холмса-Рей у вибірці становив у середньому 197 ± 75 балів, що відповідає помірному стресовому навантаженню. Найчастіше серед стресогенних життєвих подій за останній рік респонденти відзначали погіршення фінансового становища, зміну місця проживання та умов життя (кожну – 41,7% опитаних), серйозні проблеми зі здоров'ям близьких (37,5%) і зміни в умовах праці (29,2%). Ці фактори вказують на наявність хронічного стресу в житті опитаних, що особливо характерно для воєнного часу. Примітно, що 100% респондентів серед значущих подій назвали святкування традиційних свят (Новий рік, День народження тощо) – ймовірно, через зміну їх емоційного забарвлення після пережитого травматичного досвіду.

Психосоматичні симптоми у постраждалих

Результати опитувальника SCL-90-R вказують на високий рівень психічного напруження та соматичного дискомфорту серед жертв насильства. Середні показники постраждалих значно перевищували нормативні значення за вісьмома з дев'яти основних шкал (окрім фобічної тривожності). Найістотніше перевищення норми відзначено за шкалами депресії ($M=1,21$ проти 0,68 у нормі) та параноїдних ідей ($M=1,13$ проти 0,67). Це узгоджується із суб'єктивними скаргами респондентів: дві третини постраждалих страждали на хронічні головні болі (66,7%), майже стільки ж – на постійну втому, млявість і порушення концентрації уваги (62,5%). Також більше, ніж у половини спостерігалися різні тілесні прояви стресу – м'язове напруження, болі в грудях, відчуття загальної слабкості. Поряд із соматичними симптомами респонденти часто повідомляли про емоційні порушення – підвищену дратівливість, тривогу, пригнічений настрій, відчуття провини або страху. Сукупність цих даних свідчить про психоемоційне виснаження осіб із досвідом насильства.

Порівняння із контрольної групою

Для оцінки впливу травматичного досвіду було зіставлено показники 178 постраждалих та 22 учасників без значущого досвіду насильства. Усі міжгрупові відмінності виявилися статистично значущими ($p < 0,05$). Рівень життєвого стресу в експериментальній групі майже утричі перевищував показник контролю (212 проти 78 балів) і відповідав помірному ризику стрес-асоційованих захворювань, тоді як контрольна група знаходилася в зоні низького ризику. За всіма шкалами SCL-90-R жертви насильства набрали достовірно більше балів, ніж непостраждалі (U-тест, $p < 0,05$). Наприклад, середній показник депресії у групі з досвідом насильства перевищував 1,3 бали (при нормі 0,68), тоді як у контрольній групі він був близьким до 0,1. Аналогічні разючі розбіжності зафіксовано і за іншими шкалами опитувальника: постраждалі суттєво перевершували непостраждалих за рівнем тривожності, соматизації, міжособистісної чутливості, obsесивно-компульсивних симптомів, ворожості, параноїдності та психотизму. Таким чином, респонденти з історією багаторазового насильства демонструють значно вищий рівень психосоматичних скарг і психологічного дистресу порівняно з особами без такого досвіду.

Гендерні особливості

Аналіз показав наявність гендерно зумовлених відмінностей як у поширеності різних видів насильства, так і в характері психосоматичної реакції на травму. Жінки в нашій вибірці значно частіше повідомляли про сексуальне насильство (24,6% жінок проти 8,9% чоловіків) та економічне утискання (50% vs 32,1%). Натомість серед чоловіків вищою була частка тих, хто

зазнав фізичного насильства (28,6% vs 15,6%) чи пов'язаного із вихованням/навчанням (67,9% vs 53,3%). Психологічне насильство виявилось вкрай поширеним серед обох статей (понад 90% як чоловіків, так і жінок). Серед психосоматичних показників чоловіки демонстрували значно вищі рівні обсесивно-компульсивної симптоматики, параноїдних ідей та психотичних симптомів. Зокрема, у чоловіків з досвідом насильства середній бал за шкалою обсесивності складав 1,50, тоді як у жінок – 1,15 ($p=0,026$); за шкалою параноїдності – 1,49 проти 1,14 ($p=0,014$); за шкалою психотизму – 1,03 проти 0,76 ($p=0,028$). Глобальний індекс тяжкості дистресу (GSI) також був вищим у постраждалих чоловіків (1,25 vs 1,02; $p=0,046$). Отже, хоча жінки частіше зазнають насилля, чоловіки, що стали жертвами, схильні проявляти тяжчі за характером (параноїдні, обсесивні, дисоціативно-подібні) симптоми у відповідь на травму. Це може вказувати на відмінності у стилях переживання і вираження емоцій між статями: жінки більш схильні до соматизації та афективних розладів, тоді як чоловіки частіше інтерналізують травму у формі когнітивної дезорганізації та недовіри.

