

ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОГЕННЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАСИЛИЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приведены результаты обследования женщин с психогенными расстройствами пограничного регистра, которые пострадали от насилия. Выявлены клиничко-психопатологические особенности этого контингента лиц. Проведена комплексная программа психотерапии психогенных расстройств у женщин, разработанная в соответствии с принципами последовательности, этапности, приемственности.

Ключевые слова: психотерапия, женщины, пострадавшие от насилия, насилие по признаку пола, домашнее насилие, психогенные расстройства, дезадаптация.

За последние пять лет в Украине все больше приобретает актуальность проблема внедрения и усовершенствования психологической и медицинской модели медико-социальной и психотерапевтической помощи женщинам, пострадавшим от насилия. По данным Департамента семейной, гендерной политики и противодействия торговле людьми Министерства социальной политики Украины, всего в Украине в 2016 г. зафиксировано 96 143 обращения по поводу домашнего насилия [1]. Расчеты, проведенные Институтом демографии и социальных исследований по заказу Фонда народонаселения ООН в 2017 г., говорят о том, что ежегодно 1,1 млн украинок сталкиваются с физическим и сексуальным насилием в семье. Проблемы психотерапии женщин, пострадавших от насилия по признаку пола и домашнего насилия, особенно обострились в условиях проведения антитеррористической операции на востоке Украины. Гражданское население, особенно женщины и дети, включая внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), составило подавляющее большинство контингента, на котором негативно сказались последствия вооруженного конфликта. Насилие над женщинами имеет различные виды и формы, но их последствиями всегда становятся психологическая и социальная дезадаптация, серьезный ущерб для здоровья, стойкое снижение качества жизни. Согласно статье 3 Стамбульской конвенции Совета Европы «насилие в отношении женщин — это нарушение прав человека и форма дискриминации в отношении женщин и означает все акты насилия в отношении женщин по гендерному признаку, результатом которых является или может быть физический, сексуальный, психологический или экономический ущерб или страдания в отношении женщин, в том числе угрозы таких действий, принуждение или произвольное лишение свободы, независимо от того,

происходит ли это в публичной или частной жизни» [2]. Среди насилия по признаку пола (или гендерно обусловленного насилия) в отношении женщин выделяют такие формы: принудительный брак, насилие, связанное с приданым; физическое преследование, психологическое насилие в семье, сексуальное насилие по отношению к девочкам или женщинам, изнасилование в браке; внебрачное насилие; насилие, связанное с эксплуатацией, торговля женщинами и принудительная проституция; женское обрезание, принудительные беременность, аборт и стерилизация; сексуальные домогательства, запугивания на работе и в образовательных учреждениях.

Согласно данным кризисных центров стран СНГ, мобильных бригад социально-психологической помощи в Украине, к домашнему насилию приводит комплекс причин, обусловленных особенностями личности и поведения мужчин, в частности сценарий взаимоотношений и трансакций родительской семьи как «социальная эстафета», в котором отец проявлял насилие по отношению к матери; мужчина сам страдал в детстве от насилия родителей или сверстников [3–5]; агрессор также выявлял зачастую высокий уровень тревожности по поводу своего авторитета и доминирующего положения в семье; наличие традиционного представления о доминирующем положении мужчины в семье над другими членами; уверенность мужчины в том, что женщина испытывает потребность быть в роли жертвы [6].

В период 2007 по 2017 г. нами были обследованы 90 девушек и женщин в возрасте 18–48 лет, жительниц Харькова и Харьковской области, которые пострадали от физического, психического насилия, насилия по признаку пола и у которых были выявлены психогенные расстройства. Они составили основную группу исследования, в которой 43 женщины были замужем, 41 — в разводе,

6 — были незамужем, у 84 обследованных было от одного до четырех детей. В контрольную группу вошли 30 женщин, перенесших насилие, но не имевших психогенных расстройств.

В основной группе 100% женщин испытали психологическое насилие в виде угроз и оскорблений, 49% — перенесли физическое насилие в виде побоев и ушибов — легких и средней тяжести телесных повреждений, 6% — экономическое насилие, 5% — сексуальное насилие или сексуальные домогательства; в 40% случаев зафиксировано домашнее насилие.

Цель нашего исследования — на основе изучения психопатологической феноменологии разработать комплексную систему психотерапии психогенных расстройств у женщин, пострадавших от насилия, учитывая выявленные психопатологические изменения личности, данные самооценки функционального состояния и проявления невротических расстройств.

