

В. В. Сорока, психіатр

Областная клиническая психоневрологическая больница —
Медико-Психологический Центр (г. Донецк)

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ У ЖЕНЩИН

В статье освещена актуальность проблемы семейного насилия, его формы и виды, клинические и патопсихологические проявления у жертв, проведен обзор современных психотерапевтических техник и подходов к терапии женщин, переживших семейное насилие. Данные подходы могут быть рассмотрены для создания в Украине системы комплексной помощи женщинам, пережившим насилие, и предложения собственного набора психотерапевтических техник для коррекции последствий у женщин, жертв семейного насилия.

Ключевые слова: психологическое насилие, женщины, жертвы насилия в семье, психотерапия.

Среди многочисленных семейно-обусловленных стрессогенных и психотравмирующих факторов особое место занимает насилие между супругами/партнерами.

Всемирная организация здравоохранения определила семейное насилие как проблему здравоохранения в 1996 г., подчеркивая негативное воздействие на здоровье женщин и детей. Впоследствии был составлен план действий по предотвращению насилия и уменьшению связанных с ним заболеваемости и смертности среди женщин.

В 2003 г. ВОЗ было опубликовано первое обширное исследование проблемы насилия и здоровья на международном уровне [1]. В последующем ВОЗ выпускает информационные бюллетени, показывающие, что насилие со стороны интимного партнера является одной из самых распространенных форм насилия в отношении женщин, приводящего к широкому ряду проблем в области физического, психического, сексуального, репродуктивного и материнского здоровья.

В настоящее время, по мнению ВОЗ, борьба с насилием против женщин играет решающую роль в достижении нескольких целей тысячелетия в области развития [2].

Формы и виды семейного насилия. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (2003), насилием со стороны супруга/интимного партнера (синоним — «партнерское насилие») считается любое поведение в рамках интимных отношений, которое является причиной физического, психологического и сексуального ущерба для одного из участников этих отношений. Такое поведение может включать в себя акты физической агрессии, психологическое подавление, принудительный половой акт, различные проявления контролирующего поведения.

В прошлом, исследователи [3] считали психологическое насилие следствием других форм злоупотребления, в частности, физического или сексуального насилия. Теперь, однако, психологическое насилие понимается как отдельный тип насилия [1].

Если все остальные формы насилия легко диагностируются, поскольку имеют четкие физиологические

последствия, то явные признаки психологического воздействия редко видны, а последствия при этом могут быть чрезвычайно тяжелыми. Этот факт и определяет специфику предмета данного обзора.

Ряд исследователей [4, 5] утверждают, что по сравнению с редкими эпизодами физического насилия более травматичен опыт рутинного, ежедневного психологического насилия.

Один из специалистов закончил свой труд такими словами: «самое разрушительное насилие не ломает кости, оно нарушает умы», «психологическое насилие не приводит к смерти тела, оно приводит к смерти души» [6].

В каждом жизненном сценарии, который демонстрирует член семьи, есть своя роль, которая в процессе супружеского взаимодействия препятствует удовлетворению глубинных потребностей в силе, власти, любви, признании [7].

В случае, когда супруги не пытаются осознать причины конфликтов, дезадаптивное поведение в проблемных ситуациях становится автоматическим: вербальная агрессия одного из супругов в адрес другого порождает ответные реакции, которые обоюдно усиливаются и приводят к физической агрессии, включая убийства [8].

Данные ВОЗ свидетельствуют, что положение женщин резко отличается от положения мужчин, чаще подвергающихся насилию со стороны совершенно незнакомых людей или знакомых, но не из ближайшего окружения. В 85 % домашнего насилия жертвами являются женщины [9].

Ряд авторов считает, что частота семейных конфликтов и агрессивность супругов возрастают пропорционально продолжительности брака [10]. Другие наблюдения показывают, что самый высокий риск столкнуться с партнерским насилием существует у женщин 18—24 лет [11, 12].