Зв'язок насильства з психопатологічними симптомами

Кореляційний аналіз (ρ Спірмена) висвітлив специфічні асоціації між окремими видами пережитого насильства та показниками SCL-90-R у експериментальній групі. Нижче наведено узагальнення виявлених зв'язків (усі наведені кореляції значущі, $p<0,05$):

Сексуальне насильство: корелює з найбільшою кількістю психологічних показників – значущі позитивні зв'язки виявлено з 10 із 12 оцінок SCL-90-R. Найвищі коефіцієнти ρ відзначені для ворожості (0,32), тривожності (0,26) та глобального індексу тяжкості дистресу GSI (0,26), що вказує на комплексний негативний вплив сексуального насильства на психіку жертви;

Фізичне насильство: статистично значуще пов'язане з 8 із 12 показників SCL-90-R. Помірні позитивні кореляції спостерігаються з параноїдними ідеями ($\rho=0,32$), загальною кількістю симптомів PST ($\rho=0,27$) та тривожністю ($\rho=0,25$). Це свідчить, що пережите фізичне насильство асоціюється з підвищеним дистресом і чисельністю психосоматичних скарг;

Економічне насильство: має виражений зв'язок із соматизацією – тілесними симптомами стресу ($\rho=0,37$). Також виявлено слабші, але значущі кореляції з депресією, ворожістю та міжособистісною чутливістю (усього 5 із 12 шкал SCL-90-R дали значущий зв'язок). Таким чином, економічний тиск суттєво підвищує ризик психосоматичних розладів, навіть без фізичного ушкодження тіла жертви;

Психологічне насильство: впливає на психічний стан відносно обмежено. Значущу позитивну кореляцію знайдено лише з рівнем ворожості ($\rho=0,31$): фінансовий гніт супроводжується зростанням агресивності та роздратування. Окрім того, зафіксовано слабкий зворотний зв'язок психологічного насильства з фобічною тривожністю ($\rho=-0,15$), що можна інтерпретувати як формування у жертв певної «звички» до страху, зниження реактивності на ситуаційні страхітливі стимули;

Насильство, пов'язане з вихованням/навчанням: показало найменший вплив на психопатологічні показники – статистично значущі, хоч і помірні, кореляції простежуються тільки з соматизацією ($\rho=0,21$) та депресією ($\rho=0,16$). Відповідно, цей вид травматичного досвіду спричинив найменші психосоматичні зрушення серед досліджуваних.

Найбільш виражені зв'язки з психосоматичними проявами спостерігаються у випадку сексуального та фізичного насильства, які корелюють з більшістю шкал SCL-90-R. Водночас економічне насильство виявилось головним предиктором саме соматичних симптомів. Психологічне та особливо виховне насильство мали менш помітні наслідки, хоча теж не є цілком безпечними для психіки. Отримані дані узгоджуються з результатами інших досліджень, які підкреслюють серйозні довготривалі ефекти сексуального та емоційного насильства на здоров'я людини.