Формой психологического насилия над женщинами зачастую было манипулирование интересами ребенка при разводе, когда мужа пытались уронить авторитет жены и матери, демонстрировали шантажные и насильственные формы поведения. У большинства членов семьи агрессоров (мужей, отцов, матерей, родственников и детей наших пациенток) были выявлены характерологические особенности личности в виде неуравновешенности, раздражительности, жестокости, склонность к агрессии, лживости, они приводили к нарушению внутрисемейных отношений и домашнему насилию [3, 6]. Для супружеских отношений были характерны такие проявления, как высокий уровень конфликтности, постоянная вербальная агрессия во взаимоотношениях супругов, борьба за власть и доминирующее положение в семье, ригидность во взаимодействии и установках в семье, а также признаки созависимого поведения агрессора и жертвы [3, 4, 7, 8].

Типичными моделями поведения мужчины-агрессора были проявления и поступки полного контроля над действиями, желаниями супруги или партнерши, ревность как форма чувства владения женщиной, неоправданные ожидания в браке от долженствования «идеальной» жены, обвинения женщины в собственных неудачах и проблемах, стремления изолировать ее от социального окружения — родителей, друзей, сотрудников. Согласно нашим данным, среди психологических причин агрессивного поведения членов семьи — низкий уровень самосознания и самоконтроля, наличие алкогольной, других химических и нехимических зависимостей. Отмечались также высокий уровень стресса, обусловленного неблагоприятными социально-бытовыми и экономическими причи-

нами; наличие диссоциативных и эмоционально неустойчивых расстройств личности у членов семьи; грубая и стойкая позиция безнаказанности, безответственности и пренебрежения социальными нормами; низкий порог контроля агрессии.

На выбор модели поведения женщины после перенесенного насилия в семье влияли неверные социальные установки и ее представления о семье и браке: необходимость жертвовать своими интересами и терпеть ради детей, развод как признак поражения и вины, заблуждение, что домашнее насилие присутствует во всех семьях, ложная жалость к мужьям-агрессорам, усвоенные женщинами традиционные утверждения и гендерные стереотипы: «нельзя выносить сор из избы», «бьет — значит любит» и т. д.

Наше экспериментально-психологическое исследование включало следующие методики: тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН (самочувствие, активность, настроение); тест определения уровня реактивной и личностной тревожности шкалы С. D. Spielberger — Ю. Л. Ханина; личностный опросник Н. J. Eysenck для определения уровня нейротизма; шкалу определения стиля поведения в конфликтной ситуации К. Томаса; шкалу определения депрессии М. Гамильтона [9].

У женщин, пострадавших от домашнего насилия и насилия по признаку пола, были выявлены психопатологические изменения личности не только в виде формирования виктимных черт характера, но и повышенной конфликтности, проявления раздражительности, вспыльчивости, гнева, которые чаще всего они изливали на предметы, детей, пожилых родственников, животных. У трех женщин в основной группе обнаружена склонность к аутоагрессии в виде самопорезов. К другому типу реагирования на насилие можно отнести характерологические особенности женщин, которые были, наоборот, пассивны, подчиняемы, не могли защитить себя, детей и их интересы, у них формировалась психологическая зависимость от общения с агрессором, чувство жалости к нему. В насильственных действиях по отношению к себе женщины с сформированными виктимными чертами характера видели проявления любви к себе и внимания со стороны мужчины-агрессора. При этом неизбежно нарушалась коммуникация и конструктивное общение с членами семьи, снижалась самооценка женщины и ее ребенка, вследствие чего ей трудно было добиться уважения окружающих, успеха, завоевать авторитет в коллективе, у нее было затруднено общение с родственниками, отсутствовали близкие друзья, отмечалась социальная изоляция и дезадаптация. Женщины

с низкой самооценкой, пострадавшие от насилия, переживали чувство вины, стыда. Для них были характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности, невозможности изменить и контролировать ситуацию с агрессором и сложную жизненную ситуацию.

Анализ показателей экспериментально-психологического исследования и эмоционального состояния женщин основной группы показал, что у них чаще диагностировались низкие показатели настроения ($+26,3\%$), был высокий уровень нейротизма ($37,14 \pm 3,97$, $p < 0,001$) (таблица), реактивной тревоги ($+39,5\%$) и личностной тревожности ($+42,7\%$) ($p < 0,001$).

Распределение уровня нейротизма у женщин, перенесших насилие (согласно данным теста Н. Ж. Eysenck)

Уровень нейротизма	Основная группа, $n = 90$	Контрольная группа, $n = 30$
Низкий	$19,67 \pm 7,27$	$43,59 \pm 7,94$
Средний	$34,04 \pm 6,79$	$35,90 \pm 7,68$
Высокий	$37,14 \pm 3,97$	$15,38 \pm 5,78$
Очень высокий	$9,13 \pm 3,53$	—

Анализ результатов исследования с помощью шкалы М. Гамильтона показал, что у пациенток основной группы присутствовали признаки умеренной депрессии в $21,63 \pm 1,65\%$ случаев, а выраженной — в $5,25 \pm 1,05\%$. При этом тяжелой депрессии не установлено. В контрольной группе признаки умеренной депрессии наблюдались только у $2,25 \pm 1,5\%$ женщин.