Если раньше к критериям риска относили бедность и экономическую зависимость женщин, то современные исследования показывают, что женщины, чей доход составляет 65 % семейного бюджета и более, имеют более высокий риск подвергнуться психологическому насилию [13]. Кроме того, у работающей женщины, состоящей в отношениях с безработным партнером, риск стать объектом семейного насилия увеличивается в два раза [13].

Наличие у женщины группы инвалидности по какому-либо диагнозу увеличивает риск психологического насилия на 83 % [13].

Если один из членов семьи проявляет разные формы агрессии (физическое, эмоциональное, сексуальное насилие) над другими членами семьи, то такая семья является дисфункциональной и требует не только психологической и психотерапевтической, но и медицинской и социальной помощи [14].

По данным Всемирной организации здравоохранения, от 10 до 69 % женщин подвергаются разнообразным формам насилия многократно в течение длительного времени [1]. При этом женщины сами не склонны афишировать жестокие внутрисемейные инциденты: 18—68 % из их числа вообще никому об этом не говорят, 22—53 % делятся с родственниками и лишь 1—26 % женщин склонны заявлять об акте физической агрессии супруга в правоохранительные органы [1].

Изоляция от окружающих, чувство вины, нарушенная самооценка, вызванная тревожными состояниями, различные аффективные нарушения, еще больше затрудняют жертве возможность принимать необходимые меры по обеспечению своей безопасности и искать способы лечения своего психического состояния.

Последствия семейного насилия. Насилие, проявляемое непосредственно в форме агрессивного поведения супруга или опосредованно — в форме психологического принуждения, создает психотравмирующие условия, следствием чего становятся психические расстройства, которые, по мнению ряда исследователей, затрагивают все уровни психической организации [15, 16]. При этом влияние жестокого обращения может сохраняться долго после его прекращения [17], а воздействие различных типов и многократных эпизодов насилия является совокупным [18].

Чаще всего женщины, страдающие от насилия в семье, обращаются к врачу по поводу депрессии [19]. Около 25 % женщин в США, обращающихся за психиатрической помощью, и 25 % женщин, покушавшихся на самоубийство, являются жертвами семейного насилия [20]. При этом 70—85 % женщин испытывают депрессивные эпизоды умеренной глубины и 30—55 % — тяжелый депрессивный эпизод [21].

Данные наблюдений иностранных специалистов показывают, что устранение проявлений любой формы насилия со стороны интимного партнера приводит к редукции депрессивной симптоматики у женщин [22].

Исследования показывают: от 31 % до 84 % женщин с историей жестокого обращения в семье отвечают диагностическим критериям ПТСР [23].

Тревога и депрессия рассматриваются как облигатный патогенетический фактор формирования и динамики дисфункций внутренних органов, развития соматической патологии у женщин — жертв семейного насилия в связи с переживаемым стрессом [24].

Исследования показали тесную связь между эпизодами семейного насилия, самоповреждениями у жертв и попытками самоубийства [25]. Самоповреждение женщин является одной из ведущих причин посещаемости и госпитализации в США [26, 27].

Оказываясь жертвой насильственных действий, женщины, как правило, не всегда решаются на кардинальные изменения своей жизни, и продолжают жить с насильником. Кроме страха мести, к причинам того, что жертвы не разрывают отношений с партнером, относятся: отсутствие альтернативных средств экономической поддержки, беспокойство о детях, эмоциональная зависимость, отсутствие поддержки со стороны семьи и друзей и надежда, что мужчина изменится [28—30].

К проблемам учета семейного насилия относят частое нежелание жертв насилия обращаться в право-

охранительные органы и учреждения здравоохранения, недостаточное знание ими законов и своих прав [31].

Практический опыт украинских ученых [32] психолого-психиатрической помощи жертвам насилия в семье выявил наличие у подавляющего большинства пациентов (87 %) синдрома «приобретенной беспомощности» — опыта, построенного на закреплении предварительно полученных негативных ответов на реакции ухода от стрессовых явлений, приведшего к пассивному поведению.

Подходы к терапии жертв семейного насилия. Жертвы насилия должны знать, что они не виноваты в случившемся, поэтому на первый план в работе врача любой специальности выдвигается психологическая поддержка [33]. Основными принципами лечебно-профилактической помощи жертвам насилия являются доступность, своевременность и тактичность [34].