Обговорення

Отримані результати підтверджують, що пережите насильство має суттєві негативні наслідки для психічного та соматичного здоров'я людини. Усі гіпотези дослідження знайшли підтвердження. По-перше, серед осіб із травматичним досвідом відзначається висока поширеність психосоматичних симптомів і скарг, чий рівень значно перевищує показники у людей без такого досвіду. Наші респонденти, які пережили багаторазове насильство, мали високий сумарний бал за шкалою стресу та індекси SCL-90-R, що відповідають клінічно значущому дистресу. Таким чином, хронічний вплив насильства (особливо в умовах воєнного часу, коли він посилюється загальним стресовим фоном) асоціюється зі станом емоційного виснаження та підвищеним ризиком психосоматичних розладів. По-друге, продемонстровано специфічні ефекти різних видів насильства. Найбільш руйнівним у психосоматичному вимірі виявилося сексуальне насильство – його жертви мають найширший спектр психологічних проблем, що підтверджує висновки попередніх досліджень. Також серйозним тригером психопатологічних змін виступає економічне та психологічне насильство: незважаючи на відсутність тілесних ушкоджень, воно спричиняє стійкий соматичний дистрес (соматизацію), що може узгоджуватися з концепцією «прихованої» травми, описаної в літературі. Фізичне насильство очікувано пов'язане з підвищенням тривожності, недовірливості та загальної кількості симптомів – подібні результати отримані в міжнародних дослідженнях, де фізична агресія асоціювалася з розвитком широкого кола психосоматичних скарг у жертв. Натомість психологічне насильство та насильство у процесі виховання показали слабші кореляції з симптоматикою, що можна пояснити їхньою опосередкованою дією або частковою нормалізацією в суспільстві (люди не завжди усвідомлюють фінансовий контроль чи суворе виховання як насильство). Однак навіть ці менш очевидні форми насильницьких дій продемонстрували специфічний вплив (наприклад, економічний гніт підвищує рівень ворожості в жертви), тому їх не можна ігнорувати при оцінці стану постраждалого.

Важливим результатом є виявлення гендерних відмінностей. Жінки та чоловіки не лише мають різний ризик зазнати певних типів насильства (як показано в нашій вибірці), а й відрізняються характером психологічної реакції на травму. Зокрема, чоловіки-учасники дослідження статистично частіше демонстрували когнітивно-перцептивні розлади (обсесивність, параноїдальність, елементи психотичності), в той час як жінки – більше афективні та психосоматичні симптоми (депресія, тілесні скарги). Ці дані узгоджуються з іншими науковими спостереженнями: у жінок психотравма у стосунках частіше призводить до депресивно-тривожних станів і соматоформних розладів, тоді як чоловіки схильні переживати травму більш «внутрішньо», зокрема через недовіру, нав'язливі думки чи агресивність. Причиною можуть бути гендерні стереотипи та моделі поведінки: жінки зазвичай дозволяють собі показувати вразливість і шукати допомоги, тоді як чоловіки прагнуть придушувати емоції, що, зрештою, проявляється у психосоматичних реакціях. Практичний висновок полягає в тому, що підтримка постраждалих має враховувати стать клієнта: наприклад, чоловікам може більше підходити когнітивно-поведінкова терапія з акцентом на опрацювання підозрілості та контроль над деструктивною поведінкою, тоді як жінкам – емпатична емоційна підтримка, спрямована на проживання травматичних спогадів і опрацювання тілесних відчуттів.

Наше дослідження має як сильні сторони, так і певні обмеження. До переваг належить комплексний підхід – одночасний аналіз різних форм насильства, широкого спектру психічних симптомів та стресових чинників, що дозволило встановити цілісну картину та нові закономірності (наприклад, зв'язок економічного насильства із соматизацією). Вперше в умовах воєнного стану в Україні отримано кількісні дані про психосоматичні ефекти насильства, які доповнюють світову наукову літературу конкретикою локального соціокультурного контексту. Практична значущість роботи полягає у формуванні рекомендацій для психологів і лікарів, які працюють з травмованими пацієнтами.

До обмежень слід віднести нерепрезентативність вибірки: вона була зручна, із переважанням жінок і осіб, що потенційно більше уваги приділяють своєму психічному здоров'ю. Це могло