Проявления психогенных невротических расстройств у женщин в 24% случаев наблюдались в виде острой реакции на стресс, в 21% — сочетанных расстройств сна, в 19% — неврастенического синдрома, в 11% — расстройств адаптации, в 10% — смешанного тревожного и депрессивного расстройств, в 4% — посттравматического стрессового расстройства. Психогенные соматоформные расстройства отмечались у 11% пациенток преимущественно с нарушением сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Для возникновения психогенных проявлений большое значение имели содержание психотравмы перенесенного эпизода или рецидивов насилия, массивность повреждающего действия на личность пострадавшей женщины и длительность влияния психотравмирующего фактора насилия. Значительную роль играли ослабленное соматическое состояние женщины, слабый или неуравновешенный тип высшей нервной деятельности пострадавшей, виктимные особенности личности.

Основными принципами психотерапии женщин и членов их семей были этапность, комплексность, последовательность, приемственность в течение всей психокоррекционной работы, которая включала дифференцированное соединение методов психологического консультирования, семейной, личностно-ориентированной, индивидуальной и групповой, поведенческой, гипносуггестивной психотерапии и аутотренинга.

Нами применялись психологическое консультирование, суггестивная, системная семейная, рациональная и когнитивно-бихевиоральная, позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану [10]. Психологическое консультирование и кризисное вмешательство были направлены на оценку психотравмирующей ситуации и формирование новых представлений об отношениях, выработку адекватных форм реагирования и поведения в транзакциях с агрессором, психопрофилактику формирования виктимных черт личности у женщин основной группы.

Психологическое консультирование преследовало цель разрешения трудностей жизненной ситуации пострадавшей женщины через приобретение ею чувства контроля над собой и своим поведением, четкое определение актуальных жизненных проблем, создание условий для выражения сильных эмоций и оснований принятия самой себя и пережитого опыта психотравмирующего события. Зачастую в процессе такого консультирования у пострадавших актуализировались эмоциональные переживания в виде стойкого снижения настроения, тревоги, конфронтации, депрессивных реакций, раздражительности и стыда. В течение психотерапевтического процесса характерными реакциями женщин было блокирование проживания и выражения эмоций, отказ от деятельности, застревание и ригидность на одном процессе реагирования — горе или печали, чрезмерного переживания чувства вины за произошедшее с ней, навязчивые воспоминания и мысли о психотравме.

В фокусе семейной психотерапии были возможности адаптации женщин и членов их семей, привлечение к выражению своих эмоций и переживаний, акцентирование на сильных качествах личности членов семьи, формирование новых возможностей коммуникации членов семьи, анализ перспектив, определение планов семьи, профилактика рецидивов насилия, контроль агрессивного поведения членов семьи. Важным было суппортивное социальное окружение друзей, родственников, коллег для того, чтобы пострадавшая с психогенными расстройствами справилась с тяжелыми переживаниями.

На начальном этапе семейной психотерапии было сформировано правильное позитивное отношение к психотерапевтическому процессу у членов семьи, создание мотивации к участию

желательно у всех членов семьи, оговаривались правила и сеттинг семейной психотерапии. На этапе диагностики семейных отношений определялся тип дисгармоничных трансакций, устанавливались причинно-следственные связи между психологическими особенностями и реакциями членов семьи или в партнерских отношениях. На основном этапе реконструкции семейных ролей проводился анализ семейных границ, ролей, мыслей, чувств членов семьи или партнерской пары. Техника ролевого тренинга — «обмен ролями» — помогала восстановить и увеличить доверие членов семьи или пары партнеров. Использовалась обратная связь, чтобы женщина, мужчина и другие члены семьи научились слушать и чувствовать друг друга, учитывать интересы других. На поддерживающем этапе проводился анализ перспектив, составление планов семьи или партнерской пары, профилактика рецидивов насилия. В ходе психотерапии специалисту важно было сохранять нейтральность, конфиденциальность, толерантность, выражая только те отношение и эмпатию, которые помогли пациентке проявить открытость и ощутить себя в безопасности. Необходимо было также проходить супервизию для профилактики синдрома выгорания.

В результате психотерапии и психокоррекции у 97% женщин редуцировались проявления психогенных невротических и соматоформных расстройств. У них было отмечено улучшение самочувствия, повышение их самооценки, уверенности в себе. Улучшился психологический климат в большинстве семей или партнерских пар. В катмнезе в течение пяти лет рецидивы психологического и физического насилия над женщинами повторились только в четырех семьях, в которых мужья злоупотребляли алкоголем или имели другие формы зависимости.