Направления психотерапевтической коррекции последствий психотравматизации жертв включают следующие категории [35]:

- Кризисное Вмешательство;
- Вмешательство для Жертв;
- Вмешательства для Насильников;
- Вмешательства для Семейных пар.

Как указывают ряд авторов [36, 37], лица, подвергшиеся воздействию чрезвычайной ситуации, активно к психиатрам (психотерапевтам) не обращаются, так как предполагают, что обращение за специализированной помощью может отрицательно повлиять на их социальный статус. Эти лица предпочитают пользоваться телефоном «горячая линия», так как данный вид помощи предполагает анонимность, доверительность (конфиденциальность) и возможность в любой момент прервать беседу.

Краткосрочная работа по телефону с жертвами насилия со стороны интимного партнера способствует формированию поведения, направленного на повышение уровня безопасности [38].

Статистика российских служб экстренной психологической помощи (Телефонов доверия) свидетельствует, что: а) в 80 % случаев обращений речь идет о семейном насилии; б) самой распространенной формой семейного насилия является психологическое насилие [39].

Существующие исследования [35, 40, 41] оценки консультативных психотерапевтических услуг для женщин, переживших насилие, указывают, что традиционные психотерапевтические направления имеют ряд ограничений. В связи с чем за последние 20 лет были предложены следующие программы лечения, которые нами сведены в таблицу для лучшей систематизации (см. таблицу).

Как следует из данных таблицы, в то время как каждый из специалистов предлагает уникальный подход, видно, что их основу составляют следующие общие базовые принципы:

- создание ощущения безопасности;
- ратификация и поддержка жертвы;
- идентификация последствий от насилия партнера;
- разрешение имеющихся эмоциональных и психологических трудностей;
- позитивная открытость по отношению к себе и другим.

Современные психотерапевтические техники помощи женщинам, пережившим семейное насилие

Автор(ы)	Целевая аудитория	Описание лечения
Dutton, 2000 [35]	Женщины после окончания эпизода насилия	Терапия, сфокусированная на злоупотреблении. Использует для изменений работу через травматические переживания. <i>Этапы психотерапии:</i> Первый этап — уменьшение эмоционального бесчувствия, обучение способам предотвращения эпизодов насилия. Второй этап — работа с симптомами виктимизации. Третий этап — изменение дисфункциональных взглядов. Одним из важнейших аспектов этой фазы лечения является обучение женщины способности различать, что она может контролировать (собственное поведение) от того, что она не может (насилие партнера). Финалом работы является разработка стратегии поддержания психологических границ личности и определения рисков в семейных отношениях
Gleason, 1997 [42]	Женщины с депрессивным эпизодом	Обучение уверенности в себе, управлению аффективными переживаниями, приемам «психологической самообороны», как элементам по выработке позитивного отношения к себе и приобретению более позитивных социальных навыков
Mancoske, et al., 1994 [43]	— " —	Первичные консультации направлены на оказание помощи женщинам в переживании семейного несчастья, депрессии. Последующие индивидуальные консультации направлены на повышение чувства собственного достоинства, собственной эффективности, благодаря приобщению к феминизму.
Dutton, 2002 [35]	Женщины с иррациональными когнициями	Когнитивно-поведенческий подход в работе с самообвинениями, чувством вины, реконструкция личности жертвы до эпизодов насилия. Финальные сессии — формирование новых навыков, необходимых для жизни без насилия
Reva I. Heron, 2007 [44]	Женщины с суицидальным и парасуицидальным поведением	Групповые сессии обеспечивают контекст для формирования навыков близости друг с другом и развивают увеличивающуюся способность ратификации и выражения собственных чувств (как отрицательных, так и положительных)
Fosha, 2002 [45]	— " —	Задача рефлексивного функционирования — создать единое видение себя, через составление рассказа «история о Я». В ходе работы поощряют пациентов к выражению ранее табуированных в семейной диаде чувств
Jim Crawley, Jan Grant, 2005 [46]	— " —	Эмоционально сфокусированная терапия ориентирована на уменьшение конфликта между партнерами за счет рассмотрения опыта того, что каждый партнер имеет в отношениях, и разъяснение существующего между ними интерактивного цикла в общении. Значительное место в терапии играет: Переобязательство — демонстрация, что в основе отношений использование власти не является основой эмоционального опыта. Смягчение — работа с образом доминирующего партнера, демонстрация его уязвимости, например, ощущение несостоятельности, непривлекательности