дещо завищити абсолютні показники симптоматики в дослідженні. Водночас гендерний дисбаланс компенсується значною абсолютною кількістю чоловіків (64) у вибірці порівняно з багатьма попередніми працями, де досліджували переважно жінок. Іншим обмеженням є використання самоописових шкал: респонденти могли не завжди об'єктивно оцінити наявність у себе тих чи інших симптомів або проявів насильства. Оскільки дані збиралися одночасно (крос-секційно), не можна робити висновки про причинно-наслідковий характер виявлених зв'язків – ймовірно, між насильством і психосоматикою існує двобічний вплив, який потребує подальшого вивчення (наприклад, проспективними методами). Попри ці обмеження, результати дослідження є узгодженими та статистично переконливими, а отримані ефекти – достатньо сильними, щоб мати практичне значення.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки (залучення різних регіонів, соціальних груп), динамічному спостереженні за станом постраждалих у процесі реабілітації, а також у поглибленому аналізі нейрофізіологічних механізмів психосоматичної конверсії. Це дозволить краще зрозуміти біопсихосоціальні наслідки насильства та оптимізувати систему медико-психологічної допомоги

Висновки

- 1. Насильство і психосоматика.* Підтверджено наявність системного взаємозв'язку між пережитим насильством та психічним/фізичним здоров'ям. Особи з історією багаторазового насильства демонструють значно вищий рівень психологічного дистресу і соматичних симптомів (за SCL-90-R) та підвищене стресове навантаження (за шкалою Холмса-Рей), порівняно з тими, хто не зазнавав насилля.
- 2. Специфіка різних видів насильства.* Вплив насильства на психосоматичний стан залежить від його виду. Економічне насильство має найтісніший зв'язок із соматизацією – жертви економічного аб'юзу схильні соматично «відреагувати» травму. Сексуальне і фізичне насильство асоціюються з широким спектром психопатологічних симптомів (підвищена тривожність, депресивність, ворожість, нав'язливі та параноїдні ідеї тощо). Психологічне насильство зумовлює насамперед зростання рівня ворожості у жертви. Насильство, пов'язане з вихованням, має найменш виражений психосоматичний ефект, хоча пов'язане з окремими негативними проявами (депресія, психосоматичні скарги).
- 3. Порівняння груп.* Усі показники психічного і соматичного здоров'я достовірно гірші в групі постраждалих від насилля, ніж у контрольній групі. Група з досвідом ≥ 2 видів насильства (експериментальна) за результатами U-тесту Манна-Уїтні показує значно вищі середні бали за шкалами SCL-90-R та сумарним рівнем стресу, ніж група без травматичного досвіду. Це підтверджує негативний кумулятивний ефект насильства на здоров'я і відповідає гіпотезі про суттєве підвищення ризику психосоматичних розладів у жертв.
- 4. Гендерні відмінності.* Жінки значно частіше зазнають сексуального та економічного насилля, тоді як чоловіки – фізичного та пов'язаного з навчанням/вихованням. Жіночі жертви більш схильні до депресивних і соматоформних проявів, у той час як чоловіки на травму відповідають вираженими obsесивно-параноїдними симптомами. Це вказує на необхідність гендерно-чутливих підходів у реабілітації: психологічна допомога має враховувати різні моделі реагування у чоловіків і жінок

Практичні рекомендації

На основі проведеного дослідження розроблено низку рекомендацій для удосконалення системи виявлення і підтримки осіб, які пережили насильство:

- 1. Скринінг на насилля при першому зверненні.* Медичним і психологічним фахівцям доцільно

запровадити рутинне опитування пацієнтів щодо досвіду різних видів насильства (фізичного, сексуального, психологічного, економічного, у дитинстві). Рекомендується використовувати короткі стандартизовані опитувальники або чек-листи, аналогічні застосованим у цьому дослідженні. Особливу увагу слід звертати на непрямі ознаки пережитого насилля – соматичні скарги (біль, розлади сну, втомлюваність), підвищену тривожність, депресивні симптоми, які можуть бути «тілесними маркерами» прихованої травматизації.

2. Психологічна діагностика з фокусом на психосоматику. До стандартного психодіагностичного обстеження жертв насилля варто включати опитувальник SCL-90-R (або його скорочені версії) для оцінки рівня психологічного дистресу та психосоматичних проявів. Найбільш інформативними є шкали соматизації, депресії і тривожності (чутливі до більшості форм насилля), а також obsесивно-компульсивна, параноїдальна і психотична шкали (особливо актуальні для чоловіків). Рекомендується ретельно збирати інформацію про характер соматичних скарг – звертати увагу на симптоми з боку серцево-судинної, нервової та опорно-рухової системи як можливі наслідки психологічної травми.