Психопрофилактическая работа по предупреждению насилия должна проводиться не только в семьях, но и в социуме Украины, особенно в районах проживания ВПЛ. Очень важна роль СМИ в проведении длиннофокусных образовательных программ для молодежи — широких пиар-кампаний, акций, флеш-мобов, семинаров, посвященных вопросам предупреждения насилия по признаку пола и домашнего насилия. Медицинские работники, педагоги, работники правоохранительных органов и социальных служб, представители общественных организаций должны координировать свою работу по предупреждению насилия по признаку пола над женщинами. Отечественный и зарубежный опыт, практические разработки специалистов в области оказания помощи пострадавшим от насилия убедительно показали, что действенной и эффективной такая работа становится, когда помощь оказывается не только по-

страдавшим от насилия, но и агрессорам — лицам, совершившим его. Такая парадигма способствует улучшению микросоциальных условий в семье, что исключает повторения рецидивов насилия. Разработка эффективных мероприятий психопрофилактики и помощи не только жертвам насилия, но и агрессорам, улучшение социально-экономических показателей семей будут способствовать снижению роста домашнего и других видов насилия и улучшению качества жизни женщин, снижению риска развития у них психогенных расстройств.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы. Комплексный интегративный подход к психотерапии женщин, пострадавших от любого вида насилия, представляется эффективным и требующим внимания в системе медицинско-социальной и психологической помощи женщинам. Разработанный нами курс психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий позволил восстановить у женщин, пострадавших от насилия, семейную и социально-психологическую адаптацию, осуществить вторичную психопрофилактику формирования психогенных расстройств. На наш взгляд, внедрение во всех регионах Украины системы государственных медико-социальных центров для оказания комплексной помощи женщинам, пострадавшим от насилия, открытие и организация приютов, социальных убежищ для них позволят предоставить безопасные условия для их жизни и здоровья, осуществить социально-психологическую реабилитацию.

Список литературы

1. Щорічна доповідь Уповноваженого з прав людини Верховної Ради України про стан додержання та захисту прав і свобод і прав людини і громадянина в Україні 2017 р.— URL: <http://zakon2.rada.gov.ua.laws>
2. Конвенція Ради Європи про запобігання насильству стосовно жінок і домашньому насильству та боротьбу з цими явищами та Пояснювальна доповідь.— Рада Європи, 2014.— С. 13.— URL: <http://rm.coe.int/1680093d9e>
3. Бенеш Л. Психологическая характеристика мужского насилия / Л. Бенеш // Вестн. психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы.— 1995.— № 3.— С. 68–70.
4. Насилие в семье: особенности психологической реабилитации; под ред. Н. М. Платоновой, Ю. П. Платонова.— СПб.: Речь, 2004.— 154 с.
5. Онишко Ю. В. Сучасні аспекти проблеми насильства в сім'ї та допомоги його жертвам / Ю. В. Онишко // Архів психіатрії.— 2002.— № 1 (28).— С. 13–15.
6. Медична психологія: підруч.; за ред. С. Д. Максименка / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча.— Вінниця: Нова книга, 2008.— 520 с.

7. Кришталь В. В. Сексологія / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян.— М.: ПЕР СС, 2002.— 879 с.
8. Blacklock N. Domestic violence: perpetrators, the community and its institutions / N. Blacklock // Advances in Psychiatric Treatment.— 2001.— Vol. 7.— P. 65–72.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— М.: Бахрах-М, 2011.— 672 с.
10. Пезешкиану Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: пер. с нем. / Н. Пезешкиану.— М.: Медицина, 1996.— 464 с.

ПРИНЦИПИ ПСИХОТЕРАПІЇ ПСИХОГЕННИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД НАСИЛЬСТВА

I. В. РОМАНОВА

Наведено результати обстеження жінок із психогенними розладами граничного реєстра, які постраждали від насильства. Виявлено клініко-психопатологічні особливості цього контингенту осіб. Проведено комплексну програму психотерапії психогенних розладів у жінок, розроблену згідно з принципами послідовності, етапності, спадкоємності.

Ключові слова: психотерапія, жінки, які постраждали від насильства, насильство за ознакою статі, домашнє насильство, психогенні розлади, дезадаптація.

PRINCIPLES OF PSYCHOTHERAPY FOR PSYCHOGENIC DISORDERS IN WOMEN WHO SUFFERED FROM VIOLENCE

I. V. ROMANOVA

The results of investigation of women with psychogenic borderline disorders who suffered from violence are presented. Clinico-psychopathological features of this group of persons were revealed. Complex psychotherapy of psychogenic disorders in women, developed in accordance with the principles of consistency, phytopathology, continuity, was conducted.

Key words: psychotherapy, women who suffered from violence, gender-based violence, domestic violence, psychogenic disorders, maladjustment.

Поступила 08.01.2018