В настоящее время ряд авторов [41] указывает на необходимость применения эффективной модели помощи, включающей сочетание психообразовательных мероприятий, групп взаимопомощи, индивидуальной психотерапии, привлечение общественного внимания и поддержки.

Кроме того, в настоящее время особое внимание уделяется изменению критериев эффективности терапии [47]. Вместо того, чтобы судить об эффективности терапевтических методов по степени уменьшения выраженности имеющейся у пациентов психопатологической картины, все чаще оценивают следующие показатели:

- женщины испытывают уменьшение чувства вины;
- женщины стали способны обсуждать проблемные локусы отношений;
- женщины отмечают возросшую самооценку и применяют новые навыки решения конфликтных ситуаций;
- женщины испытывают желание получать в полном объеме помощь общественной системы поддержки

(предоставляющих альтернативное жилье, юридическое сопровождение).

Таким образом, женщины испытывают насилие на различных этапах своей жизни, при этом многие из них сталкиваются с более чем одним типом насилия.

Большая опасность для женщин исходит от мужчин из ближайшего окружения, чем от незнакомых.

Факторы, увеличивающие женскую уязвимость для некоторых типов насилия, включают возраст, экономическое положение.

Масштаб насилия над женщинами подразумевает потребность в ответе всего общества, посредством предоставления соответствующих вмешательств и развития стратегий изменения ситуации. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости создания в Украине эффективной модели оказания помощи жертвам насилия в семье, включающей психообразовательные мероприятия, группы взаимопомощи, индивидуальную психотерапию, привлечение общественного внимания и поддержки. С этой целью исследование будет нами продолжено, результаты опубликованы в следующих выпусках.