3. Гендерно-чутливий підхід у терапії. Зважаючи на виявлені гендерні відмінності, психологічна допомога має адаптуватися під потреби клієнта з урахуванням його статі. Чоловіки, як показало дослідження, рідше відкрито говорять про емоції, натомість виявляють недовіру, підозрілість, нав'язливі думки; тому їм більше підходять раціонально-орієнтовані методи – когнітивно-поведінкова терапія, структурована психоедукація щодо наслідків травми, навчання навичкам емоційної саморегуляції. Жінки ж часто потребують пропрацювання виражених емоційних і тілесних переживань; для них доцільно застосовувати травма-фокусовану терапію (наприклад, метод десенсибілізації та переробки рухом очей, сенсорно-моторну психотерапію), тілесно-орієнтовані техніки (дихальні практики, релаксацію, арт-терапію) з акцентом на відновлення відчуття безпеки і довіри.

4. Корекція наслідків хронічного стресу. У програму допомоги постраждалим слід обов'язково включати заходи зі зниження рівня стресу. Рекомендуються регулярні релаксаційні практики (м'язова релаксація, майндфулнес-медитації, дихальні вправи), фізична активність, які зменшують психофізіологічне напруження. Також необхідно навчати клієнтів навичкам стрес-менеджменту та проводити психоедукацію щодо зв'язку між хронічним стресом, травмою та соматичними симптомами. Це допоможе запобігти розвитку тяжких психосоматичних розладів навіть у разі, якщо насильство триває або повторюється.

5. Забезпечення безпечного середовища. Під час роботи з постраждалими спеціаліст повинен оцінити, чи продовжується насильство в житті клієнта на цей момент, чи має він контакт з агресором. За потреби варто налагоджувати взаємодію з правоохоронними органами та соціальними службами, направляти клієнта до кризових центрів або притулків. Пацієнтам слід надавати інформацію про юридичні механізми захисту і доступні ресурси – гарячі лінії, групи підтримки, громадські організації, що допомагають жертвам насильства.

6. Виявлення прихованих форм насилля. Медичним працівникам і психологам слід бути уважними до менш очевидних проявів насильства. Економічне насильство у дитинстві часто залишається поза увагою, хоча призводить до реальних психосоматичних наслідків (зростання ворожості, депресивність тощо). Тому при збиранні анамнезу важливо ставити навідні запитання про фінансовий контроль, психологічні приниження в сім'ї, булінг та інші подібні ситуації. Необхідно підвищувати обізнаність клієнтів про те, що такі дії є насиллям і потребують опрацювання. Рекомендовано також проводити навчання медичного персоналу навичкам розпізнавання психосоматичних маркерів прихованого насильства (особливо економічного, психологічного та виховного).

7. Терапія психосоматичних розладів. У випадках, коли у постраждалого домінують стійкі тілесні симптоми (наприклад, хронічний біль без достатніх медичних причин, порушення сну, втома, психогенні розлади харчування), оптимально застосовувати міждисциплінарний підхід.

Спільна робота психолога, лікаря (сімейного або психіатра) та інших фахівців допоможе виключити соматичну патологію та одночасно надати цілісне лікування. Рекомендується використовувати методи, спрямовані безпосередньо на роботу з тілесними проявами стресу: тілесно-орієнтовану терапію, біофідбек, фізіотерапію; за необхідності – медикаментозну підтримку (симптоматичні препарати від безсоння, тривоги, больового синдрому) у комбінації з психотерапією.

8. Тривалість і моніторинг допомоги. При вираженому або багатофакторному досвіді насильства жертви потребують довготривалої підтримки. Рекомендується планувати курс психотерапії не менше 3-6 місяців, щоб опрацювати глибокі психологічні наслідки травми. Стан пацієнта слід відстежувати у динаміці: проводити повторне тестування (наприклад, за SCL-90-R) кожні 2-3 місяці для оцінки змін симптоматики та ефективності втручань, з можливістю коригування терапевтичного плану.

У цілому, допомога постраждалим від насильства має бути комплексною, інтегративною та гендерно чутливою. Обов'язковим компонентом реабілітації повинна стати робота з тілесними симптомами, які є важливим індикатором пережитої травми. Реалізація зазначених рекомендацій сприятиме більш ранньому виявленню жертв насилля у загальномедичній практиці, їх направленню до потрібних спеціалістів та наданню ефективної психологічної допомоги, що в перспективі покращить якість життя постраждалих і зменшить ризик хронізації психосоматичних розладів.

Посилання

1. Amnesty International. (н.д.). Місце і досвід насильства у гендерній соціалізації чоловіків. <https://www.amnesty.org.ua/choloviky-j-nasylstvo-amnesty-international-prezentovala-nove-socziologichne-opytuvannya/>
2. Anuk, D., & Bahadır, G. (2018). The association of experience of violence and somatization, depression, and alexithymia: A sample of women with medically unexplained symptoms in Turkey. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0762-5>
3. Barker, L. C., Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Intimate partner sexual violence: An often overlooked problem. *Journal of Women's Health*, 28(1), 1-5. <https://doi.org/10.1089/jwh.2017.6811>
4. World Health Organization. (2021, March 9). Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence. <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
5. Dokkedahl, S., Kristensen, T. R., Murphy, S., & Elklit, A. (2021). The complex trauma of psychological violence: Cross-sectional findings from a cohort of four Danish women shelters. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), Article 1863580. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1863580>
6. Glaus, J., Moser, D. A., Rusconi Serpa, S., Jouabli, S., Turri, F., Plessen, K. J., & Schechter, D. S. (2022). Families with violence exposure and the intergenerational transmission of somatization. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 820652. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.820652>
7. Gradus Research. (2022). Як змінилося життя українських дітей під час війни. <https://gradus.app/kk/open-reports/iak-zminilosia-zhittia-ukrayinskikh-ditei-pid-chas-viini/>
8. Hernández, W. (2021). Violence with femicide risk: Its effects on women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(5-6), NP2776-NP2801. <https://doi.org/10.1177/0886260518815133>
9. Iloson, C., Möller, A., Sundfeldt, K., & Bernhardsson, S. (2021). Symptoms within somatization after sexual abuse among women: A scoping review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(4), 587-598. <https://doi.org/10.1111/aogs.14084>
10. Jiménez-Granado, A., Fernández-González, L., Del Hoyo-Bilbao, J., & Calvete, E. (2023). Psychological symptoms in parents who experience child-to-parent violence: The role of self-efficacy beliefs. *Healthcare (Basel)*, 11(21), 2894.