Список литературы

1. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / под ред. Этьенна Г. Круга [и др.]. — М.: Изд-во «Весь Мир», 2003. — 376 с.
2. Насилие в отношении женщин : Информационный бюллетень №239, ноябрь 2009 г. ВОЗ.
3. Garbarino, J. Understanding Abusive Families: An Ecological Approach to Theory and Practice / J. Garbarino. — San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997. — 273 p.
4. Babcock, J. Toward a typology of abusive women: Differences between partner-only and generally violent women in the use of violence / Babcock J., Miller S., Siard C. // *Psychology of Women Quarterly*. — 2003. — Vol. 27. — P. 153—161.
5. Doherty, D. Psychological Abuse: A Discussion Paper / D. Doherty, D. Berglund. — Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2008. — 32 p.
6. Perry, B. D. Incubated in Terror: Neurodevelopmental Factors in the 'Cycle of Violence' / B. D. Perry. In: *Children, Youth and Violence: The Search for Solution* (J. Osofsky, Ed.). — New York: Guilford Press, 1997. — P. 124—148.
7. Предотвращение насилия в семье (опыт регионов) : методическое пособие [под ред. Захаровой Ж. А., канд. психол. наук, Бородаевой М. Н.] — М.: «Оргсервис-2000», 2005. — 128 с.
8. Reza, A. Epidemiology of violent deaths in the world / Reza A., Krug E., Mercy J. // *Injury Prevention*. — 2001, 7: 104—111.
9. Bureau of Justice Statistics Crime Data Brief. Intimate Partner Violence, 1993—2001, February 2003.
10. Jasinski, J. L. Partner violence: a comprehensive review of 20 years of research / J. L. Jasinski, L. M. Williams. — Thousand Oaks, CA, Sage, 1998.
11. U. S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. Intimate Partner Violence in the United States. December 2006.
12. Tjaden, P. Extent, nature, and consequences of intimate partner violence / P. Tjaden, N. Thoennes. — Washington (DC): US Department of Justice, 2000. Publ. № NCJ 181867. Available from: <http://www.ojp.usdoj.gov/nij/pubssum/181867.htm>.
13. Kaukinen C. Status Compatibility, Physical Violence, and Emotional Abuse in Intimate Relationships / C. Kaukinen // *Journal of Marriage and Family*. — 2004. — Vol. 66: 452—471.
14. Эйдмиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Эйдмиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. — М.: Речь, 2006. — 352 с.
15. Wathen C. N. Interventions for violence against women / C. N. Wathen, H. L. MacMillan // *Scientific Review*. — 2003: 289, 589—600.
16. Reported frequency of domestic violence: cross-sectional survey of women attending general practice / [F. Bradley, M. Smith, J. Long, T. O'Dowd] // *British Medical Journal*. — 2002. — V. 324, № 2. — P. 1—6.
17. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse / [Follette V. M., Polusny M. A., Bechtle A. E., Naugle A. E.] // *Journal of Traumatic Stress*. — 1996, 9: 25—35.
18. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary health care internal medicine practices / [McCauley J., Kern D. E., Kolodner K., et al.] // *Annals of Internal Medicine*. — 1995, 123: 737—746.
19. Chang, H. S. Predictors of attrition in two types of batterers' counseling / H. S. Chang, D. G. Saunders // *Journal of Family Violence*. — 2002. — V. 17, 272—292.
20. Bullock, K. A. Improving medical care for victims of domestic violence / K. A. Bullock, S. L. Schornstein // *Hosp. Phys*. — 1998. — P. 44—58.
21. Sutherland, C. A. Beyond Bruises and Broken Bones: The Joint Effects of Stress and Injuries on Battered Women's Health / Sutherland, C. A., Bybee, D. I., Sullivan, C. M. // *American Journal of Community Psychology*. — 2002. — V. 30(5): 609—636.
22. Resolution of depression among victims of intimate partner violence: is cessation of violence enough? / [Kernic M. A., Holt V. L., Stoner J. A. et al.] // *Violence and Victims*. — 2003: 18, 115—129.
23. Stephanie, J. Woods. Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Women: What We Know and Need to Know / J. Stephanie // *Journal Interpersonal Violence*. — April 2005. — V. 20: 394—402.
24. Березин, Ф. Б. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников // *Materia Medica*. — 1996. — Vol. 9, № 1. — С. 29—56.