- <https://doi.org/10.3390/healthcare11212894>
11. Kim, Y., Park, A., & Murphy, J. (2023). Patterns of adverse childhood experiences and mental health: Evidence from college students in Korea. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1-2), NP202-NP224. <https://doi.org/10.1177/08862605221102487>
 12. Lawrence, T. I., Hong, J. S., Sopchak, K. S., & Voisin, D. R. (2023). The association between exposure to community violence and somatic symptoms through bullying victimization among African American adolescents in Chicago: A developmental trauma approach. *Journal of Clinical Psychology*, 79(1), 116-134. <https://doi.org/10.1002/jclp.23475>
 13. Magalhães, J. R. F., Gomes, N. P., Mota, R. S., Santos, R. M. D., Pereira, Á., & Oliveira, J. F. (2020). Repercussions of family violence: Oral history of adolescents. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), Article e20180228. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0228>
 14. Moran, J. K., Jesuthasan, J., Schalinski, I., Kurmeyer, C., Oertelt-Prigione, S., Abels, I., ... & Schouler-Ocak, M. (2023). Traumatic life events and association with depression, anxiety, and somatization symptoms in female refugees. *JAMA Network Open*, 6(5), e2312686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24511>
 15. Nagoshi, J. L., Nagoshi, C., Akter, F., & Pillai, V. K. (2024). Experienced versus perpetrated intimate partner violence and psychological maladjustment: The role of adaptive and avoidant coping. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(1), 36. <https://doi.org/10.3390/ijerph22010036>
 16. Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, 114, 105226. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226>
 17. Positive Women. (2024). Вплив війни на жінок, які живуть з ВІЛ в Україні. <https://pw.org.ua/2024/06/26/prezentacziya-rezultativ-doslidzhennya-pid-kerivnyctvom-spilnoty-vplyv-vijny-na-zhinok-yaki-zhyvut-z-vil-v-ukrayini/>
 18. Romito, P., Cedolin, C., Bastiani, F., & Saurel-Cubizolles, M. J. (2019). Disordered eating behaviors and sexual harassment in Italian male and female university students. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(4), 838-861. <https://doi.org/10.1177/0886260516664315>
 19. Samelius, L., Wijma, B., Wingren, G., & Wijma, K. (2007). Somatization in abused women. *Journal of Women's Health*, 16(1), 134-144. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.0103>
 20. Wong, S. P., & Chang, J. C. (2016). Altered eating behaviors in female victims of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(20), 3408-3425. <https://doi.org/10.1177/0886260515585535>
 21. World Health Organization. (2024). WHO 2024 Emergency Appeal: Ukraine. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2024-appeals/2024-who-ukraine-emergency-appeal_en.pdf
 22. Zacarias, A. E., Macassa, G., Soares, J. J., Svanström, L., & Antai, D. (2012). Symptoms of depression, anxiety, and somatization in female victims and perpetrators of intimate partner violence in Maputo City, Mozambique. *International Journal of Women's Health*, 4, 491-503. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S29427>
 23. Opendatabot. (2024). Аналітика щодо випадків домашнього насильства в Україні. <https://opendatabot.ua/analytics/domestic-violence-2024-5>
 24. Бадюк, О., & Щетина, Ю. (н.д.). «Шантажували дітьми та гвалтували»: з 2022 року насильство щодо жінок в Україні зростає. Радіо Свобода. <https://www.radiosvoboda.org/a/33214130.html>
 25. Укрінформ. (2023). В Україні близько 10 мільйонів людей мають ризик психічних розладів – BOO3. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3904969-v-ukraini-blizko-10-miljoniv-ludej-maut-rizik-psihicnih-rozladiv-vooz.html>
 26. Дембіцький, С., & Серeda, Ю. (2015). Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): Валідизація в Україні. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 4, 40-71. http://nbuv.gov.ua/UJRN/stmm_2015_4_5
 27. Зливков, В. Л., Лукомська, С. О., & Федан, О. В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка. <https://core.ac.uk/download/pdf/77241343.pdf>

28. Міністерство охорони здоров'я України. (2025). Комплексний підхід до психічного та фізичного відновлення людини – це наш внесок у майбутнє України, – Віктор Ляшко. <https://moz.gov.ua/uk/kompleksnij-pidhid-do-psihichnogo-ta-fizichnogo-vidnovlennya-lyudini-ce-nash-vnesok-u-majbutnye-ukrayini-viktor-lyashko>
29. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). Найпоширеніші скарги українців на психічне здоров'я цього року. <https://moz.gov.ua/uk/najposhirenishi-skargi-ukrainsiv-na-psihichne-zdorov%CA%BCja-cogo-roku>
30. Орос, М. М. (2023). Вплив війни на людину: Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. Український медичний часопис. Неврологія та психіатрія. <https://doi.org/10.32471/umj.1680-3051.154.241952>
31. Предко, В., & Предко, Д. (2022). Особливості психічного стану українців в умовах війни. Наукові праці МАУП. Психологія, 3(56), 78–84. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2022.3.11>
32. Українська правда. (н.д.). Скільки українців потребують психологічної допомоги: результати опитування. <https://life.pravda.com.ua/health/skilki-ukrajinciv-potrebuyut-psihologichnoji-doromogi-rezultati-opituvannya-306311/>
33. Мінцер, О. П. (Ред.). (2010). Сучасні методи і засоби для визначення і діагностування емоційного стресу: Монографія. Вінниця: ВНТУ. http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/2138/1/Monografiya_Syergyeyeva.pdf
34. UNFPA Україна. (2024). Дослідження сприйняття гендерно зумовленого та домашнього насильства в Україні. <https://ukraine.unfpa.org/uk/publications/perception-study-gbv-dv-ukr-2024>