25. Holmshaw, J. Gender and culture: a sociological perspective to mental health problems in women' in Kohen, Ded Women and Mental Health / J. Holmshaw, S. Hillier. — London: Routledge, 2000.
26. Risk factors for violent death of women in the home / [Bailey, J. E., Kellermann, A. L., Somes, G. W., et al.] // *Archives of Internal Medicine*. — 1997. — V. 157: 777—782.
27. Emergency department based study of risk factors for acute injury from domestic violence against women / [Kyriacou, D. N., McCabe, F., Anglin, D., et al.] // *Annals of Emergency Medicine*. — 1998. — V. 31 (4): 502—506.
28. Plichta, S. B. Interactions Between Victims of Intimate Partner Violence Against Women and the Health Care System: Policy and Practice Implications / S. B. Plichta // *Trauma, Violence and Abuse*. — 2007. — V. 8: 226.
29. Пискалова, М. Между молчанием и криком / М. Пискалова, А. Синельников // *Насилие и социальные изменения. Теория. Практика. Исследования*. Ч. 1. — М.: Центр «АННА», 2000. — 210 с.
30. Фахретдинова, А. Б. Факторы, провоцирующие насилие над женщиной в супружеских взаимоотношениях / А. Б. Фахретдинова // *Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия Социальные науки*. — 2008, № 1 (9). — С. 123—130.
31. Насилие и его влияние на здоровье : доклад о ситуации в мире: Обзор ВОЗ. — М., 2002. 48 с.
32. Онышко, Ю. В. Синдром «Приобретенной беспомощности» у жертв семейного насилия / Ю. В. Онышко // *Материалы VII Междисциплинарной конференции по биологической психиатрии «Стресс и поведение»*. — 28 февраля 2003.
33. Rhodes, K. V. Interventions for intimate partner violence against women: clinical applications / K. V. Rhodes, W. Levinson // *JAMA*. — 2003. — Vol. 289, № 5. — P. 601—605.
34. Robinson, E. G. Violence against women in North America / E. G. Robinson // *Archive Women Mental Health*. — 2003. — Vol. 6, № 3. — P. 185—191.
35. Dutton, D. G. The abusive personality: Violence and control in intimate relationships (2nd ed.) / D. G. Dutton. — New York: Guilford Press, 2002.
36. Baizerman, M. The call to responsible selfhood: The vocation in the lives of youth. Final Report to the Lilly Endowment, Project on Youth and Vocation / M. Baizerman. — Minnesota (MS): St. Paul, 1997.
37. Salzman, E. The Quincy District Court Domestic Violence Prevention Program: A Model Legal Framework for Domestic Violence Intervention / E. Salzman // *Boston University Law Review*. — 1994, 74: 329.
38. Increasing the safety-promoting behaviors of abused women / [McFarlane J., Malecha A., Gist J. et al.] // *American Journal of Nursing*. — 2004. — V. 104. — P. 40—50.
39. Детство без насилия и жестокости. Всероссийский конкурс памяти Матери Терезы. — М., 1998. — 135 с.
40. Heise, L. Violence against women: an integrated ecological framework / L. Heise // *Violence Against Women*. — 1998. — V. 4. — P. 262—290.
41. Crespo, M. Assessment of the Efficacy of a Psychological Treatment for Women Victims of Violence by their Intimate Male Partner / M. Crespo, M. Arinero // *The Spanish Journal of Psychology*. — 2010. — Vol. 13. — № 2. — P. 849—863.
42. Gleason, W. Psychological and Social Dysfunctions in Battering Men: A review / W. Gleason // *Aggression and Violent Behavior*. — 1997. — V. 2(1). — P. 43—52.
43. Mancoske, R. J. The effectiveness of brief counseling services for battered women / Mancoske, R. J., Standifer, D., Cauley C. // *Research on Social Work Practice*. — 1994. — V. 4(1). — P. 53—63.
44. Culturally competent interventions for abused and African American suicidal women / [Heron Reva L., Heather B. Twomey, Diane P. Jacobs, et al.] // *Psychotherapy*. — 1997. — V. 34. — P. 410—424.
45. Fosha, D. The transforming power of affect: A model of accelerated change / D. Fosha. — New York: Basic Books, 2000.
46. Crawley, J. Emotionally Focused Therapy for Couples and Attachment Theory / J. Crawley, J. Grant // *The Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*. — 2005. — Vol. 26, № 2. — P. 82—89.
47. Saunders, D. G. Violence against women: Synthesis of research on offender interventions. Final Report submitted to the National Institute of Justice / D. G. Saunders, G. Daniel, R. Hamill. — Washington, U. S. Department of Justice, National Institute of Justice, 2003.

Надійшла до редакції 09.09.2011 р.

В. В. Сорока

Обласна Клінічна Психоневрологічна Лікарня —
Медико-Психологічний Центр

**Огляд сучасних підходів до діагностики та корекції
наслідків сімейного насильства у жінок**

У статті висвітлено актуальність проблеми сімейного насильства, його форми та види, клінічні та патопсихологічні прояви у жертв, проведено огляд сучасних психотерапевтичних технік і підходів до терапії жінок, які пережили сімейне насильство. Дані підходи можуть бути розглянуті для створення в Україні системи комплексної допомоги жінкам, що пережили насильство та пропозиції власного набору психотерапевтичних технік для корекції наслідків у жінок, жертв сімейного насильства.

Ключові слова: психологічне насильство, жінки, жертви насильства в сім'ї, психотерапія.

V. V. Soroka

Regional clinical psychoneurological hospital —
Medical Psychological Center, Donetsk

**Review of modern methods for diagnostics
and correction of family violence victims — women**

The article describes the currency of family violence problem, its forms and types, clinical and psycho-pathological presentations. It also covers modern psychotherapeutic techniques and approaches to women therapy. Current approaches can be considered as a basis for creation of women victims' assistance complex system in Ukraine and an offer of our own psychotherapeutic techniques set for family violence victims — women consequences correction.

Key words: psychological violence, women, victims, family violence victims, psychotherapy.

УДК: 616.89:340.63:615.212.7-061.64(083.75)

В. А. Шаповалова, д-р фарм. наук проф., зав. каф. фармацевтического права ИПКСФ, **С. М. Мусоев**, канд. фарм. наук, **В. В. Шаповалов**, д-р фарм. наук, проф. Институт повышения квалификации специалистов фармации (г. Харьков), Харьковская медицинская академия последипломного образования, Адвокатское объединение «Фундация адвокатов Украины»

**СУДЕБНАЯ ФАРМАЦИЯ: ФОРМИРОВАНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ
ПО КОНТРОЛЮ ЗА ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ПЕРИОД 1925—1936 ГОДОВ**

Приведено формирование международной нормативно-правовой базы по контролю за оборотом наркотических средств в период 1925—1936 годов на примере разработки и подписания Женевских Конвенций 1925 г., 1931 г. 1936 г. Показано становление системы международного контроля за оборотом (производство, лицензирование, экспорт, импорт, расчет потребностей) наркотических средств и противодействия злоупотреблению ими, что является важным моментом в развитии судебно-фармацевтических исследований, причин и условий, вызывающих рост преступности в Украине, Таджикистане, в странах Союза независимых государств и Европейского Союза.

Ключевые слова: судебная фармация, нормативно-правовая база, международный контроль, наркотические средства, оборот.

Развитие современных судебно-фармацевтических исследований, проводимых кафедрой фармацевтического права ИПКСФ, показывает необходимость изучения нормативно-правовых документов Лиги Наций, которая формировала международную нормативно-правовую базу контроля за оборотом наркотических средств [5, 6].

В связи с тем, что после первой мировой войны увеличилось злоупотребление опиумом, возросли масштабы его контрабандного распространения, необходимо было разработать нормы международного контроля по противодействию незаконному обороту на примере опиума и других наркотических средств.

Целью работы стало изучение формирования нормативно-правовой базы по международному контролю за оборотом наркотических средств с позиции судебной фармации.

Для достижения поставленной цели изучали международную нормативную базу по контролю за оборотом наркотических средств за период с 1925 по 1936 гг.

с использованием судебно-фармацевтического, документального, нормативно-правового и системного анализа.

Отправным моментом в становлении контроля за оборотом наркотических средств и противодействия злоупотреблению ими послужила первая конференция по опиуму, которая состоялась 19 февраля 1925 г. в Женеве с участием представителей Англии, Франции, Нидерландов, Португалии, Японии и Китая. Целью программы конференции стало принятие мер по последовательному ограничению и упразднению производства, внутренней торговли и употребления курительного опиума. Женевская Конвенция (далее — ЖК 1925 г.), подписанная на данной конференции, предусматривала создание на подконтрольных колониальным государствам территориях и владениях монопольных объединений для осуществления оборота опиума. Производство курительного опиума также признавалось подлежащим передаче в государственную монополию [1, 6].

ЖК 1925 г. установила, что наркотические средства могут производиться только для законных потребностей государств и включила в список наркотических средств: ● *кокаиновый лист*, ● *кокаин-сырец*, ● *индийскую коноплю*. ЖК 1925 г. обязала государства принять нормативные документы, обеспечивающие действенный контроль над изготовлением, распространением и вывозом особо опасного наркотического средства — опиума-сырца. В каждом случае на ввоз или вывоз наркотических средств должно выдаваться отдельное разрешение с указанием наименования наркотического средства, его количества, адресов и иных реквизитов импортера и экспортера. Кроме того, во избежание утечки наркотических средств из законного оборота в незаконный в период их экспорта-импорта ЖК 1925 г. регламентировала порядок транзитных перевозок